



Ministero della Salute

LIBRO BIANCO

"Informare, educare, curare: verso un modello partecipativo ed integrato dell'alcologia italiana"

2022

Ministero della Salute

LIBRO BIANCO. "Informare, educare, curare: verso un modello partecipativo ed integrato dell'alcolologia italiana"

A cura del Gruppo Redazionale per il Tavolo Tecnico di lavoro sull'Alcol

Componenti del Gruppo Redazionale

Emanuele Scafato	Istituto Superiore di Sanità
Claudia Gandin	Istituto Superiore di Sanità
Maria Assunta Giannini	DGPRES, Ufficio 6, Ministero della Salute
Maria Migliore	DGPRES, Ufficio 6, Ministero della Salute
Valeria Zavan	SC SerD ASL To4 – Regione Piemonte
Giovanni Greco	UOC Servizio dipendenze 1 AULSS7 Pedemontana, Regione Veneto
Angela Bravi	Gruppo Tecnico Interregionale "sub area Dipendenze"

Componenti del Tavolo Tecnico di lavoro sull'Alcol

Andrea Costa	Sottosegretario di Stato alla Salute
Maria Assunta Giannini	DGPRES, Ufficio 6, Ministero della Salute
Maria Migliore	DGPRES, Ufficio 6, Ministero della Salute
Roberta Cappelluti	DGPROG, Ministero della Salute
Emanuele Scafato	Istituto Superiore di Sanità
Claudia Gandin	Istituto Superiore di Sanità
Angela Bravi	Gruppo Tecnico Interregionale "sub area Dipendenze"
Valeria Zavan	Progetti finalizzati alla Conferenza Nazionale Alcol 2022
Giovanni Greco	Progetti finalizzati alla Conferenza Nazionale Alcol 2022
Elide Tisi	Associazione Nazionale dei Comuni Italiani
Gianni Testino	Società Italiana di Alcolologia
Marco Orsega	Associazione dei Club Alcolologici Territoriali
Paolo Civitelli	Associazione degli Alcolisti Anonimi
Silvia Perini	Associazione dei Gruppi familiari (AI-Anon)
Guido Faillace	Federazione Italiana Operatori e Servizi delle Dipendenze
Luigi Stella	Società Italiana Tossico Dipendenze
Claudio Leonardi	Società Italiana Patologie da Dipendenza
Alessandro Rossi	Società Italiana Medicina Generale e delle Cure Primarie
Maria Costanza Cipullo	Ministero dell'Istruzione
Pasqualino Rossi	DGPRES, Ufficio 4, Ministero della Salute
Maria Giuseppina Lecce	DGPRES, Ufficio 4, Ministero della Salute
Alessandro Abruzzini	Ministero dell'Interno
Santo Puccia	Ministero dell'Interno
Valentino Iurato	Ministero dei Trasporti
Paolo Pelizza	Società Scientifica dei Medici Legali delle Aziende Sanitarie del SSN
Silvia Bruzzone	ISTAT
Giordana Baldassarre	ISTAT
Cristina Rinaldi	DGPROF, Ufficio 5, Ministero della Salute
Francesco Gilardi	DGPROF, Ufficio 5, Ministero della Salute
Luisa De Paola	Ministero dell'Università e della Ricerca Scientifica
Biagio Sciortino	Coordinamento Nazionale dei Coordinamenti Regionali degli Enti Accreditati per le Dipendenze
Riccardo De Facci	Coordinamento Nazionale Comunità di Accoglienza
Luciano Squillaci	Federazione Italiana Comunità Terapeutiche
Claudio Forte	Segreteria del Sottosegretario di Stato alla Salute, On. Andrea Costa

INDICE

ABBREVIAZIONI	7
PREFAZIONE	10
PRESENTAZIONE	13
LA CORNICE DI RIFERIMENTO	16
Il panorama internazionale / europeo	16
Il panorama nazionale	20
Riferimenti programmatici e normativi	38
LA CORNICE STORICA	56
L'Alcologia Italiana prima e dopo la Legge 125/2001	56
LE AREE TEMATICHE	74
Introduzione del coordinatore tecnico del gruppo interregionale sub-area dipendenze	74
Introduzione dell'Associazione Nazionale Comuni Italiani	79
1. GIOVANI E ALCOL	83
Introduzione del responsabile scientifico	83
La prevenzione nel setting scolastico	85
Modalità di ingaggio e di intervento dedicate ai giovani con modalità di consumo problematiche ..	100
2. ALCOL E GUIDA: Gli accertamenti finalizzati alla revisione delle capacità fisiche e psichiche per la guida in casi di violazione dell'art. 186 del codice della strada	119
3. LE RETI CURANTI	137
Introduzione del responsabile scientifico	137
La rete alcolologica oggi	140
Processi di <i>assessment</i> e presa in carico integrata	154
Cronicità e vulnerabilità	169
Riabilitazione alcolologica breve	190
Il percorso del trapianto d'organo in paziente con patologia alcol-correlata	201
4. LA FORMAZIONE	213
La formazione alcolologica di base in ambito universitario	213
La <i>Clinical competence</i> degli operatori	233
LE ASSOCIAZIONI: "Il protagonismo di ciascuno, il benessere di tutti"	253
I Club Alcolologici Territoriali e l'approccio ecologico sociale: visione e proposte	253
Alcolisti Anonimi Italia	265
I Gruppi Familiari Al-Anon	267

LE SOCIETÀ SCIENTIFICHE: Proposte per la valorizzazione dell'alcolologia italiana	270
CONCLUSIONI	277
ALLEGATI.....	284
1. Programma della Conferenza Nazionale Alcol 2022	285
2. Decreto costitutivo del Tavolo Tecnico di Lavoro sull'Alcol.....	292

ABBREVIAZIONI

AA	Alcolisti Anonimi
AASSLL	Aziende Sanitarie Locali
ABMS	<i>American Board Medical Specialties</i>
Al_Anon	Associazione dei Gruppi Familiari
ALD	<i>Alcohol-related Liver Disease</i>
AICAT	Associazione dei Club Alcologici Territoriali
ANCI	Associazione Nazionale Comuni Italiani
APA	<i>American Psychological Association</i>
ASPE	<i>Office of the Assistant Secretary for Planning and Evaluation</i>
AUDs	<i>Alcohol Use Disorders</i>
AUDIT	<i>Alcohol Use Disorders Identification Test</i>
B.d.S.	Budget di Salute
BLS	<i>Bureau of Labor Statistics</i>
CAGE	Acronimo inglese di: <i>Cut down/ Annoyed/ Guilty/ open Eye</i>
CANSA	<i>Consolidated Association of Nurses in Substance Abuse</i>
CARN	<i>Certified Addictions Registered Nurse</i>
CASIG	<i>Client's Assessment of Strengths, Interests and Goals</i>
CAT	Club Alcologici Territoriali
CCM	Centro per il Controllo delle Malattie
CdS	Codice della Strada
CDT	Transferrina desialata (<i>Carbohydrate-deficient Transferrin</i>)
CFU	Crediti Formativi Universitari
CML	Commissioni Mediche Locali
CNCA	Coordinamento Nazionale Comunità di Accoglienza
COMLAS	Società Scientifica dei Medici Legali delle Aziende Sanitarie del Servizio Sanitario Nazionale
CORRAL	COordinamento delle Residenzialità Riabilitative ALcologiche
CPA	Consumo medio <i>pro-capite</i> di alcol puro
CREA	Consiglio per la Ricerca in agricoltura e l'Economia Agraria
CSAT	<i>Center for Substance Abuse Treatment</i>
CSM	Centro di Salute Mentale
DALTCP	<i>Office of Disability, Aging and Long-Term Care Policy</i>
DALYs	<i>Disability-Adjusted Life Years</i>
DANA	<i>Drug and Alcohol Nurses Association</i>
DEA	Dipartimento Emergenza e Accettazione
DGCOREI	Direzione Generale della Comunicazione e dei Rapporti Europei ed Internazionali
DGPREV	Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria
DGPROF	Direzione Generale delle Professioni Sanitarie e delle Risorse Umane
DGPROG	Direzione Generale della Programmazione Sanitaria
DLgs	Decreto Legislativo
DPCM	Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri
DSM-V	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-V</i> edizione
DSM e DP	Dipartimenti di Salute Mentaloe e Dipendenze Patologiche
DUA	Disturbi da Uso di Alcol
EAAP	<i>European Alcohol Action Plan</i>
EASL	<i>European Association for the Study of the Liver</i>
EDPQS	<i>European Drug Prevention Quality Standards</i>
EMCDDA	<i>European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction</i>
EMDAS	<i>European Masters in Drugs and Alcohol Studies</i>

EtG	Etilglucuronide
EuropASI	<i>Addiction Severity Index</i>
EUPC	<i>The European Prevention Curriculum</i>
FAP	Fondo per l'Autonomia Possibile
FAR-SEAS	<i>Fetal Alcohol Reduction and exchange of european knowledge after SEAS</i>
FASD	<i>Foetal Alcohol Spectrum Disorders</i>
FeDerSerD	Federazione Italiana degli operatori dei Dipartimenti e dei Servizi delle Dipendenze
FICT	Federazione Italiana Comunità Terapeutiche
FSE	Fondo Sociale Europeo
HHS	<i>Health and Human Services</i>
ICD-10	<i>International Classification of Diseases – 10 edizione</i>
ICDP	<i>The International Centre for Drug Policy</i>
ICF	Classificazione Internazionale Funzionamento, Disabilità e Salute
INCASE	<i>International Coalition for Addiction Studies Education</i>
INTERCEAR	Coordinamento Enti Accreditati per le Dipendenze
IntNSA	<i>International Nurses Society on Addiction</i>
ISS	Istituto Superiore di Sanità
ISTAT	Istituto Nazionale di Statistica
LDR	Limitazione Dei Rischi
LEA	Livelli Essenziali di Assistenza
MAC	<i>MacAndrew Alcoholism Scale</i>
MAST	<i>Michigan Alcohol Screening Test</i>
MCMi	<i>Millon Clinical Multiaxial Inventory</i>
MCNT	Malattie Croniche Non Trasmissibili
MCV	Volume Corpuscolare Medio-
MdS	Ministero della Salute
MIT	Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti
MIUR	Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca
MMG	Medico di Medicina Generale
MMPI	<i>Minnesota Multiphasic Personality Inventory</i>
NAADAC	Association for Addiction Professionals
NASAC	<i>National Addiction Studies Accreditation Commission</i>
NCDs	<i>Non Communicable Diseases</i>
NOA	Nucleo Operativo Alcolologia
NNSA	<i>Nurses Society on Addictions</i>
OMS	Organizzazione Mondiale della Sanità
ONA-ISS	Osservatorio Nazionale Alcol dell'Istituto Superiore di Sanità
ONMI	Opera Nazionale Maternità e Infanzia
OPG	Ospedali Psichiatrici Giudiziari
PAC	Patologie Alcol Correlate
PAI	<i>Personality Assessment Inventory</i>
PAT	Programma Attività Territoriali
PDTA	Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali
PdZ	Piano di Zona
PHC	<i>Primary Health Care</i>
PISS	Protocollo Individuale Socio Sanitario
PIT	Progetto Integrato di Tutela
PNC	Piano Nazionale Cronicità
PPAA	Province Autonome
PPAC	Patologie e Problematiche Alcol Correlate
PNAS	Piano Nazionale Alcol e Salute
PNP	Piano Nazionale Prevenzione

PNRR	Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza
PNSS	Piano Nazionale Sicurezza Stradale
PRP	Piano Regionale Prevenzione
PS	Pronto Soccorso
PSN	Piano Sanitario Nazionale
P.T.R.I.	Progetti Terapeutici Riabilitativi Individuali
PUA	Porta Unica di Accesso
RDD	Riduzione Del Danno
SALT	<i>Sustained Alcohol Use Post-LT</i>
SAMSHA	<i>Substance Abuse and Mental Health Services Administration</i>
SCID-5-PD	<i>Structured Clinical Interview for DSM-5 Personality Disorders</i>
SCL 90-R	<i>Symptoms Checklist 90-Revised</i>
SDGs	<i>Sustainable Development Goals</i>
SERD	Servizio per le dipendenze
SHE	<i>School for Health in Europe</i>
SIA	Società Italiana di Alcolologia
SIND	Sistema Nazionale Informativo sulle Dipendenze
SIPaD	Società Italiana Patologie da Dipendenza
SIPAT	<i>Stanford Integrated Psychosocial Assessment for Transplant</i>
SISMA	SIStema di Monitoraggio Alcol
SITD	Società Italiana TossicoDipendenze
SPDC	Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura
SSD/SC	Struttura Semplice Dipartimentale/Struttura Complessa
SSN	Sistema Sanitario Nazionale
UA	Unità Alcolica
UE	Unione Europea
UEPE	Uffici locali per l'Esecuzione Penale Esterna
UVI	Unità di Valutazione Integrata
WHOQOL-BREF	<i>World Health Organization Quality of Life Scale abbreviated</i>

PREFAZIONE

La Legge del 30.3.2001 n. 125 “Legge quadro in materia di alcol e problemi alcol correlati”, all’art.3 comma 4, prevede ogni anno l’assegnazione al Ministero della Salute di due ordini di fondi, uno affidato alla Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria (DGPRES) finalizzato a finanziare progetti assegnati alle Regioni e PPAA, l’altro affidato alla Direzione Generale della Comunicazione e dei Rapporti Europei ed Internazionali (DGCOREI) finalizzato a promuovere la realizzazione di attività di informazione e di prevenzione.

L’Ufficio 6 della DGPRES, in accordo con la Commissione Salute della Conferenza delle Regioni, acquisito il parere del Ministro della Salute e in collaborazione con la DGCOREI, ha intrapreso il percorso finalizzato alla realizzazione della Seconda Conferenza Nazionale sull’Alcol quale momento di sintesi del lavoro svolto in questo ambito da tutti i livelli istituzionali.

L’Ufficio 6 della DGPRES, competente in materia, ha stabilito, insieme al Gruppo Tecnico Interregionale sub area delle Dipendenze della Commissione Salute, gli ambiti ritenuti più rilevanti per la Sanità Pubblica in ambito alcolologico da sviluppare in progettualità finalizzate a fornire i contributi per la Conferenza mediante la produzione di documenti di analisi e documenti di consenso. Le attività progettuali si sono svolte nell’arco degli anni 2019-2022 attraverso riunioni settimanali e workshop per agevolare la discussione ed il confronto.

Le aree tematiche nelle quali si raggruppano i documenti conclusivi dei progetti sono le seguenti: “Gli interventi di prevenzione in ambito scolastico e l’aggancio precoce dei giovani vulnerabili”; “Alcol e Guida. Gli accertamenti finalizzati alla revisione delle capacità fisiche e psichiche per la guida in caso di violazione dell’art. 186 del codice della strada”; “La Formazione in alcologia”; “Le Reti Curanti”.

La Seconda Conferenza Nazionale Alcol si è svolta presso il Ministero della Salute nelle date del 15-16-17 Marzo 2022 (programma in allegato 1), sia in presenza sia in modalità streaming. Come degna conclusione della Conferenza stessa, il Sottosegretario di Stato alla Salute Andrea Costa ha inteso dar seguito agli impegni assunti durante l’Evento, sottoscrivendo il Decreto costitutivo del Tavolo di Lavoro (decreto in allegato 2) volto alla realizzazione dei medesimi. I componenti del Tavolo di Lavoro, coordinato dall’Ufficio 6 della DGPRES, hanno proposto la redazione del “Libro Bianco” come strumento per diffondere le conoscenze che sono state discusse nella conferenza al fine di fornire un documento di riferimento per gli operatori del settore.

I referenti scientifici delle due Regioni capofila, Valeria Zavan per la Regione Piemonte e Giovanni Greco per la Regione Emilia-Romagna, nei gruppi di lavoro ove è avvenuto il confronto e la predisposizione dei documenti, hanno coinvolto tutte le Regioni, le Istituzioni Centrali: Ministero dell'Istruzione, Ministero dell'Università e della Ricerca, Ministero dell'Interno, Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti; l'Associazione Nazionale Comuni Italiani, l'Istituto Superiore di Sanità, le Società Scientifiche del Settore: Società Italiana di Alcolologia, Società Italiana Patologie delle Dipendenze, Federazione Italiana Servizi delle Dipendenze, Società Italiana Tossicodipendenze; le Associazioni di settore: Associazione dei Club Alcolici Territoriali, Alcolisti Anonimi; Associazione dei Gruppi Familiari; le rappresentanze ufficiali delle Comunità terapeutiche: Coordinamento Enti Accreditati per le Dipendenze, Coordinamento Nazionale Comunità di Accoglienza, Federazione Italiana Comunità Terapeutiche. Gli stessi Soggetti sono stati coinvolti anche per i lavori programmati sul Tavolo di Lavoro sull'Alcol. Pertanto i componenti del predetto Tavolo di Lavoro hanno nominato un Gruppo Redazionale finalizzato alla predisposizione del Libro Bianco, coordinato da Emanuele Scafato e Claudia Gandin dell'Istituto Superiore di Sanità, e al quale hanno preso parte l'Ufficio 6 della DGPRE del Ministero della Salute: Maria Assunta Giannini e Maria Migliore, i due referenti scientifici: Valeria Zavan e Giovanni Greco, la coordinatrice del gruppo tecnico del gruppo interregionale sub area dipendenze: Angela Bravi.

Il Libro Bianco è strutturato in capitoli correlati alle tematiche affrontate nella "Conferenza Nazionale Alcol", e segue una griglia logica che predispone i singoli contributi riferendosi ad uno schema concettuale articolato come segue.

I primi capitoli del libro descrivono il panorama internazionale, europeo e nazionale, i cui dati sono stati pubblicati nella relazione del Ministro della Salute al Parlamento 2022 e nel rapporto ISTISAN 2022. Tali dati sono stati presentati nella relazione di apertura della Seconda Conferenza Nazionale Alcol che è stata affidata all'Osservatorio Nazionale Alcol dell'Istituto Superiore di Sanità che cura annualmente l'aggiornamento epidemiologico mediante il sistema di sorveglianza SISMA - Sistema di Monitoraggio Alcol, previsto dal DPCM 03.03.2017.

A seguire, il documento include un capitolo in cui sono brevemente riassunti i riferimenti normativi e programmatici internazionali, europei e nazionali, cui fare riferimento negli anni a venire. In particolare, viene illustrato il nuovo Piano d'Azione europeo dell'Organizzazione Mondiale della Sanità 2022-2030 teso ad implementare la strategia globale di riduzione dell'uso dannoso di alcol. Strategie rese esecutive dall'Assemblea Mondiale della Sanità lo scorso 24 maggio 2022, nell'ambito di una più ampia strategia mondiale di lotta alle malattie croniche non trasmissibili – *Non*

Communicable Diseases, quale azione principe dell'Agenda 2030 della Nazioni Unite e degli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile - *Sustainable Development Goals*, che prevedono la riduzione del 10% del consumo rischioso e dannoso di alcol entro il 2025.

Un interessante riferimento storico che illustra le posizioni ideologiche, scientifiche e le iniziative inerenti l'ambito dell'alcolologia in Italia prima e dopo la "Legge Quadro sull'alcol e sulle patologie e problematiche alcol correlate" è descritto nel Capitolo intitolato "La storia dell'alcolologia italiana prima e dopo la Legge 125/2001".

Le aree tematiche sono articolate nel seguente modo: stato dell'arte, scenario attuale e tendenze in atto, criticità e punti di forza - limiti e disfunzioni del presente e potenzialità delle proposte condivise -, raccomandazioni volte a innovazioni e strategie di avanzamento rispetto allo status quo. Ciascun capitolo è accreditato per il nome dei coautori.

Nella Seconda Conferenza Nazionale sull'Alcol è stato presentato un documento condiviso dalle Società Scientifiche, pregevole anche perché è la prima volta che si concretizza un'azione tra di esse con una simile sinergia.

Si è ritenuto più che opportuno prevedere uno spazio anche per le Associazioni affinché la loro voce non fosse soffocata dagli innumerevoli temi trattati ma anzi fosse più che mai inclusiva e partecipativa.

Il Libro Bianco così descritto si pregia della Presentazione del Ministro della Salute On. Roberto Speranza, che conferisce il riconosciuto valore ai documenti riportati nel testo, e delle Conclusioni del Sottosegretario di Stato alla Salute On. Andrea Costa, che sintetizza gli elementi salienti dei documenti, mettendo a fuoco in particolare le iniziative raccomandate per volgere al miglioramento della qualità, dell'efficienza e dell'equità delle prestazioni offerte alle persone con disturbo da uso di alcol e dei loro familiari.

A cura del Gruppo redazionale

Emanuele Scafato e Claudia Gandin - Coordinamento gruppo redazionale - Istituto Superiore di Sanità

Maria Assunta Giannini e Maria Migliore - Coordinamento ed iniziative redazionali DGPRES del Ministero della Salute - Ufficio 6

Valeria Zavan e Giovanni Greco - supervisione documenti aree tematiche

Angela Bravi - Componente gruppo redazionale, referente per il Gruppo Tecnico Interregionale Sub area dipendenze

PRESENTAZIONE

Il Libro Bianco che ho il piacere di presentare, quale strumento dotato di autorevolezza, intende rappresentare un riferimento concreto, di alto profilo professionale, per tutti gli *stakeholder* dell'area dell'alcolologia italiana ed internazionale, avvalendosi dei contributi prodotti nei documenti di analisi e di consenso elaborati durante i tre anni di preparazione alla Conferenza Nazionale, frutto di una prolungata consultazione rivolta alla creazione partecipata del consenso sulle tematiche trattate. Con tale rilevante iniziativa si è inteso far convergere tutto il panorama scientifico e culturale che opera nel settore dell'alcolologia per inquadrare il problema e fare il punto sullo stato dell'arte nell'applicazione dei principi fondanti che nell'ultimo decennio sono stati il *drive* delle azioni promosse a livello nazionale, regionale e locale sul tema alcolico.

Dai dati epidemiologici diffusi dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, l'alcol è considerato il quinto fattore di rischio per il carico di malattia globale. Nei 30 Paesi dell'Unione Europea il 5,5% di tutti i decessi sono stati causati dall'alcol, in gran parte per patologie oncologiche (29% dei decessi attribuibili all'alcol), cirrosi epatica (20%), malattie cardiovascolari (19%), incidenti stradali e atti di autolesionismo e violenza interpersonale (28%) (1-3).

Oramai sono purtroppo ben conosciuti i danni diretti ed indiretti alla salute causati dal consumo dannoso di alcol, sappiamo infatti che al danno biologico si associano i danni causati da comportamenti irresponsabili che conducono ad azioni violente, ad incidenti mortali o invalidanti, senza tralasciare le ripercussioni in ambito lavorativo, familiare e sociale che ne conseguono. Ai rischi e ai danni precedentemente menzionati vanno aggiunti i costi sostenuti per l'assistenza socio-sanitaria e per la comunità, oltre a perdite di produttività.

La pandemia da coronavirus (Sars-CoV-2) ha riportato prepotentemente all'attenzione dei *policy makers* il fenomeno dei consumi del bere rischioso e dannoso di bevande alcoliche che ha superato i consumi degli anni precedenti, avvalendosi anche di canali d'acquisto alternativi quali quelli di consegna a domicilio o di vendita online. L'allarme è stato lanciato subito dal contesto europeo ed internazionale, imprimendo una forte accelerazione al documento sul quale si stava già lavorando, il "*Piano d'Azione sull'Alcol - Global alcohol action plan 2022-2030 WHO - per attuare efficacemente la strategia globale per ridurre il consumo dannoso di alcol*". Le consultazioni mondiali presso l'Organizzazione Mondiale della Sanità hanno confermato la necessità di rafforzamento delle azioni e delle politiche internazionali, europee e nazionali da dedicare al trattamento e presa in carico nell'ambito dei disturbi da uso di alcol (DSM-V) ma anche e soprattutto a prevenirli attraverso la riduzione dei

consumatori a rischio, come già fortemente raccomandato dall'Agenda 2030 di Sviluppo Sostenibile delle Nazioni Unite (Obiettivo 3.5: rafforzare la prevenzione e il trattamento dell'abuso di sostanze, compreso stupefacenti e uso dannoso di alcol).

Tenuto conto del contesto che si è andato a delineare in questi anni, come precedentemente rappresentato, si è inteso richiamare l'attenzione sulle problematiche correlate al consumo dannoso di alcol attraverso iniziative che potessero agevolare un dibattito costruttivo sulle criticità e le possibili soluzioni da proporre per il loro superamento anche alla luce di possibili elementi innovativi. Pertanto, il Ministero della Salute ha finanziato progetti su tematiche algologiche; organizzato la seconda Conferenza Nazionale sull'Alcol nelle date del 15-16-17 Marzo; costituito un Tavolo di Lavoro sull'Alcol all'indomani della Conferenza con il compito di redigere il presente Libro Bianco.

La Conferenza ha rappresentato un importante momento di confronto indispensabile per evidenziare i risultati e gli insegnamenti derivanti da 20 anni di esperienza nel settore. Si tratta, infatti, di un lavoro svolto da quanti, professionisti e cittadini, che impegnandosi presso servizi, strutture ed associazioni, si sono adoperati nello sforzo comune di delineare risposte sempre più in linea con le nuove esigenze delle persone e delle famiglie richiedenti assistenza.

L'esperienza ed il *knowhow*, in particolare dei Servizi territoriali delle Regioni, trova una propria collocazione nel dialogo con i maggiori livelli programmatori, che per la prima volta hanno prodotto e condiviso documenti di consenso o di buone prassi, insieme alla forte motivazione a perseguire l'importante obiettivo di rimuovere eventuali diseguità sul piano nazionale attraverso proposte operative finalizzate a ridurre i *gap*.

A tutto ciò va ad aggiungersi la spinta all'evoluzione e all'innovazione di un sistema di rete ancora più rispondente alla domanda di cura attuale, una presa in carico multidisciplinare ed integrata che prevede il passaggio da un approccio prioritariamente di "cure" ad un modello di "care", del "*prendersi cura*", in cui il **Budget di Salute** può costituire lo strumento più appropriato, garantendo interventi in grado di rispondere ai bisogni socio-sanitari e terapeutici, finalizzati al reinserimento e all'inclusione sociale.

In questa ottica di rete, cui si intende dare ulteriore impulso, occorre porre particolare attenzione al sistema integrato di presa in carico territoriale per la persona con disturbo da uso di alcol e ai loro familiari, cogliendo anche la concreta opportunità che offre il PNRR di ridisegnare l'assistenza territoriale con la previsione delle Case della Comunità. E' evidente che il lavoro di ridisegnare la rete di assistenza territoriale

necessità di una manutenzione e aggiornamento ai continui cambiamenti e alle esigenze del territorio.

L'importanza di questo Libro Bianco, a mio parere, è data non solo dalla scelta dei temi trattati ma anche dalla metodologia utilizzata che ha visto attivate significative collaborazioni scientifiche e operative, coordinate dal Ministero della Salute, attraverso l'ufficio 6 della Direzione Generale della Prevenzione, competente per materia, in stretta collaborazione con il coordinamento tecnico delle Regioni che, attraverso il lavoro in Gruppi, hanno permesso un'ampia partecipazione a molteplici stakeholders: rappresentanti delle Regioni, Associazione Nazionale Comuni Italiani, Istituzioni, professionisti dei Servizi pubblici, delle Società scientifiche, delle Comunità Terapeutiche, delle Associazioni; tutti impegnati nel comune intento di condividere i rispettivi saperi e competenze che abbiamo inteso raccogliere nel presente Libro Bianco.

Ministro della Salute
ROBERTO SPERANZA

LA CORNICE DI RIFERIMENTO

Il panorama internazionale / europeo

Emanuele Scafato, Claudia Gandin, Silvia Ghirini, Alice Matone

Osservatorio Nazionale Alcol. Centro Nazionale Dipendenze e Doping. Istituto Superiore di Sanità

L'alcol è considerato il quinto fattore di rischio per il carico di malattia globale e nel 2016 il 5,5% di tutti i decessi nei 30 Paesi dell'Unione Europea (UE) sono stati causati dall'alcol, per un totale di 291.100 persone che sono morte in gran parte per patologie oncologiche (29% dei decessi attribuibili all'alcol), cirrosi epatica (20%), malattie cardiovascolari (19%), incidenti stradali e atti di autolesionismo e violenza interpersonale (28%) (1-3); la percentuale più alta di decessi attribuibili all'alcol è stata riscontrata infine nei giovani adulti (2).

Delle circa 800 persone che ogni giorno in Europa muoiono per cause attribuibili all'alcol, una percentuale relativamente alta di danni causati dal consumo di alcol si verifica in età giovanile, dove una morte su quattro dei ragazzi di età compresa tra 20 e 24 anni è causata dall'alcol (2).

Almeno 40 delle malattie e condizioni riportate nella Classificazione Internazionale delle Malattie, 10^a revisione (*International Classification of Diseases 10th revision*, ICD-10) (4) sono totalmente alcol-attribuibili e oltre 200 sono invece parzialmente alcol-attribuibili. Il carico di malattie deriva principalmente da due categorie: le malattie croniche non trasmissibili (tra cui numerosi tipi di neoplasie, le malattie cardiovascolari, la cirrosi epatica e le disfunzioni metaboliche) e la violenza auto ed etero diretta (tra cui suicidi, omicidi e incidenti stradali) (5-9). Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), il consumo dannoso di alcol è uno dei principali fattori di rischio per la salute della popolazione in tutto il mondo e ha un impatto diretto su molti obiettivi sanitari di sviluppo sostenibile "*Sustainable development goals – SDG*" da raggiungere entro il 2030 (10-13).

Il consumo di alcol pro-capite in litri di alcol puro all'anno è uno dei due indicatori per l'obiettivo di salute SDG 3.5 – "Rafforzare la prevenzione e il trattamento da abuso di sostanze, compreso di stupefacenti e il consumo dannoso di alcol" (13).

L'alcol causa circa 3 milioni di morti ogni anno nel mondo, nonché disabilità e cattive condizioni di salute di milioni di persone. Complessivamente, il consumo

dannoso di alcol è responsabile del 5,1% del carico globale di malattie e la Regione europea dell'OMS ha la più alta percentuale di consumatori e il più alto consumo di alcol nel mondo.

L'alcol è una sostanza cancerogena in grado di provocare *addiction*: qualsiasi livello di consumo di alcol è associato a numerosi danni prevenibili dovuti a molteplici condizioni di salute come malattie cardiovascolari, diversi tipi di cancro, disturbi da uso di alcol (*Alcohol Use Disorders - AUDs*), danni d'organo ad esempio le malattie del fegato, eventi traumatici acuti come gli incidenti stradali, domestici e sul lavoro anche con danni a persone diverse dai bevitori, a disturbi del comportamento ed ad eventi psicotici (10-13).

Nonostante siano riportate in letteratura associazioni protettive tra consumo occasionale di alcol e cardiopatia coronarica, ictus ischemico e diabete, secondo l'OMS, al netto di tutti i presunti vantaggi, gli effetti nocivi del consumo di alcol per la salute sono comunque preponderanti (14-16). È infine dimostrato che il consumo di alcol ha ricadute pesanti sulle famiglie di chi beve secondo modalità rischiose/ dannose e sulla comunità in generale, a causa del deterioramento delle relazioni personali e lavorative, degli atti criminali (come vandalismo e violenza), della perdita di produttività e dei costi a carico dell'assistenza sanitaria (16).

Nella Regione europea dell'OMS si stima che il 62,3% della popolazione adulta ha consumato bevande alcoliche almeno una volta nel corso dell'ultimo anno e che il consumo di alcol è causa di quasi un milione di morti ogni anno, pari a circa 2500 morti al giorno (di cui una su quattro è un giovane artefice o vittima di un incidente stradale causato dall'alcol alla guida, prima causa di morte prematura in Italia e in Europa, di malattia di lunga durata o di disabilità tra i giovani maschi di età compresa tra i 14 e i 28 anni di età) (10).

L'alcol è dimostrato essere causa di oltre 200 condizioni e malattie riconosciute nella classificazione internazionale delle malattie, e circa 40 di queste sono del tutto attribuibili al consumo di alcol (10). Sono state individuate due ampie categorie di malattie alcol-attribuibili: le malattie croniche non trasmissibili (i disturbi neurologici, il cancro, le malattie cardiovascolari e la cirrosi epatica) e le lesioni non intenzionali e intenzionali (10, 12). L'OMS ha stimato infatti che il 29% dei decessi alcol-correlati sono avvenuti per patologie oncologiche, il 20% per cirrosi epatica, il 19% per malattie cardiovascolari e infine il 18% per incidenti. Si stima inoltre che, nello stesso anno, 7,6 milioni di anni siano stati persi prematuramente a causa del consumo di alcol (11).

I dati sul consumo di bevande alcoliche e sulle patologie alcol-attribuibili sono "estratti" dalla Relazione del Ministro della salute al Parlamento sugli interventi

realizzati ai sensi della legge 30.3.2001 n. 125 “legge quadro in materia di alcol e problemi alcol-correlati” anno 2021 e dal Rapporto ISTISAN sul monitoraggio alcol-correlato in Italia dell’Istituto Superiore di Sanità (17-19).

Consumo *pro-capite* di alcol in Europa e in Italia

Le evidenze epidemiologiche di studi a livello nazionale e internazionale continuano a confermare la correlazione tra l’elevato consumo di alcol nella popolazione e l’aumento del rischio di morbilità e mortalità per alcune cause. Il rischio di danni per la salute cresce generalmente con la quantità di alcol consumata (10-13, 18, 19). La frequenza e l’intensità delle intossicazioni acute accresce in particolare il rischio di incidenti stradali e di patologie cardiovascolari quali l’infarto e le malattie coronariche.

L’analisi del trend del consumo medio *pro-capite* di alcol puro (CPA), come somma del contributo di alcol di tutte le bevande alcoliche (il CPA è l’indicatore suggerito dall’Assemblea generale delle Nazioni Unite, stimato attraverso la *Joint Point Analysis*) mostra che in Italia il valore è passato da 19,72 litri nel 1970 a 7,8 litri nel 2018 con una diminuzione maggiore rispetto a quella registrata a livello medio europeo. Va notato che nel 1970 il CPA in Italia era molto più elevato rispetto alla media dei Paesi membri dell’Europa (19,72 vs. 13,83) e che, ciò nonostante, l’Italia è stata la prima nazione della Regione europea dell’OMS a raggiungere il target prefissato dalle strategie europee della riduzione del 25% dei consumi *pro-capite* di alcol (18). Negli anni a seguire, tra il 2002 e il 2018, il CPA in Italia, a fronte di una diminuzione tra il 2002 e il 2010 (APC 2001-2010: -3,5 p<0,01) ha subito delle oscillazioni tra il 2011 e il 2018 risalendo ai livelli del 2008 di 7,81 litri *pro-capite*, vanificando in buona sostanza le riduzioni dell’ultimo decennio (Figura 1). È degno di nota rilevare che il reale CPA è sicuramente superiore a quello sinora stimato essendo quest’ultimo elaborato e riferito all’intera popolazione e non ai soli consumatori per i quali, ovviamente, si registra e si realizza l’esposizione effettiva al rischio alcol-correlato.

Analizzando i litri di alcol puro consumati per tipologia di bevanda si evince che nel complesso, nel corso del decennio 2009-2019 nella popolazione di età 15 anni e più si è assistito a sensibili cambiamenti rispetto alla tipologia di bevande consumate (Figura 2). Il consumo medio *pro-capite* di vino ha subito delle oscillazioni ed è stato pari a 4,83 nel 2019, il consumo *pro-capite* di alcol ingerito attraverso la birra è aumentato costantemente nel periodo considerato passando da 1,63 nel 2009 a 1,99 nel 2019 e, l’abitudine a consumare altre bevande alcoliche oltre al vino e alla birra, è diminuita tra il 2009 e il 2016 ma nel corso degli ultimi tre anni è aumentata nuovamente tornando nel 2019 a 0,83 e cioè al valore del 2009 come indicato nella Figura 2 (18).

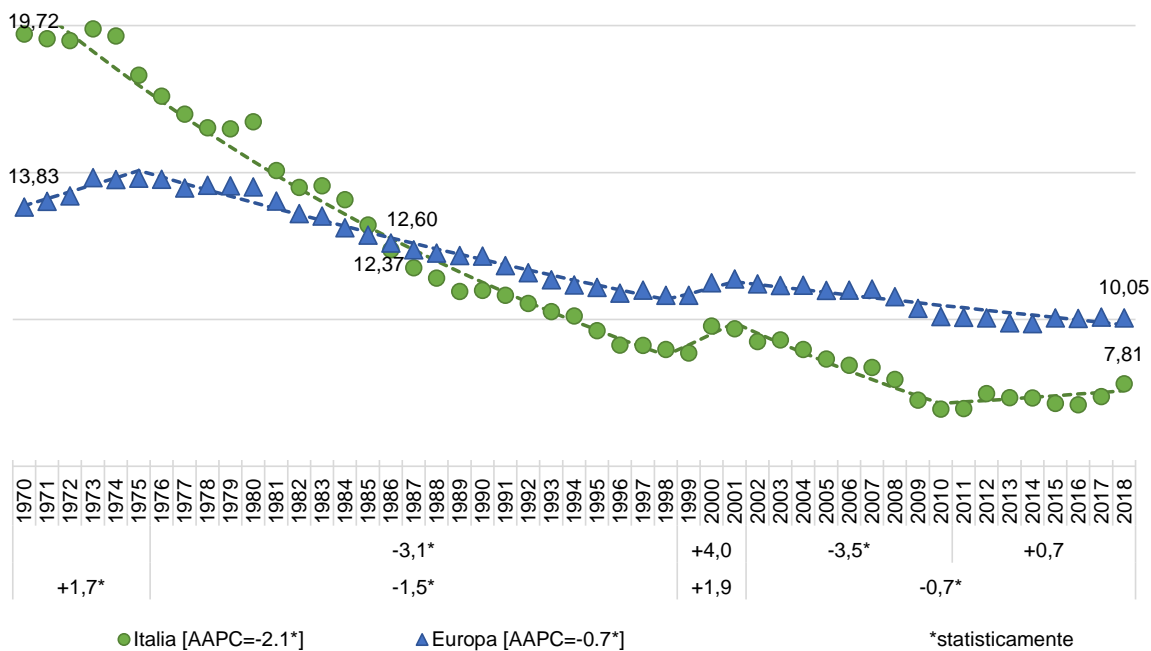


Figura 1. Trend consumo registrato di alcol in litri di alcol puro *pro-capite* totale e stimato (in Italia e nei Paesi europei). Valore registrato (tondo) e stima (linea tratteggiata) ottenuta con *Joint Point Analysis*. Anni 1970-2018

Fonte: Elaborazioni ONA-ISS su dati pubblicati nel European Health for All database (HFA-DB) della WHO-Europa

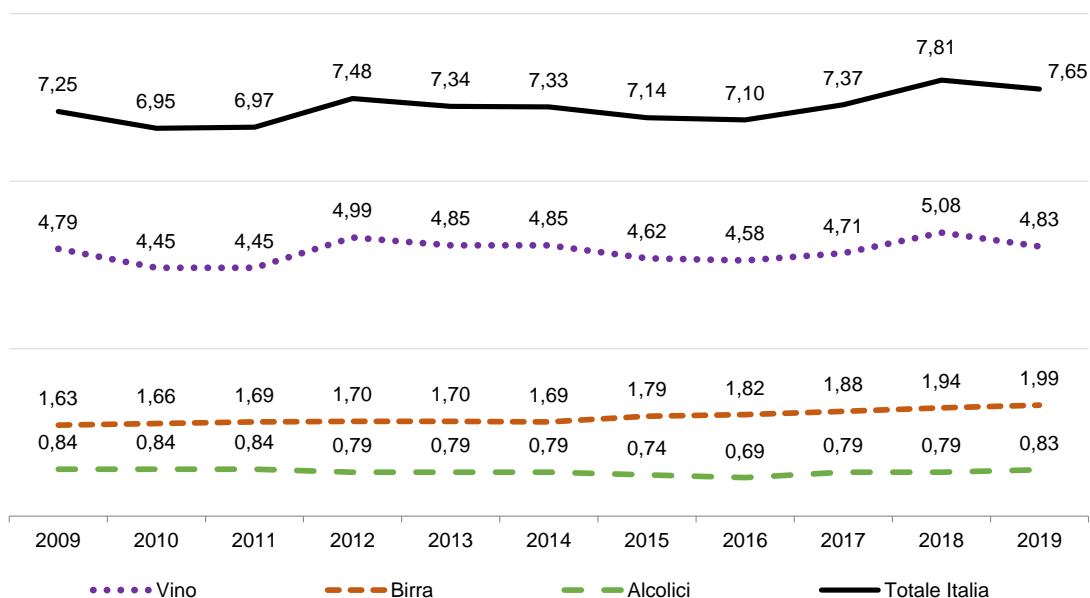


Figura 2. Consumo registrato di alcol in litri di alcol puro *pro-capite* totale e per tipologia di bevanda. Italia. Anno 2009-2019

Fonte: Elaborazioni ONA-ISS su dati pubblicati nel *European Information System on Alcohol and Health (EISAH)* (18)

Il panorama nazionale

Emanuele Scafato, Claudia Gandin, Silvia Ghirini, Alice Matone

Osservatorio Nazionale Alcol. Centro Nazionale Dipendenze e Doping. Istituto Superiore di Sanità

Consumo di alcol in Italia e comportamenti a rischio

Ogni anno l'Indagine multiscopo sulle famiglie – Aspetti della vita quotidiana” condotta dall'Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT) raccoglie dati sul consumo di alcol nella popolazione italiana che vengono elaborati dall'Osservatorio Nazionale Alcol dell'Istituto Superiore di Sanità (ONA-ISS). Tale attività di monitoraggio rientra nell'ambito del programma SIAS-SISTIMAL *International* ed è stabilita dal Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (DPCM) del 3 marzo 2017 e dal Piano di attuazione per l'anno 2020 del Programma Statistico Nazionale 2020-2022 ad integrazione delle elaborazioni annuali fornite nelle tavole di dati “Il consumo di alcol in Italia” dell'ISTAT (20-22). Tale attività avviene al fine di creare un sistema di monitoraggio nazionale periodico alcol-correlato, in collaborazione con il Ministero della Salute, finalizzato a fornire informazioni utili alla programmazione, alla prevenzione e alla salvaguardia della salute dei cittadini, oltre che alla stesura della relazione al parlamento prevista ai sensi della Legge n. 125 del 30 marzo 2001 “Legge quadro in materia di alcol e di problemi alcol-correlati” (17).

Molti Paesi europei, al fine di promuovere la salute pubblica nella popolazione attraverso strategie sanitarie e alimentari, hanno sviluppato, nel corso degli anni, linee guida per un consumo a basso rischio standardizzate e condivise a livello europeo, che sono state pubblicate nel rapporto *Good practice principles for low risk drinking guidelines* (23-25).

In Italia, le linee guida nazionali per il consumo a basso rischio e quindi i limiti oltre i quali si configura un consumo rischioso e dannoso di alcol sono state inserite nel Dossier Scientifico delle Linee Guida per una sana alimentazione, curato dal Consiglio per la Ricerca in agricoltura e l'Economia Agraria (CREA). Aggiornate di recente (26, 27), esse ribadiscono che non esistono livelli sicuri per la salute di consumo di alcolici e che non bere è la scelta migliore anche per la prevenzione del cancro, escludendo qualità “benefiche” del vino o della birra per via dei suoi componenti bioattivi (flavonoidi, resveratrol, xantumolo) presenti in quantità assolutamente inefficaci a determinare un qualunque effetto se non a fronte di un'ingestione letale di litri di bevanda alcolica incompatibili con lo stato in vita.

Al fine di promuovere strategie sanitarie e alimentari basate su stili di vita salutari è necessario monitorare le diverse modalità di consumo: oltre al consumo abituale eccedentario, i consumi occasionali possono anche causare danni immediati alla salute come il consumo fuori pasto e il *binge drinking* (assunzione, in un'unica occasione di consumo, di elevate quantità di alcol, 60 o più grammi di alcol, equivalenti a 6 Unità Alcoliche (UA); una UA equivale a 12 grammi di alcol puro) (18, 19).

I limiti stabiliti nelle linee guida per una sana alimentazione oltre i quali si configura un consumo rischioso di alcol sono da molti anni acquisiti dal Ministero della Salute, dall'ISTAT e dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS) per monitorare le abitudini di consumo della popolazione (18, 19, 27, 28).

Le linee guida stabiliscono che, al di sotto dei 18 anni, qualunque consumo deve essere evitato; per le donne adulte e gli anziani (ultra 65enni) il consumo giornaliero non deve superare 1 UA mentre per gli uomini adulti il consumo giornaliero non deve superare le 2 UA al giorno, indipendentemente dal tipo di bevanda consumata. Inoltre, è importante precisare che per i ragazzi minorenni, qualsiasi tipo di consumo, anche occasionale, è da considerarsi a rischio poiché il sistema enzimatico in questa fascia di età non è ancora in grado di metabolizzare l'alcol: è per questo motivo che in questa fascia di popolazione è vietata la vendita e la somministrazione di qualsiasi tipo e quantitativo di bevanda alcolica.

Consumo di alcol in Italia per tipologia di bevanda

Si stima che nell'anno 2020 sono circa ventinove milioni le persone che hanno consumato **vino** almeno una volta nel corso dell'anno, con una prevalenza pari a 65,1% tra gli uomini e 43,2% tra le donne (Figura 3). L'andamento nel corso del decennio 2010-2020 è in diminuzione tra i consumatori, in aumento tra le consumatrici, dopo un iniziale diminuzione nel periodo compreso tra il 2010 e il 2014 (18).

Nonostante l'Italia rappresenti ancora un paese con forti radicamenti culturali legati alle bevande alcoliche, soprattutto il vino e i distillati nel nord del paese, sembrano farsi spazio, grazie alla spinta commerciale, diversi tipi di bevande (birra, *alcolpops*, *energy drink*) e diverse modalità di consumo, ben lontane dal consumo "alimentare" / "mediterraneo". Con questo ci si riferisce principalmente al consumo di bevande alcoliche fuori dai pasti e al consumo episodico eccessivo in un'unica occasione (*binge drinking*), modalità che caratterizzano maggiormente il mondo giovanile, ma che negli ultimi anni si stanno diffondendo ad altre fasce di popolazione (apericene e quant'altro) considerate in passato meno propense a queste modalità di consumo, come gli anziani e

le donne. A questo riguardo, nel corso del decennio 2010-2020 si registra in Italia un incremento nel numero dei consumatori e delle consumatrici di altre bevande alcoliche (birra, aperitivi alcolici, amari, liquori e superalcolici).

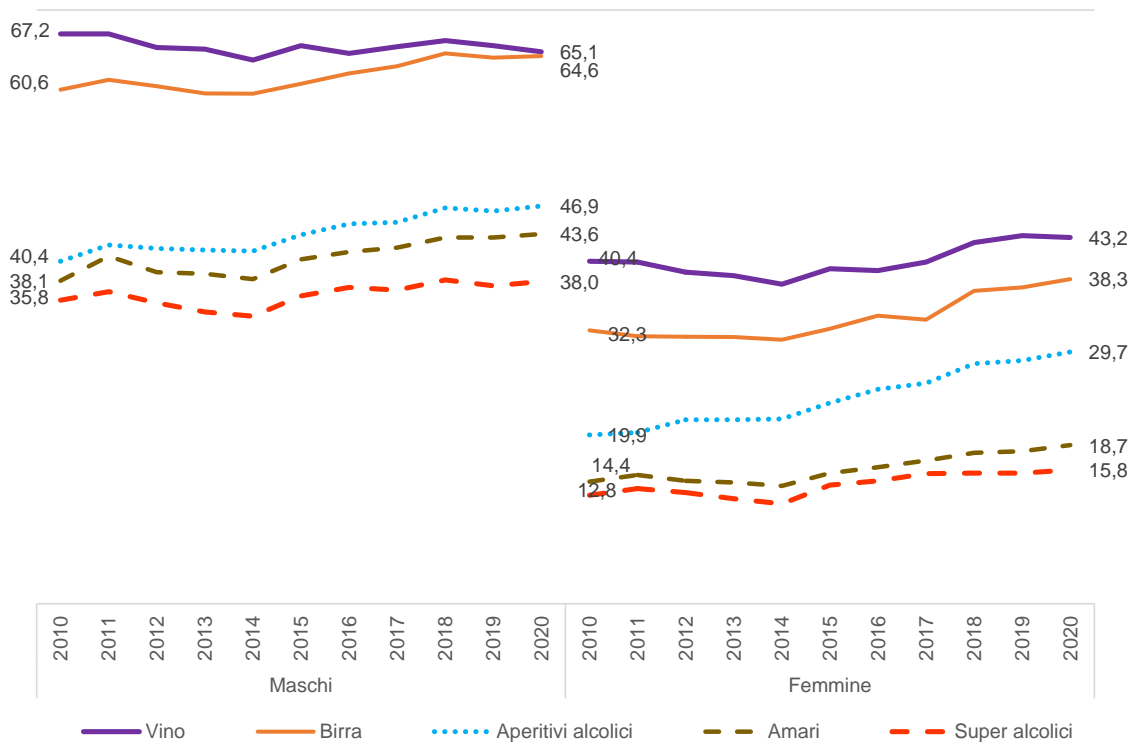


Figura 3. Prevalenza (%) di consumatori delle diverse bevande alcoliche per genere (Anni 2010-2020)

Fonte: Elaborazioni SISMA, ONA-ISS su dati dell'indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie (18)

Quasi ventotto milioni di persone di età superiore a undici anni hanno consumato birra nel corso del 2020, con una prevalenza dei consumatori di sesso maschile quasi doppia rispetto a quella femminile (64,6% e 38,3% rispettivamente).

Gli aperitivi alcolici sono stati consumati, nel 2020, da oltre venti milioni e cinquecento mila persone di età superiore a 11 anni e la prevalenza tra gli uomini (46,9%) è superiore a quella tra le donne (29,7%). La prevalenza dei consumatori di aperitivi alcolici è aumentata complessivamente rispetto al 2019 del 1,9% e in particolare l'aumento risulta significativo per entrambi i generi nella classe di età 18-64 anni (M: 2,0%; F: 5,1%).

Gli amari sono stati consumati, nel 2020, da oltre sedici milioni e cinquecento mila persone di età superiore a 11 anni, e anche in questo caso la prevalenza tra gli uomini risulta essere oltre il doppio di quella delle donne (M: 43,6%; F: 18,7%) e, tra le donne, si rileva un incremento statisticamente significativo delle consumatrici pari a 4,6% nella classe di età 18-64 anni. L'analisi per classi di età evidenzia valori più elevati tra gli adulti, seguiti da anziani e ragazzi, indipendentemente dal genere.

I liquori e i superalcolici sono stati consumati nel 2020 da circa quattordici milioni e cinquecento mila persone di età superiore a 11 anni, pari al 38,0% degli uomini e al 15,8% delle donne, e si conferma, anche per quest'anno, un trend in crescita dei consumatori di questa bevanda che è iniziato dal 2014 (Figura 3). L'analisi per classi di età mostra che rispetto all'anno 2019 si registra un incremento statisticamente significativo dei consumatori nella fascia di età 18-64 sia tra gli uomini (+3,5%) che tra le donne (+4,5%) (18).

I numeri dell'alcol in Italia nel 2020

Come presentato nel corso della Conferenza Nazionale Alcol, nel 2020, in piena pandemia, il Sistema di Monitoraggio Alcol (SISMA) dell'ONA-ISS (Tabella 1), dei dati Multiscopo Istat e dei sistemi di rilevazione del Ministero della Salute, ha rilevato 8,6 milioni di consumatori a rischio (22,9% maschi, 9,4% femmine) con un incremento annuale del 6,6% e 5,3%, rispettivamente per i due sessi; colpiti i target di popolazione più vulnerabili con minori (760.000) e anziani (2.600.000) come fasce di maggiore criticità (18).

La pandemia da SARS-CoV-2 ha reso ancor più problematico il consumo rischioso di tutte le bevande alcoliche tra quanti erano già a rischio.

Sono aumentate le criticità tra le donne. Preoccupa molto l'aumento delle minorenni consumatrici: tra 16 e 17 anni la frequenza delle consumatrici a rischio (40,5%) raggiunge quella dei coetanei maschi (43,8%); tra 11 e 15 anni, 10 minori su 100 sono a rischio.

Cresce anche il *binge drinking* con 4.100.000 consumatori che si sono ubriacati nel 2020, 930.000 tra gli 11 e i 25 anni di età, con 120.000 minori intossicati di cui solo 3.300 hanno fatto ricorso ad un Pronto Soccorso, rappresentando comunque il 10 % circa dei 29.362 accessi per intossicazione alcolica.

Dei circa 830.000 consumatori dannosi (consumatori con salute già compromessa da danni causati dall'alcol, con Disturbi da Uso di Alcol (DUA) e in necessità di

trattamento), solo 64.527 sono stati presi in carico come alcoldependenti nei servizi per le dipendenze ai quali non si è tuttavia rivolto il 93 % circa di quanti attesi per una qualsiasi forma d'intervento terapeutico.

In calo per mancata intercettazione e inaccessibilità delle strutture di ricovero e cura anche le dimissioni ospedaliere per cause dovute all'alcol che sono state 43.445 con perdita di continuità assistenziale e capacità di screening precoce della rilevazione di epatopatie causate dall'alcol e dello spettro dei DUA (18, 19).

Tabella 1. I numeri dell'alcol in Italia. Anno 2020

Consumatori (11+)	36 milioni [M=77,2% - F=56,2%]
Consumatori quotidiani (18+)	11,1 milioni [M=8,1 milioni - F=3 milioni]
Consumatori a rischio (11+)	8,6 milioni [M=6,0 milioni - F=2,6 milioni]
Consumatori a rischio (11-25)	1,6 milioni
<i>Consumatori a rischio (11-17)</i>	750.000
<i>Consumatori a rischio (18-20)</i>	350.000
<i>Consumatori a rischio (21-25)</i>	500.000
Consumatori a rischio (65+)	2,6 milioni
<i>Consumatori a rischio (65-74)</i>	1.400.000
<i>Consumatori a rischio (75-84)</i>	900.000
<i>Consumatori a rischio (85+)</i>	300.000
Eccedenti le linee guida su base quotidiana (11+)	5,5 milioni [M=3,7 milioni - F=1,8 milioni]
Binge drinkers (11+)	4,1 milioni [M=3 milioni - F=1,1 milioni]
Binge drinkers (11-25)	930.000
<i>Binge drinkers (11-17)</i>	120.000
<i>Binge drinkers (18-20)</i>	320.000
<i>Binge drinkers (21-25)</i>	490.000
Consumatori dannosi (18+)	830.000 [M=555.000 - F=275.000]
Alcoldependenti	64.527 in carico
Dimissioni ospedaliere per (PAA)	43.445 [M=33.616 - F=9.828]
Accessi in PS per Patologie Alcol Attribuibili (PAA)	29.362 [M=20.731 - F=8.631]

I dati completi sono inseriti nel Rapporto ISTISAN dell'ONA-ISS, sono acquisiti nella Relazione trasmessa dal Ministro della Salute al Parlamento ai sensi della Legge 125/2001 e sono stati presentati nel corso della Conferenza Nazionale Alcol a Roma presso il Ministero della Salute lo scorso 15-17 marzo 2022.

Il consumo di alcol nelle Regioni

Le Regioni d'Italia con la maggior criticità, sia in termini di tipologia di bevande alcoliche consumate che di comportamenti dannosi per la salute sono, anche per il 2020, quelle nord orientali. Più in particolare, nell'**Italia nord-orientale** (Veneto, Friuli Venezia Giulia, Emilia Romagna, Province autonome di Bolzano e di Trento) la percentuale di consumatori di almeno una bevanda alcolica è stata pari al 79,4% tra gli uomini e al 61,3% tra le donne, per entrambi i generi il valore in assoluto più elevato di tutte le altre ripartizioni considerate, senza variazioni rispetto al 2019. Tutti gli indicatori valutati, con poche eccezioni (il consumo di amari negli uomini) sono i più alti a livello nazionale o superiori alla media per entrambe i generi così come già riscontrato nel corso degli ultimi 5 anni. L'analisi dei comportamenti a rischio analizzati mostra tutti valori massimi a livello nazionale, ad eccezione del *binge drinking* nelle donne (che comunque si mantiene superiore alla media nazionale). Inoltre, nell'Italia Nord orientale nel 2020, rispetto all'anno precedente, c'è stato un ulteriore aumento dei consumatori fuori pasto maschi, e dei consumatori a rischio per entrambe i sessi (18, 19).

Per l'**Italia nord-occidentale** (Piemonte, Valle d'Aosta, Lombardia, Liguria) è importante sottolineare il trend in diminuzione del consumo di alcol negli ultimi 10 anni per il sesso maschile (ma non riscontrato nel corso del 2020). Valori superiori alla media nazionale sono per gli aperitivi alcolici in ambo i sessi e per i superalcolici ed il vino nelle donne, inferiore alla media nazionale per la birra in ambo i sessi e per gli amari negli uomini. L'analisi dei comportamenti a rischio mostra che è superiore alla media nazionale il consumo fuori pasto e il consumo a rischio in entrambe i sessi, il consumo *binge drinking* per le sole donne (18, 19).

Nell'**Italia centrale** (Toscana, Umbria, Marche, Lazio) sono superiori alla media nazionale i valori per il vino per entrambe i sessi, per la birra e gli aperitivi alcolici nelle donne (in ulteriore aumento per la birra), superalcolici negli uomini. Aumentano i consumatori fuori pasto di entrambi i sessi, pur rimanendo in linea con la media nazionale. Sono invece al di sotto della media i consumatori maschi *binge drinker* e a rischio secondo il criterio ISS (18, 19).

Nell'**Italia meridionale** (Abruzzo, Molise, Campania, Puglia, Basilicata, Calabria), i valori di prevalenza dei consumatori di vino, aperitivi alcolici e super alcolici sono inferiori al dato medio nazionale per entrambi i generi, sebbene sia stato riscontrato un aumento del consumo nelle donne rispetto al 2019. Il solo dato massimo rispetto alle rilevazioni nazionali riguarda il consumo di amari nel sesso maschile. L'analisi dei comportamenti a rischio mostra che, per entrambi i generi, i valori di tutti gli indicatori

considerati (ad eccezione del consumo abituale eccedentario per i soli uomini) si continuano a mantenere inferiori al dato medio nazionale, anche se le prevalenze dei consumatori a rischio sono aumentate per entrambi i sessi rispetto al 2019, così come sono aumentati i consumatori fuori pasto di sesso maschile. La prevalenza delle consumatrici di sesso femminile fuori pasto è invece la più bassa di Italia (18, 19).

Infine, è nell'**Italia Insulare** (Sicilia e Sardegna) che si hanno per entrambi i sessi i valori più bassi in Italia, in particolare per il vino, gli aperitivi alcolici e i super alcolici per entrambi i generi. L'analisi delle abitudini di consumo mostra che tutti gli indicatori di rischio sono inferiori alla media nazionale per entrambi i generi, tranne che per i consumatori abituali eccedentari di sesso maschile. In particolare, la prevalenza di consumatrici abituali eccedentarie è la più bassa a livello nazionale così come quelle dei consumatori a rischio secondo il criterio ISS per entrambi i sessi. Sono però in aumento le consumatrici fuori pasto (18, 19).

La mortalità alcol-correlata

La Comunità Scientifica Internazionale ha dimostrato ampiamente che sia il consumo abituale eccedentario che quello occasionale di alcol, consumo episodico eccessivo (*binge drinking*) possono causare problemi di salute o aggravarli ed accrescere il rischio di danni per chi beve e per altre persone. L'uso continuativo di alcol produce inoltre effetti simili a quelli di altre sostanze psicotrope illegali, con induzione di dipendenza fisica e psichica, assuefazione, *craving*, compulsività ed altri disturbi del comportamento, provocando danni particolarmente rilevanti anche a livello sociale.

L'alcol è la causa principale di molte malattie totalmente alcol-correlate, in particolare la cirrosi epatica alcolica; ma è anche la causa concomitante di varie altre patologie vascolari, gastroenterologiche, neuropsichiatriche, immunologiche, di infertilità e problemi prenatali, di cancro, ivi compreso il cancro della mammella; di altri gravi eventi quali incidenti stradali, omicidi, suicidi, incidenti vari.

Il consumo dannoso di alcol e i relativi problemi di salute pubblica sono influenzati dai livelli e dai modelli di consumo alcolico: all'aumentare del consumo di alcol in una determinata popolazione aumenta la prevalenza di DUA e di modelli di consumo dannosi e viceversa.

La Regione Europea dell'OMS continua a presentare la percentuale più alta di decessi attribuibili all'alcol, ciò non sorprende se consideriamo che è anche la Regione dell'OMS con i consumi di alcol più elevati. I valori più elevati (sia per consumo di alcol che per i decessi alcol-attribuibili) si registrano nei Paesi dell'Europa Orientale.

L'Italia, tra i Paesi della Regione europea dell'OMS, occupa una delle posizioni più basse nella graduatoria delle percentuali di mortalità alcol-correlata rispetto alla mortalità totale.

Il Piano di azione per la prevenzione e il controllo delle malattie non trasmissibili avviato dall'OMS per gli anni 2013-2020 conferma la necessità di ridurre l'impatto delle malattie alcol attribuibili, che costituiscono una priorità di sanità pubblica a livello globale.

Si definiscono “morti totalmente alcol-attribuibili” quei decessi che, in accordo con l'ICD-10, (4) sono causati da patologie totalmente determinate dal consumo di alcol: Sindromi psicotiche indotte da alcol (ICD10: F10), Polineuropatia alcolica (ICD10: G62.1), Cardiomiopatia alcolica (ICD10:I42.6), Gastrite alcolica (ICD10: K29.2), Epatopatie alcoliche (ICD10: K70), Effetti tossici dell'alcol (ICD10: T51.0, T51.1), Degenerazione del sistema nervoso dovuta all'alcol (ICD10: G31.2), Pancreatite cronica indotta da alcol (ICD10: K86.0). Nella lista delle patologie totalmente alcol-attribuibili sono incluse anche “Miopatia alcolica (ICD10: G72.1)” e “Eccessivo livello ematico di alcol (ICD10: R78)”, ma queste due patologie non sono incluse nelle analisi di mortalità perché non sono causa di decesso. Le informazioni qui presentate si basano su dati di fonte ISTAT elaborati dall'ONA-ISS e dal Servizio Tecnico Scientifico di Statistica dell'ISS (18).

Nell'anno 2018, in Italia il numero di decessi per patologie totalmente alcol-attribuibili (in soggetti > a 15 anni) è stato pari a 1.257 (Tabella 2) (1024 uomini, 81,5% e 233 donne, 18,5%). Le due patologie che causano il numero maggiore di decessi totalmente alcol-attribuibili sia tra gli uomini che tra le donne, sono le epatopatie alcoliche (M=749; F=174) e i disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di alcol (M=213; F=45) che, nel complesso, causano circa il 94% dei decessi alcol-attribuibili sia gli uomini e tra le donne (18, 19).

Nel 2018, il tasso standardizzato di mortalità, nella popolazione di 15 anni e più, per le patologie totalmente alcol-attribuibili è stato di 3,98 per 100.000 abitanti per gli uomini e 0,80 per le donne; con un lieve incremento rispetto all'anno precedente per gli uomini e un lieve decremento per le donne. La mortalità alcol-attribubile è più elevata nella popolazione di età più avanzata sia per gli uomini che per le donne; infatti, tra la popolazione di 55 anni e più, il tasso di mortalità standardizzato assume il valore di 7,20 per 100.000 abitanti e di 1,44 per 100.000 rispettivamente per i due generi (Tabella 3).

L'analisi del trend mostra che dal 2007 al 2018, la mortalità per patologie totalmente alcol-attribuibili è diminuita fino al 2013 per gli uomini e fino al 2014 per le donne raggiungendo un minimo rispettivamente di 3,79 per gli uomini e di 0,73 per le donne.

A partire dal 2013 per gli uomini e dal 2014 per le donne si osserva una risalita del tasso di mortalità che raggiunge nel 2016 il valore di 4,08 per gli uomini e di 0,89 per le donne. Negli ultimi due anni di osservazione si registra di nuovo una riduzione per le donne, mentre per gli uomini vi è una lieve diminuzione nel 2017 seguito da un nuovo aumento nel 2018.

Tabella 2. Mortalità per patologie totalmente alcol-attribuibili in Italia, numero di decessi e distribuzione percentuale. Maschi e Femmine. Italia, anno 2018

Codici ICD-10	Patologie	Maschi		Femmine		Totale	
		Decessi	%	Decessi	%	Decessi	%
F10	Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di alcol	213	20,8	45	19,3	258	20,5
G31.2	Degenerazione del sistema nervoso dovuta all'alcol	14	1,4	4	1,7	18	1,4
G62.1	Polineuropatia alcolica	4	0,4	2	0,9	6	0,5
I42.6	Cardiomiopatia alcolica	23	2,2	2	0,9	25	2,0
K29.2	Gastrite alcolica	4	0,4	0	0,0	4	0,3
K70	Epatopatie alcoliche	749	73,1	174	74,7	923	73,4
K86.0	Pancreatite cronica indotta da alcol	4	0,4	1	0,4	5	0,4
T51	Effetti tossici dell'alcol	13	1,3	5	2,1	18	1,4
Totale decessi		1024	100	233	100	1.257	100

Fonte: Elaborazioni ISS su dati ISTAT dell'“Indagine sulle cause di morte” e della “Rilevazione sulla popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile” (18, 19).

Tabella 3. Mortalità per sesso e classi di età per patologie totalmente alcol-attribuibili in Italia. Numero di decessi, tassi standardizzati (*100.000). Italia, anno 2018

Età	Maschi		Femmine		Totale	
	Morti	Tasso STD	Morti	Tasso STD	Morti	Tasso STD
15-34 anni	9	0,14	2	0,03	11	0,09
35-54 anni	306	3,20	62	0,64	368	1,91
55+ anni	709	7,20	169	1,44	878	4,06
15+ anni	1024	3,98	233	0,80	1257	2,28

Fonte: Elaborazioni ISS su dati ISTAT dell'“Indagine sulle cause di morte” e della “Rilevazione sulla popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile” (18, 19).

L'analisi della mortalità alcol-attribuibile a livello regionale fa emergere una variabilità territoriale piuttosto elevata, sia per gli uomini che per le donne

Le regioni che nel 2018 hanno fatto registrare i livelli più elevati di mortalità (tassi standardizzati) tra gli uomini sono state la Valle d'Aosta (12,12 per 100.000 ab.), il Molise (8,14 per 100.000 ab.) e la Provincia Autonoma di Bolzano (7,35 per 100.000 ab.). Per le donne, i livelli più elevati di mortalità sono stati registrati nella Provincia Autonoma di Trento (2,33 per 100.000 ab.), in Umbria (1,45 per 100.000 ab.) e la Liguria (1,42 per 100.000 ab.).

All'estremo opposto le Regioni con i livelli più bassi di mortalità sono state, per gli uomini le Marche (2,37 per 100.000 ab.), l'Umbria (2,58 per 100.000 ab.) e la Toscana (2,74 per 100.000 ab.). Le Marche si collocano tra le tre Regioni con i valori più bassi di mortalità per malattie totalmente alcol-attribuibili anche per le donne (0,38 per 100.000 ab.), precedute da Basilicata (0,34 per 100.000 ab.) e dalla Valle d'Aosta dove nel 2018 non si sono registrati decessi di donne per questo gruppo di cause (18).

Alcol e giovani

L'OMS stabilisce che gli anziani, i giovani (in particolare i bambini) e le donne sono i target più sensibili della popolazione all'esposizione all'alcol.

Nel 2020, il 49,4% dei ragazzi e il 44,4% delle ragazze di età compresa tra 11 e 25 anni ha consumato almeno una bevanda alcolica nel corso dell'anno; la prevalenza dei consumatori tra i ragazzi è diminuita tra il 2010 e il 2014, è nuovamente aumentato fino al 2017 ed è nuovamente diminuita nel corso degli ultimi anni, sebbene non si registrino variazioni significative rispetto al 2019. Tra le donne la prevalenza delle consumatrici di bevande alcoliche è aumentata rispetto al 2010 ma nel corso degli ultimi cinque ha subito delle oscillazioni rimanendo pressoché stabile. Come per gli anni precedenti, i consumi più elevati si riscontrano fra i ragazzi, in primo luogo per la birra (42,6%), poi per gli aperitivi alcolici (38,1%) e per il vino (30,0%). Le ragazze hanno consumato soprattutto aperitivi alcolici (36,1%), seguiti dalla birra (30,3%) e dal vino (25,8%). Gli amari si confermano le bevande alcoliche meno apprezzate fra i giovani, bevuti dal 26,4% dei ragazzi e dal 14,8% delle femmine. Né per i ragazzi né per le ragazze si registrano differenze significative nei consumi delle diverse bevande alcoliche rispetto al 2019 (18).

Rispetto ai comportamenti, destano particolare preoccupazione le ragazze, in quanto sono aumentate del 19,7% le femmine tra i 21 e 25 anni che hanno consumato alcolici lontano dai pasti e del 40,5% le *binge drinker*.

Il consumo fuori pasto rimane il comportamento più diffuso tra i giovani di entrambi i sessi (M=31,9%; F=28,2%), seguito dal consumo in modalità *binge* per i maschi (12,5%) e il consumo eccedentario abituale per le femmine (10,7%).

I consumatori a rischio identificati nel 2020 sono stati il 20,6% dei giovani 11-25enni e il 17,1% delle loro coetanee per un totale di circa 1.600.000 ragazze e ragazzi che non si attengono alle indicazioni di sanità pubblica (Tabella 4).

Tabella 4. Prevalenza consumatori (%) di età 11-25 anni per classi di età tipologia di consumo e genere (2020)

Tipologia di consumo	11-17 ¹		18-20 ²		21-25		Totale	
	M	F	M	F	M	F	M	F
Consumatori di bevande alcoliche	18,2*	18,8*	73,4	64,7	79,9	73,5	49,4	44,4
Consumatori di vino	7,6*	7,4*	42,2*	34,5*	54,9*	50,5*	30,0	25,8
Consumatori di birra	14,3*	12,2*	62,1	43,4	71,8	51,6	42,6	30,3
Consumatori di aperitivi alcolici	10,8*	12,6*	59,4*	54,6*	64,6*	63,0*	38,1*	36,1*
Consumatori di amari	6,0*	4,0*	38,5	18,4	48,5	30,2	26,4	14,8
Consumatori di super alcolici	5,2*	5,7*	45,1	29,2	48,1	34,3	27,2	19,0
Consumatori abituali eccedentari	18,2*	18,8*	2,8*	2,1*	2,5*	3,0*	10,0*	10,7*
Consumatori di alcolici fuori pasto	8,3*	9,2*	50,3	41,4	54,8*	51,2*	31,9	28,2
Consumatori <i>binge drinking</i>	2,7*	3,0*	24,8	12,4	19,4*	15,9*	12,5	8,7
Consumatori a rischio-criterio ISS	18,2*	18,8*	25,9	13,6	20,9*	16,7*	20,6	17,1

¹ Età minima legale per la somministrazione o la vendita di bevande alcoliche

² Età minima legale con tasso alcolemico alla guida pari a 0

* La differenza di genere non è statisticamente significativa (IC 95%).

Dato non attendibile

Fonte: Elaborazioni SISMA, ONA-ISS e WHO CC Research on Alcohol su dati dell'indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie (18)

Le prevalenze dei consumatori a rischio fra i giovanissimi (**11-17 anni**) continuano a rimanere in linea con i dati degli ultimi anni. Per le femmine, sebbene la variazione non sia significativa, vi è una tendenza all'aumento delle consumatrici a rischio, che sono passate dal 16,9% nel 2019 al 18,8% nel 2020. Nel 2020 sono circa 750.000 gli adolescenti minorenni che hanno consumato alcolici e che, secondo gli organismi di sanità pubblica e le evidenze scientifiche, sono a rischio. A questo riguardo è importante rilevare che in Italia la legge 189 del 2012 (29) impone il divieto di somministrazione e vendita di bevande alcoliche ai minorenni come raccomandato dall'OMS per i giovani al di sotto dei 18 anni. Le nuove linee guida per una sana alimentazione prodotte dal CREA (26) sulla base del dossier scientifico contenente le raccomandazioni e le principali indicazioni al consumatore (27), considerano “consumatori a rischio per la loro salute” tutti i giovani minorenni che hanno consumato anche una sola bevanda alcolica nel corso dell'anno (18).

Per la fascia d'età **18-20 anni**, come nelle precedenti rilevazioni, prevale il consumo fuori pasto effettuato dal 50,3% dei maschi e il 41,4% delle femmine. I giovani che hanno praticato il *binge drinking* sono stati il 24,8% e il 12,4%, rispettivamente, dei ragazzi e delle ragazze, e, anche se le differenze non sono significative, la tendenza è in entrambi i casi in aumento rispetto al 2019. Nel 2020 i consumatori a rischio tra i 18 e i 20 anni, sulla base dei criteri ISS, nel 2020 sono stati il 25,9% dei maschi e il 13,6% delle femmine: circa 350.000 ragazzi, in significativo aumento (del 29,5%) rispetto al 2019 (18).

Infine, per quanto riguarda i giovani nella fascia d'età **21-25 anni**, oltre i ventuno anni un giovane viene considerato adulto, e le quantità di alcol da non superare giornalmente per non incorrere in rischi per la salute coincidono con quelle della popolazione adulta: 2 UA per gli uomini e 1 UA per le donne (36-39). In questa fascia di età, il 79,9% dei ragazzi e il 73,5% delle ragazze sono consumatori, ovvero hanno bevuto almeno una bevanda alcolica durante il 2020, senza variazioni significative rispetto al 2019, ma per le femmine si conferma un preoccupante trend in crescita, che ha portato in 5 anni a un significativo aumento del 20,1%. Il comportamento a rischio più diffuso è il consumo fuori pasto anche per questa fascia di età (M=54,8%, F=51,2%) e, anche in questo caso, destano particolare preoccupazione le femmine per le quali si osserva un trend in crescita nel corso degli ultimi dieci anni, confermato anche nel 2020 con un incremento del 19,7% rispetto al 2019. I *binge drinker* sono il 19,4% dei ragazzi e il 15,9% delle ragazze, anche in questo caso in aumento rispetto al 2019, del 40,5%. I consumatori abituali eccedentari sono il 2,5% e il 3,0%, rispettivamente dei maschi e delle femmine. I consumatori a rischio secondo i criteri ISS sono il 20,9% dei maschi e il 16,7% delle femmine e corrispondono a circa 500.000 giovani che non si attengono alle indicazioni di sanità pubblica (Tabella 4) (18).

Alcol e donne

Le donne hanno una massa corporea inferiore rispetto agli uomini, una concentrazione minore di acqua nel corpo, una capacità di metabolizzare l'alcol inferiore a quella degli uomini e quindi, a parità di consumo, ciò determina un livello di alcol nel sangue più elevato (26, 27).

In Italia nel 2020 il 56,2% delle donne di età superiore a 11 anni hanno consumato almeno una bevanda alcolica nel corso dell'anno per un totale di oltre 15.700.000 persone e nel corso degli ultimi anni il dato è aumentato, sebbene non si riscontrino variazioni significative rispetto all'anno precedente.

Il 6,4% delle donne ha inoltre consumato alcol in modalità abituale eccedentaria, il 22,4% lontano dai pasti, il 3,9% in modalità *binge drinking* e il 9,4% delle donne ha consumato alcol in modalità a rischio per la loro salute, pari a circa 2.600.000 persone.

L'analisi degli indicatori relativa ai comportamenti a rischio mostra che nel corso degli ultimi dieci anni la prevalenza delle consumatrici di vino o alcolici fuori pasto è cresciuta costantemente, la prevalenza delle consumatrici in modalità *binge drinking* è diminuita tra il 2010 e il 2014 per poi aumentare in maniera pressoché costante tra il 2014 e il 2020. La prevalenza delle consumatrici a rischio (criterio ISS) è diminuita rispetto al 2010 ma nel corso dell'ultimo anno è aumentata del +5,3%.

Essenziale è l'implementazione di campagne di informazione dal momento che molte ragazze non sono correttamente informate sul fatto che consumare bevande alcoliche al di sotto dei 18-20 anni non è opportuno sia a causa della scarsa capacità di smaltire l'alcol in età giovanile sia per la maggiore vulnerabilità delle donne agli effetti negativi dell'alcol. Analogamente, molte donne in età adulta (18-49 anni) non sono consapevoli della maggiore sensibilità e vulnerabilità fisiologica legata a condizioni come la gravidanza e l'allattamento. A quest'ultimo riguardo, è in corso in Europa lo svolgimento di attività nell'ambito del progetto sullo spettro dei disordini feto-alcolici, il contratto di servizio "*Fetal Alcohol Reduction and exchange of European knowledge after Standard European Alcohol Survey*" (FAR-SEAS; <https://far-seas.eu/>) dedicato interamente alla prevenzione dei *Fetal Alcohol Spectrum Disorders* - FASD affidato in Italia all'ONA-ISS di cui saranno presto resi disponibili materiali e strumenti per la formazione degli operatori sanitari per l'identificazione precoce e l'intervento breve sul consumo di alcol in gravidanza (18, 29).

Alcol e anziani

Nell'anziano, esistono una serie di problematiche legate al consumo di alcol che peggiorano a causa dell'avanzare dell'età. La riduzione dell'attività dell'alcol-deidrogenasi determina elevate concentrazioni di alcol nel sangue per un periodo più lungo rispetto ad altre fasce di popolazione a causa della diminuzione dell'acqua corporea totale, della minore efficienza del fegato, dell'assunzione di farmaci e della presenza di patologie croniche, per cui è fondamentale ridurre la quantità di alcol giornaliera. Per questi motivi, le nuove linee guida del CREA consigliano di non consumare bevande alcoliche o almeno ridurre il consumo a un massimo di 12 g di alcol al giorno in età avanzata per non incorrere in problemi per la salute; tale consumo equivale a 1 UA (circa 330 mL di birra, 125 mL di vino o 40 mL di un superalcolico) indipendentemente dal genere (26, 27).

In Italia nel 2020 l'81,0% degli uomini ultra-65enni e il 47,9% delle loro coetanee hanno consumato almeno una bevanda alcolica; il dato rimane quindi pressoché stabile per gli uomini, mentre per le donne si interrompe la crescita registrata nel corso degli ultimi anni.

La bevanda più consumata in questa fascia di età e per entrambi i generi è sempre il vino (M: 75,4%; F: 42,2%) seguito dalla birra (M: 53,2%; F: 22,2%). Rispetto alla precedente rilevazione si osserva una diminuzione della prevalenza delle consumatrici di vino di sesso femminile che sono passate da 44,9% nel 2019 a 42,2% nel 2020 e un aumento della prevalenza dei consumatori di birra di sesso maschile che sono passati da 50,7% nel 2019 a 53,2% nel 2020.

Il comportamento più frequente tra gli uomini rimane il consumo abituale eccedentario (praticato dal 32,0% degli ultra 65enni), seguito dal consumo fuori pasto (28,9%) e dal *binge drinking* (4,0%). Le prevalenze delle consumatrici con comportamenti a rischio sono molto inferiori rispetto a quelle registrate per gli uomini: il comportamento più diffuso è il consumo fuori pasto praticato nel 2020 dal 9,0% delle donne; la prevalenza delle consumatrici abituali eccedentarie invece nel 2020 è stata del 6,7%) e quella delle consumatrici in modalità *binge drinking* del 0,7%.

Osservando le prevalenze degli ultimi 10 anni, è possibile evidenziare degli andamenti indicativi dei consumi negli over 65 negli ultimi anni. Il consumo abituale eccedentario è costantemente diminuito, mentre continua a salire la curva del consumo fuori pasto. Il *binge drinking* rimane un comportamento poco diffuso in questo target di popolazione e le oscillazioni registrate negli anni non permettono di identificare un trend temporale.

In totale gli over 65enni che nel 2020 hanno tenuto un comportamento a rischio per la loro salute sulla base dei criteri ISS sono stati il 33,5%, degli uomini e il 7,3% delle donne pari a circa 2.600.000 persone (18).

Alcoldipendenza

Nel 2020 sono 64.527 gli alcoldipendenti in carico ai servizi in Italia, in costante e preoccupante decrescita nonostante l'incrementata platea di consumatori dannosi affetti da DUA (65.387 nel 2019) (19).

Come sottolineato nel corso della Conferenza Nazionale Alcol lo scorso marzo 2022, peggiora la capacità d'intercettazione da parte dei servizi del Sistema Sanitario Nazionale (SSN) e del sistema di diagnosi e cura: solo il 7,8% degli 830.000 consumatori dannosi in necessità di trattamento è preso in carico ai servizi territoriali per le dipendenze, inaccessibili nel *lockdown* durante la pandemia COVID-19, in sofferenza di risorse e personale, con grave stigma degli utenti già in carico e di coloro che non hanno potuto fare ricorso alle prestazioni del SSN. Nonostante l'incremento del numero delle strutture, nel 2020 è proseguito e si è consolidato il calo degli utenti che si rivolgono ai servizi (o di cui è richiesta la presa in carico da parte dei servizi stessi). Quest'ultimo fenomeno è verosimilmente, almeno in parte, da attribuirsi alla chiusura dei servizi in *lockdown* e alle restrizioni di accesso imposte dalla pandemia COVID-19.

Analizzando i programmi d'intervento è oggettivo il riscontro di estrema variabilità regionale del trattamento erogato con non valutabili esiti nel merito dell'efficacia del trattamento. In media, il 32,0% degli utenti è stato sottoposto a trattamenti medico-farmacologici in regime ambulatoriale, il 25,7% al "counselling" rivolto all'utente o alla

famiglia, il 3,6% è stato inserito in gruppi di auto/mutuo aiuto; per il 16,6% è stato garantito un trattamento socio-riabilitativo, mentre l'inserimento in comunità di carattere residenziale o semiresidenziale ha riguardato solo il 3,0% degli alcolodipendenti; i trattamenti psicoterapeutici sono stati attivati per il 13,1% degli utenti. Il ricovero ha riguardato il 3,2% del totale degli utenti rilevati.

E' dato diffuso che la maggior parte dei pazienti giunge all'attenzione dei servizi in fase avanzata di malattia a testimonianza della carenza di una rete per identificare e trattare precocemente la malattia da cui, nell'era post-COVID, l'urgenza di avviare programmi sistematici per l'identificazione precoce e l'intervento breve nella popolazione generale e attuare la formazione specifica dei professionisti sanitari: i medici di medicina generale, i pediatri, i medici competenti nei luoghi di lavoro.

Indispensabile anche assicurare protocolli d'invio alla rete curante e sociosanitaria da riorganizzare e dotare di linee d'indirizzo per la prevenzione, cura e riabilitazione aggiornate e uniformi sul territorio nazionale affinché sia garantito il principio di equità a supporto delle persone e delle famiglie che combattono con la dipendenza da alcol.

Gli accessi al pronto soccorso e le dimissioni ospedaliere in soggetti con disturbi da uso di alcol

Nel 2020 sono 29.362 gli accessi al pronto soccorso e 43.445 le dimissioni ospedaliere per diagnosi totalmente attribuibili all'alcol con forte riduzione della fruizione delle strutture e prestazioni sanitarie influenzata dalla carenza di posti letto negli ospedali e dalla restrizione agli accessi in PS per l'emergenza COVID.

I pazienti hanno sofferto ovunque della sospensione prolungata delle attività ordinarie e di screening delle patologie croniche e alcol-correlate. L'8% di tutti gli accessi maschili al Pronto Soccorso e il 18% di quelli femminili ha riguardato 3.103 minori per intossicazione alcolica o per effetti dannosi dell'alcol, complessivamente l'11% del totale.

Permane il riscontro dell'assenza di modalità formalizzate e uniformi di *case management* dei minori intossicati, dimessi dopo la disintossicazione e la fase acuta senza alcun invio per valutazioni di merito.

Analogamente, nel 2020 c'è stata una forte contrazione dei ricoveri e quindi delle dimissioni ospedaliere durante la pandemia (-20%) sia per le epatopatie croniche che per le sindromi da dipendenza e da disturbi da uso di alcol.

Nell'era post-COVID risulta urgente avviare programmi sistematici per l'identificazione precoce e l'intervento breve dei soggetti affetti da disturbi da uso di alcol prima della dimissione dal pronto soccorso, assicurando la formazione dei professionisti sanitari nel setting dell'emergenza e del pronto soccorso.

Risulta inoltre indispensabile promuovere una rete territoriale e assicurare protocolli d'invio secondo linee guida, adattabili al contesto territoriale, ma uniformi sul territorio nazionale.

Bibliografia

- World Health Organization. Regional Office for Europe. *Fact sheet on the SDGs: Alcohol consumption and sustainable development* (2020). Copenhagen: WHO; 2020. https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/464642/Alcohol-consumption-and-sustainable-development-factsheet-eng.pdf
- World Health Organization, Regional Office for Europe. *Fact Sheet on Alcohol Consumption, Alcohol-Attributable Harm and Alcohol Policy Responses in European Union Member States, Norway and Switzerland* (2018). Copenhagen: WHO; 2018. https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/386577/fs-alcohol-eng.pdf
- World Health Organization. *Targets of Sustainable Development Goal 3* (2020). Geneva: WHO; 2020. <https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-policy/sustainable-development-goals/sustainable-development-goals-sdgs/targets-of-sustainable-development-goal-3>
- World Health Organization. *Classificazione statistica internazionale delle malattie e dei problemi sanitari correlati. Decima revisione*. 3 voll. Traduzione della prima edizione a cura del Ministero della Sanità. Roma: Ministero della Sanità; 2001. https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1929_allegato.pdf
- Rehm J, Imtiaz S. A narrative review of alcohol consumption as a risk factor for global burden of disease. *Subst Abuse Treat Prev Policy* 2016;11:37.
- Rehm J, Gmel GE, Gmel G, Hasan OS, Imtiaz S, Popova S et al. The relationship between different dimensions of alcohol use and the burden of disease: an update. *Addiction* 2017;112(6):968-1001.
- Baan R, et al. Policy watch, carcinogenicity of alcoholic beverages. *The Lancet Oncology* 2007;8(4):292-3.
- Stewart BW, Wild CP, ed. *World Cancer Report 2014*. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2014.
- GBD 2016 Risk Factors Collaborators. Global, regional, and national comparative risk assessment of 84 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet* 2017;390(10100):1345-422.
- World Health Organization. *Global status report on alcohol and health 2018*. Geneva: WHO; 2018.: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565639>
- World Health Organization. Regional Office for Europe. *Status report on alcohol consumption, harm and policy responses in 30 European countries 2019*. Geneva: WHO; 2019.

<http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/alcohol-use/publications/2019/status-report-on-alcohol-consumption,-harm-and-policy-responses-in-30-european-countries-2019>

- The Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). *Policy brief: tackling harmful alcohol use*. Paris: OECD Publishing; 2015. <https://www.oecd.org/els/health-systems/Policy-Brief-Tackling-harmful-alcohol-use.pdf>
- United Nation. Department of Economic and Social Affairs. *The 2030 agenda for sustainable development. Transforming our world: the 2030 agenda for sustainable development*. New York, NY: United Nations; 2015. <https://sdgs.un.org/publications/transforming-our-world-2030-agenda-sustainable-development-17981>
- Forouzanfar MH, Alexander L, Anderson HR, Bachman VF, Biryukov S, Brauer S, et al. Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks in 188 countries, 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet* 2015;386(10010):2287-323.
- Shield KD, Parry C, Rehm J. Chronic diseases and conditions related to alcohol use. *Alcohol Res* 2013;35(2):155-73.
- Anderson P. Alcohol and the workplace. In: Anderson P, Møller L, Galea G (Ed.). *Alcohol in the European Union: Consumption, harm and policy approaches*. Copenhagen: WHO-Regional Office in Europe; 2012. p. 69-82
- Italia. Legge quadro in materia di alcol e di problemi alcol-correlati. *Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana* n. 125, 30 marzo 2001.
- Scafato E, Ghirini S, Gandin C, Matone A, Vichi M, il gruppo di lavoro CSDA (Centro Servizi Documentazione Alcol). *Epidemiologia e monitoraggio alcol-correlato in Italia e nelle Regioni. Valutazione dell'Osservatorio Nazionale Alcol sull'impatto del consumo di alcol ai fini dell'implementazione delle attività del Piano Nazionale Alcol e Salute. Rapporto 2022*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2022. (Rapporti ISTISAN 22/1)
- Ministero della Salute, Direzione generale della prevenzione sanitaria - ufficio 6. *Relazione del Ministro della Salute al parlamento sugli interventi realizzati ai sensi della legge 30.3.2001 n. 125 "legge quadro in materia di alcol e problemi alcol-correlati"*. Roma: Ministero della Salute; 2020. https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3059_allegato.pdf
- Italia. Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 3 marzo 2017. Identificazione dei sistemi di sorveglianza e dei registri di mortalità, di tumori e di altre patologie. *Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana Serie generale - n. 109, 12 maggio 2017*.
- Sistema Statistico Nazionale, Istituto Nazionale di Statistica. *Piano di attuazione per l'anno 2020 del Programma statistico nazionale 2020-2022*. Roma: ISTAT; 2020. <http://www.sistan.it/index.php?id=592>
- Istituto Nazionale di Statistica. *Il consumo di alcol in Italia – Periodo di riferimento anno 2019. Tavole di dati*. Roma: ISTAT; 2020. Disponibile all'indirizzo: <https://www.istat.it/it/archivio/244222>
Montonen M, Makela P, Scafato E, Gandin C on behalf of Joint Action RARHA's Work Package 5 working group (Ed.). *Good practice principles for low risk drinking guidelines. Joint Action RARHA. Helsinki: National Institute for Health and Welfare (THL); 2016*. https://www.landlaeknir.is/servlet/file/store93/item30909/WP5_Good_practice_principles_low_risk_drinking_guidelines.pdf

- Scafato E, Galluzzo L, Ghirini S, Gandin C, Martire S. *Low risk drinking guidelines in Europe: overview of RARHA survey results*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2014/2016. https://www.rarha.eu/Resources/Guidelines/Documents/Overview%20WP5_T1%20LowRiskDrinkingGuidelines_FINAL.pdf
- Montonen M. *RARHA Delphi survey: "Low risk" drinking guidelines as a public health measure*. Helsinki: National Institute for Health and Welfare; 2016. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/131323/RARHA%20lowrisk%20guidelines%20Delphi%20report.pdf?sequence=1>
- Natella F, Canali R, Galluzzo L, Gandin C, Ghirini S, Ghiselli A, La Vecchia C, Pelucchi C, Pepparino M, Poli A, Ranaldi G, Roselli M, Scafato E, Ticca M. *Capitolo 9: Bevande alcoliche*. In: Linee guida per una sana alimentazione. Dossier scientifico. Edizione 2018. Roma: Centro di Ricerca Alimenti e Nutrizione (CREA); 2020. p. 979-1086.
- Centro di Ricerca Alimenti e Nutrizione. *Linee guida per una sana alimentazione. Dossier scientifico. Edizione 2018*. Roma. Roma: Centro di Ricerca Alimenti e Nutrizione (CREA); 2020. https://www.crea.gov.it/documents/59764/0/Dossier+Scientifico+Linee+Guida+2018.pdf/58_910724-956c-d5de-9ee6-8b271835e206?t=1587466323780
- Scafato E, Ghirini S, Gandin C, Vichi M, Matone A, Scipione R. *Consumo di alcol*. In: *Rapporto Osservasalute 2020. Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane*. Roma: Università Cattolica del Sacro Cuore; 2021. <https://www.osservatoriosullasalute.it/osservasalute/rapporto-osservasalute-2020>
- Italia. Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, recante disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute. *Supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale*, n. 263 del 10 novembre 2012 - Serie generale
- Scafato E, Gandin C, Ghirini S, Matone A. I danni legati al consumo di alcol in gravidanza: il progetto europeo FAR SEAS e il contributo dell'Osservatorio Nazionale Alcol dell'ISS per la prevenzione della sindrome fetoalcolica. *Alcologia*, 2022; 48:18-24

Riferimenti programmatici e normativi

Emanuele Scafato, Claudia Gandin, Silvia Ghirini, Alice Matone

Osservatorio Nazionale Alcol. Centro Nazionale Dipendenze e Doping. Istituto Superiore di Sanità

Negli ultimi venti anni, numerose le iniziative europee di contrasto sull'alcol promosse dalla Commissione Europea e dall'OMS, e supportate a livello mondiale e nazionale. Tali documenti sottolineano l'importanza di attuare misure preventive a diversi livelli coinvolgendo i vari contesti dell'assistenza sanitaria primaria, e in particolare quello della medicina generale che rappresenta un nodo cruciale per un'efficace strategia di intervento a carattere preventivo sull'alcol sia per i contatti che ha con la comunità (circa l'80% degli assistiti nell'arco dell'anno), che per l'elevata incidenza di Patologie e Problematiche Alcol Correlate - PPAC attualmente definite come Disturbi da Uso di Alcol - DUA (circa il 20% della popolazione afferente).

