



Ministero della Salute

LIBRO BIANCO

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

2022

1. GIOVANI E ALCOL

Introduzione del responsabile scientifico

Valeria Zavan

Direttore di Struttura Complessa SerD ASL To4 – Reg. Piemonte

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

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

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

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

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

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

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

La prevenzione nel setting scolastico

Corrado Celata¹, Rachele Donini², Valeria Zavan³

¹Regione Lombardia – Milano

²ASL 2 – Savona

³SC SerD ASL To4 – Reg. Piemonte

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

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

Riassunto

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

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

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

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

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

Stato dell'Arte

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Metodo adottato dal Gruppo di Lavoro

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Punti di forza

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

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

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

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

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

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

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

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

Criticità

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

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

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

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

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

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

Gli elementi di consenso nella prevenzione scolastica

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

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

Raccomandazioni

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

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

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

Bibliografia

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

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

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

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

Roberta Alagna¹, Biagio Sciortino², Valeria Zavan³

¹USLUMBRIA1

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

³SC SerD ASL To4 – Reg. Piemonte

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

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

Riassunto

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

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

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

Lo Stato dell'Arte

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

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

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

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

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

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

Metodo adottato dal Gruppo di Lavoro

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Tabella 1. Setting dell'intervento

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

Setting, interventi e le loro caratteristiche

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Outreach nei contesti del divertimento notturno (5 segnalazioni)

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

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

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

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

Setting multipli (3 segnalazioni)

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

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

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

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

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

Comunità terapeutiche (2 segnalazioni)

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

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

Altri setting (6 segnalazioni)

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

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

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

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

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

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

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

Gli elementi caratterizzanti e gli elementi imprescindibili

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

A - Le caratteristiche del setting

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

Gli elementi raccolti hanno evidenziato i seguenti elementi.

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

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

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

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

B - I modelli di riferimento

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

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

Figura 1. Principali teorie e metodi di riferimento

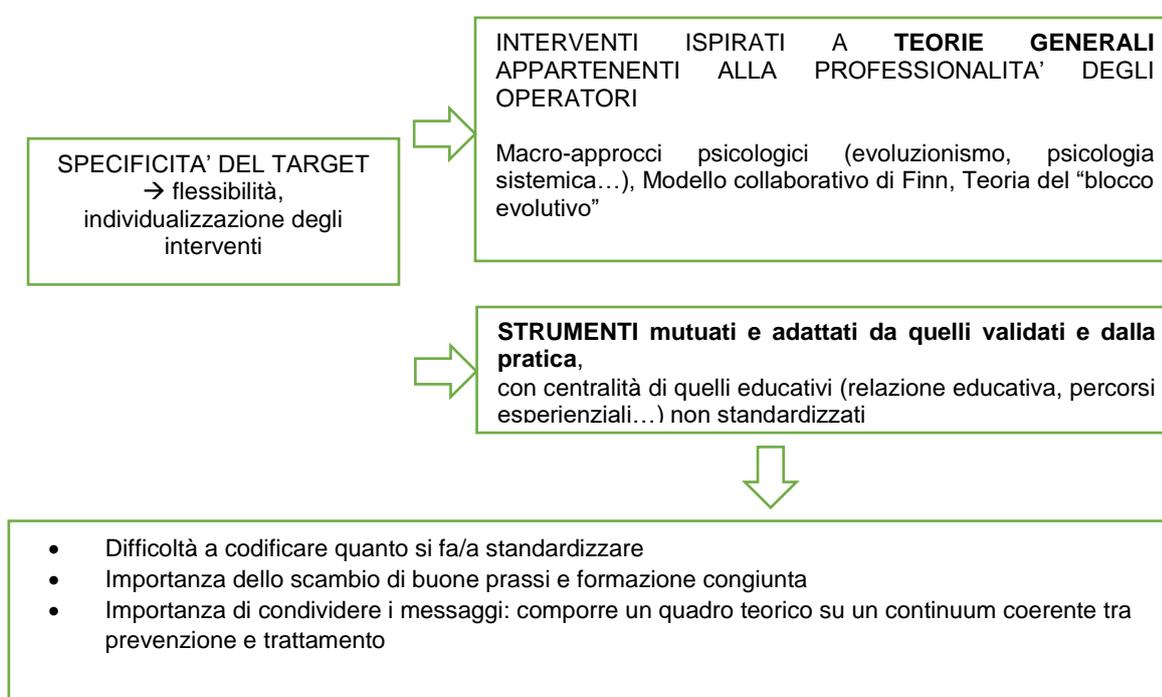


Lo schema sopra riportato non ha sollevato dubbi o richieste di integrazione. Un solo partecipante ha ribadito che la flessibilità è una strategia imprescindibile per l'aggancio precoce, un *“attributo essenziale, insieme a stabilità dell'équipe”*.

