

L'evoluzione dei consumi alcolici e dei fenomeni alcolcorrelati in Italia

Introduzione

L'attenzione per i consumi alcolici e i problemi alcolcorrelati nell'ultimo decennio è andata crescendo, non solo da parte dei mass media e dell'opinione pubblica, ma anche di categorie professionali specifiche, soprattutto a seguito dell'introduzione di norme che hanno posto dei limiti di consumo in particolari circostanze (alla guida, sul lavoro) e dell'allarme provocato dal fenomeno degli incidenti stradali. Spesso è quindi in tono allarmistico che si parla di alcol, e a volte anche in maniera superficiale, soprattutto quando si tratta di descrivere il bere dei giovani, reiterando la secolare abitudine di attribuire a questo target stili di consumo trasgressivi e di rottura rispetto alla tradizione¹.

Questo articolo si pone dunque l'obiettivo di fornire un quadro chiaro e sintetico del fenomeno dei consumi alcolici in Italia e della sua evoluzione, guardandolo in una prospettiva internazionale e focalizzando l'attenzione su alcuni aspetti culturali rilevanti. Viene inoltre discusso l'impatto dei cambiamenti avvenuti nelle abitudini di consumo e di abuso delle bevande alcoliche sul sistema dei servizi di prevenzione e di cura, per giungere, in conclusione, a fornire qualche spunto di riflessione sull'importanza che i medici di medicina generale dovrebbero avere nella prevenzione e nell'emersione dei problemi alcolcorrelati.

Il trend dei consumi

Il primo aspetto da considerare per inquadrare il fenomeno dei consumi nel nostro Paese è che a partire dagli anni Settanta è andato costantemente decrescendo, pur in presenza di un aumento dei redditi, passando dai 19,72 l di alcol puro procapite/anno del 1970 ai 6,94 l del 2009² (Fig. 1). Si tratta di una riduzione drastica, avvenuta evidentemente, almeno nei primi due decenni, senza l'influenza di alcuna specifica politica di settore, dato che la prima legge quadro sull'alcol (legge 125/01)³ è stata emanata in Italia nel 2001, quando il calo dei consumi era ormai un trend consolidato. Come ha evidenziato uno studio specifico^{4,5}, il decremento si spiega principalmente alla luce dei cambiamenti socioeconomici che hanno investito il Paese dalla fine degli anni Sessanta, in particolare la massiccia urbanizzazione e i mutamenti nel mercato del lavoro, l'industrializzazione prima e la terziarizzazione poi, che hanno determinato una riorganizzazione dei tempi e dei luoghi di vita. A partire dagli anni Ottanta anche fattori quali l'organizzazione familiare, il ruolo della donna, la struttura dei pasti e una sempre maggiore attenzione per la salute, hanno contribuito a modificare gli stili di consumo degli italiani, consolidando il trend negativo. Negli anni Novanta su questo trend favorevole si sono finalmente inserite le politiche sull'alcol, sfociate nella già citata legge del 2001. Si può quindi affermare che la riduzione dei consumi alcolici, e in particolare del vino, che è la bevanda che ha avuto

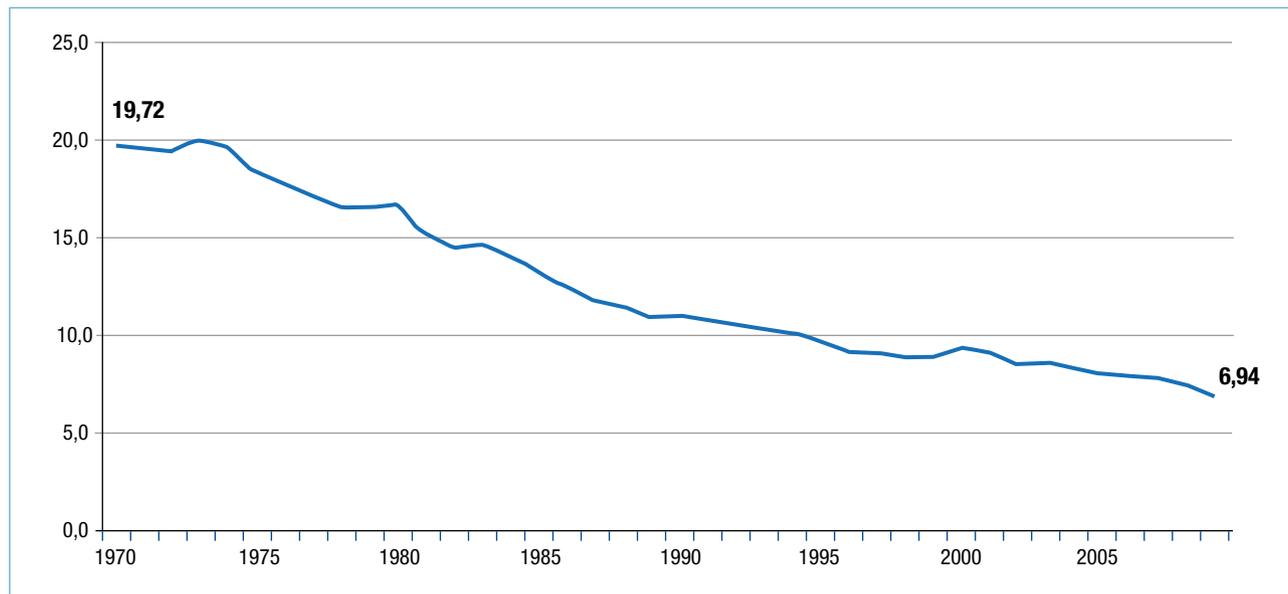
e ha ancora un peso maggiore sui consumi totali, è legata principalmente ai cambiamenti socioeconomici e al diffondersi di nuovi stili di vita, secondo quello che è stato definito un processo di auto-controllo che la società ha messo in atto negli ultimi 40 anni (ivi).

