



ORDINE DEGLI PSICOLOGI DELLA LOMBARDIA

PSICOLOGIA E DISTURBO DA USO DI ALCOL



**PROGETTO OPL PSICOLOGIA DELLE
DIPENDENZE**



Ordine Psicologi Lombardia

corso Buenos Aires, 75 - 20124 Milano

tel. +39 02 22226551

peo: segreteria@opl.it

pec: segreteria@pec.opl.it

sito: www.opl.it

Presidente OPL: Laura Parolin

Consulta delle professioni: Silvia Valadè

Progetto Psicologia delle Dipendenze: Cinzia Sacchelli

PSICOLOGIA E DISTURBO DA USO DI ALCOL

CASSETTA DEGLI ATTREZZI PSICOLOGIA DELLE DIPENDENZE

Gruppo di Lavoro Psicologia delle Dipendenze:

Cinzia Sacchelli, Alberto Ghilardi, Jessica Dagani, Aurora Teruggi, Maria Francesca Amendola, Brunella Ieva, Daniela Capitanucci, Sandra Basti, Cristina Foglio, Pietro Cipresso

A cura di : Cinzia Sacchelli

Editing e Comunicazione: Pietro Cipresso

INDICE

Presentazione

Introduzione

1. USO DI ALCOL: EPIDEMIOLOGIA E DISTURBI CORRELATI

1.1 Epidemiologia dell'uso di alcol

1.2 Alcol e salute

1.2.1 Alcol e salute mentale

1.3 I disturbi da uso di alcol

1.3.1 Diagnosi

1.3.2 Comorbidità

2. VALUTAZIONE DEI DISTURBI DA USO DI ALCOL: SCREENING E ASSESSMENT

2.1 Strumenti di screening

2.2 Strumenti per il monitoraggio dei pattern di consumo

2.3 Strumenti per una valutazione multidimensionale dei disturbi da uso di alcol

2.3.1 Valutazione neuropsicologica

3. INTERVENTI PER I DISTURBI DA USO DI ALCOL

3.1 Interventi brevi

3.1.1 Interventi motivazionali

3.1.2 Interventi psicoeducativi

3.2 Interventi cognitivo-comportamentali

3.2.1 Prevenzione delle ricadute (Relapse Prevention)

3.2.2 Coping and Social Skills Training

3.2.3 Terapie cognitivo-comportamentali di coppia

3.3 Interventi comportamentali

3.3.1 Cue-Exposure Therapy

3.3.2 Behavioral Self-Control Training

3.3.3 Contingency Management

3.4 Interventi familiari

3.4.1 Community Reinforcement and Family Training

3.4.2. Social Behaviour and Network Therapy

3.4.3 Intervento a 5 step

3.5 Interventi e gruppi di auto-mutuo aiuto

3.5.1 Club degli Alcolisti in Trattamento

3.5.2 Alcolisti Anonimi e il programma dei 12 passi

3.6 Trattamenti residenziali

3.7 Efficacia degli interventi psicosociali per i disturbi da uso di alcol

4. PREVENZIONE DEI DISTURBI DA USO DI ALCOL

4.1 Interventi di prevenzione universale

4.1.1 Interventi familiari

4.1.2 Interventi scolastici

4.2 Fattori di rischio

5. I SUGGERIMENTI DEI CLINICI

5.1. Lavorare con la famiglia nella fase iniziale

5.2. Collaborare con la Rete di cura in Lombardia

Riferimenti normativi e di indirizzo

BIBLIOGRAFIA

Presentazione

L'Ordine degli Psicologi della Lombardia sta lavorando da tempo per fornire ai professionisti una formazione evidence-based che li orienti nelle diverse aree di lavoro dello psicologo, a partire dalla prevenzione, la diagnosi e la cura. In particolare, il Gruppo di Lavoro (GdL) del Progetto Psicologia delle Dipendenze sta portando avanti un lavoro prezioso per fornire ai colleghi strumenti e tecniche nel campo di questi disturbi, attraverso la stesura di diversi materiali. Questo E-book tratta il tema della Psicologia in ambito alcolologico. Il consumo di alcol è molto diffuso nel nostro Paese e proprio per questo motivo vi sono più persone che possono avere problemi o sviluppare patologie determinate dal suo uso. Questo dossier vuole allora essere una guida per conoscere da un punto di vista teorico le problematiche psicologiche alcolcorrelate, e allo stesso tempo fornire delle linee guida sulla prevenzione e strumenti evidence based utilizzabili nell'intervento clinico.

Ringrazio i colleghi del GdL che hanno dedicato con impegno il loro tempo e le loro competenze al servizio dei colleghi più giovani nella creazione di questi materiali, con l'auspicio che possano rappresentare un mattoncino nella loro formazione nel campo sempre più importante delle patologie delle dipendenze.

Laura Parolin, Presidente OPL

Introduzione

Questo documento è il frutto di un anno di lavoro degli psicologi coinvolti nel Progetto "Psicologia delle Dipendenze" finanziato dall'Ordine degli Psicologi della Lombardia.

L'idea del Progetto nasce dalla constatazione che lo Psicologo che voglia occuparsi di Dipendenze non trova ad oggi degli ambiti di formazione specifica nè nel percorso universitario nè nel percorso di specializzazione. Eppure non sono pochi i colleghi che lavorano nella prevenzione, diagnosi e cura delle dipendenze nè sono poche le opportunità occupazionali nei Servizi per le Dipendenze pubblici (SERD, Nucleo Operativo di Alcolologia, Riabilitazione Dipendenze, Servizi di Prevenzione...) e nei Servizi privati accreditati (SMI, Comunità Terapeutiche, Centri Diurni, Reparti di Cliniche e Ospedali, Cooperative per la prevenzione e reinserimento sociale...). Capitano peraltro con una certa frequenza anche negli studi privati pazienti che abbiano problemi da uso di sostanze, come per esempio: adolescenti che utilizzano cannabis, adulti che hanno episodi di abuso di alcol o problemi di gioco d'azzardo.

Ebbene, lo Psicologo che vuol lavorare con le dipendenze si deve costruire in autonomia un percorso di sviluppo delle conoscenze e competenze utili per potersi proporre come un professionista esperto in questo settore. Di solito ciò avviene attraverso la esperienza sul campo, a partire dai tirocini formativi che offrono la possibilità di vedere come altri colleghi mentori hanno saputo tradurre le proprie competenze per la applicazione nel lavoro clinico col paziente con problemi da addiction e con la famiglia.

La ricerca scientifica e la pratica clinica sono due fondamentali bussole che indicano allo Psicologo - e ai Servizi in cui lo Psicologo lavora - quali sono gli strumenti e le tecniche psicologiche da privilegiare perché hanno dato evidenza della loro efficacia (Evidence Based).

Questo documento, prodotto dal Gruppo di Lavoro (GdL) del Progetto Psicologia delle Dipendenze, fa parte della Cassetta degli attrezzi dello Psicologo delle Dipendenze che comprende una serie di materiali che si propongono la finalità di aiutare i colleghi a costruire i propri percorsi formativi per sviluppare competenze nella prevenzione, diagnosi e cura delle dipendenze e l'obiettivo di orientare la scelta di strumenti e pratiche psicologiche Evidence Based per garantire la maggiore efficacia del lavoro psicologico con la utenza affetta da questa forma di disturbi.

Il Dossier è dedicato al disturbo da uso di alcol (DUA), una problematica che nelle sue molteplici espressioni ha acquisito una particolare rilevanza a causa della numerosità delle persone che consumano in modo acritico bevande alcoliche e a causa dell'incremento dell'abuso di alcol tra i ragazzi e le ragazze negli spazi della socialità e divertimento. L'alcol è di fatto una sostanza psicotropa che provoca intossicazioni, discontrollo delle emozioni e dei comportamenti; determina quindi prioritariamente problemi di sicurezza (litigi anche violenti, incidenti, malori, molestie e abusi), ancor prima di indurre una dipendenza fisica e psicologica con le correlate patologie (per lo più di tipo oncologico, epatico, neurologico). La persona è a lungo inconsapevole e resistente a riconoscere di avere un cattivo rapporto con l'alcol, associandolo al vissuto soggettivo di piacevolezza, divertimento, normalità del consumo nella popolazione e alla possibilità di autocontrollo. E' di solito chi gli sta vicino, il familiare a riconoscere le conseguenze dannose del consumo di alcol e a chiedere aiuto per il congiunto e per sè, coinvolto in una relazione intossicata dall'alcol. Vi è una lunga storia di interventi in ambito alcolologico, che fondano la loro efficacia sui pilastri della psicoeducazione, della motivazione al cambiamento, dell'intervento multidisciplinare, del lavoro con la famiglia e del supporto tra pari garantito attraverso i gruppi: laddove i trattamenti siano basati su questi elementi, la percentuale di successo della cura è elevatissima. Il ruolo dello psicologo in questo processo di cura è estremamente rilevante e deve essere scientificamente orientato.

Ringraziamo la Presidente Laura Parolin e tutti i Consiglieri dell'Ordine degli Psicologi della Lombardia che hanno voluto e fattivamente sostenuto il Progetto ordinistico sulla Psicologia delle Dipendenze. Il mio pensiero grato va a tutti i colleghi del GdL che, indotti dalla passione per il loro lavoro e dalla sensibilità verso i colleghi più giovani, hanno contribuito con grande impegno alla realizzazione di questo documento, dei webinar e della Cassetta degli attrezzi dello Psicologo delle Dipendenze.

Tutti noi ci auguriamo che i materiali che abbiamo costruito possano trasmettervi, insieme alle informazioni contenute, anche la curiosità scientifica e l'insaziabile desiderio di cercare ogni volta la strada migliore per aiutare ogni persona che si rivolga a noi, professionisti della cura.

Cinzia Sacchelli, Consigliere OPL

1. USO DI ALCOL: EPIDEMIOLOGIA E DISTURBI CORRELATI

L'alcol accompagna la storia dell'uomo da millenni e nel corso dei secoli il suo utilizzo è diventato parte integrante di molte culture e religioni. Moltissime persone consumano alcol: soprattutto nel mondo occidentale, esso è incluso nella dieta quotidiana ed il suo uso rappresenta un'attività piacevole nell'immaginario comune. Eppure, l'alcol è a tutti gli effetti una sostanza tossica, cancerogena, psicotropa, che induce dipendenza; non può essere considerato un nutriente (nonostante le sue 7 kcal per grammo) ed il suo consumo non è in alcun modo utile all'organismo o alle sue funzioni: il suo consumo non può mai essere consigliato. I livelli e i pattern di assunzione variano notevolmente nella popolazione, ma una percentuale significativa di persone abusa di alcol e ciò determina importanti problemi sia a livello individuale, sia a livello comunitario. Il disturbo da uso di alcol è considerato come una patologia diffusa, che spesso porta a importanti e gravi conseguenze. Il Global Status Report on Alcohol and Health pubblicato nel 2018 dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (World Health Organization, 2018a) ha determinato che nel 2016 l'uso di alcol abbia causato approssimativamente tre milioni di decessi, ossia il 5,3% di tutti i decessi avvenuti (più di quanti ne abbia causato il diabete e l'ipertensione messi insieme); inoltre il 5,1% degli anni di vita persi a causa di malattia, disabilità o morte prematura sono attribuibili all'alcol. Questo è valso all'uso di alcol il settimo posto in classifica come fattore di rischio per morte prematura e disabilità (GBD 2016 Alcohol Collaborators, 2018). Anche a livello economico, l'uso di alcol porta con sé un carico di spesa che si stima sia superiore all'1% del prodotto nazionale lordo nei paesi a medio ed elevato reddito (Rehm et al., 2009). Nonostante l'uso di alcol sia diminuito in alcune regioni, si prevede per i prossimi 10 anni un aumento mondiale di consumo pro capite, con un conseguente aumento del carico di malattia e dei suoi effetti dannosi per il singolo e per la società (World Health Organization, 2018a).

1.1 Epidemiologia dell'uso di alcol

Attraverso una vastissima analisi dei dati sull'uso di alcol e dei suoi effetti, si è stimato che nel mondo circa il 32,5% della popolazione mondiale consumi alcol, pari a circa 2,4 miliardi di persone (GBD 2016 Alcohol Collaborators, 2018). In Italia, nel 2019 il 66,8% della popolazione di 11 anni e più ha consumato almeno una bevanda alcolica nell'anno (<https://www.istat.it/it/archivio/244222>) e nel 2020 la prevalenza dei consumatori a rischio nel nostro Paese era del 22,9% per gli uomini e dell'9,4% per le donne (https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3202_allegato.pdf). L'analisi per classi di età mostra che la fascia di popolazione più a rischio per entrambi i generi è quella dei 16-17enni, seguita dagli ultra 65enni. Sebbene queste percentuali siano molto elevate, segnano comunque un trend in diminuzione rispetto al decennio precedente. È importante in questo senso specificare che ciò che si è andato a modificare maggiormente riguarda il pattern di consumo: con meno persone che bevono durante i pasti e più persone

che bevono occasionalmente. Il modello italiano tradizionale di consumo quotidiano di bevande alcoliche sta cedendo il passo ad un modello tipico dei paesi del Nord Europa, dove si assiste a consumi elevati di bevande alcoliche anche al di fuori dei pasti.

Oltre ai dati che riguardano la popolazione generale, è importante fare un riferimento particolare ai giovani: a livello mondiale, più di un quarto di tutti i ragazzi tra i 15 e i 19 anni (ovvero circa 155 milioni di adolescenti) consuma alcol. Sebbene questa percentuale si attesti a livelli inferiori rispetto a quella della popolazione generale descritta prima, questa differenza diminuisce rapidamente con l'avanzare degli anni: i giovani adulti tra i 20 e i 24 anni hanno praticamente gli stessi tassi di prevalenza di consumo di alcol rispetto alla popolazione generale e in molte regioni mondiali ci sono più consumatori di alcol tra i giovani che nel resto della popolazione (World Health Organization, 2018a). In Italia, l'indagine HBSC (Health Behaviour in School-aged Children) ha rilevato che le prevalenze settimanali di consumo di alcol tra i ragazzi e le ragazze di 11, 13 e 15 anni sono del 17% per le ragazze e il 31% per i ragazzi, attestandosi tra le più elevate dei Paesi europei. Inoltre, circa un quarto dei ragazzi e più di un quinto delle ragazze riferiscono di essersi ubriacati almeno un paio di volte prima di aver compiuto i 15 anni (World Health Organization, 2018b).

In che misura questi dati a livello mondiale e nazionale rivelano un consumo dannoso di alcol? È innanzitutto fondamentale evidenziare che non esistono soglie di consumo di alcol considerate sicure per la salute. È più adeguato evidenziare che il rischio per la salute esiste a qualunque livello di consumo ed aumenta progressivamente con l'incremento delle quantità di bevande alcoliche consumate. Per questa ragione l'Organizzazione Mondiale della Sanità, in merito al consumo di alcol, raccomanda "Less is better", ovvero "meno è meglio". Le nuove indicazioni italiane (Ministero della Salute) definiscono a basso rischio un consumo di due unità alcoliche al giorno per gli uomini, una unità alcolica al giorno per le donne e per le persone con più di 65 anni di età e zero unità alcoliche al giorno per i ragazzi minorenni e le donne gravide (Ministero della Salute, 2022). Una unità alcolica standard corrisponde a 12 grammi di alcol puro ed equivale a:

- un bicchiere di vino (125 ml a 12°), oppure
- una birra (330 ml a 4,5°), oppure
- un aperitivo (80 ml a 38°), oppure
- un bicchierino di superalcolico (40 ml a 40°).

Un consumo superiore a quello definito a basso rischio si definisce consumo eccedentario.

Altre definizioni utili proposte dall'Organizzazione Mondiale della Sanità sono:

Consumo rischioso: si intende un livello di consumo di alcol che può essere causa di rischio, a seguito del persistere di tali abitudini, che per l'Organizzazione Mondiale della Sanità corrisponde ad un consumo giornaliero medio di oltre 20 g di alcol per le donne e di oltre 40 g per gli uomini (Rehm et al., 2004)

Consumo dannoso: viene definito come "una modalità di consumo alcolico che causa danno alla salute, a livello fisico o mentale". In questo caso l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha ritenuto che ciò

corrispondesse ad un'assunzione media giornaliera di oltre 40 g di alcol per le donne e di oltre 60 g per gli uomini (Rehm et al., 2004).

Consumo eccessivo episodico (binge drinking): pattern di consumo di alcol nel quale il livello di concentrazione alcolica nel sangue raggiunge lo 0.08% (o 0.08 grammi/decilitro). Tipicamente, negli adulti questo corrisponde ad un consumo di cinque o più drink per gli uomini e quattro o più drink per le donne, in un periodo di due ore.

1.2 Alcol e salute

Quali sono le conseguenze dell'uso di alcol sulla salute e sulla vita dei consumatori?

L'alcol è una sostanza tossica collegata a decine di disfunzioni acute e croniche, tra le quali patologie gastrointestinali (ad esempio cirrosi epatica e pancreatiti), neoplasie maligne (tumore esofageo, laringeo, epatico etc.), patologie cardiovascolari (tra cui ipertensione e aritmie cardiache), epilessia, aborti spontanei e ritardo della crescita intrauterina (Anderson et al., 2005).

Esiste inoltre una relazione tra il consumo di alcol e il rischio di incidenti e lesioni mortali o non mortali, anche considerando che l'alcol altera la risposta al trattamento dei pazienti feriti e può creare complicanze chirurgiche (Smith et al., 1999).

L'uso di alcol è al settimo posto in classifica come fattore di rischio per morte prematura e disabilità (GBD 2016 Alcohol Collaborators, 2018) e l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha determinato che nel 2016 l'uso di alcol abbia causato approssimativamente tre milioni di decessi, ossia il 5,3% di tutti decessi avvenuti (più di quanti ne abbia causato il diabete e l'ipertensione messi assieme) e che sia responsabile del 5,1% degli anni di vita persi a causa di malattia, disabilità o morte prematura (World Health Organization, 2018a).

L'uso di alcol ha numerose conseguenze negative anche sulla vita sociale dei consumatori, che includono quindi anche i danni arrecati a terzi: aumenta il rischio di danneggiare la vita familiare, il matrimonio, il lavoro, gli studi, le amicizie o la vita sociale, l'essere coinvolti in episodi di violenza o maltrattamento ed avere una riduzione della capacità lavorativa che si può tradurre in assenteismo e aumento del tasso di disoccupazione.

