

LA VALUTAZIONE DEL TRATTAMENTO DELL'ALCOLISMO:

IL PROGETTO ASSALT

COMMISSIONE ASSALT DEL GRUPPO EPIDEMIOLOGICO DELLA SOCIETÀ ITALIANA DI ALCOLOGIA

Indirizzo per la corrispondenza. Dott.ssa Ines Giorgi. Servizio di Psicologia. Fondazione S. Maugeri Clinica del Lavoro e della Riabilitazione IRCCS Istituto di Pavia, Via Ferrata 8
27100 Pavia

Questo rapporto è stato scritto da Ines Giorgi, con la collaborazione di Giovanni Corrao per gli aspetti epidemiologici, Giovanni Addolorato, Claudia Dall’Aglia, Fabio Caputo e Caterina Viganò per gli aspetti legati alla scala FES (Family Environment Scale), Ombretta Omodeo per gli aspetti legati alla scala AUI (Alcohol Use Inventory), Vincenzo Bagnardi per il supporto statistico–informatico e Ornella Nervi per l’assistenza editoriale.

COMMISSIONE ASSALT DEL GRUPPO EPIDEMIOLOGICO DELLA SOCIETÀ ITALIANA DI ALCOLOGIA:

COORDINATORI: G Corrao (Milano); I Giorgi (Pavia)

DISEGNO: Aspetti epidemiologici e statistici: Corrao (Milano); Aspetti psicologici: I Giorgi (Pavia), D Orlandini (Mestre, Venezia); Aspetti internistici: G Vittadini (Pavia); Aspetti psicometrici: G Vidotto (Padova);

SUPERVISIONE: G Gasbarrini (Roma)

MANAGEMENT: A Zambon (Milano); O Omodeo (Pavia)

GRUPPO COLLABORATIVO: M Sforza, I Alunno Serpini (Appiano Gentile), L Piloni, C Brambilla, L Toniolo (Bassano del Grappa), MT Salerno, T Radicione, A Erbi (Bari), A Noventa, M Mortella, M Riglietta (Bergamo), GF Stefanini, C Dall’Aglia, F Caputo (Bologna), A Allamani, MC Sarni (Firenze), A Lucchini, M Torriani, C Biscaro (Gorgonzola), E Ferrari, NM Lopez, M Studer (Lodi), C Malandrino, P Burra, D Mioni (Padova), PP Vescovi, C Di Gennaro, C Giuffredi (Parma), G Cerizza, P Rapuzzi (Rivolta D’Adda), G Fiorelli, TM De Feo, C Viganò (Milano), F Madeddu, MG Movalli, SM Angelone (Milano), A Albergati, D Soragna, P Bo (Pavia), G Belfiore, A Bianchi, D

Bencivenni (Pavia), G Vittadini, O Nervi, O Omodeo (Pavia), D Agostini, N Moron, C Lenci (Senigallia), M Salvagnini, P Dotto (Sandrigo, Vicenza).

FINANZIAMENTI. Lo studio è stato finanziato dal Consiglio Nazionale delle Ricerche (Titolo del progetto: Responsabile scientifico: Corrao G. Finanziamento CNR N° 96.03389.CT04).

1. STORIA DEL PROGETTO

1.1. Razionale

Nel corso dell'undicesimo Congresso Nazionale della Società Italiana di Alcolologia, "L'alcolologia verso il 2000", tenutosi nel 1993, sono state delineate le prime linee di un progetto che, in sintonia con il titolo del Congresso, ha accompagnato un gruppo di operatori in ambito alcolologico alle soglie del nuovo millennio. Tale progetto è nato in una fase del percorso dell'alcolologia in cui si sono sviluppate molte strutture alcolologiche che, nel corso di un quinquennio, hanno sperimentato e consolidato modelli di trattamento e reti di collegamento fra di loro e con i gruppi di auto aiuto già presenti sul territorio e che, negli stessi anni, hanno moltiplicato la loro possibilità di accoglienza di nuovi soggetti. Il progetto si è sviluppato quindi in un contesto in cambiamento, durante il passaggio da una fase pionieristica ad una fase in cui i servizi alcolologici hanno generato nuovi modelli organizzativi e gli operatori coinvolti, di diversa professionalità e formazione, hanno sentito il bisogno di confrontare e valutare il proprio operato; questo bisogno giustifica l'impegno di energie e risorse dedicate alla messa a punto di un progetto di monitoraggio del trattamento dell'alcolismo (ASSALT) , dà un senso agli entusiasmi ed agli inevitabili errori e ha permesso la realizzazione di una ricerca che ha trovato nel Gruppo Epidemiologico della Società di Alcolologia (GESIA) il proprio naturale contenitore.

1.2. Presupposti teorici

A partire dagli anni settanta la ricerca alcolologica ha avuto una grande espansione conseguentemente alla diffusione dei servizi alcolologici e allo sviluppo di differenti sistemi di trattamento. Abbiamo pertanto preso in considerazione le principali rassegne critiche relative alla valutazione del trattamento alcolologico a partire da quegli anni. Sobell e Sobell (1982) hanno effettuato una rassegna critica relativa al periodo 1976-80 con particolare attenzione all'esame dei progressi metodologici nella valutazione del trattamento ed hanno segnalato alcune costanti rispetto agli studi precedenti degne di nota , fra le quali:

- l'uso di fonti multiple nella raccolta dei dati;

- l'uso di misure multiple nella valutazione delle aree di salute vitale come stima dell'efficacia del trattamento;
- l'impiego di un intervallo di follow-up di ventiquattro mesi;
- l'uso di valutazioni multiple eseguite lungo tutto l'intervallo di follow-up.

Nonostante questi progressi sono stati riscontrati alcuni aspetti ancora deboli o carenti da un punto di vista metodologico quali:

- l'inadeguatezza nel riportare le caratteristiche socio-demografiche;
- l'insufficiente descrizione del tipo di trattamento offerto e delle condizioni del soggetto prima del trattamento;
- la carenza di valutazioni del comportamento alcolico;
- uno scarso o inappropriato uso dell'analisi statistica.

Successivamente gli stessi autori (1987) hanno pubblicato una seconda rassegna sugli studi di valutazione del trattamento relativa al periodo 1980-1984. E' interessante notare che tra la prima rassegna e la seconda vi sono stati importanti progressi metodologici soprattutto per quanto riguarda l'uso di un maggior numero di fonti informative ed un maggior numero di misure sia delle caratteristiche dell'alcolista, sia del comportamento alcolico. Sono relativi allo stesso periodo infatti gli studi di Cloninger (1987) che descrivono le diverse tipologie di alcolisti e gli studi di Horn (1987) che teorizzano un modello empirico su base multivariata dell'alcolismo che comprende differenti dimensioni quali il tipo e la modalità di assunzione dell'alcol, le problematiche psichiche, familiari e sociali, le problematiche lavorative ed il grado di deterioramento fisico. Corbisiero (1991) ha condotto uno studio, utilizzando l'Alcohol Use Inventory e il Millon Clinical Multiaxial Inventory, allo scopo di evidenziare possibili relazioni fra tipo di personalità e modalità di assunzione dell'alcol. Sono stati descritti tre sottogruppi di alcolisti: un primo gruppo caratterizzato dalla presenza di pochi sintomi psicopatologici, un secondo gruppo con tratti di tipo antisociale ed infine un terzo gruppo, caratterizzato dalla presenza di sintomi (scarsa autostima, difficoltà ad esprimere e gestire le emozioni, disforia), frequentemente associati ad un disturbo di personalità *borderline*.

Negli stessi anni parallelamente alla diffusione di metodiche di trattamento focalizzate alla presa in carico non solo dell'alcolista, ma anche della sua famiglia, numerosi sono stati i contributi della letteratura che hanno

analizzato il clima e l'organizzazione delle famiglie in cui è presente un membro alcolista. In particolare diverse fonti hanno descritto famiglie di alcolisti caratterizzate da una alta conflittualità, bassa coesione e scarsa attività sociale; altri studi hanno invece focalizzato l'attenzione sulle problematiche dei familiari dei soggetti alcolisti, evidenziando un maggior riscontro sia di problemi fisici, sia di problemi psichici (Tweed, 1996; Beattie, 1997; Fichter, 1997; Maynard, 1997).

Quando il progetto ASSALT è stato programmato pochi erano gli studi che avevano messo in relazione le caratteristiche dell'ambiente familiare con l'esito del trattamento. Solo più recentemente alcuni autori hanno evidenziato che una tipologia familiare caratterizzata da valori quali un forte orientamento religioso facilita il mantenimento dell'astinenza per il soggetto alcolista, così come un'alta coesione familiare si associa meno frequentemente alla ripresa dell'abuso alcolico (Craig, 1997).

Il problema del confronto fra differenti tipologie di trattamento ed esito dello stesso è stato esaminato in alcune rassegne di studi. In particolare, il lavoro di Floyd e collaboratori (1996) ha esaminato 448 studi in lingua inglese pubblicati tra il 1980 ed il 1992. Gli autori hanno rilevato che quasi la metà dei trattamenti è avvenuta in regime di ricovero, con tecniche aspecifiche e con principale obiettivo il raggiungimento e il mantenimento dell'astensione dagli alcolici. La restante parte degli studi erano stati condotti su pazienti ambulatoriali, con tecniche differenti a secondo dei modelli teorici di riferimento, con durata diversa di trattamento e veniva spesso valutata la riduzione del consumo delle bevande alcoliche come misura del risultato del trattamento. Gli autori hanno inoltre messo in evidenza che le ricerche valutate sono state condotte quasi esclusivamente su campioni di sesso maschile e che molti lavori risultavano carenti di dati relativi alle caratteristiche dei pazienti come stato civile, attività lavorativa, gravità del problema e precedenti trattamenti.

Holder e collaboratori (1991), esaminando un ampio numero di ricerche hanno cercato di classificare le tipologie di trattamento in funzione della loro efficacia ed hanno concluso che solo alcuni modelli di trattamento presentano una buona evidenza di efficacia. Tra questi, i trattamenti brevi, la terapia comportamentale ed i training per le abilità sociali.

Alla luce degli studi esaminati e soprattutto dall'esame critico delle problematiche metodologiche evidenziate dalle rassegne citate, si è strutturato uno studio italiano che ha cercato di recepire i suggerimenti della letteratura di lingua inglese e che ha adottato la maggior parte delle linee guida proposte dal gruppo della Plinius Maior

Society (1994) per la valutazione del trattamento della dipendenza alcolica. Tali linee, pubblicate successivamente alla stesura del protocollo di ricerca ASSALT, pongono l'accento sul disegno dello studio, sulla descrizione dei pazienti con strumenti validati, sulla definizione dei criteri diagnostici, sulla definizione dell'intervento e sulla metodologia della misura del risultato. La sovrapposizione fra tali indicazioni ed alcune caratteristiche dello studio ASSALT è stata per gli autori del progetto incoraggiante e di supporto nella gestione del progetto stesso.