Quali cambiamenti?

L'ultimo rapporto ISTAT⁶ sugli italiani e l'alcol rileva che circa il 67% delle persone di età maggiore di 14 anni hanno consumato bevande alcoliche almeno una volta nella loro vita, quota che negli ultimi 10 anni è andata progressivamente diminuendo (dieci anni prima era pari a 72%). Ciò significa che sta aumentando, anche se lentamente, la quota di astemi, che in Italia ha sempre rappresentato una piccola percentuale, come accade tradizionalmente nelle culture cosiddette "bagnate" o mediterranee, caratterizzate da un consumo prevalente di vino, quotidiano e legato ai pasti o ai momenti di convivialità⁷. Negli ultimi dieci anni si nota però un progressivo calo del numero di consumatori giornalieri (-18,4%), accentuato specialmente tra le donne (-25,7%). Al contrario sono aumentati i consumatori occasionali (che nel 2011 rappresentano il 40,3% a fronte del 37,1% nel 2001) e quelli fuori pasto, passati dal 24,9% del 2001 al 27,7% del 2011. Il tradizionale consumo quotidiano di vino riguarda quindi oggi meno di una persona su quattro (23,6%), tuttavia la bevanda tradizionale resta quella più consumata (53,3%), seguita dalla birra

FIGURA 1

Consumi procapite degli adulti (15+), 1970-2009 (Fonte: WHO. Global Information System On Alcohol And Health).



(46,2%) e dagli aperitivi, gli amari e i superalcolici (40,6%, quota stabile nel tempo). Nonostante questi dati sembrano confermare un andamento di consumo più moderato, secondo quelle che sono le linee guida per una sana alimentazione elaborate dall'INRAN⁸ il 15,2% di italiani con 11 anni e più assume almeno un comportamento a rischio e la fascia di popolazione più a rischio è quella degli over 65, anche se negli ultimi anni si evidenzia, anche per questa fascia di età, un trend in diminuzione.

Alcol e generazioni

Una ricerca qualitativa comparata⁸ ha recentemente approfondito gli stili del bere assunti nel tempo da quattro diverse generazioni e mettendo a confronto l'Italia con

^a Secondo tali linee guida è da considerare a rischio il consumo che eccede: 2-3 unità alcoliche per l'uomo e 1-2 per le donne; 1 unità alcolica al giorno per gli anziani; qualsiasi quantità giornaliera per i minori tra 11 e 17 anni; il consumo di 6 o più unità alcoliche in un'unica occasione nell'anno; il consumo di almeno un'unità alcolica nell'anno per i minori di 11-15 anni. L'unità alcolica corrisponde alla quantità di alcol contenuta in un bicchiere di vino (125 cl) di media gradazione, una lattina di birra (330 cl), un bicchierino di superalcolico (40 cl).

la Finlandia, Paese che tradizionalmente in ambito alcolologico si situa all'opposto del nostro, in quanto esempio tipico di cultura nordica, che, diversamente da quella mediterranea, è caratterizzata da un consumo prevalentemente concentrato nei fine settimana, che predilige i superalcolici ed è in gran parte orientato all'intossicazione⁹. A differenza dell'Italia, inoltre, la Finlandia ha un trend di consumo in crescita. Questi due Paesi rappresentano quindi due esempi paradigmatici per spiegare come, nonostante i processi di globalizzazione in corso, l'Europa mostri ancora anime profondamente diverse rispetto al consumo di alcolici. La ricerca ha evidenziato come alcuni cambiamenti siano comuni a entrambi i Paesi, primo tra tutti l'aumento delle occasioni di consumo e la complessificazione degli stili del bere: nella società contemporanea si sono infatti moltiplicati i contesti in cui si svolgono le relazioni sociali e, parallelamente, le occasioni in cui è possibile e opportuno, secondo le norme informali, consumare bevande alcoliche, con funzioni e modalità diverse a seconda dei casi. In entrambi i Paesi inoltre le donne, di pari passo con la loro emancipazione e l'ingresso nel mercato del lavoro, hanno assunto stili di consumo più eclettici e sperimentali, riducendo le differenze di genere e proponendo esse stesse un nuovo modo di bere,

di natura meno razionale e più improntato alla ricerca di emozioni.

Ciò che differenzia ancora in maniera sostanziale le due culture sono i valori d'uso prevalenti: in Italia quello alimentare e socializzante risultano ancora dominanti, mentre in Finlandia continua a prevalere quello intossicante.

