

# Newsletter “Clinica dell’Alcolismo”

Anno VII, n. 28

MISSION n. 52

**Board editoriale e Comitato scientifico:** Giovanni Addolorato, Roberta Agabio, Fabio Caputo, Giorgio Cerizza, Mauro Cibin, Giovanni Galimberti, Ina Hinnenthal, Ezio Manzato, Antonio Mosti, Felice Nava, Biagio Sanfilippo, Valeria Zavan

**Redazione:** Mauro Cibin, Ezio Manzato, Felice Nava, Sara Rosa, Valeria Zavan

**Direttore:** Alfio Lucchini

**Responsabile scientifico:** Ezio Manzato

Inviare richieste e contributi scientifici a:  
[missiondirezione@tiscali.it](mailto:missiondirezione@tiscali.it)

**Redazione Mission:** Via Mazzini, 54 - 20060 Gessate (Mi)

🔍 Gli articoli di questa sezione sono sottoposti a referaggio doppiamente cieco (double blind peer review process) e seguono gli standard in uso per le pubblicazioni scientifiche a livello internazionale ed accettati dalle principali banche dati citazionali

## Persone con alcol-dipendenza in trattamento in Toscana e in Friuli Venezia Giulia: uno studio epidemiologico

*Allaman Allamani\**, *Stefano Bravi\*\**, *Pasquale Pepe\*\**, *Fabio Voller\*\**, *Pierluigi Struzzo\*\*\**, *Jakob Manthey\*\*\*\**, *Jurgen Rehm<sup>o</sup>*

### “Cosa si sapeva già”

Friuli Venezia Giulia e Toscana differiscono sia per cultura del bere, sia per prevalenza di alcolodipendenti in trattamento specialistico.

### “Cosa si aggiunge di nuovo”

Nelle due regioni la dipendenza e l’abuso alcolico si associano a considerevoli problemi di salute e peggiori condizioni socioeconomiche. In Friuli Venezia Giulia le persone con alcolodipendenza e abuso alcolico in trattamento hanno maggior prevalenza di sintomi secondo il DSM IV e maggior accesso ai Pronto Soccorso (DEA) rispetto a quelle toscane.

\* Consulente Agenzia Regionale di Sanità Toscana, Firenze.

\*\* Agenzia regionale per la sanità della Regione Toscana, Firenze, Italia.

\*\*\* MMG dell’Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Udine.

\*\*\*\* Institute of Clinical Psychology and Psychotherapy & Center of Clinical Epidemiology and Longitudinal Studies (CELOS), Technische Universität Dresden, Germania.

<sup>o</sup> Centre for Addiction and Mental Health, Toronto, Canada. Dalla Lana School of Public Health, University of Toronto, Canada. Institute of Medical Science, University of Toronto, Faculty of Medicine, Toronto, Canada. Department of Psychiatry, University of Toronto, Toronto, Canada.

## Diversità dell’alcolodipendenza

L’alcolodipendenza (AD) è una condizione disabilitante, con conseguenze sulla salute psico-fisica e le relazioni familiari, sociali, e lavorative (American Psychiatric Association, 1996, 2014; Cloninger *et al.*, 1989; Moss *et al.*, 2007; Volkow *et al.*, 2016; Heather, 2018) che richiede un trattamento (Cibin *et al.*, 2001; Edwards *et al.*, 2003; Erickson, 2007) ed ha aspetti variabili secondo i contesti e le culture (AMPHORA-3, 2013; Alexander, 2008; Marinangeli, 2001; Jellinek, 1960). Nel 2010 le persone con AD erano il 3,4% della popolazione europea di 18-64 anni (F 1,7%, M 5,2%) (Rehm *et al.*, 2015a), valori presumibilmente sottostimati (Fazel *et al.*, 2006; Fazel *et*

al., 2016; Shield *et al.*, 2012) con comorbilità e mortalità rispettivamente fino a 7 e 5 volte quelle della popolazione generale (Samokhalov *et al.*, 2010; Saieva *et al.*, 2012; Roereke *et al.*, 2014; Pavarin *et al.*, 2015; Rehm *et al.*, 2015b). Il trattamento non giunge al 10% della potenziale utenza (Alonso *et al.*, 2004; Drummond *et al.*, 2011; Rehm *et al.*, 2013), e viene di solito intrapreso quando i problemi appaiono ingestibili. Non vanno però trascurati i successi dell'autocura e delle remissioni spontanee (Sobell *et al.*, 1996; Klingemann *et al.*, 2009).

In Italia vari studi hanno riscontrato valori per AD di 0,8-2% tra la popolazione generale (Scafato *et al.*, 2006; de Girolamo *et al.*, 2006; Osservatorio Permanente Giovani e Alcol, 2007) e di 0,5-1,9% tra gli assistiti dei medici di medicina generale (MMG) (Moiraghi *et al.*, 1988; Faravelli *et al.*, 2004), in quest'ultimo caso con differenze regionali ad es. tra Friuli-Venezia Giulia (FVG) (6,5%) e Toscana (1,8%) (Allamani *et al.*, 2017). Gli alcolisti in cura presso i servizi pubblici dedicati erano 69.990 nel 2013 e 72.784 nel 2014 - 0,12% della popolazione generale, rapporto M/F 3,5-3,6 (Ministero della Salute, 2015); i corrispondenti servizi o gruppi di lavoro erano 500 nel 2013, 504 nel 2014, 496 nel 2016 (Ministero della Salute, 2015, 2017). La maggioranza dei programmi di trattamento è ambulatoriale (Ministero della Salute, 2015), mentre altri paesi europei sono più orientati al trattamento ospedaliero (Rehm *et al.*, 20015c).

In Italia consumi alcolici e problemi alcol-correlati differiscono secondo le regioni e le macroregioni (Ministero della Salute, 2015, 2017). Così FVG e Toscana differiscono, rispecchiando le diversità tra l'Italia del nord-est e quella centrale (Allamani *et al.*, 2017; Scafato *et al.*, 2017). Nel 2014 in FVG (abitanti 1.228.000 nel 2014) son stati trattati 4.469 soggetti con AD (rapporto M/F 3,8) - 0,35% della popolazione regionale - mentre in Toscana (3.751.000 abitanti nel 2014) i valori erano 5.347 (M/F 2,3) - 0,14% della popolazione regionale -. Nello stesso anno i servizi o gruppi alcolologici erano 40 in Toscana e 6 in FVG, ridotti rispettivamente a 38 e 5 nel 2016 (Ministero della Salute, 2015, 2017). Sempre nel 2014, con quasi il triplo del personale a tempo pieno (50 addetti) il FVG aveva 744,9 utenti per servizio, 5 volte di più dei 133,7 della Toscana (Ministero della Salute, 2015, 2017); di questi utenti il 6,7% in FVG e l'1,2% in Toscana ha avuto 1 ricovero ospedaliero o 1 day hospital (Ministero della Salute, 2015), il che è indice di maggior gravità dei problemi alcol-correlati in FVG (Allamani *et al.*, 2017; Scafato *et al.*, 2017).

## Lo studio: obiettivi e metodo

L'obiettivo dello studio era approfondire la conoscenza delle differenze tra Toscana e FVG per dipendenza e abuso alcolici, consumi alcolici, comorbilità somatiche e mentali, problemi sociali e consumo dei servizi sanitari delle persone di 18-64 anni trattate nei servizi alcolologici regionali.