1.3. Obiettivi

Scopo del lavoro, come dettagliatamente descritto in un precedente articolo (Treatment Evaluation Group of the GESIA, 1994) è stato quello di caratterizzare gli alcolisti che sono entrati nei diversi sistemi di trattamento ed individuare i fattori predittivi dell'esito del trattamento stesso. Pertanto il progetto si è proposto di:

- a** descrivere le caratteristiche pre-trattamento di tutti i pazienti che nel corso di un anno sono stati reclutati dai Centri Collaborativi;
- b** descrivere la variabilità dei piani di trattamento tra ed entro i vari Centri;
- c** identificare i fattori associati all'esito del trattamento e al rischio di abbandono nei due anni successivi al reclutamento.

2. DISEGNO E ARTICOLAZIONE

2.1. Disegno

Lo studio, di tipo prospettico (di coorte) osservazionale multicentrico, è stato così articolato.

1. reclutamento dei Centri Collaborativi (CC): l'adesione allo studio è stata su base volontaria e la selezione dei CC è avvenuta in modo da garantire sufficiente variabilità delle tipologie di trattamento;
2. definizione delle caratteristiche dei CC (tipo di trattamento, équipe, risorse ecc.);
3. primo reclutamento della coorte di pazienti che nel corso di un anno accedono per la prima volta ad ogni CC;

4. selezione della coorte;
5. definizione delle caratteristiche pre-trattamento di ogni paziente reclutato;
6. follow-up di 2 anni di ogni paziente reclutato per la registrazione periodica (ogni 6 mesi) di alcuni caratteri potenzialmente associati all'esito del trattamento ed inquadrabili nell'area fisica, psichica, alcolica e relazionale.

2.2. Strumenti di rilevazione

Descrizione dei Centri collaborativi. Il responsabile di ogni centro ha compilato all'inizio dello studio una scheda (Modulo servizio) sulle caratteristiche del programma di trattamento. Aspetti importanti che vengono rilevati sono la lunghezza del trattamento, l'orientamento teorico dello staff (psicodinamico, comportamentale, ecc.), le caratteristiche delle procedure di trattamento (*counseling*, terapia individuale o di gruppo, coinvolgimento della famiglia ecc.), composizione e qualifica dei membri dell'equipe.

Descrizioni dei pazienti. La sequenza di contatti tra ogni paziente e gli operatori del Centro Collaborativo si articola in 3 fasi:

- la prima (fase selettiva) si riferisce all'insieme di operazioni che dal primo contatto dei pazienti conduce alla selezione di quelli con caratteristiche tali da poter essere inclusi nello studio (tabella 1);
- la seconda (fase pre-trattamento) si riferisce all'insieme dei moduli tesi a descrivere le caratteristiche dei pazienti entrati nello studio e il programma di trattamento previsto (tabella 2);
- la terza (fase valutativa) si riferisce all'insieme dei moduli tesi a descrivere, con periodicità semestrale le caratteristiche dei pazienti potenzialmente associate all'esito del trattamento (tabella 3).

La valutazione è stata effettuata in modo completo al 12° e al 24° mese di follow-up, parziale nei due rimanenti controlli (6° e 18° mese).

3. ANALISI DEI DATI

3.1. Validazione italiana dell'Alcohol Use Inventory (AUI)

E' stato condotto uno studio preliminare al fine di fornire un contributo alla validazione italiana dell'Alcohol Use Inventory (Omodeo, 1996). Dopo aver ottenuto, da parte degli Autori, il consenso per la validazione e per l'utilizzo dello strumento per scopi scientifici, sono state effettuate due traduzioni parallele del testo originale inglese e successivamente è stata eseguita una *back version* da una persona di madre lingua inglese. Verificata la concordanza tra *back version* e testo originale, è stata predisposta la prima stesura del questionario che è stato somministrato per una prova di comprensione degli *items* a 50 alcolisti e a 50 soggetti non alcolisti. E' stata quindi elaborata una versione definitiva da utilizzare per la validazione. Le uniche differenze che si riscontrano tra la versione italiana e quella originale inglese riguardano la parte delle istruzioni alla compilazione. Nella versione inglese le istruzioni fanno riferimento alla compilazione di un foglio di spoglio sul quale i soggetti devono apportare le risposte. Nella versione italiana tale modalità di compilazione non è stata mantenuta poiché si è pensato di semplificare al massimo l'autosomministrazione, fornendo ai soggetti la possibilità di rispondere sul questionario stesso. Le istruzioni della versione italiana sono pertanto riassunte e ridotte rispetto alla versione originale.

Il questionario è stato somministrato a 149 soggetti (96 uomini e 53 donne) con diagnosi di Dipendenza Alcolica secondo i criteri del DSM III R con l'obiettivo di verificare se la versione italiana, che mantiene la struttura originaria dello strumento, è applicabile per forma e contenuto al nostro contesto culturale ed ambientale.

L'analisi delle frequenze delle risposte ha permesso di riformulare alcuni *items* risultati poco comprensibili e di eliminarne altri poco adatti al nostro contesto socioculturale. Successivamente si sono condotte: l'analisi della validità di costrutto per cui si è effettuata un'analisi fattoriale allo scopo di estrarre un numero definito di fattori che descrivono il costrutto indagato e si è elaborata la Correlazione Prodotto/Momento di Pearson tra le scale primarie al fine di evidenziare le eventuali relazioni esistenti e la presenza di una o più dimensioni comuni tra esse. L'analisi fattoriale ha permesso di verificare la validità di costrutto dello strumento, confermando una struttura a 14 fattori (Horn, 1983), che nel complesso spiegano il 68% della varianza totale. Infine, l'analisi della correlazione di Pearson ha evidenziato l'esistenza di correlazioni significative fra le scale primarie e fra le scale primarie appartenenti ad una stessa dimensione secondaria, confermando perciò la presenza di costrutti più generali alla base del questionario. I risultati finali sembrano dunque indicare che lo strumento possiede buona

pertinenza clinica e proprietà psicometriche soddisfacenti. Ulteriori dettagli sulle analisi effettuate e sui risultati ottenuti sono altrove riportati (Omodeo, 1996).

3.2. Considerazioni metodologiche sulla scelta della variabile di risposta

Il disegno, la gestione, l'analisi e l'interpretazione dei dati derivanti da studi osservazionali sul trattamento a lungo termine degli alcolisti presentano numerose difficoltà (The Plinius Maior Society, 1994). Gli aspetti particolarmente complessi riguardano l'identificazione della variabile di risposta e l'alto rischio di abbandono del trattamento.

Molte variabili di risposta, come la 'durata cumulativa di astinenza' (CAD) (The Plinius Maior Society, 1994; Lehert, 1993; Whitworth, 1996; Favre, 1997), sono riferite all'implicito e generale obiettivo del trattamento di ottenere e mantenere l'astinenza dall'alcol nel tempo. Visto che l'astinenza è spesso l'unico obiettivo del programma di trattamento, il suo monitoraggio nel tempo consente il confronto tra diversi approcci terapeutici. Questo è vero sotto l'assunto che i programmi di trattamento posti a confronto comportino lo stesso rischio di abbandono. Infatti, la scarsa attendibilità dell'informazione sul comportamento alcolico dei pazienti che abbandonano il programma di trattamento, limita la possibilità di confrontare i pazienti che aderiscono allo stesso con quelli che l'abbandonano, così come approcci terapeutici caratterizzati da diverso rischio di abbandono.

L'aderenza, come misura indiretta dell'efficacia del progetto terapeutico, non richiede alcuna informazione di incerta attendibilità (Aricò, 1994). D'altro canto, un alto grado di aderenza non è necessariamente informativo sull'abilità dell'approccio terapeutico di evitare ricadute e di mantenere l'astinenza.

In tali condizioni, esiste la necessità di esplorare procedure più complesse di monitoraggio che includano come variabili di risposta sia il comportamento alcolico che l'aderenza al trattamento. Ciò è stato fatto nella fase preliminare dell'elaborazione dei dati del progetto ASSALT considerando due eventi/indici di insuccesso: la ricaduta e il ritiro dal trattamento.

Per la prima, è stata considerata la lunghezza del periodo tra l'inizio del trattamento e il primo episodio di ricaduta. Al fine di valutare la relazione tra quantità di trattamento ricevuto e il rischio di ricaduta, è stata costruita una variabile tempo-dipendente calcolata come rapporto tra numero di giorni di trattamento prima della ricaduta (o del corrispondente dato troncato) e numero di giorni tra l'inizio del trattamento e il primo episodio di ricaduta (o del corrispondente dato troncato). Questa variabile è stata chiamata "proporzione cumulativa di durata del trattamento" (CDT).

Per il secondo tipo di insuccesso, è stata considerata la lunghezza del periodo tra l'inizio del trattamento e il primo o il definitivo abbandono del trattamento stesso. Al fine di valutare la relazione tra comportamento alcolico e il rischio di abbandono, è stata costruita una variabile tempo-dipendente calcolata come rapporto tra numero di giorni di astinenza prima dell'abbandono (o del corrispondente dato troncato) e numero di giorni tra inizio del trattamento e il primo episodio di abbandono (o del corrispondente dato troncato). Questa variabile è stata chiamata "proporzione cumulativa di durata dell'astinenza" (CDA).

3.3. Tecniche di analisi della sopravvivenza

Il metodo del prodotto limite è stato utilizzato per stimare la proporzione cumulativa di pazienti che non sperimentano lo specifico episodio di insuccesso.

La relazione tra il rischio di ricaduta o di abbandono e le variabili di interesse è stata analizzata sia mediante il confronto tra le specifiche curve di sopravvivenza (log rank test), sia usando numerose estensioni del modello di base dei rischi proporzionali (modello di Cox). Tali estensioni riguardano: (a) l'utilizzo di covariate tempo-dipendenti come CDT e CDA (Kalbfleisch and Prentice, 1980); (b) l'aggiustamento delle stime dei parametri via stratificazione, vista la sistematica violazione dell'assunto di proporzionalità (Marubini & Valsecchi, 1995); (c) l'utilizzo di una tecnica in grado di tenere conto del fatto che gli eventi indagati (ad esempio l'abbandono) possono verificarsi più volte durante il periodo di osservazione (analisi della sopravvivenza per eventi ripetuti; Wei, 1989). Dettagli sulle analisi effettuate sono altrove riportati (Corrao, 1999).

4. RISULTATI

4.1. Il campione

Sedici Centri alcologici hanno partecipato al progetto segnalando complessivamente 680 soggetti di cui 469 uomini (69%) e 211 donne (31%) con età media di 45 anni in un range di 16-85 anni. Nella tabella 4 sono indicati i Centri e la numerosità dei pazienti segnalati. Sono stati esclusi 156 soggetti, di cui 13 per motivi interferenti con la partecipazione al progetto terapeutico, 53 per motivi interferenti con il protocollo dello studio, 83 per situazioni di emergenza e 7 per diagnosi diversa da abuso o dipendenza primaria da alcol (tabella 5). Per 158 pazienti usciti durante la fase di accoglienza (*drop out precoci*), inoltre, non è stato formulato un progetto terapeutico e anch'essi non sono entrati nello studio. I 267 pazienti esclusi sono di sesso prevalentemente maschile (69%), con età media di 44 anni e con diagnosi di dipendenza alcolica nel 97% dei casi.