La socializzazione all'alcol

Uno dei più importanti elementi di continuità che ha accomunato le esperienze degli Italiani negli ultimi 40 anni è il processo di socializzazione all'alcol, cioè quel processo attraverso cui un individuo si avvicina all'alcol e lo sperimenta, acquisendo i valori d'uso di questa sostanza e imparando come, dove e quando il consumo è appropriato^{8,10}. Queste regole informali vengono in genere trasmesse da una generazione all'altra indirettamente (attraverso l'osservazione) e direttamente, e determinano le prime e più durature rappresentazioni dell'alcol¹¹.

Il citato studio comparativo tra Italia e Finlandia^{8,12} ha evidenziato come il processo di socializzazione alcolica avvenga da sempre in modi molto diversi nei due contesti, con significati e ricadute altrettanto differenti. Nel nostro Paese i primi ricordi legati al consumo di alcol sono positivi e piacevoli, connessi ai valori della tradizione

e della famiglia. I primi assaggi avvengono piuttosto precocemente, ma sotto l'attenta supervisione dei genitori (o dei nonni, per quanto riguarda le nuove generazioni) che adottano un atteggiamento permissivo/proteiettivo nei confronti del bambino e dell'adolescente, trasmettendo loro, in un contesto di convivialità, le regole della moderazione. Prima di giungere alle prime vere e proprie esperienze di consumo, i giovani italiani hanno la possibilità di assaggiare bevande alcoliche ripetute volte per diversi anni e il consenso dei genitori sottrae ogni potenziale significato di trasgressione alla sostanza alcol. Al contrario agli adolescenti finlandesi, come in tutti i Paesi scandinavi e anglosassoni, è generalmente proibito bere alcolici in famiglia, così che la prima esperienza di consumo avviene di norma nel gruppo dei pari, di nascosto dai genitori e con un significato trasgressivo. Molto spesso inoltre il primo assaggio corrisponde alla prima intossicazione. Per questo bisogna tenere conto del fatto che i dati a volte contraddittori che mettono a confronto le età dei primi consumi in diversi Paesi, riportati sui giornali perlopiù in tono allarmistico, si riferiscono spesso a esperienze diverse e non del tutto paragonabili¹².

Nonostante le ricerche svolte nei paesi anglosassoni abbiano evidenziato una correlazione tra l'inizio precoce dei consumi e l'abuso di alcol in adolescenza e in età adulta¹³, bisogna dunque considerare le differenze culturali e tenere presente che i pochi studi italiani disponibili suggeriscono che la socializzazione in famiglia, sebbene precoce, possa avere anche una funzione protettiva rispetto ai comportamenti alcolici dei giovani¹⁴⁻¹⁶.

I consumi alcolici nella popolazione giovanile

Da alcuni anni anche in Italia si è iniziato a parlare di binge drinking – espressione anglosassone che significa letteralmente abbuffata alcolica – soprattutto a proposito, e a volte anche a sproposito, del bere dei giovani. Secondo l'ISTAT⁶ infatti la popolazione più a rischio di binge drinking (definito come consumo di 6 o più bevande alcoliche in un'unica occasione) è quella giovanile: sono il 15,1% i soggetti di età compresa

FIGURA 2

Percentuale di 15enni che dichiarano di essersi ubriacati in due o più occasioni nella loro vita, confronto per genere (Fonte: dati HBSC relativi al 2009/2010).

