



RAPPORTI ISTISAN 21|18

ISSN: 1123-3117 (cartaceo) • 2384-8936 (online)

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

C. Gandin, A. Baselice, C. Acconcia, C. Armenante, S. Ghirini,
A. Grandinetti, L. Iuliano, C. Lamanna, A. Matone, G. Napolitano,
S. Palumbo, M.R. Sorrentino, A. De Luna, E. Scafato



FORMAZIONE
E INFORMAZIONE

ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ

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

Claudia Gandin (a), Aniello Baselice (b), Carmine Acconcia (b),
Ciro Armenante (b), Silvia Ghirini (a), Antonietta Grandinetti (b),
Lucia Iuliano (b), Carmela Lamanna (b), Alice Matone (a),
Giovanna Napolitano (b), Sabrina Palumbo (b),
Maria Rosaria Sorrentino (b), Antonio De Luna (b),
Emanuele Scafato (a)

*(a) Centro Nazionale Dipendenze e Doping, Istituto Superiore di Sanità, Roma
(b) Dipartimento Dipendenze, ASL Salerno*

ISSN: 1123-3117 (cartaceo) • 2384-8936 (online)

Rapporti ISTISAN
21/18

Istituto Superiore di Sanità

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.

Claudia Gandin, Aniello Baseliace, Carmine Acconcia, Ciro Armenante, Silvia Ghirini, Antonietta Grandinetti, Lucia Iuliano, Carmela Lamanna, Alice Matone, Giovanna Napolitano, Sabrina Palumbo, Maria Rosaria Sorrentino, Antonio De Luna, Emanuele Scafato

2021, iv, 82 p. Rapporti ISTISAN 21/18

Il progetto “Rete IPIB – Rete Aziendale per l’Identificazione Precoce e l’Intervento Breve su alcol, gioco d’azzardo e altre *Addiction*” è un accordo di collaborazione promosso dal Dipartimento Dipendenze della ASL Salerno e implementato in *partnership* con l’Osservatorio Nazionale Alcol del Centro Nazionale Dipendenze e Doping dell’Istituto Superiore di Sanità, che è Centro Collaborativo della *World Health Organization* per la promozione della salute e la ricerca sull’alcol e le problematiche alcol-correlate (ONA-WHO CC, ISS, ITA-79). Il progetto, della durata di 4 anni, concluso di recente, è nato con la finalità di creare le condizioni per la realizzazione di uno staff aziendale abilitato al Programma di Identificazione Precoce e Intervento Breve-IPIB, originariamente EIBI-*Early Identification and Brief Intervention* della WHO. Il progetto è un’attività formale accreditata dalla WHO e inserita nel workplan ufficiale del WHO CC ITA-79. Il presente rapporto include i principali risultati del progetto e rappresenta la sintesi dell’esperienza condotta sulla formazione e sulla rete IPIB delle attività del suddetto accordo di collaborazione con la Regione Campania.

Parole chiave: Disturbi da uso di alcol; Disturbo da gioco d’azzardo, Identificazione precoce e intervento breve; Formazione

Istituto Superiore di Sanità

Early Identification and Brief Intervention (EIBI) for alcohol use disorders and gambling: the training programme and the network activation on EIBI of the Local Health Unit of Salerno.

Claudia Gandin, Aniello Baseliace, Carmine Acconcia, Ciro Armenante, Silvia Ghirini, Antonietta Grandinetti, Lucia Iuliano, Carmela Lamanna, Alice Matone, Giovanna Napolitano, Sabrina Palumbo, Maria Rosaria Sorrentino, Antonio De Luna, Emanuele Scafato

2021, iv, 82 p. Rapporti ISTISAN 21/18 (in Italian)

The project “The network on Early Identification and Brief Intervention on alcohol, gambling and other Addictions” is a collaborative programme promoted by the Addiction Department of the Local Health Unit of Salerno and implemented in partnership with the National Observatory on Alcohol of the National Center on Addiction and Doping of the Istituto Superiore di Sanità, which is the World Health Organization Collaborating Centre for research on alcohol and alcohol-related issues (ONA-WHO CC, ISS, ITA-79). It is a 4 years programme recently concluded which has been born with the aim of creating the conditions for the creation of a Local Health Unit staff qualified for the “Identificazione Precoce e Intervento Breve-IPIB”, originally “Early Identification and Brief Intervention” (EIBI) of the WHO. The project is a formal activity accredited by the WHO and included in the official workplan of the WHO CC ITA-79. This document includes the main results of the project; it is a summary of the training activities carried out and of the EIBI network of the programme with the Campania Region.

Key words: Alcohol use disorders; Gambling, early identification and brief intervention; Training

Per informazioni su questo documento scrivere a: emanuele.scafato@iss.it e claudia.gandin@iss.it

Il rapporto è accessibile online dal sito di questo Istituto: www.iss.it

Citare questo documento come segue:

Gandin C, Baseliace A, Acconcia C, Armenante C, Ghirini S, Grandinetti A, Iuliano L, Lamanna C, Matone A, Napolitano G, Palumbo S, Sorrentino MR, De Luna A, Scafato E. *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).

Legale rappresentante dell’Istituto Superiore di Sanità: *Silvio Brusaferrò*

Registro della Stampa - Tribunale di Roma n. 114 (cartaceo) e n. 115 (online) del 16 maggio 2014

Direttore responsabile della serie: *Paola De Castro*

Redazione: *Sandra Salinetti e Manuela Zazzara*

La responsabilità dei dati scientifici e tecnici è dei singoli autori, che dichiarano di non avere conflitti di interesse.



Componenti del gruppo di lavoro Rete IPIB ASL Salerno

SCAFATO Emanuele
Istituto Superiore di Sanità
Responsabile scientifico e docente dei corsi di formazione

BASELICE Aniello
ASL Salerno - Dipartimento Dipendenze
Responsabile scientifico e coordinatore tecnico

GANDIN Claudia
Istituto Superiore di Sanità
Docente dei corsi di formazione
Autore del rapporto finale di attività

DE LUNA Antonio
ASL Salerno - Dipartimento Dipendenze
Direttore Responsabile Dipartimento

ACCONCIA Carmine
ASL Salerno - Dipartimento Dipendenze
Équipe Rete IPIB

ARMENANTE Ciro
ASL Salerno - Dipartimento Dipendenze
Équipe Rete IPIB

GRANDINETTI Antonella
ASL Salerno - Dipartimento Dipendenze
Équipe Rete IPIB

IULIANO Lucia
ASL Salerno - Dipartimento Dipendenze
Équipe Rete IPIB

LAMANNA Carmela
ASL Salerno - Dipartimento Dipendenze
Équipe Rete IPIB

NAPOLITANO Giovanna
ASL Salerno - Dipartimento Dipendenze
Équipe Rete IPIB

PALUMBO Sabrina
ASL Salerno - Dipartimento Dipendenze¶
Équipe Rete IPIB

SORRENTINO Maria Rosaria
ASL Salerno - Dipartimento Dipendenze
Équipe Rete IPIB

GHIRINI Silvia
Istituto Superiore di Sanità
Analisi statistiche

MATONE Alice
Istituto Superiore di Sanità
Analisi statistiche

INDICE

Introduzione	1
IPIB come misura di contrasto al consumo rischioso e dannoso di alcol	2
Contesto europeo	2
Contesto nazionale.....	3
Modello innovativo di prevenzione: il progetto rete IPIB della ASL Salerno	5
Accordo di collaborazione con l’Istituto Superiore di Sanità	7
Finalità e obiettivi	7
Azioni progettuali.....	8
Ambito Territoriale di intervento	9
Destinatari	9
Durata del progetto.....	10
Formazione del progetto Rete IPIB della ASL Salerno	10
Costruzione e attivazione della Rete IPIB aziendale.....	11
Sintesi delle attività e dei risultati	13
Fase 1. Analisi delle risorse e delle criticità presenti sul territorio rispetto alla prevenzione e agli interventi sulle dipendenze da alcol e da <i>gambling/gaming</i> (ASL Salerno)	13
Risultati della fase 1	13
Criticità riscontrate e eventuali azioni intraprese nella fase 1	14
Fase 2. Iter didattico sull’Identificazione Precoce e l’Intervento Breve – IPIB sul consumo rischioso e dannoso di alcol e sul <i>gambling/gaming</i>	15
Risultati della Fase 2	16
A. Corsi IPIB ALCOL di base	17
B. Formazione IPIB ALCOL di secondo livello	30
C. Formazione IPGAP sul gioco d’azzardo di base	33
Criticità riscontrate e azioni intraprese nella fase 2.....	36
Fase 3. Creazione e funzionamento della rete aziendale con programmi centrati sul modello IPIB	38
Risultati della fase 3	38
Criticità riscontrate e azioni intraprese nella fase 3.....	45
Progetto in breve	46
Raccomandazioni.....	47
Implicazioni future.....	49
Bibliografia	50
APPENDICE A	
Standard di formazione IPIB di riferimento	55

APPENDICE B

Iter didattico: IPIB ALCOL di base e avanzato
(Identificazione Precoce e Intervento Breve sul consumo rischioso e dannoso di alcol)..... 67

APPENDICE C

Iter didattico: Identificazione Precoce Gioco D'azzardo Patologico (IPGAP)..... 73

APPENDICE D

Questionario di follow-up e di analisi dei bisogni dei partecipanti ai corsi di base sull'alcol
del progetto "Rete IPIB dell'ASL di Salerno"..... 77

INTRODUZIONE

L'alcol è una delle sostanze psicoattive più comunemente utilizzate in Europa e un importante fattore di rischio di malattia, con un impatto sui bevitori e sulla società in generale (1). Numerosi studi hanno dimostrato che il consumo di alcol contribuisce significativamente al carico globale di malattia e risulta essere tra i primi fattori di rischio per disabilità e mortalità prematura in tutto il mondo.

Sono ormai oltre 200 le malattie per le quali il consumo di alcol risulta essere un fattore di rischio evitabile per diversi disturbi neuropsichiatrici e malattie croniche tra cui la cirrosi epatica, i tumori, gli incidenti. L'alcol ha inoltre un grosso impatto sulla società essendo responsabile anche di problematiche sociali: è il primo fattore di rischio, rispetto a numerose sostanze illegali, per episodi di violenza, criminalità, maltrattamenti familiari verso il partner o minori, per perdita di produttività e di lavoro. Più di recente, l'alcol è stato anche indicato come fattore concorrente alla maggiore suscettibilità di infezioni (es. tubercolosi, *Acquired Immune Deficiency Syndrome* – AIDS – e polmonite).

Come è noto, l'alcol è uno dei principali fattori casuali negli infortuni (con un impatto sul lavoro dei dipartimenti di emergenza e pronto soccorso); è un fattore che contribuisce al fenomeno dell'assenteismo e del presenzialismo (impatto sul lavoro); contribuisce alla criminalità, alle infrazioni stradali, alla violenza domestica (con un impatto sul lavoro degli operatori sociali e degli ufficiali giudiziari), nonché comporta costi sociali per i sistemi sanitari, di giustizia penale e contribuisce alla perdita di produttività. L'alcol è quindi una tematica rilevante per le amministrazioni sanitarie, per la giustizia penale e il mondo del lavoro; è necessario che a livello territoriale siano attuate azioni di contrasto ad ampio raggio, come è suggerito dai documenti programmatici internazionali, quali quelli della *World Health Organization* (WHO) (2-3).

In Italia nel 2019, il 21,5% degli uomini e l'8,9% delle donne di età > a 11 anni, per un totale di quasi 8.200.000 individui (M=5.700.000, F=2.500.000) sono consumatori a rischio (individui il cui livello di consumo o modalità del bere non è in linea con le indicazioni di salute pubblica, abitudini di consumo che, se persistono, possono determinare un danno alla salute, fisico o mentale). L'analisi per classi di età mostra che la fascia di popolazione più a rischio per entrambi i generi è quella dei 16-17enni (M=42,2%, F=39,2%), seguita dagli anziani ultra 65enni (4). Tali soggetti, verosimilmente per una scarsa conoscenza o consapevolezza dei rischi per la salute alcol-correlati, sono da considerarsi a rischio per patologie e problematiche alcol-correlate, e sono il target di popolazione sensibile per il quale la WHO e la Commissione Europea suggeriscono azioni d'intervento volte a sensibilizzare le persone alle raccomandazioni di sanità pubblica rispetto al proprio consumo. Tali consumatori a rischio sono spesso inconsapevoli di ritrovarsi in una classe di rischio dalla quale si può uscire a fronte dell'Identificazione Precoce del consumo alcolico e del riconoscimento del bere problematico, e attraverso un Intervento definito "Breve" (IPIB); quest'ultimo è definito dalla WHO come una pratica finalizzata all'identificazione di una problematica alcol-correlata e a motivare l'individuo a fare qualcosa al riguardo (5).

IPIB COME MISURA DI CONTRASTO AL CONSUMO RISCHIOSO E DANNOSO DI ALCOL

L'intervento breve è una modalità di colloquio rivolta a persone con consumo rischioso e dannoso di alcol che prevede l'utilizzo di strumenti di identificazione precoce di Patologie o Problematiche Alcol-Correlate (PPAC), validati e standardizzati, e approcci motivazionali rivolti all'aumento di consapevolezza dei rischi legati al consumo di alcol.

L'intervento breve, ispirandosi al modello degli stadi di cambiamento e al colloquio motivazionale (6-10), ha la finalità di facilitare un cambiamento comportamentale del soggetto verso uno stile di vita sano ed evitare che con il tempo sviluppi una dipendenza da alcol. Inoltre, l'intervento breve nel consumo rischioso e dannoso di alcol, oltre a prevenire l'instaurarsi di alcoldipendenza, contribuisce a ridurre i seguenti fenomeni:

- rischio di incidentalità stradale;
- problemi alcol-correlati (es. depressione, suicidio, ipertensione arteriosa, ictus, ecc.);
- interazioni farmacologiche, quali quelle della *Food and Drug Administration*;
- violenza in ambito familiare;
- problemi in ambito lavorativo (es. incidenti, rendimento);
- spesa socio-sanitaria.

Infine l'IPIB contribuisce ad arginare la possibilità che l'alcol rappresenti uno stimolo per il consumo di altre droghe.

Nell'ottica della promozione di programmi IPIB nel consumo rischioso e dannoso di alcol è estremamente importante il fatto che gli individui che non hanno ancora sviluppato una dipendenza da alcol possono ridurre o smettere di bere ricevendo un'adeguata assistenza e un idoneo supporto in grado di prevenire l'insorgenza di una PPAC. Una volta che la dipendenza si è instaurata, cambiare le abitudini di consumo è più difficile e può richiedere un trattamento specialistico. Pertanto, l'IPIB nell'assistenza sanitaria primaria rappresenta un'opportunità per comunicare ai consumatori i rischi e identificare con gli stessi stili di consumo compatibili con uno stato di buona salute (6-7).

Contesto europeo

Negli ultimi dieci anni, numerose le iniziative europee di contrasto sull'alcol promosse dalla Commissione Europea e dalla WHO, e supportate a livello mondiale (11-14). 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 PPAC (circa il 20% della popolazione afferente).

La cornice di riferimento per la prevenzione alcol-correlata a livello di popolazione è fornita quindi dalla WHO attraverso l'*Action plan to reduce the harmful use of alcohol 2012-2020*, documento tradotto e adattato in lingua Italiana dall'Osservatorio Nazionale Alcol (ONA) del Centro Nazionale Dipendenze e Doping (CNDD), sede della WHO *Collaborating Centre for research and health promotion on alcohol and alcohol related health problems* dell'Istituto Superiore di Sanità (ONA-WHO CC, ISS), che ha inoltre collaborato sin dalle prime fasi, alla definizione degli obiettivi del Piano d'Azione Europeo per ridurre il consumo dannoso di alcol

2012-2020 (11-12). Tale documento ha una particolare importanza per quanto riguarda la prevenzione alcol-correlata a livello di popolazione dal momento che l'Europa sta affrontando la valutazione delle strategie in atto (13-14) per poter calibrare al meglio interventi di contrasto al consumo dannoso di alcol e di supporto alla prevenzione dell'alcoldipendenza, anche attraverso le attività della Joint Action della Commissione Europea *Reducing Alcohol Related Harm* (RARHA).

Gli obiettivi della strategia globale della WHO (in corso di aggiornamento al 2030) per quanto riguarda l'alcol sono stati i seguenti:

- aumentare la consapevolezza dell'entità e della natura dei problemi di salute, sociali ed economici causati dal consumo dannoso di alcol, e aumentare l'impegno dei Governi ad agire per affrontarli;
- rafforzare la conoscenza sull'entità e i determinanti dei danni alcol-correlati e sugli interventi efficaci per ridurli e prevenirli;
- un maggiore sostegno tecnico e capacità degli Stati Membri a prevenire il consumo dannoso e gestire i disturbi e le condizioni di salute associate al consumo;
- il rafforzamento dei partenariati e un miglior coordinamento tra stakeholder, e una maggiore mobilitazione di risorse necessarie per azioni di prevenzione;
- migliorare i sistemi di monitoraggio e controllo a vari livelli, diffusione e applicazione delle informazioni per il sostegno, sviluppo di politiche e scopi di valutazione (13-14).

Il Piano d'Azione Europeo prevede un piano di azioni specifiche rispetto a 10 aree prioritarie (coerenti con quelle contenute nella strategia globale sull'alcol della WHO):

1. Leadership, consapevolezza e impegno;
2. Risposta dei servizi sanitari;
3. Azioni nelle comunità e negli ambienti di lavoro;
4. Politiche e misure per la guida in stato d'ebbrezza;
5. Disponibilità di alcol;
6. Commercializzazione delle bevande alcoliche;
7. Politiche dei prezzi;
8. Riduzione delle conseguenze negative legate a consumo e intossicazioni da alcol;
9. Riduzione dell'impatto sulla salute pubblica della produzione illegale e informale di alcolici;
10. Monitoraggio e sorveglianza.

Come accennato precedentemente, tali documenti sono attualmente in fase di aggiornamento; alle attività che vedono, come anticipazione, confermate e supportate le attività di prevenzione e implementazione dell'IPIB con obiettivi al 2030 in linea con quelli di sviluppo sostenibile della WHO (*Sustainable Development Goals* - SDGs) partecipa l'ONA-WHO CC dell'ISS (15).

Contesto nazionale

A livello nazionale, numerose sono le attività di contrasto al consumo rischioso e dannoso di alcol sviluppate con particolare riguardo all'IPIB. Tali attività rappresentano aree strategiche ben definite (e obiettivi da raggiungere) presenti nei principali documenti programmatici sanitari di riferimento:

1. Piano Nazionale Alcol e Salute (PNAS), approvato dalla Conferenza Stato-Regioni nel 2007, con l'area strategica 4, "il trattamento del consumo dannoso di alcol e dell'alcoldipendenza", e l'obiettivo 8 "aumentare la diffusione dei metodi e rendere disponibili gli strumenti per l'identificazione precoce del consumo rischioso e dannoso di

- alcol nella popolazione a rischio” (16) successivamente acquisito dal Piano Nazionale Prevenzione (PNP);
2. PNP 2014-2018, esteso al 2020 e che, recepite le linee strategiche del PNAS, sottolinea l'importanza della prevenzione di abitudini, comportamenti, stili di vita non salutari. A tale riguardo, le azioni sono improntate e finalizzate, per l'alcol, a strategie finalizzate alla “riduzione dei consumatori a rischio e all'identificazione precoce. Un'ulteriore azione concerne la valutazione clinica integrata dei soggetti a rischio aumentato per malattie croniche non trasmissibili, da indirizzare verso un'adeguata presa in carico ai servizi e potenziare le risorse personali (*empowerment* individuale) e adozione di stili di vita corretti, o se necessari, verso percorsi terapeutico-assistenziali multidisciplinari”, nonché alla prevenzione delle dipendenze e dell'incidentalità stradale alcol-correlata (17);
 3. Piani di Prevenzione Regionali (che in genere recepiscono le attività di contrasto del PNP e le includono nei piani delle singole Regioni) a costituire la Relazione Annuale del Ministro della Salute al Parlamento (18) sugli interventi realizzati ai sensi della Legge 30 marzo 2001 n. 125 “Legge quadro in materia di alcol e problemi alcol correlati” (19);
 4. Programma Aziendale Intersettoriale di Educazione e Promozione della Salute – Piano Regionale di Prevenzione 2014-2018 Programma B (cfr. Catalogo Aziendale per le Attività di Educazione e Promozione della Salute 2019/2020 (programma regionale) (20). In tale programma il progetto prevede spazi di interazione e cooperazione nelle attività di prevenzione dei comportamenti a rischio per alcol e gioco d'azzardo. In particolare il catalogo aziendale inserisce il progetto come percorso formativo del personale dipendente dell'azienda.

MODELLO INNOVATIVO DI PREVENZIONE: IL PROGETTO RETE IPIB DELLA ASL SALERNO

L'evoluzione del fenomeno delle *Addiction* pone in primo piano la necessità di una adeguata capacità di lettura degli stili vita individuali e collettivi correlati a fenomeni problematici e dannosi antichi e recenti, come il consumo di alcol, molto spesso associato a quello di altre droghe, e le dipendenze comportamentali, tra cui *in primis*, il Gioco di Azzardo Patologico (GAP).

Il consumo di alcol rappresenta oggi in Italia il terzo principale fattore di rischio per la salute dei cittadini tra gli 11 e i 74 anni, dopo il fumo e l'ipertensione arteriosa. Secondo le stime dell'ONA, sono circa 8 milioni gli italiani di età superiore agli 11 anni con un consumo rischioso di alcol, un consumo cioè che supera le soglie indicate dalle recenti linee guida nutrizionali nazionali del Consiglio per la Ricerca in agricoltura e l'analisi dell'Economia Agraria (CREA) (4, 21). Inoltre, il consumo fuori pasto rappresenta un importante fattore di rischio per i minori di 18 anni, le donne e gli ultra sessantacinquenni. In particolare, sono circa 1 milione i giovani, anche minorenni, vittime del *binge drinking* (le cosiddette abbuffate alcoliche). Come accennato nella parte introduttiva, tali individui sono spesso inconsapevoli di ritrovarsi in una classe di rischio dalla quale si può uscire a fronte dell'identificazione precoce delle abitudini di consumo e attraverso un intervento "breve" definito dalla WHO come una pratica finalizzata all'identificazione di una problematica alcol-correlata e a motivare l'individuo a fare qualcosa al riguardo (5). Oltre ai soggetti con consumo rischioso, solo il 10% dei 720.000 con consumo dannoso di alcol (un consumo che supera le soglie indicate dalle linee guida nutrizionali nazionali associato a iniziali danni psichici e fisici) è identificato e inviato ai servizi alcolologici del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) (4).

L'intervento breve, ispirandosi al modello degli stadi di cambiamento e al colloquio motivazionale, ha la finalità di facilitare un cambiamento comportamentale del soggetto verso uno stile di vita sano ed evitare che con il tempo sviluppi una dipendenza da alcol. Tuttavia, il 90% dei consumatori dannosi, in necessità di trattamento, resta sommerso, non è intercettato, non fa ricorso ai servizi di diagnosi, cura e riabilitazione e non riceve alcuna forma di trattamento in grado di arrestare la progressione del danno, prevenire le complicanze e l'evoluzione verso forme più complesse di dipendenza e, allo stesso tempo, ridurre il rischio di incidenti stradali, problemi alcol-correlati (es. depressione, suicidio, ipertensione arteriosa, ictus, ecc.), le interazioni farmacologiche, la violenza in ambito familiare, i problemi in ambito lavorativo (es. incidenti, rendimento) e la spesa socio-sanitaria.

Per quanto concerne il GAP, la sua diffusione è sempre più incalzante e capillare, può essere distruttivo della vita familiare, affettiva, lavorativa e sociale e condurre, a causa della rilevante componente legata alla dimensione economico-finanziaria, a fenomeni estremi come il suicidio. I giocatori patologici o *gambler* sono consapevoli che il loro comportamento compromette, distrugge o danneggia le loro relazioni personali, matrimoniali, familiari e lavorative, tuttavia, sono cronicamente e progressivamente incapaci di resistere all'impulso di giocare.

La Regione Campania si colloca al terzo posto in Italia per la spesa in azzardo pari a 7 miliardi e 785 milioni e con un PIL pro-capite di circa 16mila euro) mentre è in testa alla classifica del gioco d'azzardo minorile con il 57,8% degli studenti giocatori, contro la media nazionale del 47,1% dei giovani delle scuole medie superiori (cfr. Relazione del Garante per l'infanzia e l'adolescenza della Regione Campania, anno 2013).

Tali scenari giustificano pertanto la necessità di pianificare e organizzare programmi di sanità pubblica idonei a contrastare simili comportamenti rischiosi e dannosi e a garantire l'applicazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) per nuovi e vecchi tipi di dipendenza; di attivare azioni

di contrasto così come suggerito dalla WHO che fornisce e aggiorna con adeguata documentazione scientifica, strumenti e metodologie *ad hoc* per facilitare e supportare gli stati membri nella prevenzione delle PPAC.

Il progetto “Rete IPIB – Rete Aziendale per l’Identificazione Precoce e l’Intervento Breve su alcol, gioco d’azzardo e altre *Addiction*” promosso dal Dipartimento Dipendenze della ASL Salerno (indicato nel testo come “Rete IPIB-ASL Salerno”) e implementato in *partnership* con l’ONA dell’ISS nell’ambito di un accordo di collaborazione tra le parti, è nato con la finalità di creare le condizioni per la realizzazione nell’ASL Salerno di uno staff abilitato al Programma di Identificazione Precoce e Intervento Breve (IPIB), originariamente EIBI (*Early Identification and Brief Intervention*) della WHO.

Come anticipato precedentemente, l’IPIB nell’assistenza sanitaria primaria rappresenta un’opportunità per comunicare ai consumatori i rischi e identificare con gli stessi stili di consumo compatibili con uno stato di buona salute.

Il progetto “Rete IPIB-ASL Salerno” si è collocato in continuità alle numerose iniziative europee e nazionali di contrasto sull’alcol promosse dalla Commissione Europea e dalla WHO (6-7, 22-36), in *partnership* con l’Istituto Superiore di Sanità (ISS) utilizzando un qualificato modello formativo idoneo a colmare il grave debito formativo professionale rispetto alle capacità di identificazione precoce e di intervento breve già segnalato dalla letteratura a livello nazionale (22-41) e che il progetto ha promosso, come valore aggiunto, in via sperimentale nella Regione Campania, insieme alla creazione di una rete di professionisti abilitati al modello IPIB.

Rispetto alla *partnership* con l’ISS, l’ONA collabora ed è membro della rete internazionale *International Network on Brief Interventions for Alcohol & Other Drugs* (INEBRIA) per l’identificazione di strategie di identificazione precoce e di intervento breve finalizzato alla riduzione del rischio e danno alcol-correlato e diffonde, tramite corsi di formazione nazionale al personale sociosanitario, in sede e a livello territoriale, le specifiche procedure di identificazione e intervento breve perché vengano integrate nelle attività professionali quotidiane. In particolare, i ricercatori dell’ONA-ISS, hanno partecipato nel passato a progetti europei e internazionali sulla messa a punto dei programmi IPIB fin dalle prime fasi (la fase IV del progetto *Early Identification Brief Intervention*, EIBI. WHO *collaborative project on identification and management of alcohol-related problems in primary health care* e al progetto europeo *Primary Health care Project on Alcohol*, PHEPA, e da diversi anni sono impegnati a livello nazionale nel potenziamento delle abilità professionali, le conoscenze, le attitudini e le motivazioni degli operatori sanitari impegnati nell’assistenza sanitaria primaria mettendoli in condizione di fronteggiare la sfida costituita dai pazienti con consumo rischioso e dannoso di alcol (22-41).

Per lo standard di formazione di riferimento e i relativi prodotti finalizzati all’incremento delle conoscenze degli operatori sanitari si rimanda all’Appendice A (38).

Gli elementi distintivi del progetto “Rete IPIB-ASL Salerno” sono stati i seguenti:

- La formazione IPIB come investimento di più ampio respiro orientato alla sollecitazione del cambiamento verso stili di vita sani attraverso l’innalzamento della consapevolezza e la sollecitazione verso abilità individuali per contribuire alla salutogenesi applicata e applicabile non solo rispetto ai problemi alcol-correlati, ma anche ad altri fattori di rischio come per esempio il fumo e le nuove dipendenze (*gaming, gambling, internet, smartphone*) grazie a una qualificata formazione sull’uso degli strumenti specifici d’identificazione precoce con ricadute immediate per il servizio sanitario e le performance aziendali.
- Il modello di formazione proposto che si pone l’obiettivo di generare, già durante il suo sviluppo didattico, una progettazione e una pianificazione operativa capace di rispondere specificamente ai bisogni delle diverse aree del territorio aziendale, sulla base dell’identificazione sia delle criticità che delle risorse presenti e/o attivabili.

Il progetto è nato con l’esigenza di contribuire a quanto di seguito elencato:

- Assicurare adeguati livelli di formazione di base del personale e dei professionisti che operano nei contesti di assistenza sanitaria primaria.
- Assicurare competenze e conoscenze utili a contribuire all'uso di sistemi standardizzati di individuazione del rischio legato all'uso di alcol e al *gambling* nella popolazione propedeutici al monitoraggio del fenomeno e al tempestivo intervento articolato sulla base delle esigenze specifiche del caso.
- Provvedere a individuare, già durante il processo formative, e ad attivare, entro 60 giorni dalla sua conclusione, i punti nodali di una rete aziendale IPIB, fatta di competenze relative all'assistenza sanitaria primaria da interfacciare con gli altri livelli sanitari d'intervento territoriale, ambulatoriale, specialistico, ospedaliero e del Terzo Settore accreditato in tali ambiti.

Accordo di collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità

Il progetto, proposto dal Dipartimento Dipendenze della ASL Salerno, è stato svolto in *partnership* con l'Istituto Superiore di Sanità, ONA, Centro Collaborativo della WHO sull'alcol e le problematiche alcol-correlate (ONA-WHO CC, ISS) nell'ambito di un accordo di collaborazione che, originariamente della durata di 2 anni.

Il personale dell'ISS che ha svolto le attività formative e di supporto all'iniziativa sul campo ha garantito la scelta dello standard formativo, la creazione dei contenuti formativi adattati alle esigenze locali, la formazione locale e a promuovere/facilitare eventuali attività di ricerca correlate.

La corresponsabilità scientifica e il coordinamento a livello aziendale della Rete IPIB è stato coadiuvato da una *équipe* centrale e da rappresentanti dell'Ufficio Formazione della ASL Salerno. L'*équipe* centrale è composta dal coordinatore generale del progetto aziendale, sei coordinatori territoriali – due per ogni polo territoriale, un esperto di comunicazione multimediale e due operatori con compiti di segreteria tecnica). Tale gruppo ha avuto il compito di creare le condizioni per avviare, supportare e monitorare, in collaborazione con l'ISS, le azioni pianificate durante l'iter formativo al modello IPIB/IPGAP (Identificazione Precoce Gioco d'Azzardo Patologico). Le suddette attività sono state svolte dagli operatori addestrati a esso, secondo un piano di azione specifico per ogni polo territoriale secondo un calendario operativo per l'avvio di un programma e successiva stabilizzazione dello stesso con, all'occorrenza, ulteriori risorse progettuali dopo la conclusione temporale del progetto.

Finalità e obiettivi

Il progetto si è posto in sintonia con i seguenti documenti programmatici:

- Le linee guida di politica sanitaria nazionale, regionale e locale, miranti ad assicurare i LEA, con particolare riferimento agli artt. 26-28 e agli artt. 33 e 35 (cfr. DPCM 12 gennaio 2017).
- Le linee di indirizzo e gli obiettivi espressi sia dal Decreto del Commissario ad Acta – DCA 86/2016 “Piano di azione regionale per il contrasto delle dipendenze patologiche” sia dal DCA N.99/2016 “Piano regionale di programmazione dell'assistenza territoriale 2016-2018” della Regione Campania.
- La DCA 134/2016, con particolare riferimento alle indicazioni e agli obiettivi nella Linea 4, Gestione delle cronicità, e Linea 6: Piano della Prevenzione.

L'obiettivo è stato di realizzare un modello innovativo di sperimentazione di intervento precoce nel campo delle *Addiction* secondo un approccio di comunità. Del variegato panorama delle *Addiction*, è stato ritenuto prioritario concentrare l'attenzione su interventi ad alto impatto epidemiologico che riguardano due aree in particolare e cioè il consumo di alcol in gruppi di popolazione vulnerabili (minori, giovani, donne e anziani) e la diffusione del Gioco d'Azzardo Patologico (GAP) e delle dipendenze web-correlate spesso associate ad altre dipendenze.