Dei 413 pazienti inclusi nello studio, 270 hanno accumulato 2 anni di osservazione dalla data di ingresso nello studio. Solo a tali pazienti sono riferite le analisi successive.

4.2. Tipologie di trattamento

Tutti i soggetti hanno ricevuto un trattamento farmacologico e sono stati sottoposti a *counseling* psicologico. 158 pazienti (59%) sono stati direttamente seguiti in psicoterapia individuale o di gruppo e 211 (78%) sono stati inviati ai gruppi di auto-mutuo-aiuto.

4.3. Aderenza al trattamento e astensione dagli alcolici

Dei 270 pazienti reclutati, 153 (57%) hanno aderito al trattamento per tutto il periodo di follow-up, 21 (8%) hanno interrotto e successivamente ripreso il trattamento e 96 (36%) hanno interrotto volontariamente e definitivamente il trattamento. Solo 14 pazienti (5%) hanno abbandonato il trattamento per cause non intenzionali (morte, arresto, ospedalizzazione o istituzionalizzazione).

La proporzione cumulativa di aderenza al trattamento è stata del 71%, 63% e 53% dopo sei mesi, un anno e due anni rispettivamente dall'inizio del trattamento.

Dei 270 pazienti reclutati, 129 (48%) sono rimasti completamente astinenti da bevande alcoliche per tutto il periodo di osservazione. La proporzione cumulativa di astinenti è risultata essere pari al 58%, 48% e 45% dopo sei mesi, un anno e due anni rispettivamente dall'inizio del trattamento.

4.4 Relazioni tra aderenza al trattamento e rischio di prima ricaduta

La tabella 6 riporta i risultati relativi all'associazione tra quantità di trattamento ricevuto e rischio di prima ricaduta. E' stato osservato una inaspettata e significativa tendenza verso una riduzione del rischio di ricaduta al decrescere della quantità di trattamento ricevuto.

La tabella 7 riporta i risultati relativi all'associazione tra durata dell'astinenza e il rischio del primo episodio di abbandono (primo modello), di abbandono definitivo (secondo modello) e di ogni episodio di abbandono (terzo

modello). Come atteso, per tutti i modelli è stato osservato un significativo orientamento verso un incremento del rischio di abbandono al decrescere della durata cumulativa di astinenza.

4.5. Determinanti del rischio di abbandono del trattamento

Vengono presentati i determinanti dell'esito del trattamento relativamente alle caratteristiche di base del paziente, all'inquadramento diagnostico e alle variabili relative all'area fisica, psichica, alcolologica e relazionale.

Caratteristiche di base

Sono state considerate le seguenti variabili: età, sesso, stato civile, condizioni di convivenza, livello di istruzione, proprietà dell'abitazione, occupazione, esperienze pregresse di trattamento ed infine la modalità di presentazione al primo incontro (accompagnato o meno). Le figure 1-3 riportano le probabilità cumulative di aderenza al trattamento stratificate per le variabili significativamente associate al rischio di abbandono. In particolare la condizione di vivere da solo (figura 1), e il presentarsi da solo al primo appuntamento con l'operatore del servizio alcolologico (figura 2) sono significativamente associate ad una maggiore probabilità di abbandono del trattamento. La diagnosi di abuso e/o di dipendenza, così come la gravità della dipendenza secondo i criteri del DSM III, non sono risultate associate al rischio di abbandono. Al contrario, la dipendenza anche da una o più sostanze psicoattive, condiziona una significativa maggiore probabilità di abbandono rispetto alla condizione di dipendenza e/o abuso da solo alcol (figura 3).

Area fisica

Sono state prese in considerazioni variabili relative all'esame obiettivo (malattie epatiche, altre malattie dell'apparato digerente, malattie neurologiche, altre malattie alcol correlate, una o più malattie alcol correlate, punteggio clinico). Di queste condizioni l'assenza di malattie alcol correlate all'esame obiettivo (figura 4) ed un basso punteggio clinico (figura 5) si associano ad un maggior rischio di abbandono del trattamento.

Sono stati inoltre considerati alcuni indici relativi all'autopercezione dello stato di salute, al giudizio sul proprio stato di salute rispetto alle persone della stessa età, alla definizione di buona salute ed al numero di sintomi percepiti. Questa ultima variabile appare positivamente associata al rischio di abbandono (figura 6).

Tra le sette scale dell'*Illness Behaviour Questionnaire*, infine, solo quella relativa all'irritabilità risulta significativamente e positivamente associata al rischio di abbandono del trattamento (figura 7).

Area psichica

Sono stati considerati i punteggi relativi alle scale del *Cognitive Behavioural Assessment* (CBA 2.0) e del *Symptom Distress Check List* (SCL 90). Alti punteggi relativi alle seguenti scale del CBA 2.0: ansia di tratto (figura 8), instabilità emotiva (figura 9) e disadattamento e antisocialità (figura 10), e dell'SCL 90: depressione (figura 11), ansietà (figura 12), fobie (figura 13), psicotismo (figura 14), disturbi del sonno (figura 15) e ideazione paranoide (figura 16), sono risultati associati a un maggior rischio di abbandono del trattamento.

Area alcolologica

La tabella 8 riporta il grado di associazione tra ogni scala primaria e secondaria dell'*Alcohol Use Inventory* (AUI) e due variabili di risposta: la proporzione cumulativa di aderenza al trattamento (approccio univariato) e il rischio di abbandono del trattamento (approccio multivariato). Lo strumento in questione è stato somministrato a un campione di 169 pazienti estratti casualmente dai 270 entrati nello studio. Tra le scale dei benefici associati al bere è stato osservato che il rischio di abbandono aumenta con l'aumentare dei punteggi della scala dei benefici mentali associati al bere e del 'bere per autoaffermazione' e con la riduzione del punteggio della scala del 'bere per affrontare problemi coniugali'. Tra le scale riguardanti gli stili del bere, si è osservato che il rischio di abbandono aumenta con l'aumentare dei punteggi delle scale che misurano il bere sostenuto e il bere ossessivo. In riferimento alle conseguenze del bere, si è osservato che il rischio di abbandono aumenta con l'aumentare dei punteggi della scala che misura il deterioramento globale associato all'alcol. Infine, nessuna delle scale riferite alle preoccupazioni riguardo al bere ha mostrato tendenze significative.

La tabella 9 mostra i risultati del modello di regressione di Cox che considera tutte le variabili risultate significative dall'analisi precedente. Effetti significativi sono stati osservati per tre scale secondarie (il rischio di abbandono è maggiore se più elevati sono i punteggi alle scale

del bere ossessivo-sostenuto e del deterioramento globale, ed è minore se più elevati sono i punteggi alla scala dell'ansia correlata al bere) e per la scala primaria misurante l'uso di sostanze psicoattive. Sorprendentemente, né la dimensione secondaria del bere per autoaffermazione (che era significativa nell'analisi precedente), né i criteri di gravità della dipendenza del DSM III R, hanno mostrato effetti significativi sul rischio di abbandono.

Area relazionale

Le tabella 9 e 10 riportano il grado di associazione tra ogni scala primaria e secondaria del *Family Environmental Scale* (FES) e due variabili di risposta: la proporzione cumulativa di aderenza al trattamento (approccio univariato: tabella 9) e il rischio di abbandono del trattamento (approccio multivariato: tabella 10). Lo strumento in questione è stato somministrato, oltre che ai 270 pazienti entrati nello studio, anche a 50 ulteriori pazienti che, pur non avendo accumulati due anni di follow-up, sono stati comunque seguiti per almeno un anno. È stato osservato che il rischio di abbandono tende a diminuire con l'aumentare dei punteggi delle scale dell'espressività (solo all'analisi univariata), dell'orientamento intellettuale / culturale, dell'impegno alla realizzazione e del funzionamento generale della famiglia.

5. DISCUSSIONE

5.1. Alcune considerazioni sul disegno dello studio

Il progetto ASSALT è stato designato come esperimento naturale, basato sull'osservazione dell'usuale attività di alcuni centri alcologici. Lo studio, non avendo previsto l'assegnazione casuale dei pazienti nei differenti approcci terapeutici, non consente di confrontare l'efficacia dei diversi modelli di trattamento. Inoltre i risultati dello studio non possono essere generalizzati all'intera popolazione di alcolisti in trattamento in Italia, in quanto solo un gruppo selezionato di centri ha aderito volontariamente al progetto. Probabilmente hanno aderito i Centri più motivati e con una struttura organizzativa tale da consentire la partecipazione ad una ricerca complessa. E' presumibile di conseguenza sospettare una sovrastima delle proporzioni cumulative di successi terapeutici. Nonostante tali limiti, l'approccio osservazionale del progetto ASSALT è risultato un modello razionale ed efficace per caratterizzare e monitorare gli alcolisti e per identificare possibili fattori associati al rischio di fallimento del progetto terapeutico.

5.2. Alcune considerazioni sulla scelta della variabile di risposta

In una prima fase, l'analisi dei dati è stata condotta con lo scopo di identificare la variabile di risposta da utilizzare nelle analisi successive.

La lunghezza del tempo tra l'inizio del trattamento ed il primo episodio di ricaduta è stata per prima considerata come una variabile cardinale. E' da evidenziare che tale variabile coincide con la durata di astinenza cumulativa; usando tale variabile in un modello di analisi di sopravvivenza, è possibile descrivere il comportamento degli alcolisti durante tutto il periodo di osservazione piuttosto che solo al termine di esso. Tuttavia, abbiamo osservato che i pazienti con una bassa aderenza al trattamento paradossalmente mostrano un rischio relativo di ricaduta significativamente minore rispetto ai pazienti che aderiscono al trattamento stesso. Noi sospettiamo che tale risultato sia dovuto all'inattendibilità dell'informazione sul comportamento alcolico dei pazienti che abbandonano il progetto terapeutico. Infatti, mentre il comportamento alcolico riferito dal paziente durante il trattamento è stato sempre confrontato con quello riferito dall'operatore, nel caso dei pazienti usciti, l'attendibilità dell'informazione non è verificabile. In tali condizioni, la stima della proporzione cumulativa di astinenza risulta potenzialmente distorta e non può essere usata come un indicatore del successo terapeutico.

In un secondo approccio, la lunghezza di tempo tra l'inizio del trattamento e il suo abbandono è stata considerata come variabile di risposta. Abbiamo osservato che pazienti con ripetute ricadute durante il trattamento sono

caratterizzati da un rischio di abbandono significativamente superiore rispetto a quelli con elevata proporzione di durata di astinenza. Tale osservazione ha tre importanti implicazioni. Innanzitutto suggerisce che il comportamento alcolico durante il trattamento è stato adeguatamente monitorato. In secondo luogo, indica che i pazienti con ripetute ricadute spesso escono precocemente dal trattamento. Infine, suggerisce che l'adesione al trattamento può essere adeguatamente utilizzata come variabile di risposta in quanto indicativa non solo della *compliance* del paziente al progetto terapeutico, ma anche del suo comportamento alcolico.

