



Università degli Studi di Genova  
Genoa University



**DISFOR** Dipartimento di Scienze della Formazione

## CORSO DI LAUREA IN

Psicologia Clinica e di Comunità

QUANDO L'ALCOL INCONTRA IL GENERE: DIFFERENZE  
TRA DONNE E UOMINI NEL DISTURBO DA USO DI  
ALCOL

*Relatore: Prof.essa Anna Zunino*

*Correlatore: Prof.essa Cecilia Serena Pace*

*Candidato: Miriam Ciampa*

**ANNO ACCADEMICO**

**2024/2025**

## **Indice**

<b>Introduzione</b> .....	3
---------------------------	---

### **Capitolo 1: Il disturbo da uso di alcol (AUD)**

1.1 Definizione del disturbo da uso di alcol e criteri diagnostici (DSM-5 o ICD-10) .....	6
1.2 Conseguenze bio-psico-sociali associate al consumo di alcol .....	13
1.3 Il problema della diagnosi .....	23
1.4 Aspetti culturali del bere .....	24
1.5 Epidemiologia del disturbo da uso di alcol .....	29
1.6 Fattori di rischio e determinanti biologici, psicologici e sociali .....	32

### **Capitolo 2: Le differenze di genere nel disturbo da uso di alcol**

2.1 Aspetti biologici delle differenze di genere nell'uso di alcol .....	38
2.2 Differenze psicologiche nell'approccio al consumo di alcol tra donne e uomini .....	49
2.3 Fattori culturali e sociali che influenzano il consumo di alcol in relazione al sesso .....	60

### **Capitolo 3: Trattamento e prevenzione del disturbo da uso di alcol**

3.1 Trattamento dell'AUD .....	67
3.2 Differenze di genere nelle modalità di accesso al trattamento dell'AUD .....	73
3.3 Genere e trattamento del disturbo da uso di alcol .....	78

3.4 Approcci preventivi basati sul genere .....	88
Conclusioni .....	95
Bibliografia .....	98

## **INTRODUZIONE TESI**

L'alcolismo rappresenta una delle sfide sanitarie e sociali più complesse del nostro tempo. L'uso problematico di alcol non è semplicemente un'abitudine dannosa o una scelta individuale, bensì una vera e propria patologia, radicata in una fitta rete di fattori biologici, psicologici e sociali che interagiscono tra loro. Il disturbo da uso di alcol (AUD) si configura come una condizione cronica e recidivante, che tende a peggiorare progressivamente, e che può arrivare a compromettere seriamente la qualità della vita di chi ne soffre. Le conseguenze dell'alcolismo non si limitano alla sfera fisica, ma si estendono anche alla salute mentale e alla sfera sociale dell'individuo di chi ne è affetto. L'impatto del disturbo, pertanto, non riguarda esclusivamente l'individuo, ma si estende al contesto relazionale e comunitario, generando costi umani, sociali ed economici rilevanti.

Sebbene il consumo problematico di alcol possa interessare persone di ogni età, genere e provenienza socioculturale, negli ultimi decenni la ricerca ha evidenziato l'esistenza di differenze di genere significative nella manifestazione, nello sviluppo, e nella gestione del disturbo. Diversi studi scientifici hanno messo in luce come uomini e donne non solo affrontino rischi differenti in relazione all'assunzione di alcol, ma sviluppino anche pattern di consumo differenti, e vadano incontro a conseguenze fisiche e psicologiche peculiari. Queste differenze non si esauriscono nella dimensione clinica, ma coinvolgono anche gli aspetti emotivi, sociali e culturali che modellano il rapporto con l'alcol.

Alla luce di tali considerazioni, il presente elaborato si propone di analizzare in modo approfondito il ruolo giocato dal genere nel complesso contesto dell'alcolismo,

adottando un'ottica capace di integrare le componenti biologiche, psicologiche e sociali del fenomeno.

Il primo capitolo si concentrerà sull'inquadramento generale del disturbo da uso di alcol, partendo dalla definizione della malattia secondo i principali criteri diagnostici previsti dai sistemi classificatori internazionali (DSM-5 e ICD-10), e proseguendo attraverso un approfondimento delle conseguenze del disturbo in ottica bio-psico-sociale, sottolineando l'intreccio tra danno fisico, sofferenza psicologica, e compromissione del funzionamento sociale e relazionale dell'individuo.

Verrà affrontato il problema della diagnosi, legato alla difficoltà di individuare precocemente i fattori che spesso ostacolano il riconoscimento di tale patologia.

Un'ulteriore sezione sarà dedicata agli aspetti culturali del bere, di come il valore sociale dell'alcol cambi a seconda della cultura di riferimento, e il modo in cui tali rappresentazioni influenzino le pratiche di consumo. Verranno illustrati i dati epidemiologici, utili a delineare la diffusione del fenomeno, con un approfondimento sui principali fattori di rischio e sulle componenti biologiche, psicologiche e sociali che concorrono alla genesi del disturbo.

Il secondo capitolo sarà dedicato all'analisi delle differenze di genere nell'ambito dell'uso di alcol, con particolare attenzione agli aspetti biologici che distinguono uomini e donne nei processi di assorbimento e metabolismo della sostanza, nonché nella diversa vulnerabilità ai suoi effetti. L'analisi proseguirà approfondendo le principali differenze psicologiche nell'approccio al consumo di alcol, con particolare attenzione alle motivazioni sottostanti, alle strategie di coping e alle eventuali comorbidità psichiatriche. Infine, saranno evidenziati i fattori culturali e sociali che plasmano il rapporto di genere con l'alcol, ponendo l'accento sui ruoli sociali, sugli

stereotipi di genere e sulle aspettative normative che contribuiscono a modellare i comportamenti di donne e uomini.

Il capitolo finale sarà dedicato al trattamento e alla prevenzione del disturbo da uso di alcol, in una prospettiva che tenga conto del genere. Saranno illustrate le principali modalità di trattamento – che coinvolgono terapie farmacologiche, e terapie psicosociali – e quali risultino più efficaci in relazione al genere. Particolare attenzione sarà dedicata alle differenze di genere nelle modalità di accesso ai servizi e ai percorsi terapeutici, ponendo l'accento su eventuali barriere di natura strutturale, sociale e culturale. In conclusione, verrà proposta una panoramica degli approcci preventivi sia generali, sia basati sul genere, con l'intento di individuare strategie mirate che tengano conto delle diverse vulnerabilità e dei diversi contesti di vita degli individui.

## **CAPITOLO 1: Il disturbo da uso di alcol (AUD).**

### **1.1 Definizione del disturbo da uso di alcol e criteri diagnostici (DSM-IV/ICD-10).**

L'alcolismo, oggi più correttamente definito come “disturbo da uso di alcol” (DSM-V, 2013), rappresenta una condizione psicopatologica cronica e recidivante che si manifesta attraverso una progressiva perdita della capacità di controllare il consumo di alcol e che si accompagna a un’alterazione nel processo decisionale. Chi soffre di questa patologia sviluppa un bisogno patologico e compulsivo di bere che comporta seri rischi per la salute fisica e mentale, mina la stabilità lavorativa e implica spesso una compromissione delle relazioni familiari e sociali (Carvalho, Heilig, Perez, Probst, & Rehm, 2019).

In passato, la quarta edizione del Manuale Diagnostico e Statistico *dell'American Psychiatric Association* (DSM-IV, 2014) poneva una distinzione tra due categorie cliniche separate: abuso di alcol e dipendenza da alcol. La dipendenza da alcol veniva diagnosticata quando erano presenti almeno tre dei sette criteri previsti, mentre l’abuso di alcol era definito dalla presenza di due criteri su quattro, purché non fosse soddisfatta la diagnosi di dipendenza. Con il passaggio dal DSM-IV al DSM-5 nel 2013, le due diagnosi di abuso di alcol e dipendenza da alcol vengono combinate in una diagnosi unidimensionale di “disturbo da uso di alcol” (AUD, *Alcohol Use Disorder*), che ha comportato l’introduzione di una classificazione del disturbo in entità lieve (2/3 criteri), moderata (4/5 criteri), grave (6 o più criteri). Nel DSM-IV, chiunque soddisfi due degli undici criteri entro un periodo di 12 mesi riceve la diagnosi di AUD, dove la gravità si basa sul numero di criteri soddisfatti. (Kingsmore, Lindquist, Mudge, Gessler, Beavis, 2008; Sanseau *et al.*, 2012).

Anche l'ICD-11 (*World Health Organization*, 2019) ha introdotto rilevanti differenze rispetto alle sue precedenti edizioni, nella sezione dedicata ai disturbi da uso di sostanze. Tra queste, c'è stato l'inserimento di una nuova categoria più ampia: "Disturbi dovuti all'uso di sostanze e comportamenti di dipendenza", che include oltre al comportamento del bere, anche una serie di comportamenti non legati all'assunzione di sostanze (come il gioco d'azzardo patologico).

Nel sistema ICD-10, la diagnosi di disturbo da uso di alcol (*World Health Organization*, 1992), viene formulata quando si verificano almeno tre dei seguenti criteri, che devono essere stati presenti contemporaneamente in un determinato momento nell'arco dell'anno precedente. Questi criteri includono:

- a. Forte desiderio o senso di costrizione ad assumere la sostanza;
- b. Difficoltà a controllare il comportamento di assunzione di sostanze in termini di inizio, fine o livelli d'uso;
- c. Uno stato di astinenza fisiologica quando l'uso di una sostanza è cessato o è stato ridotto;
- d. Evidenza di tolleranza, per cui sono necessarie dosi maggiori di sostanze psicoattive per ottenere effetti originariamente prodotti da dosi più basse (chiari esempi di questo fenomeno si riscontrano negli individui dipendenti da alcol e oppiacei, che possono assumere dosi giornaliere sufficienti, in alcuni casi, a uccidere i consumatori occasionali);
- e. Progressiva trascuratezza di motivi o interessi alternativi a causa dell'uso di sostanze psicoattive, aumento del tempo necessario per ottenere o assumere la sostanza o per riprendersi dai suoi effetti;
- f. Persistere nell'uso di sostanze nonostante la chiara evidenza di conseguenze palesemente dannose, come danni al fegato, stati d'animo o compromissione del

funzionamento cognitivo; in questo caso si dovrebbe cercare di determinare che l'utente sia effettivamente consapevole della natura e dell'entità del danno.

All'interno dei disturbi da uso di sostanze, sono stati riconosciuti i singoli episodi di uso dannoso, nuovi pattern di consumo problematico e una maggiore attenzione alla gravità dell'intossicazione. In particolare, per quanto riguarda l'alcol, l'ICD-11 presenta la sottocategoria "Episodio di consumo dannoso di alcol", che si riferisce a un singolo episodio in cui il consumo di alcol ha causato un danno alla salute fisica o mentale dell'individuo, o ha comportato comportamenti pericolosi per la salute altrui. Tali danni possono derivare da comportamenti disfunzionali legati all'intossicazione, da effetti tossici dell'alcol sul sistema corporeo, oppure da modalità di assunzione particolarmente nocive. Va sottolineato che questa diagnosi non va formulata quando il danno risulta da un pattern cronico e consolidato di consumo, ma si applica a episodi isolati che producono effetti significativi e misurabili.

La combinazione di fattori genetici e ambientali concorre alla variabilità fenotipica dell'AUD (Haeny *et al.*, 2021). La natura poligenica del disturbo, insieme alla sua elevata eterogeneità clinica, rende sfidante definire un insieme universale di fattori genetici e ambientali che influenzano il rischio in ogni popolazione. Il problema dell'eterogeneità di cause ed effetti dell'AUD, mette in evidenza la necessità di offrire un approccio personalizzato al trattamento, a differenza di quanto fatto dai modelli terapeutici generici finora adottati.

Nonostante gli sforzi messi in atto dal DSM-V nella standardizzazione delle diagnosi, molti studiosi e clinici evidenziano inoltre che l'attuale classificazione non è ancora in grado di tener conto dell'intera complessità neurobiologica e comportamentale dell'AUD (Litten, Ryan, Falk, Reilly, Fertig & Koob, 2015). Inoltre, crescenti prove dimostrano che il nuovo costrutto AUD per il DSM-V ha ulteriormente amplificato

l'eterogeneità già esistente nel DSM-IV. Uno studio ha dimostrato che le categorie specifiche di AUD da "moderato" a "grave" presenti nel DSM-V, corrispondono a ciò che precedentemente era stato delineato dal costrutto di "dipendenza da alcol", mentre l'aggiunta della categoria di AUD "lieve" rappresenta un'etichetta diagnostica di rilevanza clinica sconosciuta in precedenza (Compton, Dawson, Goldstein & Grant, 2013). In virtù di tale problematica, sono emersi nuovi approcci diagnostici che cercano di integrare le neuroscienze nel sistema classificatorio, con l'obiettivo di identificare biomarcatori e domini funzionali più specifici.

In particolare, un più preciso quadro diagnostico dell'AUD potrà facilitare la scoperta di terapie farmacologiche più efficaci, rispondendo all'eterogeneità delle situazioni cliniche.