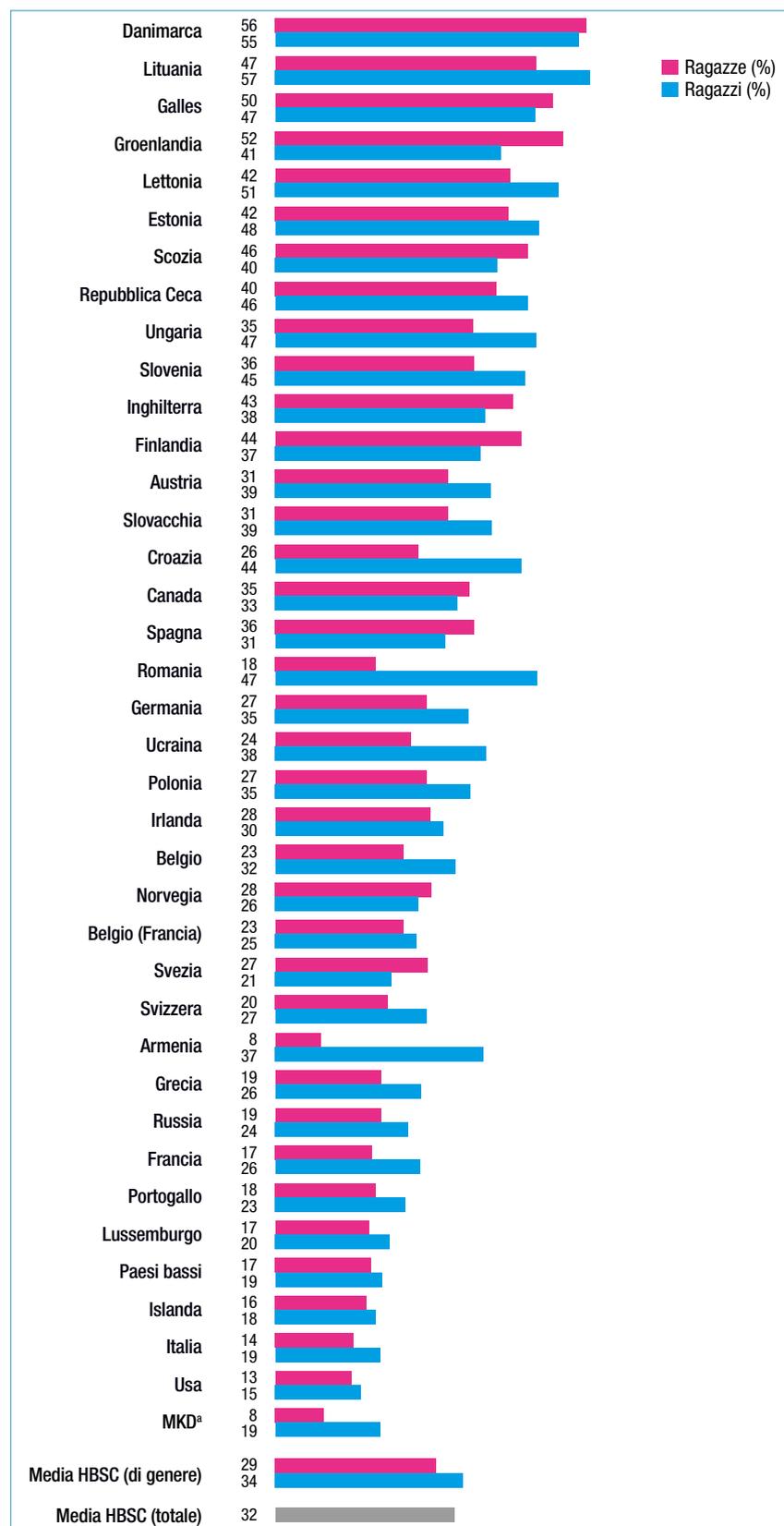
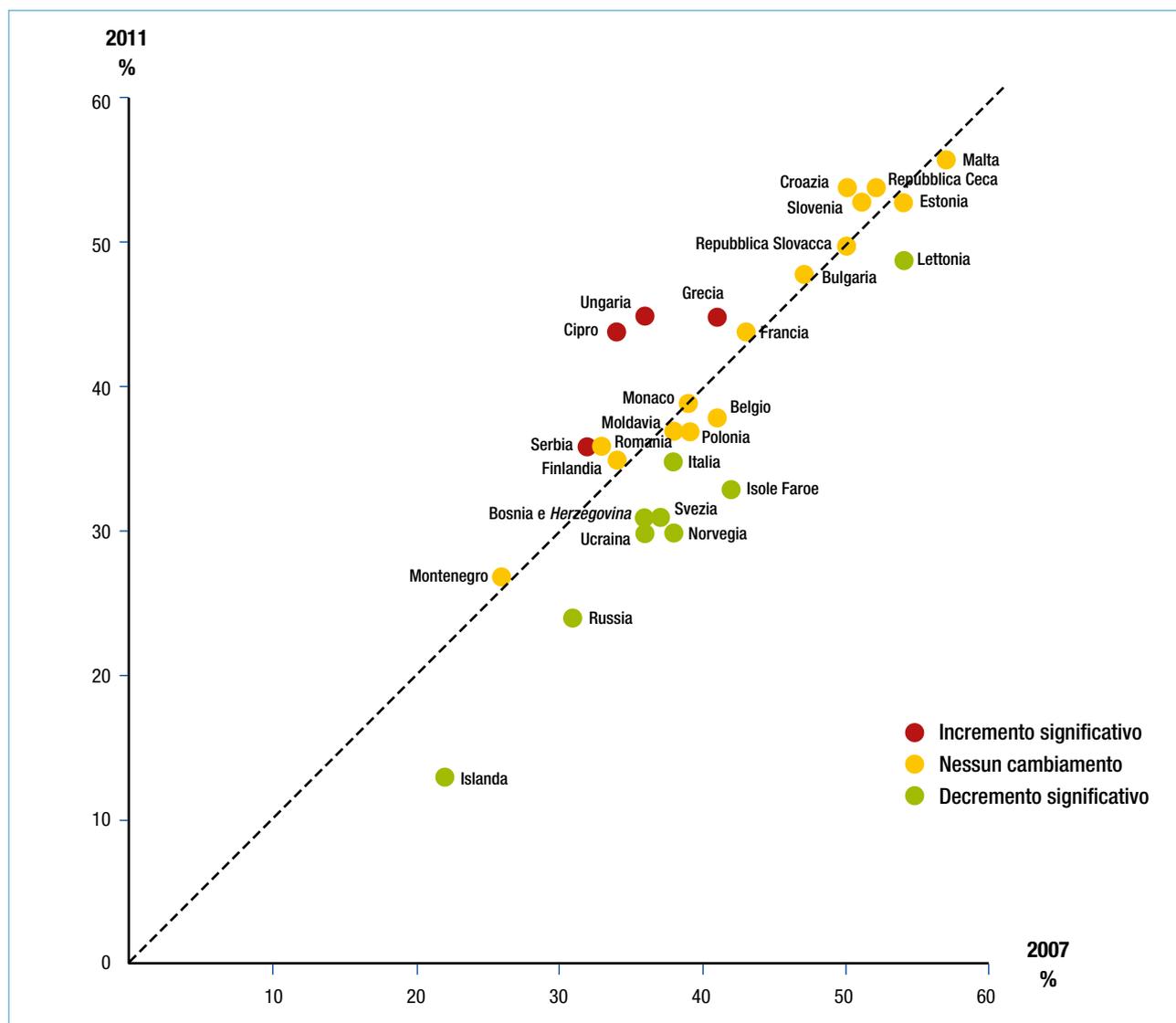


