



# RAPPORTI ISTISAN 16|5

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

## **Identificazione precoce e intervento breve nel trattamento dei disordini alcol-correlati: raccomandazioni e linee guida del progetto europeo BISTAIRS**

E. Scafato, C. Gandin, S. Martire, S. Ghirini,  
L. Galluzzo e il gruppo di lavoro BISTAIRS  
(*Brief intervention in the treatment of alcohol use disorders  
in relevant settings*)



EPIDEMIOLOGIA  
E SANITÀ PUBBLICA



**ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ**

**Identificazione precoce e intervento breve  
nel trattamento dei disordini alcol-correlati:  
raccomandazioni e linee guida  
del progetto europeo BISTAIRS**

Emanuele Scafato, Claudia Gandin, Sonia Martire, Silvia Ghirini,  
Lucia Galluzzo e il gruppo di lavoro BISTAIRS  
*(Brief intervention in the treatment of alcohol use disorders  
in relevant settings)*

*Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute*

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

**Rapporti ISTISAN**  
**16/5**

Istituto Superiore di Sanità

**Identificazione precoce e intervento breve nel trattamento dei disordini alcol-correlati: raccomandazioni e linee guida del progetto europeo BISTAIRS.**

Emanuele Scafato, Claudia Gandin, Sonia Martire, Silvia Ghirini, Lucia Galluzzo e il gruppo di lavoro BISTAIRS (*Brief intervention in the treatment of alcohol use disorders in relevant settings*)  
2016, iii, 43 p. Rapporti ISTISAN 16/5

Intensificare l'attuazione dell'Identificazione Precoce e degli Interventi Brevi sull'alcol (IPIB) in una vasta gamma di contesti, medici e sociali, ed estendere le buone pratiche in tutta l'Unione Europea per ridurre le disuguaglianze sanitarie alcol-correlate sono i principali obiettivi del progetto europeo BISTAIRS (*Brief InterventionS in the Treatment of Alcohol use disorders In Relevant Settings*) finanziato dalla Commissione europea, al quale l'Istituto Superiore di Sanità ha partecipato attraverso l'Osservatorio Nazionale Alcol del CNESPS, Centro Collaborativo dell'Organizzazione Mondiale della Sanità per la ricerca sull'alcol per acquisire un profilo di conoscenze sull'IPIB da parte dei professionisti che si occupano di disturbi alcol-correlati in diversi contesti (assistenza sanitaria di base, medicina del lavoro, servizi di emergenza e pronto soccorso e servizi sociali) e per sostenere gli operatori sanitari e sociali nei processi decisionali relativi all'attuazione dell'IPIB. Il presente documento comprende i principali risultati del progetto; è una sintesi delle attuali conoscenze sull'IPIB; si rivolge ai dipartimenti di salute pubblica, ai centri di assistenza sanitaria comunitari, alla comunità scientifica, a stakeholder europei e nazionali; può essere utilizzato come strumento per un efficace trasferimento di conoscenze, basato sull'evidenza scientifica (recensioni di aspetti sulle evidenze di efficacia), e sul parere di esperti su questioni relative all'attuazione dell'IPIB (mediante analisi Delphi).

*Parole chiave:* Alcol; Identificazione Precoce e Intervento Breve; Implementazione

Istituto Superiore di Sanità

**Early identification and brief intervention for the treatment of alcohol use disorders: recommendations and guidelines of the BISTAIRS European project.**

Emanuele Scafato, Claudia Gandin, Sonia Martire, Silvia Ghirini, Lucia Galluzzo and the BISTAIRS working group (*Brief intervention in the treatment of alcohol use disorders in relevant settings*)  
2016, iii, 43 p. Rapporti ISTISAN 16/5 (in Italian)

Intensify the implementation of Early Identification and Brief Intervention (EIBI) for hazardous and harmful alcohol consumption in a variety of settings, medical and social, and to spread good practices across the European Union to reduce health alcohol-related inequalities are the main objectives of the European project BISTAIRS (*Brief InterventionS in the Treatment of Alcohol use disorders In Relevant Settings*) funded by the European Commission, for which the Istituto Superiore di Sanità has participated through the National Observatory of Alcohol of the CNESPS, the World Health Organization Collaborating Centre for Research on alcohol in order to acquire a profile of knowledge on EIBI from professionals who deal with alcohol-related disorders in different settings (primary health care, workplaces, emergency care and social services) and supporting health and social workers in decision-making regarding the implementation of EIBI. This document includes the main results of the project; it is a summary of current knowledge on EIBI; it is targeted at public health departments, community health service centers, the scientific community, to European and national stakeholders; it can be used as a tool for efficient transfer of knowledge, based on scientific evidence (reviews of evidences on effectiveness), and on the opinion of experts on issues related to the implementation of EIBI (by Delphi analysis).

*Key words:* Alcohol; Screening and Brief Intervention; Implementation

Per informazioni su questo documento scrivere a: [claudia.gandin@iss.it](mailto:claudia.gandin@iss.it)

Il rapporto è accessibile online dal sito di questo Istituto: [www.iss.it](http://www.iss.it).

Citare questo documento come segue:

Scafato E, Gandin C, Martire S, Ghirini S, Galluzzo L e il gruppo di lavoro BISTAIRS (*Brief intervention in the treatment of alcohol use disorders in relevant settings*). *Identificazione precoce e intervento breve nel trattamento dei disordini alcol-correlati: raccomandazioni e linee guida del progetto europeo BISTAIRS*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2016. (Rapporti ISTISAN 16/5).

---

Legale rappresentante dell'Istituto Superiore di Sanità: *Gualtiero Ricciardi*

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: *Paola De Castro* e *Sandra Salinetti*

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



**Componenti del gruppo di lavoro BISTAIRS**  
**(Brief InterventionS in the Treatment of Alcohol use disorders In Relevant Settings)**

Claudia Gandin, Emanuele Scafato  
*Istituto Superiore di Sanità*  
Roma, Italia

Bernd Schulte, Christiane Schmidt, Kirsten Lehmann, Jens Reimer  
*Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg, Universitätsklinikum*  
*Hamburg Eppendorf*  
Amburgo, Germania

Lidia Segura, Joan Colom  
*Program on Substance Abuse, Public Health Agency of the Health Department - Generalitat de*  
*Catalunya*  
Barcellona, Spagna

Eileen Kaner, Amy O'Donnell, Dorothy Newbury Birch, Peter Anderson  
*Newcastle University, Institute of Health and Society*  
Newcastle, Regno Unito

Antoni Gual, Silvia Matrai  
*Fundacio Privada Clinic per a la Recerca Biomedica / Hospital Clinico Provincial de Barcelona*  
Barcellona, Spagna

Cristina Ribeiro, Frederico Rosário, Jorge Barroso Dias  
*Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências, ex-Instituto da droga e*  
*da toxicoddependencia*  
Lisbona, Portogallo

Hana Sovinova  
*National Institute of Public Health*  
Praga, Repubblica Ceca

Csemy Ladislav  
*Prague Psychiatric Center*  
Praga, Repubblica Ceca



# INDICE

<b>Identificazione precoce e intervento breve nel trattamento dei disordini alcol-correlati</b> .....	1
Contesto europeo .....	2
Contesto nazionale .....	4
IPIB: attribuzioni, competenze e ruoli dell'ONA-CNESPS .....	4
<b>Progetto BISTAIRS</b> .....	9
Generalità .....	9
Partner e obiettivi .....	10
Metodologia .....	11
Sintesi delle evidenze di efficacia mediante la revisione della letteratura .....	11
Indagine conoscitiva sullo stato d'implementazione dell'IPIB in Europa .....	11
Attività sul campo finalizzate a favorire l'implementazione dell'IPIB in vari contesti .....	12
Raccomandazioni e linee guida basate sull'opinione di esperti .....	12
Definizioni adottate .....	13
<b>Raccomandazioni e linee guida del progetto europeo BISTAIRS</b> .....	14
Assistenza sanitaria primaria .....	14
Raccomandazioni per gli operatori sanitari .....	14
Raccomandazioni per i sistemi sanitari .....	14
Evidenze di base .....	15
Esperienza sul campo .....	15
Opinione degli esperti BISTAIRS .....	16
Emergenza e pronto soccorso .....	17
Raccomandazioni per gli operatori sanitari .....	17
Evidenze di base .....	18
Raccomandazioni per i sistemi sanitari .....	18
Esperienza sul campo .....	18
Opinione degli esperti BISTAIRS .....	19
Ambienti di lavoro .....	20
Raccomandazioni per gli operatori della medicina del lavoro .....	20
Raccomandazioni per i datori di lavoro .....	20
Evidenze di base .....	21
Esperienza sul campo .....	21
Opinione degli esperti BISTAIRS .....	21
Servizi sociali .....	23
Raccomandazioni per gli operatori sociali e gli ufficiali giudiziari .....	23
Raccomandazioni per i servizi sociali e la giustizia penale .....	24
Evidenze di base .....	24
Esperienza sul campo .....	24
Opinione degli esperti BISTAIRS .....	25
<b>Conclusioni</b> .....	27
<b>Bibliografia</b> .....	28
<b>Appendice</b>	
Standard di formazione sull'IPIB per gli operatori sanitari .....	33





## IDENTIFICAZIONE PRECOCE E INTERVENTO BREVE NEL TRATTAMENTO DEI DISORDINI ALCOL-CORRELATI

L'Europa è il primo produttore al mondo di bevande alcoliche e la regione leader mondiale in termini di consumo di alcol pro-capite.

Numerosi studi hanno ormai dimostrato che il consumo di alcol fornisce un contributo significativo 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 bevande alcoliche risulta essere un fattore di rischio evitabile di numerosi disturbi neuropsichiatrici e malattie croniche tra cui la cirrosi epatica, i tumori, nonché di incidenti.

L'alcol ha inoltre un grosso impatto sulla società essendo responsabile di numerose problematiche sociali ed è il primo fattore di rischio, rispetto a tutte le sostanze illegali, per episodi o atti di violenza, criminalità, maltrattamenti familiari verso il partner o verso i minori, per perdita di produttività e di lavoro.

Più di recente, l'alcol è stato anche indicato come fattore concorrente alla maggiore suscettibilità all'insorgenza di malattie infettive (es. la tubercolosi, l'AIDS e la polmonite).

Come è noto, l'alcol è uno dei principali fattori casuali negli infortuni (con un'inevitabilmente impatto sul lavoro dei dipartimenti di emergenza e pronto soccorso); è un fattore che contribuisce al fenomeno dell'assenteismo e presenzialismo (con un'inevitabilmente impatto sul lavoro); contribuisce alla criminalità, alle infrazioni stradali e alla violenza domestica (con un'inevitabile impatto sul lavoro degli operatori sociali e degli ufficiali giudiziari), nonché comporta costi sociali per i sistemi sanitari, per i sistemi di giustizia penale e contribuisce alla perdita di produttività.

L'alcol è quindi una tematica rilevante sia per le amministrazioni sanitarie, che per la giustizia penale e il mondo del lavoro ed è necessario che i Governi attuino azioni di contrasto unitarie nel loro complesso. Questo è quanto riportato nel *Global status report on alcohol and health* nel 2004 dalla *World Health Organization* (WHO) (e confermato da rapporti più recenti) e dalla comunità scientifica, richiamando i Governi a supportare la prevenzione ai decessi e alle patologie alcol-correlate (1-2).

Nel 2012 sono attribuibili al consumo di alcol circa 3,3 milioni di morti nel mondo, pari al 5,9% di tutti i decessi a livello globale con delle differenze significative di genere (M=7,6%; F=4,0%), e sono attribuibili al consumo di alcol 139 milioni di anni persi a causa di malattia, disabilità o morte prematura (DALY: *Disability-Adjusted Life Year*), equivalenti al 5,1% del carico globale di malattie e lesioni (2).

Il 74% degli europei di età  $\geq 15$  anni beve alcolici, il 15% di essi (58 milioni di persone) sono consumatori a rischio e 23 milioni sono i cittadini europei alcolodipendenti (5% degli uomini, 1% delle donne) (2). Soltanto in Italia, la prevalenza nel 2014 di consumatori a rischio, (soggetti il cui livello di consumo o modalità del bere, nel caso di persistenza di tali abitudini, può determinare un danno alla salute, fisico o mentale) è stata pari al 21,7% degli uomini e al 6,4% delle donne di età  $\geq 11$  anni, per un totale di oltre 7 milioni di individui (5,6 e 1,8 milioni di uomini e donne rispettivamente) (3). 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 alcolico e del riconoscimento del bere problematico e attraverso un intervento definito "breve"; 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 (4).