Queste considerazioni giustificano le due scelte che hanno guidato le analisi successive. Innanzitutto, la scelta dell'aderenza al trattamento come variabile di risposta indicativa del successo terapeutico. In secondo luogo, l'ampio uso di tecniche di analisi della sopravvivenza, motivato dal fatto che la variabile in questione, essendo di fatto sempre troncata a destra (ovvero al termine dell'osservazione i pazienti che non hanno sperimentato l'evento in questione sono ancora a rischio di sperimentarlo successivamente), si presta ad essere trattata con tale tecnica.

5.3. Fattori prognostici del successo terapeutico

Un importante obiettivo del progetto è stato inoltre quello di valutare i fattori prognostici di successo terapeutico relativamente alle caratteristiche dei pazienti reclutati.

Tra le **caratteristiche di base** alcune condizioni sociali macroscopicamente rilevanti come la condizione di isolamento dei soggetti che vivono da soli e che da soli prendono contatto con un centro alcolologico hanno negativamente influenzato l'adesione al trattamento. A tale proposito è utile ricordare che tutta la metodologia di valutazione e presa in carico del paziente alcolista ha da molti anni enfatizzato il ruolo e l'importanza del coinvolgimento di familiari o di persone di riferimento nella cura e nella gestione del comportamento di abuso e della dipendenza alcolica (Robert, 1988; Marc, 1989; Brown, 1997.). Tale comportamento accade infatti in un contesto relazionale producendo ed assumendo significati diversi e complessi, difficilmente descrivibili se non si prende in considerazione l'intero sistema. Il

trattamento, pertanto, se focalizzato solo a un membro del sistema non potrà che risultare parziale e quindi non sufficientemente capace di produrre un cambiamento significativo. Inoltre la condizione di isolamento del paziente potrebbe essere interpretata quale indice di maggiore gravità dell'alcolismo. La storia naturale di tale disturbo porta infatti ad un generale progressivo deterioramento delle capacità relazionali, affettive e sociali. Pertanto il trattamento di alcolisti che vivono e si presentano da soli ai centri può essere spiegata dalla scarsa potenza dei modelli di trattamento a gestire con successo situazioni particolarmente problematiche e gravi. La risorsa dei gruppi di auto aiuto e delle reti di collegamento fra questi gruppi e la maggior parte dei centri alcologici, non sembra sufficiente per far fronte efficacemente alle problematiche del mantenimento della presa in carico del soggetto alcolista che vive da solo. Ricordiamo a questo proposito i dati di uno studio che ha valutato i fattori prognostici relativamente all'attività dei Club per Alcolisti in Trattamento (CAT) ed ha evidenziato fra le caratteristiche negativamente associate al mantenimento dell'adesione ai CAT la mancanza per il soggetto di un nucleo familiare (Aricò, 1994).

Anche la popolazione di soggetti con dipendenza alcolica ed abuso di altre sostanze psicoattive più facilmente interrompe il trattamento. Questo dato sembra avvallare l'ipotesi che i sistemi di trattamento valutati non siano stati pensati e realizzati per queste particolari categorie di alcolisti che presentano stili di vita e modalità relazionali difficilmente gestibili attraverso un approccio terapeutico tradizionale.

Esaminando i risultati relativi all'**area psichica**, appare evidente come alti livelli di ansietà del soggetto all'inizio del trattamento si ripercuotano negativamente sulla *compliance*. Questo dato supportato dalla concordanza delle rilevazioni effettuate con due strumenti diversi quali la scala per l'ansia di tratto del CBA 2.0 e la specifica scala dell'SCL 90, presenta un'importante conferma di valutazioni cliniche e concettualizzazioni

condivise dalla maggior parte degli operatori in ambito alcologico. Ricordiamo che l'alcol viene spesso utilizzato per le sue proprietà di sedazione dell'ansia che lo rendono particolarmente appetibile sia per quei soggetti che presentano alti livelli di ansia sociale o ansia da prestazione, sia per quelli in cui l'ansia rappresenta il sintomo di un disturbo psichico più generale quale un disturbo depressivo o di personalità. Le stesse considerazioni sono spendibili per il dato relativo all'associazione fra alti livelli di instabilità emozionale, depressione e bassa *compliance*. Anche in questo caso è ipotizzabile un uso dell'alcol quale regolatore delle emozioni e del tono dell'umore. Alcuni autori sostengono che una marcata vulnerabilità emozionale a cui si accompagna una difficoltà nel sistema di regolazione delle emozioni, rappresenta il substrato per lo sviluppo sia di un disturbo di personalità di tipo *borderline*, sia di un disturbo di abuso di sostanze (Clarkin, 1997). I nostri dati non possono suffragare tale ipotesi, ma essere letti come segnali di un disagio psichico in grado di influenzare l'adesione al trattamento. Con la stessa cautela è necessario interpretare il dato relativo alle scale di disadattamento e antisocialità del CBA2.0 e di psicoticismo e ideazione paranoide dell'SCL 90. Un punteggio alto a queste scale evidenzia componenti personalistiche e comportamentali di disadattamento frequentemente documentati in letteratura sia in soggetti alcolisti, che in pazienti con disturbo schizoide e antisociale di personalità (Sanavio, 1986).

Per quanto riguarda l'**area alcologica**, ci sembra innanzitutto interessante notare che né le scale primarie relative alla percezione delle conseguenze del bere, né quelle primarie e secondarie dell'ansia correlata al bere siano risultate significative nella previsione dell'abbandono del trattamento. Probabilmente tali scale (perdita di controllo, disadattamento sociale, sintomi psicoperceptivi di astinenza, sintomi psicofisici, bere che causa problemi coniugali, sensi di colpa dopo aver bevuto, precedenti trattamenti, preoccupazione per il bere) considerate singolarmente non hanno significato di per sé per l'alcolista del nostro campione. Le conseguenze legate al bere non sembrano essere segnale di pericolo per l'alcolista (come hanno dimostrato le campagne di prevenzione negli ultimi anni quello che "funziona" non è il messaggio di rischio o fare paura, ma l'informazione). Diversamente, la percezione globale di un deterioramento generale (psico fisico e sociale) porta l'individuo a fermarsi e chiedere aiuto (Marlatt, 1996). Questa ipotesi è confermata da uno dei nostri risultati: quando aumenta il punteggio dei rischi percepiti diminuisce il rischio di abbandono. Questa conclusione va così a confermare l'importanza dell'utilizzo dell'approccio motivazionale nel trattamento dell'alcolodipendenza,

basata appunto sull'evidenziare i rischi-benefici dell'alcol e al dare all'individuo strumenti per affrontare le difficoltà. In questa direzione operano, poi, i diversi gruppi di auto aiuto.

I dati dello studio delineano una tipologia di soggetti che assumono alcol in modo compulsivo e lo utilizzano per "curare" il disagio psichico connesso ad una immagine svalutata di sé o alla percezione di difficoltà nel funzionamento sociale. Una tipologia di soggetti, descritta in modo simile da Corbisiero (1991), per i quali è ipotizzabile formulare una diagnosi di disturbo di personalità (PDs). A supporto di tale ipotesi ricordiamo inoltre lo studio di Nace (1991) che ha valutato la comorbidità dell'alcolismo e dei disturbi di personalità, rilevando che i soggetti con PDs presentano all'*Alcohol Use Inventory* punteggi significativamente più alti del bere compulsivo, del bere per cambiare umore, del bere per autoaffermazione. Se interpretiamo i dati del nostro studio alla luce dell'ipotesi descritta, si può concludere con molta cautela che l'adesione al trattamento risulta più difficile per quei soggetti che presentano tratti inquadabili in un disturbo di personalità, come anche dimostrato da uno studio di Movalli (1996). Da tale studio emerge che il Cluster B dei PDs, caratterizzato da drammaticità, instabilità emozionale, e impulsività, ha una più bassa *compliance* con il programma terapeutico. I soggetti con un disturbo psichico, verosimilmente con un disturbo di personalità, abbandonano più frequentemente il trattamento per una difficoltà a mantenere una relazione terapeutica. Ricordiamo che in particolar modo il paziente *borderline* (Maffei, 1993) presenta atteggiamenti e sentimenti svalutativi, manipolatori o ostili soprattutto quando è impegnato in un rapporto stretto. Non bisogna dimenticare inoltre la forte valenza terapeutica che assume l'alcol per questi pazienti, in quanto agisce nella regolarizzazione dell'instabilità emozionale.

Per quanto riguarda l'**area relazionale** i risultati del presente studio confermano parzialmente l'ipotesi che le caratteristiche dell'ambiente familiare siano legate all'adesione al trattamento: l'espressività, l'orientamento intellettuale, l'impegno di realizzazione ed il funzionamento, mostrano una tendenza significativa ad aumentare l'adesione al trattamento. Nel nostro campione, l'adesione al trattamento, non sembra associata ad un generale "buon clima familiare" (nel senso di supporto e/o preoccupazione reciproca in base alla scala della coesione), quanto all'autopercezione di un buon funzionamento generale. E' verosimile supporre che la preoccupazione reciproca possa ricadere nell'ambito del controllo reciproco o del "criticismo" inteso come espressione di una alta emotività espressa che, secondo il modello teorico di Fichter (1997), riguarda l'alta sensibilità dell'alcolista

ad ogni minimo comportamento che possa ledere una già deficitaria autostima ed elicitare sentimenti di colpa e inadeguatezza. A tale proposito, precedenti studi hanno evidenziato quanto il supporto amicale, sia generale che specifico per l'alcol, sia a volte più efficace di quello familiare (Beattie, 1997).

L'espressività emozionale, intesa come libera espressione sia dei sentimenti, sia dei conflitti tra i membri della famiglia, è invece associata ad una buona adesione al trattamento. Probabilmente la percezione di un clima familiare che consente un confronto dei problemi e delle emozioni rende più facile il mantenimento della compliance a trattamenti che prevedono un coinvolgimento ed una messa in discussione dei ruoli familiari. Questo dato è stato rilevato da altri autori che hanno però utilizzato metodologie diverse. Fichter (1997) ha valutato l'influenza sulla ricaduta degli atteggiamenti dei familiari verso gli alcolisti, riscontrando che un basso numero di "commenti critici" e un elevato "calore" erano associati ad un basso rischio di ricaduta.

Una buona espressività rende più facile al familiare accettare ed adattarsi al soggetto alcolista e aumenta conseguentemente le capacità di adattamento dell'intera famiglia.