Lo stato di ebbrezza, inoltre, aumenta di molto la pericolosità della guida: con una concentrazione di alcol nel sangue pari a 0.5 g/litro-limite consentito dalla legislazione italiana- il rischio di incidente è infatti maggiore del 38% - e quasi cinque volte maggiore con una concentrazione di 1.0 g/litro (Blomberg et al. 2002). L'alcol anche a piccole dosi non è compatibile con la sicurezza alla guida: "se guidi, non bere" (www.epicentro.iss.it)

1.2.1 Alcol e salute mentale

La relazione tra alcol e salute mentale merita un approfondimento particolare. Questo perché sia i motivi per cui si consuma alcol, sia le conseguenze di un suo uso eccessivo sono intimamente legate alla nostra salute mentale ed a numerosi fattori psicologici. Spesso si consuma alcol per rilassarsi, per sentirsi coraggiosi, per

dimenticare dolori e preoccupazioni, per essere più spigliati nelle relazioni sociali e per gestire emozioni e sensazioni che non si è in grado di gestire altrimenti. Considerare l'alcol come una strategia disfunzionale di coping o auto-medicazione permette di comprendere una parte considerevole del perché si consuma alcol e questa concezione può essere applicata non solo a persone con problemi di salute mentale diagnosticati. Alla fine degli anni '80 Cox e Klinger (1988) hanno proposto un modello a 4 classi che potesse mettere in relazione il tipo di motivazione sottostante l'uso di alcol, il tipo di rinforzo ricevuto ed il pattern di consumo. Le quattro classi individuate erano dunque:

- a. Motivazioni interne, rinforzo positivo (bere per aumentare il benessere o il buonumore), che secondo gli autori era correlato ad un uso eccedentario di alcol ed un uso in contesti dove l'uso eccessivo è tollerato.
- b. Motivazioni esterne, rinforzo positivo (bere per ottenere un riscontro sociale), correlato ad un uso sociale di alcol, sporadico, non eccessivo.
- c. Motivazioni interne, rinforzo negativo (bere per ridurre o regolare le emozioni negative), correlato ad un consumo eccedentario, a disturbi da uso di alcol e ad un pattern di consumo caratterizzato dal bere da soli.
- d. Motivazioni esterne, rinforzo negativo (bere per evitare l'isolamento sociale o il rifiuto), correlato sia ad un uso non eccessivo e sociale, ma talvolta anche a disturbi da uso di alcol.

Sono stati condotti diversi studi con campioni di persone senza una diagnosi di disturbo mentale ma con difficoltà legate alla sfera psicologica nei quali si è analizzato il pattern di consumo di alcol; ad esempio, Thomas e colleghi (2003) hanno condotto uno studio comparando persone con sintomi di ansia sociale e persone senza questi sintomi ed hanno concluso che gli individui ansiosi utilizzavano l'alcol per far fronte all'ansia ed erano più propensi a evitare situazioni sociali in cui l'alcol non era disponibile, rispetto alle persone non ansiose. Uno studio condotto su studenti universitari americani ha evidenziato come i ragazzi tendevano a bere di più quando sperimentavano livelli più elevati di timidezza o timore (Hussong et al., 2005), mentre un altro studio condotto sempre su campioni di giovani ha riscontrato una correlazione significativa tra uso di alcol e sintomi depressivi (Miller et al., 2002).

1.3 I disturbi da uso di alcol

1.3.1 Diagnosi

Al fine di orientare il clinico nel processo diagnostico dei disturbi da uso di alcol, i due principali manuali utilizzati dai professionisti e dalle strutture sanitarie sono il Manuale Diagnostico Statistico (DSM, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) e la Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD, International Classification of Diseases), stilata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità.

La differenza principale tra i due sistemi diagnostici, che permane anche nelle ultime revisioni (quinta edizione per il DSM e undicesima edizione per l'ICD) riguarda l'approccio: mentre il DSM è più orientato alla

ricerca scientifica, il sistema diagnostico dell'ICD sottolinea l'importanza di migliorare la "clinical utility" delle diagnosi nella pratica clinica ordinaria (Sampogna et al., 2020).

Per quanto riguarda i disturbi da uso di alcol, il DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014) apporta importanti differenze rispetto alla sua versione precedente. In primis si assiste ad un cambio nella terminologia dei disturbi: se il DSM-IV descriveva l'abuso di alcol e la dipendenza da alcol come due disturbi distinti, con criteri specifici per ciascuno, il DSM-5 integra i due disturbi in un singolo disturbo chiamato disturbo da uso di alcol (Alcohol Use Disorder) con sottoclassificazioni di gravità lieve, moderata e grave.

Conseguentemente, sono state modificate anche le soglie diagnostiche: secondo il DSM-IV, chiunque soddisfacesse uno o più dei quattro criteri di "abuso" entro un periodo di 12 mesi avrebbe ricevuto la diagnosi di "abuso", mentre chiunque presentasse tre o più dei sette criteri di "dipendenza" durante lo stesso periodo di 12 mesi avrebbe ricevuto la diagnosi di "dipendenza". In base al DSM-5, invece, chiunque soddisfi due qualsiasi degli 11 criteri durante lo stesso periodo di 12 mesi riceverà una diagnosi di disturbo da uso di alcol. La gravità del Disturbo da uso di alcol, che può essere lieve, moderata o grave, si basa sul numero di criteri soddisfatti.

Gli 11 *Criteri diagnostici* per il disturbo da uso di alcol indicati nel DSM-5 sono:

1. L'alcol è spesso assunto in quantità maggiori o per periodi più prolungati rispetto a quanto previsto dal soggetto;
2. Desiderio persistente o tentativi infruttuosi di ridurre o controllare l'uso di alcol;
3. Una grande quantità di tempo viene spesa in attività necessarie a procurarsi alcol, usare alcol o recuperare dai suoi effetti;
4. Craving o forte desiderio o spinta all'uso di alcol;
5. Uso ricorrente di alcol che causa un fallimento nell'adempimento dei principali obblighi di ruolo sul lavoro, a scuola, a casa;
6. Uso continuativo di alcol nonostante la presenza di persistenti o ricorrenti problemi sociali o interpersonali causati o esacerbati dagli effetti dell'alcol;
7. Importanti attività sociali, lavorative o ricreative vengono abbandonate o ridotte a causa dell'uso di alcol;
8. Uso ricorrente di alcol in situazioni nelle quali è fisicamente pericoloso;
9. Uso continuativo di alcol nonostante la consapevolezza di un problema persistente o ricorrente, fisico o psicologico, che è stato probabilmente causato o esacerbato dall'alcol;
10. Tolleranza, come definita da ciascuno dei seguenti: a) il bisogno di dosi notevolmente più elevate di alcol per raggiungere l'intossicazione o l'effetto desiderato; b) un effetto notevolmente diminuito con l'uso continuativo della stessa quantità di alcol;

11. Astinenza, come manifestata da ciascuno dei seguenti: a) la caratteristica sindrome di astinenza da alcol (riferirsi ai Criteri A e B dei set di criteri per Astinenza dalle sostanze specifiche); b) l'alcol (o una sostanza strettamente correlata) è assunto per attenuare o evitare i sintomi di astinenza.

Gravità:

Lieve: 2-3 criteri soddisfatti

Moderata: 4-5 criteri soddisfatti

Grave: 6 o più criteri soddisfatti

Rispetto alla sua versione precedente, anche nell'ICD-11 (World Health Organization, 2019) sono state introdotte modifiche significative nella sezione relativa ai disturbi da uso di sostanze, fra cui l'introduzione di una nuova sezione "Disturbi dovuti all'uso di sostanze e comportamenti di dipendenza", che include sia i "disturbi da uso di sostanze" (tra le quali l'alcol), sia i "disturbi dovuti a comportamenti di dipendenza". Per quanto riguarda i disturbi da uso di sostanze, che include quindi anche i disturbi da uso di alcol, sono stati introdotti i singoli episodi di uso di sostanze, nuovi modelli di consumo (il consumo dannoso di uso di sostanze) e gli indici di gravità per l'intossicazione da sostanze.

Infatti, nell'ICD-11 la sezione "disturbi da uso di alcol" (6C40) è a sua volta suddivisa in numerose sottosezioni, tra le quali troviamo:

6C40.0 Episode of harmful use of alcohol (episodio di consumo dannoso di alcol)

Descrizione:

Episodio di consumo di alcol che ha causato danni alla salute fisica o psichica di una persona o ha dato luogo a comportamenti dannosi per la salute di altri. Il danno alla salute dell'individuo si verifica a causa di uno o più dei seguenti: (1) comportamento correlato all'intossicazione; (2) effetti tossici diretti o secondari su organi e sistemi del corpo; o (3) una via di somministrazione dannosa. Il danno alla salute altrui comprende qualsiasi forma di danno fisico, inclusi i traumi, o disturbo mentale che sia direttamente attribuibile al comportamento dovuto all'intossicazione da alcol da parte della persona a cui si applica la diagnosi di singolo episodio di uso dannoso. Questa diagnosi non dovrebbe essere fatta se il danno è attribuito a un modello noto di consumo di alcol.

6C40.1 Harmful pattern of use of alcohol (modello di consumo dannoso di alcol)

Descrizione:

Un modello di consumo di alcol che ha causato danni alla salute fisica o mentale di una persona o ha portato a comportamenti dannosi per la salute di altri. Il modello di consumo di alcol è evidente per un periodo di almeno 12 mesi se il consumo di alcol è episodico o di almeno un mese se il consumo è continuo. Il danno alla salute dell'individuo si verifica a causa di uno o più dei seguenti: (1) comportamento correlato all'intossicazione; (2) effetti tossici diretti o secondari su organi e sistemi del corpo; o (3) una via di somministrazione dannosa. Il danno alla salute altrui include qualsiasi forma di danno fisico, inclusi traumi o

disturbi mentali direttamente attribuibile al comportamento correlato all'intossicazione da alcol da parte della persona a cui si applica la diagnosi di modello di consumo dannoso di alcol.

6C40.2 Alcohol dependence (dipendenza da alcol)

Descrizione:

La dipendenza da alcol è un disturbo della regolazione del consumo di alcol derivante dall'uso ripetuto o continuo di alcol. Il tratto caratteristico è una forte spinta interna all'uso di alcol, che si manifesta con una ridotta capacità di controllarne l'uso, una crescente priorità data all'uso rispetto ad altre attività e la persistenza dell'uso nonostante il danno o le conseguenze negative. Queste esperienze sono spesso accompagnate da una sensazione soggettiva di urgenza o desiderio di consumare alcol. Possono anche essere presenti caratteristiche fisiologiche della dipendenza, inclusa la tolleranza agli effetti dell'alcol, sintomi di astinenza dopo la cessazione o la riduzione del consumo di alcol, o l'uso ripetuto di alcol o sostanze farmacologicamente simili per prevenire o alleviare i sintomi di astinenza. Le caratteristiche della dipendenza sono generalmente evidenti per un periodo di almeno 12 mesi, ma la diagnosi può essere fatta se l'uso di alcol è continuato (quotidiano o quasi quotidiano) per almeno tre mesi.

1.3.2 Comorbidità

Come già citato in precedenza, il consumo di alcol è un potente fattore di rischio per un'ampia serie di patologie come malattie cardiovascolari, diabete, cancro e malattie del fegato, che potrebbero influire sull'aspettativa di vita dell'individuo. Questo diventa ancora più significativo se parliamo di persone con disturbi da uso di alcol: una meta-analisi condotta su studi riferiti a pazienti in trattamenti per disturbo da uso di alcol ha mostrato come, rispetto alla popolazione generale, questi pazienti presentino un rischio due volte più elevato di cancro e malattie cardiache e un rischio 15 volte più elevato di malattie del fegato (Roerecke & Rehm, 2013). In un altro studio è stato analizzato l'impatto delle comorbidità fisiche sulla mortalità ospedaliera in pazienti con e senza diagnosi di dipendenza da alcol. I risultati hanno mostrato non solo che il tasso di mortalità era molto più alto in pazienti con dipendenza da alcol (le diagnosi prevalenti in questi pazienti deceduti erano: malattia epatica alcolica, ipertensione, broncopneumopatia cronica ostruttiva e polmonite), ma anche che i pazienti con dipendenza da alcol presentavano un maggior carico di comorbidità fisiche tra cui malattie epatiche e pancreatiche alcoliche, malattie respiratorie, neurologiche e circolatorie, malattie del tratto gastrointestinale superiore, malattie renali, anemie e vasculopatie periferiche (Schoepf & Heun, 2015).

Inoltre, la prevalenza del disturbo da uso di alcol è più elevata tra le persone con disturbi mentali rispetto alla popolazione generale (Subramaniam et al., 2017) ed in un importantissimo studio epidemiologico internazionale che ha coinvolto ben 27 Paesi o regioni, i risultati hanno evidenziato come il 43,9% delle persone con un disturbo di uso di alcol ha avuto almeno un altro disturbo mentale nel corso della sua vita (Glantz et al., 2020). In questi casi generalmente l'insorgenza dell'altro disturbo mentale ha preceduto

l'insorgenza del disturbo da uso di alcol (e questo porta nuovamente a considerare l'abuso di alcol come auto-medicazione), ad esempio per quanto riguarda la distimia, l'agorafobia, la fobia sociale, le fobie specifiche, il disturbo da deficit di attenzione/iperattività, i disturbi della condotta, il disturbo esplosivo intermittente e il disturbo oppositivo provocatorio. Per quanto riguarda le comorbilità con il disturbo bipolare, il disturbo di panico e l'ansia generalizzata, non è stata rilevata nessuna tendenza significativa rispetto all'ordine temporale di insorgenza, mentre il disturbo depressivo maggiore sembrava insorgere dopo la diagnosi di disturbo da uso di alcol (Glantz et al., 2020).

L'associazione tra alcol e depressione e ansia è da molto tempo oggetto di interesse clinico e scientifico. Un ampio studio epidemiologico americano ha evidenziato come tra le persone con disturbo da uso di alcol, più del 13% presentava un disturbo depressivo maggiore e più del 17% un disturbo d'ansia. Di contro, tra le persone con un disturbo depressivo maggiore o un disturbo d'ansia, la prevalenza di un disturbo da uso di alcol in comorbilità era del circa del 16% e del 13%, rispettivamente (Grant et al., 2004). Ulteriori studi epidemiologici hanno confermato la stretta associazione tra disturbi da uso di alcol e disturbi depressivi (Rehm et al., 2017) e attualmente la letteratura suggerisce un nesso causale tra questi disturbi. L'associazione causale più plausibile tra disturbi da uso di alcol e depressione maggiore sembra essere quella in cui i disturbi da uso di alcol aumentano il rischio di depressione maggiore (e non viceversa); la presenza di un disturbo da uso di alcol raddoppia la possibilità dell'insorgenza di un disturbo depressivo (Boden & Fergusson, 2011). Esistono diverse possibili spiegazioni al nesso causale tra disturbo da uso di alcol e depressione. La prima è che il disturbo da uso di alcol svolga un ruolo causale nell'eziologia della depressione a causa dei suoi effetti sulle condizioni sociali, economiche e legali di un individuo. Una seconda possibile spiegazione considera come i due disturbi siano collegati da fattori genetici relativi al funzionamento di alcuni neurotrasmettitori, aumentando il rischio di depressione in presenza di disturbi da uso di alcol. Infine, una terza spiegazione possibile si riferisce alla possibilità che l'esposizione all'alcol possa causare cambiamenti metabolici che aumentano a loro volta il rischio di depressione (Boden & Fergusson, 2011).

Per quanto riguarda la comorbilità tra i disturbi d'ansia e i disturbi da uso di alcol, la ricerca sta ancora cercando di far luce sulla loro priorità temporale e causale. In un'ampia revisione sul tema, è stato evidenziato come l'insorgenza dei disturbi d'ansia preceda nella maggior parte dei casi l'insorgenza dei disturbi da uso di alcol, in particolare per coloro che presentano disturbi d'ansia sociale (Anker & Kushner, 2019). La relazione di comorbilità tra consumo di alcol e depressione e ansia può essere interpretata anche alla luce all'auto-medicazione prima citata; le persone con disturbi depressivi e disturbi d'ansia, in mancanza di altre strategie efficaci, utilizzano l'alcol per affrontare i sintomi che altrimenti non riuscirebbero a gestire. L'utilizzo di alcol come auto-medicazione è estremamente rischioso: un'analisi dei dati dello studio NESARC ha dimostrato che le persone che hanno riferito di aver fatto uso di alcol per far fronte ai sintomi del disturbo d'ansia avevano un rischio cinque volte maggiore di sviluppare una dipendenza da alcol entro i successivi tre anni (Menary et al., 2011).

Per quanto riguarda i disturbi di personalità ed i disturbi da uso di alcol, sempre i dati dello studio NESARC hanno permesso di far luce sulla loro associazione, mostrando come il 42% dei partecipanti che soddisfacevano i criteri diagnostici per qualsiasi disturbo di personalità soddisfacesse anche i criteri per la dipendenza da alcol. Questa comorbidità tendeva ad essere più presente nei disturbi di personalità del Cluster B (Secondo il DSM-IV), in particolare per i disturbi di personalità antisociale e borderline (Trull et al., 2010). Anche la relazione tra disturbi da uso di alcol e disturbo post traumatico da stress è stata ormai evidenziata da decenni e confermata in diverse popolazioni e in diverse regioni del mondo. Questa relazione permane anche quando si analizzano specifici sottogruppi di popolazioni a rischio, quali i veterani o le persone che svolgono lavori a rischio come ad esempio i vigili del fuoco. L'individuo che presenta un disturbo post traumatico da stress o un disturbo da uso di alcol ha maggiori possibilità di sviluppare anche l'altro disturbo. Le evidenze scientifiche non sono chiare rispetto a quale sia il modello di sviluppo di tale comorbidità: da una parte, una delle ipotesi più accreditate fa riferimento all'auto-medicazione; dall'altra, sembra che le persone con un disturbo da uso di alcol abbiano una maggiore probabilità di essere esposte a situazioni traumatiche, aumentando quindi la probabilità di sviluppare un disturbo post traumatico da stress (Smith & Cottler, 2018). L'alcol, infine, è strettamente e tragicamente correlato al suicidio: Il rischio di agire comportamenti suicidari (inclusi l'ideazione suicidaria, i tentativi di suicidio e il suicidio) è tre volte maggiore per le persone con un disturbo da uso di alcol, rispetto alla popolazione generale (Darvishi et al., 2015) e il disturbo da uso di alcol è il secondo disturbo di salute mentale più comune nelle persone che sono decedute per suicidio (Conner & Bagge, 2019).