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 una Patologia o Problematica Alcol-Correlata (PPAC), validati e standardizzati, e strumenti motivazionali rivolti all'aumento di consapevolezza dei rischi legati al consumo di alcol.

Con PPAC ci si riferisce a tutte le conseguenze e le complicazioni, di vario ordine e natura, causate e legate all'assunzione episodica o protratta di bevande alcoliche, concetto più ampio rispetto a quello di alcoldipendenza che rappresenta solo uno di questi problemi. Il modello concettuale dei disordini alcol-correlati ha, infatti, subito nel corso degli anni un'evoluzione passando dalla dicotomia normalità-alcolismo ad uno spettro di problematiche alcol-correlate che vanno dal consumo a basso rischio, a quello rischioso e dannoso e infine all'alcoldipendenza.

L'intervento breve, ispirandosi al modello degli stadi di cambiamento (5) e al colloquio motivazionale (6-7), 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 alcol dipendenza, contribuisce a ridurre i seguenti fenomeni:

- il rischio (es. di incidenti stradali);
- i problemi alcol-correlati (es. depressione, suicidio, ipertensione arteriosa, ictus, ecc.);
- le interazioni farmacologiche, quali quelle elencate dalla *Food and Drug Administration*;
- la violenza in ambito familiare;
- i problemi in ambito lavorativo (es. incidenti, rendimento);
- la spesa socio-sanitaria.

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

Nell'ottica della promozione di programmi di Identificazione Precoce e di Intervento Breve (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.

## Contesto europeo

La problematica alcol-correlata non è nuova per gli europei. Negli ultimi dieci anni, numerose le iniziative europee di contrasto sull'alcol promosse dalla Commissione Europea e dalla WHO, e supportate a livello mondiale (8-13). 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 del Centro Nazionale di Epidemiologia Sorveglianza e Promozione della Salute (ONA-CNESPS), sede del *WHO Collaborating Centre for research and health promotion on alcohol and alcohol related health problems* dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS), che ha inoltre collaborato sin dalle sue prime fasi, alla definizione degli obiettivi del Piano d'Azione Europeo per ridurre il consumo dannoso di alcol 2012-2020 (9-10). 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 (11-12) per poter calibrare al meglio interventi di contrasto al consumo dannoso o rischioso di alcol e di supporto alla prevenzione dell'alcoldipendenza, anche attraverso le attività in corso della *Joint Action* della Commissione Europea *Reducing Alcohol Related Harm* (RARHA).

Gli obiettivi della strategia globale della WHO per quanto riguarda l'alcol sono i seguenti:

- aumentare la consapevolezza globale 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 affrontare il consumo dannoso di alcol;
- rafforzare la base di conoscenza sull'entità e i determinanti dei danni alcol-correlati e sugli interventi efficaci per ridurre e prevenire tali danni;
- un maggiore sostegno tecnico e una maggiore capacità degli Stati Membri a prevenire il consumo dannoso di alcol e gestire i disturbi e le condizioni di salute associati al consumo di alcol;
- il rafforzamento dei partenariati e un miglior coordinamento tra gli stakeholder, e una maggiore mobilitazione di risorse necessarie per un'azione concertata e appropriata volta a prevenire il consumo dannoso di alcol;
- migliorare i sistemi di monitoraggio e controllo a vari livelli, e una più efficace diffusione e applicazione delle informazioni per il sostegno, lo sviluppo di politiche e per scopi di valutazione (11-12).

La novità rilevante del nuovo Piano d'Azione Europeo è l'ampio arco temporale di otto anni in cui la strategia europea della WHO si proietta attraverso un articolato piano di azioni specifiche rispetto a 10 aree prioritarie:

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 di alcol e intossicazioni da alcol;
9. Riduzione dell'impatto sulla salute pubblica della produzione illegale e informale di alcolici;
10. Monitoraggio e sorveglianza.

Tali aree sono coerenti con quelle contenute nella strategia globale sull'alcol, di più recente adozione da parte dell'Assemblea mondiale della sanità. È inoltre rilevante che per ogni azione in ciascuna delle suddette aree prioritarie siano stati indicati i risultati attesi e gli indicatori appropriati da utilizzare.

## 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 (ed 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" (14);
2. Piano Nazionale Prevenzione (PNP) 2014-2018 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 quanto riguarda 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 in condizioni di rischio aumentato per malattie croniche non trasmissibili, da indirizzare verso un'adeguata presa in carico ai servizi sistemica, in grado di potenziare le risorse personali (empowerment individuale) adozione consapevole di stili di vita corretti, o quando necessario, verso idonei percorsi terapeutico-assistenziali multidisciplinari", nonché alla prevenzione delle dipendenze e dell'incidentalità stradale alcol-correlata (15);
3. Piani di Prevenzione Regionali.

Le diverse attività di contrasto svolte a livello nazionale, incluse le attività delle singole regioni, confluiscono in una relazione annuale del Ministro della Salute al Parlamento (16) sugli interventi realizzati ai sensi della Legge 30 marzo 2001 n. 125 "Legge quadro in materia di alcol e problemi alcol correlati" (17).

## IPIB: attribuzioni, competenze e ruoli dell'ONA-CNESPS

L'ONA-CNESPS è dal 1998 il riferimento formale e ufficiale dell'ISS per la ricerca, la prevenzione e la formazione in materia di alcol e problematiche alcol-correlate. Dal 2005, in collaborazione con il Ministero della Salute l'ONA-CNESPS realizza e dissemina iniziative di comunicazione e sensibilizzazione sulle tematiche alcol-correlate, promosse ai sensi della Legge quadro in materia di alcol e problemi alcol correlati 125/2001 (17). Quale organismo di riferimento nazionale per Ministeri, Presidenza del Consiglio e Commissione Europea, l'ONA-CNESPS garantisce un continuo collegamento e confronto con le iniziative europee e internazionali, avendo il ruolo di *focal point* della WHO da cui è stato designato il *WHO Collaborating Centre for research and health promotion on alcohol and alcohol related health problems* per quanto riguarda le tematiche alcol-correlate, epidemiologiche e di salute pubblica, che realizza con attività di comunicazione, informazione e sensibilizzazione, formazione, prevenzione, promozione della salute.

L'ONA-CNESPS fornisce alla WHO le evidenze disponibili a livello nazionale sul consumo di alcol, sulle conseguenze e le politiche di intervento, informazioni che la WHO analizza e riporta nel rapporto "Global status report on alcohol and health" (1-2).

A livello nazionale l'ONA-CNESPS dedica le proprie attività allo sviluppo di iniziative e protocolli di studio nazionali sulla tematica specifica che si inseriscono e sono collegati a un più ampio contesto europeo e internazionale. Le principali iniziative di interesse specifico sono di seguito elencate:

- *Informazione e sensibilizzazione sull'alcol, realizzazione di campagne di prevenzione e iniziative di promozione della salute*  
 Queste attività sono volte a raggiungere i target più vulnerabili. In linea agli standard promossi a livello europeo da analoghe iniziative, sono realizzate in collaborazione con il Ministero della Salute (es. per la prevenzione della mortalità alcol-correlata alla guida), con la Presidenza del Consiglio dei Ministri (es. il progetto “Elementare ma non troppo”), nelle scuole, ecc. I materiali sono disponibili online e di libero accesso ([www.epicentro.iss.it](http://www.epicentro.iss.it)).
- *Mese di prevenzione alcolologica e convegno annuale Alcohol Prevention Day*  
 Tali attività sono svolte per consuetudine nel mese di aprile. Il convegno annuale, organizzato dall'ONA-CNESPS, diviene un momento di confronto e discussione fra esperti nazionali, europei e internazionali e occasione per illustrare e aggiornare i dati e le azioni per prevenire il consumo dannoso e rischioso di alcol. In tale contesto e a supporto delle campagne e degli eventi di comunicazione, l'ONA-CNESPS realizza, aggiorna e dissemina i materiali divulgativi (libretti, opuscoli, pieghevoli e poster) destinati alla popolazione generale e a target specifici quali bambini, giovani, donne e anziani.
- *Monitoraggio alcol-correlato nazionale*  
 Dal 2006 l'ONA-CNESPS è impegnato in attività di raccolta e analisi centralizzata di flussi informativi e dati relativi all'impatto del consumo dannoso e rischioso di alcol in Italia e nelle Regioni, in supporto all'implementazione delle attività del Piano Nazionale Alcol e Salute. La costante valutazione dei sistemi di monitoraggio dei dati consente la definizione di standard nazionali e regionali che sono valutati e comparati con quelli europei e internazionali attraverso una serie di indicatori condivisi, idonei a monitorare gli andamenti temporali di consumo e valutare adeguati interventi di prevenzione e politiche sanitarie. I dati del monitoraggio confluiscono nel Piano Statistico Nazionale con la statistica derivata Iss-34 ISS-00034 - Monitoraggio dell'impatto del consumo di alcol sulla salute in Italia in supporto all'implementazione del Piano Nazionale Alcol e Salute. Aggiornati ed elaborati i dati, pubblicati come Rapporto ISTISAN confluiscono (Legge 125/2001) (17) nella Relazione annuale del Ministro della salute al Parlamento (16).
- *Identificazione precoce e intervento breve del consumo rischioso e dannoso di alcol*  
 L'ONA-CNESPS collabora ed è membro della rete internazionale *International Network on Brief Interventions for Alcohol & Other Drugs* (INEBRIA) per l'identificazione di strategie di diagnosi 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-CNESPS, che partecipano 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) (18, 19), 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. Insieme a professionisti italiani e internazionali che hanno partecipato al progetto PHEPA, è stato elaborato lo standard formativo europeo dei corsi IPIB (approvato dalla Consulta Nazionale Alcol prevista dalla Legge 125/2001). Il progetto PHEPA che coinvolse 17 Paesi europei, tra cui l'Italia, ha costituito la cornice entro cui si sono sviluppate specifiche politiche e direttive nazionali e regionali anche grazie alla disponibilità di specifiche linee guida cliniche (20-21).

A partire dai suddetti progetti, l'ONA-CNESPS ha collaborato attivamente all'elaborazione dello standard formativo nazionale e alla successiva implementazione, che ha avuto inizio, presso l'ISS, nell'aprile 2006 con la costituzione di un gruppo di lavoro e con attività di promozione e diffusione del programma di formazione, strategia che è attualmente lo standard formale di formazione nazionale e che ha ricevuto una buona valutazione in termini di crediti d'educazione continua in medicina (ECM). Il programma IPIB, nato come un corso di formazione per formatori e destinato esclusivamente a medici di medicina generale (MMG) della durata di 2 giorni, in un secondo momento è stato esteso ad altre figure professionali operanti nell'assistenza sanitaria primaria e ripetutamente adattato al contesto nazionale (20). Dal 2011 al 2013 le suddette attività sono state supportate dal Dipartimento delle Politiche Antidroga, Presidenza del Consiglio dei Ministri attraverso il finanziamento del progetto IPIB "Programma per l'identificazione precoce e per l'attuazione dell'intervento breve" aventi come risultato atteso, l'integrazione dell'identificazione precoce del consumo rischioso di alcol e del conseguente intervento breve sui bevitori risultati problematici nella pratica professionale quotidiana degli operatori dell'assistenza sanitaria primaria per contribuire a potenziare le risorse preventive volte a ridurre le PPAC; l'aggiornamento continuo degli operatori coinvolti in attività di prevenzione.