Due sono le finalità strategiche che hanno ispirato il progetto e che sono state tra loro strettamente interdipendenti (Tabella 1).

Tabella 1. Finalità e obiettivi del progetto "Rete IPIB per l'identificazione precoce e l'intervento breve su alcol, gioco d'azzardo e altre *Addiction*" della ASL Salerno

Finalità	Obiettivi
Sviluppare e implementare un programma di formazione locale per gli operatori sanitari dell'Assistenza Primaria e dei Servizi per le Dipendenze o a essi contigui	<ul style="list-style-type: none"> – Incrementare conoscenze, abilità e motivazione dei professionisti in attività per l'identificazione precoce e la valutazione dei fattori di rischio presenti negli stili di vita attuali nella popolazione residente nel territorio dell'ASL Salerno (in particolare, il consumo di alcol e i disturbi da Gioco di Azzardo) – Costruire le basi per auto-replicare e auto-mantenere nel tempo l'attività di formazione e creare un gruppo aziendale di formatori abilitati al modello IPIB
Organizzare e attivare una rete aziendale di IPIB formata da operatori che hanno partecipato al percorso formativo IPIB ALCOL e/o IPGAP	<ul style="list-style-type: none"> – Promuovere stili di vita sani e scelte informate. – Arrestare l'evoluzione di comportamenti rischiosi o dannosi e lo sviluppo di malattie croniche non trasmissibili – Facilitare la presa in carico di comportamenti dannosi da parte dei servizi a essi deputati (pubblici e del privato sociale specializzato)

Azioni progettuali

Il progetto "Rete IPIB-ASL Salerno" si compone di tre fasi successive e interdipendenti:

- *Prima fase.* L'analisi delle risorse e delle criticità presenti sul territorio rispetto alla prevenzione e all'intervento sulle dipendenze da alcol e da *gambling/internet*, necessario per la costruzione di un percorso didattico adeguato alle caratteristiche socio-demografiche e sanitarie del territorio dell'ASL Salerno. Tale fase prevedeva la mappatura dei servizi/programmi aziendali ed extra-aziendali da coinvolgere nella successiva implementazione della Rete IPIB nei diversi territori dell'ASL in cui sarebbe stato pianificato il suo funzionamento.
- *Seconda fase.* Lo svolgimento dell'iter didattico sull'Identificazione Precoce e l'Intervento Breve sul consumo rischioso e dannoso di alcol e sul *gambling/gaming* secondo modelli standard europei.

La seconda fase è stata pianificata per promuovere la formazione e diffusione nella pratica professionale quotidiana dei programmi IPIB dei disturbi da uso di alcol e da gioco d'azzardo correlati e la metodologia dell'IPIB rivolta a ridurre le conseguenze negative del consumo di alcol, della pratica del gioco d'azzardo negli utenti dei servizi e delle strutture dell'SSN.

- *Terza fase.* La creazione e il funzionamento della rete aziendale con programmi centrati sul modello IPIB da adottare per l'identificazione precoce delle dipendenze.

Quest'ultima fase è stata prevista per favorire l'acquisizione di competenze specifiche su contenuti, modalità, tecniche e organizzazione per l'attuazione di una rete di competenze sull'IPIB e per la valorizzazione e idonea articolazione dell'intervento attraverso l'utilizzazione congrua delle differenti risorse e competenze a disposizione. Questa fase ha previsto inoltre di supportare l'avvio dell'implementazione delle pratiche IPIB attraverso la costituzione di una rete aziendale, con possibilità futura di attività di consulenza e supervisione da parte dell'ISS.

In quest'ultima fase il progetto ha proposto di concretizzare l'obiettivo di dare seguito all'implementazione con programmi territoriali IPIB sui Disturbi da Uso di Alcol (DUA) e al Gioco di Azzardo e/o ad altre *Addiction* comportamentali attraverso la creazione della predetta Rete IPIB aziendale, centrata sulla costituzione e sul funzionamento di n. 3 Poli Territoriali IPIB per l'area Nord, Centro e Sud. Le azioni progettuali sono elencate nella Tabella 2, mentre per la descrizione si rimanda al paragrafo "Sintesi delle attività e dei risultati".

Tabella 2 Azioni progettuali del progetto "Rete IPIB per l'identificazione precoce e l'intervento breve su alcol, gioco d'azzardo e altre *Addiction*" della ASL Salerno

Azione	Descrizione
1	Recepimento e implementazione del progetto formativo
2	Piano di comunicazione e promozione delle attività progettuali
3	Incontri di informazione sul progetto nelle tre macro-aree (nord, centro e sud)
4	Organizzazione Corso IPIB ALCOL – Modulo di primo livello
5	Svolgimento Corso IPIB ALCOL – Modulo di primo livello
6	Organizzazione Corso IPIB ALCOL – Modulo di secondo livello
7	Svolgimento Corso IPIB ALCOL –Modulo di secondo livello
8	Organizzazione programma IPGAP (corso di formazione su disturbi da Gioco d'Azzardo)
9	Svolgimento del Corso IPGAP
10	Organizzazione della Rete Aziendale IPIB
11	Attivazione del lavoro territoriale della rete
12	Rapporto finale di attività

Ambito Territoriale di intervento

Il progetto è stato rivolto all'intero territorio dell'ASL Salerno, comprendente 13 distretti socio-sanitari di base e 10 piani sociali di zona.

Destinatari

Il progetto è stato ideato per coinvolgere la dirigenza sanitaria aziendale nel suo complesso composta dalle seguenti figure professionali per ciascuno dei seguenti *setting*:

- Assistenza Sanitaria Primaria (Medici di medicina generale, Pediatri di libera scelta).
- Dirigenza sanitaria dei Servizi Territoriali (Medici e Psicologi) (Dipartimento dipendenze/Servizio Dipendenze (SerD), Dipartimento salute mentale (UOSM, Neuropsichiatria infantile), Dipartimento di Prevenzione (UOSD Promozione della Salute) Dipartimento emergenza urgenza/118; Sorveglianza sanitaria e medici competenti; Medicina penitenziaria, ecc.).
- Dirigenza medica delle Unità operative ospedaliere (Medicina, Gastroenterologia, Ostetricia e Ginecologia, Pronto Soccorso, Malattie infettive) e di altre strutture sanitarie convenzionate o accreditate e no-profit che possono essere ricomprese in una rete aziendale

di gestione di tali problematiche finalizzata a uso congruo ed efficace delle risorse e delle strutture a disposizione mirando agli interventi dotati del migliore rapporto costo-beneficio.

Durata del progetto

Per lo svolgimento delle attività sono stati previsti originariamente 24 mesi per la formazione, la costituzione, l'attivazione della Rete IPIB nel primo anno, la messa a regime e il monitoraggio delle attività della Rete IPIB aziendale nel secondo anno. Tuttavia, lo stesso accordo di collaborazione prevedeva un'eventuale prosecuzione, previa condivisione di intenti con la Direzione Generale aziendale, in base agli sviluppi, alle esigenze emergenti e alle risorse economiche residue disponibili, prosecuzione che c'è stata fino al 21 giugno 2021.

Il paragrafo *Sintesi delle attività e dei risultati* fornirà ulteriori dettagli sulle motivazioni della prosecuzione e la descrizione di eventuali ritardi e/o rimodulazioni.

Formazione del progetto “Rete IPIB-ASL Salerno”

Il progetto ha incluso tre iter didattici specifici:

1. formazione IPIB ALCOL di base;
2. formazione IPIB ALCOL avanzata;
3. formazione IPGAP *gambling/gaming* di base.

La formazione è stata rivolta esclusivamente al personale dell'ASL Salerno, da adattare alle esigenze della rete aziendale emergente.

Il modello teorico-pratico della formazione ha richiesto un intenso lavoro in condivisione tra l'ISS e la ASL Salerno, finalizzato a:

- Acquisire e valutare la situazione e lo status dei servizi e dell'organizzazione della ASL con i possibili modelli di rete proponibili sulla base delle risorse disponibili.
- Valutare la percorribilità delle soluzioni proponibili per la creazione di una rete dedicata, basata su specifiche risorse, e su una specifica organizzazione ispirabile alle migliori pratiche.
- Valutare congiuntamente, attraverso il coordinamento ISS-ASL Salerno, il modello *best fitting* rispetto a una programmazione con la centralità della formazione intesa come investimento centrale del piano aziendale.
- Valutare le possibili esigenze di differenziazione nei target della formazione, creare diversi standard in funzione dei livelli e degli ambiti rispetto ai quali, nei differenti contesti, attivare le giornate di formazione di base e avanzate.
- Verificare i contenuti più adatti alla formazione specifica aggiornandoli in tempo reale ai migliori prodotti derivanti dalle progettualità specifiche europee e internazionali di programmazione e prevenzione.
- Definire il formato di comunicazione e le modalità di proposta della stessa.
- Predisporre i materiali e il pacchetto standard di intervento formativo complessivo.
- Organizzare le giornate di formazione.

I corsi prevedevano inoltre di includere le seguenti attività complementari:

1. Includere la segnalazione di eventuali adattamenti da parte dei partecipanti ai corsi, di tipo ECM, nei programmi stessi a partire dal corso successivo.
2. Fornire materiali d'informazione, di sensibilizzazione, di comunicazione, strumenti utili per l'implementazione dell'IPIB nel territorio e letture consigliate di approfondimento da parte dei docenti ISS ai partecipanti a termine del percorso formativo in formato elettronico.

3. Inviare alla ASL Salerno materiale stampato di sensibilizzazione (opuscoli, brochure, locandine, eccetera) da utilizzare durante lo svolgimento dei corsi in sede, così come prevedere l'acquisizione e la ristampa in sede dello stesso material per la distribuzione a livello locale.

Tale attività si è avvalsa dell'esperienza del Centro Servizi Documentazione Alcol dell'ONA-WHO CC, ISS, *provider* delle campagne annuali di comunicazione del Ministero della Salute. Il CSDA si è attivato per l'accreditamento delle azioni come formalmente svolte e confluenti nel piano di lavoro annuale comunicato e pubblicato dalla WHO di Ginevra (Quartiere Generale) e come tali assoggettate a una valutazione indipendente di due distinti *panel* per la certificazione internazionale della qualità delle stesse.

Per il percorso didattico "IPIB ALCOL di base e avanzato – Identificazione Precoce e Intervento Breve sul consumo rischioso e dannoso di alcol e relativi programmi dei corsi, si rimanda all'Appendice B dove trova descrizione anche il recente modulo della WHO sugli atteggiamenti verso l'alcol degli operatori sanitari introdotto per la prima volta nell'ambito di corsi di formazione IPIB ALCOL sul territorio nazionale (42).

Per il percorso didattico "IPGAP – Identificazione Precoce Gioco d'Azzardo Patologico e relativo programma, si rimanda all'Appendice C.

Costruzione e attivazione della Rete IPIB aziendale

Il progetto prevedeva infine la progettazione, la pianificazione (già durante il modulo di secondo livello) e l'attivazione di una rete aziendale di operatori capaci di attivare programmi IPIB per promuovere una riduzione/cessazione di comportamenti a rischio in individui che non hanno ancora sviluppato una dipendenza; per intercettare e favorire la presa in carico presso i SerD di una vasta platea di soggetti dipendenti, ma non ancora in carico ai servizi.

Per le attività della rete, accompagnata nel suo sviluppo dal monitoraggio e dalla supervisione dell'ISS secondo un calendario condiviso tra le parti, si prevedeva il lavoro degli operatori formati al modello e di avvalersi di contributi professionali presenti all'interno dell'azienda ed esterni del mondo della solidarietà sociale e del Terzo Settore secondo modalità di lavoro idonee a creare connessioni tra servizi territoriali e ospedalieri dell'azienda e tra la ASL e la comunità locale.

Il progetto prevedeva lo sviluppo della rete su tre nodi strategici sovradistrettuali, definiti "Polo IPIB Territoriale Nord, Centro e Sud":

- Nord
 - Ambito 1: Agro Nocerino-Sarnese-Scafati-Angri
 - Ambito 2: Cava-Costa d'Amalfi- Valle dell'Irno.
- Centro
 - Ambito 1: Salerno-Pontecagnano-Picentini
 - Ambito 2: Battipaglia-Eboli-Piana del Sele-Cratere-Alburni e Valle del Calore.
- Sud
 - Ambito 1: Cilento
 - Ambito 2: Vallo di Diano e Bussento.

Per ogni polo territoriale sono state previste ubicazioni diverse presso una sede SerD o altra sede aziendale, supportato da altri servizi specialistici, sotto la regia dell'*équipe* centrale di coordinamento della rete, avvalendosi dell'azione degli operatori formati nel modulo di secondo livello dell'iter didattico IPIB ALCOL e dell'iter IPGAP.

A ogni polo spettava di svolgere i seguenti compiti:

- supportare i programmi IPIB realizzati dagli operatori addestrati;

- promuovere informazione, sensibilizzazione, formazione e coinvolgimento operativo di vari operatori locali nello sviluppo di programmi di prevenzione e tutela della salute nelle varie fasce di popolazione e in vari contesti lavorativi, sociali e culturali.

SINTESI DELLE ATTIVITÀ E DEI RISULTATI

Fase 1. Analisi delle risorse e delle criticità presenti sul territorio rispetto alla prevenzione e agli interventi sulle dipendenze da alcol e da *gambling/gaming* (ASL Salerno)

La fase 1 del progetto relativa all'analisi delle risorse e delle criticità presenti sul territorio rispetto alla prevenzione e agli interventi sulle dipendenze da alcol e da *gambling/gaming* è stata svolta dalla ASL Salerno in collaborazione con l'ISS. La Tabella 3 elenca le principali azioni, tutte a termine, di questa fase.

Tabella 3. Elenco delle azioni della fase 1 "Analisi delle risorse e delle criticità presenti sul territorio rispetto alla prevenzione e agli interventi sulle dipendenze da alcol e da gioco d'azzardo/videogiochi"

Azione	Definizione
Azione 1	Recepimento e implementazione del progetto formativo
Azione 1.a	Recepimento e formalizzazione della proposta formativa
Azione 1.b	Redazione e stipula accordo di collaborazione tra ASL Salerno e ISS
Azione 1.c	Costituzione formale di un Gruppo di Lavoro paritetico ASL Salerno/ISS deputato alla implementazione operativa del progetto
Azione 1.d	Progettazione della fase propedeutica al lavoro didattico: ricerca e mappatura di bisogni e risorse del territorio
Azione 1.e	Esecuzione della ricerca
Azione 1.f	Valutazione della ricerca
Azione 1.g	Progettazione dell'iter didattico sulla base dei risultati della ricerca
Azione 2	Piano di comunicazione e promozione delle attività progettuali
Azione 2.a	Stesura del piano di comunicazione
Azione 2.b	Preparazione del materiale di promozione
Azione 2.c	Divulgazione del progetto nelle sedi distrettuali e ospedaliere, sul sito Web aziendale e social network
Azione 3	Incontri di informazione sul progetto nelle tre macro-aree (Nord, Centro e Sud)
Azione 3.a	Preparazione materiale di pubblicizzazione
Azione 3.b	Realizzazione degli incontri nei Distretti e negli Ospedali

Risultati della fase 1

I risultati e le criticità riscontrate nello svolgimento delle azioni previste nella fase 1, sono stati elaborati e riassunti dal personale della ASL Salerno.

In sintesi, tutte le azioni collegate alla mappatura dei bisogni e delle risorse del territorio hanno evidenziato come esse siano state fortemente condizionate dal regime di commissariamento della sanità in regione Campania, con il blocco del *turn over* e la carenza di personale. Ciò ha di fatto rappresentato un grave problema per il reclutamento e il coinvolgimento di risorse sufficienti per il suo automantenimento attraverso un livello di base e uno avanzato di formazione.

La mappatura delle risorse umane da coinvolgere nella formazione ha evidenziato discrepanze significative tra i dati relativi al numero di dipendenti effettivamente in servizio rilevato nel rapporto aziendale (datato 2015) e la situazione reale dell'organico nel 2017 (anno di avvio del progetto) in cui il personale andato in pensione/ trasferito non è stato rimpiazzato con nuove assunzioni.

Già al termine del primo livello di formazione si sono registrate defezioni dovute appunto alla messa in quiescenza, alla malattia o al trasferimento di operatori non più disponibili per il prosieguo delle attività progettuali.

Malgrado tali criticità, il cronoprogramma prestabilito, fino all'insorgenza della pandemia da COVID-19, è stato sostanzialmente rispettato con alcuni ritardi amministrativi imputabili al fatto che il progetto, a partire da marzo 2018 è stato assunto all'interno della programmazione delle attività del nuovo Dipartimento delle Dipendenze.

Per quanto concerne le attività di comunicazione, informazione e sensibilizzazione, rispetto alle previsioni iniziali, sono stati coinvolti circa i due terzi del numero di dipendenti aziendali individuati come idonei e arruolabili alla formazione IPIB.

L'attività di comunicazione nello specifico è stata costante ed efficace nel favorire la partecipazione dei corsisti alla formazione.

A tal proposito, e come vedremo successivamente per le attività della fase 2, il reclutamento di personale aziendale per le attività formative è comunque andato a buon fine in quanto ha coinvolto nella formazione di primo livello un numero di professionisti in linea con quanto atteso in termini numerici, professionisti che per più del 50% dei casi, al termine della formazione di primo livello, si sono dichiarati disponibili alla prosecuzione del percorso di addestramento e di abilitazione al programma IPIB, salvo cambiamenti del loro status lavorativo (leggi quiescenza, trasferimenti in altre ASL, ecc.).

Criticità riscontrate e eventuali azioni intraprese nella fase 1

L'attività di mappatura dei servizi è stata complessa e ha richiesto più tempo del previsto per almeno quattro ordini di motivi:

1. Esiguità degli organici a causa della perdita di diverse unità per pensionamento e mancanza di *turn over*
2. Difficoltà ad assicurare continuità al progetto e alle attività di rete
3. Lentezza nella comunicazione/sensibilizzazione dei ruoli professionali interessati per la complessa geomorfologia e estensione del territorio aziendale
4. Ampliamento dei target da coinvolgere nelle attività (la medicina penitenziaria e le unità operative ospedaliere)

I settori e le specialità censite e sensibilizzate sono stati i seguenti:

- la Medicina territoriale: Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta (MMG e PLS); Servizio materno infantile; Geriatria; Ginecologia; Neuropsichiatria infantile e Unità operative di salute mentale; SerD; Sorveglianza sanitaria; Medicina penitenziaria; Emergenza/Urgenza – 118;
- gli ospedali: Pronto soccorso, Medicina interna; Gastroenterologia; Malattie infettive; Ginecologia; Traumatologia.

Fase 2. Iter didattico sull'Identificazione Precoce e l'Intervento Breve – IPiB sul consumo rischioso e dannoso di alcol e sul *gambling/gaming*

La fase 2 del progetto è stata quella relativa all'organizzazione e svolgimento delle attività didattiche a livello locale sull'IPiB sul consumo rischioso e dannoso di alcol e sui disturbi da gioco d'azzardo, svolta dall'ISS in collaborazione con l'ASL Salerno, con una serie di attività di seguito riportate nella Tabella 4.

Tabella 4. Elenco delle azioni della fase 2 "Iter didattico sull'Identificazione Precoce e l'intervento Breve – IPiB sul consumo rischioso e dannoso di alcol e sul *gambling/gaming*"

Azione	Definizione
Azione 4	Organizzazione Corso IPiB ALCOL – Modulo di primo livello
Azione 4.a	Inseadimento staff tecnico-scientifico
Azione 4.b	Pianificazione calendario corsi
Azione 4.c	Individuazione delle sedi
Azione 4.d	Acquisizione della strumentazione didattica
Azione 4.e	Predisposizione del materiale didattico
Azione 4.f	Reclutamento dei corsisti
Azione 5	Svolgimento Corsi IPiB ALCOL – Modulo di primo livello
Azione 5.a	Incontro pre-corso dello staff per la preparazione dell'evento
Azione 5.b	Attività di docenza secondo il programma
Azione 5.c	Incontro post corso dello staff per la valutazione del lavoro didattico
Azione 6	Organizzazione Corso IPiB ALCOL – Modulo di secondo livello
Azione 6.a	Accreditamento evento (ECM)
Azione 6.b	Pubblicizzazione evento
Azione 6.c	Reclutamento dei corsisti
Azione 6.d	Preparazione del materiale didattico
Azione 7	Svolgimento Corso IPiB ALCOL –Modulo di secondo livello
Azione 7.a	Incontro dello staff per la preparazione dell'evento
Azione 7.b	Attività di docenza secondo il programma
Azione 7.c	Attività di consulenza e monitoraggio nella progettazione della Rete Aziendale IPiB
Azione 7.d	Incontro post-corso dello staff per la valutazione del lavoro didattico
Azione 8	Organizzazione programma IPGAP: Corso di formazione sul GAP
Azione 8.a	Organizzazione Gruppo di Lavoro misto ASL/ISS
Azione 8.b	Pianificazione dell'intervento formativo
Azione 8.c	Accreditamento evento (ECM)
Azione 8.d	Pubblicizzazione del corso attraverso incontri di informazione sul progetto per ogni macro-area (Nord, Centro, Sud) e i canali multimediali
Azione 8.e	Reclutamento dei corsisti
Azione 8.f	Preparazione del materiale didattico
Azione 9	Svolgimento Corso IPGAP
Azione 9.a	Incontro pre-corso dello staff per la preparazione dell'evento
Azione 9.b	Attività di docenza secondo il programma
Azione 9.c	Incontro post-corso dello staff per la valutazione del lavoro didattico

Risultati della Fase 2

Tutte le attività previste dalle azioni del programma, con alcune rimodulazioni dovute all'emergenza COVID-19, sono state portate a termine dall'ISS nei tempi e nelle modalità concordate con la controparte locale.

L'iter didattico nel complesso è consistito nella programmazione e nello svolgimento di 16 corsi di cui 13 in presenza sul territorio (Salerno e provincia) e 3 a distanza (Tabella 5).

Più in particolare, le attività delle azioni 4-5 (corsi alcol base) sono state svolte quasi interamente con corsi in presenza (13 corsi per 331 partecipanti in presenza e 1 corso per 21 partecipanti a distanza) per un totale di 14 corsi e 352 partecipanti che hanno portato a termine la formazione. Le attività delle azioni 6-7 (corsi alcol avanzato) e 8-9 (corsi IPGAP gioco d'azzardo), sono state rimodulate a 2 corsi così come concordato con la dirigenza della ASL Salerno in conseguenza dell'emergenza COVID-19 (uno su alcol avanzato e uno sul *gambling/gaming* di base per un totale di 74 partecipanti che hanno portato a termine la formazione, 42 e 32 rispettivamente); tali corsi sono stati ripetutamente spostati di data nel tentativo di poterli svolgere in presenza, alla fine costretti a rimodularli e svolgerli a distanza.

Tabella 5. Elenco di tutti gli eventi formativi effettuati (alcol e *gambling/gaming* per data, tipologia e località

	Data	Tipologia	Sede
1	22.05.2018	Alcol base	Salerno
2	22.05.2018	Alcol base	Agropoli
3	23.05.2018	Alcol base	Agropoli
4	23.05.2018	Alcol base	Salerno
5	19.10.2018	Alcol base	Sapri
6	19.10.2018	Alcol base	Nocera inferiore
7	20.10.2018	Alcol base	Sapri
8	08.03.2019	Alcol base	Nocera Inferiore
9	08.03.2019	Alcol base	Eboli
10	09.03.2019	Alcol base	Capaccio Scalo
11	17.10.2019	Alcol base	Vallo della Lucania
12	17.10.2019	Alcol base	Salerno
13	16.11.2019	Alcol base	S. Arsenio
14	18.02.2021	Alcol base	Effettuato a distanza
15	04.05.2021	<i>Gambling/gaming</i> base	Effettuato a distanza
16	12-13.07.2021	Alcol avanzato	Effettuato a distanza

Ciò ha richiesto di rivedere interamente il programma e il materiale didattico adattandolo alle circostanze e alle necessità locali: un unico corso sul *gambling/gaming* e uno sull'alcol avanzato, includendo tutti gli interessati dell'azienda, superando all'occorrenza il limite fissato a 40 partecipanti per corso, eliminando i *role playing*, mantenendo alcune esercitazioni pratiche guidate dal docente facilitando per quanto possibile l'interazione con i partecipanti per esempio tramite chat. In questa sezione sono riportati i principali risultati della formazione IPIB, limitatamente per i corsi sull'alcol, di base, in presenza, relativamente a coloro che hanno portato a termine l'intero programma di formazione.

A completamento, seguirà una sintesi delle attività e le riflessioni emerse dal corso IPIB alcol avanzato e le attività svolte nell'ambito dell'iter didattico relativo all'identificazione precoce e intervento breve sul *gambling/gaming*.

A. Corsi IPIB ALCOL di base

Un totale di 352 dipendenti della ASL Salerno (13 corsi) ha partecipato e portato a termine il programma di formazione sull'IPIB ALCOL di base. Di seguito è presentato quanto analizzato ed emerso dal programma di formazione relativamente ai soli corsi di base alcol in presenza per un totale di 331 partecipanti.

La distribuzione dei partecipanti ai corsi alcol di base per genere è stata la seguente: 201 (60,9%) donne e 129 uomini (39,1%) (un dato mancante). L'età media dei partecipanti è stata di $54,21 \pm 9,041$ anni, l'età mediana è 56 anni, l'età modale è pari a 63 anni (33 persone) (Figura 1).

Come si evince dalla figura, il partecipante più giovane che ha frequentato i corsi IPIB ALCOL di base ha 24 anni, il più anziano 67 anni. Analizzando nel dettaglio la distribuzione per età dei partecipanti, solo un quarto di essi aveva meno di 50 anni (1° quartile=1Q); un quarto aveva più di 61 anni (3° quartile=3Q). L'età media dei partecipanti è statisticamente più alta tra gli uomini rispetto alle donne [$56,7 \pm 9,852$ vs $52,6 \pm 8,069$; $p < 0,001$].

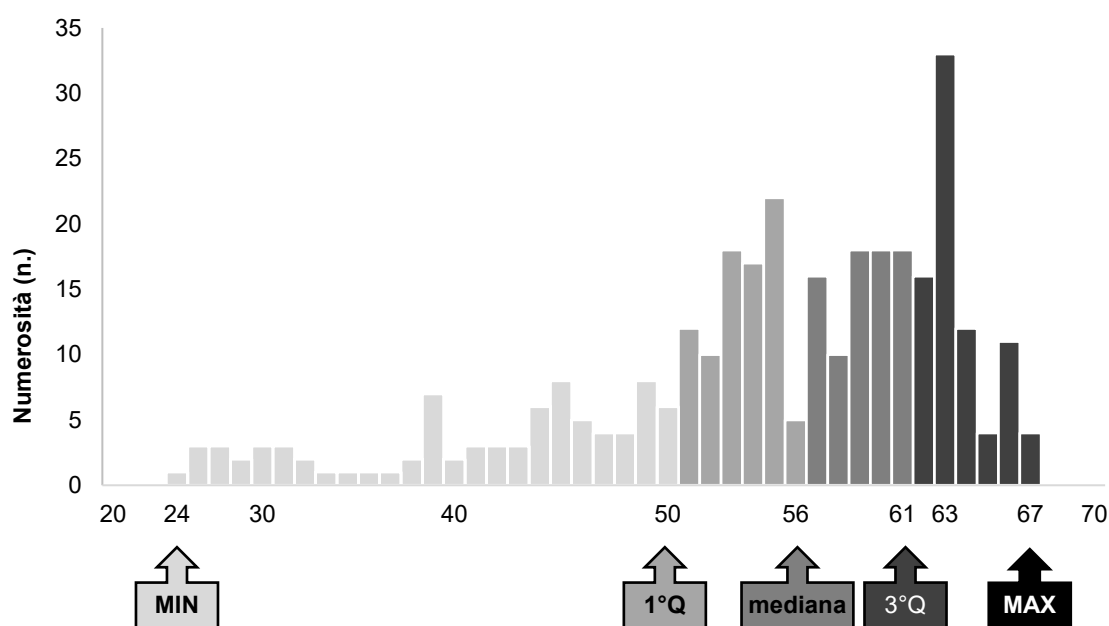


Figura 1. Distribuzione per età dei partecipanti ai corsi IPIB ALCOL di base della provincia di Salerno (n=331)

La distribuzione percentuale delle figure professionali ai corsi IPIB ALCOL è stata la seguente: per circa la metà medici, un quarto infermieri, ostetriche, tecnici della riabilitazione, a seguire, assistenti sociali, psicologi/counsellor e sociologi/educatori.

È stata evidenziata una diversità di genere nell'ambito delle figure professionali che hanno preso parte ai corsi ($\chi^2=31,113$ $p < 0,001$): il 63,6% degli uomini sono medici (34,8% donne) mentre la percentuale di donne è superiore a quella degli uomini per la figura professionale "assistenti sociali/educatori" (22,9% vs 7,0%) e per quella "psicologi/counsellor" (16,4% vs 7,8%) (Figura 2). Come anticipato, al modello standard dei corsi IPIB ALCOL di base è stato inserito, quale elemento innovativo nazionale, il modulo (questionario) del nuovo manuale di formazione IPIB della WHO sugli atteggiamenti verso l'alcol degli operatori sanitari (42).

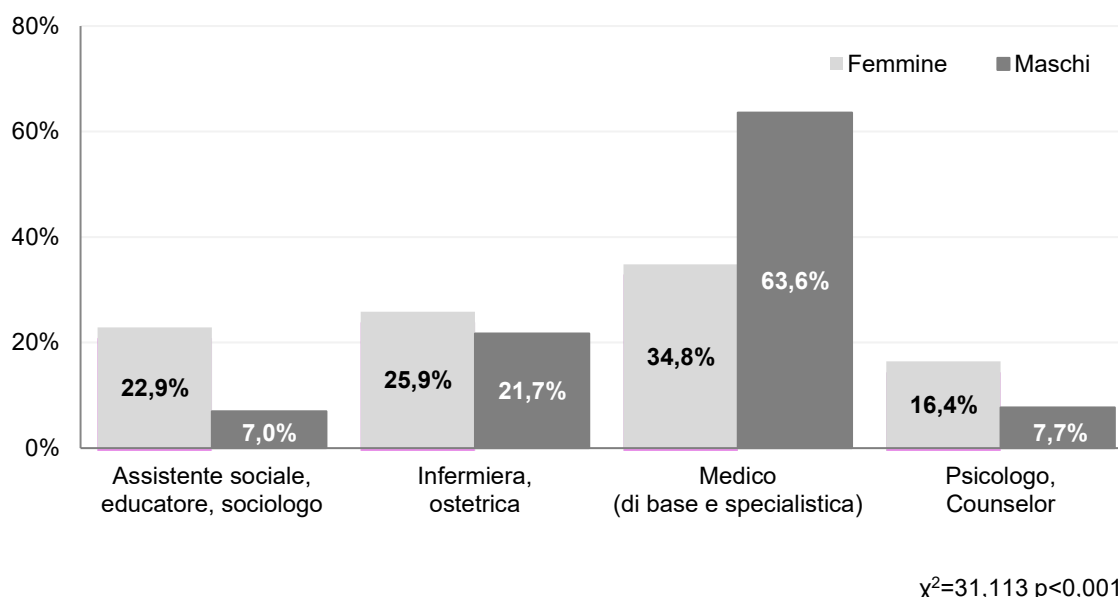


Figura 2. Distribuzione (%) per sesso e professione dei partecipanti ai corsi IPIB ALCOL di base della provincia di Salerno (n=331)

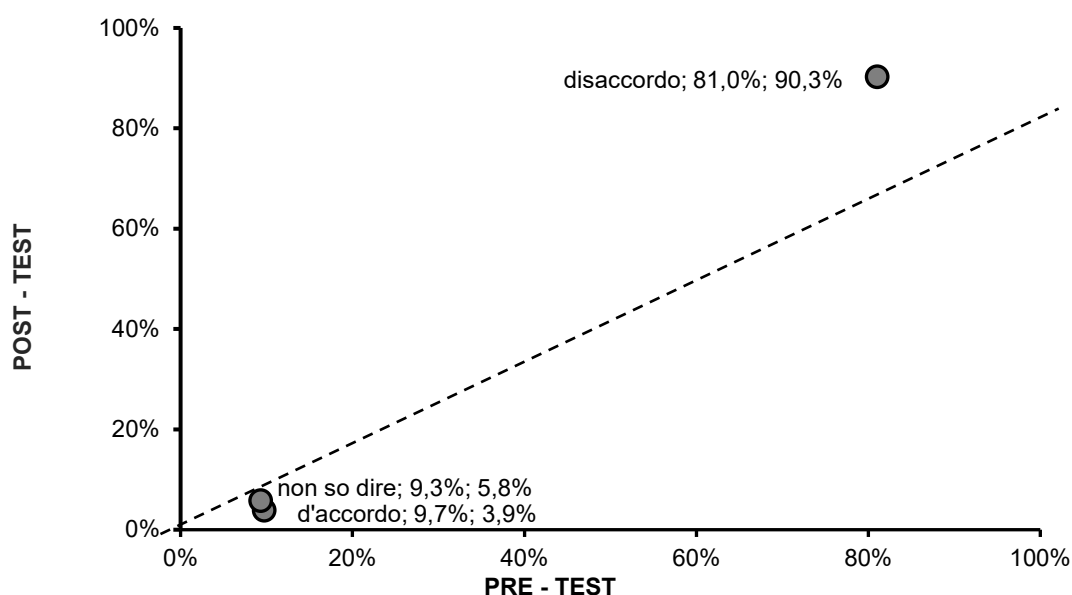
A tal riguardo, tale modello è il risultato di 30 anni di ricerca internazionale/nazionale che hanno reso disponibili modalità e strumenti efficaci in termini di rapporto costo-beneficio per la prevenzione alcol-correlata. Ciò nonostante in Italia (rispetto a Paesi europei quali il Regno Unito, la Spagna) è ancora scarsa l'implementazione e sensibilizzazione all'adozione dell'IPIB sia per un anacronistico *gap* conoscitivo dei medici, che per l'oggettiva mancanza di formazione da parte delle strutture sanitarie che dovrebbero garantire abilità, competenze e legittimità di ruolo (26).