Si sono usati i dati della ricerca "ACP Alcohol dependence in primary & specialist care in Europe" coordinata nel 2013-2014 dalla *Technische Universität* di Dresda e a cui han partecipato le istituzioni di 8 paesi europei, inclusa l'Italia con Toscana e FVG, che ha studiato il profilo socio-sanitario degli alcolodipendenti tra (a) gli assistiti ambulatoriali di un campione di MMG (Rehm *et al.*, 2015d); (b) i trattati presso un

campione di strutture alcolologiche (Rehm *et al.*, 2015c). Si è qui effettuata un'elaborazione originale del dataset dello studio (b), riferita a Toscana e FVG. I criteri di AD e di abuso alcolico sono quelli del DSM IV.

A chi era intervistato, per lo più nelle rispettive sedi di trattamento, tramite il questionario della ricerca europea sopra citata, e qui riadattato, venivano chieste: condizione socio-economica e lavorativa; presenza delle principali patologie correlate al bere ("sa di avere uno o più dei seguenti problemi di salute?"); quantità di bevanda alcolica consumata; uso dei servizi sanitari; presenza di sintomi corrispondenti ai criteri diagnostici del DSM-IV ("mi dica quali di questi problemi o esperienze ha avuto"). Si è fatto ricorso al *World Health Organization Disability Assessment Scale 2.0 (WHODAS 2.0)*, che misura il numero di giorni con difficoltà a espletar le attività usuali a causa delle condizioni di salute durante gli ultimi 30 giorni (Üstün *et al.*, 2010) e al *Kessler Psychological Distress Scale (K10)* che identifica problemi di ansia e depressione nelle ultime 4 settimane prima dell'intervista (Kessler *et al.*, 2002). Si sono poi accertati i valori auto-riferiti di peso, altezza e fumo. Gli intervistatori erano psicologi e statistici preparati all'uopo, che hanno ottenuto i consensi informati degli intervistati.

In Toscana hanno aderito 5 su 7 servizi pubblici per la cura dell'AD contattati sull'asse Firenze-Pisa perché facilmente raggiungibili da parte degli intervistatori: Servizio alcolologico Villa Basilewsky, Firenze; Tossicologia, Careggi, Firenze; Ser.T. Firenze Centro; Ser.T., Pisa; Ser.T., Viareggio. Vi erano più settori di trattamento a villa Basilewsky (ambulatorio, degenza diurna, gruppi educativi) e in Tossicologia (ambulatorio, ricovero). I 147 soggetti, arruolati su indicazione degli operatori di ciascuna sede e su base volontaria sono stati intervistati dal 6 novembre 2013 al 20 febbraio 2014. Gli ambulatoriali erano il 52,4% del totale, i degenti (in ospedale o in diurno) il 19,1% e i membri dei gruppi di mutuo aiuto il 28,6% (37 di Alcolisti Anonimi - AA - di Firenze e Pisa e 8 dei Club Alcolistici Territoriali - CAT - di Pisa e Viareggio) (Tab. 1).

In Friuli Venezia Giulia hanno aderito allo studio 5 servizi pubblici per la cura dell'AD su 6 contattate, e cioè quelle di Trieste, Gorizia, Carnia, Palmanova e Pordenone. L'arruolamento dei 129 soggetti intervistati dal 22 luglio al 21 settembre 2013 è stato su base volontaria. Gli ambulatoriali sono stati il 62% del totale, i ricoverati l'11,6% e i membri dei gruppi di mutuo aiuto (solo CAT) il 26,4% (Tab. 1).

I 147 soggetti toscani erano il 2,75% di tutti i 5.347 trattati nei servizi pubblici regionali nel 2014, mentre i 129 intervistati del FVG erano il 2,88% dei 4.469 trattati nei servizi del FVG nel 2014 (Ministero della Salute, 2017). Le età, comprese fra 25 e 64 anni, erano significativamente superiori, specie in FVG, alla popolazione dei trattati; la classe 40-59 era percentualmente più rappresentata nei due campioni (Tab. 2) (Agenzia Regionale di Sanità Toscana, 2018; Osservatorio sulle dipendenze della Regione FVG, 2014). I due campioni studiati hanno una relativa minor prevalenza di maschi: il rapporto M/F era 1,63 nel campione toscano verso il 2,3 della totalità dei trattati toscani del 2014, e 2,79 nel campione del FVG verso il 3,8% di tutti i trattati nel 2014 in FVG (Ministero della Salute, 2017); per la Toscana tale differenza è debolmente significativa. In conclusione, i campioni studiati si possono considerare, in parte, rappresentativi della popolazione trattata nelle due regioni.

Tab. 1 - Tipi di trattamento al momento dell'intervista (ambulatoriale, ricovero, gruppi di mutuo aiuto) per gli alcolodipendenti intervistati in Toscana e Friuli-Venezia Giulia (FVG)

	TOSCANA (N=147)	FVG (N=129)
Trattamento ambulatoriale %(IC)	52,4 (44,2-60,4)	62,0 (53,2-70,1)
Ricovero + degenza diurna <sup>o</sup> %(IC)	19,1 (13,4-26,3)	11,6 (7,1-18,5)
Frequenza a gruppi di mutuo-aiuto (AA <sup>^</sup> e/o CAT*) %(IC)	28,6 (21,8-36,5)	26,4 (19,4-34,7)

<sup>o</sup> I 5 casi di degenza diurna sono solo in Toscana /the 5 day hospital cases are only from Tuscany

<sup>^</sup> AA = Alcolisti Anonimi

\* CAT = Club Alcologici Territoriali

NB: i soggetti ricoverati e in degenza diurna, quelli che frequentano AA o CAT, e quelli in trattamento ambulatoriale, possono avere avuto anche due o tutti e tre i tipi di trattamento/ Patients who are in hospital and in day hospital, who attend AA or CAT, and who are in out-patient settings, may have had one or both other types of treatment

Tab. 2 - Distribuzione dei soggetti con alcolodipendenza e abuso alcolico dei campioni studiati e loro confronto con gli utenti dei Servizi specialistici mediante test del chi-quadro per genere e classe di età in Toscana e in Friuli-Venezia Giulia (FVG)

TOSCANA	Campione 2013-14 N (%)	Servizi 2014 N (%)	X <sup>2</sup>
<b>Genere</b>			
Maschi	91 (61,9)	2844 (69,5)	0,049*
Femmine	56 (38,1)	1247 (30,5)	
Totale	147 (100)	4091 (100)	
<b>Classi di età</b>			
20-29	1 (0,7)	164 (4,0)	0,047*
30-39	21 (14,3)	769 (18,8)	
40-49	48 (32,7)	1293 (31,6)	
50-59	53 (36,1)	1125 (27,5)	
60 e oltre	24 (16,3)	740 (18,1)	
Totale	147 (100)	4091 (100)	

  

FVG	Campione 2013 N (%)	Servizi 2014 N (%)	X <sup>2</sup>
<b>Genere</b>			
Maschi	95 (73,6)	3207 (79,0)	0,1400
Femmine	34 (26,4)	851 (21,0)	
Totale	129 (100)	4058 (100)	
<b>Classi di età</b>			
20-29	3 (2,3)	430 (10,6)	0,001*
30-39	16 (12,4)	667 (16,4)	
40-49	44 (34,1)	1099 (27,1)	
50-59	45 (34,9)	991 (24,4)	
60 e oltre	21 (16,3)	871 (21,5)	
Totale	129 (100)	4058 (100)	

N.B. il campione contiene: per la classe di età 20-29 solo i soggetti da 25 a 29 anni; e per quella 60 e oltre solo i soggetti 60-64

the sample includes: only 25-29 old year subjects within the age class 20-29; only 60-64 year old people within the age class over 60

\* Ministero della Salute, 2017; Agenzia Regionale di Sanità Toscana, 2018

<sup>o</sup> Ministero della Salute, 2017; Osservatorio sulle dipendenze della regione Friuli Venezia Giulia, 2014

I dati forniti dalla ricerca europea (Rehm *et al.*, 2015c) per l'Italia sono stati rielaborati presso l'Agenzia Regionale di Sanità Toscana. Le analisi sono state condotte identificando le stime di rischio (OR) degli intervistati aggiustati per età e genere mediante regressione logistica, usando Stata 2014.