2. VALUTAZIONE DEI DISTURBI DA USO DI ALCOL: SCREENING E ASSESSMENT

I disturbi da uso di alcol sono tanto diffusi quanto complessi, in riferimento alle variabili che concorrono alla loro insorgenza ed al loro mantenimento, nonché rispetto all'ampio raggio di implicazioni che riversano sulla vita di chi ne soffre e sulle persone a loro vicine. Per questa ragione, l'approccio bio-psico-sociale ai disturbi da uso di alcol viene spesso utilizzato già nella concettualizzazione del disturbo, in quanto considera le differenti variabili biologiche, psicologiche e socio-culturali che entrano in gioco nell'eziologia, nel mantenimento e nel cambiamento nel tempo del disturbo stesso. La complessità è inoltre incrementata dalla moltitudine di manifestazioni cliniche (disturbi mentali e comportamentali, problemi neurologici e disturbi e/o malattie fisiche) che accompagnano i sintomi più classici basati sui pattern di consumo di alcol. Per questa ragione, nel processo di diagnosi, valutazione e successivo trattamento è necessario un team di professionisti (tra cui psicologi, medici specialisti, assistenti sociali, infermieri, educatori) che lavori in modo multidisciplinare e integrato al fine di avere tutte le competenze necessarie per prendere in carico le molteplici problematiche della persona con disturbo da uso di alcol e della sua famiglia.

Nella pratica clinica, i vari servizi che si trovano ad occuparsi delle persone con problemi legati all'uso di alcol possono differire notevolmente tra loro per la tipologia di valutazione svolta: questa variabilità può

dipendere dalla natura del servizio e dalle sue caratteristiche (ad esempio, un Pronto Soccorso, un Reparto Ospedaliero, un Nucleo Operativo di Alcolologia, un Servizio per le Dipendenze, una Comunità Terapeutica...), ma anche dalle risorse disponibili (spazi e operatori).

In linea con questi presupposti, le linee guida del National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) per la valutazione di persone con disturbo da uso di alcol (<https://www.nice.org.uk/guidance/cg115/chapter/Key-priorities-for-implementation>) raccomandano un approccio multidisciplinare e multidimensionale, che includa l'utilizzo di strumenti clinici validati e che copra le seguenti aree:

1. uso di alcol, tra cui:

- modelli di consumo, ovvero pattern passati e recenti di consumo di alcol (utilizzando, ad esempio, strumenti per il monitoraggio dello stesso). Se possibile, sarebbe bene integrare il monitoraggio con informazioni aggiuntive fornite da persone vicine all'utente (ad esempio, da un familiare)
- eventuale dipendenza (fisica e psicologica)
- problemi correlati all'alcol;

2. utilizzo di altre sostanze, compresi i farmaci da banco;

3. salute fisica;

4. aspetti psicologici e sociali;

5. funzioni cognitive;

6. fiducia nelle proprie capacità di cambiare.

Ovviamente, la valutazione dei disturbi da uso di alcol include anche l'identificazione del consumo di alcol rischioso e dannoso in persone che non presentano un disturbo conclamato: in questo caso, gli strumenti di screening possono essere fondamentali per il clinico o lo psicologo perché permettono una rapida individuazione di aree problematiche che possono necessitare, appunto, di un'analisi più approfondita e multidimensionale.

Gli strumenti esistenti per la valutazione delle sopracitate aree sono moltissimi, ma seguendo le linee guida del NICE è necessario selezionare quelli per i quali è stato effettuato un processo di validazione che abbia testato la loro efficacia nel misurare accuratamente quello per il quale sono stati costruiti. Tra di essi, dobbiamo ovviamente restringere il campo a quelli per i quali è disponibile la versione italiana.

Esistono sia strumenti auto-somministrati (cosiddetti self-report) che l'utente può compilare in autonomia (in formato carta-matita o digitalmente, con l'ausilio di un device come ad esempio un computer), sia strumenti che necessitano del supporto di un operatore, spesso uno psicologo, che somministri oralmente lo strumento, ad esempio con un'intervista strutturata o semi-strutturata.

Ogni opzione presenta i suoi vantaggi e svantaggi, che devono essere accuratamente valutati. Un questionario da compilare autonomamente necessita di meno tempo, è semplice da utilizzare e l'attribuzione del punteggio è spesso poco complessa. D'altra parte, la compilazione attraverso un'intervista condotta da

uno psicologo permette di chiarire eventuali dubbi, beneficia dell'interazione diretta tra operatore e utente e permette spesso di dare un riscontro immediato.

Gli strumenti qui di seguito proposti non vogliono rappresentare la lista esaustiva di ciò che è necessario allo psicologo che si trova ad effettuare una valutazione di una persona con problemi legati all'uso di alcol, ma rappresentano una traccia di possibili "attrezzi" da considerare nella propria pratica clinica, poiché includono molteplici dimensioni del disturbo e sono stati validati psicometricamente, risultando efficaci alleati della sensibilità clinica del professionista.

2.1 Strumenti di screening

Tra gli strumenti di screening più diffusi troviamo:

- Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT; Saunders et al., 1993). L'AUDIT è un test per l'identificazione del consumo problematico di alcol ed è stato sviluppato grazie ad un lavoro di collaborazione internazionale promosso dall'Organizzazione Mondiale della Sanità. E' stato utilizzato in molteplici studi condotti in diversi Paesi e in differenti gruppi culturali, dando indicazione che l'AUDIT possa essere considerato un test di portata internazionale. La sua brevità, l'affidabilità, l'accuratezza e la sua facilità di utilizzo lo rendono uno dei test più diffusi anche a livello clinico. E' composto da 10 domande e può essere utilizzato sia come strumento auto-somministrato, sia come strumento somministrato dall'operatore; le possibili risposte a ciascuna domanda hanno un punteggio di 0, 1, 2, 3 o 4, ad eccezione delle domande 9 e 10 che hanno le possibili risposte di 0, 2 e 4. Esse coprono i tre campi del consumo di alcol: rischioso, dannoso e dipendenza da alcol.

Tabella 1. Struttura dell'AUDIT

Domande	Area di valutazione	Aspetti valutati
1, 2 e 3	consumo rischioso di alcol	- frequenza del consumo - quantità tipica consumata - frequenza del binge drinking
4, 5 e 6	sintomi di dipendenza	- diminuzione della capacità di controllare il consumo - aumento dell'importanza dell'alcol per la persona - consumo durante la mattina
7, 8, 9 e 10	consumo dannoso di alcol	- sensi di colpa successivi al consumo di alcol - vuoti di memoria - danni a terzi dovuti al consumo di alcol - coinvolgimento di altre persone

Per ottenere il punteggio totale è sufficiente sommare i punteggi singoli di tutte le domande. Un punteggio da uno a sette suggerisce un consumo a basso rischio secondo le linee guida dell'Organizzazione Mondiale della Sanità. I punteggi da otto a 14 suggeriscono un consumo dannoso di alcol e un punteggio di 15 o più indica la probabilità di dipendenza da alcol (o disturbo da uso di alcol moderato-grave).

Ne esiste una versione breve, l'AUDIT-C, utile per lo screening e composta dalle sole prime tre domande dell'AUDIT (Bush et al., 1998). I punteggi dell'AUDIT-C sono stati valutati in confronto con i punteggi dell'AUDIT nella versione estesa e con le diagnosi cliniche di consumo rischioso elaborate dai medici e le correlazioni sono risultate altamente significative (Gual et al., 2002). Un punteggio uguale o superiore a cinque per i maschi e uguale o superiore a quattro per le femmine indica un possibile consumo rischioso di alcol.

- Michigan Alcoholism Screening test (MAST, Selzer, 1971). Il MAST è uno dei primi questionari di costruiti per lo screening dei disturbi da uso di alcol e i suoi item includono l'esplorazione delle complicanze provocate dall'uso di alcol. Più precisamente, indaga il controllo percepito sul comportamento alcolico, i problemi personali e interpersonali legati all'alcol ed alcuni sintomi indicativi di disturbo da uso di alcol grave. Validato in italiano già nei primi anni '80 (Benussi et al., 1982), la sua versione originale conta 25 item, ma ne esistono diverse versioni brevi (ad esempio, la versione a 10 item di Pokorny et al., 1972). Può essere auto-somministrato o somministrato da parte di un operatore.

- C.A.G.E. (Ewing & Rouse, 1970). Anche il C.A.G.E., assieme al MAST, è uno dei primi questionari di screening riconosciuti ed utilizzati a livello internazionale per rilevare l'abuso di alcol e/o la dipendenza da alcol. E' un questionario breve, le cui quattro domande rimandano all'acronimo del nome C.A.G.E (come indicato in Tabella 2). Viene utilizzato un cutoff di due, che indica un'alta probabilità di disturbi da uso di alcol.

Tabella 2. Struttura del C.A.G.E.

Lettera	Riferimento	Domande
C	CUT DOWN	1. Ha mai sentito il bisogno di ridurre il consumo di bevande alcoliche?
A	ANNOYED	2. Gli altri l'hanno mai infastidita criticando il suo consumo di alcol?
G	GUILTY	3. Si è mai sentito cattivo o in colpa a causa del suo consumo di alcol?
E	EYE-OPENER	4. Ha mai avuto il bisogno di bere al mattino, immediatamente dopo il risveglio, per calmare i suoi nervi o per riprendersi dai postumi di una sbornia?

- Fast Alcohol Screening Test (FAST, Hodgson et al. 2002). Elaborato per contesti clinici di emergenza in cui è necessario uno strumento rapido di screening, il FAST è costituito da quattro item derivati dagli item dell'AUDIT: due di essi riguardano il consumo di alcol e gli altri due i danni alcol-correlati. É un test in due step: solo se alla prima domanda viene data risposta che corrisponde a punteggi di uno o due è necessario proseguire nel test. Se viene data risposta zero, lo screening risulta già negativo Se viene data risposta corrispondente a tre o più, la persona è già considerata a rischio e non è quindi altrettanto necessario proseguire. Se si compilano tutte e quattro le domande, il cut off utilizzato è otto, oltre al quale lo screening è da considerarsi positivo.

- Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST, WHO ASSIST Working Group, 2002). L'ASSIST è stato sviluppato per l'Organizzazione Mondiale della Sanità da un gruppo internazionale di ricercatori e clinici, come strumento tecnico per assistere nell'identificazione precoce dei rischi per la salute correlati all'uso di sostanze e dei disturbi da uso di sostanze nell'ambito della medicina generale e in altri

contesti sanitari. Consiste in otto domande che il clinico pone all'utente per ognuna delle sostanze considerate, ovvero tabacco, alcol, cannabis, cocaina, stimolanti di tipo anfetaminico (compresa l'ecstasy), inalanti, sedativi, allucinogeni, oppiacei e "altre sostanze". Per ogni sostanza viene fornito un punteggio di rischio che può indicare un livello di rischio "basso", "moderato" o "elevato". Il punteggio di rischio determina il livello di intervento raccomandato.

2.2.Strumenti per il monitoraggio dei pattern di consumo

Il monitoraggio del consumo di alcol è estremamente importante sia all'interno della valutazione del disturbo da uso di alcol, sia per l'implementazione delle strategie di trattamento più efficaci. Per effettuare questo tipo di rilevazione ci si può affidare a strumenti come il diario e il Timeline Followback, che condividono la stessa struttura, ma differiscono per l'impostazione temporale degli strumenti stessi. Entrambi possono essere auto-compilati dall'utente (carta-matita oppure digitalmente), o inseriti all'interno di un'intervista effettuata da un operatore.

Il Diario è uno strumento molto usato nei servizi italiani di alcologia e delle dipendenze. In una struttura a calendario, viene chiesto all'utente di segnare, ogni giorno, una serie di informazioni legate al suo consumo di alcol. Tipicamente, viene chiesto di indicare la quantità e la tipologia di alcol ingeriti, la situazione in cui si è consumato alcol e altre informazioni legate al pattern di consumo. L'adattabilità e l'elasticità del diario risiedono nella molteplicità di informazioni che possono essere richieste nella compilazione: oltre al pattern di consumo di alcol, all'utente può essere chiesto di indicare la sua voglia di bere su una scala da 1 a 10 (craving), cosa stesse facendo, con chi si trovasse e/o lo stato d'animo del momento nel quale ha bevuto. Se da una parte il diario permette di avere informazioni accurate rispetto al consumo di alcol, dall'altra richiede un certo impegno da parte dell'utente che deve ricordarsi della compilazione quotidianamente.

Il Timeline Followback (TLFB) è uno strumento simile al diario che è stato sviluppato da Sobell & Sobell (1992). E' molto utilizzato a livello internazionale e si basa sul ricordo che l'utente ha del consumo effettuato in un periodo di tempo variabile (tipicamente, dai sette ai due giorni precedenti la compilazione). All'utente è quindi richiesto di ricordare, negli ultimi X giorni, quando ha consumato alcol e quanto, segnandolo su un apposito calendario. La differenza sostanziale con il diario, quindi, è che all'utente viene richiesto di ricordare il proprio consumo di alcol avvenuto in X giorni precedenti; se da una parte questa modalità è più agile perché l'utente compila il TLFB meno frequentemente, dall'altra le stime possono risultare meno accurate. Per aiutare l'utente a ricordare ciò che è avvenuto nei giorni precedenti, si può invitare la persona a far riferimento ad eventi particolari che possono aiutare a recuperare con la memoria le informazioni richieste. È possibile scaricare gratuitamente le istruzioni ed un esempio di TLFB in italiano al link <https://www.nova.edu/timeline/index.html>.

2.3 Strumenti per una valutazione multidimensionale dei disturbi da uso di alcol

Oltre agli strumenti di screening e di monitoraggio del consumo di alcol e del rischio ad esso correlato, nella valutazione di persone con disturbo da uso di alcol è fondamentale una visione multidimensionale che possa supportare il clinico nel costruire un quadro completo del paziente e del suo contesto di vita, considerando i molteplici fattori che concorrono in questi disturbi, tra i quali gli aspetti psicologici e sociali e altri aspetti legati all'esito del trattamento. Questi strumenti talvolta non sono stati costruiti specificatamente per la valutazione del disturbo da uso di alcol, ma entrano nelle batterie testistiche utili a disposizione dell'operatore e dello psicologo che lavorano con persone con questi disturbi. Tra gli strumenti che permettono una valutazione multidimensionale citiamo dunque:

- Versione Europea del Addiction Severity Index (EuropASI; Kokkevi & Hartgers. 1995). L'EuropASI (versione europea dell'ASI) è un'intervista semi-strutturata, multidimensionale, messa a punto per valutare le caratteristiche, la gravità dei sintomi e le condizioni ad essi associate in persone con disturbo da uso di alcol e/o sostanze. Tipicamente, l'EuropASI viene somministrata al momento della presa in carico e nel follow-up e/o alla dimissione per valutare l'entità del cambiamento. Essa fornisce un profilo dell'utente, prendendo in considerazione sette aree: area medica, area occupazionale, uso di alcol, uso di sostanze, area legale, area familiare e sociale, e area psichiatrica. Ogni area viene esplorata dettagliatamente (frequenza, durata e gravità del problema relativo) sia nel corso della vita (mediante una scala di gravità a 10 punti) che nel mese precedente l'intervista, mediante un punteggio composito. La versione italiana è a cura di Gino Pozzi e Enrico Tempesta (<https://www.aslvco.it/wp-content/uploads/2021/04/ALL04.1-ASI.pdf>).

- Misurazioni per il Triage e la Valutazione nelle Dipendenze (MATE, Schippers et al., 2013). Il MATE è uno strumento progettato per la diagnosi del disturbo da uso di sostanze coerente con i criteri del DSM. Permette una valutazione valida ed affidabile delle differenti caratteristiche degli utenti con disturbo da uso di sostanze (tra cui l'alcol), per la loro assegnazione al trattamento più adeguato e la valutazione del trattamento stesso. Pur non essendo breve (necessita di circa un'ora per essere somministrato), risulta adatto per l'utilizzo nella pratica clinica quotidiana degli operatori sanitari e generalmente è ben accettato dalle persone alle quali viene somministrato. Include dieci moduli di valutazione: 1. Uso di sostanze; 2. Indicatori per una consulenza psichiatrica o medica; 3. Storia del trattamento per i disturbi da uso di sostanze; 4. Abuso e dipendenza da sostanza; 5. Disturbi fisici; 6. Personalità; 7. Attività e partecipazione, cura e sostegno; 8. Fattori ambientali che influenzano il recupero; 9. Craving; 10. Depressione, ansia e stress. Alcuni moduli necessitano della presenza di un intervistatore, altri includono domande auto-somministrate. L'edizione italiana, a cura di Nespoli e Bignamini, è scaricabile dal link <https://www.mateinfo.eu/mateinfo/pubs/MATE-it%202.1%20Manual%20and%20Protocol-D.pdf>

- Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R; Derogatis 1977, Sarno et al., 2011). L'SCL-90-R è un questionario autosomministrato che valuta un ampio spettro di problemi psicologici e di sintomi psicopatologici ed è ampiamente utilizzato in vari contesti clinici. Supporta il medico e lo psicologo nella formulazione di una diagnosi in accordo con i manuali diagnostici o, nella valutazione di persone che già hanno una diagnosi, permette di rilevare eventuali cambiamenti nella sintomatologia. A ciascuno dei 90 item viene dato un punteggio su scala Likert da 0 a 4 punti, corrispondenti alla misura dell'intensità dell'esperienza soggettiva di disagio. Gli item sono suddivisi su nove scale cliniche (Somatizzazione, Ossessioni, Sensitività Interpersonale, Depressione, Ansia, Ostilità, Ansia Fobica, Ideazione Paranoica, Psicoticismo), alle quali si aggiungono alcune scale di controllo.
- Generalised Anxiety Disorder Assessment-7 (GAD-7; Spitzer et al., 2006). Il GAD-7 è uno dei più diffusi strumenti auto-somministrati per la valutazione dell'ansia. È uno strumento breve che include, come indicato dal nome, sette item che indagano i sintomi percepiti nelle ultime due settimane. I punteggi cut-off sono: 5 per livelli sintomatologici di ansia lievi, 10 per livelli di ansia moderati e 15 per livelli di ansia gravi.
- Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9; Kroenke et al., 2001). Il PHQ-9 è uno strumento per lo screening dei sintomi depressivi, nonché per la misurazione della gravità della depressione. Supporta anche il medico e lo psicologo nella formulazione di una diagnosi di disturbo depressivo. Per la sua brevità (nove item) e facilità di compilazione, è molto diffuso sia in campo clinico sia nel campo della ricerca. I cutoff di riferimento per il PHQ-9 sono: 5 per depressione lieve, 10 per depressione moderata e 15 depressione grave.
- Kessler Psychological Distress scale (K10, Kessler et al., 2002). La K10 e la sua forma abbreviata a sei item (K6) sono due strumenti costruiti per la misurazione del disagio psicologico non specifico. Entrambe le scale hanno buone proprietà psicometriche e sono in grado di discriminare tra persone con e senza disturbi psichiatrici. Il K10 è composto da 10 item, ognuno dei quali presenta risposte su scala Likert da 1 a 5 punti e in riferimento ai 30 giorni precedenti la somministrazione dello strumento. Il K6 deriva dal K10 e include un subset di item (gli item 2, 4, 5, 8, 9 e 10). Esiste la versione italiana del K10 e del K6 a cura di Carrà e colleghi (Carrà et al., 2011) e, così come per i sopracitati strumenti, sono strumenti molto diffusi data la loro brevità e facilità di compilazione.
- Brief-COPE (Carver, 1997). Il Brief-COPE, che rappresenta la versione ridotta del COPE (Carver et al., 1989), è un questionario self-report di 28 item progettato per valutare le strategie più o meno efficaci utilizzate per far fronte a un evento di vita stressante. Questa scala include 14 sottoscale composta ognuna da due item a cui viene assegnato un punteggio da 1 a 4. Ogni sottoscala riflette l'uso di una specifica strategia di coping:

reinterpretazione positiva, distrazioni, espressione emotiva, supporto strumentale, coping attivo, negazione, religione, umorismo, disimpegno comportamentale, sostegno emotivo, uso di sostanze, accettazione, pianificazione, autocritica.

- Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11), Patton et al., 1995, Fossati et al., 2001). Il BIS-11 è una delle misure di autovalutazione più comunemente somministrate per la valutazione dell'impulsività, sia in ambito clinico che di ricerca. E' uno strumento auto-somministrato composto da 30 item che includono sei fattori detti "di primo ordine", ovvero attenzione, comportamento motorio, autocontrollo, complessità cognitiva, perseveranza, instabilità cognitiva, e tre di "secondo ordine", che distinguono l'impulsività in tre aspetti: cognitiva, motoria e non pianificata.

- Substance Craving Questionnaire (SCQ-NOW), Bonfiglio et al., 2019) e Craving Typology Questionnaire (CTQ), Martinotti et al., 2013). La valutazione del craving nelle persone con disturbo da uso di alcol è fondamentale e questi due strumenti consentono una precisa analisi di questa dimensione. Il CTQ è stato messo a punto proprio per la valutazione del craving in persone con un disturbo da uso di alcol. E' uno strumento breve (20 item) e distingue tre forme di craving: il *reward craving* (il desiderio dell'effetto stimolante e gratificante dato dall'alcol), il *relief craving* (il desiderio dell'effetto di sollievo e di alleviamento degli stati ansiosi o di tensione) e l'*obsessing craving* (che identifica la mancanza di controllo sui pensieri intrusivi legati al consumo di alcol). L'SCQ-NOW, invece, è uno strumento self-report che consente di valutare il craving per tutte le sostanze, tra cui l'alcol. Include 45 item che valutano cinque dimensioni del craving: desiderio di assumere la sostanza, intenzione e pianificazione dell'uso della sostanza, anticipazione di esiti positivi, anticipazione di sollievo da disforia o sintomi di astinenza, mancanza di controllo rispetto all'uso della sostanza. Entrambi i questionari sono stati validati in italiano e possono essere richiesti agli autori qualora si intendesse utilizzarli.

- Clinical Outcome for Routine Evaluation- Outcome Measure (CORE-OM), Evans et al., 2022; Palmieri et al., 2006). Il CORE-OM è uno strumento molto diffuso a livello internazionale e rappresenta il gold standard per la valutazione degli esiti della psicoterapia. Può anche essere utilizzato per monitorare il cambiamento e gli esiti di interventi di counselling o di promozione del benessere psicologico. È uno strumento auto-somministrato, che include 34 item riferiti a quattro diversi domini: benessere soggettivo, sintomi/problemi, funzionamento e rischio.

- Readiness to Change Questionnaire (Rollnick et al., 1992, versione italiana a cura di Scaglia et al., 1995). Il Readiness to Change Questionnaire è uno strumento costruito allo scopo di determinare lo stadio di cambiamento raggiunto da una persona con un disturbo da uso di alcol. Esso si basa sul modello transteorico del cambiamento di Prochaska e DiClemente (Prochaska & DiClemente, 1982), che descrive le fasi attraverso

le quali una persona si muove nel tentativo di risolvere un problema di dipendenza. È uno strumento breve (12 item) e di semplice somministrazione, data la sua natura self-report.

- Questionario MAC2-A (Spiller et al., 2006). Il MAC2-A (dove MAC sta per Motivazione Al Cambiamento) è un questionario italiano auto-somministrato, progettato per valutare la motivazione al cambiamento in persone adulte con disturbi da uso di alcol. Esso concettualizza la motivazione all'interno di un "modello 3D" nel quale si considerano e si misurano tre fattori: la fase del cambiamento, la "discrepanza" (ovvero la percezione dolorosa della frattura interiore tra ciò che si è e ciò che si vorrebbe essere) e il senso di auto-efficacia. Il MAC2-A si compone di 36 item, 18 dei quali misurano le fasi del cambiamento, mentre 12 misurano la "discrepanza" e il senso di auto-efficacia e sei valutano l'"help seeking", ovvero le intenzioni e i comportamenti di ricerca di aiuto. Oltre a questi item ne sono stati aggiunti sei per la valutazione della validità delle risposte stesse; essi sono misurati con una scala analogica visiva a 100 punti.

2.3.1 Valutazione neuropsicologica

La valutazione neuropsicologica è di fondamentale importanza nel trattamento dei disturbi da uso di alcol. La letteratura conferma che l'uso di alcol, così come l'uso di sostanze in generale, è associato ad alterazioni significative nei domini neuropsicologici della memoria, dell'elaborazione emotiva, delle componenti esecutive e dei processi decisionali. Fernández-Serrano e colleghi (2011) hanno evidenziato come le alterazioni specifiche correlate all'uso di alcol siano soprattutto a carico dell'attenzione, della velocità percettiva e di elaborazione spaziale, dell'impulsività e della flessibilità cognitiva. A questo proposito, la valutazione neuropsicologica si rende necessaria non solo per l'impostazione di un efficace piano terapeutico, ma anche per poter effettuare previsioni più accurate sull'andamento e sugli ostacoli del percorso di cura. Tra gli strumenti più comunemente usati per la valutazione neuropsicologica troviamo il Mini Mental State Examination (Folstein et al., 1975), uno strumento breve e di agevole somministrazione che non è però specifico per i disturbi da uso di alcol e sostanze e il Montreal Cognitive Assessment (Nasreddine et al., 2005), altrettanto breve e agevole ma con alcuni limiti nella sua applicazione nel campo dei disturbi da uso di alcol e sostanze. Uno strumento specifico per questo contesto clinico è invece la Batteria per le Funzioni Esecutive nell'Addiction (BEF-A, Balconi et al., 2022). Il BEF-A è un nuovo strumento italiano di screening neuropsicologico costruito specificatamente per la valutazione delle funzioni esecutive in persone con disturbi da uso di sostanze e comportamenti di addiction. Esso include sette subtest e comprende misure dedicate alla memoria verbale a breve e lungo termine, alla memoria di lavoro, alla flessibilità cognitiva valutata con l'ausilio di materiali verbali e non-verbali, all'attenzione focalizzata, alla regolazione dell'attenzione e soppressione dell'interferenza, e al controllo inibitorio.

3. INTERVENTI PER I DISTURBI DA USO DI ALCOL

Le informazioni raccolte durante la fase di valutazione da psicologi, medici e operatori socio-sanitari sono di cruciale importanza per la pianificazione del trattamento delle persone con problemi legati all'alcol, in quanto la scelta di un programma di intervento personalizzato (indicato sulla base delle caratteristiche del disturbo, del paziente e del contesto familiare e di vita) determinerà l'efficacia del percorso di cura.

Room e colleghi (Room et al., 2005) hanno costruito un algoritmo per il trattamento dei disturbi da uso di alcol che differenzia gli interventi in base alla gravità dei pattern di consumo:

- Per persone con un pattern di consumo non a rischio, non è necessario alcun trattamento, ma potrebbe essere utile un intervento di prevenzione.
- Per persone con un pattern di consumo di alcol rischioso, è indicato un intervento breve psicoeducativo, seguito da periodiche rivalutazioni.
- Per persone con pattern di consumo di alcol dannoso, ma non grave, è indicato un intervento breve esteso (descritto sotto) seguito da monitoraggi regolari;
- Per persone con un pattern di consumo dannoso grave (AUDIT>20), è necessaria dapprima una valutazione multidimensionale approfondita e vanno poi inclusi, in base alle caratteristiche dei pazienti: interventi di prevenzione delle ricadute, interventi psicosociali; altri eventuali trattamenti tra i quali: interventi psicologici cognitivo comportamentali, psicoterapie, gruppi di auto-mutuo aiuto, follow-up ambulatoriali, farmacoterapia e - nei casi di dipendenza e se necessario - interventi di disintossicazione e/o di riabilitazione residenziali.

Altri studi aggiungono ulteriori specificazioni: ad esempio, Coriale e colleghi (2018) riportano come, nel trattamento dei disturbi da uso di alcol, gli interventi terapeutici: i) dovrebbero essere più intensivi nei primi tre mesi di trattamento; ii) dovrebbero essere diversificati in base alle caratteristiche del paziente; iii) dovrebbero essere di maggiore intensità e più duraturi per i pazienti con grave dipendenza da alcol associata a problemi psicopatologici e/o ad altre dipendenze (almeno sei mesi di trattamento seguiti da follow-up di monitoraggio).

Va però specificato che, a livello di evidenze scientifiche, l'abbinamento tra alcune caratteristiche dei pazienti (per es. la gravità dei pattern di consumo) a determinati interventi allo scopo di massimizzare l'efficacia del trattamento ha prodotto risultati discordanti e non omogenei (National Collaborating Centre for Mental Health, 2011).

Quando si parla di trattamento dei disturbi da uso di alcol va citato anche il trattamento farmacologico: UpToDate - affidabile risorsa di supporto alle decisioni cliniche basata sull'evidenza scientifica - riporta come la terapia farmacologica si sia dimostrata efficace nei pazienti con disturbo da uso di alcol di livello da moderato a grave e indica come i farmaci dovrebbero essere prescritti insieme ad altri interventi psicosociali. Il trattamento farmacologico non è stato molto studiato nei pazienti con disturbo da uso di alcol di grado lieve: con questi pazienti, UpToDate suggerisce di pianificare il trattamento basandolo su interventi di tipo

psicosociale, piuttosto che sui farmaci (<https://www.uptodate.com/contents/alcohol-use-disorder-psychosocial-treatment>).

Gli interventi psicosociali sono considerati il fondamento del trattamento dei disturbi da uso di alcol (Jhanjee, 2014). Ve ne sono di differenti tipologie, basati su paradigmi teorici differenti e pensati con obiettivi specifici ed eterogenei. Possono essere implementati individualmente o con la famiglia o in gruppo; possono essere condotti da psicologi o da altri operatori sanitari; possono essere brevi o lunghi, più o meno intensivi e specializzati. Al di là delle loro diversità, comunque, è possibile riconoscere una serie di elementi spesso comuni: tra gli obiettivi a breve termine dei trattamenti si ritrova spesso: il fornire informazioni necessarie a comprendere il disturbo e le implicazioni dell'uso di alcol; l'incoraggiare e sostenere l'astinenza o la iniziale riduzione del consumo di alcol; il supporto alla motivazione al cambiamento e alla compliance nel trattamento; il coinvolgimento della famiglia e della rete sociale del paziente e, se applicabile, il sostenere l'aderenza ai farmaci e agli interventi coordinati con altri servizi sanitari e sociali. Tra gli obiettivi a lungo termine si trovano la risoluzione dei problemi psicologici, sanitari e sociali legati all'alcol; il miglioramento della salute fisica e del benessere individuale e familiare; l'astinenza duratura dal consumo di alcol e l'aumento del senso di autostima e di autoefficacia.

Tra la moltitudine di interventi esistenti, è di fondamentale importanza fare riferimento primariamente a quelli basati sull'evidenza scientifica, in modo da massimizzare le possibilità di successo ed evitare di utilizzare tempo e risorse in attività la cui efficacia non è mai stata testata.

Sono state condotte numerose revisioni allo scopo di raccogliere e sintetizzare le evidenze scientifiche esistenti rispetto ai diversi interventi psicosociali esistenti (Coriale et al., 2018; Jhanjee, 2014; Nadkarni et al., 2022; National Collaborating Centre for Mental Health, 2011; Parker et al., 2008; Zhang et al., 2022).

Presentiamo qui di seguito i principali tipi di intervento, le loro caratteristiche e le evidenze disponibili.

3.1 Interventi brevi

Gli interventi brevi includono sia brevi consulenze informative, singole, adatte soprattutto a persone con un pattern di uso di alcol rischioso, sia interventi brevi più estesi. Possono essere condotti sia con il singolo individuo, sia in gruppo.

Le consulenze informative richiedono una formazione minima e sono ideali nei contesti di emergenza e nei servizi di assistenza primaria e possono essere svolte da diverse figure professionali (per es. Pronto Soccorso, Medico di Medicina Generale, Ambulatorio...). In Italia, l'ISS ha pubblicato un ebook destinato ai Medici di Medicina Generale dal titolo "Linee guida cliniche per l'identificazione e l'intervento breve" (<https://www.epicentro.iss.it/alcol/linee/fascicolo1.pdf>).

Gli interventi brevi "estesi" richiedono maggiori competenze nell'ambito dell'ascolto empatico e del colloquio motivazionale in ambito alcologico. Vanno oltre la consulenza breve nella misura in cui mirano a fornire alcuni strumenti di supporto al cambiamento. L'intervento offerto, che si sviluppa generalmente su pochi incontri,

comprende infatti aspetti psicoeducativi, feedback sull'uso e sui danni dell'alcol, tecniche per l'identificazione di situazioni ad alto rischio, strategie di coping e tecniche per promuovere un aumento della motivazione. Sovente si traducono anche in un piano personalizzato per ridurre il consumo di alcol. Una revisione Cochrane ha analizzato più di 20 trial clinici nei quali venivano utilizzati interventi brevi, evidenziando l'efficacia nella riduzione del consumo di alcol anche a distanza di un anno di follow-up (Kaner et al., 2007).

3.1.1 Interventi motivazionali

Tra gli interventi brevi più diffusi vi sono gli interventi motivazionali. Essi si basano sui principi del colloquio motivazionale, una tecnica di consulenza sviluppata da Miller e Rollnick (1991) che ha come principale obiettivo quello aumentare la motivazione al cambiamento dei pattern di consumo di alcol, stimolando e promuovendo l'utilizzo delle risorse cognitive e comportamentali già in possesso del paziente. Nonostante l'utilizzo del colloquio motivazionale non sia riservato a specifiche figure professionali, vi sono standard riferiti alle competenze e alla formazione necessari per garantire che il metodo sia utilizzato in maniera efficace (Smedslung et al., 2011).

La Motivational Enhancement Therapy (MET, traducibile in "terapia di potenziamento motivazionale") è un intervento motivazionale strutturato che deriva dal colloquio motivazionale ed è stato sviluppato all'interno del progetto MATCH (Project MATCH Research Group, 1997). È un intervento breve (solitamente include quattro incontri), centrato sul paziente e che, in linea con i principi del colloquio motivazionale, mira a indurre cambiamenti sulla base della motivazione del paziente, esplorando e risolvendo l'ambivalenza.

Smedslung e colleghi (2011) hanno condotto una meta-analisi per valutare l'efficacia del colloquio motivazionale nel trattamento dell'abuso di sostanze, includendo 59 trial clinici di cui 29 riferiti ai disturbi da uso di alcol. Il colloquio motivazionale si è dimostrato efficace nel ridurre l'uso di sostanze rispetto ad una condizione di controllo, ma i risultati non sono altrettanto incoraggianti su valutazioni effettuate dopo l'intervento (follow-up) e non vi sono differenze significative rispetto all'efficacia valutata su altri tipi di interventi.

Meta-analisi precedenti avevano già rilevato un'elevata variabilità nell'efficacia clinica di questi interventi, che è maggiore nel breve periodo e tende a diminuire nel corso del tempo, suggerendo al contempo come questi interventi possano essere più efficaci con persone con disturbi da uso di alcol non gravi e con persone con comportamenti di binge drinking (Hettema et al., 2005; Vasilaki et al., 2006).

3.1.2 Interventi psicoeducativi

Spesso annoverati tra gli interventi brevi nonostante alcuni programmi possano svilupparsi per numerose sessioni, gli interventi psicoeducativi hanno come obiettivo primario quello di offrire al paziente e ai familiari informazioni corrette sul tema, correggendo false credenze comunemente diffuse. Inoltre offrono indicazioni

per fronteggiare le problematiche correlate all'abuso di alcol, all'intossicazione, alla sindrome astinenziale, ai comportamenti disregolati a causa dell'alterazione alcolica, ai percorsi di cura e alle terapie disponibili. Gli interventi psicoeducativi si possono avvalere di video, slide, pubblicazioni o altri materiali distribuibili. Di solito si svolgono in presenza in setting individuali, familiari e/o di gruppo, con cicli di incontri che vogliono promuovere una maggiore consapevolezza sui rischi per la salute e per la qualità della vita (della persona e del suo contesto di vita, familiare e generale) del consumo eccessivo di alcol.