FIGURA 3

Percentuali di esperienze riportate di binge drinking (5 o più unità alcoliche nella stessa occasione): cambiamenti tra il 2007 e il 2011 (Fonte: dati ESPAD relativi al 2011).



tra i 18 e i 24 anni che risultano adottare questa pratica (almeno 1 volta nell'ultimo anno), perlopiù in momenti di socializzazione, con marcate differenze di genere. Va tenuto presente tuttavia che nel 2011 questo comportamento risulta in calo rispetto all'anno precedente, sia tra i maschi (dal 23,3 al 21,8%) che tra le femmine (dal 9,7 al 7,9%), e che i dati più recenti risultano inferiori anche a quelli del 2005^b per quan-

to riguarda i maschi (22,5%), mentre sono leggermente superiori per la popolazione femminile (7,5%). Secondo i dati Doxa – Osservatorio Permanente sui Giovani e l'Alcol¹⁷, il 14,6% dei giovani (13-24 anni) ha avuto negli ultimi 3 mesi almeno un'esperienza di binge drinking (definito in questa indagine come il consumo di 5 o più bevande nell'arco di due ore e lontano dai pasti), segnalando invece un aumento del fenomeno rispetto al 2005 (10,4%), tranne che nella fascia di età 16-19 anni. L'indagine Doxa rileva inoltre che tra il 2005 e il 2010 la quota di chi (13-24 anni) si è ubriacato almeno una volta nella vita ha registrato un

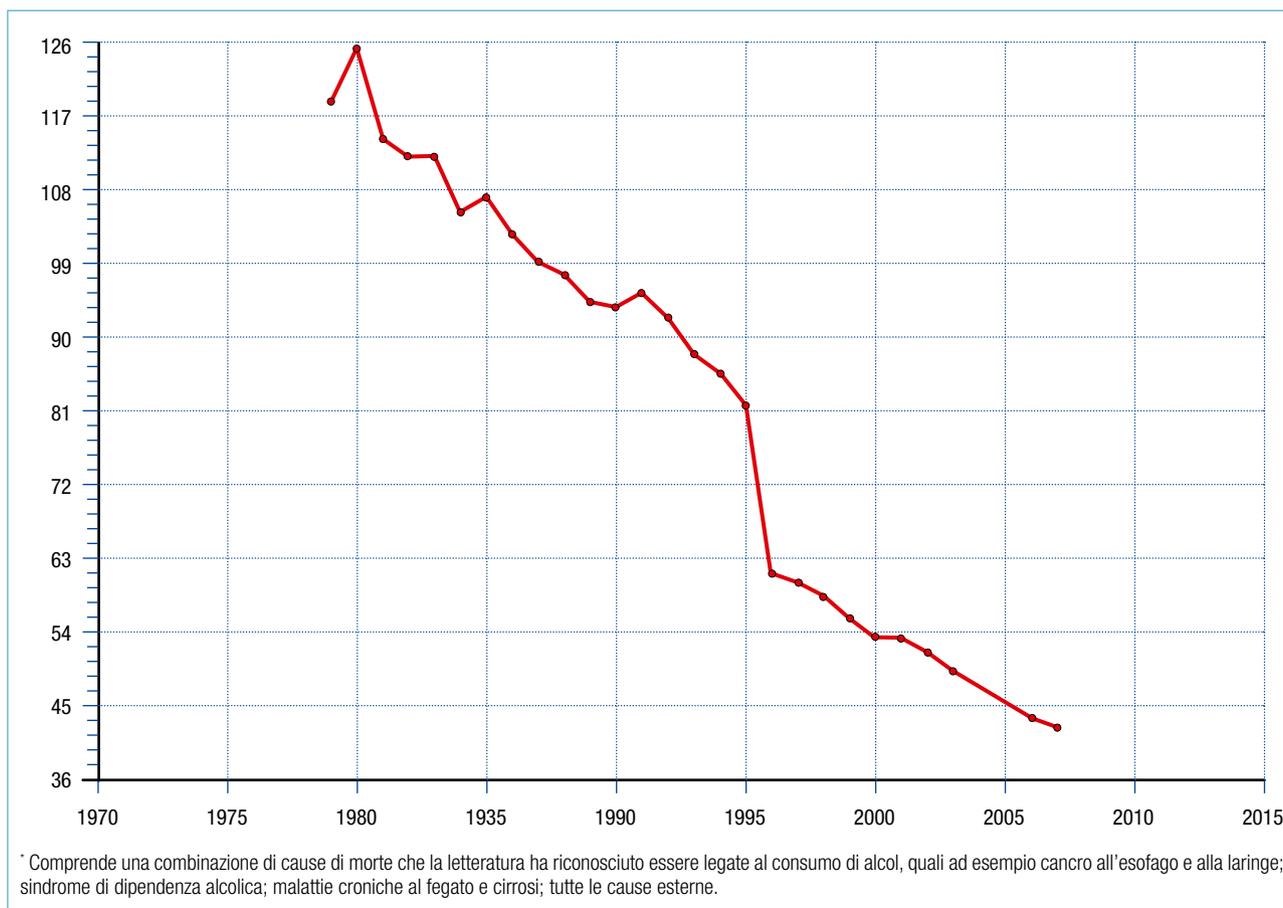
leggero incremento nella fascia di età più grande (20-24 anni), compensato da una diminuzione nelle fasce di età inferiori (13-15 e 16-19 anni), lasciando quindi pressoché inalterato il dato generale.