## Risultati

In Toscana nessun paziente, individuato e contattato dal proprio professionista, ha rifiutato l'intervista. In FVG il rifiuto è stato del 19,3%.

L'età media dei soggetti è stata 49,6 in Toscana – col 68,8% avente tra 40 e 59 anni – e 49,5 in FVG, col 69,0% degli intervistati tra i 40 e i 59 (Tab. 2). Si trattava in maggioranza di maschi, sia in Toscana (rapporto M/F = 2,14) sia in FVG (rapporto M/F = 2,79).

La Tabella 3 riporta i valori delle variabili psicosociali e sanitarie. I pazienti che indicavano di provenire dagli strati socioeconomici inferiori erano il 47,9% in Toscana e il 35,7% in FVG, con una differenza statisticamente significativa tra le due regioni (OR = 1,75). I disoccupati erano oltre 1/4 (27,9%) in Toscana e circa 1/3 (32,6%) in FVG. Affermavano di non poter svolgere il loro lavoro o attività abituali a causa della loro salute durante gli ultimi 30 giorni mediamente per 2,7 giorni in FVG e per 2,8 giorni in Toscana.

Come mostra la Tabella 3, l'indice di massa corporea è risultato 25,1 (min 15,1, max 41,8, DS 4,3) in Toscana e 24,7 (min 17,8, max 48,1, DS 4,3) nel FVG. Il numero dei fumatori superava il 60% degli intervistati in ambedue le regioni (66,4% in Toscana e 63,6% in FVG).

Riguardo i problemi di salute riferiti, l'ipertensione arteriosa era oltre il 20% dei soggetti (24,0% in Toscana 20,9% in FVG). L'epatopatia era significativamente maggiore in Toscana (35,4%) che in FVG (22,5%) (OR = 1,89). Riguardo l'area psichica, i pazienti toscani con AD avevano valori significativamente maggiori per depressione (58,6% vs. 35,7%, OR = 2,56) e per ansia (58,9% vs. 37,2% OR = 2,42), e significativamente minori per stress da disagio psichico, calcolato dal questionario K10 e relativo alle ultime 4 settimane – 19,2% in Toscana vs il 39,1% in FVG (OR = 0,37). Nell'insieme l'80% in Toscana e il 63,6 in FVG riferiva di essere affetto da almeno una tra ipertensione, epatopatia, ansia, depressione.

La Tabella 4 mostra che riferivano di aver bevuto l'equivalente di almeno 10 grammi di alcol al dì il 37,4% dei soggetti nei 12 mesi prima dell'intervista in Toscana, e il 93,7% dei soggetti nei 12 mesi prima dell'ingresso nel trattamento in FVG. Tra essi in Toscana, rispetto al FVG, erano maggiori il bere eccessivo cronico (61,8% vs. il 55,8%) e il bere eccessivo episodico o binge drinking (38,2 vs. il 33,3), mentre la quantità media per bevitore era 150 grammi al dì in Toscana e di 149,5 in FVG.

Tab. 3 - Principali variabili psicosociali e sanitarie dei soggetti con alcoldipendenza e abuso alcolico intervistati (Info auto-riferite) in Toscana e Friuli-Venezia Giulia. Stime di rischio (OR) aggiustate per età/genere mediante regressione logistica

	TOSCANA % (N=147)	FVG % (N=129)	TOSC (1) vs FVG (0) OR (IC=95%)
Situazione Socio Economica (SSE)			
• sopra la media	5,5	3,9	0,54 (0,17; 1,74)
• nella media	46,6	60,5	0,95 (0,29; 3,08)
• sotto la media	47,9	35,7	1,75 (1,06; 2,86)*
• disoccupato	27,9	32,6	0,53 (0,17; 1,67)
Fumo	66,4	63,6	1,13 (0,69; 1,86)
IMC <sup>^</sup> (media)	25,1	24,7	1,10 (0,68; 1,77)
Ipertensione	24,0	20,9	1,19 (0,67; 2,10)
Epatopatia	35,4	22,5	1,89 (1,11; 3,22)*
Depressione	58,6	35,7	2,56 (1,57; 4,17)*
Ansia	58,9	37,2	2,42 (1,49; 3,93)*
K10 (Kessler Psychological Distress Scale) ultimi 30 gg - disagio psichico poco/nessuno = 0-20; disagio grave= 21-40.			
• sopra la soglia [21-40]	19,2	39,1	0,37 (0,21; 0,64)*
• punteggio totale (media)	11,2	17,7	0,11 (0,03; 0,50)*
WHODAS 2.0 - difficoltà a fare attività in giornata, ultimi 30 gg			
• punteggio totale (media)	9,6	10,4	0,73 (0,44; 1,20)
• num. giorni inabilità (media)	2,8	2,7	1,16 (0,64; 2,08)

<sup>^</sup> IMC= Indice di massa corporea/ Body Mass Index

Tab. 4 - Consumi di bevande alcoliche dei soggetti con alcoldipendenza e abuso alcolico intervistati (Info auto-riferite)- analisi compiuta su pazienti che riferivano di consumare almeno 10 gr di alcol/dì in media nei 12 mesi precedenti\* in Toscana e Friuli-Venezia Giulia (FVG). Stime di rischio (OR) aggiustate per età/genere mediante regressione logistica

	TOSCANA % (N=147)	FVG % (N=129)	TOSC (1) vs FVG (0) OR (IC=95%)
Almeno 10gr alcol/dì usati nei 12 mesi	37,4	93,7	0,01 (0,01; 0,05)*
Quantità di alcol/dì (media)	150,0	149,5	1,00 (0,90; 1,10)
Bere eccessivo cronico	61,8	55,8	1,28 (0,67; 2,46)
Binge drinking	38,2	33,3	1,23 (0,64; 2,40)

\* In Toscana, durante i 12 mesi precedenti l'intervista; in FVG, durante i 12 mesi precedenti l'ingresso nel trattamento  
In Tuscany, during 12 months before interview; in FVG, during 12 months before entering treatment

Nella Tabella 5 è riportata la frequenza dei sintomi riferiti corrispondenti ai criteri del DSM-IV per AD e abuso alcolico. Almeno un sintomo per Disturbi da uso di alcol – AD o abuso alcolico – era presente in più di 9 su 10 pazienti, mentre il numero medio di sintomi, su una scala da 0 a 11, era minore in Toscana (3,8) che nel FVG (6,2).