A tal proposito, i progressi nella comprensione dei neurocircuiti della dipendenza e del suo impatto sui sistemi cerebrali di stress, ricompensa e funzione esecutiva, consentono una più accurata concettualizzazione dell'AUD (Koob & Volkow, 2016).

Uno dei modelli teorici più utili per comprendere il funzionamento della dipendenza da alcol è il cosiddetto "ciclo a tre fasi" proposto da Koob e Volkow (2016), che include:

1. *Fase di abbuffata e intossicazione*, in cui il comportamento individuale è guidato dal rinforzo positivo. In questa fase l'alcol assume una funzione edonistica e di gratificazione, attraverso l'attivazione dei circuiti cerebrali della ricompensa (in particolare il sistema dopaminergico, mesolimbico e il sistema degli oppioidi endogeni);
2. *Fase di astinenza e affetto negativo*, in cui il consumo non è più guidato dall'edonismo, ma da un bisogno di evitare emozioni negative come l'ansia, l'irritabilità o la depressione. In questa fase intervengono i sistemi cerebrali dello stress, in particolare l'amigdala estesa, che assume un ruolo centrale nel mantenere il comportamento di consumo;

3. *Fase di preoccupazione e anticipazione*, in cui emerge una compulsività verso il consumo, che comporta una seria compromissione delle funzioni esecutive, tra cui la capacità di autoregolazione e un'alterazione dei processi decisionali oltre a danni nelle aree prefrontali del cervello.

Si ritiene che il coinvolgimento dello striato dorsale nella dipendenza da alcol contribuisca a consolidare i comportamenti abituali associati alla ricerca e all'assunzione di sostanze (Koob & Volkow, 2010).

Dopo un periodo di ripetute abbuffate/intossicazioni, si verificano neuroadattamenti che portano a uno stato emotivo negativo (ad esempio, ansia, depressione, anedonia) indotto dall'astinenza da alcol, per cui i meccanismi di rinforzo negativo assumono un ruolo centrale: in questa situazione il comportamento dell'individuo caratterizzato da un consumo eccessivo di alcol, è sostenuto dalla necessità di contrastare uno stato emotivo negativo, e, pertanto, la ripresa dell'assunzione assume una funzione difensiva contro sentimenti di disagio e sofferenza psichica, generando un circolo vizioso che rinforza la dipendenza.

Durante il passaggio attraverso queste fasi, il cervello subisce alcune trasformazioni. Tra queste, si osservano cambiamenti nella regolazione dei neurotrasmettitori (come la dopamina, il GABA, il glutammato), e nel sistema endocannabinoide (Reilly, Noronha, Goldman & Koob, 2017). Un ulteriore ruolo significativo è svolto dal sistema neurobiologico dello stress, che si attiva tramite il rilascio della corticotropina (CRF) e l'attivazione dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene (HPA), contribuendo al consolidamento dello stato di dipendenza (Reilly *et al.*, 2017). A lungo termine, questi cambiamenti alterano profondamente il comportamento individuale, trasformando la ricerca spasmodica di alcol in un'attività prioritaria, a scapito di qualunque altro interesse personale, sociale o professionale.

Organizzazioni come il *National Council on Alcoholism*- NCA- (1972) e l'*American Medical Society on Alcoholism*- AMSA- (1976) hanno di fatto contribuito in modo significativo a delineare l'alcolismo non semplicemente come un vizio o una debolezza di carattere- come si tendeva a concepirlo in passato- ma come una vera e propria patologia. Si tratta, secondo la loro definizione, di una condizione cronica e progressiva, destinata a peggiorare nel tempo se non trattata con adeguatezza con i giusti strumenti, e che può avere esiti molto gravi e potenzialmente letali (Choi, Balter & Haque, 2024). Il decorso della malattia si manifesta attraverso una crescente tolleranza agli effetti dell'alcol, una dipendenza fisica sempre più marcata, e una serie di modificazioni patologiche a carico di diversi organi. Le manifestazioni dell'alcolismo possono variare da individuo a individuo, ma il filo conduttore resta l'impatto profondo e pervasivo che l'alcol esercita sull'organismo e sul comportamento umano.

Già Edwards e Gross, nel 1976, avevano fornito una descrizione dettagliata di questa patologia, individuando sette caratteristiche fondamentali, che ancora oggi costituiscono la base per la sua diagnosi.

La prima di queste è la tendenza a restringere il repertorio del bere, ossia stabilire abitudini fisse e ripetitive nell'uso dell'alcol, in termini sia di orari sia di tipologia di bevande. In seguito, il bere assume una centralità nella vita dell'individuo, poiché l'alcol diventa il fulcro intorno a cui ruotano i pensieri, le decisioni e i comportamenti. Pian piano si assiste a un progressivo aumento della tolleranza che comporta il bisogno di assumere quantità d'alcol sempre più elevate per raggiungere lo stesso effetto, fino ad arrivare a sperimentare sintomi di astinenza quando l'assunzione viene interrotta, o semplicemente ridotta. I sentimenti negativi associati all'astinenza da alcol sono il motore che spinge la persona a bere di nuovo, non più per il puro piacere, ma per evitare il malessere fisico e psicologico che deriva dalla mancata assunzione. Questo

porta a una sensazione soggettiva di perdita di controllo, una vera e propria costrizione interiore che spinge l'individuo a bere anche quando vorrebbe smettere.

Si osserva spesso un ritorno a schemi consolidati di consumo anche dopo lunghi periodi di astinenza, segno della profondità con cui l'alcolismo si radica nel vissuto

dell'individuo. Questi aspetti non solo aiutano i professionisti a riconoscere la dipendenza, ma permettono anche di comprenderne la complessità, superando l'idea riduttiva che si tratti solo di una questione di "forza di volontà" (Babor *et al.*, 2010).

Proprio per affrontare questa complessità in modo più adeguato e accessibile, NCA e ASAM hanno deciso di costituire un comitato congiunto con un duplice intento: da un lato, offrire agli operatori sanitari una definizione scientificamente fondata e utile nella pratica clinica; dall'altro, delineare una descrizione chiara e comprensibile anche al grande pubblico, affinché la società possa avere accesso a una maggiore consapevolezza e abbattere i pregiudizi verso chi soffre di questa condizione (Morse & Flavin, 1991).

Secondo NCA e ASAM, l'alcolismo è considerato una malattia a sé stante, di natura cronica, che prende forma e si manifesta attraverso l'interazione complessa tra ereditarietà, fattori psicologici e contesto ambientale e sociale (Carvalho *et al.*, 2019).

Si tratta di un disturbo che spesso peggiora nel tempo e che può portare anche alla morte. Chi ne è affetto sperimenta un rapporto alterato con l'alcol, fatto di perdita ricorrente o continua del controllo, ossessiva focalizzazione sulla sostanza, uso persistente malgrado i danni che comporta, e una visione distorta della realtà, che si esprime soprattutto nella negazione del problema stesso. (Morse & Flavin, 1991).

## 1.2 Conseguenze bio-psico-sociali associate al consumo di alcol.

L'AUD oltre a causare gravi danni al sistema nervoso centrale, danneggia numerosi altri organi e apparati vitali (Hendriks, 2020; Choi, Balter & Haque, 2024). Un consumo cronico di alcol si associa ad una lunga lista di gravi patologie organiche, tra cui:

- Malattie gastrointestinali (come la cirrosi epatica e la pancreatite);
- Varie forme di cancro (esofageo, epatico, laringeo, ecc.);
- Disturbi cardiovascolari (ipertensione, aritmie);
- Patologie neurologiche (come l'epilessia);
- Complicanze ostetriche, incluso l'aborto spontaneo e il ritardo nella crescita intrauterina (Anderson *et al.*, 2005).

Un consumo eccessivo di alcol indebolisce anche le difese immunitarie dell'organismo, aumentando la vulnerabilità a malattie infettive quali tubercolosi, HIV/AIDS e infezioni respiratorie. Anche a livello sessuale si evidenziano delle problematiche, come casi di disfunzione erettile o anorgasmia, che comportano un impatto negativo sulla vita relazionale e sessuale.

È emersa una significativa correlazione tra il consumo di alcol e il rischio di incidenti e lesioni mortali e non mortali; inoltre, l'alcol altera la risposta al trattamento dei pazienti feriti, e può creare complicanze chirurgiche (Raimo, Daepfen, Smith, Danko, & Schuckit, 1999). L'uso di alcol è al settimo posto nella classifica dei fattori di rischio per morte prematura e disabilità (GBD, 2021), e l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha determinato che nel 2019 l'uso di alcol abbia causato quasi tre milioni di decessi, ossia il 5,3% di tutti i decessi avvenuti (più di quanti ne abbiano causati il diabete e l'ipertensione messi assieme), e che sia responsabile del 5,1% degli anni di vita persi a causa di malattia, disabilità o morte prematura (*World Health Organization*, 2024).

Tra le altre conseguenze negative per l'organismo causate dall'alcol, vi sono carenze nutrizionali, problematiche all'apparato gastrointestinale, che includono erosioni gastriche e ulcere (Ceni, Mello, & Galli, 2014). Anche l'esofago, il cuore e i vasi sanguigni, il pancreas e perfino la pelle possono subire alterazioni o infiammazioni croniche a causa di un suo utilizzo prolungato, ma uno dei bersagli principali dell'alcol è il sistema nervoso centrale.

Per quanto riguarda il metabolismo dell'alcol, esso viene inizialmente assorbito dallo stomaco, poi prosegue per la maggior parte del suo assorbimento nell'intestino tenue. Di solito, il picco di assorbimento si raggiunge entro i 30-40 minuti dal consumo. La concentrazione di alcol nel sangue, conosciuta come BAC (*Blood Alcohol Concentration*) è il risultato dell'interazione di diversi fattori: il sesso biologico, la quantità e il tipo di alcol ingerito, la recente assunzione di cibo, e la massa corporea. A parità di quantità consumata, le donne tendono ad avere una BAC più elevata rispetto agli uomini. Questo accade perché, mediamente, il corpo femminile contiene meno acqua e ha una massa corporea inferiore, fattori che predispongono a una maggiore concentrazione di alcol nel sangue. Anche mangiare prima di bere ha un impatto importante, poiché il cibo rallenta l'assorbimento dell'alcol, riducendo la BAC fino al 50% rispetto a quando si beve a stomaco vuoto. Una volta nel sangue, la maggior parte dell'alcol viene metabolizzata dal fegato, l'organo chiave nel processo di eliminazione (Cederbaum, 2012). Solo una piccola parte (circa il 3%) viene espulsa attraverso il respiro, il sudore e le urine. Il fegato trasforma l'alcol in una sostanza innocua attraverso una serie di passaggi biochimici. In condizioni normali, questo processo è svolto principalmente da un enzima specifico, l'alcol deidrogenasi (ADH), che converte l'alcol in acetaldeide, una sostanza intermedia altamente tossica. Fortunatamente, un secondo enzima, l'acetaldeide deidrogenasi (ALDH), entra rapidamente in azione

trasformando l'acetaldeide in acetato, una molecola ben tollerata che l'organismo riesce a utilizzare nel ciclo energetico cellulare. In genere, il corpo umano riesce a smaltire tra gli 80 e i 130 milligrammi di alcol per chilo di peso corporeo all'ora.

I cambiamenti si verificano quando l'alcol raggiunge il cervello e influisce temporaneamente sulla trasmissione dei segnali. Gli effetti dell'alcol comprendono (Hendriks, 2020):

- Aumento del rilassamento e della socievolezza con BAC fino a 0,05 g/dL;
- Coordinazione muscolare compromessa a livelli di BAC superiori a 0,08 g/gL;
- Sonnolenza e alterazione della capacità di giudizio e, della vista a livelli di BAC superiori a 0,15 g/dL;
- Eloquio confuso, apatia e letargia a livelli di BAC superiori a 0,25 g/dL;
- Incoscienza, incontinenza, e in alcuni casi morte con BAC superiori a 0,4 g/dL.

Anche un consumo moderato di alcol può produrre effetti significativi sul cervello nel breve termine, influenzando profondamente il funzionamento di alcuni dei principali neurotrasmettitori che regolano l'umore, il comportamento e le funzioni cognitive. Tra i più coinvolti vi è l'acido gamma-aminobutirrico (GABA), un neurotrasmettitore inibitorio che riduce l'attività neuronale: l'alcol ne potenzia l'azione, inducendo una sensazione di rilassamento, calma e riduzione dell'ansia. Parallelamente, l'alcol interferisce con il glutammato, il principale neurotrasmettitore eccitatorio del cervello; ne inibisce l'attività, contribuendo ulteriormente all'effetto sedativo e al rallentamento delle funzioni cognitive, tra cui la memoria a breve termine e il giudizio critico. A questi effetti si aggiunge un temporaneo aumento della dopamina, il neurotrasmettitore associato al piacere e al sistema della ricompensa: è questa impennata che può far percepire l'alcol come gratificante, anche dopo pochi drink. Infine, l'alcol stimola la serotonina, il che spiega il senso di euforia o leggerezza che molte persone

sperimentano dopo aver bevuto. Questi cambiamenti, seppur temporanei, rappresentano la base neurobiologica degli effetti psicotropi dell'alcol e aiutano a spiegare perché il bere, anche occasionale o moderato, possa essere vissuto come piacevole e socialmente rinforzante.