Più di recente, l'ONA-CNESPS ha partecipato a programmi europei incentrati sull'ottimizzazione e implementazione dell'IPIB, quali i progetti della Commissione Europea AMPHORA (*Alcohol public health research alliance*) e ODHIN (*Optimizing Delivery of Health care Interventions*) (22-28). In particolare, nell'ambito delle attività del progetto europeo AMPHORA (Commissione Europea, VII Programma Quadro), l'ONA-CNESPS, in collaborazione con la Società Nazionale di Aggiornamento per il Medico di Medicina Generale (SNAMID) ha svolto un'indagine conoscitiva nazionale sulle conoscenze, le attitudini e le percezioni dei MMG sull'uso degli strumenti IPIB sul consumo rischioso e dannoso di alcol e sull'alcoldipendenza finalizzata ad identificare le principali barriere e i fattori favorevoli all'implementazione dell'IPIB in assistenza sanitaria primaria, nonché a fornire evidenze volte a migliorare la programmazione degli interventi in sanità pubblica per la riduzione del danno alcol-correlato. Da questo studio è emerso che oltre il 50% dei MMG partecipanti all'indagine ha lamentato di non aver ricevuto una formazione universitaria o post-universitaria sufficiente e specifica e/o un'adeguata offerta di formazione attraverso Educazione Medica Continua (ECM) o supervisione clinica sull'alcol e sulle PPAC. Il 28% ha quantificato la formazione individuale in periodi variabili "da 4 a 10 ore", il 26% in "meno di 4 ore", il 24% ha dichiarato di non aver ricevuto "nessuna" formazione. Solo il 7% dichiara di aver avuto una formazione specifica superiore alle 40 ore in tutta la vita professionale. Nel confronto tra i Paesi europei emerge evidente il divario di conoscenze a livello nazionale da parte dei MMG sugli strumenti di screening per l'identificazione precoce del rischio alcol-correlato. Solo il 31,9% (la percentuale più bassa tra i Paesi europei che hanno partecipato all'indagine) dichiara di avere dimestichezza con gli strumenti di screening

standardizzati e in uso in tutto il mondo per la individuazione precoce del consumo rischioso e dannoso di alcol e dell'alcoldipendenza – *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT), la sua forma breve a tre domande, l'AUDIT C, ed altri test – e di questi, soltanto la metà li utilizza nella propria pratica clinica. Analogo risultato per quanto riguarda la conoscenza e l'utilizzo dell'intervento breve facendo emergere evidente la necessità di garantire la formalizzazione dell'integrazione della formazione in alcologia nel percorso universitario e post-universitario a livello nazionale, come previsto, sebbene ancora disatteso, dalla Legge 125/2001 (22-25, 17).

Successivamente alle attività del progetto AMPHORA, per le attività del progetto ODHIN (Commissione Europea, VII Programma Quadro, Health 2010.3.1-1), l'ONACNESPS ha coordinato attività europee rivolte a sviluppare uno strumento per valutare l'implementazione di programmi IPIB nel consumo rischioso e dannoso di alcol nei servizi di assistenza sanitaria primaria (*ODHIN assessment tool*), contribuendo a fornire una descrizione di base dei servizi e delle infrastrutture disponibili per la gestione del consumo rischioso e dannoso di alcol, individuando le aree che necessitano di un ulteriore sviluppo o rafforzamento; fornendo un meccanismo per il monitoraggio della fornitura di tali servizi nel tempo, e un meccanismo di valutazione sollecitando la condivisione di informazioni e di esempi di buone pratiche; sollecitando partnership o la creazione di una coalizione nazionale e/o di coalizioni regionali finalizzate al raggiungimento di un consenso, di una visione condivisa sui servizi per la gestione del consumo rischioso e dannoso di alcol. L'*ODHIN assessment tool* è stato ed è, in sintesi, un questionario per la raccolta di informazioni specifiche, adattato rispetto ad un precedente strumento di valutazione dei servizi per la gestione del consumo rischioso e dannoso di alcol in assistenza sanitaria primaria, e sviluppato nel 2004 nell'ambito delle attività del progetto europeo PHEPA; esso è stato concepito come uno strumento per l'identificazione dello stato dell'arte dell'implementazione e delle aree che necessitano di ulteriore sviluppo / rafforzamento, per monitorare l'adeguatezza dei programmi IPIB sul consumo rischioso e dannoso di alcol e fornire raccomandazioni per migliorare e ottimizzare l'offerta degli stessi. Per la raccolta dati, in ciascun Paese, esperti nazionali (fino ad un massimo di 10) sono stati selezionati sulla base della loro esperienza in campo alcologico rispetto a tematiche diverse quali la medicina generale, l'epidemiologia e la sanità pubblica, il trattamento specialistico nelle unità di alcologia, esperti della Società Italiana di Alcologia e decisori politici.

Le evidenze della suddetta valutazione in ambito nazionale hanno sollecitato alcune necessità prioritarie:

- una coalizione (o di un gruppo di esperti) a livello nazionale / regionale a supporto delle attività di prevenzione, diagnosi e riabilitazione delle PPAC con focalizzazione sulle iniziative e misure orientate al controllo del consumo rischioso e dannoso di alcol. Da segnalare a questo riguardo che a livello nazionale non è più attiva la Consulta Nazionale Alcol (organismo interdisciplinare istituito dall'art. 4 della Legge 30 marzo 2001, n.125 “Legge quadro in materia di alcol e di problemi alcol correlati”, che era composta da rappresentanti delle amministrazioni competenti e da esperti della materia, rinnovata ogni 3 anni, e che si riuniva periodicamente per discutere temi inerenti l'alcol e stabilire strategie efficaci in materia di salute fornendo anche dati sul problema) soppressa con una direttiva del Presidente del consiglio dei Ministri del 4 agosto 2010;
- una strategia di comunicazione e informazione sull'impatto sanitario e sociale dell'alcol, inclusa la formazione continua, obbligatoria, del personale sociosanitario finalizzata ad integrare l'IPIB nella pratica quotidiana dei professionisti

dell'assistenza sanitaria primaria, assicurando l'offerta di trattamento a tutti coloro che ne necessitano;

- l'esistenza di un piano sanitario nazionale sull'alcol e di politiche scritte rivolte alla prevenzione dei disordini alcol-correlati e dell'alcoldipendenza, includente una strategia di ricerca e/o programmi di ricerca sul consumo rischioso e dannoso di alcol con finanziamenti mirati (26-27, 29).

Continuando in ordine cronologico l'ONA-CNESPS ha quindi partecipato al progetto europeo BISTAIRS (*Brief InterventionS in the Treatment of Alcohol use disorders In Relevant Settings*) conclusosi di recente, trattato più estesamente nel successivo paragrafo, con l'obiettivo di intensificare l'implementazione dell'IPIB nei disordini alcol-correlati in un'ampia gamma di contesti oltre all'ambito dell'assistenza sanitaria primaria ed estendere le buone pratiche sull'IPIB riducendo le disuguaglianze sanitarie alcol-correlate (30-33). La sintesi di tali attività sarà presentata in questo rapporto; specificamente le attività connesse con lo sviluppo di linee guida basate sulle opinioni di esperti sull'implementazione dell'IPIB nei diversi contesti in studio sono state coordinate dall'ONA-CNESPS (34).



## PROGETTO BISTAIRS

Il progetto BISTAIRS finanziato dalla Commissione Europea, accogliendo la raccomandazione della Strategia Globale della WHO di ridurre il consumo dannoso di alcol (9-10), è stato rivolto a favorire l'implementazione dell'IPIB in altri contesti oltre che all'assistenza sanitaria primaria e a sostenere gli operatori sanitari e sociali sui processi decisionali su come implementare l'IPIB in quattro specifici contesti (assistenza sanitaria primaria, emergenza e pronto soccorso, ambienti di lavoro e servizi sociali).

### Generalità

L'importanza dell'estensione dell'IPIB in altri contesti sanitari e sociali nasce dall'evidenza della letteratura internazionale sul fatto che l'IPIB riduce in modo significativo il consumo di alcol pur tenendo conto che l'estrema variabilità dei risultati d'efficacia è in funzione dei seguenti fattori:

- popolazione in studio (genere, età, livelli di consumo di base di alcol, l'inclusione o meno di soggetti con consumo episodico eccessivo *binge drinking* e di alcolodipendenti, le caratteristiche dei gruppi di controllo, ecc.);
- contesti (la medicina generale, il regime ospedaliero, i dipartimenti di pronto soccorso ed emergenza, la medicina del lavoro);
- durata e tipologia dell'intervento;
- professione e formazione degli operatori che effettuano l'intervento breve (personale medico e non);
- indicatore di risultato considerato (quantità di alcol consumato, frequenza, intensità, marcatori ematochimici, qualità di vita, misure economiche quali l'utilizzo dei servizi sanitari, ecc.);
- basi teoriche dell'intervento e utilizzo o meno di materiale informativo stampato (21).

Relativamente ai contesti, la maggior parte degli studi sull'IPIB effettuati sono nel contesto dell'assistenza sanitaria primaria, l'ambito in cui si evidenziano i migliori risultati. Tuttavia è stato stimato che circa solo 1 soggetto con consumo a rischio di alcol su 20 con un consumo rischioso e dannoso di alcol sono identificati precocemente e ricevono un intervento breve nell'ambito della medicina di base (9-10).

Infatti, nonostante i positivi risultati sull'efficacia dell'IPIB sul consumo rischioso e dannoso di alcol, i professionisti impegnati in assistenza sanitaria primaria non utilizzano l'IPIB e riferiscono frequentemente difficoltà ad accertare il consumo di alcol e ad informare i loro pazienti.

Tra le ragioni più spesso indicate a livello nazionale rispetto alla mancata integrazione dell'IPIB nella pratica quotidiana risultano la mancanza di tempo e di formazione professionale adeguata (25).

Oltre all'ambito dell'assistenza sanitaria primaria, il più studiato, sono in crescendo le evidenze di efficacia in altri contesti sanitari e sociali al punto da suggerire l'estensione dell'offerta di intervento a contesti diversi, quali ad esempio i dipartimenti di emergenza e pronto soccorso e gli ambienti di lavoro (35-39).

## Partner e obiettivi

Il progetto BISTAIRS, avviato nel 2012 e ultimato nel giugno 2015, ha coinvolto ricercatori di 7 istituzioni europee di 6 Paesi europei:

1. Istituto Superiore di Sanità, Roma, Italia
2. *Centre for Interdisciplinary Addiction Research*, Amburgo, Germania;
3. *Fundacio Clinic per a la Recerca Biomedica*, Barcellona, Spagna;
4. *Newcastle University Upon Tyne*, Regno Unito;
5. *National Institute of Public Health*, Praga, Repubblica Ceca;
6. *Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências, ex-Instituto da droga e da toxicoddependencia*, Lisbona, Portogallo;
7. *Generalitat de Catalunya*, Barcellona, Spagna.

BISTAIRS è stato coordinato dallo *University Medical Centre* di Amburgo-Eppendorf / *Interdisciplinary Research Addiction*, Germania.

Gli obiettivi generali del progetto BISTAIRS sono stati i seguenti:

- favorire l'implementazione dell'IPIB in diversi contesti;
- contribuire alla strategia europea per la riduzione dei danni alcol-correlati;
- aumentare l'impatto della prevenzione secondaria alcol-correlata in Europa;
- contribuire alla riduzione dei fattori di rischio attribuibili di malattia;
- contribuire alla riduzione dei costi tangibili e dei danni alcol-correlati.

Gli obiettivi specifici del progetto BISTAIRS sono di seguito elencati:

- identificazione e valutazione dell'IPIB in contesti diversi;
- attività sul campo sull'IPIB nei vari contesti;
- preparazione di strumenti per l'implementazione dell'IPIB (materiali, test, ecc.) per ogni contesto da testare sul campo in cinque Stati Membri dell'UE;
- linee guida sull'implementazione dell'IPIB e il suo sviluppo nei vari contesti;
- diffusione delle linee guida e dei prodotti per facilitare l'implementazione dell'IPIB in Europa.

Le principali attività svolte dal progetto per ciascuno dei 4 contesti (assistenza sanitaria primaria, emergenza e pronto soccorso, ambienti di lavoro, servizi sociali) possono essere così riassunte:

1. sintesi delle evidenze di efficacia dell'IPIB;
2. stato d'implementazione dell'IPIB in Europa e identificazione di modelli di buona pratica per l'IPIB e loro successiva applicazione sul campo finalizzata all'implementazione;
3. attività sul campo nei Paesi europei partecipanti al progetto BISTAIRS finalizzate a favorire l'implementazione dell'IPIB nei diversi contesti in studi;
4. raccomandazioni e linee guida basate sull'opinione di esperti, destinate sia ai decisori politici che agli operatori sanitari, attraverso una serie di interrogazioni ad esperti del settore (mediante analisi Delphi), volte ad ottenere un consenso su come potenziare e ottimizzare l'implementazione dell'IPIB nei contesti in studio.