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

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

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



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

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

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

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

C - L'intervento breve

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

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

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

Tab. 2 Gli elementi “ponte”

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

Gli elementi di sintesi

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

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

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

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

Punti di forza e criticita'

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

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

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

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

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

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

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

Raccomandazioni

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Bibliografia

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

EU. Report WP 7 del progetto europeo BISTAIRS. Roma: Istituto Superiore di Sanità, 2015. http://www.bistairs.eu/material/D6_guidelines_ASBI.pdf

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

- World Health Organization. *Adolescent alcohol-related behaviours: trends and inequalities in the WHO European Region, 2002–2014, Observations from the Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) WHO collaborative cross-national study*. WHO, 2018

- WHO Collaborating Centre for Research and Health Promotion on Alcohol and Alcohol Related Harm Problems – Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS. *Piano d’Azione sul consumo di alcol nei giovani e sul consumo eccessivo episodico (binge drinking) (2014-2016)*. Traduzione e adattamento di “Action Plan on Youth Drinking and on Heavy Episodic Drinking (binge drinking) (2014-2016)”. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2015. In: [http://www.epicentro.iss.it/alcol/apd2015/Piano%20di%20Azione%20Consumo%20di%20Alcol%20nei%20giovani%20e%20sul%20consumo%20eccessivo%20episodico%20\(binge%20drinking\)%202014-16.pdf](http://www.epicentro.iss.it/alcol/apd2015/Piano%20di%20Azione%20Consumo%20di%20Alcol%20nei%20giovani%20e%20sul%20consumo%20eccessivo%20episodico%20(binge%20drinking)%202014-16.pdf)

- Wurdak M, Kuntsche E, Kraus L & Wolstein J. Effectiveness of a brief intervention with and without booster session for adolescents hospitalized due to alcohol intoxication. *Journal of Substance Use*, 2016; 21(1):72-77. <https://doi.org/10.3109/14659891.2014.951415>

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

Gabriele Bardazzi¹, Paolo Pelizza², Valeria Zavan³

¹ UFS SerD Mugello USL Toscana Centro

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

³ SC SerD ASL To4 – Reg. Piemonte

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

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

Riassunto

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

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

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

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

Stato dell'Arte

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

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

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

Le proposte operative si sostanziavano in:

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

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

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

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

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

Tabella 1. Altri riferimenti normativi rilevanti per alcol e guida

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

Metodo adottato dal GdL

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

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

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

Modelli e criteri di invio

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

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

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

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

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

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

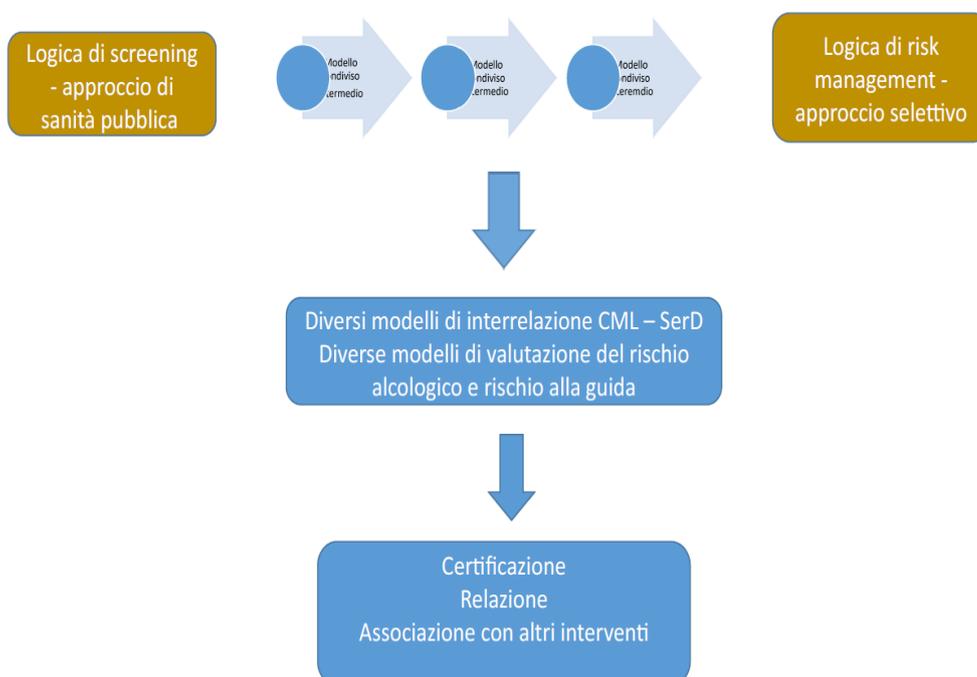


Figura 1. La cornice i modelli concettuali delle interazioni CML - SerD

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

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

Criteria di identificazione del rischio

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

Tabella 4. Livelli di rischio

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

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

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

Condotte reiterate

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

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

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

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

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

Gruppi info-educativi

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

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

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

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

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

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

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

Informatizzazione e raccolta dei dati

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

I dati che dovrebbero essere già disponibili sono:

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

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

Punti di forza e criticità'

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

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

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

Rispetto ai modelli

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

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

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

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

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

Rispetto all'identificazione del rischio

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

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

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

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

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

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

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

Rispetto alle condotte reiterate

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

Rispetto ai gruppi info-educativi

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

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

Rispetto alla raccolta dati e alla informatizzazione

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

- Necessità di individuare “*key performance indicators*”

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

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

Elementi di consenso e raccomandazioni

Rispetto ai modelli

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

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

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

Rispetto alla identificazione del rischio

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

Rispetto alle condotte reiterate

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

Rispetto ai gruppi info-educativi

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

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

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

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

Rispetto alla informatizzazione e raccolta dati

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

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

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

Bibliografia

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

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