La cornice di riferimento programmatica e normativa per quanto riguarda il contrasto al consumo dannoso di alcol è costituita dai pilastri principali di seguito riportati:

- La Legge quadro sull'alcol e le problematiche alcol-correlate n.125 / 30 marzo 2001
- Il Piano Nazionale Alcol e Salute (PNAS)
- Il Piano Nazionale di Prevenzione (PNP) e i Piani Regionali di Prevenzione (PRP)
- La *Global strategy to reduce the harmful use of alcohol*, OMS
- *European Action Plan to reduce the harmful use of Alcohol 2012–2020*, OMS
- Numerose progettualità europee sull'alcol che hanno accompagnato l'implementazione della legge 125/2001
- La Strategia mondiale delle Malattie Croniche Non Trasmissibili – MCNT (*Non Communicable Diseases – NCDs*)
- Gli Obiettivi di sviluppo sostenibili (*Sustainable Development Goals – SDGs*)
- Il nuovo Piano d'Azione Europeo dell'Organizzazione Mondiale della Sanità 2022-2030 per implementare la strategia globale di riduzione dell'uso dannoso di alcol - *Global Alcohol Action Plan 2022-2030 to strengthen implementation of the Global Strategy to Reduce the Harmful Use of Alcohol*, OMS.

In questo capitolo sono descritti sinteticamente i riferimenti normativi e programmatici generali, rimandando a ciascuna area tematica la trattazione specifica d'interesse.

Legge quadro sui problemi legati all'alcol (n.125, 30 marzo 2001)

Le descrizioni degli interventi in materia di alcol e problemi alcol-correlati sono in Italia a norma di legge da più di 20 anni e riportati annualmente dal Ministro della Salute in Parlamento ai sensi della Legge quadro 125/2001 (Relazione del Ministro della salute al Parlamento sugli interventi realizzati ai sensi della legge 30.3.2001 n. 125 in materia di alcol e problemi alcol-correlati). Le relazioni al Parlamento del Ministro della Salute sintetizzano le attività svolte e analizzano le principali criticità. Per la stesura delle relazioni il Ministero della Salute si avvale di un gruppo di esperti che contribuiscono attivamente inviando contributi alla relazione e partecipando alle sue stesure, revisioni e letture critiche (1).

Piano Nazionale Alcol e Salute

Il PNAS approvato dalla Conferenza Stato-Regioni il 29 marzo 2007, durato fino al 31 dicembre 2009, è stato finalizzato a promuovere in maniera coordinata in tutte le Regioni le attività di prevenzione e presa in carico dei problemi alcol-correlati (2).

Esso si prefiggeva 10 obiettivi da raggiungere attraverso azioni strategiche in collaborazione con le Regioni e con il coinvolgimento di varie strutture e soggetti del sistema sanitario nazionale: dipartimenti delle dipendenze, di salute mentale, servizi alcolologici regionali, Asl e ospedali, medici di famiglia, associazioni di auto-mutuo aiuto e volontariato. Un ruolo particolare ha assunto anche la collaborazione con il mondo della scuola e dello sport, i sindacati, i centri ricreativi per gli anziani, le Forze dell'Ordine e le imprese del settore.

L'organismo centrale di coordinamento per l'attuazione del PNAS è stato il Centro per il Controllo delle Malattie (CCM) del Ministero della Salute. A tal riguardo, il CCM ha approvato progetti e Azioni Centrali a sostegno delle Regioni per la verifica e valutazione del conseguimento degli obiettivi di prevenzione universale e selettiva attraverso sistemi di monitoraggio dedicati: tra i quali il progetto SISMA (Sistema di Monitoraggio Alcol), la sorveglianza formale trasferita attraverso il DPCM 03/03/2017 "Identificazione dei sistemi di sorveglianza e dei registri di mortalità, di tumori e di altre patologie" alle competenze dell'ONA-ISS, i progetti SISTIMAL e SIAS-SISTIMAL quali "Sistemi di Indicatori per il Monitoraggio dell'impatto alcol-correlato" i cui risultati di attività saranno riportati successivamente.

Al termine del PNAS, le aree strategiche per gli interventi e gli obiettivi da raggiungere, descritti nella Tabella 1, sono stati successivamente recepiti dai Piani Nazionali e Regionali di Prevenzione.

Piano Nazionale di Prevenzione e Piani Regionali di Prevenzione

Diversi sono stati i Piani Nazionali di Prevenzione che si sono susseguiti, e che hanno accompagnato la legge 125/2001. Essi hanno nel corso del tempo rinnovato la necessità di attuare azioni e strategie già indicate dalla legge quadro 125/2001 (3-5).

Più in particolare, con Intesa Stato Regioni del 6 agosto 2020 è stato adottato l'attuale Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025, successivamente è stata apportata una integrazione al citato Piano che è stata recepita con Intesa Stato Regioni del 17 dicembre 2020. Sulla base delle suddette Intese, le Regioni e le Province Autonome (PPAA) hanno completato la pianificazione dei Piani Regionali di Prevenzione e, entro il 31 dicembre 2021, hanno adottato, con apposito Atto, i propri PRP.

Tabella 1. Aree strategiche per gli interventi ed obiettivi da raggiungere del Piano Nazionale Alcol e Salute (PNAS)

PNAS: 8 aree strategiche per gli interventi

1. Informazione ed educazione;
2. Alcol e guida;
3. Alcol e ambienti di lavoro;
4. Trattamento del consumo rischioso/dannoso di alcol e dell'alcoldipendenza;
5. Responsabilità del mondo della produzione e distribuzione;
6. Capacità sociale di fronteggiare il rischio derivante dall'uso dell'alcol;
7. Rafforzare le organizzazioni non governative ONG, le organizzazioni di volontariato, i gruppi di auto / mutuo aiuto;
8. Monitoraggio dei danni causati dall'alcol e rafforzamento delle relative politiche di contrasto sull'alcol.

PNAS: 10 obiettivi da raggiungere

1. Aumentare la consapevolezza del rischio connesso con il consumo delle bevande alcoliche nella popolazione generale e in alcune fasce di popolazione particolarmente esposte (anziani, giovani, donne), nonché il sostegno a favore delle politiche di salute pubblica finalizzate alla prevenzione del danno alcol-correlato.
 2. Ridurre i consumi a rischio (e in particolare quelli eccedentari e al di fuori dei pasti) nella popolazione e in particolare nei giovani, nelle donne e nelle persone anziane.
 3. Ridurre la percentuale dei giovani minori di 18 anni che assumono bevande alcoliche, nonché l'età del primo contatto con le stesse.
 4. Ridurre il rischio di problemi alcol-correlati che può verificarsi in una varietà di contesti quali la famiglia, il luogo di lavoro, la comunità o i locali dove si beve.
 5. Ridurre la diffusione e la gravità di danni alcol-correlati quali gli incidenti e gli episodi di violenza, gli abusi sui minori, la trascuratezza familiare e gli stati di crisi della famiglia.
 6. Mettere a disposizione accessibili ed efficaci trattamenti per i soggetti con consumi a rischio o dannosi e per gli alcoldipendenti.
 7. Provvedere ad assicurare una migliore protezione dalle pressioni al bere per i bambini, i giovani e coloro che scelgono di astenersi dall'alcol
 8. Aumentare la diffusione dei metodi e strumenti per l'identificazione precoce della popolazione a rischio.
 9. Aumentare la percentuale di consumatori problematici avviati, secondo modalità adeguate alla gravità dei problemi, al controllo dei propri comportamenti di abuso, con particolare riferimento ai giovani.
 10. Garantire l'adeguamento dei servizi secondo le previsioni della legge 125/2001 e aumentare la qualità e la specificità dei trattamenti nei servizi specialistici per la dipendenza da alcol.
-

Il nuovo PNP si è avvalso delle precedenti esperienze, pertanto ha adottato metodi, strumenti, buone pratiche validati e consolidati negli anni, rafforzato la connessione con i Livelli Essenziali di Assistenza – LEA (DPCM 12.01.2017) e con i relativi sistemi di monitoraggio (verifica adempimenti LEA e Nuovo sistema di garanzia) nell'affrontare le diverse macro aree. Il PNP 2020-2025 prevede il Macro Obiettivo 2 (M.O.2) “Dipendenze e problematiche correlate”. Il M.O.2 presenta 7 obiettivi strategici e 14 Linee strategiche di intervento con relativi indicatori (5) (Tabella 2).

Tabella 2. Macro Obiettivo 2 (Dipendenze e Problemi correlati)

7 Obiettivi strategici
14 Linee strategiche di intervento
1 Programma Predefinito: PP4 “Dipendenze”
1 Linea di supporto centrale: N.11 “Definizione di un Piano Nazionale/Linee di indirizzo per le dipendenze”

Il nuovo piano prevede i Programmi Predefiniti ed i Programmi Liberi. I Piani Regionali di Prevenzione sono organizzati in programmi e questi devono rispondere alle linee strategiche degli obiettivi strategici ai quali afferiscono, nello specifico i Piani Predefiniti devono avere caratteristiche uguali per tutte le Regioni e sono vincolanti.

Nell’ambito delle dipendenze pertanto si ha il Piano Predefinito PP4, con obiettivi specifici, obiettivi trasversali a tutti gli obiettivi del piano, indicatori definiti per permettere l’attuazione del monitoraggio e della valutazione.

Inoltre il piano prevede le Linee di supporto centrali, pertinenti al livello di governo centrale, esse sono finalizzate a migliorare la capacità del sistema sanitario di promuovere e governare la prevenzione e a rendere più efficiente ed efficace l’insieme delle relazioni tra attori istituzionali e, in generale, a facilitare il raggiungimento degli obiettivi del PNP. Per l’area delle dipendenze è prevista la Linea di supporto centrale n. 11 che ha come obiettivo un Tavolo di Lavoro interistituzionale avente come finalità: *“Definire percorsi integrati, uniformi sul territorio nazionale, per la prevenzione, cura e riabilitazione delle dipendenze, per la riduzione del danno e la limitazione dei rischi correlati al consumo di sostanze psicoattive legali e illegali”*.

Il “Tavolo Tecnico di Lavoro per la realizzazione del Piano Nazionale di Prevenzione in materia di Dipendenze” è stato istituito con Decreto Dirigenziale il 21/04/2021 per ottemperare alla Linea di supporto centrale n.11. Il tavolo tecnico di lavoro prevede una durata concomitante con la vigenza del Piano Nazionale di Prevenzione 2020-2025. Il detto Tavolo si è insediato il 7 luglio 2021 e si è concordato

di affrontare come prima tematica: “l’intercettazione precoce/emersione precoce delle situazioni problematiche (*early detection*)” (Tabella 3 e 4).

Tabella 3. Obiettivi e Linee Strategiche del Macro Obiettivo 2 (Dipendenze e Problemi correlati)

Obiettivi strategici:

1. Sviluppare le competenze di tutti gli attori della comunità scolastica, agendo sull’ambiente formativo, sociale, fisico e organizzativo e potenziare la collaborazione con la comunità locale
2. Aumentare la percezione del rischio e l’empowerment degli individui
3. Sviluppare le competenze degli operatori e degli attori coinvolti
4. Migliorare la qualità dei programmi di prevenzione dell’uso di sostanze psicotrope
5. Identificare precocemente e prendere in carico i soggetti in condizione di rischio aumentato
6. Offrire programmi finalizzati alla riduzione del danno
7. Sensibilizzare sui rischi, i problemi e le patologie correlate all’uso/abuso di sostanze psicotrope e a comportamenti additivi

Linee Strategiche di intervento:

1. Sviluppo di programmi di promozione della salute lungo tutto il percorso scolastico (Ob.S1)
 2. Sviluppo di programmi intersettoriali nei contesti di vita e di lavoro per accrescere le capacità personali (autostima, auto efficacia e resilienza) con particolare attenzione ai gruppi vulnerabili (Ob.S2)
 3. Iniziative da attivare nei luoghi di vita frequentati dai giovani, in particolare dai minorenni, al fine di accrescere la consapevolezza sui rischi correlati a sostanze psicoattive e a comportamenti additivi (Ob.S2)
 4. Miglioramento dell’integrazione e del coordinamento intersettoriale per ottimizzare le azioni programmate per la riduzione della domanda e dell’offerta di sostanze psicotrope (Ob.S3)
 5. Potenziamento del coordinamento intersettoriale ed interistituzionale per attivare interventi volti a garantire il rispetto della normativa vigente (S3)
 6. Offerta di programmi finalizzati alla formazione del personale addetto alla vendita e somministrazione degli alcolici (Ob.S3)
 7. Sviluppo di collaborazioni con i gestori dei locali e gli organizzatori degli eventi finalizzate alla riduzione dei rischi legati all’abuso di alcol e altre sostanze psicoattive e al miglioramento ambientale (es. regolazione del rumore, disponibilità di acqua ed informazioni) (Ob.S3)
 8. Adozione di Standard minimi di qualità (prevenzione, riduzione del rischio, trattamento, riabilitazione e integrazione sociale) (Ob.S4)
 9. Diffusione tra i professionisti degli strumenti per applicare interventi di prevenzione efficaci (Ob.S4)
 10. Sviluppo di programmi volti al coordinamento tra servizi sanitari, servizi sociali, scuola e associazioni al fine di attivare percorsi di identificazione precoce dei soggetti in condizione di rischio aumentato (Ob.S5)
 11. Sviluppo di protocolli operativi di prevenzione indicata con orientamento ai servizi e coinvolgimento del territorio per soggetti all’esordio di problemi di abuso e dipendenza (Ob.S5)
 12. Potenziamento dell’offerta di interventi di prevenzione selettiva e di riduzione dei rischi e del danno da parte dei Servizi per le Dipendenze Patologiche supportati da altri Servizi Sanitari, Enti locali e Terzo Settore (Ob.S6)
 13. Offerta di interventi di Counseling Breve nella medicina di base e in altri contesti (lavorativi ecc) (Ob.S5 e S6)
 14. Attuare Programmi integrati ed intersettoriali volti a rafforzare la collaborazione tra i Servizi per le Dipendenze, gli altri Servizi Sanitari, i Servizi Sociali, il Terzo Settore, le Associazioni di Auto Mutuo Aiuto (Ob.S7)
-

Tabella 4. Programma Predefinito del Macro Obiettivo 2 (PP4 “Dipendenze”) e Linea di supporto centrale (N.11 “Definizione di un Piano Nazionale/Linee di indirizzo per le dipendenze”)

1. Obiettivi relativi alle Azioni Trasversali del PNP:

- **INTERSETTORIALITA'**: Sviluppare collaborazioni intersettoriali tra tutti gli attori del territorio.
- **FORMAZIONE**: Garantire opportunità di formazione e aggiornamento professionale, Formazione basata su EUCP Curriculum, Attività di formazione sul Counseling breve, Favorire la programmazione di interventi formativi multidisciplinari ed intersettoriali.
- **COMUNICAZIONE**: Promuovere la diffusione di conoscenze, competenze e consapevolezza che favoriscano cambiamenti sostenibili di prassi organizzative per rendere adottabili scelte comportamentali favorevoli alla salute.
- **EQUITA'**: Orientare gli interventi a criteri di equità – aumentando la consapevolezza sul potenziale impatto delle azioni programmate - in termini di disuguaglianza.

2. Obiettivi Specifici del Programma

- **Attivare un Sistema di Monitoraggio** (trend e modelli di intervento di successo) a supporto della programmazione locale e delle decisioni politiche, tecniche e organizzative
 - Diffondere **Modelli di Intervento** (intersettoriali ed interdisciplinari) centrati su metodologie evidence based (life skills education e peer education) e **Azioni Raccomandate e Sostenibili** con approccio life course differenziato per genere e per setting
 - Progettare e attivare **Programmi di Prevenzione Universale e Selettiva** rivolti agli adolescenti e giovani **in contesti extrascolastici**
 - Progettare e attivare **Programmi di Prevenzione Indicata** – anche finalizzati all'intervento precoce - declinati per specifici gruppi vulnerabili o a rischio aumentato
 - Offrire **Programmi finalizzati alla riduzione del danno** sia nell'ambito dei servizi per le dipendenze sia nell'ambito di servizi specifici – Unità di Strada/Presidi Mobili/Drop in - in coerenza con i nuovi LEA
 - Attuare **Programmi di Sensibilizzazione** in materia di **prevenzione del rischio di trasmissione di malattie infettive** a gruppi di popolazione vulnerabili o con comportamenti ad alto rischio, anche in contesti non sanitari
-

Linea di supporto centrale: N.11 “Definizione di un Piano Nazionale/Linee di indirizzo per le dipendenze”

Le Linee di supporto centrali, dette anche **Azioni Centrali** del PNP, pertinenti al livello di governo centrale, sono finalizzate a migliorare la capacità del sistema sanitario di promuovere e governare la prevenzione e a rendere più efficiente ed efficace l'insieme delle relazioni tra attori istituzionali (e tra questi e gli *stakeholder*) e, in generale, a facilitare il raggiungimento degli obiettivi del PNP.

Tavolo di Lavoro interistituzionale:

“Definire percorsi integrati, uniformi sul territorio nazionale, per la prevenzione, cura e riabilitazione delle dipendenze, per la riduzione del danno e la limitazione dei rischi correlati al consumo di sostanze psicoattive legali e illegali”.

Il “Tavolo Tecnico di Lavoro per la realizzazione del Piano Nazionale di Prevenzione in materia di Dipendenze” è stato istituito con Decreto Dirigenziale il 21/04/2021 per ottemperare alla Linea di supporto centrale n.11. Il tavolo tecnico di lavoro prevede una durata concomitante con la vigenza del Piano Nazionale di Prevenzione 2020-2025. Il Tavolo tecnico di lavoro sulle dipendenze si è insediato il 7 luglio 2021 e si è concordato di affrontare come prima tematica **l'intercettazione precoce / emersione precoce delle situazioni problematiche (early detection)**.

Come poi previsto dall'Intesa Stato Regioni 13 novembre 2014, ciascuna Regione e PPAA ha sviluppato un proprio PRP che ricalca le finalità e gli obiettivi da raggiungere del PNP. Le attività di contrasto dei Piani delle singole Regioni confluiscono nella Relazione Annuale del Ministro della Salute al Parlamento (6) sugli interventi realizzati ai sensi della Legge 30 marzo 2001 n. 125 “Legge quadro in materia di alcol e problemi alcol-correlati” (1).

A fianco ai riferimenti nazionali, l'elenco sintetico dei documenti strategici dell'OMS sui quali è costruito il sistema di monitoraggio e di valutazione delle attività oggetto di presentazione e discussione nel corso della Conferenza Nazionale Alcol 2022 nonché le progettualità europee che hanno fornito spunti di riflessione, strumenti e raccomandazioni per l'implementazione di diverse azioni, le principali come riportate nella Tabella 5.

Global strategy to reduce the harmful use of alcohol, OMS, 2010

È stato prodotto nel 2010, frutto di un esteso processo di consultazione che ha coinvolto molteplici stakeholder di 193 Stati Membri: la Strategia Globale per la riduzione del consumo dannoso di alcol dell'OMS (7).

La strategia include un portafoglio raccomandato di interventi raggruppati in 10 aree di azione (Tabella 5).

European Action Plan to reduce the harmful use of Alcohol 2012-2020, OMS, 2012

Successivo al precedente, il Piano di Azione Europeo per ridurre il consumo dannoso di alcol 2012–2020 (*European Alcohol Action Plan - EAAP*), è stato approvato da tutti i 53 Stati Membri della regione europea dell'OMS nel settembre 2011 (8) e allineato con la Strategia Globale dell'OMS.

L'ONA-ISS, sede del Centro Collaborativo OMS per la Ricerca e la Promozione della Salute su Alcol e Problemi alcol-correlati fino al dicembre 2021, ha sviluppato e reso disponibile, in collaborazione con l'OMS, un sistema di valutazione periodica “*Policy in Action*. Il Sistema integrato di valutazione d'implementazione delle politiche sull'alcol” (9) che contribuisce in maniera standardizzata e comparabile con le 53 Nazioni afferenti alla Regione Europea dell'OMS ad individuare i progressi verso gli obiettivi condivisi attraverso i Piani Europei a cui s'ispirano i Piani di Prevenzione Nazionali e Regionali (Tabella 5).

Tabella 5. Aree target e opzioni per politiche ed interventi per area di azione della Strategia Globale per la riduzione del consumo dannoso di alcol dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (9)

Aree target	Opzioni per politiche ed interventi
1. Leadership, consapevolezza e impegno	Esprimere l'impegno politico attraverso politiche nazionali intersettoriali, adeguatamente finanziate, basate sull'evidenza e adattate alle circostanze locali
2. Risposta dei servizi sanitari	Fornire servizi preventivi e di trattamento a individui e famiglie a rischio o affetti da disturbi causati dall'alcol e patologie alcol-correlate
3. Azioni di comunità e sui luoghi di lavoro	Sfruttare le conoscenze e le competenze locali delle comunità per cambiare il comportamento collettivo
4. Politiche e contromisure per la guida in stato di ebbrezza	Introdurre misure per dissuadere le persone dalla guida in stato di ebbrezza; supportare condizioni di guida più sicure per ridurre al minimo la probabilità e la gravità di incidenti stradali dovuti al consumo di alcol
5. Disponibilità dell'alcol	Impedire il facile accesso all'alcol a gruppi vulnerabili / ad alto rischio; ridurre la disponibilità dell'alcol così da cambiare le norme sociali e culturali che promuovono il consumo dannoso di alcol
6. Marketing delle bevande alcoliche	Proteggere i giovani regolamentando i contenuti dei messaggi del marketing sull'alcol
7. Politiche dei prezzi	Aumentare i prezzi delle bevande alcoliche per ridurre il consumo tra i minori e impedire la progressione verso il consumo di grandi quantità di alcol e /o gli episodi di consumo episodico eccessivo, e influenzare le preferenze dei consumatori
8. Riduzione delle conseguenze negative del consumo e dell'intossicazione da alcol	Ridurre il danno causato dall'intossicazione da alcol attraverso la gestione degli ambienti in cui si beve e informando i consumatori
9. Riduzione dell'impatto sulla salute pubblica dell'alcol prodotto in modo illegale e informale	Ridurre le conseguenze negative dell'alcol prodotto in modo illegale/informale con un appropriato quadro legislativo e rinforzando i controlli dell'applicazione delle misure
10. Monitoraggio e sorveglianza	Sviluppare sistemi di sorveglianza per monitorare l'entità e il trend dei danni da alcol, rafforzare la sensibilizzazione, formulare politiche e valutare l'impatto degli interventi

Strategia mondiale delle Malattie Croniche Non Trasmissibili (*Non Communicable Diseases -NCDs*), Nazioni Unite 2015

La strategia mondiale di lotta alle malattie cronicodegenerative, azione principe dell'Agenda 2030 della Nazioni Unite, 2015, prevede una riduzione del 10% del consumo rischioso e dannoso di alcol entro il 2025 (10).

Recentemente l'OMS ha aggiornato la lista degli interventi ritenuti più efficaci nel contrasto all'uso dannoso di alcol ed il piano d'azione al 2030 (Tabella 6).

Sebbene tutti gli interventi elencati siano importanti nel contrasto all'uso dannoso di alcol, i più efficaci risultano essere l'aumento delle accise sulle bevande alcoliche, il

rispetto del divieto/restrizioni sulla pubblicità delle bevande alcoliche e sulla disponibilità fisica delle bevande alcoliche.

Secondo l’OMS questi obiettivi sono stati ostacolati nel corso degli ultimi anni dall’interferenza dei portatori d’interesse (commerciali ed economici) e dalla scarsa adesione delle politiche sull’alcol alle strategie che individuano i mezzi, le misure e le azioni basate sull’evidenza di efficacia da adottare con necessità resa ancora più urgente dalla pandemia di COVID-19.

Tabella 6. Lista delle misure più efficaci “best buys” nel contrasto all’uso dannoso di alcol (10)

Aumento delle accise sulle bevande alcoliche	Effettuare revisioni periodiche dei prezzi in relazione al livello di inflazione e reddito
Implementare e far rispettare i divieti / restrizioni sull’esposizione all’alcol nella pubblicità	Stabilire il prezzo minimo dell’alcol, ove applicabile
Implementare e far rispettare i divieti / restrizioni sulla disponibilità fisica delle bevande (agendo sulla densità dei punti vendita e riducendo gli orari di vendita)	Implementare e far rispettare l’età minima legale per l’acquisto e il consumo di bevande alcoliche
Implementare e far rispettare le leggi sulla guida in stato di ebbrezza e il rispetto dei limiti di alcolemia attraverso i posti di blocco	Limitare o vietare le promozioni di bevande alcoliche collegate a sponsorizzazioni e attività mirate ai giovani
Fornire un intervento breve psicosociale ai soggetti con consumo rischioso/dannoso di alcol	Fornire prevenzione, trattamento e cura per i disturbi da uso di alcol e le comorbidità in ambito sanitario e sociale
	Fornire informazioni ai consumatori sulle etichette delle bevande alcoliche indicando il danno alcol-correlato

Transforming our World: The 2030 Agenda for Sustainable Development Goals – SDGs - Obiettivi di sviluppo sostenibili

Secondo l’OMS, il consumo dannoso di alcol è uno dei principali fattori di rischio per la salute della popolazione in tutto il mondo e ha un impatto diretto su molti obiettivi sanitari di sviluppo sostenibile “*Sustainable development goals – SDG*” delle Nazioni Unite da raggiungere entro il 2030 (11-13).

Il consumo di alcol mina l’impegno delle Nazioni Unite al raggiungimento di molti obiettivi di sviluppo sostenibili, influenzando una serie d’indicatori riguardanti la salute. Può infatti avere ripercussioni sulla diffusione di malattie infettive, sull’incidenza degli

infortuni stradali, sulla salute dei bambini nonché un'ampia gamma di indicatori relativi allo sviluppo economico e sociale, all'ambiente e all'uguaglianza.

Il consumo di alcol pro-capite in litri di alcol puro all'anno è uno dei due indicatori per l'obiettivo di salute SDG 3.5 – “Rafforzare la prevenzione e il trattamento dell'abuso di sostanze, compreso l'abuso di stupefacenti e l'uso dannoso di alcol” e ciò dimostra il ruolo chiave dell'alcol nell'agenda di sviluppo globale e la necessità di supportare azioni di contrasto al consumo. (13).

Europe's beating cancer plan - Piano Europeo di lotta contro il cancro

Il nuovo piano europeo di lotta contro il cancro, presentato nel mese di febbraio 2021 dalla Commissione Europea nasce con l'intento di fornire un nuovo approccio globale e trasversale, incentrato sul paziente, basato sull'evidenza scientifica e tecnologica per affrontare le crescenti sfide poste da questa patologia: l'eliminazione delle disuguaglianze in termini di conoscenza e di accesso alla prevenzione, alla diagnosi e alla cura, la garanzia di maggiori prospettive di guarigione e una migliore qualità di vita dei pazienti.

Il piano definisce la nuova strategia europea in materia di prevenzione, trattamento e cura, affrontando la malattia in tutte le sue fasi – dalla prevenzione alla qualità della vita di chi ne è affetto e di chi l'ha sconfitta – e concentrandosi sulle azioni alle quali l'UE può apportare il massimo valore aggiunto.

Il principio chiave del piano è che non esiste un livello “sicuro” nel consumo di alcol e l'etanolo (alcol puro), presente in tutte le bevande alcoliche, è un composto cancerogeno conclamato e che per il cancro della cavità orale, della faringe, dell'esofago, del colon, del retto, della laringe, del fegato e del seno esiste una relazione di causa-effetto senza un livello soglia “sicuro”.

Il piano si articola in 4 aree di azione: prevenzione, diagnosi precoce, parità di accesso a diagnosi e cura, miglioramento della qualità della vita dei pazienti e dei lungosopravvissuti (14).

Global alcohol action plan 2022-2030 to strengthen implementation of the Global Strategy to Reduce the Harmful Use of Alcohol: il nuovo Piano d'Azione europeo dell'OMS, 2022

Il 24 maggio 2022, l'Assemblea Mondiale della Sanità ha reso esecutivi gli obiettivi del nuovo “*Global alcohol action plan 2022-2030 to strengthen implementation of the Global Strategy to Reduce the Harmful Use of Alcohol*”, cioè il Piano d'azione (2022-

2030) dell'OMS per implementare efficacemente la strategia globale di riduzione dell'uso dannoso di alcol come priorità di salute pubblica (15).

Alla stesura del nuovo Piano, iniziata nel 2019, ha contribuito anche l'ONA-ISS partecipando a riunioni di esperti per la discussione dei contenuti del documento e, successivamente, a consultazioni online, in collaborazione con il Ministero della Salute, per lo sviluppo del Piano d'azione, aperto agli Stati membri, alle organizzazioni delle Nazioni Unite e ad altre organizzazioni internazionali e attori non statali.

Il Piano d'Azione (2022-2030) è parte della più ampia strategia mondiale di lotta alle malattie cronico-degenerative, azione principe dell'Agenda 2030 della Nazioni Unite e degli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile che prevedono la riduzione del 10% del consumo rischioso e dannoso di alcol entro il 2025. Secondo l'OMS questi obiettivi sono stati ostacolati nel corso degli ultimi anni dall'interferenza dei portatori d'interesse (commerciali ed economici) e dalla scarsa adesione delle politiche sull'alcol alle strategie che individuano i mezzi, le misure e le azioni basate sull'evidenza di efficacia da adottare con necessità resa ancora più urgente dalla pandemia di COVID-19.

Il Piano d'azione proposto si basa sugli orientamenti forniti dalla strategia globale, il suo ruolo chiave e le sue componenti, nonché sugli insegnamenti tratti dalla sua attuazione e sui Piani d'azione sull'alcol pubblicati negli ultimi dieci anni.

Il documento mira a rafforzare l'attuazione della strategia globale accelerando le azioni a vari livelli e sostenendo e integrando le risposte nazionali ai problemi di salute pubblica causati dal consumo dannoso di alcol in dieci aree target raccomandate dalla strategia globale per l'azione nazionale, adattata ai contesti nazionali.

Il Piano propone azioni e misure specifiche da attuare attraverso i ruoli chiave e le componenti indispensabili per i *policy maker*, le più recenti evidenze di efficacia e l'efficacia in termini di costi delle opzioni politiche per ridurre l'impatto del consumo dannoso di alcol.

Nel documento proposto è stata inclusa una nuova area d'azione che riguarda l'attuazione di strategie e interventi ad alto impatto dell'iniziativa dell'OMS sul controllo dell'uso dannoso di alcol denominata "SAFER" (<https://www.who.int/initiatives/SAFER>) sulla base dell'evidenza dell'efficacia e del rapporto costo-efficacia delle diverse opzioni politiche, rispecchiando le lezioni apprese sinora nel corso dell'attuazione delle strategie già poste in essere a livello globale e nazionale.

Le azioni e le misure proposte nel Piano d'azione, quando implementate e applicate, hanno il potenziale dimostrato come il più elevato per ridurre il consumo dannoso di alcol. La loro priorità e attuazione a livello nazionale e regionale, nonché la definizione delle priorità di altre opzioni politiche e interventi raccomandati dalla strategia globale, è a discrezione di ciascuno Stato membro, a seconda delle esigenze e dello stato di attuazione di tali misure in un determinato Paese, dai contesti sociali, economici e culturali, dalla scala di priorità di salute pubblica, dalle politiche del sistema sanitario e dalla disponibilità delle risorse ed è intuitivo che le esigenze e i contesti nazionali possono richiedere, a discrezione di uno Stato membro, l'attuazione di misure ancora più rigorose di quelle proposte nel progetto di Piano d'azione.

Il documento richiama attenzione sulle responsabilità dell'industria e i conflitti d'interesse inconciliabili con quelli di salute, segnala le interferenze del settore della produzione che hanno rallentato e rallentano le politiche di salute pubblica sull'alcol ostacolando il raggiungimento degli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile e sollecita i Governi a evitare di coinvolgere l'industria nella produzione di *policy* di prevenzione sull'alcol evitando *partnership* per iniziative di prevenzione che sono di esclusiva pertinenza del settore di salute pubblica e devono essere svolte da operatori sanitari. Ciò specialmente se queste iniziative sono rivolte a minori, nei contesti educativi e di aggregazione, che vanno tutelati e sottratti a modelli di cui è nota l'inefficacia come quelli del bere responsabile, inadeguati per la fase di sviluppo evolutivo dei giovanissimi.

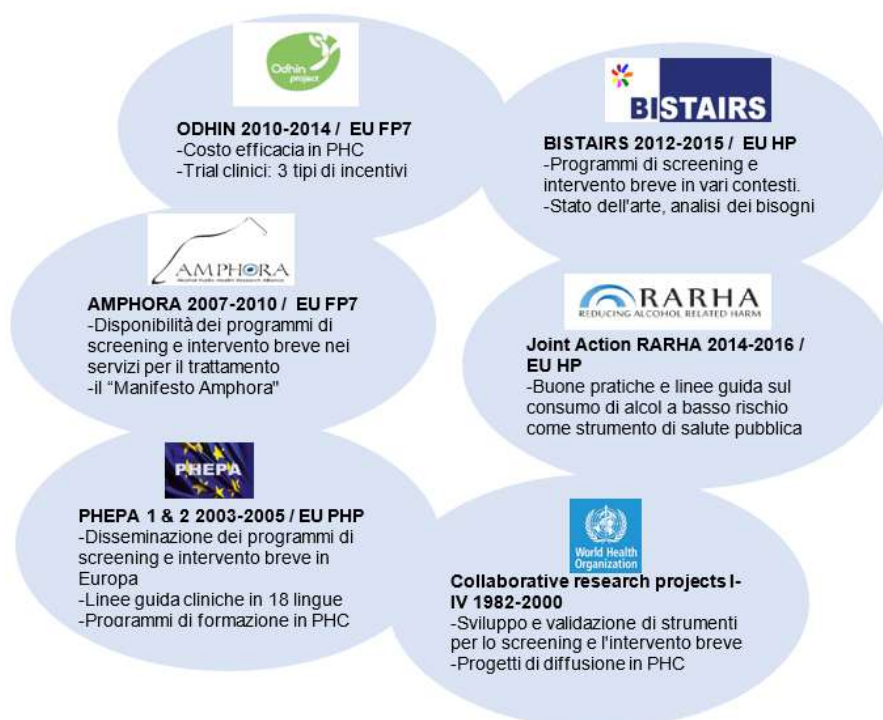
Uno dei principi guida della strategia globale afferma che le politiche e gli interventi pubblici tesi a prevenire e ridurre i danni causati dall'alcol dovrebbero essere guidati e formulati dagli interessi della salute pubblica e sulla base di chiari obiettivi di salute pubblica e delle migliori evidenze disponibili.

La sfida per l'Italia è quella di aggiornare il Piano Nazionale di Prevenzione, attualmente mancante di una serie di azioni e di interventi basati su evidenze aggiornate e individuate come efficaci, progettare, come già accaduto nel recente passato, un nuovo Piano Alcol e Salute e auspicabilmente valorizzare la consulenza tecnico-scientifica derivante dal mondo della ricerca di settore di cui l'ONA dell'ISS mantiene, in coordinamento con il Ministero della Salute, anche a livello europeo e internazionale un ruolo di riconosciuta *leadership* di cui giovare per contribuire al raggiungimento degli Obiettivi di Sviluppo Sostenibili che richiedono la riduzione del 10% dei consumi dannosi di alcol in Italia e la riduzione dell'impatto dell'alcol sulla mortalità e sulla morbilità nella popolazione.

Le progettualità europee a sostegno delle strategie ed azioni per il contrasto al consumo rischioso e dannoso di alcol

Oltre al ruolo delle leggi e normative, dei piani d'azione e strategici nazionali e internazionali, contribuiscono ai risultati sul monitoraggio dell'implementazione delle politiche alcoliche i progetti europei di cui una sintesi dei principali progetti conclusi alla data di compilazione del presente documento nella Figura 1. Per la descrizione puntuale dei progetti si rimanda alle citazioni bibliografiche (16-40).

Figura 1. Principali progetti europei a sostegno delle strategie di contrasto al consumo rischioso e dannoso di alcol (16-40)



Bigliografia

1. Italia. Legge quadro in materia di alcol e di problemi alcol-correlati. *Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana* n. 125, 30 marzo 2001.
2. Ministero della Salute, Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria. Centro Nazionale per la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie-CCM. *Piano Nazionale Alcol e Salute-PNAS 2007-2010*; http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_623_allegato.pdf
3. Ministero della Salute, Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria. Centro Nazionale per la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie. *Piano Nazionale Prevenzione-PNP. 2010-2012*; Roma: Ministero della salute; 2010. http://www.comunitapnp.it/file.php/1/Allegato1_PNP_10-12.pdf

4. Ministero della Salute, Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria, Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie. *Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018*; Roma: Ministero della Salute; 2015. http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2285_allegato.pdf
5. Ministero della Salute, Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria, Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie. *Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025*; Roma: Ministero della Salute; 2020. https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_notizie_5029_0_file.pdf
6. Ministero della Salute Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria - Ufficio 6 “*Relazione del Ministro della Salute al Parlamento sugli interventi realizzati ai sensi della legge 30.3.2001 n. 125 “legge quadro in materia di alcol e problemi alcol-correlati”*”. Anno 2019. Roma: Ministero della Salute; Dicembre 2020. https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2984_allegato.pdf
7. World Health Organization. *Global strategy to reduce the harmful use of alcohol*. Geneva: WHO, 2010. http://www.who.int/substance_abuse/msbalcstragegy.pdf. Edizione italiana a cura dell’Istituto Superiore di Sanità-ONA-CNESPS. *Strategia globale per ridurre il consumo dannoso di alcol*. Roma: ISS; 2013. <http://www.epicentro.iss.it/alcol/apd2013/global%20strategy%20italian%20translation.pdf>
8. WHO Regional Office for Europe. *European action plan to reduce the harmful use of alcohol 2012–2020*. Copenhagen (Denmark): WHO Regional Office for Europe; 2012. http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0008/178163/E96726.pdf?ua=1 Edizione italiana a cura dell’Istituto Superiore di Sanità-ONA-CNESPS. *Piano d’azione europeo per ridurre il consumo dannoso di alcol 2012-2020*. Roma: ISS; 2013. <http://www.epicentro.iss.it/alcol/apd2013/european%20action%20plan%202012%202020%20italian%20translation.pdf>
9. World Health Organization. Regional Office for Europe. *Policy in action - A tool for measuring alcohol policy implementation*. Copenhagen (Denmark): WHO; 2017. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/339837/WHO_Policy-in_Action_indh_VII-2.pdf?ua=1 . Edizione italiana. Scafato E, Gandin C, Ghirini S (a cura di). Osservatorio Nazionale Alcol, WHO Collaborating Centre for Research on Alcohol and Alcohol-Related Health Problems, Centro Nazionale Dipendenze e Doping. *Policy in action. Uno strumento per misurare l’implementazione delle politiche sull’alcol”* Roma: Istituto Superiore di Sanità, 2018. <https://www.epicentro.iss.it/alcol/policy-in-action>
10. Sixty-sixth World Health Assembly. *Follow-up to the political declaration of the high-level meeting of the general assembly on the prevention and control of non-communicable diseases*. World Health Assembly. Resolution Wha66.10; 27 May 2013. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_R10-en.pdf?ua=1
11. World Health Organization. Regional Office for Europe. *Fact sheet on the SDGs: Alcohol consumption and sustainable development* (2020). Copenhagen: WHO; 2020. https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/464642/Alcohol-consumption-and-sustainable-development-factsheet-eng.pdf
12. World Health Organization. *Targets of Sustainable Development Goal 3* (2020). Geneva: WHO; 2020. <https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-policy/sustainable-development-goals/sustainable-development-goals-sdgs/targets-of-sustainable-development-goal-3>
13. United Nation. Department of Economic and Social Affairs. *The 2030 agenda for sustainable development. Transforming our world: the 2030 agenda for sustainable development*. New York, NY: United Nations; 2015. <https://sdgs.un.org/publications/transforming-our-world-2030-agenda-sustainable-development-17981>

14. European Commission. *Europe's Beating Cancer Plan Communication from the commission to the European Parliament and the Council*. Commissione Europea. 03.02.2021. https://health.ec.europa.eu/system/files/2022-02/eu_cancer-plan_en_0.pdf
15. World Health Organization. *Political declaration of the third high-level meeting of the General Assembly on the prevention and control of non-communicable diseases*. Geneva: WHO; 2022. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB150/B150_7Add1-en.pdf
16. Scafato E, Allamani A, Struzzo P, Italian WHO Phase IV EIBI Working Group* *Italian Team Report: Scafato E, Russo R, Farchi G, Gandin C et al. Italy. In: Heather N, ed. *WHO Collaborative Project on identification and management of alcohol-related problems in primary health care. Report on phase IV. Development of country-wide strategies for implementing early identification and brief intervention in primary health care*. World Health Organization; 2006. p.145-171
17. Scafato E, Allamani A, Codenotti T, Marcomini F, Patussi V, Rossi A, Struzzo P, Russo R, and the PHEPA Italian Country Team* *Scafato E, Russo R, Zuccato PG, Cicogna F, Rossi A, Farchi G, Greco D, Gandin C et al. *Primary Healthcare European Project on Alcohol, (PHEPA) EU Study 2003-2004 Italian Team Report*. In PHEPA I (Primary Health Care European Project on Alcohol). Integrating health promotion interventions for hazardous and harmful alcohol consumption into primary health care professionals' daily work. Strategy for Italy. p.1-46
18. Scafato E, Allamani A, Codenotti T, Marcomini F, Patussi V, Rossi A, Russo R, Struzzo P, Zuccaro P, PHEPA Italian Country Team* *Scafato E, Russo R, Zuccato PG, Cicogna F, Rossi A, Farchi G, Greco D, Gandin C et al. *A country-based strategy for the implementation and integration of early detection and brief intervention in the daily activities of GPs in Italy*. In: PHEPA (Primary Health Care European Project on Alcohol). Integrating health promotion interventions for hazardous and harmful alcohol consumption into primary health care professionals' daily work. Annex IV. Country Strategies. Brussels: European Commission; 2005. p.191-222.
19. Scafato E e il gruppo di lavoro IPIB* (Ed) *E Scafato, V Patussi, L Mezzani, I Londi, T Codenotti, C Gandin, L Galluzzo, M Di Rosa, S Bruni, E Vanni, S Ghirini, S Martire, L Di Pasquale, A Scafato, N Parisi, E Chessa, R Scipione e R Russo. *Alcol e prevenzione nei contesti di assistenza sanitaria primaria. Programma di formazione IPIB-PHEPA. identificazione precoce e intervento breve dell'abuso alcolico in Primary Health Care*. Traduzione e adattamento di: Gual A, Anderson P, Segura L, Colom J. Alcohol and Primary Health Care: Training Programme on Identification and Brief Interventions. Roma: Centro Stampa De Vittoria; 2008
20. Scafato E, Gandin C, Patussi V, Gruppo di lavoro IPIB (ed.) *L'alcol e l'assistenza sanitaria primaria. Linee guida cliniche per l'identificazione e l'intervento breve. Progetto PHEPA*. Traduzione e adattamento di: Anderson P, Gual A, Colom J. Alcohol and Primary Health Care: Clinical Guidelines on Identification and Brief Interventions. PHEPA project. Roma: Centro Stampa De Vittoria; 2009. https://www.epicentro.iss.it/alcol/linee/linee_guida_cliniche.pdf
21. Drummond C, Wolstenholme A, Deluca P, Davey Z, Donoghue K, Elzerbi C, Gual A, Robles N, Goos C, Strizek J, Godfrey C, Mann KF, Zois E, Hoffman S, Gmel G, Kuendig H, Scafato E, Gandin C, Reynolds J, Segura L, Colom J, Baena B, Coulton S, Kaner E. *Alcohol interventions and treatments in Europe*. In: Anderson P, Braddick, Reynolds J, Gual A (Ed.). Alcohol policy in Europe: Evidence from AMPHORA. 2. ed 2013. p.72-93.
22. Scafato E, Gandin C, Ghirini S, Galluzzo L, Martire S, Di Pasquale L, Cuffari A A survey on the early identification and brief intervention for hazardous and harmful alcohol consumption in the primary health care: the European Alcohol Measures for Public Health Research Alliance (Amphora) project. *Addiction science & clinical practice* 2013;8(1 Suppl):A66. DOI: 10.1186/1940-0640-8-S1-A66

23. Wolstenholme A, Drummond C, Deluca P, Davey Z, Elzerbi C, Gual A, Robles N, Reynolds J, Goos C, Strizek J, Godfrey C, Mann K, Zois E, Hoffman S, Gmel G, Kuendig H, Scafato E, Gandin C, Coulton S, Colom J, Segura L, Baena B. *Report on the mapping of European need and service provision for early diagnosis and treatment of alcohol use disorders*. AMPHORA Project WP6. 2013.
24. Scafato E, Gandin C. *Il Manifesto europeo AMPHORA*. (factsheet). Alcohol Prevention Day. Roma: Istituto Superiore di Sanità, 18 aprile 2013. [https://www.epicentro.iss.it/alcol/apd2013/MANIFESTO%20AMPHORA%20APD%202013%20\(fact%20sheet\).pdf](https://www.epicentro.iss.it/alcol/apd2013/MANIFESTO%20AMPHORA%20APD%202013%20(fact%20sheet).pdf)
25. Colom J, Scafato E, Segura L, Gandin C, Struzzo P. Brief interventions implementation on alcohol from the European health systems perspective. *Frontiers in Psychiatry*, 2014; 5 (161): 1-12.
26. Anderson P, Wojnar M, Jakubczyk A, Gual A, Segura L, Sovinova H, Csemy L, Kaner E, Newbury-Birch D, Fornasin A, Struzzo P, Ronda G, van Steenkiste B, Keurhorst M, Laurant M, Ribeiro C, do Rosário F, Alves I, Scafato E, Gandin C, Kolsek M. Managing alcohol problems in general practice in Europe: results from the European ODHIN survey of general practitioners. *Alcohol Alcohol* 2014;49(5):531-9.
27. Scafato E, Gandin C, Laurant M, Keurhorst M, Kolsek M, Gual A, Matrai S, Reynolds J, Colom J, Segura L, Kaner E, Newbury Birch D, Anderson P, Spak F, Bendtsen P, Sovinova H, Struzzo P, Krzysztof B, Ribeiro C, Van Schayck O, Ronda G, Drummond C, Mierzecki A. The ODHIN assessment tool: a tool to describe the available services for the management of hazardous and harmful alcohol consumption at the country and regional level. *Addiction science & clinical practice* 2013;8(1 Suppl):A67. DOI: 10.1186/1940-0640-8-S1-A67
28. Gandin C, Scafato E. ODHIN Assessment Tool – *A description of the available services for the management of hazardous and harmful alcohol consumption*. ODHIN PROJECT WP6. 2013. Bruxelles: European Commission. Seventh Framework Programme; 2013. http://odhinproject.eu/resources/documents/doc_download/70-deliverable-6-1-assessment-tool-report.html
29. Angus C, Scafato E, Ghirini S, Torbica A, Ferre F, Struzzo P, Purshouse R, Brennan A. Costeffectiveness of a programme of screening and brief interventions for alcohol in primary care in Italy. *BMC family practice* 2014;15(1):26.
30. Scafato E, Gandin C, Martire S, Galluzzo L, Gruppo di Lavoro BISTAIRS. *Identificazione precoce e intervento breve nel trattamento dei disordini alcol-correlati: raccomandazioni e linee guida del progetto BISTAIRS*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2016. (Rapporti ISTISAN 16/5)
31. Gandin C, Schmidt C, Shulte B, Scafato E. *The BISTAIRS Expert opinion-based guidelines on the implementation of screening and brief intervention approaches in different settings in the EU*. BISTAIRS Project. 2015. http://www.bistairs.eu/material/D6_guidelines_ASBI.pdf
32. Gandin C, Scafato E. *Managing risky drinking in PHC settings. Field test strategy. Italy*. BISTAIRS; 2014. http://bistairs.eu/material/WP6_material/Italy_PHC.pdf
33. Gandin C, Scafato E. *Managing risky drinking in emergency settings. Field test strategy. Italy*. BISTAIRS; 2014. http://bistairs.eu/material/WP6_material/Italy_ED.pdf
34. Gandin C, Scafato E. *Managing risky drinking in workplace settings. Field test strategy. Italy*. BISTAIRS; 2014. http://bistairs.eu/material/WP6_material/Italy_WP.pdf

35. Gandin C, Scafato E. *Managing risky drinking in Social Services settings. Field test strategy. Italy.* BISTAIRS; 2014. http://bistairs.eu/material/WP6_material/Italy_ScS.pdf
36. Montonen M, Makela P, Scafato E, Gandin C on behalf of JA RARHA's Work Package 5 working group (Ed.). *Good practice principles for low risk drinking guidelines. Joint Action RARHA*; 2016. <http://www.epicentro.iss.it/alcol/pdf/WP5%20Good%20practice%20low%20risk%20guidelines.pdf>
37. Gandin C, Ghirini S, Galluzzo L, Martire S, Scipione R e Scafato E per il Gruppo di Lavoro RARHA WP5. *Principi di buone pratiche per le linee guida sul consumo di alcol a basso rischio: le attività della Joint Action europea RARHA (Reducing Alcohol Related Harm).* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2017. (Rapporti ISTISAN 17/2)
38. Moskalewicz J, Room R and Thom B for the RARHA work package 4* (a cura di). *WP4 team per l'Italia: Galluzzo L, Gandin C, Ghirini S, Martire S, Scafato E. *Comparative monitoring of alcohol epidemiology across the EU Baseline assessment and suggestions for future action. Synthesis report. RARHA work package 4.* Varsavia (Polonia): PARPA; 2016. <https://www.epicentro.iss.it/alcol/pdf/Comparative%20monitoring%20of%20alcohol%20epidemiology%20across%20the%20EU%20E2%80%93%2027.02.pdf>
39. Steffens R & Sarrazin D on behalf of the JA RARHA Work Package 5*. *WP5 team per l'Italia: Scafato E, Gandin C, Ghirini S, Martire S, Galluzzo L. Delphi panel per l'Italia: Gandin C, Scafato E, Testino G. *Guidance to reduce alcohol-related harm for young people. Joint Action RARHA*, 2016. <http://www.rarha.eu/Resources/Deliverables/Lists/Work%20Package%205/Attachments/20/RARHA.WP5.T3.YoungPeople.pdf>
40. Rados Krnel S, Budde A, van Dalen W, van Dale D, Vegt K, Segura L, Palacio-Vieira J, Frango P, Mistic J, Rozman T, Lamut A on behalf of JA RARHA WP6*. *WP6 team per l'Italia: Galluzzo L, Gandin C, Ghirini S, Martire S, Scafato E. Survey panel per l'Italia: Gandin C, Scafato E. *Public Awareness, school-based and early interventions to reduce alcohol related harm. A tool kit for evidence-based good practice. Joint Action RARHA*, 2016. <https://user-ucadpix.cld.bz/RARHA-ToolKit>

LA CORNICE STORICA

L'Alcologia Italiana prima e dopo la Legge 125/2001

Valentino Patussi¹, Giovanni Greco², Valeria Zavan³

¹Azienda Ospedaliero Universitaria di Careggi Centro Alcolico Regionale, Regione Toscana

²UOC Servizio dipendenze 1 AULSS7 Pedemontana, Regione Veneto

³SC SerD ASL To4 – Regione Piemonte

Il tema del consumo dell'Alcol ha diviso, fin da tempi antichissimi i pensieri di molti letterati, politici e medici. Per delineare una corretta ricostruzione storica sia del vivace dibattito che delle iniziative realizzate in questo ambito, dobbiamo suddividere il periodo in esame in due "ERE": Pre e Post Legge 30.3.2001 n. 125 "Legge Quadro in materia di alcol e problemi alcol-correlati".

Il XIX secolo è stato un secolo cruciale per lo studio e la presa di coscienza delle modalità di consumo delle bevande alcoliche; è in questo poliedrico secolo che si denota il più sostanziale cambio della società e il maggior divarico tra le classi sociali.

Il popolo rurale si allontana dalle campagne per migrare verso le grandi città dove la rivoluzione industriale prende campo costringendoli a ritmi di vita che alienano e che inducono ad un maggior uso di alcol; per tale motivo un proliferare di taverne e mal costume conduce a violenze e degrado sociale che miete vittime tra le classi più povere.

Con il passare degli anni la situazione non migliora ma porta velocemente ad un peggioramento che coinvolge la maggior parte della Società. Per tale motivo l'attenzione pubblica si accende e personaggi illuminati del tempo cominciano a focalizzare la loro attenzione sulle cause del problema. Il nord Italia per primo mette in campo i suoi esperti, primo fra tutti il medico Cesare Lombroso che identifica l'alcol come causa di efferati omicidi. Nel 1880 nell'ambiente Torinese spicca il nome di Edmondo De Amicis, che fu relatore alle "Undici conferenze intorno al Vino", ove sostenne che :*«A mano a mano che la civiltà progredisce crescono i bisogni di eccitamenti e quindi gli alcoolici e insieme i danni spaventevoli di essi: il suicidio e i delitti, che si raddoppiano in meno di un decennio, le pazzie, le degenerazioni della razza; tutti i paesi civili vi han provveduto con leggi che vanno sempre più aumentando di severità, esigendo dall'oste forti cauzioni e diminuendone le licenze. Noi dobbiamo fare altrettanto.»*, e inoltre: *«...Noi abbiamo a che fare con un gran numero di persone, che trovandosi sotto un continuo influsso latente del vino, paiono quello che non sono, son specie di maschere di sé stessi, che c'ingannano. Ci troviamo intorno delle*

generosità, delle eloquenze, delle bontà, dei caratteri ameni, che sono fittizi, che esistono solamente a ore, ma che esistendo per quelle tante ore ogni giorno, producono in chi le incontra un'illusione stabile. Se otenessimo conoscere tutte le abitudini intime, quante strane scoperte si farebbero! Quante belle azioni generose scopriremmo che sono state fatte a malincuore, forzatamente, per mantenere una promessa sfuggita nell'esaltazione del vino! Quanti trionfi oratorii troveremo che sono dovuti all'ebbrezza, e mostre di coraggio inaspettato nei duelli, e slanci commoventi di attori drammatici! Troveremo forse anche dovute al vino delle riconciliazioni clamorose d'uomini politici, che ebbero conseguenze memorabili, forse delle risoluzioni temerarie di generali che resero il loro nome glorioso, forse anche delle morti eroiche, che tutti abbiamo ammirato ed ammiriamo ancora.

Oltre a ciò, mille persone si trasmutano continuamente intorno a noi».

Lombroso parla di una eredità alcolica; risente della considerazione biologica della moralità e del comportamento; individua nell'alcolismo un determinante prognostico primariamente sfavorevole se intersecato con altre condizioni morbose; distingue tra vino e superalcolici attribuendo al primo il valore di un alimento benefico a differenza dei distillati. Per Lombroso la miseria non causa l'alcolismo ma è quest'ultimo a indurre in miseria ed a provocare il pauperismo.

Il collega De Amicis invece chiuse la serie affrontando gli effetti psicologici dovuti al consumo di vino, sottolineandone l'effetto sull'intelligenza, sull'immaginazione e sui sentimenti.

La dissertazione, ripubblicata di recente, contiene un passaggio che magistralmente riassume l'ambivalenza del giudizio rispetto a questa bevanda: *“Ecco le due potenze opposte del vino, o per meglio dire i due vini. L'uno è il veleno che trascina all'ozio, all'istupidimento, alla prigione, alla tomba, e questo vino fuggiamolo, combattiamolo, vituperiamolo. L'altro è il vino che fa alzare nello stesso tempo il calice, la fronte e il pensiero; l'allegria della nostra mensa di ogni giorno, il festeggiatore delle riconciliazioni; il secondo sangue della razza umana. E questo onoriamolo”.*

Su tali affermazioni nel 1889 il ministro di Grazia e Giustizia Giuseppe Zanardelli all'interno del Codice Penale inserisce gli articoli 488 col quale si punisce l'ubriachezza molesta e ripugnante e l'art. 489 col quale si punisce chi induce l'altro a bere.

Sembra che l'Italia cominci a rendersi consapevole, sensibile ai problemi alcol-correlati e così si vedono nascere i primi movimenti che *“desiderano riportare sulla retta via chi si è lasciato traviare”.*

A Torino il medico Luigi Chierici fonda la prima Società di Temperanza poi esportata nel 1882 a Milano sotto la presidenza del Ministro dell'Agricoltura e Commercio e del Ministro della Giustizia col nome "Patronato centrale di temperanza di Milano".

Anche la Toscana si distingue per il suo impegno: il pastore valdese, Giovanni Rochat, fonda nel 1892 a Lucca la Lega di Temperanza e sempre nello stesso anno è promotore della Lega italiana antialcolica a Firenze. Sue furono alcune pubblicazioni atte a diffondere la conoscenza sul danno che l'assunzione di alcol provoca al corpo ed alla mente di ogni uomo o donna.

Come spesso accade l'eredità viene raccolta dal figlio, così anche in questo caso Luigi Rochat, laureato in medicina, tiene accesa l'attenzione sull'argomento e nel 1904 (16-17 luglio) a Venezia tiene il primo Congresso Nazionale contro l'Alcolismo dove afferma: *"La famosa teoria della moderazione qui non regge; non si può essere moderati d'una sostanza nociva"*.

Gli studi di tale problematica si sono ampliate, fino ad abbracciare altre discipline, e sotto la lente di ingrandimento vengono messi i bambini. A Firenze ad inizio del XX secolo il medico Prof. Giuseppe Mya, patologo e pediatra, viene coinvolto dal medico della Clinica Pediatrica di Firenze Prof. G.A. Dotti, per studiare la salute dei bambini delle classi più disagiate ed analizzarne la morbilità. I dati raccolti dai due medici non tardarono a restituire nefaste notizie e a trovare similitudini tra i bambini figli di alcolisti: un alto numero di epilettici (40 su 100) o più vulnerabili alla tubercolosi che ne causava spesso la morte. Lo studio fu effettuato analizzando i dati provenienti dallo spoglio delle cartelle della Clinica Medica nel triennio 1905-1907 e dai registri degli ambulatori chirurgici pediatrici dell'Ospedale Meyer nell'anno 1907, su un numero complessivo di 23.400 visite.

Ad occuparsi del problema dell'alcol non erano solo i medici spinti dalla fiamma della conoscenza ma vi erano anche altri personaggi che volevano migliorare la Società. Uno di questi è lo scrittore e militare Ettore Boschi che a Monza dà vita all'Unione Operaia Escursionisti Italiani -Associazione finalizzata all'elevazione dell'uomo attraverso la promozione del vivere a contatto con la natura e la sua conoscenza, con particolare riguardo alla montagna che ha tra i suoi scopi: *«Lotta contro il vizio del gioco d'azzardo e dell'alcolismo» «Togliere gli operai dalle bettole e dalle osterie»*.

Un risultato importante sembra arrivare finalmente nel 1913, quando il governo Giolitti emanò la Legge n. 632 recante il provvedimento per combattere l'alcolismo: *"È vietata senza speciale autorizzazione del prefetto, la vendita nei pubblici esercizi delle bevande alcoliche, che abbiano un contenuto in alcool superiore al 21 per cento del"*

volume, ancorché l'esercente sia munito della licenza di cui l'art. 50 della legge di pubblica sicurezza". Tale norma non nasce solo dall'esigenze di "ordine pubblico" ma anche di tutela delle fasce deboli e della salute in generale. Tali concetti erano precedentemente parte del pensiero di Filippo Turati che vedeva nell'alcol un ostacolo all'emancipazione del proletariato, alla laboriosità, alla cooperatività, alla sicurezza del lavoratore, specie del più giovane.

Ma nonostante la legge il problema dell'alcolismo non tende a mutare: «*In Italia siamo ancora alla formula "Libera osteria in libero stato"*», così lo psichiatra Giuseppe Antonini commenta polemicamente nel 1914 gli scarsi risultati della legge contro l'alcolismo varata l'anno precedente dal governo Giolitti, che prevede tra l'altro il divieto di corrispondere parte del salario agli operai in bevande alcoliche. Ma con il primo conflitto mondiale il tema "Alcol" cade nel dimenticatoio sebbene fosse palese il suo ruolo in tale contesto come peraltro ribadisce un allievo di Mingazzini, Placido Consiglio, medico militare e psichiatra, che ne enfatizza il potenziale "*antidisciplinare e criminogeno*" in una visione sempre condizionata da *ereditarietà, viziosità del carattere, moralità aggravata da abitudini ed esempi*. La guerra dunque annulla tutto, solo negli anni '30 il tema dell'alcolismo tornerà in auge: viene ritenuto una condizione da bonificare, ne diviene una questione di eugenetica e di demografia, tema molto caro al Duce, che vuole più italiani e più italiani sani.

In un famoso discorso alla Camera, Mussolini identifica in malaria, sifilide e alcolismo le piaghe da eradicare, ma non prende in considerazione il modello proibizionista americano dato che riteneva che: "*Per coloro che sono sottoposti a fatiche di carattere materiale l'uso moderato del vino è utile*" (tratto dall'intervista a Webb Miller 9 marzo 1937). Qualche anno più tardi, nel 1939, con una circolare del Ministero degli Interni viene ordinata la "*soppressione delle società di mutuo soccorso*" e di tutte le associazioni, interrompendo il processo di condivisione e di compartecipazione a livello scientifico e di comunità.

Ovviamente il secondo conflitto Mondiale ferma nuovamente il processo sul tema rimandandolo a tempi migliori.

Mentre l'Italia sull'alcolismo sembra vivere in una continua altalena che oscilla tra problemi e soluzioni, negli Stati Uniti dall'incontro di un agente di borsa di Wall Street ed un medico chirurgo di Akron (Ohio) Bob Smith e Bill Wilson, entrambi alcolisti, si resero conto che condividendo le loro dolorose esperienze e aiutandosi a vicenda riuscivano a mantenersi lontani dall'alcol. Nasce così nel 1935 l'Associazione Alcolisti Anonimi che offre un programma spirituale di azione che si attua attraverso le frequentazioni di riunioni, dove si scambiano le proprie esperienze e si mette in pratica

il programma di recupero, denominato "Programma dei Dodici Passi". Dodici Passi che aiutano l'alcolista a cambiare stile di vita e a trovare serenità e sobrietà. Tale formula trova subito terreno in molteplici Paesi.

Negli anni '60 sono sorti alcuni gruppi che si rifacevano ad A.A. a Milano e a Torino, di cui si ha segnalazione anche in una pubblicazione di De Antonellis G.

Nell'Annuario americano di Alcolisti Anonimi si parla di A.A. in Italia per la prima volta nel 1970, menzionando un certo Riccardo che aveva tentato di aprire un gruppo a Milano, ma che non compariva più l'anno successivo.

A Roma in via Napoli dei soldati americani agli inizi degli anni '60 danno vita ad un gruppo di lingua inglese e qui agli inizi nel 1972 Giovanni ed Ermanno vi ci approdano e trovano Mya e Jolanda, membri bilingui del gruppo americano. Pochi mesi dopo vi si aggiunse Carlo C. Le prime riunioni in lingua italiana si svolsero verosimilmente nel luglio 1972, e su esse fece un articolo Sandro Cova sul Messaggero del 9 novembre 1972 col titolo "*Non bere, parla*". Nel luglio 1974 nacque il gruppo di Firenze e tra il 1975 ed il 1976 i membri del gruppo romano contribuirono a dar vita al primo gruppo della Lombardia a Milano e della Liguria a Genova.

Nel 1979 il documentario inchiesta "*L'inferno dentro*" della RAI, attirò l'attenzione generale sul problema dell'alcolismo e sulla sua possibile soluzione grazie ad A.A.: nei titoli di coda della trasmissione fu indicato per la prima volta il numero telefonico di A.A. a Roma, che fu subissato di telefonate. Sull'onda di tale evento, la stampa prese ad interessarsi sempre di più all'associazione; anche nella letteratura medica cominciò a prendere corpo un interesse sempre più vivo per Alcolisti Anonimi e per il suo programma di recupero.

Nel 1964 in Croazia il Prof. Vladimir Hudolin, neuropsichiatra dell'Università di Zagabria, nel prendere atto della rilevanza epidemiologica dell'alcolismo, e della difficoltà ad affrontare questo problema con approcci tradizionali, dà avvio all'esperienza dei Club degli Alcolisti in Trattamento, favorendo un processo di de-istituzionalizzazione della cura dei problemi alcol-correlati. Nascono così alcuni gruppi terapeutici per gli alcolisti e le loro famiglie collocati non all'interno dell'ospedale psichiatrico, ma nel territorio di provenienza dei pazienti stessi. Tali gruppi hanno l'immediato obiettivo di favorire un coinvolgimento delle comunità locali nei processi di prevenzione e trattamento dei problemi alcol-correlati.

La nascita del primo Club in Italia avvenne in via degli Olmi a Trieste nella casa di Nino Pitacco, nel 1979 e dopo poco nasce l'Associazione Italiana Club Alcolisti in Trattamento (AICAT), un'associazione di mutuo aiuto che aggrega gli individui e le loro famiglie con problemi alcol-correlati.

Nell'Ottobre del 1979 a Udine viene organizzato il "Primo Corso di Sensibilizzazione" per lo studio dei problemi alcol-correlati. Da allora i Club degli Alcolisti in Trattamento (CAT) si diffusero in tutta Italia e in moltissimi Paesi del mondo tanto occidentale che orientale.

La strada oramai sembra segnata e ogni anno che passa la consapevolezza dei problemi alcol-correlati appare sempre più forte e le iniziative a suo favore si moltiplicano.

Ad oggi i Club presenti in tutta Italia sono circa 2400 e coinvolgono 10.000 famiglie.

Negli anni 1990 si ha una accelerazione nella formazione dei gruppi e il 16 dicembre del 1991, su modello dei gruppi americani, a Firenze vede la luce il Gruppo dei Figli Adulti "Le Mimose" inizialmente denominato "Gruppo ACA" (*Adult Children of Alcoholics*).

Il metodo Hudolin trovò molti sostenitori non solo nel campo della psicologia, ma anche della medicina; pertanto molti medici da quel periodo in poi cominciarono a frequentare la clinica di Hudolin a Zagabria. Molte sono state le persone, tra professionisti e non, ad andare a formarsi presso il suo reparto di Alcolologia ed in seguito cominciarono a essere organizzati vari congressi e convegni in giro per il mondo. In Italia si svolgono alcuni corsi atti a formare nuovi operatori e non solo. Le attività si concretizzarono in Corsi di Sensibilizzazione di cinquanta ore che si sviluppano dal lunedì al sabato e in una Scuola di trecento ore, sempre diretta da Hudolin.

A seguito di queste azioni avvengono molti cambiamenti e così si inizia a parlare di un sistema ecologico sociale per i problemi alcol correlati e complessi, che non significava solo abbandonare le bevande alcoliche o altre sostanze, ma anche accettare un nuovo tipo di comportamento individuale, nella famiglia e nella comunità. Viene così introdotta una nuova possibilità di approccio, di interagire con una diversa qualità di vita. Se vediamo questo comportamento in termini positivi possiamo definire che non è una terapia, ma piuttosto una crescita e una maturazione e che il cambiamento non può essere soltanto nel rapporto della famiglia con il bere e deve avvenire con tutti i membri della famiglia.

I problemi alcol correlati non sono solo un problema sanitario o sociale, ma sono un problema etico di approccio ecologico sociale e il professor Hudolin sviluppa e porta avanti questo concetto dell'etica dentro il lavoro dei Club fino alla sua morte avvenuta nel 1996.

Grazie a tutti questi sforzi nel 1965, l'OMS ha finalmente ammesso il concetto di "dipendenza da alcool", nel '66 l'*American Medical Association* (AMA) ha proclamato l'alcolismo una malattia.

Nel '69 l'OMS definisce la Dipendenza come *"uno stato psichico e talora anche fisico che risulta dall'interazione dell'organismo con una sostanza ad azione farmacologica, che si caratterizza per alcune modificazioni del comportamento e di altri aspetti; comprende sempre una compulsione ad assumere la sostanza, in modo continuo o periodico, al fine di provocare effetti sulla psiche e talora di evitare il disagio della sua mancanza. Si può accompagnare o non a tolleranza"*.

Finalmente viene data una definizione ad un problema che da secoli ha attanagliato la Società.

Nel 1976 il primo gruppo Al-Anon si forma in Italia, ma ufficialmente nasce a Firenze nel settembre del 1980 e si riunisce presso la Chiesa di St James in via dei Rucellai, prendendo il nome dalla strada in cui la chiesa si trova. Nel settembre 1985 sempre a Firenze apre un ambulatorio Alcolologico nell'Unità Ospedaliera di Gastroenterologia di Careggi (Prof. A. Morettini, Dott. A. Alamanni) che offre ai pazienti e loro familiari sia visite mediche che anche un programma di informazione alcolologica: s'intensifica così la già esistente collaborazione (da fine anni '70) con l'Associazione Al-Anon/Alateen per Familiari e Amici di Alcolisti.

Firenze si dimostra terra fertile e nel 1986 Il modello alcolologico 'ospedale-ambulatorio-territorio-gruppi di auto-aiuto' viene proposto alla Regione Toscana dalla Sezione Toscana della Società Italiana di Alcologia, a cura di A. Morettini e C. Surrenti; presso i poliambulatori dei locali dell'Istituto di Malattie Nervose e Mentali della AOUC (Prof. A. Pazzagli e Prof. L. Cabras) sotto il coordinamento del Dott. G. La Malfa e Dott. V. Patussi, Clinica Gastroenterologica Universitaria, viene aperto prima un ambulatorio filtro e poi un mini reparto con possibilità di ricovero con quattro posti letto.

Nello stesso anno nasce anche la Cooperativa Ricerche e Interventi Operativi Sociosanitari, poco più tardi nel 1988 otterrà una convenzione con la USL/10E per la realizzazione di un ambulatorio e un dispensario per i problemi e patologie alcol-correlate; gli operatori che la costituirono furono A. Bianchi, L. Matteini, V. Patussi, D. Poli, S. Rosetti, R. Simoncini, A. Vanturini.

Tutte queste iniziative danno vita al Convegno Regionale "Alcologia: esperienze a confronto" presso il Centro Studi della C.I.S.L., organizzato dalla Cooperativa C.R.I.O.S. edalla Usl 10 /E con la collaborazione dell'A.C.A.T. fiorentina e dalla Sezione Regionale della SIA.

Su tale spinta anche l'Università comincia a muovere i primi passi verso una formazione più mirata. Infatti, presso la Facoltà di Chirurgia e Medicina dell'ateneo fiorentino, tra il 1887-1988, viene attivato il primo Corso di Dottorato di Ricerca a

livello nazionale in "Biologia e Clinica dell'Alcolismo", tramite una collaborazione tra la Gastroenterologia (Prof. C. Surrenti) e la Tossicologia (Prof. P.F. Mannaioni, Prof. F. Moroni) dell'Università degli Studi di Firenze.

Da qui l'Ateneo di Firenze darà vita a corsi sempre più avanzati rivolti a tutti i soggetti in possesso della licenza media superiore, come il corso di aggiornamento professionale "*Problematiche e Patologie Alcol-correlate*" che ha lo scopo di favorire una riflessione sul consumo di bevande alcoliche, implementare le conoscenze scientifiche e le competenze tecniche rispetto alle problematiche/patologie alcol-correlate. Da questo primo corso si passa al Master di I livello "*Alcol, tabacco e gioco d'azzardo: stili di vita e patologie correlate*" che abbraccia anche nuove patologie che da sempre hanno caratterizzato la nostra Società. In seguito mutato in "*Stili di vita, salute globale e danni multi-organo*" così da avere una visione sempre più ampia e poter abbracciare più discipline, pur mantenendo una specifica attenzione ai disturbi da uso di alcol. L'esperienza fiorentina viene accolta anche dall'ateneo Modena e Reggio Emilia dove nasce nel 2017/2018 un master di primo livello specifico per medici in "*Dalla prevenzione alla Gestione dei problemi alcol correlati*".

Nel 2002 Firenze ospita il Mese di Prevenzione Alcolologica in Italia con il supporto del Comune di Firenze e della Regione Toscana al Salone Brunelleschi al Palagio di Parte Guelfa (Dott. V. Patussi e dott. A. Quartini) realizzando due convegni: il primo nazionale su "*Prevenzione dei problemi legati al consumo di bevande alcoliche*" con partecipazione del Ministro della Salute On. G. Sirchia e del Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali On. R. Maroni; il secondo convegno è regionale, il tema è stato "*Interventi di prevenzione alcolologica in Toscana*".

Da questa iniziativa nacque l'*Alcol Prevention Day* dell'Istituto Superiore di Sanità nel 2003.

Il 28 settembre 1979, a Padova sotto la guida del Prof. Remo Naccarato (Padova), Prof. Calogero Surrenti (Firenze) e Prof. Giovanni Gasbarrini (Bologna) nasce la Società Italiana di Alcolologia (SIA) con il coinvolgimento di un gruppo di operatori (psichiatri, gastroenterologi, medici legali, igienisti, psicologi, enologi, sociologi) che vedevano nell'approccio multidisciplinare la metodologia più adatta per affrontare su basi scientifiche il complesso problema del rapporto uomo-alcol. Tale iniziativa si ispirava alla omologa società francese fondata da Fouquet. L'uscita della "Rivista Italiana di Alcolologia" nel 1982, la nascita delle Sezioni Regionali a partire dal 1983, l'avvio dei lavori del GESIA (Gruppo Epidemiologico) nel 1982, l'organizzazione di una regolare attività Congressuale (1983) hanno rappresentato elementi qualificanti e significativi nello sviluppo e nella promozione della SIA.

Grazie alla sensibilizzazione e la pressione di esponenti della SIA, numerosi risultati sono stati raggiunti in campo regionale e nazionale al fine di includere gli interventi di prevenzione e programmi di terapia dell'alcolismo negli obiettivi della sanità pubblica. Tra tutti basterà ricordare il DM del 3 agosto 1993, a seguito dei lavori di una Commissione Ministeriale la cui vicepresidenza era stata affidata al prof. Giovanni Gasbarrini, allora Presidente della SIA, che per la prima volta riconosce la necessità di dare linee guida in campo alcologico e riconosce la specificità dell'alcologia e indica l'istituzione di équipe per l'alcoldipendenza di tipo multidisciplinare che negli anni ha realizzato, sotto la direzione del Dr. E. Scafato, del Dr. G. Testino e del Dr. V. Patussi, linee guida nazionali sui vari interventi clinici in campo alcologico.

Negli anni si sono istituiti a livello nazionale tre Centri di riferimento regionale in sede ospedaliero universitaria:

- CRARL (Centro di Riferimento Alcologico della Regione Lazio), nasce il 16 settembre del 1997 per Delibera della Giunta della Regione Lazio numero 5626, come confermato dal Commissario ad Acta nella DCA 14 dicembre 2016, n. U00391 e successivamente nella DCA U00334 del 25 luglio 2017. Il Centro opera per creare a livello regionale un punto di riferimento sia per i servizi pubblici che per quelli privati che, a vario titolo, sono impegnati nei settori riguardanti i problemi alcologici e alcol-correlati. Attualmente ha sede presso il Policlinico Umberto I di Roma ed opera sia come centro studi e di ricerca sull'alcolismo e sulle patologie alcol-correlate, che come centro servizi. La struttura è diretta dal Prof. Mauro Ceccati.
- CART (Centro Alcologico Regionale - Toscana), istituito con Deliberazione del Consiglio Regionale "Azione Programmata: Organizzazione dei servizi alcologici" n. 281 del 15 settembre 1998 e dal 2002 è collocato presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi (Firenze) da cui ne dipende amministrativamente. È punto di riferimento regionale per le attività alcologiche con un ruolo di coordinamento, consulenza tecnico-scientifica e supporto alle realtà territoriali che si occupano di alcol e promozione della salute diretto dal Dr. Valentino Patussi.
- CAR Liguria (Centro Alcologico Regionale - Liguria) fondato dalla Legge Regionale 5 aprile 2012, n. 11. Il fine è quello di attuare un intervento organico nel campo della prevenzione, cura e riabilitazione delle patologie alcol-correlate. L'attività clinica derivante dal CAR è indirizzata alla SSD Alcologia e Patologie Correlate dell'Ospedale Policlinico San Martino di Genova, dove ha la sua attuale sede ed è diretto dal Prof. Gianni Testino

Nel 1998 nasce, sotto la Direzione del Dr. Emanuele Scafato presso Istituto Superiore di Sanità, l'Osservatorio Nazionale Alcol - ONA - *WHO Collaborating*

Centre Research&Health Promotion on Alcohol and Alcohol-RelatedHealthProblems come riferimento formale e ufficiale dell'Istituto Superiore di Sanità per la ricerca, la prevenzione e la formazione in materia di alcol e problematiche alcol-correlate.

Nel 2001 viene emanata la Legge quadro 125/2001 in materia di alcol e problemi alcol- correlati (Relatore On. Rocco Francesco Caccavari) la quale rappresenterà uno strumento essenziale di orientamento delle politiche alcolologiche del nostro Paese a livello nazionale e regionale per il contenimento dei danni derivanti dall'uso di bevande alcoliche e per l'accrescimento della consapevolezza sui rischi alcol-correlati. La Legge Quadro disciplina vari aspetti di ambito sociosanitario, quali la prevenzione, la cura e il reinserimento sociale degli alcol dipendenti; di ambito socio-culturale ed economico, quali la sicurezza del traffico stradale, la sicurezza sui luoghi di lavoro, la pubblicità, le modalità di vendita, la formazione universitaria, la sensibilizzazione delle persone ad una vita familiare e lavorativa protetta dalle conseguenze legate all'uso di bevande alcoliche e superalcoliche.

In particolare, la Legge n. 125/2001 dispone l'abbassamento del tasso alcolemico legale alla guida dallo 0,8 allo 0,5 g/l (art. 6 "modifiche al codice della strada"), allineando l'Italia ai valori adottati nella maggior parte degli altri Paesi europei e disciplina la vendita di bevande alcoliche nelle aree di servizio autostradale e in aree pubbliche.

La Legge quadro 125/2001 è una pietra miliare che, nonostante alcuni limiti, legati anche all'incompletezza causata dalla mancanza dei decreti attuativi, focalizza e riassume in chiave moderna i principi fondanti dell'Alcologia su vari livelli: clinico, organizzativo ed istituzionale.

La modifica del Titolo V della Costituzione (Legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3) subentrata poco dopo la Legge 125/2001 ha rimodulato la competenza legislativa e amministrativa tra Stato e Regioni, in alcuni ambiti ciò ha comportato una situazione di impasse.

Dall'art. 3, che definisce le attribuzioni dello Stato nell'identificare i requisiti minimi, strutturali ed organizzativi e gli standard minimi di attività dei Servizi; i criteri per il monitoraggio dei dati; le azioni di informazione e di prevenzione; all'art.9 che definisce invece i rapporti con le Regioni, passando per, attualmente disatteso, art. 4 che istituisce la Consulta; la L. 125/2001 è anche quella legge che ci ha permesso, parlando di intervento ospedaliero (art. 10), di strutture di accoglienza (art. 11) e di rapporti con l'auto mutuo aiuto ed il volontariato (art. 12) nonché istituendo i finanziamenti per i progetti di monitoraggio, di arrivare alla Seconda Conferenza Nazionale sull'Alcol in un'ottica multiprofessionale, multidisciplinare ed integrata che viene definita nel parlato come "*approccio di rete*".

Nell'idea del lavoro di rete, sviluppato in questi anni dagli operatori alcologici e da tutti gli stakeholder che a vario titolo si occupano dell'argomento, consiste la modernità della L. 125/2001, modernità che si evidenzia chiaramente nei nuovi tempi che ci attendono.

I Livelli Essenziali di Assistenza - LEA, il Piano Nazionale Cronicità - PNC, il Piano Nazionale Prevenzione - PNP, il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza - PNRR, tutti questi atti di natura programmatica insistono su un modello di *governance* orientata ad una integrazione spinta e allo sviluppo di un modello resiliente. In molti di questi documenti, inoltre, l'alcol viene citato come un importante fattore di rischio che deve essere tenuto in grande considerazione. I principi esposti nelle *policy* devono trovare uno sviluppo nel futuro in un processo che comunque, per quanto riguarda l'Alcologia, è già in fieri da molti anni e con cui gli operatori hanno ampia dimestichezza.

A questo proposito vale la pena sottolineare, per il futuro, quanto l'esperienza sul campo ha insegnato in termini di integrazione, segnalando temi che trasversalmente hanno costituito un sorta di *leit-motive* nei gruppi di lavoro preparatori alla seconda Conferenza Nazionale sull'Alcol riassumibili in quanto segue: l'integrazione e l'intersectorialità richiedono a tutti un grande sforzo, quello di comprendere l'altro, di integrare conoscendoli i vari linguaggi, così differenti nei vari nodi della rete ed oggetto di incomprensioni e *misunderstanding*, e di riflettere sui loro significati con un atteggiamento di rispetto e comprensione reciproco sostenuto da una forte motivazione.

Dall'altra parte però all'interdipendenza, all'intersectorialità, ad un approccio di intervento diffuso si pone il tema della necessità di mantenere l'identità e l'alta professionalità, elementi necessari per garantire efficacia ed efficienza.

Tra le maggiori inadempienze nell'applicazione della già menzionata Legge Quadro resta ancora oggi l'assenza di norme che regolino l'identificazione, l'organizzazione e la funzione dei Servizi per l'Alcologia. Ciò ha comportato una notevole frammentazione della risposta alle problematiche alcol-correlate a livello nazionale e regionale.

Negli ultimi anni la tendenza delle varie Regioni è stata prevalentemente quella di collocare i Servizi di Alcologia all'interno dei Dipartimenti per le Dipendenze, in alcune realtà regionali gli stessi Servizi sono collocati nei Dipartimenti di Salute Mentale. In pochi altri casi invece i Servizi di Alcologia si trovano collocati in Strutture Ospedaliere o Universitarie. Ciò è conseguenza anche di mancate linee di indirizzo che definiscano gli ambiti e gli interventi specialistici inerenti al Disturbo da Uso di Alcol e Alcoldipendenza, così come invece esistono per il Tabacco.

La sfida nel futuro, quindi, potrebbe esattamente essere questa: come non rinunciare alla propria identità e specificità professionale mantenendo un alto livello di integrazione con gli altri Servizi, settori, mondo civile ricordando che non è possibile

disgiungere i contenuti tecnici dalla relazione, intesa anche come relazione umana, per implementare buone pratiche, visioni ed elicitarne il cambiamento.

Nell'ambito delle attività connesse all'attuazione della legge 125/2001 è stata istituita la Consulta Nazionale sull'Alcol e Problemi Alcol-correlati (art. 4), poi perfezionata con un apposito Decreto del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali del 14 Aprile 2003, definendone le funzioni e le prerogative col fine di massimizzare le risorse tecniche e professionali del settore presenti nel territorio nazionale creando gruppi di lavoro funzionali allo svolgimento degli approfondimenti utili alla formulazione di pareri e proposte proprie della Consulta. La Consulta fu rinnovata con il Decreto del Ministro della Solidarietà Sociale del 18 ottobre 2006. Era composta da 18 membri e presieduta dal Ministro della Solidarietà Sociale. I suoi compiti comprendono la collaborazione con enti e organizzazioni internazionali che si occupano di alcol e di problemi alcol-correlati, in particolare l'OMS, e la formulazione di proposte e pareri ai ministri competenti, alle Regioni e alle Province autonome.

Le attività e le prerogative dei gruppi di lavoro sono state tese alla produzione di pareri e/o proposte da sottoporre alle competenze della Consulta riunita in sessione plenaria per l'eventuale approvazione e adozione. Tutte le attività dei gruppi di lavoro sono state intese a termine e tutte le relazioni finali prodotte dai singoli Gruppi di Lavoro sono state oggetto di discussione e valutazione nel corso delle riunioni plenarie della Consulta e, una volta emendate, sono state approvate all'unanimità come pareri e proposte della Consulta Nazionale da trasmettere ai Ministri competenti.

Gli obiettivi da perseguire sono quelli per i quali la legge 125/2001 mira a:

- a. Tutelare il diritto delle persone, ed in particolare dei bambini e degli adolescenti, ad una vita familiare, sociale e lavorativa protetta dalle conseguenze legate all'abuso di bevande alcoliche e superalcoliche;
- b. Favorire l'accesso delle persone che abusano di bevande alcoliche e superalcoliche e dei loro familiari a trattamenti sanitari ed assistenziali adeguati;
- c. Favorire l'informazione e l'educazione sulle conseguenze derivanti dal consumo e dall'abuso di bevande alcoliche e superalcoliche;
- d. Promuovere la ricerca e garantire adeguati livelli di formazione e di aggiornamento del personale che si occupa dei problemi alcolcorrelati;
- e. Favorire le organizzazioni del privato sociale senza scopo di lucro e le associazioni di auto-mutuo aiuto finalizzate a prevenire o a ridurre i problemi alcolcorrelati.

La Consulta ha tra le sue finalità oltre al compito consultivo di cui all'art. 3 comma 1 anche quella di formulare proposte su *“i criteri per il monitoraggio dei dati relativi all'abuso di alcol e ai problemi alcol correlati”* e di garantire *“l'elaborazione e la*

diffusione degli stessi a livello regionale e nazionale” (Legge 125/2001, articolo 3, comma 1, lettera c).

La Consulta nazionale sull'alcol, attraverso l'attività del Gruppo di Lavoro *“Definizione dei criteri di monitoraggio sui problemi alcol-correlati: rilevazione dell'esistente e dei bisogni livello nazionale e regionale”*, ha valutato le esigenze relative alla attivazione di un monitoraggio valido e costante che a partire dalle singole Regioni permetta di avere un quadro nazionale del fenomeno dei problemi e patologie alcol correlate e che metta in rete tutti coloro che lavorano in questo settore: Servizi del SSN, Servizi privati, Equipe o centri alcologici, Associazioni di volontariato e di auto-mutuo aiuto, municipalità. Alla luce delle informazioni disponibili e delle attività già in atto a cura degli organismi competenti, emerge la necessità di integrare e rinnovare l'attuale Sistema Informativo attraverso informazioni relative all'uso di alcol e ai problemi alcol-correlati che abbiano come principale finalità quella di colmare quelle aree che attualmente risultano ancora carenti o mal definite e di dotare il nuovo Sistema Informativo di un set di indicatori.

L'attività della Consulta si è concretizzata in due Conferenze, la prima si è tenuta a Roma nel 2008 e la seconda a Trieste nel 2009, dopo di che con la direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri del 4 Agosto 2010 viene sospesa a causa di limitazione di spesa e costi di gestione, ma tale decisione solleva molte critiche sia da parte della società civile (come l'AICAT, AA/Alanon ed ALIA), sia da parte degli operatori sociali che all'unisono si rivolsero all'allora Presidente della Repubblica Giorgio Napolitano, al Presidente della Camera Gianfranco Fini ed al Presidente del Senato Renato Schifani, per sensibilizzare sulla questione e cercare di evitare che la Consulta chiudesse i battenti terminando così il proprio operato; dato che il lavoro che è stato svolto in quegli anni è stato molto prezioso avendo rappresentato un luogo di scambio di idee ed informazioni in materia di alcol e problemi ad esso correlati, producendo un valido sostegno per i pazienti e le loro famiglie. Purtroppo, le numerose lettere e proteste non ne hanno invalidato la chiusura.

A marzo 2022 a Roma si è tenuta una nuova Conferenza, in occasione degli oltre 20 anni dall'approvazione della Legge quadro 125/2001.

La Prima Conferenza Nazionale Alcol tenutasi a Roma nel 2008, promossa in collaborazione con il Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, è stata la prima occasione di portata nazionale che ha avuto come obiettivo centrale il confronto fra tutti gli attori impegnati in questo ambito: dalle associazioni ed il privato sociale, agli operatori dei servizi, ai rappresentanti del mondo scientifico, alle istituzioni, sia di livello nazionale che locale, al mondo della produzione per condividere conoscenze, trasferire saperi, e soprattutto per costruire nuove alleanze e proporre interventi per contrastare il rischio sociale e sanitario alcol-correlato in Italia.

Occorre ricordare che l'alcol è uno dei principali fattori responsabili del 50-60% del carico di malattia, in particolare risulta quale prima causa di morte tra i giovani al di sotto dei 18 anni.

L'ultima conferenza si è svolta in un clima di grande partecipazione, scaturita in un ampio confronto tra i soggetti partecipanti. I documenti prodotti nell'ambito delle sessioni di lavoro, oltre che rappresentare lo stato del lavoro fin qui svolto, sono un patrimonio di idee e di proposte concrete su cui lavorare in futuro.

Le sessioni parallele hanno svolto pienamente il compito di analizzare tutte le iniziative correnti di “*alcohol policy*” rivolte nel corso degli anni al miglioramento della legge 125/2001 e all'adozione di misure dedicate all'incremento dei livelli di tutela di salute e sicurezza, individuali e collettivi. Inoltre, sono stati ben individuati i “*gap*” esistenti e le proposte di sviluppo per il futuro, in armonia con le recenti strategie della Comunità europea a cui si ispira sia Piano Nazionale Alcol e Salute concordato mediante l'accordo formale della Conferenza Stato-Regioni e sia il Programma governativo italiano “*Guadagnare salute*”.