## Metodologia

Per ciascuno dei contesti studiati sono state effettuate le attività di seguito descritte.

### Sintesi delle evidenze di efficacia mediante la revisione della letteratura

Le evidenze di efficacia dell'IPIB sono state ottenute dalla revisione della letteratura e si basano su quattro revisioni sistematiche, pubblicate in lingua inglese, e disponibili in formato elettronico nel sito web del progetto. Tali revisioni, la cui sintesi dei risultati sarà integrata nel presente rapporto, sono state effettuate per il periodo 2002-2012, e successivamente aggiornate al 2014. Da un punto di vista metodologico, per le ricerche sono stati utilizzati i seguenti database: Medline (OVID), EMBASE (OVID), PsycInfo (OVID), The Cochrane Library (Wiley), CINAHL (EBSCO) and *Web of Science* (Databases: SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI) e considerati soltanto articoli in lingua inglese.

L'intervento breve è stato definito come una singola sessione fino a un massimo di quattro sessioni, al massimo di 30 minuti per sessione: sono stati esclusi studi con singole sessioni di più di 40 minuti.

La ricerca ha incluso sia studi randomizzati controllati che prospettici osservazionali.

Sebbene la definizione di "servizi sociali" non sia sufficientemente chiara e definita nella letteratura internazionale, per il settore dei servizi sociali sono stati presi in considerazione studi che riguardavano soggetti senza fissa dimora, che hanno provocato incidenti sotto l'influenza di alcol, afferenti ai servizi sociali giovanili, alle agenzie di lavoro e ai servizi di counselling di centri per la cura delle tossicodipendenze, mentre sono stati esclusi studi in ambito scolastico per l'estrema eterogeneità degli interventi peraltro più spesso in contesti scolastici statunitensi che non europei (40-43).

### Indagine conoscitiva sullo stato d'implementazione dell'IPIB in Europa

Le informazioni sullo stato d'implementazione dell'IPIB in Europa sono state ottenute attraverso un'indagine conoscitiva che ha coinvolto 17 Paesi europei.

Per la raccolta dati è stato inviato un questionario elettronico sull'alcol concernente informazioni di base sulla prevenzione e l'IPIB, le stime sull'attuale stato di disponibilità dell'IPIB e l'impatto dell'implementazione dell'IPIB nei diversi contesti. Gli esperti sono stati selezionati da liste di esperti preesistenti disponibili da precedenti progetti europei sull'alcol (ODHIN, AMPHORA, VINTAGE, PHEPA, ecc.). Inoltre, ad ogni destinatario è stato chiesto di indicare ulteriori esperti che, qualora segnalati, sono stati inclusi nei contatti.

Il questionario è stato inviato a un totale di 324 esperti provenienti dai 27 Stati Membri dell'UE. In caso di mancata risposta, sono stati inviati 2 solleciti via e-mail ed è stata anche utilizzata la distribuzione a mano dei questionari in occasione di conferenze tematiche quali ad esempio la conferenza annuale del network INEBRIA tenutasi a Barcellona nel settembre 2012.

Le risposte ottenute sono state 47 da 17 Paesi europei inclusa l'Italia (Austria, Belgio, Repubblica Ceca, Danimarca, Finlandia, Germania, Grecia, Irlanda, Italia, Lituania, Paesi Bassi, Polonia, Portogallo, Slovacchia, Spagna, Svezia, Regno Unito).

Non hanno inviato risposta 10 Paesi principalmente dell'Europa orientale (Bulgaria, Cipro, Estonia, Romania, Slovenia, Lettonia, Ungheria, Francia, Lussemburgo e Malta).

Per maggiori dettagli metodologici si rimanda al rapporto tecnico disponibile all'indirizzo [http://www.bistairs.eu/material/WP4\\_BISTAIRS\\_survey.pdf](http://www.bistairs.eu/material/WP4_BISTAIRS_survey.pdf) incluso il questionario elettronico utilizzato.

A completamento della suddetta attività, dall'analisi della revisione della letteratura condotta dal progetto BISTAIRS sono stati identificati i principali modelli di buona pratica per l'IPIB per una loro successiva applicazione sul campo finalizzata all'implementazione e al sostegno del lavoro dei professionisti impegnati nella assistenza sanitaria primaria e a facilitare l'identificazione e la gestione di soggetti con consumo rischioso di alcol.

Per ulteriori dettagli si rimanda al rapporto tecnico all'indirizzo: [http://www.bistairs.eu/material/D2\\_Guidance\\_Doc.pdf](http://www.bistairs.eu/material/D2_Guidance_Doc.pdf).

### **Attività sul campo finalizzate a favorire l'implementazione dell'IPIB in vari contesti**

Per le attività sul campo, il progetto BISTAIRS ha previsto che ciascun partecipante svolgesse 4 interventi di tipologia diversa sulla base del diverso grado di implementazione dei programmi IPIB nel Paese e del grado di conoscenza dell'IPIB a livello nazionale (almeno uno per ciascun contesto).

I Paesi tra quelli partecipanti al progetto BISTAIRS, che sono stati coinvolti nelle attività sul campo sono stati 4: Italia, Repubblica Ceca, Portogallo e Catalonia-Spagna.

In Italia le attività sono state svolte dall'ONA-CNESPS (30-33).

Quali attività sul campo si segnala lo svolgimento di indagini conoscitive tramite interviste semi-strutturate a responsabili politici, dirigenti sociosanitari, commissari/direttori di servizi e professionisti impegnati nei suddetti contesti.

In totale, per le attività sul campo il progetto BISTAIRS ha condotto 15 interventi in 4 Paesi europei, sono state raccolte 84 interviste, e coinvolti un totale di 760 professionisti.

I singoli rapporti delle attività sul campo per contesto e per Paese sono disponibili in lingua inglese sul sito web del progetto BISTAIRS.

### **Raccomandazioni e linee guida basate sull'opinione di esperti**

A completamento delle indagini effettuate e delle informazioni raccolte, a sostegno e a guida dell'implementazione dell'IPIB nei contesti in studio, un consenso, utilizzando la metodologia Delphi, è stato ottenuto attraverso la consultazione di un gruppo di esperti

L'analisi Delphi è un metodo di indagine utilizzato per ottenere il parere di esperti di un determinato settore, opinione che si ottiene effettuando indagini utilizzando questionari (con risposta anonima) che vengono sviluppati e raffinati in fasi sequenziali (*round*) e quindi sottoposti all'opinione degli esperti fino ad ottenere un consenso. Il processo guida pertanto il gruppo verso un consenso. Tale analisi è stata ideata da Olaf Helmer e Norman Dalkey della *Rand Corporation* nel 1953 con lo scopo di affrontare problematiche militari (44). Ogni *round* si traduce in una risposta mediana.

Le principali raccomandazioni sull'implementazione dell'IPIB basate sull'opinione degli esperti partecipanti sono state riassunte e di seguito riportate in questo rapporto.

Le interrogazioni agli esperti sono state svolte tra dicembre 2014 e febbraio 2015.

La versione elettronica dell'indagine, i dettagli della metodologia e i principali risultati sono disponibili sul sito web del progetto (34).

## Definizioni adottate

Per le analisi delle interrogazioni sono state adottate le stesse definizioni utilizzate nell'ambito di uno studio analogo condotto in precedenza in ambito europeo, con piccoli adattamenti, e più in particolare, le definizioni sono state le seguenti:

- un range interquartile  $\leq 1$  ad indicare il raggiungimento di un consenso;
- un range interquartile di 0 ad indicare un consenso molto alto;
- una mediana di 5 ad indicare un forte accordo tra gli esperti, mentre una mediana di 1 un forte disaccordo;
- tutte le condizioni con un range interquartile  $>1$  indicavano invece che non era stato raggiunto un consenso (45).

Per i disturbi alcol-correlati è stata utilizzata la classificazione internazionale delle malattie (*International Classification of Diseases – 10<sup>th</sup> edition*, ICD-10) della WHO (46). Tale classificazione categorizza come disturbi alcol-correlati 3 gruppi di soggetti: soggetti con consumo rischioso, soggetti con consumo dannoso di alcol e alcol dipendenti:

- *Consumo a rischio (hazardous)*  
Livello di consumo o modalità del bere che, nel caso di persistenza di tali abitudini, può determinare un danno alla salute, fisico o mentale.
- *Consumo dannoso (harmful)*  
Modalità di consumo che causa danno alla salute, a livello fisico (es. la cirrosi epatica) o mentale (come la depressione da assunzione di alcol) e quindi evidenti problematiche alcol-correlate sebbene ad esse non corrisponda una richiesta di trattamento da parte del soggetto.
- *Alcoldipendenza*  
Si intende 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 ad 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: AUDIT, AUDIT-C, CAGE o altri.
- *Intervento breve*  
Ci si riferisce ad un intervento che può variare dai 5 ai 30/40 minuti, da una singola sessione a più sessioni ripetute, effettuato in un contesto clinico non specialistico (es. il suo ambito di medicina generale), da parte di personale non specializzato (cioè da personale non specializzato nel trattamento delle dipendenze da alcol) diretto a soggetti con consumo rischioso e dannoso di alcol non in cerca di trattamento per una problematica alcol-correlata.

## **RACCOMANDAZIONI E LINEE GUIDA DEL PROGETTO EUROPEO BISTAIRS**

Si riporta una sintesi delle attività BISTAIRS svolte per ciascuno dei contesti studiati e in particolare le raccomandazioni emerse da diverse fonti: dalle evidenze di efficacia dell'IPIB, dalle attività BISTAIRS svolte sul campo e infine dall'opinione di esperti del settore sull'implementazione dell'IPIB. Le suddette fonti sono state redatte, o sono in corso di elaborazione sotto forma di pubblicazioni scientifiche e/o rapporti tecnici disponibili online sul sito web del progetto BISTAIRS (40-43).

### **Assistenza sanitaria primaria**

#### **Raccomandazioni per gli operatori sanitari**

La letteratura scientifica suggerisce agli operatori sanitari dell'assistenza sanitaria primaria, sulla base di robuste e consistenti di offrire l'IPIB a soggetti adulti (età 18+ anni) con consumo rischioso di alcol, usando lo strumento di screening AUDIT (*Alcohol Use Disorders Identification Test*) nella sua forma abbreviata a 3 domande (AUDIT-C) e fornire un intervento basato su linee guida nazionali. Si rimanda all'appendice per approfondimenti.

I programmi IPIB dovrebbero essere resi disponibili per tutti i soggetti adulti: al momento delle nuove registrazioni nella medicina di base, agli adulti con ipertensione arteriosa, e ai maschi di età compresa tra 45 e 64 anni; tutti i pazienti dovrebbero essere informati, laddove disponibili, sull'esistenza di applicazioni informatizzate via Internet (*e-Health* e *m-Health*) concernenti il consumo rischioso di alcol.

In Appendice è riassunto lo standard nazionale di formazione IPIB in assistenza sanitaria primaria.

#### **Raccomandazioni per i sistemi sanitari**

Ai dipartimenti sanitari, istituzioni o organizzazioni coinvolti nella gestione e/o finanziamento del sistema sanitario, e a tutte le compagnie assicurative sanitarie si raccomanda quanto segue:

- richiedere che gli organi competenti preparino linee guida cliniche per l'attuazione di programmi IPIB nel consumo rischioso di alcol in assistenza sanitaria primaria;
- facilitare la disponibilità e l'adozione di programmi di formazione IPIB per il consumo rischioso di alcol;
- facilitare la disponibilità di materiale di supporto (strumenti IPIB) necessario per lo screening e l'intervento breve nel consumo rischioso di alcol;
- sviluppare e implementare incentivi adeguati (finanziari o di altro tipo) per le attività IPIB per gli operatori dell'assistenza sanitaria primaria;
- produrre un rapporto biennale sui progressi dell'implementazione dei programmi IPIB fornendo tassi in assistenza sanitaria primaria;
- facilitare lo sviluppo e la disponibilità di applicazioni informatizzate via Internet (*e-Health* e *m-Health*) per il consumo rischioso di alcol;

- sostenere la ricerca per studiare l’impatto e l’attuazione dello screening in contesti di assistenza sanitaria primaria diversi dalla medicina generale (es. nelle farmacie) e iniziative analoghe di intervento minimo e breve;
- garantire la disponibilità e accessibilità di strutture di trattamento specialistico per la dipendenza da alcol per tutti coloro che ne dovessero necessitare, supportando la rete dei servizi.