Gli effetti dell'alcol sulla salute dipendono dalle dosi consumate. Un'assunzione occasionale e contenuta può essere tollerata dall'organismo senza comportare gravi conseguenze, a differenza dell'abuso alcolico che è associato a una vasta gamma di danni, alcuni dei quali profondi e irreversibili. Tra le principali aree colpite vi è il sistema cardiovascolare, il cui deterioramento rappresenta una delle principali cause di mortalità: le malattie cardiovascolari (CVD) (Klatsky, 2015), costituiscono la prima causa di morte negli Stati Uniti e la seconda in Europa (*World Health Organization*, 2022). Le malattie cardiovascolari comprendono un ampio spettro di condizioni, che si differenziano per origine, decorso e gravità. Tra queste, una delle più comuni è la cardiopatia coronarica (CHD), che si verifica quando l'afflusso di sangue al cuore è ostacolato, spesso a causa dell'accumulo di placche nelle arterie coronarie. Un pattern di consumo alcolico particolarmente dannoso è il *binge drinking*, ovvero l'assunzione massiccia e concentrata di alcol in un breve lasso di tempo, che, secondo alcune stime, può aumentare fino al 45% il rischio di sviluppare una CHD. Alla base della maggior parte delle malattie cardiovascolari si trova un processo patologico noto come aterosclerosi, che si sviluppa in modo progressivo nel tempo. Questa condizione comporta un danneggiamento cronico delle pareti dei vasi sanguigni, rendendoli vulnerabili all'accumulo di colesterolo, in particolare quello ossidato contenuto nelle lipoproteine a bassa densità (LDL). La formazione di queste placche aterosclerotiche riduce l'elasticità dei vasi, ostacolando il normale flusso ematico, e può portare, nei casi più gravi, a eventi acuti come infarti e ictus (Meza *et al.*, 2022). A livello neurologico, si

osservano fenomeni come l'atrofia cerebrale, l'epilessia alcolica, la sindrome di Wernicke-Korsakoff, mielinolisi pontina centrale e neuropatia periferica.

Nel corso del tempo, il concetto di alcolismo ha assunto definizioni sempre più chiare e articolate, grazie al lavoro svolto da diverse istituzioni mediche e scientifiche ai fini di una più accurata comprensione delle dinamiche e delle caratteristiche che lo contraddistinguono (Connor, Haber & Hall, 2016).

Nel campo delle dipendenze permane un certo disaccordo sul fatto che l'alcolismo debba essere o meno considerato una malattia. Questa discrepanza ha svariate ragioni, tra cui le lacune esistenti nelle conoscenze scientifiche sull'alcolismo e, le difficoltà nel giungere a un concetto unitario di malattia. Inoltre, le diverse prospettive adottate da chi studia il fenomeno - medici, psicologi, sociologi - e la mancanza di un dialogo costante tra le diverse discipline, complicano ulteriormente la comprensione del significato di termini fondamentali come "dipendenza" o "cura".

Per comprendere l'alcolismo in quanto malattia, è essenziale partire dalla natura profonda del termine stesso. Una malattia, infatti, è l'insieme di fenomeni che accomuna un gruppo di persone che condividono condizioni che le pongono in una posizione di svantaggio rispetto alla norma biologica. È una condizione che, per sua natura, non viene scelta: l'individuo non decide consapevolmente di ammalarsi, così come chi sviluppa una dipendenza non lo fa con l'intenzione deliberata di diventare alcolista.

Parlare di "involontarietà" (Flavin, 1991), non deresponsabilizza la persona nel perseguimento del proprio percorso di recupero, né implica che venga meno il suo ruolo attivo nel processo di cura: significa, piuttosto, riconoscere che l'alcolismo non è frutto di una colpa, ma il risultato di una complessa interazione tra fattori biologici, psicologici e sociali. Il modello biopsicosociale ci invita a riflettere sull'alcolismo non

come un destino prescritto, ma come a un fenomeno che può assumere forme diverse in ogni individuo, plasmato da influenze personali, culturali e ambientali (*Institute of Medicine*, 1990). È in questa pluralità di cause ed espressioni che risiede tutta la difficoltà e la necessità di comprendere la dipendenza in modo profondo.

Come abbiamo visto, le conseguenze legate a un consumo problematico di alcol si manifestano in molteplici forme e in diversi ambiti della vita dell'individuo: il corpo si ammala, la mente si appanna, le relazioni si incrinano, il lavoro viene compromesso, e, non di rado, emergono difficoltà legali e finanziarie. Eppure, ciò che definisce la dipendenza non è semplicemente la presenza di questi danni, quanto piuttosto la loro persistenza. Chi è intrappolato nell'alcolismo continua a bere, anche di fronte all'evidenza delle conseguenze negative che questo comporta. Un aspetto caratteristico e ricorrente è il meccanismo di negazione: di fatto, la maggior parte degli alcolisti difficilmente riesce a essere consapevole dei problemi causati dal bere eccessivo. Essi minimizzano, giustificano, rifiutano di vedere l'impatto che il bere ha sulla loro salute fisica, sul loro equilibrio emotivo e sulla qualità complessiva della loro vita. In alcuni casi, non si tratta solo di un rifiuto consapevole, ma di una vera e propria incapacità di comprendere e accettare la gravità della situazione. Questa negazione è, in parte, alimentata dallo stigma che ancora oggi circonda l'alcolismo. La società, infatti, tende a giudicare negativamente chi vive questa condizione, attribuendo all'individuo la totale responsabilità sulla sua dipendenza, e etichettandolo come debole o manchevole di volontà. In simili circostanze, ammettere di avere un problema significa esporsi a possibili giudizi, al rifiuto e alla vergogna. E così la negazione diventa, per molti, una forma di difesa. Ma c'è di più. La negazione dell'alcolista trova radici anche nei meccanismi psicologici e neurobiologici profondi. L'alcol, con i suoi effetti sul cervello, altera la percezione e la memoria. Il fenomeno del *blackout* è un chiaro

esempio di come il consumo possa compromettere la capacità di ricordare in modo lucido gli eventi (Mello, 1972). Invece, ciò che spesso rimane nella memoria dell'alcolista è il cosiddetto "ricordo euforico" (Johnson, 1973), ovvero, un'idealizzazione selettiva dei momenti positivi legati al bere, che offusca le sofferenze, i conflitti, le perdite.

A livello più profondo, la negazione può fungere da scudo contro emozioni e vissuti troppo dolorosi da affrontare. Entrano in gioco ulteriori processi, come la soppressione, uno sforzo volontario e consapevole di bloccare determinati pensieri, e la repressione, un meccanismo inconscio che allontana o seppellisce dalla coscienza pensieri, emozioni o impulsi ritenuti inaccettabili. Così, l'alcolista si ritrova prigioniero non solo della sostanza, ma dei suoi stessi meccanismi di difesa.

L'alcolismo comporta, inoltre, l'isolamento sociale dell'individuo, relazioni conflittuali, instabilità emotiva, delirium, demenza alcolica, compromissione della memoria, difficoltà di apprendimento, impulsività incontrollata, depressione e ansia sociale. Molte persone si avvicinano a questa sostanza con la speranza illusoria di trovare sollievo emotivo. Spesso le persone percepiscono il bere occasionale e moderato come una strategia per alleviare l'umore depresso, ridurre lo stress quotidiano, favorire l'integrazione sociale o migliorare le proprie capacità comunicative. Tuttavia, questo apparente beneficio può celare un effetto boomerang: l'alcol, nel tempo, tende ad aggravare i disturbi psichici preesistenti o a generarne di nuovi. Sintomi psicotici acuti si possono manifestare nelle persone che hanno fatto un uso eccessivo di alcol per un lungo periodo di tempo e consistono in stati di confusione, eccitazione e delirium, delirio cronico di gelosia e comportamenti autodistruttivi (fino ad arrivare al suicidio). Questi disturbi sono spesso chiamati *disturbi psicotici indotti dall'alcol*, perché sono caratterizzati da una temporanea perdita di contatto con la realtà (Jordaan & Emsley,

2014). Ad esempio, tra coloro che bevono in misura massiccia per un lungo periodo di tempo, può verificarsi una condizione nota come *delirium da astinenza da alcol* (in passato denominata *delirium tremens*), che si manifesta durante le fasi di astinenza in seguito a un consumo eccessivo di alcol in un tempo prolungato. I sintomi della fase acuta comprendono:

- Disorientamento nello spazio e nel tempo: l'individuo può confondere luoghi, non riconoscere amici o familiari;
- Allucinazioni vivide: come, ad esempio, la visione di piccoli animali in movimento;
- Paura intensa: che questi animali possano cambiare nella forma, nella dimensione o nel colore in modi terrificanti;
- Estrema suggestionabilità: l'individuo può vedere qualsiasi animale se gliene viene suggerita la presenza;
- Tremore marcato delle mani, della lingua e delle labbra;
- Altri sintomi: sudorazione, febbre, battito cardiaco accelerato e debole, alito cattivo

Il delirium dura tipicamente dai tre ai sei giorni ed è generalmente seguito da un profondo sonno. Si stima che tra il 5% e il 25% dei pazienti con delirium da astinenza da alcol muoia a causa di convulsioni, insufficienza cardiaca e altre complicazioni (Trevisan *et al.*, 1998).

Una seconda psicosi alcol-correlata è il disturbo amnestico da alcol. Come sintomo principale comporta un deficit della memoria, che si accompagna, a volte, alla rievocazione di falsi eventi (confabulazione). Le persone con questo disturbo possono non essere in grado di riconoscere immagini, volti, camere o altri oggetti che hanno appena visto, anche se possono accorgersi che questi oggetti o persone siano familiari.

Questi pazienti mostrano anche deficit cognitivi e di pianificazione (Brokate, Hildebrandt, Eling, Fichtner, Runge, & Timm, 2003), declino intellettuale, deficit emotivi e deficit nel giudizio (Brand, Kalbe, Fujiwara, Huber, & Markowitsch, 2003). L'uso problematico di alcol è spesso sovrapposto ad altri disturbi mentali, configurando quadri clinici complessi (Coriale, Fiorentino, Porrari, & Ceccanti, 2018). Tra i più comuni troviamo i disturbi d'ansia, la depressione maggiore, la dipendenza da altre sostanze psicoattive (tossicomanie), i disturbi della personalità e, in alcuni casi, forme di schizofrenia. La relazione tra alcol e psicopatologia è bidirezionale: da un lato, l'alcol può essere utilizzato come forma di "automedicazione" per alleviare i sintomi; dall'altro, il suo uso cronico può contribuire allo sviluppo o al peggioramento di questi stessi disturbi.

Le ripercussioni sociali non sono da meno: l'abuso di alcol è spesso responsabile della disgregazione dei rapporti familiari, del deterioramento del rendimento scolastico e lavorativo, di episodi di violenza domestica, e di una generale compromissione della vita sociale e relazionale del soggetto che ne soffre (Cohen *et al.*, 2022).

In aggiunta alle problematiche individuali e sociali, l'alcolismo comporta anche costi significativi per l'intera collettività, poiché si accompagna ad una perdita di produttività e ad un aumento del tasso di disoccupazione.

È qui che la questione smette di essere un semplice fatto privato, ma diventa un tema di rilevanza pubblica, di interesse collettivo e, inevitabilmente, politico. Il bere eccessivo può compromettere le relazioni familiari, distruggere i legami affettivi, alimentare conflitti, generare violenza domestica e contribuire all'isolamento sociale. I suoi effetti si estendono anche a contesti più ampi, come i luoghi di lavoro, le scuole, le strade. Incidenti stradali, assenteismo lavorativo, perdita di produttività, aggressioni,

comportamenti antisociali rappresentano una parte del costo sociale dell'alcol, un prezzo pagato non solo da chi ne fa uso, ma da tutta la collettività.

La ricerca ha introdotto il concetto di “*alcohol's harm to others*”, che sta a significare “il danno dell'alcol causato agli altri” (Room *et al.*, 2020). Questo concetto comprende una vasta gamma di problemi, alcuni evidenti, altri più latenti, che si verificano in diversi contesti della vita sociale a causa del consumo eccessivo di alcol. A tal proposito, Laslett, Room, Ferris, Wilkinson, Livingston, & Mugavin (2010) hanno proposto una distinzione utile includendo da una parte i danni collettivi, che riguardano la società nel suo insieme, come il sovraccarico del sistema sanitario, il lavoro richiesto alle forze dell'ordine, i costi per i servizi sociali; dall'altra, i danni interpersonali, cioè quelli che emergono dall'interazione tra individui, sia in ambienti pubblici (bar, strade), sia in ambito privato (nuclei familiari, relazioni intime).