Un altro fattore significativo è risultato essere l'orientamento familiare culturale ed intellettuale. Alcuni autori, fra i quali Miller (1997) hanno rilevato come, in un campione di giovani, il praticare *hobbies*, sport e uscire con gli amici fosse correlato alla diminuzione di uso di sostanze, tra cui l'alcol. Possiamo supporre che il grado di orientamento (inteso come ricchezza di interessi ed apertura verso il mondo esterno) sia una misura della capacità e delle possibilità che ha l'individuo per aumentare il proprio livello di soddisfazione rispetto alla propria esistenza. Questa necessità, tipica di ogni essere umano, è tanto più vera per l'alcolista, soprattutto nel momento del recupero, quando deve ricostruire la propria vita, ritrovare vecchi e nuovi interessi ed abilità sociali. Ricordiamo lo studio citato nella parte introduttiva che ha identificato fra le metodologie più efficaci di trattamento quelle basate sul training per le abilità sociali (Holder, 1991). Ricordiamo inoltre lo studio di Craig (1997) che ha evidenziato come l'assenza di un orientamento religioso fosse associata al fallimento del mantenimento dell'astinenza. La presenza di un clima "supportivo" (quali possono essere quelli presenti in condizioni associative come quelle religiose, o di auto aiuto) sembra facilitare il percorso verso l'astensione dalle bevande alcoliche.

In conclusione, tre fattori (misurati dal FES) influenzano l'adesione al trattamento: l'orientamento culturale/intellettuale, l'impegno di realizzazione e l'autopercezione del funzionamento familiare. Nella fase in

cui un alcolista accetta di aderire a un trattamento iniziando un cambiamento che spesso coincide con una crisi personale e familiare, il cambiamento stesso è facilitato se migliora la comunicazione all'interno della famiglia. Poter uscire dal labirinto della vergogna e del senso di colpa, rende l'alcolista più sicuro di sé e quindi meno motivato a rifugiarsi nella sostanza. L'ambiente familiare non è più attutito dall'alcol, ma diventa possibile comunicare anche attraverso il conflitto: l'emotività viene espressa e non solo sotto forma di critica. Ricordiamo che la radice etimologica di crisi è cambiamento, e che anche la famiglia, oltre all'alcolista, entra in un processo di mutamento. Appare allora chiaro quanto possa essere importante la percezione della differenza tra il funzionamento familiare proprio e quello ideale: puntando sul raggiungimento di questo obiettivo (ecco l'importanza dell'orientamento ai risultati) si può utilizzare una importante leva motivazionale.

Infine, è importante notare come, diversamente dalle attese, la coesività non sia risultata essere un fattore significativo. Spesso nella realtà ci si trova di fronte a dei paradossi simili a questo: non sempre "più buono" significa "più efficace". Nel nostro caso, si può supporre che, aumentando la coesione, la famiglia diventi invischiata e riproponga il vecchio modello del segreto e della codipendenza, a scapito della capacità di individuazione, e quindi separazione, ed autonomia del paziente alcolista.

6. CONCLUSIONI

Con la consapevolezza che il presente rapporto rappresenta una lettura preliminare e parziale dei dati dello studio, ci sentiamo tuttavia di delineare alcune considerazioni conclusive:

- Innanzitutto l'applicazione delle tecniche di analisi di sopravvivenza allo studio combinato dei comportamenti dei soggetti alcolisti e della *compliance* al trattamento di tali soggetti, può migliorare la nostra conoscenza sulla valutazione del trattamento; inoltre, la *compliance* al trattamento risulta un valido indice della misura dei risultati per il monitoraggio del trattamento degli alcolisti. L'alto rischio di abbandono nei pazienti che non sono in grado di mantenere l'astinenza suggerisce che la *compliance* potrebbe essere considerata come una variabile rilevante del successo del trattamento.

- In secondo luogo, l'analisi dettagliata delle caratteristiche del soggetto prima del trattamento, costituisce una procedura importante al fine di caratterizzare le diverse tipologie di alcolisti, e di identificare i principali fattori associati all'esito dei trattamenti. Ne consegue che i dati del progetto possono costituire un ricco serbatoio a cui attingere criticamente per la messa punto di una cartella clinica comune ai diversi centri alcologici. Tale obiettivo, che potrebbe costituire il naturale proseguimento del progetto, permetterebbe di disporre di uno strumento molto più agile dell'insieme delle schede ASSALT, utilizzabile per valutazioni mirate dell'efficacia di specifici trattamenti e per il confronto fra trattamenti diversi. Una cartella così strutturata, ossia maneggevole, ma completa, consentirebbe anche ai centri meno ricchi di risorse di partecipare ad eventuali progetti di valutazione del trattamento.
- Infine, alcuni dati della ricerca possono avere importanti ricadute sul piano clinico ed operativo. Sono state evidenziate alcune condizioni, in parte già note nella letteratura internazionale, in parte tipiche del nostro contesto culturale, che meritano una considerazione attenta. Tra queste la condizione psichica del paziente, le sue relazioni familiari e la condizione di poli-dipendenza, sembrano le più rilevanti. Gli alcolisti che presentano una condizione di isolamento e/o caratterizzati da un disagio psichico, generalmente identificabile come disturbo di personalità e quelli che abusano di altre sostanze, sono maggiormente a rischio e rispondono peggio ai modelli di trattamento sperimentati dai centri alcologici che hanno partecipato al progetto ASSALT.

BIBLIOGRAFIA

American Psychiatric Association. DSM III R: Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali. Masson Ed., Milano 1988.

- Aricò S, Zannero A, Galatola G, Valenti M, Corrao G. Family compliance to a treatment programme for alcoholics: a prospective study of prognostic factors. *Alcohol Alcohol* 1994; 29: 679-85.
- Beattie MC, Longabaugh R. Interpersonal factors and post-treatment drinking and subjective wellbeing. *Addiction* 1997; 92: 1507-21.
- Brown S. *Alcolismo: terapia multidimensionale e recupero*. Edizioni Erickson, 1997.
- Clarkin JF, Lenzenweger MF. *I disturbi di personalità*. Raffaello Cortina Editore, Milano, 1997.
- Cloninger R. A systematic method for clinical description and classification of personality variants. *Arch Gen Psych* 1987; 44: 573-88.
- Corbisiero JR, Reznikoff M. The relationship between personality type and style of alcohol use. *J Clin Psychol* 1991; 47: 291-8.
- Corrao G, Bagnardi V, Zambon A, Aricò S, Dall'Aglio C, Addolorato G, Giorgi I & the ASSALT group. Outcome variables in the evaluation of alcoholics' treatment: lessons from the Italian Assessment of Alcoholism Treatment (ASSALT) Project. *Alcohol Alcohol* (in press).
- Craig TJ, Krishna G, Poniariski R. Predictors of successful vs. unsuccessful outcome of a 12-step inpatient alcohol rehabilitation program. *Am J Addiction* 1997; 6: 232-6.
- Derogatis LR, Cleary PA. Confirmation of the dimensional structure of the SCL-90: a study in construct validation. *J Clin Psych* 1977; 33: 981-9.
- Favre JD, Guelfi-Sozzi C, Delalleau B. Tianeptine and alcohol dependence. *Eur Neuropsych* 1997; 7 (Suppl 3): S347-S351.

- Fichter MM, Glynn SM, Weyerer S, Liberman RP, Frick U. Family climate and expressed emotion in the course of alcoholism. *Fam Process* 1997; 36: 203-21.
- Floyd AS, Monahan SC, Finney JW. Alcoholism Treatment outcome studies, 1980-1992: the nature of the research. *Addict Behav* 1996; 21: 413-28.
- Giorgi I, Gabanelli P, Sguazzin C. Assessment of a sample of alcoholics by a broad spectrum psychological battery. *Alcologia* 1994; 6: 159-65.
- Holder HD, Longabaugh R, Miller WR. The cost effectiveness of treatment for alcoholism: a first approximation. *J Stud Alcohol* 1991; 52: 517-40.
- Horn JL, Wanberg KW, Foster FM. Guide to the Alcohol Use Inventory (AUI). Minneapolis, National Computer System, Inc., 1987.
- Kalbfleisch JD, Prentice RL. The statistical analysis of failure time data. John Wiley & Sons, New York, 1980.
- Lehert P. Review and discussion of statistical analysis of controlled clinical trials in alcoholism. *Alcohol Alcohol* 1993; 28: 157-63.
- Maffei C. Il disturbo borderline di personalità. Bollati Boringhieri, Torino, 1993.
- Marc A, Schuckit MD. Drug and Alcohol abuse. A Clinical Guide to Diagnosis and Treatment. Plenum Publishing Corporation, 1989.
- Marlatt GA. Taxonomy of high-risk situation for alcohol relapse: evolution and development of a cognitive-behavioral model. *Addiction* 1996; 91 (Suppl): 37-49.
- Marubini E, Valsecchi MG. Analysing survival data from clinical trials and observational studies. John Wiley & Sons, New York, 1995.

- Maynard SJ. Growing up in an alcoholic family system: the effect on anxiety and differentiation of self. *Subst Abuse* 1997; 9: 160-70.
- Miller P. Family structure, personality, drinking, smoking and illicit drug use: a study of UK teenagers. *Drug Alcohol Depend* 1997; 45: 121-29.
- Moos RH, Insel PM, Humphrey B. Preliminary manual for family environment scale, work environment scale, group scale. Consulting Psychology Press, Palo Alto, California, 1974.
- Movalli MG, Madeddu F, Fossati A, Maffei C. Personality disorders (DSM-III-R, DSM-IV): prevalence in alcoholics and influence on drop out from treatment. *Alcologia* 1996; 8: 47-52.
- Nace EP, Davis CW, Gaspari JP. Axis II Comorbidity in Substance Abusers . *Am J Psychiatry* 1991; 148: 118-20.
- Omodeo O, Giorgi I, Sguazzin C, Vittadini G, Vidotto G. Contributo alle caratteristiche misurative dell'Alcohol Use Inventory. *Alcologia*, 80,1996.
- Pierfederici A, Bernardi M, Fava GA. Validazione italiana dell'”Illness Behaviour Questionnaire (IBQ) di Pilowsky e Spence. In: Nuovi metodi in psicometria. Eds. Canestrari R., Organizzazioni Speciali, Firenze,1982.
- Pilowsky J, Spence ND. Manual of the Illness behaviour questionnaire (IBQ). University of Adelaide, Second ed. 1986.
- Robert M, Barrett RY. *Alcoholism: Origins and outcome*. Raven Press, 1988.
- Sanavio E, Bertolotti G, Michielin P. CBA 2.0 Scale primarie. Organizzazioni Speciali, Firenze, 1986.

Sobell LC, Sobell MB. Alcoholism treatment outcome evaluation methodology. In :
Prevention, intervention and treatment: concerns and models. NIAAA, Alcohol and health
monograph n.3, US Government Printing office, Washington DC, 1982: 293-321.

Sobell LC. Alcohol treatment outcome evaluation methodology: state of the art 1980-1984.
Addict Behav 1987; 12: 113-28.