Oltre a ciò (da cui l'importanza del modulo) è noto che gli atteggiamenti verso l'alcol possono influenzare l'utilizzo dell'IPIB nella pratica quotidiana così come che gli atteggiamenti si modificano con la formazione da cui la necessità di quest'ultima a livello nazionale e di facilitare gli operatori all'utilizzo degli strumenti esistenti. Al questionario, a 12 affermazioni sugli atteggiamenti degli operatori sanitari verso l'alcol, si esprime il grado di accordo/disaccordo dei partecipanti a inizio e fine corso. La Tabella 6 riassume l'accordo/disaccordo alle 12 affermazioni.

Successivamente, le singole affermazioni sono sintetizzate distintamente con le principali riflessioni emerse dalla discussione. A quest'ultimo riguardo, si segnala che in buona parte le riflessioni/discussioni emerse sono state in linea con quelle poste come esempio didattico nel nuovo manuale di formazione IPIB della WHO (42) e descritte come influenti sugli atteggiamenti verso l'alcol degli operatori sanitari. Come effetto della formazione è aumentata la percentuale di coloro che inizialmente erano in disaccordo con l'affermazione "1. Tutti noi dobbiamo morire di qualcosa, dovremmo quindi goderci la vita e non preoccuparci troppo degli stili di vita consigliati" (dall'81,0% al 90,3%), sono diminuiti del 59,8% coloro che erano d'accordo con l'affermazione e sono diminuiti del 37,6% gli indecisi (Figura 3).

Tabella 6. Grado di accordo/disaccordo (in percentuale) alle 12 affermazioni sugli atteggiamenti degli operatori sanitari verso l'alcol (n=331)

Affermazioni sugli atteggiamenti degli operatori verso l'alcol		Pre-test		Post-test		Diff. (%)	
		n.	%	n.	%		
1	Tutti noi dobbiamo morire di qualcosa, dovremmo quindi goderci la vita e non preoccuparci troppo degli stili di vita consigliati	d'accordo	32	9,7	13	3,9	-59,4
		non so dire	31	9,3	19	5,8	-37,6
		disaccordo	268	81,0	299	90,3	11,6
2	Le avvertenze sulla salute cambiano così spesso che non c'è ragione di cercare di seguirle	d'accordo	25	7,6	11	3,3	-56,0
		non so dire	52	15,7	26	7,9	-50,0
		disaccordo	254	76,7	294	88,8	15,7
3	È facile notare qualcuno che consuma troppo alcol	d'accordo	188	56,8	190	57,6	1,4
		non so dire	93	28,1	70	21,2	-24,5
		disaccordo	50	15,1	70	21,2	40,4
4	I problemi dell'alcol colpiscono bambini e giovani in modi diversi da quanto fa il fumo	d'accordo	149	45,0	166	50,1	11,3
		non so dire	87	26,3	28	8,5	-67,8
		disaccordo	95	28,7	137	41,4	44,2
5	Bere fino all'eccesso è parte della nostra cultura e lo resterà	d'accordo	21	6,3	13	3,9	-38,1
		non so dire	54	16,3	24	7,3	-55,6
		disaccordo	256	77,4	294	88,8	14,8
6	È una scortesie non unirsi agli altri se ci viene offerta una bevanda (alcolica) quando siamo in compagnia di altri	d'accordo	25	7,5	8	2,4	-67,8
		non so dire	37	11,2	20	6,0	-45,9
		disaccordo	269	81,3	303	91,6	12,7
7	Tutta questa storia sull'alcol perde di vista il nocciolo del problema - le droghe causano problemi maggiori	d'accordo	33	9,9	24	7,3	-26,8
		non so dire	31	9,4	10	3,0	-67,7
		disaccordo	267	80,7	297	89,7	11,2
8	Il concetto di unità alcolica è troppo complicato perché la popolazione in generale possa capire	d'accordo	89	26,9	58	17,5	-34,8
		non so dire	111	33,5	51	15,4	-54,1
		disaccordo	131	39,6	222	67,1	69,5
9	L'alcol ti rilassa quando sei stressato	d'accordo	48	14,5	38	11,5	-20,8
		non so dire	56	16,9	28	8,4	-50,4
		disaccordo	227	68,6	265	80,1	16,7
10	Uomini e donne bevono in maniera differente, pensano all'alcol in maniera differente, e vengono giudicati in maniera differente per il loro consumo	d'accordo	158	47,7	164	49,9	4,4
		non so dire	54	16,3	35	10,6	-34,8
		disaccordo	119	36,0	130	39,5	9,9
11	I forti bevitori non cambieranno il loro comportamento dopo un intervento breve; avranno bisogno di un trattamento specialistico intensivo	d'accordo	267	80,9	195	58,9	-27,2
		non so dire	30	9,1	38	11,5	26,3
		disaccordo	33	10,0	98	29,6	196,1
12	Non è giusto consigliare a qualcuno di diminuire il suo consumo di alcol quando questo è il suo principale piacere nella vita	d'accordo	24	7,3	13	3,9	-46,0
		non so dire	28	8,5	12	3,6	-57,3
		disaccordo	278	84,2	306	92,5	9,8

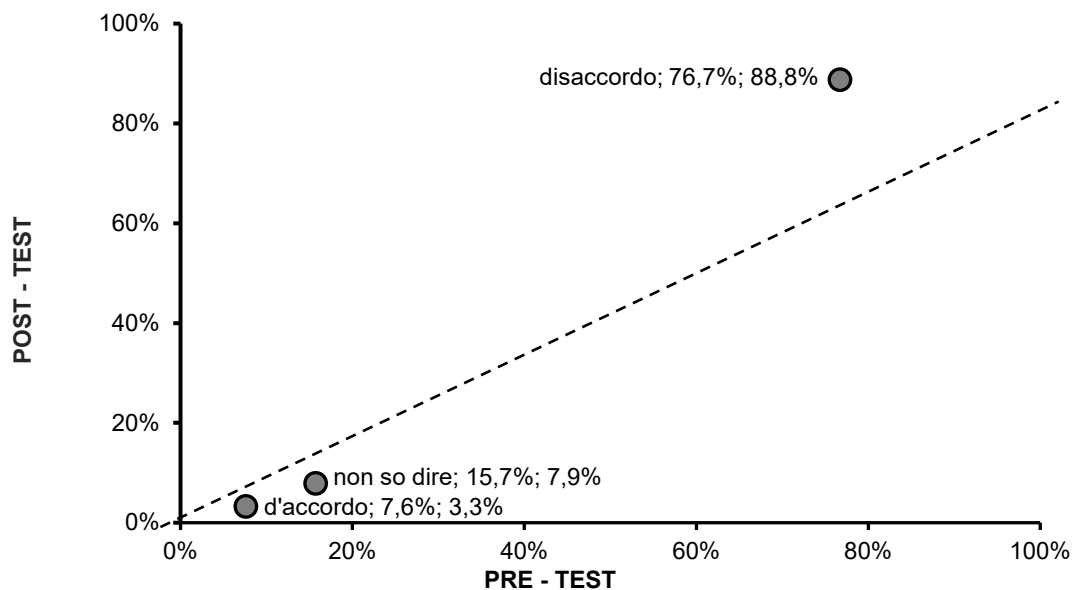


**Figura 3. Grado di accordo /disaccordo pre e post corso all'affermazione:
"1. Tutti noi dobbiamo morire di qualcosa, dovremmo quindi goderci la vita
e non preoccuparci troppo degli stili di vita consigliati"**

Le riflessioni associate a questa affermazione sono state le seguenti:

- Sono diversi i valori sugli stili di vita, la salute e i rischi associati, ma non per tutti sono scelte informate. L'IPIB facilita i soggetti a considerare se i propri consumi sono entro i limiti suggeriti dalle linee guida nutrizionali nazionali come a minor rischio e a fare scelte informate, assumendosi responsabilmente il rischio associato al consumo, sapendo che il rischio è zero soltanto in assenza di consumo.
- Ciascun individuo è diverso e le scelte dei pazienti possono essere diverse da quelle dei professionisti. Pertanto, è importante che i professionisti sanitari mantengano distinta la propria visione da quella dei loro pazienti, e che nulla sia dato per scontato di fronte al processo di cambiamento comportamentale del soggetto.
- È importante ricordare che di fronte a un cambiamento comportamentale ci sono individui che vogliono decidere da soli e dichiarano di avere il potere di cambiare se lo ritengono necessario; altri che vogliono che si dica loro cosa devono fare; altri ancora che pensano che sia il professionista al comando e non vogliono essere coinvolti nel processo decisionale.
- I risultati in termini di cambiamento comportamentale sono maggiori nel caso in cui i soggetti partecipano in maniera condivisa a tutto il processo decisionale.

I partecipanti inizialmente in disaccordo con l'affermazione "2. Le avvertenze sulla salute cambiano così spesso che non c'è ragione di cercare di seguirle" erano il 76,7%, a fine corso l'88,8%. La formazione ha anche ridotto la percentuale dei partecipanti d'accordo con l'affermazione (-56,6%) e degli indecisi (non so dire= -49,7%) (Figura 4).



**Figura 4. Grado di accordo /disaccordo pre e post corso all'affermazione:
"2. Le avvertenze sulla salute cambiano così spesso che non c'è ragione di cercare di seguirle"**

Le riflessioni associate a questa affermazione sono state le seguenti:

- Le linee guida sul consumo differiscono da paese a paese in quanto dipendono da come sono state sviluppate, se c'è stato un processo scientifico, se è stato considerato il rischio assoluto o relativo, se sono stati considerati i cosiddetti "benefici dell'alcol" sulla salute, e a quale livello sono stati calcolati i danni acuti e cronici.
- Le avvertenze cambiano sulla base delle evidenze scientifiche sugli effetti dannosi associati a particolari forme di comportamento ed è un bene che le avvertenze siano aggiornate periodicamente.
- È necessario considerare chi produce le avvertenze sulla salute a livello nazionale (es. le linee guida sul consumo di alcol) governi, organismi sanitari, ecc.
- La comunicazione sulle raccomandazioni sulla salute alla popolazione deve rispettare regole precise; i messaggi devono essere chiari.
- I rischi alcol-correlati per la salute non sono di secondaria importanza rispetto ad altri (es. il fumo).
- Maggiore è il consumo, maggiore è il rischio di danno (rischio zero-consumo zero).

Rispetto all'affermazione "3. È facile notare qualcuno che consuma troppo alcol", diversamente dalle precedenti affermazioni, il grado di accordo è stato moderato ($k=0,531$; $p<0,001$) e gli effetti della formazione minimi. Le persone che inizialmente erano d'accordo con questa affermazione sono rimaste pressochè stabili; sono invece leggermente diminuiti quelli che non avevano espresso un'opinione (non so dire=-24,6%) e sono aumentati dal 15,1% al 21,2% (+40,4%) quelli che erano in disaccordo (Figura 5).

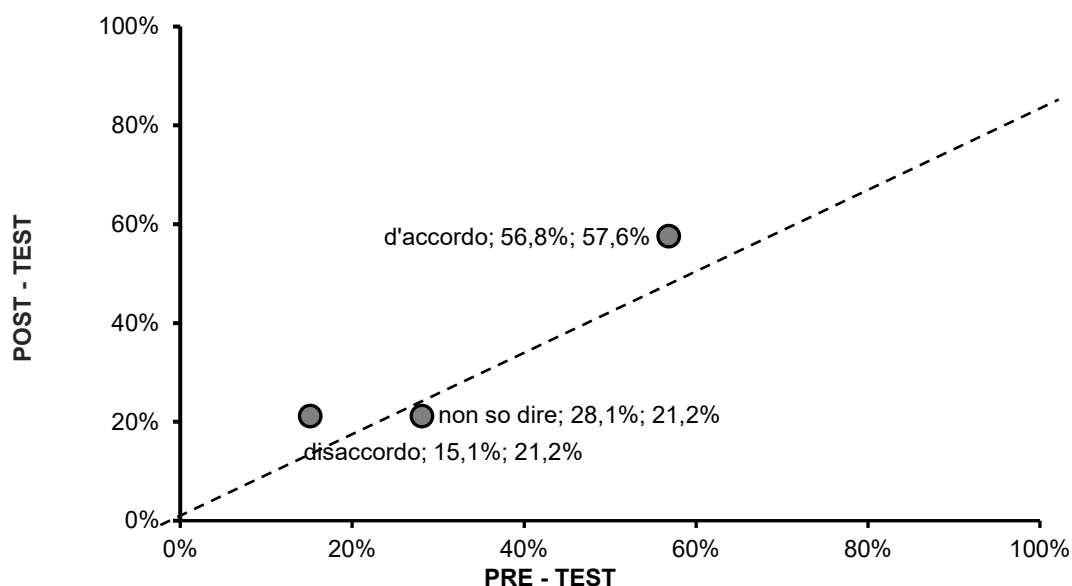


Figura 5. Grado di accordo /disaccordo pre e post corso all'affermazione: "3. È facile notare qualcuno che consuma troppo alcol"

Le riflessioni associate a questa affermazione sono state le seguenti:

- "Troppo" esprime un giudizio, è un'opinione soggettiva che può generare resistenze nei pazienti piuttosto che incoraggiarli a collaborare. Più che "troppo" è preferibile riassumere i rischi associati al consumo e chiedere ai pazienti cosa ne pensano.
- Alcuni consumano alcol a un livello tale da mettere a rischio la loro salute senza manifestarlo esteriormente: un consumo eccedentario di alcol può essere rischioso per la salute a lungo termine senza causare ubriachezza o essere associato a segni di intossicazione (da cui l'importanza di applicare l'IPIB a tutti i pazienti, indipendentemente dal loro livello di consumo).
- Il consumo episodico eccessivo (*binge drinking*) è un fattore di rischio per incidenti stradali, ferite, violenza, incendi, annegamenti e altri episodi violenti, anche se la consapevolezza dei rischi e danni alcol-correlati è inferiore, essendo occasionale, rispetto al consumo eccedentario giornaliero.
- Gli operatori sanitari non devono dare per scontato le probabilità di un consumo di alcol rischioso per alcuni gruppi (sesso, etnie, religiose o gruppi di età diversi).

Dalla discussione è emerso che la domanda, verosimilmente formulata per focalizzare il concetto dell'importanza di contare le unità consumate (piuttosto che riferirsi ad altri criteri di valutazione di consumo) è di difficile comprensione se non adeguatamente introdotta.

Anche in questo caso, rispetto all'affermazione "4. I problemi dell'alcol colpiscono bambini e giovani in modi diversi da quanto fa il fumo" il grado d'accordo a inizio e fine corso è moderato ($k=0,504$; $p<0,001$). Coloro che sono d'accordo con l'affermazione aumentano dell'11,3% e rappresentano la percentuale più elevata dei partecipanti. Tuttavia, aumentano a fine corso le persone in disaccordo (Figura 6).

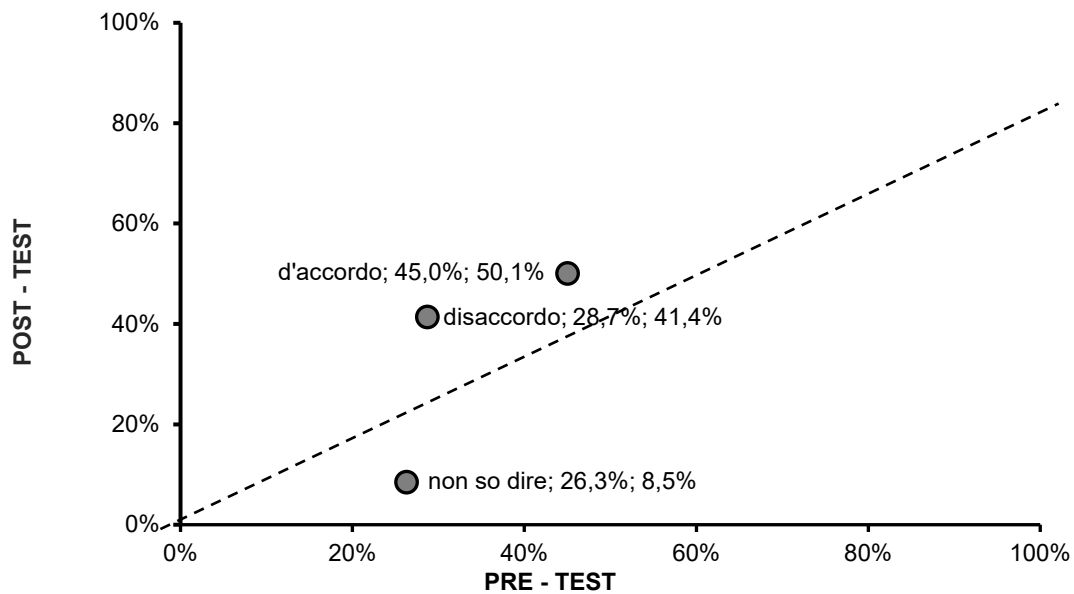


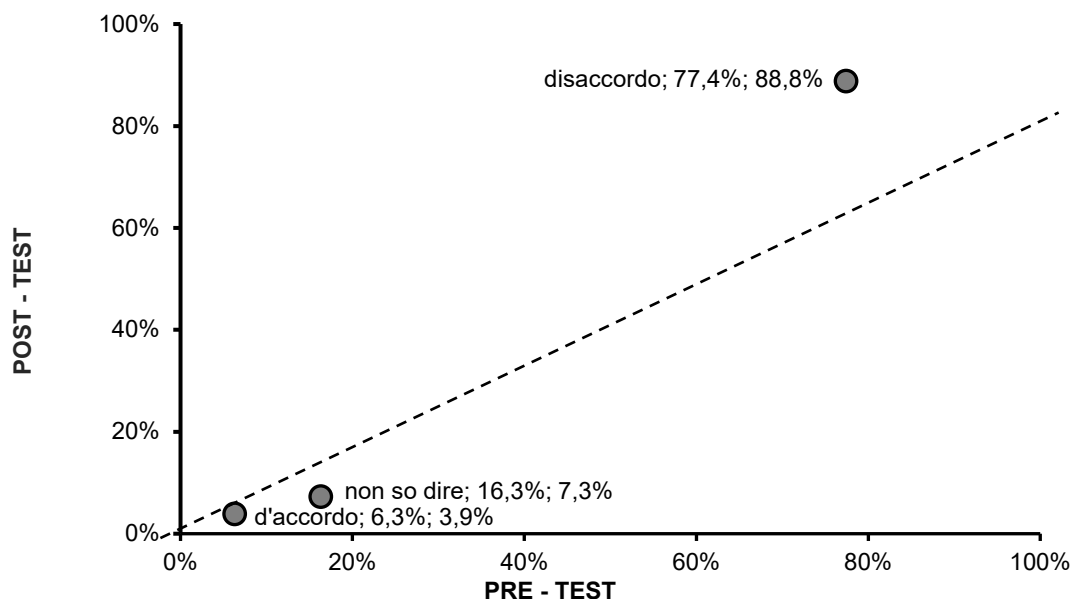
Figura 6. Grado di accordo /disaccordo pre e post corso all'affermazione "4. I problemi dell'alcol colpiscono bambini e giovani in modi diversi da quanto fa il fumo"

Le riflessioni sono state le seguenti:

- Il consumo di alcol causa morte e disabilità in una fase precoce della vita.
- L'alcol è la prima causa di morte (da incidenti stradali) per i giovani. Il fumo è causa di danni e cronicità in età più avanzata.
- L'alcol, e non il fumo, è associato a violenza, incidenti, aggressioni e suicidio.
- I bambini che vivono con genitori o membri in famiglia con problemi di alcol possono subire danni per abbandono fisico o emotivo, difficoltà materiali e stigma dovuto all'alcol. In casi estremi, possono essere esposti a violenza familiare interpersonale.

Quindi, sebbene le riflessioni associate alla domanda siano state pertinenti, sembrerebbe poter dire che nella risposta non è stato tenuto in considerazione che l'alcol è associato a danni acuti oltre che cronici; che l'alcol è prima causa di morte nei giovani da incidenti stradali, che i danni da alcol acuti e cronici possono essere causati a sè stessi e verso terzi, sanitari e sociali, cosa che generalmente non è presente con il fumo.

Coloro che sono in disaccordo con l'affermazione "5. Bere fino all'eccesso è parte della nostra cultura e lo resterà" a termine corso aumentano a quasi il 90% dei partecipanti. A fronte di questo aumento si osserva un dimezzamento degli indecisi (-56,6%) e di coloro che erano d'accordo con l'affermazione, dal 6,3% al 3,9% (Figura 7).



**Figura 7. Grado di accordo /disaccordo pre e post corso all'affermazione:
"5. Bere fino all'eccesso è parte della nostra cultura e lo resterà"**

Tra le riflessioni di rilievo:

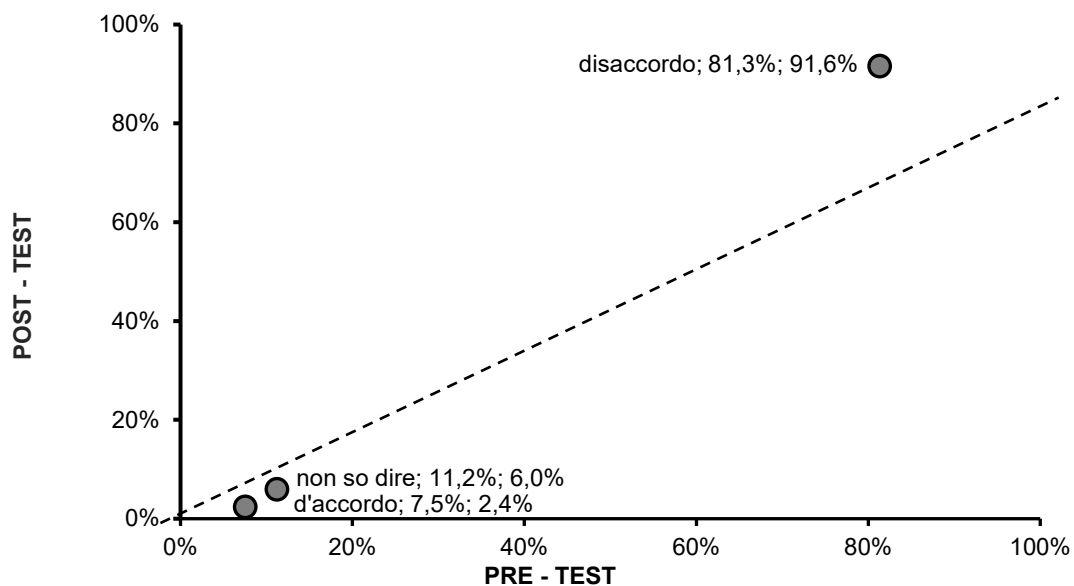
- Nel mondo sono diverse le culture sull'alcol ma il consumo «eccessivo» non è ben visto ovunque, in alcuni gruppi etnici e religioni addirittura scoraggiato
- Il monitoraggio sul consumo di alcol nazionale ci dice che ci sono astemi, consumatori a basso rischio e un gruppo di popolazione che ne consuma in grandi quantità
- I consumi di alcol nella popolazione cambiano nel tempo (conflitti, recessioni, pandemie); per le politiche (prezzo e tassazione, disponibilità e controllo sul marketing riducono il consumo), cambiano le modalità e i luoghi ove si consumano bevande nel tempo e le preferenze tra bevande. Ci sono anche effetti di coorte che modificano i livelli di consumo man a mano che in una popolazione una generazione con un dato consumo cresce, invecchia e muore.

Rispetto all'affermazione "6. È una scortesia non unirsi agli altri se ci viene offerta una bevanda (alcolica) quando siamo in compagnia", dopo i corsi sono aumentati i partecipanti in disaccordo (dall'81,3 al 91,6%) con un incremento rispetto all'inizio dei corsi del 12,7%.

Inoltre, diminuiscono gli indecisi (-45,9%) e coloro che erano invece d'accordo con l'affermazione, che sono passati dal 7,5% al 2,4% (Figura 8).

Tra le riflessioni da segnalare:

- Ci sono contesti in cui è considerato scortese rifiutare una bevanda offerta, si è in difficoltà a dire «basta» dopo una unità, a essere sobri in compagnia di bevitori.
- È necessario che i pazienti identifichino le pressioni sociali al bere e vengano facilitati nello sviluppo di strategie per fronteggiare le situazioni ad alto rischio.
- Se preferito, il soggetto potrà essere supportato a identificare strategie che non apportano cambiamenti radicali al proprio stile di vita (es. cambiare tipo e quantità di bevanda scelta, oppure evitare situazioni dove l'eccedenza è più probabile).



**Figura 8. Grado di accordo /disaccordo pre e post corso all'affermazione:
"6. È una scortesìa non unirsi agli altri se ci viene offerta una bevanda (alcolica)
quando siamo in compagnia"**

Con la formazione sono aumentate le persone in disaccordo con l'affermazione "7. Tutta questa storia sull'alcol perde di vista il nocciolo del problema – le droghe causano maggiori problemi" (l'89,7% dei partecipanti con un incremento del 11,2%) e diminuiti gli indecisi (dal 9,4% al 3%) e coloro in accordo (-26,8%) (Figura 9). Non molte le riflessioni trattandosi di corsi sull'alcol. Alcune sono di seguito riportate:

- L'uso di alcune droghe illegali ha un rischio immediato maggiore di overdose o di infezioni. Tuttavia in molti paesi i costi per la società dei problemi alcol-correlati superano di gran lunga quelli da droghe illegali, a causa del numero di persone che consumano alcol. Il consumo di alcol è responsabile di un maggiore carico di malattia e morti premature rispetto a patologie, quali asma e diabete messe insieme.
- Il ritratto del consumo di droga nei media tende a agli estremi dal punto di vista dell'informazione piuttosto che sull'esperienza della maggior parte delle persone che utilizzano droghe illecite con un danno associato più contenuto.

Coloro in disaccordo con "Il concetto di unità alcolica è troppo complicato perché la popolazione in generale lo possa capire" passano dal 39,6% al 67,1%, diminuiti gli indecisi (dal 33,5% al 15,4%) e quelli in accordo.

Resta alta la percentuale di chi ritiene l'UA complicata per essere compresa dalla popolazione (Figura 10).

Tra le principali riflessioni emerse dalle discussioni:

- È importante che le persone siano in grado di misurare il loro consumo, sapere quando e di quanto in "bevande standard"/unità alcolica stanno eccedendo.
- È importante conoscere il contenuto di unità alcoliche contenute in una bottiglia.

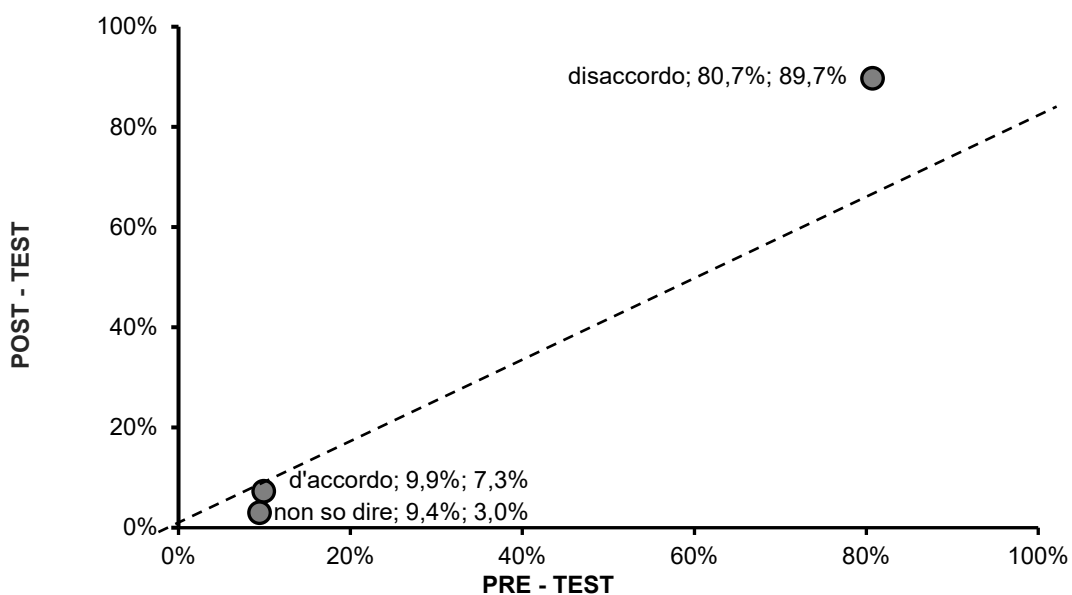


Figura 9. Grado di accordo /disaccordo pre e post corso all'affermazione:
"7. Tutta questa storia sull'alcol perde di vista il nocciolo del problema – le droghe causano maggiori problemi"

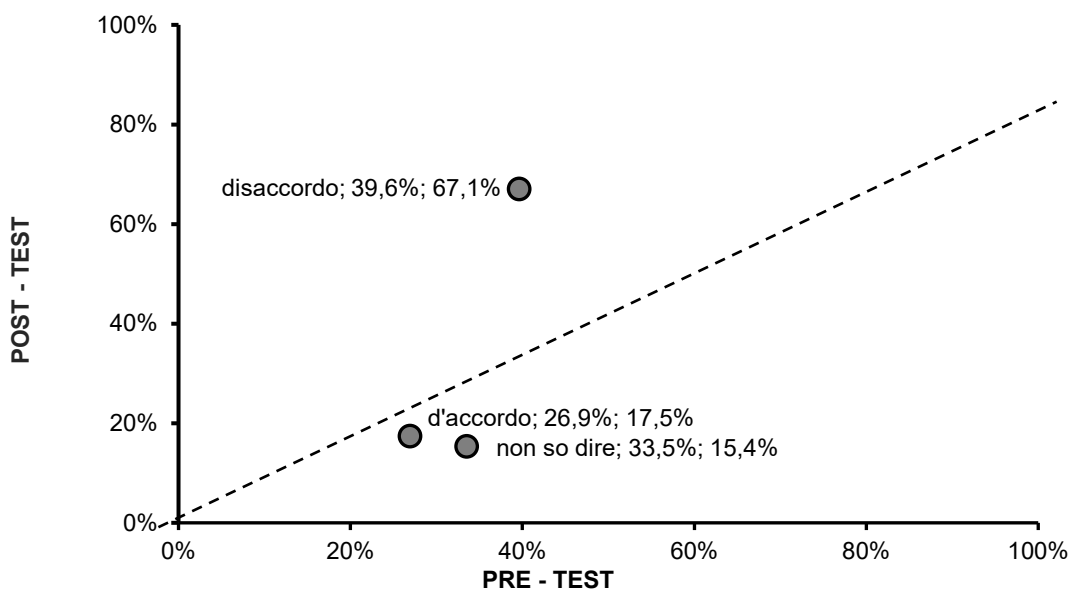
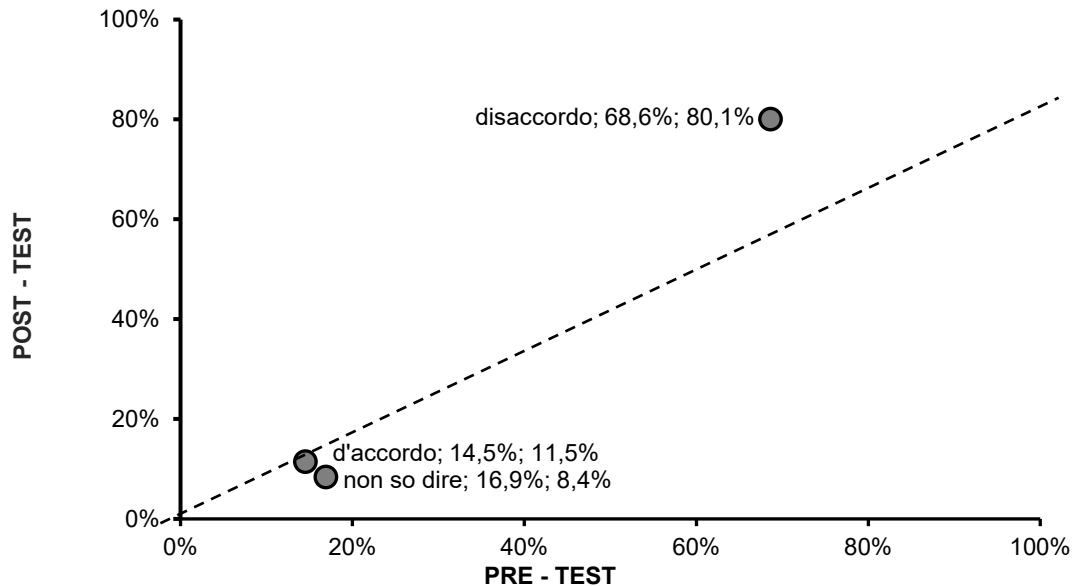


Figura 10. Grado di accordo /disaccordo pre e post corso all'affermazione:
"8. Il concetto di unità alcolica è troppo complicato perché la popolazione in generale lo possa capire"

Per quanto riguarda l'affermazione "9. L'alcol ti rilassa quando sei stressato" con la formazione la percentuale di coloro che sono in disaccordo è passata all'80,1% con un incremento rispetto all'inizio del 16,7%. Contemporaneamente si osserva una diminuzione degli indecisi (-50,4%) e di coloro che erano invece d'accordo con l'affermazione, che sono passati dal 14,5% al 11,5% (Figura 11).