Nell'insieme dei pazienti delle due regioni prevalevano i sintomi di Tolleranza e di Tentativi di riduzione del bere senza riuscirci, comparanti nel 45-80% dei casi. I pazienti con AD in Toscana avevano valori significativamente inferiori, tranne un caso, che in FVG. Nello specifico, in Toscana verso il FVG erano rispettivamente: Tolleranza 45,9% vs. 80,3% (OR = 0,21), Astinenza 28,1% vs 5,1% OR = 0,32), Bere più di quanto si voglia 35,6% vs 70,1% (OR = 0,24) e Riduzione

Tab. 5 - Criteri di dipendenza e di abuso degli alcoldipendenti intervistati (Info auto-riferite) in Toscana e Friuli-Venezia Giulia (FVG). Stime di rischio (OR) aggiustate per età/genere mediante regressione logistica

	TOSCANA % (N=147)
Disturbi da uso di alcol (DUA) sec. DSM-IV	
• Almeno 1 criterio	91,8
• Almeno 2 criteri	74,1
• Numero medio di criteri (DUA) (DSM-IV) (da 0 a 11)	3,8
Alcoldipendenza (AD) sec. DSM IV	
• Tolleranza-quantità di alcol in aumento o effetto diminuito	45,9
• Astinenza, o bere per evitare/ridurre l'astinenza	28,1
• Bere di più o per periodi più lunghi di quanto si voglia	35,6
• Desiderare o sforzarsi di ridurre il bere senza riuscirci	45,9
• Tempo speso per ottenere, usare o smettere il bere	27,4
• Ridurre o cessare attività importanti per il bere	25,3
• Bere pur sapendo di aver persistenti/ricorrenti problemi psichici o fisici per il bere	32,2
• Numero medio di sintomi AD (DSM-IV) (da 0 a 7)	2,4
Abuso alcolico sec. DSM-IV	
• Bere ricorrente fallendo ad adempiere i principali doveri legati al ruolo	82,3
• Uso ricorrente di alcol in situazioni di azzardo fisico	19,0
• Ricorrenti problemi legali dovuti al bere	2,0
• Continuar a bere pur con persistenti/ricorrenti problemi sociali/interpersonali dal bere	40,8
• Numero di sintomi da abuso di alcol (DSM-IV) (da 0 a 4)	1,4

DSM IV = Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders, 4<sup>a</sup> edizione

di attività a causa del bere 25,3% vs 46,5% in FVG (OR = 0,39).

Tra gli abusatori era prevalente il sintomo di Bere associato al fallimento dei propri doveri (82,3% in Toscana e 85,9% in FVG). Bere nonostante il rischio fisico e Problemi legali differiscono significativamente nelle due regioni rispettivamente con 19,0% e 2,0% in Toscana vs 60,9% e 19,5% in FVG (OR = 0,15 e 0,09).

La Tabella 6 descrive l'uso dei servizi sanitari negli ultimi 6 mesi. Il 21,9% dei pazienti in Toscana e il 31,0% in FVG è stato ricoverato almeno 2 volte in ospedale. Gli accessi al DEA (almeno 1) sono stati significativamente maggiori in FVG (33,3%) che in Toscana (15,8%) (OR = 0,37). I contatti col proprio MMG (almeno 2 ambulatoriali e/o domiciliari) son stati significativamente maggiori in Toscana (51,7%) che in FVG (38,8%) (OR = 1,69).

Tab. 6 - Consumo dei servizi sanitari da parte dei soggetti con alcoldipendenza e abuso alcolico intervistati (Info auto-riferite) in Toscana e Friuli Venezia Giulia (FVG). Stime di rischio (OR) aggiustate per età/genere mediante regressione logistica

	TOSCANA % (N=147)	FVG % (N=129)	TOSC (1) vs FVG (0) OR (IC=95%)
Contatti col MMG (domicilio o ambulatorio), 2 o più negli ultimi 6 mesi)	51,7	38,8	1,69 (1,05; 2,73)*
Ospedalizzazioni negli ultimi 6 mesi, 2 o più	21,9	31,0	0,62 (0,36; 1,07)
Day Surgery - almeno 1 accesso negli ultimi 6 mesi	8,2	4,7	1,84 (0,67; 5,04)
DEA - almeno 1 accesso negli ultimi 6 mesi	15,8	33,3	0,37 (0,21; 0,67)*

## Discussione

I risultati confermano la diversità dei soggetti trattati per alcolismo in Toscana e FVG per tipologia di dipendenza e abuso, comorbilità somatiche e psichiche, problemi sociali, consumo di servizi sanitari.

### Aspetti socio-demografici e sanitari

I soggetti del nostro studio sono meno giovani di tutti i trattati dei servizi alcologici delle rispettive regioni (Toscana e FVG) nel 2014. Come osservabile in vari paesi (Brady *et al.*, 2009), vi è una maggioranza di maschi (rapporto M/F 1,63 in Toscana, 2,79 in FVG), ma in proporzione minore che nell'intera Italia (rapporto M/F 3,5 nel 2014) (Ministero della Salute, 2015). È possibile che nelle due regioni una pluriennale attività alcologica (Mauri *et al.*, 2004; Colusso, 2004) abbia favorito un maggiore ingresso nel trattamento delle donne, le quali hanno solitamente più difficoltà ad accedere a queste cure (Green, 2006). L'associazione tra *problemi economico-sociali* e AD è ben nota (Karriker-Jaffe *et al.*, 2013; Livingston, 2014; Probst *et al.*, 2014). In questo studio il 47,9% delle persone in Toscana e il 35,7% in FVG proveniva dagli strati socio-economici inferiori, con una notevole disoccupazione in FVG (32,6% degli intervistati) e in Toscana (27,9%), mentre i soggetti con una situazione socio-economica sopra la media erano solo il 3-5%. Questi valori sono vicini a quelli forniti dalla ricerca europea, in cui i soggetti in trattamento in condizione socio-economica sopra la media erano il 5,4%, quelli sotto la media 44,3% e i disoccupati il 36% (Rehm *et al.*, 2015c).

Inoltre si è evidenziata una certa disabilità, così come misurata dal WHODAS con 2,7 (in FVG) e 2,8 (in Toscana) giorni in cui in media c'era difficoltà a svolgere le usuali attività nelle ultime 4 settimane; qui la media europea dava valori più alti (4,0 giorni), il che suggerisce un minor impatto dei problemi alcol-correlati sull'autonomia psico-fisica nel nostro paese.

La interdipendenza tra AD e problemi socio-economici ribadisce che questi vadano affrontati con attenzione pari a quella dedicata all'assistenza medica e psicologica dei pazienti.

Gli *stili di vita e le condizioni sanitarie* riferite degli intervistati appaiono problematiche, come ci si può attendere da persone esposte alla dipendenza alcolica e ad altri stili di vita a rischio.

L'eccesso di *fumatori* tra le persone con AD è riportato nella letteratura, con tassi del 35-44% di fumatori tra i bevitori con problemi nella popolazione generale, che salgono all'80% tra coloro che si rivolgono ai servizi per le dipendenze (Hughes, 1995; Grant *et al.*, 2004). Nel nostro studio i fumatori superano il 60% degli intervistati, in FVG (63,6%) e in Toscana (66,4%), rappresentando un rischio più elevato rispetto a quanto si riscontra nelle rispettive popolazioni regionali (col 26,8% di fumatori in FVG e il 30,4% in Toscana, secondo i dati ISTAT 2012-2013 (ISTAT, 2015)).