Nel tentativo di identificare i principi base della psicoeducazione nei disturbi da uso di alcol e sostanze, Magill e colleghi (2021) hanno condotto una revisione della letteratura scientifica, i cui risultati suggeriscono che essa dovrebbe essere intesa come un approccio collaborativo all'apprendimento. Il termine "collaborativo" indica come ogni persona sia portatrice di un personale contributo (esperienziale e partecipativo) all'interno dell'attività psicoeducativa e presuppone dunque una metodologia partecipativa paritaria e reciproca, orientata alla condivisa ricerca del soddisfacimento dei bisogni di salute e benessere. Spesso la psicoeducazione viene integrata con altri interventi, per esempio consulenziali o motivazionali. Tra i programmi specifici ricordiamo il Trattamento Psicoeducativo per il Controllo dell'Attenzione (PACT), una forma di terapia psicoeducativa strutturata che è stata sviluppata da Fals-Stewart e Klostermann (2004) e successivamente utilizzata in alcuni studi sul trattamento dei disturbi da uso di alcol. Le evidenze scientifiche ottenute dalla sperimentazione di interventi psicoeducativi per il trattamento dei disturbi da alcol sono limitate e sono necessari ulteriori studi per confermarne l'efficacia, sebbene alcuni studi riportino risultati incoraggianti (National Collaborating Centre for Mental Health, 2011).

3.2 Interventi cognitivo-comportamentali

La terapia cognitivo-comportamentale (CBT) è una forma strutturata di psicoterapia in cui i pazienti apprendono come i processi di pensiero guidino i loro comportamenti. Una maggiore consapevolezza cognitiva è combinata con tecniche per aiutare i pazienti a sviluppare comportamenti nuovi e più adattivi e a modificare (per quanto possibile) il loro ambiente sociale, che a sua volta porta a cambiamenti nei processi di pensiero e negli aspetti più emotivi. I disturbi da uso di alcol sono quindi concepiti come comportamenti appresi che possono essere modificati applicando tecniche cognitive e comportamentali.

Studi clinici hanno dimostrato che le terapie cognitivo-comportamentali sono efficaci: i) nel ridurre gli episodi di consumo eccessivo di alcol; ii) nel ridurre il numero di pazienti che hanno ricadute; iii) nel ridurre il numero di ricadute (National Collaborating Centre for Mental Health, 2011).

Sebbene i diversi interventi cognitivo-comportamentali condividano i presupposti teorici di base e numerose tecniche, essi possono differire per durata, metodi e contenuti e possono essere strutturati sia per l'intervento individuale, sia di gruppo. Tra di essi, oltre alla più generale psicoterapia cognitivo-comportamentale standard, citiamo di seguito alcuni programmi specifici.

3.2.1 Prevenzione delle ricadute (Relapse Prevention)

Il programma Relapse Prevention (RP), originariamente sviluppato da Marlatt e Gordon (1985), si focalizza sulla classificazione dettagliata di fattori o situazioni che possono portare a episodi di ricaduta, distinguendo tra “fattori determinanti di ricaduta” e “fattori preparatori ad una esposizione a situazioni ad alto rischio”. Il terapeuta e il paziente effettuano un'attenta valutazione delle situazioni ad alto rischio e, sulla base di questa analisi, vengono condivise strategie e tecniche cognitive comportamentali per far fronte alle aree di rischio, al fine di ridurre la probabilità di recidiva.

Studi sul modello RP indicano che esso può essere utile nel lavoro con pazienti gravi, riducendo le ricadute (ed il loro impatto) e agendo anche in termini di miglioramento del funzionamento psicosociale (Coriale et al., 2018).

3.2.2 Coping and Social Skills Training

Il Coping Skills Training (CST) e il Social Skills Training si basano sulla teoria dell'apprendimento sociale della dipendenza e dunque sul presupposto che il consumo di alcol sia una strategia non funzionale per gestire lo stress emotivo nelle situazioni interpersonali (Marlatt & Gordon, 1985). Sono interventi strutturati che si focalizzano sul potenziamento della capacità dell'individuo di far fronte a situazioni sociali ad alto rischio e a difficoltà interpersonali, senza l'utilizzo di alcol. Monti e colleghi (1994) hanno validato il CST sia come intervento individuale, sia come intervento di gruppo, includendo tecniche di comunicazione assertiva e ascolto, tecniche per la gestione della rabbia e dello stress e strategie per affrontare il desiderio di bere. Evidenze scientifiche hanno dimostrato l'efficacia del CST nella riduzione del consumo di alcol e nel conseguente miglioramento della qualità della vita (Raistrick et al., 2006; Shand et al., 2003).

3.2.3 Terapie cognitivo-comportamentali di coppia

Esistono diverse tipologie di terapie cognitivo-comportamentali costruite per intervenire sulla dimensione di coppia (Fals-Stewart et al., 2005; McCrady & Epstein, 2009; O'Farrell et al., 1993), che si caratterizzano per il coinvolgimento del partner come sostegno attivo nella riduzione del consumo di alcol attraverso l'uso di tecniche specifiche quali ad esempio il contratto comportamentale. Questi interventi partono dal presupposto che i problemi legati all'alcol ed il funzionamento relazionale si influenzino a vicenda, negativamente e positivamente: la relazione di coppia diventa dunque una risorsa importante in grado di stimolare e sostenere un cambiamento. Le coppie sono aiutate a migliorare la loro relazione per esempio attraverso abilità comunicative più efficaci e sono incoraggiate ad aumentare gli scambi positivi attraverso il riconoscimento di comportamenti piacevoli e a ricercare più frequentemente attività ricreative condivise. Le terapie cognitivo-comportamentali di coppia hanno dimostrato la loro efficacia in alcuni trial clinici, sebbene le evidenze scientifiche siano limitate (National Collaborating Centre for Mental Health, 2011; O'Farrell & Clements, 2012).

3.3 Interventi comportamentali

Gli interventi comportamentali utilizzano le teorie comportamentali del condizionamento per aiutare a raggiungere l'astinenza dall'alcol associando esperienze/eventi negativi alla presenza di alcol ed esperienze/eventi positivi all'assenza di alcol. La revisione condotta dal National Collaborating Centre for Mental Health (2011) ha indicato che le terapie comportamentali risultano più efficaci rispetto alle condizioni di controllo nel ridurre la quantità di alcol consumato, ma non riportano evidenze robuste rispetto all'efficacia nel mantenimento dell'astinenza valutata tempo dopo il trattamento.

Gli interventi comportamentali includono la Cue-Exposure Therapy, il Behavioral Self-Control Training e il Contingency Management.

3.3.1 Cue-Exposure Therapy

La Cue-Exposure Therapy (CET, in italiano "Terapia di esposizione allo stimolo") si basa sia sulla teoria dell'apprendimento classica sia sui modelli della teoria dell'apprendimento sociale. Suggestisce che i segnali ambientali associati al consumo di alcol possano suscitare risposte condizionate e, conseguentemente, condurre a recidive. Il trattamento è progettato per ridurre il desiderio di alcol esponendo ripetutamente il paziente a stimoli correlati all'alcol. Secondo questo approccio, tale esposizione sistematica porta ad una riduzione delle risposte psicofisiologiche agli stimoli correlati all'alcol, estinguendo le risposte condizionate agli stimoli alcolici e permettendo dunque di mantenere l'autocontrollo nelle situazioni di vita reale in cui questi segnali sono presenti (Mellentin et al., 2016). Recentemente, la CET si è evoluta attraverso lo sviluppo di approcci terapeutici che si avvalgono della realtà virtuale (Ghiță & Gutiérrez-Maldonado, 2018).

3.3.2 Behavioral Self-Control Training

Il Behavioural Self-Control Training (BSCT) si basa sulle tecniche descritte da Miller e Munóz (1976) e si focalizza sulla moderazione del consumo di alcol, piuttosto che sull'astinenza. Ai pazienti viene insegnato a stabilire dei limiti per il consumo di alcol e ad auto-monitorare gli episodi di consumo di alcol, imparando a far fronte alle situazioni ad alto rischio. Il BSCT prevede otto passaggi: 1) Definizione della quantità di alcol da assumere; 2) Automonitoraggio del consumo di alcol; 3) Controllo dell'alcool ingerito; 4) Strategie per il rifiuto delle offerte di alcol da parte di terzi; 5) Elenco di ricompense da ottenere se gli obiettivi vengono raggiunti; 6) Riconoscimento degli elementi che precedono e anticipano il consumo di alcol; 7) Strategie di coping alternative al consumo di alcol; 8) Strategie per evitare che una ricaduta si trasformi in un episodio di consumo di alcol incontrollata (Coriale et al., 2018). L'efficacia di questo intervento è stata riportata in alcuni studi raccolti e analizzati in una interessante meta-analisi (Walters, 2000).

3.3.3 Contingency Management

Gli interventi di Contingency Management si basano su un sistema di rinforzi (sotto forma di incentivi) progettati per rendere il consumo continuo di alcol meno attraente dell'astinenza dal consumo di alcolici. I più comuni tipi di rinforzo utilizzati nel trattamento dei disturbi da uso di alcol sono:

- Rinforzo basato su voucher, ottenibili dopo aver fornito campioni biologici (di solito urine) negativi per l'alcol, che sono poi riscattabili sotto forma di beni o servizi compatibili con uno stile di vita sano.
- Rinforzo basato su premi, dove i pazienti ricevono, per ogni un campione biologico negativo fornito, la possibilità di sorteggiare da un contenitore un biglietto che può contenere frasi motivazionali ma anche ricompense monetarie di varia entità.
- Rinforzo basato su incentivi in denaro: i pazienti ricevono un premio in denaro (di solito di pochi euro) per il raggiungimento di un obiettivo, come ad esempio l'invio di un campione biologico negativo per l'alcol o l'aderenza a un particolare step del trattamento.

Alcuni studi clinici randomizzati hanno evidenziato l'efficacia di questo tipo di intervento nella riduzione del consumo di alcol (Barnett et al., 2017; McDonell et al., 2017; Petry et al., 2000) in pazienti con diagnosi di disturbo da uso di alcol.

3.4 Interventi familiari

I disturbi da uso di alcol e la famiglia sono dimensioni legate indissolubilmente tra loro. Il disturbo danneggia i singoli membri della famiglia e il funzionamento della famiglia nel suo insieme e i comportamenti dei membri della famiglia possono esacerbare un consumo problematico di alcol.

Le ragioni per le quali è fondamentale considerare la famiglia nel trattamento di una persona con disturbo da uso di alcol sono essenzialmente due: da una parte, il coinvolgimento dei membri della famiglia può migliorare gli esiti del trattamento della persona con disturbo da uso di alcol e dall'altra i familiari stessi spesso presentano sintomi psicologici derivati all'esposizione a situazioni stressanti generate dal disturbo del proprio caro (Orford, 1994).

Negli anni sono stati sviluppati diversi interventi familiari per il trattamento del disturbo da uso di alcol, che differiscono per la cornice teorica di riferimento sulla quale si basano, sugli obiettivi specifici, sulle persone che vengono coinvolte e sulla struttura degli incontri.

Copello e colleghi (2005) hanno raggruppato gli interventi in tre categorie: (1) interventi che lavorano con i membri della famiglia per promuovere l'ingresso e il coinvolgimento di un paziente nel trattamento; (2) interventi che coinvolgono sia i familiari, sia la persona con disturbo da uso di alcol per lavorare al trattamento di quest'ultimo congiuntamente; e (3) interventi costruiti per rispondere ai bisogni specifici dei familiari. Tra i molti esempi di interventi familiari descritti nella letteratura scientifica (McCrary & Flanagan, 2021), ne citiamo qui di seguito alcuni.

3.4.1 Community Reinforcement and Family Training

Un esempio di intervento che lavora con i membri della famiglia per migliorare gli esiti del trattamento di una persona con disturbi da uso di alcol è il Community Reinforcement and Family Training (CRAFT, Meyers et al., 1999). Questo intervento insegna alle famiglie strategie di rinforzo positive per incoraggiare la persona amata a smettere di bere e iniziare il trattamento. Gli elementi specifici che compongono il CRAFT includono

anzitutto tecniche di contingency management, che sono affiancate anche da tecniche per aiutare il proprio familiare a costruire e rafforzare la propria motivazione e moduli formativi e psicoeducativi sulle abilità comunicative, sulla gestione delle emergenze e sull'accesso al trattamento. Sono anche incluse strategie ad uso dei familiari per difendersi dagli effetti negativi del disturbo da uso di alcol del proprio caro. La letteratura scientifica ha indicato come il CRAFT sia un approccio efficace per i familiari di consumatori di alcol (e sostanze) che rifiutano il trattamento sia nell'aumentare il coinvolgimento dei pazienti nel trattamento, sia nel diminuire l'uso di alcol nei pazienti (Manuel et al., 2012; Miller et al., 1999; Sisson & Azrin, 1986).

3.4.2. Social Behaviour and Network Therapy

Tra gli interventi che coinvolgono congiuntamente paziente e familiari, oltre alle già citate terapie cognitive comportamentali di coppia, è interessante segnalare la Social Behaviour and Network Therapy (SBNT, Copello et al., 2002). La SBNT comprende una gamma di strategie cognitive e comportamentali per favorire la costruzione di reti sociali che possano essere di supporto al cambiamento e che coinvolgono il paziente e le persone a lui vicine. Questo intervento è strutturato in otto sessioni che hanno come obiettivo quello di coinvolgere la famiglia e le persone della rete sociale del paziente, utilizzando strategie che permettano di costruire un supporto positivo verso il cambiamento di quei comportamenti che mantengono il disturbo da uso di alcol. La SBNT è stata testata in un importante trial clinico inglese dove ha dimostrato la sua efficacia nel ridurre il consumo di alcol ed i problemi alcol-correlati, nonché nell'aumentare la qualità di vita correlata alla salute mentale (UKATT Research Team, 2005). E' stato inoltre condotto uno studio di fattibilità su una versione della SBNT specifica per minori con disturbo da uso di alcol e sostanze (Watson et al., 20017) che ha mostrato risultati molto incoraggianti.

3.4.3 Intervento a 5 step

Tra gli interventi specificatamente costruiti per rispondere ai bisogni specifici dei familiari di persone con disturbo da uso di alcol, ricordiamo l'intervento breve di Copello e colleghi (2000a; 2000b): è basato sul modello Stress-Strain-Coping-Support (Orford et al., 2005), secondo il quale vivere con un membro della famiglia con disturbo da uso di alcol rappresenta una circostanza stressante che mette i membri della famiglia a rischio di una varietà di problemi psicologici e fisici.

L'intervento di Copello e colleghi include strategie per esplorare tre aree chiave: lo stress sperimentato dai parenti; le loro risposte di coping; il supporto sociale a loro disposizione. Esso si basa su un approccio a cinque step che: (1) permette ai familiari di parlare del problema che stanno affrontando; (2) fornisce informazioni pertinenti sul disturbo e la sua gestione; (3) esplora i modi in cui il familiare risponde all'abuso di alcol del paziente; (4) valuta e promuove il supporto sociale; (5) valuta la necessità di invio del familiare ad un ulteriore intervento specialistico (Copello et al., 2005). Sebbene le evidenze scientifiche siano limitate, alcuni studi condotti su gruppi di familiari di persone con disturbo da uso di alcol e sostanze hanno dimostrato l'efficacia

di questo intervento nel ridurre i livelli di stress (psicologico e fisico) dei membri della famiglia migliorando le loro abilità di coping (Copello et al., 2000a; 2000b).

3.5 Interventi e gruppi di auto-mutuo aiuto

I gruppi di mutuo-aiuto sono una componente importante del trattamento per il disturbo da uso di alcol e si basano sull'incontro di persone che condividono lo stesso problema, con l'obiettivo di aiutarsi vicendevolmente. La partecipazione ad un gruppo di pari riduce la sensazione di solitudine; annulla il timore di giudizio ed incrementa la possibilità di parlare e riflettere sulla propria condizione; supporta i partecipanti; rimette in circolo le esperienze in funzione di possibili apprendimenti reciproci. Sebbene ci siano differenze tra diversi gruppi ed interventi, essi sono accomunati dal focus sul raggiungimento dell'astinenza attraverso la condivisione e il supporto di gruppo. Le due organizzazioni più conosciute di auto-mutuo aiuto per disturbi da uso di alcol sono i Club Alcolisti in Trattamento e gli Alcolisti Anonimi.

3.5.1 Club degli Alcolisti in Trattamento

I CAT, Club degli Alcolisti in Trattamento o Club Alcolistici Territoriali (CAT), sono comunità multifamiliari, basate sulla pratica dell'auto-mutuo aiuto e della solidarietà tra le famiglie che si trovano ad affrontare problematiche alcolcorrelate. Il primo CAT fu fondato a Zagabria nel 1964 da Vladimir Hudolin, neurologo e psichiatra, ideatore dell'approccio ecologico sociale, che vede i problemi alcolcorrelati come uno stile di vita che coinvolge non solo l'alcolista, ma la sua famiglia e la comunità. Tutta la famiglia partecipa al CAT per aiutare ed essere aiutata a cambiare lo stile di vita e raggiungere la sobrietà, promuovendo un cambiamento culturale nella comunità rispetto all'uso di alcol. I CAT, diffusi ormai in molte regioni del mondo, sono associazioni indipendenti e costituite da un gruppo di famiglie (da un minimo di due a un massimo di dodici) affiancate da un volontario, il "servitore insegnante", che attraverso una formazione specifica *"in un clima di solidarietà catalizza il processo di cambiamento degli individui, delle famiglie e della comunità in cui serve"*. Le persone sole partecipano al CAT affiancate da un "familiare solidale", con cui possono condividere le fatiche e le gioie del cambiamento. Nel CAT vengono accolti anche i familiari soli, quando l'alcolista non ammette di avere un problema e non vuole farsi aiutare. I CAT si riuniscono settimanalmente e promuovono il valore della sobrietà anche chiedendo ad ogni partecipante, durante gli incontri, di comunicare al gruppo il numero dei propri giorni di astinenza.

Ogni CAT dipende da associazioni zonali, che a loro volta fanno capo ad associazioni regionali o provinciali, confluenti a loro volta in un'associazione nazionale, l'AICAT (<https://aikat.net/>). La ricerca sui CAT è molto limitata, ma incoraggiante in termini di efficacia dell'intervento (Giuffredi et al., 2003).