The Plinius Maior Society. Guidelines on evaluation of treatment of alcohol dependence. Alcoholism 1994; 30
(suppl.).

Treatment Evaluation Group of the Gesia. The assessment of alcoholism treatment
(ASSALT) project. Alcoholia 1994; 6: 273-45.

Tweed SH, Ryff CD. Family climate and parent-child relationship: recollections from a
nonclinical sample of adult children of alcoholic fathers. Res Nurs Health 1996; 19: 311-
21.

Wei L, Lin DY, Weissfeld L. Regression analysis of multivariate incomplete failure time data
by modelling marginal distributions. JASA 1989; 84: 1065-73.

Whitworth AB, Fischer F, Lesch OM, Nimmerrichter A, Oberbauer H, Platz T, Potgieter A, Walter H,
Fleischhacker WW. Comparison of acamprosate and placebo in long-term treatment of alcohol dependence.
Lancet 1996; 347: 1438-42.

Tabella 1. Descrizione dei Moduli utilizzati nella fase selettiva.

MODULO BASE	Il modulo viene compilato al primo contatto del paziente con il CC. Permette di raccogliere alcune caratteristiche anagrafiche del paziente e le esperienze pregresse di trattamento alcolico.
MODULO SELEZIONE	Rappresenta la guida per indirizzare l'operatore all'esclusione del paziente dallo studio (accertata diagnosi di grave demenza, e/o prevalente abuso o dipendenza da altre sostanze psicoattive) e all'identificazione di problemi/emergenze mediche, psichiatriche o sociali che potrebbero escludere il paziente dallo studio, rimandare la definizione del programma di trattamento o includere direttamente il paziente nello studio. La scelta tra tali possibilità è unicamente a carico degli operatori del CC e dipende dalle caratteristiche del Centro stesso.
MODULO DIAGNOSI	Contiene i criteri diagnostici per la formulazione di una diagnosi di dipendenza e abuso di alcol secondo il Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-III-R) (American Psychiatric Association, 1988) e una intervista clinica semi-strutturata per la diagnosi di dipendenza e abuso di altre sostanze (sempre secondo i criteri del DSM-III-R).

Tabella 2. Descrizione dei Moduli utilizzati nella fase pre-trattamento.

MODULO INGRESSO SCHEMA FISICA	
	<p data-bbox="1323 273 1347 1386">Contiene una batteria di strumenti tesi a descrivere lo stato di salute del paziente e la sua percezione di malattia:</p> <ul data-bbox="1112 273 1315 1894" style="list-style-type: none"><li data-bbox="1291 273 1315 1764">• un questionario di autocompilazione sulla percezione del paziente relativamente al proprio stato di salute e al ricorso ai servizi e presidi sanitari;<li data-bbox="1258 273 1282 1302">• un questionario compilato dall'internista sulle patologie alcol-correlate da cui è affetto il paziente;<li data-bbox="1226 273 1250 1092">• una scheda per trascrivere i risultati di una batteria di 41 esami di laboratorio;<li data-bbox="1112 273 1218 1894">• l'Illness Behaviour Questionnaire di Pilowsky e Spence (1986), validato in italiano da Pierfederici (1982). Si tratta di un questionario di autosomministrazione che misura la tendenza ad assumere il ruolo di malato e la presenza di un modo di percepire, valutare ed agire disadattato rispetto al proprio stato di salute: è composto da 62 <i>items</i> organizzati in sette scale: ipocondria generale, percezione psicologica e somatica della malattia, inibizione affettiva, disforia, negazione, irritabilità.
MODULO INGRESSO - SCHEDA ALCOLOGICA	
	<p data-bbox="1055 273 1079 1176">Contiene: una batteria di strumenti tesi a descrivere i differenti <i>patterns</i> di abuso alcolico:</p> <ul data-bbox="649 273 1047 1894" style="list-style-type: none"><li data-bbox="966 273 1047 1894">• una scheda relativa al consumo di alcol del paziente al momento della compilazione, nell'ultimo anno e durante tutta la vita: la scheda è compilata indipendentemente dal paziente e dal famigliaie con maggiore conoscenza del comportamento alcolico del paziente. Ciò consente di stimare la riproducibilità delle informazioni relative al consumo e al comportamento alcolico riferito dai pazienti.<li data-bbox="901 273 958 1894">• Una scheda per la raccolta dell'anamnesi famigliaie riguardo all'abuso/dipendenza di alcol dei membri dei nuclei famigliaie di origine e conviventi del paziente.<li data-bbox="649 273 893 1894">• l'Alcohol Use Inventory (AUI) di Horn e Wanberg (1987). Si tratta di uno strumento multidimensionale che misura i problemi legati all'uso inadeguato di alcol. Viene compilato dal soggetto. E' composto da 16 scale primarie e da 4 scale secondarie. L'assessment dei benefici derivanti dall'uso di alcol è misurato da 4 scale primarie (benefici sociali, benefici mentali, bere per cambiare umore, bere per problemi coniugali) che si combinano in una dimensione di second'ordine, piu' generale, che dà un'indicazione di quanto l'alcol sia utilizzato allo scopo di migliorare l'adattamento psicologico e sociale. Gli stili di bere sono misurati da 4 scale (bere gregario, bere compulsivo, bere sostenuto e quantità quotidiana di alcol) che sono combinate nella dimensione secondaria del bere ossessivo sostenuto. Le conseguenze del bere vengono descritte attraverso 5 scale primarie (perdita di controllo, disadattamento sociale, sintomi psicoperceptivi di astinenza, sintomi psicofisici di astinenza e bere che causa problemi coniugali) e la scala secondaria del deterioramento generale. Le percezioni rispetto al bere sono misurate dalle scale primarie "senso di colpa dopo aver bevuto" e "precedenti trattamenti" e dalla scala secondaria "ansia correlata al bere". Infine la scala primaria "uso di altre sostanze psicoattive" fornisce un'indicazione dell'uso di sostanze illecite.
MODULO INGRESSO - SCHEDA PSICHICA	
	<p data-bbox="592 273 617 1512">Contiene strumenti atti a valutare le caratteristiche psicologiche dei pazienti e la presenza di eventuali disturbi psichiatrici:</p> <ul data-bbox="324 273 584 1894" style="list-style-type: none"><li data-bbox="438 273 584 1894">• il Cognitive Behaviour Assessment (CBA 2.0) di Sanavio (1986). Si tratta di una batteria psicologica ad ampio spettro composta da una scheda autobiografica e da una serie di scale atte ad indagare differenti problematiche di interesse clinico. In particolare la scheda auto biografica permette di ricostruire la storia personale ed i problemi lamentati dal soggetto relativamente all'area: affettiva, sessuale, del lavoro, dei cambiamenti significativi recenti, delle abitudini alimentari, dei comportamenti additivi, della qualità del sonno. Le scale primarie misurano l'ansia di stato e di tratto, la depressione, l'introversione/estroversione, l'instabilità emozionale, i comportamenti antisociali, le paure e fobie e le ossessioni/ compulsioni.<li data-bbox="357 273 430 1894">• il Symptom Distress Ceck List (SCL90) di Derogatis (1977): è una scala di autovalutazione composta da 90 <i>items</i> per valutare stato dei sintomi psicologici. In particolare il SCL 90 indaga su 10 sintomi primari: somatizzazione, sintomi ossessivi e compulsivi, sensibilità interpersonale, depressione, ansia, ostilità, fobie, idee paranoide, psicotismo e disturbi del sonno;<li data-bbox="324 273 349 1512">• L'ultima parte della scheda psichica riguarda l'eventuale diagnosi di patologia psichiatrica concomitante all'alcolismo.

MODULO INGRESSO - SCHEDA
RELAZIONALE

Contiene la versione italiana e sperimentale del Family Environment Scale (FES) di Moos (1974), curata da Cristante; il FES è stato somministrato per intervista a tutti i pazienti che vivevano con un familiare.

Si tratta di un questionario composto da 110 *items* a risposta multipla che valuta le caratteristiche familiari relativamente a 11 scale: 1. *Coesione familiare*: valuta quanto i membri della famiglia sono preoccupati e si sentano responsabili della famiglia, quanto siano supportivi a vicenda. 2. *Espressività*: misura di quanto i membri della famiglia siano incoraggiati o di quanto sia loro permesso di esprimere in modo libero e diretto i propri sentimenti. 3. *Conflittualità manifestata*: misura di quanto i membri della famiglia esprimano liberamente rabbia e conflitto; valuta le interazioni conflittuali della famiglia. 4. *Autonomia personale*: grado di quanto i membri della famiglia si considerano autosufficienti e capaci di prendere le proprie decisioni. 5. *Impegno di realizzazione*: grado di quanto le attività della famiglia siano orientate ad azioni competitive. 6. *Orientamento culturale-intellettuale*: misura dell'interesse in attività sociali, politiche, intellettuali e culturali. 7. *Orientamento attivo ricreativo*: misura della partecipazione in attività sociali e ricreative. 8. *Orientamento religioso*: valuta quanto i membri della famiglia considerino importanti i valori e la pratica etica e religiosa. 9. *Organizzazione familiare*: enfasi data ad un'organizzazione e ad una struttura chiara nel pianificare le responsabilità e le attività dei membri della famiglia. 10. *Controllo familiare*: misura di quanto la vita familiare sia regolata da ruoli e procedure stabilite. 11. *Funzionamento*: misura dell'auto percezione del clima globale familiare e del suo funzionamento.

Tabella 3. Strumenti utilizzati nella fase valutativa.

SCHEDA PRELIMINARE	Valuta se il paziente è ancora in trattamento e serve ad individuare i motivi dell'abbandono.
SCHEDA TRATTAMENTO	Valuta l'aderenza alle indicazioni terapeutiche previste all'ingresso del paziente nello studio e il trattamento al quale il paziente è stato effettivamente sottoposto.
SCHEDA PER LA VALUTAZIONE DELLE AREE FISICA, ALCOLOGICA, PSICOLOGICA E RELAZIONALE	Contiene una batteria di schede relative alla valutazione fisica, psichica, alcolica e relazionale dei pazienti (gli strumenti di rilevazione coincidono con quelli già utilizzati all'ingresso del paziente nello studio).

Tabella 4. Numerosità dei pazienti segnalati dai Centri Collaborativi.