Per meglio comprendere queste informazioni, bisogna avere ben presenti almeno due aspetti. Il primo riguarda l'impossibilità di fare un confronto con il passato, essendo le prime rilevazioni sistematiche piuttosto recenti (la prima indagine Doxa-Osservatorio è del 1991, mentre la prima indagine multiscopo ISTAT del 1993). Il secondo attiene al come si posiziona il bere dei giovani Italiani nel contesto europeo e

^b Il primo dato comparabile, dal momento che la rilevazione del 2003 presentava i dati aggregati per la popolazione over 11 anni.

FIGURA 4

Tassi di mortalità alcol-correlata standardizzati (cause selezionate)* (per 100.000) (Fonte: WHO, European HFA Database).



internazionale. A questo fine sono a disposizione due principali fonti di dati, lo studio *Health Behavior in School-aged Children* dell'OMS (target: 11, 13, 15 anni) e i dati dell'*European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs* (ESPAD) (target: 15-16 anni). Per quanto riguarda la quota di 11enni che dichiarano di essersi ubriacati almeno due volte nella vita, con l'1% per i maschi e il 2% per le femmine, l'Italia si trova sotto la media (1 e 3%), circa a metà graduatoria. Rispetto alle quote dei 13enni e i 15enni, l'Italia slitta direttamente al terz'ultimo posto in una graduatoria composta da 38 Paesi, con percentuali che rappresentano appena un terzo e la metà della media europea (3 vs. 9% per i 13enni e 16,5 vs. 32% per i 15enni) (Fig. 2). Per la maggior parte dei paesi europei, inclusa l'Italia, queste percentuali sono in calo rispetto alla rilevazione del 2005/2006¹⁸. Anche i dati dell'ESPAD¹⁹ confermano che

l'ubriachezza è un fenomeno meno diffuso in Italia rispetto alla media dei Paesi coinvolti nella rilevazione (13 vs. 17%) e in diminuzione (Fig. 3).

In una prospettiva comparata, anche per quanto riguarda la diffusione del binge drinking (ultimi 30 giorni), i giovani italiani, con il 35% di risposte affermative, si colloca di poco al di sotto della media degli altri Paesi europei (39%) ma molto lontano da quello relativo ai giovani danesi (56%), che si collocano al primo posto. Rispetto ai dati 2007 si rileva inoltre un decremento di questo comportamento (dal 38 al 35%)¹⁹.

Per quanto riguarda invece i comportamenti di consumo, i giovani italiani sono allineati alla media (corso di vita e ultimo anno) e al di sopra della media rispetto ai consumi dell'ultimo mese (63 vs. 57%). In conclusione si può dire che i giovani italiani consumano magari più frequentemente dei loro coetanei europei, ma più moderatamente. Per questo,

anche per quanto riguarda gli stili di consumo dei giovani, nonostante i citati cambiamenti rispetto al passato nell'ambito degli studi internazionali l'Italia viene considerata una "non-intoxicating culture" (cultura non orientata all'intossicazione)²⁰.

L'impatto dei cambiamenti sui servizi

Secondo l'Istituto Superiore di Sanità la mortalità attribuibile all'alcol (totalmente o parzialmente) ha rappresentato nel 2008 il 3,8% della mortalità maschile (pari a 11.254 decessi) e il 2,1% di quella femminile (pari a 6.407 decessi). In termini di mortalità l'alcol ha il massimo impatto negativo tra i più giovani, con il 16,65% di decessi alcol correlati tra i 16-24enni, dovuti prevalentemente alle cause accidentali e tra queste agli incidenti stradali. Tra le cause parzialmente attribuibili all'alcol quelle che