## **Evidenze di base**

Le evidenze emerse dalla revisione della letteratura per il contesto dell’assistenza sanitaria primaria sono le seguenti:

- Esiste una robusta ed estesa base di evidenze a sostegno dell’efficacia ed efficienza dell’IPIB nell’assistenza sanitaria primaria. Gli effetti dell’intervento sono riproducibili e stabili nel tempo in diversi contesti di studio.
- Non sono disponibili evidenze di efficacia degli interventi brevi in gruppi di popolazione e contesti geografici particolari, così come non è noto il contenuto ottimale di un intervento e la durata degli effetti dell’intervento stesso a lungo termine.
- Soltanto circa 1 soggetto su 20 con consumo rischioso e dannoso di alcol in contesti di assistenza sanitaria primaria è sottoposto a screening o le viene offerto un intervento breve.
- Esistono robuste evidenze di efficacia e costo-efficacia dei programmi IPIB nella riduzione del consumo di alcol rivolti ad adulti nel contesto di assistenza sanitaria primaria. Tali interventi possono ridurre il consumo di alcol e la morbilità e mortalità alcol-correlata e contribuire a ridurre i costi sanitari in misura maggiore rispetto ai costi d’implementazione.
- I principali ostacoli ai programmi IPIB in assistenza sanitaria primaria, secondo gli operatori sanitari stessi, sono la mancanza di tempo, di formazione, di materiali di semplice utilizzo, e infine di servizi specialistici a cui fare riferimento nel caso di pazienti con disturbi alcol-correlati più severi.
- Le evidenze suggeriscono che i programmi di formazione e di supporto ai professionisti, la disponibilità di programmi IPIB, e gli incentivi sono misure efficaci per incrementare l’IPIB in assistenza sanitaria primaria.
- L’evidenza suggerisce (nei Paesi che dispongono di studi longitudinali sul tema specifico) che le attitudini degli operatori sanitari e l’offerta di programmi IPIB da parte degli stessi in assistenza sanitaria primaria non è migliorata nel corso degli ultimi dieci / venti anni.
- Non ci sono sufficienti conoscenze sulla necessità o meno di adattamento dei programmi IPIB per i consumatori a rischio giovani e anziani.
- Non ci sono sufficienti conoscenze sull’efficacia dei programmi IPIB per il consumo rischioso di alcol nelle donne in gravidanza.

## **Esperienza sul campo**

Dalle attività sul campo BISTAIRS nell’assistenza sanitaria primaria sono emersi i punti di seguito riportati:

- La mancanza di idonea formazione e di familiarità con gli strumenti di identificazione precoce e con le tecniche IPIB per il consumo rischioso e dannoso di alcol, è tuttora una realtà diffusa ed estesa non solo in Italia ma anche, più o meno, in tutta Europa.

- Sebbene il cambiamento richieda tempo e possa essere facilitato, come ripetutamente riportato, dalla disponibilità di protocolli e programmi standardizzati, tali programmi molto spesso non sono disponibili.

## **Opinione degli esperti BISTAIRS**

### **Professionisti da coinvolgere per la fornitura dell'IPIB**

L'IPIB nell'assistenza sanitaria primaria dovrebbe basarsi su un modello di cooperazione interprofessionale. I professionisti dell'assistenza sanitaria primaria che gli esperti BISTAIRS ritengono di coinvolgere nell'implementazione dell'IPIB sono di seguito riportati:

- I medici di medicina generale principalmente e per tutte le componenti dell'IPIB (screening, intervento breve, supporto, invio a struttura specialistica).
- Altri professionisti sanitari, in particolare gli infermieri e specialisti sull'alcol (e con minor accordo, dietologi e counsellor) secondo il parere degli esperti possono essere coinvolti almeno in attività di screening e fornire un intervento breve ai soggetti con consumo rischioso di alcol.
- Controverso è il ruolo di alcuni professionisti quali il personale dei consultori e quello di accettazione nella diffusione di strumenti di screening di autovalutazione all'ingresso dei pazienti nelle strutture sanitarie.

### **Modalità di identificazione dei consumatori a rischio**

Gli esperti consultati concordano che tutti i pazienti, soprattutto quelli di nuova registrazione afferenti ad un servizio di assistenza sanitaria primaria, dovrebbero essere sottoposti a screening per identificare precocemente il consumo rischioso e dannoso di alcol (anche quelli per visite di controllo, sebbene con un minor accordo). Altre informazioni emerse dalle consultazioni degli esperti sono le seguenti:

- Non è stato raggiunto un accordo per l'identificazione precoce di pazienti che afferiscono alle cliniche specializzate nella cura delle dipendenze, così come per lo screening opportunistico dei pazienti che frequentano uno dei tanti servizi di assistenza sanitaria primaria e sul rendere disponibili materiali di autovalutazione.
- I test di funzionalità epatica e l'utilizzo di alcoltest non sono raccomandati come metodi per l'identificazione dei consumatori a rischio in assistenza sanitaria primaria.

### **Bisogni dei professionisti per implementare l'IPIB**

I seguenti sono i principali bisogni dei professionisti dell'assistenza sanitaria primaria che, secondo il parere degli esperti, è necessario soddisfare per favorire l'implementazione dell'IPIB:

- ottimizzare la formazione dei professionisti sanitari nelle abilità IPIB (principalmente il riconoscimento dei fattori di rischio, una maggiore consapevolezza dei fattori associati al consumo a rischio, come facilitare i pazienti a parlare del loro consumo e le competenze per l'intervento breve in generale) a partire dalla formazione medica universitaria sottolineando l'evidenza di efficacia e costo-efficacia dell'IPIB in questo contesto;
- includere la formazione degli operatori sanitari (non soltanto sull'IPIB) in una strategia governativa nazionale sull'alcol, dedicando più tempo e risorse;
- rendere disponibili strumenti di screening e tecniche semplici d'intervento breve;
- stabilire legami con i centri di alcologia e favorire l'invio di pazienti alle suddette strutture sulla base di un chiaro protocollo di riferimento.



## Tipologie di intervento

Premesso che la bassa fornitura attuale dell'IPIB in molti Paesi europei rende prioritario promuovere e rendere più accettabile l'IPIB agli operatori sanitari e non raccomandarne una modalità di intervento rispetto ad un'altra, di seguito le principali evidenze BISTAIRS:

- i principi base del colloquio motivazionale (7) per favorire i pazienti nel riferire il proprio consumo di alcol in assistenza sanitaria primaria hanno raggiunto un ampio accordo, così come il concetto che il cambiamento di un comportamento ha necessità di essere negoziato con il paziente e non prescritto o imposto (6);
- sia gli interventi brevi-minimi che forme di intervento più estese (es. il colloquio motivazionale) sono tipologie di intervento ritenuti validi, con il più alto consenso per l'utilizzo di interventi brevi dopo quello di strumenti di screening adeguati.

## Comunicazione con la popolazione generale e con i professionisti sanitari

Per la comunicazione con la popolazione generale, gli esperti BISTAIRS hanno sottolineato l'importanza di informazioni governative chiare, coerenti e pertinenti sui rischi e lo sviluppo di messaggi diversificati per gruppi diversi di popolazione a rischio e la necessità di una riformulazione delle problematiche alcol-correlate più vicina al concetto di 'consumo a rischio' che a quello esclusivo di 'alcolismo'.

A tal fine, le modalità suggerite sono state principalmente l'utilizzo di manifesti e volantini informativi da rendere disponibili nei servizi, l'utilizzo di un telefono verde, le campagne di sensibilizzazione, l'educazione nelle scuole (da affiancare a quella sul fumo e sull'educazione sessuale), il ruolo dei mass-media, le avvertenze sulla pubblicità di bevande alcoliche, il coinvolgimento delle comunità locali e le agenzie.

Per la comunicazione con i professionisti sanitari di assistenza sanitaria primaria, oltre al miglioramento della formazione e delle conoscenze (anche mediante pacchetti di formazione, video, libri, CD-ROM), gli esperti BISTAIRS raccomandano una strategia nazionale sull'alcol con l'invio da parte del governo di messaggi chiari e coerenti; garantire che i servizi specialistici e le risorse siano sufficienti a rendere possibili rapporti diretti tra gli stessi e le strutture di cura primaria, sottolineando l'importanza dell'IPIB sull'alcol ai professionisti sanitari; articoli e convegni (sebbene con meno accordo) e l'importanza di fornire statistiche sui ricoveri ospedalieri, sulla criminalità di strada e sulla violenza domestica ai professionisti.

## Emergenza e pronto soccorso

### Raccomandazioni per gli operatori sanitari

La letteratura scientifica suggerisce agli operatori sanitari, sebbene con evidenze non sempre coerenti o conclusive, di fornire a tutti gli adulti (>18 anni) afferenti all'emergenza e pronto soccorso a seguito di un infortunio almeno un foglietto illustrativo sul consumo rischioso sulla base di linee guida nazionali.

Tutti i pazienti dovrebbero essere informati, laddove disponibili, sull'esistenza di applicazioni informatizzate via Internet (*e-Health e m-Health*) concernenti il consumo rischioso di alcol.

## Evidenze di base

Sulla base della revisione della letteratura per il contesto dell'emergenza e pronto soccorso non sono disponibili robuste evidenze di efficacia dell'IPIB sul consumo a rischio di alcol in questo contesto (almeno in parte conseguenza dei miglioramenti sia nei gruppi trattati che in quelli di controllo). Le altre informazioni emerse sono le seguenti:

- L'interpretazione dei risultati nell'emergenza e pronto soccorso è resa difficile dall'eterogeneità clinica degli studi pubblicati in questo contesto (diversi tipologie di intervento IPIB, diversi soggetti trattati, diversi indicatori di risultato).
- Gli interventi via computer o via telefono cellulare, basati su studi di piccole dimensioni, non hanno fornito elementi validi di giudizio sull'efficacia sebbene tale approccio è suggerito per coinvolgere i giovani adulti altrimenti non raggiungibili.
- Nella maggior parte degli studi disponibili nel contesto dell'emergenza e pronto soccorso, l'efficacia dell'IPIB sembra sovrapporsi ad altri effetti; è verosimile che i danni alcol-correlati per se siano alla base della riduzione del consumo. Cosa influenzi quest'ultimo effetto e come utilizzarlo per raggiungere una riduzione permanente del consumo di alcol è un potenziale oggetto di ricerca futura.

## Raccomandazioni per i sistemi sanitari

Ai dipartimenti sanitari, istituzioni o organizzazioni coinvolti nella gestione e/o finanziamento dei dipartimenti di emergenza e pronto soccorso, per quanto riguarda la ricerca futura si raccomanda quanto segue:

- I dipartimenti di emergenza e pronto soccorso dovrebbe esplorare gli effetti dell'IPIB escludendo eventuali effetti confondenti, quali, in primo luogo, il miglioramento nei gruppi di controllo (è verosimile, ma non dimostrato, che lo screening, l'autovalutazione e il feedback sui livelli di consumo hanno di per se un effetto sul consumatore a rischio quando rilasciato in un "momento educativo" quale quello, ad esempio, dopo un incidente alcol-correlato).
- Di interesse è anche l'analisi dell'eterogeneità clinica degli studi in emergenza e dei fattori ostacolanti e facilitanti l'implementazione dell'IPIB in questo contesto.

## Esperienza sul campo

Dalle attività sul campo in questo contesto sono emersi i punti di seguito riportati.

- La mancanza di formazione sulle PPAC in generale e di tempo sono le principali barriere all'implementazione dell'IPIB in emergenza.
- Gli interventi attuali in emergenza sulle PPAC sono focalizzati esclusivamente su casi acuti (intossicazioni) e severi (alcoldipendenza).
- La mancanza di protocolli di trattamento (ad eccezione dell'intossicazione acuta), di continuità di cure (alla dimissione dall'emergenza) e di programmi standardizzati.
- L'IPIB è considerato da molti incompatibile con l'emergenza per l'investimento di tempo e i bassi risultati percepiti (grosso impegno/ basso risultato o risultati a lungo termine).
- Lo stato di salute del paziente in pronto soccorso può interferire con le attività IPIB (confusione, perdita di coscienza, ecc) e peraltro in emergenza possono afferire situazioni complesse legate all'alcol che richiedono risposte adeguate.