Valori anche più alti, con una media di 72% di fumatori, sono stati riscontrati nella ricerca europea tra i pazienti con AD o abuso alcolico (Rehm *et al.*, 2015c).

Un aumento della pressione arteriosa può associarsi al consumo di bevande alcoliche e ad AD, oppure regredire riducendo o cessando il bere (Baros *et al.*, 2008; Husain *et al.*, 2014). Nel nostro studio *l'ipertensione arteriosa* viene riferita dal 24% dei soggetti, risultando circa il doppio della media delle relative popolazioni regionali (rispettivamente 10,2% e

del 10,9%) (ISTAT, 2015) e rispecchiando invece i valori della ricerca europea (20,9%) (Rehm *et al.*, 2015c).

La letteratura stima che il 15-35% degli alcolisti abbia una *patologia epatica* (O'Shea *et al.*, 2010; Basra *et al.*, 2011; Bruha *et al.*, 2012). Nel nostro studio i problemi epatici riferiti dai pazienti con AD o abuso alcolico in trattamento in Toscana (35,4%) superiori a quelli riferiti in FVG (22,5%), sono comunque assai maggiori di quelli osservati dai MMG sui propri assistiti ambulatoriali (2-9%) (Allamani *et al.*, 2017). Tali valori sono molto diversi da quelli che gli stessi MMG osservavano sui loro assistiti ambulatoriali diagnosticati come AD (19,8% di epatopatici in Toscana, 51,7% in FVG) (Allamani *et al.*, 2017). Ciò si potrebbe spiegare con una maggior percezione soggettiva di danno epatico tra i pazienti toscani rispetto a quelli del FVG; con un ipotetico maggior orientamento dei servizi alcologici toscani a diagnosticare patologia epatica; o con una diversa tipologia di dipendenze e patologie relative tra i pazienti in trattamento specialistico e gli assistiti dei MMG. I suddetti valori sono comunque superiori a quelli della ricerca europea, dove in caso di AD e abuso alcolico l'epatopatia riferita era il 19,6% (Rehm *et al.*, 2015c). L'epatopatia sarebbe dunque una specificità italiana, richiedente una particolare attenzione sanitaria all'interno dei programmi di trattamento specialistico della AD.

Tra gli alcolodipendenti in trattamento la *depressione* o disturbo dell'umore varia tra il 13% e il 67% (Davidson, 1995; Grant *et al.*, 2004; Kuria *et al.*, 2012), e *l'ansia* tra l'8% e il 56% secondo il modo di rilevazione, lo stadio di trattamento e il paese considerato (Grant *et al.*, 2004; Kushner *et al.*, 2005; Smith *et al.*, 2010). Nel nostro studio ansia e depressione sono riportate da molti intervistati (rispettivamente 58,9% e 58,6); valori superiori a quelli osservati tra gli assistiti ambulatoriali dei MMG con diagnosi di AD e assai superiori a quelli osservati tra tutti gli assistiti ambulatoriali dei MMG con qualsiasi diagnosi (Allamani *et al.*, 2017). Quando però i nostri intervistati sono stati sottoposti al test *Kessler Psychological Distress Scale (K10)*, i valori toscani di tipo ansioso e depressivo grave delle ultime 4 settimane sono caduti al 19,2%.

Tali discrepanze potrebbero anche qui ascriversi: a una maggiore tendenza dei pazienti toscani a esporre i loro problemi psicologici; a possibili differenti influenze sulla percezione di malattia date da diversi orientamenti terapeutici dei servizi; a differenze tra i dipendenti dei servizi specialistici e quelli della medicina generale.

Le percentuali medie di ansia e depressione tra i pazienti in trattamento nella ricerca europea, sommano al 43-50% dei soggetti (Rehm *et al.*, 2015c) e in ogni caso confermano che, nel trattamento dell'AD, gli interventi indirizzati alla patologia additiva vanno integrati con terapie per il disagio psicologico.

### Consumo di bevande alcoliche, alcolodipendenza e abuso alcolico

Nel FVG il 93,7% degli intervistati prima di entrare in trattamento beveva l'equivalente di almeno 10 grammi di alcol al dì; in Toscana lo era solo 1/3, ma in questo caso la domanda veniva posta rispetto ai dodici mesi precedenti l'intervista, durante i quali sono compresi periodi di cura con relativa astinenza (Tab. 4). La considerevole quantità media per bevitore – 149,5-150 grammi al dì – era comunque superiore alla media dei pazienti nella ricerca europea (141,1 grammi) (Rehm *et al.*, 2015c).

I punteggi dei *criteri diagnostici* del DSM-IV per AD e abuso alcolico depongono per una minor gravità dei problemi alcol-correlati in Toscana rispetto al FVG, che per i disturbi da uso di alcol ha punteggi più vicini ai paesi della ricerca europea. In particolare per AD la frequenza dei sintomi è in Toscana significativamente inferiore (da 1,9 a 4,8 volte) rispetto a quella rilevata nel FVG, il che è in linea col precedente studio condotto sugli assistiti dei MMG, dove il FVG aveva un rischio di AD da 3,3 a 4,7 volte superiore (Allamani *et al.*, 2017). Nel caso dell'AbA, il sintomo Problemi legali dovuti al bere in FVG risulta 12 volte superiore.

## Consumo dei servizi

Nel nostro studio gli intervistati in FVG riferivano di aver avuto *contatti* (almeno 2 negli ultimi 6 mesi) *col proprio medico di famiglia* in percentuali (38,8% dei casi) significativamente inferiori a quelle degli intervistati toscani (51,7%). Tali percentuali sono a loro volta per ciascuna regione inferiori a quelle riportate nell'altro studio sugli assistiti ambulatoriali dei MMG con diagnosi di AD (79,1% in FVG e 94,6% in Toscana) (Allamani *et al.*, 2017), il che può spiegarsi con la tendenza a evitare di esporsi col proprio MMG da parte degli alcolisti che preferiscono recarsi autonomamente ai servizi alcolologici o ai gruppi di mutuo aiuto, mentre quelli che il MMG può identificare tra i suoi assistiti godrebbero di una miglior comunicazione col curante. A tal proposito si è auspicato che i MMG accrescano le abilità nell'identificare più precocemente chi ha problemi col bere tra i propri assistiti, iniziando a trattarlo (Scafato *et al.*, 2007; Angus *et al.*, 2014), ma i programmi di Identificazione Precoce e Intervento Breve trovano difficile attuazione in medicina familiare (Hall *et al.*, 2016).

In Italia nel 2014 il tasso di *ospedalizzazione* della popolazione generale (standardizzato per età) era 3,5% ([www.salute.gov.it/portale/news/p3\\_2\\_1\\_1\\_1.jsp?menu=notizie&p=dalministero&id=2193](http://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?menu=notizie&p=dalministero&id=2193)), ma esso è ovviamente maggiore (15,2% in Toscana, 27,8% in FVG) tra persone affette da problemi di salute, quali sono gli assistiti di MMG che frequentano l'ambulatorio (Allamani *et al.*, 2017). I ricoveri delle persone con AD occorrono sia per problemi acuti (quali ebbrezza alcolica, violenze e incidenti alcol-correlati) sia per patologie croniche (p.e. danno epatico, malattie dell'apparato digestivo, nervoso, cardiovascolare e respiratorio, e cancro) (Volkow *et al.*, 2016; Cipriani *et al.*, 2000). Un'indagine fatta in un servizio alcolologico fiorentino indicava che nel periodo 1997-2001 il 28,3% degli alcolisti si ricoverava entro l'anno che seguiva l'ingresso in trattamento (Bardazzi *et al.*, 2017). Il ricorso all'ospedalizzazione riportato dai nostri intervistati (almeno 2 ricoveri negli ultimi 6 mesi) restava alto: 21,9% in Toscana e 31,0% in FVG. Più alta (57,5%), era la media negli otto paesi della ricerca europea, che però si riferisce solo a chi ha avuto almeno un'ospedalizzazione negli ultimi 6 mesi (Rehm *et al.*, 2015c).