È fondamentale riconoscere entrambe le dimensioni dell'alcolismo, quella individuale e quella collettiva, per poter predisporre delle politiche efficaci. I programmi di prevenzione e di intervento non devono limitarsi alla cura del singolo bevitore, ma devono includere anche piani volti a proteggere la comunità in cui egli vive, e che tengano conto della vulnerabilità delle persone che gli ruotano intorno.

### 1.3 Il problema della diagnosi.

Le prospettive riguardo alla soglia considerata appropriata oltre la quale il comportamento del bere e le sue conseguenze diventano problematiche sono tutt'altro che unanimi. Da un lato c'è chi ritiene che i sistemi di classificazione attualmente in uso, come il DSM-IV (2013) o l'ICD-10 (OMS, 1990), tendano a includere troppe persone sotto l'etichetta di "disturbo", rischiando così di medicalizzare comportamenti che potrebbero rientrare in un uso problematico, ma non clinicamente significativo. Dall'altro lato, c'è chi sottolinea il rischio opposto, ovvero quello di porre una soglia troppo alta, che finisce per escludere individui che, pur non soddisfacendo tutti i criteri diagnostici, vivono comunque un disagio reale e potrebbero trarre beneficio da un intervento precoce o da un supporto mirato. Questa tensione riflette una problematica più ampia che attraversa tutto il campo della diagnosi: trovare un equilibrio tra rigore scientifico e sensibilità clinica.

L'obiettivo dei sistemi diagnostici internazionali (DSM e ICD) è quello di fornire criteri validi e applicabili a livello globale, affinché le diagnosi siano coerenti e condivisibili nei diversi contesti clinici, indipendentemente dall'area geografica o culturale in cui vengono formulate. Tuttavia, le concezioni sociali, religiose e morali del bere variano profondamente da una cultura all'altra, e ciò può influenzare sia il comportamento dei pazienti sia il giudizio dei professionisti. In alcune società, ad esempio, il consumo moderato di alcol è perfettamente accettato e normalizzato, mentre in altre è visto con diffidenza e anche l'assunzione occasionale può essere stigmatizzata. Da qui nasce la difficoltà dei sistemi diagnostici di mantenere criteri condivisi a livello internazionale (Room, 2005).

#### **1.4 Aspetti culturali del bere.**

Nel 1981, *l'International Study of Alcohol Control Experiences* (ISACE) ha condotto una ricerca pionieristica che ha permesso di osservare e documentare le tendenze storiche nel consumo di alcol all'interno di sette società dell'Europa occidentale e del Nord America. Nonostante le differenze economiche, culturali e sociali tra i Paesi presi in esame, si è messo in evidenza un fattore comune: il consumo di alcol mostrava delle variazioni simili nel tempo, che gli autori hanno definito "lunghe ondate" di consumo. Alla fine del XIX e all'inizio del XX secolo, si è evidenziato un significativo calo del consumo di alcol, seguito da una forte ripresa tra gli anni Cinquanta e Settanta del Novecento. Questa sorprendente convergenza ha messo in discussione molte delle teorie tradizionalmente accettate sulle cause del consumo d'alcol: nessuno dei fattori usualmente chiamati in causa, come l'incremento del potere d'acquisto, l'aumento del tempo libero, la povertà, o ancora l'industrializzazione e l'urbanizzazione, sembrava seguire pattern temporali coerenti con quelli del consumo alcolico (Makela et al., 1981). Il lavoro condotto successivamente sia da ISACE, sia da altri ricercatori (Room *et al.*, 2020), hanno notato che questi risultati si riferivano in modo particolare a un contesto culturale ben preciso, ovvero quello delle cosiddette "culture della temperanza", un'espressione coniata da Gerald Levine (1992) per descrivere quelle società in cui era presente un atteggiamento ostile nei confronti dell'alcol. L'area di indagine dello studio era delimitata a contesti culturali caratterizzati da una tensione profonda tra consumo e controllo, tra accettazione e condanna della sostanza alcolica.

In ambito economico tali oscillazioni sono state messe in relazione con le cosiddette "onde di Kondratieff", cicli di lunga durata che scandiscono le fasi di crescita e crisi delle economie capitalistiche, e che si ripeterebbero, secondo alcuni modelli, con una

periodicità compresa tra i 45 e i 60 anni (Menshikov, 1992). Tali riflessioni pongono il consumo alcolico non soltanto come fenomeno sanitario o deviante, ma anche come indice sensibile di mutamenti profondi all'interno delle strutture sociali, economiche e culturali.

Per comprendere la complessità del ruolo che l'alcol ricopre nelle società umane, è utile proporre una distinzione tra due dimensioni, rappresentate dagli atteggiamenti culturali nei confronti delle bevande alcoliche. Da un lato vi è la percezione della legittimità o meno del loro utilizzo, dall'altro le rappresentazioni simboliche e valoriali che rappresentano tali usi. In questa cornice, il consumo di alcol si carica di molteplici significati, che vanno dalla nutrizione, al piacere sensoriale e al rituale religioso, fino ad arrivare all'esperienza individuale e collettiva dell'ebbrezza.

Nel corso della storia, l'alcol è stato adoperato, anche per scopi medicinali, soprattutto prima dello sviluppo della chimica farmaceutica (Beccaria, 2016). I medici militari del XVI secolo usavano l'alcol come anestetico, perché produce effetti rilassanti sul corpo e sulla psiche. Inoltre, può essere utilizzato anche come sonnifero, per stimolare la circolazione sanguigna o per rianimare pazienti svenuti. Nel Settecento, nel Regno Unito, si riteneva che un consumo moderato di alcol fosse benefico e addirittura necessario per godere di buona salute. Carl Von Linné, una delle massime autorità della scienza medica del suo tempo, fu un forte sostenitore dell'uso medicinale degli alcolici, in particolare contro le malattie contagiose. Nell'America coloniale, i medici prescrivevano il rum per i raffreddori, la febbre, i morsi di serpente, le dita dei piedi congelate (Rorabaugh, 1976). Queste credenze popolari continuarono a persistere anche di fronte alle evidenze empiriche della chimica farmaceutica. Nel 1948, Olav Sundet condusse uno studio con un questionario anonimo tra gli studenti delle scuole secondarie norvegesi. Tra le domande poste vi era "Perché consumate alcol (se

effettivamente lo fate)”, e gli intervistati dovevano scegliere tra nove alternative di risposta. Dalle risposte emergeva come molti giovani facevano riferimento al valore medicinale dell'alcol (Sundet, 1948). Nel 1976, è emerso che circa un terzo della popolazione adulta in Finlandia aveva usato l'alcol come medicina contro qualche disturbo nei dodici mesi precedenti.

L'alcol viene utilizzato anche a scopo nutrizionale. Questa modalità di assunzione si fonda su tre caratteristiche principali: l'apporto calorico, lo stato liquido e il gusto. In alcuni contesti, la produzione di bevande alcoliche è stata vista nell'ottica di una fonte calorica, a prescindere dal fatto che ciò abbia delle basi scientifiche evidenti. Ad esempio, nel XVIII secolo, i contadini svedesi avevano scoperto che fosse conveniente la distillazione dei cereali, perché da questo processo si otteneva un sottoprodotto liquido, nutriente e adatto ad alimentare il bestiame. Così, la pratica della distillazione veniva legittimata non solo come fonte di bevande alcoliche, ma anche come parte integrante di un sistema produttivo basato sulla sostenibilità.

Ancora più evidente è il fatto che sia il vino sia la birra sono stati a lungo in grado di competere con altre bevande. La birra si conserva meglio del latte, e nelle regioni nordiche le mucche non davano latte nella lunga stagione invernale a causa della scarsa alimentazione. Il vino, a sua volta, offriva una stabilità qualitativa che i succhi di frutta non potevano garantire, almeno fino alla fine del XIX secolo. In certi contesti urbani dell'Inghilterra ottocentesca, la birra era preferita come bevanda quotidiana perché considerata più sicura dell'acqua potabile che era spesso contaminata (Antman & Flynn, 2024).

L'aspetto, forse più controverso ma centrale nella costruzione del significato sociale dell'alcol, è connesso all'ebbrezza. Essa può essere descritta come uno stato di alterazione della coscienza che può essere ricercato, temuto, celebrato o stigmatizzato

(Beccaria, 2016). In alcune culture, questa alterazione è stata letta in chiave religiosa: l'alcol è diventato parte di rituali sacri, totalmente svincolato dalla sua funzione fisiologica. In contesti di culto estatico, come in molte tradizioni religiose antiche o indigene, l'intossicazione era vista come un mezzo per avvicinarsi al divino, per accedere a stati di coscienza superiori. La sacralità, in questi casi, non esige la moderazione, quanto piuttosto l'intensità dell'esperienza.

La molteplicità dei significati culturali attribuiti al bere è stata schematizzata in modo influente da David J. Pittman (1967), che ha proposto una classificazione delle culture secondo il loro atteggiamento verso l'alcol. Egli ha distinto quattro tipi di culture fondamentali:

1. Culture *astinenti*, come quelle musulmane o indù, in cui ogni forma di consumo è condannata;
2. Culture *ambivalenti*, in cui coesistono atteggiamenti severamente negativi e atteggiamenti che enfatizzano l'ebbrezza. In questa categoria ricadono le nazioni anglofone e scandinave;
3. Culture *permissive*, che tollerano un consumo moderato dell'alcol, ma condannano l'ubriachezza; tra queste, la cultura italiana e quella ebraica;
4. Culture *molto permissive*, in cui prevalgono atteggiamenti permissivi nei confronti sia del bere sia dell'ubriachezza. Esempi tipici sono rappresentati dalla società francese, da quella giapponese e da quella boliviana.

Il problema fondamentale di questa classificazione è che non riflette accuratamente la diversità qualitativa delle culture dell'alcol. In un certo senso, si tratta di un tentativo di classificare il mondo dal punto di vista del grado di preoccupazione per l'uso dell'alcol. Ulteriore problematica è rappresentata dal fatto che gli usi qualitativamente distinti dell'alcol non possono essere disposti su un *continuum*, e che le dinamiche culturali del

controllo del bere eccessivo variano a seconda degli usi storicamente dominanti dell'alcol.

Bere alcol è un'abitudine profondamente radicata in molte società, soprattutto in quelle economicamente più sviluppate, dove l'astensione è piuttosto bassa: basti pensare a paesi come gli Stati Uniti o le nazioni dell'Europa occidentale (Rehm & Stanza, 2017; Room *et al.*, 2020). Al contrario, in contesti culturali dove l'alcol è meno accettato, come ad esempio nelle società in cui vige la religione musulmana, la scelta di non bere è molto più diffusa, con tassi di astensione che si avvicinano al 90%.

In diversi contesti culturali può risultare difficile individuare una forma d'uso predominante, poiché le bevande distillate e i vini o la birra sono utilizzati in modo molto diverso.

Diversi contesti culturali predispongono a diversi modelli di comportamento di consumo, e illustrano i significati culturali che sono attribuiti al bere. Ad esempio, Mihaly Csikzentmihalyi (1968) ha studiato diversi luoghi di interazione collettiva finalizzata allo scopo del bere, come l'enoteca mediterranea, la birreria tedesca, il pub inglese, il saloon americano, fino al cocktail party contemporaneo. Ognuno di questi spazi, non solo riflette una diversa organizzazione sociale, ma promuove specifiche modalità di interazione, che definiscono il senso del bere nella vita quotidiana.

### **1.5 Epidemiologia del disturbo da uso di alcol.**

Il disturbo da uso di alcol è un tema urgente per la salute pubblica. Secondo un'indagine nazionale del *Survey on Drug use and Health* statunitense del 2022, circa il 10,5% degli americani di età superiore ai 12 anni ha soddisfatto i criteri per l'AUD nell'ultimo anno. In particolare, la prevalenza dell'AUD nell'ultimo anno supera di gran lunga la prevalenza di altri disturbi da uso di sostanze (ad esempio cannabis e oppioidi). Lo stress psicosociale e l'esposizione all'alcol in giovane età aumentano l'insorgenza dell'AUD; inoltre, la sua prevalenza è aumentata negli ultimi dieci anni nella popolazione generale degli adulti statunitensi di età pari o superiore ai 18 anni. I risultati del *National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions* (NESARC), hanno riportato che i tassi di prevalenza collocati nel DSM-IV a 12 mesi e nell'arco della vita tra il 2001-2002 sono aumentati dall'8,5% al 30,3% e dal 12,7% al 43,6% nel 2012 e nel 2013. Nel 2020, è stato stimato che il 5,4% degli individui ha soddisfatto i criteri del DSM-V per l'AUD, il che è in gran parte coerente con le stime precedenti dal 2015 al 2019.

Nonostante questo significativo aumento, molti individui non cercano o non ricevono trattamenti adeguati al loro problema. Tra le ragioni principali emergono il timore di essere stigmatizzati e la convinzione che la dipendenza da alcol non sia una patologia che possa essere trattata efficacemente con farmaci o terapie comportamentali.