Conclusioni

La Conferenza Nazionale Alcol aveva come titolo “*Informare, educare, curare: verso un modello partecipativo ed integrato dell'alcolologia italiana*”. Nei tre giorni dell'evento, organizzato e promosso dal Ministero della Salute con l'obiettivo di fare il punto sulle azioni a livello nazionale, regionale e locale si è compreso che una vera rivoluzione implicherebbe lo sviluppo di processi di empowerment¹ individuali e collettivi, obiettivi a cui l'alcolologia ha sempre guardato.

Nel corso del tempo, infatti, l'alcolologia ha approfondito i concetti di vizio, malattia, e oggi anche di abuso e dipendenza e ha sviluppato un approccio sempre più ampio, capace di guardare alla complessità del fenomeno e alla molteplicità dei fattori in esso implicati, da quelli individuali, a quelli culturali, sociali, economici, commerciali, etici, spirituali.

Le radici dell'alcolologia affondano, la storia ci insegna, nei movimenti di auto-aiuto (Alcolisti Anonimi e programmi dei 12 Passi) e nelle comunità multifamiliari dei Club Alcologici Territoriali (ex Club Alcolisti in Trattamento – approccio ecologico-sociale

¹Una delle definizioni più esaustive di empowerment è senz'altro quella di Wallerstein: l'empowerment è un processo **dell'azione sociale** attraverso il quale le persone, le organizzazioni e le comunità acquisiscono **competenza** sulle proprie vite, al fine di **cambiare** il proprio ambiente sociale e politico per migliorare l'**equità** e la **qualità** di vita.

Questa definizione enfatizza alcuni elementi che rendono l'empowerment un vero e proprio strumento di **democrazia diretta**, intesa come partecipazione attiva e consapevole dei cittadini alle scelte della comunità dove vivono e lavorano:

di Hudolin) che, attraverso processi di cambiamento e di *empowerment*, si propongono di trasformare i problemi in risorse.

L'*empowerment* pone l'accento sulla competenza, piuttosto che sulla responsabilità: la competenza è un valore che implica cooperazione e senso di appartenenza a differenza della competitività che crea distanze e gerarchie; la responsabilità può essere sia un valore che un peso, talvolta non sostenibile. L'astinenza è la scelta faticosa di non consumare più bevande alcoliche, la sobrietà è un percorso, una tensione verso un approccio positivo alla vita. In questo senso, ecco il grande contributo che queste realtà, l'auto-aiuto e l'ecologia-sociale possono dare ai sistemi di *empowerment*, favorendo lo sviluppo di una comunità competente e solidale. Solo per il fatto di proporsi, infatti, esse rispondono ad alcuni tra i bisogni fondamentali (Maslow) e radicali (Heller) dell'uomo: il bisogno di socializzare (amicizia, convivialità, gioco) e di amare (solidarietà).

Nell'approccio ecologico-sociale la solidarietà viene intesa come atteggiamento morale e sociale (etico) conseguente all'accettazione dell'interdipendenza ovvero della potenza delle relazioni e dello scambio. L'interdipendenza ci permette di riconoscere che siamo tutti responsabili di tutti e nel percorso di cambiamento possiamo diventare competenti e contribuire alla realizzazione di una comunità che, a partire dal riconoscimento della dignità umana, non si ferma a interventi di "rammendo", non stigmatizza né "recupera" ma è capace di includere e di affrontare le contraddizioni e le criticità senza averne timore. La responsabilizzazione collettiva non solo promuove salute ma conduce alla realizzazione della comunità solidale, fino all'amore universale e alla pace mondiale: benessere integrale.

La legge 125/2001 ha stabilito che il lavoro sui problemi alcol-correlati deve avere riconosciuta una specificità perché le considerazioni storiche, socio-antropologiche e culturali del bere implicano azioni, sia in ambito preventivo e promotivo, sia in ambito diagnostico-terapeutico, che giustificano una necessaria distinzione tra interventi alcolologici e interventi su altre sostanze di consumo illegali.

A questo vorremmo aggiungere che l'alcolologia è disciplina, anche e soprattutto, caratterizzata da sensibilità, nel senso che implica un'attenzione medico-sanitaria (internistica, tossicologica, medico-legale e neuro-psichiatrica), psicologica (individuale, familiare, di gruppo), educativa (counseling motivazionale individuale e di gruppo), sociale (individuale e familiare), di comunità locale, tale da rappresentare una esperienza (seppur nel nostro Paese ancora giovane) di valore assoluto da mettere a disposizione dell'intero SSN.

L'alcolologia è forse la prima disciplina che, concretamente, tenta di offrire un modello globale di intervento su problematiche complesse e di cambiare quelle regole, quei valori, quelle politiche che, circoscrivendo e alienando i problemi, aumentano il profitto ma non garantiscono il nostro benessere né la nostra felicità.

Bibliografia

- Fazio E. *L'ubbriachezza e sue forme*. Stabilimento Tip. A. Trani, Napoli 1875
- De Amicis E. *Il vino*. Milano, Treves, 1890
- Rochat J., *L'alcoolisme en Italie, communication faite au Congrès International contre l'Alcoolisme*.
Paris 4-9 avril 1899, séance du 5 avril, Florence, Imprimerie Claudienne, 1899.
- Rochat G. *La bestemmia*. Firenze, Claudiana, 1886.
- Rochat G. *Due lettere aperte al rev. Lorenzo Galliani*. Firenze, Claudiana, 1891.
- Rochat G. *L'alcoolismo, ossia un nemico della società*. Firenze, Claudiana, 1896.
- Rochat G. *L'alcoolismo ossia l'intemperanza e i suoi effetti*. Conferenza, Torino, Carlo Clausen, 1897.
- Rochat G. *Quanto costa il vino*. Firenze, Claudiana, 1901.
- Rochat G. *L'alcoolismo in Italia*. Firenze, Claudiana, 1905.
- Rochat G. *I socialisti e l'alcool*. Firenze, Claudiana, 1909.
- Italia. Legge n. 632 del 19 giugno 1913. *Gazzetta Ufficiale del Regno d'Italia*, 8 luglio 1913, n.158, pp.4337-4339.
- De Antonellis G. *Il dio alcool: il primo rapporto organico sull'alcolismo in Italia, verifica del fenomeno, prevenzione e terapia*. Milano: Bramante, 1969.
- Ceccanti M., *Alcol e dintorni*. Movimento Medico, 1989.
- De Amicis E. *Il vino. Un discorso sui suoi effetti psicologici*. Robin Edizioni, Roma, 2001.
- Italia. Legge quadro in materia di alcol e di problemi alcolcorrelati. *Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana* n. 125, 30 marzo 2001.
-
- Musso L. *La magnolia è fiorita*. Edizione AICAT, 2007.
- Hudolin V. *L'aggiornamento dei servitori insegnanti dei Club*. Trieste Scuola Europa di alcologia e psichitria ecologica, 2001.
- Hudolin V. *L'approccio familiare club degli alcolisti in trattamento*. Trieste Scuola Europa di alcologia e psichiatria ecologica, 2001.
- Hudolin V. *La formazione e l'aggiornamento delle famiglie*. Trieste Scuola Europa di alcologia e psichitria ecologica, 2001.

- Consulta nazionale alcol. I pareri della Consulta e delle Regioni. In: *Prospettive di intervento sui problemi alcolcorrelati. Indirizzi e documenti*. Roma: ISFOL; 2007. p. 89-102.
- Scafato E. Il consumo di alcol tra uso ed abuso. Le evidenze, le tendenze, le strategie per un problema sottovalutato. *Dipendenze patologiche*, 2007;2(1):21-23.
- Rivista di Alcologia. Supplemento 3, 2008 *Trentennale della Società Italiana di Alcologia (1979-2009)* Dal XXI Congresso “Conoscere e praticare e l’alcologia” (Padova, 3 dicembre 2009) Prima pubblicazione degli atti. 6, 2009.
- Hudolin V. *Manuale di Alcologia*. Erickson, 2015.
- The Farmington Consensus-Elsevier.

Sitografia

- Osservatorio Nazionale Alcol, Istituto Superiore di Sanità: Roma: ISS.
<https://www.epicentro.iss.it/alcol/osservatorio-nazionale-alcol>.
- Scafato E. Policy-making e prevenzione alcolcorrelata: il contributo dell’Osservatorio nazionale alcol-Cnesps al manuale "Handbook for action to reduce alcohol-relatedharm". Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2009.
<https://www.epicentro.iss.it/alcol/scafato09> ; 2009
- 1a Conferenza Nazionale Alcol “Più salute, meno rischi. Costruire alleanze per il benessere e la sicurezza”. Roma: Ministero della Salute; 2008.
https://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_2_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=eventi&p=daeventi&id=36
- 2a Conferenza Nazionale Alcol "Informare, educare, curare: verso un modello partecipativo ed integrato dell’alcologia italiana” Roma: Ministero della Salute; 2022.
<https://www.epicentro.iss.it/alcol/conferenza-nazionale-alcol-2022>
- Rivista di alcologia: <https://www2.aou-careggi.toscana.it/cart/index.php/rivista/>

LE AREE TEMATICHE

Introduzione del coordinatore tecnico del gruppo interregionale sub-area dipendenze

Angela Bravi

Coordinatore tecnico sub-area dipendenze della Commissione Salute della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome

La collaborazione tra Ministero della Salute e Regioni alla base della costruzione della Conferenza Nazionale Alcol 2022

Per un tema complesso, multidimensionale, attraversato da un intreccio di interessi e governato da un intersecarsi di competenze, come l'alcolologia (e peraltro come tutta l'area delle dipendenze nel suo complesso), ha un'importanza fondamentale la costituzione di una *governance* orientata effettivamente alla sussidiarietà, sia in senso "orizzontale" (tra istituzioni centrali, tra Regioni, tra territori) che "verticale" (Stato/Regioni/Enti locali/servizi e realtà del territorio): la costruzione della Conferenza Nazionale Alcol 2022, basata sulla collaborazione tra Ministero della Salute (MdS) e Regioni e Province autonome (PPAA), ha costituito in questo senso un vero banco di prova.

In prima battuta, la Commissione Salute della Conferenza delle Regioni e PPAA ha dato il proprio consenso alla proposta del MdS di utilizzare le risorse degli anni 2019 e 2020 del fondo nazionale Alcol, costituito con la legge n. 125 del 2001, per la realizzazione di un unico progetto nazionale finalizzato al monitoraggio e alla valutazione delle politiche e delle azioni sanitarie e sociali in tema di alcol e problemi alcol correlati, indicando le Regioni Piemonte e Emilia Romagna quali soggetti incaricati della sua attuazione. Contestualmente, secondo la proposta del MdS condivisa dalla Commissione Salute, si è stabilito che il progetto nazionale consistesse nella preparazione di una Conferenza Nazionale sul tema dell'Alcol e dei problemi alcol-correlati.

Nel corso di ripetuti incontri del gruppo tecnico delle Regioni e PPAA "sub area Dipendenze", ai quali hanno partecipato in molti casi i dirigenti competenti del MdS, si è concordato di finalizzare il progetto alla produzione di documenti di consenso o di proposta da presentare in sede di Conferenza Nazionale e sono stati individuati i temi, ritenuti prioritari, su cui lavorare, a partire dallo stato di attuazione della legge 125/2001

fino alle evoluzioni intervenute, normative, organizzative, clinico-assistenziali, educative, informative e formative, o alle possibili ipotesi di intervento basate su evidenza ed esperienza. Si è inoltre stabilito che per ciascuna area tematica fosse costituito un Gruppo di Lavoro, composto da professionisti indicati dalle Regioni e PPAA in qualità di esperti; il coordinamento dei gruppi di lavoro è stato attribuito ai responsabili scientifici dei progetti affidati rispettivamente alla Regione Piemonte e alla Regione Emilia Romagna.

Su richiesta dell'assessore coordinatore della Commissione Salute, le Regioni e PPAA hanno quindi indicato i propri esperti per la partecipazione ai lavori dei singoli gruppi tematici; a questi si sono uniti professionisti individuati dal MdS e da altre istituzioni centrali e referenti delle società scientifiche, delle organizzazioni del Terzo settore maggiormente rappresentative, delle principali associazioni di auto mutuo aiuto, per un totale di circa 200 partecipanti ai gruppi di lavoro, di differenti profili ed esperienze.

Infine, il coordinamento operativo del percorso complessivo è stato demandato ad una cabina di regia nazionale, composta dai referenti del MdS, dai responsabili scientifici dei progetti coordinati dalle Regioni Piemonte e Emilia Romagna, dai referenti istituzionali delle due Regioni e dalla coordinatrice del gruppo tecnico interregionale Dipendenze.

La struttura costituita dalla cabina di regia nazionale e dai gruppi di lavoro ha applicato in tutte le attività un metodo effettivamente partecipativo ed integrato, grazie al quale è stato possibile superare i tanti ostacoli che, imprevedibilmente, hanno punteggiato il percorso operativo, a causa principalmente del sopravvenire della pandemia e delle norme conseguenti allo stato di emergenza; è stato necessario non solo far fronte ai ripetuti rinvii della Conferenza finale, ma soprattutto procedere ad una complessiva e sostanziale riorganizzazione degli incontri e del metodo di lavoro dei gruppi, alla quale i professionisti hanno risposto con la massima disponibilità, senza far mai mancare il proprio contributo e la propria partecipazione attiva.

Questa modalità di “azione integrata”, che si avvia attraverso la condivisione di una iniziativa tra MdS e Conferenza delle Regioni, a cui segue l'impegno concreto dell'insieme delle Regioni, e quindi il coinvolgimento dei professionisti che compongono ciascun “sistema regionale di intervento”, si va consolidando come metodo costante della gestione dei progetti finanziati con il fondo Alcol della legge n. 125/2001 e l'evoluzione nel tempo delle modalità di gestione di questi progetti offre un esempio del graduale passaggio ad un “metodo partecipativo ed integrato”.

Inizialmente i fondi erano assegnati annualmente alle singole Regioni; successivamente, anche in considerazione della progressiva drastica diminuzione dei finanziamenti, si è passati ad un solo progetto nazionale annuale concordato tra le Regioni e PPAA (o al massimo due progetti); attualmente, proprio a partire dall'esperienza della Conferenza nazionale, si è giunti ad un ulteriore livello di condivisione tra Regioni e Ministero, che comporta da parte delle Regioni l'individuazione di temi di interesse prioritario e di una Regione capofila, quindi l'elaborazione di un progetto condiviso anche con il Ministero (referente scientifico del MdS e il responsabile scientifico della Regione), alla cui attuazione partecipa un ampio ventaglio di Regioni. I progetti costituiscono l'occasione per approfondire temi ritenuti prioritari e sviluppare modelli di intervento innovativi (ad esempio, le innovazioni scaturite/velocizzate dall'emergenza sanitaria, l'approccio di genere, la telemedicina, applicate all'intervento in alcolologia e nelle dipendenze).

Si tratta di un percorso evolutivo, che in futuro dovrà puntare ad incrementare ulteriormente il coinvolgimento delle Regioni e dei territori nelle attività progettuali, a curare con più attenzione la diffusione dei risultati dei progetti, che finora hanno rispettato la finalità di studio e sperimentazione (propria dello strumento "progetto"), a derivare dai progetti stessi elementi per orientare le strategie nazionali. Occorre utilizzare i progetti per comprendere se, a quali condizioni e come funzionano gli interventi messi in campo, investendo di più sulla valutazione, al fine di costruire programmi per la messa a regime delle pratiche e degli interventi risultati efficaci nel raggiungere obiettivi e risultati attesi. A supporto di tali finalità, si reputa necessario promuovere un incremento dei fondi dedicati e, inoltre, semplificare le procedure amministrative e rendere più sostenibile la tempistica di attuazione dei progetti.

In una prospettiva di lungo termine occorre sottolineare che tutto questo, pur se estremamente significativo, risulterebbe ben poco, se non venisse utilizzato come un primo livello di esperienza nella direzione di implementare un metodo costante di collaborazione, di integrazione tra le politiche e tra i diversi livelli istituzionali, attribuendo inoltre un ruolo centrale alle competenze tecniche e scientifiche, alla voce degli operatori, all'ascolto dei portatori di interesse.

In questo periodo storico, dopo anni di disattenzione ai temi delle dipendenze (ne sono segno evidente i ritardi con cui sono state realizzate sia la Conferenza di Genova sulle dipendenze che questa Conferenza di Roma), sono stati attivati percorsi significativi che costituiscono sfide di vitale importanza anche per questa area, come ad esempio le riforme dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria territoriale collegate alle Missioni 6 e 5 del PNRR e il Piano nazionale di azione sulle dipendenze conseguente alla Conferenza di Genova.

Le normative e gli indirizzi di settore nel campo alcologico, analogamente a tutta l'area delle dipendenze, risalgono in gran parte a decenni fa, si fa ancora riferimento alla legge n. 125 del 2001, peraltro in gran parte inapplicata, e al Piano Nazionale Alcol e Salute del 2008.

Nel promuovere percorsi di rinnovamento del sistema di intervento, appare centrale la valorizzazione del concetto di "rete", che costituisce il focus della conferenza stessa, fin dal titolo, e che è stato richiamato in tutti i documenti prodotti dai gruppi di lavoro, poiché costituisce le fondamenta insostituibili di un approccio effettivamente integrato. Il lavoro di rete, la costruzione paziente di alleanze, la mobilitazione inclusiva delle più varie componenti delle comunità locali, istituzionali e non, l'attenzione alle dinamiche alle difficoltà alle risorse delle comunità, ai segnali anche lievi di nuovi problemi insorgenti, il fare leva sulle energie e l'impegno delle persone e dei gruppi, sono da sempre gli elementi caratterizzanti il sistema di intervento in alcologia; un approccio che, alla luce dei fenomeni più recenti emersi nel campo delle dipendenze, costituisce un paradigma da esportare e diffondere a tutto campo, ben oltre questo perimetro storicamente determinato. E tuttavia fattori culturali, sociali ed economici caratteristici di questa fase storica tendono a contrastare questo stesso approccio e la possibilità di condurlo verso ulteriori sviluppi, determinando un complessivo indebolimento del lavoro di rete e delle stesse reti già costituite.

Nel servizio sociosanitario pubblico, anche per la riduzione delle risorse dedicate, economiche e professionali, si è verificata una complessiva riduzione dell'offerta nel campo della prevenzione, della cura e della riabilitazione. I servizi di alcologia sono stati spesso accorpati per necessità, e non rimodulati per scelta clinica o di efficacia organizzativa; sempre meno sono i reparti ospedalieri e riabilitativi dedicati ai problemi alcol-correlati; i servizi territoriali hanno dovuto ripiegare su sé stessi e dare priorità al fronteggiamento delle urgenze a detrimento delle politiche sanitarie proattive volte all'aggancio e all'intervento precoce.

Fattori analoghi sono alla base di un corrispondente graduale depotenziamento del sistema dell'auto-mutuo-aiuto volontario sussidiario che continua ad appoggiarsi sui pochi eroici volontari che supportano casi sempre più complessi.

Nel frattempo, tuttavia, il consumo di alcolici si è diffuso (vedi dati in pandemia), articolato (vedi polidipendenze), e si è evidenziata una ridotta percezione del rischio (vedi accessi al pronto soccorso di persone non-alcolodipendenti, tra cui una quota significativa di minorenni, per intossicazione acuta da alcolici o altri problemi alcol-correlati).

In questo contesto, non possiamo permetterci di perdere il treno del rinnovamento e del potenziamento del sistema dei servizi, e dell'intervento alcolico nel suo complesso, ma perché la sfida sia vinta efficacemente, occorre superare frammentazioni e disorganicità, consolidando, in primo luogo nel rapporto tra le istituzioni, quel metodo "integrato e partecipativo" che ha costituito l'asse portante della Conferenza e il suo lascito forse più significativo.

Introduzione dell'Associazione Nazionale Comuni Italiani

Elide Tisi

Rappresentante ANCI al Tavolo per la realizzazione del Piano Nazionale prevenzione e dipendenze

Centralità del territorio e livelli di governance nella promozione della salute

L'ANCI è stata coinvolta nei lavori della Conferenza sull'alcol del marzo 2022 "Informare, educare, curare: verso un modello partecipativo ed integrato dell'alcolologia italiana", seconda Conferenza Nazionale, con l'obiettivo di fare il punto sullo stato dell'arte in merito alle azioni a livello nazionale, regionale e locale intraprese e da intraprendere sul tema alcolico, ad oltre 20 anni dall'approvazione della legge quadro 125/2001 in materia di alcol.

La Conferenza è stata un momento di sintesi importante, di confronti, approfondimenti e anche di possibilità di rafforzare o avviare quelle alleanze che fin dalla prima Conferenza del 2008 erano state evidenziate quale strumenti per costruire salute, benessere e sicurezza.

I tavoli scientifici che l'hanno preceduta, i lavori di questo Libro Bianco, unitamente alle riflessioni e contenuti emersi nel corso della Conferenza stessa, richiamano la necessità di intraprendere modelli che vedano non solo alleanze inter-istituzionali forti, strutturate e sussidiarie, ma di governance partecipata e allargata, quale ulteriore importante cambiamento culturale.

Dal 2008 molti sono stati gli accadimenti che hanno segnato i nostri stili di vita in particolare negli ultimi anni.

La società è profondamente trasformata, è cambiato il modo di relazionarsi tra le persone, è cambiato il contesto demografico e socio-economico, sono emerse situazioni di povertà e fragilità nuove e diverse, accanto ad un progressivo aumento dell'invecchiamento della popolazione.

La pandemia ha evidenziato problematiche sanitarie e di salute in fasce di popolazione vulnerabile e maggiormente esposta a rischi; ha peggiorato le condizioni correlate alle patologie dell'invecchiamento, della solitudine e del disagio psichico; l'isolamento e la mancanza o ridotta attività fisica hanno contribuito a peggiorare le condizioni di salute di anziani e fragili.

Sappiamo quanto siano aumentati gli episodi di violenza domestica e quanto la mancanza di relazioni abbia creato anche nei nostri bambini e adolescenti aumento di forme di disagio e sofferenza psichica e psicologica anche grave.

Conosciamo anche quanto nelle nostre Città siano crescenti i fenomeni di marginalità che sempre più spesso vedono intrecciarsi condizioni di povertà ad uso problematico di alcol e sostanze, di dipendenza da gioco e di pluripatologie.

Lo sanno bene le nostre Amministrazioni locali che si misurano con queste problematiche e con i loro effetti, disagio sociale, marginalità, incidenti stradali, episodi di “mala movida”; che si cimentano con la necessità di trovare punti di equilibrio nella regolamentazione di tempi e orari delle città, di coniugare vigilanza del rispetto delle regole e tutela e promozione della salute nelle grandi città come nelle aree interne, dove è complesso salvaguardare anche i servizi di base (tra i quali i medici di medicina generale) Dunque se il tema delle alleanze si proponeva già come centrale nel 2008, lo è ancor più in questa fase storica delicatissima. Alleanze e sinergie da costruire secondo le logiche di sussidiarietà verticale richiamate dalla nostra Costituzione, come pure di sussidiarietà orizzontale con i soggetti attivi del territorio, con le organizzazioni di terzo settore così indispensabili e preziose nella costruzione di Comunità vive e solidali e da coinvolgere nella co-programmazione e co-progettazione. Oggi la sfida per tutti passa anche dalla possibilità di ricorrere a strumenti amministrativi nuovi, seppur complessi, che la Riforma ed il Codice del Terzo Settore mettono a disposizione.

I dati che emergono dalla Relazione al Parlamento su alcol e problemi alcol-correlati, anno 2021, ci restituiscono elementi che rendono oggi quanto mai necessario l'approfondimento e l'analisi, con riferimento in particolare al consumo a rischio di alcol.

Il consumo ed abuso, in particolare anche da parte di giovani, deve far riflettere ed imporre una valutazione sulla necessità di rafforzare un lavoro in rete ed inter istituzionale che può diventare centrale nel costruire programmi di prevenzione e promozione della salute anche a livello locale.

Nella definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza (DPCM del 12.01.2017), l'assistenza alle persone con dipendenze patologiche è confermata nell'ambito sociosanitario.

In particolare all'articolo 28 si richiama il ruolo fondamentale del Servizio Sanitario Nazionale che: “nell'ambito dell'assistenza territoriale, domiciliare e territoriale ad accesso diretto, garantisce alle persone con dipendenze patologiche,(...) la presa in carico multidisciplinare e lo svolgimento di un programma terapeutico individualizzato che include le prestazioni mediche, specialistiche, diagnostiche e terapeutiche,

psicologiche e psicoterapeutiche, e riabilitative mediante l'impiego di metodi e strumenti basati sulle più avanzate evidenze scientifiche, necessarie e appropriate”.

Nello stesso decreto, all'allegato 1 F n.4 laddove si delinea la prevenzione e contrasto del tabagismo e del consumo a rischio di alcol, si definiscono “programmi di prevenzione dell'iniziazione e promozione della disassuefazione condivisi tra servizi sanitari e sociosanitari e istituzioni educative e tra servizi sanitari e sociosanitari e datori di lavoro”.

Al fine di assicurare questi livelli, è dunque strategico potenziare l'investimento di risorse, economiche e professionali.

La dimensione territoriale si conferma centrale non soltanto per la definizione di interventi che prevedano, al fine di essere efficaci, una multi-professionalità, ma anche al fine di sviluppare una programmazione integrata che parallelamente al trattamento, cura e riabilitazione, consentano il favorire condizioni preventive attraverso corretti stili alimentari e di vita e le modificazioni di comportamenti a rischio quali l'uso dannoso di alcol.

La prevenzione e la promozione della salute nei vari ambienti richiedono inoltre un approccio interistituzionale e, a livello locale, coinvolgimento delle Comunità nelle sue varie articolazioni Istituzionali e di Organizzazioni di Cittadini, anche nei vari livelli e luoghi di programmazione.

E' importante infatti che si crei intorno a questi temi ed in particolare alcol (e tabagismo) maggiore consapevolezza dei rischi anche tra i giovani ed una informazione che “smitizzi” l'uso dell'alcol come strumento di raggiungimento di successo.

L'abuso di alcol rappresenta anzi motivo di isolamento e solitudine; lo vediamo nelle situazioni di marginalità estrema nelle nostre Città, dove spesso non è più distinguibile la marginalità sociale dalla patologia, quanto la marginalità abbia trovato nell'abuso di alcol la propria manifestazione o di quanto l'abuso di alcol sia all'origine della rottura di relazioni personali e familiari e dunque causa di marginalità.

Nei servizi di bassa soglia, nei dormitori e mense delle nostre Città ancora accade che operatori sociali si sentano “a mani nude” nell'affrontare multi-problematicità spesso associate a patologie, che richiederebbero maggiori interventi integrati e multiprofessionali.

Certamente le fragilità personali ed i momenti di difficoltà - quale lo è stato anche l'isolamento a causa della pandemia - rappresentano ulteriori fattori di rischio che

devono vedere il rafforzamento e l'investimento delle attività territoriali sanitarie e socio sanitarie e un potenziamento delle attività degli ambiti distrettuali/dipartimentali.

In questa direzione la costruzione di “luoghi” dell'integrazione socio sanitaria, quali le Case di Comunità ed altri strumenti indicati dal PNRR, possono rappresentare un'occasione per rafforzare il lavoro multiprofessionale sui territori e intercettazione precoce di problematiche e per rilanciare o potenziare i luoghi istituzionali della programmazione e governance condivisa.

Condivisione della programmazione e governance multilivello, dalla Conferenza Unificata, ai livelli Regionali, alle Conferenze/Assemblee dei Sindaci, e gli ambiti distrettuali.

Il piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025 ci ricorda come “Le città devono costantemente affrontare situazioni che impattano sulla salute, come l'inquinamento atmosferico, gli incidenti stradali, gli stili di vita non corretti, gli agenti infettivi che si diffondono più facilmente in condizioni di sovraffollamento”

L'alcol è tra le principali cause di morte prematura.

Si rende dunque necessario rafforzare nei Piani nazionali, regionali e locali programmazioni integrate con i territori, al fine di superare differenze geografiche e realizzare programmi di prevenzione e promozione della salute in tutti gli ambiti, comunità locali, scuole, luoghi di lavoro... - che tengano conto dei determinanti ambientali, sociali ed economici.

Dunque, sempre richiamando il Piano, politiche sanitarie che si caratterizzino non solo nell'obiettivo di prevenire una o un limitato numero di condizioni patologiche ma **promuovano salute** creando “nella comunità e nei suoi membri un livello di competenza e capacità di controllo che mantenga o migliori il capitale di salute”.

1. GIOVANI E ALCOL

Introduzione del responsabile scientifico

Valeria Zavan

Direttore di Struttura Complessa SerD ASL To4 – Reg. Piemonte

L'area giovanile è di interesse da un lungo periodo di tempo in tutti i documenti di policy, in particolare relativamente al contrasto di un pattern di uso eccedentario acuto meglio noto come “*binge drinking*” e alla precocità nell'inizio dell'uso di alcol. Nonostante questo diffuso interesse, se si esclude l'area degli interventi di prevenzione nell'ambito scolastico che, forse per la specifica caratteristica di facile circoscrizione ambientale e per la più lunga storia, tendono ad essere quelle più focalizzate anche dagli operatori, non si può vantare una altrettanta ricchezza di indicazioni circa target giovanili in contesti differenti da quello scolastico né circa i percorsi e gli interventi individuali e/o di gruppo da intraprendere sulla popolazione giovanile più vulnerabile. Nel primo caso, quello del contesto scolastico, le azioni sono multiple, coordinate, complesse e caratterizzate da una importante micro-diffusione territoriale di interventi per lo più di prevenzione universale. Nel secondo, quello relativo ai percorsi individuali, le raccomandazioni delle policy sono relativamente povere e poco definite, parcellizzate sia in letteratura che nell'espressione pratica esitando in una prevenzione selettiva ed indicata poco specificatamente orientata al problema alcol, per lo più contestualizzata alle problematiche generiche adolescenziali.

A questo proposito per entrambe le problematiche associate all'alcol, ovvero la diffusione del *binge drinking* e della precocità di inizio dell'uso, le raccomandazioni si limitano alle indicazioni di identificazione ed intervento precoce le cui declinazioni tecniche con sufficiente evidenza si concretizzano in un adattamento sul target specifico di interventi di popolazione come l'intervento breve.

Le indicazioni sugli interventi sull'individuo giovane rispetto all'alcol perciò tendono ad essere generiche e semplificate, poco propense a considerare l'alcol inserito in indicazioni strutturate su percorsi che riguardano aspetti di complessità (es. poliuso, fragilità adolescenziali, esordi precoci di psicopatologia, ambienti poveri e degradati socialmente e relazionalmente), elementi che frequentemente inficiano od ostacolano l'approdo ai “luoghi giusti” della prevenzione precoce e della cura dei giovani vulnerabili.

Ciò è ampiamente espresso nello sviluppo dei due progetti esposti e negli approfondimenti in essi contenuti finalizzati allo sforzo, nel lavoro di gruppo degli esperti, di coagulare gli aspetti sostanziali e di trarne delle fruibili raccomandazioni. I lavori sulle due aree tematiche, esitanti il primo in un documento di consenso e il secondo in un documento di sintesi, si collocano di fatto in un continuum tra prevenzione universale, selettiva ed indicata e per tale ragione sono stati riuniti in un'unica area di interesse che nel suo complesso considera l'ambito giovanile e il suo rapporto con l'alcol nelle sue plurime espressioni.

Ciò appare particolarmente opportuno in considerazione anche dalla ricca articolazione non solo del PNP 2020-2025, ma anche di tutti i documenti tra loro coerentemente considerati che identificano nell'uso di alcol un importante fattore di rischio rispetto ad una visione della salute definibile "*OneHealth*" e che fanno della visione intersettoriale, complessiva ed integrata un elemento portante.

Infine, pur non essendo formalmente connessa, anche l'area seguente, quella relativa ai percorsi per la valutazione dell'idoneità alla guida ex art. 186 e 186 bis, pone delle problematiche su cui vale la pena interrogarsi ben espresse nel lavoro del gruppo stesso, circa il ruolo degli aspetti preventivi in tema di alcol e guida e delle difficoltà che si possono incontrare nella valutazione dell'idoneità psicofisica alla guida stessa in relazione al bere per binge, tipico della popolazione giovanile e per il quale ad oggi non vi sono che strategie parziali e poco sistematizzate, soprattutto in una prospettiva a medio-lungo termine.

Possono quindi essere lette in un'ottica preventiva in generale anche i temi trattati nello specifico Gruppo di Lavoro relativo alla disamina dei percorsi dedicati alla valutazione delle capacità psico-fisiche alla guida in caso di violazione del Codice della Strada ex art. 186, finalizzati anche essi in ultima analisi alla prevenzione degli incidenti stradali associati all'alcol, della prevenzione dei comportamenti reiterati e del valore in tal senso delle azioni info-preventive.

La prevenzione nel setting scolastico

Corrado Celata¹, Rachele Donini², Valeria Zavan³

¹Regione Lombardia – Milano

²ASL 2 – Savona

³SC SerD ASL To4 – Reg. Piemonte

Progetto approvato dal Ministero della Salute ai fini della Conferenza Nazionale Alcol (referente scientifico: Maria Migliore) e affidato alla Regione Piemonte (referente: Gaetano Manna). Contributo del Gruppo di Lavoro coordinato dal responsabile scientifico Valeria Zavan, con il supporto tecnico e metodologico dell'Istituto di Formazione e Ricerca Eclettica di Torino.

I Componenti del GdL: D'Ambrosio Lucia - Pepe Natale - Fundone Piero (Basilicata), Amendola Maria Francesca (Calabria), D'Aniello Maria Felicia - Napolano Francesco - Savignano Lorenzo - Rubino Anna (Campania), Corvese Maria - Polidori Edoardo (Emilia Romagna), Monculli Andrea (Friuli Venezia Giulia), Donini Rachele - Alemberti Annamaria (Liguria), Celata Corrado (Lombardia), Luciani Daniele - Mori Rosita - Benedetti Elisabetta (Marche), Valentino Merlo (sostituisce Martinotti Antonio) (Piemonte), Boi Graziella - Floris Luca - Corona Anastasia (Sardegna) Scichilone Livia - Brogna Fabio – Chiavetta Riccardo (Sicilia), Intaschi Guido (Toscana), Lucantoni Simona - Fioretti Giada (Umbria), Di Pieri Martina (Veneto), Pettenò Annarosa - Tricarico Mariella (AICAT), Elio V. - Leone L. (Alcolisti Anonimi), Balbinot Patrizia - Testino Gianni (SIA) ed i **Rappresentanti di riferimento di area istituzionale che hanno contribuito al GDL integrando le competenze di settore:** Scafato Emanuele - Gandin Claudia - Ghirini Silvia - Matone Alice (ISS), Cipullo Maria Costanza (M. Istruzione), Migliore Maria - Galassi Mariasole - Galeone Daniela - Liliana La Sala - Menzano Maria Teresa (M. Salute)

Riassunto

Grazie al ruolo sociale che ricopre, la scuola rappresenta un contesto privilegiato per la promozione della salute e la prevenzione, anche in campo alcolologico.

Il Ministero dell'Istruzione ha dimostrato una crescente attenzione alle problematiche alcol-correlate, inserendole all'interno delle policy scolastiche preventive. Anche il Ministero della Salute, con il Piano Nazionale Prevenzione, individua nella scuola il setting elettivo per la prevenzione e la promozione della salute.

Il documento presenta gli esiti di un processo partecipativo durato due anni, che ha coinvolto esperti delle diverse regioni italiane. Sono stati raccolti interventi di

prevenzione all'alcol realizzati sul territorio nazionale. Successivamente sono stati analizzati tenendo conto dei target, degli obiettivi e dei metodi utilizzati. Emergono come punti di forza la ricchezza e numerosità degli interventi offerti e l'attenzione al tema sul versante programmatico ed intersettoriale. Permangono criticità legate principalmente al fatto che l'offerta preventiva arriva prevalentemente dall'esterno del sistema scolastico, spesso neppure coinvolto nell'implementazione dei progetti.

Il percorso partecipato ha permesso di individuare importanti elementi di consenso tra i partecipanti, relativamente all'offerta preventiva in ambito scolastico. È stata condiviso il bisogno di uniformare approcci e contenuti dell'azione preventiva sul territorio nazionale ed altri aspetti che informano le raccomandazioni con cui si chiude il documento. Fra le molte indicate, ricordiamo qui il bisogno di promuovere un approccio preventivo che metta al centro la Scuola e l'esigenza di investire in prevenzione e nella formazione dei diversi attori in campo.

Stato dell'Arte

La Scuola ha un ruolo importante nella costruzione e affermazione di stili di vita e comportamenti sani. Nella prospettiva salutogenica, rappresenta uno dei contesti privilegiati per la promozione della salute e la prevenzione, anche in campo alcolologico: attraverso l'azione dei docenti e la programmazione curricolare offre i contenuti e stimola l'elaborazione da parte degli studenti del bagaglio di conoscenze di cui hanno bisogno per condurre stili di vita sani; rappresenta un contesto fondamentale per permettere il consolidamento collettivo delle conoscenze; è il luogo in cui è possibile sperimentare concretizzare occasioni e cambiamenti per "rendere facili le scelte di salute"; svolge una importantissima funzione educativa in stretta connessione con la comunità locale in cui si inserisce.

Problematizzare la questione del rapporto fra alcol e salute individuale / collettiva / sociale è cruciale per l'armonico sviluppo psicofisico e relazionale dei bambini e degli adolescenti, futuri adulti. Per far sì che ciò avvenga occorre progettare, sviluppare, consolidare e stabilizzare all'interno delle prassi ordinarie dell'esperienza (didattica, relazionale e sociale) scolastica, percorsi in grado di coniugare corretta informazione, costruzione/rafforzamento di competenze oltre a promuovere autonomia e coinvolgimento attivo. Per farlo è necessario curare e rafforzare le competenze e l'aggiornamento professionale delle figure adulte di riferimento, sia sul piano dei contenuti sia su quello delle metodologie didattiche e preventive, in linea con lo stato dell'arte e la letteratura.

Il Ministero dell'Istruzione ha dimostrato in questi anni una crescente attenzione alle problematiche alcol-correlate all'interno dei percorsi di costruzione delle policy

preventive scolastiche, inserite in una più ampia cornice strategica di promozione della salute integrata con il curriculum didattico.

Sono, infatti, amplissime le evidenze a supporto dell'efficacia degli interventi preventivi negli "Ambienti scolastici" e in questa cornice è ormai affermato il modello della "Scuola che promuove salute" (SHE - *School for Health in Europe*). Le Scuole che adottano questo modello hanno, infatti, dimostrato di essere in grado di migliorare la salute e il benessere di tutta la comunità scolastica, anche in ottica equity. Attraverso le proprie attività e le proprie strutture, la singola Istituzione scolastica si pone l'obiettivo di seguire gli studenti, le famiglie, il personale e i membri della comunità nello sperimentare il benessere fisico, emozionale e sociale in una dimensione inclusiva, che vede come indispensabile la collaborazione con altre rilevanti politiche di settore, come le politiche giovanili, le politiche sociali, ambientali e quelle per lo sviluppo sostenibile. In una comunità scolastica sana si studia, si insegna, si impara meglio, con vantaggi anche sul versante del clima organizzativo e delle relazioni. Il cambiamento del contesto scolastico e l'intervento diretto dei docenti in classe nelle iniziative formative che concorrono alla promozione del benessere psicofisico, l'educazione fra pari, la *life skills education* e la sensibilizzazione delle famiglie, l'integrazione con gli interventi del Servizio Sanitario Nazionale e Regionale e l'attuazione di Protocolli d'Intesa e Accordi Convenzioni a sostegno della continuità degli interventi, sono elementi a supporto della dimostrata efficacia dell'"Approccio scolastico globale" raccomandato dall'OMS.

Il documento ministeriale "Indirizzi di *policy* integrate per la Scuola che Promuove Salute", adottato dalla Conferenza Stato-Regioni con Accordo del 17 gennaio 2019, sottolinea che nel contesto scolastico la promozione della salute ha una valenza più ampia di quella sottesa all'educazione alla salute, comprendendo anche le politiche per una scuola sana in relazione all'ambiente fisico e sociale.

La necessità di individuare il setting scolastico quale ambito di intervento fondamentale in chiave educativa e preventiva al fine di ridurre l'impatto di tutte le Malattie Croniche non Trasmissibili (MCNT) è affermata anche nel Piano Nazionale Cronicità (Accordo Stato-Regioni del 15 settembre 2016)

Per rafforzare questo percorso, e garantire uniformità strategia e operativa a livello nazionale, il Piano Nazionale Prevenzione 2020-2025 ha previsto che tutte le Regioni sviluppino un Programma predefinito "Scuole che promuovono salute", articolato secondo i principi dell'azione intersettoriale e della pianificazione partecipata, comprendente l'avvio e la progressiva diffusione su larga scala di programmi e interventi preventivi anche in tema di alcol.

In questo scenario, hanno trovato consenso fra gli Esperti individuati da tutte le

Regioni, i contenuti e gli indirizzi strategici e operativi condivisi in occasione della recente Conferenza Nazionale Alcol, tenutasi a Roma dal 15 al 17 marzo 2022.

Metodo adottato dal Gruppo di Lavoro

In assenza di un sistema nazionale o interregionale in grado di descrivere la vasta gamma e varietà delle offerte preventive messe in campo (non solo) nel setting scolastico, per “fare il punto” sullo stato dell’arte in questo settore, sono sintetizzati in queste pagine gli elementi emersi e sistematizzati nel percorso di conoscenza e analisi critica dello status quo in materia, condotto dal Gruppo di Lavoro tecnico, costituito da Esperti individuati dalle Regioni e dai Ministeri della Salute e dell’Istruzione ai fini della Conferenza Alcol.

Il metodo utilizzato è stato quello partecipativo: lo sviluppo di discussioni in plenaria e lavori in piccoli gruppi nei Workshop ha permesso la raccolta di materiale grezzo poi rielaborato.

Gli elementi di consenso si sono ottenuti quindi raffinando e categorizzando secondo gradiente di condivisione in funzione degli esiti di un questionario derivato dalla sintesi delle osservazioni relative a target, obiettivi e metodi degli interventi di prevenzione sull’alcol che venivano realizzati a livello territoriale nel setting scolastico attualmente esistenti.

La sintesi derivata dal questionario basato sull’esperienza dei partecipanti è stata quindi confrontata con le indicazioni di letteratura, arricchite via via nel tempo e discusse nel GdL.

Il processo complessivo seguito è stato quindi di una selezione di elementi categoriali presenti nella pratica preventiva confrontati con le indicazioni riferite alla EBP ed eventualmente alle *best practice*.

Relativamente **ai target**, le esperienze analizzate si caratterizzano per: la tendenza a coinvolgere tutte le scuole di ogni ordine e grado; il coinvolgimento prevalente rispetto all’età dei ragazzi di 12-16 aa, anche se emergono differenze territoriali; la preferenza con gli studenti di età più elevata (scuola secondaria di secondo grado) dell’educazione tra pari, mentre nella fascia delle età dei più piccoli prevale il coinvolgimento di insegnanti e genitori per ragioni metodologiche (es. *Life Skills Training Program, Unplugged*), di risorse e competenze; la formazione dei dirigenti scolastici ed insegnanti realizzata a macchia di leopardo, mancando l’auspicabile previsione di una sistematica e vincolante offerta di formazione agli insegnanti anche attraverso protocolli specifici, in ogni ordine e grado scolastico.

Per quanto riguarda **gli obiettivi**, quelli perseguiti sono: di aumentare la consapevolezza dei rischi legati alle sostanze ed in particolare all'alcol; di informare sui rischi legati al consumo in adolescenza in relazione agli obiettivi di sviluppo individuali e sociali anche come occasione di aggancio per interventi più approfonditi; di chiarire con i ragazzi le differenze tra uso abuso e dipendenza; di incrementare la cultura dei ragazzi anche da un punto di vista storico per mostrare quanto l'alcol sia un elemento pervasivo nella vita delle persone; di lavorare sulle credenze normative, sui miti, false credenze e *fake news* per far comprendere che anche non bere è "normale"; di incrementare le *life skill* quali competenze individuali e sociali e di favorire il pensiero critico; di far comprendere agli insegnanti che il tema alcol e droghe è inseribile nel programma curricolare; di educare al rispetto della legalità creando collegamenti col patto educativo e la formazione legale; di favorire la conoscenza dei servizi attraverso l'interazione con gli operatori; di standardizzare gli obiettivi degli interventi affinché gli esiti siano misurabili.

In riferimento ai **metodi** utilizzati, sono emersi i seguenti elementi: differenziazione degli interventi in relazione a età, tipo di scuola, area territoriale; condivisione/interazione tra docenti, genitori e alunni, articolata nell'arco dell'intera programmazione degli interventi (ad es. attraverso la presenza di "patti genitori/figli", circle-time con ragazzi in orario scolastico e la sera coi genitori, organizzazione di Eventi conclusivi, percorsi di *peer education* accompagnati da percorsi coi genitori); utilizzo di metodologie attive basate sulla interattività ed "esperienzialità" (laboratori/momenti per l'espressione di vissuti, narrazioni, consapevolezza emotiva); approcci orientati alla *peer education*; proposta di un modello sano e positivo; articolazione di comunità di pratica (approccio formativo attivo e interattivo); lavoro di rete anche con gruppi di pratica, governati con coprogettazione e formazione congiunta; formazione degli stakeholder per il coinvolgimento dei decisori nella coprogettazione; promozione di strumenti di autovalutazione del consumo per l'identificazione precoce; interventi *evidence based* nel contesto metodologico della Scuola che Promuove Salute (SPS); implementazione di programmi strutturati (*Youngle, Life Skills Training, Unplugged*) e/o di interventi fondati su tecniche specifiche (laboratori teatrali, lezioni partecipate, diari della salute).

In generale, gli interventi censiti ed analizzati sono risultati, dopo un confronto critico con le evidenze, nella maggior parte in linea con la letteratura di riferimento:

- sono realizzati prima dell'instaurarsi del consumo rischioso (Newton et al. 2013)
- sono integrati in un programma di educazione alla salute più ampio (non alcol-specifico/i) (Foxcroft e Tsertsvadze, 2011)

- sono basati su un approccio che fa riferimento all'influenza sociale (Faggiano et al., 2010)
- sono basati su un approccio che fa riferimento alle *life-skills* (Faggiano et al., 2010)
- prevedono l'insegnamento interattivo (Newton et al. 2013)
- prevedono l'interazione tra pari (McGrath et al. 2006)
anche se solo in poco più della metà dei casi si riferiscono a programmi validati scientificamente.

D'altro canto, però, denotano approcci strategici e programmatori inappropriatamente "attendisti", nel momento in cui solo in minima parte sono realizzati prima dell'instaurarsi del consumo (Abraham, 2008) e per la maggior parte dichiarano obiettivi di "riduzione del danno". Inoltre, pur prevedendo in gran parte il coinvolgimento attivo dei docenti, non prevedono quello del resto del personale scolastico e dei genitori, caratterizzandosi ancora quali occasioni estemporanee e poco inclini a un approccio sistemico e comunitario.

Punti di forza

Pur, come già evidenziato, in assenza di un quadro complessivo in grado di rappresentare efficacemente quanto realizzato in campo preventivo nel contesto scolastico, sono numerosi gli interventi e i progetti realizzati ogni anno nelle scuole del nostro Paese, che vedono coinvolti una molteplicità di soggetti (Servizi, Associazionismo, Volontariato, Auto-mutuo-aiuto ecc.).

Gli elementi caratteristici di questa poliedrica offerta, emersi dalla ricognizione realizzata con il coinvolgimento delle Regioni, rappresentano i punti di forza da cui partire **per l'individuazione dei contenuti di una strategia preventiva** nel setting scolastico organica.

- Gli interventi interessano Scuole di ogni ordine e grado, inclusi gli studenti universitari
- Rispetto all'età dei ragazzi coinvolti dagli interventi, quella prevalente è 12-16 anni, ma emergono delle differenze tra i territori. In alcune regioni sono coinvolti equamente bambini e ragazzi tra i 5 e i 16 anni; in altre il target è compreso tra gli 8 e i 19 anni, ma con un investimento maggiore tra gli 11 e i 14 anni; in altre ancora prevale decisamente la prevenzione secondaria che quindi coinvolge un'età più elevata.
- Con gli studenti di età più elevata (scuola secondaria di II grado) l'approccio adottato è quello dell'educazione tra pari, mentre nella fascia di età dei più piccoli prevale il coinvolgimento di insegnanti e genitori

- A programmi strutturati (*Unplugged, LifeSkills Training* ecc.) si affiancano interventi progettati localmente
- La formazione di dirigenti scolastici e insegnanti è prevista, anche se realizzata a macchia di leopardo
- in alcune realtà sono stati formalizzati accordi e protocolli per la formazione, anche congiunta, di operatori socio-sanitari, dirigenti scolastici, docenti e – seppur marginalmente - del personale ATA
- diversi progetti/interventi prevedono, oltre alla formazione, momenti di supervisione e di accompagnamento metodologico
- gli interventi prevedono in molti casi il coinvolgimento dei genitori che fa, però, i conti con la complessità e la difficoltà del loro ingaggio.

Un ulteriore punto di forza – questa volta sul **versante programmatico e intersettoriale** - è certamente rappresentato dalla molteplicità di atti normativi e programmatori che enfatizzano l'importanza dell'investimento preventivo in ambito scolastico. In particolare:

- I Livelli Essenziali di Assistenza - LEA (DPCM 12.01. 2017 n. 65): definiscono all'art.2 come “Aree di attività della prevenzione collettiva e sanità pubblica”, “la sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening; sorveglianza e prevenzione nutrizionale” ai vari livelli, distrettuale, domiciliare e territoriale ad accesso diretto.
- L' Accordo Stato– Regioni sugli “Indirizzi di policy integrate per la Scuola che Promuove Salute”, finalizzato a favorire l'inserimento nel curriculum formativo delle scuole di ogni ordine e grado della “Promozione della salute“, come una proposta educativa continuativa e integrata lungo tutto il percorso scolastico, dalla scuola dell'infanzia alla secondaria di secondo grado, da sviluppare nei diversi contesti nel modo più idoneo ad affrontare i reali bisogni educativi e formativi dei singoli alunni/studenti, monitorando costantemente l'intero processo educativo. Il documento sottolinea come una scuola che promuove salute debba adottare un approccio globale rivolto a tutti gli studenti, alle loro famiglie, al personale docente e non, finalizzato a sviluppare le competenze individuali di tutti i componenti della comunità scolastica e a migliorarne l'ambiente fisico e sociale, aprendosi al territorio e rafforzando la collaborazione con la comunità locale, in modo da superare la tradizionale frammentazione degli interventi/progetti proposti e realizzati "a spot”.
- Il Piano Nazionale Cronicità (PNC) riconosce in premessa le problematiche correlate all'alcol come fattori di rischio modificabile rispetto all'insorgenza delle malattie croniche. Esso riconosce nelle azioni di popolazione e dirette all'individuo ed al suo contesto i cardini per la prevenzione, precoce identificazione e precoce presa in carico della popolazione con o a rischio di MCNT agendo sul fattore di rischio a

plurimi livelli con adeguati programmi intersettoriali, anche orientandosi su target identificati per stratificazione.

- Il Piano Nazionale Prevenzione – PNP (esso stesso un LEA) ed i Piani Prevenzione Regionali che ne discendono. In particolare, sono da segnalare il Programma Predefinito 1 – Scuola che Promuove Salute – e il Programma Predefinito 4 – Dipendenze. Il Piano enfatizza:
 - il riconoscimento e la valorizzazione della dimensione culturale della prevenzione per orientare e contrastare le reali caratteristiche di fenomeni, assai differenti nelle loro specifiche manifestazioni ma altrettanto omogenei per le dimensioni di vulnerabilità, i fattori di rischio e lo sfondo socioculturale in cui si innestano, riconoscendone la complessità in relazione ai modelli culturali e sociali dominanti rispetto al “consumo” stesso;
 - il coinvolgimento e il raccordo di tutte le energie istituzionali, culturali e sociali per garantire un sistema di intervento complessivo che consideri e permetta la sinergia costante e continuativa di tutte le risorse umane, professionali, tecniche, organizzative e sociali (oltre che finanziarie) necessarie per una prevenzione efficace che non deleghi il compito di prevenire la diffusione dei fenomeni di consumo esclusivamente al sistema socio-sanitario;
 - la partecipazione e la mobilitazione delle risorse e delle capacità presenti all’interno della popolazione di riferimento per permettere che giovani e adulti siano maggiormente responsabilizzati verso i comportamenti di consumo e abuso di sostanze nei propri contesti di vita e per la tutela della propria salute;
 - la promozione e l’adozione di programmi basati sulle evidenze di efficacia adattando modalità e contenuti ai contesti e ai destinatari degli interventi, migliorando le capacità e le competenze di programmatori, progettisti e operatori del settore.
- Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza – PNRR. Rafforza gli investimenti nella scuola, accompagnati da specifiche riforme, finalizzate a garantirne l’efficacia e a favorire gli strumenti di valutazione. Promuove interventi di carattere infrastrutturale, come la predisposizione di ambienti di apprendimento connessi e arricchiti da strumenti digitali. Il Piano prevede fondi per l’estensione del tempo pieno scolastico e per il potenziamento delle infrastrutture sportive a scuola. Un’altra linea di investimenti riguarda l’ampliamento delle competenze degli studenti e degli insegnanti, inclusi quelli della scuola primaria, e il potenziamento delle infrastrutture scolastiche. Si tratta, specie in quest’ultimo caso di processi di grande importanza in relazione alle tematiche di nostro interesse, specie considerando queste attenzioni strettamente correlate al contestuale rafforzamento del sistema dei servizi sociosanitari, con particolare riferimento alla loro dimensione territoriale e preventiva.

Criticità

L'indubbio punto di forza rappresentato dalla molteplicità e dalla ricchezza di approcci in campo rappresenta al contempo il più grande limite. Innanzitutto per il fatto che l'impegno preventivo dichiarato e intenzionale appare, quasi in modo stereotipato, provenire dall'esterno del sistema scolastico (quando, a maggior ragione in un contesto come quello italiano, definibile "bagnato", in cui l'approccio all'alcol fa riferimento a valori d'uso appartenenti alla "normalità", è proprio all'interno dei contesti educativi e di socializzazione primaria che si formano atteggiamenti e punti di riferimento efficacemente in grado di orientare i soggetti a rapportarsi in modo corretto con l'alcol, gli alcolici e ciò che essi rappresentano). Si tratta di un vulnus cruciale che delimita a priori il campo stesso di ciò che intendiamo per "prevenzione a scuola" e che, se non costruttivamente superato attraverso la costruzione di nuove prassi fra docenti e operatori, mina alla base la possibilità di politiche effettivamente efficaci.

Si tratta di limiti da molti anni già evidenziati dalla letteratura e nei luoghi del confronto fra professionisti, che tuttavia non paiono ancora essere messi effettivamente in discussione:

- pur in presenza di una sostanziale coerenza tra le priorità individuate dai partecipanti a questo percorso e gli obiettivi strategici del PNP, le priorità indicate nella programmazione nazionale non corrispondono alle esperienze concrete (vedi pgf "Stato dell'arte");
- le iniziative effettivamente in campo, solo in rarissimi casi riconducibili o ricomprese in veri e propri programmi, pagano il prezzo della discontinuità operativa, della debolezza dei presupposti teorici su cui si basano, della limitatezza dell'impatto, della debolezza in termini di sostenibilità – specie per la scarsa integrazione intersettoriale fra Scuola e Servizi;
- tutto questo sollecita il rafforzamento della collaborazione intersettoriale, con un ingaggio che fin dal livello ministeriale (Salute + Istruzione) trovi forme e strumenti concreti per promuovere e supportare il consolidamento e la disseminazione delle buone pratiche esistenti;
- i "progetti" si susseguono, infatti, anche quando apparentemente in continuità temporale, con poca "magnitudo" e stabilità sia sul versante strategico sia su quello ad es. delle risorse professionali in campo (caratterizzati da contratti temporanei o comunque spesso non strutturati all'interno del più ampio sistema dei servizi territoriali, e comunque nella maggior parte dei casi con profili professionali e specializzazioni solo raramente coerenti con lo sfondo educativo e pedagogico proprio della Scuola);

- anche se si vanno via via affermando visioni programmatiche e approcci progettuali *evidence-oriented* (più che *evidence-based*), la pratica paga i limiti dei deboli riferimenti teorici che fondano la gran parte degli interventi; anche nel caso dei (rari) progetti ben fondati, la fragilità dell'orientamento preventivo di chi opera sul campo e dei "mandanti"/"committenti" delle azioni medesime, allontana quanto realizzato dai "modelli" *evidence* riproposti;
- la formazione degli operatori rimane pertanto un punto di debolezza significativo che impatta sulla qualità dei programmi preventivi, sia a livello di progettazione che di implementazione;
- l'utilizzo di strumenti valutativi inappropriati se non fuorvianti (nel caso frequentissimo del loro fondamento principale sulle dimensioni del gradimento e/o dell'effetto nel brevissimo periodo...), contribuisce al "successo" di interventi deboli sia sul piano metodologico sia su quello della visione preventiva in senso stretto (l'approccio meramente informativo appare vincente su programmi che puntano a obiettivi di cambiamento di atteggiamento sul piano individuale, ambientale e sociale);
- sul versante dell'equità è purtroppo preponderante l'assenza di una lettura dei bisogni di contesto basata su dati (del tutto inatteso è ancora il LEA "profili di salute territoriale"), e la conseguente centratura degli interventi in risposta alla domanda espressa dai dirigenti scolastici/insegnanti/genitori più informati e sensibili. Ciò accentua le differenze fra i contesti beneficiati dall'intervento degli operatori dei Servizi e quelli "scoperti", rappresentando un grave limite, specie considerando la scarsità delle risorse disponibili, che richiederebbe al contrario la capacità programmatica di "mirare" al meglio il loro utilizzo;
- i numeri dei destinatari coinvolti, anche quando apparentemente importanti, si mantengono in ogni caso distanti da quelli dei denominatori che rappresentano l'interesse delle diverse popolazioni target. Anche quando, purtroppo raramente, ciò che viene messo in campo possiede tutte le caratteristiche di appropriatezza e supera seri impianti valutativi, la sua messa a sistema non avviene, mancando l'infrastruttura programmatica e lo sfondo culturale e tecnico che dovrebbe supportare e permettere di concretizzare questo approccio virtuoso.

Infine, ma non per importanza, resta da chiedersi dove stia la Scuola nel panorama della prevenzione alcolologica, che ruolo debba essere riconosciuto a questo fondamentale dispositivo formativo, educativo e socializzante, e quali percorsi concretamente intersettoriali debbano essere finalmente messi a sistema e contemporaneamente in campo per fondare e concretizzare una vera strategia preventiva nazionale su uno dei determinanti di salute più rilevanti in campo sanitario,

sociosanitario e sociale, prevedendo l'ingaggio sostanziale e partecipato delle figure di riferimento della Scuola (dirigenti, docenti, personale tecnico ecc.).

Gli elementi di consenso nella prevenzione scolastica

L'importanza di sviluppare un'azione preventiva strategicamente orientata alla sensibilizzazione e alla prevenzione dei rischi alcol-correlati nel setting scolastico trova fondamento in molteplici atti normativi nazionali, e ha visto gli esperti coinvolti nei lavori preparatori della Conferenza Nazionale Alcol convergere sull'importanza e il valore di:

- Uniformare approccio e contenuti dei progetti di prevenzione sul territorio nazionale, secondo le indicazioni delle evidenze scientifiche sugli interventi efficaci e sulla base di standard omogenei, seppure adattabili a diversi contesti.
- Privilegiare interventi inseriti in programmi più ampi di promozione della salute e che coinvolgano tutta la comunità scolastica (studenti, personale scolastico e famiglie) secondo un modello di *empowerment* di comunità.
- Per gli esperti di prevenzione di assumere il ruolo di formatori e consulenti degli insegnanti, piuttosto che gestire direttamente gli interventi.
- Privilegiare interventi precoci dedicati a un target in una fase del ciclo di vita precedente o coincidente con i primi consumi alcolici.
- Incrementare l'approccio socio-educativo, che abbia quale obiettivo prioritario quello di incrementare le *life skill*.
- Prevedere metodi che stimolano il coinvolgimento attivo dei giovani e le loro risorse.
- Consolidare le competenze degli esperti di prevenzione, in particolare sulla progettazione di interventi *evidence-based*.

Raccomandazioni

- Prevenzione a scuola significa riconoscere e potenziare la funzione preventiva della Scuola e dei suoi attori naturali.
- Adottare una Strategia preventiva nazionale nel setting scolastico, intersettoriale e multilivello, unitaria e coerente, finalizzata a:
 - aumentare il livello di alfabetizzazione sanitaria (*Health Literacy*), sensibilizzando i giovani sui rischi per la salute del consumo di alcol all'interno delle più ampie strategie di prevenzione e promozione della salute (ad es. Modello della Scuola che Promuove Salute ecc.)
 - investire nella costruzione di una vera "infrastruttura" preventiva, professionale, organizzativa e operativa, adeguatamente supportata da risorse

umane, tecniche e finanziarie (in coerenza con strategie del Piano Nazionale Prevenzione)

- prevedere e sostenere forme cooperative fra mondo accademico, della ricerca, della formazione e dell'intervento educativo e preventivo.
 - orientare e supportare coerentemente e sinergicamente l'azione di tutti gli attori in campo, nel rispetto delle competenze dei diversi livelli istituzionali.
-
- Investire in prevenzione – per perseguire quanto indicato sono indispensabili coerenti investimenti sul piano organizzativo ed economico-finanziario,
 - Sviluppare azioni di sistema per favorire la diffusione di interventi appropriati – a tutti i livelli programmatori devono trovare posto approcci e programmi *evidence-based*, in grado di poter promettere – sulla base delle teorie di riferimento – gli esiti preventivi e i guadagni di salute attesi
 - Promuovere programmi preventivi orientati alle *life skills* – sono molti i programmi *evidence-based* in questo campo applicabili nel campo di nostro interesse. Si tratta, per tutti gli attori istituzionali e professionali di farli conoscerli, renderli accessibili e implementarli.
 - Adottare approcci *equity oriented* nell'implementare una strategia preventiva coerente a tutti i livelli programmatori, che prevede l'investimento finalizzato di ingenti risorse finanziarie, tecniche professionali, è indispensabile orientare quanto messo in campo coerentemente con i bisogni espressi e inespressi.
 - Investire sulla Formazione di tutti gli attori in campo – l'azione preventiva su un determinante di salute così caratteristico del nostro contesto socio-culturale richiede la costruzione di un glossario e di un “armamentario” comuni, in grado di orientare e sostenere azioni strategiche e mirate. La formazione congiunta – capace di far tesoro degli strumenti già disponibili (ad es. *European Drug Prevention Quality Standards* (EDPQS), *the European Prevention Curriculum* (EUPC), Linee guida ecc.) - rappresenta in questo un dispositivo e una risorsa imprescindibili su cui investire, attraverso il coinvolgimento delle Università
 - Fissare ed esplicitare indicatori di impatto: superare la frammentazione progettuale, dichiarare in modo chiaro (a livello politico, programmatorio e implementativo) gli “attesi” in termini di copertura dei “denominatori” di riferimento dei diversi target individuati.
 - Dare visibilità a quanto concretamente realizzato (*accountability*) - è fondamentale implementare un sistema di raccolta e di analisi dei dati e delle informazioni utili a delineare “profili di salute territoriali” accessibili, confrontabili e utilizzabili da parte dei diversi attori (*policy maker*, programmatori, progettisti, *practitioner* in campo scolastico, sociosanitario, educativo e sociale) ai diversi livelli (nazionale, regionale, territoriale/distrettuale ecc.)

Bibliografia

- Botvin G.J, Baker E, Dusenbury L, Botvin E.M, & Diaz T. Long-term follow-up results of a randomized drug abuse prevention trial in a white middle-class population. *Journal of the American Medical Association* 1995: 273, 1106-1112.
- Coleman C, Kurtz-Rossi S, Mckinney J, Pleasant A, Rootman I, & Shohet L. (2010). *Calgary charter on health literacy: Rationale and core principles for the development of health literacy curricula*. The Center for Literacy of Quebec. <https://doi.org/10.1108/HE-12-2019-0058>
- Conferenza Stato-Regioni (2019). Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento concernente "Indirizzi di "policy" integrate per la Scuola che Promuove Salute", Accordo, ai sensi dell'articolo 4, comma 1, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento concernente "Indirizzi di "policy" integrate per la Scuola che Promuove Salute". Repertorio Atti n.: 2 /CSR del 17/01/2019. <http://www.regioni.it/sanita/2019/01/24/conferenza-stato-regioni-del-17-01-2019-accordo-tra-il-governo-le-regioni-e-le-province-autonome-di-trento-e-bolzano-sul-documento-concernente-indirizzi-di-policy-integrate-per-la-scuola-che-prom-593590/>
- Coppola L, Cereda D, e Baggio B. (2014). *Health promoting schools network in the Lombardy region* in Buijs, B., Dadaczynski, K., Schulz, A. & Vilaça, T. (ed.) *Equity education and health: learning from practice. Case studies of practice presented during 4th European Conference on Health Promoting schools*, held in Odense, Denmark, 7-9 October 2013, CBO/SHE Network, pp. 55 – 60, ISBN 978-90-9028428-6
- Crispiatico M.G, Bestetti P, Velasco V, Celata C, Coppola L. e Gruppo Estensione LST. La progettazione scolastica orientata alla promozione della salute. Un percorso di dialogo intersettoriale per l'allineamento delle competenze chiave per l'apprendimento e «life skill». *Educational Cultural Psychological Studies Journal* 2020: 22, 71-89
- Dadaczynski K, Jensen B.B, Grieg Viig N, Sormunen M, von Seelen J, Kuchma V, & Vilaça M.T. on behalf of the Conference participants. *Health, well-being and education: Building a sustainable future*. The Moscow Statement on Health Promoting Schools, 2019
- Barbera E, Tortone C (a cura di). *Glossario OMS della Promozione della Salute*. Centro Regionale di Documentazione per la Promozione della Salute (DoRS). ASL TO3; 2012. https://www.dors.it/documentazione/testo/201303/OMS_Glossario%201998_Italiano.pdf
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). *European drug prevention quality standards: a manual for prevention professionals*, EMCDDA Manuals, Publications Office of the European Union: Luxembourg, 2011.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). *European Prevention Curriculum: a handbook for decision-makers, opinion-makers and policy-makers in science-based prevention of substance use*. Publications Office of the European Union: Luxembourg, 2019. https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/11733/20192546_TDMA19001ENN_PDF.pdf
- European Commission. *Recommendation of the European Parliament and of the Council of 18 December 2006 on key competences for lifelong learning*. Official journal of the European Union, 2006. <https://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2006:394:0010:0018:en:PDF>

- European Commission. Council recommendation of 22 May 2018 on key competences for lifelong learning (Text with EEA relevance). *Official Journal of the European Union* C 189/01, 4 giugno 2018.
- Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca (MIUR). *Indicazioni Nazionali per il curriculum della scuola dell'infanzia e del primo ciclo d'istruzione*. Annali della Pubblica Istruzione, Numero speciale. Periodici Le Monnier: Firenze, 2012. https://www.digies.unirc.it/documentazione/materiale_didattico/1465_2020_503_37425.pdf
- Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca (MIUR). Modello Nazionale della certificazione delle competenze. *Decreto MIUR 742 "Finalità della certificazione delle competenze"*, 03/10/2017.
- Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca (MIUR). *Indicazioni Nazionali e nuovi scenari*. Dipartimento per il sistema educativo di istruzione e formazione. Direzione Generale per gli ordinamenti scolastici e la valutazione del sistema nazionale di istruzione. Comitato Scientifico Nazionale per le Indicazioni Nazionali per il curriculum della scuola dell'infanzia e del primo ciclo di istruzione (a cura di). DG Ordinamenti; 2018. <https://www.miur.gov.it/documents/20182/0/Indicazioni+nazionali+e+nuovi+scenari/>
- Gandin C, Ghirini S, Galluzzo L, Martire S, Scipione R ed Scafato E per il Gruppo di Lavoro RARHA WP5. *Principi di buone pratiche per le linee guida sul consumo di alcol a basso rischio: le attività della Joint Action europea RARHA (Reducing Alcohol Related HArm)*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2017. (Rapporto ISTISAN 17/2).
- Ragaišienė I. *Better schools through health. The 3rd European Conference on Health Promoting Schools. Conference report. Vilnius Resolution*. State Environmental Health Centre (VASC): Vilnius (Lithuania), 2009. <https://telsiurvsb.lt/wp-content/uploads/2021/06/40.pdf>
- School for Health in Europe (SHE). *The Odense Statement: Our ABC for equity, education and health. The 4th European Conference on Health Promoting Schools*. 2013. <https://www.schoolsforhealth.org/sites/default/files/editor/conference%20statements/Odense%20Statement/english-odense-statement.pdf>
- School for Health in Europe (SHE). *Manuale SHE per la scuola 2.0: una guida metodologica per diventare una scuola che promuove salute*. 2020. <https://www.schoolsforhealth.org/sites/default/files/editor/health-promoting-school/italian-she-school-manual-2.0.pdf>
- St Leger L, Young I, Blanchard C, & Perry M. *Promoting health in schools: From evidence to action*. Saint Denis Cedex (France): International Union for Health Promotion and Education (IUHPE); 2010.
- St Leger L, Young I, & Blanchard C. *Facilitating dialogue between the health and education sectors to advance school health promotion and education*. Saint Denis Cedex (France): International Union for Health Promotion and Education (IUHPE); 2012. https://www.iuhpe.org/images/PUBLICATIONS/THEMATIC/SCHOOL/FacilitatingDialogueHE_EN.pdf
- Turunen H, Sormunen M, Jourdan D, Von Seelen J, & Buijs G. Health promoting schools: Complex approach and a major means to health improvement. *Health Promotion International*, 2017; 32(2), 177-184. <https://doi.org/10.1093/heapro/dax001> PMID:28384373

- United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). *International standards on drug use prevention*. Vienna: UNODC; 2013. <http://www.unodc.org/unodc/en/prevention/prevention-standards.html>
- Velasco V, Celata C, Griffin K.W, Estensione LST group. Multiple Health Behavior Programs in School Settings: strategies to promote transfer-of-learning through Life Skills education. *Frontiers in Public Health*, 2021; 9, 1237. <https://dx.doi.org/10.3389/fpubh.2021.716399>
- Velasco V, Griffin K.W, Antichi M, & Celata C. A large-scale initiative to disseminate an evidence-based drug abuse prevention program in Italy: Lessons learned for practitioners and researchers. *Evaluation and Program Planning*, 2015: 52, 27-38. <https://doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2015.03.002> PMID:25913236
- Velasco V, Griffin K.W, Botvin G.J, & Celata C. Preventing adolescent substance use through an evidence-based program: Effects of the Italian adaptation of life skills training. *Prevention Science*, 2017; 18(4), 394-405.
- World Health Organization (WHO). *Life skills education in schools*. Genève: WHO; 1994.
- World Health Organization (WHO). *Skills for health: Skills-based health education including life skills. An important component of a child-friendly/health-promoting school*. Information Series on School Health, Document 9. Genève: WHO; 2003.
- World Health Organization (WHO). *Health in all policies*. Helsinki Statement. Framework for country action. Genève: WHO; 2014.
- Young I, St Leger L, & Buijs G. *Background paper SHE Factsheet 2: School health promotion. Evidence for effective action*. Utrecht (The Netherlands): CBO; 2013.

Modalità di ingaggio e di intervento dedicate ai giovani con modalità di consumo problematiche

Roberta Alagna¹, Biagio Sciortino², Valeria Zavan³

¹USLUMBRIA1

²Comunità Terapeutica Casa dei Giovani, Bagheria (Pa) – INTERCEAR

³SC SerD ASL To4 – Reg. Piemonte

Progetto approvato dal Ministero della Salute ai fini della Conferenza Nazionale Alcol (referente scientifico: Maria Migliore) affidato alla Regione Piemonte (referente: Gaetano Manna). Contributo del Gruppo di Lavoro coordinato dal responsabile scientifico Valeria Zavan, col supporto tecnico e metodologico dell'Istituto di Formazione e Ricerca Eclectica di Torino.

I Componenti del GdL: Dattola Alberto - Fundone Piero - Perneti Vincenzo (Basilicata), Papilio Carmine - De Filippis Stefania - Cicala Chiara (Campania), Battini Marco (Emilia Romagna), Contino Antonina (FVG), Rugiati Sara - Dolcino Margherita (Liguria), Coppin Paola - Varango Concettina (Lombardia), Mario De Rosa - Sanza Giuseppina - Mercatili Maria Grazia (Marche), Koler Peter - Belletati Paolo (P.A. Bolzano), Franceschini Anna (P.A. Trento), Gallini Paola (Piemonte), Deiana Valeria- Serra Massimiliano - Boi Graziella (Sardegna), Costa Carmela - Sciortino Biagio - Maggio Annamaria (Sicilia), Fanucchi Tiziana - Calviani Laura (Toscana), Novelli Ludovica - Alagna Roberta - Albino Andrea - Felicetti Simona (Umbria), Calabrese Antonella - Virga Giuseppina (VDA), Mazzo Marcello (Veneto), Guberti Paolo – Sally Panizzolo (AICAT), Leone L. (Alcolisti Anonimi), Lamartora Vincenzo - Cicalo' Rosalba (FeDerSerD), Giuseppe Falcone (SITD), Somaini Lorenzo (SIPAD).

Riassunto

Il testo propone una rielaborazione dei principali contenuti, esito del Gruppo di Lavoro (GdL) sul tema in titolo, portati alla Conferenza Nazionale Alcol come lavoro di sintesi.

La scelta di fornire un lavoro di sintesi e non di consenso è stata dettata dalla constatazione di una relativa poco ricca letteratura *evidence-based* specifica sui percorsi dedicati alle modalità di aggancio, individuale o di gruppo, di giovani con modalità di consumo problematico di alcol nonché dei loro esiti e della scarsa conoscenza dell'offerta sul piano nazionale nonostante la grande attualità dell'argomento. La

ricognizione delle esperienze e delle loro caratteristiche è stato l'oggetto di lavoro del GdL, che ha selezionato attraverso schede descrittive le segnalazioni pervenute, 49 esperienze rispondenti appieno o quasi appieno ai criteri di selezione prefissati. Le criticità evidenziate sono: la difficoltà di distinguere chiaramente le iniziative specifiche nel continuum dalla prevenzione universale fino a quella indicata e selettiva; il numero limitato e le caratteristiche non omogenee delle esperienze; le differenze di linguaggi e di target che necessiterebbero di una maggiore puntualizzazione; la pluralità di modelli teorici per lo più riconosciuti solo a posteriori. I punti di forza risultano nella varietà delle iniziative che nel loro complesso rappresentano una ricchezza, nella valorizzazione dell'esperienza sul campo, del riconoscimento dell'importanza della multidisciplinarietà e del lavoro di rete. Si evidenzia la necessità di una formazione specifica (valutazione, *assessment*, intervento) che superi la criticità dell'utilizzo di strumenti per adulti adattati, la disomogeneità e frammentazione delle azioni, la centralità dell'aggancio precoce in una logica che vede il giovane attivo nella cocostruzione dei percorsi di cura e che favorisce l'utilizzo di luoghi non connotati e informali sia fisici che virtuali, la riorganizzazione dei servizi nell'ottica della flessibilità e tempestività degli interventi.

Lo Stato dell'Arte

Il bere giovanile, inteso come fenomeno quanti-qualitativo, è all'attenzione della comunità scientifica internazionale e causa di preoccupazione da oltre un ventennio, sia in considerazione dell'osservazione nel settore specifico (alcol e/o sostanze) che nella più ampia accezione del benessere psico-fisico giovanile.

Dalla Dichiarazione di Stoccolma del WHO su giovani ed alcol del 2001 passando per "Il Piano d'azione dell'Unione europea sul consumo di alcol nei giovani e sul consumo eccessivo episodico (*binge drinking*)" del 2014, le indicazioni alcol specifiche si sono concentrate prevalentemente sulla implementazione dell'intervento breve come modalità principale di identificazione e di intervento lasciando poco spazio, rispetto al target giovanile, a modalità di ingaggio e trattamento inserite nel quadro di una complessità sempre più rilevata nella pratica preventiva clinica. Anche le esperienze in tal senso sono relativamente poco presenti, sia in letteratura che nel panorama dell'offerta nazionale nei servizi.

Ciò risulta tanto più importante quanto più nei diversi e recenti documenti programmatori (Livelli Essenziali di Assistenza, Piano Nazionale Cronicità, Patto per la Salute 2019-21, Piano Nazionale Prevenzione 2020-2025) e nell'esaustivo materiale in capo alle policy il tema del guadagno di salute e del suo sviluppo rispetto al futuro in favore di un globale miglioramento associato all'eliminazione dei determinanti di rischio connessi agli stili di vita, rimanda come elemento cardine a frequenti ed

importanti focalizzazioni sulle fasce di popolazione giovane e sullo strumento preventivo.

In Italia, la relazione del Ministro della Salute al parlamento sugli interventi realizzati ai sensi della legge 30.3.2001 n. 125 “Legge quadro in materia di alcol e problemi alcol correlati” dedica annualmente un capitolo specifico al bere giovanile monitorando consumi e fenomeni come il *binge drinking*.

Molti dei riferimenti su alcol e giovani sono condivisi con quelli che descrivono ed auspicano un intervento in ambito preventivo, in particolare quello scolastico. Resta comunque la difficoltà a identificare non solo interventi ma soprattutto percorsi in una logica di rete, rete che non solo cambia in relazione ai contesti, ma che va anche salvaguardata e mantenuta.

Metodo adottato dal Gruppo di Lavoro

L’indagine effettuata ha avuto lo scopo di rilevare sul territorio nazionale le esperienze presenti ad oggi non conosciute né sistematizzate organicamente, rivolte ad una popolazione giovane con utilizzo problematico di alcol, per riempire il gap conoscitivo relativo ad un target che si presume poco intercettato nel setting scolastico o in altri setting preventivi. Tale mancanza di intercettazione e di rilevazione si presume possa essere associata alle diversità di contesto di riferimento, alle fasce di età considerata o ad altri fattori quali ad es. l’aggregazione in altri sistemi di rilevamento. Si tratta dunque di una mappatura di interventi che rientrano nell’ambito della prevenzione selettiva e/o indicata.

Il progetto si è sviluppato in tre specifiche azioni nei lavori preparatori alla Conferenza Alcol sul tema:

1. Una ricognizione delle esperienze svolta attraverso i referenti regionali partecipanti.
2. Una raccolta della letteratura più recente e dei principali documenti di indirizzo.
3. Un workshop (WS) composto da tre incontri online, condotti con tecniche partecipate, finalizzato a fare emergere le percezioni nei referenti sui punti di forza e di debolezza degli interventi, alla luce dei documenti di policy e delle evidenze scientifiche.

La ricognizione ha avuto come oggetto la “modalità di consumo di alcol problematico” giovanile definita a priori come qualunque forma di consumo che può portare un/a giovane all’attenzione di servizi sociosanitari, forze dell’ordine, uffici giudiziari etc. con

focus sugli interventi orientati al singolo individuo o gruppal, non necessariamente solo alcol specifici.

I componenti del GdL, utilizzando un questionario ad hoc, si sono assunti il compito di ricercare nel proprio territorio regionale le esperienze rispondenti ai criteri predefiniti. Dalle moltissime segnalazioni arrivate sono state selezionate quelle che rispondevano pienamente ai criteri dettati per la raccolta, aggiungendo alcuni progetti/interventi che, pur non possedendone interamente le caratteristiche, risultavano rilevanti per il loro significato e/o per l'innovatività. Nel complesso sono stati considerati 49 progetti/interventi, per ogni uno dei quali è stata redatta una scheda descrittiva.

A questa prima fase di raccolta sono seguiti l'analisi, correzione e discussione del materiale ordinato e sistematizzato in modo omogeneo; il confronto critico tra esperienze segnalate ed indicazioni di letteratura; la revisione del report complessivo di sintesi.

L'analisi del materiale ha visto l'arrivo prevalente, 2/3 delle esperienze segnalate, dal Nord Italia equamente suddiviso tra nord est e nord ovest.

La suddivisione del materiale è stata strutturata per setting, con le seguenti premesse:

1. Le esperienze raccolte non rappresentano la totalità degli interventi attive sul territorio nazionale, ma solo quelle che i componenti del Gruppo di Lavoro sono riusciti a individuare;
2. I tipi di setting individuati per analizzare gli interventi rispondono al bisogno di facilitare la lettura ma non sono considerabili come categorie univoche e mutualmente esclusive.

Quindi, pur non essendo una raccolta esaustiva, si tratta di una rassegna che può essere utile a istituzioni e servizi a prendere atto delle principali caratteristiche di questo tipo di esperienze (Tabella 1).

Tabella 1. Setting dell'intervento

Setting	Numero di segnalazioni
Servizio dipendenze	19
Ambulatori/spazi socioeducativi dedicati	11
<i>Outreach</i> nei contesti del divertimento notturno	5
Setting multipli (educativi, culturali, sanitari...)	3
Pronto soccorso	3
Comunità terapeutica	2
Altri setting	6
Totale	49

Setting, interventi e le loro caratteristiche

Servizi Dipendenze (19 segnalazioni) ed ambulatori/spazi socio-educativi (11 segnalazioni)

La maggioranza degli interventi segnalati provengono dai Servizi per le Dipendenze (SerD) e/o sono relative ad ambulatori e spazi educativi dedicati. I termini indicano nel primo caso équipe dedicate, unità operative o strutture del SerD specificatamente indirizzate al target giovane (inteso nella maggior parte dei casi come minori e giovani adulti fino a 25 anni) e nel secondo luoghi dedicati ad ascolto/trattamento/riabilitazione e di programmi ambulatoriali. Questi ultimi si collocano su un continuum che va da quelli più a carattere sociosanitario a quelli di impronta più socioeducativa, hanno setting in uno spazio dedicato che non è del Servizio per le Dipendenze, ma dei quali nonostante la collocazione al di fuori del SerD, le aziende sanitarie sono titolari per più della metà dei casi.

Le esperienze segnalate rispetto a questi due setting non si discostano molto tra di loro per caratteristiche, tranne per avere una collocazione differente, le prime all'interno di un SerD, le seconde in uno spazio diverso, più flessibile e non connotato.

I destinatari nel setting SerD sono comunque i giovani target, con un orientamento maggiore a quelli con diagnosi di "Abuso/Dipendenza" da alcol e/o con consumo di sostanze, provenienti dal sistema giudiziario (2 casi su 3) o con problemi di disagio sociale e disturbi psicopatologici (1 caso su 3) il cui canale di invio/aggancio è rappresentato, coerentemente con il target osservato, nell'ordine dai servizi sociali, dal sistema giudiziario, dai SerD stessi, dai reparti ospedalieri e dai medici di medicina generale.

Nel setting degli ambulatori/spazi socio-educativi il target è altresì costituito principalmente da giovani con uso problematico di alcol o sostanze che coinvolgono in 5 casi su 11 anche giovani con problemi psicopatologici e/o di inserimento sociale, concentrato prevalentemente nella fascia 15-25 anni, con un canale di aggancio/invio che fa capo per lo più a servizi sociali, SerD ed infine alla scuola.

La diversità di approccio al target si può leggere anche nel differente numero di giovani raggiunti tendente a numeri relativamente piccoli nei setting SerD, sopra i 100 negli ambulatori/centri di ascolto che hanno come obiettivo generale di facilitare l'accesso all'offerta.

La tipologia degli interventi è sostanzialmente di tipo socio-educativo e/o psicoterapeutico individuale e/o di gruppo in entrambi i setting. Differiscono per una offerta di valutazione diagnostica e di intervento farmacologico decisamente maggiore nel setting SerD con invece un'offerta prevalente socio-educativa e riabilitativa negli ambulatori. Il Case management, gestione e manutenzione della rete terapeutica e di

intervento è peculiare del setting SerD, mentre l'intervento con i familiari è una importante offerta comune ad entrambi i setting.

Le equipe sono sempre multidisciplinari e le principali figure professionali sono simili, con una presenza in tutti i progetti di figure socio-educative e psicologiche, seguiti a ruota nella maggioranza dei casi da figure sanitarie e quindi da altre figure, professionali e non.

La collaborazione con altri enti riguarda quasi 2 interventi su 3 nei progetti in capo ai Servizi Dipendenze, configurandosi quindi come interventi non solo multiprofessionali ma multisettoriali. Anche tutti i progetti ambulatoriali/centri di ascolto prevedono la collaborazione di altri enti, soprattutto del terzo settore (associazioni, cooperative sociali).

Outreach nei contesti del divertimento notturno (5 segnalazioni)

Sebbene il questionario avesse quale oggetto di indagine gli interventi di aggancio e di trattamento di giovani con uso problematico di alcol e non gli interventi di prevenzione basata su strategie di popolazione, sono stati segnalate quattro esperienze che descrivono interventi di outreach nei contesti del divertimento, inserite perché gli interventi di riduzione del danno (RDD) e limitazione dei rischi (LDR) possono diventare in quei contesti modalità di aggancio, sebbene la descrizione delle modalità specifiche di aggancio e collegamento con i percorsi che seguono non risultano sufficientemente chiare dalla compilazione delle schede.

Il numero di esperienze in questa tipologia di setting è piccolo, per i 4/5 fa capo a un'azienda sanitaria, 1 ad un comune. I punti salienti sono riassumibili nella maggioranza di partenariato con cooperative sociali e con reti di collaborazione con gestori di locali e gruppi spontanei o associazioni, in tre casi su cinque anche con i dipartimenti di emergenza/urgenza.

I destinatari sono tutti gli adolescenti, i giovani e i giovani adulti (senza limiti di età) che afferiscono a concerti, feste etc. quindi il numero di contatti all'anno è elevato.

Quello socioeducativo è il tipo di intervento cardine, in quasi tutti i casi l'equipe è multiprofessionale, in 2 casi il servizio rientra nell'attività ordinaria, negli altri con fondi regionali o con fondi dell'azienda sanitaria.

Setting multipli (3 segnalazioni)

Sono esperienze che operano in setting multipli quali scuole, sportelli di ascolto, centri di animazione territoriale e strada, servizi della giustizia, servizi sanitari etc., in partenariato con cooperative sociali e che in qualche modo mettono in connessione i servizi del territorio e servizi sanitari. I destinatari principali sono i giovani tra i 15 e i 25 anni; due si rivolgono a minorenni e giovani adulti senza limiti di età. L'equipe è

multiprofessionale e trasversale e l'intervento è multidimensionale. Sono iniziative inserite nei servizi come attività ordinaria, a progetto regionale e ministeriale.

Setting pronto soccorso/ collaborazioni con Dipartimenti di emergenza urgenza (3 segnalazioni)

Sono state rilevate tre esperienze, una di SerD e due nel privato sociale. Quella SerD fa parte di una attività ordinaria di una decina di anni su protocollo di collaborazione il Pronto Soccorso / Dipartimenti Emergenza e Accettazione (PS / DEA). Prevede la dimissione con "prescrizione" scritta di visita c/o ambulatorio alcologico.

Le due esperienze del privato sociale, in una l'assistente sociale dell'ospedale e nell'altra un educatore professionale, forniscono contatto e consulenza diretto anche ai familiari.

Comunità terapeutiche (2 segnalazioni)

Sono state descritte due esperienze di comunità dedicate ai giovani, gestite entrambe da associazioni convenzionate con le aziende sanitarie locali, di cui una aperta anche i minorenni (over 14). Entrambe hanno un'utenza media annua compresa tra 21 e 50. La comunità che include solo giovani adulti ha una prevalenza di soggetti con diagnosi di "abuso/dipendenza" e si è specializzata anche nei casi di co-morbilità psichiatrica, mentre quella che accoglie anche minorenni ha più soggetti con uso problematico di alcol/sostanze rispetto a quelli con diagnosi.

In entrambi i casi gli utenti sono inviati dal SerD, ma della comunità aperta solo ai giovani adulti si avvale anche il sistema giudiziario e i servizi di emergenza/urgenza.

Altri setting (6 segnalazioni)

Un intervento su chat, facente capo alla rete di Promozione della Salute di un distretto in collaborazione con il centro giovani di un comune, che coinvolge psicologi ed educatori e prevede counseling breve, valutazione diagnostica e intervento psicologico/psicoterapeutico a distanza.

Un esempio di strategia locale integrata che prevede una cabina di regia formata da tutti i principali attori (comuni, enti, associazioni...) del territorio per un'analisi periodica dei bisogni e la formulazione di piani di azione congiunti.

Un progetto gestito da un UEPE in collaborazione con il SerD che prevede l'aggancio diretto, da parte di un operatore SerD, di giovani con problemi alcolcorrelati, durante un ciclo di incontri informativo/educativi rivolti a persone maggiorenni in messa alla prova per violazione art. 186.

L'esperienza dei Club Alcolici Territoriali (CAT). È stato segnalato dal coordinamento nazionale che l'accesso dei giovani ai club avviene attraverso il costante

lavoro informale di coinvolgimento svolto dalle Famiglie e dai Servitori Insegnanti dei singoli club attivi sul territorio nazionale. In certi territori si sono costituiti gruppi di auto-mutuo-aiuto con approccio ecologico sociale dedicati specificatamente ai giovani e alle loro famiglie.

Un progetto pilota, promosso da un SerD, che prevede il coinvolgimento di giovani anche con consumi di alcol a rischio non necessariamente in trattamento al SerD, in esperienze di outdoor condivise con gli adolescenti e i loro genitori.

Un'unità mobile, gestita da una cooperativa sociale e finanziata da fondi a progetto (regionali), che mira a prevenire i comportamenti a rischio legati alla sfera della sessualità e al consumo di sostanze e alcol.

Gli elementi caratterizzanti e gli elementi imprescindibili

Nelle sessioni del WS si è proceduto attraverso stimoli, i cui risultati sono di seguito sintetizzati.

A - Le caratteristiche del setting

Una prima riflessione riguarda cosa contraddistingua le esperienze raccolte dagli interventi rivolti agli adulti e quali elementi siano da considerarsi imprescindibili in un intervento rivolto ai giovani.

Gli elementi raccolti hanno evidenziato i seguenti elementi.

Un concetto affermato da più voci e in tutti i gruppi di lavoro è quello di **flessibilità**, che mette in discussione la possibilità di adottare dei *protocolli rigidi*, considerati inadeguati per questo target. La flessibilità è imprescindibile fin dalla fase di aggancio e richiede il **coinvolgimento attivo** del giovane, **non solo nell'individuazione delle soluzioni, ma a partire dall'identificazione del problema**. Questo concetto è stato declinato in due visioni contrapposte: l'una orientata all'”assessment collaborativo”, l'altra invece sottolinea le rappresentazioni che attribuiscono ai giovani una scarsa consapevolezza dei rischi e una carenza nella *capacità di prendere decisioni* associate ad una predisposizione alla impulsività, riferibili a una naturale immaturità neurobiologica dell'adolescente rispetto all'adulto. L'ipotesi rispetto a questa diversificazione potrebbe ricondursi più ancora che ad una sola diversità concettuale, alla diversità dei target visti dagli operatori nei diversi setting.