nel 2008 hanno avuto un impatto maggiore sono la cirrosi epatica, le varici esofagee, il tumore della laringe, l'epilessia, il tumore del fegato, gli incidenti stradali, l'omicidio³. Va tenuto presente che, come la curva dei consumi è in discesa, così anche quella delle morti alcol-correlate mostra un andamento simile²¹ (Fig. 4). Anche per questo, oltre che per le caratteristiche del modello di consumo meno orientato all'intossicazione, l'OMS colloca l'Italia tra i Paesi a livello di rischio inferiore per quanto riguarda i consumi alcolici (livello 1 su scala 1-5)²². Tuttavia essendosi modificate le carriere del bere individuali, cioè i modelli di consumo assunti nel corso di vita, è cambiata anche la prevalenza dei problemi alcolcorrelati. Una recente ricerca svolta in Piemonte²³ ha indagato la percezione di tali cambiamenti nei servizi pubblici e privati che a vario titolo vengono in contatto con il problema (SerD, ospedali, medici di medicina generale, gruppi di auto-mutuo aiuto, ...). Lo studio ha messo in evidenza come il concetto stesso di alcolismo sia ormai difficile da definire in maniera univoca, poiché i tradizionali criteri diagnostici, come ad esempio tolleranza e astinenza, non sono più adatti a cogliere il fenomeno attuale. Inoltre il paziente-tipo del passato, che dopo una vita di consumi regolari e abbondanti sviluppava un problema cronico e si rivolgeva ai servizi per patologie organiche, è divenuto sempre più raro. Parallelamente però sono aumentati i problemi acuti, non solo sanitari ma anche sociali, legati soprattutto all'incremento dell'uso di alcolici a scopo farmaceutico, cioè come ansiolitico o antidepressivo, tra gli adulti, e all'incremento della ricerca degli effetti psicoattivi dell'alcol nella popolazione giovanile. In particolare due trend sembrano riconducibili a questi aspetti e rappresentano una sfida imprescindibile per i servizi: l'aumento della comorbilità e del policonsumo.

Il (mancato) ruolo dei medici di medicina generale

Se il fenomeno e i potenziali clienti dei servizi sono in progressivo cambiamento, permangono però le difficoltà che da sempre ostacolano l'emersione del fenomeno e fanno sì che il problema venga diagnosticato quando già è consolidato: mancata consapevolezza e sottovalutazione dei

rischi, vergogna e negazione, ambivalenza del ruolo dei familiari, stigma dei Servizi per le Dipendenze.

Un nodo critico importante è risultato essere anche il mancato ruolo dei medici di medicina generale, che potrebbero essere i primi a intercettare il problema, facendo emergere la domanda di aiuto e motivando i propri pazienti al trattamento, e quindi a rivolgersi a servizi specialistici. Il medico potrebbe avere un ruolo importante anche in termini di prevenzione, attraverso l'adozione dei c.d. interventi brevi, che si sono dimostrati un efficace strumento di contrasto dell'abuso di alcolici²⁴⁻²⁶. Sembra però che i medici tendano a sottovalutare o non considerare le proprie potenzialità abbiano una visione piuttosto limitata delle loro facoltà in questo senso. Gli ostacoli citati sono molti, a partire dalla negazione del problema da parte del paziente che si rinforza in un sistema medico-paziente perlopiù strutturato "a domanda" e non "a iniziativa", nel quale non è interesse del medico affrontare argomenti non graditi all'assistito, a volte anche solo banalmente per mancanza di tempo. A ciò si aggiungono la mancanza di formazione specifica sui problemi alcolcorrelati e di strumenti adeguati ad affrontarli. Continua a pesare inoltre lo stigma legato ai Servizi per le dipendenze, che molti medici di medicina generale ritengono essere un servizio inadatto ad accogliere e trattare un alcolista, anche se negli ultimi anni i servizi territoriali sono profondamente mutati.

Va detto tuttavia che ci sono anche casi positivi, in cui il medico riesce a facilitare la presa di coscienza del problema affrontandolo apertamente, coinvolgendo la famiglia e richiedendo delle analisi di laboratorio ad hoc. Questo tipo di rapporto potrebbe essere facilmente diffuso attraverso un'opera mirata di formazione e sensibilizzazione dei medici di medicina generale sui cambiamenti in corso nei fenomeni di consumo e di abuso di alcol e sugli interventi brevi che si sono dimostrati efficaci in altri Paesi e che sono già stati sperimentati in alcune aree territoriali²⁷⁻²⁹, adattandoli al nostro specifico contesto culturale.

Bibliografia

¹ Beccaria F, Prina F. *Young people and alcohol in Italy: an evolving relationship*. Drugs Educ Prev Pol 2010;17:99-122.

² WHO. *Global Information System On Alcohol And Health*. <http://apps.who.int/ghodata/?theme=GISAH> (ultima consultazione giugno 2012).

³ Ministero della Salute - 2012. *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"* - http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_publicazioni_1686_allegato.pdf

⁴ Allamani A, Cipriani F, Prina F, editors. *I cambiamenti nei consumi di bevande alcoliche in Italia. Uno studio esplorativo sul decremento dei consumi negli anni 1970-2000*. Quaderno n. 17 dell'Osservatorio Permanente sui Giovani e l'Alcool. Roma: Casa editrice Litos 2006.