3.5.2 Alcolisti Anonimi e il programma dei 12 passi

L'associazione di mutuo-aiuto più nota per il disturbo da uso di alcol è Alcolisti Anonimi (AA), nata nel 1935 negli Stati Uniti e ora diffusa in oltre 160 Paesi. Come suggerisce il nome, l'associazione garantisce l'anonimato e la partecipazione è libera e gratuita. Il programma si basa sul sostegno tra i pari; propone

modelli di tutoraggio (attraverso la scelta di uno "sponsor" del proprio percorso tra i membri più "anziani") e l'astinenza è incoraggiata "un giorno alla volta". I membri partecipano alle riunioni in cui vengono condivise esperienze relative al consumo di alcol e al recupero e in cui vengono discussi i "Dodici passi per il recupero". Il programma dei 12 passi è molto strutturato, incarna i principi guida della filosofia di AA e persegue innanzitutto un obiettivo di astinenza permanente. Inoltre, mira a incoraggiare attivamente l'impegno e la partecipazione continua alle riunioni di AA. In questo programma, i disturbi da uso di alcol si configurano come problemi che riguardano tre dimensioni: fisica, mentale e spirituale. Ai partecipanti viene chiesto di tenere un diario della frequenza e della partecipazione agli incontri, nei quali vengono discussi i pattern di consumo di alcol, la frequenza e della partecipazione alle attività di AA, gli obiettivi specifici di ogni passo e le modalità per proseguire nel percorso di recupero.

Di seguito sono riportati i 12 passi originali pubblicati da AA (Bill, 2001):

1. Abbiamo ammesso di essere impotenti nei confronti dell'alcol e che le nostre vite erano diventate incontrollabili.
2. Siamo giunti a credere che un potere più grande di noi avrebbe potuto riportarci alla ragione.
3. Abbiamo preso la decisione di affidare la nostra volontà e le nostre vite alla cura di Dio, per come noi possiamo concepirlo.
4. Abbiamo fatto un inventario morale profondo e senza paura di noi stessi.
5. Abbiamo ammesso a Dio, a noi stessi e ad un altro essere umano l'esatta natura dei nostri torti.
6. Siamo completamente pronti ad accettare che Dio elimini tutti questi nostri difetti di carattere.
7. Gli abbiamo chiesto con umiltà di eliminare le nostre mancanze.
8. Abbiamo fatto un elenco di tutte le persone cui abbiamo fatto del male e siamo diventati pronti a rimediare ai danni arrecati a loro.
9. Abbiamo fatto direttamente ammenda verso tali persone, laddove possibile, tranne quando, così facendo, avremmo potuto recare danno a loro oppure ad altri..
10. Abbiamo continuato a fare il nostro inventario personale e, quando ci siamo trovati in torto, lo abbiamo subito ammesso.
11. Abbiamo cercato, attraverso la preghiera e la meditazione, di migliorare il nostro contatto cosciente con Dio, come noi possiamo concepirlo, pregandolo solo di farci conoscere la Sua volontà nei nostri riguardi e di darci la forza di realizzarla.
12. Avendo ottenuto un risveglio spirituale come risultato di questi Passi, abbiamo cercato di portare questo messaggio agli alcolisti e di mettere in pratica questi principi in tutte le nostre attività.

In parallelo ai gruppi AA operano dei gruppi dedicati ai familiari. Al-Anon ha lo scopo di aiutare i parenti di persone con disturbi da uso di alcol a gestire gli effetti negativi causati dall'abuso di alcol in un proprio caro (www.al-anon.it). Alateen è un gruppo dedicato al supporto di figli minori e adolescenti di genitori con disturbo da uso di alcol.

Recenti evidenze scientifiche, benché non particolarmente numerose, evidenziano l'efficacia del programma dei 12 passi nel promuovere l'astinenza (Kelly et al., 2020; National Collaborating Centre for Mental Health, 2011).

3.6 Trattamenti residenziali

La Legge Quadro in materia di alcol (Legge n.125/2001) ha introdotto la possibilità, anche per le persone con disturbo da uso di alcol, di usufruire delle strutture residenziali e semiresidenziali istituite per l'assistenza, per percorsi riabilitativi e per il reinserimento territoriale (Coriale et al., 2018). I programmi residenziali forniscono un ambiente che prevede l'assenza di alcolici 24 ore su 24. Essi variano ampiamente nell'intensità dei servizi clinici forniti (ospedalieri e comunitari) e nei modelli di trattamento impiegati. Esistono modelli che enfatizzano la consulenza individuale e di gruppo e il lavoro sulle abilità sociali; altri che includono interventi riabilitativi anche in campo lavorativo e altri ancora, più intensivi, che integrano servizi medici, psicoterapeutici ed educativo-riabilitativi. Il trattamento residenziale può essere utile per i pazienti con un disturbo da uso di alcol da moderato a grave che non riescono a mantenere l'astinenza in percorsi ambulatoriali, con un livello di trattamento meno intensivo, o anche per persone che si trovano in condizioni di alto rischio (persone senza fissa dimora, in stato di gravidanza, con ambienti familiari complessi, con una situazione clinica delicata...). La letteratura scientifica, però, al momento non dispone di studi clinici ben strutturati che permettano di raccogliere evidenze in merito all'efficacia di questi trattamenti.

3.7 Efficacia degli interventi psicosociali per i disturbi da uso di alcol

Quali sono dunque gli interventi più efficaci? Le revisioni e le meta-analisi condotte sino ad ora hanno stabilito che una serie di interventi psicologici (inclusi quelli sopra descritti) sono clinicamente efficaci, ma nessuno può essere definito complessivamente migliore degli altri (Raistrick et al., 2006; National Collaborating Centre for Mental Health, 2011). Per questa ragione, Nadkarni e colleghi (2020) hanno condotto una revisione delle revisioni sistematiche disponibili con l'obiettivo di identificare sintetizzare le strategie comuni degli interventi psicologici basati sull'evidenza scientifica per il trattamento dei disturbi da uso di alcol. I risultati hanno indicato che gli interventi di comprovata efficacia includono i seguenti elementi:

- valutazione di aspetti legati al disturbo,
- feedback personalizzati,
- colloqui motivazionali,
- definizione chiara degli obiettivi terapeutici,
- impostazione e revisione di compiti a casa,
- strategie per migliorare le capacità di problem solving,
- prevenzione/gestione delle ricadute.

Ovviamente, anche altri elementi concorrono all'efficacia del trattamento, come la competenza dello psicologo clinico che conduce gli interventi, l'alleanza terapeutica che si stabilisce tra le parti coinvolte e alcune caratteristiche dei pazienti stessi: ad esempio, i pazienti motivati al cambiamento hanno una prognosi più positiva rispetto a quelli con un disturbo da uso di alcol più grave e/o con altri problemi psichiatrici associati.

4. PREVENZIONE DEI DISTURBI DA USO DI ALCOL

Il consumo rischioso e dannoso di alcol ha un notevole impatto sia sulla salute pubblica, sia sullo sviluppo economico e sulla società nel suo insieme. Il Piano nazionale alcol e salute (https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_623_allegato.pdf), approvato dalla Conferenza Stato-Regioni nel 2007, è finalizzato a promuovere in maniera coordinata in tutte le Regioni le attività di prevenzione e presa in carico dei problemi alcol-correlati. Il Piano include 10 obiettivi il cui raggiungimento richiede azioni strategiche congiunte, in collaborazione con le Regioni e con il coinvolgimento di varie strutture e soggetti del sistema sanitario nazionale. D'altro lato, nel 2006 la Commissione Europea ha adottato la Strategia europea per la riduzione dei danni correlati all'alcol (https://www.epicentro.iss.it/alcol/materiali/libretti/libretto_strategie_CE.pdf), identificando cinque temi prioritari:

- Proteggere i giovani, i bambini ed i nascituri;
- Ridurre gli infortuni e le morti da incidenti stradali alcol correlati;
- Prevenire il danno alcol correlato fra gli adulti e ridurre l'impatto negativo nei luoghi di lavoro;
- Informare, educare ed elevare la consapevolezza dell'impatto del consumo di alcol rischioso e dannoso e sui modelli di consumo appropriati;
- Sviluppare e mantenere una base comune di evidenze, a livello dell'Unione Europea.

Queste politiche preventive riflettono la necessità di azioni appropriate a contrasto dell'uso rischioso e dannoso di alcol, ma fare prevenzione in ambito alcolologico è molto complesso in quanto il consumo di alcol è un fenomeno accettato e promosso sul piano collettivo, culturale ed economico.

Le tipologie di prevenzione cui oggi si fa generalmente riferimento superano la vecchia categorizzazione di Caplan (1964) che distingueva la prevenzione in primaria, secondaria e terziaria. Oggi invece vengono utilizzate le categorie proposte dall'Institute of Medicine nel 1994, che includono:

- Prevenzione universale: riguarda tutte quelle forme di prevenzione auspicabili rivolte ad intere popolazioni o a categorie specifiche (giovani, donne in gravidanza etc.), senza uno screening preventivo per i fattori di rischio e ha come obiettivo principale quello evitare (o ritardare il più possibile) l'insorgenza di un disturbo da uso di alcol fornendo a tutti gli individui gli strumenti necessari a prevenire le situazioni problematiche.
- Prevenzione selettiva: si rivolge a sottogruppi della popolazione ritenuti ad alto rischio, ma senza la presenza di disturbi conclamati.

- Prevenzione specifica (o indicata): si rivolge a soggetti ad alto rischio che presentano segni o sintomi riconoscibili che prefigurano lo sviluppo di un disturbo; ad individui che già presentano indicazioni di un consumo di alcol rischioso o dannoso.

Gli interventi preventivi mirano ad agire in maniera precoce rispetto all'instaurarsi di pattern di consumo rischioso o dannoso, in modo da massimizzare l'efficacia della prevenzione. Evidenze scientifiche sintetizzate a partire da studi australiani hanno evidenziato come gli interventi preventivi universali rivolti ai disturbi alcol correlati permettano un risparmio finanziario notevole e siano maggiormente *cost-effective* (miglior rapporto tra costo finanziario e efficacia dell'intervento) rispetto al trattamento degli stessi disturbi. Sebbene i programmi di prevenzione selettiva abbiano il potenziale per affrontare precocemente l'insorgenza di disturbi alcol-correlati, lo screening per le persone a rischio può essere costoso in termini di tempo e denaro e può introdurre questioni legate a processi di stigmatizzazione (Mewton et al., 2018). Per questa ragione, una considerevole mole di ricerca si è concentrata su interventi di prevenzione universale e, quindi, sulla popolazione dei giovani. L'adolescenza, infatti, è un periodo critico per l'inizio del consumo di alcol poiché l'età al primo consumo è, in media, di 17 anni a livello mondiale (Lim et al., 2012) e anche in Italia - nonostante la Legge n.189/2012 imponga il divieto di somministrazione e vendita di bevande alcoliche ai minorenni - nel 2018 i ragazzi tra gli 11 e i 17 anni che hanno consumato almeno una bevanda alcolica sono stati pari al 21,3% tra i maschi e a 17,8% tra le femmine (https://www.iss.it/-/rapporti_istisan_22_1).

4.1 Interventi di prevenzione universale

Data l'importanza dell'intervento precoce e preventivo nell'ambito dei disturbi alcol-correlati, sono di particolare interesse gli interventi universali rivolti alla popolazione giovanile.

Sebbene moltissimi interventi preventivi universali vengono attuati all'interno del contesto familiare e scolastico, la letteratura scientifica riporta anche esempi di interventi condotti in contesti sanitari, lavorativi, sportivi o comunitari. Le evidenze scientifiche, però, sono troppo scarse per poterne confermare l'efficacia. Per questa ragione, nel nostro approfondimento ci occuperemo solo degli interventi familiari e degli interventi scolastici.

4.1.1 Interventi familiari

I genitori e le figure parentali svolgono un ruolo importante nella crescita e nella socializzazione di giovani. Comportamenti di supporto positivo e un adeguato monitoraggio e vigilanza da parte dei genitori possono promuovere lo sviluppo di comportamenti prosociali e ridurre la probabilità di incorrere in condotte devianti anche dovute all'influenza da parte di gruppi di pari (Foxcroft & Tsertsvadze, 2011). La letteratura scientifica suggerisce che gli interventi familiari di prevenzione universale siano efficaci nel ritardare e ridurre il consumo di alcol, sebbene le evidenze non siano robuste.

Sono risultati più efficaci nel ridurre il consumo di alcol quegli interventi che, in ottica psicosociale, si sono occupati di intervenire su un ampio range di aspetti anche comportamentali, rispetto agli interventi

focalizzati specificamente sul consumo di alcol e sono risultati più efficaci gli interventi nei quali veniva promossa la partecipazione attiva della famiglia e quelli diretti alle fasce più giovani della popolazione (Mewton et al., 2018). Alcuni interventi sono risultati efficaci anche dopo valutazioni di follow-up.

A titolo di esempio, in uno studio che ha valutato un intervento familiare che prevedeva la condivisione di materiale informativo e alcune telefonate tra un operatore e la famiglia (intervento Family Matters, Bauman et al., 2002), ad un anno dall'intervento il gruppo assegnato all'intervento familiare presentava una proporzione significativamente ridotta di adolescenti che avevano consumato alcol, rispetto al gruppo di controllo.

4.1.2 Interventi scolastici

La scuola, come ambiente educativo per eccellenza per i giovani, rappresenta una grande risorsa per gli interventi di prevenzione universale. Negli ambienti scolastici, la prevenzione universale tipicamente assume la forma di educazione alla consapevolezza dell'uso di alcol (interventi educativi) o di interventi per promuovere le abilità sociali e un rapporto positivo tra i pari (interventi psicosociali). Gli interventi possono integrare elementi educativi e psicosociali in modo da ampliare le aree di intervento e le strategie disponibili (Foxcroft & Tsertsvadze, 2011). Anche in questo caso la letteratura scientifica suggerisce che gli interventi di prevenzione universale scolastici siano efficaci nel ritardare e ridurre il consumo di alcol, sebbene le evidenze non siano robuste e i risultati non siano univoci. Una revisione sistematica ha concluso che gli interventi scolastici possono essere un approccio efficace alla prevenzione dell'alcol, almeno a breve termine (Stigler et al., 2011). Tuttavia, un'altra revisione ha rilevato che mentre gli interventi scolastici sono risultati efficaci nell'aumentare la consapevolezza e l'atteggiamento nei confronti dell'uso di alcol, non vi sono prove a supporto del loro impatto sul consumo stesso di alcol (Martineau et al., 2013). Un esempio interessante di intervento scolastico è rappresentato da uno studio tedesco (Morgenstern et al., 2009) nel quale gli studenti (di scuole medie inferiori) hanno partecipato a quattro incontri in classe, coordinati da un insegnante che aveva a sua volta ricevuto una formazione specifica, in aggiunta ad una serie di materiale informativo. Gli studenti del gruppo sperimentale hanno mostrato un rischio di condotte di binge drinking significativamente ridotto alle valutazioni di follow-up (dopo quattro e dopo 12 mesi dal reclutamento), rispetto al gruppo di controllo che non ha partecipato all'intervento.

4.2 Fattori di rischio

Quando si parla di prevenzione è necessario considerare i fattori di rischio (ma anche gli eventuali fattori protettivi) associati all'insorgenza di problemi alcol-correlati che possano fare da guida nell'adozione di strategie di intervento efficaci e tempestive. Ma quali sono dunque i fattori di rischio per il consumo dannoso e di alcol e i disturbi da uso di alcol? Tra i più importanti citiamo:

- Genere. Gli uomini hanno da sempre presentato tassi più elevati di consumo di alcol, di conseguenze correlate all'alcol e di disturbi da uso di alcol rispetto alle donne, sebbene questo divario di genere si stia notevolmente riducendo negli ultimi anni (Keyes et al., 2019).
- Status socioeconomico. Lo stato socioeconomico è un fattore che influenza il consumo di alcol di una persona e i relativi esiti in termini di salute e sociali. Le persone con uno status socioeconomico più elevato spesso consumano quantità di alcol simili o maggiori rispetto alle persone con status socioeconomico inferiore, sebbene queste ultime sembra subiscano maggiormente la portata degli esiti e delle conseguenze negative legate all'uso di alcol stesso (Collins, 2016).
- Consumo precoce di alcol. L'uso di alcol in adolescenza è risultato essere un fattore di rischio per dipendenza da alcol e sostanze (Grant et al., 2006).
- Storia familiare di disturbi da uso di alcol. Le evidenze scientifiche supportano l'ipotesi che una storia familiare di disturbi da uso di alcol, così come l'esposizione a disturbi alcol-correlati durante l'infanzia, rappresenti un fattore di rischio per lo sviluppo di disturbi da uso di alcol in età adulta (Light et al., 1999).
- Traumi, maltrattamenti infantili ed eventi di vita stressanti. Le persone che hanno subito traumi, in particolare durante l'infanzia, o sono incorse in una serie di fattori di stress significativi nel corso della vita, hanno una maggior probabilità di sviluppare pattern di consumo di alcol dannosi o disturbi da uso di alcol (Anthenelli & Grandison, 2012). Assistere alla violenza domestica e subire abusi fisici e sessuali si sono dimostrati essere significativamente associati ad un inizio in età preadolescenziale di consumo di alcol (Hamburger et al., 2008).
- Vulnerabilità genetica. Tra il 50% e il 60% della vulnerabilità ai disturbi da uso di alcol sembra essere ereditaria e dovuta a varianti di una serie di geni. Evidenze scientifiche suggeriscono infatti come diversi geni possano aumentare il rischio influenzando vari processi biologici e mentali, tra cui, ad esempio, le risposte fisiologiche all'alcol e allo stress, il metabolismo dell'alcol e la neurobiologia correlata alla dipendenza e alle condotte comportamentali (Goldman et al., 2005).
- Disturbi esternalizzanti e altri disturbi mentali. Studi prospettici hanno documentato che i disturbi esternalizzanti (disturbo oppositivo provocatorio, disturbi della condotta, ADHD, disturbi della personalità antisociali) sono correlati all'insorgenza futura di consumo di alcol problematico (Farmer et al., 2016). Inoltre, tra le persone che soffrono di un disturbo d'ansia, di un disturbo depressivo maggiore e di un disturbo di uso di sostanze (diverso dall'alcol), la prevalenza di un disturbo di alcol arriva sino al 40% (Castillo-Carniglia, 2019).
- Aspetti cognitivi e neurobiologici. Diversi studi hanno indicato che deficit nelle funzioni esecutive, così come aspetti di impulsività cognitiva, alterazioni nella struttura cerebrale e una ridotta attivazione cerebrale durante i compiti che misurano l'inibizione della risposta, l'elaborazione della ricompensa e la memoria di lavoro, sono predittori del consumo di alcol e di disturbi da uso di alcol (Deeken et al., 2020; O'Halloran et al., 2017).