## Opinione degli esperti BISTAIRS

### Professionisti da coinvolgere per la fornitura dell'IPIB

Gli esperti consultati ritengono che i professionisti dell'emergenza da coinvolgere nell'implementazione dell'IPIB sono i seguenti:

- I medici di pronto soccorso in primo luogo e gli operatori sanitari dei servizi specialistici sull'alcol per tutte le componenti dell'IPIB (screening, intervento breve, supporto, invio a struttura specialistica). Dalle esperienze sul campo BISTAIRS, per favorire la diffusione dell'IPIB e la sua implementazione in emergenza, si suggerisce il coinvolgimento di giovani medici, tirocinanti.
- Gli infermieri potrebbero essere coinvolti per alcune componenti dell'IPIB (le attività di screening e di intervento breve in emergenza) mentre non è stato raggiunto un accordo per altre componenti (il supporto, il monitoraggio, l'invio a struttura specialistica). Anche in questo caso, il coinvolgimento degli infermieri è stato suggerito anche nel corso delle esperienze sul campo BISTAIRS.
- Il coinvolgimento del personale paramedico nella fornitura di un successivo intervento breve in emergenza non è raccomandato.
- Il coinvolgimento del personale d'accettazione di pronto soccorso nella distribuzione di strumenti di autovalutazione non ha raggiunto un consenso.

### Modalità di identificazione dei consumatori a rischio

Gli esperti BISTAIRS concordano che tutti i pazienti che afferiscono ad una struttura d'emergenza dovrebbero essere sottoposti a screening. Gli esperti ritengono inoltre quanto segue:

- In emergenza la raccolta di informazioni sul consumo di alcol fornite da partner e altri familiari è ritenuta importante.
- Lo screening opportunistico dei pazienti afferenti all'emergenza, la disponibilità di materiali di autovalutazione in sala d'attesa non ha raggiunto un consenso.

### Bisogni dei professionisti per implementare l'IPIB

I seguenti sono i principali bisogni dei professionisti dell'emergenza che, secondo il parere degli esperti è necessario soddisfare per favorire l'implementazione dell'IPIB:

- fornire programmi di formazione dei professionisti dell'emergenza nelle abilità IPIB a partire dalle scuole mediche sottolineando l'evidenza di efficacia e costo-efficacia;
- facilitare l'implementazione dell'IPIB in emergenza come parte di una strategia governativa nazionale sull'alcol, assegnando più tempo e risorse;
- rendere disponibili strumenti di screening e tecniche semplici d'intervento breve;
- come per l'assistenza sanitaria primaria, stabilire legami con i centri di alcologia e favorire l'invio di pazienti alle suddette strutture sulla base di un chiaro protocollo di riferimento;
- sviluppare interventi elettronici in emergenza tramite applicazioni *e-Health m-Health* ha raggiunto un consenso (consenso non raggiunto per l'assistenza sanitaria primaria).

### Tipologie di intervento

Premessa la bassa fornitura dell'IPIB in molti paesi in questo contesto, il consenso sulle tipologie di intervento da fornire in emergenza è di seguito riportato:

- In emergenza possono essere forniti sia gli interventi brevi-minimi che forme di intervento più estese (es. il colloquio motivazionale) sebbene il più alto consenso è stato raggiunto per l'utilizzo di interventi brevi dopo quello di strumenti di screening adeguati.
- I contatti dei dipartimenti di emergenza con i servizi specialistici per la cura delle dipendenze da alcol devono essere garantiti, nonché l'assistenza degli operatori dell'emergenza nell'eventuale invio di pazienti con consumo rischioso e dannoso di alcol o alcol dipendenti a tali servizi, fornendo formazione e supporto continuo.

### **Comunicazione con la popolazione generale e con i professionisti sanitari**

Per la comunicazione con la popolazione generale, il gruppo di esperti anche per il contesto dell'emergenza ha sottolineato l'importanza di una strategia nazionale sull'alcol e l'invio di messaggi chiari, coerenti e pertinenti sui rischi alcol-correlati e la necessità, così come per il contesto dell'assistenza sanitaria primaria, di una riformulazione delle problematiche alcol-correlate più vicina al concetto di 'consumo a rischio' che a quello esclusivo di 'alcolismo', lo sviluppo di messaggi diversificati per gruppi diversi di popolazione a rischio, di individuare e comunicare i rischi del consumo di alcol a vari livelli. A tal fine per l'emergenza sono stati suggeriti gli utilizzi del telefono verde, i mass-media, le avvertenze sulla pubblicità di bevande alcoliche, il coinvolgimento delle comunità locali e le agenzie.

Per la comunicazione con i professionisti dell'emergenza, come per l'assistenza sanitaria primaria, oltre al miglioramento della formazione e delle conoscenze (anche mediante pacchetti di formazione, tra cui video, libri, CD-ROM), gli esperti raccomandano una strategia nazionale governativa sull'alcol con l'invio di messaggi chiari e coerenti, garantendo che i servizi specialistici e le risorse siano sufficienti a rendere possibili rapporti diretti tra gli stessi e le strutture di cura primaria, sottolineando l'importanza dell'IPIB sull'alcol ai professionisti dell'emergenza. Più che per l'assistenza sanitaria primaria, gli esperti raccomandano di diffondere le informazioni concernenti l'IPIB sull'alcol attraverso conferenze, incontri e workshop nonché articoli su riviste di salute sull'argomento.

## **Ambienti di lavoro**

### **Raccomandazioni per gli operatori della medicina del lavoro**

La letteratura scientifica suggerisce agli operatori della medicina del lavoro, sebbene sulla base di evidenze non sempre coerenti e/o conclusive, di fornire l'IPIB per il consumo rischioso di alcol a tutti i lavoratori adulti come parte di controlli sanitari volontari, utilizzando lo strumento di screening AUDIT-C e il materiale per un intervento basato su linee guida nazionali. Si rimanda all'appendice per approfondimenti.

I gruppi a cui destinare i programmi IPIB sono in particolare i lavoratori adulti con ipertensione arteriosa, maschi, di età compresa tra 45-64 anni.

I lavoratori dovrebbero essere informati, laddove disponibili, dell'esistenza di applicazioni informatizzate via Internet (*e-Health* e *m-Health*) per il consumo rischioso di alcol.

### **Raccomandazioni per i datori di lavoro**

Le raccomandazioni emerse dalle attività BISTAIRS per quanto riguarda i datori di lavoro sono le seguenti:

- implementare iniziative sulla salute e il benessere sui luoghi di lavoro che includano politiche e azioni sull'alcol;
- supportare luoghi di lavoro liberi dall'alcol;
- rivedere e modificare gli approcci manageriali, le pratiche e le attività di prevenzione del consumo rischioso di alcol.

## Evidenze di base

Le evidenze emerse dalla revisione della letteratura per il contesto della medicina del lavoro sono le seguenti:

- I livelli di conoscenza attuali non sono sufficienti per dire che i programmi IPIB sono o meno efficaci nel consumo rischioso quando effettuati nell'ambito della medicina del lavoro.
- Politiche sull'alcol come parte di politiche sullo stato di salute più ampie che includano i determinanti strutturali del consumo a rischio di alcol negli ambienti di lavoro sono probabilmente efficaci e costo-efficaci nel ridurre i danni e i costi alcol-correlati e ad aumentare la produttività.
- Dal momento che lo sviluppo di approcci IPIB nei luoghi di lavoro laddove descritti sono limitati alle grandi aziende, non è noto se tali strategie possano essere impiegate anche in piccole aziende e in altri settori oltre a quello delle costruzioni e il manifatturiero.
- Non sono note informazioni sull'IPIB in questo contesto (in termini di utilizzo di assistenza sanitaria, tassi di assenteismo, valutazioni delle prestazioni di lavoro, tassi di *turnover*, tasso di infortuni sul lavoro e di efficacia a lungo termine di interventi sull'alcol forniti).

## Esperienza sul campo

Dalle attività sul campo BISTAIRS emerge che la formazione dei medici del lavoro sull'IPIB è estremamente varia in Europa, più estesa laddove esiste una regolamentazione formale rispetto all'alcol (es. in Italia). Gli altri punti emersi sono di seguito riportati:

- La dimostrazione di un ritorno positivo di investimenti destinati all'implementazione dell'IPIB rappresenterebbe un valido argomento per promuovere lo stesso in questo contesto ove tali iniziative sono ancora limitate.
- In generale non c'è consapevolezza dell'impatto dell'alcol nei luoghi di lavoro e pertanto aumentare tale consapevolezza potrebbe aumentare la motivazione delle aziende al sostegno delle suddette attività.
- La mancanza di una chiara definizione del ruolo del medico del lavoro in alcuni Paesi tanto per le attività di sorveglianza sanitaria che di prevenzione non favorisce l'implementazione di tali programmi in questo contesto.
- L'interesse all'implementazione dell'IPIB da parte dei medici del lavoro potrebbe essere ostacolato da aspetti legati alle responsabilità delle risorse umane.

## Opinione degli esperti BISTAIRS

### Modalità di fornitura dell'IPIB

Gli esperti raccomandano la fornitura dell'IPIB negli ambienti di lavoro come segue:

- integrare l’IPIB ad un più ampio programma di promozione della salute e benessere che includa altri stili di vita (evitando di stigmatizzare parlando solo del consumo di alcol);
- includere lo screening sul consumo di alcol nelle valutazioni sanitarie standard di routine;
- assicurare che i programmi di prevenzione sull’alcol siano implementati con modalità non stigmatizzanti, non giudicanti e garantendo la confidenzialità;
- assicurare l’anonimato e la riservatezza dei dipendenti (offrendo assistenza anonima o inviando i dipendenti a terzi);
- favorire un clima di fiducia, non giudicante e di supporto;
- promuovere politiche aziendali di supporto che trattino le problematiche alcol-correlate come qualsiasi altra condizione medica.

Secondo gli esperti, nei luoghi di lavoro sono inoltre importanti i seguenti aspetti:

- garantire la riservatezza e l’anonimato dei dipendenti;
- assicurare che l’implementazione dell’IPIB sia di routine (e quindi de-stigmatizzante) ;
- garantire un eventuale trattamento (non risposte punitive) e ridurre al minimo le ripercussioni sulla carriera;
- includere i programmi di riduzione del consumo di alcol all’interno di più ampi programmi sugli stili di vita salutari.

### **Bisogni dei professionisti per implementare l’IPIB**

Secondo gli esperti consultati, i bisogni dei professionisti della medicina del lavoro da soddisfare per favorire l’implementazione dell’IPIB sono i seguenti:

- formazione per dipendenti, dirigenti e supervisor sulla prevenzione delle PPAC incluso l’IPIB;
- evidenze di efficacia e costo-efficacia dell’IPIB in tale contesto;
- programmi di screening standardizzati di routine sugli stili di vita, incluso l’alcol, nell’ambito di programmi di promozione della salute preesistenti sui luoghi di lavoro;
- strumenti di screening strutturati e validati, tecniche IPIB per le esigenze specifiche dei vari contesti lavorativi e linee guida;
- politiche sul lavoro e sulla sicurezza sul lavoro che includano l’alcol;
- evidenziazione dei vantaggi di un consumo di alcol a più basso rischio ai dipendenti e ai datori di lavoro.

### **Iniziative politiche facilitanti l’implementazione dell’IPIB**

Dall’indagine Delphi negli ambienti di lavoro, quali iniziative politiche facilitanti l’implementazione dell’IPIB emerge quanto segue:

- promozione di programmi di formazione continua per i medici del lavoro;
- implementazione e promozione di una strategia nazionale sull’alcol.

Inoltre, per gli esperti BISTAIRS, le ragioni per le quali l’implementazione dell’IPIB è rilevante nei luoghi di lavoro sono le seguenti:

- Il consumo dannoso di alcol ha un impatto negativo sulla produttività e sulla sicurezza conseguenza dell’assenteismo, presenzialismo e di infortuni alcol-correlati.
- I luoghi di lavoro sono importanti per qualsiasi forma di promozione della salute (incluso l’alcol) dal momento che le persone trascorrono gran parte della loro giornata nei luoghi di lavoro.