Viene sottolineata la **valenza principalmente educativa degli interventi** e di come **la sostanza (alcol o droga) non sia necessariamente il focus centrale**, essendo spesso incastonata in un quadro complesso che si riferisce a plurime dimensioni. Spesso

l'aggancio, per non risultare fallimentare, necessita di mettere in secondo piano l'obiettivo dell'astensione.

La **tempestività** nel fornire una risposta è un altro elemento imprescindibile e strettamente connesso alla flessibilità. In questo senso **il web e le app mobile** – cioè i servizi di messaggistica istantanea – sono ritenute dei canali di aggancio privilegiati, divenuti particolarmente pregnanti nel periodo di lockdown. La **motivazione** è un altro elemento imprescindibile per l'efficacia dei percorsi così come l'**équipe** multidisciplinare. Tutti concordato che le équipes devono essere stabili, motivate e formate, organizzate su orari flessibili.

B - I modelli di riferimento

Un secondo livello di riflessione riguarda i modelli/riferimenti teorici degli interventi, la scelta degli strumenti nei diversi setting e il tentativo d'identificare le barriere per l'implementazione dell'intervento breve/breve motivazionale, vis a vis/online.

La domanda sulle **teorie di riferimento** ha suscitato qualche difficoltà di risposta in tutti e tre i sottogruppi di lavoro: nella maggior parte dei casi, infatti, gli interventi in oggetto non si sono sviluppati a partire da specifici riferimenti teorici, ma a partire dall'esperienza e dalla professionalità degli operatori che li hanno voluti, portando ciascuno la propria specifica formazione. In più di un caso quindi, le "teorizzazione" dell'intervento è avvenuta a posteriori. Per i referenti è evidente che le teorie sottese agli interventi rivolti ai giovani hanno più a che fare con un modello di sviluppo globale che con un modello alcologico in senso stretto. I riferimenti citati fanno capo alla teoria di Zinberg, focalizzata sull'importanza della relazione tra "*drugs, set and settings*" che sta alla base dell'autoregolazione; al modello di Havighurst sui compiti evolutivi; al modello delle life-skills; al modello del *risk-management*; alle teorie sugli eventi traumatici; alla prospettiva della Limitazione dei Rischi (LDR).

Figura 1. Principali teorie e metodi di riferimento

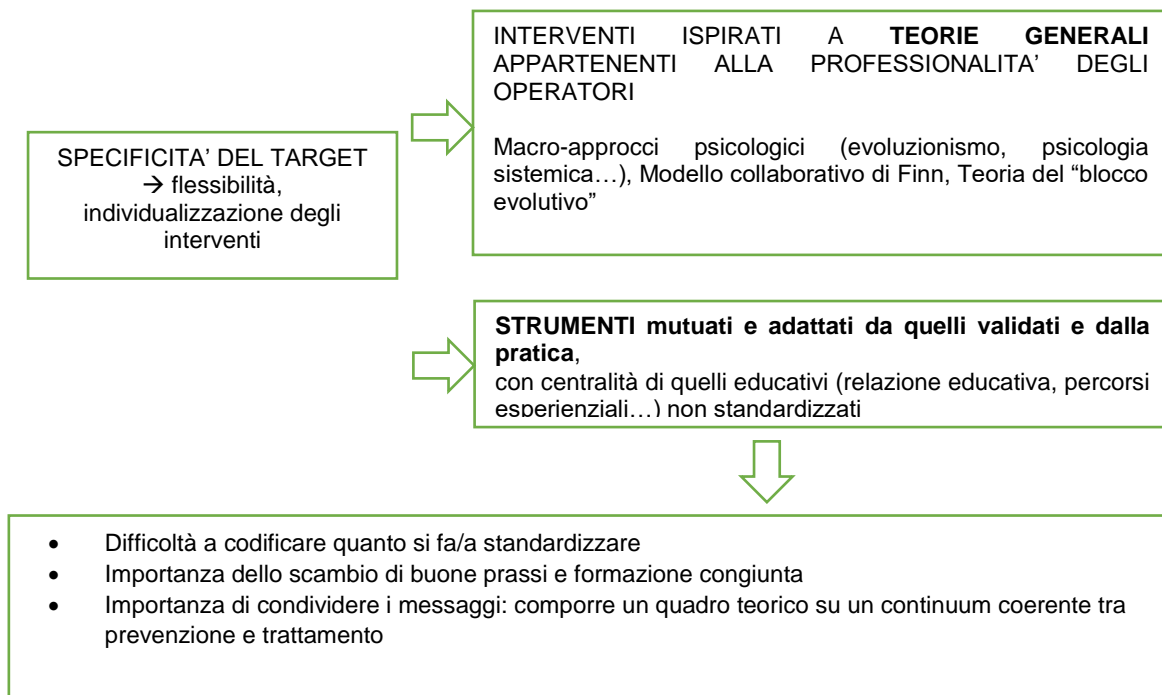


Lo schema sopra riportato non ha sollevato dubbi o richieste di integrazione. Un solo partecipante ha ribadito che la flessibilità è una strategia imprescindibile per l'aggancio precoce, un *“attributo essenziale, insieme a stabilità dell'equipe”*.

I modelli di intervento tradizionali, tarati sugli adulti, vengono ritenuti non adatti ad un target adolescente, punto sul quale sembrano convergere tutti, anche coloro che applicano il metodo hudoliniano. Le pratiche di aggancio e intervento sono dunque in larga misura il frutto di anni di sperimentazione in cui sono stati adottati vari modelli non sempre in modo esplicitato e consapevole.

Stesse considerazioni valgono per gli **strumenti** e la difficoltà di standardizzazione, ritenuta spesso non possibile; per quanto riguarda l'**aggancio**, gli strumenti sono quelli tipici dell'outreach e dell'educativa di strada.

Figura 2. Elementi chiave degli interventi dedicati ai giovani identificati dal GdL



Nonostante la letteratura sul tema del trattamento dei giovani faccia riferimento quasi solo esclusivamente dell'**intervento breve**, nessuno dei partecipanti risulta utilizzare strumenti specifici validati, piuttosto si parte da quelli più utilizzati per prenderne degli elementi e adattarli al target. Tranne l'eccezione dell'Emilia Romagna non si parla però di modifiche validate e standardizzate. In sintesi, sebbene la struttura dell'intervento breve, intervento breve motivazionale o intervento motivazionale tradizionale, sia un

approccio condiviso, il counseling alcolologico standardizzato è ritenuto poco utilizzabile con i giovani, quindi va adattato. Lo stesso si può dire per gli strumenti di **valutazione o assessment**.

È ribadita più volte l'importanza del **setting** neutro e meno stigmatizzante possibile.

Per quanto riguarda gli **interventi online**, sono ritenuti molto promettenti, in primis perché il contatto online è privo dello stigma presente nei servizi per le dipendenze e di salute mentale ed inoltre perché consente una risposta immediata. Nonostante alcuni operatori percepiscano un forte pregiudizio nei confronti degli interventi a distanza chi li ha sperimentati ne riconosce i vantaggi. In diversi territori quindi l'esperienza dei colloqui online nata in risposta al lockdown è proseguita con il duplice obiettivo, di intercettazione veloce e consulenza breve (massimo 10 incontri). In altri casi le chat sono uno strumento principalmente di aggancio, attraverso il quale in seguito i giovani possono entrare in un gruppo di auto-mutuo-aiuto o in un percorso trattamentale con un professionista del SerD.

C - L'intervento breve

Un terzo livello di riflessione riguarda l'intervento breve strutturato e la presunta incompatibilità con un approccio non standardizzato e flessibile.

Sono stati ripresi i capisaldi teorici dell'intervento breve, sottolineando come questo termine si riferisca in realtà a uno strumento molto flessibile e versatile, che fissa dei principi – peraltro coerenti con quanto emerso dalle descrizioni delle modalità di intervento descritte – ma che non implica necessariamente passaggi strutturati e fissi, proprio perché parte dal presupposto – più volte enfatizzato dai professionisti del Gruppo di Lavoro – che sia necessario partire dal punto di vista del cliente e astenersi dal giudizio.

Questo stimolo ha portato a riflettere sulla mancanza di un linguaggio e di riferimenti comuni, che si percepisce non solo a livello nazionale, ma anche locale e di singolo servizio. Di qui l'apprezzamento per il percorso preparatorio alla Conferenza svolto, ritenuto prezioso in quanto, prima di tutto, spazio di confronto. In chiusura i partecipanti sono stati invitati a condividere il loro pensiero sugli elementi che possono “fare da ponte”, per ricomporre un quadro teorico coerente tra prevenzione/aggancio e trattamento.

Tab. 2 Gli elementi “ponte”

Caratteristiche degli interventi - Rapporto con il/la giovane	Caratteristiche degli interventi - Riconoscimento della Complessità	Bisogni percepiti
Individualizzazione	Rete	Formazione comune
Flessibilità	Contesto sociale	Capacità di innovazione
Empatia	Contesto familiare	Modellizzazione
Logica proattiva	Diversificazione degli approcci	
Fiducia		
Co-costruzione dell'intervento		

Gli elementi di sintesi

La sintesi finale si concretizza nella difficoltà dei referenti di codificare gli interventi di aggancio e trattamento dedicati ai giovani in termini di teorie e strumenti standard, in quanto flessibilità e individualizzazione sono elementi cardine per lavorare con questo target. I partecipanti del GdL sono però concordi nel ritenere che andrebbero condivisi, auspicabilmente anche a livello nazionale, dei modelli di riferimento.

Inoltre si delineano due macro-tipi di approccio, che sottendono rappresentazioni dei giovani diverse, probabilmente legate al tipo di target con cui gli operatori interagiscono più frequentemente. Uno più tipico dell'area della prevenzione e della riduzione del danno, che sottolinea soprattutto l'importanza della collaborazione sia in fase di definizione del problema (non necessariamente le sostanze) che delle possibili soluzioni (non necessariamente l'astensione). L'altro più diffuso tra i professionisti del trattamento, che vede l'uso di alcol e di sostanze come segnale di un blocco evolutivo e punta al ritorno a una “normalità” senza sostanze.

In ogni caso punti comuni agli approcci sono l'importanza centrale dell'**aggancio**, ritenuto incompatibile con un atteggiamento giudicante, moralistico o direttivo; l'imprescindibilità della **condivisione dei percorsi**, del riconoscimento del giovane; il ruolo cruciale di una **relazione di fiducia**; l'importanza del **contesto sociale** e del **contesto familiare**; la centralità, nella comprensione di un caso, dei **valori d'uso** attribuiti all'alcol o alle sostanze; la necessità di **abbandonare le ideologie**, riflettendo sul proprio rapporto con le sostanze per esserne consapevoli e riconoscendo che il proprio approccio professionale non può essere l'unico.

Resta alla fine la constatazione di una mancanza di un linguaggio e di riferimenti comuni, che si percepisce non solo a livello nazionale, ma anche locale e di singolo servizio.

Punti di forza e criticita'

Il lavoro del Gdl relativo ai Punti di forza e criticità suddivise per setting ha mostrato una varietà di dettagli che rischiava di diventare un elemento dispersivo per una visione complessiva. Per ricondurre le risorse e le criticità individuate per setting a elementi comuni trasversali nella sintesi per la Conferenza Nazionale Alcol è stata utilizzata la Long Table Analysis di Krueger, una metodologia descrittiva di analisi del contenuto che in modo induttivo arriva a definire delle macro categorie. I dati emersi sono stati ordinati in una mappa concettuale in cui la saturazione dei contenuti presente nella categoria è rappresentata dal numero di volte in cui quella categoria compare.

Tra i **punti di forza** nella loro complessità ed in ordine di forza compaiono Metodologia (13), Lavoro di rete e multidisciplinarietà (11), Intercettazione intervento precoce (10), Tipologia di intervento (3).

Tra le **criticità** Rete (8), Caratteristiche ed accessibilità luoghi (7), Risorse (7), Specificità target (6), Formazione (4), Valutazione esiti (1).

Dalla lettura delle mappe concettuali segnaliamo in primis la presenza delle stesse categorie nei due macro contenitori punti di forza e criticità, elemento che descrive la coerenza interna e la pregnanza dei contenuti emersi andando a definire quelle che possiamo considerare delle buone prassi.

In particolare con un alto livello di saturazione dei contenuti risalta il *costrutto "lavoro di rete", inteso come multidisciplinarietà e multiprofessionalità*, come integrazione tra competenze educative e sanitarie in percorsi di presa in carico congiunta tra servizi e interventi che coinvolgono i diversi stakeholder in un'ottica biopsicosociale e di continuità di processi. Un altro elemento trasversale è *l'accessibilità dei luoghi di cura*, declinata come l'utilizzo di luoghi neutri, di setting informali e la costruzione di percorsi d'accoglienza specifica per il target giovani; l'altro lato della medaglia è rappresentato dall'uso di locali non adeguati e la mancata disponibilità di spazi diversi da quelli del SerD.

Tra le criticità emerge come bisogno centrale la *necessità di formazione*, elemento ponte tra tutti gli interventi, dalla prevenzione all'aggancio ai percorsi di cura. L'assenza di una formazione comune specifica appare una criticità molto significativa se letta nell'insieme delle riflessioni proposte e in continuità con il punto di forza "metodologia" che vede l'emersione di una interessante articolazione di buone prassi come la *peer education*, l'intervento nelle famiglie, l'intervento di gruppo e l'utilizzo di modalità di approccio tipiche della riduzione del danno a "legame debole", senza che appaia una parallela decodificazione delle scelte metodologiche a favore di una riproducibilità nei diversi contesti, di una chiarezza dei punti di riferimento teorici e di una ricerca di interventi evidenze based. La *valutazione degli esiti* viene riportata come

criticità solo in un setting e questo ci sembra un aspetto su cui porre la massima attenzione poiché evidenzia una dissociazione tra la consapevolezza razionale di tutti i referenti, indipendentemente dai setting d'intervento, riguardo all'importanza della valutazione quali-quantitativa anche per accedere a finanziamenti, quindi recuperare risorse, e l'effettivo investimento nei processi di valutazione. Infine la *scarsità di risorse di personale*, la conseguente necessità di utilizzare quando possibile operatori assunti a progetto e quindi a termine, lasciando dei buchi operativi e perdendo la ricchezza dell'esperienze fatta, resta un punto dolente che accomuna tutti i servizi.

Raccomandazioni

Visti gli esiti del lavoro, pur comprendendone la limitatezza dovuta ad una ricognizione non esaustiva dell'esistente e dell'inclusione del solo segnalato, con esclusione dal progetto per ragioni di fattibilità di ampie aree di intervento che avrebbero potuto portare esperienze in questo ambito (ad es. progetti della psichiatria, della neuropsichiatria, del territorio inteso in senso lato orientate alle fasce giovanili etc.), vista anche la parziale sovrapposizione con l'ambito preventivo delle esperienze perché collocate in un continuum che va dalla prevenzione universale a quella indicata e selettiva con scarsa definizione delle aree di confine, ci sentiamo comunque di dare alcuni spunti di riflessione per il futuro almeno per quanto riguarda quanto rilevato.

Il confronto ha messo inoltre in evidenza la compresenza di rappresentazioni dei giovani e del problema a volte contraddittori, che sembrano riflettere, in generale, le differenze di approccio che riguardano la prevenzione (e ancor più la promozione della salute) e la cura. Le questioni emerse (approccio direttivo vs collaborativo, astinenza vs autoregolazione...) ovviamente non riguardano solo il target dei giovani. Queste riflessioni hanno portato il gruppo a identificare il bisogno un linguaggio comune, che possa fare da ponte tra le diverse professionalità che necessariamente devono integrarsi e il bisogno di spazi di confronto e di formazione comuni, che permettano agli operatori di emanciparsi dalle opinioni personali e a volte ideologiche e dare maggiore uniformità agli interventi sul territorio nazionale.

Gli esiti del GdL pur non rappresentando un documento di consenso ci permettono di riportare alcuni elementi che sono emersi in modo chiaro e coerente e che possono essere considerati se non delle raccomandazioni delle utili indicazioni e delle buone prassi.

A - La necessità di formazione specifica (la formazione è azione trasversale, parte integrante delle strategie, obiettivi e programmi delle Azioni Centrali del PNP)

- Utilizzare strumenti specifici validati nelle fasi di: valutazione e assessment – intervento breve, intervento motivazionale, counseling alcologico - superando l'abitudine di adattare gli strumenti per gli adulti al target giovani (il PNP raccomanda l'utilizzo di strumenti Evidence Based);
- Codificare la metodologia degli interventi nei setting non tradizionali legati a un target specifico con bisogni specifici così da renderli riproducibili nei diversi contesti;
- Sedimentare riferimenti teorici comuni da cui partire per sviluppare gli interventi, nello specifico un modello di sviluppo globale dell'adolescente la cui conoscenza sembra essere spesso legata alle diverse esperienze professionali nella filiera del percorso di cura e un modello alcologico in senso stretto riferito a un target adolescente che non appare ad oggi identificabile nella letteratura scientifica;
- Costruire una comune rappresentazione dei giovani così da favorirne la comprensione superando una visione stereotipata e connessa ad una percezione soggettiva legata al proprio bagaglio personale in cui il divario generazionale rappresenta nella contemporaneità un abisso incolmabile;
- Comporre un quadro teorico su un continuum coerente tra prevenzione e trattamento.

I differenti approcci che caratterizzano la prevenzione e la cura e che spesso si traducono in difficoltà di comunicazione tra operatori e tra servizi, potrebbero essere messi insieme facendo riferimento ad aspetti condivisi (centralità dell'aggancio, condivisione dei percorsi ecc.) e ad un modello teorico comune di riferimento.

B - Aggancio: «invertire le logiche», «abbandonare le ideologie» (coerentemente con la centralità della persona e delle strategie di empowerment e capacity building del PNP e con la rilevanza data alle azioni di prossimità, alla medicina d'iniziativa e alla valorizzazione della coprogettazione nel PNRR)

- L'atteggiamento dell'operatore si orienta sulla persona nella sua interezza e non solo sulla sostanza: l'aggancio è favorito se non si persegue subito unicamente l'obiettivo dell'astensione; l'intervento si colloca quindi nella storia dell'individuo in senso verticale e orizzontale, nei suoi contesti di vita, in primis quello familiare, recuperando e valorizzando le risorse possibili personali e sociali;
- Invertire la logica d'accesso: partire dalle domande e dai bisogni dei giovani, riconoscendo la centralità della motivazione e partecipazione attiva alla domanda d'aiuto e al percorso di cura

- Lavorare in luoghi non connotati, familiari ai giovani sia fisici che virtuali;
- Considerare gli interventi on line (chat, web) (un cambiamento di *ideologia*), riconoscendo la capacità di questi strumenti di favorire l'aggancio grazie all'anonimato e all'immediatezza della risposta che supera le barriere fisiche e psicologiche favorendo la *self-disclosure*.

C - Rinnovamento dei servizi sia in termini di competenze (formazione) che di organizzazione (flessibilità e tempestività degli interventi)

- Mantenere equipe multidisciplinari, scambio di buone prassi e collaborazione in un quadro coerente teorico-operativo che va dalla prevenzione alla cura;
- Aprirsi alla digitalizzazione: conoscenza del web (app e mondi virtuali), dei vantaggi e dei rischi dell'utilizzo (PNP PNRR sanità digitale, telemedicina) con Formazione specifica e utilizzo del web e delle app come canali privilegiati d'aggancio che garantiscono flessibilità e tempestività (chat, instagram, sondaggi on line, rubriche a tema);
- Considerare nuovi profili professionali come ad es. il social media manager;
- Disporre di risorse stabili, formate, organizzate su orari flessibili;
- Mantenere la centralità della flessibilità di tempi e di spazi, poiché alcuni interventi (l'aggancio, la prevenzione) rivolti al target giovani devono essere pensati nei luoghi che vivono i ragazzi ricollocando l'operatore non in un ambulatorio in attesa dell'invio ma in un nomadismo itinerante.

D - Strutturazione di strumenti di valutazione quanti-qualitativi (il PNP prevede sistemi di monitoraggio quantitativi, la valutazione è una componente fondamentale del PNP e del PNRR garantendo una coerenza dei processi a livello nazionale in funzione degli obiettivi di equità e salute)

- Prevedere la valutazione, coinvolgendo nella progettazione dell'intervento tutti gli attori per definire da subito quali siano gli strumenti, le azioni e gli obiettivi della valutazione stessa. La previsione della valutazione consente inoltre di reperire i dati più facilmente per programmare una valutazione anche di processo e non solo un monitoraggio dell'esperienza;
- Considerare anche la valutazione d'efficacia, che necessita di un tempo diverso, più a lungo termine perché il cambiamento atteso possa emergere.

Il Gruppo di Lavoro ha esaminato esperienze di interventi spesso frammentari, disomogenei non solo tra Regioni ma all'interno dello stesso territorio e a volte dello stesso servizio, interventi frequentemente basati su risorse progettuali e quindi a

termine, frutto dello slancio, della motivazione, della sensibilità e della creatività di operatori.

Il percorso svolto nella fase preparatoria alla Conferenza Nazionale Alcol assume quindi un valore prezioso come opportunità di riprendere e andare a ridefinire un modello dei servizi che si occupano di queste tematiche recuperando l'equilibrio opportuno tra standardizzazione degli interventi e individualizzazione.

Il prendere atto degli «elementi ponte» tra gli interventi, le professionalità e i setting come il riconoscimento della complessità (declinata come necessità di lavorare con la rete, il contesto sociale e il contesto familiare), l'assumere come bisogni centrali la formazione comune e la capacità d'innovazione orientandosi verso la costruzione di un modello unitario e articolato permette agli operatori e ai servizi di emanciparsi da «ideologie» e ricomporre un quadro coerente e fluido tra prevenzione/aggancio e cura garantendo l'equità.

Bibliografia

- *Adolescents and Adults: An Updated Systematic Review for the U.S. Preventive Services Task Force* [Internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2018
- Arnaud N, Diestelkamp S, Wartberg L, Sack P.M, Daubmann A, Thomasius, R. Short- to midterm effectiveness of a brief motivational intervention to reduce alcohol use and related problems for alcohol intoxicated children and adolescents in pediatric emergency departments: a randomized controlled trial. *Acad Emerg Med*, 2017, 24(2):186-200.
- Barata IA, Shandro JR, Montgomery M, Polansky R, Sachs CJ, Duber HC, Weaver LM, Heins A, Owen HS, Josephson EB, Macias-Konstantopoulos W. Effectiveness of SBIRT for Alcohol Use Disorders in the Emergency Department: A Systematic Review. *West J Emerg Med*, 2017, 18(6):1143–1152.
- Brunn J, Brunner S, Mütsch M. Preventive Interventions for Young Adults in Nightlife: Coproduction for a Systematic Literature Assessment Followed by a Stakeholder Dialogue Process. *Eur Addict Res*, 2021; 27(5):311-325. Doi: 10.1159/000511191.
- Derges J, Kidger J, Fox F, Campbell R, Kaner E, & Hickman M. Alcohol screening and brief interventions for adults and young people in health and community-based settings: a qualitative systematic literature review. *BMC public health*, 2017; 17(1), 1-12.
- European Commission. Council recommendation on the drinking of alcohol by young people, in particular children and adolescents. *Official Journal of the European Union*. 2001/458/EC.
- Foxcroft D.R, Coombes L, Wood S, Allen D, Santimano N.M.A, & Moreira M.T. Motivational interviewing for the prevention of alcohol misuse in young adults. *Cochrane Database Syst Rev*, 2016; 18(7):CD007025. Doi: 10.1002/14651858.CD007025.pub4.
- Gandin C, Schmidt C, Schulte B. and Scafato E. *The BISTAIRS expert opinion-based guidelines on the implementation of screening and brief alcohol intervention approaches in different settings in the*

- EU. Report WP 7 del progetto europeo BISTAIRS. Roma: Istituto Superiore di Sanità, 2015. http://www.bistairs.eu/material/D6_guidelines_ASBI.pdf
- Kaner E.F.S, Beyer F.R, Muirhead C, Campbell F, Pienaar E.D, Bertholet N, Daeppen J, Saunders J.B, Burnand B. Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations, *Cochrane Database Syst Rev*, 2018; 24(2):CD004148. Doi: 10.1002/14651858.CD004148.pub4.
 - National Institute for Health and Care Excellence (NICE). *Alcohol-use disorders. The NICE guideline on diagnosis assessment and management of harmful drinking and alcohol dependence*. UK: NICE, 2011.
 - National Institute of Health (NIH). *Alcohol screening and brief intervention for youth. A practitioners's guide*. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, 2011.
 - O'Connor EA, Perdue LA, Senger CA, Rushkin M, Patnode CD, Bean SI, Jonas DE. Screening and Behavioral Counseling Interventions to Reduce Unhealthy Alcohol Use in Adolescents and Adults: An Updated Systematic Review for the U.S. Preventive Services Task Force. *JAMA*, 2018; 320(18):1910-1928. Doi:10.1001/jama.2018.12086.
 - Oosterveen E, Tzelepis F, Ashton L, & Hutchesson M.J. A systematic review of eHealth behavioral interventions targeting smoking, nutrition, alcohol, physical activity and/or obesity for young adults. *Prev. med*, 1999, 197-206, 2017.
 - Scafato E, Gandin C, Patussi V e il Gruppo di Lavoro IPIB (Ed) L'alcol e l'assistenza sanitaria primaria. *Linee guida cliniche per l'identificazione e l'intervento breve*. Roma: Istituto Superiore di Sanità – WHO Collaborating Centre for Research and Health Promotion on Alcohol and Alcohol-Related Health Problems – Osservatorio Nazionale Alcol; 2010. https://www.epicentro.iss.it/alcol/linee/linee_guida_cliniche.pdf
 - Steele DW, Becker SJ, Danko KJ, Balk EM, Saldanha IJ, Adam GP, Bagley SM, Friedman C, Spirito A, Scott K, Ntzani EE, Saeed I, Smith B, Popp J, Trikalinos TA. *Interventions for Substance Use Disorders in Adolescents: A Systematic Review*. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality Publication (US), 20-EHC014, 2020. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK557291/pdf/Bookshelf_NBK557291.pdf
 - Montonen M, Makela P, Scafato E, Gandin C on behalf of Joint Action RARHA's Work Package 5 working group (Ed.). *Good practice principles for low risk drinking guidelines*. Joint Action RARHA. Helsinki: National Institute for Health and Welfare (THL); 2016. https://www.landlaeknir.is/servlet/file/store93/item30909/WP5_Good_practice_principles_low_risk_drinking_guidelines.pdf
 - Tebb KP, Erenrich RK, Jasik CB, Berna MS, Lester JC, Ozer EM. Use of theory in computer-based interventions to reduce alcohol use among adolescents and young adults: a systematic review. *BMC Public Health*, 2016; 17;16:517. Doi: 10.1186/s12889-016-3183-x.
 - World Health Organization. European Ministerial Conference on Young People and Alcohol (2001: Stockholm, Sweden) & World Health Organization. Regional Office for Europe. *Declaration on Young People and Alcohol: the WHO European Ministerial Conference on Young People and Alcohol: Stockholm, 19–21 February 2001*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2001. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/108418>
 - World Health Organization. *Global strategy to reduce the harmful use of alcohol*. Geneva: WHO, 2010

- World Health Organization. *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*. WHO, 2018
- WHO Collaborating Centre for Research and Health Promotion on Alcohol and Alcohol Related Harm Problems – Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS. *Piano d’Azione sul consumo di alcol nei giovani e sul consumo eccessivo episodico (binge drinking) (2014-2016)*. Traduzione e adattamento di “Action Plan on Youth Drinking and on Heavy Episodic Drinking (binge drinking) (2014-2016)”. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2015. In: [http://www.epicentro.iss.it/alcol/apd2015/Piano%20di%20Azione%20Consumo%20di%20Alcol%20nei%20giovani%20e%20sul%20consumo%20eccessivo%20episodico%20\(binge%20drinking\)%202014-16.pdf](http://www.epicentro.iss.it/alcol/apd2015/Piano%20di%20Azione%20Consumo%20di%20Alcol%20nei%20giovani%20e%20sul%20consumo%20eccessivo%20episodico%20(binge%20drinking)%202014-16.pdf)
- Wurdak M, Kuntsche E, Kraus L & Wolstein J. Effectiveness of a brief intervention with and without booster session for adolescents hospitalized due to alcohol intoxication. *Journal of Substance Use*, 2016; 21(1):72-77. <https://doi.org/10.3109/14659891.2014.951415>

2. ALCOL E GUIDA: Gli accertamenti finalizzati alla revisione delle capacità fisiche e psichiche per la guida in casi di violazione dell'art. 186 del codice della strada

Gabriele Bardazzi¹, Paolo Pelizza², Valeria Zavan³

¹ UFS SerD Mugello USL Toscana Centro

² U.O. Prevenzione D.G. Welfare, Regione Lombardia

³ SC SerD ASL To4 – Reg. Piemonte

Progetto approvato dal Ministero della Salute ai fini della Conferenza Nazionale Alcol (referente scientifico: Maria Migliore) e affidato alla Regione Piemonte (referente: Gaetano Manna). Contributo del Gruppo di Lavoro (GdL) coordinato dal responsabile scientifico Valeria Zavan, con il supporto tecnico e metodologico dell'Istituto di Formazione e Ricerca Eclectica di Torino

I Componenti del GdL: Dattola Alberto (Basilicata) - Fundone Piero (Basilicata) - Onorati Niccolò Pio (Basilicata), Amendola Maria Francesca (Calabria), Rinaldini Valeria (Campania) - Napolano Francesco (Campania) - Perna Luigi (Campania) - Stimolo Rosa (Campania), Staccioli Maria Caterina (Emilia Romagna), Peressini Alberto (FVG), Bucchioni Paolo (Liguria) - Carrozzino Roberto (Liguria) - Varagona Giuseppe (Liguria), Cozzolino Edoardo (Lombardia) - Pelizza Paolo (Lombardia), Pannelli Giorgio (Marche) - Giorgetti Raffaele (Marche) - Del Vais Giulia (Marche), Pellegrini Luigino (P.A. Trento), Cammarata Liborio (Piemonte), Boi Graziella (Sardegna) - Deriu Alessandra (Sardegna) – Medda Stefania (Sardegna), Busa' Rosario (Sicilia) - Russo Pietro (Sicilia), Bardazzi Gabriele (Toscana) - Milianti Marzia (Toscana), Bondi Luciano (Umbria) - Bodo Antonio (Umbria) - Lucantoni Antonella (Umbria); Marcello Mazzo (Veneto), Nicolucci Peppino (Aicat) – Renzetti Doda (Aicat); Elio V e Leone L. (Alcolisti Anonimi); Fenudi Laura (COMLAS), Casella Pietro (SITD), Leonardi Claudio (SIPAD) ed i **Rappresentanti di riferimento di area istituzionale che hanno contribuito al GDL integrando le competenze di settore:** Scafato Emanuele (ISS-ONA) - Gandin Claudia (ISS-ONA) - Matone Alice (ISS-ONA), Iurato Valentino (M. Trasporti), Puccia Santo (M. Interno), Lecce Giuseppina (M. Salute), Abruzzini Alessandro (P. Di Stato), Baldassarre Giordana (ISTAT) – Bruzzone Silvia (ISTAT).

Riassunto

Ricollegandosi alle conclusioni della “Conferenza delle Regioni di Trieste” del 2012 ed effettuata una ricognizione dello stato dell'arte delle diverse normative e delle

indicazioni nazionali ed internazionali, il Gruppo di Lavoro (GdL), al fine della Conferenza Nazionale Alcol, ha identificato e analizzato in particolare i seguenti cinque argomenti:

1. Criteri di invio da parte delle CML
2. Criteri di identificazione del rischio da parte dei servizi di alcologia
3. Condotte reiterate
4. Gruppi info-educativi
5. Informatizzazione e raccolta dei dati

Per ognuno degli argomenti è stata condotta una analisi delle criticità e dei punti di forza, finalizzata alla raccolta di elementi di consenso. L'ampia rappresentatività di competenze professionali del Gruppo di Lavoro ha favorito la discussione con approfondimento multidisciplinare e multiprofessionale dei singoli temi trattati e reciproco arricchimento culturale, portando, su alcune tematiche, a formulare raccomandazioni.

Stato dell'Arte

In relazione ad Alcol e guida poche novità sono intervenute negli ultimi anni in ambito legislativo o, più in generale, normativo nazionale; solo il Piano Nazionale Prevenzione 2020-2025 dedica al capitolo incidentalità una propria autonomia, mentre per quanto riguarda le riforme del PNRR l'argomento può essere ricondotto ad alcune aree solo in maniera indiretta.

La Conferenza delle Regioni di Trieste del 2012 riporta nelle conclusioni: *“Si è assistito negli ultimi anni a notevoli e reiterati mutamenti normativi, in frazioni di tempo assai brevi che, pur apprezzabili nei contenuti, hanno creato uno stato di incertezza e confusione sia nei cittadini che anche negli stessi operatori. La normativa, in alcuni casi appare poco coerente. Si segnala, in questo senso, l'ambiguità normativa sul rilascio dell'idoneità alla guida a soggetti consumatori di sostanze psicotrope o farmaci. Da una ricerca effettuata si rileva la non diffusa applicazione dell'art. 6, comma 1, lettera a) della legge 125/2001 ovvero la non uniformità della presenza del Medico Alcologo nelle Commissioni Mediche Locali (CML), unita alla carenza di atti formali o pratiche condivise in un significativo numero di Regioni. Si è inoltre evidenziato un diverso comportamento delle CML in ordine all'utilizzo di strumenti di valutazione dell'idoneità alla guida in ambito alcologico (accertamenti ematochimici, esame obiettivo, anamnesi strutturata, test) e che solamente una metà delle Regioni e P.A. Italiane prevede azioni di supporto, attraverso le competenze dei Servizi Alcolologici, ai percorsi di valutazione dell'idoneità alla guida per violatori dell'art 186 CdS. In ogni caso si assiste ad una eterogeneità di comportamenti e di azioni, anche*

all'interno degli stessi territori, sia riguardo ai rapporti tra servizi e CML (solo in pochi casi si sono definiti protocolli di collaborazione), sia riguardo alla definizione e collocazione nelle classi di rischio (anche in riferimento alle recidive) e sia per la collocazione all'interno dei percorsi di cura”.

Le proposte operative si sostanziavano in:

“A) RUOLO E COMPITI DELLE ISTITUZIONI: contrastare la carenza di dati sull'incidentalità alcolcorrelata: attivazione di banche dati attendibili; Attuare linee di indirizzo regionali a supporto delle azioni di valutazione dell'idoneità alla guida da parte delle CML per soggetti incorsi nella violazione dell'art. 186 CdS; Recepimento a livello di tutte le regioni della Legge n. 125 del 30 marzo 2001; Dare omogeneità ai percorsi all'interno della medesima regione; Riconoscimento delle competenze dei professionisti dei Servizi Alcolologici in materia di counselling e valutazione delle abilità critiche; Definizione di strumenti di rilevazione e monitoraggio delle attività svolte a supporto delle CML per soggetti incorsi nella violazione dell'art 186 CdS, anche attraverso specifici protocolli d'intesa tra servizi e CML

B) I SERVIZI E LE ÉQUIPE: Le azioni collegate ad interventi su conducenti incorsi nella violazione dell'art. 186 CdS devono intendersi quali attività dedicate a forte carattere preventivo, e si devono collocare in ambiti alcolologici caratterizzati da spazi, competenze e professionalità accuratamente individuate e formate; Va comunque privilegiato il percorso infoeducativo come momento indispensabile nel percorso di supporto alla valutazione della CML nonché di crescita delle competenze del fruitore e counseling motivazionale breve; Risulta quanto mai necessario un confronto tra i diversi protocolli esistenti al fine di rendere omogenee le attribuzioni delle classi di rischio e le conseguenti determinazioni delle CML in ordine al giudizio di idoneità alla guida sia su scala regionale e, auspicabilmente, nazionale”.

Partendo da questi presupposti il GdL si è occupato di sviluppare i seguenti temi:

1. Criteri di invio da parte delle CML
2. Criteri di identificazione del rischio da parte dei servizi di alcologia
3. Condotte reiterate
4. Gruppi info-educativi
5. Informatizzazione e raccolta dei dati

Il lavoro del GdL si pone in continuità con gli esiti della precedente Conferenza. I capisaldi a tutt'oggi delle normative e delle indicazioni internazionali fanno capo alla L.125/01, al programma Guadagnare Salute, al PNAS ed il PNP da una parte e al PNSS (Piano Nazionale Sicurezza Stradale), al CdS e regolamenti attuativi connessi, dall'altra. (Tabella 1).

Tabella 1. Altri riferimenti normativi rilevanti per alcol e guida

Riferimento normativo	Elementi salienti inerenti alcol e guida
LEA (DPCM 12 gennaio 2017)	Non sono a tutt'oggi previsti dai LEA i percorsi per certificazione all'abilitazione alla guida, così come i percorsi valutativi al fine del suo ottenimento. Interventi LEA si prevedono nel caso in cui si configuri una delle obbligazioni previste dagli art. 28 e 35 alla conclusione dell'iter valutativo, o una delle azioni definite dall'art.2 come "Aree di attività della prevenzione collettiva e sanità pubblica", in capo al dipartimento di prevenzione
Piano Nazionale Cronicità – PNC	Problematiche correlate all'alcol come fattori di rischio modificabili rispetto all'insorgenza delle malattie croniche.
Piano Nazionale Prevenzione – PNP	<p>Macro Obiettivo 3 (MO3 Incidenti domestici e stradali): incidenti stradali riconosciuti come grave problema di sanità pubblica. Dimezzamento numero di morti e feriti per incidenti stradali (obiettivo 3.6): traguardo stabilito e non raggiunto entro il 2020 come da Agenda 2030 dello sviluppo sostenibile.</p> <p>In particolare: "In ambito sanitario, il DPCM 12.01.2017, al punto B.6 dell'Allegato 1, definisce la promozione della sicurezza stradale come un LEA".</p> <p>Interventi relativi al determinante uso rischioso di alcol e di sostanze, collocati tra quelli relativi alla variabile umana. Orientamento a interventi finalizzati, sin dalla scuola primaria, a promuovere stili di vita corretti e a sensibilizzare circa i rischi associati alla guida in condizioni psicofisiche alterate in particolare nei giovani.</p> <p>"L'individuazione e applicazione dei limiti d'alcolemia alla guida che prevedano, se superati, il divieto di condurre veicoli" è l'intervento sull'individuo identificato come efficace, mentre la prevenzione degli incidenti stradali come intervento di sanità pubblica identifica nell'"informazione e formazione sui fattori che alterano lo stato psicofisico alla guida quali uso di alcol droghe o assunzione di farmaci", strategia che richiede "un approccio multisettoriale e coinvolgimento di numerose Istituzioni".</p> <p>Sottolineata la necessità di migliorare il sistema di rilevazione dei dati sugli incidenti stradali, circa numeri, cause, dinamiche al fine di attuare le più appropriate modalità di intervento di prevenzione.</p>
Piano d'azione Europeo Per Ridurre Il Consumo Dannoso di Alcol 2012-2020	<p>Dedica all'incidentalità stradale un apposito capitolo. Le strategie indicate sono: la riduzione del limite legale permesso come livello alcolemico alla guida ritenuto però efficace solo se effettivamente attuato e con conseguenze rilevabili per il guidatore e se associato ad altre misure di informazione e pubblica sensibilizzazione circa le sanzioni.</p> <p>Due azioni sono considerate particolarmente importanti: la riduzione della BAC consentita avvicinandola a 0.2 (Per essere efficace, tuttavia, un limite BAC più basso deve essere parte di una combinazione di altre misure e deve essere sostenuta dalla applicazione della norma) e un miglioramento dell'applicazione della norma "sia attraverso un aumento degli etilotest casuali o di misure che aumentino la paura di essere scoperti per coloro che guidano in stato di ebbrezza, piuttosto che per la popolazione in generale, o un maggiore uso di postazioni per il controllo della sobrietà.</p> <p>Perché i limiti BAC siano efficaci, il guidatore che guida in stato di ebbrezza, piuttosto che la massa generale dei guidatori, deve sapere che corre il rischio reale di essere fermato e sottoposto all'etilotest in qualsiasi momento". Il contesto del piano si riferisce ad un approccio di sanità pubblica.</p>
Piano Nazionale per la Sicurezza Stradale	Richiamando l'agenda 2030 ricorda come tra gli indicatori chiave di prestazione - <i>Key Performance Indicators</i> (KPI) è inserito l'uso di alcol e droghe.

Metodo adottato dal GdL

I partecipanti sono stati individuati dalle rispettive regioni come persone con esperienza consolidata sul tema alcol e guida, con una visione sufficientemente ampia da poter entrare nel merito delle esperienze implementate a livello locale e regionale.

Il metodo di lavoro utilizzato è stato quello partecipativo; sono state utilizzate discussioni di gruppo in plenaria e lavori in piccoli gruppi suddivisi in 2 Workshop ciascuno di circa 6 ore suddiviso in 3 sessioni ciascuno.

Le **aspettative sul percorso** espresse dai partecipanti all'inizio del lavoro erano di omogeneizzare le pratiche di certificazione/relazione, di aumentare la collaborazione tra medici specialisti dei SerD e medici legali delle CML e di armonizzare anche le basi dati, cioè le informazioni che vengono raccolte e trasmesse a fini statistici.

Modelli e criteri di invio

La CML, nella sua funzione e componente medico-legale, ha come riferimento principale il Codice della Strada, la norma e un mandato relativo alla riduzione dell'incidentalità in relazione a presupposti come il Piano Nazionale della Sicurezza Stradale (PNSS) (5). **Le logiche sottese si muovono tra tutela dei diritti individuali (diritto alla mobilità) e la tutela dei diritti della collettività (diritto alla sicurezza).**

I Servizi SerD/Alcologia nella loro funzione, sia all'interno della CML come membri "alcologi" che consulenziale, pur incastonati in tali finalità, hanno come presupposti anche mandati che discendono da indicazioni internazionali e nazionali finalizzati alla prevenzione, cura e riabilitazione del rischio alcol correlato. **La logica sottesa all'attività svolta direttamente in CML o svolta in forma consulenziale**, in funzione di tali presupposti e di altri elementi contingenti (ad es. carico di lavoro, tavoli di lavoro, accordi e/o specifiche indicazioni regionali etc.) **si situa lungo un continuum che va da una logica di screening e di approccio di sanità pubblica fino a una logica di risk management che prevede un approccio selettivo.** (Tabella 2).

Si concretizzano in questo modo differenti modelli di applicazione, condivisi o meno, e di interrelazione tra Servizio consulenziale e CML, ampiamente descritti dai partecipanti (Figura 1)

La traduzione concreta di visioni e presupposti differenti si sostanzia nella constatazione di altrettanti modelli differenti di invio (estrapolati dall'analisi della mappatura del Progetto dell'anno precedente in capo alla Regione Piemonte- PNA 2017) (Tabella 3).

Tabella 2. Caratteristiche dei modelli teorici in capo ai Servizi Specialistici e alla Medicina Legale e loro ricadute

Soggetti coinvolti	SerD/Alcologie	Medicina Legale
<i>Approccio</i>	Salute pubblica/selettivo	Selettivo
<i>Logica</i>	Screening/Risk management	Risk Management
<i>Rapporto con l'utente</i>	Approfondimento diagnostico/Intervento terapeutico	Accertativo Medico-Legale
<i>Esito</i>	Certificazione/Relazione multiprofessionale	Certificazione

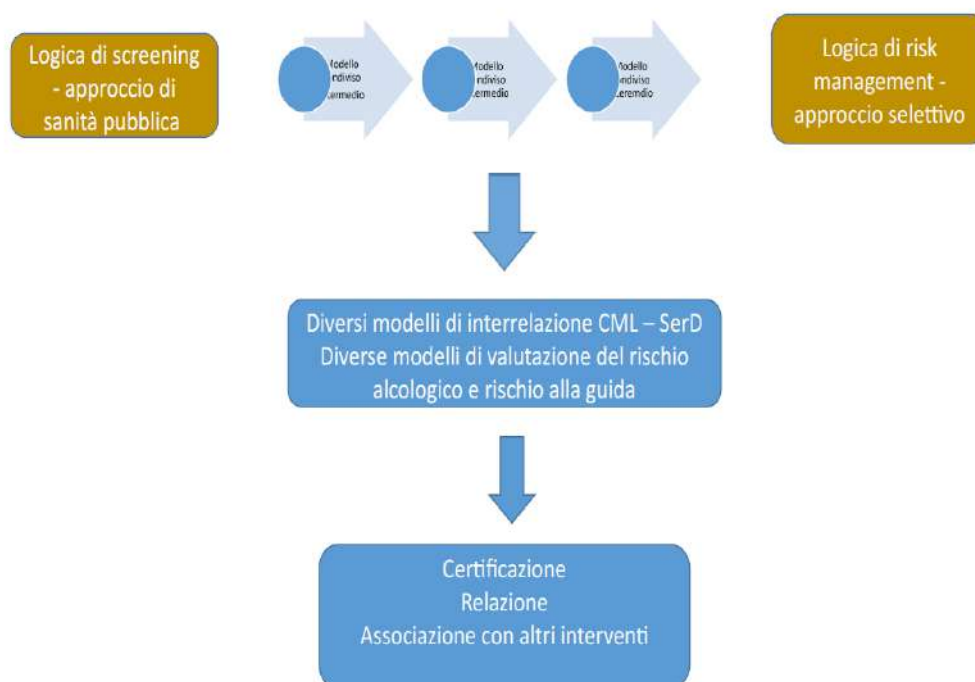


Figura 1. La cornice i modelli concettuali delle interazioni CML - SerD

Tabella 3. Tipologie dei modelli di invio ai Servizi di Alcologia/SerD

Tipo di modello	Criteri
1	Vengono inviati tutti i segnalati (preliminare alla visita in CML)
2	A discrezione della CML (successiva alla visita)
3	Sulla base di un elenco più o meno dettagliato di criteri condivisi (CML, SerD, Regione) (successivi alla visita)

Criteria di identificazione del rischio

Nel precedente lavoro di monitoraggio erano stati individuati tre livelli di rischio, riportati in tabella (Tabella 4).

Tabella 4. Livelli di rischio

Tipo di modello	Tipo di classificazione
1	Diagnosi complessiva: rischio alcolico e rischio alla guida
2	Rischio alcolico
3	Assenza di livelli di rischio

Il primo prevede che il servizio di Alcologia/SerD fornisca alla CML una valutazione complessiva, che riguarda sia il rischio alla guida che il rischio alcolico. Nel secondo modello invece al Servizio è richiesto di esprimersi sul solo rischio alcolico, mentre il terzo lascia ampia discrezionalità sul tipo di valutazione e di output attesi, in quanto non vi sono livelli di rischio predefiniti.

Buon esempio di quanto detto è rappresentato dalle considerazioni riguardo alla grande difformità relativa alle relazioni finali emesse dai Servizi specialistici al termine della fase valutativa, scritto che spazia dalla semplice certificazione attestante lo stato di dipendenza sino alla dettagliata relazione multiprofessionale, esito che non sempre corrisponde alle attese dei medici legali delle CML.

Condotte reiterate

E' emersa la **necessità di definire con precisione il concetto di “condotte reiterate”**: sotto tale dizione, infatti, possono essere ricomprese situazioni molto eterogenee: soggetti che sono stati fermati più volte con alcolemia superiore ai limiti di legge, soggetti fermati in momenti diversi per uso di alcol e per uso di sostanze, soggetti che durante il periodo di monitoraggio presso la CML presentano ripetute positività ai marker collegati all'assunzione eccessiva di alcol, soggetti che in anamnesi risultano avere avuto una dipendenza alcolica oppure comportamenti di uso di alcol problematici.

Inoltre, essendo un concetto composito, anche il tempo trascorso tra due eventi (ad es. due fermi) dovrebbe pesare ai fini della definizione di reiterazione.

Elemento di consenso all'interno del Gruppo di Lavoro è rappresentato dalla necessità di considerare all'interno del concetto di reiterazione **anche le infrazioni relative all'uso di sostanze stupefacenti (art. 187 CdS)**.

Oltre alla definizione si ritiene importante, sotto il profilo clinico, distinguere diversi **fattori che possono essere correlati alla reiterazione**: sottovalutazione soggettiva della condotta per mancanza di informazioni su alcol e guida o deficit o incapacità di comprensione, presenza di problematiche di salute non alcol correlate (patologia psichiatrica), problemi alcolologici (dipendenza e non).

I partecipanti hanno anche sottolineato che la reiterazione **non sempre è correlata a problemi alcolologici (dipendenza)** e che anzi le persone con diagnosi di dipendenza in trattamento non necessariamente sono quelle più a rischio in relazione alla guida. Una visione della reiterazione della condotta quale problema “medico” da gestire tramite i servizi di alcolologia rischia di medicalizzare un problema di comportamento, con un’aspettativa sbagliata di “guarigione”.

Gruppi info-educativi

Partendo dalle conclusioni emerse nel primo Workshop che raccoglievano l’osservazione di un’ampia eterogeneità nelle esperienze regionali e della mancanza di solida letteratura di efficacia, si sono affrontati nel dettaglio quali dovessero essere le caratteristiche dei gruppi info- educativi: l’opportunità di differenziare i gruppi (per età, per tipo di patente, per livello di rischio, per condotte reiterate) ed i profili e competenze necessarie dei formatori/conducenti.

Le opinioni dei partecipanti convergono in larga maggioranza su due contenuti minimi che andrebbero affrontati nei corsi: gli effetti dell’alcol sulla guida e le conseguenze legislative delle infrazioni alle norme (art. 186 – 186 bis e 187 del CdS).

Inoltre, relativamente ai corsi, si è ritenuta utile l’istituzione di un organismo unico per la formazione specifica degli operatori e l’identificazione di strutture di riferimento per effettuarli. E’ emersa l’opportunità di un approccio che sappia coniugare le informazioni teoriche con aspetti pratici ed esperienziali. Inoltre si è trovata ampia condivisione anche sull’uso di strumenti esperienziali quali simulatori e occhiali tarati per i diversi livelli di alcolemia. Si è ritenuto, infine, che i gruppi debbano essere composti da non più di 10-12 utenti, numero entro il quale è possibile adottare l’approccio interattivo ed esperienziale auspicato.

Per quel che concerne le figure professionali coinvolte nell’erogazione della prestazione è stato ritenuto maggiormente idoneo l’approccio gestito da un team multiprofessionale perché questo consentirebbe di sfruttare meglio le peculiarità di ogni specifica professionalità.

Con riferimento alla durata ideale dei corsi è prevalsa l'indicazione di 2-3 incontri dalla durata di 2 ore. Le conclusioni e le raccomandazioni sono riportate nella tabella successiva (Tabella 5).

Tabella 5. Caratteristiche dei gruppi info-educativi in tema di alcol e guida

Messaggi e contenuti da trasmettere	<i>contenuti minimi</i>	gli effetti dell'alcol sulla guida le conseguenze legislative delle infrazioni
		<i>enfasi sulla responsabilità</i>
Strumenti e modalità di comunicazione		<i>informazioni teoriche con aspetti pratici ed esperienziali</i>
Target e numerosità		<i>non più di 10-12 utenti</i>
Figure professionali		<i>team multiprofessionale conduttori con formazione specifica</i>
Durata		<i>2-3 incontri dalla durata di 2 ore</i>

Informatizzazione e raccolta dei dati

L'obiettivo dei sottogruppi è stato riflettere sui dati e indicatori disponibili o necessari a valutare l'esito delle procedure. Lo stato attuale evidenzia una grande carenza di dati sul fenomeno alcol e guida e in particolare sulla valutazione effettuata sia dei SerD/Alcologie che delle CML.

In merito alla indisponibilità di **dati precisi e attendibili sull'incidenza dell'incidentalità correlata all'uso di alcol**, si è rilevata la difficoltà a correlare l'incidente a una guida in stato di ebbrezza per una non sempre agevole disponibilità di etilometri, per difficoltà nel ritorno di dati alle FF.OO. dalle strutture sanitarie preposte, per l'informazione a volte verificata solo a seguito di ricorsi giudiziari; per la diversità dei sistemi di rilevazione di Polizia Stradale, Carabinieri e Polizia municipale; per la non sistematica rilevazione dell'alcolemia del guidatore in caso di decesso o di ricovero d'urgenza e quasi mai nel caso di incidente senza coinvolgimento di terzi.

Ad oggi, la fornitura all'Istat dell'informazione sugli incidenti stradali causati da conducenti in stato di ebbrezza, da parte degli organi di rilevazione, appare non completamente esaustiva e conduce a valori del dato sottostimati se comparati con ricerche nazionali e internazionali.

Per arricchire il set di dati sulle cause di incidente e colmare in parte le lacune informative, da qualche anno, sono state rese disponibili le violazioni del Codice della strada, contestate da Polizia stradale, Arma dei Carabinieri e Polizie Locali e avviata una sperimentazione sui dati riferiti alle violazioni degli art. 186 e bis e 187 in occasione di incidente stradale.

Il dato integrativo, aggregato, fornito all'ISTAT rappresenta tutte le violazioni contestate ai sensi dell'articolo 186 e 187 in occasione dell'incidente stradale, a prescindere, però, che vi sia un nesso causale e che sia stato il conducente sotto l'effetto di alcol o droghe a provocare l'incidente.

Questo dato non corrisponde, quindi, al numero preciso degli incidenti causati dall'alcol, ma **si considera un incidente alcol correlato quello in cui sia coinvolto almeno un conducente in stato psicofisico alterato.**

Il dato così ottenuto conduce a circa il 10% di incidenti stradali alcol-correlati sul totale, con riferimento all'insieme dei sinistri verbalizzati da Polizia Stradale e Carabinieri, che rilevano circa il 35% degli incidenti totali in Italia. A questa percentuale si aggiunge poi circa il 3-4% degli incidenti rilevati delle Polizie Locali dei comuni capoluogo. Si tratta, ad ogni modo, di **dati a corredo, ma non integrati**, in quanto i livelli di aggregazione territoriale sono diversi (ad es. i dati della polizia locale sulle sanzioni per art. 186 sono disponibili solo per alcuni capoluoghi).

E' stato osservato peraltro che l'OMS stima, in mancanza di una rilevazione standardizzata e certa, sulla base di indicatori vari la frazione di mortalità incidentalità stradale attribuibile all'alcol per tutte le nazioni (dati disponibili su GISAH: <https://apps.who.int/gho/data/node.main.GISAH>). Le percentuali stimate per l'Italia sarebbero pari al 36,1% per i maschi e al 23,9% per le donne. Secondo questa visione, poiché i dati servono a orientare una migliore programmazione, ciò che è importante è adottare criteri di rilevazione costanti capaci di cogliere la variazione. Il dato sottostimato del 10% non sarebbe invece abbastanza "forte" da influenzare le policy.

Il gruppo ha ragionato infine sull'efficacia dell'art. 186 in generale: l'apparato sanzionatorio appare non essere adeguato, con scarsa efficacia deterrente così come le procedure che garantiscono la condanna in funzione di variabili tecniche.

Il suggerimento sarebbe fare una "rivoluzione normativa" rendendo tutte violazioni amministrative con sanzione certa e incidendo sulle sanzioni accessorie, come sospensione e revoca della patente, che sono quelle con efficacia deterrente maggiore. Il problema è che solo una piccola percentuale di chi è fermato in stato di ebbrezza va in revisione.

Secondo l'ISS invece il problema principale sta nei controlli su strada, che sono implementati in maniera disomogenea sul territorio nazionale, ma che si potrebbero rafforzare grazie anche al fondo nazionale alcol.

In relazione invece agli indicatori del fenomeno valutativo dell' idoneità il sistema delle CML e dei Servizi SerD offre delle potenzialità per la raccolta. I limiti appaiono costituiti dalla disomogeneità di raccolta dati dalle CML/SerD, non solo rispetto alla tipologia, ma anche agli applicativi utilizzati e al livello di informatizzazione spesso assente.

I dati che dovrebbero essere già disponibili sono:

- Dati anagrafici (età, contesto etc.);
- Percentuale di giudizi di non idoneità (per CML come indicatore, ma rilevabile anche nei Servizi per osservare quanti ne arrivano su invio);
- Percentuale di recidiva (soggetti che reiterano il comportamento dopo avere concluso un percorso in CML);
- Percentuale di persone che vengono inviate dalla CML ai SerD/Alcologie (problema della diversità dei criteri di invio che può inficiare la comparabilità e l' aggregazione dei dati);
- Percentuale di persone prese in carico dai SerD/Alcologie a seguito dell' invio della CML (% di diagnosi DUA sugli invii);
- Percentuale di abbandoni del percorso proposto dall' Alcologia/SerD.;
- Rapporto tra prevalenza di consumi a rischio e popolazione inviata ai servizi dalla CML (Questo consentirebbe di valutare la capacità delle procedure di intercettare da parte dei servizi le situazioni di criticità);
- Numero di persone che aderiscono ai gruppi informativo-educativi. Questo dato secondo alcuni è disponibile a livello locale, ma dovrebbe essere raccolto a livello nazionale. Altri non sono certi se e come questo dato sia raccolto a livello locale;
- Proporzione tra visite svolte in attività istituzionale/attività istituzionale extra-LEA;
- Esami di laboratorio divisi per tipo di marcatore.

I dati risentono della disomogeneità di approccio: l'attività consulenziale viene svolta sia come prestazione istituzionale a pagamento che come accertamento rientrante tra le prestazioni erogate in una attività come PDTA.

Punti di forza e criticità'

Un'osservazione preliminare deve essere fatta riguardo alla composizione del GdL, e dei sottogruppi: al loro interno sono emerse diversità di visione in parte frutto dell'eterogenea composizione per formazione e ambito di appartenenza (medici dei servizi di alcologia, tossicologi, medici di medicina di laboratorio, medici legali oltre a esperti di diverse istituzioni e società scientifiche). Questo ha portato alla formulazione di una opinione prevalente su determinate tematiche, senza necessariamente una linea di

pensiero unanimemente condivisa. Questo limite ha comunque anche una valenza, decisamente positiva, determinata dall'arricchimento culturale derivante dalla diversa formazione ed estrazione professionale degli operatori che ha portato a delle riflessioni che probabilmente non sarebbero avvenute se ci fosse stata una omogeneità di provenienza nel campo professionale.

Collegato a questo aspetto è la mancanza di una chiara indicazione normativa sulla collocazione entro o fuori LEA degli accertamenti svolti dalle CML e, in conseguenza, dai SerD. Se, come evidenziato nella premessa normativa, il DPCM 12 gennaio 2017 non prevede esplicitamente gli accertamenti di idoneità alla guida tra le prestazioni che debbono essere garantite in maniera uniforme sul territorio nazionale, è altrettanto indubbia la valenza fortemente preventiva ed educativa, svolta dagli accertamenti delle CML e dei SerD. A tal proposito è necessario precisare che l'aspetto "costo" delle prestazioni (che ad esempio il codice della strada pone a carico dell'utente) non deve confondere l'aspetto "livello essenziale" (che lo stesso codice prevede dal momento che vincola l'accertamento dell'idoneità al giudizio svolto da un organismo tecnico di nomina regionale).

Rispetto ai modelli

Una prima criticità evidenziabile è che si concretizzano, in funzione dei modelli sottesi, differenti modelli di applicazione, condivisi o meno, e di interrelazione tra Servizio consulenziale e CML, ampiamente descritti dai partecipanti.

Altra criticità è rappresentata dal fatto che i presupposti teorici di riferimento e le necessità pratiche dei singoli territori fanno sì che le interrelazioni descritte tra CML e SerD spazino attraverso differenti modelli interpretativi sul ruolo che le varie componenti hanno nel circuito identificazione (precoce)/idoneità alla guida/interventi (individuali e di popolazione).

Ulteriori criticità sono costituite dall'incostante presenza dell'alcolologo nella composizione delle CML e dalla definizione dei suoi compiti, al momento non ancora chiaramente individuati e condivisi, che spaziano da una prevalente finalità di tipo clinico-terapeutico ad una prevalente finalità di tipo valutativo medico-legale.

Nella eterogeneità evidenziata sul territorio nazionale emergeva anche un elemento di consenso che accomunava i partecipanti al Gruppo di Lavoro e cioè che l'invio ai servizi dovrebbe essere effettuato sulla base di criteri condivisi e predefiniti frutto di un lavoro di collaborazione tra medici legali (CML) ed alcolologi (servizi delle dipendenze)

Queste eterogeneità sul territorio hanno rappresentato un elemento di stimolo, e questo è innegabilmente un punto di forza. In questa ottica va vista la ricerca di azioni di miglioramento che possono essere viste anche come raccomandazioni per cui è stata proposta la necessità di protocolli operativi per uniformare i percorsi CML/SerD, basati su linee di indirizzo / buone pratiche fornite anche quale contributo alla concertazione in ambito nazionale e regionale come riportato nelle conclusioni (vedi sintesi).

Rispetto all'identificazione del rischio

Una delle ragioni di criticità risiede nella diversità di approccio al “rischio”, inteso come rischio alcolologico oppure come rischio alla guida che non necessariamente coincidono.

Una seconda criticità appare legata alla differenziazione dei linguaggi e degli strumenti utilizzati nella stesura delle relazioni, elemento che contribuisce alla loro eterogeneità.

Un ruolo rilevante è legato all'utilizzo del dato laboratoristico che secondo gli alcolologi rappresenta un dato da interpretare nel contesto più ampio della “diagnosi alcolologica” mentre per i medici legali ed i medici di laboratorio dovrebbe rappresentare un elemento cardine su cui basare la valutazione del percorso. Privilegiare una interpretazione rispetto all'altra si riverbera inevitabilmente in una difformità dei percorsi intrapresi all'interno dell'iter valutativo medico-legale così come nella stesura della relazione alcolologica.

Nonostante l'eterogeneità di interpretazione del livello di rischio emergeva da parte dei partecipanti un elemento di consenso e cioè che **il rischio alcolologico, oggetto della valutazione specialistica, è da considerarsi come uno dei diversi elementi che circostanziano il rischio alla guida, rischio composito attribuito dalla CML.**

Queste diversità si traducono nella pratica abbastanza diffusa tra gli utenti di “migrazione” tra CML anche diverse dalla propria area di residenza ricercando percorsi meno onerosi e/o più rapidi.

Il tentativo di uniformare gli aspetti valutativi, sia dal punto di vista del linguaggio che dal punto di vista “diagnostico”, ha rappresentato un punto di forza che identifica una ottima base su cui costruire procedure uniformi ed omogenee sul territorio nazionale. In questo senso un aspetto importante è rappresentato anche dalla ricerca di un linguaggio comune tra le varie professionalità che inizialmente ha rappresentato un elemento di contrasto, ma che con la prosecuzione degli incontri ha trovato elementi di condivisione che non dovranno essere dispersi.

Da questa riflessione è emersa la necessità, e quindi la raccomandazione, di istituire corsi specifici per normare e omogeneizzare la stesura delle relazioni rilasciate dai servizi delle dipendenze

Rispetto alle condotte reiterate

Un punto di criticità è costituito dal tempo: la valutazione diagnostica, in genere, richiede un tempo di almeno due mesi. Una valutazione condotta in tempi ridotti non permette la creazione di un setting medico-utente fiduciario e fornisce risposte molto parziali rispetto alla possibilità che la persona possa reiterare il comportamento. Nel caso di un utente in precedenza già in carico al SerD/Alcologia, l'episodio di infrazione, pur non costituendo una reiterazione deve essere adeguatamente soppesato nella valutazione diagnostica.

Rispetto ai gruppi info-educativi

Il tema dei gruppi info-educativi è stato quello dove si sono riscontrate le maggiori convergenze. Infatti tutti i partecipanti hanno convenuto sulla importanza e necessità che l'aspetto infoeducativo venga attuato in maniera uniforme, rappresentando i gruppi l'occasione da offrire ad ogni utente della strada che ha fatto una infrazione all'art. 186 CdS per riflettere sul proprio comportamento alla guida.

Inoltre si è convenuto sulla necessità di omogenizzazione sul territorio nazionale dei criteri di istituzione dei gruppi (organo centrale di formazione, numero di incontri e di partecipanti, modalità di esecuzione). Riassumendo il punto di forza è costituito dalla convergenza di tutti i partecipanti sulla loro istituzione. Le criticità maggiori, infatti, consistono nella ampia diversità di esperienze regionali associata alla mancanza di studi e dati di efficacia, che rende problematica una comparazione. A tale diversità si associa la mancanza di percorsi formativi e strutturati per gli operatori. Il confronto ha posto in evidenza la necessità di differenziare i gruppi in base a fasce di età, livello di rischio, tipologia di patente posseduta, prevedendo percorsi specifici per le condotte reiterate.

Rispetto alla raccolta dati e alla informatizzazione

Il tema della raccolta dati risente di una forte criticità legata alla mancanza di flussi dati certi su alcol e incidentalità, in parte ovviato dai dati resi disponibili dall'OMS (7) Il GdL, nella sua eterogenea composizione, ha permesso di porre in evidenza possibili correttivi per migliorare la qualità dei dati:

- Necessità di individuare “*key performance indicators*”

- Determinazione di un numero minimo di controlli su strada in ogni regione, che dovrebbero inoltre essere uniformati e randomizzati;
- Verifica delle condanne a seguito di procedimento giudiziario ai sensi dell'art. 186 comma 2bis per ovviare al bias informativo rispetto alla contestazione iniziale del reato

Inoltre si è convenuto sulla potenzialità che la rete delle CML / SerD, diffusa su tutto il territorio, offre quale punto di raccolta dati; per contro il livello di informatizzazione è molto disomogeneo e necessita, oltre ad una implementazione del sistema di raccolta, di una standardizzazione della tipologia dei dati raccolti.

Elementi di consenso e raccomandazioni

Rispetto ai modelli

Il dibattito sui tre modelli di invio nel GdL si può sintetizzare nelle seguenti conclusioni:

“Tutti i modelli di invio possono essere validi nella pratica, se fondati su una logica e su obiettivi condivisi, così come nessuno dei modelli scongiura di per sé il rischio di una confusione dei ruoli medico-legale e clinico-terapeutico e quello della difformità di trattamento. Inoltre è difficile ipotizzare che un unico modello vada bene in contesti territoriali con flussi di utenza e risorse molto diversi”.

L'invio a posteriori sulla base di criteri condivisi e predefiniti (terzo modello) sembra tuttavia quello più praticabile in un'ottica di omogeneizzazione delle pratiche a livello nazionale (ritenuta necessaria per ragioni di equità di trattamento e per evitare la migrazione degli utenti) e per evitare le confusioni che derivano da una lacuna normativa che non attribuisce un ruolo specifico all'alcolologo nelle procedure di accertamento di idoneità alla guida. I criteri vanno però stabiliti sulla base di linee guida o raccomandazioni e buone pratiche esistenti.

Rispetto alla identificazione del rischio

La discussione ha messo in evidenza che i modelli teorici proposti trovano nella pratica soluzioni organizzative diverse e in certi casi ibride. Le differenze sono legate alle caratteristiche dei singoli servizi, delle risorse disponibili e alle specificità territoriali. Un'istanza sollevata da più parti è che le procedure siano definite anche e soprattutto sulla base delle evidenze scientifiche e sulle migliori pratiche disponibili

Rispetto alle condotte reiterate

Come raccomandazione si determina che l'invio all'alcolologia dovrebbe essere pertanto riservato ai soggetti che reiterano l'infrazione, per gli approfondimenti clinici di competenza, mentre, nell'ambito della CML, l'alcolologo dovrebbe curare l'aspetto informativo-educativo, che deve tenere conto del livello culturale e della capacità di comprensione del rischio della persona. Durante la valutazione al SerD dovrebbe essere effettuata una "diagnosi" alcolologica in caso di condotte reiterate, anche più volte, ma ponendo alcuni limiti (ad es. fissando dei limiti temporali tra una valutazione e l'altra e ponendo un limite numerico alle valutazioni).

Rispetto ai gruppi info-educativi

I gruppi non dovrebbero essere opzionali, ma diventare parte di uno standard minimo di offerta. Essendo un intervento di salute pubblica e prevenzione primaria, c'è anche accordo, in generale, sul fatto che i corsi debbano essere proposti a tutti i casi segnalati ed attivati quale occasione unica, in una prospettiva di salute pubblica, per fare prevenzione, intercettare potenziali utenti e favorire il cambiamento

Relativamente ai contenuti consenso generale è stato raggiunto sul fatto che vada posta enfasi sulla responsabilità del guidatore sui potenziali danni per gli altri utenti della strada, in un'ottica di salute pubblica.

Condivisione dalla maggioranza, ma non da tutti, ha trovati invece il contenuto relativo alle informazioni da fornire relative ai servizi e ai "percorsi terapeutico-riabilitativi" per problemi alcol-correlati.

L'obiettivo più importante è dunque l'individuazione di standard di riferimento che forniscano almeno un'impostazione condivisa e criteri comuni in merito a destinatari, contenuti e conduttori; tale impostazione consentirebbe di rendere gli interventi efficaci, colmando la frammentarietà dovuta alle differenze territoriali, superando i particolarismi dovuti a posizioni personali.

Rispetto alla informatizzazione e raccolta dati

Relativamente alla raccolta dati ed informatizzazione nelle raccomandazioni è emersa la necessità di:

- Verificare (a posteriori) le condanne che sono state fatte in ambito giudiziario ai sensi dell'art.186 c.d.s comma 2 bis con acquisizione del dato da parte dell'ISTAT

- Stabilire un numero minimo di controlli su strada in ogni regione che dovrebbero essere uniformi e randomizzati
- La necessità di informatizzazione dei servizi per consentire un'omogenea raccolta dati dalle CML/SerD, non solo rispetto alla tipologia dei dati stessi, ma anche all'operatività degli applicativi utilizzati al fine sia di consentire una migliore conoscenza del fenomeno che di rendere attuabile la valutazione degli esiti
- La necessità di una uniforme modalità di registrazione e raccolta dati sull'incidentalità stradale da parte delle forze dell'ordine.

Bibliografia

- Fell J.C. Approaches for reducing alcohol-impaired driving: Evidence-based legislation, law enforcement strategies, sanctions, and alcohol-control policies. *Forensic science review*, 2019:31(2).
- World Health Organization. Global Information System on Alcohol and Health (GISAH). Geneva: WHO. <https://apps.who.int/gho/data/node.main.GISAH>
- Italia. Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12.01.2017. Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502. *Gazzetta Ufficiale - Serie generale* n. 65, 18.03.2017 - Suppl. Ordinario n. 15.
- Italia. Decreto del Presidente della Repubblica 16.04.2013, n. 68. Regolamento recante modifiche all'articolo 330 del decreto del Presidente della Repubblica 16 dicembre 1992, n. 495, in materia di commissioni mediche locali. *Gazzetta Ufficiale - Serie generale* n.141, 18 giugno 2013.
- National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. *Getting to zero alcohol-impaired driving fatalities: A comprehensive approach to a persistent problem*. The National Academies Press, Washington DC; 2018.
- Ministero della Salute. Direzione generale della programmazione sanitaria. *Piano Nazionale Cronicità. Accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 15 settembre 2016*. Roma: Ministero della Salute, 2016. https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2584_allegato.pdf
- Ministero della Salute. Direzione generale della prevenzione sanitaria. *Piano Nazionale Prevenzione 2020-2025*. Roma: Ministero della Salute; 2020. https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_notizie_5029_0_file.pdf
- Ministero delle Infrastrutture e della Mobilità Sostenibili. Direzione generale per la sicurezza stradale e l'autotrasporto. *Piano Nazionale per la Sicurezza Stradale 2030*. Roma: Ministero delle Infrastrutture e della Mobilità Sostenibili, 2021.
- Schulze H, Schumacher M, Urmeew R, Alvarez J, Bernhoft I.M, de Gier H. D.G, ... & Zlender B. *Driving under the influence of drugs, alcohol and medicines in Europe—findings from the DRUID project*. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2012 - 57 pp.

- Terer K & Brown R. Effective drink driving prevention and enforcement strategies: Approaches to improving practice. *Trends and issues in crime and criminal justice*, 2014;(472), 1.
- Venkatraman V, Richard C.M, Magee K, & Johnson K. *Countermeasures That Work: A Highway Safety Countermeasure Guide for State Highway Safety Offices, 2020, 2021* (No. DOT HS 813 097). United States. Department of Transportation. National Highway Traffic Safety Administration.
- WHO Regional Office for Europe. *European action plan to reduce the harmful use of alcohol 2012–2020*. Copenhagen: WHO; 2012. http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0008/178163/E96726.pdf?ua=1. Edizione italiana a cura dell’Istituto Superiore di Sanità. *Piano d’azione europeo per ridurre il consumo dannoso di alcol 2012-2020*. Roma: ISS; 2013. <http://www.epicentro.iss.it/alcol/apd2013/european%20action%20plan%202012%202020%20italian%20translation.pdf>

3. LE RETI CURANTI

Introduzione del responsabile scientifico

Giovanni Greco

Direttore Dipartimento Dipendenze AULSS7 Pedemontana

Il percorso iniziato nel 2019, nell'*intersezione* tra Ministero della Salute e Regioni, ha avuto le caratteristiche dell'esplorazione, della reciprocità, del confronto di esperienze, idee, progetti, prassi consolidate, modelli formalizzati, approcci informali.

Tale percorso, reso possibile grazie all'impegno di un gruppo di facilitatori individuati sulla base delle indicazioni di Regioni e Società Scientifiche, ha condotto all'elaborazione di documenti di sintesi ed analisi orientati a rimarcare la qualità dell'esistente e ad indicare la strada per consolidare il comprovato e per orientare la progettualità futura.

E' stato privilegiato un approccio partecipativo che ha garantito opinioni, punti vista, expertise, fortemente orientato sui bisogni della persona e della sua famiglia, con il contributo della cittadinanza competente attraverso le sue espressioni associative.

Il percorso dell'area reti curanti ha reso evidente che negli anni la sempre maggiore coscienza della rilevanza del trattamento del Disturbo da Uso di Alcol ha implicato il consolidamento di un modello di relazione tra attori diversi e dialoganti in grado di condividere un alfabeto comune.

I nodi della rete alcologica a partire dai Servizi dedicati sono rappresentati da medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, pronto soccorso, reparti ospedalieri (medicina interna, gastroenterologia, neurologia), ambulatori divisionali, servizi di salute mentale (CSM, SPDC), servizi dedicati ad infanzia, adolescenza e famiglia, consultori, servizi dedicati al reinserimento lavorativo, servizi sociali dei Comuni, giudice tutelare (AdS), comunità terapeutiche, associazioni (AA, AlAnon, CAT), ospedalità privata accreditata a vocazione riabilitativa, equipe trapiantologica, sanità penitenziaria.

Il percorso reti curanti ha evidenziato come la presa in carico del disturbo da uso di alcol deve:

- Avere le caratteristiche della multiprofessionalità e dell'integrazione

- Garantire un *continuum* di azioni traducibili in percorsi strutturati avversi alla frammentazione
- Essere orientata alla prevenzione della cronicità e delle complicanze, al contrasto alla solitudine e all'isolamento e di conseguenza alla perdita del ruolo sociale
- Generare una condizione di consapevolezza di malattia quanto di stile di vita rischioso o dannoso nella persona assistita e nelle sue reti di relazione
- Inserire strumenti di valutazione dell'aderenza al trattamento
- Sostenere e legittimare *caregivers*.

Il percorso reti curanti ha evidenziato come l'efficacia del percorso assistenziale dipenda da:

- Presenza di sedi fisiche di prossimità, ad accesso facilitato, di chiara ed univoca identificazione, legittimate da norme nazionali, regionali e conseguenti atti aziendali
- Identificazione di aree ospedaliere di intervento, a breve e medio termine, finalizzate al trattamento degli stati di intossicazione, alla disassuefazione, all'identificazione ed al monitoraggio delle patologie correlate, alla motivazione al percorso assistenziale integrato
- Necessità di sostenere attivamente la ricerca scientifica in ambito alcolologico anche al fine di supportare attraverso evidenze la formulazione di linee guida nazionali, protocolli, procedure, modelli di PDTA
- Uscire dalla rigida dinamica della refertazione per andare verso l'accompagnamento ovvero realizzare «luoghi comuni-setting integrati» di intervento/costruzione di progetto (ambulatori condivisi, sportelli esternalizzati, percorsi di UVM.....)

Il PNRR pone la sua attenzione sullo sviluppo della Medicina Territoriale ed in particolare sulle Case della Comunità e sulle realtà professionali/assistenziali ad esse afferenti. Tale afferenza oltre a facilitare l'accesso a specifici percorsi di cura introduce la necessità di una divulgazione formativa condivisa con MMG, PLS, ADI, Infermieri di famiglia e Infermieri di Comunità sull'avviso/informazione breve sugli stili di vita predittivi di condotte additive o sul peggioramento delle condizioni cliniche di base o con evoluzione verso la cronicità al fine di esplorare le conoscenze/competenze del paziente e dei suoi familiari, comprendere quanto desidera sapere, condividere le informazioni, apprezzarne il feedback, pianificare e accompagnare il cambiamento. Il PNRR dunque sollecita una *presa di coscienza inequivoca* da parte di tutti gli attori territoriali delle problematiche alcolcorrelate, dei modelli comportamentali e degli stili di vita che si traducono in tale ambito in determinanti di salute. Ancor più nel momento in cui si sviluppano i tre assi portanti del percorso territoriale integrato in tale sede auspicato: la pianificazione dell'assistenza post-ricovero (ed in particolare per quelle condizioni morbose connotate da progressività e cronicità che richiedono una

consapevolezza della rete persona assistita-familiari-care giver su stili di vita coerenti con gli obiettivi di cura, individuando l'alcol come fattore interferente con i trattamenti proposti), la possibilità di ricorrere alla degenza ospedaliera per stati di intossicazione e percorsi di disassuefazione, la presa in carico integrata nell'ambulatorio del MMG.

I concetti di multidisciplinarietà, multisetorialità, trasversalità, esigibilità del diritto alle cure, equità ricorrono nella necessità di dare dignità ai percorsi formativi sull'*addiction* ed in particolare in ambito alcologico.

Le conoscenze di ordine epidemiologico, strategico, tanto sulle problematiche alcolcorrealte quanto sull'identificazione precoce, le potenzialità di cura, le porte di accesso alla rete dei servizi, la prevenzione, attraverso un approccio destigmatizzante, sono ritenute essenziali negli itinerari formativi delle professioni sanitarie e sociosanitarie, con specifiche declinazioni in termini di distribuzione delle aree didattiche e di livelli progressivi di apprendimento.

Al tempo stesso il consolidamento delle competenze dei professionisti dedicati all'alcolologia deve passare attraverso l'arricchimento e la manutenzione del lessico condiviso, la rivalutazione delle opportunità di assessment, le modalità di costruzione di progetti personalizzati, il counselling individuale e familiare, le opportunità farmacoterapiche basate sull'evidenza, gli interventi psicoeducativi e psicoterapeutici sostenibili, le potenzialità degli interventi gruppal, l'approccio di comunità, la risorsa del self-help e delle comunità multifamiliari.

La rete alcologica oggi

Maria Raffaella Rossin¹, Guido Faillace²

¹già responsabile servizi alcologia (NOA) Asst Fatebenefratelli – Sacco di Milano

²Direttore UOC Dipendenze Patologiche SerT – ASP Trapani

Progetto approvato dal Ministero della Salute ai fini della Conferenza Nazionale Alcol (referente scientifico: Maria Migliore) e affidato alla Regione Emilia-Romagna (referente: Alessio Saponaro). Contributo del Gruppo di Lavoro coordinato dal responsabile scientifico Giovanni Greco, con il supporto tecnico e metodologico di Barbara Leonardi (psicologo LP Regione Emilia-Romagna).

I Componenti del GdL: Luigi Stella (Campania), Alessandro Jaretti Sodano (Piemonte), Guido Intaschi (Toscana), Elena Molinaroli (Emilia-Romagna), Federico Bruno (Liguria SerT Asl3), Mara Giloni (FederSerD), Teo Vignoli (SIA).

Riassunto

In questo capitolo viene presentata la struttura che dovrebbe avere la Rete alcologica in Italia per poter rispondere alle richieste di aiuto e di cura dei cittadini e dei loro familiari. Partendo dalla fase storica rappresentata dalla Legge n. 125 del 2001, “Legge quadro in materia di alcol e di problemi alcol-correlati”, vengono presentate alcune esperienze di reti curanti intersettoriali. Queste reti, sperimentate da Aziende Sanitarie Regionali, hanno inserito i servizi alcologici di cura in una rete attiva rappresentata dai vari servizi socio-sanitari e riabilitativi e dagli Enti della Comunità in una sinergia collaborativa che promuove salute. Successivamente viene presentato un modello di Rete Curante che possa consentire al cittadino con disturbo da uso di alcol di utilizzare, nella regione in cui risiede, delle porte di accesso ai servizi di cura per poter essere intercettato velocemente prima che il disturbo da uso di alcol diventi cronico.

Lo stato dell’arte

La Legge n. 125/2001 “Legge quadro in materia di alcol e di problemi alcol-correlati” ha istituito l’intervento sulle principali tematiche alcol-correlate prendendo atto dell’impatto sociale e sanitario dell’alcol nella popolazione e ponendo in essere un’articolata serie di indirizzi indispensabili per giungere a prevenire, attraverso misure specifiche, i danni che l’alcol produce e concorre a produrre.

Dal 2001 si sono progressivamente implementate azioni a livello locale e regionale che sono andate a rafforzare le prime iniziative nate a seguito del Decreto Ministeriale

del 3 agosto 1993 “Linee di indirizzo per la prevenzione, la cura, il reinserimento sociale e il rilevamento epidemiologico in materia di alcol dipendenza”.

La legge n. 125 ha contribuito a focalizzare l’attenzione non solo sull’alcoldipendenza ma sui Problemi e le Patologie Alcol-correlate (PPAC), con cui si fa riferimento a tutti quei problemi di ordine fisico, psichico e sociale, connessi al consumo, episodico o protratto, di bevande alcoliche, capaci di provocare sofferenze multidimensionali che si manifestano in maniera diversa da individuo a individuo e che coinvolgono l’intera società. In questi anni in molte regioni italiane sono stati costruiti servizi dedicati al trattamento delle PPAC e definiti percorsi e protocolli che coinvolgono la rete ospedaliera, la medicina di base, i servizi territoriali socio-sanitari preposti alla cura delle problematiche familiari psico-sociali (Consultori familiari, servizi materno infantili), i servizi sociali dei Comuni, il Terzo Settore con uno specifico apporto dei gruppi di auto aiuto alcolologico degli Alcolisti Anonimi, dei Gruppi familiari Al-Anon e dei Club Alcolologici Territoriali. Un contributo importante per un ulteriore passo avanti è contenuto nella Relazione del Ministro della Salute al Parlamento sull’Alcol del 2020 che prevede «...la seconda Conferenza Nazionale Alcol, rappresenterà un evento di grande interesse per gli *Stakeholders* in ambito alcolologico, ed è in fase di attivazione il Tavolo di Lavoro sull’Alcol.

Entrambe le predette iniziative rispondono all’esigenza di dare piena attuazione alla Legge 125/2001 che prevedeva una serie di adempimenti, che in parte sono stati attuati ed in parte non si sono tradotti in iniziative realizzate, pur mantenendo a tutt’oggi una riconosciuta validità. La modifica del Titolo V della Costituzione (Legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3), subentrata poco dopo la Legge n. 125/2001, 3 ha, come noto, rimodulato la competenza legislativa e amministrativa tra Stato e Regioni e questo ha avuto ripercussioni sulla attuazione della Legge stessa. Ciò ha comportato una serie di criticità non ancora affrontate e risolte.

Pertanto, i lavori del tavolo tecnico sull’alcol dovranno rispondere alla necessità di coordinare gli interventi sul territorio nazionale, in modo da fornire risposte e soluzioni alle criticità emerse, e rispondere anche alla cogente esigenza di confronto con le indicazioni formulate in ambito internazionale.».

I nodi della rete curante in alcologia

La rete curante in alcologia, per essere efficace e ridurre lo spreco di risorse, deve prevedere una intersettorialità degli attori coinvolti nella rilevazione del bisogno di cura della popolazione con PPAC e l’erogazione dei servizi sanitari, psico-socioriabilitativi e di assistenza sociale.

Le Aziende Sanitarie (Ausl/ASL/USL/Asst) con i servizi specialistici dedicati

all'alcolologia e al trattamento delle PAC, i Medici di Medicina Generale, i Servizi Specialistici Territoriali (Consultori Familiari, Servizi di psichiatria, Servizi per l'Infanzia e l'Adolescenza), i Distretti Sanitari, i Pediatri di Base, i Pronti Soccorso e i Reparti Ospedalieri oltre alle Comunità Terapeutiche, i Centri Diurni, i gruppi di auto mutuo aiuto alcolologici attraverso protocolli di lavoro possono offrire risposte mirate ed efficaci sia ai cittadini con PPAC ma anche ai loro familiari che, spesso, chiedono aiuto in prima persona. Le azioni di integrazione devono necessariamente coinvolgere anche gli Enti Locali e il Terzo Settore per promuovere azioni che rispondano anche ai bisogni di assistenza e reinserimento lavorativo. Inoltre, attivando tutte quelle valenze territoriali che stimolano nel singolo e nel sistema famiglia l'*empowerment* e il fronteggiamento, la rete curante consente di ottimizzare le risorse riducendo gli sprechi rappresentati, ad esempio, dai ricoveri a porta girevole che portano alla cronicizzazione del soggetto dipendente da alcol.

La rete sul territorio agevola l'ingresso e facilita l'accoglienza delle persone portatrici di PPAC attraverso la formazione continua dei vari operatori sociali e sanitari e la reciproca collaborazione attraverso la creazione di percorsi condivisi. Un esempio possibile ci viene dato dalla descrizione che la Regione Piemonte fa nelle Linee di indirizzo per le attività inerenti il Programma Regionale Alcol e Salute 2019- 2021 in cui sottolinea che, partendo da esperienze di "rete naturale" tra servizi di alcologia, dipartimenti di Salute Mentale e servizi sociali fondata più su rapporti personali e informali, fatta di collaborazioni spontanee nate dalla pratica, è possibile costruire un rapporto di interdipendenza tra tutti i servizi che consenta una presa in carico maggiormente integrata del paziente. Dalla rete spontanea si deve passare, con un percorso evolutivo, alla costruzione di una rete maggiormente strutturata e formalizzata. In specifico le Comunità presenti sul territorio, i Gruppi di volontariato, i servizi specialistici dedicati all'alcolologia e al trattamento delle PAC, devono rafforzare le modalità di collaborazione, anche attraverso gruppi di lavoro strutturati e momenti formativi comuni, sviluppando quindi progettazioni su lungo periodo, sia sulla gestione del singolo caso, sia sull'analisi dei bisogni e la programmazione degli interventi nella gestione della problematica alcolica sul territorio. Questo esempio ci porta anche all'importanza della costruzione di protocolli di collaborazione tra ospedale e territorio per una maggior continuità assistenziale che veda coinvolti anche i Medici di Medicina Generale attraverso percorsi formativi di interscambio che consentano una reciproca riflessione sulle esperienze e sulle strategie per favorire la definizione di percorsi interconnessi che rispondano ai bisogni della popolazione con PPAC.

Di particolare rilevanza è proprio la rete tra Medici di Medicina Generale (MMG) e servizi specialistici dedicati all'alcolologia e al trattamento delle PAC. Un esempio di rete che continua a mantenersi attiva da molti anni é quello tra i Medici di Medicina

Generale degli attuali Municipi 7,8 e 9 (circa 600 mila abitanti) di Milano e i servizi specialistici dedicati all'alcolologia e al trattamento delle PAC (Nucleo Operativo Alcolologia - NOA).

La strategia adottata per consentire un invio rapido del paziente con DUA da parte dei MMG é stato il coinvolgimento degli stessi da parte del Servizio di Medicina Territoriale della ASL, richiesto dal servizio specialistico dedicato all'alcolologia e al trattamento delle PAC, attraverso l'invio periodico e costante di brochure del NOA e di un opuscolo con l'attività del Servizio inserito nel Sito dell'ASL e facilmente scaricabile.

Parallelamente sono stati organizzati incontri formativi sulle tematiche alcoliche, rivolti ai MMG e la presentazione della NOA-CARD che viene compilata dal medico del NOA, inviata al MMG quando il paziente é in carico (dopo aver chiesto il suo consenso) e aggiornata periodicamente per consentire una costante collaborazione tra medico del NOA e MMG. Attraverso questo semplice strumento il canale di comunicazione tra MMG e NOA si è consolidato nel tempo riuscendo a superare le resistenze dei Medici di Base e facilitando l'invio dei pazienti e dei familiari al NOA. Anche il lavoro integrato tra Pronto Soccorso, Reparti Ospedalieri e i servizi specialistici dedicati all'alcolologia e al trattamento delle PAC, va strutturato con specifici protocolli, verificato e consolidato nel tempo perché i nodi critici da affrontare sono relativi alla differente cultura del personale sanitario rispetto al portatore di dipendenza alcolica. Inoltre l'articolazione dell'attività della Medicina d'emergenza-urgenza e dei reparti si inserisce con difficoltà nei bisogni che l'alcolista ma anche i suoi familiari hanno di essere ascoltati e sensibilizzati alla cura durante la permanenza in Pronto Soccorso e la degenza in reparto.

Possibili architetture tipo di relazioni fra vari nodi della rete curante

Dagli esempi sopra riportati si evince come esistano specifiche architetture tipo che, coinvolgendo tutti i nodi della rete curante, possono offrire risposte mirate ed efficaci alla persona con PPAC e al suo sistema famiglia. Per essere utilizzabile l'architettura della rete deve prevedere una collaborazione tra i nodi della stessa facilitando l'iniziativa e la facilità di movimento degli attori delle varie realtà. Per realizzare questa libertà di movimento ma anche una efficace sinergia è necessario costruire protocolli e procedure flessibile che prevedano standard condivisi e obiettivi a breve, medio, lungo termine con verifiche periodiche.

Un'esperienza interessante che ha messo in atto l'Asst Fatebenefratelli Sacco di Milano vede coinvolti i Servizi per le Dipendenze Patologiche (SerT e NOA), i Servizi Territoriali di Psichiatria (CPS) e i reparti psichiatrici di ricovero ospedalieri (SPDC)

per migliorare l'intervento integrato sui pazienti con doppia diagnosi e ottimizzare le risposte all'utenza anche attraverso il coinvolgimento dei gruppi di auto aiuto alcolico. L'architettura-tipo ha previsto la costruzione di una rete tra SerT-NOA, CPS e medici di reparto con un protocollo di lavoro agile che prevede incontri allargati periodici per valutare i casi clinici complessi e le difficoltà da affrontare per mantenere attiva la rete di collaborazione. Questa esperienza, avviata nel 2019, sta consentendo una conoscenza reciproca degli operatori e degli specifici protocolli di lavoro, una proficua trasmissione di informazioni e un superamento delle difficoltà nella motivazione dei pazienti ad accedere ai servizi di cura delle dipendenze. Come scritto da Simoni, Nicoli e Palestini dell'Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna «...le condizioni minime per la fattibilità e la permanenza di una rete tra organizzazioni sanitarie sono l'economicità di gestione, la comunanza di intenti e lo sviluppo di un gioco non a somma zero (ovvero la percezione che cooperare in rete sia comunque vantaggioso). Perché questo bilancio si mantenga di segno positivo e i nodi siano incentivati a mantenere viva e attiva la logica di rete è necessario dare senso alla fatica del pensarsi connessi (e non fare da soli) e curare le interdipendenze come esito vantaggioso per tutti».