Centro	Denominazione	N° pazienti segnalati
1	Fondazione S. Maugeri . Pavia	267
2	Ospedale Maggiore, Medicina Interna, Padiglione Granelli. Milano	10
3	N.O.A. Azienda Unità Sanitaria Locale 25. Lodi	64
4	N.O.A. unità Socio sanitaria Locale 27. Gorgonzola	10
5	Sez. Aggregata di Alcologia, Ospedale S.Marta Az. Sanitaria U.S.S.L. 24. Rivolta d'Adda	49
6	Centro Alcologico Integrato, U.S.L. 10 S. Luca – Careggi – Firenze	25
7	Azienda Unità Socio Sanitaria Locale n, 42, Servizio Tossicodipendenze. Pavia	28
8	Fondazione e Istituto Neurologico “Casimiro Mondino”. Pavia	9
9	Ospedale Policlinico Sant’Orsola – Malpighi, U.S.L. 28. Bologna	26
10	Casa di Cura Privata “Villa Silvia”. Senigallia	9
11	S.E.R.T., U.L.S.S. n. 3, Servizio Tossicodipendenze ed Alcolismo. Bassano del Grappa.	9
12	Fondazione Centro S. Raffaele, Dipartimento di Scienze Neuropsichiche. Milano	15
13	Casa do Cura “Le Betulle”. Appiano Gentile	74
14	Istituto di Clinica Medica Generale e Terapia Medica	48
15	Servizio Tossicodipendenze U.S.S.L. 29. Bergamo	19
16	Bari	18
TOTALE		680

Tabella 5. Cause di esclusione e di selezione dell'iniziale coorte dei 680 pazienti segnalati.

Cause di esclusione e di selezione	N	(%) (1)
Interferenti con la partecipazione al progetto:		
diagnosi di demenza	5	(1.9)
dipendenza primaria da altre sostanze	8	(3.0)
Interferenti con il protocollo dello studio:		
analfabetismo	10	(3.7)
deficit cognitivi	4	(1.5)
deficit visivi	39	(14.2)
Situazioni di emergenza:		
medica	18	(6.7)
psichiatrica	17	(6.4)
grave disagio sociale	32	(12.0)
intossicazione alcolica acuta	16	(6.0)
Diagnosi diverse da abuso/dipendenza da alcol	7	(2.6)
Drop out precoci (durante la fase di accoglienza)	158	(59.2)
TOTALE (2)	267	100%

(1) rispetto al totale dei pazienti esclusi

(2) il totale del numero di pazienti esclusi non coincide con la somma del numero di pazienti per ogni causa di esclusione in quanto alcuni individui sono stati esclusi per più di una ragione.

Tabella 6. Relazione tra proporzione cumulativa di durata del trattamento (CDT) e rischio di ricaduta (primo episodio).

	pazienti	ricadute	RR (1)	95% CI (1)
CDT				
100%	227	126	riferimento	
75 – 100%	29	4	0.27*	0.01 - 0.73
< 75%	24	11	0.59*	0.32 - 0.99

(1) Il rischio relativo, e il corrispondente intervallo di confidenza al 95%, sono aggiustati via stratificazione per genere, età (3 categorie: ≤ 30 , 31 - 49 e ≥ 50 anni) e Centro.

Tabella 7. Relazione tra proporzione cumulativa di durata dell'astinenza prima dell'abbandono (CDA) e rischio del primo, del definitivo e di ogni episodio di abbandono del trattamento.

PRIMO EPISODIO DI ABBANDONO				
	pazienti	abbandoni	RR (1)	95% CI (1)
CDA				
$\geq 2 / 3$	178	65	riferimento	
$1 / 3 - 2 / 3$	41	21	1.25	0.72-2.17
$\leq 1 / 3$	51	31	2.98*	1.85-4.80
ABBANDONO DEFINITIVO				
	pazienti	abbandoni	RR (1)	95% CI (1)
CDA				
$\geq 2 / 3$	170	50	riferimento	
$1 / 3 - 2 / 3$	44	20	1.45	0.81-2.60
$\leq 1 / 3$	56	26	2.50*	1.49-4.21
OGNI EPISODIO DI ABBANDONO				
	pazienti	abbandoni	RR (1)	95% CI (1)
CDA				
$\geq 2 / 3$	171	69	riferimento	
$1 / 3 - 2 / 3$	34	21	1.24	0.72-2.14
$\leq 1 / 3$	65	36	2.46*	1.58-3.82

(1) Il rischio relativo, e il corrispondente intervallo di confidenza al 95%, sono aggiustati via stratificazione per genere, età (3 categorie: ≤ 30 , 31 - 49 e ≥ 50 anni) e Centro.

Tabella 8. Associazione tra le categorie terzili approssimate (CT) di ogni scala dell'*Alcohol Use Inventory* (AUI) di primo e secondo livello e: (i) proporzione cumulativa di adesione al trattamento (approccio univariato: metodo del prodotto limite); (ii) rischio relativo di abbandono del trattamento (approccio multivariato: modello dei rischi proporzionali di Cox). Sono anche riportati la mediana e il range di ogni scala.

		BENEFICI PERCEPITI					
Punteggio		N	Proporzioni cumulative di pazienti in trattamento			Rischi relativi di abbandono	
			6 mesi	1 anno	2 anni	RR (1)	95 % CI (1)
		BENEFICI SOCIALI mediana: 4 range: 0 – 9					
CT:	≤ 2	57	0.75	0.66	0.62	1.0	Riferimento
	3 - 5	63	0.66	0.57	0.49	1.4	0.9 - 2.0
	≥ 6	49	0.65	0.53	0.44	1.4	0.8 - 2.0
		$\chi^2 (2) = 2.52$ p = 0.112					
		BENEFICI MENTALI mediana: 1 range: 0 – 5					
CT:	0	58	0.74	0.69	0.52	1.0	Riferimento
	1 - 2	62	0.68	0.64	0.50	1.5	0.9 - 2.2
	≥ 3	49	0.66	0.61	0.42	1.5 *	1.1 - 2.2
		$\chi^2 (2) = 3.19$ p = 0.074					
		CONTROLLO DELL'UMORE mediana: 5 intervalli: 0 – 7					
CT:	≤ 3	50	0.68	0.66	0.45	1.0	riferimento
	4 - 5	58	0.66	0.58	0.55	1.0	0.6 - 1.4
	≥ 6	61	0.75	0.62	0.42	1.0	0.7 - 1.5
		$\chi^2 (2) = 0.17$ p = 0.674					
		BERE PER AFFRONTARE PROBLEMI CONIUGALI mediana: 2 range: 0 – 6					
CT:	≤ 1	43	0.47	0.47	0.31	1.0	riferimento
	2	47	0.69	0.64	0.46	0.4 *	0.3 - 0.7
	≥ 3	79	0.81	0.72	0.51	0.4 *	0.3 - 0.7
		$\chi^2 (2) = 3.87$ p = 0.049					
		BERE PER AUTOAFFERMAZIONE mediana: 12 range: 1 – 23					
CT:	≤ 6	57	0.72	0.62	0.50	1.0	riferimento
	7 - 15	57	0.69	0.63	0.45	1.9	0.9 - 4.0
	≥ 16	55	0.50	0.50	0.34	2.6 *	1.1 - 5.9
		$\chi^2 (2) = 3.77$ p = 0.052					

STILI DEL BERE

Scale AUI e punteggi corrispondenti	N	Proporzioni cumulative di pazienti trattati in:			Valori proporzionali di rischio	
		6 mesi	1 anno	2 anni	RR (1)	95 % CI (1)
BERE IN COMPAGNIA mediana: 3 range: 0 – 9						
CT: ≥ 5	51	0.73	0.70	0.55	1.0	riferimento
2 - 4	58	0.71	0.68	0.46	1.1	0.7 - 1.6
≤ 1	60	0.66	0.59	0.44	1.2	0.8 - 1.8
$\chi^2 (2) = 0.57$ p = 0.500						
BERE COMPULSIVO mediana: 3 range: 0 – 7						
CT: ≤ 2	56	0.78	0.76	0.52	1.0	riferimento
3	61	0.69	0.64	0.50	1.2	0.8 - 1.8
≥ 4	52	0.63	0.61	0.42	1.3	0.9 - 1.9
$\chi^2 (2) = 0.66$ p = 0.418						
BERE SOSTENUTO mediana: 5 range: 1 – 12						
CT: ≤ 3	56	0.71	0.68	0.57	1.0	riferimento
4 - 5	56	0.68	0.66	0.53	1.3	0.9 - 1.8
≥ 6	57	0.70	0.62	0.41	1.5 *	1.1 - 2.2
$\chi^2 (2) = 3.42$ p = 0.064						
GRANDE QUANTITÀ DI CONSUMO mediana: 3 range: 0 – 10						
CT: ≤ 2	54	0.63	0.53	0.40	1.0	riferimento
3 - 4	67	0.74	0.53	0.51	0.9	0.6 - 1.3
≥ 5	48	0.73	0.69	0.57	1.2	0.8 - 1.7
$\chi^2 (2) = 0.07$ p = 0.800						
ALCOLISMO COMPLESSIVAMENTE OSSESSIVO mediana: 15 range: 7 – 26						
CT: ≤ 11	56	0.74	0.70	0.52	1.0	riferimento
12 - 19	57	0.69	0.59	0.52	1.6 *	1.1 - 2.3
≥ 20	56	0.65	0.41	0.41	2.2 *	1.4 - 3.3
$\chi^2 (2) = 5.01$ p = 0.025						

CONSEGUENZE DEL BERE

Scale AUI e corrispondenti punteggi	N	Proporzioni cumulative di pazienti trattati in:			valori proporzionali di rischio	
		6 mesi	1 anno	2 anni	RR (1)	95 % CI (1)
PERDITA DEL CONTROLLO mediana: 4 range: 0 - 12						
CT: ≤ 2	54	0.61	0.58	0.47	1.0	riferimento
3 - 4	67	0.69	0.64	0.42	1.1	0.7 - 1.5
≥ 5	48	0.79	0.73	0.69	1.0	0.7 - 1.4
$\chi^2 (2) = 0.15$ p = 0.697						
DISADATTAMENTO AL RUOLO SOCIALE mediana: 2.5 range: 0 - 10						
CT: ≤ 1	58	0.64	0.61	0.44	1.0	riferimento
2 - 3	61	0.70	0.65	0.50	0.6	0.3 - 1.2
≥ 4	50	0.74	0.67	0.55	0.5	0.3 - 1.9
$\chi^2 (2) = 2.51$ p = 0.113						
SINTOMI PSICOPERCETTIVI DI ASTINENZA mediana: 3 range: 0 - 11						
CT: ≤ 1	36	0.67	0.63	0.40	1.0	riferimento
2	44	0.74	0.74	0.55	0.9	0.6 - 1.4
≥ 3	89	0.68	0.61	0.52	0.9	0.6 - 0.3
$\chi^2 (2) = 0.15$ p = 0.700						
SINTOMI FISICI DI ASTINENZA mediana: 4 range: 0 - 11						
CT: ≤ 2	53	0.60	0.57	0.42	1.0	riferimento
3 - 4	64	0.76	0.71	0.56	0.9	0.6 - 1.3
≥ 5	52	0.71	0.65	0.49	1.0	0.7 - 1.5
$\chi^2 (2) = 0.09$ p = 0.768						
PROBLEMI CONIUGALI mediana: 4 intervallo: 0 - 6						
CT: ≤ 3	64	0.63	0.60	0.41	1.0	riferimento
3 - 4	49	0.60	0.56	0.49	0.7	0.5 - 1.3
≥ 5	56	0.74	0.67	0.43	0.8	0.5 - 1.5
$\chi^2 (2) = 0.00$ p = 0.982						
DETERIORAMENTO GLOBALE ASSOCIATO ALL'ALCOL mediana: 15 range: 1 - 35						
CT: ≤ 12	57	0.81	0.65	0.58	1.0	riferimento
13 - 20	55	0.58	0.58	0.43	1.7	0.9 - 3.0
≥ 21	57	0.33	0.33	0.33	2.7 *	0.5 - 1.5
$\chi^2 (2) = 6.56$ p = 0.010						