Nel nostro studio sono numerosi gli *accessi al Dipartimento Emergenza e Accettazione (DEA)* (almeno 1 negli ultimi 6 mesi) che nel FVG (33,3% dei casi) hanno significativamente superato quelli della Toscana (15,8%). È possibile che siano almeno in parte episodi acuti relativi al bere.

La maggiore frequenza di ricoveri e di accessi al DEA tra i pazienti in FVG depone per una superiore rilevanza in questa regione dei problemi di salute, in accordo con la riscontrata maggior intensità dei sintomi di AD in FVG rispetto alla Toscana.

*I limiti dello studio* riguardano specialmente la scelta opportunistica del campione, parzialmente rappresentativo di tutti i pazienti dei servizi alcolologici. Gli intervistati sono stati contattati dietro il parere dei loro professionisti sulla loro intervistabilità, e tale distorsione selettiva può spiegare che i rifiuti sono stati pochi nel FVG e nulli in Toscana.

I dati si riferiscono a valori auto-risportati, dunque soggetti alle distorsioni percettive degli intervistati, come peraltro è usuale nelle inchieste.

Infine, in linea con quanto deciso nella ricerca europea di cui questo studio è una gemmazione, sono state analizzate solo alcune patologie correlate al bere tra le molte possibili.

## Conclusioni

I risultati di questo studio confermano che la dipendenza e l'abuso alcolico si associano a peggiori condizioni socio-economiche e lavorative (soprattutto in Toscana), a notevoli problemi di salute, e ad alto consumo di servizi.

Nel FVG si evidenzia maggior gravità nei sintomi che connotano l'AD (rischio da 1,9 a 4,8 volte superiore) e l'abuso alcolico (rischio 12 volte più alto per i problemi legali dovuti al bere) rispetto alla Toscana, con un maggior uso dei servizi ospedalieri (ricoveri e specialmente accesso al DEA) e minor ricorso al MMG.

Perché esiste tale differenza di gravità di AD e abuso alcolico tra le due regioni? Il FVG dimostra un profilo di dipendenza/abuso più vicino ai paesi del centro-Europa mentre la Toscana lo condivide con quello delle regioni mediterranee (Rehm *et al.*, 2015c). Tali diversità geografiche corrispondono a diversità di valori e di modi di bere dato alle bevande alcoliche dalle rispettive popolazioni, che ad es. risulta dalla maggior consuetudine di bere ai pasti in Toscana e da un superiore consumo con maggior varietà di bevande alcoliche fuori pasto nel FVG (Allamani *et al.*, 2017).

Inoltre i soggetti con AD e abuso alcolico in trattamento in Toscana riferiscono maggiori problemi che in FVG per epatopatia, ansia e depressione, mentre complessivamente nelle due regioni riportano problemi epatici più frequentemente che i pazienti dei paesi europei – forse per una maggiore problematicità data dal danno epatico in Italia. Nell'insieme, diversamente da quanto appare avvenire nei paesi europei, con ricoveri più numerosi, da noi i programmi si basano su cure ambulatoriali e gruppi di auto-aiuto, grazie allo sviluppo che nel tempo hanno avuto gli interventi territoriali e le reti di supporto locale.

Infine i soggetti con AD in trattamento specialistico e quelli che frequentano il proprio MMG sembrano far parte di due gruppi distinti per scelta di trattamento e comorbidità. Questa osservazione meriterebbe di essere opportunamente approfondita.

## Ringraziamenti

Si ringraziano I gruppi di AA e dei CAT che hanno aderito alla ricerca, e i pazienti dei servizi specialistici che hanno accettato di essere intervistati.

Inoltre, per la Toscana si ringraziano Fabio Mariani, CQR Pisa, coi suoi intervistatori, per l'organizzazione e coordinamento del questionario e delle interviste, la raccolta e l'inserimento dei dati; Adriana Iozzi (Ser.T. Firenze), Guido Intaschi (Ser.T. Viareggio), Donatella Paffi (Ser.T. Pisa), Emanuela Masini (Tossicologia di Firenze), e i loro collaboratori, per la cooperazione nell'attuazione delle interviste; Francesco

Profili, Alice Berti, Lisa Gnaulati, Simone Bartolacci e Alessandra Bravi per il contributo fornito in varie fasi della stesura dell'articolo;

Per il Friuli Venezia Giulia si ringraziano Francesca Scafuri e Roberto della Vedova, medici di Medicina Generale.