**Figura 11. Grado di accordo /disaccordo pre e post corso all'affermazione:
"9. L'alcol ti rilassa quando sei stressato"**

Sull'argomento è emerso quanto segue:

- L'alcol è spesso visto come un rimedio antistress. Come facilitare il processo di cambiamento? Cosa rilassa dopo una giornata di lavoro senza bere? Quali i segnali di stress? Quali le alternative (bevanda analcolica: tè, succo di frutta, tisana)?
- Dal punto di vista farmacologico, l'alcol è una droga ad azione antidepressiva che può avere un effetto calmante; il suo consumo fornisca un sollievo dallo stress a breve termine. Tuttavia l'alcol non rimuove la fonte dello stress e l'ubriacarsi peggiora i problemi (strategie alternative per affrontare lo stress)
- Il consumo regolare come rimedio antistress può portare ad altri problemi (postumi di sbornie, disturbi del sonno, difficoltà nelle relazioni e finanziarie) che possono persino peggiorare lo stress, l'ansia o la depressione fino allo sviluppo di una dipendenza
- I sintomi di depressione, ansia e l'insonnia possono essere alleviati riducendo il consumo di alcol, anziché usarlo come automedicamento

Rispetto all'affermazione "10. Uomini e donne bevono in maniera differente, pensano all'alcol in maniera differente, e vengono giudicati in maniera differente per il loro consumo", il grado di accordo dei partecipanti prima e dopo la partecipazione ai corsi è moderato ($k=0,546$; $p<0,001$).

Coloro che inizialmente erano d'accordo con questa affermazione sono rimaste pressoché stabili (+4,4%) e sono leggermente aumentati quelli che erano in disaccordo con questa affermazione.

Sono invece diminuiti quelli che non avevano espresso un'opinione (-34,8%) (Figura 12).

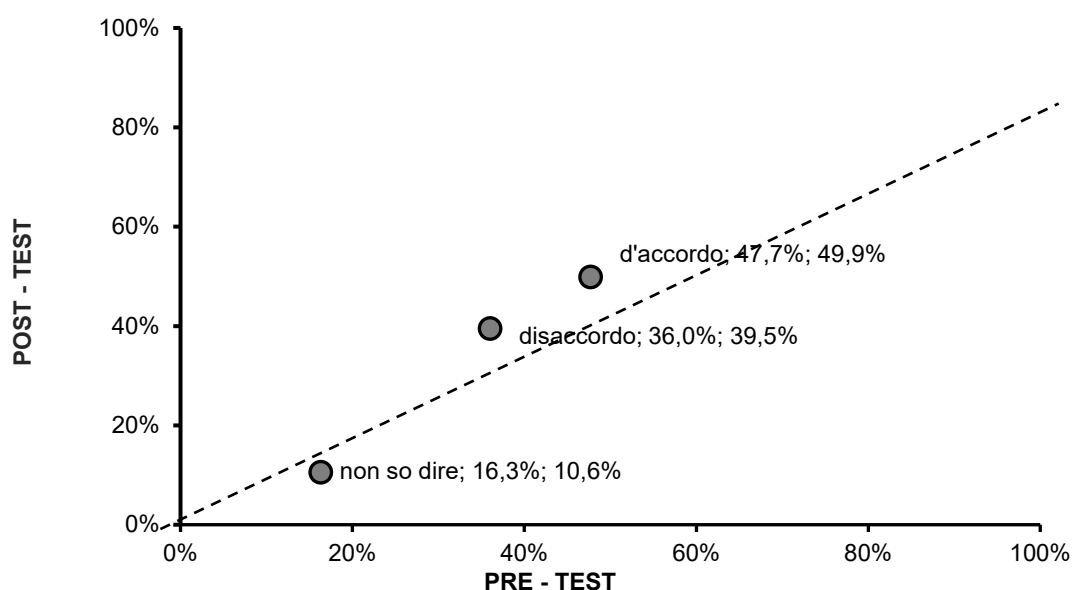


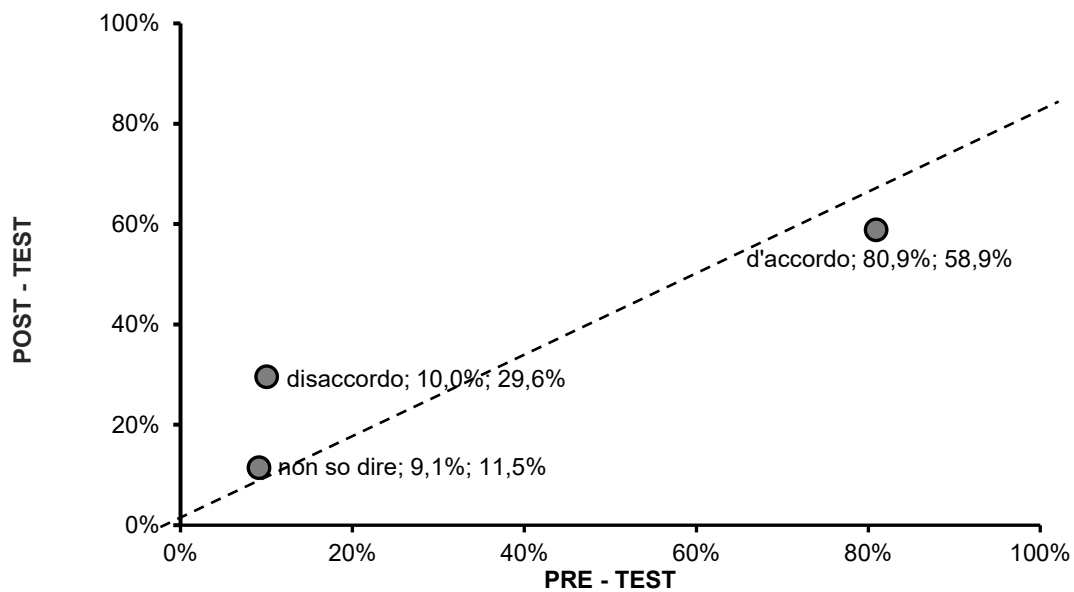
Figura 12. Grado di accordo /disaccordo pre e post corso all'affermazione: "10. Uomini e donne bevono in maniera differente, pensano all'alcol in maniera differente, e vengono giudicati in maniera differente per il loro consumo"

Tra gli argomenti discussi, i seguenti:

- Esistono forti evidenze scientifiche a sostegno del fatto che dicono che uomini e donne si relazionano, percepiscono e consumano l'alcol in modo diverso.
- "Praticamente dovunque sia stata svolta una ricerca epidemiologica o etnografica, a livello storico e interculturale, è stato dimostrato che gli uomini hanno sempre consumato più alcol delle donne".
- La probabilità che le donne si astengano dal consumo è più alta, di uomini con consumo eccedentario e con problemi alcol-correlati, di donne che subiscono violenza da parte dei loro compagni, di uomini che guidano in stato di ebbrezza, di uomini che subiscono un danno a breve termine da aggressioni e violenze.
- In molte culture, le donne che consumano alcol sono stigmatizzate, soprattutto quelle con consumo dannoso, stigma inesistente o inferiore per gli uomini e questo talora si traduce in messaggi mediatici che incolpano la vittima dell'aggressione sessuale perché ubriaca piuttosto che l'assalitore per l'aggressione.

Per quanto riguarda invece l'affermazione "11. I forti bevitori non cambieranno il loro comportamento dopo un intervento breve; avranno bisogno di un trattamento specialistico intensivo", con la formazione è fortemente aumentata la percentuale di coloro in disaccordo con l'affermazione (dal 10% al 29,6%) sebbene il 58,9% resta d'accordo con l'affermazione pur registrando una diminuzione del 27,2% (pre-post).

Inoltre, aumentano gli indecisi che passano dal 9,1 al 11,5% a fine corsi (Figura 13).



**Figura 13. Grado di accordo /disaccordo pre e post corso all'affermazione:
"11. I forti bevitori non cambieranno il loro comportamento dopo un intervento breve;
avranno bisogno di un trattamento specialistico intensivo"**

L'argomento ha suscitato particolare interesse rispetto a:

- L'IPIB fornito in PHC (*Primary Health Care*) riduce il consumo. La semplice partecipazione a un processo di screening sul consumo (AUDIT C a 3 domande) può portare alla sua riduzione.
- L'identificazione precoce permetterà di riconoscere consumatori rischiosi, dannosi e gli alcol dipendenti solo in parte in carico ai servizi.
- Solo una piccola percentuale di consumatori dannosi non ancora alcol dipendenti fa ricorso ai servizi specialistici, gli altri sono a carico dell'assistenza primaria.
- Qualunque riduzione di consumo durante la vita riduce i rischi dei danni alcol-correlati.

Infine, per quanto riguarda l'ultima affermazione "12. Non è giusto consigliare a qualcuno di ridurre il consumo di alcol quando questo è il suo solo piacere nella vita", al termine della formazione aumentano i partecipanti in disaccordo al 92,5% con un incremento rispetto all'inizio del 9,8%.

A fronte di questo aumento si osserva una diminuzione degli indecisi (-57,3%) e di coloro che erano d'accordo con l'affermazione, che sono passati dal 7,3% al 3,9% (Figura 14).

Tra le riflessioni si segnalano:

- Tutti hanno diritto a scelte informate. Un intervento breve non mira a ridurre il consumo, quanto piuttosto a presentare la riduzione del consumo come una possibilità, facilitando scelte informate, evitando di limitarsi a consigliare di ridurre il consumo.
- È importante mettere in grado le persone di sviluppare strategie e interessi alternativi.
- Particolarmente importante il consumo in gruppi vulnerabili, per esempio soggetti con problemi di salute mentale in cui la dipendenza dall'alcol può essere più comune.

- L'alcol può peggiorare i sintomi, diminuire l'efficacia di trattamenti farmacologici e aumentare il rischio di morte prematura, particolarmente se si combina a trattamenti medici, il fumo, la dieta non equilibrata, l'inattività fisica.
- Può darsi che l'alcol sia il solo piacere nella vita di alcune persone, che l'alcol impedisca loro di godere o di avere accesso ad altri piaceri che il paziente potrà essere facilitato a identificare grazie all'aiuto dell'operatore sanitario, fermo restando che è solo al paziente che spetta la decisione rispetto a un eventuale cambiamento.

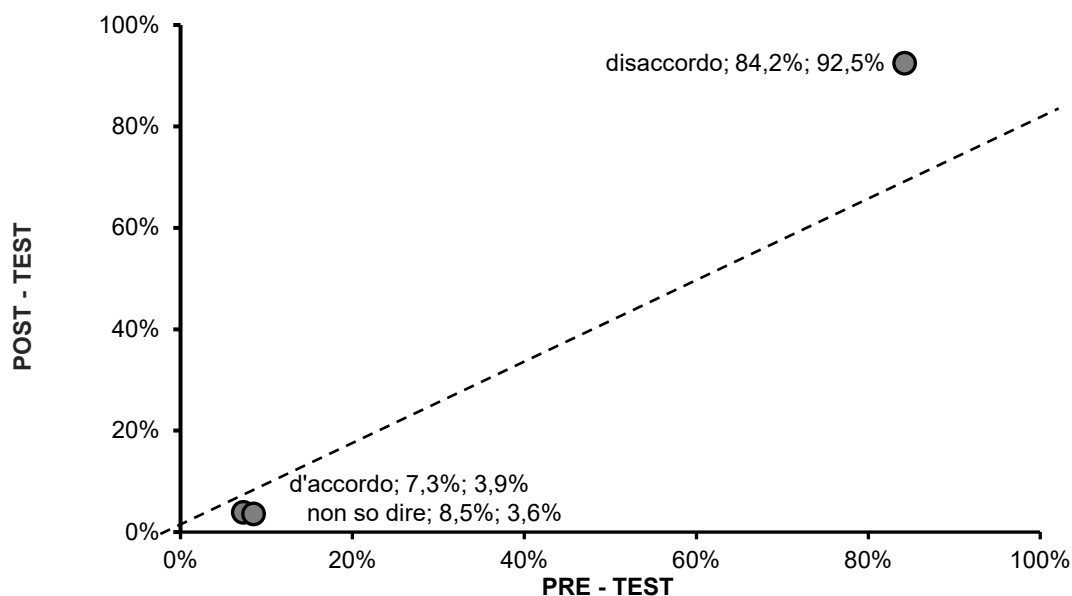


Figura 14. Grado di accordo /disaccordo pre e post corso all'affermazione:
 "12. Non è giusto consigliare a qualcuno di ridurre il consumo di alcol quando questo è il suo unico piacere nella vita"

B. Formazione IPIB ALCOL di secondo livello

Come accennato precedentemente, le attività delle azioni 6-7 (corsi alcol avanzato) sono state rimodulate e, in accordo con la dirigenza della ASL Salerno è stato svolto un solo corso a distanza completamente rimodulato in corso di programmazione per via dell'emergenza COVID-19 che ha impedito lo svolgimento di corsi in presenza.

Per quanto riguarda il corso IPIB ALCOL avanzato, di seguito sono riportate le finalità e gli obiettivi principali e a seguire il programma al termine della rimodulazione. Si rimanda all'Appendice B per ulteriori dettagli sull'iter didattico originario.

Finalità e obiettivi del corso di secondo livello sull'identificazione precoce e l'intervento breve sul consumo rischioso e dannoso di alcol e la Rete IPIB della ASL Salerno

Finalità del corso avanzato

Favorire modalità avanzate di attuazione dell'intervento breve sull'alcol per identificare consumatori rischiosi e dannosi e loro inclusione in un processo di:

- contrasto all’insorgenza/progressione di danni alcol-correlati
- prevenzione di possibili complicanze
- contrasto all’insorgenza di una dipendenza.

Facilitare il processo di identificazione dei ruoli che i partecipanti potranno svolgere per l’integrazione dell’IPIB che loro stessi potranno assicurare come risorsa nei contesti di pratica quotidiani in cui operano.

Obiettivi

Al termine del corso i partecipanti interessati saranno in grado di:

1. Identificare i propri punti di forza e le necessità future rispetto all’integrazione dell’IPIB nella propria pratica quotidiana
2. Attivare la formazione a cascata di altri operatori attraverso altri eventi formativi che saranno programmati dall’Azienda.

Nel Riquadro 1 è riportato il programma riformulato di 8 ore di formazione diviso in due giornate.

RIQUADRO 1

Programma del corso di secondo livello sull’identificazione precoce e l’intervento breve sul consumo rischioso e dannoso di alcol e la Rete IPIB della ASL Salerno

Prima giornata

09.00	Finalità del Corso di secondo livello e la “Rete IPIB-ASL Salerno”
09.30	Il monitoraggio del consumo di alcol in Italia
10.00	L’alcol ai tempi dell’emergenza COVID 19
10.30	L’Unità Alcolica e i livelli di consumo e di rischio
10.45	L’utilizzo degli strumenti di screening (il test AUDIT e AUDIT C)
11.00	L’intervento breve nei vari stadi del cambiamento
11.30	Come iniziare la conversazione sull’alcol e suscitare affermazioni orientate al cambiamento
12.00	Prevenzione delle ricadute: aiutare il rientro nel ciclo di cambiamento
12.30	Discussione
13.00	Conclusione prima giornata

Seconda giornata

09.00	Introduzione
09.15	Dalla formazione all’azione: scenari possibili per ripensare e ridefinire ruolo e modelli operativi dei servizi dopo la pandemia
10.15	Ruolo dei partecipanti al corso IPIB avanzato per l’identificazione precoce del consumo rischioso e dannoso <ul style="list-style-type: none"> – livello di implementazione possibile nel proprio ambito lavorativo; – principali ostacoli allo svolgimento dell’IPIB; – livelli di supporto necessario.
11.15	Discussione
11.30	Il Progetto “RETE IPIB” come laboratorio per l’evoluzione del modello IPIB
11.45	Proposte possibili per costruire la rete multiprofessionale dell’identificazione precoce e l’intervento breve “take home message” e compiti a casa.
12.45	Discussione
13.00	Conclusioni del corso

Le due giornate di corso sono state rimodulate in modo che, trattandosi di un corso di formazione per formatori, destinato cioè a coloro che avevano precedentemente espresso interesse nell'essere coinvolti in un processo di formazione a cascata a livello aziendale, più che sulle tecniche, fossero presentati e discussi una serie di questioni che riguardano la programmazione di corsi a livello locale.

Al corso hanno partecipato, e portato a termine la formazione, 42 partecipanti già formati con il corso di base.

Tra le principali tematiche affrontate, quelle inerenti a:

- L'incarico ricevuto dai futuri docenti.
- I destinatari della formazione (figure professionali sanitarie e non).
- Le conoscenze di base dei destinatari della formazione sulla tematica in questione.
- Le aspettative dei partecipanti.
- La possibilità, o meno dei partecipanti di essere supervisionati a termine formazione
- La necessità di pianificare un follow-up della formazione (importanza della formazione e fiducia nelle proprie capacità di formatori).
- Gli obiettivi della formazione (aumentare le abilità, la percezione del valore e l'utilità della formazione, ecc.).
- Le strategie da insegnare nel caso di un unico evento formativo (aderenza alla pratica quotidiana dei partecipanti; menu di strategie per *setting*, per figure professionali, ecc.).
- L'importanza dello spirito del metodo più che delle tecniche.
- L'importanza del contatto (numero dei partecipanti <20).

In particolare sono stati considerati:

- I professionisti che possono essere coinvolti nell'implementazione dell'IPIB ALCOL.
- Le principali fonti di riferimento nazionale sul monitoraggio del consumo di alcol in Italia per l'aggiornamento delle informazioni da trasmettere.
- Dove trovare i principali aggiornamenti sull'alcol e i materiali di comunicazione (www.epicentro.iss.it/alcol/ e la partecipazione all'Alcohol Prevention Day organizzato dall'ISS ogni anno).
- I principali strumenti internazionali a supporto dei programmi nazionali sull'alcol per l'implementazione dell'IPIB nell'assistenza sanitaria primaria.
- Lo schema di riferimento del corso e del programma di formazione di base sull'alcol dell'ISS.
- Come costruire, a scopo didattico, casi clinici per le esercitazioni con il test di identificazione precoce del consumo rischioso e dannoso di alcol (AUDIT e AUDIT C) e per le esercitazioni sullo stadio del cambiamento.
- I *setting* ove poter implementare l'IPIB sull'alcol (nell'assistenza sanitaria di base, negli ambulatori specialistici – malattie croniche, depressione, diabete, disordini alimentari, malattie cardiovascolari, ipertensione arteriosa, gastroenterologia, nei reparti ospedalieri, nei dipartimenti di emergenza e pronto soccorso, nei consultori e nello screening in gravidanza, negli studi odontoiatrici, nelle farmacie, nella medicina del lavoro, nella medicina dello sport, negli istituti scolastici e adolescenti, nei penitenziari e negli istituti riabilitativi, negli ambienti dove si pratica sport, nelle strutture per il tempo libero – discoteche, pub, associazioni, bar).
- Le principali barriere e i fattori facilitanti l'implementazione dell'IPIB in diversi *setting* sanitari e non (barriere più frequentemente riportate: la scarsa conoscenza degli strumenti di screening, la mancanza di una formazione specifica, la mancanza di tempo, la mancanza di servizi specialistici di supporto, il rischio di far risentire i pazienti, l'assenza di rimborsi) tenendo anche presente che ci sono molte evidenze, anche a livello nazionale, che se si conoscono le tecniche IPIB, esse vengono utilizzate nella pratica quotidiana nella

maggioranza dei casi (attività nell'ambito del progetto Europeo AMPHORA a cura dell'ONA dell'ISS in collaborazione con lo SNAMID-Società Nazionale di Aggiornamento per il Medico di Medicina Generale) (26-28);

- Le 5 aree strategiche da tenere in considerazione per chi si accinge a implementare l'IPIB su vasta scala nella pratica clinica quotidiana:
 1. stabilire un target sostenibile da raggiungere in un arco temporale, definendo chiaramente a chi spetta la responsabilità dell'implementazione;
 2. ottenere fin dal principio il sostegno da parte di istituzioni qualificate;
 3. adattare realisticamente l'intervento alle situazioni e al contesto;
 4. istituire, prima dell'avvio dell'implementazione, sistemi di registrazione, monitoraggio e rendicontazione dell'implementazione stessa;
 5. instaurare solide relazioni lavorative con il personale impegnato in prima linea, inclusi approcci flessibili alla formazione e sostegno prontamente disponibile (Fitzgerald, *BMC public health* 2015) (58).

Sono stati presentati e discussi i dati sulle attitudini/atteggiamenti degli operatori sanitari rispetto all'alcol (i 331 questionari raccolti dai partecipanti ai corsi di base).

Infine, il corso si è concentrato a esaminare i dati dell'analisi dei bisogni ottenuti tramite un'intervista semi-strutturata mediante questionario effettuata su coloro che hanno partecipato al corso di base e interessati a partecipare al corso avanzato in un'ottica di programmazione di rete.

Per i contenuti dell'analisi dei bisogni, trattandosi di un'attività ricompresa nelle attività di rete si rimanda al paragrafo successivo, fase 3.

C. Formazione IPGAP sul gioco d'azzardo di base

Nel Riquadro 2 è riportato il programma rimodulato del corso IPGAP sul gioco d'azzardo/dipendenza da videogiochi.

Per i dettagli sull'iter didattico originario si rimanda all'Appendice C.

RIQUADRO 2

Programma del corso di formazione IPGAP su *gambling/gaming* della Rete IPIB della ASL Salerno

14.15-14.30	Il gioco d'azzardo e la salute pubblica
14.30-15.00	Programmi di intervento sul <i>gambling</i> nell'ASL Salerno: stato dell'arte e prospettive future tra criticità e potenzialità
15.00-15.15	I dati ufficiali del gioco d'azzardo in Italia
15.15-15.30	Normative sul gioco d'azzardo in Italia
15.30-16.00	Epidemiologia del gioco d'azzardo in Italia
16.00-16.15	Il <i>gambling</i> e... il <i>gaming</i>
16.15-16.45	Strumenti di screening e di valutazione
16.45-17.30	L'intervento breve nel gioco d'azzardo
17.30-18.00	Discussione e chiusura del corso

Il corso, svolto a distanza, ha visto la partecipazione di 32 partecipanti, prevalentemente medici (fatta eccezione per 4 infermieri e 4 psicologi).

Gli aspetti centrali sui quali si è sviluppato il corso hanno riguardato i seguenti punti:

- Negli ultimi decenni si è osservata una crescita massiccia e senza precedenti del commercio del gioco d'azzardo che continuerà a crescere, espandendosi a nuove popolazioni ad aumentato rischio, facilitato anche dal gioco online.

- La crescita del gioco d’azzardo è stata associata a un sostanziale aumento del disturbo da gioco d’azzardo.
- La prevalenza del gioco d’azzardo varia dallo 0,1% al 6,0%, sottostimata considerando che un numero di persone da due a tre volte superiore non è identificato (situazioni meno severe).
- Il *burden* del danno correlato al gioco d’azzardo è simile al disturbo depressivo maggiore e al disturbo da uso di alcol e di sostanze.
- Nonostante l’aumento globale e l’entità della morbidità e dei danni legati al gioco d’azzardo, nonché il suo riconoscimento come disturbo di salute mentale, raramente è visto come priorità di salute pubblica (43).

Il corso ha trattato il gioco d’azzardo in una prospettiva di salute pubblica con le suddette finalità/sfide attuali e future:

- Sensibilizzare gli operatori sanitari sul gioco d’azzardo e sulla dipendenza da videogiochi, la sua rapida espansione e le sue relazioni con il sistema sanitario.
- Inserire la tematica nelle agende di sanità pubblica a livello nazionale/regionale.
- Delineare i problemi di salute pubblica legati al gioco d’azzardo, l’influenza sugli individui, famiglie e comunità.
- Rafforzare le politiche, la prevenzione e il trattamento attraverso un maggiore coinvolgimento della salute pubblica.
- Promuovere l’identificazione precoce e interventi tempestivi.

È stato trattato quindi l’impatto negativo del gioco d’azzardo sulla salute pubblica (44), in particolare per quanto riguarda i seguenti aspetti:

- Relazioni familiari disfunzionali e violenza domestica, inclusi gli abusi (partner e figli).
- Gioco d’azzardo minorile (problemi scolastici).
- Disturbo da uso di alcol e di sostanze.
- Comorbidità psichiatrica e personalità (in particolare: Depressione maggiore, Disturbo bipolare, Disturbi d’ansia, Disturbo antisociale di personalità, Sindrome da deficit di attenzione).
- Suicidio, tentativi di suicidio, ideazione suicidaria.
- Problemi economici per le scommesse (banca rotta, perdita del lavoro, povertà).
- Comportamenti criminali (da prostituzione e furto a traffico di droga e omicidio).

Successivamente, partendo dai principali problemi in relazione al gioco d’azzardo riassunti nel 2013 dal Dipartimento delle Politiche antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri (45), si è passati a considerare quanto è stato fatto e quanto ancora da svolgere in relazione al gioco d’azzardo in un’ottica di salute pubblica.

A seguire, la trattazione rispetto alla terminologia in uso da adottare e quindi, il parlare di Disturbo da Gioco d’Azzardo (DGA o *Gambling Disorder*, GD), il termine attualmente in uso (DSM 5) per definire un disturbo persistente e ricorrente legato al gioco d’azzardo associato a grave disagio o compromissione clinica e non più il GAP; *Pathological Gambling* (DSM-3; DSM-4; ICD-10) che è stato utilizzato fino a non molto tempo fa. In aggiunta, è stato trattato il “Gioco d’Azzardo Problematico” (*Problem Gambling*), termine che si riferisce a individui che pur non rientrando nei criteri diagnostici formali di disturbo da gioco d’azzardo si presentano con una serie di problematiche relative al gioco d’azzardo (fase sub-clinica).

Si è guardato quindi al gioco d’azzardo nelle diverse edizioni del DSM, da quando nel DSM 3, nel 1980, il GAP era considerato un disturbo del controllo degli impulsi a quando, nel DSM 5, nel 2013, il disturbo da gioco d’azzardo è trattato nel capitolo “disturbo correlato a sostanze e disturbi da *Addiction*” e quindi dipendenza, con le caratteristiche di tutte le *Addiction* (il *craving*, i segni e sintomi di astinenza, il fenomeno della tolleranza).

Uno spazio è stato dato alla conoscenza su quelli che sono riconosciuti come fattori di vulnerabilità nei disturbi da gioco d'azzardo, individuali e di personalità, ambientali e famigliari per passare a un breve accenno sulle teorie e sui modelli, in particolare quello di Blaszczynski e Nower essendo il più diffuso e utilizzato dai servizi, modello che riconosce l'esistenza di 3 sottotipi di giocatori e che tiene conto che la depressione, l'uso di alcol e sostanze, i comportamenti impulsivi e antisociali, sono spesso associati e hanno un ruolo importante nell'eziologia e nel trattamento.

Sono stati presentati e discussi i dati ufficiali sul gioco d'azzardo in Italia facendo riferimento al LIBRO BLU 2019. Organizzazione, statistiche, attività dello scorso giugno 2020 a cura dell'Agenzia delle Dogane e dei Monopoli: il fenomeno della concentrazione del gioco d'azzardo in alcune regioni italiane, del notevole incremento del gioco a distanza, indipendentemente dal tipo (46).

Trattazione importante per comprendere la crescente importanza del fenomeno è stata quella della revisione delle diverse normative nazionali sul gioco d'azzardo: dal Regio Decreto Legislativo 636/1924: "Disciplina sulle case da giuoco", al DL 158/2012 "Decreto Balduzzi", l'intervento più importante degli ultimi 10 anni, e quindi alla istituzione, con DM 20 maggio 2015 (Ministro della Salute): di un Osservatorio sul gioco d'azzardo presso il Ministero della Salute previsto dalla legge di stabilità del 2015 con la finalità di:

- Monitorare la dipendenza da gioco d'azzardo.
- Monitorare l'efficacia delle azioni di cura e di prevenzione.
- Aggiornare le strategie di prevenzione, cura e riabilitazione.
- Valutare le misure più efficaci di contrasto della diffusione del gioco d'azzardo e della dipendenza grave.
- Esprimere pareri sui piani di attività per il contrasto dei disturbi del gioco d'azzardo presentati da Regioni/Province autonome.

A completamento della trattazione delle normative nazionali, è stato trattato l'Accordo di collaborazione tra l'Agenzia delle Entrate e dei Monopoli e l'ISS, e il progetto *Il gioco d'azzardo in Italia: ricerca, formazione e informazione* di cui sono stati successivamente presentati i risultati principali di due indagini condotte in Italia, una sulla popolazione adulta e una in ambiente scolastico sui giovani.

Per l'epidemiologia del gioco d'azzardo in Italia, sono stati considerate due fonti: quella precedentemente accennata dell'ISS (Explora) e quella dello studio ESPAD (*European School Survey Project on Alcohol and other Drugs*) relativamente alla popolazione giovanile in età scolastica (47, 48).

La parte della formazione riferita alla sensibilizzazione sul tema gioco d'azzardo è quindi proseguita con la presentazione del monitoraggio epidemiologico in Italia.

A prescindere dai dati, buona parte della discussione è stata sui test diagnostici da utilizzare per la diagnosi, distinguendo i test da utilizzare in ambito clinico e quelli per studi di popolazione; tra discussione e difficoltà dal momento che i test di screening e clinici attualmente disponibili, quando testati e validati sulla popolazione italiana, comunque non sono stati costruiti sui criteri diagnostici DSM-5 in vigore (49, 50).

Il corso si è quindi occupato del fenomeno dei disturbi da gioco d'azzardo e del *gaming* nel corso dell'emergenza COVID-19, in particolare durante il *lockdown*, sulla difficoltà di "leggere" i dati in considerazione di una esponenziale crescita della domanda di gioco d'azzardo online di difficile monitoraggio e supervisione nonché del fatto che spesso, e ancor più nel corso dell'emergenza COVID-19, ai disturbi da gioco d'azzardo si aggiungono i disturbi da uso di alcol e da sostanze ed è spesso presente una co-morbidità psichiatrica e un trattamento a base di psicofarmaci (51).

Per quanto riguarda il “gaming disorder”, dipendenza da videogiochi, è stato riassunto quel che è accaduto in 5 anni (dal 2013 al 2018) e cioè fino al riconoscimento nella classificazione internazionale delle malattie della WHO (ICD-11) come un’entità nosologica distinta da “gambling disorder” e uscendo dal gruppo delle condizioni che “necessitano di ulteriori studi”.

Si è discusso inoltre delle diverse forme di dipendenza da videogiochi fino all’*Ikikomori*, termine giapponese che significa letteralmente “stare in disparte” utilizzato in gergo per riferirsi a chi si ritira dalla vita sociale per lunghi periodi (da alcuni mesi fino a diversi anni) chiudendosi a casa, senza nessun tipo di contatto diretto con il mondo esterno, talvolta nemmeno con i propri genitori.