Sulla base dei dati raccolti nel 2020 dall'Istituto Superiore di Sanità, si è riscontrato che 8,6 milioni di consumatori di alcol sono a rischio. La maggior parte sono maschi, (22,9%), mentre le femmine sono il 9,4 %. Indipendentemente dal genere, la fascia d'età compresa tra i 16 e i 17 anni (Scafato, Gandin, Ghirini, & Matone, 2022) rappresenta la popolazione con il più alto rischio. I dati Eurostat (2021) mostrano che

l'8,4% della popolazione dell'Unione Europea ha riferito di bere alcol quotidianamente, il 28,8% riferisce un consumo settimanale, e il 22,8% ne fa uso mensilmente. Soltanto il 26,2% non ha consumato alcol negli ultimi dodici mesi precedenti l'indagine, o non ha mai bevuto una bevanda alcolica.

Nel 2019, il consumo totale di alcol puro pro capite tra le persone al di sopra dei 15 anni è stato stimato intorno ai 5,5 litri all'anno (*World Health Organization, 2025*).

È interessante notare come, nei paesi più industrializzati, i livelli di consumo siano generalmente più alti rispetto a quelli in via di sviluppo. Tuttavia, un maggior consumo non equivale necessariamente a un maggior impatto negativo sulla salute pubblica.

Infatti, in molte nazioni europee, nonostante l'alcol sia consumato in abbondanza, i tassi di mortalità legati al suo uso restano relativamente contenuti. Una situazione ben diversa da quella osservata in alcuni paesi dell'Europa orientale, dove all'elevato consumo si accompagna anche un tasso di mortalità significativamente più alto (*World Health Organization, 2025*). Tale fenomeno trova possibili spiegazioni nel fatto che nella maggior parte dei Paesi dell'Europa orientale è più frequente il *binge drinking* e il consumo di bevande ad alta gradazione alcolica. A tutto ciò si aggiunge un limitato accesso alle cure sanitarie e minori controlli sulle vendite di alcolici. Nel tempo sono stati introdotti diversi termini per indicare i modelli e le categorie di consumo di alcol, come *bere poco*, *moderatamente*, *pesantemente*, *binge drinking*, *abuso di alcol*.

Tuttavia, queste categorie non poggiano sempre su basi scientificamente solide e condivise. Termini come "*binge drinking*" o "*heavy drinking*", molto usati negli Stati Uniti, fanno entrambi riferimento al consumo, in una sola occasione, di quattro o più drink per le donne, cinque o più per gli uomini in un tempo ristretto. Questi numeri vengono spesso utilizzati per tracciare una linea di confine tra un consumo considerato "sicuro" e uno ritenuto problematico. Eppure, le evidenze scientifiche a sostegno di

queste soglie sono limitate e il significato reale di che cosa costituisca un bere  
“problematico” rimane ancora impreciso (Pearson, Kirouac, & Witkiewitz, 2016).

## 1.6 Fattori di rischio e determinanti biologici, psicologici e sociali.

Numerose ricerche nell'ambito della genetica comportamentale, tra cui studi condotti su famiglie, gemelli e individui adottati, hanno dimostrato che il disturbo da uso di alcol è un fenomeno fenotipicamente complesso e significativamente influenzato da fattori ereditari. L'ereditarietà dell'AUD è stimata attorno al 50-60% della variabilità fenotipica complessiva, confermando il ruolo sostanziale della trasmissione genetica nel determinare la vulnerabilità individuale (McGue, 1999; Prescott & Kendler, 1999).

Tuttavia, la presenza di molteplici fattori genetici e ambientali, e soprattutto la loro interazione, genera un'elevata eterogeneità nel processo di sviluppo dell'AUD, rendendo difficoltosa l'individuazione di specifici geni coinvolti nella patogenesi del disturbo. Negli ultimi anni, *Genome-Wide Association Studies* (Hart & Kranzler, 2025) hanno permesso di rilevare alcuni marcatori genetici associati all'AUD. Queste indagini hanno iniziato a chiarire le basi genetiche del comportamento disfunzionale derivato dal consumo di alcol, evidenziando specifiche varianti nei geni coinvolti nella neurotrasmissione dopaminergica e GABAergica, nonché nei circuiti cerebrali della ricompensa e della regolazione emotiva. Il rischio di sviluppare un disturbo da uso di alcol, tuttavia, non può essere spiegato solo in termini di predisposizione genetica (Haeny *et al.*, 2021). Esso si configura infatti come un processo multifattoriale, in cui interagiscono elementi biologici, ambientali, individuali e psicosociali. I fattori genetici rappresentano una componente determinante, influenzando non solo la suscettibilità al disturbo, ma anche la risposta individuale all'alcol e la probabilità di sviluppare dipendenza. Mutazioni o polimorfismi nei geni che regolano i sistemi dopaminergici e serotoninergici sono stati associati a una maggiore impulsività e vulnerabilità alla dipendenza. Ciononostante, la presenza di una disposizione genetica non implica

determinismo biologico: essa, infatti, interagisce con l'ambiente nel modellare i comportamenti.

Anche il contesto in cui un individuo cresce e vive ha un impatto cruciale. Ambienti familiari disfunzionali, caratterizzati da trascuratezza affettiva, una genitorialità incoerente o violenza domestica, aumenta la probabilità che l'individuo sviluppi strategie di coping disfunzionali, promuovendo modelli disfunzionali di regolazione emotiva che portano l'individuo a utilizzare l'alcol come strategia di auto-medicazione o per evadere della realtà. La letteratura scientifica evidenzia come situazioni di stress legate a condizioni socioeconomiche precarie, instabilità abitativa o esclusione sociale, costituiscano dei potenti predittori dell'inizio e del mantenimento di un consumo di alcolici problematico (Evans *et al.*, 2018; Fenton, Geier, Keyes, Skodol, Grant, & Hasin, 2013). L'età precoce di iniziazione all'alcol è spesso correlata a un maggior rischio di sviluppare dipendenza nel corso della vita.

Il dolore fisico o emotivo sembrerebbe un ulteriore predittore dello sviluppo del disturbo da uso di alcol. Alcune ricerche riportano un'associazione positiva tra dolore e stress percepito (Buscemi, Grassi, Toscano, Ruggeri, & Castelli, 2019; Osteras, Sigmundsson & Haga, 2015; White & Hingson, 2014), e affermano che lo stress percepito media l'associazione tra dolore e consumo di alcol (Bush, Schick, Spillane & Boissoneault, 2022).

I pochi studi che hanno indagato la relazione tra desiderio di alcol e dolore, suggeriscono che quest'ultimo possa essere un fattore scatenante per la voglia di consumare alcol (Nieto, Green, Grodin, Cahill, & Ray, 2021).

L'insorgenza di disturbi psichiatrici concomitanti, come depressione, disturbo bipolare, schizofrenia, ansia generalizzata o disturbo da stress post-traumatico (PTSD), rappresenta un ulteriore fattore di rischio, poiché spesso in questi casi l'alcol viene

utilizzato come tentativo autodiretto di gestione del dolore psichico, dei pensieri intrusivi o dell'angoscia, innescando un circolo vizioso tra sofferenza psicologica e consumo compulsivo.

Ulteriore fattore di rischio è rappresentato dalla presenza di una familiarità positiva con l'AUD. Diversi studi suggeriscono che gli individui con una storia familiare di dipendenza mostrano elevati livelli di impulsività (DeVito, Black, Pietrzak, & Sugarman, 2013; Saunders & Schuckit, 1981; Sher, Walitzer, Wood, & Brent, 1991), intesa come tendenza ad agire senza valutare le conseguenze delle proprie azioni (Berget *et al.*, 2015). L'impulsività è un costrutto che comprende dimensioni differenti, come la difficoltà nella pianificazione, l'impazienza, una scarsa tolleranza alla frustrazione e la ricerca di sensazioni forti (Moeller, Barratt, Dougherty, Schmitz, & Swann, 2001).

Gli effetti negativi dell'impulsività sui risultati del trattamento possono essere aggravati quando si associano all'alessitimia, ovvero la difficoltà nel riconoscere e comprendere le proprie emozioni e quelle degli altri (Velotti, Garofalo, Petrocchi, Cavallo, Popolo, & Dimaggio, 2016). Gli individui che soffrono di alessitimia mostrano una maggiore propensione al consumo di alcol.

Sembra emergere un legame tra impulsività e alessitimia, in cui ciascun fattore amplifica l'altro: da un lato, l'impulsività rende difficile gestire le emozioni; dall'altro, l'incapacità tipica dell'alessitimia di riconoscerle, spinge a comportamenti impulsivi. Questa relazione crea un vero e proprio circolo vizioso, che non solo alimenta il disturbo da uso di alcol, ma rende difficile all'individuo mantenere un percorso di recupero (Pombo, Costa, Ismail, & Cardoso, 2015).

Una recente ricerca ha suggerito che la scarsa autoregolazione è associata a maggiori conseguenze negative legate al consumo di alcol, soprattutto negli individui con

familiarità all'AUD (Haeny *et al.*, 2020). L'interazione tra deficit nella regolazione degli impulsi e familiarità genetica può quindi aumentare il rischio di sviluppare AUD. Tuttavia, sono ancora necessarie ulteriori indagini per comprendere se questi effetti siano modulati dal genere, dalla cultura o da altre variabili psicosociali.

Numerosi studi supportano l'ipotesi che il disturbo da uso di alcol sia fortemente interconnesso alla depressione. Lo studio di Boden e Fergusson (2011) indica che l'AUD aumenta il rischio di sviluppare la depressione.

Sadock, Sadock & Ruiz (2018) riferiscono che l'80% degli individui alcolisti, riversa in uno stato emotivo negativo, e che soltanto il 10% soddisfa i criteri per una diagnosi di depressione indipendente.

Alla depressione si associa un sentimento di disperazione, che aumenta il rischio di suicidio tra gli individui con AUD (Crossin, Cleland, McLeod, Beautrais, & Boden, 2021; Pavarin, Gauthier, & Zennaro, 2022).

La disperazione è il sentimento che guida l'ideazione suicidaria ed è prevalente tra gli individui con disturbo da uso di alcol (Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1966).

Oltre ai sintomi depressivi, i forti bevitori manifestano spesso stanchezza cronica e ipersensibilità. Inizialmente, l'alcol agisce come supporto nell'affrontare lo stress della vita, aiutando l'individuo a ignorare la realtà percepita come intollerabile, e a rinforzare i propri sentimenti di adeguatezza e valore. Tuttavia, l'uso eccessivo di alcol alla fine diventa controproducente, portando a una scarsa capacità di ragionamento e di giudizio, e a un progressivo deterioramento della personalità. Il comportamento dell'alcolista diviene inadeguato: egli non cura più il suo aspetto, non adempie alle sue responsabilità, trascura il coniuge e la famiglia, diventa facilmente irritabile e non disposto a parlare dei suoi problemi con l'alcol (Frone, 2003).

Ulteriore fattore che sembra incidere nello sviluppo di AUD è la difficoltà nel regolare le emozioni, detta anche “disregolazione emotiva”, che consiste nell’incapacità di trasformare emozioni intense in stati soggettivamente accettabili e coerenti (Powers, Smits, Krebs, & Telch, 2022).

Secondo Gratz e Roemer (2004), la disregolazione emotiva presenta diverse dimensioni, tra cui:

- Bassa consapevolezza delle emozioni;
- Scarsa comprensione e accettazione delle risposte emotive;
- Difficoltà nel mantenere comportamenti finalizzati al raggiungimento di un obiettivo;
- Ridotta capacità di inibizione dei comportamenti impulsivi quando si sperimentano stati emotivi negativi;
- Difficoltà nell’accesso e utilizzo di strategie utili a regolare le emozioni e gestire le emozioni negative nel momento in cui emergono.

Qualora i meccanismi interni di regolazione emotiva come la consapevolezza, l’accettazione, il controllo degli impulsi e i comportamenti volti a modificare le emozioni negative, smettano di funzionare in modo efficace, gli individui possono sperimentare disturbi emotivi e disturbi dell’umore, che possono cercare di ridurre attraverso il consumo di alcol, poiché esso, agendo come sedativo, rende meno dolorosi gli stati emotivi negativi (Coskunpinar, Dir, & Cyders, 2013).

Obiettivo dello studio di Matei-Mitacu e colleghi (2024) era comprendere i motivi che spingono gli individui al consumo di alcol e al conseguente sviluppo di un consumo problematico dello stesso. Ciò che è emerso è che il disagio psicologico è un importante predittore positivo del consumo problematico di alcol, in linea con i risultati già presenti in letteratura che mostravano dati simili (Matei-Mitacu *et al.*, 2024). Una possibile

spiegazione è che gli individui, non riuscendo a utilizzare efficacemente i meccanismi di coping adattivi (come sfogarsi, gestire le emozioni intense o cercare aiuto professionale), utilizzino l'alcol come automedicazione (Junker, Mann, Bühler, & Heinz, 2021). Inoltre, dai risultati emerge che la disregolazione emotiva rappresenta un fattore predittivo significativo e positivo del consumo problematico di alcol (Powers *et al.*, 2022).