PREOCCUPAZIONI RIGUARDO AL BERE

Scale AUI e punteggi corrispondenti	N	Proporzioni cumulative di pazienti trattati in:			valori proporzionali di rischio	
		6 mesi	1 anno	2 anni	RR (1)	95 % CI (1)
COLPA E PREOCCUPAZIONE PER AVER BEVUTO mediana: 6 range: 0 – 9						
CT: ≤ 5	63	0.63	0.63	0.48	1.0	riferimento
6 - 7	43	0.75	0.60	0.50	1.0	0.7 - 1.4
≥ 8	63	0.72	0.70	0.52	0.9	0.6 - 1.2
$\chi^2 (2) = 0.07$ p = 0.789						
RICERCA DI AIUTO (PRIMA) mediana: 3 range: 0 – 9						
CT: ≤ 2	54	0.58	0.58	0.42	1.0	riferimento
3 - 4	61	0.74	0.67	0.48	0.9	0.6 - 1.3
≥ 5	54	0.76	0.71	0.64	0.8	0.6 - 1.2
$\chi^2 (2) = 3.73$ p = 0.053						
PREOCCUPAZIONI SOPRATTUTTO ANSIOSE CIRCA L'ALCOLISMO mediana: 9 range: 0 – 15						
CT: ≤ 6	56	0.54	0.54	0.33	1.0	riferimento
7 - 10	57	0.67	0.67	0.55	0.8	0.5 - 1.3
≥ 11	56	0.75	0.70	0.54	0.7	0.5 - 1.1
$\chi^2 (2) = 0.55$ p = 0.457						

(1) Il rischio relativo, e il corrispondente intervallo di confidenza al 95%, sono aggiustati via stratificazione per genere, età (3 categorie: ≤ 30, 31 - 49 e ≥ 50 anni) e Centro.

(2) Approssimazione del Chi-quadro nella versione per il trend del log-rank test con un grado di libertà.

*p < 0.05.

Tabella 9. Stime del rischio relativo (RR), e corrispondente intervallo di confidenza al 95% (CI), ottenute mediante l'interpolazione di un modello di regressione di Cox. Le variabili indipendenti sono le categorie terzili approssimate delle scale AUI di secondo livello, l'uso di altre sostanze e la diagnosi di alcolismo secondo il DSM-III-R. La variabile risposta è il primo episodio di abbandono del trattamento.

	RR	95 % CI
<i>Secondo livello delle scale AUI</i>		
FUNZIONAMENTO COMPLESSIVO MIGLIORE		
≤ 6	1.0	riferimento
7 - 15	1.2	0.5 - 3.3
≥ 16	1.3	0.4 - 3.4
GENERALE OSSESSIONE AL BERE		
≤ 11	1.0	riferimento
12 - 19	1.9 *	1.1 - 3.4
≥ 20	4.7 *	2.4 - 9.3
COMPLESSIVO COLLASSO DI VITA		
≤ 12	1.0	riferimento
13 - 20	1.5	0.7 - 3.0
≥ 21	4.5 *	1.3 - 16.5
PREOCCUPAZIONI SOPRATTUTTO ANSIOSE		
≤ 6	1.0	riferimento
7 - 10	0.3 *	0.1 - 0.7
≥ 11	0.4 *	0.2 - 0.8
<i>Altre variabili</i>		
USO DI ALTRE SOSTANZE PSICO-ATTIVE		
no	1.0	riferimento
sì	3.4 *	2.0 - 5.9
DIAGNOSI DI DIPENDENZA (DSM-III-R)		
Leggera o moderata dipendenza	1.0	riferimento
Forte dipendenza	1.0	0.5 - 1.9

Il modello di regressione del rischio proporzionale è stato interpolato considerando come variabili di stratificazione il genere, l'età (3 categorie: ≤ 30, 31 - 49 e ≥ 50 anni) e il Centro.

* p < 0.05.

Tabella 10. Associazione tra le categorie terzili approssimate (CT) di ogni scala del *Family Environmental Scale* (FES) e proporzione cumulativa di adesione al trattamento (metodo del prodotto limite).

Sottoscale e corrispondenti punteggi	N	Proporzione cumulativa di pazienti aderenti al trattamento (e corrispondente errore standard):		
		6 mesi	1 anno	2 anni
<i>Scale sulle relazioni e i rapporti familiari</i>				
COESIONE				
≤ 29	98	0.60 (0.05)	0.56 (0.05)	0.49 (0.06)
30 – 35	109	0.71 (0.05)	0.65 (0.05)	0.50 (0.06)
≥ 36	113	0.71 (0.05)	0.64 (0.05)	0.51 (0.05)
		$\chi^2 (1) = 0.53 (1 \text{ df})$		p = 0.4677
CONFLITTI				
≤ 21	111	0.67 (0.05)	0.65 (0.05)	0.54 (0.06)
22 – 28	106	0.68 (0.05)	0.63 (0.05)	0.52 (0.06)
≥ 29	103	0.68 (0.05)	0.58 (0.05)	0.44 (0.06)
		$\chi^2 (1) = 0.62 (1 \text{ df})$		p = 0.4313
ESPRESSIVITÀ				
≤ 31	96	0.60 (0.05)	0.52 (0.06)	0.42 (0.06)
30 – 39	119	0.67 (0.05)	0.65 (0.05)	0.47 (0.06)
≥ 40	105	0.75 (0.04)	0.67 (0.05)	0.60 (0.05)
		$\chi^2 (1) = 4.00 (1 \text{ df})$		p = 0.0465
<i>Scale sulla crescita personale</i>				
CRESCITA INTELLETTUALE / CULTURALE				
≤ 26	93	0.57 (0.06)	0.50 (0.06)	0.42 (0.06)
27 – 33	111	0.70 (0.05)	0.64 (0.05)	0.44 (0.05)
≥ 34	116	0.75 (0.04)	0.72 (0.05)	0.65 (0.05)
		$\chi^2 (1) = 6.20 (1 \text{ df})$		p = 0.0127
CRESCITA LUDICO / ATTIVA				
≤ 26	100	0.66 (0.05)	0.62 (0.05)	0.58 (0.05)
27 – 32	108	0.68 (0.05)	0.64 (0.05)	0.50 (0.06)
≥ 33	113	0.68 (0.05)	0.60 (0.05)	0.41 (0.06)
		$\chi^2 (1) = 1.29 (1 \text{ df})$		p = 0.2552
INDIPENDENZA				
≤ 33	105	0.64 (0.05)	0.58 (0.05)	0.47 (0.06)
34 – 39	106	0.65 (0.05)	0.62 (0.05)	0.48 (0.06)
≥ 40	109	0.73 (0.05)	0.66 (0.05)	0.56 (0.05)
		$\chi^2 (1) = 1.48 (1 \text{ df})$		p = 0.2244

Sottoscale e corrispondenti punteggi	N	Proporzione cumulativa di pazienti aderenti al trattamento (e corrispondente errore standard):		
		6 mesi	1 anno	2 anni
ORIENTAMENTO MORALE / RELIGIOSO				
≤ 25	101	0.64 (0.05)	0.56 (0.05)	0.51 (0.06)
26 – 31	108	0.70 (0.05)	0.67 (0.05)	0.56 (0.06)
≥ 32	111	0.68 (0.05)	0.63 (0.05)	0.43 (0.06)
		$\chi^2 (1) = 0.08 (1 \text{ df})$		p = 0.7842
IMPEGNO DI REALIZZAZIONE				
≤ 29	103	0.53 (0.05)	0.48 (0.05)	0.39 (0.06)
30 – 32	105	0.68 (0.05)	0.64 (0.05)	0.54 (0.05)
≥ 33	113	0.80 (0.04)	0.74 (0.05)	0.56 (0.06)
		$\chi^2 (1) = 6.59 (1 \text{ df})$		p = 0.0102
Scale sul sistema familiare				
CONTROLLO				
≤ 26	105	0.64 (0.05)	0.59 (0.05)	0.40 (0.06)
27 – 31	113	0.65 (0.05)	0.58 (0.05)	0.52 (0.06)
≥ 32	103	0.74 (0.04)	0.69 (0.05)	0.58 (0.05)
		$\chi^2 (1) = 2.60 (1 \text{ df})$		p = 0.1066
ORGANIZZAZIONE				
≤ 31	95	0.64 (0.05)	0.62 (0.05)	0.53 (0.06)
32 – 38	117	0.66 (0.05)	0.62 (0.05)	0.48 (0.05)
≥ 39	108	0.72 (0.05)	0.73 (0.05)	0.51 (0.05)
		$\chi^2 (1) = 0.04 (1 \text{ df})$		p = 0.8350
FUNZIONAMENTO				
≤ 26	101	0.64 (0.05)	0.57 (0.05)	0.38 (0.05)
27 – 33	118	0.66 (0.05)	0.57 (0.05)	0.53 (0.06)
≥ 34	101	0.74 (0.05)	0.72 (0.05)	0.61 (0.06)
		$\chi^2 (1) = 4.80 (1 \text{ df})$		p = 0.0284

(1) Approssimazione del test del chi-quadrato nella versione per il trend del log-rank test (e corrispondenti gradi di libertà).

Tabella 11. Stime del rischio relativo (RR), e corrispondente intervallo di confidenza al 95% (CI), ottenute mediante l'interpolazione di un modello di regressione di Cox. Le variabili indipendenti sono le categorie terzili approssimate delle scale FES. La variabile risposta è il primo episodio di abbandono del trattamento.

Sottoscale del FES	RR	95 % CI
ESPRESSIVITÀ		
≤ 31	1.00	riferimento
30 – 39	1.33	0.51 - 3.45
≥ 40	0.70	0.31 - 1.59
IMPEGNO DI REALIZZAZIONE		
≤ 29	1.00	riferimento
30 – 32	0.42 *	0.20 - 0.88
≥ 33	0.37 *	0.16 - 0.86
CRESCITA INTELLETTUALE / CULTURALE		
≤ 26	1.00	riferimento
27 – 33	0.51 *	0.25 - 0.99
≥ 34	0.31 *	0.14 - 0.68
FUNZIONAMENTO		
≤ 26	1.00	riferimento
27 – 33	0.45 *	0.22 - 0.94
≥ 34	0.38 *	0.18 - 0.80

Il modello di regressione del rischio proporzionale è stato interpolato considerando come variabili di stratificazione il genere, l'età (3 categorie: ≤ 30, 31 - 49 e ≥ 50 anni) e il Centro.

* $p < 0.05$.