Per concludere, così come per il *gambling*, sono state affrontati i principali *gap*, in particolare, i limiti degli strumenti di screening e diagnostici disponibili e le necessità di ricerca futura.

In ultimo, trattandosi di una tematica di recente interesse, è stata sottolineata l’attenzione sulle necessità di ricerca futura, illustrando l’impegno attivo dell’ONA dell’ISS in uno studio collaborativo della WHO per lo sviluppo di nuovi strumenti di screening e di diagnosi del *gambling/gaming* (52-54).

A completamento della trattazione, sono stati presentati i principali test di screening e di valutazione in uso in Italia; i criteri diagnostici del DSM 5 e dell’ICD 11, l’importanza e la difficoltà di una diagnosi subclinica di disturbo da gioco d’azzardo o almeno del livello più basso di gravità, gli elementi utili all’identificazione precoce di un giocatore d’azzardo, i *gap* da colmare rispetto a diagnosi e trattamento nei giovani e negli anziani, il lavoro sulle reti di supporto al giocatore problematico/a rischio (49-50, 55-56).

Infine sono state elencate le problematiche aperte del trattamento:

- Estrema eterogeneità (non soltanto nei livelli di gravità e episodicità).
- Diverse tipologie di giocatori.
- Soggetti in cerca di trattamento e non.
- Possibilità di risoluzione spontanea nel tempo.
- Presenza o meno di concomitanti disturbi psichiatrici (soprattutto depressione e ansia).
- Presenza o meno di altre dipendenze (soprattutto alcol, droghe).
- *Outcome* in esame: frequenza del gioco, tempo dedicato, intensità della problematica.
- Numero di sedute.
- Quale modello di trattamento psicologico preferire (allo stato attuale la terapia cognitivo-comportamentale-CBT con o senza colloquio motivazionale-MI).

Sono state quindi trattate le basi del colloquio motivazionale nell’intervento breve rivolto a identificare giocatori problematici/a rischio e su come accrescere la disponibilità al cambiamento degli stessi, nonché sono state fornite informazioni sulla mappatura territoriale delle strutture che si occupano delle problematiche e i recapiti del telefono verde presso l’ISS (9, 10, 57, 58).

Criticità riscontrate e azioni intraprese nella fase 2

Rispetto alla numerosità dei corsi svolti, si segnala che è stato ritenuto opportuno rimodulare i corsi da svolgere per venire incontro alle necessità di formazione locale.

Più in particolare, è stato deciso di dare uno spazio maggiore ai corsi di base sull’alcol (per interesse e necessità formativa) riducendo il numero dei corsi avanzati sull’alcol.

I tempi per l’organizzazione e lo svolgimento dei corsi sono stati più lunghi del previsto, ma hanno comunque avuto un regolare svolgimento bloccato dal *lockdown* COVID-19, e quindi ripresi in seguito fino a completamento dopo rimodulamento. L’emergenza COVID-19 ha infatti imposto una ridefinizione, perseguibile e realizzabile, della prosecuzione del programma di formazione.

In sintesi, sono stati svolti 14 corsi base alcol (di cui 1 a distanza, 2 in più rispetto ai 12 previsti) ed è stato ridotto il numero di corsi avanzati alcol da 3 (uno per polo) a 1 soltanto.

Tale rimodulazione è stata indipendente dall'insorgenza della pandemia da COVID-19.

Come precedentemente segnalato, il corso alcol avanzato, posticipato ripetutamente nella speranza di poterlo svolgere in presenza, alla fine è stato svolto a distanza, il 12 e 13 luglio 2021, oltre il termine di scadenza dell'accordo formale per questioni organizzative di entrambe le parti e includendo gli operatori dei 3 poli dell'azienda sanitaria che avevano già svolto il corso alcol di base e interessati alla formazione avanzata, pur superando il numero di 40 partecipanti fissato per i corsi in presenza (Tabella 7).

Tabella 7. Rimodulazione dei corsi alcol di base e avanzati

Tipo di corso	N. corsi programmati	N. corsi rimodulati ed effettuati
Alcol base	12	14 (di cui 1 in remoto)
Alcol avanzato	3	1 in remoto
Totale	15	15

A completamento, il corso sull'identificazione precoce e intervento breve del disturbo da gioco d'azzardo non potendo svolgersi in presenza per l'emergenza COVID-19, è stato svolto in remoto il 4 maggio 2021 decidendo di includere, come da accordi con la ASL Salerno, tutti gli interessati in una unica edizione dell'evento, all'occorrenza in numero superiore a 40 partecipanti non potendo comunque includere esercitazioni pratiche se non alcune guidate dai docenti con i partecipanti attivi in chat (Tabella 8).

Tabella 8. Rimodulazione dei corsi *gambling/gaming* di base

Tipo di corso	N. corsi programmati	N. corsi rimodulati ed effettuati
IPGAP gioco d'azzardo	3	1 in remoto
Totale	3	1

Importanti criticità hanno riguardato i collegamenti dei corsi a distanza sia per problemi con la piattaforma della ASL Salerno che con i collegamenti dei singoli partecipanti, alcuni dei quali non da computer ma da cellulare e in aree con scarsa ricezione.

I continui tentativi di ricollegamento hanno sottratto molto tempo alla formazione, e più in particolare, alle sessioni destinate alla discussione comunque già in partenza ridotte non potendo immaginare collegamenti di 8 ore consecutive come era stato per i corsi in presenza.

Nel complesso i 3 programmi di formazione (alcol base, alcol avanzato, *gambling/gaming*) hanno raggiunto circa 500 operatori sanitari della ASL Salerno che hanno portato a termine la formazione, a cui si aggiungono quelli che per problematiche varie, hanno seguito soltanto una parte del corso.

In considerazione dell'emergenza COVID-19 e del problema di fondo legato alla reperibilità di personale da formare per mancanza di turnover e per le urgenti/emergenti attività clinical in corso di emergenza, riteniamo di aver ampliato soddisfatto e superato le aspettative iniziali. Resta ovviamente la necessità di affiancamento, di supporto, di supervisione al passaggio di attività formative dall'ISS alle unità locali di formazione.

Fase 3. Creazione e funzionamento della rete aziendale con programmi centrati sul modello IPIB

La fase 3 è relativa alla creazione e al funzionamento della Rete Aziendale IPIB sul consumo rischioso e dannoso di alcol e sul *gambling/gaming*; le azioni 10 e 11 sono state svolte dalla ASL Salerno con la partecipazione dell'ISS mentre l'azione 12 principalmente dall'ISS di cui al seguente rapporto/pubblicazione finale.

Le azioni della fase 3 sono descritte nella Tabella 9:

Tabella 9. Elenco delle azioni della fase 3 “Creazione e funzionamento della rete aziendale con programmi centrati sul modello IPIB”

Azione	Definizione
Azione 10	Organizzazione della Rete Aziendale IPIB
Azione 10.a	Costituzione e insediamento tecnico-logistico dell' <i>équipe</i> di coordinamento Rete IPIB e dei 3 Poli Territoriali
Azione 10.b	Identificazione dei componenti: n.3 coordinatori dei Poli Territoriali; n.1 Sociologo, n.1 Assistente sociale; n.1 collaboratore amministrativo.
Azione 10.c	Pianificazione delle attività della Rete Aziendale IPIB
Azione 10.d	Insediamento e avvio delle attività delle <i>équipe</i> di lavoro in ogni Polo Territoriale
Azione 11	Attivazione del lavoro territoriale della Rete
Azione 11.a	Svolgimento di almeno n.18 incontri, salvo ulteriori esigenze, distribuiti equamente nei tre Poli per la sensibilizzazione, la rilevazione e la mappatura delle risorse aziendali ed extra-aziendali con cui interagire nella costruzione della Rete territoriale IPIB. (uno ogni 2 mesi per area nell'arco di 12 mesi)
Azione 11.b	Svolgimento di n.18 incontri di supervisione sia a livello centrale che a livello locale delle attività cliniche
Azione 11.c	Organizzazione di almeno 3 incontri di formazione IPIB per Polo
Azione 11.d	Verifica attività di fine progetto
Azione 12	Report finale sul progetto
Azione 12.a	Report finale sulla Formazione IPIB
Azione 12.b	Report finale sulla Rete IPIB

Risultati della fase 3

Il lavoro di rete ha avuto inizio con le prime attività del progetto (quelle relative alla fase 1 sull'analisi delle risorse e delle criticità presenti sul territorio rispetto a prevenzione e agli interventi sulle dipendenze da alcol e da *gambling/gaming*) ed è proseguito per tutta la durata del progetto e continuerà alla scadenza dello stesso.

L'aspetto più importante della Rete IPIB, la condizione indispensabile, è rappresentato dall'attuale disponibilità di operatori sanitari formati sull'IPIB in zone diverse del territorio, in contesti lavorativi, di figure professionali diverse che potranno implementare l'IPIB sul territorio su diversi target di popolazione.

Come riferito dalla ASL Salerno, nell'ambito del lavoro di rete, una serie di iniziative sono state pianificate: programmi di intervento precoce in ambiti particolarmente esposti a rischi e a danni correlati al consumo di alcol e ad altre forme di *Addiction* come di seguito riportati.

- 1) Tutela della salute della famiglia “Family Care”: il programma si propone di porre al centro la famiglia rendendo i suoi membri capaci di sviluppare le capacità di prevenzione dei rischi e dei danni da alcol, GAP e *new Addiction*).

Il programma si articola nei seguenti moduli:

- Alcol, maternità e sviluppo neonatale. Modulo di prevenzione condiviso con i servizi ospedalieri e territoriali di Ginecologia, dell'Area Materno-Infantile e della Pediatria di base al fine di incentivare l'informazione sui rischi correlati all'assunzione di alcol in gravidanza nelle donne e sull'assunzione di buone pratiche per la tutela della salute del nascituro e del bambino da 0 a 15 anni.
- Alcol e donna: modulo finalizzato alla prevenzione dei tumori correlabili al consumo di alcol.
- Alcol e anziani: modulo di sensibilizzazione degli over 65 rispetto al crescente sviluppo di danni legati all'elevato consumo di alcol in tale fascia di età.

2) “Domani è un altro Giorno” (Movide Sicure)

Formazione di una rete di continuità assistenziale e sicurezza sociale tra:

- SerD – 118/circuito Emergenza sanitaria.
- Salute Mentale – Medicina di Urgenza.
- Volontariato socio-sanitario – Forze dell'ordine – Amministrazioni.

Obiettivi specifici:

- Ridurre la frequenza di intossicazioni acute da consumo di alcol e altre sostanze.
- Erogare assistenza plurispecialistica in setting e spazi dedicati alla gestione degli stati di intossicazione acuta e all'accompagnamento verso la presa in carico in fase di dimissione da parte di SerD e altri servizi con la collaborazione del volontariato socio- sanitario.

3) “I Work, No Drink” (Alcol e Lavoro sicuro)

Riproporre sul territorio aziendale obiettivi strategie contenute e metodi del progetto “I work no drink” sperimentato nel 2012 in collaborazione con gli altri attori aziendali competenti (Dipartimento di prevenzione, Medicina del lavoro) e con i partners, quali INAIL Confindustria, CPT (edilizia), associazioni di Medici del Lavoro delle aziende private, con l'obiettivo di mettere a regime in maniera organica e capillare programmi di formazione del personale e degli addetti alla sicurezza nei luoghi di lavoro.

4) Carcere “Alcohol Free” (Carcere libero da Alcol) modulo di sensibilizzazione e di intervento precoce finalizzato alla riduzione dei rischi alcolcorrelati e alla creazione di una convivenza *alcohol free* per gli ospiti della casa Circondariale di Salerno e degli altri istituti di pena presenti in provincia.

5) *Digital Education (Young Gambling/Gaming Free)*: modulo di prevenzione della diffusione del *gambling* e del *gaming* in famiglia, con particolare attenzione ai minori per diffondere conoscenze e sostenere competenze tra adolescenti, genitori e educatori in generale, per sviluppare famiglie capaci di un approccio sano all'educazione digitale.

Analogamente per le attività della fase 1, le attività dell'azione 10 e 11, sviluppate con il supporto dell'ONA dell'ISS, sono prevalentemente territoriali e svolte dalla ASL Salerno a cui si rimanda per ulteriori dettagli.

Un'altra importante attività della fase terza è collegata a un'iniziativa, promossa dall'ONA dell'ISS, consistita nell'analisi dei bisogni dei partecipanti che hanno completato il corso di base e espresso interesse a essere coinvolti a entrare a far parte di un gruppo aziendale che si occuperà della formazione a cascata di altri operatori da abilitare all'attuazione del modello IPIB attraverso altri eventi formativi proposti dall'Azienda, andando così a costituire un parco formatori necessario per il processo di auto-mantenimento e di auto-replicazione del modello medesimo.

In sintesi, per ottimizzare i contenuti del corso avanzato, per favorire lo sviluppo di strumenti, procedure, iniziative e azioni che possano al meglio incentivare lo sviluppo di una rete aziendale,

di focalizzare l'attenzione sui bisogni emergenti degli stessi rispetto a possibili programmi futuri, è stata effettuata una raccolta delle informazioni attraverso la compilazione di un questionario online (Appendice B). L'attività è stata attivata nel Febbraio 2021 e ha visto la partecipazione di 46 operatori (di cui 31, esaminati e presentati in occasione dell'evento formativo finale svoltosi a distanza il 12-13 luglio 2021).

Le informazioni raccolte dal questionario per l'analisi dei bisogni sono le seguenti:

- La maggior parte dei partecipanti ai corsi di base IPIB sull'alcol che hanno espresso interesse a essere coinvolti nel lavoro di rete aziendale e che hanno fornito le informazioni sulle analisi dei bisogni sono di età compresa tra i 46 e i 74 anni (Figura 15).
- In gran parte sono donne (33 donne, 13 uomini), soprattutto medici di base o specialisti, a seguire assistenti sociali, infermieri, psicologi e sociologi/educatori (Figura 16).
- Più della metà dichiara di aver utilizzato l'approccio IPIB del corso di formazione di base nella pratica quotidiana almeno qualche volta o spesso; il 18% dichiara di non averlo mai utilizzato (Figura 17).

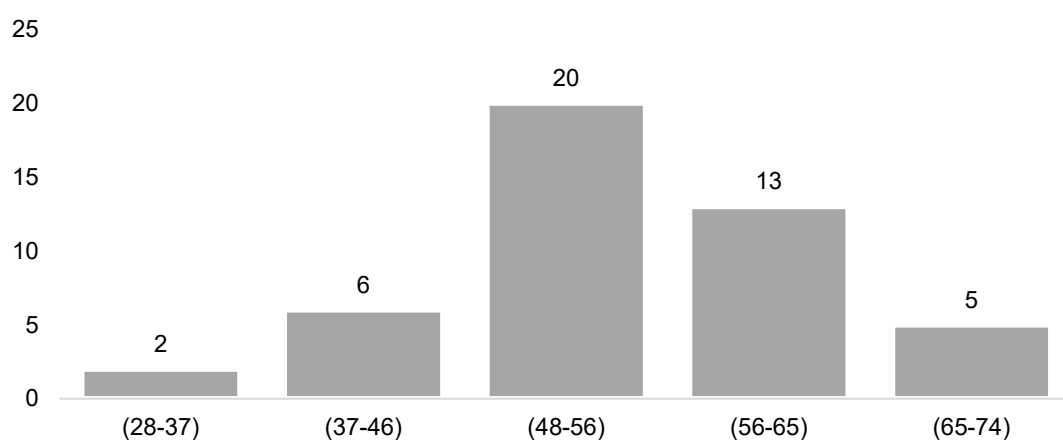


Figura 15. Distribuzione dei partecipanti alla raccolta dati sull'analisi dei bisogni per fasce d'età

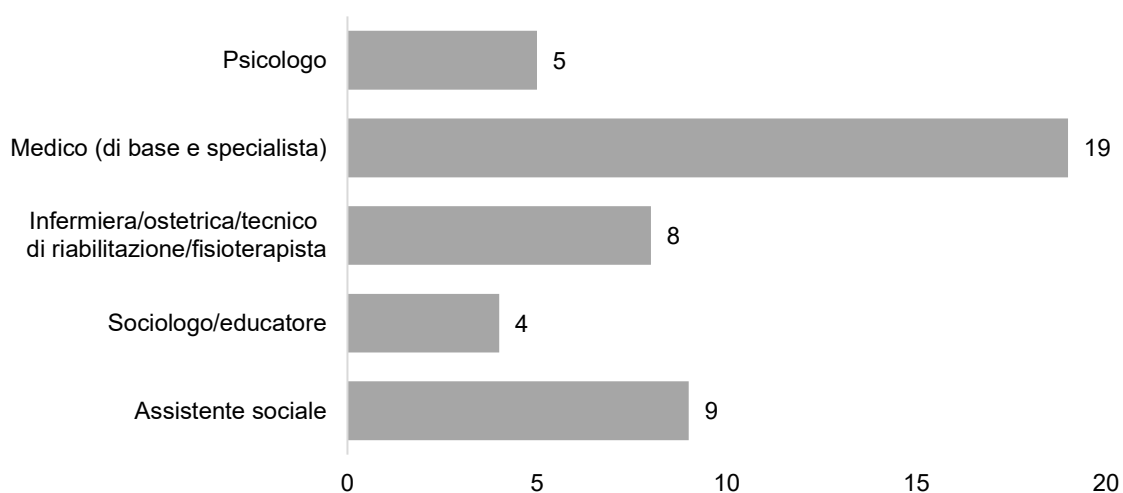


Figura 16. Distribuzione dei partecipanti alla raccolta dati sull'analisi dei bisogni per professione

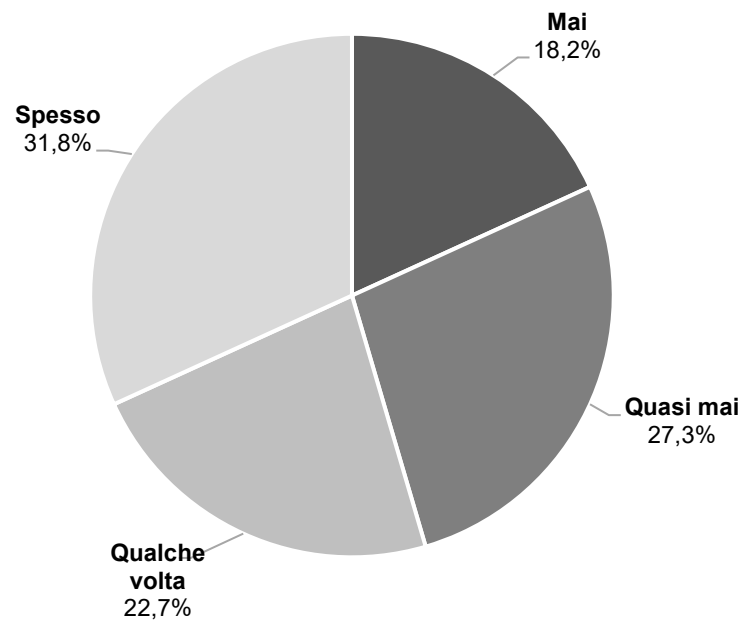


Figura 17. Distribuzione percentuale della frequenza di risposta alla domanda: "Quanto hai utilizzato l'approccio IPIB del corso di formazione di base nella tua pratica quotidiana?" da parte dei partecipanti ai corsi di base

- Rispetto alla conoscenza delle problematiche alcol-correlate (sapere), la proporzione maggiore per tutte le risposte è per chi dichiara di conoscere bene gli effetti dell'alcol sulla salute (unica risposta che trova coloro che hanno invece risposto di avere conoscenze limitate scarsamente rappresentati) e a seguire gli interventi brevi come mezzo per prevenire/ridurre il consumo di alcol e le problematiche alcol-correlate e gli ostacoli alla comunicazione.
Per tutte le altre risposte, pur restando maggiore la proporzione di chi dichiara di conoscere bene una serie di punti indicati, la percentuale di chi dichiara di avere conoscenze limitate aumenta: questo riguarda soprattutto le tecniche di base del colloquio motivazionale dell'intervento breve nelle diverse fasi del cambiamento (con la più alta proporzione di chi risponde che ha limitate conoscenze), come iniziare una conversazione sull'alcol senza suscitare un atteggiamento difensivo, le conoscenze sulle Unità Alcoliche contenute nelle bevande più comuni e sullo screening test AUDIT (Figura 18).
- Con riferimento al trattare situazioni alcol-correlate (saper fare), la proporzione maggiore per tutte le risposte è tra coloro che dichiarano di conoscere bene cosa fare/dire rispetto alla gestione di situazioni quali: sostenere i pazienti nel pianificare un cambiamento comportamentale e costruire la fiducia, sollecitare il tema "alcol" in modo appropriato, incoraggiare l'assunzione di responsabilità dei pazienti sul consumo, spiegare cos'è l'alcol e il suo impatto.

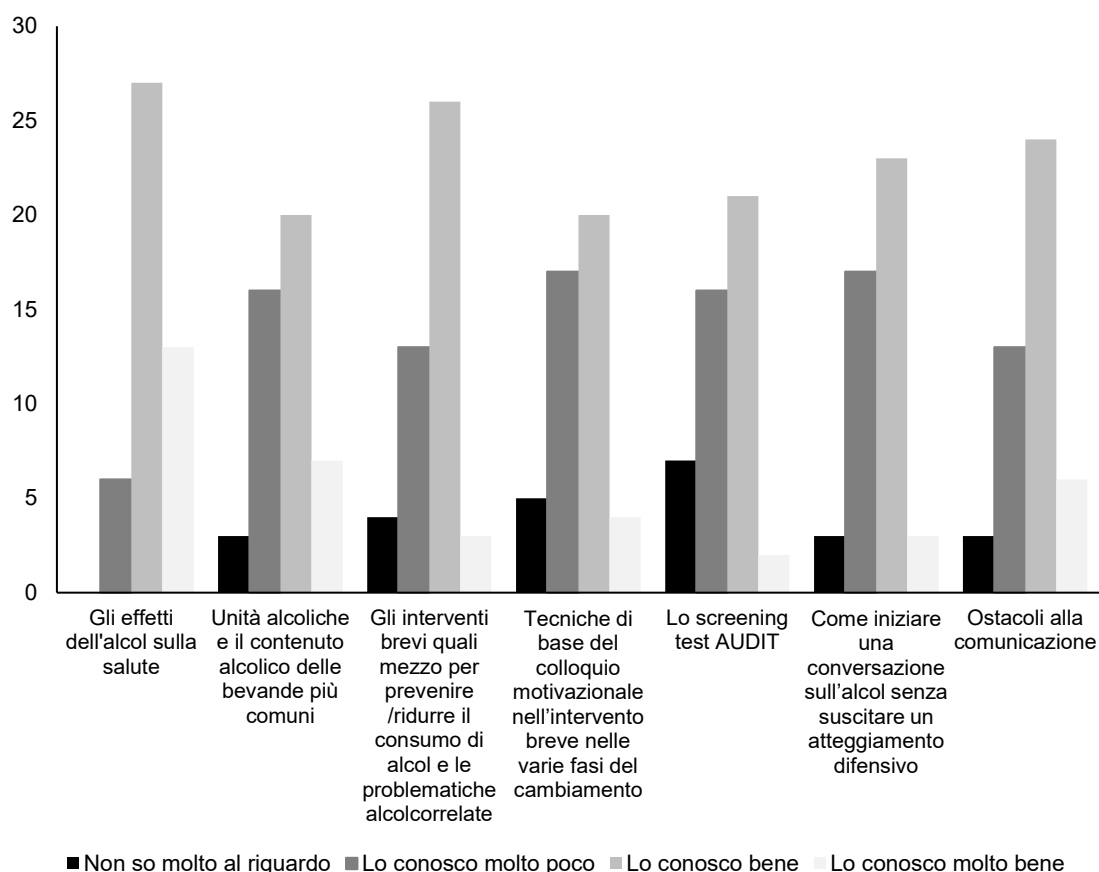


Figura 18. Distribuzione del grado di conoscenza delle problematiche alcol-correlate (sapere) tra i partecipanti all'indagine sull'analisi dei bisogni

A fianco a queste situazioni, ce ne sono altre, quali utilizzare il test AUDIT per analizzare il consumo di alcol, dove la proporzione di chi dichiara di conoscere bene cosa fare e dire è più bassa, e vi sono altri che, nella stessa misura, dichiarano di conoscerlo molto poco fino al fornire un *feedback* strutturato sul risultato del test di screening dove addirittura chi dichiara di non conoscere bene cosa dire o fare è maggiore di chi dichiara di conoscerlo bene (Figura 19).

Infine, di seguito, gli ostacoli e i fattori facilitanti:

- Tra gli ostacoli all'implementazione dell'IPIB nella pratica quotidiana dichiarati dai partecipanti all'indagine, di rilievo la mancanza di sufficiente formazione e la difficoltà all'utilizzo dell'IPIB a distanza (emergenza COVID-19), la mancanza di legittimità di ruolo, la mancanza di tempo (Figura 20).
- Tra i fattori facilitanti l'implementazione dell'IPIB nella pratica quotidiana, i partecipanti ritengono più importanti di altri, la disponibilità di *équipe* multidisciplinare, l'esistenza di una rete e il suo coordinamento, la disponibilità di linee guida, di protocolli, di strumenti a supporto dei professionisti, il migliorare le attività di prevenzione (Figura 21).

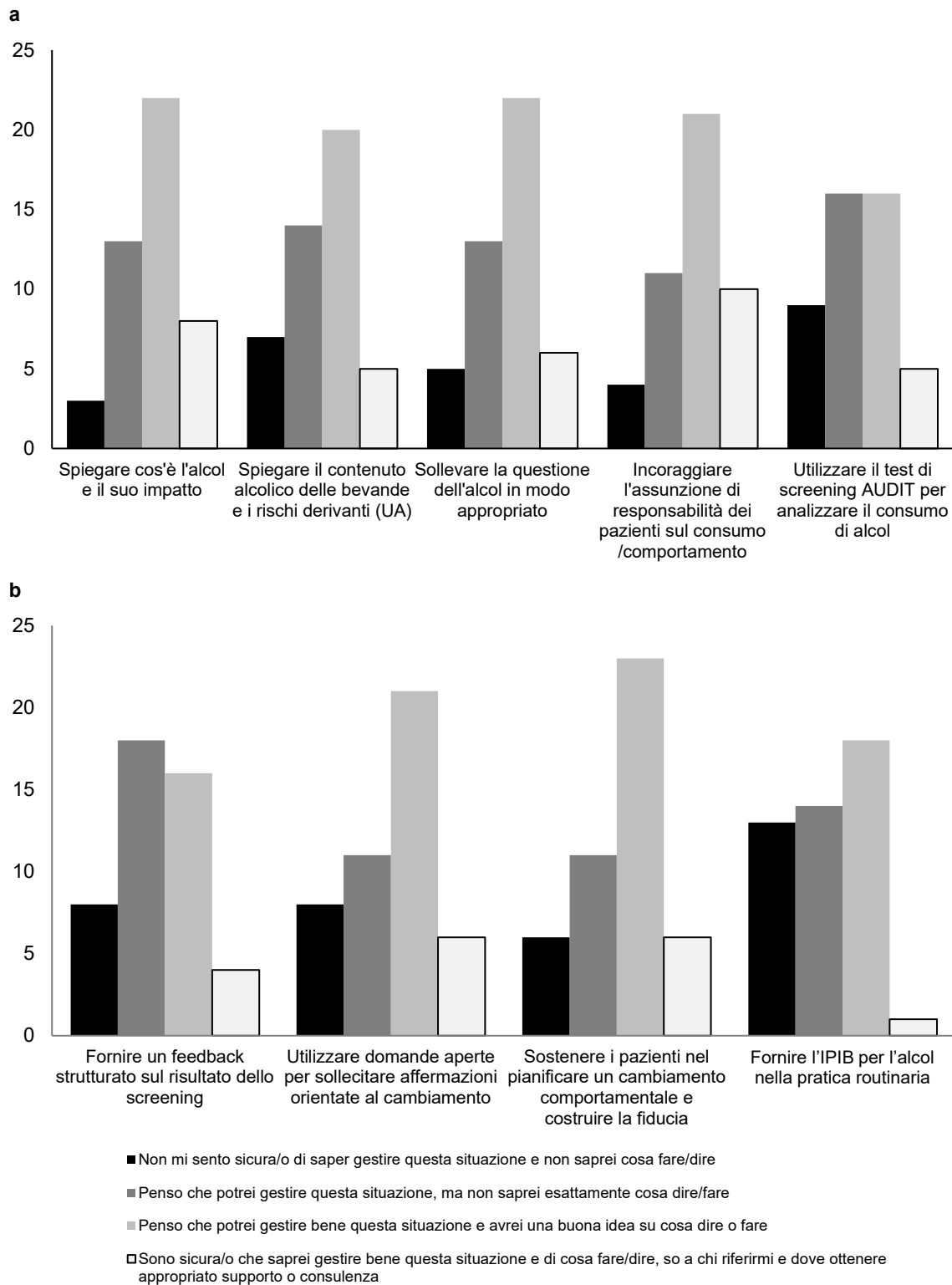


Figura 19. Distribuzione del grado di conoscenza su come trattare (cosa fare/dire) situazioni alcol-correlate tra i partecipanti all'indagine sull'analisi dei bisogni

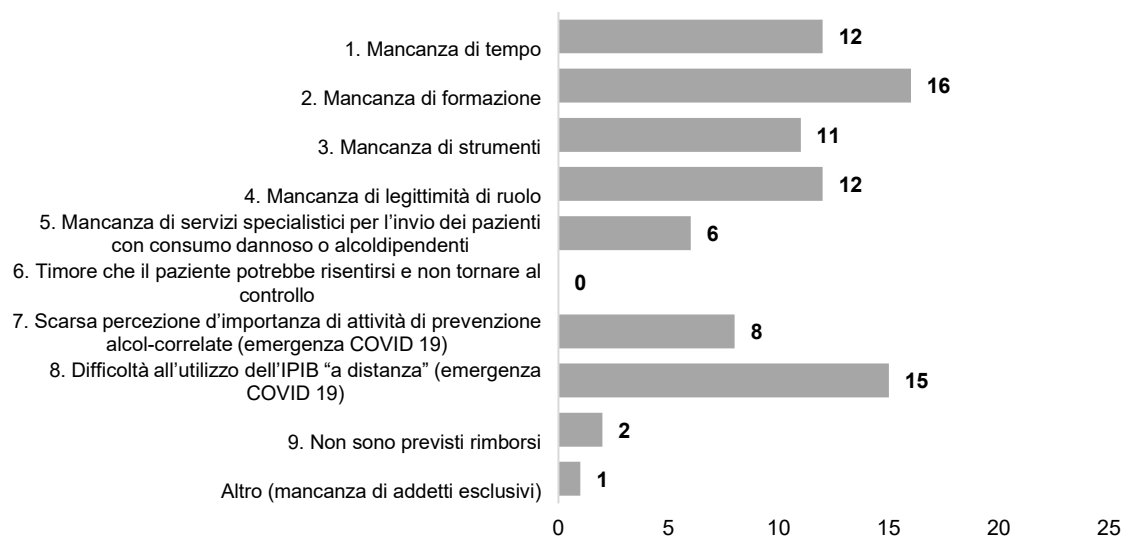


Figura 20. Principali ostacoli all'implementazione dell'IPIB nella pratica quotidiana dei partecipanti ai corsi di base che hanno partecipato all'indagine sull'analisi dei bisogni

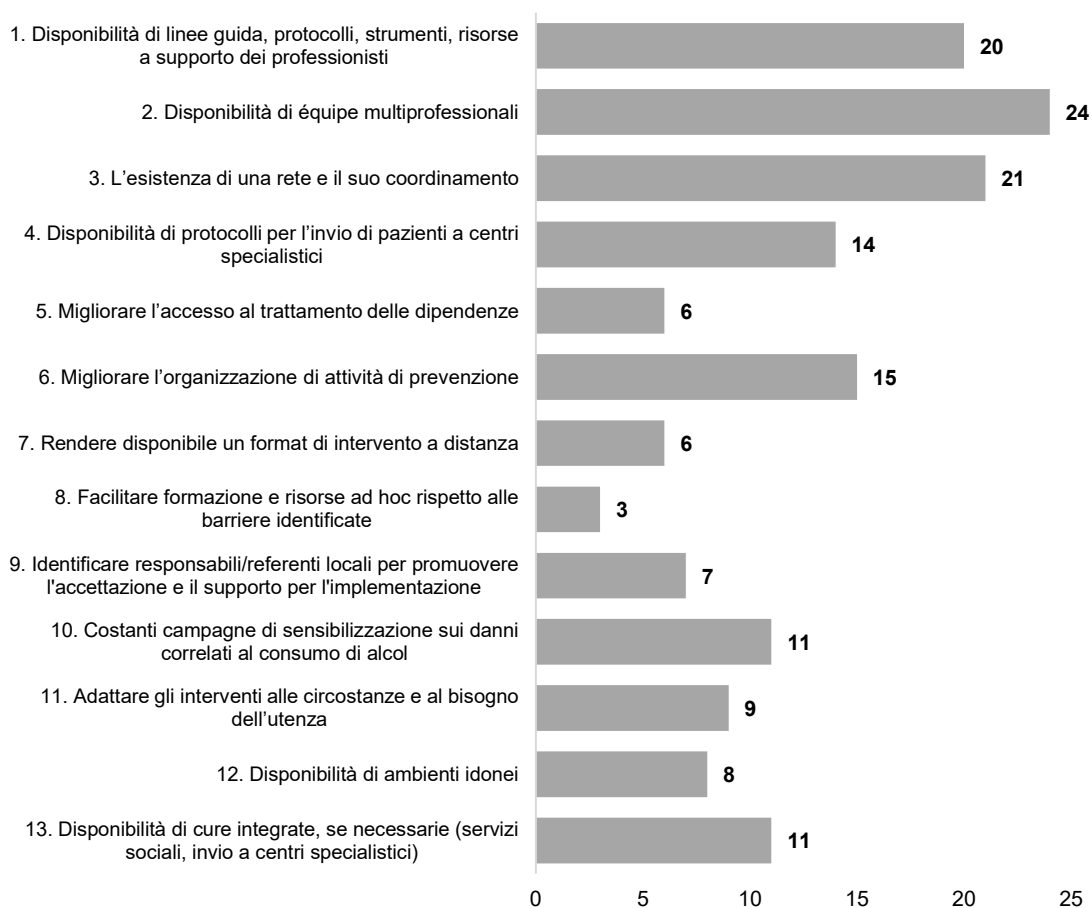


Figura 21. Frequenza di fattori facilitanti all'implementazione dell'IPIB nella pratica quotidiana dei partecipanti ai corsi di base che hanno partecipato all'indagine sull'analisi dei bisogni

Criticità riscontrate e azioni intraprese nella fase 3

La terza fase del progetto, cioè la costruzione della rete territoriale dei programmi di identificazione precoce dei comportamenti a rischio alcol e *gambling/gaming* correlate, rappresenta l'obiettivo finale dell'intero progetto. In tale direzione è stata realizzata la formazione di secondo livello a tutti gli interessati disponibili e in tale direzione ci si è orientati e attivati fin dalle prime fasi del progetto nella misura in cui sono stati allacciati rapporti e avviati programmi di cooperazione con significativi stakeholder progettuali (Ordine dei Medici; organizzazioni e associazioni territoriali di medici di medicina generale; servizi territoriali e ospedalieri; enti locali; associazionismo civico e Terzo Settore, organi di informazione ecc.).