In aggiunta a ciò, il rapporto tra disregolazione emotiva e consumo disfunzionale di alcol appare mediato da motivazioni sociali, di coping e di conformismo, a supporto del fatto che le persone utilizzano l'alcol nelle situazioni sociali per controllare le emozioni forti (Simons, Gaher, Correia, Hansen, & Christopher, 2017), ma anche a causa anche delle aspettative sociali, che rendono il comportamento del bere desiderabile e un tramite per facilitare la socializzazione, o comunque un inibitore dell'ansia.

Anche la cultura di riferimento e i valori religiosi rivestono un ruolo importante, poiché in alcune società il comportamento del bere è socialmente accettato e talvolta addirittura incoraggiato, mentre in altre è moralmente stigmatizzato. La percezione sociale dell'alcol come strumento per la socializzazione o come modello di evasione contribuisce a plasmarne l'uso, influenzando l'età d'esordio, le quantità assunte e le modalità di consumo. Infine, i fattori individuali, come il genere, l'età e lo status socioeconomico influenzano direttamente il comportamento alcolico. Il sesso maschile, in particolare, è spesso associato a una maggior incidenza di AUD, sebbene recenti studi stiano segnalando un preoccupante aumento dell'incidenza di alcolismo anche tra le donne (Grucza *et al.*, 2018).

## **CAPITOLO 2: Le differenze di genere nel disturbo da uso di alcol.**

### **2.1 Aspetti biologici delle differenze di genere nell'uso di alcol.**

Nel tempo numerosi studi, svolti in diversi contesti culturali, hanno evidenziato che gli uomini tendono a consumare più alcol rispetto alle donne (White, 2020). Questo divario di genere, pur rimanendo abbastanza costante nel tempo, può assumere varie sfaccettature a seconda dei contesti culturali e dei modelli sociali appartenenti a ciascun Paese. Negli Stati Uniti, ad esempio il consumo d'alcol maschile è connotato da maggior frequenza e da una più cospicua quantità consumata (White, 2020). Gli uomini non solo bevono più spesso e dosi più elevate rispetto alle donne, ma incorrono più facilmente in problemi come ricoveri ospedalieri a causa di intossicazioni acute e arresti per guida in stato di ebbrezza, e spesso, come conseguenza, in decessi causati da incidenti stradali. Inoltre, le statistiche mostrano che gli uomini hanno una probabilità significativamente maggiore di soddisfare i criteri diagnostici del Disturbo da Uso di Alcol (AUD) secondo il DSM-V nel corso della loro vita (White, 2020).

Sebbene i maschi presentino tassi di prevalenza di AUD più elevati rispetto alle donne, questo divario di genere negli ultimi decenni si sta attenuando. Grant e colleghi (2017), hanno riportato un aumento, nell'anno precedente la ricerca, dell'84% del tasso di prevalenza di disturbo da uso di alcol (AUD) nelle donne statunitensi, diversamente dalla popolazione maschile, in cui si è registrato solo un aumento del 35%.

Con il termine "effetto telescopico" si definisce la tendenza delle donne a sviluppare più rapidamente conseguenze fisiche e psicologiche legate al consumo di alcol, nonostante un esordio del consumo spesso più tardivo rispetto agli uomini (Ávila Escribano & González Parra, 2007). Il decorso e la prognosi risultano, infatti, più brevi ma più profondi, con una notevole accelerazione dell'evoluzione sul piano clinico e sociale. Una possibile spiegazione di questo fenomeno, proposta da Becker e colleghi (2017), è

che esistono differenze di genere in ogni fase del processo di dipendenza. Il circuito discendente della dipendenza è più ripido quando l'uso di alcol o altre sostanze viene introdotto con lo scopo di auto-medicare ferite emotive, ed è un meccanismo che può impattare sulla vita delle donne in misura maggiore a causa della loro propensione all'utilizzo di sostanze al fine di alleviare i sintomi di patologie psichiatriche sottostanti (Peltier *et al.*, 2019). Le donne, quindi, sembrerebbero mostrare maggiore probabilità rispetto agli uomini nell'iniziare un consumo di alcol o altre droghe al fine di alleviare lo stress o i sintomi dei disturbi psichici, e per questo possono essere più inclini a entrare nel ciclo della dipendenza attraverso un percorso più rapido, e, di conseguenza, ad una più rapida progressione della malattia.

Nelle donne l'intervallo tra il primo consumo d'alcol e la richiesta di un trattamento è più breve rispetto agli uomini, il che suggerisce una progressione più rapida del disturbo (Erol & Karpyak, 2015), probabilmente causata dal fatto che l'alcol agisce in modo più incisivo e immediato sul loro equilibrio psico-fisico. Inoltre, le donne hanno una maggiore probabilità, rispetto agli uomini, di sperimentare una ricaduta nell'alcol, dopo una disassuefazione, in risposta a eventi di vita stressanti o in concomitanza all'utilizzo di altre sostanze psicoattive, poiché sono più vulnerabili ai fattori emotivi e contestuali (Peltier *et al.*, 2019).

Le donne, inoltre, accedono più tardivamente, rispetto agli uomini, ai servizi specialistici per il trattamento dei problemi legati all'alcol (Agabio & Sinclair, 2019). Tra le motivazioni di questo ritardo vi è la presenza dello stigma sociale a cui sono sottoposte le donne, in quanto è meno socialmente accettato che una donna faccia un uso problematico di alcol. Per tali ragioni, molte donne preferiscono rivolgersi ad altre figure sanitarie, come medici di base o psichiatri, ottenendo molto spesso soltanto dei trattamenti farmacologici (Haynes *et al.*, 2025).

È, inoltre, emerso che le donne avevano un numero significativamente più basso rispetto agli uomini di tentativi di smettere di bere alcol: di fatto, il 100% delle donne con AUD intervistate non hanno cercato un trattamento, rispetto al 94,14% dei maschi (Haynes *et al.*, 2025).

Le donne con AUD sembrano essere più sensibili dal punto di vista neurobiologico e cognitivo agli effetti che tale patologia ha sullo stato di salute psico-fisica.

Un elevato numero di studi ha messo in risalto differenze di genere e di sesso nei fattori genetici, ormonali, infiammatori, neurobiologici, psicologici, cognitivi e socioeconomici, nonché nelle modalità di astinenza da alcol, di accesso al percorso terapeutico e nel conseguente recupero da disturbo da uso di alcol (Witkiewitz & Leggio, 2025).

La ricerca ha indicato che le donne, pur avendo storie di periodi di abuso più brevi rispetto agli uomini, mostrano prestazioni cognitive peggiori rispetto agli stessi, e vanno incontro a un deterioramento cerebrale più rapidamente (Flores-Bonilla & Richardson, 2020). Le differenze che si riscontrano tra i due sessi sono insite in diversi fattori, tra cui quelli di natura biologica e ormonale, delineando una maggiore vulnerabilità femminile agli effetti neurotossici e neuroinfiammatori dell'alcol. Ulteriori studi hanno messo in luce che patologie come l'atrofia cerebrale e altri disturbi alcol-correlati tendono a evolvere più velocemente nelle donne (Ávila Escribano & González Parra, 2007).

Sul piano biologico, diversi studi dimostrano che le donne hanno un asse HPA (ipotalamo-ipofisi-surrene) ipoattivo in risposta allo stress, il che potrebbe concorrere al rischio di sviluppare il disturbo da uso di alcol. Anche lo stress cronico e ripetuto e i traumi infantili impattano sull'asse HPA, così come sulle risposte autonome e sul sistema immunitario, e questo si associa a un rischio sesso-specifico nell'avvicinamento

all'alcol e nelle modalità con cui si configura un eventuale AUD (Guinle & Sinha, 2020).

L'AUD nelle donne comporta inoltre delle severe ripercussioni sulla salute riproduttiva. L'assunzione di alcol può provocare infertilità, e se assunto durante la gravidanza e il periodo perinatale può portare a un aborto spontaneo. Emergono effetti drammatici anche sullo sviluppo del feto, in quanto il consumo di alcol può esporre a deficit cognitivi, difficoltà psichiche e comportamentali nel corso della prima infanzia e nell'adolescenza. Tra gli esiti più gravi del consumo materno di alcol vi è la sindrome alcolica fetale, una condizione caratterizzata da un insieme di anomalie fisiche, neurocognitive e comportamentali presenti nel bambino (Erol & Karpyak, 2015).

È stata inoltre osservata un'associazione significativa tra consumo d'alcol e insonnia nelle donne. Sono emersi dati che evidenziano differenze di genere per quanto riguarda gli effetti dell'intossicazione acuta sul sonno (Zhang *et al.*, 2022). In particolare, la continuità del sonno intesa come tempo totale di sonno, efficienza del sonno e risvegli notturni, risulta alterata nelle giovani donne che assumono alcol, ma non negli uomini con lo stesso comportamento. Si ipotizza inoltre che le interruzioni sovrapposte della connettività funzionale tra reti cerebrali deputate alla regolazione emotiva, al sonno e allo stress possano spiegare la co-occorrenza di malattie psichiatriche (Müller-Oehring, Jung, Pfefferbaum, & Sullivan, 2015)

Sul piano metabolico e organico, la ricerca evidenzia sostanziali differenze tra uomini e donne. Nelle donne, a differenza degli uomini, a parità di dosi di alcol ingerito si riscontra una maggiore concentrazione ematica di alcol. Questa differenza riflette una complessa interazione di fattori, che includono quelli genetici, fisiologici e ormonali,

poiché nelle donne vi è una minore attività dell'alcol deidrogenasi, che è un enzima prettamente stimolato dagli androgeni (Ávila Escribano & González Parra, 2007).

Le differenze di genere nel tasso alcolemico derivano principalmente da un diverso metabolismo dell'alcol tra i due sessi. Nelle donne il metabolismo dell'alcol risulta meno efficiente, anche in tal caso, a causa di livelli inferiori di alcol deidrogenasi (ADH) gastrica. L'ADH è l'enzima responsabile anche del cosiddetto metabolismo di "first pass", ovvero la prima fase di smaltimento dell'alcol, prima che esso arrivi nel sangue (Frezza *et al.*, 1990).

A livello organico, nelle donne si verifica, a parità di dosi di alcol assunte, una maggiore probabilità di incorrere in problemi epatici e cerebrali, e una significativa riduzione del volume cerebrale (Carlini *et al.*, 2024).

Le complicanze cardiache non mostrano invece elevate variazioni tra i due sessi, anche se a variare è il consumo giornaliero, che per le donne risulta inferiore. In un ulteriore studio condotto da Mogos e colleghi nel 2019, è stata investigata l'associazione tra consumo di alcol e sviluppo di cardiomiopatia in un campione di circa 240.000 individui. Dai risultati è emerso che si riscontra un rapporto uomo donna di 8:1, a conferma del fatto che negli uomini c'è un rischio maggiore di cardiomiopatia alcol-correlata. Tuttavia, osservando l'evoluzione di questo fenomeno nel tempo, si riscontra una diminuzione nella prevalenza di cardiomiopatia negli uomini, mentre nelle donne tale curva appare invariata. Le ragioni di tale riduzione del rischio di sviluppare cardiomiopatia nella popolazione maschile potrebbero riguardare il fatto che negli anni c'è stato un maggiore sviluppo di trattamenti per far fronte all'uso problematico di alcol, o anche cambiamenti nei pattern di consumo. Nella popolazione femminile,

invece, il tasso rimane invariato perché c'è un più basso tasso di diagnosi e di conseguenza un minore accesso ai servizi sanitari.

Infine, nelle donne alcoliste, il tasso di mortalità è cinque volte superiore rispetto alla popolazione generale, e tre volte rispetto all'uomo alcolista (Ávila Escribano & González Parra, 2007).

Per quanto concerne la reazione allo stress, si rileva una significativa differenza di genere nella somatizzazione, che risulta più elevata nelle donne (Kovačić Petrović *et al.*, 2025). Come già osservato da Taylor e colleghi (2000), tale discrepanza è il risultato delle diverse modalità di far fronte allo stress da parte degli uomini e delle donne. In particolare, le donne mostrano una maggiore propensione a una regolazione verso il basso dell'attività del sistema nervoso simpatico e dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene, il che comporta una maggiore tendenza alla somatizzazione.

Le donne, inoltre, hanno una maggiore vulnerabilità rispetto agli uomini agli effetti dell'etanolo, il che le espone allo sviluppo di danni epatici più gravi e in età più precoce. Questo fenomeno si può attribuire al fatto che l'assunzione di alcol determina un maggiore accumulo di acidi grassi nel fegato delle donne. Inoltre, tale divergenza rispetto agli uomini è dovuta in parte anche a una ridotta attività dell'alcol deidrogenasi gastrica (ADH), enzima che è coinvolto nella metabolizzazione iniziale dell'alcol, la cui funzione viene inibita ulteriormente dagli estrogeni. Negli uomini, l'attività dell'ADH gastrica tende a diminuire con l'avanzare l'età, motivo per cui questa differenza di genere si osserva prevalentemente nei soggetti più giovani (Frezza, Di Padova, Pozzato, Terpin, Zucal, & Moretti, 1990; Parlesak, Schäfer, Schütz, Bode, & Bode, 2002).