## **Raccomandazioni per la ricerca futura**

In generale le aziende (ad eccezione di quelle più grandi, con rischio a terzi o con antecedenti problematiche alcol-correlate) non sono motivate a intraprendere un lavoro adeguato e ad attuare programmi di prevenzione e, dal momento che in alcuni Paesi è previsto che tali programmi siano finanziati dall'impresa stessa, tali programmi sono a volte visti come un costo e non come un investimento.

Per superare tali barriere, è indispensabile:

- promuovere una normativa specifica sull'alcol nei luoghi di lavoro;
- stabilire il ruolo del professionista sanitario occupazionale (medico e infermiere) sia per la sorveglianza sanitaria che per lo svolgimento di attività di prevenzione;
- fare in modo che lo spirito delle leggi/regolamenti sull'alcol non siano punitivi, ma cercare piuttosto di aiutare i lavoratori e adoperarsi per ridurre le PPAC;
- introdurre il concetto di consumo rischioso e dannoso di alcol e non solo di dipendenza da alcol;
- promuovere aziende/impresе libere dall'alcol;
- promuovere un dibattito che includa rappresentanti del Ministero del Lavoro, i datori di lavoro, i rappresentanti dei lavoratori, i sindacati e le società professionali di medicina del lavoro, e raggiungere un consenso sull'introduzione dei concetti IPIB nei luoghi di lavoro;
- promuovere l'adozione da parte delle aziende di politiche scritte interne di prevenzione, che includano l'alcol (approvate da commissioni di prevenzione e sicurezza) ;
- promuovere la ricerca nel settore: studiare i modelli di consumo tra i lavoratori, l'efficacia degli strumenti IPIB in questo contesto, ecc.;
- raccogliere informazioni sulle barriere e sui facilitatori dell'implementazione dell'IPIB nei luoghi di lavoro;
- fornire informazioni sui costi e costo-efficacia dell'IPIB nei luoghi di lavoro;
- fornire adeguata formazione e favorire un clima di fiducia;
- includere programmi IPIB sull'alcol in più ampi programmi di prevenzione della salute nelle aziende;
- sviluppare campagne di sensibilizzazione per consentire ai lavoratori di far fronte ai propri stili di vita non salutari e promuovere un contesto più ricettivo per i programmi IPIB nella medicina del lavoro;
- fornire un supporto e formazione specifica (abilità e modifica di atteggiamenti) per i professionisti (medici, infermieri, psicologi, altri) e promuovere un lavoro di squadra;
- fornire una migliore articolazione tra medicina del lavoro, servizi sanitari e procedure di invio a servizi specialistici;
- sviluppare linee guida, protocolli e procedure (indicatori) cliniche da seguire che siano note a tutti, da seguire fin dall'inizio per evitare problemi.

## **Servizi sociali**

### **Raccomandazioni per gli operatori sociali e gli ufficiali giudiziari**

Sebbene non siano disponibili evidenze in letteratura in questi contesti, gli adulti (>18 anni) giunti all'osservazione di un operatore sociale o di un ufficiale giudiziario per un'azione

criminale, un danno legato al consumo di alcol alla guida, una violenza domestica dovrebbero ricevere almeno un foglietto illustrativo sul consumo rischioso sulla base di linee guida nazionali ed essere informati, laddove disponibili (e proponibile) sull'esistenza di applicazioni informatizzate via Internet (*e-Health e m-Health*) per il consumo rischioso di alcol.

## **Raccomandazioni per i servizi sociali e la giustizia penale**

I servizi sociali e i sistemi di giustizia penale dovrebbero sostenere lo sviluppo, la fattibilità la realizzazione di iniziative IPIB in questi contesti.

### **Evidenze di base**

Le evidenze emerse dalla revisione della letteratura per il contesto dei servizi sociali sono le seguenti:

- Non è noto se i programmi IPIB siano o meno efficaci in soggetti con consumo rischioso in questi contesti. Un solo studio suggerisce che dare un opuscolo informativo ad un cliente è efficace quanto un intervento breve o esteso.
- Per alcuni gruppi di clienti l'approccio IPIB potrebbe servire come 'apri porta', e cioè operare l'invio ad altri servizi. Un approccio di cura per gradi è probabilmente importante nella progettazione di strategie di attuazione IPIB nei contesti dei servizi sociali.

### **Esperienza sul campo**

Dalle attività sul campo BISTAIRS nell'ambito dei servizi sociali e della giustizia penale è emerso quanto segue:

- Tra i clienti dei servizi sociali e della giustizia penale è alta la prevalenza di individui con consumo dannoso di alcol.
- L'IPIB è visto come uno strumento promettente per i servizi sociali per ridurre il divario dei servizi per coloro che hanno una PPAC oltre che a problematiche sociali, o per coloro per i quali il trattamento medico non è una soluzione adeguata.
- L'esperienza e le attitudini dei professionisti in questo contesto è varia e in alcuni casi si associa a mancanza di fiducia e ad un alto livello di frustrazione.
- Gli operatori sociali non intervengono direttamente sulle PPAC ma possono inviare i loro clienti ai servizi territoriali specialistici, sebbene a tal fine vi siano risorse e servizi limitati e non siano disponibili protocolli d'invio.
- La mancanza di formazione sull'IPIB degli operatori è il principale ostacolo in tutti i Paesi europei.

### **Raccomandazioni per la ricerca futura**

Dall'insieme delle attività in questo contesto le raccomandazioni per la ricerca futura sono le seguenti:

- approfondire fattibilità/accettabilità dell'IPIB in questo contesto data la bassa partecipazione, gli alti tassi di *drop-out* e le esigenze complesse di tali soggetti;
- identificare le differenze specifiche di contesto (in termini di gruppi target di clienti, caratteristiche istituzionali, di accettazione da parte dei professionisti/volontari, ecc.), e



valutare in che modo tali differenze influenzano la disponibilità, l'accettazione e l'efficacia potenziale dell'IPIB in questo contesto;

- effettuare prove di efficacia nei contesti dei servizi sociali;
- svolgere studi di fattibilità di attività di prevenzione sull'alcol nei servizi sociali.

## **Opinione degli esperti BISTAIRS**

### **Modalità di fornitura dell'IPIB**

Gli esperti raccomandano la fornitura dell'IPIB nei servizi sociali come segue:

- utilizzare una modalità non giudicante, rispettosa, empatica e destigmatizzante con il cliente;
- adottare un approccio centrato sul cliente che enfatizzi le preoccupazioni individuali e le problematiche;
- garantire la riservatezza delle informazioni raccolte;
- effettuare valutazioni di routine così che i clienti sappiano che a tutti sono richieste informazioni sul consumo di alcol;
- approcciare il consumo di alcol come parte di una più ampia valutazione dei rischi, ad esempio nell'ambito di conversazioni riguardanti gli stili di vita in generale (le abitudini alimentari nel contesto delle interazioni sociali e familiari, ecc.);
- validare l'AUDIT-C / AUDIT nel contesto dei servizi sociali e raccomandarne l'uso su base giornaliera (in formato cartaceo o digitale);
- adattare gli approcci ai bisogni specifici del cliente / del professionista / del contesto ove viene fornito l'intervento;
- sviluppare una buona, rispettosa ed efficace relazione cliente-operatore dell'assistenza sociale;
- assicurare ai clienti il loro personale ruolo primario nel decidere eventuali azioni future nel caso di uno screening positivo;
- assicurarsi che i professionisti dei servizi sociali siano a conoscenza della rete dei servizi (nel caso in cui dovessero rilevarsi problematiche alcol-correlate).

Secondo gli esperti, nei servizi sociali sono inoltre importanti i seguenti aspetti:

- sostenere il coinvolgimento dei professionisti del sociale in tutte le fasi della ricerca, dalla progettazione all'interpretazione dei risultati;
- assicurare che in situazioni ad alto rischio (es. il consumo di alcol dei genitori / vulnerabilità dei coinvolti) l'implementazione dell'IPIB non comprometta la relazione cliente-operatore sanitario (che potrebbe tradursi in ulteriori danni);
- garantire una formazione adeguata;
- fornire evidenze di efficacia e costo-efficacia in questo contesto.

### **Bisogni degli operatori per implementare l'IPIB**

Secondo gli esperti consultati, i bisogni degli operatori sociali da soddisfare per favorire l'implementazione dell'IPIB sono i seguenti:

- formazione adeguata per migliorare le abilità, l'esperienza e il senso di adeguatezza di ruolo sui problemi alcol-correlati e su come rilevare situazioni per le quali è possibile intervenire;

- disponibilità di strumenti IPIB per l'implementazione in questi contesti, modalità flessibili d'implementazione adattabili alle esigenze dei professionisti e al loro modo di lavorare;
- fornitura di materiali di sintesi (es. una pagina sul problema e le azioni più appropriate);
- fornitura di prove di efficacia dell'IPIB nei servizi sociali;
- inclusione dello screening sull'alcol tra le valutazioni di routine dei clienti, ad esempio, nei controlli sociali e sanitari o nella valutazione dei bisogni.

### **Iniziative politiche facilitanti l'implementazione dell'IPIB**

Dall'indagine Delphi nel contesto dei servizi sociali, quali iniziative politiche facilitanti l'implementazione dell'IPIB emerge quanto segue:

- assegnazione di finanziamenti governativi per la ricerca dell'IPIB in questo contesto;
- riconoscimento ufficiale dell'IPIB nel ruolo e nelle responsabilità degli operatori dei servizi sociali da parte dei ministeri competenti, le agenzie e le organizzazioni professionali;
- implementazione di una strategia nazionale per il lavoro di prevenzione sull'alcol in questo contesto;
- produzione e diffusione di materiali informativi per contesti sociali specifici, inclusi gli strumenti di screening.

Inoltre, per gli esperti BISTAIRS, le ragioni per le quali l'implementazione dell'IPIB è rilevante nei servizi sociali sono le seguenti:

- I clienti dei servizi sociali appartengono ai gruppi più vulnerabili / svantaggiati della popolazione con maggiori probabilità di trovarsi a sperimentare danni causati da stili di vita non salutari.
- I lavoratori dei servizi sociali dovrebbero avere familiarità con il concetto di livelli di rischio legati al consumo di alcol (consumo a basso rischio, rischioso, dannoso, alcoldipendenza).
- Nel contesto dei servizi sociali vengono rilevate la maggior parte delle difficoltà legate al consumo di alcol.

## CONCLUSIONI

Alla luce dell'esperienza BISTAIRS emerge la necessità e l'urgenza di poter disporre in Italia di fondi finalizzati alla formazione del personale sanitario e/o coinvolto nei contesti di cura e assistenza attraverso il potenziamento e ripristino dei corsi IPIB in ISS; di fondi per la ricerca continua nel settore dedicato agli strumenti e alla valutazione del rischio alcol-correlato, e una dotazione in risorse tangibili atte a favorire il ruolo dell'ISS nell'integrazione delle buone prassi nella gestione della pratica clinica e assistenziale quotidiana da perseguire attraverso le competenze e i ruoli dell'ONA dell'ISS, *WHO Collaborating Centre for research and health promotion on alcohol and alcohol related health problems*, nell'ambito del Piano Nazionale di Prevenzione con attivazione di collaborazioni con le Regioni per l'implementazione delle raccomandazioni e delle linee guida delineate a livello europeo.