Tale fase si è purtroppo misurata con la realtà estremamente critica della situazione sanitaria generale (pandemia da COVID-19) che ha condizionato la sua concretizzazione. L'impegno prioritario nell'ottica della rete si è concentrato, per concretezza e fattibilità, sul reclutamento di operatori disponibili a diventare nel tempo nodi attivi di una rete capace di automantenersi e di replicarsi nella realizzazione di interventi di tipo sia preventivo che assistenziale precoce attiva su un territorio esteso e geograficamente molto complesso.

La partecipazione a tale progetto ha registrato un'adesione disomogenea nei tre poli territoriali individuati ed ha fatto registrare le seguenti criticità:

- numero non elevato e l'età avanzata dei partecipanti. Ciò ha costituito e costituirà un elemento di forte condizionamento problematico sull'elaborazione e realizzazione di programmi di medio/lungo termine;
- rappresentatività dei target professionali individuati come strategici da coinvolgere. La bassa partecipazione di operatori della Salute mentale e dei servizi dedicati all'adolescenza (vedi Neuropsichiatria infantile; psicologia dello sviluppo; tutela salute materno-infantile) e alla geriatria sono *gap* che dovranno essere recuperati con successivi momenti di formazione di primo livello a cura della ASL Salerno non appena possibile.
- disomogeneità nel numero di partecipanti registrata nei tre poli. In particolare si evidenzia come MMG e PLS siano di fatto una presenza minima rispetto alle aspettative iniziali e malgrado un apprezzabile lavoro di sensibilizzazione di tali settori dell'assistenza sanitaria di base grazie a una serie di contatti e incontri organizzati con i vertici delle associazioni di categoria, con le cooperative di professionisti presenti sul territorio e la collaborazione del Settore dell'Assistenza Sanitaria di base dell'ASL.

La differente risposta partecipativa nei tre poli sembrerebbe aver determinato, al termine della formazione di II livello, uno scenario caratterizzato da una geografia della Rete IPIB in cui l'area Sud, che corrisponde ai territori del Cilento e del Vallo di Diano più concretamente candidabile per il decollo dei subprogetti che si avvarranno della rete degli operatori formati in loco.

Oltre a tale territorio non va trascurato anche il progetto di coinvolgimento del programma IPIB nella costruzione dell'AFT della medicina territoriale già in fase di organizzazione in alcuni comuni dell'Agro nocerino-sarnese.

La fase 3 per definizione non può essere ultimata in quanto richiede e richiederà l'impegno di tutti coloro che hanno mostrato interesse a essa. I docenti ISS hanno confermato la disponibilità a proseguire con attività di supporto, facilitazione, affiancamento secondo programmi da concordare sulla base delle necessità locali.

La fase 3 ha previsto una serie di attività territoriali (lo svolgimento di almeno 18 incontri nei 3 poli e di 18 incontri di supervisione come segnalato dalle azioni 10 e 11) che si sono svolti così come da calendario trasmesso dall'*équipe* locale della "Rete IPIB-ASL Salerno" che si sono interrotti soltanto durante la pandemia e il *lockdown* COVID-19, ma che in ogni caso hanno superato il minimo dei 18 incontri prestabiliti.

PROGETTO IN BREVE

Il progetto “Rete IPIB” – Rete Aziendale per l’Identificazione Precoce e l’Intervento Breve su alcol, gioco d’azzardo e altre *Addiction*” è stato promosso dal Dipartimento Dipendenze della ASL Salerno, e implementato in *partnership* con l’ONA, Centro Collaborativo della WHO per la promozione della salute e la ricerca sull’alcol e le problematiche alcol-correlate (ONA-WHO CC, ISS, ITA-79). Le attività sono state svolte nell’ambito di un accordo di collaborazione, della durata di 4 anni, concluso di recente, nato con la finalità di creare le condizioni per la realizzazione di uno staff aziendale abilitato al Programma di Identificazione Precoce e Intervento Breve – IPIB, originariamente EIBI – della WHO. Il progetto è stato accreditato in WHO come attività formale inserita nel *workplan* ufficiale del WHO CC ITA-79.

Elementi distintivi del Progetto “Rete IPIB-ASL Salerno” sono stati:

- La formazione IPIB come investimento di più ampio respiro orientato alla facilitazione del cambiamento verso stili di vita salutari attraverso l’incremento della consapevolezza e delle abilità individuali per contribuire alla salutogenesi applicata e applicabile non solo rispetto ai problemi alcol-correlati, ma anche ad altri fattori di rischio (quali il fumo e le nuove dipendenze: *gaming, gambling, internet, smartphones*) grazie a una qualificata formazione sull’uso degli strumenti specifici d’identificazione precoce con ricadute immediate per il servizio sanitario e le *performance* aziendali.
- Il modello di formazione con l’obiettivo di generare, già durante il suo sviluppo didattico, una progettazione e una pianificazione operativa capace di rispondere specificamente ai bisogni delle diverse aree del territorio aziendale, sulla base dell’identificazione sia delle criticità che delle risorse presenti e/o attivabili.

Il progetto ha avuto le seguenti finalità:

- Sviluppare e implementare un programma di formazione locale per gli operatori sanitari dell’Assistenza Sanitaria Primaria.
- Organizzare e attivare una rete aziendale IPIB formata da operatori che hanno partecipato al percorso formativo IPIB ALCOL e/o IPGAP Primaria e dei Servizi per le Dipendenze o a essi contigui.

Gli obiettivi relativi alle suddette finalità sono stati i seguenti:

- Incrementare le conoscenze, l’abilità e la motivazione dei professionisti in attività per l’identificazione precoce e la valutazione dei fattori di rischio presenti negli stili di vita attuali della popolazione residente nel territorio dell’ASL Salerno (quali Il consumo di bevande alcoliche nelle sue modalità di incremento dei danni bio-psico-sociali fino all’alcoldipendenza; i disturbi legati al Gioco d’Azzardo o ad altre *Addiction*).
- Costruire le basi per auto-replicare e auto-mantenere nel tempo l’attività di formazione e creare un gruppo aziendale di formatori abilitati al modello IPIB.
- Promuovere stili di vita sani e scelte informate.
- Arrestare l’evoluzione di comportamenti rischiosi o dannosi e lo sviluppo di malattie croniche non trasmissibili.
- Facilitare la presa in carico di comportamenti dannosi da parte dei servizi a essi deputati

Pertanto, di fondamentale importanza è stato:

- Assicurare adeguati livelli di formazione di base sui disturbi da uso di alcol e da gioco d’azzardo dei professionisti che operano nei contesti di assistenza sanitaria primaria.
- Assicurare competenze e conoscenze utili a contribuire all’uso di sistemi standardizzati di individuazione del rischio legato all’uso di alcol e al gioco d’azzardo nella popolazione

propedeutici al monitoraggio del fenomeno e al tempestivo intervento articolato sulla base delle esigenze specifiche del territorio.

- Provvedere a individuare, già durante il processo formativo i punti nodali di una rete aziendale IPIB, fatta di competenze relative all'assistenza sanitaria primaria da interfacciare con gli altri livelli sanitari d'intervento territoriale, ambulatoriale, specialistico, ospedaliero e del Terzo Settore accreditato in tali ambiti.

Uno dei risultati più importanti dell'iter didattico svolto, anche in vista del futuro insediamento della Rete IPIB, è l'attuale disponibilità di operatori sanitari formati sull'IPIB in zone diverse del territorio, in contesti lavorativi diversi e di figure professionali diverse che potranno implementare l'IPIB sul territorio su diversi target di popolazione.

Nel complesso i 3 programmi di formazione (alcol base, alcol avanzato, *gambling/gaming*) hanno raggiunto circa 500 operatori sanitari della ASL Salerno che hanno portato a termine la formazione, a cui si aggiungono quelli che non hanno completato il corso ma che lo hanno comunque svolto almeno in parte.

Alla luce dell'emergenza COVID e della mancanza di *turnover* dei professionisti a livello aziendale, riteniamo che ciò rappresenti un concreto riferimento e un punto di partenza più che soddisfatto, peraltro in linea con le previsioni iniziali. Resta ovviamente la necessità di supporto e affiancamento di coloro che hanno partecipato ai corsi, soprattutto nel processo di trasferimento delle attività formative dalla docenza a cura dell'ISS a quella dell'Unità Locale di Formazione.

Nell'ottica della programmazione futura e non solo relativamente a quanto inerente la conseguente formazione a cascata, ai fini di valorizzare la Rete IPIB come risorsa della ASL Salerno è indispensabile e necessaria l'evoluzione virtuosa del processo ottimizzando il valore aggiunto conseguito in quattro anni di percorso condiviso di sostegno e accompagnamento a un rinnovato e innovativo paradigma di prevenzione di valenza internazionale da mantenere, rafforzare, nell'espansione di una cultura che implementi l'esperienza aziendale come *best practice* da replicare anche per altri ambiti.

Raccomandazioni

Tenere in considerazione quanto emerso dall'analisi dei bisogni dei professionisti che hanno partecipato ai percorsi formativi e che, a termine dei corsi di base, hanno espresso interesse a entrare a far parte dell'unità di formazione aziendale che si occuperà della formazione a cascata di altri operatori dell'Azienda.

In particolare:

- A) rispetto alla *conoscenza delle problematiche alcol-correlate (sapere)*, gran parte dei partecipanti ha dichiarato:
- di conoscere bene gli effetti dell'alcol sulla salute, gli interventi brevi come mezzo per prevenire/ridurre il consumo di alcol e le problematiche alcol-correlate, gli ostacoli alla comunicazione, le Unità Alcoliche contenute nelle bevande più comuni;
 - ha dichiarato di conoscere meno bene lo screening test AUDIT, le tecniche di base del colloquio motivazionale dell'intervento breve nelle diverse fasi del cambiamento.
- B) Rispetto al *trattare situazioni alcol-correlate (saper fare)*, la maggior parte dei partecipanti ha dichiarato:
- di conoscere bene cosa fare/dire rispetto alla gestione di una serie di situazione quali: spiegare cos'è l'alcol e il suo impatto, incoraggiare l'assunzione di responsabilità da parte dei pazienti sul consumo, sostenere i pazienti nel pianificare un cambiamento comportamentale e costruire la fiducia, sollecitare il tema "alcol" in modo appropriato;

- di non saper bene cosa fare o dire per spiegare il contenuto alcolico delle bevande e i rischi del consumo, fornire l'IPIB per l'alcol nella pratica quotidiana e, soprattutto, per utilizzare il test AUDIT per analizzare il consumo di alcol e quindi per fornire un *feedback* strutturato sul risultato del test di screening.

È necessaria un'attivazione concreta e costante tesa al superamento di eventuali ostacoli all'implementazione dell'IPIB nella pratica quotidiana quali quelli riferiti dai partecipanti ai corsi, nel follow-up a distanza effettuato in previsione della formazione avanzata (in particolare la difficoltà all'utilizzo dell'IPIB a distanza per l'emergenza COVID-19, la mancanza di sufficiente formazione e a seguire, la mancanza di legittimità di ruolo) e soprattutto quelli considerati dagli stessi come fattori facilitanti quali, per esempio, la disponibilità di un' *équipe* multidisciplinare, di linee guida, di protocolli, di strumenti a supporto dei professionisti, il migliorare le attività di prevenzione aziendale e infine, ma non meno importante, l'esistenza di una rete e il suo coordinamento.

Infine è fondamentale che i formatori della rete considerino (e siano supportati nel considerare) tredici elementi base che hanno connotato la loro formazione che, a loro volta, si accingeranno a trasferire:

1. Chiarire le finalità del mandato/incarico di formazione ricevuto.
2. Valutare gli obiettivi della formazione ricevuti (aumentare le conoscenze dei professionisti, aumentare le abilità dei professionisti, aumentare la percezione del valore e dell'utilità della formazione, ecc.).
3. Conoscere i destinatari della formazione e i relativi *setting* (coinvolgimento di figure professionali sanitarie e non).
4. Stabilire, in accordo con il committente, su che cosa concentrare la formazione (soprattutto per singoli eventi formativi di breve durata).
5. Valutare le conoscenze sull'alcol e sull'IPIB dei destinatari della formazione (a inizio corso e con follow-up a distanza dal termine corso, quest'ultimo concentrato sull'importanza attribuita della formazione ricevuta e sulla fiducia nelle proprie capacità di implementazione delle tecniche acquisite).
6. Valutare le aspettative dei destinatari della formazione.
7. Conoscere se per i destinatari della formazione è prevista, a fine corso, un affiancamento/supervisione e fornire fonti per il recupero di materiali e aggiornamenti.
8. Sensibilizzare sul fatto che più che l'acquisizione di nuove tecniche, è importante saper comunicare sui danni e sugli stili di vita salutari.
9. Evitare corsi in presenza con più di 20 partecipanti, lasciare tempo alla discussione ai lavori a piccoli gruppi e soprattutto ai *role playing*.
10. Aggiornare periodicamente il materiale didattico utilizzando fonti dati nazionali ufficiali (Rapporto ISTISAN. Epidemiologia e monitoraggio alcol-correlato in Italia e nelle Regioni Valutazione dell'ONA sull'impatto del consumo di alcol ai fini dell'implementazione delle attività del PNAS (4); 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" (18).
11. Disporre di materiale per la comunicazione e la prevenzione del rischio e dei danni alcol-correlati (reperibile sul Portale Epicentro dell'ISS. L'epidemiologia per la sanità pubblica dell'ISS; <https://www.epicentro.iss.it/alcol/materialiComunicazione>).
12. Confrontarsi con iniziative di prevenzione e identificazione precoce analoghe a livello nazionale, europeo, internazionale (aggiornamenti periodici e costanti dell'ONA dell'ISS; <https://www.epicentro.iss.it/alcol/>).

13. Partecipare alle giornate di sensibilizzazione/prevenzione nazionali sull'alcol, quali, l'Alcohol Prevention Day organizzato dall'ONA dell'ISS su base annuale nel mese di aprile-maggio; Alcohol Prevention Day 2021 (www.iss.it).

Implicazioni future

È di rilevanza primaria e centrale per l'Azienda Sanitaria di Salerno nella pianificazione dell'implementazione dell'IPIB su più ampia scala nella pratica clinica quotidiana, considerare e riferirsi a quanto la letteratura scientifica più recente propone in 5 punti essenziali (59):

1. Stabilire un target sostenibile da raggiungere in un arco temporale, definendo chiaramente a chi spetta la responsabilità dell'implementazione;
2. Ottenere fin dal principio il sostegno da parte di istituzioni qualificate;
3. Adattare realisticamente l'intervento alle situazioni;
4. Istituire sistemi di registrazione, monitoraggio e rendicontazione dell'implementazione dell'intervento prima della diffusione dell'implementazione;
5. Instaurare solide relazioni lavorative con il personale impegnato in prima linea, inclusi approcci flessibili alla formazione e sostegno prontamente disponibile.

La fase evolutiva della Rete IPIB di Salerno è da considerarsi in tutto e per tutto come un nuovo paradigma della prevenzione, un *blue-print* per una rinnovata cultura orientata alla centralità della persona e in linea con quanto prospettabili in termini di resilienza e rinnovamento del Sistema Sanitario Locale e Regionale e esperienza originale e unica da esportare in altri contesti.

L'accompagnamento dell'ISS, ove ritenuto opportuno, è e resta a disposizione come risorsa della Rete sulla base di ulteriori progettualità di comune interesse da concordare nella ormai consolidata modalità partecipativa di integrazione e valorizzazione delle risorse a disposizione.

Il presente rapporto rappresenta la *summa* dell'esperienza condotta sulla formazione e sulla rete IPIB delle attività dell'accordo di collaborazione.

Quante volte abbiamo letto sui giornali, sentito in televisione o letto sui social in questo troppo lungo periodo di pandemia da Coronavirus della crisi di tanti settori, tra i quali quello delle bevande alcoliche? E quante invece del rischio legato al consumo di alcol?

La pandemia ha cambiato molte abitudini, tra le altre anche gli acquisti su canali alternativi quali quelli di consegna a domicilio o di vendita online. Acquisti che, almeno per il settore delle bevande alcoliche, si stima abbiano conosciuto un'impennata nel 2020 tra il 181 e il 250% nella *home delivery*, con un aumento dei consumi domestici, di cui non si conosce il reale impatto diretto sul consumatore e, indiretti, sui conviventi ma di cui i servizi di alcologia e i dipartimenti per le dipendenze e di salute mentale hanno registrato e registrano una crescita di difficile gestione funzionale, organizzativa, logistica per la scarsità delle risorse a disposizione e la pleora di richieste invase per le norme che hanno impedito l'accesso a prestazioni e servizi in presenza per tempi troppo prolungati e la contestuale impreparazione relativa a soluzioni digitali, mai prese in considerazione a parziale compensazione degli interventi ambulatoriali.

BIBLIOGRAFIA

1. World Health Organization. *Status report on alcohol consumption, harm and policy responses in 30 European countries 2019*. Geneva: WHO; 2019. Disponibile all'indirizzo: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/411418/Alcohol-consumption-harm-policy-responses-30-European-countries-2019.pdf; ultima consultazione 07/10/2021.
2. World Health Organization. *Global status report on alcohol and health 2018*. Switzerland: WHO; 2019. Disponibile all'indirizzo: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274603/9789241565639-eng.pdf?ua=1>; ultima consultazione 07/10/2021.
3. United Nation. *The 2030 agenda for sustainable development. Transforming our world: the 2030 agenda for sustainable development*. New York: United Nations; 2015. Disponibile all'indirizzo: <https://sustainabledevelopment.un.org/post2015/transformingourworld/publication>; ultima consultazione 07/10/2021.
4. Scafato E, Ghirini S, Gandin C, Matone A, Vichi M, Scipione R, 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 2021*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2021. (Rapporti ISTISAN 21/7).
5. Babor TF, Higgins Biddle JC. *Brief intervention for hazardous and harmful drinking: a manual for use in primary care*. Geneva: World Health Organization; 2001.
6. Scafato E (Ed.). *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*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2008.
7. Scafato E, Gandin C, Patussi V, il gruppo di lavoro IPiB (Ed.). *L'alcol e l'assistenza sanitaria primaria. Linee guida per l'identificazione e l'intervento breve*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2010. Disponibile all'indirizzo: http://www.epicentro.iss.it/alcol/linee/linee_guida_cliniche.pdf; ultima consultazione 07/10/2021.
8. Prochaska JO, Di Clemente CC. Transtheoretical therapy: toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: theory research and practice* 1982;19:276-288.
9. Rollnick S, Mason P, Butler C. *Cambiare stili di vita non salutari. Strategie di Counseling motivazionale breve*. Trento: Erickson libri; 2003.
10. Miller W, Rollnick S. *Il colloquio motivazionale. Nuova edizione (III edizione)*. Trento: Erickson; 2014.
11. World Health Organization. *European action plan to reduce the harmful use of alcohol 2012- 2020*. Copenhagen: WHO; 2012. Disponibile all'indirizzo: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/178163/E96726.pdf; ultima consultazione 07/10/2021.
12. Istituto Superiore di Sanità-ONA-CNESPS (Ed.). *Piano d'azione europeo per ridurre il consumo dannoso di alcol 2012-2020*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2013. Disponibile all'indirizzo: <http://www.epicentro.iss.it/alcol/apd2013/european%20action%20plan%202012%202020%20italian%20translation.pdf>; ultima consultazione 07/10/2021.
13. World Health Organization. *Global strategy to reduce the harmful use of alcohol*. Geneva: WHO; 2010. Disponibile all'indirizzo: http://www.who.int/substance_abuse/msbalcstrategy.pdf; ultima consultazione 07/10/2021.

14. Istituto Superiore di Sanità-ONA-CNESPS (Ed.). *Strategia globale per ridurre il consumo dannoso di alcol*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2013.
15. World Health Organization. *Online consultation on the Global alcohol action plan, first draft*. Geneva: WHO; 2021. Disponibile all'indirizzo: <https://www.who.int/news-room/articles-detail/online-consultation-on-the-global-alcohol-action-plan-first-draft>; ultima consultazione 07/10/2021.
16. Ministero della Salute, Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria, Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie. *Piano Nazionale Alcol e Salute*. Roma: Ministero della Salute; 2007. Disponibile all'indirizzo: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_623_allegato.pdf ultima consultazione 07/10/2021.
17. Ministero della Salute. *Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018*. Roma: Ministro della Salute; 2014. Disponibile all'indirizzo: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2285_allegato.pdf; ultima consultazione 07/10/2021.
18. 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; 2019. Disponibile all'indirizzo: http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=2844; ultima consultazione 07/10/2021.
19. Italia. Legge 30 marzo 2001, n. 125. Legge quadro in materia di alcol e di problemi alcol-correlati. Gazzetta Ufficiale n. 90, del 18 aprile 2001.
20. Regione Campania. Azienda Sanitaria Locale di Salerno. *Catalogo Aziendale per le Attività di Educazione e Promozione della Salute 2019-2020*. Regione Campania: ASL Salerno; 2018. Disponibile all'indirizzo: <https://www.aslsalerno.it/documents/20181/215108/Catalogo+Aziendale+per+le+Attivit%C3%A0+di+Promozione+ed+Educazione+alla+Salute+2019-2020/5c055a13-167d-4f9b-986d-de0e4ec425ac>; ultima consultazione 07/10/2021.
21. CREA. *Linee guida per una sana alimentazione. Dossier scientifico*. Edizione 2018. Roma: Centro di Ricerca Alimenti e Nutrizione (CREA); 2020. Disponibile all'indirizzo: <https://www.crea.gov.it/documents/59764/0/Dossier+Scientifico+Linee+Guida+2018.pdf/58910724-956c-d5de-9ee6-8b271835e206?t=1587466323780>; ultima consultazione 07/10/2021.
22. Scafato E, Allamani A, Patussi V, Codenotti T, Marcomini F, Struzzo P, and Italian WHO Phase IV EIBI Working Group. Italy. Chapter 11. 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*. Geneva: World Health Organization; 2006. p. 145-171. Disponibile all'indirizzo: http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241594519_eng.pdf; ultima consultazione 07/10/2021.
23. Scafato E, Allamani A, Codenotti T, Patussi V, Rossi A, Struzzo P, Russo R, Gruppo nazionale italiano PHEPA. Una strategia nazionale. L'implementazione e l'integrazione di diagnosi precoce e intervento breve nell'attività quotidiana dei medici generici. *Salute e Territorio* 2006;27(155):85-119.
24. Struzzo P, De Faccio S, Moscatelli E, Scafato E, Gruppo di ricerca PRISMA. Identificazione precoce dei bevitori a rischio in assistenza primaria in Italia: adattamento del questionario AUDIT e verifica dell'efficacia d'uso dello short-AUDIT test nel contesto nazionale. *Bollettino per le Farmacodipendenze e l'Alcoolismo* 2006;29(1-2):1-6.
25. Mezzani L, Patussi V, Rossi A, Russo R, Scafato E. Establishing an italian general practitioner brief intervention pilot project for problem drinkers. *Subst Use Misuse* 2007;42(12):1979-89.

26. 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.
27. The AMPHORA coordinating team on behalf of the chief scientists of the FP7. *AMPHORA project The AMPHORA manifesto on alcohol*; AMPHORA; 2012. Disponibile all'indirizzo: https://www.epicentro.iss.it/alcol/pdf/AMPHORA%20manifesto%20on%20alcohol_October%202012.pdf; ultima consultazione 07/10/2021.
28. Patussi V, Scafato E, Alunni F, Di Rosa G, Fanucchi T, Gandin C, Londi I, Magri G, Paganelli J. Alcol: manifesto europeo AMPHORA. *Alcologia* 2012;15:8-10.
29. 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, Krzysztow B, Ribeiro C, Onno VS, 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(Suppl 1):A67.
30. 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 EP, Gandin C, Kolsek M. Managing alcohol problems in general practice in Europe: results from the European ODHIN survey of general practitioners. *Alcohol and Alcoholism* 2014;49(5):531-539.
31. 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.
32. Gandin C, Scafato E. *ODHIN assessment tool report. A description of the available services for the management of hazardous and harmful alcohol consumption*. Work Package 6. ODHIN; 2014. Disponibile all'indirizzo: http://www.odhinproject.eu/resources/documents/cat_view/3-odhinproject-documents/6-odhin-technical-reports-and-deliverables.html; ultima consultazione 07/10/2021.
33. Gandin C, Scafato E. *Managing risky drinking in primary health care settings. Field test report*. Italy. BISTAIRS; 2014. Disponibile all'indirizzo: http://bistairs.eu/material/WP6_material/Italy_PHC.pdf; ultima consultazione; ultima consultazione 07/10/2021.
34. Gandin C, Scafato E. *Managing risky drinking in emergency settings. Field test strategy*. Italy. BISTAIRS; 2014. Disponibile all'indirizzo: http://bistairs.eu/material/WP6_material/Italy_ED.pdf; ultima consultazione 07/10/2021.
35. 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; ultima consultazione 07/10/2021.
36. Gandin C, Scafato E. *Managing risky drinking in Social Services settings. Field test strategy*. Italy. BISTAIRS; 2014. Disponibile all'indirizzo: http://bistairs.eu/material/WP6_material/Italy_ScS.pdf; ultima consultazione 07/10/2021.
37. Gandin C, Schmidt C, Schulte B, Scafato E. *THE BISTAIRS expert opinion-based guidelines on the implementation of screening and brief alcohol intervention approaches in different settings in the EU*. Deliverable 6, Work Package 7. BISTAIRS; 2015. Disponibile all'indirizzo: http://www.bistairs.eu/material/D6_guidelines_ASBI.pdf; ultima consultazione 7/10/2021.
38. Scafato E, Gandin C, Martire S, Ghirini S, Galluzzo L e il gruppo di lavoro BISTAIRS. *Identificazione precoce e intervento breve nel trattamento dei disordini alcol-correlati: raccomandazioni e linee guida del progetto europeo BISTAIRS (Brief intervention in the treatment of alcohol use disorders in relevant settings)*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2016. (Rapporti ISTISAN 16/5).

39. 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; 2016. Disponibile all'indirizzo: https://www.landlaeknir.is/servlet/file/store93/item30909/WP5_Good_practice_principles_low_risk_drinking_guidelines.pdf; ultima consultazione 07/10/2021.
40. Scafato E, Ghirini S, Gandin C, Galluzzo L, Martire S, Russo R, Parisi N, Scipione R, Di Pasquale L per il Centro Servizi Documentazione Alcol dell'Osservatorio Nazionale Alcol-CNESPS. *Un decalogo europeo per le linee guida sul consumo di alcol. Linee Guida europee basate su definizioni comuni di "consumo a più basso rischio", calorie in etichetta, massima cautela e tutela per i minori, "warning messages" sul rischio di cancro causato dall'alcol, comunicazione e prevenzione basate sull'evidenza scientifica. Le linee di consenso raggiunte dalla Joint Action Europea RARHA (Reducing Alcohol Related Harm) per la definizione di linee guida europee*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2016. Disponibile all'indirizzo: <https://www.epicentro.iss.it/alcol/apd2016/3%20FINALE%20FACTSHEET%20JA%20RARHA%20APD%202016.pdf>; ultima consultazione 07/10/2021.
41. Gandin C, Ghirini S, Galluzzo L, Martire S, Scipione R e 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).
42. World Health Organization. *WHO alcohol brief intervention training manual for primary care*. Copenhagen: WHO; 2017. Disponibile all'indirizzo: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/351294/Alcohol-training-manual-final-edit-LSJB-290917-new-cover.pdf?ua=1; ultima consultazione 07/10/2021.
43. Abbott M (Ed.). *The epidemiology and impact of gambling disorder and other gambling related harm. Discussion paper for the 2017 WHO Forum on alcohol, drugs and addictive behaviours*. WHO Headquarters, Geneva, 26-28 June 2017. Roma: Istituto Superiore di Sanità. Disponibile all'indirizzo: https://www.who.int/docs/default-source/substance-use/the-epidemiology-and-impact-of-gambling-disorder-and-other-gambling-relate-harm.pdf?sfvrsn=5901c849_2; ultima consultazione 07/10/2021.
44. Grant JE, Potenza MN. *Il gioco d'azzardo patologico. Una guida clinica al trattamento*. Edizione Italiana a cura di Massimo Clerici. Springer. 2010.
45. Serpelloni G, Dipartimento Politiche Antidroga, Presidenza del Consiglio dei Ministri (a cura di). *Gioco d'azzardo problematico e patologico: inquadramento generale, meccanismi fisiopatologici, vulnerabilità, evidenze scientifiche per la prevenzione, cura e riabilitazione 2013*. Disponibile all'indirizzo: <http://iport.dronetplus.eu/com/filedownloadlink/allegatoA.php?key=762&lingua=1>; ultima consultazione 07/10/2021.
46. Agenzia delle Dogane e dei Monopoli. *LIBRO BLU 2019. Organizzazione, statistiche, attività*. Roma: Agenzia delle Dogane e dei Monopoli; 2020. Disponibile all'indirizzo: <https://www.adm.gov.it/portale/documents/20182/6061302/Libro+blu+2019+-+Relazione.pdf/0faabcc4-83ea-4466-861a-e4cb367b2c57>; ultima consultazione 07/10/2021.
47. Pacifici R, Mastrobattista L, Minutillo A, Mortali C. *Gioco d'azzardo in Italia: ricerca, formazione e informazione: risultati di un progetto integrato*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2021. (Rapporti ISTISAN 19/28).
48. The ESPAD group. *ESPAD report 2019. Results from the European school survey project on alcohol and other drugs*. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2020. Disponibile all'indirizzo: https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/13398/2020.3878_EN_04.pdf; ultima consultazione 07/10/2021.
49. Colasante E, Gori M, Bastiani L, Siciliano V, Giordani P, Grassi M, Molisano S. An assessment of the psychometric properties of Italian version of CPGI. *J Gamb Stud* 2013;29:765-74.