Ricerche ulteriori (Mancinelli, 2013) hanno mostrato che negli uomini, a parità di alcol ingerito, si registra un livello di ADH gastrica circa doppio rispetto a quello femminile,

determinando un BAC (*Blood Alcohol Concentration*) più elevato nelle donne. Tuttavia, tale discrepanza tende a ridursi con l'avanzare dell'età, poiché l'ADH gastrica diminuisce negli uomini anziani fino a produrre livelli di tasso alcolemico simili rispetto alla controparte femminile. Un'ulteriore problematica è legata a uno spettro di lesioni epatiche causate dall'uso eccessivo di alcol, come la steatosi epatica, la steatoepatite, la cirrosi associata all'alcol (AC) e l'epatite acuta associata ad alcol (Carlini *et al.*, 2024). Negli Stati Uniti, mentre un numero significativamente maggiore di uomini, rispetto alle donne, risulta affetto da AC, uno studio retrospettivo sull'AC tra i cittadini con assicurazione privata ha dimostrato che le donne hanno avuto un aumento significativamente più elevato nella prevalenza di AC dal 2009 al 2015, con un aumento del 50%, contro il 30% dei maschi. Anche i ricoveri di pazienti AC hanno mostrato una maggiore prevalenza di donne dal 2007 al 2014, e, in un'ulteriore analisi dei dati ospedalieri, emerge come le donne con AC avevano probabilità più elevate di riammissione a 30 giorni rispetto agli uomini (Carlini *et al.*, 2024). Numerosi studi documentano una maggiore vulnerabilità delle donne a sviluppare la cirrosi, a pari livelli di consumo d'alcol, rispetto ai maschi. È stato dimostrato che bere un solo drink di alcol al giorno è associato a un rischio significativamente maggiore per le donne rispetto agli uomini di sviluppare cirrosi (Ávila Escribano & González Parra, 2007). Le donne, inoltre, sviluppano cirrosi dopo meno anni, rispetto agli uomini, di consumo eccessivo di alcol (Carlini *et al.*, 2024).

Durante i periodi di astinenza da alcol, la vulnerabilità femminile appare ancora più marcata. Le donne con AUD riportano umore negativo, hanno maggiori problemi legati al sonno e manifestano *craving* e una probabilità di ricaduta maggiore indotta dallo stress rispetto ai loro omologhi maschi (Zhang *et al.*, 2022).

Per quanto concerne i meccanismi neurobiologici alla base della maggiore vulnerabilità delle donne agli effetti negativi dell'alcol sull'umore e sul sonno, restano fino a ora poco chiari.

Salazar e Centanni (2024), cit in. Witkiewitz & Leggio, 2025), mettono in luce come le donne siano state sistematicamente escluse da numerosi studi preclinici di neuroscienze, spesso con giustificazioni quali “la necessità di mantenere la coerenza dei dati” o “l'esigenza di limitare gli effetti delle fluttuazioni ormonali”. Questa esclusione ha contribuito nel tempo a una scarsa rappresentazione femminile nella ricerca, e di conseguenza a una limitata comprensione delle specificità di genere nei meccanismi neurobiologici e clinici legati all'alcol.

Tuttavia, negli ultimi anni la ricerca si è interessata all'esplorazione dei processi neurobiologici che connotano il comportamento del bere dei due sessi (Flores-Bonilla e Richardson, 2020; Maddern *et al.*, 2024).

La dopamina, ad esempio, è un neurotrasmettitore che svolge un ruolo importante nello sviluppo e nella progressione dell'AUD. La dopamina partecipa ai processi di motivazione e alla regolazione di diverse funzioni fisiologiche, fungendo da mediatore tra stimolo e gratificazione (Barrios *et al.*, 2025). Il suo rilascio avviene in risposta a esperienze ritenute gratificanti, come ad esempio durante l'attività sessuale, l'assunzione di cibo, nelle interazioni sociali, e in occasione del consumo di sostanze psicoattive, come nel caso dell'alcol.

Un uso cronico di alcol porta a un'alterazione dei circuiti dopaminergici, il che comporta un condizionamento disadattivo nei confronti degli effetti gratificanti dell'alcol.

In alcuni studi condotti su ratti adulti, si è visto che le femmine, rispetto ai ratti maschi o alle femmine di controllo, mostravano un maggior rilascio di dopamina nello striato ventrale a seguito di basse o moderate dosi di alcol. Questo fenomeno può, in parte, spiegare perché le donne tendano a sviluppare più rapidamente AUD, pur facendo uso di dosi di alcol inferiori rispetto agli uomini.

Il sesso biologico rappresenta anche un importante predittore dell'impatto negativo che l'uso cronico di alcol esercita sul cervello. Negli individui maschi, ad esempio, si osservano riduzioni più marcate dello spessore corticale e una densità ridotta di fibre mielinizzate nella corteccia prefrontale, regione centrale per il controllo esecutivo, la pianificazione e la regolazione degli impulsi. Le femmine, invece, mostrano diminuzioni più severe della neurogenesi nell'ippocampo in risposta all'alcol (Flores-Bonilla & Richardson, 2020).

Un ruolo di particolare rilevanza nel definire molte di queste differenze tra uomini e donne è svolto dal sistema dopaminergico mesocorticolimbico, che include l'area tegmentale ventrale (VTA), il *nucleo accumbens* e la corteccia frontale, regioni chiave nella regolazione del piacere, della motivazione e dei comportamenti di ricerca della sostanza. Per esempio, il *binge drinking* attiva i neuroni dopaminergici della VTA, e le femmine richiedono dosi minori di alcol per rinforzare il comportamento di auto-somministrazione rispetto ai maschi. Anche la precoce esposizione all'alcol aumenta la sensibilità alla sua ricompensa in entrambi i sessi. Negli esseri umani, inoltre, gli individui con una storia familiare di AUD mostrano una risposta dopaminergica più forte all'aspettativa di consumo (Kegeles *et al.*, 2018).

Gli ormoni sessuali, in particolare l'estradiolo, modulano anch'essi l'attività dopaminergica, e quindi influenzano i comportamenti di genere relativi all'uso di alcol

(Flores-Bonilla & Richardson, 2020). L'estradiolo potenzia l'eccitazione dei neuroni dopaminergici della VTA indotta dall'alcol, soprattutto quando i suoi livelli sono medi o alti, ed è un ormone che aumenta anche la sensazione di piacevolezza associata al consumo di alcol, mentre la sua inibizione riduce tali effetti. Anche il progesterone influenza la risposta dopaminergica all'alcol, aumentando le concentrazioni extracellulari di dopamina, e favorendo un maggior consumo, soprattutto durante le fasi del ciclo mestruale, in cui i cui livelli ormonali sono più elevati.

Da ulteriori studi emerge una relazione diretta tra quantità di alcol consumata e il rischio di sviluppare un tumore del seno. In uno studio longitudinale, della durata di 16 anni, in cui si è valutata la dose di alcol assunta e i livelli di acido folico in un campione di donne, è emersa una relazione diretta tra consumo eccessivo di alcol e bassi livelli di acido folico, con insorgenza di tumori al seno e al colon (Jiang, Lin, & Clemens, 2003).

Sono state riscontrate anche differenze nel volume del cervello delle donne rispetto agli uomini. I volumi delle dimensioni intracraniche tra donne alcoliste e non alcoliste risultano maggiori rispetto alle differenze tra uomini alcolisti e non alcolisti.

Probabilmente per tale ragione le donne sono più suscettibili a incorrere in episodi di *blackout* e vuoti di memoria, seppur consumando le stesse quantità di alcol che consumano gli uomini (Mancinelli, 2013).

Le differenze di genere giocano un ruolo cruciale nella risposta neurofisiologica all'alcol (Erol & Karpyak, 2015; Travaglini & Giardinelli, 2005). La ricerca evidenzia che, a parità di consumo, le donne tendono a mostrare una maggiore sensibilità agli effetti neurotossici della sostanza. In particolare, sembrano più vulnerabili a forme lievi, ma clinicamente significative di deficit della memoria (Brunetto, Candio, Filippini, &

Zermiani, 2012), probabilmente a causa della diversa massa corporea, del metabolismo e della maggiore suscettibilità degli organi- incluso il cervello- all'azione dell'alcol.

Infine, sta emergendo anche il possibile ruolo del consumo di alcol nell'eziologia delle malattie neurodegenerative come la demenza. Recenti studi nel Regno Unito mostrano che tra il 10 e il 24% dei casi di demenza, incluso il morbo di Alzheimer, potrebbero essere correlati al consumo di alcol, e anche in questo caso le donne sembrerebbero avere maggiore sensibilità rispetto agli uomini (Thomson *et al.*, 2010).

## **2.2 Differenze psicologiche nell'approccio al consumo di alcol tra donne e uomini.**

Come si è visto, si può osservare una diversa risposta all'alcol radicata nei fattori biologici che caratterizzano il genere femminile e maschile; essa, tuttavia, potrebbe al contempo trovare una spiegazione nelle dinamiche sociali e culturali che plasmano il rapporto di genere con l'alcol.

Tra i sessi si possono infatti osservare due diverse modalità di bere in base alle motivazioni che sottostanno a tale comportamento.

Le donne appaiono sperimentare maggiore desiderio di bere quando vivono situazioni stressanti o in momenti caratterizzati da stati emotivi negativi, come ansia, tristezza e solitudine (Peltier *et al.*, 2019). Gli uomini, invece, mostrano un aumento del consumo di alcol nelle situazioni percepite come gratificanti, quali momenti di festa, di socialità o di semplice convivialità, o quando entrano a contatto con uno stimolo alcolico condizionato, ovvero in quei contesti in cui luoghi, oggetti o odori particolari evocano un'esperienza passata associata al consumo di alcol (Erol & Karpyak, 2015).

Al contrario, la donna predilige bere in casa in solitudine, o all'interno di relazioni ristrette, come con un'amica o un partner, e prediligendo bevande a minor contenuto di alcol, come la birra o il vino (Kersey *et al.*, 2022).

Nel consumo femminile si osserva inoltre una maggiore tendenza all'assunzione periodica e compulsiva, che si associa a una sensazione di perdita di controllo sulla sostanza (Pedrelli, Shapero, Archibald, & Dale, 2016).

Uno studio (Lugonja, Pantic, Dumic & Milovanovic, 2021), ha messo in evidenza come le donne giovani bevono alcol per scopi ricreativi, mentre le donne più anziane bevono per motivi completamente diversi, tra cui a causa delle difficoltà familiari e finanziarie, gli abusi domestici e le malattie croniche.

Si può rilevare come, nelle prime fasi di esposizione all'alcol, l'uomo lo utilizzi come strumento di socializzazione, mentre la donna per scopi auto-terapeutici e spesso in simultaneità con le benzodiazepine (Kovačić Petrović *et al.*, 2025), il che riflette una già presente sofferenza emotiva.

La dipendenza da alcol nelle donne presenta una serie di caratteristiche eziologiche e cliniche che la differenziano da quella maschile. I fattori eziologici più rilevanti, che aumentano nelle donne il rischio di sviluppare un AUD, includono (Kersey *et al.*, 2022):

- Un modello di consumo eccessivo di alcol da parte del partner;
- Presenza di sintomi depressivi e/o depressione, che influiscono sulla cronicizzazione della dipendenza da alcol;
- Storia di abuso sessuale e/o maltrattamenti durante l'infanzia o nell'età adulta.

Questi fattori spesso si associano a comportamenti di autolesionismo (Kovačić Petrović *et al.*, 2025). Molto frequente è anche l'utilizzo di altre droghe in associazione al consumo di alcolici, quali ad esempio gli stimolanti e soprattutto gli psicofarmaci.

Una variabile psicologica particolarmente rilevante nell'abuso e nella dipendenza da alcol è rappresentata da quello che Antonovsky (1987) ha definito come "Senso di Coerenza", ovvero un'attitudine psicologica che riflette il modo in cui un individuo percepisce la propria vita come strutturata, prevedibile e significativa. Ricerche di Franke *et al.* (1998; 2001), evidenziano come nelle donne con una dipendenza da alcol si riscontrino punteggi più bassi di senso di coerenza rispetto agli uomini, il che riflette una maggiore difficoltà nell'affrontare le situazioni stressanti.