## Bibliografia

- Agenzia Regionale di Sanità Toscana (2018). Elaborazioni ARS sui dati della Regione Toscana.
- Alexander B. (2008). *The Globalisation of Addiction: A Study in Poverty of the Spirit*. Oxford: Oxford University Press.
- Allamani A., Centurioni A., Innocenti S., Mustur A., Fidanzini G., Puliti M. (2015). Opinione dei medici di medicina generale sul bere degli assistiti e formazione alcolica in Toscana. *Toscana Medica*, XXXIII(7): 40-41.
- Allamani A., Bravi S., Pepe P., Voller F., Marcatto F., Ferrante D., Manthey J., Rehm J., Struzzo P. (2017). Bere problematico e problemi di salute in Toscana e in Friuli Venezia Giulia: uno studio epidemiologico attraverso i medici di medicina generale. *Epidemiologia e Prevenzione*, 41(1): 29-37. doi: 10.19191/EP17.1.P029.009.
- Alonso J., Angermeyer M.C., Bernert S., Bruffaerts R., Brugha T.S., Bryson H., de Girolamo G., Graaf R., Demyttenaere K., Gasquet I., Haro J.M., Katz S.J., Kessler R.C., Kovess V., Lépine J.P., Ormel J., Polidori G., Russo L.J., Vilagut G., Almansa J., Arbabzadeh-Bouchez S., Autonell J., Bernal M., Buist-Bouwman M.A., Codony M., Domingo-Salvany A., Ferrer M., Joo S.S., Martínez-Alonso M., Matschinger H., Mazzi F., Morgan Z., Morosini P., Palacín C., Romera B., Taub N., Vollebergh W.A. et al. ESEMeD/MHEDEA Investigators (2004). Use of mental health services in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109:47-54.
- American Psychiatric Association (1996). Trad. it. *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, DSM IV*. Quarta Edizione. Milano: Masson Italia.
- American Psychiatric Association (2014). Trad. it. *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, DSM-5*. Quinta Edizione. Milano: Raffaello Cortina.
- AMPHORA-3 (2013). *Report of an analysis of European alcohol-related cultural, social and policy interactions and their impact on alcohol consumption and alcohol-related harm* [http://amphoraproject.net/w2box/data/Deliverables/AMPHORA\\_WP3\\_D3.2.pdf](http://amphoraproject.net/w2box/data/Deliverables/AMPHORA_WP3_D3.2.pdf).
- Angus C., Latimer N., Preston L., Li J., Purshouse R. (2014). What are the implications for policy makers? A systematic review of the cost-effectiveness of screening and brief interventions for alcohol misuse in primary care. *Frontiers in Psychiatry*, 5(114): 1-10. doi: 10.3389/fpsy.2014.00114.
- Bardazzi G., Zanna I., Ceroti M., Bendinelli B., Iozzi A., Caini S., Nesi G., Saieva C. (2017). A 5-Year Follow-Up of a Cohort of Italian Alcoholics: Hospital Admissions and overall survival. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 41(7): 1309-1318.
- Baros A.M., Wright T.M., Latham P.K., Miller P.M., Anton R.F. (2008). Alcohol consumption, %CDT, GGT and blood pressure change during alcohol treatment. *Alcohol & Alcoholism*, 43: 192-7. doi: 10.1093/alcalc/agn156.
- Basra S., Anand B.S. (2011). Definition, epidemiology and magnitude of alcoholic hepatitis. *World Journal of Hepatology*, 3(5): 108-113. doi: 10.4254/wjh.v3.i5.108.
- Brady K.T., Back S.E., Greenfield S.F. (2009). *Women and Addiction: A Comprehensive Handbook*. New York: Guilford Press.
- Bruha R., Dvorak K., Petrtyl J. (2012). Alcoholic liver disease. *World Journal of Hepatology*, 4(3): 81-90. doi: 10.4254/wjh.v4.i3.81.
- Cibin M., Mazzi M., Rampazzo L., Serpelloni G. (a cura di) (2001). *L'alcolologia nell'ambulatorio del medico di medicina generale*, <http://Studylibit.Com/Doc/6628435/L-Alcolologia-Nell-Ambulatorio-Del-Medico-Di-Medicina-Generale>.
- Cipriani G., Farchi G., Quartini A. (2000). Epidemiologia alcolica: le conseguenze dei consumi di alcol sulla salute. In: Allamani A., Orlandini D., Bardazzi G., Quartini A., Moretini A. (2000). *Il Libro Italiano di Alcolologia*, vol. I, pp. 89-100.
- Cloniger C.R., Dinwiddie S.H. & Reich T. (1989). Epidemiology and genetics of alcoholism. In: Tasman A., Hales R.E., Frances A.J. (eds.). *American Psychiatry Press Review of Psychiatry*, 8: 293-308.
- Colusso L. (2004). Club degli Alcolisti in Trattamento: percorso storico. In: Allamani A., Orlandini D., Bardazzi G., Quartini A., Moretini A. (2004). *Il Libro Italiano di Alcolologia*, vol II, pp. 289-295.
- Davidson K.M. (1995). Diagnosis of depression in alcohol dependence: changes in prevalence with drinking status. *British Journal of Psychiatry*, 166: 199-204.
- de Girolamo G., Polidori G., Morosini P. et al. (2006). Prevalence of common mental disorders in Italy: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41(11): 853-61.
- Drummond C., Gual A., Goos C., Godfrey C., Deluca P., Von Der Goltz C., Gmel G., Scafato E., Wolstenholme A., Mann K., Coulton S., Kaner E. (2011). Identifying the gap between need and intervention for alcohol use disorders in Europe. *Addiction*, 106(Suppl 1): 31-36.
- Edwards G., Marshall E., Cook C. (2003). *The Treatment of Drinking Problems: a Guide for the Helping Professions*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Erickson C.K. (2007). *The Science of Addiction: From Neurobiology to Treatment*. New York: W.W. Norton.
- Faravelli C., Abrardi L., Bartolozzi D., Cecchi C., Cosci F., D'Adamo D., Lo Iacono B., Ravaldi C., Scarpato M.A., Truglia E., Rosi S. (2004). The Sesto Fiorentino study: background, methods and preliminary results. Lifetime prevalence of psychiatric disorders in an Italian community sample using clinical interviewers. *Psychotherapy & Psychosomatics*, 73(4): 216-25.
- Fazel S., Bains P., Doll H. (2006). Substance abuse and dependence in prisoners: a systematic review. *Addiction*, 101: 181-91.
- Fazel S., Khosla V., Doll H., Geddes J. (2008). The prevalence of mental disorders among the homeless in Western Countries: systematic review and meta-regression analysis. *PLoS Medicine*, 5: e225. doi: 10.1371/journal.pmed.0050225.
- Grant B.F., Hasin D.S., Chou S.P., Stinson F.S., Dawson D.A. (2004). Nicotine dependence and psychiatric disorders in the United States, results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Archives of General Psychiatry*, 61: 1108-1115.
- Grant B.F., Stinson F.S., Dawson D.A., Chou P., Dufour M.C., Compton W., Pickering R.P., & Kaplan K. (2004). 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. *Archives of General Psychiatry*, 61: 807-816.
- Green C.A. (2006). Gender and Use of Substance Abuse Treatment Service. *Alcohol research & health: the journal of the National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism*, 29(1): 55-62.
- Hall K., Staiger P.K., Simpson A., Best D., Lubman D.I. (2016). After 30 years of dissemination, have we achieved sustained practice change in motivational interviewing?. *Addiction*, 111: 1144-1150. doi: 10.1111/add.13014.
- Heather N. (2018). Rethinking addiction. *The Psychologist*, 31(1): 24-28.
- Hughes J.R. (1995). Clinical implications of the association between smoking and alcoholism. In: Fertig J.B., Allen J.P. (eds.). *Alcohol*