50. Colasante E, Gori M, Bastiani L, Scalese M, Siciliano V e Molisano S. Italian adolescent *gambling* behaviour: psychometric evaluation of the South Oaks Gambling Screen: revised for adolescents (SOGS-RA) among a sample of Italian students. *J Gambl Stud* 2014;30:789-801.
51. Biagioni S, Molisano S (a cura di). *ESPAD #iorestoacasa 2020. I comportamenti a rischio durante il primo lockdown tra gli studenti dai 15 ai 19 anni*. Consiglio Nazionale delle Ricerche, Istituto di Fisiologia Clinica, 2021. Disponibile all'indirizzo: <https://www.epid.ifc.cnr.it/wp-content/uploads/2021/01/ESPAD-iorestoacasa-2020-9.02.2021.pdf>; ultima consultazione 07/10/2021.
52. King DL & *Gaming Industry Response Consortium*. Comment on the global gaming industry's statement on ICD-11 gaming disorder: a corporate strategy to disregard harm and deflect social responsibility? *Addiction* 2018;113(11):2144-46.
53. Rumpf HJ, Achab S, Billieux J, Bowden-Jones H, Carragher N, Demetrovics Z, Higuchi S, King DL, Mann K, Potenza M, Saunders JB, Abbott M, Ambekar A, Aricak OT, Assanangkornchai S, Bahar N, Borges G, Brand M, Chan EM, Chung T, Derevensky J, Kashef AE, Farrell M, Fineberg NA, Gandin C, Gentile DA, Griffiths MD, Goudriaan AE, Grall-Bronnec M, Hao W, Hodgins DC, Ip P, Király O, Lee HK, Kuss D, Lemmens JS, Long J, Lopez-Fernandez O, Mihara S, Petry NM, Pontes HM, Rahimi-Movaghar A, Rehbein F, Rehm J, Scafato E, Sharma M, Spritzer D, Stein DJ, Tam P, Weinstein A, Wittchen HU, Wölfling K, Zullino D, Poznyak V. Including Gaming Disorder in the ICD-11: The need to do so from a clinical and public health perspective *J Behav Addict*. 2018;7(3):556-561.
54. Saunders JB, Hao W, Long J, King DL, Mann K, Fauth-Bühler M, Rumpf Hans-J, Bowden-Jones H, Rahimi-Movaghar A, Chung T, Chan E, Bahar N, Achab S, Kook LH, Potenza M, Petry N, Spritzer D, Ambekar A, Derevensky J, Griffiths MD, Pontes H, Kuss D, Higuchi S, Mihara S, Assanangkornchai S, Sharma M, El Kashef A, Ip P, Farrell M, Scafato E, Carragher N, Poznyak V. *Gaming disorder: its delineation as an important condition for diagnosis, management and prevention. Journal of Behavioral Addictions*. 2017;6(3):271-279.
55. Heinz A, Romanczuk-Seiferth NR, Potenza MN. *Gambling disorder*. Springer; 2019.
56. Capitanucci D, Carlevaro T. *Guida ragionata agli strumenti diagnostici e terapeutici nel disturbo di gioco d'azzardo patologico*. Bellinzona (Svizzera): Hans Dubois editore; 2004.
57. Lavanco G (a cura di). *GAP – Il gioco d'azzardo patologico. Orientamenti per la prevenzione e la cura*. Pisa: Pacini editore; 2013.
58. Centro Nazionale Dipendenze e Doping (Ed.). *Guida alle risorse territoriali per le problematiche legate al gioco d'azzardo*. Roma: Istituto Superiore di Sanità (Strumenti di riferimento 18/52).
59. Fitzgerald N, Platt L, Heywood S & McCambridge J. Large-scale implementation of alcohol brief interventions in new *settings* in Scotland: a qualitative interview study of a national programme *BMC public health* 2015;15(289):1-11.

APPENDICE A
Standard di formazione IPiB di riferimento

Standard di riferimento per la formazione IPIB

Lo standard di formazione e i relativi prodotti finalizzati all'incremento delle conoscenze degli operatori sanitari sul tema specifico sono basati in gran parte sulle "Linee guida cliniche per l'identificazione precoce e l'intervento breve" e sul "Programma di formazione IPIB-PHEPA" pubblicati dall'ONA-ISS; esso è lo standard di riferimento nazionale implementato dall'Istituto Superiore di Sanità (1, 2). A tal riguardo, il programma di formazione, basato sullo standard del progetto Europeo PHEPA (*Primary Health Care Project on Alcohol*) della Commissione Europea, Public Health Programme, DG-SANCO, articolato in 6 sessioni, ciascuna delle quali con finalità e obiettivi diversi, fornisce anche documentazione operativa, materiali e metodologie per l'implementazione dell'intervento a livello territoriale. Il costante adattamento dello standard del corso è attuato in funzione delle esigenze specifiche che emergono in fase di definizione e programmazione dell'intervento, pur mantenendo integra la struttura originaria delle sessioni del programma e relative finalità e conseguenti obiettivi.

Il seguente standard formativo, che sarà utilizzato anche per il progetto "Rete IPIB-ASL Salerno" è stato approvato dalla Consulta Nazionale Alcol prevista dalla Legge 125/2001.

Di seguito sono riportate le sessioni dello standard formativo IPIB sull'alcol adattato e implementato in Italia dall'ONA-ISS.

- Prima sessione
 - Finalità:* presentare il programma di formazione e aumentare l'interesse dei partecipanti in materia di alcol.
 - Obiettivi:* al termine della sessione i partecipanti dovranno aver appreso: gli obiettivi generali del corso; i costi sociali e sanitari dell'alcol (la mortalità alcol-attribuibile, il danno prodotto dall'alcol sul bevitore e quello arrecato a terzi); come descrivere il consumo di alcol in termini di unità (o bicchieri) standard; come definire le modalità di consumo (consumo a rischio, dannoso e alcoldipendenza); come descrivere il tipo di intervento necessario in relazione all'entità del consumo alcolico.
- Seconda sessione.
 - Finalità:* fornire ai partecipanti il supporto per la comprensione dei diversi tipi di problemi associati al consumo di alcol e mettere a disposizione gli strumenti per l'identificazione precoce del consumo rischioso e dannoso di alcol.
 - Obiettivi:* al termine della sessione i partecipanti dovranno essere in grado di: descrivere i problemi associati al consumo di alcol; utilizzare lo strumento di identificazione precoce del consumo rischioso e dannoso proposto dalla WHO e validato sulla popolazione Italiana (l'AUDIT e l'AUDIT-C); distinguere i differenti livelli di applicazione dell'identificazione precoce (basso, standard, massimo).
- Terza e Quarta sessione.
 - Finalità:* fornire una visione d'insieme su come condurre un intervento breve per ridurre il consumo di alcol, basandosi sul modello degli stadi di cambiamento e utilizzando uno approccio motivazionale integrato.
 - Obiettivi:* al termine delle due sessioni i partecipanti dovranno aver appreso: il modello degli stadi del cambiamento (3); i fattori della motivazione al cambiamento comportamentale (la disponibilità, l'importanza e la fiducia al cambiamento); gli stili comunicativi per la relazione di sostegno; il proprio stile comunicativo e come instaurare un relazione di sostegno; le principali barriere della comunicazione; gli elementi essenziali degli Interventi Brevi; le differenze tra Intervento Minimo e Intervento Breve; come gestire le ricadute (aiutare il rientro nel ciclo di cambiamento).
- Quinta sessione.
 - Finalità:* offrire ai partecipanti linee-guida chiare e risorse sufficienti a intervenire nei casi di alcoldipendenza.
 - Obiettivi:* al termine della sessione, i partecipanti dovranno aver appreso: come diagnosticare la Dipendenza da Alcol; come discriminare i casi da indirizzare all'intervento specialistico da

quelli che possono essere trattati a livello di assistenza primaria; conoscere le linee-guida adeguate per la disintossicazione (anche se non di specifica competenza).

– Sesta sessione.

Finalità: raggiungere il consenso da parte dei professionisti impegnati nell'assistenza sanitaria primaria circa le modalità di applicazione del programma IPIB nei centri in cui operano.

Obiettivi: al termine della sessione dovrà essere stato raggiunto il consenso sulle seguenti questioni: livello di applicazione delle tecniche IPIB adottabili presso il centro di appartenenza dei partecipanti; criteri per il ricorso all'intervento specialistico, che includa linee-guida definite su come, quando e a chi indirizzare i pazienti difficili; livelli di formazione e di supporto necessari al proseguimento delle attività IPIB.

I corsi di formazione sull'IPIB sono destinati a operatori e professionalità specifiche del Sistema Sanitario Nazionale, dei servizi di prevenzione e di assistenza primaria, della medicina del lavoro, dei Servizi per la cura delle Tossicodipendenze (SerT), dei servizi di alcologia, di tutte le strutture socio-sanitarie che possono attuare interventi di prevenzione e di identificazione precoce del rischio correlato nonché alle direzioni generali e ai servizi di prevenzione dell'SSN. Per quanto riguarda la durata, lo standard formativo è stato adattato e valutato per una durata compresa tra le 8 e le 16 ore (1 o 2 giornate).

Per ciascuna sessione è fornita documentazione operativa, materiali e metodologie per l'implementazione dell'intervento a livello territoriale ai partecipanti (1).

Identificazione precoce: i test AUDIT e AUDIT C

Lo strumento di screening per l'identificazione precoce di soggetti con consumo rischioso e dannoso di alcol è l'*Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT) sviluppato appositamente dalla WHO (4). L'AUDIT, il test più utilizzato per l'identificazione precoce, comprende nella sua forma integrale dieci domande per ciascuna delle quali è prevista la possibilità di una serie di risposte chiuse a cui è legato un punteggio che se inferiore a 8 indica un consumo a basso rischio, tra 8 e 15 a maggior rischio, tra 16 e 19 un consumo dannoso, superiore o uguale a 20 la presenza di alcoldipendenza. Tali test sono da tempo oggetto di sensibilizzazione nell'ambito della prevenzione alcol-correlata istituzionale come reperibile da <http://www.epicentro.iss.it>

L'AUDIT e la sua forma ridotta – *Short AUDIT questionnaire* – AUDIT C (costituito soltanto dalle prime 3 domande dell'AUDIT) – sono stati validati nella popolazione italiana e ritenuti i più efficaci; anche lo standard formativo europeo IPIB nel suo complesso è stato oggetto di pubblicazione in varie occasioni e contesti (1-2, 5-11). Di seguito sono riportati i test AUDIT e AUDIT C con i relativi punteggi.

In generale, la rilevazione di un punteggio elevato alle domande 7-10 indica un consumo dannoso di alcol e quindi che il paziente presenta già dei problemi in atto (bevitore problematico) oltre a una elevata probabilità futura di problemi alcol-correlati; un punteggio elevato alle domande 4-6 indica l'inizio di una dipendenza.

AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test)

1. Con quale frequenza consuma bevande contenenti alcol?

- mai (0 punti)
- meno di 1 volta/1 volta al mese (1 punto)
- 2-4 volte al mese (2 punti)
- 2-3 volte a settimana (3 punti)
- 4 o più volte a settimana (4 punti)

2. Nei giorni in cui beve, quante bevande alcoliche consuma in media in una giornata tipica?

- 1 o 2 (0 punti)
- 3 o 4 (1 punto)
- 5 o 6 (2 punti)
- 7 o 9 (3 punti)
- 10 o più (4 punti)

3. Con quale frequenza le capita di consumare 6 o più bevande alcoliche in un'unica occasione?

- mai (0 punti)
- meno di una volta al mese (1 punto)
- 1 volta al mese (2 punti)
- 1 volta alla settimana (3 punti)
- ogni giorno o quasi (4 punti)

4. Con quale frequenza durante l'ultimo anno si è accorto di non riuscire a smettere di bere una volta che aveva iniziato?

- mai (0 punti)
- meno di una volta al mese (1 punto)
- 1 volta al mese (2 punti)
- 1 volta alla settimana (3 punti)
- ogni giorno o quasi (4 punti)

5. Con quale frequenza durante l'ultimo anno non è riuscito a fare ciò che normalmente ci si aspetta da lei a causa del bere?

- mai (0 punti)
- meno di una volta al mese (1 punto)
- 1 volta al mese (2 punti)
- 1 volta alla settimana (3 punti)
- ogni giorno o quasi (4 punti)

6. Con quale frequenza durante l'ultimo anno ha avuto bisogno di bere di prima mattina per tirarsi su dopo una bevuta pesante?

- mai (0 punti)
- meno di una volta al mese (1 punto)
- 1 volta al mese (2 punti)
- 1 volta alla settimana (3 punti)
- ogni giorno o quasi (4 punti)

7. Con quale frequenza durante l'ultimo anno ha avuto sensi di colpa o rimorso dopo aver bevuto?

- mai (0 punti)
- meno di una volta al mese (1 punto)
- 1 volta al mese (2 punti)
- 1 volta alla settimana (3 punti)
- ogni giorno o quasi (4 punti)

8. Con quale frequenza durante l'ultimo anno non è riuscito a ricordare quello che era successo la sera precedente perché aveva bevuto?

- mai (0 punti)
- meno di una volta al mese (1 punto)
- 1 volta al mese (2 punti)
- 1 volta alla settimana (3 punti)
- ogni giorno o quasi (4 punti)

9. Si è fatto male o ha fatto male a qualcuno come risultato del bere?

- no (0 punti)
- sì, ma non nell'ultimo anno (2 punti)
- sì, nell'ultimo anno (4 punti)

10. Un parente, un amico, un medico o altro operatore sanitario si sono occupati del suo bere o hanno suggerito di smettere?

- no (0 punti)
- sì, ma non nell'ultimo periodo (2 punti)
- sì, nell'ultimo anno (4 punti)

Punteggio < a 8 = consumo a basso rischio
Punteggio ≥ a 8, ma ≤ a 15 = consumo a rischio
Punteggio ≥ a 16, ma ≤ a 19 = consumo dannoso
Punteggio ≥ a 20 = alcoldipendenza

AUDIT-C (versione abbreviata dell'AUDIT)

1. Con quale frequenza consuma bevande contenenti alcol?

- mai (0 punti)
- meno di 1 volta/1 volta al mese (1 punto)
- 2 - 4 volte al mese (2 punti)
- 2 - 3 volte a settimana (3 punti)
- 4 o più volte a settimana (4 punti)

2. Nei giorni in cui beve, quante bevande alcoliche consuma in media in una giornata tipica?

- 1 o 2 (0 punti)
- 3 o 4 (1 punto)
- 5 o 6 (2 punti)
- 7 o 9 (3 punti)
- 10 o più (4 punti)

3. Con quale frequenza le capita di consumare 6 o più bevande alcoliche in un'unica occasione?

- mai (0 punti)
- meno di una volta al mese (1 punto)
- 1 volta al mese (2 punti)
- 1 volta alla settimana (3 punti)
- ogni giorno o quasi (4 punti)

Punteggio < a 5 per gli uomini e < a 4 per le donne = consumo a basso rischio
Punteggio ≥ a 5 per gli uomini e ≥ a 4 per le donne = consumo a rischio

Cenni sull'intervento breve

L'intervento breve si riferisce a un intervento (variabile dai 5 ai 30/40 minuti, da una singola sessione a più sessioni ripetute) effettuato in un contesto clinico non specialistico (es. la medicina generale), da parte di personale non specializzato (cioè da personale non specializzato nel trattamento delle dipendenze da alcol) diretto alla fascia di popolazione considerata "a rischio" di sviluppare problemi e patologie alcol-correlate sia relativi alla salute che ai propri comportamenti e stili di vita e cioè a soggetti con consumo rischioso e dannoso di alcol non in cerca di trattamento specifico (1-2).

Come è sottolineato nello standard formativo dell'ONA-CNESPS, l'intervento breve prende spunto dai principi base del colloquio motivazionale, anche se è in realtà un termine generico attribuito a una vasta gamma di interventi, da cui anche l'estrema variabilità delle definizioni adottate nei diversi studi pubblicati, che come anticipato precedentemente, hanno in comune sostanzialmente due caratteristiche: sono interventi effettuati a livello di comunità e forniti da personale non specializzato (es. i medici di medicina generale e altri operatori dell'assistenza sanitaria primaria quali, medici ospedalieri, infermieri, lavoratori nel settore sociale, ufficiali giudiziari e altri professionisti non specializzati); sono interventi diretti a soggetti identificabili con consumo rischioso e dannoso di alcol che in genere non lamentano problematiche di salute e non cercano aiuto per un problema alcol-correlato.

L'intervento breve ha l'obiettivo di motivare le persone a cambiare il loro comportamento, esplorando con l'operatore sanitario le ragioni sottese al consumo identificando ragioni concrete per l'attivazione nella direzione del cambiamento. L'intervento è quindi un modo di rendere il paziente consapevole di un eventuale conflitto e della sua ambiguità, laddove presente, nonché di facilitare allo stesso una visione più chiara possibile per decidere autonomamente e responsabilmente che è giunto il momento di risolverlo.

Al termine dei corsi IPIB, lo standard formativo prevede che ai partecipanti sia fatta richiesta di compilazione di una scheda di valutazione del percorso formativo con domande sui seguenti ambiti:

- impressione generale del corso (chiarezza degli obiettivi, coerenza degli argomenti trattati rispetto agli obiettivi del corso, appropriatezza del livello di trattazione rispetto alle proprie conoscenze, rilevanza delle trattazioni rispetto alle proprie necessità di aggiornamento, opinione

sull'applicabilità di quanto appreso alla propria realtà lavorativa attuale e futura, qualità educativa e di aggiornamento, efficacia del corso per la formazione continua);

- struttura del corso (adeguatezza del tempo dedicato alle lezioni, alle esercitazioni, lavori di gruppo e discussione, adeguatezza della documentazione fornita, sufficienza sul numero di esercitazioni svolte);
- valutazione soggettiva di apprendimento (come misurare il consumo di alcol in Unità standard settimanali, come identificare i bevitori a rischio in base al consumo settimanale, all'AUDIT, all'AUDIT C, come descrivere il modello degli stadi del cambiamento, descrivere le componenti di base di un intervento breve, fornire un intervento breve a un consumatore a rischio prendendo in considerazione il suo stadio del cambiamento, descrivere i modi tipici dei pazienti di mostrare le loro resistenze ad adottare uno stile di vita che favorisca la salute, rispondere alla resistenza di un paziente in modo tale da non provocare ulteriore argomentazione, creare uno scambio di informazioni incentrato sul paziente, elencare i problemi correlati al consumo eccessivo e all'intossicazione, descrivere l'alcoldipendenza secondo i criteri dell'ICD10, descrivere i criteri di base per indirizzare un paziente a una clinica specializzata sull'alcol).

Propedeutica alla trattazione dell'intervento breve è quella del modello degli stadi del cambiamento. La trattazione dei processi di cambiamento viene generalmente svolta qualora la durata del corso non sia nel formato inferiore a 2 giorni e comunque riservata a un contesto più specialistico. Anche per l'intervento breve, lo standard formativo dell'ONA-CNESPS prevede lo svolgimento di esercitazioni effettuate fornendo ai partecipanti casi clinici simulati anche per la valutazione sugli stadi del cambiamento.

Modello degli stadi del cambiamento

Un gran numero di studi dimostra che l'auspicato cambiamento dell'atteggiamento di dipendenza può avvenire anche in assenza dell'assistenza di un esperto. Alcuni autori hanno riscontrato che le persone riescono a mutare volontariamente il proprio comportamento sia con che senza un intervento ed hanno descritto la serie di stadi che gli individui attraversano quando modificano il proprio comportamento, dallo stadio pre-contemplativo a quello di mantenimento (3). In ogni stadio l'individuo sperimenterà sensazioni e pensieri diversi, scoprendo che diverse attività lo aiutano a progredire. Questo modello viene quasi sempre reso graficamente come un cerchio o una spirale. Prima di entrare nel "cerchio" del cambiamento, si dice che la persona si trova nello stadio di *pre-contemplazione*. La *pre-contemplazione* è lo stadio in cui ancora non vi è intenzione di cambiare abitudini nel futuro prossimo. Molti individui in questo stadio sono inconsapevoli o poco consapevoli dei loro problemi. Talvolta essi non sanno che il consumo di alcol sta causando loro dei problemi o li espone a rischio. Altre volte invece sono completamente consapevoli dei rischi che la loro abitudine comporta ma, d'altra parte, non vogliono cambiare per altri motivi. Le famiglie e gli amici, comunque, sono spesso ben consapevoli che le persone allo stadio pre-contemplativo hanno problemi e li spingono a cercare aiuto: fino a che questa pressione sussiste, essi danno segnali di cambiamento; non appena la pressione cala, spesso tornano alle vecchie abitudini.

La consapevolezza o la preoccupazione per i rischi e i problemi legati all'abitudine dell'alcol portano le persone a spostarsi verso lo stadio di "contemplazione". In questo stadio il bevitore problematico matura la consapevolezza dell'esistenza del problema e si interroga seriamente su come superarlo, senza però aver ancora fatto uno sforzo reale per attivarsi. Da un lato c'è la consapevolezza della necessità del cambiamento, dall'altro è ancora forte l'attaccamento al comportamento problematico. È uno stadio in cui le persone non sono ancora pronte al cambiamento, uno stadio in cui si può rimanere bloccati per lungo tempo. Lo stadio è caratterizzato dall'ambiguità e dalla valutazione dei pro e dei contro del problema. Le persone nello stadio contemplativo combattono contro gli aspetti positivi della loro dipendenza e la mole di sforzi, energie e tempo che costerà loro superare il problema, sebbene possono spesso dichiarare di impegnarsi, o si impegnano realmente, a cambiare il proprio comportamento entro i sei mesi successivi.

Le persone che si trovano allo stadio di *preparazione* sono quelle che progettano di cambiare presto le proprie abitudini. Desiderano attivarsi nell'arco del mese successivo e hanno fallito l'anno precedente. Hanno registrato alcuni piccoli cambiamenti, ma non sono riusciti a stabilire un criterio d'azione efficace, come per esempio bere di meno; iniziano a parlare agli altri dei propri tentativi di cambiare e fanno progetti chiari su come riuscirci.

Allo stadio dell'*azione* le persone modificano i propri comportamenti, le proprie esperienze o il contesto, allo scopo di superare i propri problemi. Le modificazioni fatte sono visibili e ricevono il maggior grado di riconoscimento dall'esterno. Segni di riconoscimento dello stadio dell'*azione* sono la modificazione del comportamento mirato a un obiettivo accettabile e i significativi e manifesti sforzi al cambiamento. In questo stadio le persone sono solitamente in contatto con professionisti o gruppi di auto-aiuto che li sostengono.

Lo stadio dell'*azione* è seguito da un periodo di *mantenimento*, durante il quale le persone lavorano per prevenire le ricadute e consolidare i successi ottenuti nello stadio precedente. Il cambiamento di abitudini è un processo continuo e possono farne parte vari cambiamenti temporanei.

Se non si verifica un consolidamento, l'individuo subisce la *ricaduta* e regredisce a uno stadio precedente. Stabilizzare il cambiamento di abitudini ed evitare le ricadute sono i segni distintivi del mantenimento. La maggior parte delle persone che tentano di modificare la propria dipendenza non riesce a mantenere al primo tentativo i successi ottenuti. La ricaduta e il dover ripercorrere i vari stadi sono cose che si verificano spesso quando si cerca di porre fine a una dipendenza e la progressione lineare è un fenomeno possibile ma relativamente raro. "Il cerchio" illustra al meglio il movimento delle persone attraverso gli stadi di cambiamento. Alcune persone passano da uno stadio all'altro molto rapidamente oppure saltano uno stadio. A ogni modo se passano troppo velocemente attraverso la contemplazione o la preparazione, c'è il rischio che abbiano una ricaduta, poiché la decisione di cambiare le loro abitudini e il piano di supporto alla decisione non sono ancora abbastanza forti. Il modello sinora descritto è definibile "trans-teoretico" e descrive gli stadi che gli individui attraversano senza tuttavia porsi il problema di come sono spiegati i problemi in sé, né se la persona abbia accesso all'aiuto professionale o meno, o, se sì, senza soffermarsi sulle teorie e le tecniche usate dai terapeuti (1-2).

Componenti dell'intervento breve

L'intervento breve di cui spesso si parla è in realtà un intervento minimo; la stessa letteratura internazionale spesso utilizza i due termini indifferentemente. Di seguito è riportata brevemente la differenza tra intervento minimo e breve:

- *Intervento Minimo* ("simple advice" o "brief advice")
può essere articolato come segue:
 - comunicare il rischio al paziente (*feedback*);
 - fornire informazioni al paziente sui pericoli legati alla prosecuzione di un consumo alcolico;
 - elicitare il paziente nell'individuare un obiettivo da perseguire al fine di modificare le proprie abitudini (*goal setting*);
 - fornire informazioni (*advice*) sui limiti di consumo di alcol a basso rischio;
 - incoraggiare i pazienti spiegando loro che consumo a rischio non significa dipendenza dall'alcol e che le proprie abitudini alcoliche possono ancora cambiare.

- *Intervento breve* (talora descritto come "brief counselling")
può essere articolato come segue:
 - fornire informazioni al paziente sui pericoli legati alla prosecuzione di un consumo alcolico (*advice*) come descritto nel paragrafo precedente;
 - individuare in quale stadio del ciclo di cambiamento il paziente si trovi e adeguare gli interventi alla disponibilità al cambiamento. È importante considerare che, nel caso in cui il paziente sia nello stadio di pre-contemplazione, l'intervento dovrebbe essere focalizzato maggiormente sul comunicare il rischio al paziente per motivarlo all'azione; nel caso in cui, invece, il paziente abbia già preso in considerazione la possibilità di prendere provvedimenti (stadio di contemplazione) andranno enfatizzate le motivazioni del soggetto nella direzione del cambiamento, i vantaggi del farlo, i rischi di ritardare e il modo in cui fare il primo passo; infine, se il paziente è già pronto all'azione, si faciliterà il paziente a fissare degli obiettivi e ad assumersi l'impegno di smettere di bere;
 - fornire materiale informativo;

- programmare un follow-up, in cui le strategie finalizzate a stabilire, raggiungere e mantenere obiettivi specifici debbono essere fissate fin dall'inizio, tenendo presente che, se il paziente continua per diversi mesi ad avere difficoltà nel raggiungere e mantenere i risultati prefissati, si dovrà prendere in considerazione l'opportunità di ricorrere a un tipo di intervento più esteso e specialistico.

Contribuiscono all'efficacia delle tecniche i seguenti aspetti:

- *Atteggiamento empatico e assenza di giudizio*
Gli operatori sanitari dovrebbero considerare che i pazienti sono spesso inconsapevoli dei rischi connessi all'alcol e non dovrebbero essere biasimati per la loro ignoranza. Poiché di solito il consumo rischioso non è una condizione permanente bensì una modalità che può riguardare occasionalmente molte persone per un certo periodo di tempo, un operatore dell'assistenza sanitaria dovrebbe comunicare serenità e accettazione alla persona pur considerando le loro abitudini di consumo di alcol, ricordando che i pazienti rispondono meglio a un interessamento sincero e di supporto. L'atteggiamento di condanna può avere l'effetto controproducente di un rifiuto dell'intervento e di colui che lo presta.
- *Autorevolezza*
Solitamente i pazienti hanno rispetto per gli operatori sanitari per il loro valore di esperti in termini di conoscenza e formazione. Per sfruttare positivamente questo aspetto è bene essere chiari e obiettivi quando si tratta di affermare che il paziente sta oltrepassando i limiti di consumo a basso rischio.
- *Aggirare le resistenze*
Talvolta i pazienti non sono pronti a cambiare le loro abitudini. Alcuni possono negare che stanno bevendo troppo e rifiutare qualsiasi comunicazione concernente il consumo di alcol. Per aiutare i pazienti non ancora disposti al cambiamento, è bene avere cura di parlare con autorevolezza evitando un atteggiamento di confronto, di utilizzare termini minacciosi o spregiativi come "alcolista", motivando invece il paziente con l'offerta di informazioni e l'espressione di un sincero interessamento. Se i risultati del test AUDIT hanno indicato alti livelli di consumo o un problema alcol-correlato, si consiglia di usare questi dati per chiedere al paziente di spiegare la discrepanza tra quanto affermato in medicina e la sua personale visione della situazione. Il medico sarà allora nella posizione di far comprendere al paziente che la situazione potrebbe non essere buona come crede.
- *Facilitazione/supporto*
Poiché l'obiettivo dell'intervento minimo è quello di facilitare il cambiamento delle abitudini del paziente, è essenziale che il paziente partecipi in prima persona al processo. Non è sufficiente spiegare semplicemente al paziente ciò che deve fare. L'approccio più efficace è piuttosto quello di coinvolgerlo in una decisione comune sul processo da compiere. Ciò significa chiedere le ragioni che lo spingono a bere e discutere i benefici personali di un consumo ridotto o della completa astensione. Di importanza cruciale è il fatto che il paziente sia messo nella condizione di scegliere come obiettivo la riduzione o l'astinenza del consumo d'alcol e, al termine di questa fase, convenire sul fatto che cercherà di raggiungere tale obiettivo.
- *Follow-up*
Il follow-up periodico di ogni paziente è essenziale nella pratica clinica in generale. Poiché i soggetti con consumo a rischio non hanno ancora danni tangibili, il loro follow-up può non richiedere servizi o ausili particolari ed ha quindi costi piuttosto limitati. Il follow-up dovrebbe comunque essere programmato sulla base del grado di rischio percepito, sincerandosi che il paziente stia facendo progressi rispetto all'obiettivo posto. In caso affermativo, è auspicabile incoraggiarlo ulteriormente. Nel caso contrario, l'operatore sanitario dovrebbe considerare l'opportunità di associare un intervento breve o l'invio a un centro specialistico per una valutazione diagnostica.

Nel caso dell'intervento breve gli elementi essenziali sono in parte sovrapponibili a quelli descritti per l'intervento minimo iniziando informando il paziente dei risultati dello screening. È auspicabile elencare il/i danno/i (sia quello identificato dall'AUDIT che quello risultante dai sintomi osservabili sul paziente) e mettere in risalto la gravità della situazione. A questo si aggiunge, nell'intervento breve, la valutazione

dello stadio del cambiamento e le connesse azioni sulla base dello stadio del cambiamento in cui si trova il soggetto.

Gli stadi del cambiamento descrivono il modo in cui le persone considerano, iniziano e mantengono un nuovo stile di vita. A ciascun stadio, precedentemente descritto, si associa un elemento specifico d'intervento.

Uno dei modi più semplici per valutare la disponibilità del paziente al cambiamento circa il proprio consumo di alcol è quello di utilizzare il "righello della disponibilità", in cui il paziente deve indicare su di una scala da 1 a 10 "Quanto è importante per lei modificare la sua abitudine di consumo?" (in cui 1 sta per "Non importante" e 10 per "Molto importante").

I pazienti con i punteggi più bassi sono in pre-contemplazione, quelli con un punteggio medio (3-4; 6) in contemplazione, e quelli con punteggi più alti dovrebbero essere considerati pronti all'azione.

Se il paziente si trova nello stadio precontemplativo, l'intervento dovrebbe focalizzarsi piuttosto sul *feedback*, allo scopo di motivare il paziente alla contemplazione e quindi all'azione.

Se invece il paziente ha già riflettuto sull'opportunità di attivarsi (contemplazione), è importante enfatizzare i benefici dell'azione, i rischi connessi al rinviare e i primi passi da compiere.

Se il paziente è già pronto all'azione, l'operatore sanitario dovrebbe focalizzarsi piuttosto sulla definizione degli obiettivi e sul garantire un impegno da parte del paziente a ridurre il consumo di alcol. Per una trattazione più dettagliata dell'argomento si rimanda alla consultazione di testi specifici (1, 2).

Infine, nell'intervento breve è fondamentale il follow-up nel corso del quale si aiuteranno anche i pazienti a identificare eventuali fattori scatenanti delle ricadute e le situazioni che potrebbero mettere a rischio la continuità dei progressi.

Se i pazienti trattati con intervento breve hanno già danni alcol-correlati è essenziale un monitoraggio periodico commisurato al grado di rischio.

Se il paziente non risponde all'intervento o manifesta particolari difficoltà nel modificare le proprie abitudini legate al bere, è opportuno pianificare un intervento diverso e potrebbe essere necessario un trattamento specialistico. Qualora un simile trattamento specialistico non sia disponibile potrà essere necessario un monitoraggio ripetuto nel tempo. Per ulteriori dettagli sullo standard formativo dei corsi IPIB si rimanda ai testi specifici (1, 2).

Definizioni adottate

I *disordini alcol-correlati* sono stati definiti dalla Classificazione Internazionale delle Malattie della WHO, 10a revisione (ICD-10). Tale classificazione categorizza come disordini alcol-correlati 3 gruppi di soggetti con consumo rischioso, dannoso di alcol e alcolodipendenti.