Un altro esempio é offerto dai servizi sociali di Piacenza, i “piani di zona” (Figura 1), nodo di collegamento tra servizi sociali e sanità:

- Costituiscono, un approccio metodologico di analisi dei servizi stessi connessi al territorio di riferimento;
- Mettono in relazione i vari soggetti operanti sul territorio, istituzionali e non, con l'obiettivo di sviluppare e qualificare i servizi sociali per renderli flessibili e adeguati ai bisogni della popolazione;
- Sono strumenti innovativi per programmare le politiche sociali territoriali: sono strumenti di programmazione a tutto tondo dei servizi socio-assistenziali e socio-sanitari locali che consentono di promuovere e realizzare una rete integrata ed efficiente dei servizi sociali che assicuri risposte efficaci al bisogno delle persone;
- Si basano su una struttura che si riferisce a diverse aree di intervento:
 - Area Anziani
 - Area Disabili
 - Area Fragilità (PDTA Adulti Fragili)
 - Area Minori e Famiglia (Protocollo Minori)
 - Area Dipendenze (SerDP)
 - Area Immigrazione (PDTA Transculturata)
 - Area Giovani (Percorso Giovani 14-25).

Attraverso queste aree, i nodi della rete curante, utilizzano personale che collabora tra i vari PDTA (Operatori sociali dei comuni/sanitari ospedalieri e territoriali) tramite procedure condivise tra i vari servizi nei diversi territori. Partecipazione dei vari professionisti a diversi tavoli del territorio. Operatori del SerDP che partecipano ai vari PDTA; operatori sociali e di strada che partecipano all'equipe alcolica del SerDP.

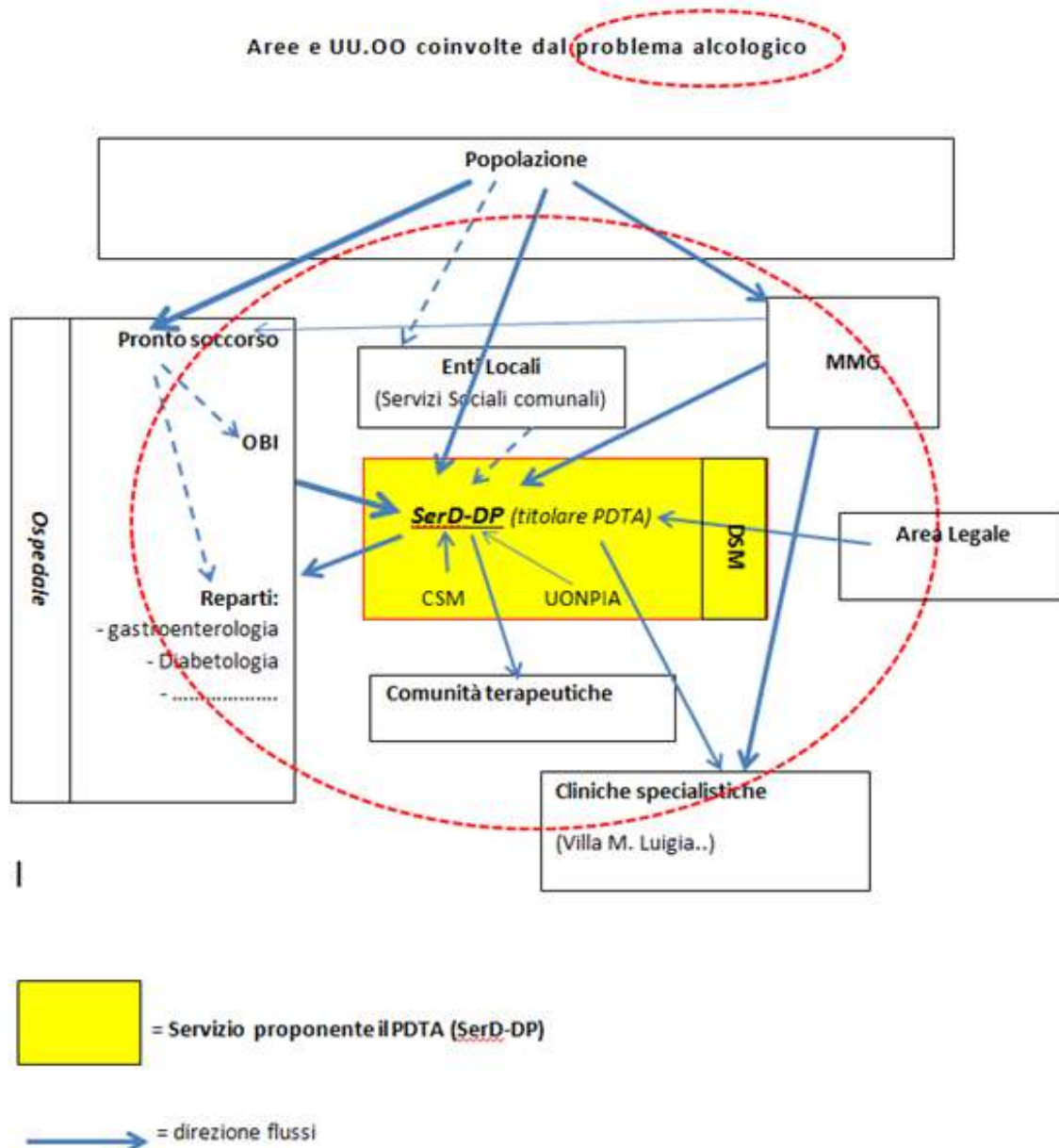


Figura 1. Piani di Zona- Servizi Sociali Piacenza

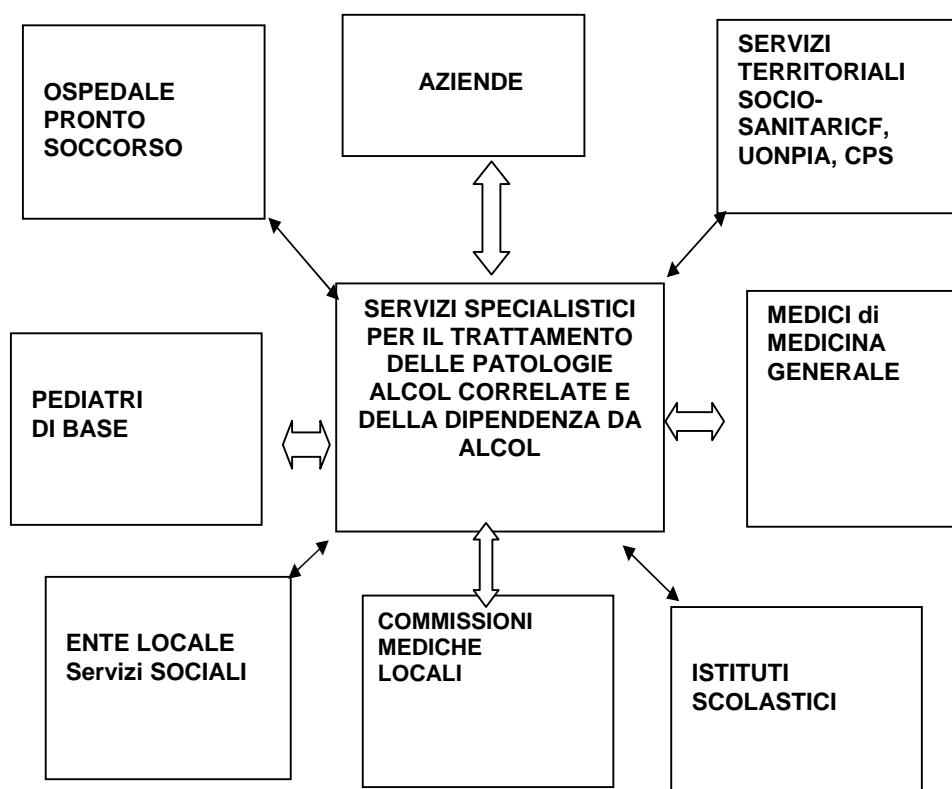
Il PNP 2020-2025 prevede il Macro Obiettivo 2 “Dipendenze e problematiche correlate” e la Linea di supporto centrale n.11 ha come obiettivo un Tavolo di Lavoro interistituzionale avente come finalità: “Definire percorsi integrati, uniformi sul

territorio nazionale, per la prevenzione, cura e riabilitazione delle dipendenze, per la riduzione del danno e la limitazione dei rischi correlati al consumo di sostanze psicoattive legali e illegali”. Un’altra strategia che aiuta la costruzione e il mantenimento delle architetture delle reti territoriali. Strumenti utili per la costruzione di architetture tipo tra i nodi della rete sono le *linee guida*, le *linee di indirizzo regionali e i PDTA aziendali*. Se ben articolati hanno la funzione di dare indicazioni di operatività con l’obiettivo di trovare soluzioni qualitativamente apprezzabili creando ponti tra culture organizzative diverse e mantenendo l’autonomia degli operatori. Sono, quindi, una base di comportamenti di riferimento utili a consentire il raggiungimento di obiettivi comuni rispettando i protocolli operativi dei singoli servizi coinvolti nell’architettura messa in campo.

Il cittadino con DUA ha bisogno di poter utilizzare, nella regione dove risiede, architetture tra tutti i servizi che si occupano della salute per poter essere intercettato velocemente prima che il disturbo da uso di alcol diventi cronico. Ecco quindi che l’architettura ideale (Figura 2), mette in relazione i servizi specialistici dedicati all’alcologia e al trattamento delle PAC, con l’ospedale, il pronto soccorso, i servizi territoriali come i consultori familiari, i servizi di psichiatria, i servizi per l’infanzia e l’adolescenza, i medici di base, i pediatri di base, l’ente locale con tutti i servizi sociali, le aziende, le commissioni mediche locali patenti per costruire un sapere comune che consenta ai vari professionisti della salute di intercettare il cittadino con DUA, il genitore con DUA, il lavoratore con DUA, lo studente con DUA. Sarà il servizio specialistico dedicato all’alcologia e al trattamento delle PAC, a definire il protocollo operativo più adeguato alla persona con disturbo da uso di alcol e a i suoi familiari e ad interfacciarsi con le offerte specifiche che il territorio mette a disposizione per integrare l’azione del servizio (comunità terapeutiche; servizi di prima accoglienza; gruppi di auto aiuto alcologico; centri diurni; servizi per reinserimento lavorativo; etc.).

Come dimostrano questi esempi l’architettura del sistema, per funzionare, deve prevedere una rete riconosciuta a livello formale e un governo della stessa che può essere pensato anche attraverso un modello di *case management* che preveda un avvicendamento dei *case manager*. Per interagire adeguatamente i nodi della rete devono saper comunicare; ecco quindi uno dei primi compiti della *governance*: costruire un’alfabetizzazione comune e una formazione trasversale che consenta al sistema di interagire evitando confusioni o sovrapposizioni di interventi. A questo riguardo il governo della rete deve dotarsi di strumenti, quali riunioni periodiche, relazioni, seminari, etc, per definire un percorso operativo che permetta anche valutazioni costanti delle azioni realizzate.

Figura 2. Architettura ideale fra i nodi della rete territoriale e curante



Il governo della rete si deve occupare, inoltre, della manutenzione dei vari settori che compongono l'architettura del sistema per evitare che si perda l'interesse e l'attenzione per il lavoro comune o l'instaurarsi di un eccessivo affaticamento per la presenza di obiettivi troppo gravosi da raggiungere. Gli strumenti da utilizzare possono prevedere anche interventi mirati sui singoli nodi del sistema attraverso momenti di supervisione che consentono alla *governance* di migliorare l'attività del servizio in difficoltà rinforzando anche l'architettura della rete. Inoltre attraverso la costruzione di protocolli e procedure flessibili che prevedano standard condivisi e obiettivi a breve, medio, lungo termine con verifiche periodiche si favorisce una buona collaborazione e una efficace sinergia tra i servizi consentendo anche un lavoro integrato degli operatori.

Quali sono le porte di accesso alla rete alcolologica e come la rete agevola l'ingresso e facilita l'accoglienza delle persone portatrici di PAC

La Porta Unica di Accesso (PUA) ai servizi sociosanitari di un cittadino che ha bisogno di cure rappresenta un contesto dove la persona e i familiari ricevono informazioni sull'offerta dei servizi.

La PUA rappresenta una modalità veloce per accogliere la richiesta della persona e fare una valutazione e un orientamento oltre ad essere un punto di coordinamento della presa in carico per garantire un intervento integrato accorciando i tempi di risposta.

Per organizzare un lavoro efficace é necessario che esista una mappatura aggiornata e consultabile che descriva la presenza e le vie di accesso a tutti i nodi della rete, pubblici e privati dedicati all'alcolologia e al trattamento delle PAC, presenti in ogni territorio.

La mappatura deve essere curata e mantenuta dagli stessi attori che costituiscono la rete, eventualmente supportati dalle Società Scientifiche, per rappresentare uno strumento facilmente usufruibile dai cittadini.

Una buona rete alcolologica, come abbiamo visto, deve comprendere i servizi ospedalieri e territoriali, i medici di base, gli enti locali e tutti i contesti che possono individuare un cittadino con DUA. Più ampia è la rete e più è interconnessa migliore sarà l'intercettazione precoce del cittadino che ha problemi con le bevande alcoliche.

Ma come agevolare l'accesso alla rete e facilitare l'adesione della persona con DUA ma anche dei suoi familiari al percorso di informazione e cura?

Le porte di accesso che possono offrire le specificità che caratterizzano la PUA riportano al servizio specialistico dedicato all'alcolologia e al trattamento delle PAC, che può essere individuato in rete, contattato direttamente dai familiari del bevitore o dall'interessato o suggerito dai servizi che fanno parte della rete stessa.

Il Medico di Famiglia è un'altra importante e competente porta di accesso che può svolgere un primo screening attraverso un colloquio e un semplice test o ragionando con il paziente sulle problematiche 10 sanitarie che il bevitore gli chiede di curare. Il compito del MMG dovrebbe prevedere anche un accompagnamento del suo paziente ai servizi specialistici dedicati all'alcolologia e al trattamento delle PAC, anche fissando un primo appuntamento. In seguito, attivando il canale di comunicazione con l'équipe multiprofessionale offrirebbe al suo paziente una tangibile dimostrazione di interesse comunicandogli di voler essere aggiornato sul percorso di trattamento. Il Medico di Famiglia, se debitamente formato, può essere una porta di accesso alla rete alcolologica anche dei familiari dei pazienti DUA che, per primi, chiedono aiuto per il loro congiunto ma spesso si vergognano di parlare dei problemi che la dipendenza alcolica crea in famiglia. Un buon rapporto con il MMG aiuta a superare lo stigma della patologia alcolica motivando il familiare ad accedere ai servizi specialistici dedicati all'alcolologia anche solo per una prima informazione. Un'altra importante porta di accesso alla rete è rappresentata dai reparti ospedalieri a cui l'alcolista accede per le PAC tenendo conto che le recenti stime valutano che il 25% delle ospedalizzazioni globali sia riconducibile a problemi alcol-correlati o conseguenze degli stessi.

Una buona formazione del personale sanitario sulle tematiche alcolologiche consentirebbe una diminuzione dei ricoveri impropri con una riduzione dei costi.

Durante il ricovero il paziente potrebbe essere motivato alla cura alcolica e, quando possibile, il coinvolgimento dei familiari può portare il bevitore a decidere di rivolgersi ai servizi specifici.

Ciò che fa la differenza è il colloquio motivazionale che il medico e gli infermieri possono fare per aiutare il paziente ad affrontare le sue paure puntando anche sul loro carisma e sul potere salvifico dell'ospedale come luogo di cura. In questo senso ci sono diversi modelli che hanno mostrato efficacia; dalla formazione del personale dei reparti ospedalieri con l'individuazione di un referente per ogni reparto che curi l'identificazione precoce del paziente problematico e l'aggancio con i servizi territoriali, alla definizione di attività ambulatoriali congiunte tra operatori dei servizi alcolologici/SerD e sanitari ospedalieri.

Un discorso specifico va fatto per quanto riguarda l'integrazione tra operatori dei PS (altro nodo cruciale della rete) e specialisti dei Centri Alcolologici/SerD che ha lo scopo di garantire un immediato collegamento tra domanda di aiuto e aggancio con il servizio, oltre a contribuire all'incremento di una cultura specifica d'intervento. I servizi territoriali sociosanitari, come i servizi psichiatrici e i consultori familiari, possono avviare alla cura pazienti che hanno in carico e che evidenziano problematiche alcoliche. Anche in questo caso la formazione è indispensabile per costruire un percorso/colloquio motivazionale efficace e accompagnare il paziente a chiedere aiuto al Servizio di Alcologia. L'interconnessione tra servizi facilita una rapida presa in carico che può essere anche costruita con un'iniziale partecipazione ai colloqui in alcologia degli operatori invianti che possono rappresentare un aiuto per il paziente che non riconosce il problema da uso di alcol. Inoltre, essere già in carico in un altro servizio aiuta lo scambio di informazioni e velocizza la valutazione della motivazione del paziente.

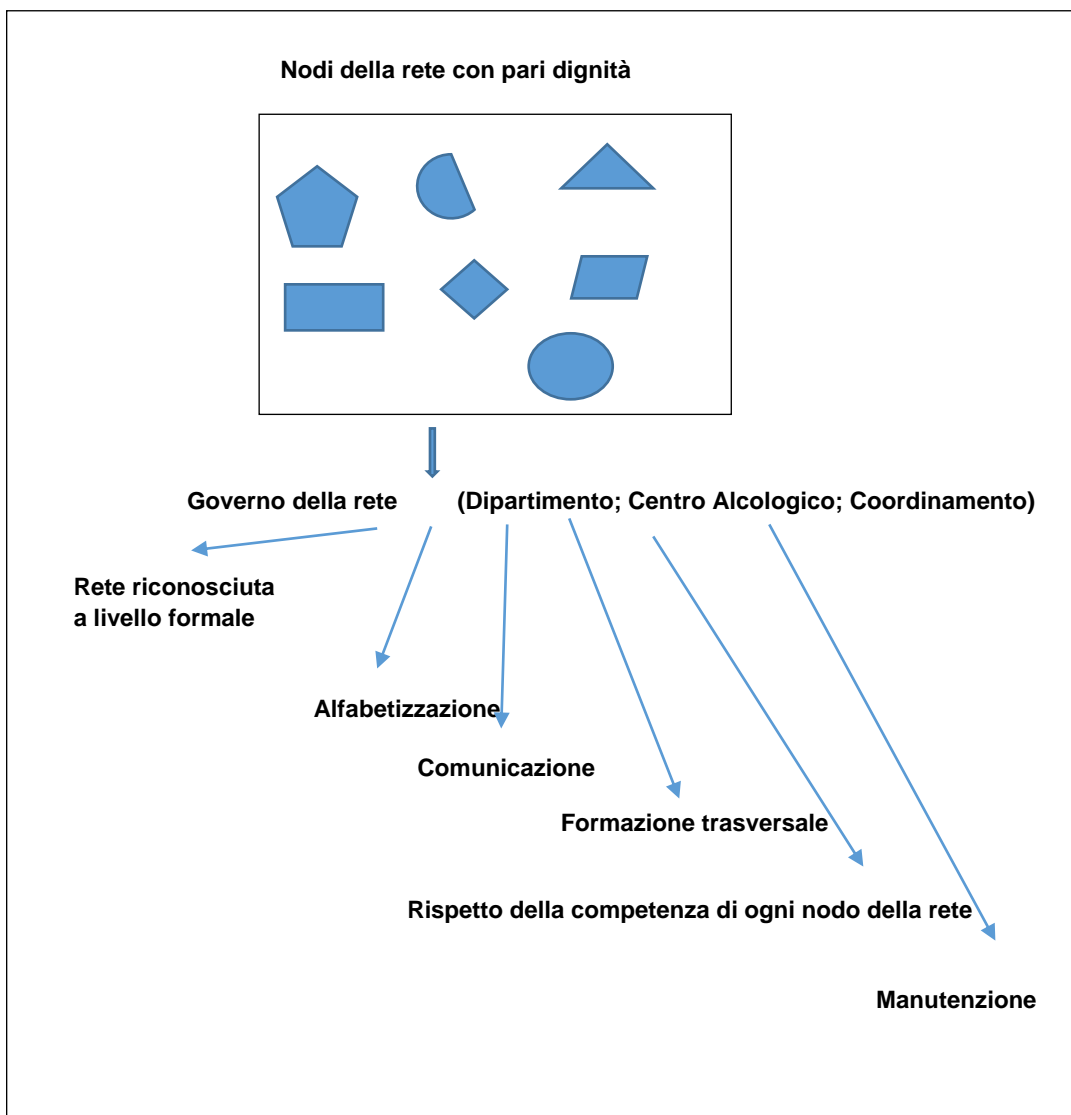
Anche i pediatri di base hanno un osservatorio importante per evidenziare le problematiche alcoliche e possono rappresentare una buona porta di accesso alla cura così come sono protagonisti di una corretta informazione sugli stili di vita familiari. Le visite periodiche del bambino possono rappresentare l'occasione per aiutare il genitore con sospetto DUA a parlare delle sue abitudini alcoliche dal momento che il pediatra, quale medico, può approfondire argomenti sanitari senza addentrarsi in ambiti che possono preoccupare la madre o il padre. Ma anche in questo caso la porta di accesso diventa percorribile se il sanitario ha la capacità di motivare scegliendo gli argomenti giusti e cercando di superare la diffidenza e la paura del paziente.

Le porte di accesso alla rete alcolica sono ben definite ma per renderle efficaci e attive sono necessarie delle condizioni di base rappresentate dalla formazione comune sulle PPAC; una interconnessione costante e linee guida snelle e condivise per motivare il bevitore e i familiari, per accompagnare i pazienti a chiedere aiuto, per monitorare l'andamento del trattamento, per lavorare in sinergia e ottenere il miglior risultato

Raccomandazioni

Per consentire all'architettura di rete (Figura 4) di funzionare in modo efficace é necessario ci sia una *governance* adeguata e costanti interventi per consentire un lavoro utile ai vari nodi della rete e costante nel tempo per utilizzare al meglio l'esperienza e la competenza maturata dai vari attori attraverso le strategie che il governo della rete mette in atto.

Figura 4 - Architettura della rete



In quest'ottica i servizi dedicati al trattamento delle PPAC trovano la giusta collocazione nella medicina territoriale e in una *governance* che potrebbe essere

rappresentata dal Dipartimento Dipendenze in cui è più agevole costruire un lessico comune per favorire lo scambio clinico tra i servizi della rete.

Legislazione di riferimento

- Legge n. 162 del 26 giugno 1990: *Aggiornamento, modifiche ed integrazioni della legge 22 dicembre 1975, n. 685, recante disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza.* (GU n. 147 del 26-06-1990-Suppl. Ordinario n. 45) (Istituzione dei Ser.T).
- Decreto del Presidente della Repubblica n. 309 del 9 ottobre 1990: *Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza.*
- Decreto del Ministero della Sanità n. 444 del 30 novembre 1990. *Regolamento concernente la determinazione dell'organico e delle caratteristiche organizzative e funzionali dei servizi per le tossicodipendenze da istituire presso le Unità Sanitarie Locali* (G.U. n. 25 del 30-01-1991).
- Decreto Ministeriale del 3 Agosto 1993: *Linee di indirizzo per la prevenzione, la cura, il reinserimento sociale e il rilevamento epidemiologico in materia di alcoldipendenza.*
- Legge n. 86 del 28 marzo 1997: *Sanatoria degli effetti prodotti dai decreti-legge adottati in materia di prevenzione e recupero dalle tossicodipendenze e di funzionamento dei SERT* (G.U. Serie Generale n. 76 del 02-04-1997).
- Legge n. 125 del 30 marzo 2001: *Legge quadro in materia di alcol e di problemi alcol-correlati.*
- *Progetto Regionale Dipendenze – Regione Lombardia-approvato con DGR n.12621 del 07-04-2003.*
- *Livelli essenziali di assistenza (LEA).* Ministero della Salute. DPCM 12-01-2017.
- *Delibera Giunta Regionale Emilia Romagna n. 1378/2019 – Proposta di Accordo generale triennale tra la regione Emilia Romagna e il coordinamento Enti Ausiliari (CEA) in materia di prestazioni erogate a favore delle persone con dipendenze patologiche per gli anni 2019 -2021.*
- *Deliberazione della Giunta Regionale Piemonte dell'12 aprile 2019, n. 41-8766 - Linee di indirizzo per le attività inerenti il Programma Regionale Alcool e Salute 2019-2021 dei dipartimenti di patologia delle dipendenze (DPD) delle ASL.*
- *Piano Nazionale di Prevenzione 2020-2025*
- *Piano Nazionale Cronicità 2020-2025*

Bibliografia

- European Commission, *Communication from the Commission to the Council, the European Parliament, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions. An EU strategy to support Member States in reducing alcohol-related harm*. Brussels, Commission of the EC, 2006. http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/site/en/com/2006/com2006_0625en01.pdf
- World Health Organization. *European alcohol action plan to reduce the harmful use of alcohol 2012-2020*. WHO, 2011. http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0006/147732/RC61_wd13E_Alcohol_111372_ver2012.pdf
- World Health Organization, *Global strategy to reduce the harmful use of alcohol*. WHO, Geneva, 2010. http://www.who.int/substance_abuse/msbalcstrategy.pdf
- World Health Organization, *2008-2013 Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Non communicable Diseases*. WHO, 2008. <http://www.who.int/nmh/publications/9789241597418/en/>
- The AMPHORA coordinating team on behalf of the chief scientists of the FP7. AMPHORA project The AMPHORA manifesto on alcohol; European Commission, 2012. http://www.epicentro.iss.it/alcol/pdf/AMPHORA%20manifesto%20on%20alcohol_October%202012.pdf
- Scafato E, Alunni F, Patussi V, Di Rosa G, Fanucchi T, Gandin C, Londi I, Magri G, Paganelli I. Alcol: manifesto europeo AMPHORA. *Alcologia* 2012; 15:8-10
- WHO Regional Office for Europe. *European action plan to reduce the harmful use of alcohol 2012-2020*. Copenhagen (Denmark): WHO Regional Office for Europe; 2012. http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0008/178163/E96726.pdf?ua=1 Edizione italiana a cura dell'Istituto Superiore di Sanità-ONA-CNESPS. *Piano d'azione europeo per ridurre il consumo dannoso di alcol 2012-2020*. Roma: ISS; 2013. <http://www.epicentro.iss.it/alcol/apd2013/european%20action%20plan%202012%202020%20italian%20translation.pdf>
- World Health Organization. *Global strategy to reduce the harmful use of alcohol*. Geneva: WHO, 2010. http://www.who.int/substance_abuse/msbalcstrategy.pdf. Edizione italiana a cura dell'Istituto Superiore di Sanità-ONA-CNESPS. *Strategia globale per ridurre il consumo dannoso di alcol*. Roma: ISS; 2013. <http://www.epicentro.iss.it/alcol/apd2013/global%20strategy%20italian%20translation.pdf>
- Ministero della Salute, Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria. Centro Nazionale per la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie-CCM. *Piano Nazionale Alcol e Salute-PNAS 2007-2010*; http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_623_allegato.pdf
- Italia. Legge quadro in materia di alcol e di problemi alcol-correlati. *Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana* n. 125, 30 marzo 2001
- Committee on National Alcohol Policy and Action. *Action plan on youth drinking and on heavy episodic drinking (binge drinking) (2014-2020*)*. CNAPA; 2014. Disponibile all'indirizzo: https://www.stap.nl/content/bestanden/action-plan-2014_1.pdf
- WHO Collaborating Centre for Research and Health Promotion on Alcohol and Alcohol Related Harm Problems – Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS. *Piano d'Azione sul consumo di alcol nei giovani e sul consumo eccessivo episodico (binge drinking) (2014-2016)*. Traduzione e adattamento di

- “Action Plan on Youth Drinking and on Heavy Episodic Drinking (binge drinking) (2014-2016)”. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2015. [http://www.epicentro.iss.it/alcol/apd2015/Piano%20di%20Azione%20Consumo%20di%20Alcol%20nei%20giovani%20e%20sul%20consumo%20eccessivo%20episodico%20\(binge%20drinking\)%2014-16.pdf](http://www.epicentro.iss.it/alcol/apd2015/Piano%20di%20Azione%20Consumo%20di%20Alcol%20nei%20giovani%20e%20sul%20consumo%20eccessivo%20episodico%20(binge%20drinking)%2014-16.pdf)
- Anderson P, Scafato E, Galluzzo L; VINTAGE project Working Group. Alcohol and older people from a public health perspective. *Ann Ist Super Sanità*; 48(3):232-247, 2012.
 - Galluzzo L, Scafato E, Martire S, Anderson P, Colom J, Segura L, McNeill A, Sovinova H, Rados Krnel S, Ahlström S; VINTAGE project Working Group. Alcohol and older people. The European project VINTAGE: good health into older age. Design, methods and major results. *Ann Ist Super Sanità*. 48(3):221-31
 - World Health Organization. *Carta Europea sull'Alcol. Conferenza "Salute, alcol e società"*. Parigi, 12-14 dicembre 1995.
 - World Health Organization. *Classificazione statistica internazionale delle malattie e dei problemi sanitari correlati. Decima revisione*. 3 voll. Traduzione della prima edizione a cura del Ministero della Sanità. Roma: Ministero della Sanità; 2001. https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1929_allegato.pdf
 - Scafato E, Gandin C, Patussi V e il Gruppo di Lavoro IPiB (Ed.). *L'alcol e l'assistenza sanitaria primaria. Linee guida cliniche per l'identificazione e l'intervento breve*. Roma: Istituto Superiore di Sanità – WHO Collaborating Centre for Research and Health Promotion on Alcohol and Alcohol Related Health Problems – Osservatorio Nazionale Alcol; 2010. https://www.epicentro.iss.it/alcol/linee/linee_guida_cliniche.pdf
 - Ministero della Salute. Direzione generale del sistema informativo e statistico nazionale. *Relazione sullo stato sanitario del Paese 2012-2013 (RSSP)*. Roma: Ministero della Salute; 2014. http://www.rssp.salute.gov.it/rssp2011/documenti/RSSP_2011.pdf
 - Ministero della Salute. Direzione generale della prevenzione sanitaria - ufficio 6. *Relazione del Ministro della Salute al parlamento sugli interventi realizzati ai sensi della legge 30.3.2001 n. 125 "legge quadro in materia di alcol e problemi alcol-correlati"*. Roma: Ministero della Salute. Anno 2013. Roma: Ministero della Salute; 2014. http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1899_allegato.pdf
 - Società Italiana di Nutrizione Umana. *Livelli di Assunzione di Riferimento di Nutrienti ed energia per la popolazione italiana IV Revisione*. Milano: SICS editore, 2014.
 - Scafato E, Gandin C, Di Pasquale L, Galluzzo L, Martire S, Ghirini S per il Gruppo di Lavoro CSDA (Centro Servizi Documentazione Alcol). *Epidemiologia e monitoraggio alcol-correlato in Italia e nelle Regioni. Valutazione dell'Osservatorio Nazionale Alcol sull'impatto del consumo di alcol ai fini dell'implementazione delle attività del Piano Nazionale Alcol e Salute. Rapporto 2015*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2015. (Rapporti ISTISAN15/3).
 - Ministero della Salute, Direzione generale della prevenzione sanitaria - ufficio 6. *Relazione del Ministro della Salute al parlamento sugli interventi realizzati ai sensi della legge 30.3.2001 n. 125 "legge quadro in materia di alcol e problemi alcol-correlati"*. Roma: Ministero della Salute; 2020. https://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=3059
 - Simoni S, Nicoli M.A, Palestini L (a cura di). *Tante reti, tanti paradigmi. Network analysis in sanità*. Regione Emilia Romagna. Dossier 241- 2014. ISSN 1591 -223.

Processi di *assessment* e presa in carico integrata

Aniello Baseli¹, Giancarlo Zecchinato²

¹Direttore SerD N.4 Dipartimento Dipendenze ASL SALERNO–Regione Campania

²Direttore Dipartimento Dipendenze AULSS6 Euganea –Regione Veneto

Progetto approvato dal Ministero della Salute ai fini della Conferenza Nazionale Alcol (referente scientifico: Maria Migliore) e affidato alla Regione Emilia-Romagna (referente: Alessio Saponaro). Contributo del Gruppo di Lavoro coordinato dal responsabile scientifico Giovanni Greco, con il supporto tecnico e metodologico di Barbara Leonardi (psicologo LP Regione Emilia-Romagna).

I Componenti del GdL: Gianfranco Mansi (SerD Andria-Puglia), Doda Renzetti (SIA Puglia), Luciano Bondi (Servizio Alcolologia ASL Perugia- Umbria), M. Raffaella Rossin (ASST Milano), Rosalba Cicalò (SerD ASL Nuoro), Marco Orsega (AICAT).

Riassunto

Il documento redatto dal GdL sulle Reti Curanti si è posto due obiettivi:

1. Ridefinire i fondamenti teorici e pratici dell'*assessment* e della presa in carico di persone e famiglie con patologie e problemi alcol-correlati (PPAC).
2. Indicare una prospettiva che recuperi ed attualizzi le buone prassi cliniche che hanno contribuito a fare dell'alcolologia italiana una esperienza paradigmatica nel campo del trattamento.

Rispetto al primo obiettivo, il documento evidenzia l'originalità e la specificità italiana di un approccio alle PPAC, da sempre orientato alla valorizzazione di un approccio di rete e ad un intervento sistemico sia nella valutazione che nella presa in carico e nel trattamento della persona con DUA e della sua famiglia, soprattutto alla luce della sua crescente associazione ad altri disturbi additivi e/o a quadri psicopatologici.

Per quanto concerne il secondo obiettivo, di fronte alla preoccupante ridotta capacità dei servizi pubblici di intercettare e agganciare persone in "*need treatment*" (soltanto il 10% della popolazione ritenuta ad alto rischio o versante in una situazione di danno avanzato), il lavoro del gruppo sottolinea l'urgenza di ripensare, sulla base delle esperienze maturate e delle nuove emergenze epidemiologiche, criteri organizzativi e gestionali dei sistemi di cura capaci di garantire una pluralità di percorsi socio-sanitari orientati all'approccio alla complessità dei disturbi alcol-correlati e coordinati dal sistema pubblico. Alla luce di tale esigenza il documento intende ridare nuovo slancio e

prospettiva, con i necessari aggiornamenti clinici ed organizzativi, alla ormai comprovata efficacia ed efficienza della metodologia del lavoro di rete- grazie al contributo attivo dei diversi *stakeholders* coinvolti (medicina territoriale e di comunità, comuni, servizi sociali, privato sociale, terzo settore, ecc.) nell’ottica della realizzazione effettiva del diritto costituzionale alla pari opportunità di cura per ogni cittadino di ogni regione italiana.

Stato dell’Arte

Il presente lavoro prende le mosse dall’esigenza di offrire ai cittadini con problemi e patologie alcolcorrelate e alle loro famiglie la realizzazione o il consolidamento di almeno due obiettivi prioritari:

- a. Contribuire a creare le condizioni per rendere possibile il diritto fondamentale alla cura dei cittadini e delle loro famiglie che manifestano i disturbi alcol-correlati nella molteplicità e complessità delle loro manifestazioni;
- b. Promuovere e sostenere l’accessibilità effettiva da parte dei cittadini a programmi specifici di fronteggiamento dei problemi alcol-correlati, che rappresenta ancora oggi in non pochi territori non una conquista consolidata ma un traguardo da raggiungere in un quadro di severa criticità dello scenario epidemiologico.

La devoluzione regionale della sanità, nel quadro della crisi più generale che attraversa il mondo della sanità, ha costituito un significativo fattore di disomogeneità nei processi di riorganizzazione del sistema dei servizi pubblici, tra cui si evidenzia la precarietà o finanche la progressiva eclissi dei programmi specifici per l’alcologia nel panorama dei servizi pubblici.

Tale situazione critica è una delle cause non secondarie dell’ormai acclarata ridotta attrattività dei servizi verso le persone in “*need treatment*”, che oggi rappresentano solo il 10 % della popolazione ritenuta ad alto rischio o in una situazione di danno di varia gravità per la loro salute.

Tale crisi di “attrattività”, ormai consolidatasi nel corso degli ultimi anni, deve comportare un ripensamento dei criteri organizzativi e gestionali delle reti curanti, a maggior ragione della coerenza con le progettualità correlate al Piano Nazionale di Resistenza e Resilienza.

In tale processo trasformativo occorre riconoscere la pari dignità degli stakeholders coinvolti a vari livelli come possibili “porte di accesso” o agenti di contatto utili ad

intercettare sempre più precocemente ed estesamente persone e famiglie in difficoltà in stretta collaborazione col servizio pubblico.

Le problematiche sociali e sanitarie correlate in vario modo al Disturbo da Uso di Alcol, sempre più spesso associato ad altri disturbi additivi e/o quadri psicopatologici, segnalano l'urgenza e l'indifferibilità di un piano coordinato ed integrato di interventi che presentino accettabili standard di qualità ed efficacia particolarmente orientati a favorire una capacità di approccio sistemico che si avvalga del contributo attivo dei diversi *stake-holders* coinvolti (medicina territoriale e di comunità, comuni, servizi sociali, privato sociale, terzo settore, ecc.).

Si tratta di un'esigenza prioritaria che scaturisce da un ripensamento dei criteri organizzativi e gestionali delle reti curanti, in cui gli stakeholders sopracitati vanno sempre più riconosciuti e valorizzati come "porte di accesso" utili ad intercettare sempre più precocemente ed estesamente la domanda di intervento e cura di persone e famiglie in difficoltà ed orientarla verso una pluralità di percorsi socio-sanitari orientati all'approccio alla complessità dei disturbi alcol-correlati e coordinati dal sistema pubblico.

Definizione dei criteri e delle modalità di accesso, presa in carico e sviluppo delle collaborazioni

La storia dei programmi trattamentali in campo alcologico evidenzia l'importanza di valorizzare tutte le risorse utili ad offrire percorsi efficaci sul piano degli esiti attesi e garantire, sulla base di un aggiornamento del funzionamento del lavoro di rete tra discipline e settori coinvolti nell'assistenza delle persone e delle famiglie con disturbi alcol-correlati, il raggiungimento dei seguenti obiettivi:

- Il coinvolgimento della famiglia/rete affettiva e/o amicale del nuovo utente del Servizio come fattore oltremodo strategico sul piano terapeutico quando quest'ultimo ancora non è disponibile alla sua presa in carico. Per tale motivo si evidenzia l'urgenza di prevedere un riconoscimento anche di natura amministrativa (es. aggiornamento e riforma dei nomenclatori tariffari attualmente in uso nei Servizi per le Dipendenze);
- Il lavoro di costruzione/ rafforzamento di collaborazioni durature con i servizi socio-sanitari territoriali (medicina generale e pediatria di libera scelta, centro salute mentale, neuropsichiatria infantile, consultori familiari, servizi per la disabilità ecc.); i servizi sociali dei Comuni, del volontariato e del mondo dell'associazionismo in generale, i servizi del privato sociale, specialmente quello accreditato, il mondo della scuola;

- La costruzione in parallelo di collaborazioni con i Servizi specialistici ospedalieri (pronto soccorso, servizi psichiatrici di diagnosi e cura - SPDC, reparti ospedalieri di medicina, gastroenterologia, neurologia ecc.) e, dove sono presenti, anche con i servizi ospedalieri del privato accreditato che offrano interventi per i disturbi alcol-correlati.

Vista la natura sempre più complessa e multidimensionale dei DUA e la necessità di saper realizzare interventi integrati e molto spesso anche sequenziali, appare ineludibile la scelta di promuovere e realizzare protocolli condivisi e/o Piani Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA) che definiscano in maniera omogenea e standardizzata e con sufficiente chiarezza i compiti e i ruoli che ogni attore dovrebbe svolgere al fine di garantire percorsi di presa in carico e cura personalizzati, idonei a rispondere a specifiche esigenze di salute e benessere delle persone e dei loro familiari.

Tali piani si devono fondare su una attenta analisi della letteratura scientifica a disposizione, sull'esame di linee guida, procedure e buone prassi in essere nei servizi del territorio nazionale, su una corretta valutazione delle risorse disponibili, su un adeguamento del pattern professionale. Da qui ne deriva al tempo stesso che l'elaborazione dei medesimi piani implica uno stimolo alla produzione di nuove linee guida e procedure e di conseguenza alla ricerca ed al confronto con la letteratura e le esperienze internazionali.

Al tempo stesso, le considerazioni sopra esposte indicano come ormai improcrastinabile il riconoscimento e l'inserimento delle prestazioni inerenti la presa in carico del disturbo da uso di alcol e il trattamento dei familiari (anche in assenza della persona meritevole di intervento assistenziale diretto) nonché l'attività di rete con gli altri servizi e le altre risorse sociosanitarie pubbliche e non del territorio, nel SIND (Sistema Nazionale Informativo sulle Dipendenze).

Valori e azioni di riferimento per realizzare un *assessment* efficace e personalizzato

Sembra necessario considerare alcuni valori/azioni di riferimento, che al di là del loro peso specifico intrinseco, devono essere declinati a seconda dei bisogni del paziente e della sua famiglia e/o della comunità territoriale (non va mai trascurato l'impatto primariamente sistemico del sintomo alcol oltre che individuale).

1. Costruire sin dal primo approccio un clima di ascolto, empatia e fiducia con la persona e la sua famiglia, se presente, per porre le basi di una valida alleanza terapeutica. E' un obiettivo strategico essenziale da tener ben presente per poter proseguire nella maniera più ampia e completa possibile il percorso di valutazione

delle problematiche alcol-correlate, anche attraverso il supporto di strumenti diagnostici specifici e di formulazione di un progetto di trattamento condiviso ed accettato.

2. Creare le condizioni idonee a che la persona e la sua famiglia partecipino ad un programma trattamentale e riabilitativo personalizzato che, grazie al supporto motivazionale, psicologico ed educativo, debba prevedere, oltre all'obiettivo minimo della remissione sintomatologica del DUA, la realizzazione di percorsi, anche di lungo termine, orientati al raggiungimento della sobrietà, intesa quest'ultima come una dimensione esistenziale capace di permettere tra l'altro l'acquisizione o il ripristino delle autonomie sociali e del benessere psicofisico del paziente.
3. Nel quadro di un più articolato progetto trattamentale, la somministrazione di terapie farmacologiche deve rispondere a precisi bisogni di salute psico-fisica della persona (intossicazione/astinenza alcolica; patologie internistiche alcol correlate; disturbi psichici primari, ecc.). In tale ambito appare essenziale l'integrazione con altre branche specialistiche (medicina interna, gastroenterologia, infettivologia, neurologia, psichiatria, ecc.). Sulla scorta di esperienze cliniche consolidate è ormai accertato che il fulcro di un progetto trattamentale e riabilitativo non risiede nella mera somministrazione di farmaci. Allo stesso tempo il farmaco è uno strumento talora determinante per consolidare la relazione terapeutica nelle situazioni cliniche più complesse, tanto in termini di sollievo sintomatologico (ad es. trattamento dell'astinenza, trattamento dello scompenso della patologia epatica evoluta) quanto di compenso comportamentale (es. comorbilità psichica).
4. Condividere con la rete degli altri attori della comunità locale prima citati e coinvolti a vario titolo nell'intercettazione precoce delle problematiche alcol-correlate [medici di medicina generale, infermieri di comunità, altri servizi sanitari specialistici e sociali territoriali, Club Alcologici Territoriali (organizzati come Comunità multifamiliari /Alcolisti Anonimi, altre realtà dell'auto-mutuo-aiuto, comunità terapeutiche, cooperative sociali ed altri enti del privato sociale, ecc.)] obiettivi e modalità di realizzazione del progetto di cambiamento dello stile di vita della persona con DUA. Infatti il coinvolgimento della comunità di appartenenza della persona e della sua famiglia si rivela cruciale nel favorire o, in sua assenza, limitare l'esito del percorso del trattamento, sia nell'ottica del supporto che nell'ottica della riabilitazione. Quest'ultima, se intesa come riscoperta o acquisizione di nuove *skills* individuali e relazionali o anche miglioramento delle abilità e competenze (quelle possibili) individuali e relazionali già presenti, va intrapresa fin dai primi momenti in cui inizia il rapporto con la persona e/o con la sua famiglia nel contesto della stessa Comunità di appartenenza. In tale ottica acquista un particolare valore l'esperienza

ormai storicamente consolidata da oltre un trentennio del rapporto con il mondo dell'auto-mutuo-aiuto e delle comunità multifamiliari dei Club legati all'approccio ecologico sociale, indispensabile per favorire il processo di riorganizzazione dello stile di vita delle persone e delle famiglie con disturbi alcol-correlati.

5. Contribuire a creare una cultura della sobrietà, come prospettiva di un percorso di consapevolezza e di educazione individuale e sociale alla conoscenza dei livelli di rischi e di danni legati al consumo di alcol e come *asset* utile a scelte di prevenzione e protezione del singolo e della comunità.

Alcune condizioni basilari per un *assessment* alcologico

- Garantire setting specialistici in campo alcologico gestiti da personale formato e dedicato (in modo esclusivo o parziale), nelle forme e nelle modalità più idonee a garantire il diritto all'assistenza di tutte le persone e famiglie con disturbi alcol-correlati, favorendo in particolare azioni di equipe nella prospettiva della valutazione e conseguente progettazione multidimensionale.
- Garantire la titolarità e regia del percorso di trattamento da parte del Servizio Pubblico attraverso il *case management* che deve mettere in atto strategie di integrazione per offrire ogni possibilità di gestione del disturbo alcol correlato.
- Garantire l'attivazione di un processo diagnostico dotato di un valore predittivo rispetto alle possibilità di trattamento più efficaci in quel preciso momento per il paziente, di modo da limitare il più possibile il *drop-out* o esperienze di fallimento che potrebbero far retrocedere il paziente a livelli motivazionali più bassi. Nello stesso tempo il processo diagnostico deve essere circolare e aperto alla osservazione costante della risposta del paziente al percorso proposto.
- Costruire e validare PDTA e protocolli che siano ampiamente condivisi, tra tutte realtà/risorse necessario al programma assistenziale, incluso il terzo settore specializzato e che propongano una omogeneità di criteri e procedure nell'ambito della diagnosi, dei trattamenti medici, psicologici, educativi e sociali della riabilitazione di persone/famiglie con PPAC, con particolare attenzione ad aspetti quali la comorbidità psichiatrica, i policonsumi, le dipendenze da sostanze e comportamentali (disturbo da gioco d'azzardo, gaming, internet, ecc.).
- Implementare in tutte le aziende sanitarie spazi dedicati al ricovero/degenza/inserimento residenziale di pazienti per i quali il trattamento ambulatoriale mostra temporanei limiti oggettivi:

- a. Posti letto dedicati in strutture ospedaliere pubbliche o private accreditate;
 - b. Reparti di riabilitazione intensiva breve (30 gg max);
 - c. Comunità terapeutiche o strutture specializzate per degenze superiori ai 30 gg. (brevi, da 3 fino a 6 mesi, anche ripetibili);
 - d. Centri-crisi di pronta accoglienza presso Comunità Terapeutiche per la gestione dell'astinenza e disintossicazione fisica in ambiente protetto (max 3 mesi).
- Per i pazienti compatibili con il trattamento ambulatoriale va riconosciuta e valorizzata come pratica di trattamento e riabilitazione la partecipazione ai programmi di auto mutuo aiuto (CAT, AA, altro) così come per i loro familiari (CAT, Al Anon...).
 - Organizzare setting finalizzati all'aggancio e all'assistenza di persone assistite in pronto soccorso, con particolare attenzione a minori e giovani, in stato di intossicazione etilica acuta, al fine di attivare interventi e programmi di identificazione precoce e intervento breve, utili ad intercettare comportamenti a rischio suscettibili di evolvere verso situazioni problematiche ingravescenti.
 - Procedere alla realizzazione di *assessment* sulle complessità (polidipendenza, comorbidità psichiatrica, patologie internistiche multiple, ecc.) attraverso il lavoro di *équipes* integrate tra operatori dei dipartimenti/servizi territoriali ed ospedalieri interessati previa formazione specifica degli operatori coinvolti.

L'assessment individuale

L'Assessment individuale della persona e del suo contesto di vita è determinate nell'elaborazione della progettualità assistenziale, deve tenere conto della modalità di accesso alla "porta di ingresso della rete curante", della relazione che si instaura tra operatori e paziente, della costanza nell'interazione. Deve essere in grado di fornire elementi di orientamento sulle condizioni oggettivamente riconducibili al DUA, sulle comorbilità organiche evidenti e, progressivamente, sullo stato psicopatologico, sui costrutti dimensionali quali motivazione, impulsività, *craving*. Deve quindi contemplare almeno i seguenti elementi:

- Anamnesi ed esame obiettivo;
- Colloquio motivazionale;

- Indicatori indiretti comportamentali;
- Accertamenti ematochimici (es: GammaGT, MCV, Transaminasi, CDT, ETG);
- Questionari psicodiagnostici e valutativi ad es: CAGE, AUDIT, MAST, SCL90-R, WHOQOL-BREF, EuropASI, CASIG (intervista semi-strutturata per pazienti con problematiche psichiatriche e psico-sociali che ha l'obiettivo di promuovere l'individuazione degli obiettivi personali del paziente e la valutazione del suo funzionamento globale);
- MAC/A (questionario che permette di valutare il livello di motivazione al cambiamento nella dipendenza da alcol);
- MMPI-2 oppure PAI (*Personality Assessment Inventory*) o MCMI (*Millon Clin. Invent. Mult.*) o SCID 5 PD, utilizzabili per la valutazione della personalità nei seguenti casi:
 - Comorbidità con il consumo dannoso e la dipendenza da alcol e sostanze;
 - Itinerari di valutazione che rivelino problematiche preesistenti e concomitanti all'uso di alcol-inclusa la presenza di *impairment* neuro-cognitivo tale da modificare il funzionamento della persona assistita nella vita di relazione e condizionino l'esito del progetto trattamentoale.
- Colloqui con familiari o persone di riferimento.

Per un completo esame di tutte le possibilità diagnostiche si consigliano i seguenti siti e voci bibliografiche: www.epicentro.iss.it/alcol/, www.alcologiaitaliana.com

Raccomandazioni

Proposta tipo di *assessment* dall'accoglienza alla riabilitazione nei percorsi di trattamento dei disturbi alcol-correlati

L'accessibilità al servizio

Occorre facilitare il primo contatto col Servizio da parte del paziente o della famiglia (che può contattare telefonicamente il servizio, può presentarsi spontaneamente, su indicazione di altri servizi, tramite indicazione del medico di medicina generale o invio da familiari/conoscenti). Appare molto importante a tal proposito l'attenzione alla completezza della comunicazione circa la collocazione e le modalità di accesso al

Servizio (sito web aziendale, brochure, spot, iniziative di sensibilizzazione sulla tematica...).

L'accesso al Servizio è gratuito, senza impegnativa del medico di medicina generale. vanno garantiti come da normativa l'anonimato (se richiesto) e la riservatezza. Di fondamentale importanza dovranno essere la rapidità dell'accoglienza e la tempestività della presa in carico.

L'**equipe multidisciplinare** (medico, psicologo, assistente sociale, educatore, infermiere) si occuperà di acquisire il consenso informato, a garanzia della privacy, sia relativamente al trattamento dei dati personali che al progetto di intervento.

Particolari accorgimenti verranno adottati per minori, interdetti e inabilitati, individuando le idonee figure di riferimento.

Sarà cura dell'equipe rilevare annualmente il livello di gradimento da parte dell'utenza, tramite questionari nei quali sarà prevista anche la possibilità per l'utenza stessa di essere parte attiva e propositiva.

Il primo contatto e la presa in carico

Tale fase sarà gestita dall'**equipe alcolica dedicata (anche parzialmente)** per trattamento multidisciplinare e integrato: Medico - Infermiere - Assistente Sociale - Psicologo/Psicoterapeuta - Educatore.

In tale fase si valuterà in modo multifunzionale e multiprofessionale la persona (intossicazione, disturbi psichici, cognizione, *skills*, *craving*, problemi sociali, ecc). Es: in caso di *craving* o intossicazione il medico effettuerà le valutazioni del caso e concorderà eventuale terapia farmacologica da assumere, e si valuterà il referente familiare più idoneo. Abbinato a questo intervento ci sarà lo spazio per l'approfondimento psicodiagnostico teso ad esplorare la coesistenza di altri comportamenti additivi mediati o meno da sostanze, visto che è in fase di notevole incremento il fenomeno delle *addiction* crociate o multidimensionali.

Seguirà un programma di intervento/sostegno educativo, sociale, psicologico individuale e/o familiare (psicoterapia o altro), residenziale (comunità terapeutica), personalizzato ed appropriato per le contingenti esigenze di cura.

La tipologia di utenza

- Pazienti con policonsumo di sostanze psicotrope (con consumo prevalente di alcol)

- Pazienti con consumo rischioso di alcol
- Pazienti alcoldipendenti
- Pazienti con DUA associato a disagio psichico
- Pazienti inviati dalla Commissione Patenti (non sono LEA)
- Pazienti inviati dalla Prefettura
- Pazienti inviati dal Tribunale (in carico all'Ufficio Esecuzione Penale Esterna o all'Ufficio Servizio Sociale per i Minorenni)
- Familiari o altri referenti della comunità territoriale.

Caratteristiche del percorso

- L'organizzazione e gestione del trattamento avviene ordinariamente a livello ambulatoriale e andranno valutate le necessità e bisogni che implicino l'apporto di altre risorse e strumenti (servizi specialistici, degenza ospedaliera, inserimento in centri crisi di pronta accoglienza o programmi comunitari ecc);
- I percorsi di cura sono elaborati con il paziente e quando possibile i familiari dal suo *case manager* e riguardano l'individuazione delle strutture più adatte ma anche delle risorse adatte, che vengono messe a disposizione dalla comunità, intesa come servizi sanitari e sociali del territorio, rete territoriale, volontariato.
- E' necessario giungere ad una individuazione concertata di procedure di cooperazione e di lavoro di rete con gli altri servizi territoriali (CSM nel caso di comorbilità psichiatrica, ecc.) e con l'auto mutuo aiuto.
- Calendarizzazione di appuntamenti con cadenza ravvicinata nella fase iniziale dove risulta indispensabile un supporto costante per i seguenti obiettivi:
 - a. Prevenzione ricaduta, monitoraggio
 - b. Valutazione costante
 - c. Riunioni di equipe caso clinico e condivisione informazioni e concertazione operatività concreta.

- Coinvolgimento strategico del nucleo familiare nel programma terapeutico (individuando un punto di riferimento valido con il quale coordinarsi e interfacciarsi e al quale affidare la eventuale terapia farmacologica prescritta) attraverso le seguenti modalità:
 - a. Partecipazione a CAT – AA - altri gruppi di auto mutuo aiuto
 - b. Possibilità di usufruire di terapie familiari, colloqui individuali e/o di gruppo motivazionali e supporti educativi e sociali quando necessario.

Obiettivi

- Gestire il *craving* e l'intossicazione;
- Motivare e supportare il cambiamento attraverso la ricerca e la realizzazione di obiettivi di salute calibrati sulle risorse della persona;
- Costruire un progetto di vita finalizzato al superamento del bisogno di bere alcolici e di autotutela da altre possibili condotte additive;
- Coinvolgere la comunità locale quando possibile nella realizzazione del progetto *after care*.

Rapporti Territorio-Ospedale

E' necessario lavorare per assicurare bidirezionalità ai rapporti Territorio – Ospedale:

1. La disponibilità del Ser.D. nell'offrire consulenza specialistica e supporto costante alla gestione di pazienti ricoverati nelle varie UU.OO. Ospedaliere che presentino problematiche riconducibili al DUA.
2. La disponibilità delle UU.OO. Ospedaliere a garantire (almeno 2) posti letto a pazienti in carico ai Ser.D, nei casi in cui il paziente con disturbi alcol-correlati necessiti di un trattamento intensivo.

Il resto delle cure dovrà essere fatto ambulatorialmente (collegamento territorio – ospedale) e prevedere procedure codificate relative al nuovo passaggio al territorio (nel post dimissione).

Le fasi del trattamento

Fase 1 Accoglienza	Fase che si traduce in una prima analisi del bisogno espresso o latente.
Fase 2 Valutazione multidisciplinare	L'equipe alcolologica (medico, psicologo, assistente sociale, educatore professionale, infermiere) effettua la propria valutazione multidisciplinare, che rappresenta il prodotto della sintesi e della condivisione in chiave integrata degli interventi delle diverse professionalità.
Fase 3 Progetto e definizione interventi da porre in atto	Si predispongono un progetto di intervento, concertato con tutte le figure professionali di riferimento dell'equipe.
Fase 4 Coinvolgimento attivo del paziente e della famiglia (quando possibile)	Il progetto terapeutico non può essere realizzato prescindendo dalla partecipazione attiva e dell'utente e dei familiari che vanno coinvolti, motivati, supportati e seguiti in ogni fase del percorso.
Fase 5* Intervento terapeutico-riabilitativo personalizzato	Esso prevede prestazioni gratuite, appropriate e personalizzate che possono essere di seguito così declinate in rapporto ai problemi e alle risorse rilevate: <ul style="list-style-type: none">• Prestazioni ambulatoriali (mediche, psicologiche, sociali ed educative);• Prestazioni residenziali in Comunità*;• Prestazioni ospedaliere;• Inserimento in gruppi di Auto-Mutuo Aiuto.
Fase 6 Valutazione processo circolare	Si valutano gli interventi raggiunti, in base agli obiettivi prefissati (a breve, a medio e a lungo termine). La valutazione deve essere una costante del processo (valutazione iniziale, intermedia e finale). Si deve prevedere un ampio spazio alla rimodulazione del progetto in base ai risultati raggiunti.

FASE 5*. Trattamento ambulatoriale e/o ospedaliero.

Il progetto d' intervento riabilitativo verrà attuato prevedendo le seguenti possibilità di cura:

- Nei casi in cui la persona con disturbi alcol-correlati non ammette di avere bisogno di aiuto e di cure, si concordano interventi motivazionali, psicosociali ed educativi con il contesto, la famiglia e la comunità;

- Nei casi di adesione consapevole dell'utente al progetto terapeutico, occorre valorizzare la figura e il lavoro terapeutico del *case manager*, che può essere un educatore, assistente sociale, psicologo, medico o infermiere del Servizio. Tale figura diventa di fatto il coordinatore ed il punto di riferimento chiave nell'attuazione del progetto integrato terapeutico-riabilitativo. In particolari situazioni può essere valutato come case manager esterno anche personale volontario;
- Interventi mirati per la disintossicazione medico-farmacologica e prevenzione del *craving* (ambulatoriale o ospedaliera con ricovero in acuzie (con l'individuazione di alcuni posti letto per la gestione della fase acuta nelle U.O. di medicina interna, neurologia o SPDC);
- Interventi con valenza prevalentemente psicoterapica ed educativi;
- Interventi socio- riabilitativi;
- Coinvolgimento dei familiari di riferimento.

La rete relazionale più prossima al paziente dovrà essere coinvolta non solo sul piano del fiancheggiamento del lavoro dell'equipe del servizio ma sarà anche chiamata a entrare nel vivo delle dinamiche di cambiamento personale ed interpersonale attivate dal percorso terapeutico.

I percorsi con carattere sociale riabilitativo, non sanitari sono:

- Le comunità multifamiliari dei Club Alcologici Territoriali, gli Alcolisti Anonimi, altri gruppi di mutuo aiuto, le attività di riabilitazione legate al contesto specifico, (es: attività di sviluppo delle relazioni sociali, attività sportive e per il tempo libero, inserimenti lavorativi protetti, ecc.);
- Il trattamento residenziale.

Il discorso "comunità" volutamente viene affrontato in una sezione dedicata all'argomento per sottolineare che rappresenta un riferimento valido e importante per i casi complessi in cui si rilevano delle difficoltà nella gestione a livello territoriale (ambulatoriale) e ospedaliero (gestione fase acuta).

Si darà priorità a programmi residenziali brevi (3-6 mesi) che potranno essere anche ripetibili. Inteso come setting riabilitativo ad alta intensità assistenziale (con intervento multidisciplinare). L'intento è quello di intervenire in modo deciso e mirato nell'ambito comunitario ma anche quello di favorire una continuità della presa in carico territoriale. Il servizio territoriale inviante sarà sempre il punto di riferimento sia per il paziente che

per i familiari di riferimento dello stesso. Prima della conclusione del percorso comunitario andrà concordata la prosecuzione dell'intervento in ambito territoriale. L'utente va accompagnato e indirizzato prevedendo e concordando la progettualità futura. Imprescindibile sarà la documentazione a corredo che seguirà un doppio binario:

- a. Relazione di ingresso redatta dall'equipe alcologica (presentazione del caso clinico ai referenti della comunità, prima dell'accoglienza del paziente);
- b. Relazione redatta dalla comunità al termine del programma sugli esiti dell'intervento svolto.

Sono fondamentali anche interventi di tipo comunitario di pronta accoglienza (in centro crisi per massimo 3 mesi) per offrire a persone in crisi una risposta in tempi brevi. Questo intervento può poi proseguire sia a livello comunitario che ambulatoriale che nei Gruppi di Auto Mutuo Aiuto territoriali.

Appare anche necessario pensare ad inserimenti di persone senza fissa dimora, dopo il percorso terapeutico, in comunità o case alloggio, per non vanificare l'investimento umano e sociale profuso nella realizzazione di un PDTA efficace.

Bibliografia

- Bowman K.M, Jellinek E.M. Alcohol addiction and its treatment. *Q. J. Stud. Alcohol* 1941; 2: 98-176.
- Caputo F, Agabio R, Vignoli T, Patussi V, Fanucchi T, Cimarosti P, Meneguzzi C, Greco G, Rossin R, Parisi M, Mioni D, Arico' S, Palmieri V.O, Zavan V, Allosio P.L, Balbinot P, Amendola M.F, Maccio' L, Renzetti D, Scafato E, Testino G. Diagnosis and treatment of acute alcohol intoxication and alcohol withdrawal syndrome: position paper of the Italian Society on Alcohol. *Internal and Emergency Medicine* 2019;14:143-160. Disponibile all'indirizzo: <https://doi.org/10.1007/s11739-018-1933-8>
- Ceccanti M, Patussi V. Consensus Conference sull'alcol, Vol. I. *Atti Società Italiana Alcologia*. Borgo S.Felice, Marzo 1994. Firenze: Scientific Press; 1995.
- De Leon G. Psychopathology and substance abuse and psychiatric disorders: what is being learned from research in therapeutic community. *Journal of Psychoactive Drugs* 1989;21:177-188.
- Hudolin V. *Manuale di Alcologia* (Nuova edizione critica a cura dell'AICAT). Trento: Erickson, 2015
- Lugoboni F, Faccini M, Quaglio G et al. Il ruolo del ricovero nell'abuso di alcol, cocaina, benzodiazepine. In: Hinnenthal I, Cibin M (a cura di). *Il trattamento residenziale breve delle dipendenze da alcol e cocaina: il modello Soranzo*. Torino: SEED, 2011.
- Manzato E, Fea M. (a cura di) Gravità e intensità assistenziale-Modelli di integrazione a confronto. *Mission-FederSerD* Anno III, n.10/2004, Ed. Franco Angeli, 2004.
- Manzato E, Nava F, Cifelli G, Biasin C, Galvanin G. "L'Assessment di 1 Livello per la valutazione alcologica nella pratica clinica nei Servizi". *Newsletter "Clinica dell'Alcolismo" Mission n.30/2010*.

- Pattison E.M. Dipendenza alcolica: come scegliere il trattamento più idoneo. In: *"La dipendenza alcolica: diagnosi e trattamento"*. Mendelson J.H. and Mello E.K. Edito da Piccin Nuova Libreria, 1984.
- Pattison E.M. Differential treatment approaches. In: *"Phenomenology and Treatment Alcoholism"*. Fann W.E., Williams R.L. MTP Press Limited. International Medical Publishers. USA, 1980.
- Perugi G. *"Il problema della doppia diagnosi: fra Psichiatria e Medicina delle Tossicodipendenze"*, Psichiatria-Online.it, 2006.
- Rampazzo L. *"La rete alcolica della Regione Veneto nel Sistema delle Dipendenze"*. Servizio Prevenzione e cura delle Dipendenze - Direzione Servizi Sociali Regione Veneto, 1999.
- Rousanville B.J. "Una visione d'insieme della valutazione: il senso della diagnosi rispetto a scienza e trattamento" (pag.25-34) e "Quale trattamento per quale paziente" (pag.101-115) in Lucchini A. (a cura di): *La diagnosi nei disturbi da uso di sostanze*. Franco Angeli, 2001.
- Scafato E, Gandin C, Baselice A, De Luna A e il Gruppo di Lavoro IPIB. *Identificazione Precoce e Intervento Breve (IPIB) per i disturbi da uso di alcol e da gioco d'azzardo: il progetto di formazione e di attivazione aziendale e istituzionale della rete IPIB della ASL Salerno*. Roma: Istituto superiore di Sanità; 2021 (Rapporti ISTISAN 21/18).
- Spiller V, Guelfi G.P. L'approccio motivazionale: uno stile di lavoro per aumentare la disponibilità al cambiamento. In: Allamani A, Orlandini D, Bardazzi G, Quartini A e Morettini A. *Il Libro Italiano di Alcolologia*. Ed. SEE-Firenze, Volume I, pp.379-388, 2000.
- Schuckit M.A, Tapert S. Trattamento dei disturbi da uso di sostanze. In: Galanter M, Kleber HD (a cura di). *Manuale dell'American Psychiatric Publishing*. Seconda edizione. Milano: Masson 2006, pp. 149-64.
- Solomon J. *Doppia diagnosi*. Personalità/Dipendenze, Volume 2, 279-289, 1996.
- Vanini S. Gamblers in comunità: sperimentazione di un trattamento residenziale a Villa Soranzo. In: Hinnenthal IM, Cibin M (a cura di). *Il trattamento residenziale breve delle dipendenze da alcol e cocaina*. Torino: Seed Editore 2011.
- Verheul R, Van Den Brinkw, Geerlings P. A three pathway psychological model of craving for alcohol. *Alcohol Alcohol* 1999;34:197-222.

Cronicità e vulnerabilità

Anna Loffreda¹, Egle Maria Fergonzi²

¹ Responsabile UOSD Alcolgia Dipartimento Dipendenze ASL Caserta

² Responsabile SSD Alcolgia ASL città di Torino

Progetto approvato dal Ministero della Salute ai fini della Conferenza Nazionale Alcol (referente scientifico: Maria Migliore) ed affidato alla Regione Emilia-Romagna (referente: Alessio Saponaro). Contributo del Gruppo di Lavoro coordinato dal responsabile scientifico Giovanni Greco, con il e supporto tecnico e metodologico di Barbara Leonardi (psicologo LP della Regione Emilia-Romagna).

I Componenti del GdL: Levari Ermelinda (APSS Trento), Racca Livia (Aliseo-Gruppo Abele), Marchini Massimo (USL Umbria2), Nava Felice (FederSerD)

Riassunto

I Progetti Terapeutico Riabilitativi Individuali sono lo strumento per affermare la centralità della persona nel sistema di cura e l'appropriatezza e la continuità delle cure. Hanno alla base un investimento economico, definito "*Budget di Salute*", che rappresenta la sintesi delle risorse economiche, professionali e umane necessarie per innescare un processo volto a ridare alla persona un funzionamento sociale accettabile, e alla cui produzione partecipano il paziente stesso, la sua famiglia e la sua comunità (Capitale Sociale). Sono strutturati sui bisogni, sono flessibili e non legati ad un tipo particolare di servizio o ad uno specifico erogatore (*Consumer-directed Services*). Puntano in modo marcato all'integrazione delle prestazioni sanitarie con quelle sociali in tre aree (Casa / Habitat Sociale, Formazione / Lavoro, Apprendimento / Socialità / Affettività). La realizzazione del progetto personalizzato deve avvenire nel luogo di vita e avvalersi dei servizi (Unità Operative, Distretti, Servizi Sociali), e delle risorse della comunità (volontariato, cooperazione sociale, associazionismo, famiglie). I percorsi devono prevedere interventi e prestazioni integrate collegate quanto più possibile al naturale contesto familiare, ambientale e sociale della persona. La negoziazione/consenso alle cure va ricercato necessariamente con i soggetti interessati su obiettivi, interventi, tempi, modi ed esiti. Il modello Budget di salute attua il principio di sussidiarietà, consente il protagonismo degli utenti (consumatori e produttori di beni e servizi di welfare), valorizza le risorse informali di cura dei contesti comunitari, afferma il principio della non istituzionalizzazione della domanda e la domiciliarizzazione delle cure. Tali progetti consentono una rapida turnazione degli ospiti nelle strutture ad alta protezione: nuovi inserimenti con minori tempi di attesa e

un diverso impiego delle risorse, inizialmente riservate in gran parte all'asse residenziale e finalizzate a sostenere alti livelli di custodia e assistenza, verso una progressiva differenziazione rivolgendosi in particolare agli assi della socialità e del lavoro.

Stato dell'arte

La complessità dei bisogni delle persone svantaggiate richiede un'azione coordinata di molteplici attori e la realizzazione di un sistema integrato d'interventi che offrano risposte appropriate, mirate al recupero dell'autonomia e all'inclusione sociale e lavorativa. In tale direzione è necessario sviluppare e realizzare politiche adeguate e costruire una rete territoriale di servizi per promuovere i diritti di cittadinanza delle persone con disabilità.

Una concreta integrazione e sinergia tra il sistema dei servizi sociali e sanitari (DLgs 229/99 e il DPCM 14.02.2001 e successive modifiche e integrazioni), l'auspicato potenziamento delle politiche sociali dei Comuni attraverso la realizzazione delle indicazioni della legge 328/2000 e il completamento nelle AASSLL della riconversione graduale della spesa a favore della Sanità Territoriale (in particolare nelle aree sociosanitarie ad elevata integrazione degli anziani, disabili, salute mentale, ecc), è necessaria anche a causa di una molteplicità di fattori (progressivo invecchiamento della popolazione ed aumento della cronicità, maggiore diffusione del disagio, aumento delle disuguaglianze sociali ed economiche, maggiore attesa di benessere, ecc.), che determinano un massiccio aumento della domanda di prestazioni sociosanitarie.

L'integrazione sociosanitaria garantisce una ricaduta positiva anche nell'ambito della sanità, in termini sia di equità e appropriatezza delle risposte che di economicità. Il potenziale valore aggiunto dell'integrazione con il sistema sociale, infatti, consente l'implementazione della rete integrata di servizi evitando il ricorso suppletivo a funzioni improprie. Pazienti disabili di lieve-medio grado, con bisogni prioritari sociali di vitto, alloggio, socializzazione, sono stati, in passato, impropriamente ospitati in strutture sanitarie istituzionalizzanti (e ad alto costo) o gestiti in gruppi di convivenza o presso il proprio domicilio (a più basso costo) prevalentemente a carico del S.S.N.

Più adeguati interventi sociali consentono una riduzione della spesa complessiva e risposte più appropriate ed incisive. Per tale motivo va attribuita importanza prioritaria alla coerenza tra i Piani di Zona (PdZ) ed i Programmi di Attività Territoriali (PAT).

L'Italia si appresta a realizzare un forte investimento di risorse finanziarie nella salute pubblica, che le tragedie della pandemia da Covid-19 rendono urgenti: guardare al Welfare di Comunità può essere un'occasione per moltiplicare le ricadute sui territori, trasformando la spesa sanitaria in un investimento per un diverso modello di sviluppo

locale che costruisce qualità della vita delle persone e delle comunità, a partire, dalla dignità, dai diritti e dalle libertà delle persone più fragili.

I sistemi di welfare stanno evolvendo nella direzione di un welfare pubblico-privato, innovativo e basato su reti, con una gestione mista tra enti pubblici, pazienti, famiglie e comunità locali (1,2,8,12,13,15,16).

Gli indirizzi dell'UE nell'ambito della sanità e del sociale per il periodo di programmazione 2021- 2027 partono dalla proposta di Quadro Finanziario Pluriennale della Commissione Europea del maggio 2018. Il Quadro Finanziario per il 2021-2027 assegna infatti un ruolo importante alla dimensione sanitaria, che verrà finanziata in maniera specifica dal Fondo Sociale Europeo (FSE). Il tema della personalizzazione e integrazione della cura è presente nel dibattito istituzionale in UE, in un'ottica di riforma e di investimento a lungo termine in nuovi modelli di cura, che permettano lo sviluppo di nuove partnership pubblico-private, il potenziamento di investimenti privati nella fornitura di servizi, l'adozione di approcci innovativi in ambito sociale e sanitario, quali quelli integrati e di comunità, basati su una visione olistica delle problematiche e su modelli più incentrati sulla persona (6).

Se rivisitiamo brevemente l'evoluzione del welfare in Italia, ripercorriamo i passi di un sistema di protezione sociale che affonda le sue radici in forme assistenzialistiche che cadono dall'alto, a pioggia. Dapprima esso si sviluppa all'interno delle sedi formative, durante quello che potremmo definire come volontariato filantropico (siamo negli anni venti del 1900 quando i manager, per valorizzare il fattore umano, introducono nelle fabbriche forme di assistenza per operai: asili e mense), poi durante il regime fascista dove si registra il passaggio dal termine beneficenza a quello di assistenza e nascono le ONMI (Opera Nazionale Maternità e Infanzia) che si occupano di medicina preventiva, asili nido e consultori materno-infantili. Se da un lato, in questo periodo, si iniziava a ragionare sull'importanza della prevenzione, dell'educazione, della partecipazione e della ricerca dei motivi dei bisogni, da un altro lato, in modo preponderante, si radica in Italia quel tipo di assistenza basata su una netta subordinazione e dipendenza da forme assistenziali che non forniscono strumenti per risolvere situazioni di disagio, con frequente ricorso a ricoveri in istituto, causa dello sradicamento delle persone dal proprio ambiente di vita. Fino al 1978, anno della riforma sanitaria, legge 833/78, vigeva un sistema assistenziale fatto di enti che avevano il compito di assistere singole categorie. La riforma sanitaria pone fine, almeno idealmente, alla concezione della persona spezzata in categoria, la salute diviene un diritto ed è lo Stato che deve garantirla. Cambia la logica, non sono più "le persone che si recano agli enti" ma sono "i servizi ad andare alla persona" secondo una logica di percorso integrato che verrà

attuata dalla legge quadro 328/2000, la quale vuole rispondere all'esigenza di fornire servizi mirati riducendo i costi.

Un concetto importante portato avanti da tale legge, è l'importanza che viene data al Terzo Settore; esso diviene un alter ego dell'istituzione, aprirsi al Terzo Settore è un elemento cardine dato le difficoltà dello Stato ad agire nei contesti locali. Parte un processo di localizzazione delle politiche sociali che ruota attorno al fulcro dell'integrazione delle politiche sociosanitarie e della sussidiarietà intesa come rispetto dell'autonomia dell'intervento. La legge quadro per la realizzazione di un sistema integrato di interventi e servizi sociali 328/2000, prevede che Enti, Regioni e Stato, nell'ambito delle loro competenze, coinvolgano il Terzo Settore nella programmazione e nella gestione del sistema integrato d'intervento. Tra i principi ispiratori della 328/2000 alberga il desiderio di realizzare un sistema di welfare familiare mirante a rimuovere le cause del disagio e non semplicemente esercitare una funzione riparativa. La rimozione del disagio può attuarsi se viene data alle persone l'opportunità di valorizzare le proprie capacità e ciò è possibile solo se si passa da politiche sociali passive ad interventi di protezione sociale attiva. A tale scopo, l'incontro tra soggetti pubblici e privati, richiesto dalla 328/2000, che avviene nelle aree di policy, punta alla co-progettazione dei servizi e alla concreta realizzazione degli interventi. Dar voce al privato sociale ed ai singoli cittadini ci collega ad un secondo elemento essenziale, il concetto di territorio, che va recuperato e messo in primo piano in quanto è il territorio lo scenario sul quale si dipanano i bisogni degli individui: è un Terzo Settore duttile e versatile che può carpire le esigenze di una realtà territoriale. In questa visione, la crescente rilevanza che assume la dimensione territoriale locale può essere ritenuta un motivo della contrattualizzazione delle politiche sociali che vede i destinatari degli interventi come "contraenti attivi" di progetti individualizzati. Le forme contrattuali, che nascono all'interno dei contesti locali, vogliono dar titolo al fruitore di considerarsi co-produttore del proprio benessere. I processi di localizzazione comportano dei risultati non omogenei sul territorio nazionale tradotti in dispositivi contrattuali differenti; qui gioca un ruolo importante il livello di integrazione sociosanitaria adottato dalle Regioni. Se in Lombardia si sperimenta un sistema sociosanitario incentrato sui voucher, contributi economici che coprono l'acquisto di prestazioni sociosanitarie d'assistenza domiciliare erogate da soggetti accreditati pubblici e privati, in Campania l'A.S.L. Caserta sperimenta il sistema dei budget di salute che oltre agli interventi di natura prettamente economica prevede servizi territoriali, oltre che domiciliari, e sviluppo di progetti individualizzati innovativi che valorizzano le capacità dei destinatari. La liberalizzazione e privatizzazione dei servizi comporta la cessione al privato della responsabilità gestionale. L'erogazione dei servizi viene delegata al privato e la Pubblica Amministrazione si pone come garante dei servizi erogati (7, 14). In questo rapporto *face to face* tra erogatore e fruitore, è lecito chiedersi che fine hanno fatto due

elementi considerati chiave dalla legge quadro 328/2000 per la lettura e l'interpretazione dei bisogni e dei problemi: la famiglia, intesa come luogo di socializzazione e cura primario; e la territorialità, intesa anche come comunità di riferimento. L'esperienza dell'ASL Caserta che adotta il sistema dei budget di salute insiste proprio sull'unione delle forze da parte del pubblico e del privato mettendo al centro la famiglia e il territorio.

Aumentare il capitale sociale partendo da chi ha una condizione di disabilità o bisogni sociosanitari complessi è possibile grazie alla costruzione di percorsi di economia sociale che non vedono il welfare e il soggetto portatore di bisogni sociali come un puro costo ma come risorsa, come soggetto economicamente attivo, capace di non dipendere esclusivamente dall'assistenza sociale e sanitaria.

Tale cambiamento è possibile puntando sui beni relazionali, ripartendo dalla famiglia e dal territorio in cui essi si radicano, ritrovando il senso dei legami, non solo quelli tra le persone, ma quelli insiti dentro le condizioni dei soggetti, in modo da riaffermare il valore che tutti possono dare all'interno delle reti relazionali.

Partendo da questi presupposti, tutti, ma proprio tutti, possono essere inseriti in un circuito che li distacca dalla totale dipendenza, materiale e psicologica, dai servizi, e li inserisce in un contesto fortemente umano ed umanizzante.

Progetti terapeutici riabilitativi individuali e budget di salute

I Progetti Terapeutici Riabilitativi Individuali sostenuti da budget di salute (P.T.R.I./B.d.S) rispondono alle finalità fin qui esposte. Nati in seguito al processo di deistituzionalizzazione psichiatrica essi si configurano come veri e propri “contratti di cura” e sono rivolti a persone con bisogni socio-sanitari complessi (persone con disabilità psichica o fisica, ex detenuti, ex tossicodipendenti, ecc.) che richiedono prestazioni ad elevata integrazione sociosanitaria.

Tali progetti hanno alla base un investimento economico, definito appunto “Budget di Salute”, che rappresenta la sintesi delle risorse economiche, professionali e umane necessarie per innescare un processo volto a ridare alla persona, attraverso un progetto terapeutico riabilitativo individuale, un funzionamento personale e sociale accettabile, e alla cui realizzazione partecipano il paziente stesso, la sua famiglia e la sua comunità (Capitale Sociale).

Il modello del Budget di Salute si ispira ai budget individuali, approccio largamente diffuso negli Stati Uniti e le cui prime sperimentazioni risalgono agli inizi degli anni '90 (10). Per “budget individuale” s'intende il finanziamento reso disponibile a un

individuo con disabilità, per usufruire dei servizi cui ha diritto attraverso progetti strutturati sui bisogni, flessibili e non legati ad un tipo particolare di servizio o ad uno specifico erogatore (*Consumer-directed Services*) (Tabella 1).

Tabella 1. I modelli “Budget di Salute” e biomedico a confronto

Modello Biomedico	Modello “B.d.S.”
Paternalismo	Autonomia
Solidarietà Cittadino assistito	Sussidiarietà
Aiuto e sostegno	Cittadino protagonista
Responsabilità centrale	Promozione e protezione
Paziente	Responsabilità diffusa
Valutazione individuale	Persona (soggettività)
Diagnosi	Valutazione multidimensionale -
Sintomo	Multiprofessionale
Prestazione riparativa	Funzionamento
Intervento contenitivo	Determinanti di salute
Assistenza Sanitaria	Progetto Individualizzato
	Inclusione sociale
	Promozione della Salute e Sviluppo Economico-Sociale

Attraverso il sistema dei B.d.S., i Servizi Pubblici non delegano la gestione di competenze proprie al privato sociale, come accade nei modelli di accreditamento e voucher. A differenza dei voucher, infatti, i B.d.S. vedono una regia pubblica nella predeterminazione di un pacchetto obiettivo/risorse calibrato e progettato su scala individuale, coniugando più risorse e negoziando con i soggetti interessati. I voucher, invece, rendono la prestazione socio-sanitaria un prodotto da vendere su un mercato concorrenziale che non fornisce all’utente l’opportunità di autodeterminarsi. Si passa, dunque, dall’idea di “un cittadino che spende” per acquistare pacchetti di cura “preconfezionati” come accade nei voucher, a quella di un “cittadino che coopera” per la propria salute nei B.d.S (9).

Il progetto terapeutico riabilitativo individualizzato sostenuto da Budget di Salute punta in modo marcato all’integrazione delle prestazioni sanitarie con quelle sociali in tre aree:

- Casa / Habitat Sociale
- Formazione / Lavoro
- Apprendimento / Socialità / Affettività.

L’intervento su queste tre aree si basa sull’assunto che i supporti sociali siano indispensabili per esercitare potere contrattuale ed evitare l’istituzionalizzazione della sofferenza. Il B.d.S. viene dunque programmato, gestito e monitorato in maniera integrata e concordata tra operatori sanitari, sociali e del privato insieme agli utenti e ai familiari, con modalità tipiche del “*welfare mix*”, ossia attraverso l’intreccio tra iniziativa pubblica e risorse della comunità, al fine di costruire una presa in carico integrata e personalizzata dei bisogni di salute della persona. L’obiettivo prioritario di

tale cogestione è la promozione dell'inclusione e del mantenimento nel corpo sociale delle persone con disabilità e/o in condizioni di bisogno sociosanitario.

Se non viene ridotto a mero dispositivo tecnico-amministrativo, ma diviene anche elemento simbolico in grado di costruire e rappresentare significati condivisi, il B.d.S. può rappresentare una concreta pratica per provare a ri-costruire quel fondamentale patto di convivenza civile che è il welfare di comunità, un sistema in cui lo sviluppo dei servizi incorpori protagonismo e risorse degli utenti, reti sociali, legami sociali, e operi per ricrearli, invece che eluderli. Il Budget di Salute diviene per l'utenza, infatti, una dotazione economica utile, in quanto comprende tutti i servizi di cui fruisce; considera il livello di intensità e le necessità individuali; consta di una "retta" giornaliera; ha una validità a tempo determinato fino alla data di revisione del progetto (12).

I soggetti coinvolti in tali percorsi sono:

- La persona ed i suoi familiari, che possono partecipare con risorse proprie;
- L'ASL, attraverso i Servizi direttamente coinvolti (Centro di Salute Mentale-CSM, Dipartimento Dipendenze, ecc.);
- Il Comune di residenza del titolare del P.T.R.I, attraverso i propri servizi sociali;
- I soggetti cogestori privati individuati da un elenco realizzato mediante Avviso Pubblico.

La priorità dell'immissione delle persone in P.T.R.I./B.d.S. è riferita ai seguenti gruppi:

- Persone affette da malattie croniche e/o cronico-degenerative con grave disabilità sociale, nonché con disturbo psichiatrico internate nelle strutture protette o case di cura convenzionate;
- Persone affette da malattie croniche e/o cronico/degenerative con grave disabilità sociale con ricoveri ripetuti negli ospedali civili o nelle case di cura convenzionate;
- Persone, presenti negli OPG o nelle strutture di superamento degli stessi (strutture di residenza per misure di sicurezza e articolazioni per la tutela della salute mentale in carcere) o a rischio di applicazione di misure di sicurezza detentive derivanti da disagio psichico;
- Persone affette da malattie croniche e/o cronico/degenerative con grave disabilità sociale e internate nelle carceri di pertinenza territoriale sottoposti a misure alternative alla detenzione con provvedimenti dell'autorità giudiziaria;

- I minori di pertinenza territoriali internati negli Istituti educativi assistenziali, sottoposti a misure alternative alla detenzione con provvedimenti dell'autorità giudiziaria;
- I minori con disturbi psichiatrici di pertinenza territoriali internati negli Istituti educativi assistenziali, sottoposti a misure alternative alla detenzione con provvedimenti dell'autorità giudiziaria;
- Persone affette da malattie croniche e/o cronico/degenerative con grave disabilità sociale in stato di abbandono nei territori.

In questa categoria rientrano le persone che presentano il disturbo da uso di alcol e/o il disturbo da uso sostanze e/o le *addiction* comportamentali in quanto le patologie da cui sono affette sono croniche e recidivanti e determinano inevitabilmente lo sviluppo di vere e proprie disabilità sociali che richiedono interventi "riabilitativi" e di inclusione sociale e lavorativa mirati e personalizzati.

I Budget di Salute rappresentano un'innovazione notevole sia rispetto al metodo e alla tecnologia che rispetto al contesto sociale ed istituzionale. Innanzitutto, i Servizi pubblici non delegano più la gestione di una parte delle proprie competenze al privato, accreditando strutture, ma ricercano partner per la costruzione di contesti ove siano presenti "prodotti flessibili", ovvero le determinanti sociali predittive delle prognosi positive che, come ha affermato in un recente documento l'OMS, "devono essere parte integrante del trattamento medico" (*welfare-mix*). Inoltre, le rette corrisposte per l'assistenza in strutture residenziali o semiresidenziali vengono trasformate in progetti individuali sostenuti attraverso i Budget di Salute, mediante specifico atto contrattuale per ogni utente. Anche il ruolo del partner privato viene modificato: il cogestore privato, infatti, non ha più il compito di gestire strutture, più o meno protette, ma di fornire occasioni di apprendimento/espressività, formazione/lavoro, casa/habitat sociale e socialità/affettività.

Più in particolare, i budget di salute individuale si sono dimostrati uno strumento efficace per la riqualificazione della spesa sociale e sanitaria, uno strumento dinamico nel welfare comunitario. Il processo di condivisione decisionale che riunisce i due tipi di esperienza ha consentito il passaggio da un "modello regalo" ad un "modello di cittadinanza attiva" con l'individuo al centro del sistema.

In sintesi, i P.T.R.I./B.d.S. sono caratterizzati da:

- Un semplice sistema di allocazione equa delle risorse;
- Un'efficace *recovery* (in combinazione con un efficace supporto, quando necessario);
- Nuovi approcci alle opportunità;
- Una forza lavoro diversificata;
- Il monitoraggio sulla base dei risultati e non solo sulla spesa;
- Una nuova base di conoscenze;
- Una diversificazione del mercato;
- La sostenibilità finanziaria.

Notevoli vantaggi in termini di efficienza, efficacia nella pratica e, in ultima analisi, di costo-efficacia. La filosofia alla base del budget di salute si fonda, infatti, sulla consapevolezza che gli ostacoli esterni all'esercizio dei diritti di apprendimento, di educazione, di socializzazione, di lavoro, ad avere una casa, sono i determinanti che, in ultima analisi, trasformano una persona vulnerabile o "a rischio" in un "caso".

I P.T.R.I./B.d.S. e le strutture residenziali

Le persone che accedono alle strutture residenziali tradizionali sono principalmente quelle con un potere contrattuale minimo, ad elevato rischio di stigma e di invalidazione sociale, con situazioni familiari difficili, grave isolamento sociale e scarsa capacità di auto-cura (11). Tali strutture rappresentano spesso soluzioni di cui si usufruisce per rispondere a situazioni di emergenza, senza tener conto dei bisogni, dei ritmi e delle priorità degli utenti. Esse, invece, dovrebbero rappresentare metodi di lavoro che riflettono una temporalità precisa, anche per le persone con disturbi più gravi. L'assetto organizzativo di queste strutture è il riflesso di alcuni paradigmi, più o meno espliciti, che ne sono alla base e che oggi, alla luce di un'esperienza almeno trentennale, possono essere oggetto di riflessione e discussione. Un primo dato di fatto è che le strutture residenziali, nonostante l'eterogeneità delle loro pratiche, hanno prodotto una palese contraddizione: pur avendo una mission dichiarata di preparazione e restituzione (ovvero l'obiettivo centrale dell'inclusione sociale), esse riproducono stanzialità (tendono cioè a diventare, impropriamente, "case per la vita"). Per questa ragione, nonché per la loro collocazione separata dal resto della comunità e in cui le reti sociali

sono in pratica confinate alle sole relazioni con gli operatori e con gli altri utenti, finiscono per tradire il mandato originario dell'inclusione sociale. Peraltro, se da una parte tendono "naturalmente" a divenire case per la vita, esse poi svolgono di fatto questa funzione in maniera del tutto precaria e contraddittoria, in quanto non è dichiaratamente assicurata una risposta stabile e duratura al bisogno abitativo, lasciando così intatte le preoccupazioni dei familiari relative al "dopo di noi".

Se si analizzano i paradigmi impliciti che sottendono questo "sistema", si scopre che gli assunti su cui si basano sono per lo più errati o fuorvianti. Il primo errore è la concezione del "percorso" verso l'autonomia e l'indipendenza abitativa come processo a fasi progressive: la disabilità, infatti, non è fissa e statica, bensì episodica e dinamica, e risente di molteplici interferenze ed eventi biografici poco prevedibili e pianificabili. Un altro problema è che il prolungamento della permanenza nelle strutture, oltre un termine ragionevole, finisce per accentuare la dipendenza e la passività (e quindi la "cronicità"), se non vengono tempestivamente offerte reali e concrete opportunità emancipative. Altri assunti impliciti riguardano, ad esempio, il ruolo dei familiari, che in un sistema di questo tipo è limitato a quello di "richiedenti" e di "deleganti". Mentre la competenza e il potere decisionale restano in mano a servizi, peraltro sempre più soffocati da richieste, da deleghe e con sempre meno risorse. Questo vale anche per le reti di supporto insite nelle comunità, che in tal modo non esprimono le loro naturali e gratuite potenzialità di inclusione. Tutto ciò, infine, comporta un enorme impegno in termini di costi a lungo termine. Una soluzione a questi problemi si intravede nella filosofia del budget di salute, che sottende una restituzione di competenze alle persone "esperte" in prima persona dei propri problemi e dei propri bisogni, i quali possono essere così ri-letti e re-interpretati, rivelandosi più "semplici" di quanto le complicazioni organizzative e burocratiche facciano ritenere.