## BIBLIOGRAFIA

1. WHO Department of Mental Health and Substance Abuse. *Global Status Report on Alcohol 2004*. Geneva: World Health Organization; 2004. Disponibile all'indirizzo: [http://www.who.int/substance\\_abuse/publications/global\\_status\\_report\\_2004\\_overview.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_status_report_2004_overview.pdf), ultima consultazione 15/3/2016.
2. WHO. *Global status report on alcohol and health 2014*. Luxembourg: WHO; 2014. Disponibile all'indirizzo: [http://www.who.int/substance\\_abuse/publications/global\\_alcohol\\_report/en/](http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/); ultima consultazione 15/3/2016.
3. Scafato E, Gandin C, Di Pasquale L, Galluzzo L, Martire S, Ghirini S per il Gruppo di Lavoro CSDA (Centro Servizi Documentazione Alcol). *Epidemiologia e monitoraggio alcol-correlato in Italia e nelle Regioni. Valutazione dell'Osservatorio Nazionale Alcol-CNESPS sull'impatto del consumo di alcol ai fini dell'implementazione delle attività del Piano Nazionale Alcol e Salute. Rapporto 2015*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2015. (Rapporti ISTISAN 15/3).
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. Prochaska JO, Di Clemente CC. Transtheoretical therapy: toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 1982;19:276-88.
6. Rollnick S, Mason P, Butler C. *Cambiare stili di vita non salutari. Strategie di Counseling motivazionale breve*. Trento: Erickson libri; 2003.
7. Miller W, Rollnick S. *Il colloquio motivazionale*. Nuova edizione (III edizione). Trento: Erickson; 2014.
8. European Commission. *Communication from the Commission to the Council, the European Parliament, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions. An EU strategy to support Member States in reducing alcohol-related harm*. Brussels: Commission of the European Communities; 2006. Disponibile all'indirizzo: [http://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/life\\_style/alcohol/documents/alcohol\\_com\\_625\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/alcohol/documents/alcohol_com_625_en.pdf) ultima consultazione 15/3/2016.
9. WHO Regional Office for Europe. *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](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/178163/E96726.pdf); ultima consultazione 15/3/2016.
10. 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 su: <http://www.epicentro.iss.it/alcol/apd2013/european%20action%20plan%202012%202020%20italian%20translation.pdf>; ultima consultazione 15/3/2016.
11. World Health Organization. *Global strategy to reduce the harmful use of alcohol*. Geneva: World Health Organization; 2010. Disponibile all'indirizzo: [http://www.who.int/substance\\_abuse/msbalcstrategy.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/msbalcstrategy.pdf); ultima consultazione 15/3/2016.
12. Istituto Superiore di Sanità-ONA-CNESPS (Ed.). *Strategia globale per ridurre il consumo dannoso di alcol*. Istituto Superiore di Sanità; 2013. Disponibile all'indirizzo: <http://www.epicentro.iss.it/alcol/apd2013/global%20strategy%20italian%20translation.pdf>; ultima consultazione 15/3/2016.
13. World Health Organization. *2008-2013 Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases*; Geneva: WHO; 2008. Disponibile all'indirizzo: <http://www.who.int/nmh/publications/9789241597418/en/>; ultima consultazione 15/3/2016.
14. Ministero della Salute, Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria. Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie-CCM. *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](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_623_allegato.pdf); ultima consultazione 15/3/2016.
15. Ministero della Salute. *Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018*. Piano Nazionale Prevenzione. Roma: Ministero della Salute; 2014. Disponibile all'indirizzo: [http://www.statoregioni.it/Documenti/DOC\\_045549\\_REP%20156%20%20PUNTO%205%20%2000DG.pdf](http://www.statoregioni.it/Documenti/DOC_045549_REP%20156%20%20PUNTO%205%20%2000DG.pdf); ultima consultazione 15/3/2016.
  16. Ministero della Salute, Dipartimento della Prevenzione e della Comunicazione, Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria. *Relazione del Ministro della Salute al Parlamento sugli interventi realizzati ai sensi della Legge 30.3.2001 n. 125 "Legge Quadro in materia di alcol e problemi alcol-correlati" anno 2014*. Roma: Ministero della Salute; 2013. Disponibile all'indirizzo: [http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_2337\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2337_allegato.pdf); ultima consultazione 15/3/2016.
  17. 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.
  18. 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. 145-71. Disponibile all'indirizzo: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241594519\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241594519_eng.pdf); ultima consultazione 15/3/2016.
  19. Scafato E, Gandin C, Ghirini S, Allamani A, Struzzo P, Patussi V, Codenotti T, Marcomini F, Russo R and the PHEPA Italian Country Team Integrating Health Promotion Interventions for Hazardous and Harmful Alcohol Consumption into Primary Health Care Professionals' Daily Work. *Italy country report*. Primary Health Care European Project on Alcohol (PHEPA); 2009. Disponibile all'indirizzo: [http://www.gencat.cat/salut/phepa/units/phepa/pdf/\\_italy\\_country2.pdf](http://www.gencat.cat/salut/phepa/units/phepa/pdf/_italy_country2.pdf); ultima consultazione 15/3/2016.
  20. 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. Disponibile all'indirizzo: [http://www.gencat.cat/salut/phepa/units/phepa/pdf/italian\\_training\\_programme.pdf](http://www.gencat.cat/salut/phepa/units/phepa/pdf/italian_training_programme.pdf); ultima consultazione 15/3/2016.
  21. 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](http://www.epicentro.iss.it/alcol/linee/linee_guida_cliniche.pdf); ultima consultazione 15/3/2016.
  22. 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.
  23. 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: [http://www.epicentro.iss.it/alcol/pdf/AMPHORA%20manifesto%20on%20alcohol\\_October%20201.pdf](http://www.epicentro.iss.it/alcol/pdf/AMPHORA%20manifesto%20on%20alcohol_October%20201.pdf); ultima consultazione 15/3/2016.
  24. 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.
  25. Scafato E, Cuffari A, Gandin C, Ghirini S, Galluzzo L, Martire S, et al. *Rischio alcol: urgente garantire conoscenze e formazione medica per la diagnosi precoce e l'intervento breve*. Roma:

- Istituto Superiore di Sanità; 2013. Disponibile all'indirizzo: [http://www.epicentro.iss.it/alcol/apd2013/IPIB%20rischio%20alcol%20APD%202013%20\(fact%20sheet\).pdf](http://www.epicentro.iss.it/alcol/apd2013/IPIB%20rischio%20alcol%20APD%202013%20(fact%20sheet).pdf); ultima consultazione 29/9/2015.
26. Scafato E, Gandin C, Laurant M, Keurhorst M, Kolsek M, Gual A, Matrai S, Reynolds J, Colom J, Segura L, Kaner E, Newbury Birch D, Anderson P, Spak F, Bendtsen P, Sovinova H, Struzzo P, Krzysztof B, Ribeiro C, 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.
  27. 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.
  28. 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.
  29. 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-odhin-project-documents/6-odhin-technical-reports-and-deliverables.html](http://www.odhinproject.eu/resources/documents/cat_view/3-odhin-project-documents/6-odhin-technical-reports-and-deliverables.html); ultima consultazione 15/3/2016.
  30. 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](http://bistairs.eu/material/WP6_material/Italy_PHC.pdf); ultima consultazione 15/3/2016.
  31. 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](http://bistairs.eu/material/WP6_material/Italy_ED.pdf); ultima consultazione 15/3/2016.
  32. Gandin C, Scafato E. *Managing risky drinking in workplace settings. Field test strategy. Italy.* BISTAIRS; 2014. Disponibile all'indirizzo: [http://bistairs.eu/material/WP6\\_material/Italy\\_WP.pdf](http://bistairs.eu/material/WP6_material/Italy_WP.pdf); ultima consultazione 15/3/2016.
  33. 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](http://bistairs.eu/material/WP6_material/Italy_ScS.pdf); ultima consultazione 15/3/2016.
  34. 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](http://www.bistairs.eu/material/D6_guidelines_ASBI.pdf); ultima consultazione 15/3/2016.
  35. NICE. *Alcohol use disorders: preventing harmful drinking.* Manchester, UK: National Institute for health and Clinical Excellence, 2010. (NICE Public Health Guidance 24). Disponibile all'indirizzo: <https://www.nice.org.uk/guidance/ph24/resources/alcoholuse-disorders-prevention-1996237007557>; ultima consultazione 15/3/2016.
  36. Crawford MJ, Patton R, Touquet R, Drummond C, Byford S, Barrett B, *et al.* Screening and referral for brief intervention of alcohol misusing patients in an accident and emergency Department: a pragmatic randomised controlled trial. *Lancet* 2004;364:1334-9.
  37. Dinh-Zarr T, Goss C, Heitman E, Roberts I, DiGiuseppi C. Interventions for preventing injuries in problem drinkers. *Cochrane Database Syst Rev* 2004;(3):CD001857.
  38. Richmond R, *et al.* Evaluation of a workplace brief intervention for excessive alcohol consumption: the Workscreen project. *Preventive Medicine* 2000;30:51-63.

39. Bennett J, *et al.* Team awareness, problem drinking, and drinking climate: workplace social health promotion in a policy context. *American Journal of Health Promotion* 2004;19(2):103-13.
40. O'Donnell A, Wallace P, Kaner E. From efficacy to effectiveness and beyond: what next for brief interventions in primary care? *Front Psychiatry* 2014;5(113):1-8.
41. O'Donnell A, Anderson P, Newbury-Birch D, Schulte B, Schmidt CS, Reimer J, Kaner E. The impact of brief interventions in Primary Healthcare: a systematic review of reviews. *Alcohol and Alcoholism* 2013;1-13.
42. Schulte B, O'Donnell A, Kastner S, Schmidt CS, Schafer I, Reimer J. Alcohol screening and brief intervention in workplace settings and social services: a comparison of literature. *Front Psychiatry* 2014;5(131):1-9.
43. Schmidt CS, McGovern R, Schulte B, O'Donnell A, Lehmann K, *et al.* Brief Alcohol Interventions in Social Service and Criminal Justice Settings: A Critical Commentary. *British Journal of Social Work* 2015; 45:1039-49.
44. Reid N. *The Delphi technique: its contribution to the evaluation of professional practice*. In Ellis R (Ed.). Professional competence and quality assurance in the caring professions. Chapman Hall: New York, 1998.
45. Heather N, Dallolio E, Hutchings D, Kaner E, White M. Implementing routine screening and brief alcohol intervention in primary health care: A Delphi survey of expert opinion. *Journal of Substance Use* 2004;9(2):68-85.
46. World Health Organization. *International Classification of Diseases (ICD)*. Geneva: WHO; 2010. Disponibile all'indirizzo: <http://www.who.int/classifications/icd/en/>; ultima consultazione 15/3/2016.





**APPENDICE**  
**Standard di formazione sull'IPIB**  
**per gli operatori sanitari**



## Generalità

I prodotti correlati allo standard di formazione a livello nazionale e 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-CNESPS, ISS (1-2).

Il programma di formazione originale, basato sullo standard del progetto Europeo PHEPA (*Primary Health Care Project on Alcohol*) della Commissione Europea, *Public Health Programme*, DG-SANCO, è articolato in 6 sessioni, ciascuna delle quali destinate ad identificare finalità e obiettivi diversi, fornendo documentazione operativa, materiali e metodologie per l'implementazione dell'intervento a livello territoriale.

Un 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 mirate alle seguenti finalità e ai conseguenti obiettivi:

- **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 dall'Organizzazione Mondiale della Sanità 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 ad 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 organizzati dall'ONA-CNESPS presso l'Istituto Superiore di Sanità sono destinati ad 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 alcol-correlato nonché alle direzioni generali e ai servizi di prevenzione del Servizio Sanitario Nazionale (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/alcol/apd2015/scheda%20test%20audit%20c.pdf>.

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, 5-9). Di seguito sono riportati i test AUDIT e AUDIT C con i relativi punteggi.

### 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

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 ad una elevata probabilità futura di problemi alcol-correlati; un punteggio elevato alle domande 4-6 indica l'inizio di una dipendenza.

### 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 ad 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 ad 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 ad 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 ad 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 ad 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. E' 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 ad 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. Ad 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;
  - elicitarlo 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. E' 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 ad 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 ad 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 ad 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).

## Bibliografia

1. 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. Disponibile all'indirizzo: [http://www.gencat.cat/salut/phepa/units/phepa/pdf/italian\\_training\\_programme.pdf](http://www.gencat.cat/salut/phepa/units/phepa/pdf/italian_training_programme.pdf); ultima consultazione 15/3/2016.
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](http://www.epicentro.iss.it/alcol/linee/linee_guida_cliniche.pdf); ultima consultazione 15/3/2016.
3. Prochaska JO, Di Clemente CC. Transtheoretical therapy: toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 1982;19:276-88.
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'Alcoolismo* 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.* Disponibile all'indirizzo <http://www.gencat.cat/salut/phepa/units/phepa/html/en/dir360/doc8870.html>; ultima consultazione 15/3/2016.
  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](http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241594519_eng.pdf); ultima consultazione 15/3/2016.
  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.



*Serie Rapporti ISTISAN  
numero di marzo 2016, 2° Suppl.*

*Stampato in proprio  
Settore Attività Editoriali – Istituto Superiore di Sanità*

*Roma, marzo 2016*