Oltre a questa corposa lista di fattori di rischio, sono stati individuati anche alcuni fattori protettivi (soprattutto in età adulta) che includono: l'essere coniugati; avere un elevato livello di istruzione e uno status socio-economico elevato; un forte supporto sociale; alcuni aspetti legati alla resilienza come una buona capacità di controllo emotivo e cognitivo in situazioni stressanti; un buon livello di tolleranza alle emozioni negative; e l'abilità di mantenere l'orientamento verso l'obiettivo (Deeken et al., 2020).

Tutti questi fattori devono essere tenuti in considerazione dallo psicologo clinico come aspetti da indagare col paziente, sia in fase di assessment iniziale e sia in fase di pianificazione del trattamento, in modo da individuare il livello di rischio e adottare le strategie più indicate, per costruire un intervento che il sia il più possibile personalizzato e adatto alle caratteristiche dell'utente stesso in funzione delle fragilità e punti di forza dell'individuo, della famiglia e del contesto di vita.

I SUGGERIMENTI DEI CLINICI ESPERTI

Il lavoro con la famiglia in fase iniziale

E' sempre utile coinvolgere le persone che vivono con chi ha un problema di alcol (coniuge, genitori, fratelli) fin dal primo colloquio. La sofferenza dei familiari deve essere ascoltata: per anni si sono sacrificati nel fallito tentativo di curare il paziente e nello sforzo di mandare avanti comunque la famiglia. Quando arrivano dal terapeuta col paziente sono esasperati, non sanno cosa fare per aiutare in modo efficace, evitando comportamenti disfunzionali. Coinvolgere sin da subito il familiare permette di:

- raccogliere un'anamnesi meno lacunosa e avere quadro più realistico dell'assunzione alcolica, degli effetti e delle conseguenze;
- valutare se i familiari hanno bisogno di una presa in carico per sé presso altro servizio territoriale (Consultorio, CPS); se possono essere una risorsa nel percorso del paziente o se potrebbero essere un inconsapevole ostacolo;
- farsi un quadro dello stato di stress anche dei minori (figli o fratelli), che possono manifestare difficoltà (comportamentali, scolastiche), che non trovano miglioramento se il Disturbo da Uso di Alcol (DUA) non viene efficacemente trattato;
- ascoltare il disagio del familiare e aiutarlo ad avere informazioni corrette sul DUA, superando pregiudizi e false credenze; spiegando che si tratta di una patologia (non un vizio) che può essere curata con un idoneo trattamento che veda la proattività del paziente e dei suoi familiari;
- dare suggerimenti comportamentali, utili per non esasperare ulteriormente il clima familiare e prevenire litigi violenti (per esempio non discutere quando una persona è sotto l'effetto di alcol ed allontanarsi);

- rispondere alle domande dei familiari sulla patologia, i suoi effetti e le cure;
- chiedere al familiare se è disponibile ad accompagnare il paziente nella cura ed aiutarlo in alcune cose (per es. l'assunzione dei farmaci prescritti dal medico);
- creare un'alleanza terapeutica che includa sia il paziente sia il familiare, finalizzata al fronteggiamento dell'alcol e alla adozione di strategie protettive condivise (per es. eliminare gli alcolici da casa)
- sostenere il familiare ed aiutarlo a comprendere il paziente sostenendolo nel suo percorso di cambiamento e nei momenti di difficoltà.

Collaborare con la Rete di cura in Lombardia

Non è mai indicato che il Disturbo da uso di alcol venga trattato da un unico profilo professionale, medico o psicologo: è necessaria una Equipe multidisciplinare che possa utilizzare una molteplicità di strumenti trattamentali. Se si ha in carico una persona affetta da DUA, è sempre possibile contattare e collaborare con i Servizi pubblici e con i Gruppi di Auto-Aiuto del proprio territorio.

In ogni Azienda sanitaria sono presenti i Servizi per le Dipendenze pubblici (SERD) e talvolta anche dei Servizi specialistici, i Nuclei Operativi di Alcologia. Ci sono dei Servizi per le Dipendenze privati accreditati che a loro volta prevedono Equipe multidisciplinari che possono lavorare con persone con Disturbo da uso di alcol. Anche le Comunità Terapeutiche possono accogliere gli utenti inviati dai Servizi delle Dipendenze. Sono presenti, con recapiti reperibili sul web, le Associazioni dei Gruppi di auto aiuto per i pazienti e per i familiari (Alcolisti Anonimi ed Al-Anon) e per le famiglie (CAT). Inoltre vi sono Reparti Ospedalieri pubblici e privati per la Riabilitazione Alcolologica: propongono percorsi intensivi in regime di ricovero della durata di circa 30 giorni. Durante la degenza, oltre alla disintossicazione e agli esami strumentali, i pazienti effettuano percorsi informativi, educativi, motivazionali in setting individuali, familiari e di gruppo. Anche nel Reparto Ospedaliero opera una Equipe multidisciplinare integrata, che ha la possibilità di effettuare diagnosi organiche e psichiche in una condizione alcohol free, avviando eventuali terapie che verranno poi proseguite nel territorio di residenza, accedendo ai servizi territoriali e ai gruppi di auto-aiuto

Riferimenti normativi e di indirizzo

I riferimenti normativi e di indirizzo raccontano e definiscono, nella loro peculiarità e nello specifico sull'abuso di alcol, la storia e l'evoluzione dei problemi e delle patologie alcol-correlate, come problema di sanità pubblica, nelle aree di interesse sociale e sanitario, professionale, culturale e di promozione di stili di vita

sani. Fin dal 1975 lo Psicologo è previsto nei Centri Medici e di Assistenza Sociale per le tossicodipendenze e l'alcoldipendenza.

Allo stato attuale le Regioni e Province Autonome italiane procedono nello sviluppo delle funzioni loro assegnate dalla legge 125/2001 per la programmazione di interventi di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, per l'organizzazione di Servizi dedicati, per la formazione e l'aggiornamento del personale.

Il Ministero della Salute in collaborazione con ISS/ONA, monitora annualmente lo svolgimento delle attività regionali tramite la trasmissione dei dati che le stesse Regioni producono annualmente ai sensi della legge 125/2001. Ogni anno il Ministero relaziona al Parlamento su questi dati (cfr. sito del Ministero della Salute).

Di seguito indichiamo gli atti normativi e di indirizzo più significativi per il settore alcolico:

-Legge 685 del 22.12.1975 "Disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope. Prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza"

-Accordo Stato/Regioni del 21.1.1999 inserisce il coordinamento delle attività relative all'alcoldipendenza nell'ambito delle attività dei Dipartimenti per le dipendenze delle Aziende USL

-Legge 181.2.1999 n. 45 estende i finanziamenti del Fondo nazionale per la lotta alla droga ,presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri, anche a progetti regionali e nazionali in materia di "alcoldipendenza correlata".

- Decreto Legislativo 19.6.1999 n.229 prevede, all'art. 3 septies comma 4, la collocazione della dipendenza da alcol nell'ambito delle aree cui attengono prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria, da assicurarsi da parte delle aziende sanitarie in quanto comprese nei livelli essenziali di assistenza.

- Atto di intesa Stato-Regioni del 5.8.1999, determina i requisiti minimi standard per l'autorizzazione al funzionamento e per l'accreditamento degli enti e delle associazioni private che operano nel campo della prevenzione, cura e riabilitazione delle persone dipendenti da sostanze di abuso, costituisce evidentemente una regolamentazione anche degli enti operanti nel settore della dipendenza da alcol.

- Legge n. 125 del 30 marzo 2001 "Legge quadro in materia di alcol e problemi correlati" La legge, in linea con gli orientamenti dell'U.E. e dell'O.M.S., regola aspetti non solo di ambito sociosanitario, quali la prevenzione, la cura e il reinserimento sociale , ma anche di ambito sociale e socioculturale, quali la sicurezza del traffico stradale, la sicurezza sui luoghi di lavoro, la pubblicità, le modalità di vendita, la formazione universitaria degli operatori, la disponibilità dei farmaci

-Piano Sanitario Nazionale 2003-2005, conferma, tra gli strumenti fondamentali di prevenzione, l'adozione di stili di vita sani, configura la prevenzione dell'abuso alcolico, e in particolare di quello giovanile, quale specifica tematica da inserire nei programmi di abbattimento dell'uso e abuso di sostanze

- Il Ministero dello Sviluppo Economico, con la Risoluzione 18512/13, ha definitivamente chiarito che l'applicabilità del divieto di vendita di bevande alcoliche ai minori di anni 18, previsto dall'art. 7 del DL 158/2012, vale anche per la somministrazione sul posto

- *Piano Nazionale Alcol e Salute (PNAS), approvato dalla Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 29 marzo 2007 e pubblicato nella G.U. s. g. n. 88 del 16 aprile 2007*, costituisce un documento programmatico di indirizzi concordati tra Ministero e Regioni, secondo le previsioni della legge 125/2001, con la finalità di promuovere l'implementazione di un insieme di strategie e azioni finalizzate a rafforzare le attività di prevenzione e a ridurre la mortalità e morbilità alcol correlate nel nostro Paese.

- *Piano Nazionale Monitoraggio Alcol E Salute 2009* -Documento redatto dal Gruppo Tecnico Congiunto formato dai rappresentanti del Sottocomitato Ministero Lavoro Salute e Politiche Sociali - Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie e della Sottocommissione- Coordinamento Alcol delle Regioni e delle Province Autonome.

- Decreto 189/2012 di conversione del Decreto Legge n. 158/2012 noto come "D.L. Salute Balduzzi" ha introdotto il divieto di vendita di bevande alcoliche ai minori di 18 anni. La norma estende inoltre il divieto di vendita di bevande alcoliche ai minori anche attraverso i distributori automatici, che dovranno essere dotati di sistemi automatici per la lettura dei documenti o presidiati da personale dedicato

- Decreto Legge n.14 del 20 febbraio 2015, divieto di somministrazione di bevande alcoliche ai minori di 18 anni è legge nazionale in vigore

- *Piano Nazionale Prevenzione 2014-2018 "GUADAGNARE SALUTE"* Obiettivo specifico del programma è quello di agire in modo *integrato e coordinato sui quattro principali fattori di rischio modificabili (fumo, alcol, scorretta alimentazione e inattività fisica), responsabili da soli del 60% della perdita di anni di vita in buona salute in Europa e in Italia.* "

- Centro Nazionale di Prevenzione e Controllo delle Malattie (CCM)approva, tra le azioni centrali di sostegno alle Regioni per la verifica e valutazione del conseguimento degli obiettivi di prevenzione alcolica contemplati nel nuovo PNP 2014-2018, il progetto "SisMA. Sistema di Monitoraggio alcol correlato" affidato all'Istituto Superiore di Sanità, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute (CNESPS), Reparto Salute della Popolazione e suoi Determinanti

- Piano nazionale Cronicità. Ministero Salute- Direzione Generale della programmazione Sanitaria Accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 15 settembre 2016

- Piano Nazionale Prevenzione 2020-2025 Ministero della Salute-Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria (5.2 dipendenze e problemi correlati. Pag. 43-50)

- Ministero Salute - Conferenza Nazionale Alcol- LIBRO BIANCO "Informare, educare, curare: verso un modello partecipativo ed integrato dell'alcolologia italiana"2022

- Relazione annuale del Ministro della Salute al Parlamento sugli interventi realizzati ai sensi della Legge 30.3.2001 n. 125 - Legge quadro in materia di alcol e problemi alcol correlati", anno 2023

Per ulteriori approfondimenti documentazione, rapporti ,progetti europei e OMS recenti, si rimanda alla pubblicazione del 2023 dell'Istituto Superiore Sanita :

- Rapporti ISTISAN 23/3 -Epidemiologia e monitoraggio alcolcorrelato in Italia e nelle Regioni- valutazione dell'Osservatorio Nazionale Alcol sull'impatto del consumo di alcol ai fini della implementazione delle attività del Piano Nazionale Alcol e Salute e del piano Nazionale della Prevenzione (ISSN:1123-3117)

BIBLIOGRAFIA:

- American Psychiatric Association. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi Mentali, Quinta edizione (DSM-5), trad. it. Milano: Raffaello Cortina; 2014.
- Anderson P, Gual A, Colom J. Alcohol and Primary Health Care: Clinical Guidelines on Identification and Brief Interventions. Barcelona: Department of Health of the Government of Catalonia;2005. Adattamento alla versione italiana: Scafato E, Gandin C, Patussi V., gruppo di lavoro IPIB. L'alcol e l'assistenza sanitaria primaria. Linee guida cliniche per l'identificazione e l'intervento breve. 2010.
- Anker JJ, Kushner MG. Co-Occurring Alcohol Use Disorder and Anxiety: Bridging Psychiatric, Psychological, and Neurobiological Perspectives. *Alcohol Res.* 2019;40(1):arcr.v40.1.03.
- Anthenelli R, Grandison L. Effects of Stress on Alcohol Consumption. *Alcohol Res Curr Rev.* 2012;34(4):381-382.
- Balconi M, Losasso D, Balena A, Crivelli D. BFE-A - Batteria per le Funzioni Esecutive nell'Addiction [Battery for Exective Functions in Addiction]. Firenze: Giunti Psychometrics; 2022.
- Barnett NP, Celio MA, Tidey JW, Murphy JG, Colby SM, Swift RM. A preliminary randomized controlled trial of contingency management for alcohol use reduction using a transdermal alcohol sensor. *Addiction.* 2017;112(6):1025-1035.
- Bauman KE, Ennett ST, Foshee VA, Pemberton M, King TS, Koch GG. Influence of a family program on adolescent smoking and drinking prevalence. *Prev Sci.* 2002;3(1):35-42.
- Benussi G, Gallimberti L, Zorzut G, De Vanna M, Gasparini V. Validation of the Michigan Alcoholism Screening Test (MAST) in an Italian urban population. *Drug Alcohol Depend* 1982; 9:257-263.
- Bill W. Chapter 5: How It Works, in *Alcoholics Anonymous*, 4th, Alcoholics Anonymous World Services; 2001.
- Blomberg RD, Peck RC, Moskowitz H, Burns M, Fiorentino D. Crash Risk of Alcohol Involved Driving. National Highway Traffic Safety Administration, Washington, D.C.; 2002.
- Boden JM, Fergusson DM. Alcohol and depression. *Addiction.* 2011;106(5):906-914.
- Bonfiglio NS, Renati R, Agus M, Penna MP. Validation of a substance craving questionnaire (SCQ) in Italian population [published correction appears in *Addict Behav Rep.* 2021 Jan 21;13:100334]. *Addict Behav Rep.* 2019;9:100172.
- Bush K, Kivlahan DR, McDonell MB, Fihn SD, Bradley KA. The AUDIT alcohol consumption questions (AUDIT-C): an effective brief screening test for problem drinking. Ambulatory Care Quality Improvement Project (ACQUIP). Alcohol Use Disorders Identification Test. *Arch Intern Med.* 1998;158(16):1789-1795.
- Caplan G. Principles of preventive psychiatry. Basic books: New York; 1964.
- Carrà G, Sciarini P, Segagni-Lusignani G, Clerici M, Montomoli C, Kessler RC. Do they actually work across borders? Evaluation of two measures of psychological distress as screening instruments in a non Anglo-Saxon country. *Eur Psychiatry* 2011;26(2):122-127.

- Carver CS. You want to measure coping but your protocol's too long: consider the brief COPE. *Int J Behav Med.* 1997;4(1):92-100.
- Carver CS, Scheier MF, Weintraub JK. Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *J Pers Soc Psychol.* 1989; 56: 267-283.
- Castillo-Carniglia A, Keyes KM, Hasin DS, Cerdá M. Psychiatric comorbidities in alcohol use disorder. *Lancet Psychiatry.* 2019;6(12):1068-1080.
- Collins SE. Associations Between Socioeconomic Factors and Alcohol Outcomes. *Alcohol Res.* 2016;38(1):83-94.
- Conner KR, Bagge CL. Suicidal Behavior: Links Between Alcohol Use Disorder and Acute Use of Alcohol. *Alcohol Res.* 2019;40(1):arcr.v40.1.02.
- Coriale G, Fiorentino D, De Rosa F, et al. Treatment of alcohol use disorder from a psychological point of view. *Trattamento del disturbo da uso di alcol da un punto di vista psicologico. Riv Psichiatr.* 2018;53(3):141-148.
- Copello A, Orford J, Hodgson R, Tober G, Barrett C on behalf of the UKATT Research Team. Social behaviour and network therapy: basic principles and early experiences. *Addict Behav.* 2002;27:345 -366.
- Copello A, Orford J, Velleman R, Templeton L, Krishnan M. Methods for reducing alcohol and drug related family harm in non-specialist settings. *J Mental Health* 2000a;9:319-333.
- Copello A, Templeton L, Krishnan M, Orford J, Velleman R. A treatment package to improve primary care services for the relatives of people with alcohol and drug problems. *Addict Res.* 2000b;8:471-484.
- Copello AG, Velleman RD, Templeton LJ. Family interventions in the treatment of alcohol and drug problems. *Drug Alcohol Rev.* 2005;24(4):369-385.
- Cox WM, Klinger E. A motivational model of alcohol use. *J Abnorm Psychol.* 1988;97(2):168-180.
- Darvishi N, Farhadi M, Haghtalab T, Poorolajal J. Alcohol-related risk of suicidal ideation, suicide attempt, and completed suicide: a meta-analysis. *Plos One.* 2015;10(5):e0126870.
- Deeken F, Banaschewski T, Kluge U., et al. Risk and Protective Factors for Alcohol Use Disorders Across the Lifespan. *Curr Addict Rep.* 2020;7: 245–251.
- Derogatis LR. *SCL-90-R, administration, scoring and procedures manual.* Baltimore: Clinical Psychometric Research; 1977.
- Evans C, Connell J, Barkham M, et al. Towards a standardised brief outcome measure: psychometric properties and utility of the CORE-OM. *Br J Psychiatry* 2002;180:51-60.
- Fals-Stewart W, Klostermann K. *Psychoeducational Attention Control Treatment for Alcoholism (PACT): A Guide.* Buffalo, NY: The Addiction and Family Research Group; 2004.
- Fals-Stewart W, Klosterman K, Yates BT, et al. Brief relationship therapy for alcoholism: A randomized clinical trial examining clinical efficacy and cost-effectiveness. *Psychol Addict Behav.* 2005;19:363-371.