All'interno dei P.T.R.I./B.d.S., il problema della residenzialità rientra come ambito di intervento della stessa progettualità: la dimensione della casa/habitat sociale, infatti, si diversifica in base alla singolarità del progetto e della persona che ne usufruisce. Fanno parte delle diverse alternative contemplate dai B.d.S. i Gruppi Appartamento o i Gruppi di Civile Convivenza per persone che non hanno la possibilità di un alloggio, gli interventi domiciliari, gli interventi di supporto nelle fasi di re-ingresso nella propria abitazione, ecc. In ambito psichiatrico, in particolare, una riflessione importante riguarda la differenziazione tra assistenza residenziale e la questione abitativa delle persone affette da gravi malattie mentali, spesso, sono senza una casa. La maggior parte delle volte, infatti, la scelta ricade sulle strutture residenziali, in quanto esse rappresentano un mix tra necessità di un alloggio, cure assistenziali e rispondono facilmente al problema di "dove li mettiamo?" (4, 11).

È, invece, necessario porre una distinzione tra:

1. Una comunità terapeutica e riabilitativa residenziale;
2. La necessità di un posto dove vivere, con il dovuto supporto.

Questi due obiettivi non sono facili da conciliare e portano spesso a differenti tipi di soluzioni residenziali, nonostante l'univocità dello strumento. L'assistenza residenziale dovrebbe essere uno degli strumenti che promuovono e sostengono il processo di deistituzionalizzazione, dal momento che incoraggia la transizione verso nuove forme di custodia dei diritti delle persone e il ripristino di strumenti e competenze di *empowerment*. Purtroppo, però, quando l'assistenza residenziale diviene un sistema chiuso e perde la sua connotazione di facilitatore verso l'esterno, finisce per congelare gli utenti nel loro ruolo di ospiti eterni, non permettendogli di diventare "padroni di casa" (4, 11).

La situazione nazionale

La tabella 1 riporta i principali provvedimenti emessi negli ultimi anni in Italia.

Tabella 1 - Quadro normativo nazionale

D.Lgs. n. 229/1999 Legge n. 328/2000	Norme per la razionalizzazione del servizio sanitario nazionale Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali
D.P.C.M. del 14/02/2001 D.P.C.M. del 12/01/2017	Atto d'indirizzo e coordinamento sull'integrazione sociosanitaria Definizione dei nuovi livelli essenziali di assistenza (LEA), in sostituzione del D.P.C.M. del 29 novembre 2001
Legge n. 112/2016	Disposizioni in materia di assistenza in favore delle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare

La legge del 17 luglio 2020 n. 77 di conversione del decreto Rilancio Italia ha previsto, tra l'altro, un chiaro riferimento al welfare di prossimità e ai budget di salute. Il comma 4 Bis prevede, infatti, che «Al fine di realizzare gli obiettivi di cui ai commi 3 e 4, il Ministero della salute, sulla base di un atto di intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, coordina la sperimentazione, per il biennio 2020-2021, di strutture di prossimità per la promozione della salute e per la prevenzione, nonché per la presa in carico e la riabilitazione delle categorie di persone più fragili, ispirate al principio della piena integrazione socio-sanitaria, con il coinvolgimento delle istituzioni presenti nel territorio, del volontariato locale e degli enti del Terzo Settore senza scopo di lucro. I progetti proposti devono prevedere modalità di intervento che riducano le scelte di istituzionalizzazione, favoriscano la domiciliarità e consentano la valutazione dei

risultati ottenuti, anche attraverso il ricorso a strumenti innovativi quale il budget di salute individuale e di comunità».

Il 6 luglio 2022 la Conferenza Unificata ha sancito l'intesa per implementare il modello organizzato gestionale del Budget di Salute approvando il documento: "Linee programmatiche: progettare il Budget di Salute con la persona- proposta degli elementi qualificanti", indicando alle Regioni, Province Autonome di Trento e Bolzano e Autonomie Locali, la necessità di impegnarsi a recepire con propri provvedimenti i contenuti del documento e auspicandone un periodico monitoraggio nazionale.

A livello Regionale, diverse Amministrazioni hanno adottato il budget di salute come strumento integrato di gestione degli interventi socio-sanitari.

La Regione **Friuli Venezia Giulia**, con la legge regionale n. 6 del 2006, ha gettato le basi per un sistema integrato di interventi e servizi sociali, prevedendo, all'art.5, la predisposizione di un" progetto assistenziale individualizzato, definito d'intesa con la persona destinataria degli interventi ovvero con i suoi familiari, rappresentanti, tutori o amministratori di sostegno", nella logica della centralità dell'individuo. L'attenzione alla persona è poi ribadita anche dall'articolo 41, che prevede l'istituzione di un Fondo per l'autonomia possibile (FAP) e per l'assistenza a lungo termine, rivolto a persone che non possono provvedere alla cura della propria persona e finalizzato a mantenere una normale vita di relazione, senza l'aiuto determinante di altri. Il FAP, regolamentato con apposito provvedimento, stabilisce i soggetti beneficiari e prevede, tra le tipologie di intervento, anche il sostegno a progetti sperimentali personalizzati a favore di persone affette da problemi di salute mentale, con tre assi di intervento: casa e habitat sociale, lavoro e formazione professionale, socialità e affettività. Il finanziamento di questi progetti, della durata massima di tre anni (art. 8 ter), viene assicurato da un budget di salute, che si aggiunge e non sostituisce gli interventi già previsti nello svolgimento dei compiti istituzionali di prevenzione, cura e riabilitazione. I servizi affidati all'esterno non riguardano quindi più pacchetti predefiniti, quali 12 strutture residenziali o interventi identici per gruppi di persone, ma il budget si riferisce ad una singola persona e al suo progetto individuale, quindi con obiettivi, risultati e processi, garantendo una miglior qualità del progetto stesso e il suo monitoraggio e valutazione. Il budget di salute è classificato in tre gruppi: alta intensità, che prevede un'assistenza fino a 24 ore al giorno, media intensità (fino a 14 ore al dì) e bassa intensità (max 32 ore settimanali), cui corrispondono anche modalità abitative diverse.

La legge 11 del 2016 della Regione **Lazio**, all'art. 53, Presa in carico integrata della persona e budget di salute, recita *"al fine di dare attuazione alle indicazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità sui "determinanti sociali della salute"* e alle relative raccomandazioni del 2009, adotta una metodologia di integrazione

sociosanitaria basata su progetti personalizzati sostenuti da Budget di Salute, costituiti dall'insieme di risorse economiche, professionali e umane necessarie a promuovere contesti relazionali, familiari e sociali idonei a favorire una migliore inclusione sociale dell'assistito. Sono state avviate sperimentazioni nel distretto sociosanitario Roma 6/1, nel 2016, che hanno visto in primis un'azione di formazione degli operatori sanitari, sociali, del Terzo Settore, delle associazioni e del volontariato coinvolti nel lavoro dei servizi rivolti alle persone. Il programma sperimentale prevedeva, oltre alla ricognizione delle poste finanziarie in bilancio degli enti pubblici, l'individuazione degli utenti, l'istituzione di un'unità di valutazione multiprofessionale con la definizione di precise responsabilità tecniche e di spesa, nonché il monitoraggio, con il coinvolgimento di tutti gli attori protagonisti, compresi gli utenti ed i loro familiari.

La **Campania**, con DGRC n. 483 del 2012, ha approvato le “Linee guida regionali per gli interventi sociosanitari integrati finalizzati al welfare comunitario attraverso la metodologia dei Progetti Terapeutico Riabilitativi Individuali sostenuti da Budget di Salute” che definiscono gli elementi caratterizzanti il P.T.R.I., gli obiettivi e i destinatari del budget di salute, nonché il ruolo del pubblico e del privato e le tre aree di intervento: casa/habitat sociale, formazione/lavoro e apprendimento/socialità/affettività. Alle Linee guida è seguito, 11 febbraio 2013, un apposito regolamento attuativo. In questo quadro, l'ASL Caserta ha sperimentato, d'intesa con i comuni degli ambiti territoriali sociali e con il Terzo Settore, la metodologia dei P.T.R.I. – B.d.S. Anche la ASL n.2 di Napoli ha intrapreso questa strada e, con delibera aziendale del 2015, ha individuato le cooperative sociali di tipo B disponibili alla cogestione di Progetti di Intervento Socio Sanitario (P.I.S.S.), in favore dei cittadini della ASL stessa in condizioni tali da richiedere progetti individuali caratterizzati dalla necessità di interventi sanitari e sociali. Lo strumento per la cogestione del P.I.S.S. indicato è il Budget di Salute. Va evidenziata, tra le norme, la legge regionale n.5 del 2012, relativa all'agricoltura sociale e alla disciplina delle fattorie e orti sociali, la quale individua all'art.3, tra i soggetti che possono svolgere attività di agricoltura sociale, anche i cogestori dei P.T.R.I., sostenuti dal budget di salute. Alcune cooperative sociali, gestori di fattorie sociali, hanno intrapreso questa strada, ospitando presso le loro strutture persone con P.T.R.I., avviando percorsi virtuosi di collaborazione e di coordinamento tra il pubblico e il privato sociale.

La Regione **Emilia Romagna** ha promosso con un apposito finanziamento dedicato (DGR 478/2013; DGR 805/2014), il “Programma Budget di salute”, per facilitare la diffusione di questo approccio negli interventi socio-sanitari di tutti i Dipartimenti salute mentale e dipendenze patologiche (DSM-DP) regionali. Con questo obiettivo sono stati realizzati nel 2013 oltre 200 progetti individualizzati sul territorio regionale, in alternativa o in superamento della residenzialità assistita, senza contare i progetti già

attivati nelle aziende che per prime avevano sperimentato il modello del budget di salute e che hanno proseguito questa attività anche con risorse proprie, 13 degli Enti locali e delle Fondazioni. I primi risultati di queste esperienze sono stati presentati in un convegno regionale nel 2013 e successivamente discussi con la Consulta regionale per la salute mentale. Valutati i primi risultati incoraggianti, anche a fronte delle specificità di interventi non sempre assimilabili al modello del budget di salute, la Consulta ha incoraggiato la prosecuzione di questi percorsi, e con DGR n. 1554/2015 sono state approvate le relative Linee di indirizzo.

La Regione **Sicilia**, con la legge regionale n. 17 del 2019, ha impresso un'accelerazione alla realizzazione di Progetti Terapeutici Individualizzati (PIT) sostenuti da Budget di Salute (B.d.S.). La norma prevede che "Ogni Azienda Sanitaria Provinciale è tenuta a destinare almeno lo 0,2% delle somme poste in entrata del proprio bilancio annuale al finanziamento di PIT di presa in carico comunitaria, formando la dotazione finanziaria del Budget di Salute" come definito dal documento piano delle azioni e dei servizi sociosanitari e del sistema unico di accreditamento dei soggetti che erogano prestazioni socio-sanitarie. Il regolamento attuativo, però, non è stato ancora approvato. Il Piano sociosanitario regionale del 2017 aveva già collegato il budget di salute all'agricoltura sociale, nell'auspicio che si possano "creare le condizioni all'interno di un'azienda agricola che consentano a persone con specifiche esigenze di prendere parte alle attività quotidiane di una fattoria, al fine di assicurarne lo sviluppo e la realizzazione individuale, contribuendo a migliorare il loro benessere" (*European Economic and Social Committee*, 2013).

Altre Regioni quali il **Piemonte** e il **Veneto**, hanno adottato provvedimenti che, pur non prevedendo lo strumento del budget di salute, vanno nella direzione della costruzione di percorsi riabilitativi personalizzati, costruiti in una logica di co-progettazione. La Lombardia, con la legge regionale n. 23 del 2015, ha previsto l'orientamento alla presa in carico della persona nel suo complesso e realizzato progetti di sperimentazione del Budget di Salute per promuovere l'inclusione sociale delle persone con disabilità attraverso la riqualificazione dei loro percorsi di vita.

La **Toscana**, con la deliberazione di Giunta Regionale n. 1449 del 2017, ha definito un modello sperimentale regionale di presa in carico della persona con disabilità, da attuare attraverso il Progetto di vita e l'introduzione dello strumento organizzativo-gestionale denominato budget di salute.

Il progetto terapeutico riabilitativo individuale - P.T.R.I. sostenuto dal budget di salute quale strumento efficace nella riabilitazione dei disturbi da abuso di alcol

Tra coloro che si occupano di cura delle dipendenze emerge con sempre maggiore forza la necessità di sviluppare interventi mirati all'attivazione di abilità personali e sociali nonché alla prevenzione delle patologie fisiche e psichiche correlate alla dipendenza stessa che, sovente, assumono le caratteristiche di vere e proprie disabilità. L'intervento sanitario, infatti, presenta in questi settori buoni livelli di efficacia in termini di prevenzione degli eventi acuti (overdose, scompenso psichico, suicidarietà, ecc.) di controllo della ricaduta (nell'uso, nel sintomo psichico), di riduzione della mortalità correlata. A fronte di tali dati positivi si assiste, tuttavia, all'aumento del numero di pazienti con Disturbi da Uso di Sostanze e/o comportamenti di *addiction* che non sviluppano o perdono le abilità personali e sociali necessarie per una vita dignitosa e che abbisognano di costanti interventi di supporto su aspetti di base quali il lavoro, l'alloggio, le relazioni.

L'Osservatorio Europeo sulle Droghe (*European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction – EMCDDA*) riconosce che il trattamento sanitario della dipendenza da solo non è sufficiente a prevenire l'esclusione sociale e indica i seguenti punti come centrali per migliorare l'integrazione sociale dei pazienti con dipendenza (3):

- Aumentare la disponibilità e l'accessibilità degli interventi di integrazione sociale;
- Includere gli interventi di integrazione sociale nei programmi di trattamento fin dalle fasi iniziali;
- Considerare la reintegrazione sociale come obiettivo del programma di trattamento;
- Adattare gli interventi agli specifici bisogni e alle caratteristiche personali.

L'EMCDDA sottolinea dunque come gli interventi di integrazione sociale vadano considerati parte integrante del programma di trattamento e debbano essere svolti fin dall'inizio del percorso di cura, oltre a essere oggetto di ricerca scientifica. E' opportuno sottolineare che gli interventi riabilitativi vanno effettuati comunque e non subordinati al raggiungimento della condizione di astinenza. L'obiettivo della riabilitazione psicosociale, infatti, deve essere quello di consentire a tutti una vita dignitosa e integrata nella società; l'astinenza o la riduzione del consumo vanno visti come obiettivi complementari, non come prerequisiti dell'intervento psico-sociale.

La riabilitazione psicosociale, che negli ultimi dieci anni ha subito una vera rivoluzione divenendo oggi una disciplina basata sulle evidenze anche in seguito alla pubblicazione nel 2001 della Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute (ICF), acquisisce, dunque, centralità e “pari dignità” rispetto agli interventi sanitari in senso stretto nel percorso di cura delle dipendenze. Questa prospettiva richiede l’adozione di un paradigma più complesso e aderente alla realtà della persona, in grado di supportare la definizione di interventi all’esterno del contesto terapeutico, ambulatoriale o residenziale, reperendo risorse e collaborazioni nell’ambiente di vita della persona. Solo in questo modo, infatti, è possibile arrivare alla riprogrammazione di quei fattori ambientali che tanta parte hanno nel *functioning* di un paziente, in vista di una migliore e più dignitosa qualità di vita.

Tre sono i concetti fondamentali che sono al centro del pensiero riabilitativo moderno e che rendono gli approcci riabilitativi anche concettualmente diversi e in parte rivoluzionari rispetto ai “tradizionali” approcci clinici: il riferimento è a *Recovery*, Funzionamento, *Empowerment*.

Il termine *Recovery*, la cui traduzione più adeguata è “guarigione funzionale”, indica il raggiungimento di una condizione di equilibrio con la malattia che consenta una vita soddisfacente dal punto di vista personale e relazionale. Il concetto di *Recovery*, quindi, integra quello di guarigione clinica, centrato sull’assenza di sintomi e/o sulla restitutio ad integrum anatomico funzionale, e risulta essere assai più utile di quest’ultimo, specie ove si affrontino patologie di lunga durata, quali sono i disturbi additivi da sostanze e/o comportamentali. Per valutare il raggiungimento di una condizione di *Recovery* è centrale la valutazione del Funzionamento e della Qualità della Vita percepita dal paziente.

Il Funzionamento è definito come la capacità di interagire con l’ambiente, integrandovisi positivamente.

L’efficacia dei processi riabilitativi è condizionata dalla partecipazione attiva del paziente: in questa ottica assume quindi centralità il concetto di *Empowerment* (valorizzazione personale, attribuzione di importanza, protagonismo), al fine di garantire un processo di crescita basato su autostima, autoefficacia, autodeterminazione.

Obiettivo del trattamento dei disturbi da uso di sostanze e dei comportamenti di *addiction* è il raggiungimento dell’astinenza (o meglio, della sobrietà) e il recupero di un buon livello di funzionamento personale e sociale. Il tema del piacere è centrale nei Disturbi da Uso di Sostanze e nei comportamenti di *addiction* e il recupero della capacità di fruire di piaceri sani è un elemento centrale del *Recovery* da questi disturbi, specialmente se collegato al recupero di senso e di valori tipico del piacere

eudaimonico: in questo percorso l'astinenza può trasformarsi nella ben più solida sobrietà, che comporta il raggiungimento della serenità rispetto all'astensione da alcol e sostanze, un atteggiamento di distacco verso tutto ciò che può alterare lo stato mentale e, nelle forme più evolute, la consapevolezza che il non uso di sostanze non è un di meno, ma un di più, un arricchimento personale. Guidare il paziente alla riscoperta del piacere eudaimonico (la felicità eudaimonica è legata alla "fioritura umana", all'autorealizzazione virtuosa, ossia ottenuta in un contesto di civile convivenza, in linea con gli obiettivi vitali e con le concezioni etiche) è una parte fondamentale del percorso di trattamento e costituisce il fulcro degli interventi riabilitativi volti all'inclusione sociale del paziente con disturbo additivo: il benessere che si sperimenta nella vita quotidiana è la migliore prevenzione della ricaduta e, quindi, la migliore garanzia di mantenimento della condizione di sobrietà.

Secondo la visione riabilitativa, la malattia e la disabilità sono i risultati di fattori complessi, che comprendono le condizioni ambientali, sia fisiche che relazionali. Lo stesso sintomo sarà più o meno inabilitante a seconda dell'ambiente in cui si sviluppa: un sintomo psichico o l'uso di una sostanza saranno molto diversi se affrontati in un ambiente accogliente e rassicurante rispetto a uno stigmatizzante. Lo stesso effetto delle terapie cambia a seconda dell'ambiente in cui si realizza: l'efficacia di una terapia per l'alcolismo è assai ridotta in un ambiente in cui l'uso di alcol è diffuso, approvato, incentivato. L'intervento riabilitativo non riguarda dunque solo la malattia, le sue cause e i suoi sintomi ma anche l'ambiente in cui questa si sviluppa. Tale ambiente può essere modificato per renderlo più funzionale al *recovery* (ad es. creare ambienti senza alcol o senza fumo di tabacco), come pure si può dotare il paziente di ausili utili ad affrontare meglio l'ambiente così com'è.

Lo strumento del P.T.R.I. sostenuto dal Budget di Salute consente di tradurre concretamente questi aspetti centrali del moderno approccio riabilitativo, dando risalto alla partecipazione attiva dell'utente al processo di cura, ponendo l'accento sulla visione integrale della persona nella sua unità bio-psico-sociale e attribuendo fondamentale importanza non solo agli interventi centrati sulla dimensione clinica, ma anche a quelli dedicati alla disabilità psico-sociale derivante dalla cronicità della condizione di dipendenza da alcol o da droghe e, più recentemente, da comportamenti di *addiction*.

La rete interistituzionale nel percorso di cura delle dipendenze

Nel trattamento dei disturbi da uso di alcol, la continuità terapeutica e l'attività di rete territoriale sono elementi essenziali del processo terapeutico che dovrebbe comprendere percorsi diagnostici terapeutici assistenziali bidirezionali dall'Unità di alcologia verso gli ospedali, i dipartimenti di salute mentale, i medici di medicina generale, i servizi

sociali comunali, il sistema normativo e i tribunali, le associazioni di Auto-Mutuo Aiuto, le comunità terapeutiche in un'ottica di intervento integrato e la conoscenza delle reciproche modalità operative nel rispetto delle proprie specificità.

Il progetto terapeutico per un alcolista, che prescinde da un approccio stereotipato proprio della cura del tossicodipendente, è orientato infatti ad un “*Continuum Care*” che coinvolge tutti gli attori della rete terapeutica, in un processo di individualizzazione delle cure che tiene conto delle esigenze terapeutiche del paziente, della sua famiglia, della sua specifica collocazione sociale e, soprattutto, delle diverse fasi storiche della sua dipendenza e del suo rapporto con l'alcol. L'interdipendenza e al contempo l'autonomia dei vari nodi della rete garantisce un governo uniforme e rende tempestivamente disponibili competenze tecnico-professionali e risorse in qualsiasi punto della rete utili alla realizzazione di risposte sanitarie e socio-assistenziali efficaci.

Criticita'

- Mancanza di conoscenza del B.d.S. e della metodologia di lavoro basata sui P.T.R.I.
- Criticità gestoria Unità di Valutazione Integrata (UVI) /carezza risorse umane e strumentali
- Difficoltà nei rapporti con gestori e cogestori
- Distribuzione disomogenea delle strutture sul territorio
- Propositività del Privato Sociale
- Mancanza obiettivo «Formazione-Lavoro»
- Mancata realizzazione dello sbocco

Raccomandazioni

- Definizioni di **linee guida nazionali** con procedure unitarie e condivise per i percorsi di inclusione sociale e l'adozione del Budget di salute come modello d'intervento.
- Strutturazione delle **reti regionali e locali** al fine di favorire la massima integrazione tra i diversi attori territoriali. Sviluppare e assicurare l'applicazione del Piano Locale delle dipendenze.
- **Formazione:** Organizzazione di un percorso formativo permanente condiviso con gli attori coinvolti nel processo sociosanitario (ASL, Ambiti, III Settore...) finalizzato

alla coprogettazione nell'area dell'alcolologia e alla integrazione sociosanitaria. La formazione permanente si propone di creare un linguaggio comune e una visione complessiva condivisa fra tutti gli attori. Una nuova cultura dei servizi quindi, che, dal punto di vista dell'integrazione, possa costituire la base su cui far crescere e diffondere un welfare-mix e creare nuove sinergie tra i soggetti preposti alla cura. Tale proposta trova fondamento nella legislazione vigente che individua nella concertazione tra i diversi soggetti pubblici e del privato sociale le modalità vincolanti per la realizzazione di interventi volti al benessere psico-fisico della popolazione.

- Istituzione di **Tavoli Permanenti Distrettuali**, composti dai referenti degli uffici sociosanitari distrettuali, da rappresentanti della componente sociale (Ambito Territoriale) e da un rappresentante per ogni UUOO, cui affidare il compito di monitorare le prestazioni approvate in UVI.
- Implementazione di un'**azione di confronto e negoziazione** con le imprese, sociali e non, che gestiscono B.d.S. e Case Alloggio per favorire una più omogenea distribuzione delle opportunità sui territori, al fine di favorire l'effettività dell'azione volta alla *recovery* soggettiva all'interno della comunità di riferimento dell'utente.
- Atteso che una delle criticità riscontrate è conseguente alla carenza dell'offerta interna si ritiene che la stessa va potenziata con **incremento delle risorse umane e strumentali assegnate**.
- **Propositività del Privato Sociale**. Stimolare ulteriormente, in termini di propositività e rete di iniziative comunitarie, l'operatività ed il coinvolgimento del Privato Sociale attraverso anche la valutazione e l'individuazione di ulteriori forme, anche giuridiche, che sanciscano il partenariato con l'ente pubblico. Ancora poche proposte del privato sociale nella direzione della diversificazione delle proprie prestazioni, pochi "prodotti flessibili". Definire meglio le tre aree di intensità e i gruppi di appartenenza per quel che riguarda i pazienti alcolodipendenti.
- **Snellimento delle procedure formali**. Approfondire le possibilità di superamento delle procedure di affido dei budget di salute, attualmente proposte. Ipotesi di snellimento delle procedure formali per garantire al privato sociale una sostenibilità economica che supporti la flessibilità e l'elasticità nell'erogazione degli interventi richiesti.
- Relativamente ai P.T.R.I./BDS, con particolare riguardo ai soggetti giovani, è necessario concentrare le progettazioni **sull'asse formazione –lavoro** (azioni di collegamento tra servizi sociali, agenzie formative, ASL, servizi per l'impiego ai fini

della realizzazione di tirocini formativi: le borse lavoro costituiscono un'applicazione ottimale del budget di salute).

- Tra le criticità riscontrate risulta anche la mancanza dei così detti “sbocchi”, la fuoriuscita dal percorso sociosanitario, che si rendono necessari per la corretta gestione della cronicità. La questione “**residenziale**” è sicuramente una delle questioni chiave per l'autonomia e il processo di recupero e pertanto vanno promosse sperimentazioni per la costituzione in house di servizi innovativi in civile abitazione di concerto con gli ambiti territoriali, volte a favorire l'autonomia abitativa degli utenti presso la comunità di riferimento.

Bibliografia

1. Alakeson V, Boardman J, Boland B, Crimlisk H, Harrison C, Iliffe S, Patterson J. Debating personal health budgets. *B J Psych Bull* 2016; 40 (1): 34-37.
2. Boyle D, Harris M. *The challenge of co-production*. London: New Economics Foundation, 2009.
3. Brotherhood A, Sumnall HR, *European drug prevention quality standards: a quick guide*. EMCDDA Lisbon, October 2013, ISBN/ISSN: 978-92-9168-665-0
4. De Mattia G, Zarrella I, Carbasì A. Modelli di welfare e modelli di capitalismo. Le sfide per lo sviluppo socio-economico in Italia e in Europa. *Atti della IX Conferenza ESPAnet Italia*. Macerata, 22-24 settembre 2016.
5. European Commission. *A modern budget for a Union that protects, empowers and defends – the Multiannual Financial Framework for 2021-2027*. Com (2018) 321 final, 2/5/18, 2018.
6. European Commission. *Report of the seminar Financing integrated care and population health management*. Directorate-General for Health and Food Safety, 22 May 2018, The Hague, 2018. https://ec.europa.eu/health/files/investment_plan/docs/ev_20180522_mi_en.pdf.
7. Jurgen H. *La nuova oscurità. Crisi dello stato sociale e esaurimento delle utopie*. Roma: Edizioni Lavoro, 1998.
8. Maino F. L'innovazione sociale nell'Unione Europea: uno stimolo per il rinnovamento del welfare. *Quaderni di Economia Sociale*, 2014; 1:10-15
9. Monteleone R. *La contrattualizzazione delle politiche socio-sanitarie: il caso dei voucher e dei budget di cura*. In: Bifulco L, *Le politiche sociali. Temi e prospettive emergenti*. Roma: Carocci, 2005.
10. Moseley C, Gettings R, Cooper R.E. *Having it your way: Individual budgeting practices within the states*. In R.J. Stancliffe & K.C. Lakin (Eds.). *Costs and outcomes of community services for people with intellectual disabilities*. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing, 2005.
11. Ridente P, Mezzina R. From Residential Facilities to Supported Housing: The Personal Health Budget Model as a Form of Coproduction. *International Journal of Mental Health* 2016; 45:59–70.
12. Righetti A. *I budget di salute e il welfare di comunità*. Roma-Bari: Laterza; 2013.

13. Sen AK. *Capability and well-being*. In: M.C. Nussbaum, A.K. Sen (Eds.) *The quality of life*. Oxford: Clarendon Press; 1993.
14. Starace F. *Manuale pratico per l'integrazione sociosanitaria. Il modello del Budget di salute*. Milano: Carocci; 2011.
15. Tulla AF, Vera A, Badia A, Guirado C, Valldeperas N. Rural and Regional Development Policies in Europe: Social Farming in the Common Strategic Framework (Horizon 2020). *Journal of Urban and Regional Analysis* 2014; 6:1-35.
16. Van Berkel R, Valkenburg B. (Ed). *Making it personal. Individualising activation services in the EU*. The Policy Press. University of Bristol; 2007.

Riabilitazione alcologica breve

Giorgio Cerizza¹, Davide Mioni²

¹Già primario del reparto di Alcologia del Santa Marta di Rivolta, Regione Lombardia

²Unità di Cura per il Trattamento delle Dipendenze, Casa di Cura Parco dei Tigli, Teolo (Padova)

Progetto approvato dal Ministero della Salute ai fini della Conferenza Nazionale Alcol (referente scientifico: Maria Migliore) e affidato alla Regione Emilia-Romagna (referente: Alessio Saponaro). Contributo del Gruppo di Lavoro coordinato dal responsabile scientifico Giovanni Greco, con il supporto di Barbara Leonardi (psicologo LP Regione Emilia-Romagna).

I Componenti del GdL: Dott. Alfio De Sandre (Veneto), dott.ssa Federica Aliotta, dott. Michele Catalano, dott. Marco Fortini (Marche), dott. Bruno Marcato (Alto Adige), dott. Mauro Rossetti (Piemonte), dott.ssa Paola Avveduti (Emilia-Romagna).

Riassunto

Nel panorama italiano l'esperienza della Residenzialità Alcologica Breve è presente da vari anni, all'interno sia di strutture pubbliche che private accreditate. nell'ambito della "filiera" di attività ed interventi sia pubblici che privati. Percorsi di Residenzialità alcologica breve possono essere attuati per chi presenta un disturbo da uso di alcol, e rappresentano un nodo importante, una esperienza che può imprimere una svolta nel percorso individuale di superamento della dipendenza. Per molti pazienti il ricovero breve costituisce il primo approccio, la prima esperienza di cura e di "presa in cura", in genere successiva ad altri tentativi infruttuosi. Il risultato atteso non è tanto la soluzione definitiva del problema ma piuttosto l'acquisizione di una consapevolezza critica e di una motivazione al cambiamento che possono spingere il paziente ad un impegno in un nuovo stile di vita. Sobrietà e prevenzione della ricaduta sono solo alcuni dei punti finali di arrivo nel progetto. Un elemento di consenso tra tutti coloro che hanno partecipato ai lavori progettuali e alla stesura del documento ha riguardato la necessità che tale intervento sia coordinato tra i vari attori: servizi invianti, strutture di accoglienza, famiglie, servizi del territorio. In tale ottica anche il contributo che potranno offrire le Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità potranno essere di reale sostegno alle persone, ai nuclei familiari, ai caregiver all'interno di un sistema di rete dove i servizi dal sociale al sanitario siano connessi.

Stato dell'arte

A partire dagli anni 50 negli Stati Uniti si iniziano ad aprire strutture residenziali private o facenti parti di programmi assistenziali quali i *Veteran Departements*.

I trattamenti si rifacevano all'applicazione del Modello "Minnesota" (Anderson e coll. 1999) (1).

Tale modello vedeva coinvolti in diversi momenti e con diverse funzioni professionisti, famiglie e counselors per degenze che avevano la durata di un mese.

Il trattamento vedeva l'applicazione dei principi degli alcolisti anonimi.

In Europa, più tardi, vediamo la presenza di centri specializzati di trattamento residenziale in vari stati (Francia, Regno Unito, Scandinavia).

I modelli applicati sono i più diversi. Si diversificano e non tutti si rifanno ai principi di Alcolisti Anonimi. Abbiamo interventi pubblici, privati e di Organizzazioni Non Governative.

In Italia la storia della riabilitazione alcologica inizia presso la sezione di Castellerio dell'ospedale Civile di Udine, nel 1980, per iniziativa di Renzo Buttolo e sotto la supervisione di Vladimir Hudolin.

Da quel momento le iniziative si moltiplicano, soprattutto nel nord d'Italia, da principio ad imitazione della Sezione di Castellerio, poi in maniera progressivamente più autonoma ed originale.

Si diffondono successivamente interventi diversificati su basi regionali:

- Reparti ospedalieri per acuti con posti letto ad orientamento alcologico dedicati;
- Reparti ospedalieri di lungo-degenza con riabilitazione alcologica;
- Servizi psichiatrici con "sensibilità" alcologica;
- Strutture private accreditate;
- Altre tipologie.

Anche la legge n. 125 del 30 marzo 2001 “Legge quadro in materia di alcol e di problemi alcol-correlati” (2) prevederà in alcuni suoi articoli questi programmi di trattamento:

- *Art. 10 (intervento ospedaliero). Il trattamento dei soggetti con problemi e patologie alcol-correlate è svolto nelle apposite unità ospedaliere collocate presso le aziende ospedaliere e le strutture sanitarie pubbliche e private appositamente accreditate...*
- *Art. 11...le regioni possono realizzare strutture di accoglienza per pazienti alcolodipendenti nella fase post-acuta... la permanenza non può essere superiore ai 30 giorni.*

Nel 2008 è sorto un coordinamento (COordinamento delle Residenzialità Riabilitative ALcologiche, - CORRAL) che ha contribuito ad un ricco confronto e dibattito tra gli addetti ai lavori ma che ha anche messo in evidenza le diversità e le peculiarità dei singoli programmi.

Figura 1.



Questi servizi presentano affinità e differenze. Sottolineiamo le principali:

Affinità:

- Durata del trattamento.
- Affinità rispetto alla presa in carico ed alla diagnosi
- Diffusa sensibilità per eventuali altre sostanze di abuso (di solito ricercate attraverso test tossicologici)
- Diffusa attenzione per tutte le aree vitali
- Utilizzo dell'approccio grupppale, gli interventi formativi/educativi, le attività espressive
- Utilizzo della terapia farmacologica
- Non mantenimento di presa in carico per i pazienti dopo la dimissione, anche se vengono effettuate verifiche di follow-up

Differenze:

- Il modello a cui si ispira l'intervento è molto vario anche se sembra esserci una tendenza a preferire l'approccio cognitivo-comportamentale con una propensione all'eclettismo
- Molto variegato è l'uso di strumenti psicodiagnostici.

In tutti i servizi vengono indagate routinariamente le seguenti aree:

- Medica
- Uso di sostanze
- Lavorativa
- Legale
- Familiare
- Sociale
- Psicica

Definizione di residenzialita' alcologica breve

Per residenzialità alcologica breve si intende una modalità di intervento nella gestione della dipendenza connotata da tre caratteristiche:

1. Brevità
2. Intensità
3. Complessità.

La riabilitazione alcologica si svolge in ambito residenziale ed in uno spazio in grado di assicurare e garantire una adeguata risposta alle principali patologie fisiche e

psichiche alcol-correlate. Quando definiamo un trattamento come “residenziale” facciamo riferimento al fatto che quel trattamento si applica ad un paziente che vive temporaneamente in un contesto terapeutico. La durata del trattamento nei programmi presenti nella realtà Italiana varia da 28 giorni a tre mesi (3, 4, 5).

Fondamentale in questo trattamento è la possibilità di utilizzare attraverso la residenzialità, l’ascolto e la comprensione del disagio sottostante.

È infatti esperienza comune, in chi lavora nel campo delle dipendenze, vedere come l’inizio di un’astinenza metta in luce un malessere sottostante, che l’uso di sostanze mascherava.

È nozione acquisita che una percentuale rilevante di dipendenze (tra il 30 ed il 50%) presentino una concomitante patologia psichiatrica (disturbi in asse I) ed un numero ancor più rilevante di disturbi del comportamento (diagnosi in asse II).

Non a caso, modalità di trattamento innovative come la 5-DBT di Marsha Linehan, nate per il trattamento dei pazienti borderline, si stanno rivelando importanti supporti per il trattamento delle dipendenze. In altri termini, ricollegandoci al pensiero di Freud che riteneva che il disagio si manifestasse in ogni epoca in modo differente, possiamo azzardare che l’utilizzo di sostanze stia diventando sintomo del disagio psichico, nella sua eccezione più ampia.

È importante, quindi offrire a questo disagio un tempo ed un luogo idonei in cui essere compreso.

Si comprende allora come nella “filiera” di attività ed interventi sia pubblici che privati che possono essere attuati per chi presenta un disturbo da uso di alcol, i percorsi di residenzialità alcolologica breve rappresentano un nodo importante, una esperienza che può imprimere una svolta nel percorso individuale di superamento della dipendenza. Per molti pazienti il ricovero breve costituisce il primo approccio, la prima esperienza di cura e di “presa in cura”, in genere successiva ad altri tentativi infruttuosi.

Diventa una “miccia per il cambiamento”. Per altri l’approfondimento di problematiche non semplici da inquadrare in sede ambulatoriale.

Indicazioni al ricovero

Proprio per quanto esposto fino a questo momento possiamo riassumere in tre aree le situazioni che possono ricevere un efficace aiuto da questo tipo di trattamento:

1. Trattamento nel territorio:

- Difficoltà ad effettuare un inquadramento diagnostico per aree (tossicologica, psicologica-psichiatrica, motivazionale, familiare e sociale). La diagnosi deve riguardare sia la storia che le caratteristiche della dipendenza con valutazione degli aspetti organici, psicologici-psichiatrici, socio-familiari (6,7).
- La presenza di una condizione di dipendenza grave con motivazione al cambiamento da rinforzare e supportare.
- Una gravità dell'intossicazione o dei pregressi episodi di astinenza complicata o l'incapacità del paziente a sopportare una disintossicazione ambulatoriale con necessità di ambiente protetto.
- La necessità di fare acquisire strumenti personali e sociali che consentano al paziente una volta dimesso i propri problemi e le situazioni a rischio di ricaduta.

2. Presenza di problemi complessi:

- Una condizione di poliabuso che rende problematica la disintossicazione.
- L'aggravarsi delle condizioni mediche del paziente che richiedono un rapido raggiungimento della sobrietà, ma senza che il paziente sia in grado di raggiungere questo obiettivo.
- La presenza di condizioni emotive, cognitive, comportamentali che necessitano di un rapido raggiungimento della sobrietà con necessità di poter fare acquisire strumenti di gestione delle emozioni alternativi all'uso di sostanze (3).
- L'assenza di un contesto relazionale oggettivamente supportivo.
- La condizione di cronica intossicazione alcolica che rende impossibile l'impostazione di una adeguata terapia medica (8).
- La necessità di mantenere la condizione lavorativa già esistente.
- La necessità di definire un programma *aftercare* con facilitazione all'autoaiuto. Prevista la presentazione dei gruppi, in particolare dei CAT e AA con individuazione del gruppo cui fare riferimento una volta dimessi.

3. Necessità di interventi diagnostico-terapeutici specialisti integrati:

- La valutazione e l'intervento specialistico pluridisciplinare (tossicologico, psichiatrico, neurologico, internistico): i pazienti alcolisti più frequentemente di quelli affetti da altre dipendenze possono presentare situazioni fisiche compromesse e non sempre valutate nella loro complessità.
- La definizione di obiettivi condivisi con il paziente, la famiglia, l'inviante.

Esistono peraltro controindicazioni relative od assolute.

Controindicazioni relative:

- L'assenza di motivazione: va preliminarmente definita la posizione del paziente rispetto al cambiamento (9).
- L'uso attivo di stupefacenti.

Controindicazioni assolute:

- Condizioni di particolare gravità organica, come ad esempio una epatopatia scompensata, una cardiopatia scompensata, o una encefalopatia secondaria.
- Condizioni di patologie psichiatriche scompensate.
- Presenza di gravi tratti di antisocialità e di incompatibilità alla vita di gruppo.

Il trattamento

Sempre più frequentemente il programma residenziale breve ha poi lo scopo di “fermare” il paziente e di consentire di impostare un programma a medio termine. Questa esperienza quindi si differenzia sia dalla residenzialità psichiatrica sia dalle comunità terapeutiche per tossicodipendenti: entrambi questi interventi infatti giungono di solito alla fine di percorsi di trattamento ambulatoriale e sono rivolti a soggetti con forte compromissione personale e sociale e con alti livelli di cronicizzazione. I programmi residenziali brevi devono garantire al paziente alcolista supporto medico per la gestione di eventuali sintomi astinenziali (minori o maggiori), devono poter disporre di rapido supporto di urgenza-emergenza qualora ve ne sia la necessità. Per rispondere a tali esigenze vengono considerati importanti le figure professionali del medico internista, dello psichiatra, dello psicologo, dell'infermiere, dell'assistente sociale, dell'educatore professionale.

Viene fatta quindi una **diagnosi** e una **progettazione terapeutica**.

Per diagnosi intendiamo un processo che intende dare voce alle ragioni della particolare relazione che la persona ha strutturato con la sostanza e di come questa relazione si colloca nel mondo relazionale del paziente.

Un processo secondo criteri diagnostici codificati (testistica generalizzata), non permette di fare chiarezza sulla particolare condizione esistenziale che ha prodotto il vincolo patologico con la sostanza, nell'illusione di un legame “salvifico” (“...L'alcol mi aiuta a...”), anzi, rischia di disperdere importanti informazioni legate al contesto familiare, sociale, relazionale che in un percorso diagnostico situazionale, condotto in regime di residenzialità, è possibile raccogliere.

Il sintomo alcolico è indicatore di un disagio allargato e la presa in carico di un'alcolista deve prevedere la presa in carico dell'intera famiglia. La diagnosi dovrà quindi tenere in considerazione gli aspetti problematici delle relazioni significative e non può prescindere dall'osservare ed ascoltare come questo sistema relazionale si muove nei momenti terapeutici strutturati, ma anche e soprattutto, nell'**informalità**.

Appare evidente che il momento diagnostico, così concepito, offre numerosi spunti per la **progettazione terapeutica individualizzata** che si colloca in continuità con esso; le indicazioni terapeutiche che scaturiscono dall'osservazione costante si rivelano utili ad un percorso personalizzato ed evitano, così, la somministrazione generalizzata di protocolli farmacologici (farmaci sostitutivi) che rappresentano malauguratamente la risposta più comune dei Servizi. Affermiamo ciò perché il farmaco rischia, a nostro avviso, di indurre una cronicità che potrebbe essere senza ritorno.

L'occasione della residenzialità si rivela estremamente utile in un momento iniziale perché consente un ascolto attento ed una diagnosi approfondita in un luogo libero da sostanze alteranti, ma anche utile per l'individuazione della terapia più idonea perché permette di poterla testare.

All'interno del percorso di cura quindi si valuterà:

- L'effettuazione di esami clinici per lo studio delle principali patologie organiche alcol-correlate.
- L'effettuazione di test per l'*assessment* di eventuali patologie psichiatriche sia in asse I che II.
- Un supporto sia individuale che gruppale.
- Un programma di educazione sanitaria.
- Un programma adeguato ad aumentare la motivazione al cambiamento.
- Un programma di attività fisica individualizzato alle necessità ed alle esigenze di ogni singolo paziente.

Il trattamento dovrebbe prevedere almeno le seguenti fasi:

- Colloquio pre-ricovero con il paziente, i familiari, l'inviante (tramite relazione o contatto telefonico) per valutare l'appropriatezza del ricovero e la presenza delle indicazioni.
- Definizione di un piano assistenziale sulla base dell'individuazione delle problematiche e degli obiettivi da raggiungere (PTRI).
- Stesura di una cartella clinica integrata: medica, psicologica, infermieristica.

- Valutazione di eventuale sintomatologia astinenziale anche attraverso il ricorso a scale.
- Avvio di eventuale trattamento farmacoterapico (10).
- Verifica periodica del raggiungimento degli obiettivi.
- Stesura di un programma per il dopo dimissione condiviso con il paziente e gli invianti.

Dimissione

La dimissione costituisce un punto importante nella riabilitazione alcolica breve in quanto punto di snodo tra due percorsi.

La relazione di dimissione conterrà in maniera dettagliata il percorso terapeutico con gli interventi svolti, i risultati raggiunti, la descrizione della terapia farmacologica attuata, indicazioni delle strutture contattate ed eventuali appuntamenti presi.

Da ultimo essendo la riabilitazione alcolica breve uno strumento versatile e innovativo ha la possibilità di esprimere molte potenzialità nel trattamento dei **giovani**.

Proprio nei confronti di questi ultimi la riabilitazione alcolica breve può essere una risorsa che consente di:

- Evitare la cronicizzazione dello stato di dipendenza.
- Conciliare il trattamento educativo e terapeutico in una fase evolutiva.
- Alfabetizzazione delle emozioni.
- Sperimentazione divertimento sano.
- Gestione delle situazioni critiche.
- Supporto alle famiglie.

Quando effettuare il trattamento

Indispensabile affinché il trattamento dia il risultato atteso è comprendere il “**momento giusto**”. Ogni paziente ha il suo e non può essere standardizzato.

Per raggiungere questo obiettivo è necessario capire **a che punto della filiera dei servizi possa essere inserita la riabilitazione alcolica breve**.

Questo permetterà di ascoltare quali bisogni l’operatore del territorio possa avvertire come più impellenti rendendo possibile formulare e affinare gli interventi lavorando di concerto.

È quindi indispensabile coordinare i possibili vari attori del percorso terapeutico tra il servizio di riabilitazione alcolica e per accogliere tutte le richieste di aiuto e garantire la prosecuzione e il completamento del percorso terapeutico:

I vari attori del percorso terapeutico sono di seguito riportati:

- Medici di medicina generale
- Strutture di accoglienza
- Famiglie
- Servizi del territorio
- Gruppi di auto-mutuo-aiuto
- Case e ospedali di comunità
- Appartamenti protetti.

Dalla nostra esperienza i più frequenti motivi di richiesta di intervento da parte degli operatori è stata la:

- Difficoltà al trattamento nel territorio
- Presenza di problemi complessi
- Necessità di interventi diagnostico-terapeutici specialistici integrati
- Scarsa motivazione al cambiamento
- Difficoltà diagnostica.

Gli obiettivi attesi sono stati:

- Aumento della motivazione al cambiamento
- Maggiore consapevolezza critica
- Definizione di obiettivi in un PTRI concordato.

In questi anni il feedback dall'esperienza degli operatori del territorio ci ha permesso di constatare che gli effetti del nostro intervento si sono riassunti in un:

- Miglioramento fisico e psicologico
- Più consapevolezza delle fragilità
- Più consapevolezza dei rischi
- Più consapevolezza delle risorse proprie e della famiglia
- Più fiducia e maggiore speranza nel futuro
- Maggiore disponibilità alla prosecuzione del percorso e compliance.

Raccomandazioni

- Avendo tentato di illustrare cosa sia e cosa sia in grado di offrire una Riabilitazione Alcolica Breve diventa necessario che questa struttura venga riconosciuta per quello che è con una definizione chiara da parte delle Istituzioni.

- Non è un percorso di semplice disintossicazione ed ha bisogno di essere collocato con la stessa dignità pari agli altri percorsi presenti nella filiera delle offerte terapeutiche nel campo delle Dipendenze.
- È necessario inoltre preoccuparsi che, per una fetta di utenza che usufruisce di questi servizi, in particolare i giovani, si possa prevedere un percorso post-riabilitazione con un collegamento ad **appartamenti protetti** e con le costituenti **case della comunità**.
- Le riabilitazioni brevi alcolologiche da parte loro avranno da utilizzare tutta la loro flessibilità per fornire sempre più risposte efficaci e costruttive per una popolazione giovane che sempre più si presenta polidipendente.

Bibliografia

1. Anderson D.J., Mc Govern J.P., Dupont L., et al. The Minnesota Model, *J Addict Dis.* 1999;107-114
2. Legge quadro in materia di alcol e di problemi alcol-correlati, Gazzetta Ufficiale n. 90 del 18 aprile 2001
3. Cerizza ed altri autori. *Poliabuso e doppia diagnosi*. Centro Soranzo, 2013??
4. Chiamulera C, Cibin M, Hinnenthal I, Spolaor G. *Interventi residenziali per Disturbi da Uso di Alcol: efficacia e criticità*. Sicurezza e scienze sociali, 2014; 3: 88-101, Francoangeli
5. Marsha Linehan. *DBT Skills Training Manual*. New York: Guilford press, 2014
6. American Society of Addiction Medicine – ASAM. *Patient placement criteria for the treatment of substance-related Disorders*. 3° Edition ASAM Ed, 2013
7. Pilling S, Yesufy A, Taylor C, Drummond C. Diagnosis, Assessment and management of harmful drinking and alcohol dependence; summary of NICE guidance. *BMJ*, 2011; 342:d700.
8. Anton RF et al., Combined pharmacotherapies and behavioral interventions for alcohol dependence: the COMBINE study: a randomized controlled trial, *JAMA*, 2006; 295:2003-2017.
9. Cibin M. *Generalità sui trattamenti residenziali brevi*. In “Il trattamento residenziale breve delle dipendenze da alcol e cocaina” a cura di Hinnenthal I, Cibin M. SE Ed, 2001
10. Jupp B, Lawrence AJ. New horizons for therapeutics in drugs and alcohol abuse. *Pharmacology and Therapeutics*, 2001;125:138-168.

Il percorso del trapianto d'organo in paziente con patologia alcol-correlata

Simona Guerzoni¹, Gianni Testino²

¹Medicina Digitale e Predittiva, Farmacologia e Tossicologia Medica e Metabolica, Centro Cefalee ed Abuso di farmaci-Laboratorio di Farmacologia Clinica e Farmacogenomica, AOU Policlinico di Modena, Modena

²SC Patologia delle Dipendenze ed Epatologia, ASL3 Liguria – Ospedale Policlinico San Martino, Genova; Centro Alcolologico Regionale – Regione Liguria; Centro Studi ASL3 Liguria “Auto-Mutuo-Aiuto, Programmi di Comunità e Formazione Caregiver”

Progetto approvato dal Ministero della Salute ai fini della Conferenza Nazionale Alcol (referente scientifico: Maria Migliore) e affidato alla Regione Emilia-Romagna (referente: Alessio Saponaro). Contributo del Gruppo di Lavoro coordinato dal responsabile scientifico Giovanni Greco, con il supporto di Barbara Leonardi (psicologo LP Regione Emilia-Romagna).

I Componenti del GdL: Rodolfo Brun (Coordinatore del Servizio di Psicologia per i Trapianti C.R.T. Piemonte - Valle d'Aosta A.O.U. Città della Salute e della Scienza Torino), Mauro Ceccanti (Dipartimento di Medicina Traslazionale e di Precisione-Università di Roma, La Sapienza), Marco Domenicali (Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche- Università di Bologna), Cristina Lenching (S.C. Dipendenze Comportamentali da Sostanze Legali ASUGI- Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina), Mariano Quartini (Unità di Epatologia e Gastroenterologia - Azienda Ospedaliera “Santa Maria” di Terni).

Riassunto

Il consumo di alcol rappresenta uno dei cinque principali fattori di morbilità e mortalità in tutto il mondo e rappresenta il 5,1% del carico di malattia globale totale. L'80% dei decessi per epatopatia alcol-correlata è da attribuirsi alla presenza di cirrosi epatica ed epatocarcinomi (HCC). Ad oggi il Disturbo da Uso di Alcol (DUA) risulta essere la prima causa di inserimento in lista trapianto di fegato nella fascia d'età 20-39 anni, anche perché è ormai noto dagli studi che i tassi di sopravvivenza a cinque anni di questi pazienti superano il 70%.

Il *management* del trapianto di fegato per *alcohol-related liver disease* (ALD) è caratterizzato da percorsi consolidati (terapia farmacologica, monitoraggio laboratoristico, terapia immunosoppressiva, ecc) e ben definiti nei *position paper* e linee guida societarie.

In passato, il criterio centrale dell'ammissione del paziente in lista trapianto era la astinenza alcolica di almeno 6 mesi, mentre ad oggi tale regola non è più un dogma: diversi studi hanno, infatti, dimostrato quanto la selezione/valutazione del paziente, sia dal punto di vista clinico che da quello psico-sociale, sia un predittore sull'esito del trapianto.

Relativamente al management dei pazienti con DUA e necessità di un trapianto d'organo non epatico (polmone, cuore, rene, pancreas, multiviscerale) attualmente sono presenti pochi dati in letteratura.

L'eventuale presenza DUA non diagnosticato può essere, infatti, causa di complicazioni post-trapianto e di interferenza farmacologica. Pertanto, il DUA deve essere un importante parametro da considerare e la sua identificazione e il suo trattamento da inserire nelle *guidelines* societarie.

Stato dell'arte

Il Disturbo da Uso di Alcol (DUA) rappresenta nel mondo occidentale la terza causa di morte, con un impatto significativo sulla popolazione generale in termini di disabilità: 139 milioni di DALYs (*Disability-Adjusted Life Years*). Ad oggi la percentuale della mortalità globale è del 5.1%, con un netto incremento del genere femminile rispetto agli anni passati: 7.6% dei decessi fra i maschi, 4% fra le femmine (1, 2, 3).

Una delle patologie alcol correlate più frequenti è certamente l'epatopatia alcolica, gravata da una prognosi estremamente sfavorevole (mortalità a 5 anni del 71% e a 15 anni del 91%) (4, 5). Infatti attualmente risultano alcol-correlati l'80% dei decessi per epatopatia, il 50-60% dei decessi per cirrosi epatica e il 50-60% dei decessi per epatocarcinoma (5, 6).

Il DUA risulta essere oggi la prima causa di inserimento in lista/trapianto di fegato nella fascia d'età 20-39 anni ed ha raggiunto il primo posto nel trapianto epatico in generale, sostituendosi al virus dell'Epatite C dopo l'introduzione nella pratica clinica degli agenti antivirali diretti (7).

Nella pratica clinica la patologia epatica ha spesso un'eziologia multifattoriale: sindrome metabolica e consumo alcolico rappresentano due fattori di rischio importanti, correlati e spesso sovrapposti dal punto di vista istopatologico. Per tale motivo è probabile che nei prossimi anni la principale indicazione all'inserimento in lista per trapianto epatico sarà l'epatopatia metabolica (8, 9).

Diversi studi hanno dimostrato che il trapianto epatico in pazienti con malattia epatica alcol-correlata garantisce un tasso di sopravvivenza sovrapponibile a quello di altre cause di malattia epatica allo stadio terminale, tant'è che attualmente i tassi di

sopravvivenza in Europa a 1 anno (84%), 3 anni (78%) e 5 anni (73%) sono molto soddisfacenti (10). Di contro, la recidiva di malattia rappresenta una problematica di rilievo nella gestione del paziente trapiantato: come riportato nello *European Liver Transplant Registry*, la ricaduta alcolica sembra infatti avere un impatto negativo sull'*outcome*, determinando in primis il possibile rigetto dell'organo in breve tempo e la perdita del trapianto per scarsa *compliance* medica, e in secondo luogo per l'insorgenza di neoplasie, patologie cardiovascolari, nuova cirrosi alcolica e diminuzione della sopravvivenza a breve termine (11).

L'astinenza dall'alcol ha rappresentato pertanto nello scorso decennio il cardine della gestione dei pazienti con malattia epatica alcol correlata, partendo dal presupposto che un'astensione più breve nel periodo antecedente il trapianto sia correlata ad un numero maggiore di ricadute nel periodo post (12).

Questo tema è stato molto dibattuto, tant'è che alla Conferenza delle Regioni sull'alcol tenutasi a Trieste nel 2012, il tema alcol/TF era stato affrontato in modo multidisciplinare con la partecipazione di diverse Regioni Italiane; durante tale meeting il tema dominante fu la messa in discussione della "regola dei sei mesi d'astensione" pre-trapianto, attraverso principi etici e giuridici (13).

Successivamente la comunità scientifica ha ridefinito questo parametro, suggerendo che la candidabilità al trapianto epatico non dovrebbe essere basata esclusivamente sulla "regola dei 6 mesi" ma integrata con altri criteri, quali la valutazione della gravità del DUA, della comorbidità psichiatrica, dei fattori sociali e della motivazione al trattamento (14). È noto tuttavia che indipendentemente dalla gravità del quadro clinico, a circa il 60% dei pazienti viene negato (49%) o posticipato (9%) l'inserimento in lista (15); una delle ragioni di tale comportamento è certamente lo stigma ancora oggi esistente nei confronti di tali pazienti (16). L'incremento dei possibili candidati cirrotici affetti da DUA ha evidenziato come i sistemi sanitari/sociali siano ancora poco organizzati per farsi carico della gestione dell'intera complessità di questi pazienti. Emerge dunque la necessità di consolidare l'integrazione ospedale – servizi territoriali – associazioni, basandosi sull'azione coordinata di appositi team multidisciplinari (composti da chirurghi dei trapianti, gastroenterologi, tossicologi, psichiatri, psicologi, infermieri, assistenti sociali ed educatori) (17, 18).

DUA e trapianto di fegato: dati acquisiti

A differenza degli altri settori trapiantologici il management del trapianto di fegato per epatopatia alcol-correlata è caratterizzato da percorsi consolidati (terapia farmacologica, esami di laboratorio e indagini strumentali, terapia immunosoppressiva, ecc) e ben definiti nei *position paper* e linee guida societarie (19-26).

All'interno di un documento di sintesi sulla gestione dell'epatopatia alcol-correlata allo stadio terminale, la SIA (Società Italiana Alcolologia) ha elencato, sotto supervisione di un pannello multidisciplinare di esperti, diverse raccomandazioni (22). Nel documento sono stati affrontati diversi temi tra i quali in modo dettagliato le problematiche correlate alla "regola dei sei mesi".

Gli ultimi studi clinici pubblicati evidenziano che non è stato ancora definito un periodo chiaro e sicuro di astensione dall'alcol prima del trapianto di fegato.

Alcuni autori hanno dimostrato che un'astensione inferiore ai sei mesi non correla con un più alto tasso di ricadute post-trapianto e che, dunque, debbano essere presi in considerazione nuovi importanti parametri che potrebbero incidere negativamente sull'*outcome*, tenendo conto, come dicevamo in premessa che un'astensione di almeno sei mesi, non farebbe arrivare al trapianto tutti quei pazienti con epatite acuta su cronica o con complicanze in acuto.

Altri dati ci dicono che un miglioramento della funzionalità epatica clinicamente significativa si può ottenere già dopo 3 mesi di astensione dalle bevande alcoliche; tant'è che questi pazienti possono addirittura essere esclusi dalla lista di attesa. Da alcuni studi si evince infatti che pazienti con buona rete sociale e senza patologie psichiatriche possono essere candidati al trapianto dopo un'astensione di soli tre mesi.

Da questi studi naturalmente viene definita come fondamentale la valutazione e scelta del paziente, esempio per un paziente noto al gruppo trapiantologico o comunque già seguito in altri servizi i sei mesi di astensione potrebbero essere importanti per effettuare un percorso di consapevolezza e motivazione, lavoro che diventa difficoltoso se il paziente si scompensa rapidamente o se presenta un quadro acuto severo non *responder* alla terapia medica, in questo caso potremmo avere i tre mesi per avere un dato sul recupero dell'organo o addirittura potremmo dover lavorare direttamente sui famigliari e sul percorso in questo caso post trapianto.

Anche le linee guida dell'*European Association for the Study of the Liver (EASL)* "*Clinical Practice Guidelines on Liver Transplantation*" hanno ritenuto che il rischio di recidiva è sicuramente più correlato a fattori psicosociali che alla durata dell'astinenza.

Quindi tra i parametri da prendere in considerazione nella valutazione pre-trapianto dovrebbero rientrare:

- Severità dell'alcol-dipendenza
- Presenza di un *caregiver*

- Presenza di altre dipendenze patologiche
- Consapevolezza di malattia da parte del paziente
- Aderenza al percorso assistenziale (ospedaliero e dipendenze territoriali)
- Frequenza ai gruppi di auto-mutuo-aiuto
- Presenza di un'adeguata rete di supporto sociale (famiglia, amici,..)
- Situazione socio-economica
- Comorbidità psichiatrica (e se presente, gravità del quadro clinico)

Nonostante ciò, molti centri trapiantologici in Europa ed Inghilterra continuano comunque a richiedere un minimo periodo di astensione di sei mesi.

Mappatura

Il lavoro del gruppo iniziato nel mese di marzo 2021 ha eseguito come primo *step* una mappatura dei percorsi “trapianto epatico” esistenti sul territorio nazionale, identificando documenti preesistenti costituiti da procedure e linee di indirizzo.

Dai documenti inviati e dal confronto avuto con i colleghi è emerso che tali percorsi sono stati creati seguendo i modelli organizzativi e le risorse regionali, evidenziando quindi differenze e modalità di approcci e linguaggi in particolare tra Ospedale e Territorio, facendo emergere una disparità rispetto alle garanzie di poter usufruire in ogni luogo di un'assistenza uniforme e sempre aggiornata agli standard di riferimento. Il gruppo ha pertanto cercato di promuovere una rete funzionale all'interno della quale siano definiti e condivisi strumenti e percorsi omogenei, delineando un modello generico di indirizzo nazionale che poi possa essere declinato ed applicato alle singole realtà locali secondo le relative peculiarità e le risorse in esse disponibili.

Raccomandazioni

Aspetti innovativi e proposte:

1) Problematiche relative al pieno coinvolgimento dei servizi territoriali (integrazione ospedale-territorio)

- Necessità di creare/costruire un linguaggio comune tecnico-scientifico fra i servizi territoriali e l'*Hub* (cultura di base condivisa), questo perché le *equipe* alcolologiche territoriali devono entrare a pieno titolo nell'*equipe* curante del paziente trapiantato.

- Servizi territoriali: monitorare astensione/sobrietà, identificazione precoce di *lapse o relapse* per rapido inserimento in un nuovo percorso, supporto psicologico/psicoterapico, monitorare eventuale frequenza presso associazioni di auto mutuo aiuto. Da segnalare che il termine recidiva non deve più essere utilizzato. Più recentemente è stata proposta una stratificazione: ricaduta lieve (slip occasionale, meno che una volta al mese), ricaduta moderata (< 7 drink settimana/donna, <14 drink settimana/uomo), ricaduta severa (consumo regolare > 7 drink settimana/donna, > 14 drink settimana/uomo). La ricaduta severa correla con una prognosi sfavorevole post-trapianto (26).
- Invio all'*Hub* di riferimento in relazione a parametri clinico-laboratoristici concordati
- Controlli laboratoristi/ strumentali secondo un timing concordato
- Meeting periodici per discussione/ condivisione dei casi clinici in comune
- Percorsi di aggiornamento periodici
- Inserimento negli *Hub* del *caregiver* formale / *case manager* (operatore sanitario/socio-sanitario) per gestione pre-post trapianto ha essenzialmente il compito di curare il rapporto fra paziente/famiglia e servizio territoriale di riferimento. In particolare:
 - rapidi consigli telefonici per evitare accessi impropri al servizio o ricoveri presso pronto soccorso
 - aderenza terapeutica*
 - relazione d'aiuto
 - rapido accesso al team medico in caso di reale necessità
 - formazione del *caregiver* familiare
 - costruzione di un progetto familiare/sociale che dia "affidabilità" all'inserimento, punto decisivo per evitare re-ricoveri impropri e clinicamente negativi e per soddisfare il criterio che prevede la presenza di una rete di sostegno per l'inserimento in lista (27, 28).

Esiste poi il *caregiver* informale (quasi sempre un familiare) deve essere sostenuto, consigliato ed aiutato a migliorare la sua capacità osservazionale. Ci troviamo, infatti, di fronte ad un paziente portatore di più problemi: epatopatia con complicanze (per. es encefalopatia), disturbo da uso di alcol (*lapse/relapse*), comorbidità psichiatrica.

Il sapere osservare e il saper garantire un'adeguata aderenza terapeutica garantisce un percorso pre-trapianto significativamente migliore e altresì garantisce il mantenimento della sobrietà.

Il *caregiver* informale deve essere preparato anche ad affrontare il periodo post-trapianto. In tale periodo la corretta aderenza terapeutica può essere messa in pericolo dalla possibile riduzione della performance cognitiva, dovuta in gran parte ai ripetuti episodi di encefalopatia epatica e dal consumo alcolico (27).

2) Formazione *addiction specialist*/alcolologo dedicato

Nell'attesa di inserire percorsi di formazione alcolologici dedicati in sede universitaria (completa attuazione Legge 125/2001) è opportuno inserire in ogni team trapiantologico un *addiction specialist*/alcolologo con competenze epatologiche e con comprovata esperienza trapiantologica (29).

3) Superamento di fattori prognostici negativi che possono porre limiti all'inserimento in lista:

- Mancanza di supporto familiare/sociale.

Soluzioni da trovare: ricostituzione della rete familiare lavorando con il *caregiver* e con le associazioni di riferimento; collaborazione con strutture di accoglienza sociale.

Il team trapiantologico può superare tale limite in presenza nell'organizzazione trapiantologica locale di una SSD/SC (Struttura Semplice Dipartimentale/Struttura Complessa) di alcolologia o *addiction medicine* che si fa carico di tali problematiche

- Comorbilità psichiatrica: corretta definizione diagnostica dopo congruo periodo di astensione (non seguire in modo puntiforme la sintomatologia del paziente).

L'eventuale riserva all'inserimento in lista nasce dalla presenza di disabilità o manifestazione psico-patologica grave in assenza di un *caregiver* informato/formato.

- Costruzione del rapporto *caregiver* formale (*case manager*) / informale, formazione del *caregiver* informale e costruzione dei gruppi per i familiari *caregiver*.

4) Definizione *assessment* psico-sociale

In riferimento al paragrafo precedente emerge la necessità di inserire elementi oggettivi nella valutazione psicosociale. Ciò è opportuno per ridurre l'influenza dello stigma sia

pubblico che di struttura (operatori). La severità del DUA è direttamente proporzionale alla responsabilità sociale (16).

Ad oggi sono stati suggeriti numerosi *scoring systems* (30, 31): *Sustained Alcohol Use Post-LT* (SALT), *HRAR*, *ARRA*, *HPSS*, *SIPAT* and *Lille team score*.

Suggeriamo due *score*:

- Il *Lille team score* (criteri somatici, valutazione globale dell'*addiction specialist*, motivazione, aderenza al progetto, dinamismo, presenza di caregiver, problemi alcol-correlati nei parenti, consapevolezza dei parenti/caregivers) (32);
- Il *SIPAT* (*Stanford Integrated Psychosocial Assessment for Transplant – Stanford University Medical Center*, versione italiana) (33).

5) **Psicoterapia**

In corso di DUA attualmente la psicoterapia di tipo cognitivo-comportamentale sempre raccomandata in associazione a quella farmacologica senza differenze significative fra i diversi percorsi, tuttavia la validità di questo tipo di attività (soprattutto in corso di epatopatia alcolica) è ancora da stabilire (34-40).

Comunque, non sempre il paziente correlato al trapianto di fegato può avvalersi di un sufficiente periodo di trattamento.

Inoltre emerge la necessità che l'attività psicologica pre e post trapianto debba essere effettuata da psicologi con una comprovata expertise nel settore trapiantologico, è necessaria pertanto una formazione ad hoc per tali figure.

6) **Collaborazione con realtà dell'auto mutuo aiuto (inserimento del “facilitatore all'auto mutuo aiuto”)**

Certamente il paziente deve seguire un percorso normato dall' “alleanza terapeutica” con il servizio che lo ha preso in carico. Alla luce dell'evidenza scientifica è tuttavia consigliato mettere il paziente (e la famiglia) al corrente che è disponibile sul territorio la realtà dell'auto mutuo aiuto, soprattutto da utilizzare nel periodo post trapianto. Per il mantenimento dell'astensione/sobrietà a lungo termine nei pazienti con DUA, la terapia farmacologica e la psicoterapia sono perdenti nei confronti dell'auto mutuo aiuto (41).

Attualmente però, solo il 5% dei pazienti e delle famiglie frequentano con costanza (6). Per tale ragione potrebbe essere opportuno inserire all'interno dei servizi il “facilitatore all'auto mutuo aiuto” (*Balbinot method*) (42) che ha il compito di dedicare un congruo periodo di tempo con paziente e famiglie per descrivere tali realtà, abbatterne i miti negativi, valorizzarne i risultati positivi, condividere la scelta del

gruppo e monitorizzarne nel tempo la frequenza (tale compito può essere svolto dal *caregiver* formale/case manager).

7) **Alcolologia ed altri trapianti**

È bene sottolineare come anche negli altri trapianti d'organo (cuore, rene, pancreas, polmone, multiviscerale) il DUA possa essere un importante parametro da considerare e la sua identificazione e il suo trattamento da inserire nelle raccomandazioni societarie.

L'eventuale presenza di DUA non diagnosticato o sottovalutato può essere, infatti, causa di complicazioni post-trapianto e di interferenza farmacologica (43).

Il DUA è la seconda causa di trapianto di cuore (cardiomiopatia dilatativa). Ad oggi in questo settore non è presente alcuna raccomandazione (43).

È compito di questo Gruppo di Lavoro sollecitare nel prossimo futuro un adeguato approfondimento del rapporto DUA e trapianto d'organo non epatologico.

Bibliografia

1. Arab JP, Roblero JP, Altamirano J et al. Alcohol related liver disease: clinical practice guidelines by the Latin American Association for the Study of the liver (ALEH). *Ann Hepatol* 2019; 18: 518-535
2. World Health Organization. *Global status report on alcohol and health* 2018; Geneva: World Health Organization 2019; 469
3. Meza V, Arnold J, Antonio Diaz L, Valverde MA, Idalsoaga F, Ayares G et al. Alcohol consumption: medical implications, the liver and beyond. *Alcohol* 2022; 57: 283-291
4. Jain P, Shastry SM, Choudhury AK et al. Alcohol associated liver cirrhotics have higher mortality after index hospitalization: long-term data of 5.138 patients. *Clin Mol Hepatol* 2021; 27: 175-185
5. Frenette CT, Levy C, Saab S. Hepatic encephalopathy-related hospitalizations in cirrhosis: transition of care and closing the revolving door. *Dig Dis Sci* 2021; doi: 10.1007/s10620-021-07075-2
6. Scafato E, Ghirini S, Gandin C, Matone A, Vichi M, Gruppo di Lavoro CSDA (Centro Servizi Documentazione Alcol). Epidemiologia e monitoraggio alcol-correlato in Italia e nelle Regioni. Valutazione dell'Osservatorio Nazionale Alcol sull'impatto del consumo di alcol ai fini dell'implementazione delle attività del Piano Nazionale Alcol e Salute. Rapporto 2022. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2022. (Rapporti ISTISAN 22/1)
7. Philip G, Hookey L, Richardson H, Flemming JA. Alcohol associated liver disease is now the most common indication for liver transplant waitlisting among young american adults. *Transplantation* 2022
8. Whong V, Chan W, Chitturi S et al. Asia-pacific working party on non-alcoholic fatty liver disease guidelines 2017-part I definition, risk factors and assessment. *J Gastroenterol and Hepatol* 2018; 33: 70-85

9. Testino G. Metabolic associated liver disease: an inevitable terminological evolution in real practice. *Eur Rev Med Pharmacol Sci* 2022; 26: 1435-1438
10. Neuberger, J, and H Tang. "Relapse after transplantation: European studies." *Liver transplantation and surgery: official publication of the American Association for the Study of Liver Diseases and the International Liver Transplantation Society* vol. 3,3 (1997): 275-9.
11. Burra, P et al. "Liver transplantation for alcoholic liver disease in Europe: a study from the ELTR (European Liver Transplant Registry)." *American journal of transplantation: official journal of the American Society of Transplantation and the American Society of Transplant Surgeons* vol. 10,1 (2010): 138-48.
12. Braun, Hillary J et al. "Living Donor Liver Transplant for Alcoholic Liver Disease: Data from the Adult-to-adult Living Donor Liver Transplantation Study." *Transplantation* vol. 104,2 (2020): 285-292.
13. Testino G., Burra P., Bonino F. et al. Acute alcoholic hepatitis, end stage alcoholic liver disease and liver transplantation: an Italian position statement. *World J Gastroenterol* 2014; 20: 14642-51
14. Braun, Hillary J et al. "Living Donor Liver Transplant for Alcoholic Liver Disease: Data from the Adult-to-adult Living Donor Liver Transplantation Study." *Transplantation* vol. 104,2 (2020): 285-292.
15. Daniel KE, Matthews LA, Deiss-Yehiely N et al. Psychosocial assessment rather than severity of liver failure dominates selection for liver transplantation in patients with alcohol related liver disease. *Liver Transpl* 2022; 28: 936-944
16. Schomerus G, Leonhard A, Manthey J et al. The stigma of alcohol-related liver disease and its impact on healthcare. *J Hepatol* 2022; 77: 516-524
17. Attilia, Maria Luisa et al. "The multidisciplinary support in preventing alcohol relapse after liver transplantation: A single-center experience." *Clinical transplantation* vol. 32,5 (2018): e13243.
18. Magistri, P et al. "Impact of a Multidisciplinary Team on Alcohol Recidivism and Survival After Liver Transplant for Alcoholic Disease." *Transplantation proceedings* vol. 51,1 (2019): 187-189.
19. EASL Clinical practice guidelines: management of alcohol-related liver disease. *J Hepatol* 2018; 69: 154-81
20. Addolorato G, Bataller R, Burra P et al. Liver transplantation for alcoholic liver disease. *Transplantation* 2016; 100: 981
21. Crabb DW, Im GY, Szabo G et al. Diagnosis and treatment of alcohol-associated liver diseases: 2019 practice guidance from the American Association for the Study of Liver Diseases. *Hepatology* 2020; 71: 306-319
22. Italian Society on Alcohol (Società Italiana di Alcolologia). Management of end-stage alcohol related liver disease and severe acute alcohol-related hepatitis: position paper of the Italian Society on Alcohol (SIA). *Dig Liver Dis* 2020; 52: 21-32
23. Testino G, Vignoli T, Patussi V et al. Alcohol related liver disease in the Covid-19 era: position paper of the Italian Society on Alcohol (SIA). *Dig Dis Science* 2021c; doi: 10.1007/s10620-02107006-1

24. Singal AK, Bataller R, Ahn J et al. AGA clinical guideline: alcoholic liver disease. *Am J Gastroenterol* 2018; doi: 10.1038/ajg.2017.459
25. Wendon J, Cordoba J, Dhawan A, Larsen FS, Manns M, Samuel D, et al. EASL clinical practical guidelines on the management of acute (fulminant) liver failure. *J Hepatol* 2017; 66: 1047-1081
26. Arab JP, Izzy M, Leggio L et al. Management of alcohol use disorder in patients with cirrhosis in the setting of liver transplantation. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol* 2021; 19: 1-5
27. Serper M, Asrani S, Van Wagner L et al. Redefining success after liver transplantation: from mortality toward function and fulfillment. *Liver Transplantation* 2022; 28: 304-313
28. Balbinot P, Leone S, Testino G, Caputo F. Hospital readmission of patients with hepatic encephalopathy: is the introduction of the formal caregiver useful in care management? *Dig Liver Dis* 2020; 52: 358-9
29. Addolorato G, Mirijello A, Leggio L et al. Liver transplantation in alcoholic patients: impact of an alcohol addiction unit within a liver transplant centre. *Alcohol Clin Exp Res* 2013; 37: 1601-8
30. Shen NT, Shenoy A, Brown RS jr et al. Identifying risk of alcohol relapse after liver transplantation: what tools do we need? *Liver Transpl* 2019; 25: 1133-1135
31. Matthews LA, Lucey MR. Psychosocial evaluation in liver transplantation for patients with alcohol related liver disease. *Clin Liver Dis* 2022; 19: 17-20
32. Louvet A, Labreuche J, Moreno C et al. Early liver transplantation for severe alcohol-related hepatitis not responding to medical treatment: a prospective controlled study. *Lancet Gastroenterol Hepatol* 2022; 7: 416-425
33. Bottesi G, Granziol U, Forza G et al. The psychosocial assessment of transplant candidates: inter-rater reliability and predictive value of the Italian Stanford integrated psychosocial assessment for transplantation (SIPAT). *Psychosomatics* 2020; 61: 127-134
34. Jonas DE, Amick HR, Feltner C et al. Pharmacotherapy for adults with alcohol use disorders in outpatient settings: a systematic review and meta-analysis. *JAMA* 2014; 311: 1889-900
35. Irvin JE, Bowers CA, Dunn ME, Wang MC. Efficacy of relapse prevention: a meta-analytic review. *J Consult Clin Psychol* 1999; 67: 563-70
36. Magill M, Ray LA. Cognitive-behavioral treatment with adult alcohol and illicit drug users: a meta-analysis of randomised controlled trials. *J Stud Alcohol Drugs* 2009; 70: 516-27
37. COMBINE Study Research Group. Testing combined pharmacotherapies and behavioral interventions in alcohol dependence: rationale and methods. *Alcohol Clin Exp Res* 2003; 27: 1107-1122
38. Ray LA, Meredith LR, Kiluk BD, Walthers J, Carroll KM, Magill M. Combined pharmacotherapy and cognitive behavioral therapy for adults with alcohol or substance use disorders. A systematic review and meta-analysis. *JAMA* 2020; 3: e208279
39. Soyka M, Kranzler HR, Berglund M et al. The WFSBP Task Force on Treatment Guidelines for Substance Use Disorders,. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for Biological Treatment for Substance Use and Related Disorders, Part 1: Alcoholism. *The World Journal of Biological Psychiatry* 2009; 9:1, 6-23

40. Schlagintweit HE, Lynch MJ, Hendershot CS. A review of behavioral alcohol interventions for transplant candidates and recipients with alcohol-related liver disease. *Am J Transplant* 2019; 19: 2678-2685
41. Kelly JF et al. Cochrane Database of Systematic Reviews. Alcoholics Anonymous and other 12-step programs for alcohol use disorder. *Cochrane Systematic Review* 2020
42. Balbinot P, Testino G, Pellicano R. The introduction of the self help groups facilitator in a hepato-alcoholic service: an innovative proposal. *Minerva Gastroenterol* 2021; doi: 10.23736/S2724-5985.21.02851-8
43. Parker R, Armstrong M, Corbett C et al. Alcohol and substance abuse in solid-organ transplant recipients. *Transplantation* 2013; 96: 1015-1024.

4. LA FORMAZIONE

La formazione alcolologica di base in ambito universitario

Marco Domenicali¹, Emanuele Scafato², Mauro Ceccanti³, Valeria Zavan⁴

¹Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche Università di Bologna

²Istituto Superiore di Sanità

³Università di Roma, La Sapienza

⁴SC SerD ASL To4 – Reg. Piemonte

Progetto approvato dal Ministero della Salute ai fini della Conferenza Nazionale Alcol (referente scientifico: Maria Migliore) e affidato alla Regione Emilia-Romagna (referente: Alessio Saponaro). Contributo del Gruppo di Lavoro coordinato dal responsabile scientifico Giovanni Greco, con il supporto di Barbara Leonardi (psicologo LP Regione Emilia-Romagna).

I Componenti del GdL: Ermelinda Levari (PA TN), Cinzia Sacchelli (Lombardia), Marco Domenicali, (Emilia-Romagna), Carla Pierini (Marche), Piero Fundone (Basilicata), Adelmo Di Salvatore (Abruzzo), Maria Felicia D’Aniello (Campania), Valeria Rinaldini (Campania), Michele Parisi (Sicilia), Fabio Caputo (SIA).

Riassunto

L’insegnamento dell’Alcolologia è tema internazionalmente sentito, oggetto di studio e sperimentazione nei vari sistemi accademici e sanitari, che trova però una molteplicità di modelli differenti che concordano comunque sullo sviluppo di una visione unitaria dell’Alcolologia all’interno della medicina delle dipendenze.

Le raccomandazioni internazionali vanno nella direzione di:

1. Dare indicazioni sovranazionali sulle caratteristiche ed inquadramento della “*addiction medicine*”
2. L’introduzione ed integrazione nel percorso di laurea di elementi curriculari sul tema coerentemente con quello che avviene con altre patologie croniche di ampia diffusione
3. La necessità di fornire competenze sia cliniche che teoriche da parte di insegnanti formati sul tema

4. Lo sviluppo di percorsi negli ospedali universitari per tirocini dedicati
5. Riconoscimento della natura multidisciplinare della materia che richiede collaborazione tra professionisti di diverse specialità e percorso formativo
6. Attenzione allo specifico ruolo della medicina generale per l'apprendimento delle competenze base per lo screening ed identificazione precoce

Nella realtà italiana l'insegnamento dell'Alcologia risulta a tutt'oggi ancora parcellizzato e disomogeneo, minimo o quasi inesistente nella formazione universitaria di base fatte salve alcune pregevoli iniziative e poco rappresentato nelle scuole di specialità mediche e non mediche. Per la maggior parte dei futuri professionisti della salute quindi l'offerta formativa nel corso degli studi è pressoché inesistente e quella specializzata nelle *addiction*, sia in Italia che all'estero, è demandata alla formazione post laurea all'esterno delle scuole di specialità con corsi o master, talvolta riconosciuti dai principali organi di accreditamento, ma per lo più affidata a semplici corsi di aggiornamento organizzati da soggetti di natura pubblica o privata.

Pertanto, ci si propone di favorire la nascita di percorsi formativi alcologici sia nel percorso pre- che post- laurea in modo da aumentare la cultura alcologica in tutti i medici ed al tempo stesso formare i professionisti che un domani daranno continuità ai servizi

Lo stato dell'arte

Il tema dell'insegnamento dell'alcolologia è un tema complesso in quanto questa materia presenta risvolti clinici, assistenziali e sociali molto importanti e coinvolge differenti professionisti. Si è scelto quindi di partire da un'analisi della situazione dell'insegnamento dell'alcolologia a livello internazionale per poi affrontare le risposte che si stanno offrendo a livello nazionale al fine di migliorare il livello formativo e soprattutto armonizzare l'offerta formativa alle necessità clinico-assistenziali.

1. Il panorama Internazionale

U.S.A. Sicuramente il contesto anglosassone rimane uno dei punti di riferimento dei programmi relativi alle problematiche alcol correlate e delle "*addiction*" in generale, anche perché in questo contesto viene prodotta la stragrande maggioranza della letteratura scientifica.

La principale differenza nel percorso formativo in USA rispetto a quello europeo è la diversa proporzione nell'offerta privata rispetto a quella pubblica con un'organizzazione

degli studi in tema di alcol e sostanze che viene sostanzialmente gestita autonomamente dai vari stati federati.

Va considerata comunque come pietra miliare e punto di svolta per l'area delle dipendenze l'approvazione della legge federale denominata "Affordable Health Care Act" (Obamacare, 2010) che ha riconosciuto i servizi per il trattamento come servizi essenziali. L'*Office of Disability, Aging and Long-Term Care Policy (DALTCP)*", che fa parte dell'ASPE (*Office Of The Assistant Secretary For Planning And Evaluation*), è responsabile per lo sviluppo, il coordinamento, l'analisi, la ricerca e la valutazione delle policy e dei programmi del HHS (*Health and Human Services*). Specificatamente il DALTCP indirizza policy e programmi che supportano l'indipendenza, la salute, e la cura a lungo termine di persone di tutte le età con disabilità; che promuove la salute e il benessere di adulti anziani; che previene, tratta e supporta il recupero dai disturbi mentali e dall'uso di sostanze.

La forza lavoro dei servizi per le dipendenze/sistema dipendenze negli U.S.A. è multiprofessionale: medici (psichiatri, medici di Medicina generale, medici di emergenza – urgenza, pediatri, ostetriche), infermieri, psicologi, operatori sociali, counselor comportamentali, specialisti della riabilitazione (*recovery*) ed altre figure professionali.

Attualmente vi è una carenza di operatori nei Servizi per le dipendenze causata da molteplici fattori: scarsa copertura assicurativa, basso rimborso da parte delle assicurazioni sanitarie, paghe non sufficienti.

Il tema alcologico trova per lo più una propria collocazione nella "Scienza delle *Addiction*", materia che si colloca trasversalmente attraverso plurime discipline e che nel contesto medico sanitario assume i connotati della "*Addiction Psychiatry*" e della "*Addiction Medicine*".

L'"*Addiction Psychiatry*" e l'"*Addiction Medicine*" difatti sono riconosciute come sottospecializzazioni dalla ABMS (*American Board Medical Specialties*) specificatamente all'interno delle specialità di psichiatria e neurologia la prima e di medicina preventiva (medicina di base, internistica etc.) la seconda. I corsi sono post-laurea, vengono offerti dalle università con selezione per l'ingresso, durano per lo più 1 anno e hanno un programma di training teorico-pratico in ospedali e università ospedaliere riconosciute.

Per la strutturazione USA il percorso di "*Bachelor*" (laurea breve) prima e di "*graduate*" poi, cioè i percorsi al fine della laurea magistrale in Medicina e Chirurgia, non prevedono uno specifico insegnamento di base dell'alcologia e *addiction*.

Anche per quanto riguarda l'educazione in ambito psicologico sono avviati Master di "Addiction Psychology", ma non è previsto uno specifico insegnamento.

Come "social worker", cioè come operatori sociali, assistenti sociali ed educatori, anche questi profili professionali sono legati allo svolgimento di master specialistici. E' invece frequentemente utilizzata la figura del "counselor delle addiction".

Nello specifico, la formazione negli USA:

Pre-laurea (Undergraduate)

Per quanto riguarda l'esposizione al tema di alcol ed *addiction* vi è una sostanziale assenza di formazione nella parte pre-clinica degli studi, scarsa in quantità e variabile per qualità nella parte clinica del corso di laurea in medicina (una media di 12 ore curriculari, per lo più correlati a psichiatria e tirocinio, con solo una esigua minoranza di scuole che offrono un corso separato o elettivo) (Ram A., 2016).

Ciò è importante: la scelta di una professione e specialità viene influenzata dalle preferenze personali ma anche da influenze esterne determinate dal percorso di studi nel corso di laurea: curriculum, risorse reperibili all'interno delle istituzioni, modelli sul ruolo professionale sviluppati nelle facoltà, cultura negli ambienti ospedalieri ed attitudini umanistiche degli ambienti scolastici (Ram A., 2016)

Post-laurea (Post-graduate)

Segue una breve rassegna della posizione delle varie professionalità e del loro inquadramento nel percorso di studi, di cui la più specificata e strutturata permane quella dei medici.

Medici: Psichiatria delle *addiction* e medicina delle *addiction* sono le due sottospecialità riconosciute dalla ABMS, la cui storia, inquadramento, programmi, sono riassunti negli articoli in bibliografia (Nunes, 2020). Viene trattato sostanzialmente unitariamente con le altre dipendenze con un approccio più rivolto alla specialistica psichiatrica da una parte e alla medicina di base e preventiva dall'altra.

Psicologi: L'offerta formativa sulla psicologia delle *addiction* è rimasta sostanzialmente invariata nel primo quindicennio degli anni 2000, di fatto allocata in quelle facoltà connesse con cliniche e borse di studio accreditate dall'APA (*American Psychological Association*) e ben il 46% dei programmi in US nel 2017 non presentava alcun *training*

sulle sostanze nonostante il crescente riconoscimento della complessità e trasversalità soprattutto in utenti multiproblematici (Dimoff J, 2017).

A tutt'oggi nei Dipartimenti di Scienze Psicologiche non vi sono ben definiti programmi che implicino in modo formale il training nelle scienze delle *addiction*. Sino ad ora sono difattoproposti da organismi come l'APA dottorati in “*Addiction science*” e specializzazioni in counseling clinico psicologico.

Vengono proposti come elementi essenziali nella formazione per i corsi di laurea per una scienza della psicologia delle *addiction*, in una visione multidisciplinare, i seguenti elementi: 1) Tutoraggio da una o più facoltà di scienza delle *addiction*; 2) Corsi e seminari sulla dipendenza e altre discipline pertinenti; 3) Formazione per preparazione a borse di studio; 4) Formazione per la responsabilità nella conduzione della ricerca; 5) Formazione in prevenzione, intervento e trattamento della dipendenza e 6) Interventi e partecipazione alla conferenza sulla scienza delle dipendenze (McCarthy K, 2020).

Professioni infermieristiche: L'infermiere negli U.S prevede una laurea triennale (*Registered Nurse*) o quinquennale (BSN), che apre la possibilità ai ruoli manageriali, con opportunità di impiego regolamentate dalle leggi del singolo stato federale. Non vi sono percorsi di studio specialistici per *addiction*. Esistono però alcune società scientifiche per la professione infermieristica negli USA e nei paesi di cultura anglosassone (la “*Nurses Society on Addictions – NNSA*”, la “*Consolidated Association of Nurses in Substance Abuse – CANSA*” e la “*Drug and Alcohol Nurses Association – DANA*”) che nel 2000 hanno dato vita ad una organizzazione internazionale, la “*International Nurses Society on Addiction – IntNSA*” attualmente presente anche in Irlanda, Canada, Brasile, Olanda e UK. Essa rilascia anche certificati di qualificazione e riqualificazione specialistica (*Certified Addictions Registered Nurse - CARN*) e fornisce la formazione proponendo una vera e propria *Academy*.

Operatori sociali: l'operatore sociale è un professionista con laurea breve. L'operatore sociale generico può perseguire un master per diventare un “*Clinical social worker*” (*Mental Health and Substance Abuse Social Worker* - operatore sociale della salute mentale ed uso di sostanze oppure solo per uso di sostanze) che segue alla Laurea breve di operatore sociale generale. Deve avere una licenza per esercitare che varia da stato a stato. Ha tre ambiti di intervento: micro, mezzo e macro e diversi livelli di specializzazione.

Il *Bureau of Labor Statistics* (BLS) degli Stati Uniti classifica gli assistenti sociali per abuso di sostanze nella stessa categoria degli assistenti sociali per la salute mentale.

Educatori: la figura dell'educatore non è molto dissimile da quella europea ed italiana ed inquadrata come “*social worker*”. La principale differenza è una sostanziale attenzione all'orientamento tecnico-scientifico nel primo, rispetto ad un approccio più umanistico del secondo e che è stato oggetto di attenzione in un progetto europeo per lo scambio professionale EU-USA.

Counselor delle *addiction*: Un capitolo a parte merita quest'ultima figura professionale, per l'esercizio della quale la regolamentazione varia da stato a stato potendo comprendere dalla richiesta di un semplice certificato alla richiesta di una licenza e come titolo di studio dal minimo di un diploma superiore senza specifica, alla laurea breve sino ad arrivare all'estremo opposto alla richiesta di un master. Anche le ore di tirocinio richieste sono variabili, andando da 1000 a 12.000 ore di pratica ovvero da 6 mesi a 6 anni. SHAMSHA descrive una gradazione di competenze per i counselor delle dipendenze in 5 gradi di complessità a cui corrisponde un graduale maggiore impegno curricolare e responsabilità.

Il “*Center for Substance Abuse Treatment - CSAT*” e il “*Substance Abuse and Mental Health Services Administration -SAMSHA*” hanno stimolato la creazione da parte dei due principali gruppi che rappresentano i docenti universitari e i counselor a creare un unico organismo di accreditamento per valutare i programmi accademici negli studi sulladipendenza presso istituti di istruzione superiore accreditati a livello regionale, in cui non rientrano comunque workshop e programmi di formazione continua. Il NASAC (*National Addiction Studies Accreditation Commission* - <https://nasacaccreditation.org/accreditation/nasac-accredited-programs/>) è una organizzazione accademica di accreditamento ai cui programmi hanno aderito l'INCASE (*International Coalition for Addiction Studies Education*) e il NAADAC (*the Association for Addiction Professionals*). Questi programmi accreditati di istruzione superiore hanno lo scopo di fornire uno standard unico nello studio della dipendenza.