⁵ Beccaria F, Cipriani F, Allamani A, et al. *I cambiamenti nei consumi di bevande alcoliche in Italia. Uno studio esplorativo sul decremento dei consumi alcolici negli anni 1970-2000*. Educazione Sanitaria e Promozione della Salute 2007;30:229-37.

⁶ ISTAT. *L'uso e l'abuso di alcol in Italia. Anno 2011. Statistiche report*. Roma 2012. <http://www.istat.it/it/archivio/59033>.

⁷ Cottino A. *L'ingannevole sponda*. Roma: NIS 1991.

⁸ Beccaria F, editor. *Alcol e generazioni. Cambiamenti di stile e stili in cambiamento*. Roma: Carocci 2010.

⁹ Room R, Mäkelä M. *Typologies of the cultural position of drinking*. J Stud Alcohol 2000;61:475-83.

¹⁰ Beccaria F, Petrelli E, Rolando S. *La socializzazione all'alcol in Italia*. MDD 2012;5:61-9.

¹¹ Favretto AR. *Alcol, socializzazione, educazione*. In: Cottino A, Prina F, editors. *Il bere giovane. Saggi su giovani e alcol*. Milano: Franco Angeli 1997.

¹² Rolando S, Beccaria F, Tigerstedt C, et al. *First drink: what does it mean? The alcohol socialization process in different drinking cultures*. Drugs Educ Prev Pol 2012;19:201-12.

¹³ Velleman R. *How do children and young people learn about alcohol: a major review of the literature for the Joseph Rowntree Foundation*. Bath: University of Bath 2009.

¹⁴ Bellis MA, Hughes K, Morleo M, et al. *Predictors of risky alcohol consumption in schoolchildren and their implications for preventing alcohol-related harm*. Subst Abuse Treat Prev Policy 2007;2:15.

¹⁵ Bonino S, Cattelino E, Ciairano S. *Adolescenti a rischio*. Firenze: Giunti 2003.

¹⁶ Strunin I, Lindeman K, Tempesta E, et al. *Familial drinking in Italy: harmful or protective factors? Addiction Research and Theory* 2010;18:344-58.

- ¹⁷ Doxa – Osservatorio Permanente sui Giovani e l'Alcol. *Gli italiani e l'alcol. Consumi, tendenze e atteggiamenti in Italia. 2011.* <http://www.fidae.it/AreaLibera/AreeTematiche/educazioni/salute/15-02-2011-giovani-e-alcool.pdf>
- ¹⁸ Currie C, Zanotti C, Morgan A, et al. *Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey.* Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2012 (Health Policy for Children and Adolescents, No. 6 - http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/163857/Social-determinants-of-health-and-well-being-among-young-people.pdf)
- ¹⁹ Hibell B, Guttormsson U, Ahlström S, et al. *The 2011 Espad Report Substance Use Among Students in 36 European Countries.* Stockholm: The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN) 2012.
- ²⁰ Järvinen, M, Room R. *Changing drunken component or reducing alcohol-related harm.* In Järvinen M e Room R, editors. *Youth drinking cultures: European experiences.* Ashgate: Chippenham 2007, pp. 161-72.
- ²¹ WHO. *European HFA Database.* <http://data.euro.who.int/hfad/> (ultima consultazione gennaio 2011).
- ²² WHO. *Global status report on alcohol and health.* Geneva: WHO publications 2011.
- ²³ Rolando S, Beccaria F, Consoli A, et al. *Il sistema di risposta ai problemi alcol correlati in Piemonte.* *Alcologia* 2010;9:22-33.
- ²⁴ Fleming RE, Barry K L, Manwell LB, et al. *Brief physician advice for problem alcohol drinkers. A randomised controlled trial in community based primary care practices.* *JAMA* 1997;277:1039-45.
- ²⁵ Moyer A, Finney JW, Swearingen CE. *Brief interventions for alcohol problems: a meta-analytic review of controlled investigations in treatment-seeking and non-treatment-seeking populations.* *Addiction* 2002;97:279-92.
- ²⁶ Kaner EF, Heather N, Brodie J, et al. *Patient and practitioner characteristics predict brief alcohol intervention in primary health care.* *Brit J Gen Pract* 2007;51:822-7.
- ²⁷ Scafato E, Gandin C, Patussi V, editors. *Linee guida clinica per l'identificazione e l'intervento breve.* Centro Stampa De Vittoria 2009 - http://www.epicentro.iss.it/temi/alcol/linee/linee_guida_cliniche.pdf.
- ²⁸ Struzzo P, De Faccio S, Moscatelli E, et al. *Identificazione precoce dei bevitori a rischio in Assistenza Primaria in Italia: adattamento del questionario AUDIT e verifica dell'efficacia d'uso dello short-AUDIT test nel contesto nazionale.* *Bollettino per le Farmacodipendenze e l'Alcoolismo* 2006;1-2:20-5.
- ²⁹ Struzzo P, Gianmoena B, Kodilija R. *The attitude and knowledge of Italian family doctors in respect to early identification and brief intervention on alcohol & tobacco: a controlled study.* *General Practice online* September 2003 <http://www.priory.com/fam/italgp.htm>.