- Farmer RF, Gau JM, Seeley JR, Kosty DB, Sher KJ, Lewinsohn PM. Internalizing and externalizing disorders as predictors of alcohol use disorder onset during three developmental periods. *Drug Alcohol Depend.* 2016 Jul 1;164:38-46.
- Fernández-Serrano MJ, Pérez-García M, Verdejo-García A. What are the specific vs. generalized effects of drugs of abuse on neuropsychological performance?. *Neurosci Biobehav Rev.* 2011;35(3):377-406.
- Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res.* 1975;12(3):189-198.
- Fossati A, Di Ceglie A, Acquarini E, Barratt ES. Psychometric properties of an Italian version of the Barratt Impulsiveness Scale-11 (BIS-11) in nonclinical subjects. *J Clin Psychol.* 2001;57(6):815-828.
- Foxcroft DR, Tsertsvadze A. Universal family-based prevention programs for alcohol misuse in young people. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011a;(9):CD009308.
- Foxcroft DR, Tsertsvadze A. Universal school-based prevention programs for alcohol misuse in young people. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011b;(5):CD009113.
- GBD 2016 Alcohol Collaborators. Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990–2016: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet.* 2018;392(10152): 1015-1035.
- Ghiță A, Gutiérrez-Maldonado J. Applications of virtual reality in individuals with alcohol misuse: A systematic review. *Addictive Behav.* 201;81:1-11.
- Giuffredi C, Di Gennaro C, Montanari A, Barilli A, Vescovi PP. Alcohol addiction: evaluation of alcohol abstinence after a year of psycho-medical-social treatment. *Addict Biol.* 2003; 8:219-228.
- Glantz MD, Bharat C, Degenhardt L, et al. The epidemiology of alcohol use disorders cross-nationally: Findings from the World Mental Health Surveys [published correction appears in *Addict Behav.* 2020;106:106381]. *Addict Behav.* 2020;102:106128.
- Grant BF, Stinson FS, Dawson DA, Chou SP, Dufour MC, Compton W, Pickering RP, Kaplan K. Prevalence and co-occurrence of substance use disorders and independent mood and anxiety disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry* 2004;61(8):807-816.
- Grant JD, Scherrer JF, Lynskey MT, et al. Adolescent alcohol use is a risk factor for adult alcohol and drug dependence: evidence from a twin design. *Psychol Med.* 2006;36(1):109-118.
- Goldman D, Oroszi G, Ducci F. The genetics of addictions: uncovering the genes. *Nat Rev Genet.* 2005;6(7):521-532.
- Gual A, Segura L, Contel M, Heather N, Colom J. Audit-3 and audit-4: effectiveness of two short forms of the alcohol use disorders identification test. *Alcohol Alcohol.* 2002;37(6):591-596.
- Hamburger ME, Leeb RT, Swahn MH. Childhood maltreatment and early alcohol use among high-risk adolescents. *J Stud Alcohol Drugs.* 2008;69(2):291-295.

Hettema J, Steele J, Miller WR. Motivational interviewing. *Annu Rev Clin Psychol*. 2005; 1: 91-111.

Hodgson R, Alwyn T, John B, Thom B, Smith A. The FAST Alcohol Screening Test. *Alcohol Alcohol*. 2002;37(1):61-66.

Hussong AM, Galloway CA, Feagans LA. Coping motives as a moderator of daily mood-drinking covariation. *J Stud Alcohol* 2005; 66(3):344-353.

Jhanjee S. Evidence based psychosocial interventions in substance use. *Indian J Psychol Med*. 2014;36(2):112-118.

Kaner EF, Beyer F, Dickinson HO, et al. Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007;(2):CD004148.

Kelly JF, Humphreys K, Ferri M. Alcoholics Anonymous and other 12-step programs for alcohol use disorder. *Cochrane Database Syst Rev*. 2020;3(3):CD012880.

Kessler RC, Andrews G, Colpe LJ, et al. Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress. *Psychol Med*. 2002;32(6):959-976.

Keyes KM, Jager J, Mal-Sarkar T, Patrick ME, Rutherford C, Hasin D. Is There a Recent Epidemic of Women's Drinking? A Critical Review of National Studies. *Alcohol Clin Exp Res*. 2019;43(7):1344-1359.

Kokkevi A, Hartgers C. EuropASI: European Adaptation of a Multidimensional Assessment Instrument for Drug and Alcohol Dependence. *Eur Addict Res*. 1995;1(4):208-210.

Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med*. 2001;16(9):606-613.

Light JM, Irvine KM, Kjerulf L. Estimating genetic and environmental effects of alcohol use and dependence from a national survey: a "quasi-adoption" study. *J Stud Alcohol*. 1996;57(5):507-520.

Lim SS, Vos T, Flaxman AD, et al. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990–2010: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 2012; 380(9859): 2224-2260.

Magill M, Martino S, Wampold B. The principles and practices of psychoeducation with alcohol or other drug use disorders: A review and brief guide. *J Subst Abuse Treat*. 2021;126:108442.

Manuel JK, Austin JL, Miller WR, McCrady BS, Tonigan JS, Meyers RJ, Smith JE, Bogenschutz MP. Community Reinforcement and Family Training: a pilot comparison of group and self-directed delivery. *J Subst Abuse Treat*. 2012;43(1):129-136.

Marlatt GA, Gordon JR, editors. *Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addiction Behaviors*. New York, NY: The Guilford Press; 1985.

Martineau F, Tyner E, Lorenc T, Petticrew M, Lock K. Population-level interventions to reduce alcohol-related harm: An overview of systematic reviews. *Prev Med*. 2013; 57(4): 278-296.

Martinotti G, Di Nicola M, Tedeschi D, et al. Craving Typology Questionnaire (CTQ): a scale for alcohol craving in normal controls and alcoholics. *Compr Psychiatry*. 2013;54(7):925-932.

- McCrary BS, Epstein EE. *Overcoming Alcohol Problems: A Couples-Focused Program: Therapist Guide*. New York, NY: Oxford University Press; 2009.
- McCrary BS, Flanagan JC. The Role of the Family in Alcohol Use Disorder Recovery for Adults. *Alcohol Res*. 2021 May 6;41(1):06.
- McDonell MG, Leickly E, McPherson S, et al. A Randomized Controlled Trial of Ethyl Glucuronide-Based Contingency Management for Outpatients With Co-Occurring Alcohol Use Disorders and Serious Mental Illness [published correction appears in *Am J Psychiatry*. 2017;174(6):604]. *Am J Psychiatry* 2017;174(4):370-377.
- Mellentin AI, Nielsen B, Nielsen AS, Yu F, Stenager E. A randomized controlled study of exposure therapy as aftercare for alcohol use disorder: study protocol. *BMC Psychiatry* 2016;16(1):1-8.
- Menary KR, Kushner MG, Maurer E, et al. The prevalence and clinical implications of self-medication among individuals with anxiety disorders. *J Anxiety Disord*. 2011;25(3):335-339.
- Mewton L, Visontay R, Chapman C, Newton N, Slade T, Kay-Lambkin F, Teesson M. Universal prevention of alcohol and drug use: An overview of reviews in an Australian context. *Drug Alcohol Rev*. 2018;37 Suppl 1:S435-S469.
- Meyers R, Miller W, Hill D, Tonigan J. Community reinforcement and family training (CRAFT): engaging unmotivated drug users in treatment. *J Subst Abuse* 1999;10:291-308.
- Miller WR, Meyers RJ, Tonigan JS. Engaging the unmotivated into treatment for alcohol problems: A comparison of three strategies for intervention through family members. *J Consult Clin Psychol*. 1999;67(5):688-697.
- Miller BE, Miller MN, Verhegge R, Linville HH, Pumariega AJ. Alcohol misuse among college athletes: self-medication for psychiatric symptoms? *J Drug Educ*. 2002; 32(1):41-52.
- Miller WR, Muñoz R. *How to Control Your Drinking*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall; 1976
- Miller WR, Rollnick S. *Motivational interviewing: preparing people to change addictive behavior*. New York: Guildford Press; 1991.
- Ministero della Salute. Libro Bianco "Informare, educare, curare: verso un modello partecipativo ed integrato dell'alcolologia italiana". 2022.
- Monti PM, Gulliver SB, Myers MG. Social skills training for alcoholics: assessment and treatment. *Alcohol Alcohol* 1994; 29: 627-637.
- Nadkarni A, Massazza A, Guda R, et al. Common strategies in empirically supported psychological interventions for alcohol use disorders: A meta-review. *Drug Alcohol Rev*. 2023;42(1):94-104.
- Nasreddine ZS, Phillips NA, Bédirian V, et al. The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment [published correction appears in *J Am Geriatr Soc*. 2019 Sep;67(9):1991]. *J Am Geriatr Soc*. 2005;53(4):695-699.

- National Collaborating Centre for Mental Health (UK). Psychological and Psychosocial Interventions. In: Alcohol-Use Disorders: Diagnosis, Assessment and Management of Harmful Drinking and Alcohol Dependence. Leicester, UK: British Psychological Society (UK); 2011.
- O'Farrell TJ, Choquette KA, Cutter HS, Brown ED, McCourt WF. Behavioral marital therapy with and without additional couples relapse prevention sessions for alcoholics and their wives. *J Stud Alcohol* 1993; 54(6):652-666.
- O'Farrell TJ, Clements K. Review of outcome research on marital and family therapy in treatment for alcoholism. *J Marital Fam Ther.* 2012; 38: 122-144.
- O'Halloran L, Nymberg C, Jollans L, Garavan H, Whelan R. The potential of neuroimaging for identifying predictors of adolescent alcohol use initiation and misuse. *Addiction.* 2017;112(4):719-726.
- Orford J. Empowering family and friends: a new approach to the secondary prevention of addiction. *Drug Alcohol Rev.* 1994;13(4):417-429.
- Orford J, Natera G, Copello A, et al. Coping with alcohol and drug problems: the experiences of family members in three contrasting cultures. London: Taylor & Francis; 2005.
- Palmieri G, Evans C, Freni S, et al. La valutazione routinaria degli esiti della psicoterapia: traduzione e validazione preliminare del sistema CORE. *Nuove Tendenze Della Psicologia* 2006;4(3):371-386.
- Parker AJ, Marshall EJ, Ball DM. Diagnosis and management of alcohol use disorders. *BMJ.* 2008;336(7642):496-501.
- Patton JH, Stanford MS, Barratt ES. Factor structure of the Barratt impulsiveness scale. *J Clin Psychol.* 1995;51(6):768-774.
- Petry NM, Martin B, Cooney JL, Kranzler HR. Give them prizes, and they will come: contingency management for treatment of alcohol dependence. *J Consult Clin Psychol.* 2000;68(2):250-257.
- Pokorny AD, Miller BA, Kaplan HB. The Brief MAST: A Shortened Version of the Michigan Alcoholism Screening Test. *Am J Psychiatry* 1972;129(3):342-345.
- Project MATCH Research Group. Matching Alcoholism Treatments to Client Heterogeneity: Project MATCH post-treatment drinking outcomes. *JSAD* 1997;58(1):7-29.
- Raistrick D, Heather N, Godfrey C. Review of the effectiveness of treatment for alcohol problems. London: National Treatment Agency for Substance Misuse; 2006.
- Rehm J, Room R, Monteiro M, et al. Alcohol. In: WHO (ed), Comparative quantification of health risks: Global and regional burden of disease due to selected major risk factors. Geneva: WHO; 2004.
- Rehm J, Gmel GE, Gmel G, et al. The relationship between different dimensions of alcohol use and the burden of disease - an update. *Addiction* 2017;112(6):968-1001.
- Rehm J, Mathers C, Popova S, Thavorncharoensap M, Teerawattananon Y, Patra J. Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders. *Lancet.* 2009;373(9682):2223-2233.

- Roerecke M, Rehm J. Alcohol use disorders and mortality: A systematic review and meta-analysis. *Addiction* 2013;108(9):1562-1578.
- Rollnick S, Heather N, Gold R, Hall W. Development of a short 'readiness to change' questionnaire for use in brief, opportunistic interventions among excessive drinkers. *Br J Addict.* 1992;87:743-754.
- Room R, Babur T, Rehm J. Alcohol and public health. *Lancet.* 2005;365:519-530.
- Sampogna G, Del Vecchio V, Giallonardo V, et al. Il processo di revisione dei sistemi diagnostici in psichiatria: differenze tra ICD-11 e DSM-5. *Riv Psichiatr.* 2020;55(6):323-330.
- Sarno I, Preti E, Prunas A, Madeddu F. SCL-90-R Symptom Checklist-90-R Adattamento italiano. Firenze: Giunti, Organizzazioni Speciali; 2011.
- Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, De la Fuente JR, Grant M. Development of the alcohol use disorders identification test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption-II. *Addiction* 1993;88:791-804.
- Scaglia M, Baiardo E, Baldasso I., et al. Development of an Italian Version of the "Readiness to Change Questionnaire" for Alcoholism and Addiction. In: Tagliamonte, A., Maremmani, I. (eds) *Drug Addiction and Related Clinical Problems*. Vienna: Springer; 1995.
- Scarcella C., Roda F.: *Manuale di Alcolologia*, ASL Brescia
- (https://legacy.ats-brescia.it/media/documenti/comunicazione/materiale%20divulgativo/Alcolologia/Filigranato%20Manuale_alcolologia_ASL_Brescia.pdf)
- Schippers GM, Broekman TG, Buchholz A. MATE 2.1. Manuale e protocollo. Edizione Italiana: Nespoli G., Bignamini E. Nijmegen: Bêta Boeken & Milano: FeDerSerD; 2013.
- Schoepf D, Heun R. Alcohol dependence and physical comorbidity: Increased prevalence but reduced relevance of individual comorbidities for hospital-based mortality during a 12.5-year observation period in general hospital admissions in urban North-West England. *Eur Psychiatry.* 2015;30(4):459-468.
- Selzer ML. The Michigan alcoholism screening test: the quest for a new diagnostic instrument. *Am J Psychiatry* 1971;127(12):1653-1658.
- Shand F, Stafford J, Fawcett J, Mattick R. The treatment of alcohol problems: a review of the evidence. Canberr, ACT, Australia: Publication Production Unit; 2003.
- Sisson RW, Azrin NH. Family-member involvement to initiate and promote treatment of problem drinkers. *J Behav Ther Exp Psychiatry.* 1986;17:15-21.
- Smedslund G, Berg RC, Hammerstrøm KT, et al. Motivational interviewing for substance abuse. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011;2011(5):CD008063.
- Smith GS, Branas CC, Miller TR. Fatal nontraffic injuries involving alcohol: A metaanalysis. *Ann Emerg Med.* 1999;33(6):659-668.

- Smith ND, Cottler LB. The Epidemiology of Post-Traumatic Stress Disorder and Alcohol Use Disorder. *Alcohol Res.* 2018;39(2):113-120.
- Smedslund G, Berg RC, Hammerstrøm KT, et al. Motivational interviewing for substance abuse. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011;2011(5):CD008063.
- Sobell LC, Sobell MB. Timeline Follow-Back. In: Litten, R.Z., Allen, J.P. (eds) *Measuring Alcohol Consumption*. Totowa, NJ: Humana Press; 1992.
- Spiller V, Zavan V, Guelfi GP. Assessing motivation for change in subjects with alcohol problems: the MAC2-A questionnaire. *Alcohol Alcohol.* 2006;41(6):616-623.
- Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB, Löwe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Arch Intern Med.* 2006;166(10):1092-1097.
- Stigler MH, Neusel E, Perry CL. School-based programs to prevent and reduce alcohol use among youth. *Alcohol Res Health* 2011; 34(2): 157-162.
- Subramaniam M, Mahesh MV, Peh CX, et al. Hazardous alcohol use among patients with schizophrenia and depression. *Alcohol.* 2017;65:63-69.
- Thomas C, Ager R. Unilateral family therapy with spouses of uncooperative alcohol abusers. In: O'Farrell T, ed. *Treating alcohol problems: marital and family interventions*. New York: Guilford Press; 1993.
- Thomas SE, Randall CL, Carrigan MH. Drinking to cope in socially anxious individuals: a controlled study. *Alcohol Clin Exp Res* 2003; 27(12):1937-1943.
- Trull TJ, Jahng S, Tomko RL, et al. Revised NESARC personality disorder diagnoses: Gender, prevalence, and comorbidity with substance dependence disorders. *J Pers Disord.* 2010;24:412-426.
- UKATT Research Team. Effectiveness of treatment for alcohol problems: findings of the randomised UK alcohol treatment trial (UKATT) [published correction appears in *BMJ*. 2019 Dec 4;367:l6608]. *BMJ.* 2005;331(7516):541.
- Vasilaki EI, Hosier SG, Cox WM. The efficacy of motivational interviewing as a brief intervention for excessive drinking: a meta-analytic review. *Alcohol Alcohol* 2006; 41: 328-335.
- Walters GD. Behavioral self-control training for problem drinkers: a meta-analysis of randomized control studies. *Behav Ther.* 2000; 31: 135-149.
- Watson J, Toner P, Day E, et al. Youth social behaviour and network therapy (Y-SBNT): adaptation of a family and social network intervention for young people who misuse alcohol and drugs - a randomised controlled feasibility trial. *Health Technol Assess.* 2017;21(15):1-260.
- WHO ASSIST Working Group. The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): development, reliability and feasibility. *Addiction* 2002;97:1183-1194.
- World Health Organization. *Global status report on alcohol and health 2018*. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2018a.

- World Health Organization. Adolescent alcohol-related behaviours: trends and inequalities in the WHO European Region, 2002–2014. Copenhagen: WHO/Europe; 2018b.
- World Health Organization. International statistical classification of diseases and related health problems (11th ed.). World Health Organization; 2019.
- Zhang P, Zhan J, Wang S, et al. Psychological Interventions on Abstinence in Patients with Alcohol Use Disorder: A Systematic Review and Network Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2022;18:1815-1830.