Australia e Nuova Zelanda: La “*Addiction Medicine*” è riconosciuta come specialità medica in Australia (dopo 3 aa medicina interna) e Nuova Zelanda. Il corso è di 3 anni.

2. Il panorama Europeo ed inglese

Varie evidenze, presenti nei documenti OMS (vedi bibliografia), suggeriscono che la formazione sia uno dei pilastri delle azioni necessarie per limitare i danni dell'alcol e l'inserimento dell'insegnamento delle basi relative all'uso di alcol e sostanze è stato raccomandato ai governi almeno per l'istruzione medica. I programmi educativi sono finalizzati all'identificazione precoce delle patologie alcol correlate e all'avvio precoce al trattamento in una visione che tenga conto anche delle ricadute psico-sociali (come ad

esempio, l'isolamento sociale, l'interruzione degli studi, le difficoltà lavorative etc.). L'approccio bio-psico-sociale si è sistematizzato negli ultimi 20 anni, è stato inserito anche nel piano d'azione 2012-2020 dell'OMS per ridurre il consumo di alcol da parte della popolazione più giovane.

Nonostante ciò, nella maggior parte delle Università non è stato attivato alcun programma in campo alcologico nel corso degli studi di medicina (tranne che in Svezia, Spagna, Olanda e Francia) e le tematiche inerenti l'Alcologia vengono trattate in maniera tutt'altro che esaustiva ed omogenea nei seguenti corsi: Psichiatria, Farmacologia, Medicina Interna, Neurologia, Tossicologia, Biochimica e Fisiologia. La formazione post-laurea e continua appare altrettanto frammentaria ed in alcuni paesi viene affidata del tutto o in parte ad istituzioni od organizzazioni esterne alle università. Il Gruppo di Lavoro ha identificato come buona prassi l'esperienza prodotta dal Gruppo PHEPA, documento 2006, su: *Alcohol and Primary Health Care – Training Programme on Identification and Brief Interventions*, a cura della Comunità Europea nel quadro del *Primary Health Care European Project on Alcohol* che ha prodotto materiale informativo in italiano (che si può scaricare al seguente indirizzo <http://inebria.net/wp-content/uploads/2017/09/Programma-di-formazione-Diapositive.pdf>

In effetti la situazione in Europa è allineata a quella italiana; vi sono delle Università che hanno sviluppato dei centri alcologici generalmente legati la scuola di medicina in particolar modo all'ambiente psichiatrico o alla medicina interna, ma vi sono ancora poche attività formative concentrate soprattutto durante i corsi di laurea sanitari.

Vi sono Master finalizzati alla formazione del personale sanitario e corsi di medicina delle dipendenze che riguardano soprattutto le scuole di Medicina e di Scienze Infermieristiche; ma queste esperienze sono poco diffuse.

UK: Di particolare importanza è il progetto “*Substance Misuse in the Undergraduate Medical Curriculum*” avviato nel 2007 e che ha coinvolto tutte le scuole di medicina del UK. A tale scopo sono state formulate e poi implementate delle linee guida di consenso su come integrare l'insegnamento della *addiction medicine* nel corso di laurea magistrale. (Carroll J, 2014; S. George Hospital toolkit).

Drummond segnala ed espone criticamente nel 2017 come in UK vi sia un drammatico calo di specialisti nei servizi per le dipendenze, iniziato nel 2012 con il passaggio dei Servizi per le dipendenze dal NHS al controllo locale con taglio dei fondi. (Drummond C, 2017).

Olanda: In Olanda è un percorso curricolare riconosciuto (esperto), nazionale, biennale dal 2007, aperto a tutti i medici laureati. (De Jong, 2011 e 2016). Il titolo è la registrazione come medico esperto presso la *Dutch Society of Medicine*.

3. Il panorama Nazionale

La possibilità di avere percorsi di formazione in Alcolologia sono contemplati dall'Art. 5 della legge n. 125/2001² ("Modificazione agli ordinamenti didattici universitari") nei corsi universitari relativi alle professioni sanitarie e sociali.

Il tema era già stato trattato nella Rapporto 2005-2006 "Attività", pareri e proposte della Consulta Nazionale Alcol", Sintesi per la Relazione al Parlamento a cura di Emanuele Scafato su mandato della Consulta Nazionale Alcol (https://www.epicentro.iss.it/alcol/pdf/Apd07-sintesi_consulta.pdf) e nella Conferenza di Trieste del 2012 con contenuti e raccomandazioni riprese ed attualizzate nel presente documento.

Attualmente in Italia risultano attivi per lo più Master in Alcolologia o in materie attinenti: di questi la maggior parte sono di I livello, istituiti principalmente presso le Scuole di Medicina e Chirurgia inoltre sono stati istituiti, in varie sedi universitarie, cicli di Dottorato di Ricerca in area alcolologica e altri in materie affini.

Solo più recentemente l'alcolologia viene inserita tra le attività formative previste per i Medici di Medicina Generale, ad esempio, nel 2003 un Master con formazione a cascata nazionale (3 master nazionali per Formatori e relativi corsi periferici) promosso dalla Regione Veneto con SIMG denominato "Conoscere per Cambiare" ed una rete di referenti Regionali per alcol e fumo.

Come è possibile rivedere nella mappatura effettuata, l'insegnamento dell'alcolologia rimane parcellizzato, non sistemico.

Va inoltre sottolineato come vi sia una offerta di corsi, Master e corsi di specializzazione offerto da molti provider privati e di università online, taluni accreditati presso il MIUR.

Il panorama formativo è simile anche nelle scuole non mediche, ad esempio, nei percorsi di Laurea Magistrale in Neuropsicologia le "dipendenze" vengono trattate

² Art. 5. (Modifiche agli ordinamenti didattici universitari)

1. Entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, ai sensi dell'articolo 17, comma 95, della legge 15 maggio 1997, n. 127, e successive modificazioni, gli ordinamenti didattici dei corsi di diploma universitario relativi alle professioni sanitarie o a quelle ad indirizzo sociale e psicologico nonché del corso di laurea in medicina e chirurgia possono essere modificati allo scopo di assicurare, quale corso di studio, l'apprendimento dell'alcolologia.

nell'esame di Psichiatria che è considerato un insegnamento opzionale; solo per la Laurea Magistrale in psicologia clinica e della salute, sono previsti corsi sulla problematica delle dipendenze (non presso tutti gli Atenei).

Anche all'interno dei percorsi delle Scuole di Specializzazione rivolte a psicologi, la formazione in alcologia e nelle dipendenze si presenta frammentaria e diseguale da Regione a Regione. Alcune scuole di specializzazione in Psicologia del Ciclo di Vita hanno attivato dei corsi sulle dipendenze, (Milano, Bari, Roma, Palermo, Padova, Firenze, Bologna, Messina, Cagliari) rivolgendo la formazione ad operatori che lavoreranno in contesti socioeducativi e sanitari. È previsto un esame di farmacologia nella Scuola di Specializzazione in Psicologia della Salute (Università di Messina).

Nel contesto degli Istituti di Specializzazione in Psicoterapia, abilitati ai sensi del Regolamento (D.M. 11 dicembre 1998 n. 509) una formazione specifica nel settore dipendenze è stata promossa dal Centro Studi Relazionale Mediterraneo (C.S.R.M) a Palermo (30 giugno 2003) in continuità con la tradizione didattica e formativa alla Terapia Familiare Sistemica, iniziata dal Centro Studi di Terapia familiare e relazionale nato nel 1974 a Roma, del Prof. Luigi Cancrini. Le dipendenze vengono trattate presso l'Istituto cognitivo comportamentale "Skinner" e presso la scuola "Fenomenologica" che prevede due corsi sulle dipendenze patologiche. Master in Psicologia delle dipendenze rientra nel programma formativo della Scuola di Specializzazione in Psicoterapie Brevi ad Approccio Strategico dell'Istituto per lo Studio delle Psicoterapie. Il corso è svolto in collaborazione con l'Università Cattolica Del Sacro Cuore, Istituto di Psichiatria e Psicologia. Presso l'Istituto di Psicologia clinica e psicoterapia Psicopraxis di Padova è attivo un Master in "Dipendenze, Poliassunzioni e Cambiamento".

Mappatura

Qui di seguito si espone mappatura non esaustiva dell'offerta formativa in Italia per Regione alla data attuale (2020-2021) se non altrimenti specificato.

Abruzzo

- *Università degli Studi di Chieti-Pescara* -Laurea Magistrale in [Psicologia Clinica e Della Salute](#) - Corso su "Farmaci, alcol, cibo e droga"; Dottorato di Ricerca che vede le applicazioni delle competenze della psicologia clinica alla diagnosi, prevenzione e cura dei disturbi psichici nonché all'ambito delle professioni mediche e sanitarie (Psiconcologia, Alcologia ecc...).

Per MMG: In passato, Incontri di sensibilizzazione sui problemi alcol-correlati.

Basilicata

Non noto

Per MMG: no.

Calabria

- **Università della Calabria-Cosenza UNICAL** - Dipartimento di Farmacia e Scienze della Salute e della Nutrizione - Master universitario di II livello in “Dipendenze patologiche: approcci teorici e interventi in un’ottica multidisciplinare” (*Addiction and psychopathology: theoretical approach and intervention in a multidisciplinary perspective*) a.a. 2020/2021

Per MMG: no.

Campania

- **Università Federico II** - Facoltà di Medicina e Chirurgia - Corso di perfezionamento in Medicina Delle Tossicodipendenze (non attivo nell’attuale a.a.); Corsi Universitari, Master Universitari primo livello, Corso di Alta Formazione, Corsi di perfezionamento per Medici, Psicologi (solo master primo livello) – Previsto come elettivo nelle professioni sanitarie (bando 2019-2020); Dipartimento di Studi Umanistici – Progetto Erasmus “Contr’addiction”, multidisciplinare

Per MMG: Formazione ECM promossa da azienda sanitaria oppure promossa dalla regione Campania

Emilia Romagna

- **Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia** – Dipartimento di Scienze Biomediche, Metaboliche e Neuroscienze -Master di I livello - “Dalla prevenzione alla gestione dei problemi alcol-farmaco correlati”;

Insegnamento: Laboratorio di psicopatologia delle dipendenze, Scienze e tecniche psicologiche (D.M.270/04) (Offerta formativa 2019);

- **Università degli Studi di Bologna**- Corso di laurea magistrale in Progettazione e gestione dell’intervento educativo nel disagio sociale (cod. 9229) -I Paradigmi Delle Dipendenze;

- Dipartimento di Scienze Biologiche, Geologiche e Ambientali – PLS – Corso di Formazione “Crescere in salute”;

- *Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche - G Fontana - Centro Studi e Ricerche sull’uso inadeguato di alcol che sviluppa eventi formativi a tema alcologico.*

- **Università degli Studi di Ferrara** - Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia - IV anno - esame facoltativo "Le patologie alcol-correlate: diagnosi e trattamento" (a.a. 2021-2022);

–Formazione / rete curante: istituzione dal 1 marzo 2021 del "Centro Universitario per lo Studio ed il Trattamento delle Patologie Alcol-Correlate"; scopo: mantenimento di attività di ricerca autonoma e di collaborazione nazionale ed internazionale e di

formazione sul campo di studenti neo-laureati (abilitazione esame di stato), Specializzandi in Medicina Interna e Medicina d'Urgenza che ciclicamente frequenteranno il reparto di Medicina Interna dell'Ospedale SS. Annunziata di Cento (Ferrara).

FVG

- *Università degli Studi di Trieste* – Corso di laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia di Trieste, 6° anno - Corso “Medicina Basata sulle Prove di Evidenza”, in modalità: incontri seminariali

- Laurea in Tecnica di Riabilitazione Psichiatrica - Corso “Psicopatologia delle Dipendenze” (389me-1) <https://corsi.units.it/me17/modulo/psicopatologia-dipendenze-389me-1-2020-pds0-2015-ord-2015-comune>

- *SISSA Scuola Internazionale Superiore di Studi Avanzati – Scuola di Neuroetica* - Laboratorio Interdisciplinare per le Scienze Naturali e Umanistiche - Osservatorio sulle tossicodipendenze della Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia Università di Roma Tre Dipartimento di Filosofia, Comunicazione e Spettacolo (attiva fino al 2020 - in attesa di riattivazione) – corso residenziale su temi inerenti le neuroscienze nelle *addiction*, aperta a laureati di qualsiasi disciplina

- *Università di Udine* - Corso interateneo con *l'Università di Trieste*, co-finanziato dalla Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia – Area Medico-sanitaria - Corso di perfezionamento "Gioco d'azzardo, web, sostanze e altre dipendenze comportamentali. Dalla conoscenza alla cura"

Per MMG: no.

Lazio

- *Università degli Studi di Roma, La Sapienza* – Dipartimento di Medicina Clinica della Facoltà di Medicina e Odontoiatria - Master Universitario di I livello in “Alcol, Tabacco e Nuove dipendenze: la gestione degli operatori della Sanità” (aa. 2017/18); Master Universitario di II livello in “Alcol, Tabacco e Nuove dipendenze: un approccio clinico e multidisciplinare per la diagnosi, cura e prevenzione” (aa.2017-18); Corso di Laurea in Ostetricia e Ginecologia - Corso Seminario (1 CFU) nel III anno

- *CRARL* Roma - Corsi Universitari, Corsi di Alta formazione per Medici, psicologi, infermieri e assistenti sociali

- *Università LUMSA* (Università non statale, legalmente riconosciuta - Roma) - Psicologia - Corso di Psicologia Delle Nuove Dipendenze - anno 2020/2021.

- *Università Nicolò Cusano* (Università non statale, Roma, legalmente riconosciuta dal MIUR con decreto ministeriale del 10 maggio 2006) - Master I Livello in Dipendenze patologiche: strategie di intervento e prevenzione

- **Unitelma Sapienza** (Università Telematica, legalmente riconosciuta): Master di I livello “Le tossicodipendenze in prospettiva multidisciplinare” (P. Mancini). Il Master si propone di aggiornare e rendere interdisciplinari le competenze professionali degli operatori di Sert, siano essi medici, psicologi o assistenti sociali. Si propone, inoltre, di fornire un quadro d’insieme delle tossicodipendenze fruibili da figure professionali coinvolte nella gestione degli aspetti legali e sociologici del fenomeno. Il Master è pensato anche per chi, conseguita la laurea in medicina, psicologia, giurisprudenza o sociologia, voglia intraprendere un percorso formativo multidisciplinare sulle dipendenze. I contenuti proposti sono in partefruibili anche dagli insegnanti di scuola secondaria di ogni ordine e grado. Il master è istituito ai sensi del DM 270/2004

- **UniCamillus** - Saint Camillus International University of Health and Medical Sciences (Ateneo istituito con DM 927 nel 2017, G.U. n. 3 del 4 gennaio 2018 – titolo riconosciuto in Italia e UE - Università esclusivamente dedicata alle Scienze Mediche e Sanitarie) - Master di II livello in Medicina delle dipendenze a.a. 2020-21 (60 CFU)

Per MMG: no.

Liguria

- **Università degli Studi di Genova** – Specializzazione in Farmacologia e Tossicologia Clinica – tirocini pratici presso SerD degli specializzandi (attualmente sospesa)

Per MMG: non noto.

Lombardia

Milano Corsi Universitari, Master Universitari primo livello, Corso di Alta Formazione Convegni, seminari e work-shop, supervisioni per Medici, Psicologi, infermieri, Medici di medicina generale

- **Università Cattolica Milano** - Master biennale in Clinica delle dipendenze comportamentali e da sostanze <https://www.opl.it/corso-master-scheda.php?idp=221>;

- Master in Psicologia Clinica Sanitaria

<https://asag.unicatt.it/asagpsicologia-clinica-sanitaria-programma-e-calendario>

- **Università Bicocca Milano** - Facoltà Medicina e Chirurgia - Corso Dipendenze da sostanze e non

<https://www.unimib.it/ugov/degrecourse/218142> ;

- Facoltà Psicologia - Corso Psicologia della Devianza, Dipendenza ed interventi di Gruppo <https://www.unimib.it/ugov/degrecourse/50358>

- **Università Pavia** - Dipartimento Studi Umanistici - Corso Psicopatologia delle Dipendenze: <https://studiumanistici.unipv.it/?pagina=corsi&id=6586>

- **Università Statale MI – ASL Milano** - Facoltà Farmacologia - lezioni sulla Alcolologia e Dipendenze;

- Lezioni su Alcol e Dipendenze in alcune Scuole e Corsi per Infermieri Professionali (per es. Ospedale Niguarda; Istituto Tumori) o ASA ed OS (per es. Fondazione don Gnocchi)

Figure target: medici, Psicologi, infermieri, Educatori, Assistenti sociali, Medici di medicina generale

Per MMG: POLIS per Regione Lombardia: Corso triennale di formazione specifica in Medicina Generale in Lombardia:

<https://www.polis.lombardia.it/wps/portal/site/polis/DettaglioRedazionale/attivita/afssl/cosafacciamo/mmg>. Incontri per aggiornamento professionale organizzati sulla tematica specifica della Alcolologia da parte di alcune Aziende Sanitarie per MMG e Pediatri di Base.

Marche

- *Università degli studi di Urbino* “Carlo Bo” - Area di psicologia - Corso di psicologia delle dipendenze.

- *Università degli Studi di Ancona* – Facoltà di Medicina e Chirurgia - In Collaborazione con il corso di Biochimica - Progetto “*Eat and drink well, live better*” - Incontri annuali a partire dal 2018 con gli studenti del I anno con giornate formative su Alimentazione e Alcolologia. Produzione di materiale informativo; Attività didattica elettiva – 3° anno - W001617 – Dipendenze patologiche (1 CFU).

Per MMG: Effettuati fino al 2018 diverse giornate di formazione con i MMG dell’Asur Marche AV2 secondo il progetto IPIB

Molise

- *Università degli Studi del Molise* - Corso di Perfezionamento Post-laurea in “Psichiatria e Medicina Generale” - “Psicologia della dipendenza nell'attività sportiva”

Per MMG: no.

Piemonte

- *Università di Torino* - Corso di Laurea Magistrale in Medicina San Luigi di Orbassano - seminario e lavoro di gruppo su casi clinici in ambito alcologico e sulle dipendenze da sostanze e comportamenti; Dorsale V anno (curriculare, partecipazione obbligatoria);

- Corso di Laurea Magistrale in Medicina San Luigi di Orbassano - ADE "Alcolismo e psichiatria", IV anno (attività didattica elettiva, a scelta);

- Corso di Laurea Magistrale in Scienze Riabilitative delle Professioni Sanitarie - "Disturbi psichici e delle dipendenze negli ambienti di lavoro", II anno, (curriculare, partecipazione obbligatoria)

- Corso di Laurea Triennale in Tecnica della Riabilitazione Psichiatrica: "Patologia delle dipendenze", III anno, (curriculare, partecipazione obbligatoria);
 - Corso di Laurea Magistrale in Medicina San Luigi di Orbassano, Sociologia della Salute I anno canale B: lezione di 3 ore su "Alcol, droghe e gioco d'azzardo in una prospettiva sociologica" (curriculare, partecipazione obbligatoria);
 - Dipartimento Culture, Politica e Società - *European Masters in Drugs and Alcohol Studies* (EMDAS). Attivo dal 2010. è affrontare i temi dell'uso di sostanze psicoattive legali e illegali, della dipendenza da sostanze e delle nuove forme di dipendenza in una prospettiva multidisciplinare e internazionale. Aperto a laurea triennale e magistrale. Il master – la cui proposta di attivazione della nuova edizione è stata approvata dal Dipartimento Culture, Politica e Società – è parte dell'offerta formativa, oltre che dell'Università di Torino, dell'Università Miguel Hernandez de Elche (Alicante, Spagna), dell'Università di Aarhus (Danimarca), dell'Università Middlesex (Londra, Gran Bretagna). Si avvale inoltre della collaborazione dell'EMCDDA di Lisbona e *dell'Università del Piemonte Orientale*. <https://emdas-to.it/master-2/>
- MMG:** no.

Puglia

- *Università degli studi di Foggia*: Facoltà di. Medicina e Chirurgia - Corso di Perfezionamento in "Alcologia";
- *Università degli Studi di Bari "Aldo Moro"* - la materia alcologica è compresa nei C.I. di Medicina Interna, Anatomia Patologica, Gastroenterologia.

Per MMG: no.

Sicilia

- *Università degli Studi Enna "Kore"* – Corso di Laurea in Psicologia Clinica - M-PSI/08 Psicologia delle dipendenze patologiche (8 CFU)

Per MMG: no.

Sardegna

- *Università degli Studi di Cagliari* - Corsi Universitari di laurea in Assistenza Sanitaria e Tecnica della Riabilitazione Psichiatrica - insegnamenti specifici in alcologia

–Trentino Alto Adige

- *Università degli Studi di Trento* – Seminari nel "Doctoral Course of Cognitive Science" - *Within the MIUR programme framework "Dipartimenti di Eccellenza"* [Corazza Talk 12-01-2021.pdf \(unitn.it\)](https://www.unitn.it/it/ricerca/centri-di-ricerca/centro-alcologia)

Per MMG: modulo breve nel corso specializzazione per nuovi MMG a TN; nessuno a BZ

Toscana

- *Università degli Studi di Firenze* –Facoltà di Medicina e Chirurgia -Master di I livello in Alcol, Tabacco e Gioco d’azzardo: Stili di vita e Patologie correlate (15 master, fermo per 3 anni, riapprovato nel 2021 per 2022)

Per MMG: non noto.

Umbria

Università degli Studi di Perugia – Corso di Servizio Sociale – Insegnamento medicina Sociale (2018-19); Medicina e Chirurgia - Medicina Interna (2018-19)

Per MMG: no.

Veneto

- *Università di Verona* – *Scuola di Medicina e Chirurgia* - Laurea magistrale a ciclo unico in Medicina e chirurgia- webinar sulle dipendenze (2020);

Corso di Perfezionamento in Dipendenze comportamentali e da sostanze legali; Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia

Per MMG: non noto.

Riassunto conclusivo mappatura

Dalla letteratura internazionale emerge che:

1. L’area maggiormente definita è quella medica, la “*addiction medicine*” ha un riconoscimento formale di legge da nullo a riconoscimento curricolare formale come esperto.
2. È internazionalmente riconosciuto il bisogno di programmi di formazione in alcologia e *addiction medicine* rivolti a tutti i medici vista la diffusione del problema
–
3. Vi è una carenza di insegnamento sul tema nel pre-laurea. Nel post-laurea le maggiori offerte derivano dalla psichiatria e dalla medicina di famiglia. Manca perciò un alto standard di formazione sulla medicina delle dipendenze a qualsiasi livello formativo.
4. I programmi curricolari sono estremamente variabili per contenuti, organizzazione e attestazione/certificazione.

Raccomandazioni

Le raccomandazioni internazionali suggeriscono quanto di seguito riportato:

1. L'introduzione ed integrazione nel percorso di laurea di elementi curriculari sul tema similmente a quanto avviene per altre patologie croniche di ampia diffusione
2. La necessità di fornire competenze sia cliniche che teoriche da parte di insegnanti formati sul tema
3. Sviluppo di percorsi negli ospedali universitari per tirocini dedicati
4. Riconoscimento della natura multidisciplinare della materia che richiede collaborazione tra medici di diverse specialità
5. Attenzione allo specifico ruolo della medicina generale per l'apprendimento delle competenze base per lo screening ed identificazione precoce (Ayu AP, 2017).
6. Per quanto riguarda la formazione medica nelle revisioni di letteratura, le competenze dovrebbero essere focalizzate su: screening, prevenzione e intervento breve; assessment e diagnosi; gestione e trattamento; inquadramento, gestione ed invio per le complicazioni psichiatriche, mediche, chirurgiche correlate ad alcol. (Ayu AP, EurAddict Res 2015;21:223–239)

Dati i presupposti di letteratura e gli esiti della ricognizione, il GdL fornisce il seguente contributo, costituito da raccomandazioni e/o suggerimenti:

Effetti della formazione: pur necessitando di studi di approfondimento e comunque assenti a livello specialistico, le prime indicazioni sono relative ad un miglioramento di seguito alla trattazione dell'argomento nel:

1. Migliorare le conoscenze
2. Migliorare l'attitudine al trattamento di questa popolazione
3. Migliorare la presa in carico del paziente
4. **Dare a tutti gli studenti universitari** orientati ad una professione che a vario titolo dovrà nel corso della vita lavorativa misurarsi con obiettivi di popolazione o individuali relativi ai problemi alcol-correlati o da uso di sostanze, **un pacchetto di informazioni e di strategie di base per l'identificazione precoce – intervento -**

trattamento e/o invio ai Servizi di secondo livello e per la gestione delle conoscenze in tema di alcol e sostanze.

5. **Creare interesse sulla materia e diminuire lo stigma** normalizzando l'intervento anche rispetto a questo gruppo di popolazione/utenza, predisponendo ad un cambio culturale **che faciliti nel futuro anche la scelta professionale** in questo campo
6. **Proporre**, vista l'offerta formativa presente sul territorio nazionale e l'attuale carenza di personale, **almeno le conoscenze della formazione di base anche nelle specializzazioni che allo stato attuale aprono sbocchi lavorativi, almeno per alcune professioni, verso un impiego nei Servizi territoriali per le Dipendenze. Si intende parte integrante di questo sistema anche il corso di specializzazione in Medicina Generale.**
7. **Valorizzare il know how formativo – pratico ed esperienziale degli operatori dei Servizi** specialistici per la trasmissione delle conoscenze, per l'addestramento ed il tirocinio degli studenti

Gli aspetti innovativi possono essere lo sviluppo di eventi formativi organizzati in collaborazione tra Regioni ed Università, pur nel rispetto delle rispettive autonomie, sull'Alcologia e sulla Scienza delle Dipendenze in generale e che si possono articolare in:

- Seminari
- Workshop o corsi online asincroni o in webinar
- Proposta di inserimento di crediti formativi nei curricula universitari almeno come esami elettivi
- Formazione dei professionisti della Sanità da parte degli Enti di Formazione delle Regioni
- Istituzione di un Gruppo di Lavoro con il MIUR per studiare la migliore modalità per diffondere la formazione alcologica e di "scienza delle dipendenze" capillarmente nei percorsi professionalizzanti

Si potrebbero cercare dei modelli simili all'alcologia, caratterizzati da una forte necessità di integrazione multiprofessionale e multidisciplinare per verificare come per esempio le cure palliative e la terapia del dolore. Tale materia è stata recentemente incardinata in un sistema di insegnamento multidisciplinare dettagliatamente descritto nei documenti n. 512 del 10.01.2020 e suoi allegati ([Lauree e lauree magistrali - Miur](#)) che prevede una formazione, da base ad alta specializzazione che potrebbe essere un

punto di riferimento valido come percorso anche per l'ambito alcolico e delle *addiction* in generale.

Proposta di organizzazione didattica alcolica

Per quanto riguarda le competenze di base, a prescindere dall'ambito di insegnamento, sanitario o psico socio-educativo, queste dovrebbero imprescindibilmente ricomprendere:

Elementi di contenuto specifico:

- a. Elementi di prevenzione (Intervento breve, identificazione precoce e principi di avvio alla rete curante, counseling)
- b. cura (principali interventi e strategie farmacologiche, psico-educative e socio-riabilitative EB e indicate dalla letteratura di settore)
- c. assistenza e riabilitazione (determinati sociali e di contesto strategie di affrontamento, gruppi di auto-mutuo-aiuto)

Elementi di carattere generale

1. Principali modelli interpretativi delle dipendenze
2. Stigma ed atteggiamenti nei confronti delle dipendenze, utilizzo del linguaggio e terminologia nelle dipendenze
3. Principi di modalità di colloquio nella relazione di aiuto.

Questi ultimi punti rivestono grande importanza perché è ampiamente riconosciuto anche in letteratura come le maggiori difficoltà nella disseminazione ed implementazione dei programmi formativi in alcolologia siano legate una diffusa sottovalutazione dell'importanza della materia (Zgierska AE, 2021; Klimas, 2017)

Per quanto riguarda la formazione generale in psicologia vengono proposte le seguenti competenze di base:

- Screening e valutazione: strumenti, scale di screening e test psicodiagnostici, colloquio psicologico con il paziente, colloquio psicologico coi familiari, criteri diagnostici del Disturbo da uso di alcol e problematiche alcol correlate; diagnosi differenziale con altre dipendenze e patologie.
- Counselling motivazionale con il paziente e la famiglia
- Intervento psico-educazionale con il paziente e la famiglia

- Progetto di Cura: definizione col paziente e la famiglia; gli obiettivi e gli strumenti della cura; strumenti per il monitoraggio sanitario e la valutazione del percorso di cura; il follow up e la valutazione di esito.
- Gruppi: progettazione ed elementi di conduzione di gruppi psicoeducativi e di motivazione e sostegno al cambiamento; i gruppi di auto-mutuo-aiuto

Bibliografia

- Anderson P and Baumberg B. *Alcohol in Europe. A public health perspective. A report for the European Commission*. UK: Institute of Alcohol Studies; June 2006
- Spirits EUROPE. *Alcohol Education Programmes to Help Reduce Underage Drinking. Contribution to the European Alcohol & Health Forum*. Brussels: Spirits EUROPE; October 2015
- Ayu A. P, Schellekens A. F, Iskandar S, Pinxten L, & De Jong C. A. Effectiveness and organization of addiction medicine training across the globe. *European Addiction Research*, 2015; 21(5), 223-239.
- Ayu A. P, El-Guebaly N, Schellekens A, De Jong C, Welle-Strand G, Small W., ... & Carroll J, Goodair C, Chaytor A, Notley C, Ghodse H, & Kopelman P. Substance misuse teaching in undergraduate medical education. *BMC medical education*, 2014; 14(1), 1-8.
- De Jong C, Luycks L, & Delicat J. W. The master in addiction medicine program in the Netherlands. *Substance abuse*, 2011; 32(2), 108-114.
- De Jong C. A, Luyckx L, & Delicat J. W. The Master in Addiction Medicine in The Netherlands. *International Perspectives on Training in Addiction Medicine*, 2016:49-63.
- Dimoff J. D, Sayette M. A, & Norcross J. C. Addiction training in clinical psychology: Are we keeping up with the rising epidemic? *American Psychologist*, 2017: 72(7), 689.
- Drummond C. Cuts to addiction services are a false economy. *BMJ*, 2017:357;j2704
- WHO Regional Office for Europe. *European action plan to reduce the harmful use of alcohol 2012–2020*. Copenhagen (Denmark): WHO Regional Office for Europe; 2012. http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0008/178163/E96726.pdf?ua=1
- The International Centre for Drug Policy (ICDP). *Substance misuse in the undergraduate medical curriculum. A United Kingdom Medical Schools' collaborative programme*. London: International Centre on Drug Policy; 2007.
- Klimas J. Core addiction medicine competencies for doctors: an international consultation on training. *Substance abuse*, 2017: 38(4), 483-487.
- Klimas J, Small W, Ahamad K, Cullen W, Mead A, Rieb L, & McNeil R. Barriers and facilitators to implementing addiction medicine fellowships: a qualitative study with fellows, medical students, residents and preceptors. *Addiction science & clinical practice*, 2017: 12(1), 1-10.
- McCarty K. N, McDowell Y. E, Sher K. J, & McCarthy D. M. Training health services psychologists for research careers in addiction science. *Training and Education in Professional Psychology*, 2020: 14(1), 70.

- Nunes E. V, Kunz K, Galanter M, & O'Connor P. G. Addiction Psychiatry and Addiction Medicine: The Evolution of Addiction Physician Specialists. *The American Journal on Addictions*, 2020; 29(5), 390-400.
- Ram A, & Chisolm M. S. The time is now: improving substance abuse training in medical schools. *Academic Psychiatry*, 2016; 40(3), 454-460.
- International Centre for Drug Policy (ICDP). *Substance Misuse In: The Undergraduate Medical Curriculum: A Toolkit For Teaching And Learning*. St. George's, University of London: ICDP; 2011.
- Zgierska A. E, Miller M. M, Rabago D. P, Hilliard F, McCarthy P, Cowan P, & Salsitz E. A. Language matters: it is time we change how we talk about addiction and its treatment. *Journal of Addiction Medicine*, 2021; 15(1), 10-12

La *Clinical competence* degli operatori

*Cristina Meneguzzi*¹, *GiovanniLuca Galimberti*²

¹ Direttore ff Servizio Dipendenze Pordenone Friuli Venezia Giulia

² Direttore ff Servizio Dipendenze ASST Monza Lombardia

Progetto approvato dal Ministero della Salute ai fini della Conferenza Nazionale Alcol (referente scientifico: Maria Migliore) e affidato alla Regione Emilia-Romagna (referente: Alessio Saponaro). Contributo del Gruppo di Lavoro coordinato dal Responsabile scientifico Giovanni Greco, con il supporto di Barbara Leonardi (psicologo LP Regione Emilia-Romagna).

I Componenti del GdL: Lanza Alessandro (Dirigente Psicologo Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze -ASL 3 Genovese), Amendola Maria Francesca (Responsabile UOS Alcolologia- Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze ASP Cosenza - CS Regione Calabria), Pepe Natale (Dirigente sociologo, Responsabile Osservatorio Socio-epidemiologico UOC Ser.D. Azienda Sanitaria Locale di Matera), Marcato Bruno (Psicologo Psicoterapeuta - Direzione generale Azienda Hands ONLUS Bolzano), Biscontini Sonia (Direttore Dipartimento delle Dipendenze – USL Umbria 2), Cassese Francesco (Resp. UOSD Dipendenze Comportamentali e Osservatorio- ASL Napoli 3 SUD), Ariano Vincenza (Direttore Dipartimento Dipendenze Patologiche Asl Taranto)

Riassunto

Il presente documento è frutto di un lavoro di gruppo cui hanno partecipato molti professionisti del settore delle Dipendenze Patologiche. Si è preso spunto dalle risposte del questionario compilato sul territorio nazionale nel 2020 dai Servizi dedicati all'attività alcolologica e PAC (Problemi Alcol-Correlati) in materia di formazione, integrato dalle riflessioni emerse dagli incontri effettuati nel 2021 tra i componenti del Gruppo di Lavoro, e dalle successive fasi di interlocuzione con gli attori istituzionali e del Terzo Settore coinvolti nel processo di costruzione dei documenti preparatori per la Conferenza Nazionale Alcol. Il riferimento normativo è la Legge n. 125/2001 “Legge Quadro in materia alcol e patologie alcol-correlate” che rappresenta uno strumento essenziale di orientamento delle politiche alcolologiche a livello nazionale e regionale, per il contenimento dei danni derivanti dall'abuso di bevande alcoliche e per l'accrescimento della consapevolezza sui rischi alcol-correlati. La cornice logica e di contesto della sintesi emersa contempla anche le indicazioni riportate nei recenti documenti del “Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025” e “Modelli e Standard

per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel SSN" previsti dal PNRR (DM 71 del 23.02.22)

Stato dell'arte, criticita' e fabbisogni formativi specifici e trasversali

Servizi dedicati all'attività alcolologica e PAC: una realtà che cambia – punti di interesse

1. **La rete.** A livello territoriale si registra una forte **eterogeneità fra i servizi specialistici per i problemi alcol-correlati**, con diversi modelli sanitari e di inquadramento organizzativo (es. servizi specialistici per PAC afferenti ai dipartimenti delle dipendenze, integrati nei dipartimenti di salute mentale, oppure incardinati in reparti ospedalieri internistici): queste diverse soluzioni organizzative hanno una forte ricaduta sulle discrepanze in termini di cultura degli operatori e di servizio, modelli di approccio ai PAC, e metodo di lavoro. A questo panorama variegato contribuiscono anche le evidenti disomogeneità in termini di caratteristiche orografiche dei territori, con evidenti conseguenze sul numero e la distribuzione degli operatori, le opportunità di collaborazione e integrazione, nonché sull'operare clinico dei diversi servizi. A fronte di questo panorama variegato e disomogeneo dell'organizzazione dei servizi, il lavoro di rete si pone dunque come strumento fondamentale e comune denominatore per assicurare modelli di intervento efficaci al netto di culture sanitarie e sociali non coincidenti in diverse aree.
2. **Personale e *turn over*.** I servizi specialistici per PAC sono caratterizzati da un personale afferente ad **aree culturali e formative eterogenee e ad alto *turn-over***, laddove la disciplina delle dipendenze e dell'alcolologia in generale è poco presente, se non del tutto assente, nei programmi di formazione universitaria o abilitativa alla professione.
3. **Modalità formative.** I **percorsi formativi** sono spesso organizzati secondo modelli prevalenti di lezioni frontali su tematiche molto specifiche e di ambito molto ristretto, con un importante valore di approfondimento sul piano teorico, ma altrettanto spesso carenti nella possibilità di essere sufficientemente **integrati con la realtà del territorio** e declinati nel contesto della rete dei servizi.
4. **Il servizio specialistico per i PAC.** Un ulteriore elemento di riflessione introduttiva attiene al "concetto di servizio" che gli operatori condividono, in termini di cultura, *mission* e approccio al PAC. La maggior parte dei servizi è organizzata secondo un modello multidisciplinare multiprofessionale e un approccio di equipe: a fronte di rischi di frammentazione riconducibili alla diminuzione delle risorse di personale o a

modelli organizzativi aziendali che prediligono forme di *governance* strutturate per specificità professionali (ad esempio l'introduzione delle "piattaforme" professionali), rimane opinione condivisa da tutti i professionisti dell'area alcologica che il modello di lavoro di **equipe multiprofessionale** vada preservato e difeso come strumento fondamentale per affrontare un problema complesso e multifattoriale come quello alcol-correlato.

Peraltro il ruolo dell'*equipe* come portatrice e garante di una "cultura" di servizio, si confronta in alcune realtà con evidenti difficoltà legate al grossolano e pericoloso equivoco creato da alcuni ambienti medici e sanitari in generale, che rivolgono l'attenzione esclusivamente ai quadri di abuso o dipendenza alcolica, con un approccio quasi esclusivamente farmacologico e orientato alla medicalizzazione o psichiatrizzazione, trascurando tutti gli altri aspetti che rendono i PAC delle questioni multidimensionali, sistemiche e dinamiche, che possono essere affrontate solo con strumenti complessi come l'approccio relazionale multifamiliare, di comunità e di popolazione, che conferiscono all'approccio ai PAC una valenza "ecologica". Tuttavia l'approccio ecologico e di comunità alla materia va temperato con la tutela di una scientificità dell'operare clinico, che attraverso un linguaggio e metodologie di intervento basate su evidenze di efficacia, permetta all'alcologia di essere riconosciuta e valorizzata nella sua autonomia e identità clinica, differenziata in parte anche da quella della medicina delle tossicodipendenze o delle dipendenze comportamentali.

Occorre dunque anche superare rigidità di metodi di intervento, legati ad approcci che, qualora interpretati come unico modello possibile dell'operare, rischiano pericolose derive nell'ideologia e autoreferenzialità, per allargare le vedute e soddisfare le richieste per una vera promozione della salute, un riconoscimento precoce dei problemi, e un intervento multidimensionale che comprenda la multidisciplinarietà. Tale approccio viene raccomandato anche nel documento "Modelli e Standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel SSN" previsti dal PNRR, che sottolinea l'integrazione tra le diverse strutture sanitarie, socio-sanitarie e socio-assistenziali presenti sul territorio utili a promuovere equipe multidisciplinari che si prendano carico della persona in modo olistico, e con un approccio inclusivo, equo, conveniente ed efficiente per migliorare la salute fisica e mentale degli individui, con particolare attenzione alle condizioni di cronicità e fragilità.

Anche in questo senso "la rete" si pone come strumento privilegiato, sia dal punto di vista della formazione che degli interventi, per temperare modelli diversi di lettura e approccio al PAC, che necessitano di essere condivisi, implementando le

competenze per rispondere alle diverse tipologie di bisogno con gli strumenti più appropriati.

Il lavoro clinico in alcologia vede inoltre molte aree di **overlap con altre discipline/professionalità** e con altri sistemi organizzati sanitari e non sanitari, richiedendo dunque un livello articolato di integrazione servizi /territorio /comunità. La formazione diventa, da questo punto di vista, uno strumento fondamentale per rispondere alla necessità di:

- Costruire un sistema di livelli di competenze professionali/di servizio
- Condividere i contenuti (da basici ad avanzato)
- Costruire la specificità professionale/di servizio.

5. **L'utenza.** Si registra un cambiamento graduale ma sostanziale della tipologia di utenza che si rivolge ai servizi, che sono chiamati a leggere i molteplici mutamenti che interessano un quadro sociale e di salute sempre più composito, complesso e mutevole, interessato da profondi cambiamenti dovuti a fattori economici, legislativi, socioculturali che hanno portato alla ribalta una molteplicità di bisogni e problematiche. Certamente il settore delle dipendenze, per sua natura specifica, è segnatamente interessato da mutamenti rapidi dei quadri clinici, espressione di un mercato delle sostanze in continua e rapida evoluzione, dell'abbassamento progressivo dell'età di primo uso dell'alcool e degli stupefacenti e della diffusione di comportamenti a rischio (ad es. gioco d'azzardo on-line) e dipendenze tecnologiche che in era di pandemia Covid hanno visto una significativa accelerazione. È ormai noto che a distanza di qualche decina di anni fa, è diminuita la quota di utenza alcologica caratterizzata da una età adulta, la presenza di risorse familiari significative, e un quadro di abuso o dipendenza alcolica con comorbidità spesso di natura organica, mentre nel tempo i Servizi hanno registrato un aumento di utenza caratterizzata da:

- Copresenza di psicopatologia di gravità intermedia-elevata
- Poliabuso/polidipendenza (es. gioco d'azzardo patologico-GAP)
- Giovane età
- Genere femminile
- Lingua e cultura straniera
- Grave marginalità sociale.

Queste caratteristiche dell'utenza, evoluta verso quadri clinici caratterizzati da maggiore complessità, così come altre tematiche emergenti (es. giudiziaria e trapiantologica) nella pratica clinica quotidiana rendono evidente l'inefficacia della preesistente applicazione di modelli tradizionali, rigidi ed esclusivi, di lettura e approccio al PAC (es. modello hudoliniano o modello neurobiologico) e hanno

necessariamente stimolato gli operatori a riflettere intorno alla necessità di modelli interpretativi e di trattamento del PAC più aggiornati e flessibili, con aree di intervento più specifiche sul piano clinico e organizzativo.

6. Gli **adolescenti**. Si attribuisce fondamentale rilevanza al bisogno formativo attinente agli interventi appropriati per l'adolescente. E' infatti ormai noto che l'adolescente necessita di modalità e strumenti di intervento molto specifici, a partire dal superamento di modelli di approccio basati sul concetto di dipendenza: serve approfondire strumenti diagnostici e usare modelli di approccio nuovi, più flessibili e più coerenti con il funzionamento dei giovani, che tengano conto di situazioni quasi costanti di poliabuso di sostanze, spesso a significato ricreazionale, e la copresenza di un disagio che si esprime anche in altre forme, oltre all'uso dell'alcool. Queste caratteristiche hanno supportato in molte realtà la nascita di servizi specifici dedicati all'adolescente, con inquadramento gestionale e di competenze trasversale fra psichiatria, neuropsichiatria infantile e dipendenze. Tuttavia i servizi dedicati all'attività alcolologica e PAC, insieme ai dipartimenti di emergenze, possono rappresentare frequentemente la porta di ingresso alla rete di cura, evenienza che rende non più procrastinabile la realizzazione di eventi formativi che abbiano come esito aree di intervento clinico e organizzativo dedicati al lavoro con la fascia di età giovanile, per gli operatori di questi Servizi e di tutti gli altri servizi del territorio.
7. I **“setting”**. In linea con il Piano Nazionale di Prevenzione 2020-2025 che sottolinea la necessità di un approccio combinato e integrato tra strategie di comunità e strategie basate sull'individuo, l'approccio per setting si pone come strumento utile per garantire un sistema di intervento complessivo che metta in sinergia tutte le risorse (umane, professionali, tecniche, organizzative, sociali e finanziarie) necessarie per una migliore gestione clinica, in risposta ai bisogni assistenziali, ed una presa in carico continuativa, ma anche per la promozione di sani stili di vita e del benessere mentale. Tale paradigma trova un ulteriore sviluppo nel modello di assistenza territoriale previsto dal PNRR, attraverso l'implementazione di modelli di presa in carico territoriali che prevedono figure e ruoli professionali come l'infermiere di comunità, e strutture di prossimità, come le case della comunità, all'interno delle quali viene fortemente raccomandata la presenza di ambulatori dedicati alle dipendenze e alla salute mentale.
Viene dunque richiesto ai servizi specialistici per i PAC di saper mettere in atto strategie di intervento in setting diversi da quelli dei dipartimenti di appartenenza, soprattutto per le azioni di intercettazione precoce dell'utenza in situazione di disagio: tali strategie necessitano di una formazione specifica che preveda il coinvolgimento di altri attori sanitari e non sanitari che possono concorrere

all'identificazione precoce delle persone con PAC nei diversi nodi della rete dei servizi territoriali, enti locali e del Terzo Settore, e contesti ospedalieri. Tali strategie sono risultate efficaci, ad esempio, nell'approccio agli adolescenti, permettendo di stabilire relazioni terapeutiche significative in contesti diversi, più flessibili e meno stigmatizzanti, di quelli dei servizi per le dipendenze. Lo stesso obiettivo è stato raggiunto, ad esempio, in alcune esperienze di reparti ospedalieri attraverso la presenza di un "referente alcologico di reparto", opportunamente formato, con il compito di identificazione precoce e "drop-in" verso i servizi specialistici per il trattamento delle patologie alcool-correlate.

La pandemia Covid ha inoltre posto in essere le condizioni che hanno accelerato la necessità dei Servizi di attrezzarsi per attuare interventi mirati a favorire nuovi modelli di ingaggio come quello **telematico** e **digitale** sia per l'identificazione precoce di consumatori a rischio "*in need for treatment*", anche attraverso colloqui motivazionali o chat dedicate alla promozione della salute, alla sensibilizzazione, all'identificazione precoce dei principali fattori di rischio, sia per assicurare la continuità del trattamento, non solo farmacologico, dei disturbi da uso di alcool. Modelli di servizi digitalizzati utili sia per la gestione dei percorsi dei pazienti, sia per l'integrazione della rete professionale (MMG, infermieri, specialisti, assistenti sociali e altre figure professionali) vedono una pianificazione e rafforzamento anche nelle linee di indirizzo di assistenza territoriale previste dal PNRR.

8. Il ruolo dell'associazionismo e dei cittadini competenti per esperienza. Le associazioni attive in ambito alcologico (AICAT, AA, AL-ANON) denunciano, con le dovute differenze territoriali, un generale momento di crisi legato a una diminuzione dell'utenza e contemporaneamente una evoluzione nella tipologia delle persone con PAC che si rivolgono all'associazionismo. L'aumento della quota di persone con disturbi psichiatrici, adolescenti, stranieri, persone senza familiari di riferimento, o di utenti con altre caratteristiche che li rendono scarsamente compatibili e responsivi a modelli riabilitativi basati su una teoria univoca e tendenzialmente rigorosa, pone le associazioni nella posizione di interrogarsi, contemporaneamente al cambiamento del significato, del ruolo sociale e delle caratteristiche delle famiglie, sui propri modelli di intervento.

Punti di riferimento per una buona prassi assistenziale. Elementi di consenso

I sopradescritti fattori concorrono a formulare un quadro di contesto caratterizzato da un elevato livello di complessità e continua evoluzione, che rende fondamentale il coinvolgimento ed il raccordo di tutte le energie istituzionali, culturali e sociali presenti

a livello sanitario e territoriale per garantire un sistema di intervento complessivo che metta in sinergia tutte le risorse necessarie, affidando ai servizi specialistici un ruolo importante nel governo delle diverse strategie e attività preventive e di cura, e valorizzando il patrimonio di esperienze maturate negli anni ed il ruolo di tutti i soggetti in campo. Per adottare strategie comuni di approccio, e condividerne modelli e linguaggi, si sottolinea il valore della **rete curante**, che entra a pieno titolo nel discorso sulla formazione degli operatori, sia in termini di strumento che di risultato. Nelle maglie della rete si ritiene siano necessari livelli diversi di competenze e conoscenze, ottenuti tramite formazioni professionali più specialistiche (ad esempio formazioni per gli operatori dei Servizi delle Dipendenze), affiancate a formazioni che vedono coinvolti anche altri attori del territorio che si occupano di problematiche alcol-correlate, come modalità di implementazione e valorizzazione del funzionamento di rete territoriale, che inizia già dai percorsi formativi. Non da ultimo, la rete dei curanti favorisce le conoscenze dirette interpersonali tra gli operatori, funzionali per la velocità e immediatezza di confronti e collaborazioni.

A tale fine diventa necessario un percorso di diffusione delle competenze attraverso percorsi formativi condivisi con i principali **nodì della rete curante**:

1. Medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, poiché lo studio del medico di famiglia rimane luogo privilegiato per l'intercettazione precoce dei pazienti con problematiche alcol-correlate. Nonostante i numerosi tentativi di coinvolgimento, tramite eventi di formazione, la percentuale dei medici di medicina generale coinvolti rimane ancora esigua, per numerosi ragioni fra cui le molteplici proposte formative di altre aree specialistiche.
2. Servizi sanitari territoriali (salute mentale, consultori, neuropsichiatria infantile, dipartimenti di prevenzione, servizi di medicina legale, servizi infermieristici domiciliari dei distretti, servizi di psicologia, infermieri di comunità)
3. Reparti ospedalieri internistici (gastroenterologia, epatologia, medicina interna, cardiologia, diabetologia) e chirurgici (ostetricia-ginecologia, otorinolaringoiatria, ortopedia e altre discipline chirurgiche), medicina dell'emergenza/urgenza
4. Associazioni attive in ambito alcolologico (AICAT, AA, AL-ANON)
5. Comunità terapeutiche e strutture residenziali pubbliche e convenzionate (privato sociale accreditato)
6. Enti ausiliari, servizi educativi e scolastici, servizi sociali (assistenti sociali e assistenti domiciliari)
7. Singoli professionisti, consulenti esterni (medici del lavoro, medici dello sport).
Tecnici e addetti alla protezione e prevenzione per la sicurezza sul lavoro

8. Sistema giudiziario: carcere (polizia penitenziaria e operatori civili), avvocati, magistrati, forze dell'ordine
9. Farmacisti
10. Operatori delle scuole guida

Raccomandazioni

Possibili tematiche specialistiche per gli operatori delle dipendenze

1. Corso IPIB (Individuazione Precoce e Intervento Breve), Counselling e colloquio motivazionale.
2. *Assessment* diagnostico comprensivo di elementi di psicodiagnostica, dal momento che si ritiene che un corretto inquadramento diagnostico e stadiazione dei pazienti, rappresentino il presupposto per:
 - Usare un linguaggio comune fra operatori in termini di diagnosi di funzionamento, attraverso una lettura multidimensionale e interdisciplinare che valorizza il lavoro di equipe.
 - Applicare modelli di trattamento più uniformi nelle diverse realtà territoriali.
 - Effettuare invii più appropriati agli altri nodi della rete curante.
 - Costruire progetti terapeutici per la realizzazione di interventi riabilitativi che siano personalizzati, adeguati alla soggettività del paziente e quindi più efficienti ed efficaci.
3. Trattamento farmacologico: opportunità, limiti e significati.
4. Trattamento psicologico e i suoi diversi modelli.
5. Approccio multidisciplinare e multidimensionale: il lavoro in equipe e il trattamento integrato.
6. Dinamiche e conduzione di gruppi: interventi di gruppo psico-educazionale e di supporto alla sobrietà.
7. Strumenti di *follow up* e monitoraggio.
8. Comorbilità psichiatriche e internistiche. Aggiornamento sull'evoluzione dei quadri psicopatologici.
9. Approccio Familiare e Approccio Biopsicosociale. Il lavoro di rete sul territorio.
10. Approccio di comunità/ *self-help*: Il lavoro con i gruppi AMA
11. Moduli formativi per target specifici di utenza:
 - Strumenti di diagnosi e primo intervento per PAC associati ad altre dipendenze o quadri di poliabuso
 - Modelli di approccio per l'adolescente poliabusatore: *assessment* diagnostico, strumenti e setting di cura specifici. Modelli di prevenzione/intervento precoce dedicati e appropriati per l'adolescente (interventi selettivi e/o di comunità su stili di vita e modelli di consumo e promozione della salute, in particolare destinati ai giovani in setting scolastici ed extrascolastici)

- Utenti stranieri (significato dell'uso della sostanza, della genitorialità, della divisione dei ruoli maschile/femminile, dell'uso dei servizi sanitari, elementi di etnopsichiatria)
 - Specificità di genere: il problema alcol-correlato nel genere femminile e aspetti legati alla violenza di genere (ruolo dei servizi nel codice rosso, approccio a pazienti con PAC e vittime o autori di violenza)
12. Aspetti medico legali (rapporto con magistratura sorveglianza, UEPE, tribunale ordinario e minorile)
 13. Sicurezza sul lavoro.
 14. Alcol e guida

Possibili aree tematiche per la rete dei curanti

1. Corso IPiB (Individuazione Precoce e Intervento Breve), Counselling e colloquio motivazionale
2. *Assessment* Diagnostico, e prime misure di gestione dei quadri clinici urgenti, per il target di utenza adulta, e con particolare specificità per gli adolescenti (per operatori dell'emergenza)
3. Trattamento farmacologico
4. Trattamento integrato
5. Sicurezza sul lavoro
6. Alcol e guida
7. Dinamiche e conduzione di gruppi
8. Interventi selettivi e/o di comunità su stili di vita e modelli di consumo
9. Approccio di comunità/*self-help* e Approccio Biopsicosociale
10. Moduli formativi per target specifici di utenza:
 - Copresenza di psicopatologia
 - Poliabuso e Giovane età
 - Lingua e cultura straniera (significato dell'uso della sostanza, della genitorialità, della divisione dei ruoli maschile/femminile, dell'uso dei servizi sanitari)

La formazione come strumento di integrazione con l'associazionismo e il Privato Sociale Accreditato

Si ritiene che la formazione rappresenti un momento privilegiato e molto funzionale per l'integrazione delle Associazioni e delle realtà afferenti al Privato Sociale Accreditato nella rete curante attraverso:

- L'organizzazione congiunta di eventi formativi che coinvolgano servizi sanitari, socio sanitari ed enti del Terzo Settore, volti a creare una cornice culturale e di linguaggio comune e costruire congiuntamente modelli di approccio e intervento specifici per le diverse problematiche e formalizzati ad esempio con documenti di

buone pratiche

- Le associazioni possono avere un ruolo di rilievo nel promuovere eventi formativi e preventivi destinati ai diversi attori del territorio, sia istituzionali (servizi ed enti) che non istituzionali (eventi di sensibilizzazione rivolti a popolazione generale o gruppi specifici es. scout, gruppi sportivi etc.)
- Stante il mutamento delle caratteristiche dell'utenza e la crescente complessità della casistica di famiglie con problemi complessi, nei contesti del volontariato si raccomanda di promuovere l'affiancamento alla formazione specifica associativa sui modelli tradizionali di riferimento, anche di una formazione permanente degli operatori (es. conduttori club alcolologici) in collaborazione con i professionisti dei Servizi Specialistici, utile ad acquisire competenze aggiuntive e necessarie per la gestione della complessità. A tale fine può essere valutata anche l'opportunità di individuare un gruppo di formatori in ambito regionale e provenienti dalle Aziende Sanitarie, che collaborino nella gestione degli eventi formativi insieme a referenti regionali delle Associazioni.

I decisori delle policy

Gli esperti riuniti nei tavoli tecnici hanno sottolineato anche l'importanza di alcuni eventi formativi sui temi del PAC dedicati alle figure Responsabili e di Coordinamento delle Direzioni Aziendali, per sensibilizzare e far comprendere nel lavoro di governo e gestione delle policy aziendali, l'impatto delle problematiche alcool-correlate sulla salute e su tutti i servizi sanitari implicati, e l'entità del lavoro di rete richiesto, con l'impiego di notevoli risorse focalizzate sui processi intersettoriali orientati all'efficienza ed appropriatezza.

Gli strumenti

Il gruppo tecnico interregionale valorizza la formazione in presenza, affiancata alla modalità on-line che ha visto una necessaria accelerazione a seguito della pandemia Covid, e rappresenta un'opportunità utile per superare ostacoli di risorse e distanze, favorendo la continuità dell'incontro fra operatori afferenti a territori anche ampi o di difficile raggiungimento.

Sono previste diverse tipologie di strumenti:

- 1) Percorsi formalizzati tra Aziende Sanitarie, Regione e Università
- 2) Convegni, seminari, workshop organizzati da Società Scientifiche, Enti regionali o Aziende Sanitarie: per far fronte all'alto turnover degli operatori, si propone

l'inserimento della formazione alcolologica all'interno del modulo di formazioni obbligatorie per gli operatori previste come piano di inserimento all'atto dell'assunzione in Azienda, rivolto agli operatori che prendono servizio nelle equipe per le dipendenze, e finalizzato alla messa a disposizione di strumenti e competenze minimi al momento dell'inizio dell'attività nei servizi. L'economicità dell'iniziativa potrebbe essere garantita dall'organizzazione e realizzazione degli interventi formativi a cura dei responsabili o personale esperto identificato nei Servizi specialistici per i Problemi Alcool-correlati.

- 3) Modulo breve nell'ambito dei Corsi di Formazione Regionale per Medici di Medicina Generale
- 4) Corsi di aggiornamento organizzati in collaborazione con Ordini professionali e gli altri Enti istituzionali competenti, dedicati alla formazione alcolologica per i MMG, con modalità di formazione obbligatoria o incentivata. A livello locale, la partecipazione degli operatori del Servizio specialistico può facilitare la conoscenza diretta tra gli attori del territorio e la costruzione e la manutenzione della rete dei curanti.
- 5) Corsi Universitari, Master Universitari, Corsi di Perfezionamento Universitario
- 6) Corsi di Alta Formazione
- 7) Lezioni nelle Scuole e Corsi per ASA ed OSS
- 8) Corsi di Sensibilizzazione o altre formazioni organizzate da Enti del Terzo Settore accreditato

I modelli

Il gruppo tecnico inter-regionale ha individuato diversi modelli formativi adeguati al raggiungimento degli obiettivi prefissati:

- 1) **La FORMAZIONE SUL CAMPO CON TECNICA PARTECIPATIVA** viene valorizzata come modello privilegiato di formazione e più appropriato per affrontare i Problemi Alcool-correlati e complessi, che richiedono il coinvolgimento dei diversi attori della rete curante. La formazione sul campo permette di intersecare introduzioni teoriche, esempi concreti e analisi delle realtà territoriali, producendo competenze che non rimangono relegate al piano teorico, ma vedono una ricaduta pratica sul territorio di riferimento, stanti anche le notevoli differenze fra le diverse realtà territoriali in termini di servizi, cultura di riferimento, coesione sociale e modelli di intervento.

Si ritiene fondamentale un modello partecipativo che preveda la presenza dei diversi attori della rete curante del territorio (altri servizi sanitari, servizi sociali, associazionismo, enti del Privato Sociale Accreditato etc.) come occasione privilegiata di confronto e chiarimento fra gli operatori di diverse aree e servizi su competenze, limiti, compiti, nonché una conoscenza personale che facilita la risoluzione di specifiche problematiche.

Lo strumento della Formazione Sul Campo si offre come modello più flessibile, interattivo e partecipato, che permette un confronto fra esperienze, e un lavoro in gruppo orientato alla riflessione sui modelli e pratiche attuali, e alla co-progettazione degli interventi, a partire da documenti nazionali di Linee Guida e Linee di indirizzo: attraverso l'espressione di tutte le competenze degli attori della rete territoriale, e la valorizzazione delle esperienze dei soggetti in campo, viene favorita la costruzione e l'implementazione del lavoro di rete, possibilmente avendo come esito la condivisione di documenti locali di indicazioni operative e buone pratiche e/o PDTA.

La formazione sul campo può anche presentarsi nella forma della **supervisione clinica e di sistema**, volta a migliorare l'integrazione dei diversi servizi, inclusi Comuni e Terzo Settore.

- 2) **INTERVISIONE FRA PARI**, come modello di confronto e valorizzazione delle specifiche esperienze
- 3) **Lezioni frontali su temi teorici specifici**
- 4) **Formazioni teoriche multidisciplinari e intersettoriali** per operatori afferenti a diversi servizi sanitari (territoriali e ospedalieri), agli Enti locali e del Terzo Settore
- 5) Moduli **di formazione a distanza**.

Gli Esiti

- 1) La capacità di lavorare in **RETE**, valorizzata come **STRUMENTO** ma anche **RISULTATO** della formazione, nei suoi risvolti operativi, attraverso il potenziamento dell'integrazione nel territorio fra Servizi Specialistici per i PAC/MMG/Privato Accreditato/Auto-Aiuto e tutti gli altri Servizi Socio-Sanitari.

A partire dalla costruzione di un sistema di livelli e di specificità di competenze

professionali/di servizio, è possibile sviluppare le integrazioni tra aree senza sovrapposizioni, frammentazioni o azioni in replica, permettendo di effettuare invii più **appropriati** fra i diversi nodi della rete curante che hanno come esito la costruzione di percorsi riabilitativi più **efficienti** in termini di ottimizzazione delle risorse impiegate e più **efficaci** in termini di risposta ai bisogni soggettivi e oggettivi della persona. Allo stesso tempo, la formazione in rete permette di costruire una **cornice concettuale comune**, fondamentale per dare una **uniformità** a livello nazionale di intervento, che, partendo da un assessment diagnostico adeguato, sia minimo ma omogeneo nei diversi territori in termini di approccio, risultati, tempi di trattamento, superando le differenze territoriali di modelli sanitari, sociali e culturali, in nome di modelli e linguaggi comuni nei diversi territori.

La costruzione di una cornice concettuale e un linguaggio comuni permette anche a operatori e specialisti di abbattere stigmatizzazioni e partire dalla condivisione della consapevolezza di situazioni per le quali obiettivi, tempo di raggiungimento e cronicità si intersecano con esiti temporali diversi e influenzati da ulteriori e numerosi fattori non sempre controllabili.

- 2) Sensibilizzare gli altri attori della rete curante, in particolare i MMG, al riconoscimento dei PAC e invio ai servizi dedicati, superando resistenze culturali ed economiche di sistema
- 3) Favorire percorsi di integrazione fra Dipartimenti di Salute Mentale e Dipendenze
- 4) Sviluppare sinergie nelle Aziende tra Servizi dedicati all'attività alcolologica e PAC/Dipendenze – Pronto Soccorso – Reparti internistici e chirurgici ospedalieri, e tutti gli altri nodi socio-sanitari della rete territoriale di cura, anche con la formalizzazione, come esito dei percorsi formativi, di PDTA condivisi.
- 5) Per i nodi della rete curante, valorizzare un approccio pratico con intercettazione del bisogno e illustrazione a persone/famiglie dei programmi esistenti e rendendoli facilmente accessibili, mettendo al centro i bisogni degli utenti e superando approcci esclusivamente assistenziali e di tipo biomedico
- 6) Fornire competenze per l'intervento alcolologico per setting specifici e differenziati, ad esempio la consulenza alcolologica nei reparti ospedalieri o altri setting sanitari "opportunistici", e per l'intervento alcolologico con strumenti telematici e digitali.

- 7) Per i servizi specialistici, conoscere i diversi modelli di lettura e di approccio ai problemi alcool-correlati, per utilizzare gli strumenti più appropriati a dare risposte ai bisogni del paziente, in base a un approfondito assessment diagnostico, e superando modelli rigidi ed esclusivi (es. modello hudoliniano, modello neurobiologico etc.) a favore di un approccio de-ideologizzato sui PAC, fondato su solide basi epistemologiche e scientifiche, e dotato di una gamma di diversi strumenti necessari per fare fronte alla sempre maggiore complessità delle situazioni cliniche e sociali che afferiscono ai servizi e a tipologie specifiche di utenza (es. giovani, poliabusatori, stranieri, pazienti con comorbidità psichiatrica)
- 8) Per gli operatori dei Servizi Specialistici, la formazione dovrebbe inoltre valorizzare le capacità seguenti:
 - a. Affinare funzioni e compiti degli operatori,
 - b. Sviluppare competenze sulla dimensione organizzativa,
 - c. Promuovere l'integrazione multidisciplinare e Formazione al lavoro in equipe.
 - d. Implementare la capacità degli operatori di lavorare in gruppo, laddove il gruppo rappresenta anche uno degli strumenti elettivi nel lavoro clinico con i pazienti (saper lavorare IN gruppo per poter lavorare CON il gruppo)
- 9) Conoscere strumenti e modelli di prevenzione/intervento precoce dedicati e appropriati per l'adolescente, ad esempio sviluppare competenze basate su un approccio socio-educativo, abbassando l'età del target in ambito scolastico sin dalla scuola primaria e coinvolgendo i genitori, educativa di strada e *peer & media educators*.

Perfezionare modalità di intervento più appropriate per l'adolescente con uso rischioso di alcol e sostanze, attraverso buone pratiche e procedure di gestione inter-servizi che orientino aree di intervento clinico e organizzativo condivise e integrate fra i Servizi dedicati all'alcolologica e PAC, il dipartimento emergenze e tutti gli altri servizi del territorio.
- 10) Sensibilizzare le direzioni aziendali e responsabili delle *policy* sanitarie a vario livello sull'impatto delle PAC sulla salute e sui servizi sanitari implicati, sulla dimensione del lavoro di rete richiesto anche in termini di processi e risorse.
- 11) Costruzione di un Albo aziendale, regionale o nazionale di formatori, per uniformare cornici concettuali e linguaggio, e modalità formative
- 12) Introdurre specifici eventi formativi sulle PAC nei piani formativi aziendali per neoassunti.

Gli indicatori

Si valorizzano indicatori che rappresentano l'esito di un lavoro gruppale e di rete che, a partire dalla formazione multidisciplinare e intersettoriale estesa ai diversi attori della rete curante, produca processi di co-progettazione di modelli di intervento integrato, con le conseguenti ricadute organizzative utili a sostenere i processi.

1) **Documenti di Buone Pratiche**, come strumenti focalizzati maggiormente sui processi, piuttosto che procedure o istruzioni operative che presentano un maggiore vincolo di condizionamento dettato dalle diversità organizzative e di realtà territoriali nelle diverse aree. A titolo esemplificativo, Documenti di Buone Pratiche per la gestione di:

- paziente anziano con Problemi Alcool-correlati
- paziente con PAC e procedimenti penali (es. messe alla prova e misure alternative)
- invio da parte dei MMG di pazienti con PAC ai servizi specialistici e/o alle associazioni di settore
- valutazioni alcolologiche finalizzate all'idoneità genitoriale, lavorativa, alla guida di autoveicoli etc.
- adolescente poliabusatore

2) **PDTA** che orientino gli operatori nel condurre percorsi assistenziali, creando maggiore uniformità fra Servizi e territori in termini di modelli di intervento, assicurando invii appropriati e univoci, e la costruzione di percorsi di cura integrati fra Servizi Specialistici per i PAC e gli altri servizi sanitari:

- PDTA Salute Mentale – Dipendenze per pazienti con PAC e disturbi psichiatrici
- PDTA Dipartimento Emergenze – Dipendenze per la gestione del coma etilico nei minori

3) Piani regionali di formazione e istituzione di albi aziendali e regionali di formatori

4) Piano formativo aziendali per neoassunti.

Proposte

In estrema sintesi, partendo dal Servizio Alcolologico per arrivare al macro contesto, emergono i seguenti **bisogni formativi e proposte**:

- 1) Importanza di implementare la formazione, anche attraverso la messa in campo delle necessarie e adeguate risorse aziendali, regionali e ministeriali, come occasione di crescita professionale, di mantenimento delle peculiarità funzionali dei Servizi dedicati all'attività alcolologica e PAC e creazione di reti di intervento sul territorio.
- 2) Applicare l'art. 5 comma 1 della legge 125/2001, che prevede di inserire l'Alcologia nei corsi di Laurea sanitari e sociali e/o specialistiche
- 3) Necessità di formare gli operatori sanitari neo assunti e privi di ogni formazione specifica in tema alcolologico.

Proposta: introduzione della formazione specifica in alcolologia nel piano formativo obbligatorio di inserimento già previsto per gli operatori assegnati al Servizio specialistico per i PAC.

- 4) Necessità di continuo aggiornamento professionale per gli operatori dei Servizi dedicati ai PAC, anche in ragione dell'evoluzione dei quadri clinici e delle nuove tecniche di diagnosi e intervento.

Proposta: inserimento nei piani formativi aziendali di specifiche proposte formative ad hoc; Iniziative formative da parte di Società Scientifiche sui temi specialistici di interesse; Particolare attenzione al tema degli adolescenti, che richiede spesso una revisione delle modalità di funzionamento dei Servizi.

- 5) Necessità di mantenere o implementare il concetto di servizio multi professionale e di equipe: si intende valorizzare la formazione come occasione per sottolineare, anche simbolicamente, l'importanza dell'equipe multiprofessionale come strumento di cura privilegiato nei servizi per le dipendenze.

Proposta: iniziative formative volte a rinforzare e mantenere il concetto di lavoro in gruppo multidisciplinare.

6) Necessità di implementare il lavoro di rete, intesa sia come strumento che come esito dei percorsi formativi.

Proposta: iniziative formative intersettoriali e multidisciplinari, con il coinvolgimento dei servizi socio-sanitari e gli Enti di Terzo Settore del territorio, e con finalità di co-progettazione di modalità collaborative (documenti di Buone Pratiche); iniziative formative permanenti basate sulla discussione dei casi, utili a mantenere la rete dei curanti.

7) Necessità di sensibilizzare e offrire competenze a vario titolo agli attori della rete dei curanti

Proposta: organizzazione di percorsi formativi idonei dedicati a specifici target e declinati per ogni specifico setting della rete curante.

Bibliografia

- Academy of Medical Royal Colleges & Royal College of Psychiatry *Alcohol and Other Drugs: Core Medical Competencies. Final Report of the Working Group of the Medical Royal Colleges* (Occasional Paper OP85). UK: Royal College of Psychiatrists, 2012.
- Angus C, Latimer N, Preston L, *et al.* What are the implications for policy makers? A systematic review of the cost-effectiveness of screening and brief interventions for alcohol misuse in primary care. *Front Psychiatry*, 2014; 1(5):114. Doi: 10.3389/fpsy.2014.00114. eCollection 2014.
- The British Society of Gastroenterology and Bolton NHS Foundation trust. *Alcohol care teams: reducing acute hospital admissions and improving quality of care*. 2016. NICE quality and productivity: proven case study. <http://www.nice.org.uk/localPractice/collection>
- Arnaud N, Diestelkamp S, Wartberg L, Sack P.M, Daubmann A, Thomasius R. Short- to Midterm Effectiveness of a Brief Motivational Intervention to Reduce Alcohol Use and Related Problems for Alcohol Intoxicated Children and Adolescents in Pediatric Emergency Departments: A Randomized Controlled Trial. *Academic Emergency Medicine*, 2017; 24(2):186-200.
- Aurora P, Dumenco L, Mello M.J, George P. An interprofessional model for teaching medical students to provide screening, brief intervention, and referral for treatment for substance misuse. *R I Med J*. 2019; 102(3):18-21.
- Barata I.A, Shandro J.R, Montgomery M, Polansky R, Sachs C.J, Duber H.C, Weaver L.M, Heins A, Owen H.S, Josephson E.B, Macias-Konstantopoulos W. Effectiveness of SBIRT for Alcohol Use Disorders in the Emergency Department: A Systematic Review. *West J Emerg Med*. 2017; 18(6): 1143-1152.
- Bendtsen P, Anderson P, Wojnar M, Newbury-Birch D, Müssener U, Colom J, *et al.* Professional's attitudes do not influence screening and brief interventions rates for hazardous and harmful drinkers: results from ODHIN study. *Alcohol Alcohol*. 2015; 50:430-7.

- Bertholet N, Studer J, Cunningham J.A, Gmel G, Burnand B, & Daeppen J.B. Four-year follow-up of an internet-based brief intervention for unhealthy alcohol use in young men. *Addiction*, 2018; 113(8):1517-1521.
- Caputo F, Agabio R, Vignoli T, Patussi V, Fanucchi T, Cimarosti P ... & Testino G. Diagnosis and treatment of acute alcohol intoxication and alcohol withdrawal syndrome: position paper of the Italian Society on Alcohol. *Internal and emergency medicine*, 2019; 14(1):143-160.
- WHO Collaborating Centre for Research and Health Promotion on Alcohol and Alcohol Related Harm Problems – Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS. *Piano d’Azione sul consumo di alcol nei giovani e sul consumo eccessivo episodico (binge drinking) (2014-2016)*. Traduzione e adattamento di “Action Plan on Youth Drinking and on Heavy Episodic Drinking (binge drinking) (2014-2016)”. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2015. [http://www.epicentro.iss.it/alcol/apd2015/Piano%20di%20Azione%20Consumo%20di%20Alcol%20nei%20giovani%20e%20sul%20consumo%20eccessivo%20episodico%20\(binge%20drinking\)%202014-16.pdf](http://www.epicentro.iss.it/alcol/apd2015/Piano%20di%20Azione%20Consumo%20di%20Alcol%20nei%20giovani%20e%20sul%20consumo%20eccessivo%20episodico%20(binge%20drinking)%202014-16.pdf)
- Colbert S, Thornton L, & Richmond R. Smartphone apps for managing alcohol consumption: a literature review. *Addiction science & clinical practice*, 2020; 15:1-16.
- Deluca P, Coulton S, Alam M.F, Boniface S, Cohen D Donoghue, K, ... & Drummond C. Brief interventions to prevent excessive alcohol use in adolescents at low-risk presenting to Emergency Departments: Three-arm, randomised trial of effectiveness and cost-effectiveness. *International Journal of Drug Policy*, 2021; 103113. Doi: 10.1016/j.drugpo.2021.103113. Epub 2021 Jan 22.
- Derges J, Kidger J, Fox F, Campbell R, Kaner E, & Hickman M. Alcohol screening and brief interventions for adults and young people in health and community-based settings: a qualitative systematic literature review. *BMC public health*, 2017; 17(1), 1-12.
- Diaz Gomez C, Ngantcha M, Le Garjean N, Brouard N, Lasbleiz M, Perennes M, Kerdiles F, Le Lan C, Moirand R, Bellou A. Effect of a brief motivational intervention in reducing alcohol consumption in the emergency department: a randomized controlled trial. *European Journal of Emergency Medicine*, 2019; 26(1):59-64
- Foxcroft D.R, Coombes L, Wood S, Allen D, Santimano N.M.A, & Moreira M.T. Motivational interviewing for the prevention of alcohol misuse in young adults. *Cochrane Database Syst Rev*, 2016; 18(7):CD007025. Doi: 10.1002/14651858.CD007025.pub4.
- Freidson E. *Professionalismo. La terza logica*. Bari: Edizioni Dedalo srl, 2002
- Gandin C, Schmidt C, Schulte B. and Scafato E. *The BISTAIRS expert opinion-based guidelines on the implementation of screening and brief alcohol intervention approaches in different settings in the EU. Report WP 7 del progetto europeo BISTAIRS*. Roma: Istituto Superiore di Sanità, 2015. http://www.bistairs.eu/material/D6_guidelines_ASBI.pdf
- Kaner E.F.S, Beyer F.R, Muirhead C, Campbell F, Pienaar E.D, Bertholet N, Daeppen J, Saunders J.B, Burnand B. Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations, *Cochrane Database Syst Rev*, 2018; 24(2):CD004148. Doi: 10.1002/14651858.CD004148.pub4.
- Lugoboni F, Faccini M, Casari R, Guadagnini P, Delaini P. La formazione sulle dipendenze patologiche: possono i Ser.D. avere una funzione didattica vicariante nei confronti dell’Università? Alcune opportunità da non tralasciare. *Mission*, 2013; 37:55-59.

- McCambridge J, Saitz R. Rethinking brief interventions for alcohol in general practice. *BMJ* 2017; 356:j116.
- Miller N.S, Sheppard L.M, Colenda C.C, Magen J. “Why physicians are unprepared to treat patients who have alcohol- and drug-related disorders”. *Academy Medicine*, 2001; 76: 410-418.
- Moriarty KJ. Review Alcohol care teams: where are we now? *Frontline Gastroenterology*, 2020; 11:293–302.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). *Alcohol use disorders: diagnosis, assessment and management of harmful drinking and alcohol dependence*. UK: NICE; 2011. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg115>
- NHS England - NHS Improvement and Public Health England. *Alcohol Care Teams: Core Service Descriptor*. 2019. <https://www.longtermplan.nhs.uk/wp-content/uploads/2019/11/ACT-core-service-descriptor-051119.pdf>
- National Treatment Agency for Substance Misuse (2009). *Clinical Governance in Drug Treatment: A Good Practice Guide for Providers and Commissioners*. NTA; 2009. <http://www.nta.nhs.uk/uploads/clinicalgovernance0709.pdf>
- Nunes E.V, Kunz K, Galanter M, & O'Connor P.G. Addiction Psychiatry and Addiction Medicine: The Evolution of Addiction Physician Specialists. *The American Journal on Addictions*, 2020; 29(5): 390-400.
- Scafato E, Gandin C, Patussi V, Gruppo di Lavoro IPIB (ed.) *L'alcol e l'assistenza sanitaria primaria. Linee guida cliniche per l'identificazione e l'intervento breve. Progetto PHEPA*. Traduzione e adattamento di: Anderson P, Gual A, Colom J. Alcohol and Primary Health Care: Clinical Guidelines on Identification and Brief Interventions. PHEPA project. Roma: Centro Stampa De Vittoria; 2009. https://www.epicentro.iss.it/alcol/linee/linee_guida_cliniche.pdf
- Ministero della Salute, Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria, Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie. *Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025*; Roma: Ministero della Salute; 2020. https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_notizie_5029_0_file.pdf
- Polydorou S, Gunderson E.W, Levin F.R. “Training Physicians to Treat Substance Use Disorders”, *Current Psychiatry Report*, 2008; 10:399-404.
- Public Health England (PHE). *Role of nurses in alcohol and drug treatment services: guidance for commissioners, providers and clinicians on the roles of nurses in alcohol and drug treatment in England*. London: PHE; 2017
- Rasyidi E, Wilkins J.N, Danovitch I. Training the next generation of providers in addiction medicine. *Psychiatr Clin North Am*, 2012; 35:461-480.
- Romero-Rodríguez et al. Training health providers to address unhealthy alcohol use in primary care: a cross-sectional, multicenter study. *BMC Health Services Research*, 2020; 20:877.
- Royal College of Psychiatrists and Royal College of General Practitioners London. *Delivering quality care for drug and alcohol users: the roles and competencies of doctors. A guide for commissioners, providers and clinicians. College Report*. CR173. London: Royal College of Psychiatrists and Royal College of General Practitioners London, 2012

- Rossi P. *L'organizzazione dei servizi socioassistenziali. Istituzioni, professionisti e assetti di regolazione*, Roma: Carocci editore S.p.A., 2014.
- Sinclair J, Bamrah JS, Bowden Jones O. *Alcohol and other drugs: core medical competencies. Final report of the Working group of the Royal Colleges*. London: Royal College of Psychiatrists; 2012.
- Steele DW, Becker SJ, Danko KJ, Balk EM, Saldanha IJ, Adam GP, Bagley SM, Friedman C, Spirito A, Scott K, Ntzani EE, Saeed I, Smith B, Popp J, Trikalinos TA. *Interventions for Substance Use Disorders in Adolescents: A Systematic Review*. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2020. Report No.: 20-EHC014. PMID: 32479039.
- Tadros G, Salama RA, Kingston P, *et al.* Impact of an integrated rapid response psychiatric liaison team on quality improvement and cost savings: the Birmingham RAID model. *Psychiatrist*, 2013; 37:4-10.
- Tontchev G.V, Housel T.R, Callahan J.F, Kunz K, Miller M.M, Blondell R.D. "Specialized Training on Addictions for Physicians in the United States". *Substance Abuse*, 2011; 32: 84-92.
- U.S. Department of Health and Human Services. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. *Addiction counseling competencies. The knowledge, skills, and attitudes of professional practice*. US: Substance abuse and mental health services administration (SAMHSA), 2005.
- Zgierska A. E, Miller M.M, Rabago D.P, Hilliard F, McCarthy P, Cowan P, & Salsitz E.A. Language matters: it is time we change how we talk about addiction and its treatment. *Journal of Addiction Medicine*, 2021; 15(1):10-12.

LE ASSOCIAZIONI: “Il protagonismo di ciascuno, il benessere di tutti”

I Club Alcologici Territoriali e l’approccio ecologico sociale: visione e proposte

Tiziana Fanucchi, Valentino Patussi, Franco Marcomini, Paolo Guberti, Annarosa Pettenò, Peppino Nicolucci, Stefano Alberini, Manfredo Bianchi, Aniello Baselice, Simona Rossi, Marco Orsega

AICAT, Associazione Italiana dei Club Alcologici Territoriali

Riassunto

L’approccio ecologico sociale ai problemi alcolcorrelati e complessi, ideato ed applicato dal Prof. Vladimir Hudolin attraverso i Club Alcologici Territoriali, già Club degli Alcolisti in Trattamento, rappresenta un’importante risorsa nazionale, sia per l’alcologia che per la promozione della salute, che ha solide basi scientifiche, umanistiche e culturali.

È necessario considerare i Club e le associazioni in cui si costituiscono, non come bonari e caritatevoli interventi di cura, sussidiari o subalterni al servizio socio sanitario, ma come strumenti di promozione della salute.

I Club, radicati nel territorio e aperti alle famiglie, sono in grado di mobilitare fortemente la partecipazione attiva della popolazione e di sviluppare *empowerment ed engagement*, aumentando così il capitale sociale delle comunità. Essi, attraverso regolari incontri settimanali, promuovono spazi di riflessione personale e familiare, di confronto e cambiamento di stili di vita, di relazione e comunicazione negativi, verso comportamenti e modalità che favoriscono il benessere e migliorano la qualità della vita. Tra le attività offerte dai Club ci sono anche momenti di sensibilizzazione e formazione, riconosciuti e verificati, che si rivolgono alla popolazione generale e agli operatori sanitari.

Di fronte ad una cultura dominante centrata su individualismo, eccesso, accumulo, i Club parlano di consapevolezza, sobrietà, interdipendenza, corresponsabilità, equità, bene comune, configurandosi tra gli approcci di comunità. Essi sono capaci di lavorare in rete e creare legami di cooperazione con servizi, istituzioni, mondo del lavoro, Scuola, realtà del Terzo Settore.

È auspicabile che tale lavoro di rete avvenga in un rapporto integrato di pari dignità e che generi tavoli di comunità sulla promozione della salute, permanenti e capace di

armonizzare competenze professionali con quelle esperienziali. È anche auspicabile che i servizi e i dipartimenti delle dipendenze rientrino nell'ambito della promozione della salute superando la visione strettamente medico-psichiatrica.

Introduzione

L'Associazione Italiana Club Alcolistici Territoriali (AICAT) è un'organizzazione non lucrativa di utilità sociale fondata nel 1989 per promuovere e coordinare le attività dei Club Alcolistici Territoriali (CAT), già Club degli Alcolisti in Trattamento, cardine dell'Approccio Ecologico Sociale ai problemi alcolcorrelati e complessi, ideato ed applicato dal Prof. Vladimir Hudolin.

Hudolin è stato uno psichiatra croato del secondo Novecento, Direttore della Clinica di Psichiatria, Neurologia, Alcolologia ed altre Dipendenze presso l'Università di Zagabria, per lungo tempo consulente dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) su alcol e altre droghe. Con il suo impegno scientifico e culturale, Hudolin ha dato un contributo determinante allo sviluppo di tutta l'alcolologia italiana e di una visione che ha rivoluzionato radicalmente il tradizionale approccio medico e psichiatrico, introducendo i concetti di promozione della salute, comunità, qualità della vita, etica, giustizia sociale.

Con questo documento l'AICAT intende proporre alla Conferenza Nazionale sull'Alcol, alle Istituzioni e agli operatori sanitari e sociali attivi nei territori, la rilevante ed originale esperienza dell'Approccio Ecologico Sociale ai problemi alcolcorrelati, quale importante risorsa nazionale da valorizzare e sviluppare in tutta la sua ampia potenzialità scientifica, culturale, umana e sociale, anche alla luce di una lettura attuale ed in prospettiva futura.

Si intende, inoltre, fare proposte pratiche al fine di favorire un intervento di sistema capace di cogliere e rispondere alla complessità e specificità dell'alcolologia, materia che non può essere ridotta, né sul piano professionale, scientifico e culturale, al fenomeno del cosiddetto "alcolismo", nelle sue forme analogiche di sindrome di dipendenza alcolica o alcolodipendenza, concetti che non trovano un'univoca definizione nella comunità scientifica e pertanto recentemente aboliti.

Il riduzionismo costituisce oggi un rischio generale che, negando la complessità, orienta gli investimenti delle risorse verso un modello specialistico e selettivo che non risponde ai principi e ai bisogni della promozione della salute e della comunità. In tal senso, l'alcolologia costituisce un campo paradigmatico che invita ad andare oltre la visione della salute in chiave sanitaria individuale, ma piuttosto concepirla come bene

comune, tenendo conto di tutte le variabili personali e comunitarie implicate e favorendo l'empowerment e la partecipazione attiva.

Con questo documento, pertanto, si intende anche esprimere contenuti ed evidenziare pratiche di promozione della salute, prevenzione e cura, che nella loro autonomia culturale e scientifica, garantiscano l'assenza di interessi e siano tese ad armonizzare cittadinanza consapevole, attiva e responsabile con le necessarie competenze esperienziali, professionali e scientifiche che consentano forme di governo, democratico e partecipato.

L'Approccio Ecologico Sociale e i Club Alcolologici Territoriali

Il pensiero di Hudolin esprime una sintesi, di particolare intensità ed efficacia, delle grandi scoperte del '900, anticipando concetti che si sono affermati solo più recentemente in ambito di promozione della salute. Muove dai principi teorico-pratici della psichiatria sociale e della medicina di comunità del secondo Novecento e trova la sua collocazione teorica nella teoria generale dei sistemi e nel lavoro sociale di rete con i relativi modelli concettuali. Inoltre è in sintonia con l'insieme complesso di documenti, risoluzioni, piani di azione che l'OMS ha prodotto a partire dalla Dichiarazione di Alma Ata del 1978 per sancire e ribadire nel tempo, la centralità dell'assistenza primaria, del lavoro territoriale, dei programmi di comunità locale e del protagonismo dei cittadini (*empowerment*) nei programmi di tutela e promozione della salute, attraverso un approccio ecologico sociale, sistemico, intersettoriale e multifattoriale che veda la collaborazione tra mondo del volontariato e sistema professionale.

L'Approccio Ecologico Sociale si avvale della lunga e consolidata esperienza pratica dei Club Alcolologici Territoriali, definiti comunità multifamiliari appartenenti alla comunità locale, che si sviluppano in momenti di incontro, scambio e confronto settimanale tra persone e famiglie in difficoltà. Inizialmente nati per affrontare i problemi di alcol, oggi sono capaci di accogliere tutte le difficoltà e le sofferenze legate ad altri stili di vita a rischio (fumo, droghe, azzardo, internet *addiction*, etc...) e, più in generale, il disagio esistenziale legato alla vulnerabilità della condizione umana e agli squilibri ecologico sociali delle comunità.

Nei Club ogni persona e ogni famiglia può realizzare un percorso di crescita e maturazione emozionale, relazionale, culturale e spirituale, che, nella visione sistemica, ecologico-sociale, produce necessariamente un miglioramento della qualità della vita, presente e futura, non solo a livello individuale e familiare, ma anche comunitario e ambientale.

In questo processo sistemico, ecologico-sociale, i Club, producono empowerment, engagement e accrescono il capitale sociale della comunità. Da una posizione marginale nella società, chi frequenta il Club diventa un cittadino attivo e responsabile, portatore di una testimonianza nella comunità e di un cambiamento culturale importante, da valorizzare.

Nella loro apparente semplicità, pertanto, i Club costituiscono nodi fondamentali della rete, beni comuni che operano e promuovono una cultura della protezione e promozione della salute, secondo i principi etici di gratuità, corresponsabilità, solidarietà, partecipazione e cooperazione. Questa azione si svolge anche attraverso il coinvolgimento continuo di tutta la cittadinanza, inclusi Enti, Istituzioni ed Amministrazioni.

La visione dell'AICAT

Nel definire una politica alcolica l'AICAT e i Club Alcolici Territoriali ritengono inderogabili alcuni principi culturali e scientifici che possono essere brevemente sintetizzati nei seguenti punti:

1. I “Disturbi da Uso di alcol” non sono riducibili ad una malattia d'organo ma vanno letti come comportamenti/stili di vita, legati a fattori interni ed esterni all'uomo che generano disagi psichici, fisici, sociali, economici, ambientali e relazionali alterando l'equilibrio familiare e comunitario. Tali comportamenti originano e si alimentano nella cultura sanitaria e generale prevalente (definita da Hudolin “spiritualità antropologica”), che tutt'oggi difende e normalizza l'alcol, ne minimizza i rischi ed è caratterizzata:
 - a. da una tendenza a promuovere i consumi definiti “responsabili” o moderati, termini scientificamente impropri;
 - b. dal distinguere in modo netto i consumatori dai cosiddetti “alcolisti” o “alcolodipendenti”, applicando un modello fortemente medicalizzato e stigmatizzante, che si concentra su aspetti particolari delle problematiche alcolcorrelate;
 - c. dal perseguire il modello dell'apprendimento sociale come via maestra per abituare la popolazione, fin dalla giovane età, a familiarizzare con le bevande alcoliche evitando quelli che vengono definiti eccessi e che si sostanziano in problemi di sicurezza e di ordine pubblico;

- d. dall'enfatizzare il modello mediterraneo del bere ritenuto protettivo rispetto alla possibile insorgenza dei più gravi problemi alcolcorrelati.
2. Il consumo di bevande alcoliche deve essere considerato un fattore di rischio per tutti, che ciascuno ha la possibilità e la libertà di assumersi. Questo non vuol dire negare i diversi livelli di rischio e di danno, ma riconoscere il continuum tra le varie condizioni, così come ribadito dall'OMS.
 3. Parole come “alcolismo”, “alcolista”, “alcolizzato”, “vizio”, sono foriere di un processo di stigmatizzazione ed emarginazione, lontane da ogni presupposto scientifico ed etico e, nel loro riduzionismo, sono funzionali agli interessi dei produttori e promotori di bevande alcoliche. Anche i termini “Dipendenza” e “Abuso” hanno una connotazione potenzialmente negativa e una definizione incerta anche scientificamente: per questo sono stati eliminati dai Manuali Diagnostici (vedi DSM 5 e ICD 10) e, pertanto, non dovrebbero più essere utilizzati. La categorizzazione, per quanto utile a fini clinico-diagnostici e sociali, determina spesso la perdita di competenza nell'affrontare le problematiche globali e una mancata assunzione di responsabilità.
 4. In linea con le strategie di popolazione, per ridurre l'incidenza e la prevalenza delle problematiche alcol-correlate, è necessario ridurre il consumo medio della popolazione. Ciò significa avviare programmi che permettano di cambiare i comportamenti e gli stili di vita personali e familiari, lavorando sulle relazioni, ma anche di modificare la cultura generale, sanitaria e sociale. Tali programmi devono essere radicati nella comunità (*embedded in the community*) e non è più sufficiente investire solamente su un sistema di servizi specialistici che finiscono per intervenire su aspetti particolari e parcellizzati.
 5. L'alcolologia è un campo specifico e allo stesso tempo paradigmatico per l'universo complesso della protezione e promozione della salute. La protezione e la promozione della salute implicano l'adozione di un approccio globale, multisettoriale e multilivello, capace di cogliere la peculiarità dei bisogni emergenti nella complessità del presente. In tal senso i Club Alcologici Territoriali ritengono necessario avviare politiche pubbliche per la salute che siano supportate da competenze professionali ed esperienziali di cittadinanza attiva e questo richiede la formulazione di una *policy* che focalizzi i seguenti punti:
 - a. primary health care
 - b. approccio di popolazione

- c. paradosso della prevenzione
- d. piano formativo articolato dalla sensibilizzazione alla educazione continua
- e. rivisitazione ed attualizzazione dei documenti alcologici nazionali
- f. proposta di *welfare community*
- g. ridefinizione dei rapporti di collaborazione in una visione comunitaria sistemica.