Le definizioni sono:

- Il *consumo a rischio (hazardous)* è definito dalla WHO un livello di consumo o una modalità del bere che, nel caso di persistenza di tali abitudini, può determinare un danno alla salute, fisico o mentale. Rispetto al consumo dannoso, il consumo rischioso si riferisce a modalità di consumo che hanno un significato in sanità pubblica sebbene in assenza di disordini in atto nei consumatori.
- Il *consumo dannoso (harmful)* è definito dalla classificazione internazionale ICD-10 della WHO una modalità di consumo che causa danno alla salute, a livello fisico (es. la cirrosi epatica) o mentale (come la depressione da assunzione di alcol). Rispetto al consumo rischioso, nel consumo dannoso vi sono evidenti problematiche alcol-correlate sebbene a esse non corrisponda una richiesta di trattamento da parte del soggetto.
- L'*alcolodipendenza* è definita dall'ICD-10 della WHO come un insieme di fenomeni fisiologici, comportamentali e cognitivi in cui il consumo di alcol riveste per l'individuo una priorità crescente rispetto ad abitudini che in precedenza rivestivano un valore maggiore e che progressivamente vengono abbandonate. Caratteristica centrale è il forte desiderio di bere, la difficoltà a controllarsi rispetto a inizio, termine e livello di assunzione alcolica nonostante la consapevolezza delle conseguenze dannose per la salute, aumentata tolleranza e stato di astinenza fisica se si smette di bere o si riduce la quantità.

- *Strumenti di screening*: ci si riferisce all’uso regolare (su supporto cartaceo o elettronico) di test di screening standardizzati per l’identificazione del consumo rischioso, dannoso e dell’alcoldipendenza quali per esempio l’*Alcohol Use Disorders Identification Test-AUDIT*, *AUDIT-C*, *CAGE*, *Fast Alcohol Screening Test-FAST*, *SASQ* o altri.
- *Intervento breve*: per intervento breve ci si riferisce a una famiglia di interventi che possono differire fra loro per numerosi fattori quali la durata (dai 5 ai 30/40 minuti) e l’intensità (da una singola sessione a più sessioni ripetute), che sono effettuati in un contesto clinico non specialistico (la medicina generale ne è un esempio), da parte di personale non specializzato (cioè da personale non specializzato nel trattamento delle dipendenze da alcol), aventi come target di popolazione una fascia di soggetti considerata “a rischio” di sviluppare PPAC e cioè soggetti con consumo rischioso e dannoso di alcol non in cerca di trattamento specifico; tali interventi sono rivolti a incoraggiare una riduzione dei consumi di alcol e cioè a facilitare un cambiamento di comportamento del soggetto verso stili di vita più salutari.

Bibliografia dello standard formativo

1. Scafato E (Ed.). *Alcohol and primary health care: training programme on identification and brief interventions*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2008. Disponibile all’indirizzo: http://inebria.net/wp-content/uploads/2017/09/tripa_training_ok.pdf; ultima consultazione 07/10/2021.
2. Scafato E, Gandin C, Patussi V, il gruppo di lavoro IPiB (Ed.). *L’alcol e l’assistenza sanitaria primaria. Linee guida per l’identificazione e l’intervento breve*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2010; Disponibile all’indirizzo: http://www.epicentro.iss.it/alcol/linee/linee_guida_cliniche.pdf; ultima consultazione 07/10/2021.
3. Prochaska JO, Di Clemente CC. Transtheoretical therapy: toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: theory research and practice*, 1982;19:276-288.
4. Babor TF, Higgins Biddle JC. *Brief intervention for hazardous and harmful drinking: a manual for use in primary care*. Geneva: World Health Organization; 2001
5. Struzzo P, De Faccio S, Moscatelli E, Scafato E, Gruppo di ricerca PRISMA. Identificazione precoce dei bevitori a rischio in assistenza primaria in Italia: adattamento del questionario AUDIT e verifica dell’efficacia d’uso dello short-AUDIT test nel contesto nazionale. *Bollettino per le Farmacodipendenze e l’Alcolismo* 2006;29(1-2):1-6.
6. Scafato E, Allamani A, Codenotti T, Patussi V, Rossi A, Struzzo P, Russo R, Gruppo nazionale italiano PHEPA. Una strategia nazionale. L’implementazione e l’integrazione di diagnosi precoce e intervento breve nell’attività quotidiana dei medici generici. *Salute e Territorio* 2006;27(155):85-119.
7. Scafato E, Gandin C, Ghirini S, Allamani A, Struzzo P, Patussi V, Codenotti T, Marcomini F, Russo R and the PHEPA Italian Country Team Primary Health Care European Project on Alcohol (PHEPA). *Integrating Health Promotion Interventions for Hazardous and Harmful Alcohol Consumption into Primary Health Care Professionals’ Daily Work. Italy country report*. Barcellona: PHEPA; 2005.
8. Scafato E, Allamani A, Patussi V, Codenotti T, Marcomini F, Struzzo P, and Italian WHO Phase IV EIBI Working Group. Italy. Chapter 11. 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*. Geneva: World Health Organization; 2006. p. 145-171. Disponibile all’indirizzo: http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241594519_eng.pdf; ultima consultazione 07/10/2021.
9. Mezzani L, Patussi V, Rossi A, Russo R, Scafato E. Establishing an Italian general practitioner brief intervention pilot project for problem drinkers. *Subst Use Misuse* 2007;42(12):1979-89.
10. Rollnick S, Mason P, Butler C. *Cambiare stili di vita non salutari. Strategie di Counseling motivazionale breve*. Trento: Erickson libri; 2003.
11. Scafato E, Gandin C, Martire S, Ghirini S, Galluzzo L e il gruppo di lavoro BISTAIRS. *Identificazione precoce e intervento breve nel trattamento dei disordini alcol-correlati: raccomandazioni e linee guida del progetto europeo BISTAIRS (Brief intervention in the treatment of alcohol use disorders in relevant settings)*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2016. (Rapporti ISTISAN 16/5).

APPENDICE B
Iter didattico: IPIB ALCOL di base e avanzato
(Identificazione Precoce e Intervento Breve sul consumo
rischioso e dannoso di alcol)

Iter didattico: IPIB ALCOL di base e avanzato (Identificazione Precoce e Intervento Breve sul consumo rischioso e dannoso di alcol)

Il modulo di primo livello (formazione di base), rivolto a un'ampia platea di destinatari, si prefiggeva di fornire elementi di base rivolti ad assicurare, omogeneamente sul territorio, conoscenze e competenze essenziali, necessarie e sufficienti a favorire l'integrazione dell'identificazione precoce del rischio alcol-correlato nella pratica quotidiana a favore dell'utenza delle strutture sanitarie di riferimento.

La formazione ha riguardato l'*identificazione precoce* del consumo rischioso e dannoso di alcol attraverso l'uso di strumenti standardizzati e specifici (AUDIT-*Alcohol Use Disorders Identification Test*); gli elementi di base per lo sviluppo delle competenze specifiche di un *intervento breve* (della durata di 5-10 minuti) o "minimo" da integrare nella routine assistenziale quotidiana.

Per lo standard di formazione di riferimento e i relativi prodotti finalizzati all'incremento delle conoscenze degli operatori sanitari si rimanda all'Appendice A (1).

Di seguito è riportata la struttura del programma dei corsi di base e avanzato, di volta in volta adattati alle esigenze locali, alle figure professionali dei partecipanti e altre possibili variabili, inclusa la necessità, in conseguenza dell'emergenza COVID-19, di trasformare i corsi da "corsi in presenza" a "corsi a distanza".

Programma del corso IPIB ALCOL base

Sessione 1. Prima parte.

Identificazione precoce del consumo rischioso e dannoso di alcol

09.00	Il razionale e le finalità del corso
09.15	L'alcol come paradigma per l'identificazione precoce e l'intervento breve in PHC
09.30	Il consumo di alcol: impatto sociale e sanitario dell'alcol sulla salute
09.50	Bicchieri standard, unità alcolica, linee guida di consumo. Le definizioni di consumo rischioso, dannoso e alcoldipendenza
10.30	<i>Feedback</i> e discussione
11.00	Intervallo

Sessione 1. Seconda parte

Identificazione precoce del consumo rischioso e dannoso di alcol

11.30	Identificazione del consumo rischioso e dannoso: utilizzo e valutazione degli strumenti di screening
12.00	Criteri diagnostici dell'alcoldipendenza: focus su ICD-10, WHO
12.30	<i>Feedback</i> e discussione
13.00	Pausa pranzo

Sessione 2. Prima parte.

Intervento Breve nel consumo rischioso e dannoso di alcol

14.00	Il modello degli stadi del cambiamento
15.00	Esercitazione in plenaria sugli stadi del cambiamento
15.45	Requisiti fondamentali di un intervento breve
16.15	La comunicazione: i principali blocchi e le buone pratiche
16.45	Intervallo

Sessione 2. Seconda parte.

Intervento Breve nel consumo rischioso e dannoso di alcol

17.00	Le abilità di base dell'Intervento Breve: le strategie di apertura
17.15	Elementi essenziali dell'Intervento breve: stile e contenuti
17.30	<i>Brain storming</i> sul ruolo degli operatori sanitari per l'IPIB: barriere, supporto necessario, proposte
18.00	Chiusura del corso e consegna dei questionari di valutazione

Dal momento che l'organizzazione e lo svolgimento dei primi corsi di formazione presso la ASL Salerno sono coincisi con la pubblicazione del nuovo manuale di formazione della WHO sull'intervento breve e il consumo dannoso di alcol (WHO *alcohol brief intervention training manual for primary care*) (a cui i ricercatori dell'ONA-ISS hanno contribuito attivamente in qualità di esperti), si è deciso di includere, per la prima volta nei corsi di formazione italiani, il nuovo modulo della WHO sugli "atteggiamenti verso l'alcol degli operatori sanitari" (2) così come risulta nella descrizione del progetto e svolto nel corso dell'implementazione del piano di formazione (3). Tale modulo è stato costruito per dare la possibilità ai partecipanti di considerare gli atteggiamenti propri e del proprio gruppo professionale di appartenenza nei confronti dell'alcol e come questi possano influenzare lo svolgimento dell'IPIB nella pratica quotidiana. Ciò nasce dall'evidenza che i nostri atteggiamenti nei confronti dell'alcol, dei rischi e dei livelli di consumo, nonché delle modalità di consumo dei consumatori hanno un impatto sullo svolgimento degli interventi brevi, sul modo e il momento in cui vengono forniti fermo restando che gli interventi brevi possono aiutare gli individui a fare scelte informate riguardo al loro consumo, ma non sostituiscono l'importanza dell'implementazione dell'insieme delle politiche di popolazione (prezzo, disponibilità, marketing).

In particolare, il modulo, sotto forma di questionario strutturato, contiene 12 domande da somministrare ai partecipanti in forma anonima all'inizio del corso e prima della conclusione dei lavori: per ciascuna delle 12 domande, all'inizio e al termine del corso, ai partecipanti è richiesto di trovare un livello di accordo o disaccordo.

Il modulo di secondo livello (*Formazione avanzata*) è stato pensato per essere rivolto a selezionate professionalità, identificate nel corso della formazione di base, a cui fornire modalità avanzate di attuazione dell'intervento breve. È stato stabilito, a tal proposito, di privilegiare il coinvolgimento di professionisti attivi in tutti i contesti e le strutture che svolgono in maniera prevalente una qualunque forma di trattamento/intervento volto a identificare il soggetto con consumo dannoso e a maggior rischio, e a favorirne l'inclusione in un processo:

- di contrasto all'insorgenza e/o progressione di eventuali danni alcol-correlati
- di prevenzione delle possibili complicanze
- di contrasto all'insorgenza di una dipendenza, condizione più complessa che richiede maggiori risorse e prestazioni sanitarie specialistiche, evitabili a fronte di una disponibilità a regime di un sistema di rilevazione precoce e d'intervento breve.

In virtù del *know-how* tecnico-scientifico di selezionati discenti da acquisire attraverso il modulo di base, il modulo avanzato è stato inoltre finalizzato per facilitare la formazione a cascata di altri operatori da abilitare all'attuazione del modello IPIB attraverso altri eventi formativi proposti dall'Azienda, andando così a costituire un parco formatori necessario per il processo di auto-mantenimento e di auto-replicazione del modello medesimo in una prospettiva dinamica e rispetto alle esigenze aziendali di aggiornamento continuo e della rete di interventi da garantire in funzione dei piani regionali e aziendali di prevenzione.

Molte le finalità del modulo avanzato. In primo luogo, offrire una formazione avanzata sulla conduzione efficace di un intervento breve per ridurre il consumo rischioso e dannoso di alcol, approfondendo le competenze specifiche del corso di base sull'utilizzo degli strumenti di screening, sul modello degli stadi di cambiamento e sull'implementazione dell'intervento breve, basato sulle basi del colloquio motivazionale, da integrare nella pratica quotidiana; Inoltre, rafforzare le competenze specifiche attraverso esercitazioni pratiche mirate all'analisi e alla valutazione di casi clinici; lavorare in un approccio di rete, all'identificazione dei ruoli da svolgere da parte dei partecipanti in considerazione delle implicazioni di integrazione dell'IPIB che loro stessi assicurano come risorsa qualificata nei contesti di pratica quotidiani in cui operano.

Di seguito sono riportate le conoscenze e le competenze da raggiungere al termine del corso avanzato da parte dei partecipanti:

- il modello degli stadi del cambiamento;
- i fattori della motivazione al cambiamento comportamentale (disponibilità, importanza, autoefficacia);
- il proprio stile comunicativo e come instaurare una relazione di sostegno;
- le principali barriere della comunicazione;
- gli elementi essenziali degli interventi brevi;
- le differenze applicative tra intervento minimo e intervento breve;
- come gestire le ricadute (aiutare il rientro nel ciclo di cambiamento);
- quali applicazioni delle tecniche IPiB sono realisticamente adottabili nella pratica quotidiana di riferimento e quale contributo è assicurabile in un'ottica di rete aziendale.

Programma del corso IPiB ALCOL avanzato

09.00	Razionale e finalità del corso
09.15	Identificazione del consumo rischioso e dannoso di alcol Utilizzo e valutazione degli strumenti di screening finalizzati all'intervento
09.30	Introduzione ai gruppi di lavoro. Casi clinici. Lavoro di gruppo sugli strumenti d'identificazione
10.15	Restituzione in plenaria del lavoro dei gruppi
10.30	Intervento breve Evidenze scientifiche. Modello degli stadi di cambiamento
11.00	Tipi di intervento e stili comunicativi per la relazione di sostegno
11.15	Strategie di apertura e elementi essenziali degli Interventi Brevi: stile e contenuti
11.30	Lavori di gruppo sulle modalità di intervento breve (<i>role play</i>)
12.30	Restituzione e conclusioni della sessione
13.00	Pausa pranzo
14.00	Prevenzione delle ricadute: aiutare il rientro nel ciclo di cambiamento
14.15	Criteri diagnostici: focus su ICD-10 della WHO
14.30	Ruolo degli operatori sanitari per l'identificazione precoce dei bevitori con consumo a rischio. Discussione in plenaria: <ul style="list-style-type: none"> – livello di implementazione possibile nel proprio <i>setting</i> di assistenza primaria; – principali ostacoli alla promozione dell'identificazione precoce e dell'intervento breve; – livello di supporto necessario da parte dei servizi specialistici; – proposte pratiche per l'avviamento dell'attività di identificazione precoce e intervento breve
15.15	Prova finale per la verifica dell'apprendimento Questionario di valutazione e gradimento
16.00	Conclusione seconda giornata

Gli eventi formativi, di base e avanzati, sono stati pianificati stabilendo di non eccedere 40 discenti per corso al fine di garantire l'interattività connessa allo svolgimento di esercitazioni in plenaria e di *feedback* dei gruppi di lavoro, dove previsti che, in regime ECM, prevedono usualmente un numero di crediti inversamente proporzionale al numero dei partecipanti secondo l'evidenza che da un punto di vista formativo più il numero è ristretto e più è riconosciuta l'efficacia del corso. In considerazione delle numerosità e delle risorse disponibili è stata proposta, per la programmazione dei corsi di primo livello, l'attuazione di due corsi in contemporanea nella stessa giornata svolti da due formatori diversi dell'Istituto Superiore di Sanità garantendo in tempi concentrati l'attuazione della formazione a un numero ampio di professionisti. Al fine di garantire l'accessibilità più ampia possibile ai corsi, il progetto prevedeva la realizzazione, all'occorrenza, di edizioni di corsi in tre aree distinte (Nord, Centro e Sud) dell'Azienda

corrispondenti ai territori delle tre ex ASL accorpate nell'attuale azienda provinciale ASL Salerno prevedendo anche, in caso di elevato numero di discenti partecipanti, lo svolgimento di più edizioni per ciascuna area.

Quindi, la pianificazione originaria degli interventi formativi di base e avanzati sull'alcol è stata la seguente:

Moduli di primo livello

Area	Numero di corsi	Edizioni	Totale
Nord	2	2	4
Centro	2	2	4
Sud	2	2	4
Totale	6		12

Discenti per corso: 40 (al massimo)

Totale discenti da formare: circa 480

Moduli di secondo livello

Area	Numero di corsi	Edizioni	Totale
Nord	1	1	1
Centro	1	1	1
Sud	1	1	1
Totale	3		3

Discenti per corso: 30 (al massimo)

Totale discenti da formare: circa 90

Bibliografia dell'iter didattico alcol di base e avanzato

1. Scafato E, Gandin C, Martire S, Ghirini S, Galluzzo L e il gruppo di lavoro BISTAIRS. *Identificazione precoce e intervento breve nel trattamento dei disordini alcol-correlati: raccomandazioni e linee guida del progetto europeo BISTAIRS* (Brief intervention in the treatment of alcohol use disorders in relevant settings). Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2016. (Rapporti ISTISAN 16/5).
2. World Health Organization. WHO alcohol brief intervention training manual for primary care. Copenhagen: WHO; 2017. Disponibile all'indirizzo: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/351294/Alcohol-training-manual-final-edit-LSJB-290917-new-cover.pdf?ua=1; ultima consultazione 07/10/2021.
3. Baselice A e Gandin C per il gruppo di lavoro "Rete IPIB-ASL Salerno"*. *Gandin C, Ghirini S, Matone A, Scafato E, Acconcia C, Armenante C, Baselice A, De Luna A, Grandinetti A, Iuliano L, Lamanna C, Napolitano G, Palumbo S, Sorrentino MR. "RETE IPIB" ASL di Salerno: La descrizione del progetto e l'implementazione del piano di formazione dell'ASL Salerno e dell'ONA-ISS per la prevenzione dei disturbi da uso di alcol e da gioco d'azzardo. Istituto Superiore di Sanità, Alcohol Prevention Day, webinar 20 maggio 2021 (Presentazione). Disponibile all'indirizzo: <https://www.epicentro.iss.it/alcol/apd2021/relazioni/5%20-%20Baselice%20Gandin.pdf>; ultima consultazione 07/10/2021.

APPENDICE C
Iter didattico: Identificazione Precoce
Gioco D'azzardo Patologico (IPGAP)

Iter didattico: IPGAP (Identificazione Precoce Gioco d’Azzardo Patologico)

Per quanto riguarda l’ultimo degli iter didattici previsti, il corso IPGAP intendeva fornire una formazione di base (in origine previsti 3 eventi), per i *setting* di assistenza sanitaria per l’identificazione dei giocatori d’azzardo e un intervento breve mirato a ricomprendere in una rete aziendale di competenze i soggetti a rischio nell’ottica della differenziazione dei trattamenti da proporre sulla base delle caratteristiche individuali garantendo un *core* di attività di base volto ad assicurare al paziente gli elementi di supporto indispensabili per poter partecipare a un percorso terapeutico concordato. Il corso è stato rivolto a professionisti sanitari e sociali con i seguenti obiettivi generali:

- Integrare e diffondere nella pratica professionale quotidiana l’identificazione precoce dei problemi legati al *gambling/gaming* e la metodologia dell’intervento rivolta a favorire l’accesso precoce a percorsi di recupero che possano evitare l’aumento della complessità del problema.
- Favorire l’acquisizione di competenze specifiche su contenuti, modalità tecniche e organizzative attuazione di una rete di competenze finalizzata alla gestione del caso emergente dall’identificazione precoce dei problemi e alla valorizzazione e idonea articolazione dell’intervento richiesto attraverso l’utilizzazione congrua delle differenti risorse e competenze a disposizione.

Gli obiettivi specifici:

- Rafforzare le competenze specifiche attraverso esercitazioni pratiche su casi clinici.
- Valorizzare le competenze e conoscenze attraverso un approccio di rete rivolto all’identificazione dei ruoli da svolgere da parte dei partecipanti rispetto a un approccio integrato aziendale.

La formazione prevedeva il raggiungimento di conoscenze e competenze su:

- Gli elementi distintivi il *gambling* e le dipendenze comportamentali in genere.
- Gli strumenti d’identificazione e possibili modelli d’intervento.
- Le tecniche di sostegno basate sul modello degli stadi del cambiamento.
- I fattori della motivazione al cambiamento comportamentale (la disponibilità, l’importanza e la fiducia al cambiamento).
- Il proprio stile comunicativo e come instaurare una relazione di sostegno.
- Le principali barriere della comunicazione e gli elementi essenziali degli interventi.
- Le applicazioni adottabili nella pratica quotidiana e in un’ottica di rete aziendale.

Il corso di formazione sul gioco d’azzardo, rivolto a un numero ridotto di destinatari rispetto ai corsi alcol di base, si prefiggeva di formare personale capace di disseminare conoscenze e pratiche di intervento attraverso una formazione a cascata dei discenti in una prospettiva dinamica rispetto alle esigenze aziendali di aggiornamento della rete di interventi da garantire in funzione dei piani regionali e aziendali di prevenzione.

Programma del corso IPGAP

08.30-09.00	Registrazione dei partecipanti
09.00-10.00	Introduzione al corso
10.00-11.00	Epidemiologia e impatto sanitario e sociale del gioco d’azzardo patologico
11.00-11.30	Pausa
11.30-12.30	Neuro-fisiopatologia e alterazione dei processi cognitivo-emozionali. Fattori di vulnerabilità e di protezione
12.30-13.30	Gli strumenti d’identificazione precoce, valutazione e intervento
13.30-14.30	Pausa pranzo
14.30-15.30	Aspetti clinici e sociali generali del gioco d’azzardo patologico
15.30-16.30	Interventi: elementi di terapia cognitivo-comportamentale, sistemico-relazionale. Il ruolo dell’auto -mutuo aiuto
17.00-17.30	Discussione e conclusioni
17.30-18.00	Test apprendimento e gradimento

Per la descrizione di tutte le attività didattiche, le criticità e le rimodulazioni, si rimanda al paragrafo “Sintesi delle attività e dei risultati”.

APPENDICE D
Questionario di follow-up e di analisi dei bisogni
dei partecipanti ai corsi di base sull'alcol del progetto
“Rete IPIB dell'ASL di Salerno”



Gentile collega,

nell'ambito delle attività del progetto **“Rete IPIB – Rete Aziendale per l'Identificazione Precoce e l'Intervento Breve su alcol, gioco d'azzardo e altre Addiction”** promosso dal **Dipartimento Dipendenze della ASL Salerno** e implementato in collaborazione con l'**Osservatorio Nazionale Alcol dell'Istituto Superiore di Sanità**, ci rivolgiamo a Te, che hai preso parte al corso di base IPIB sull'alcol, per informarti che stiamo preparando il corso avanzato.

Il **modulo di secondo livello (avanzato)** intende fornire modalità avanzate di attuazione dell'intervento breve sull'alcol finalizzate a identificare i consumatori a maggior rischio e a favorirne l'inclusione in un processo:

- ✓ di contrasto all'insorgenza e/o progressione di eventuali danni alcol-correlati
- ✓ di prevenzione delle possibili complicanze
- ✓ di contrasto all'insorgenza di una dipendenza.

Inoltre, in virtù delle conoscenze tecnico-scientifico che hai acquisito dal modulo di base, con il modulo avanzato potrai essere coinvolto ed entrare a far parte di un gruppo aziendale che si occuperà della formazione a cascata di altri operatori da abilitare all'attuazione del modello IPIB attraverso altri eventi formativi proposti dall'Azienda, andando così a costituire un parco formatori necessario per il processo di auto-mantenimento e di auto-replicazione del modello medesimo.

Il modulo avanzato offrirà una formazione avanzata sulla conduzione efficace di un intervento breve per ridurre il consumo rischioso e dannoso di alcol e faciliterà allo stesso tempo il processo di identificazione dei ruoli che i partecipanti potranno svolgere per l'integrazione dell'IPIB che loro stessi potranno assicurare come risorsa qualificata nei contesti di pratica quotidiani in cui operano.

In questa fase del progetto, per consentirci di ottimizzare al massimo i contenuti del corso avanzato, **ti invitiamo a partecipare alla raccolta delle informazioni contenute nel questionario online** che ti sarà possibile compilare **entro e non oltre il 26 febbraio 2021**.

Ti chiediamo cortesemente di registrare i tuoi dati personali nello spazio predisposto e di esprimere un tuo interesse nell'essere coinvolto attivamente nelle attività aziendali future della rete IPIB di Salerno. In tal caso, sarai inserito in una mailing list e riceverai aggiornamenti su piani e programmi di attività da svolgere e da condividere che si andranno sviluppando a livello aziendale nel prossimo futuro.

Se lo riterrai opportuno e gradito, nel presentare i dati aggregati che raccoglieremo da questa indagine, **chiediamo il tuo consenso per poter citare il tuo nome** (e del tuo dipartimento) nei ringraziamenti di tutti quelli che hanno partecipato a questa iniziativa. Consideriamo questo un modesto ma doveroso riconoscimento alle preziose competenze di quanti quotidianamente stanno prestando la propria professionalità nel rilevante compito di contribuire a monitorare, mantenere e migliorare lo stato di salute delle persone e di contribuire a una analisi dei bisogni locali in merito alle patologie e problematiche alcol-correlate consentendo di favorire lo sviluppo di strumenti, procedure, iniziative e azioni che possano al meglio incentivare lo sviluppo di una rete aziendale.

Fiduciosi nel favorevole riscontro al presente invito e nell'attesa di poterti incontrare nuovamente in occasione del corso avanzato, restiamo a disposizione per qualunque ulteriore dettaglio si ritenesse opportuno fornire.

Aniello Baselice
Responsabile del Progetto

Antonio De Luna
Direttore del Dipartimento

QUESTIONARIO

1. Anni

2. Genere (1. Maschile; 2. Femminile)

3. Qualifica professionale prevalente (possibilità di una sola risposta):

1. Medico di medicina generale
2. Pediatra di libera scelta
3. Assistente sociale
4. Infermiere/a
5. Ostetrica/o
6. Psicologo/a
7. *Counsellor*
8. Psichiatra
9. Altra specialità medica (*specificare.....*)
10. Educatore/trice
11. Sociologo/a
12. Fisioterapista, tecnico di riabilitazione
13. Altro: *specificare.....*

Conoscenza delle problematiche alcol-correlate

4. Indica quanto esperto ti senti riguardo ai punti indicati qui di seguito

Assegna un punteggio da 1 a 4 sulla base della seguente scala:

- 1 = non so molto al riguardo
- 2 = lo conosco molto poco
- 3 = lo conosco bene
- 4 = lo conosco molto bene

	1	2	3	4
4.1. Gli effetti dell'alcol sulla salute				
4.2. Unità alcoliche e il contenuto alcolico delle bevande più comuni				
4.3. Gli interventi brevi quali mezzo per prevenire /ridurre il consumo di alcol e le problematiche alcolcorrelate				
4.4. Tecniche di base del colloquio motivazionale nell'intervento breve nelle varie fasi del cambiamento				
4.5. Lo screening test AUDIT				
4.6. Come iniziare una conversazione sull'alcol senza suscitare un atteggiamento difensivo				
4.7. Ostacoli alla comunicazione				

T trattare situazioni alcol-correlate

5. Indica come ti senti nella gestione delle situazioni qui di seguito elencate

Assegna un punteggio da 1 a 4 secondo la scala riportata qui di seguito.

- 1 = non mi sento sicuro di saper gestire questa situazione e non saprei cosa fare/dire
 2 = penso che potrei gestire questa situazione, ma non saprei esattamente cosa dire/fare
 3 = penso che potrei gestire bene questa situazione e avrei una buona idea su cosa dire o fare
 4 = sono sicuro che saprei gestire bene questa situazione – sono sicuro di cosa fare /dire e so a chi riferirmi e dove ottenere l'appropriateo supporto o consulenza

	1	2	3	4
5.1. Spiegare cos'è l'alcol e l'impatto che esso ha sugli individui e la società nel suo insieme				
5.2. In termini di unità alcolica, spiegare il contenuto alcolico delle bevande più comuni e i rischi per la salute derivanti dai vari livelli di consumo				
5.3. Sollevare la questione dell'alcol in modo appropriato				
5.4. Incoraggiare i pazienti ad assumersi la responsabilità del loro consumo /comportamento				
5.5. Utilizzare il test di screening AUDIT per analizzare il consumo di alcol				
5.6. Essere in grado di fornire un feedback strutturato sul risultato dello screening				
5.7. Essere in grado di utilizzare domande aperte per sollecitare affermazioni orientate al cambiamento da parte dei pazienti				
5.8. Essere in grado di sostenere i pazienti nel pianificare un cambiamento comportamentale e costruire la fiducia				
5.9. Essere in grado di fornire l'IPIB per l'alcol nella pratica routinaria				

6. Quanto hai utilizzato l'approccio IPIB del corso di formazione di base nella tua pratica quotidiana?

1. = Sempre
 2. = Spesso
 3. = Qualche volta
 4. = Quasi mai
 5. = Mai

Ostacoli e facilitatori

7. Quali sono stati i principali ostacoli nell'implementazione dell'IPIB nella tua pratica quotidiana (possibilità di risposta multipla)

- Mancanza di tempo
- Mancanza di formazione
- Mancanza di strumenti
- Mancanza di legittimità di ruolo
- Mancanza di servizi specialistici per l'invio dei pazienti con consumo dannoso o alcolodipendenti
- Timore che il paziente potrebbe risentirsi e non tornare al controllo
- Scarsa percezione d'importanza di attività di prevenzione alcol-correlate (emergenza COVID 19)
- Difficoltà all'utilizzo dell'IPIB "a distanza" (emergenza COVID 19)
- Non sono previsti rimborsi
- Altro (Indicare di seguito):

8. Indica quali potrebbero essere i principali fattori facilitanti l'integrazione dell'IPIB nella pratica quotidiana (possibilità di risposta multipla)

- Disponibilità di linee guida, protocolli, strumenti, risorse a supporto dei professionisti
- Disponibilità di *équipe* multiprofessionali
- L'esistenza di una rete e il suo coordinamento
- Disponibilità di protocolli per l'invio di pazienti a centri specialistici
- Migliorare l'accesso al trattamento delle dipendenze
- Migliorare l'organizzazione di attività di prevenzione
- Rendere disponibile un format di intervento a distanza
- Facilitare formazione e risorse ad hoc rispetto alle barriere identificate
- Identificare responsabili/referenti locali per promuovere l'accettazione e il supporto per l'implementazione
- Costanti campagne di sensibilizzazione sui danni correlati al consumo di alcol
- Adattare gli interventi alle circostanze e al bisogno dell'utenza
- Disponibilità di ambienti idonei
- Disponibilità di cure integrate, se necessarie (servizi sociali, invio a centri specialistici)
- Altro.....

9. Potendo scegliere la modalità di svolgimento del corso avanzato, preferiresti:

1. corso in presenza
2. corso a distanza

Dati personali

Ti invitiamo a registrare i tuoi dati personali nello spazio sottostante. Ove tu lo ritenga opportuno e gradito, chiediamo il tuo consenso per permetterci di citare il tuo nome e quello del tuo dipartimento nei ringraziamenti di tutti coloro che avranno reso possibile questa iniziativa nel territorio.

1. Nome e Cognome.....

1.1 Consenso a citare il tuo nome e cognome

1. = Sì
2. = No

2. Istituto/dipartimento d'appartenenza.....

2.1 Consenso a citare il tuo istituto/dipartimento

1. = Sì
2. = No

3. Esprimo il mio interesse nell'essere coinvolto attivamente nelle attività aziendali future della rete IPIB di Salerno.

1. = Sì
2. = No

Se Sì, trascrivere un recapito telefonico e un indirizzo email

Telefono.....Email

Grazie per aver compilato il presente questionario e per la tua collaborazione

*Serie Rapporti ISTISAN
numero di ottobre 2021, 2° Suppl.*

*Stampato in proprio
Servizio Comunicazione Scientifica – Istituto Superiore di Sanità*

Roma, ottobre 2021