- and Tobacco: From Basic Science to Clinical Practice. NIAAA Research Monograph 30. Bethesda, MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, pp. 171-185.
- Husain K., Ansari R.A., Ferder L. (2014). Alcohol-induced hypertension: Mechanism and prevention. *World Journal of Cardiology*, 6(5): 245-252. doi: 10.4330/wjc.v6.i5.245.
- ISTAT, Istituto Nazionale di Statistica (2015). *Le cure e il ricorso ai servizi sanitari. Periodo di riferimento. Anni 2012-2013*. Disponibile all'indirizzo: [www.istat.it/it/archivio/156420](http://www.istat.it/it/archivio/156420).
- Karriker-Jaffe K.J., Roberts S.C., Bond J. (2013). Income inequality, alcohol use, and alcohol-related problems. *American Journal of Public Health*, 103(4): 649-656.
- Kessler R.C., Andrews G., Colpe L.J., Hiripi E., Mroczek D.K., Normand S.L., Walters E.E., Zaslavsky A.M. (2002). Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress. *Psychological Medicine*, 32: 959-76.
- Klingemann H., Sobell M.B., Sobell L.C. (2009). Continuities and changes in self-change research. *Addiction*, 105(9): 1510-1518.
- Kuria M.W., Ndeti D.M., Obot I.S., Khasakhala L.L., Bagaka B.M., Mbugua M.N., Kamau J. (2012). The Association between Alcohol Dependence and Depression before and after Treatment for Alcohol Dependence. *International Scholarly Research Network ISRN Psychiatry*: 1-6. doi: 10.5402/2012/482802.
- Kushner M.G., Abrams K., Thuras P., Hanson K.L., Brekke M., Sletten S. (2005). Follow-up study of anxiety disorder and alcohol dependence in comorbid alcoholism treatment patients. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 29: 1432-1443.
- Jellinek E.M. (ed.) (1960). *The Disease Concept of Alcoholism*. New Haven (Conn.): Millhouse Press.
- Marinangeli P. (2001). Italian culture and its impact on addiction. In: Straussner S.L.A. (ed.). *Ethnocultural factors in Substance abuse treatment*. New York, N.Y: Guilford Press.
- Livingston M. (2014). Socioeconomic differences in alcohol-related risk-taking behaviours. *Drug and Alcohol Review*, 33(6): 588-595.
- Mauri F., Tosi M., Rampazzo L., Ferri M., Laezza M., Gianotti C.F., Rossi Prodi P. (2004). Leggi e orientamenti regionali. In: Allamani A., Orlandini D., Bardazzi G., Quartini A., Moretini A. (2004). *Il Libro Italiano di Alcolologia*, vol. II, pp. 127-149.
- Ministero della salute, Direzione generale della prevenzione sanitaria (2015). *Relazione del ministro della salute al parlamento sugli interventi realizzati ai sensi della legge 30.3.2001 n. 125 "legge quadro in materia di alcol e problemi alcol correlati"*.
- Ministero della salute, Direzione generale della prevenzione sanitaria (2017). *Relazione del ministro della salute al parlamento sugli interventi realizzati ai sensi della legge 30.3.2001 n. 125 "legge quadro in materia di alcol e problemi alcol correlati"*.
- Moiraghi Ruggenini A., Zotti C., Corrao G. et al. (1988). Il medico generale e l'alcolismo. *SIMG*, 3: 46-54.
- Moss H.B., Chen M., Yi H. (2007). Subtypes of Alcohol Dependence in a Nationally Representative Sample. *Drug and Alcohol Dependence*, 91(2-3): 149-158.
- O'Shea R.S., Dasarthy S., McCullough A.J. (2010). Alcoholic liver disease: AASLD Practice Guidelines. *Hepatology*, 51(1): 307-28. doi: 10.1002/hep.23258.
- Osservatorio permanente sui giovani e l'alcol (2007). *Gli italiani e l'alcol. Quinta indagine Doxa*. Roma: Risa.
- Osservatorio sulle dipendenze della regione Friuli Venezia Giulia (2014). *Rapporto 2014 Consumo, dipendenza da sostanze e comportamenti di addiction in Friuli Venezia Giulia*, [www.dipendenzefvg.it/dipendenze/report](http://www.dipendenzefvg.it/dipendenze/report).
- Pavarin R.M., Caputo F., Zoli G., Domenicali M., Bernardi M., Gambini D. (2015). Mortality risk in a cohort of Italian alcoholic individuals treated for alcohol dependence. *Drug and Alcohol Review*, 186-191. doi: 10.1111/dar.12366.
- Probst C., Roerecke M., Behrendt S., Rehm J. (2014). Socio-economic differences in alcohol-attributable mortality compared with all-cause mortality: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Epidemiology*, 43(4): 1314-1327.
- Rehm J., Shield K.D., Rehm M.X., Frick U. (2013). Modelling the impact of alcohol dependence on mortality burden and the effect of available treatment interventions in the European Union. *European Neuropsychopharmacology*, 23: 89-97.
- Rehm J., Anderson P., Barry J., Dimitrov P., Elekes Z., Feijão F., Frick U., Gual A., Gmel G. Jr, Kraus L., Marmet S., Raninen J., Rehm M.X., Scafato E., Shield K.D., Trapencieris M., Gmel G. (2015a). Prevalence of and potential influencing factors for alcohol dependence in Europe. *European Addiction Research*, 21(1): 6-18.
- Rehm J., Allamani A., Elekes Z., Jakubczyk A., Manthey J., Probst C., Struzzo P., Della Vedova R., Gual A., Wojnar M. (2015b). Alcohol dependence and treatment utilization in Europe - a representative cross-sectional study in primary care. *BMC Family Practice*, 29, 16(1): 90. doi: 10.1186/s12875-015-0308-8.
- Rehm J., Allamani A., Aubin H.J., Della Vedova R., Elekes Z., Frick U., Jakubczyk A., Kostogianni N., Manthey J., Miquel L., Paille F., Pieper L., Probst C., Scafuri F., Shield K.D., Snikere S., Struzzo P., Trapencieris M., Voller F., Wittchen H.U., Gual A., Wojnar M. (2015c). People with alcohol use disorders in specialized care in eight different European countries. *Alcohol and Alcoholism*, 50(3): 310-318.
- Rehm J., Allamani A., Della Vedova R., Elekes Z., Jakubczyk A., Landsman I., Manthey J., Moreno-España J., Pieper L., Probst C., Snikere S., Struzzo P., Voller F., Wittchen H., Gual A., Wojnar M. (2015d). General practitioners recognizing alcohol dependence: a large cross-sectional study in 6 European countries. *Annals of Family Medicine*, 13(1): 28-32.
- Roerecke M., Rehm J. (2014). Cause-specific mortality risk in alcohol use disorder treatment patients: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Epidemiology*, 43: 906-19.
- Samokhvalov A.V., Popova S., Room R., Ramonas M., Rehm J. (2010). Disability associated with alcohol abuse and dependence. *Alcoholism Clinical & Experimental Research*, 34: 1871-8.
- Saieva C., Bardazzi G., Masala G., Quartini A., Ceroti M., Iozzi A., Gelain E., Querci A., Allamani A., & Palli D. (2012). General and Cancer Mortality in a Large Cohort of Italian Alcoholics. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*: 342-350.
- Scafato E., Allamani A., Codenotti T., Marcomini F., Patussi V., Rossi A., Struzzo P., Russo R. e il Gruppo nazionale italiano PHEPA (2006). Alcol e Primary Health Care: linee guida. *Salute e Territorio*, 155: 85-119.
- Scafato E., Gandin C., Galluzzo L., Scipione R., Monica Vichi M. & Ghirini S. per il Gruppo di Lavoro CSDA (Centro Servizi Documentazione Alcol) (2017). *Epidemiologia e monitoraggio alcol-correlato in Italia e nelle Regioni. Valutazione dell'Osservatorio Nazionale Alcol sull'impatto del consumo di alcol ai fini dell'implementazione delle attività del Piano Nazionale Alcol e Salute. Rapporto 2017*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2017. Rapporti ISTISAN 17/1.
- Shield K., & Rehm J. (2012). Difficulties with telephone-based surveys on alcohol in high-income countries: the Canadian example. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 21: 17-28.
- Smith J. P., & Book S. W. (2010). Comorbidity of Generalized Anxiety Disorder and Alcohol Use Disorders among Individuals Seeking Outpatient Substance Abuse Treatment. *Addictive Behaviors*, 35(1): 42-45. doi: 10.1016/j.addbeh.2009.07.002.
- Sobell L. C., Cunningham J. A., & Sobell M. B. (1996). Recovery from alcohol problems with and without treatment: prevalence in two population surveys. *American Journal of Public Health*, 86(7): 966-972.
- Üstün T.B., Kostanjsek N., Chatterji S., & Rehm J. (2010). *Measuring Health and Disability. Manual for WHO Disability Assessment Schedule WHODAS 2.0*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- Volkow N. D., Koob G. F. & McLellan A. T. (2016). Neurobiologic advances from the brain disease model of addiction. *New England Journal of Medicine*, 374(4): 363-371.