In sintesi per l'AICAT e i Club, ciò si traduce in tre modi di agire/approcci:

1. Agire con un Approccio Ecologico-Sociale: ovvero leggere i fenomeni in chiave relazionale, guardare ai legami che esistono tra le persone e le diverse componenti che costituiscono una comunità familiare o locale, in cui tutti i problemi comportamentali culturali, economici, politici, ambientali, hanno la loro origine e la loro soluzione nei rapporti sociali esistenti.
2. Agire con un Approccio Antropo-Spirituale: ovvero riconoscere l'importanza nelle politiche per la salute, di quei valori che sono veramente umani, universali, interculturali, ecumenici, immediatamente percepibili come bene comune.
3. Agire un Approccio teso al Bene Comune, ovvero impegnarsi per la realizzazione del bene di tutti indistintamente, nessuno e nulla escluso, a cominciare dal primo bene comune necessario, la salvaguardia della vita sulla Terra.

Il cambiamento di paradigma

La visione dell'AICAT è in linea con l'attuale dibattito intorno a Salute e Cure Primarie / *Comprehensive Primary Health Care* che rappresenta un nuovo modo di concepire l'assistenza e la salute.

Si tratta di migliorare da un lato l'assetto attuale del livello delle cure primarie (Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta, équipes di cure palliative, Assistenza Infermieristica Territoriale), ma soprattutto si tratta di passare da un modello unicamente e strettamente "sanitario", concentrato nell'erogazione e prestazione di servizi sanitari, ad un modello "salute", caratterizzato da concetti di rete, promozione e prevenzione nei luoghi di vita, empowerment e coinvolgimento attivo delle persone e delle risorse dei territori.

Tale modello, fondato sui principi della *Comprehensive Primary Health Care* (Assistenza Sanitaria Primaria), permette il superamento della frammentazione tra gli attori coinvolti – sia professionali che comunitari – mediante la creazione di reti assistenziali multiprofessionali, multisetoriali e multidimensionali che si pongono come compito non solo la cura o la prevenzione delle patologie, ma anche la giustizia e l'equità, il rispetto della dignità di ogni persona, la gioia e la fiducia, l'accesso ai diritti di base come l'istruzione, il lavoro, la casa e la partecipazione, in una visione di welfare di comunità, nonché di ecologia integrale.

In termini di costo/efficacia, la *Primary Health Care* prevede un investimento iniziale per spostare l'accento dalla performance sanitaria, alla prevenzione e partecipazione in salute. Tuttavia ciò produce un forte risparmio di prestazioni sanitarie a medio e lungo termine, soprattutto rispetto ai ricoveri ospedalieri e agli accessi in pronto soccorso; inoltre, la partecipazione in salute e l'utilizzo e la valorizzazione delle risorse già presenti sul territorio determinano un aumento dell'equità in salute.

In questa prospettiva comunitaria, i Club Alcologici Territoriali, come troppo spesso si pensa, non offrono un intervento di cura per i problemi alcolcorrelati, per di più sussidiario o subalterno a quello socio sanitario, ma piuttosto ben si collocano come strumenti di promozione della salute, radicati nel territorio e in grado di mobilitare fortemente la partecipazione attiva alla vita della comunità, sviluppando empowerment ed engagement nei cittadini e producendo capitale sociale della comunità.

I Club sono capaci di lavorare in rete creando legami di cooperazione, collaborazione e coprogettazione con i servizi e le istituzioni in un rapporto integrato che deve essere di pari dignità e capace di armonizzare saperi e competenze professionali con quelle esperienziali, andando oltre al semplice invio ai Club da parte dei servizi delle persone con problemi di alcol.

La governance proposta da Hudolin prevede la creazione del Centro Alcologico Territoriale Funzionale, una sorta di tavolo permanente dove il tema prioritario è rappresentato dai progetti politici-sociali-sanitari che ivi si trattano e dove nessuno è ancillare ad altri, nella programmazione di politiche comunitarie relative alla salute e al benessere. Un sistema organizzativo che rovescia l'attuale visione dell'associazionismo "caritatevole" che è assoggettato al sistema istituzionale ed istituzionalizzato.

Inoltre i Club negli anni hanno sviluppato modelli formativi riconosciuti e verificati, capaci di sensibilizzare e fornire strumenti e competenze specifiche agli operatori sanitari, ma anche di promuovere buone abitudini e stili di vita sani nella popolazione generale, migliorando il benessere della comunità (es. "Corso di sensibilizzazione all'approccio ecologico sociale").

Bisogni e Proposte

L'attuale situazione dell'alcolologia in Italia è caratterizzata da alcune necessità:

1. Sviluppare una strategia politica e governativa organica, sistemica ed omogenea, sia a livello centrale che regionale, che recepisca coerentemente le indicazioni dell'OMS in tema di protezione e promozione della salute.
2. Integrare le politiche sull'alcol nell'ambito di politiche economiche e sociali di ampio respiro e in tutte le azioni che promuovono il benessere, gli stili di vita sani e riducono il peso delle malattie trasmissibili e non trasmissibili, secondo la strategia "Salute in tutte le politiche" dell'OMS.
3. Riconoscere l'alcolologia come disciplina specifica che rientra nell'ambito della promozione della salute. L'attuale tendenza ad inserire l'alcolologia nei Dipartimenti di Psichiatria costituisce una regressione, una deresponsabilizzazione sociale e ripropone un approccio riduzionista che non è scientificamente accettabile e che rischia di aumentare la stigmatizzazione su pochi soggetti, piuttosto che aprire alla responsabilità collettiva.
4. Sostenere maggiormente programmi specifici per l'alcolologia all'interno dei servizi pubblici e della rete sociale non istituzionale presente sul territorio, anche in modo da superare la precarietà e marginalità che ancora li caratterizza.
5. Realizzare programmi specifici e stabili di formazione e aggiornamento degli operatori della salute, del sociale e dell'educazione.
6. Riconoscere e valorizzare il ruolo delle organizzazioni che si occupano con vari approcci della complessità dei disagi alcolcorrelati (auto mutuo aiuto, protezione della salute, advocacy e tutela della legalità e della salute) in un rapporto di pari dignità ed integrazione.
7. Creare spazi di incontro e confronto tra Governo, Enti Locali e Società civile. Si ricorda l'importanza di tavoli di lavoro nazionali come quello della Consulta Nazionale sull'Alcol, come pure delle Consulte a carattere regionale.
8. Riconoscere che tutti hanno un ruolo da svolgere, sia che si tratti dei singoli individui, delle comunità locali, delle organizzazioni per l'assistenza sanitaria e sociale, delle organizzazioni non governative (ONG) e dell'industria dell'alcol e del governo.

Rispetto a queste necessità, nel lavoro di rete e di cooperazione e collaborazione con le strutture del SSN e con gli altri soggetti, l'AICAT si propone come risorsa attiva che intende:

1. Delineare programmi volti a definire un'offerta di servizi, interventi ed azioni sempre più adeguate e mirate ai bisogni della popolazione, nell'ottica di "prendersi cura" da tutti i punti di vista per un benessere integrale.
2. Creare le condizioni affinché tutti, operatori dei servizi e popolazione in generale, possano guardare ai Club e al movimento ecologico sociale, come ad una realtà indispensabile per garantire la migliore gestione di breve, medio e lungo termine dei problemi alcolcorrelati, ma anche delle difficoltà umane esistenziali in generale.
3. Promuovere e favorire lo sviluppo, nella popolazione generale, di competenze e abilità che favoriscono l'adozione di stili di vita sani e la creazione di relazioni positive con sé stessi, gli altri, l'ambiente.
4. Offrirsi come ente con specifiche competenze di sensibilizzazione, educazione e formazione degli operatori sanitari. Nello specifico si propone che il "Corso di sensibilizzazione all'approccio ecologico sociale" sia incluso ed accreditato tra le offerte formative nazionali per le professioni dell'area socio sanitaria, con l'obiettivo di arrivare a creare momenti di confronto per raggiungere una terminologia comune.
5. Promuovere la regolamentazione della pubblicità sulle bevande alcoliche, in modo da proteggere la salute della comunità, con attenzione particolare ai minori.
6. Promuovere la costituzione di un tavolo nazionale di advocacy finalizzato a mettere in chiaro le evidenze scientifiche sui benefici/danni da alcol.

Rispetto agli ambiti specifici, affrontati dalla Conferenza, l'AICAT propone le seguenti considerazioni:

Alcol e Scuola

In riferimento agli interventi rivolti alle scuole di vario ordine e grado, l'AICAT ritiene importante che siano:

- a. Ispirati ai principi della protezione e promozione della salute.
- b. Orientati allo sviluppo dell'empowerment personale e della comunità scolastica con l'obiettivo di un cambiamento culturale affinché la scuola diventi davvero una

comunità educante capace di favorire il miglioramento del benessere, della qualità della vita e delle relazioni della persona, della famiglia e della comunità.

- c. Capaci di coinvolgere attivamente tutta la comunità scolastica: studenti e le loro famiglie, docenti e personale non docente.
- d. Costruiti su legami continuativi nel tempo, non interventi spot e non solo collaborazioni formali (aumentare il capitale sociale).
- e. Fondati sul lavoro di rete, coinvolgendo più “attori possibili” (insegnanti, studenti, famiglie, comunità locale).
- f. Liberi da conflitti di interesse, soprattutto da parte di chi li realizza.

Parallelamente è importante che anche la scuola si impegni a facilitare la creazione di ambienti che promuovono la salute, adottando una policy coerente con quanto proposto con i suddetti interventi.

L’AICAT ritiene che il ““Corso di sensibilizzazione all’approccio ecologico sociale” possa costituire anche un’opportunità importante per l’aggiornamento del personale della scuola e per gli studenti dell’ultimo triennio delle scuole superiori nell’ambito dell’alternanza scuola-lavoro prevista come obbligatoria dalla Legge 107 del 2015 “La Buona Scuola”.

L’AICAT ritiene inoltre fondamentale opporsi a proposte di legge che prevedono l’inserimento della promozione delle bevande alcoliche nelle scuole tramite programmi di educazione alla cultura del vino.

Alcol e Giovani

- a. Favorire eventi e contesti liberi da alcol e da altri comportamenti a rischio (tabacco, sostanze illegali, azzardo, etc..) nella comunità anche attraverso sgravi e agevolazioni fiscali agli esercizi commerciali virtuosi.
- b. Promuovere momenti di confronto, informazione e formazione sugli stili di vita, il benessere e la promozione della salute nei contesti giovanili.

Alcol e Guida

Rispetto al contesto della guida, così come anche per il lavoro, l’AICAT:

- a. Si propone come associazione di riferimento per l'UEPE (Ufficio Esecuzione Penale Esterna) in modo da offrire programmi di sensibilizzazione agli stili di vita sani e alla promozione della salute
- b. Ritiene opportuno far conoscere a tutte le persone che violano gli artt. 186/187 del Codice della Strada, l'opportunità di poter liberamente accedere al percorso di cambiamento e crescita culturale offerto dai Club Alcologici Territoriali
- c. Ritiene imprescindibile prevedere che i proventi delle sanzioni siano investiti in programmi educativi, formativi e di sensibilizzazione agli stili di vita sani e alla promozione della salute.

Hudolin invitava sempre a "parlare di alcol per parlare di altro e parlare di altro per parlare di alcol", una frase che ben coglie il paradigma alcolologico come capace di andare oltre il campo specialistico e disciplinare e sottrarsi al riduzionismo culturale, professionale e scientifico, aprendo verso la prospettiva della vita, multidimensionale e complessa, verso la protezione e promozione della salute, con una visione ecologica e una appartenenza comunitaria.

Nei Club le speranze, i sogni e il cambiamento diventano progetto di vita e di crescita delle persone e delle famiglie. Ci auguriamo che le speranze, i sogni e il cambiamento ricercati da questa Conferenza Nazionale e da una politica che si prende cura della salute e favorisce la cooperazione e collaborazione della rete istituzionale e sociale, diventino un progetto di vita per una comunità migliore, più equa e giusta, capace di salvaguardare i diritti di salute, inclusione, cittadinanza, libertà e pace.

Bibliografia

- AICAT. *Manifesto sull'approccio ecologico sociale ai problemi alcolcorrelati e complessi*, 2011.
- AICAT. *Manuale di Alcologia (Vladimir Hudolin) - Edizione critica*, Ed. Centro Studi Erickson S.p.A, Trento, 2015
- AICAT. *Documento presentato alla Conferenza delle Regioni a Trieste, Le Regioni e le Province Autonome si interrogano sui problemi alcolcorrelati: politiche, strategie, organizzazione dei servizi*, 25-27/10/2012.
- V. Hudolin. *Sofferenza Multidimensionale della Famiglia*. Ed. Educare, Padova, 1995.
- Campagna Primary Health Care. *Il libro azzurro per la riforma delle cure primarie in Italia. Applicare il modello della Primary Health Care*, 2021. Disponibile online presso: <https://www.saluteinternazionale.info/2021/10/il-libro-azzurro/>
- Saraceno B. *Sulla povertà della psichiatria*. Derive Approdi, Roma, 2017.

- World Health Organization. *Dichiarazione di Alma-Ata sull'assistenza primaria, Conferenza Internazionale sull'assistenza sanitaria primaria*. Alma Ata, URSS; 6-12 settembre 1978.
- World Health Organization. *La Carta di Ottawa per la promozione della salute, 1^ Conferenza Internazionale sulla Promozione della Salute*. Ottawa (Canada): WHO; 17-21 novembre 2011.
- World Health Organization. *The ICD-10 Classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Ginevra: WHO; 1992.
- American Psychiatric Association (APA). *DSM 5. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. Raffaello Cortina Editore, 2013.

Alcolisti Anonimi Italia

Alcolisti Anonimi è un'associazione di persone che mettono in comune la loro esperienza, forza e speranza per risolvere il loro problema comune e aiutare altri a recuperare dall'alcolismo.

A.A. è un'**associazione di auto-mutuo-aiuto**: l'alcolista che ha smesso di bere mantiene e consolida la propria sobrietà utilizzando la sua capacità di aiutare un altro alcolista che ancora beve a uscire dalla dipendenza dall'alcol.

Il gruppo è l'entità tramite la quale si realizza il recupero: nelle riunioni, in assoluta libertà, vengono raccontate le proprie storie, condivisi i problemi personali e soprattutto, tramite il commento della nostra letteratura e le esperienze degli A.A., viene messo in pratica il nostro programma di recupero, conosciuto in tutto il mondo come "**Metodo dei Dodici Passi**".

L'unico requisito per entrare a far parte di A.A. è desiderare di smettere di bere: ognuno può divenire membro dell'associazione nel momento stesso in cui dichiara di volerlo. La partecipazione è totalmente gratuita e non esiste alcuna distinzione relativa alla razza, al sesso, al ceto sociale, alla fede religiosa, agli ideali politici.

A.A. è **finanziariamente autonoma**, non accetta sovvenzioni, lasciti, né altro tipo di contributi e non è affiliata ad alcuna confessione, idea politica, organizzazione o istituzione; non si impegna in alcuna controversia, né sostiene o si oppone ad alcuna causa. In particolare A.A. non assume posizioni proibizioniste né antiproibizioniste nei confronti dell'alcol. Gli alcolisti anonimi aiutano altri alcolisti che ancora non hanno trovato una via d'uscita in modo **totalmente gratuito**.

Uno dei punti fermi dell'Associazione è **l'anonimato**: qualora lo si desidera è possibile non rivelare la propria identità, ma ci si deve comunque impegnare a non divulgare discorsi e storie personali uditi all'interno del gruppo.

L'anonimato riveste, peraltro, un ulteriore significato, facendo sì che i nostri principi vengano sempre anteposti alle personalità dei singoli.

L'anonimato assume inoltre per A.A. un altro e più profondo significato spirituale. All'interno di un gruppo si è tutti uguali, a prescindere dalla cultura, dalla posizione sociale, dalla situazione economica in cui si versa, da qualunque cosa uno abbia commesso in passato a ciò che è al presente: tutti vengono accettati e considerati allo stesso modo, nessuno può essere giudicato o escluso.

A livello pubblico anonimato significa invece rinuncia; rinuncia al riconoscimento personale di qualunque tipo.

Spesso si tende a confondere l'anonimato dei singoli alcolisti anonimi con quello dell'associazione stessa, facendola quasi passare per una sorta di setta segreta i cui affiliati si incontrano di nascosto per celebrare chissà quali misteriosi rituali. Naturalmente, non è così.

Dal punto di vista delle Istituzioni l'alcolismo viene ormai recepito come un fenomeno complesso, sanitario e sociale insieme, che non può essere sottovalutato anche per gli elevatissimi costi che scarica sulla collettività; inoltre la sua multidimensionalità (con tutte le problematiche sanitarie, assistenziali, di recupero, familiari, di lavoro, legali, di informazione, di formazione, ecc.) sta rafforzando il convincimento che per poter operare utilmente sia necessario un approccio di Rete, attraverso la collaborazione e la sinergia tra le varie strutture che si occupano del problema.

Per quanto riguarda la nostra associazione oggi, nel suo rivolgersi all'esterno, ha come costante riferimento il territorio nel quale operano i singoli gruppi A.A.; di conseguenza il rapporto con i MMG, con i Servizi di Alcologia, con le strutture ospedaliere e con gli operatori del sociale sta divenendo sempre più un canale privilegiato di collaborazione e merita un'ulteriore e costante implementazione.

In moltissimi casi Alcolisti Anonimi costituisce una soluzione concreta per i diretti interessati, e può pertanto rivelarsi una risorsa utile a tutti coloro che, per professione o volontariato, sono chiamati a occuparsi di alcolismo, una risorsa collaudata da una vastissima esperienza.

I Gruppi Familiari Al-Anon

I Gruppi Familiari Al-Anon sono un'associazione di famigliari e amici di alcolisti, che condividono la loro esperienza, forza e speranza, allo scopo di risolvere i problemi comuni.

Noi crediamo che l'alcolismo sia una malattia che coinvolge tutta la famiglia e che un cambiamento di atteggiamenti possa favorire il recupero.

Al-Anon non è affiliata ad alcuna setta, fede, partito politico, organizzazione o istituzione, non si impegna in alcuna controversia, né appoggia o si oppone ad alcuna causa.

Non vi sono quote da pagare per essere membri.

Al-Anon è autonoma grazie ai nostri contributi volontari.

Al-Anon ha un solo scopo: aiutare le famiglie degli alcolisti.

Questo fine lo realizziamo mettendo in pratica i 12 Passi, offrendo accoglienza e conforto ai famigliari ed amicidegli alcolisti e dando comprensione e incoraggiamento all'alcolista.

I Gruppi Familiari Al-Anon sono un'associazione di auto-mutuo aiuto derivata da AA e basata sul metodo dei 12 passi, cioè su un insieme di principi che portano a un cambiamento dello stile di vita ed a modificazioni positive dello stile di coping col risultato di:

- a. Controllare l'ossessività delle emozioni generate dalla presenza di un alcolista in casa
- b. Correggere alcune stigma denominate "difetti di carattere" (turbe della personalità?)
- c. Aggiungere un "risveglio spirituale" contrapposto a un addormentamento spirituale, caratterizzato da egoismo, orgoglio, pregiudizi, intolleranze, procrastinazione. (libera citazione del Prof. [Gaspard Jean](#))

Per comprendere meglio l'atteggiamento del familiare racconto una breve conversazione avvenuta presso una riunione del N.O.A

Conversazione di una moglie arrivata al N.O.A con il marito alcolista:

Moglie: *"cosa ha combinato lei?"* Riferendosi al medico

Medico: *"come cosa ho combinato? Non sta bevendo suo marito, insomma, certo il cammino verso la sobrietà è molto lunga, ma ora"*

Moglie: *"sì, ma era meglio prima"*

Medico: *"come era meglio prima?"*

Moglie: *“ma almeno prima dormiva. Beveva e dormiva”*

Medico: *“Ma perché era meglio prima? Dormiva, d'accordo, ma prima lei era sola, adesso siete in due, no?”*

Moglie: *Sì, ma guardi, adesso è un disastro, io ho tirato avanti la baracca per vent'anni e questo adesso pretende di sapere come vengono gestiti i soldi, pretende che invitiamo a casa anche sua mamma la domenica e non solo la mia, pretende, di avere voce in capitolo sull'educazione dei figli, lui!!*

E allora succedono le cose più buffe, La persona che aveva portato l'alcolista per cui non ne poteva più è anche quella che spesso attenta all'astinenza dell'alcolista. Non è nemmeno tanto raro che compaia una bottiglia di vino in tavola *“Ma sì, un bicchiere di vino...”*

Distaccarsi da uno stile di vita non è semplice, provoca un grande vuoto e una sensazione di confusione totale, e questo stile di vita è emozionale, è fatto di una parvenza di controllo sulla propria esistenza, di un tran-tran che viene interrotto, da un cambiamento obbligato, seppur positivo, ma un cambiamento estremamente difficile per il familiare che ha delle aspettative sulla sobrietà dell'alcolista che sono impossibili, sia che lui sia sobrio, sia che non lo sia.

Il familiare è una persona che si è ritagliato una nicchia di potere, che sta molto male, che fa fatica. Non è questione di cattiveria, è questione di manifestazione conseguenze di una “malattia”, e questo causa problemi nelle dinamiche relazionali.

Il trattamento dell'alcolismo deve essere il trattamento della famiglia. Anche i familiari devono farsi aiutare.

I familiari vivono di vergogna, solitudine, dolore, disperazione, malinconia, pianto, senso del perduto, rancore, odio.

I Gruppi offrono una soluzione a questo problema, e raccontare quello che succede a casa è una buona medicina.

Uno dei nostri amici medici chiamerebbe questo “medicina narrativa”, cioè interpretare un ruolo, reale però, e raccontare di sé, di cosa si prova, delle “giostre” come le chiamiamo noi, cioè di quei meccanismi che discettano nel familiare e che se non vengono condivisi non possono essere modificati perché non sono stati accettati.

E di accettazione si parla, perché l'accettazione è la chiave di tutto, anche per il familiare. Il familiare nega quanto l'alcolista, perché se ammette che c'è un problema significa che è costretto ad affrontarlo e non ha gli strumenti.

Molto spesso in Pronto Soccorso, a detta dei medici che vi lavorano, ci dicono che quando arriva un alcolista, sanno esattamente cosa fare, ma la cosa strana per loro è che spesso devono sedare il familiare, e non capiscono il perché.

Per contro i NOA o i Ser.T. chiedono a noi cosa non funziona al loro interno, ci chiedono come mai i familiari o gli alcolisti tornano al Gruppo mentre scelgono di non ritornare in struttura.

Le scuole hanno iniziato a pianificare progetti dedicati al problema alcol e dipendenze alcol correlate, e anche qui, dove noi diamo la nostra testimonianza, spesso i ragazzi si identificano e chiedono aiuto, per un familiare o per un amico. A volte, quando sono presenti anche i membri di Alcolisti Anonimi, può succedere che i ragazzi chiedano aiuto per loro stessi

Ognuno ha un ruolo specifico, noi non siamo professionisti, condividiamo solo la nostra esperienza e il nostro programma di recupero, ma insieme, noi e voi, siamo una risorsa.

La collaborazione con AA nel portare il messaggio è uno dei nostri punti di forza.

Noi crediamo nell'aiuto reciproco, ma abbiamo molto bisogno del vostro sostegno, e non di aiuto economico, ma che aiutate a continuare a tessere questa rete, attraverso le strutture sanitarie, gli ospedali, i medici di base, le farmacie, gli psicologi, le scuole, le comunità di recupero.

Durante la pandemia il nostro numero verde è stato subissato di chiamate di mogli, madri, padri o mariti disperati che non sapevano cosa stava succedendo. Lei o lui non ha mai fatto così prima, non ha mai bevuto o esagerato! La pandemia ha messo in evidenza i problemi che erano ben nascosti da un tran-tran quotidiano.

Negli ultimi 20 anni le famiglie sono molto cambiate: lo vediamo nella società e ancor di più nei nostri gruppi dove sempre di meno si vede la famiglia tradizionale in recupero, ma un singolo componente che o frequenta AA o Al-Anon o Alateen.

Il nostro obiettivo è quello di raggiungere e dare aiuto al maggior numero di persone che ne sentono il bisogno. Disponiamo di un programma di recupero e di una letteratura ampiamente sperimentati in ogni parte del mondo: in Italia con oltre 300 Gruppi. Il servizio che ciascuno di noi offre è parte integrante del nostro recupero personale. Siamo aperti al confronto e alla collaborazione con le Pubbliche Istituzioni impegnate ai vari livelli e nei diversi campi (terapeutico, formativo, scientifico) sul fronte della malattia dell'alcolismo, che è anche malattia della famiglia.

LE SOCIETÀ SCIENTIFICHE: Proposte per la valorizzazione dell'alcolologia italiana

Teo Vignoli¹, Valeria Zavan², Edoardo Cozzolino³, Giovanni Addolorato⁴, Maria Francesca Amendola⁵, Fabio Caputo⁶, Mauro Cibirin⁷, Alfio Lucchini⁸, Felice Alfonso Nava⁹, Guido Faillace¹⁰, Luigi Stella¹¹, Gianni Testino¹²

AUSL Romagna, SIA¹, ASL Torino, SITD², FeDerSerD³, Policlinico Universitario Gemelli di Roma – Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma – SITD⁴, ASP Cosenza – SIA⁵, Ospedale Santissima Annunziata di Cento (FE) – Università di Ferrara – SIA⁶, Centro Soranzo – SITD⁷, FeDerSerD⁸, ULSS 6 Euganea di Padova – FeDerSerD⁹, ASP Trapani – FeDerSerD¹⁰, Università di Napoli – ASL Napoli 3 sud – SITD¹¹, ASL 3 Policlinico San Martino di Genova – SIA¹²

Documento intersocietario di: Società Italiana di Alcolologia (SIA), Società Italiana Tossicodipendenze (SITD), Federazione Italiana degli operatori dei Dipartimenti e dei Servizi delle Dipendenze (FeDerSerD)

Riassunto

Le tre Società Scientifiche accreditate al Ministero della Salute nell'ambito della Alcolologia, hanno definito un decalogo di priorità per il rilancio della Alcolologia Italiana:

1. Collocazione della Alcolologia Territoriale nei Dipartimenti delle Dipendenze Autonomi
2. Valorizzazione delle équipes alcolologiche dei Ser.D. e presenza di una Unità Operativa Semplice o Complessa di Alcolologia che rappresenti l'hub specialistico in ogni ASL.
3. Valorizzazione, come necessario anche per le altre Dipendenze Patologiche, di un'area specialistica in Alcolologia Ospedaliera, in regime di ricovero, nell'ambito dei Dipartimenti Internistici o delle Dipendenze, con la mission di favorire e promuovere l'integrazione ospedale-territorio e il trattamento delle urgenze e patologie correlate.
4. Promozione e diffusione delle collaborazioni tra territorio (Ser. D./Centri Alcolologici) e ospedale (ambulatori intraospedalieri e progetti di aggancio in Pronto Soccorso). Definizione di percorsi riabilitativi specifici residenziali e semiresidenziali, sia ospedalieri che nell'ambito delle comunità terapeutiche accreditate, per pazienti con dipendenza da alcool.
5. Promozione della rete locale socio-sanitaria e sociale con le associazioni ed in particolare con i gruppi territoriali di auto-aiuto (AA, Alanon) e di comunità multifamigliare (ACAT).
6. Produzione, da parte delle Società Scientifiche di linee guida/linee di indirizzo nazionali in accordo alla Legge 24/2017 e, a cascata, la definizione di linee di indirizzo regionali e PDTA o documenti di buona prassi a livello aziendale.
7. Sistematizzazione della formazione alcolologica, nell'ambito di una formazione specialistica sulle Dipendenze, rivolta dei Medici di Medicina Generale e Pediatri di

libera scelta, ad opera di esperti del settore e personale dei Ser. D./Centri Alcolologici locali, sull'identificazione precoce dei soggetti a rischio e l'intervento breve per i soggetti con consumo dannoso di alcool.

8. Creazione di mappe della rete di servizi formali e informali socio-sanitari che ruotano attorno alle problematiche alcolologiche in ogni territorio
9. Lavoro di concertazione per la definizione, in ambito sanitario, di una disciplina professionale in Medicina delle Dipendenze, e di un insegnamento universitario specifico in Alcolologia durante il Corso di laurea come previsto dalla Legge 125/2001 ed estensione a tutti i Corsi di laurea per psicologo e professioni sanitarie.
10. Impegno per promuovere una revisione strutturale della legislazione in materia di Dipendenze e Uso Dannoso che valorizzi l'attività dei Servizi e l'approccio di sanità pubblica e riabilitativo, multidisciplinare e multi professionale, ridimensionando le istanze repressive e di controllo.

L'importanza del fenomeno alcol

I PPAC (Problemi e Patologie Alcolcorrelati) rappresentano un tema socio-sanitario di grande rilevanza soprattutto nei paesi industrializzati, con un peso economico degli effetti del bere eccedentario pari all'1,5-2,5% del PIL (1). I danni possono essere diretti ed indiretti, con ricadute in tutti gli ambiti della vita dei cittadini, ma nonostante questo l'investimento economico dedicato alle azioni di prevenzione, cura, riabilitazione dei PPAC sono residuali rispetto alla spesa causata dagli stessi (es. giorni di lavoro persi, danni a terzi, maltrattamenti, carcerazioni, incidenti sul lavoro e stradali, etc.).

L'OMS sin dal 1995 (Carta di Parigi) ha dato indicazioni ai Paesi Membri sulle azioni necessarie a circoscrivere ed affrontare i PPAC sia da un punto di vista preventivo che di cura e riabilitazione, nonché di controllo, producendo periodici Piani di Azione via via recepiti dai paesi membri. Tali piani sono orientati a identificare priorità condivise da tradurre in indicazioni nazionali. Queste indicazioni sono ritracciabili nei Piani Sanitari Nazionali (PSN) (2,3), nel Piano Nazionale Alcol e Salute (PNAS) (4), nel piano "Guadagnare Salute" (5), nella Dichiarazione di Stoccolma (6) (bere giovanile), nei Piani Nazionali Prevenzione (PNP) solo per citare i più conosciuti (7,8). Inoltre, data la trasversalità delle manifestazioni dei PPAC, queste a buon diritto rientrano anche nei piani trasversali che riguardano la riduzione dei danni causati dalle malattie non trasmissibili, uno degli obiettivi di salute dell'OMS (9, 10).

Per un inquadramento puntuale del fenomeno in Italia nelle sue varie sfaccettature si rinvia alle annuali Relazioni al Parlamento redatte dall'ISS il cui ultimo aggiornamento è di Dicembre 2020 (11).

La natura complessa dei PPAC e della loro gestione

In virtù di questa trasversalità e della complessità degli interventi richiesti dai PPAC, si è affermata in Europa e quindi anche in Italia una cultura alcologica diffusa e ricca di sfaccettature, caratterizzata da molteplici aspetti tra loro complementari, ma anche per questa stessa ragione attraversata da paradigmi interpretativi talvolta molto differenti tra loro. Ciò è particolarmente evidente quando ci si riferisce alla gestione di alcuni aspetti specifici dei PPAC come espressione di azioni integrate in uno sviluppo di rete. Alcuni esempi si possono trovare nel mondo dell'associazionismo e dei servizi pubblici deputati alla prevenzione, cura, riabilitazione dei PPAC, nei servizi specialistici deputati alla disintossicazione e al ricovero riabilitativo forniti dagli ospedali sia pubblici che privati, sia laici che di tradizione religiosa, nelle specificità delle procedure relative alle CML e nella identificazione dello stato di alcoldipendenza ex art.41 L81/2008, nelle particolari competenze necessarie nelle procedure relative ai trapianti di fegato in soggetti con PPAC e così via.

Questa peculiare trasversalità e poliedricità rende ragione dell'essenza multidisciplinare e multiprofessionale dell'Alcologia che, in quanto riferimento nella organizzazione dei nodi della rete, è caratterizzata da un lato dalla presenza di equipe multiprofessionali con forti interrelazioni tra professionisti appartenenti alla rete formale e alla rete informale, e dall'altro dalla presenza di diversi gradi di contaminazione, in primis nel più vasto ambito della medicina delle dipendenze, ma anche con la medicina interna per la gestione degli aspetti organici dei PPAC, con la sanità pubblica per gli aspetti preventivi e per la identificazione precoce di primo livello, con la psichiatria per le problematiche di copresenza di patologie duali, con le equipe chirurgiche per la trapiantologia. etc.

I principi per una valorizzazione dell'Alcologia

In questa cornice culturale il Gruppo di Lavoro (GdL) intersocietario SIA – SITD – FEDERSERD propone il proprio punto di vista per valorizzare la rete alcologica, perché l'estrema poliedricità dei PPAC necessita di una molteplicità di interventi per fronteggiare in maniera integrata e coordinata tutti gli aspetti in cui i PPAC si manifestano.

In particolare si ritiene di primaria importanza porre attenzione a:

1. Le risorse di primo livello del territorio come i medici di famiglia ed i pediatri di libera scelta per lo screening e l'intervento breve, oltre che per le collaborazioni, siano queste di natura clinica, preventiva, riabilitativa o di formazione alcologica continua e congiunta. Interventi brevi della durata di 10-15 minuti, volti a ridurre il

consumo di alcol a rischio o dannoso (ma non con dipendenza da alcol), si sono dimostrati efficaci negli ambiti di assistenza sanitaria primaria;

2. Le collaborazioni col privato accreditato residenziale e semiresidenziale e con le strutture ospedaliere con programmi di disintossicazione e di ricovero riabilitativo;
3. La collaborazione con l'Università, sui versanti della formazione e della ricerca clinica e della pubblicazione dei dati su riviste con *impact factor*.
4. La collaborazione con i gruppi di aiuto-mutuo-aiuto e col volontariato territoriale.

In relazione alla molteplicità dei temi di pertinenza alcolologica, è inoltre necessaria una forma organizzativa che possa garantire, oltre che prestazioni, anche capacità di raccordo e coordinamento tra i nodi della rete e di manutenzione dei percorsi che collegano tali nodi.

La forma organizzativa necessaria

E' necessario quindi che la forma organizzativa possieda un know-how culturale specifico e storico, tipico delle strutture alcolologiche inserite nei Dipartimenti per le Dipendenze, la cui natura territoriale, ha dimostrato di garantire la continuità e la capacità di contaminazione, mantenendo contemporaneamente l'identità della alcologia, evitando così visioni parziali del fenomeno e della sua gestione con disattenzione alle indicazioni nazionali ed internazionali.

In tale contesto organizzativo Dipartimentale, i territori che hanno affiancato la pratica diffusa dell'alcologia nei servizi con l'istituzione di strutture alcolologiche specialistiche, hanno ottenuto il doppio vantaggio di mantenere l'integrazione dei saperi e di garantire prestazioni di secondo livello, rappresentando un modello virtuoso.

Per quanto riguarda il versante ospedaliero, in riferimento ai ricoveri per disintossicazione, per ricovero riabilitativo e per la gestione dei PPAC, nonostante le indicazioni dei LEA e nonostante le indicazioni della legge quadro 125/01 (purtroppo prive di decreti attuativi), la realtà italiana risulta estremamente jeopardizzata in termini di presenza di risorse sul territorio perché regionalizzata, mancando in questo modo al principio di equità dell'offerta al cittadino sul piano nazionale, che dovrebbe invece essere garantita.

Il problema della diversa sensibilità territoriale si è purtroppo tradotta in un elevato livello di disomogeneità sia di risorse che di offerta. In questo senso l'impegno condiviso dalle Società Scientifiche è quello di lavorare insieme per produrre

raccomandazioni e linee di indirizzo condivise a livello nazionale, auspicando che queste possano rappresentare in futuro un riferimento per professionisti e servizi del settore.

Sempre nell'ottica di restituire una identità condivisa ai professionisti che lavorano in alcologia, riteniamo importante promuovere lo sviluppo di una disciplina specialistica in Medicina delle Dipendenze, che possa ospitare al suo interno le conoscenze specialistiche alcolologiche valorizzandole come ambito caratterizzato da una propria peculiarità, seppure in un contesto di condivisione culturale, evitando così la frammentazione dei saperi.

Dal punto di vista formativo le competenze alcolologiche sono talmente rilevanti e specifiche rispetto alla formazione di base, da rendere opportuno inserire l'insegnamento dell'Alcologia come materia transdisciplinare e transprofessionale nei corsi di Laurea dando così attuazione a quanto previsto dall'art. 6 della legge 125/2001.

Decalogo

1. Collocazione della Alcologia Territoriale nei Dipartimenti delle Dipendenze Autonomi.
2. Valorizzazione delle équipes alcolologiche dei Ser.D. e presenza di una Unità Operativa Semplice o Complessa di Alcologia che rappresenti l'hub specialistico in ogni ASL.
3. Valorizzazione, come necessario anche per le altre Dipendenze Patologiche, di un'area specialistica in Alcologia Ospedaliera, in regime di ricovero, nell'ambito dei Dipartimenti Internistici o delle Dipendenze, con la mission di favorire e promuovere l'integrazione ospedale-territorio e il trattamento delle urgenze e patologie correlate.
4. Promozione e diffusione delle collaborazioni tra territorio (Ser. D./Centri Alcolologici) e ospedale (ambulatori intraospedalieri e progetti di aggancio in Pronto Soccorso). Definizione di percorsi riabilitativi specifici residenziali e semiresidenziali, sia ospedalieri che nell'ambito delle comunità terapeutiche accreditate per pazienti con dipendenza da alcool.
5. Promozione della rete locale socio-sanitaria e sociale con le associazioni ed in particolare con i gruppi territoriali di auto-aiuto (AA, Alanon) e di comunità multifamigliare (ACAT).
6. Produzione, da parte delle Società Scientifiche, di linee guida/linee di indirizzo nazionali in accordo alla Legge 24/2017 e, a cascata, la definizione di linee di indirizzo regionali e PDTA o documenti di buona prassi a livello aziendale.
7. Sistematizzazione della formazione alcolologica, nell'ambito di una formazione specialistica sulle Dipendenze, rivolta ai Medici di Medicina Generale e Pediatri di libera scelta, ad opera di esperti del settore e personale dei Ser. D./Centri Alcolologici

locali, sull'identificazione precoce dei soggetti a rischio e l'intervento breve per i soggetti con consumo dannoso di alcool.

8. Creazione di mappe della rete di servizi formali e informali socio-sanitari che ruotano attorno alle problematiche alcoliche in ogni territorio
9. Lavoro di concertazione per la definizione, in ambito sanitario, di una disciplina professionale in Medicina delle Dipendenze, e di un insegnamento universitario specifico in Alcolologia durante il Corso di laurea come previsto dalla Legge 125/2001 ed estensione a tutti i Corsi di laurea per psicologo e professioni sanitarie.
10. Impegno per promuovere una revisione strutturale della legislazione in materia di Dipendenze e Uso Dannoso che valorizzi l'attività dei Servizi e l'approccio di sanità pubblica e riabilitativo, multidisciplinare e multi professionale, ridimensionando le istanze repressive e di controllo.

Bibliografia

1. Manthey J., Hassan S. A., Carr S., Kilian C., Kuitunen-Paul S., & Rehm J. What are the economic costs to society attributable to alcohol use? A systematic review and modelling study. *Pharmacoeconomics* 2021;1-14
2. Ministero della Salute. *Piano Sanitario Nazionale 1998-2000*. Roma: Ministro della Salute; 1998. https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_947_allegato.pdf
3. Ministero della Salute. *Piano Sanitario Nazionale 2003-2005*. Roma: Ministero della Salute; 2003. https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_948_allegato.pdf
4. Ministero della Salute. Direzione Generale della Prevenzione sanitaria, Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie. *Piano Nazionale Alcol e Salute; 2007*. Roma: Ministero della Salute. https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_623_allegato.pdf
5. Ministero della Salute. *Guadagnare salute Rendere facili le scelte salutari*. Roma: Ministero della Salute; 2007. https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_605_allegato.pdf
6. WHO European Ministerial Conference on Young People and Alcohol (2001: Stockholm, Sweden) & World Health Organization Regional Office for Europe. *Declaration on Young People and Alcohol : the WHO European Ministerial Conference on Young People and Alcohol, Stockholm 19-21 February 2001*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2001. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/108418>
7. Ministero della Salute. *Piano Nazionale Prevenzione 2014-2018*. Roma: Ministero della salute; 2015. https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2285_allegato.pdf
8. Ministero della Salute. Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria. *Piano Nazionale Prevenzione 2020-2025*. Roma: Ministero della Salute; 2020. https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_notizie_5029_0_file.pdf
9. World Health Organization. *Global Action Plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-20*. Geneva: World Health Organization; 2013. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241506236>

10. Sixty-sixth World Health Assembly. *Follow-up to the political declaration of the high-level meeting of the general assembly on the prevention and control of non-communicable diseases*. World Health Assembly. Resolution Wha66.10; 27 May 2013.
https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_R10-en.pdf

11. Ministero della Salute. Direzione generale della prevenzione sanitaria - Ufficio 6. *Relazione del Ministro della salute al Parlamento sugli interventi realizzati ai sensi della legge 30.3.2001 n. 125 in materia di alcol e problemi alcol-correlati: anno 2019*. Roma: Ministero della Salute; 2020.
https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2984_allegato.pdf

CONCLUSIONI

Il Libro Bianco descrive, per ogni area tematica, lo stato dell'arte, le criticità ed i punti di forza esaminati ed ha valorizzato gli elementi di consenso emersi fino a giungere alle raccomandazioni che rappresentano il risultato di un lavoro condotto in un triennio e che ha trovato nella "Seconda Conferenza Nazionale Alcol", che ho fermamente voluto e sostenuto, il momento della più ampia condivisione tra tutti gli Stakeholder dell'alcologia italiana. Il Libro Bianco raccoglie anche riflessioni scaturite all'indomani della Conferenza, soprattutto con l'obiettivo di dare concretezza a tutte le considerazioni, determinazioni e proposte scaturite da questo straordinario momento creativo e costruttivo per il mondo dell'alcologia.

Sappiamo bene che il consumo di bevande alcoliche, nel nostro Paese, è espressione di un forte legame con le risorse agricole del territorio che hanno determinato le tradizioni culturali del bere alcolici, soprattutto del vino durante i pasti, al punto che è entrato a far parte della dieta mediterranea. Tuttavia, ad un consumo di bevande alcoliche tradizionale si è affiancato, fino a diventare predominante, un consumo con modalità diverse e con tipologia di bevande appartenenti alle abitudini dei Paesi del Nord-Est dell'Europa. Pertanto, al vino si sono affiancati sempre di più bevande come birra, aperitivi alcolici, amari, liquori e superalcolici. Ma il dato allarmante è la sostituzione della tradizionale abitudine di bere un bicchiere di vino durante i pasti principali con il bere fuori dai pasti, anche in modalità occasionale, eccedendo e superando quelle quantità definite dalle linee guida europee e italiane "a basso rischio", in linea con le raccomandazioni della Comunità Scientifica Internazionale che ribadiscono l'impossibilità di stabilire una quantità di alcol priva di rischi. Dalle nuove predette attitudini a bere alcolici ne conseguono i ben conosciuti danni diretti ed indiretti alla salute. Al danno biologico, dunque, si associano i danni causati da comportamenti "irresponsabili" che possono condurre ad azioni violente, ad incidenti mortali o invalidanti, oltre che arrecare significative ripercussioni in ambito lavorativo, familiare e sociale con i conseguenti costi emotivi. Non va tralasciato che ai i rischi e ai danni precedentemente menzionati si aggiungono i costi sostenuti dalla comunità per l'assistenza socio-sanitaria e per la mancata produttività.

La pandemia da coronavirus (Sars-CoV-2) ha riportato prepotentemente all'attenzione dei *policymakers* il fenomeno dei consumi del bere rischioso e dannoso di bevande alcoliche che, come è stato illustrato nel testo, ha superato i consumi degli anni precedenti, avvalendosi anche di canali d'acquisto alternativi quali quelli di consegna a domicilio o di vendita online.

L'allarme è stato lanciato subito a livello europeo ed internazionale, imprimendo una forte accelerazione ai documenti sui quali si stava già lavorando, come ad esempio il Piano d'Azione sull'Alcol (*Global alcohol action plan 2022-2030*, WHO), al fine di attuare efficacemente la strategia globale per la riduzione del consumo dannoso di alcol. Le consultazioni mondiali presso l'OMS hanno confermato la necessità di rafforzare le azioni e le politiche internazionali, europee e nazionali finalizzate al trattamento e alla presa in carico dei soggetti con "disturbi da uso di alcol" (DSM-V). Particolare attenzione viene posta alle azioni per la prevenzione e la riduzione dei consumatori a rischio, come già fortemente raccomandato dall'Agenda 2030 di Sviluppo Sostenibile delle Nazioni Unite (Obiettivo 3.5: rafforzare la prevenzione e il trattamento dell'abuso di sostanze, compreso stupefacenti e uso dannoso di alcol).

A livello nazionale, l'Italia attraverso il Piano Nazionale di Prevenzione 2020-2025, quale strumento di programmazione nazionale, recepisce gli indirizzi dall'Agenda 2030 di Sviluppo Sostenibile delle Nazioni Unite e rafforza la visione che considera la salute come risultato di uno sviluppo armonico e sostenibile dell'essere umano, della natura e dell'ambiente (*One Health*). Coerentemente con tale scelta strategica, il PNP orienta tutto il sistema della prevenzione verso un approccio di **Promozione della Salute**, sollecitando le politiche sanitarie ad indirizzarsi non solo al raggiungimento dell'obiettivo di prevenire le condizioni patologiche specifiche, ma anche creare nella comunità e nei suoi membri un livello di competenza, consapevolezza e di *empowerment* che preservi il capitale di salute.

In Salute Pubblica è necessario porre l'attenzione ai determinanti sociali e ambientali e il territorio deve essere in grado di rispondere adeguatamente ai bisogni della popolazione per garantire interventi di prevenzione e affrontare le sfide della promozione della salute e della diagnosi precoce e presa in carico integrata. E' necessario, infatti, che il Sistema Sanitario Nazionale si ponga nuovi obiettivi per l'organizzazione del sistema, in grado di avvalersi di tutte le competenze professionali, programmando e progettando sempre più in termini di "rete" coordinata e integrata tra le diverse strutture e le iniziative presenti nel territorio.

Promuovere nelle Aziende Sanitarie l'interazione delle attività dipartimentali organizzandole in modo sempre più rispondente alle esigenze della comunità locale, attraverso processi di integrazione tra area sociale e socio-sanitaria e tra territorio e ospedale, garantisce un riconosciuto ruolo chiave per favorire la promozione della salute, la prevenzione e la diagnosi precoce.

Considerato che i Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta rappresentano le figure essenziali per "intercettare" la domanda e i bisogni delle persone

con disturbo da uso di alcol, è indispensabile una formazione specifica anche finalizzata ad acquisire gli strumenti per individuare precocemente le persone maggiormente a rischio (IPIB – Identificazione Precoce Intervento Breve) e supportarle verso i percorsi di presa in carico più adeguati al caso.

Accanto al setting degli ambulatori dei MMG e i PLS vanno presi in considerazione altri setting altrettanto strategici quali: la scuola, l'ambiente di lavoro, i luoghi dello svago e di aggregazione. Tali contesti sono luoghi che vanno valorizzati in quanto consentono un facile accesso agli individui e ai gruppi e favoriscono la predisposizione di specifici ed efficaci modelli di intervento e promozione della salute per ridurre sempre più l'esposizione al rischio.

Il *Setting* sul quale il Libro Bianco ha inteso focalizzare l'attenzione è il *Setting* Scuola, non solo perché il consumo di bevande alcoliche tra i minori ed il *binge drinking* in particolare è sicuramente una criticità rilevante in termini di salute pubblica, ma anche perché le età preadolescenziale e adolescenziale rappresentano una fase cruciale per lo sviluppo dell'individuo e costituiscono quindi un momento chiave nel quale poter intervenire efficacemente con adeguate politiche di promozione della salute e interventi che indirizzino verso l'elaborazione di stili di vita positivi e facilitino l'adozione di comportamenti orientati ad uno stile di vita sano.

Tra le raccomandazioni che vengono esplicitate dalla disamina di tale area tematica emerge soprattutto la necessità di attuare una Strategia nazionale intersettoriale e multilivello che superi definitivamente la frammentazione progettuale attuata in modo disomogeneo e incostante a favore di programmi *evidence-based* supportati da una "infrastruttura" professionale, organizzativa e operativa, adeguatamente supportata da risorse umane, tecniche e finanziarie.

Ad affiancare il ruolo strategico del *setting* Scuola troviamo altri *setting* che rappresentano interlocutori privilegiati: la Famiglia e la Comunità, dove è possibile valorizzare le funzioni educative e relazionali cruciali per lo sviluppo di adeguate competenze di salute insieme al potenziamento di abilità di vita dell'individuo (*life – skill*). Il Libro Bianco, in questa specifica area dedicata ai giovani, si sofferma a considerare anche un altro contesto fondamentale nei percorsi di crescita e acquisizione di adeguate competenze di vita, i luoghi dell'aggregazione giovanile. Intali ambiti avviene il fondamentale confronto tra pari ma anche la possibile interazione con adulti di riferimento che possono trasmettere messaggi positivi, si pensi, ad esempio, ai luoghi deputati allo sport e al ruolo carismatico dell'allenatore (cosiddetto *coach*). Interessante è la disquisizione sugli strumenti da utilizzare per le pratiche di "aggancio" per i giovani nei diversi *setting* e la condivisione nel ritenere la flessibilità come strategia

imprescindibile per l'aggancio precoce, così come l'opportunità di adeguare gli strumenti in modo soggettivo e personalizzato.

Il Libro Bianco affronta un altro ambito sensibile, la guida in stato di ebbrezza (art. 186 del Codice della Strada), sia con la finalità di rendere maggiormente uniformi sul territorio nazionale i percorsi che vengono attivati dal momento in cui il soggetto fermato ai sensi dell'art. 186 del Codice della Strada giunge in Commissione Medico Legale e viene inviato ai Servizi Alcologici o delle Dipendenze, sia per rendere tale *setting* utile per la intercettazione precoce dei soggetti a rischio di sviluppare i "Disturbi da uso di alcol". La sezione dedicata all'alcol e guida evidenzia la necessità che in questi contesti si possa avviare la sensibilizzazione a seguire corsi info-educativi in tema di rischi correlati al consumo di alcol in generale e alla guida di veicoli in particolare. Viene condivisa, inoltre, l'opportunità di elaborare linee di indirizzo nazionali che stabiliscano criteri condivisi su tutto il territorio per un modello di invio dei soggetti fermati ai sensi del suddetto art. 186 del Codice della Strada e per l'interpretazione univoca di "rischio" alcologico/alla guida, oltre che per stabilire il ruolo ed il compito dell'alcolologo nella CML ed il coinvolgimento del Servizio di Alcologia/SerD.

Come già ampiamente chiarito nei passaggi precedenti, due sono le coordinate che devono orientare il sistema della presa in carico globale della persona/cittadino: 1) La Centralità della persona e 2) un sistema di rete che risponda ad un modello di *governance* intersettoriale e multilivello. Il Libro Bianco affronta l'area tematica delle Reti curanti tenendo in dovuta considerazione entrambe le coordinate.

La Centralità della persona e della comunità è uno dei temi più ricorrenti delle politiche sanitarie e socio-sanitarie introdotte in questi ultimi anni a livello nazionale ed internazionale, e si caratterizza, come già detto, per il principio fondante secondo il quale la salute, individuale e collettiva, è un processo il cui equilibrio è determinato da fattori sociali ed economici oltre che biologici. Da questa premessa si è potuto sviluppare uno strumento innovativo ritenuto applicabile anche nell'ambito dei Disturbi da Uso di Alcol: il "Budget di Salute". Con il "Budget di Salute" si progetta una presa in carico multidisciplinare ed integrata che favorisce il passaggio da un approccio prioritariamente di "cure" ad un modello di "care" così da prevedere non solo l'intervento terapeutico ma anche il reinserimento e i processi di inclusione sociale, recupero di abilità residue e sperimentazione di nuove, inserimento in contesti abitativi dignitosi, prendendosi quindi cura della persona come soggetto sociale: la "risocializzazione" rappresenta di fatto la prima azione di contrasto alla disabilità ed il precursore, l'elemento predittivo del successo del progetto assistenziale.

Il modello di *governance* intersettoriale e multilivello che ispira la costruzione delle Reti Curanti si basa da un lato sul riconoscimento della salute quale processo complesso e dinamico che implica interdipendenza tra fattori e determinanti personali, socioeconomici e ambientali dall'altro che la relazione curante necessita di continuità e persistenza. Ne discende, quindi, una corresponsabilità da parte di tutti i settori le cui politiche, a vario titolo, hanno impatto su tali determinanti (governi a tutti i livelli, terzo settore, associazionismo, sistema sociale e sanitario, istruzione, ecc.), aprendo alla costruzione di convergenze programmatiche e alleanze di scopo per coinvolgere il più ampio e qualificato numero di *stakeholder*.

Fedele alla linea tracciata, precedentemente descritta, si è sviluppata l'area tematica delle Reti Curanti che ha visto protagonisti gli operatori dei servizi di alcolologia e delle dipendenze (SerD) in collaborazione con gli operatori socio-sanitari di altri servizi e unità operative anche Ospedaliere, unitamente alle essenziali collaborazioni con le Comunità terapeutiche, le Associazioni e il Privato Sociale.

Le Reti Curanti, dunque, pensate per contrastare la disparità di accesso alle cure nei diversi territori, indirizzano l'assistenza verso modelli standardizzati multidisciplinari integrati con una chiara allocazione di risorse professionali desunte da modelli trattamentali validati (farmacoterapici, psicoterapici, educativi, socioassistenziali, di comunità e di mutualità), dalla tutela o dal recupero delle reti familiari, dalla consapevolezza della multiproblematicità e della multidimensionalità del "Disturbo da uso di alcol", dalla coscienza che tale "disturbo" interferisce ampiamente in numerose valutazioni cliniche, dall'offerta diversificata di programmi ambulatoriali, ospedalieri (caratterizzati da brevità, intensità, complessità) e residenziali (connotati da flessibilità per fasi della vita ed intensità di cura), dalla possibilità di prevedere PTRI (Progetti Terapeutici Riabilitativi Individualizzati) che mettano al centro il protagonismo delle persone assistite. Il protagonismo individuale, ancor più in tale contesto, diviene risorsa e testimonianza per la collettività. In tal senso le esperienze aggregative, gruppali, l'associazionismo rappresentano parte integrante, ineludibile della rete curante. Tali esperienze possono a loro volta supportare, anche in situazioni particolarmente complesse quali ad esempio il trapianto d'organo, i percorsi di legittimazione, sostegno e supporto ai caregiver specie per il carico assistenziale, oggettivo e, in particolare, soggettivo cui sono chiamati.

A tutto ciò si aggiunge la necessaria innovazione di un sistema di rete sempre più rispondente alla domanda di cura attuale, su un fronte per il progressivo adattamento dei modelli, per la loro necessaria flessibilità, come ad esempio nel caso della presa in carico della precocità d'uso, sull'altro per la modernizzazione e informatizzazione dei servizi, privilegiando la telemedicina e le soluzioni digitali che hanno già dimostrato di

riuscire a conseguire risultati positivi per la riduzione dell'uso di alcol e dei sintomi depressivi spesso correlati e connessi, per una maggiore qualità della vita e per la soddisfazione del paziente: soluzioni utili anche per la riduzione dei costi individuali e della comunità. In questa riformulata visione di rete occorre prevedere per i servizi la migliore modalità per integrarsi nel contesto dell'assistenza territoriale che con il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) va ridisegnandosi intorno alle Case di Comunità ad iniziare dalla presa in carico congiunta con il MMG.

Il PNRR offre molte opportunità, oltre a quelle già descritte, di grande importanza strategica non solo per la valorizzazione delle risorse umane e finanziarie, che negli ultimi anni hanno visto un progressivo depauperamento, ma anche per valorizzare le competenze indispensabili per far sì che l'alcolologia venga riconosciuta come area di intervento dotata di autonomo statuto scientifico rispetto alle altre forme di dipendenza e alla salute mentale con le quali, tuttavia, è essenziale sviluppare momenti di condivisione e collaborazione.

Il Libro Bianco non trascurava, anzi riporta in primo piano il *fil rouge* che supporta la creazione e la solidità delle Reti curanti: la Formazione. Il riconoscimento del ruolo basilare della Formazione è ormai evidentemente rimarcato anche dal Piano Nazionale di Prevenzione che la pone come obiettivo trasversale a tutti gli obiettivi di salute. Il Libro Bianco, invero, affronta sia l'ambito della formazione di base a livello universitario sia la formazione e l'aggiornamento degli operatori.

L'art.5 della Legge 125/2001 "Legge quadro in materia di alcol e problemi alcol correlati" prevedeva la possibilità di inserire percorsi di formazione in alcolologia nei corsi universitari relativi alle professioni sanitarie e sociali, alla facoltà di Medicina e Chirurgia, Psicologia ed altre discipline coinvolte nella presa in carico delle persone con "Disturbo da uso di alcol". Ciò nonostante, l'insegnamento dell'alcolologia risulta a tutt'oggi ancora minimo o quasi inesistente nella formazione universitaria di base, determinando una lacuna formativa. La maggior parte dei professionisti della salute non ricevono una preparazione nella medicina delle *addiction* e dell'alcolologia sufficiente e idonea ad acquisire le competenze richieste per la presa in carico delle persone con Disturbo da Uso di Alcol e con patologie e problematiche alcol correlate. Dal documento si evince la necessità di potenziare la formazione in alcolologia di base all'interno dei corsi di laurea sanitari, corsi di laurea dell'area sociale e dell'educazione, prevedendo uno standard minimo di attività seminariali multidisciplinari e/o intersettoriali su questo tema, riconosciute con CFU obbligatori. Inoltre, si propone la necessità di potenziare e stabilizzare l'offerta formativa in tutta la formazione post-lauream (Scuole di specializzazione, Master, etc) e introdurre percorsi di formazione in alcolologia nel previsto triennio di formazione per i Medici di Medicina Generale.

Per quanto finora esposto, si evince che dal Libro Bianco emergono moltissimi elementi che possono essere tradotti in proposte di azioni da sviluppare nel contesto di Linee di indirizzo.

L'elaborazione di Linee di Indirizzo risponderebbe all'esigenza, già molte volte espressa dalle Regioni e condivisa dalle Istituzioni centrali, di poter suggerire indicazioni univoche per la definizione di Reti territoriali che possano rispondere ai bisogni di salute in campo alcolico.

In conclusione, l'auspicio è di potersi giovare dello strumento del Libro Bianco quale ispirazione ad ulteriori percorsi formalizzati, come le linee di indirizzo condivise in ambito di Conferenza Unificata, per favorire **l'appropriatezza** e **l'equità** e **l'uniformità** delle prestazioni in ambito alcolico.

Sottosegretario di Stato alla Salute
ANDREA COSTA

ALLEGATI

1. Programma della Conferenza Nazionale Alcol 2022



**Conferenza
Nazionale
Alcol**

**"Informare, educare, curare:
verso un modello partecipativo ed
integrato dell'alcolologia italiana"**

R o m a
15-16-17
MARZO 2022

Ministero della Salute
Auditorium Biagio d'Alba
Viale Giorgio Ribotta, 5
00144 Roma

La Conferenza sarà trasmessa in diretta streaming all'indirizzo www.salute.gov.it



Ministero della Salute



Conferenza Nazionale Alcol



Ministero della Salute

Martedì 15 marzo

14.00-15.00 Registrazione partecipanti

15.00

SALUTI DELLE AUTORITÀ

Roberto Sparanza, Ministro della Salute
Andrea Orlando, Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali
Patriale Bianchi, Ministro dell'Istruzione
Fabiana Dadone, Ministro per le Politiche Giovanili
Mauro Bonaretti, Capo Dipartimento per la mobilità sostenibile, Ministero delle Infrastrutture e della Mobilità Sostenibile
Massimiliano Fedriga, Presidente Conferenza delle Regioni e delle Province autonome
Carla Garlattì, Autorità garante per l'infanzia e l'adolescenza
Enzo Bianco, Presidente del Consiglio Nazionale ANCI

16.00

INTRODUZIONE AI LAVORI

Andrea Costa, Sottosegretario di Stato al Ministero della Salute
Sergio Iavicoli, Direttore generale della comunicazione e dei rapporti europei e internazionali, Ministero della Salute

16.30-16.45

"Il ruolo del Ministero della Salute per la tutela della salute dai disturbi da uso di alcol"

Maria Migliora, Responsabile area alcol, Direzione generale della prevenzione sanitaria, Ministero della Salute

16.45-17.15

"Le Politiche europee ed internazionali sulla prevenzione dei disturbi di alcol"

Emanuele Scifato, Direttore Osservatorio nazionale alcol, Centro nazionale dipendenze e doping, Istituto Superiore di Sanità

17.15-17.35

"La collaborazione tra Ministero e Regioni. Un nuovo modo di concepire i progetti"

Angela Bravi, Coordinatore tecnico sub-area dipendenze della Commissione Salute della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome

17.35-18.00

"Introduzione ai documenti prodotti dai lavori progettuali"

Giovanni Greco, Coordinatore dei progetti L. n. 125/2001, Direttore dell'UOC Servizio dipendenze 1, AUSLSS7 Pedemontana, Regione Veneto
Valeria Zavan, Coordinatore dei progetti L. n. 125/2001, Responsabile SS Alcolgia, SerD Asl Alessandria, Regione Piemonte



Mercoledì 16 marzo

8.30-9.00 Registrazione partecipanti

09.15 - 10.50 Tavola Rotonda: "L'impatto della comunicazione sulle scelte orientate al benessere"
Moderà:
Sergio Iavicoli, Direttore generale della comunicazione e dei rapporti europei e internazionali, Ministero della Salute
Partecipano:
Ferruccio Sepe, Capo Dipartimento per l'informazione e l'editoria, Presidenza del Consiglio dei Ministri
Teo Vignoli, Unità operativa dipendenze patologiche, Ravenna, AUSL Regione Emilia-Romagna
Ignazio Grattagliano, Società Italiana Medicina Generale e delle cure primarie (SIMG)
Emanuele Scafato, Direttore Osservatorio nazionale alcol, Centro nazionale dipendenze e doping, Istituto Superiore di Sanità
Stefano Aurighi, Dirigente coordinatore area comunicazione Assessorato alle Politiche per la Salute, Regione Emilia-Romagna
Elife Tisi, Rappresentanti ANCI al Tavolo per la realizzazione del Piano Nazionale prevenzione e dipendenze

Area tematica

Dentro e Fuori la scuola: "Gli interventi di prevenzione in ambito scolastico e l'aggancio precoce dei giovani vulnerabili"

Coordinano e introducono i referenti della Regione Piemonte:

Gaetano Manna, Responsabile Ufficio Patologia delle Dipendenze Regione Piemonte
Valeria Zavan, Coordinatore dei progetti L. n. 125/2001, Responsabile SS Alcolologia, SerD Asl Alessandria, Regione Piemonte

- 10.50 - 11.10** "Il Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025 e il Programma Predefinito Dipendenze"
Daniela Galeone, Direttore dell'Ufficio 8, Direzione generale della prevenzione sanitaria, Ministero della Salute
- 11.10 - 11.30** "Le scuole che promuovono salute"
Maria Costanza Cipullo, Direzione generale per lo studente, l'integrazione e la partecipazione, Ministero dell'Istruzione
- 11.30 - 12.00** Gruppo di lavoro "Interventi di prevenzione nel setting scolastico". Documento di consenso.
Carrocci Calata, Direzione Generale Welfare, UD Prevenzione, Struttura Stili di vita per la prevenzione-Promozione della salute-Screening, Regione Lombardia
Rachele Donini, Dirigente psicologo, Dipartimento salute mentale e dipendenze, Coordinamento progetti aziendali, ASL 2 Savonese, Regione Liguria
- 12.00 - 12.30** Gruppo di lavoro "Giovani e Alcol. Modalità di ingaggio e di intervento su giovani con modalità di consumo problematiche".
Documento di analisi.
Roberta Alagna, Referente promozione della salute, Distretto di Perugia, ASL Umbria 1, Regione Umbria
Biagio Sciarina, Presidente Coordinamento Nazionale dei Coordinamenti Regionali degli Enti Accreditati per le dipendenze (INTERCEAM)
- 12.30 - 12.45** "Le parole chiave della prevenzione e dell'intervento precoce"
Valeria Zavan, Coordinatore dei progetti L. n. 125/2001, Responsabile SS Alcolologia, SerD Asl Alessandria, Regione Piemonte
- 12.45 - 14.00** **INTERVALLO**



Area tematica
"Alcol e guida"

Coordinao e introducono i referenti della Regione Piemonte:

Gaetano Manna, Responsabile Ufficio Patologia delle Dipendenze Regione Piemonte
Valeria Zavan, Coordinatore dei progetti L. n. 125/2001, Responsabile SS Alcolologia, SerD Asl
Alessandria, Regione Piemonte.

- 14.00 - 14.15** "Proposta di modifica della scheda di rilevazione dati Commissione Medica Locale"
Maria Giuseppina Lecco, Dirigente medico Ufficio 4, Direzione generale della prevenzione sanitaria,
Ministero della Salute
- 14.15 - 14.35** "Gli incidenti stradali in Italia: l'analisi temporale, le circostanze di incidente e le
violazioni al codice della strada"
Silvia Bruzzese, Direzione centrale per le statistiche sociali e il welfare, servizio sistema integrato
salute, assistenza e previdenza, ISTAT
Giordana Baltassarre, Direzione centrale per le statistiche sociali e il welfare, servizio sistema
integrato salute, assistenza e previdenza, ISTAT
- 14.35 - 15.05** Gruppo di lavoro "Gli accertamenti finalizzati alla revisione delle capacità fisiche e psichiche
per la guida in casi di violazione dell'art. 186 del Codice della Strada"
Esposizione del documento di consenso.
Gabriele Bardazzi, Direttore Unità Funzionale SerD Mugello, USL Toscana centro, Regione Toscana
Paolo Pelizza, Direttore UDC Medicina Legale Territoriale ASST Spedali Civili Brescia, Regione
Lombardia - Società Scientifica dei Medici Legali delle Aziende Sanitarie del Servizio Sanitario
Nazionale (COMLAS)
- 15.05 - 15.20** Il contributo delle Società Scientifiche per le dipendenze alla costruzione delle linee di indirizzo
della COMLAS
Claudio Leonardi, Presidente della Società Italiana Patologie da Dipendenza (SIPaD) - Direttore UDC
Patologie da Dipendenza, ASL RM2, Regione Lazio
- 15.20 - 15.30** "Le parole chiave della sicurezza alla guida"
Valeria Zavan, Coordinatore dei progetti L. n. 125/2001, Responsabile SS Alcolologia, SerD Asl Alessandria,
Regione Piemonte
- 15.30 - 15.50** "Alcol e Lavoro"
Benedetta Persichino, Ricercatore Dipartimento medicina epidemiologica, igiene del lavoro e ambientali,
INAIL

PAUSA



Area tematica
"La formazione"

Coordinano ed introducono i referenti della Regione Emilia-Romagna:

Alessio Saponaro, Dirigente Area salute mentale e dipendenze patologiche, Servizio Assistenza territoriale, Regione Emilia-Romagna

Barbara Leonardi, Co-coordinatore progetto Regione Emilia-Romagna

- 16.10 - 16.30** "La clinico competenza degli operatori dei servizi"
Giovanni Galimberti, Direttore Servizio Dipendenze - SERD, ASST Monza, Regione Lombardia
Cristina Maneguzzi, Responsabile UOS Alcologia Dipartimento Dipendenza ASFO Pordenone, Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia
- 16.30 - 16.50** "La formazione universitaria in alcologia: ambiti, modelli, profili normativi"
Maura Cocconi, Sapienza Università di Roma
Emanuele Scafato, Direttore Osservatorio nazionale alcol, Centro nazionale dipendenze e doping, Istituto Superiore di Sanità
Valeria Zavan, Coordinatore dei progetti L. n. 125/2001, Responsabile SS Alcologia, SerD Asl Alessandria, Regione Piemonte
Marco Domenicali, Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche, Università di Bologna
- 16.50 - 17.05** "La formazione in alcologia dei professionisti sanitari. Prospettive e possibili scenari"
Rossana Ugenti, Direttore generale delle professioni sanitarie e delle risorse umane del Servizio Sanitario Nazionale, Ministero della Salute
- 17.05 - 17.20** "Le parole chiave della conoscenza"
Giovanni Greco, Coordinatore dei progetti L. n. 125/2001, Direttore dell'UOC Servizio dipendenze 1 AULSS7 Pedemontana, Regione Veneto
- 17.20 - 17.40** Il documento delle Società Scientifiche per il futuro dell'alcologia italiana (Federazione Italiana degli Operatori dei Dipartimenti e dei Servizi delle Dipendenze-Federserd, Società Italiana di Alcologia-SIA, Società Italiana Tossicodipendenze-SITD)
Teo Vignoli, Unità operativa dipendenze patologiche, Ravenna, AUSL Regione Emilia-Romagna
- 17.40 - 18.40** Tavola Rotonda: "Le reti in alcologia: il protagonismo di ciascuno, il benessere di tutti"
Incontro con le Associazioni di settore
Moderata:
Antonio Mosi, Medico psichiatra, già Direttore UOC Dipendenze Patologiche AUSL Piacenza, Regione Emilia-Romagna
Partecipano:
Associazione Italiana Club Alcologici Territoriali (AICAT)
Alcolisti Anonimi (AA)
Gruppi familiari Al-Anon



Giovedì 17 marzo

8.30-9.00 Registrazione partecipanti

Area tematica "Le reti curanti"

Coordinano ed introducono i referenti della Regione Emilia-Romagna:
Alessio Saponaro, Dirigente Area salute mentale e dipendenze patologiche, Servizio Assistenza territoriale, Regione Emilia-Romagna
Barbara Leonardi, Co-coordinatore progetto Regione Emilia-Romagna

- 09.15 - 09.35** "L'Alcologia in Italia prima e dopo la Legge 125/2001"
Giovanni Grieco, Coordinatore dei progetti L. n. 125/2001, Direttore dell'UOC Servizio dipendenze1 AULSS 7 Pademontana, Regione Veneto
Valentino Patuzzi, Responsabile Centro Alcolologico Regionale, Regione Toscana
Valeria Zavan, Coordinatore dei progetti L. n. 125/2001, Responsabile SS Alcologia, SerD Ad Alessandria, Regione Piemonte
- 09.35 - 09.55** "La rete alcologica oggi"
Guido Fallace, Presidente Federazione dei Servizi per le Dipendenze (FederSerD)
Raffaella Rossini, già Dirigente psicologa ASST Fatebenefratelli Sacco Milano, Regione Lombardia
- 09.55 - 10.15** "Integrazioni di assessment e di cura"
Aniello Basile, Direttore UOC SerD4 Dipartimento Dipendenze ASL Salerno, Regione Campania
Giancarlo Zecchinato, Direttore Dipartimento Dipendenza Aulss 6 Euganea, Regione Veneto
- 10.15- 10.35** "Percorsi di riabilitazione residenziale"
Giorgio Carizza, Reparto di Alcologia dell' Ospedale "Santa Marta" di Rivolta d'Adda, Regione Lombardia
Davide Mioni, Unità di Cura per il Trattamento delle Dipendenze, Casa di Cura Parco dei Tigli, Teolo, Regione Veneto
- 10.35 - 10.55** "Il trapianto d'organo: l'abolizione di uno stigma"
Simona Guerzoni, Responsabile Tossicologia Medica, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena, Regione Emilia-Romagna
Gianni Testino, Società Italiana di Alcologia (SIA), Direttore della S.C. Patologie delle Dipendenze ed Epatologia alcol correlata As3 e Coordinatore del Centro Alcolologico Regionale Liguria



Conferenza Nazionale Alcol



Ministero della Salute

10.55 - 11.15

"Vulnerabilità, cronicità e diritto alla salute"

Egle Maria Fergonzi, Servizio di Alcolologia dell'ASL Città di Torino, Regione Piemonte
Anna Loffreda, Responsabile SS Alcolologia, Dipartimento Dipendenze ASL Caserta, Regione Campania

11.15 - 12.15

"Trattamenti riabilitativi residenziali protratti: attualità e prospettive"

Coordinamento Nazionale dei Coordinamenti Regionali degli Enti Accreditati per le dipendenze
Biagio Scortino, Presidente Coordinamento Nazionale dei Coordinamenti Regionali degli Enti Accreditati per le dipendenze (INTERCEAR)
Bizzardo De Faci, Coordinamento Nazionale Comunità di Accoglienza (CNCA)
Luciano Squillaci, Federazione Italiana Comunità Terapeutiche (FICT)

12.15 - 12.30

"L'impatto dell'emergenza pandemica sulle Reti Curanti: il punto di vista degli operatori, tra crisi di sistema e spinta all'innovazione"

Sabina Molinaro, Responsabile Sezione Epidemiologia e Ricerca sui Servizi Sanitari, Istituto di Fisiologia Clinica, Consiglio Nazionale delle Ricerche

12.30 - 12.40

"Le parole chiave della cura"

Giovanni Greco, Coordinatore dei progetti L. n. 125/2001, Direttore dell'UOC Servizio dipendenza 1 AULSS7 Pedemontana, Regione Veneto

Chiusura dei lavori e conclusioni

Andrea Costa, Sottosegretario di Stato al Ministero della Salute

Diretta streaming su
www.salute.gov.it



2. Decreto costitutivo del Tavolo Tecnico di Lavoro sull'Alcol



Ministero della Salute

IL SOTTOSEGRETARIO DI STATO

VISTO l'articolo 32 della Costituzione;

VISTA la legge 23 dicembre 1978, n. 833, e successive modificazioni, recante "Istituzione del servizio sanitario nazionale";

VISTO il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, recante "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421";

VISTO Decreto del Presidente della Repubblica 17 settembre 2013, n. 138

VISTO il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 11 febbraio 2014, n. 59, recante "Regolamento di organizzazione del Ministero della salute";

VISTO il decreto del Ministro della Sanità del 3 agosto 1993, recante "*Linee di indirizzo per la prevenzione, la cura, il reinserimento sociale e il rilevamento epidemiologico in materia di alcoldipendenza*", pubblicato nella Gazzetta Ufficiale Serie 23 agosto 1993, n.197, con il quale si proponeva un'articolazione operativa a livello locale, nel contesto dell'organizzazione dei servizi territoriali, anche per il settore alcolologico ("*Equipe per le alcoldipendenze*");

VISTO l'accordo Stato-Regioni-Province Autonome per la "Riorganizzazione del sistema di assistenza ai tossicodipendenti" (Provvedimento 21 gennaio 1999 pubblicato in G.U. n. 61 del 15.3.1999), con cui veniva prevista l'organizzazione di specifici interventi nell'ambito dei Dipartimenti per le dipendenze delle Aziende USL, con interventi integrati sul piano medico, psicologico e sociale;

VISTA l'intesa Stato-Regioni 5 agosto 1999 recante "Determinazione dei requisiti minimi standard per l'autorizzazione al funzionamento e per l'accreditamento dei servizi privati di assistenza alle persone dipendenti da sostanze di abuso";

VISTA la legge 30 marzo 2001, n. 125, recante "*Legge quadro in materia di alcol e problemi alcolcorrelati*" pubblicato sulla G.U. n. 90 del 18.04.2001;

VISTO il decreto del Ministero del lavoro e delle politiche sociali del 14 aprile 2003, con il quale è stata costituita la Consulta nazionale sull'alcol e sui problemi alcolcorrelati, istituita ai sensi dell'articolo 4 della sopra richiamata legge n. 125 del 2001;

VISTO il decreto del Ministero del lavoro e delle politiche sociali 3 giugno 2004, n.199 "Regolamento recante il funzionamento e l'organizzazione della Consulta nazionale sull'alcol e sui problemi alcol correlati";

VISTO l'accordo sul documento concernente "Piano Nazionale Alcol e Salute" sancito dalla Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 7 febbraio 2007 con l'obiettivo di coordinare tutte le attività di prevenzione e presa in carico dei problemi correlati all'abuso di alcol tra la popolazione. Il Piano aveva valenza triennale (2007-2009) ed è stato successivamente recepito nel Piano Nazionale di Prevenzione;

VISTA la legge finanziaria del 2010 che non rinnova la sussistenza di taluni organi collegiali, tra i quali la Consulta nazionale sull'alcol, per limitazione della spesa pubblica;

VISTO il decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189, e, in particolare, l'articolo 14-*ter* concernente il divieto di vendita di alcolici a minori di anni 18;

VISTO il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 18 marzo 2017, n. 65, recante "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502", con cui si garantisce alle persone con dipendenze patologiche la presa in carico multidisciplinare e lo svolgimento di un programma terapeutico individualizzato che comprende le prestazioni mediche specialistiche, diagnostiche e terapeutiche, psicologiche e psicoterapeutiche e riabilitative mediante l'impiego di metodi e strumenti basati sulle più avanzate evidenze scientifiche, necessarie e appropriate nei diversi ambiti di attività;

VISTA l'intesa Stato-Regioni del 6 agosto 2020 con la quale è stato adottato il Piano Nazionale di Prevenzione 2020-2025;

VISTA l'intesa concernente una integrazione al Piano Nazionale di Prevenzione 2020-2025, sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano nella seduta del 17 dicembre 2020;

CONSIDERATO che l'anzidetto Piano Nazionale della Prevenzione, tra gli obiettivi primari, annovera la "prevenzione delle dipendenze e problemi correlati" e la "prevenzione delle malattie croniche non trasmissibili" mediante la promozione di corretti stili di vita che prevedono interventi su quattro fattori di rischio: alimentazione, attività fisica, fumo e alcol. Il conseguimento degli obiettivi del PNP prevede un approccio intersettoriale, centralità della persona, equità nell'azione, con particolare attenzione a supportare azioni basate su evidenze di efficacia e su buone pratiche consolidate e documentate;

VISTA la relazione al parlamento sugli interventi realizzati ai sensi della legge 30 marzo 2001, n. 125, "legge quadro in materia di alcol e problemi alcol correlati", anno 2021;

VISTO il decreto-legge n. 152 del 2021, convertito in legge 29/12/2021 n. 233 (G.U. 21/10/2021 n.310), recante "Disposizioni urgenti per l'attuazione del piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per la prevenzione delle infiltrazioni mafiose";

VISTO il decreto del Ministro della salute 12 marzo 2021, recante le attribuzioni delegate al Sottosegretario di Stato alla salute Andrea Costa e l'elenco degli atti relativi alla cui trattazione e firma lo stesso è delegato;

CONSIDERATO che il Ministero della Salute coordina l'attuazione delle politiche sull'alcol in linea con gli orientamenti approvati in ambito internazionale, sia a livello di Unione europea che di Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS);

TENUTO CONTO dei seguenti piani e programmi di settore:

- "Global Strategy on alcohol" dell'OMS 2010;
- "European Alcohol Action Plan" dell'Unione europea 2006-2012;
- "European Alcohol Action Plan" dell'OMS 2012-2020;
- "European Action Plan on Youth and on binge drinking" dell'Unione europea 2014-2016, prorogato al 2020;
- "Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Non Communicable Diseases" dell'OMS 2013-2020;
- "HEALTH 2020" quadro politico e strategia europea per il 21mo secolo – regione europea dell'OMS;
- Piano di azione europeo sull'alcol 2014-2020 (EAAP), approvato dalla risoluzione EUR/RC61/R4;

- Obiettivi di sviluppo sostenibile al 2030 (SDG ONU 3.5 rafforzamento della prevenzione e del trattamento di abuso di sostanze, comprese droghe e alcol);

PRESO ATTO dei preoccupanti dati sul *binge drinking* tra i giovani ed il consumo a rischio tra i minori, peraltro segnalato anche dal Garante dell'infanzia con nota prot. n. 1210 del 27 maggio 2019;

RILEVATA la necessità di potenziare l'azione di contrasto, contenimento e prevenzione dell'incidentalità stradale per cause alcol correlate (prima causa tra i giovani ed in generale tra i maschi di età compresa tra gli 11 e i 29 anni);

RILEVATO che a tutt'oggi manca una banca dati unica in cui far confluire i dati provenienti dalle Forze dell'Ordine (Carabinieri, Polizia Stradale, Polizia Municipale) relativamente alle infrazioni al codice della strada degli articoli 186 e 186-bis;

CONSIDERATA la previsione dell'articolo 5 della sopra richiamata legge n. 125 del 2001, che prevede l'inserimento dell'alcolologia negli ordinamenti didattici dei corsi universitari relativi alle professioni sanitarie, a quelle di indirizzo sociale e psicologico, nonché nel corso di laurea di medicina e chirurgia;

CONSIDERATA l'esigenza di *screening* e programmi specifici di prevenzione sulle gestanti e sui neonati della sindrome feto-alcolica e di formazione tra i professionisti sanitari sull'identificazione della sindrome alcolico fetale (FAS) e dello spettro dei disordini feto-alcolici (FASD);

CONSIDERATA la necessità di adottare i documenti previsti dalla normativa vigente, relativi alle buone pratiche e linee d'indirizzo mirate all'organizzazione omogenea dei servizi di alcolologia in tutte le strutture del Servizio sanitario nazionale, alla migliore accessibilità degli interventi e alla riduzione della frammentazione della risposta alle problematiche alcol correlate a livello nazionale e regionale;

CONSIDERATA la necessità di delineare, come suggerito dal Piano nazionale della prevenzione 2020-2025, un sistema integrato, efficace ed efficiente, tra servizi di alcolologia e altri *setting* sociosanitari competenti e attivazioni di reti mirate al coinvolgimento del terzo settore e del privato sociale nella piena valorizzazione del mondo dell'auto e mutuo-aiuto come previsto dalla più volte richiamata legge n. 125 del 2001;

CONSIDERATO che la Seconda Conferenza Nazionale Alcol del Ministero della Salute, 15-16-17 Marzo 2022, ha previsto la presentazione di documenti di analisi e documenti di consenso prodotti dai lavori progettuali che hanno visto il coinvolgimento di tutte le Regioni, gli Enti locali, le Associazioni di categoria, le Comunità terapeutiche, l'Istituto Superiore di Sanità e altre Istituzioni coinvolte per tematica;

CONSIDERATO che la Conferenza Nazionale Alcol del Ministero della Salute si è articolata sulle seguenti aree tematiche: 1) Gli interventi di prevenzione in ambito scolastico e l'aggancio precoce dei giovani vulnerabili, 2) Alcol e Guida, 3) La Formazione, 4) Le Reti curanti;

DATO ATTO che i documenti presentati e discussi nella Seconda Conferenza Nazionale Alcol, rappresentano un prodotto di grande valore per la notevole collaborazione tra tutti i settori che, a vario titolo, hanno contribuito alla loro stesura. Pur tuttavia essi necessitano di una ulteriore elaborazione per potersi definire in un percorso finalizzato a validarli in Conferenza Unificata.

TENUTO CONTO che è intenzione del Sottosegretario di Stato alla Salute Andrea Costa dare seguito alle iniziative proposte in ambito della suddetta Conferenza Nazionale, al fine di fornire una risposta concreta alle esigenze di pazienti e famiglie, attraverso l'ottimizzazione del lavoro in rete di tutti gli attori che operano nel campo dell'alcolologia.

DECRETA

Art. 1 *(Istituzione e Compiti)*

1. Per le motivazioni di cui alle premesse è istituito, presso la Segreteria del Sottosegretario di Stato alla Salute Andrea Costa, un **tavolo tecnico finalizzato alla elaborazione finale di documenti presentati e discussi nella Seconda Conferenza Nazionale Alcol** al fine di pervenire ad una validazione in Conferenza Unificata per le seguenti aree tematiche:
 - a) Gli interventi di prevenzione in ambito scolastico e l'aggancio precoce dei giovani vulnerabili;
 - b) Alcol e Guida: Gli accertamenti finalizzati alla revisione delle capacità fisiche e psichiche per la guida in casi di violazione dell'art. 186 del Codice della Strada;
 - c) La Formazione: La Clinical competence degli operatori dei servizi e la formazione universitaria in alcologia;
 - d) Le Reti Curanti.

Art. 2. *(Composizione)*

1. Il tavolo tecnico, presieduto dal Sottosegretario di Stato alla Salute Andrea Costa, è così composto:
 - a) da rappresentanti della Direzione generale della prevenzione sanitaria (Ufficio 6): dott.ssa Maria Assunta Giannini, Dott.ssa Maria Migliore;
 - b) da un rappresentante della Direzione generale della programmazione sanitaria;
 - c) da due rappresentanti dell'Istituto Superiore di Sanità: Prof. Emanuele Scafato, dott.ssa Claudia Gandin;
 - d) dal coordinatore Gruppo tecnico "sub area Dipendenze", afferente all'Area Assistenza Territoriale, costituito presso la Commissione Salute: dott.ssa Angela Bravi;
 - e) dai due coordinatori dei progetti finalizzati alla Conferenza Nazionale Alcol 2022: dott.ssa Valeria Zavan, Dott. Giovanni Greco;
 - f) da un rappresentante dell'Associazione Nazionale dei Comuni Italiani (ANCI): dott.ssa Elide Tisi;
 - g) da un rappresentante della Società Italiana di Alcologia (SIA): Dott. Gianni Testino;
 - h) da un rappresentante dell'Associazione dei Club Alcologici Territoriali (AICAT): dott. Marco Orsega;
 - i) da un rappresentante dell'Associazione degli Alcolisti Anonimi (AA);
 - j) da un rappresentante dell'Associazione dei Gruppi familiari (Al-Anon);
 - k) da un rappresentante di Federazione Italiana Operatori e Servizi delle Dipendenze (FeDerSerD): dott. Guido Faillace;
 - l) da un rappresentante della Società Italiana Tossico Dipendenze (SITD): dott. Luigi Stella
 - m) da un rappresentante della Società Italiana Patologie da Dipendenza (SIPaD): dott. Claudio Leonardi

- n) da un rappresentante della Società Italiana Medicina Generale e delle Cure Primarie (SIMG): dott. Claudio Alberto Cricelli.
2. Il tavolo tecnico, in relazione alle tematiche affrontate, può invitare a partecipare ai lavori le Istituzioni competenti per materia, nonché esperti appartenenti ai servizi per le dipendenze/alcolologie, universitari ed ospedalieri, associazioni e società scientifiche non ricomprese nel comma 1. Nello specifico si ravvede la necessità delle seguenti figure aggiuntive per ogni specifica area tematica:
- A. AREA TEMATICA “Gli interventi di prevenzione in ambito scolastico e l’aggancio precoce dei giovani vulnerabili”:
Ministero dell’Istruzione: dott.ssa Maria Costanza Cipullo
- B. AREA TEMATICA “Alcol e Guida”:
Ministero della Salute, Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria, Ufficio 4: dott. Pasqualino Rossi e dott.ssa Maria Giuseppina Lecce
Ministero dell’Interno: dott. Alessandro Abruzzini, Dott. Santo Puccia;
Ministero dei Trasporti: dott. Valentino Iurato;
Società Scientifica dei Medici Legali delle Aziende Sanitarie del Servizio Sanitario Nazionale – COMLAS: dott. Paolo Pelizza
Istituto nazionale di statistica (ISTAT) - Direzione Centrale per le Statistiche Sociali e il Censimento della Popolazione: Servizio Sistema Integrato Salute, Assistenza, Previdenza e Giustizia: dott.ssa Silvia Bruzzone e dott.ssa Giordana Baldassarre
- C. AREA TEMATICA “La Formazione”:
Ministero della Salute, Direzione Generale delle Professioni Sanitarie e delle Risorse umane del Servizio Sanitario Nazionale (Ufficio5): dott.ssa Cristina Rinaldi, dott. Francesco Gilardi;
Ministero dell’Università e della Ricerca Scientifica: dott.ssa Luisa De Paola;
- D. AREA TEMATICA “Le Reti Curanti”:
INTERCEAR (Coordinamento Nazionale dei Coordinamenti Regionali degli Enti Accreditati per le dipendenze): dott. Biagio Sciortino.
CNCA (Coordinamento Nazionale Comunità di Accoglienza): dott. Riccardo De Facci
FICT (Federazione Italiana Comunità Terapeutiche): dott. Luciano Squillaci
3. L’organismo, per lo svolgimento dei propri compiti, si avvale del supporto tecnico della Direzione generale della prevenzione sanitaria.
4. Al termine dei lavori il tavolo tecnico produrrà una relazione finale che sarà trasmessa all’Ufficio di Gabinetto per l’acquisizione agli atti.
5. Ai componenti del tavolo tecnico non spettano gettoni di presenza, compensi, rimborsi spese o altri emolumenti comunque denominati. Le spese di missione dei componenti provenienti da fuori Roma rimangono a carico dei medesimi o delle Amministrazioni o enti di appartenenza.
6. Le funzioni di segreteria del tavolo tecnico sono assicurate dal Dott. Claudio Forte, funzionario in servizio presso la Segreteria del Sottosegretario Andrea Costa.

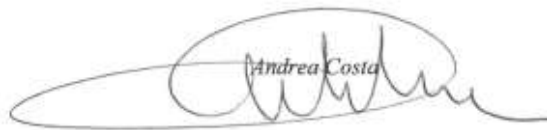
Art. 3
(Durata)

1. Il tavolo tecnico ha la durata di un anno, a decorrere dalla data della riunione di insediamento con possibilità di rinnovo.

Art. 4
(Oneri finanziari)

1. All'istituzione e al funzionamento del tavolo tecnico si provvede nell'ambito delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente.
2. Il presente decreto non comporta nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

Roma, 15 MAR 2022



Andrea Costa