Un metodo utilizzato spesso in laboratorio per esplorare il *craving* alcolico è rappresentato dal paradigma di "cue-reattività" (Firdaus *et al.*, 2025), che fonda le sue radici nel condizionamento classico. Secondo questo paradigma, se stimoli neutri

vengono ripetutamente associati a una sostanza, essi possono trasformarsi in stimoli condizionati in grado di evocare una risposta anche in assenza della sostanza stessa. Negli esperimenti ai partecipanti venivano presentati degli stimoli associati all'alcol, come immagini, odori od oggetti, allo scopo di osservare e registrare le loro reazioni soggettive e fisiologiche. Ciò che è emerso è che le donne presentano maggiore reattività e desiderio in risposta agli stimoli correlati all'alcol, sia durante l'attività d'immaginazione sia nel contatto diretto con le bevande alcoliche. Tuttavia, ulteriori studi non hanno confermato queste differenze tra uomini e donne, evidenziando invece come le risposte di *craving* tra i bevitori sociali convergano tra i due sessi (Udo & Grilo, 2009).

È possibile riscontrare differenze tra i generi anche per quanto riguarda il discorso della comorbidità. Nella donna il disturbo da uso di alcol si associa più frequentemente ad altre condizioni psicopatologiche, quali la bulimia, i disturbi d'ansia e la depressione maggiore (Kovačić Petrović *et al.*, 2025), mentre negli uomini il quadro di co-occorrenza si configura più comunemente con il disturbo di personalità antisociale (Erol & Karpyak, 2015).

Le donne hanno una probabilità da 1,5 a 2 volte maggiore, rispetto agli uomini, di sviluppare un disturbo depressivo maggiore nel corso della vita: le donne con AUD hanno maggiori probabilità rispetto agli uomini con AUD di soddisfare i criteri per il disturbo depressivo maggiore o la distimia (Kessler, 2003; Khan *et al.*, 2013). Si possono osservare differenze tra uomini e donne anche nel decorso dei disturbi depressivi. Uno studio longitudinale condotto su giovani adulti ha evidenziato che, nelle donne, la depressione tende a precedere lo sviluppo di problematiche legate all'alcol, mentre negli uomini tale associazione non risultava significativa (Moscatò, Pala, Terracciano, & Pasquini, 1997). Questi risultati sono stati confermati da ulteriori studi

che hanno esaminato l'età di insorgenza dell'AUD e dei disturbi depressivi, mostrando che le donne hanno maggiori probabilità di sviluppare la depressione prima del disturbo da uso di alcol, mentre negli uomini è più frequente una depressione secondaria all'AUD (Hanna & Grant, 1997).

Un recente studio ha messo anche in luce una comorbidità dell'AUD con il disturbo ossessivo-compulsivo, con una prevalenza stimata di 1,6 volte maggiore nelle donne rispetto agli uomini (Goh *et al.*, 2022). Tali discrepanze trovano spiegazione, almeno in parte nei meccanismi di coping, che risultano maggiormente disadattivi nelle donne (Peltier *et al.*, 2019), in quanto esse sembrano utilizzare l'alcol come strategia per attenuare stati emotivi negativi, per gestire lo stress o come tentativo di risolvere conflitti interiori. Come mostrato in uno studio di Stevens *et al.* (2021), è possibile che esse manchino dell'auto-regolazione necessaria per contenere il desiderio di bere.

Dato particolarmente allarmante è stato riportato dalla *National Association Anorexia Nervosa and Associated Disorders* (World Health Organization, 2012), secondo cui il 72% delle donne che ammette un abuso di alcol tende a classificarsi anche come affetta da un disturbo alimentare, supportando così l'ipotesi di una comorbidità tra le due condizioni patologiche. Recentemente, tale disturbo è stato denominato "drunkoressia", termine che si riferisce alla pratica di limitare l'assunzione di calorie attraverso il cibo per poter bere più alcol, senza che questo comprometta cambiamenti nel peso corporeo. Questa condizione, che si sta diffondendo soprattutto tra le giovani donne, comporta gravi conseguenze fisiche e psicologiche, poiché l'associazione tra il consumo di alcol e la malnutrizione può avere effetti devastanti sulla salute, come ad esempio compromettere le facoltà cognitive, aumentare la vulnerabilità dell'avvelenamento da alcol e rendere più facile diventare vittime di violenza (Kersey *et al.*, 2022).

La letteratura ha inoltre indagato la relazione tra i sintomi depressivi e il comportamento alcolico. Ad esempio, tra gli studenti universitari, i ragazzi hanno mostrato un'associazione più forte tra disagio psichico e consumo settimanale di alcol rispetto alle ragazze. Sembra che il consumo eccessivo di alcol da parte dei ragazzi nel fine settimana si associ a sentimenti di tristezza e di senso di vuoto. Di contro, Cranford *et al.* (2019) hanno rilevato che, a parità di diagnosi di disturbo depressivo maggiore, il rischio di *binge drinking* tra studenti maschi era inferiore rispetto alle studentesse, a conferma del fatto che c'è una maggiore comorbidità di depressione nelle donne con AUD.

Alcune evidenze scientifiche mettono in risalto come nelle donne alcoliste vi sia una maggiore probabilità di incorrere in una depressione primaria (Kovačić Petrović *et al.*, 2025), mentre non c'è una sostanziale differenza tra i sessi nell'incidenza di depressione secondaria all'abuso di alcol, che nella donna sembra però avere una prognosi migliore.

Per quanto concerne le differenze di genere legate alla familiarità positiva (FH+) all'AUD e al rischio di sviluppare disturbi legati all'alcol, le ricerche hanno sottolineato un impatto più marcato dello stato FH+ nelle donne, sia per quanto riguarda la diagnosi di AUD, sia sulle conseguenze negative dell'alcol, sia sulla quantità e frequenza di assunzione. Di fatto sembrerebbe che le donne abbiano una maggiore probabilità di avere parenti di primo grado affetti da patologie psichiatriche (13%, contro il 5% degli uomini) o da alcolismo (35%, contro il 13%), suggerendo il possibile contributo dell'ereditarietà nel determinare la patologia. In aggiunta, le esperienze traumatiche come l'abuso fisico o sessuale subito e la trascuratezza emotiva, in particolare durante l'infanzia o l'adolescenza, rappresentano un ulteriore fattore di rischio per lo sviluppo di una dipendenza da alcol nelle donne. In questi casi, l'alcol sembra fungere da anestetico

per un'emotività negativa, attraverso cui le donne cercano di sedare le tracce residue di un trauma e della sofferenza psichica che ne deriva (Choi *et al.*, 2014).

Inoltre, alcuni studi epidemiologici hanno evidenziato che la presenza di AUD in uno o entrambi i genitori è associata a un aumento significativo del rischio di sviluppare nei figli problemi con l'alcol. In particolare, l'associazione tra AUD nei genitori e AUD nei figli risulta spesso maggiore nelle femmine rispetto ai maschi, suggerendo una maggiore vulnerabilità femminile all'impatto dell'AUD di entrambi i genitori (Mortensen *et al.*, 2011; Karlsson *et al.*, 2018).

Tuttavia, un altro studio epidemiologico ha dimostrato il contrario, rivelando come i maschi FH+ siano più a rischio di sviluppare disturbi correlati all'alcol rispetto alle femmine (Goh *et al.*, 2022). Ricerche recenti hanno ulteriormente osservato un effetto più pronunciato di AUD paterno sui problemi con l'alcol tra figli maschi, senza riscontrare significative differenze nell'impatto dell'AUD materno. Emerge pertanto come in letteratura non si sia ancora giunti a un'unanimità riguardo al fatto che il rischio di sviluppare una dipendenza da alcol sia maggiore nei maschi o nelle femmine con una familiarità positiva.

Ancora studi che indagano il tratto dell'impulsività e la sua relazione con il consumo d'alcol non hanno mostrato risultati sempre coerenti, anche se la maggior parte delle evidenze scientifiche ha rilevato un'associazione tra i tratti impulsivi e gli esiti alcol-correlati simile in entrambi i sessi (Petit *et al.*, 2017).

Le differenze di genere riguardano anche l'età di inizio di esordio di consumo d'alcol. Il rischio di sviluppare AUD nel corso della vita quadruplica quando il consumo inizia intorno ai 14 anni di età (Keyes *et al.*, 2019). Le motivazioni che spingono gli individui a un consumo eccessivo di alcol possono variare tra ragazze e ragazzi, laddove i maschi

adolescenti riportano più spesso come motivazioni al bere la “propensione al rischio” e la “curiosità”, e mostrano livelli più elevati di sensibilità e di “*sensation seeking*”, ovvero la ricerca di sensazioni forti, rispetto alle loro coetanee (Shulman *et al.*, 2015).

Le ragazze adolescenti risultano invece più sensibili alla caratteristica intrinseca dell’alcol di ridurre gli stati ansiosi, e questo le rende più propense a bere per ridurre sentimenti spiacevoli, per alleviare lo stress e per evitare l’isolamento sociale.

Le motivazioni al bere possono essere anche classificate in base al tipo di rinforzo (positivo o negativo) che gli individui vogliono ottenere, in relazione agli effetti psicoattivi o piuttosto a quelli sociali dell’alcol. Ciò conduce a distinguere quattro categorie (Cooper, 1994):

1. *Potenziamento*: riguarda un rinforzo positivo interno, ad esempio bere per divertirsi;
2. *Coping*: rinforzo negativo interno, ad esempio bere per dimenticare i problemi;
3. *Sociale*: rinforzo positivo esterno, ad esempio bere per socializzare;
4. *Conformismo*: rinforzo negativo esterno, ad esempio bere per conformarsi a un gruppo.

Alcune ricerche hanno dimostrato che le motivazioni sociali sono correlate al bere frequentemente, mentre le motivazioni di coping e potenziamento si correlano più frequentemente con l’ubriachezza (Kuntsche *et al.*, 2005; Kuntsche *et al.*, 2008).

Rispetto alle ragazze, i ragazzi riportano più spesso motivazioni sociali, di potenziamento e di conformismo nel comportamento del bere, e meno frequentemente le motivazioni di coping (Kuntsche *et al.*, 2008; Kuntsche *et al.*, 1994). Al contrario, le ragazze tendono maggiormente a bere per coping, poiché sembrerebbe che esse, rispetto ai ragazzi, siano più inibite e sensibili all’ansia.

Tali differenze appaiono più marcate tra i giovani adulti (Kuntsche *et al.*, 2010).

Per quanto riguarda il fenomeno del *binge drinking*, negli studi sui topi le femmine mostrano un impulso maggiore verso il consumo di alcol rispetto ai maschi: premono più volte la leva per ottenere la bevanda, e ne consumano quantità maggiori in rapporto al peso corporeo (Barrios *et al.*, 2025). Questi risultati suggeriscono differenze di sesso nei meccanismi motivazionali e di apprendimento associati all'assunzione di alcolici. Inoltre, questa modalità d'uso sembra comportare conseguenze peggiori sulle femmine adolescenti rispetto ai loro coetanei maschi (Raninen, Ramsted, Thor, & Törrönen, 2024).

Ponendo l'accento sull'aggressività connessa all'abuso di alcol, la ricerca empirica ha riscontrato una differenza di genere significativa nel modo in cui l'utilizzo di alcol innesca comportamenti connotati da violenza. Il *National Incident-Based Reporting System* (NIBRS) riporta che l'80% degli incidenti violenti che coinvolgono l'alcol sono stati perpetrati da maschi, mentre soltanto il 40% ha coinvolto vittime di sesso maschile (Tedor *et al.*, 2018).

La ricerca empirica ha, inoltre, trovato che i maschi hanno più probabilità rispetto alle femmine di aspettarsi che l'alcol li renda più aggressivi (Tedor, Quinn, Wilsnack, Wilsnack, & Greenfield, 2018). Tale divario di genere fonda le sue radici nelle norme culturali che plasmano le convinzioni su quali comportamenti siano socialmente accettati in un determinato contesto, inclusi quelli che coinvolgono l'uso di alcol e la violenza. Le ragioni di questo fenomeno potrebbero risiedere nel fatto che le norme di genere tendono a condannare più severamente i comportamenti femminili rispetto a quelli maschili. Poiché l'uso di alcol e la violenza sono stati storicamente più stigmatizzati tra le femmine che tra i maschi, tali norme di genere potrebbero spiegare

perché i maschi, più delle femmine, si aspettano che l'alcol li renda più aggressivi. Tale tendenza all'aggressività può inoltre sfociare in risse e problemi con la guida, e a maggiori probabilità di essere coinvolti in incidenti mortali (White, 2020). Su questo aspetto bisogna tener conto del ruolo delle aspettative sociali, per cui è meno socialmente accettato che una donna si metta al volante dopo aver bevuto, o che in generale assuma comportamenti ritenuti sconsiderati. Nonostante ciò, alcuni dati suggeriscono che la percentuale di donne ubriache coinvolte in incidenti stradali sta crescendo (Schwartz & Beltz, 2018).

In un altro studio condotto da un gruppo di ricercatori del *Mental Health Research Institute* del *Tomsk National Research Medical Centre* (2025), volto a indagare come il genere e la presenza di disturbi affettivi influenzino la dipendenza da alcol e il livello di aggressività correlato, è emerso gli uomini hanno mostrato livelli di ostilità verbale e comportamenti di aggressione più elevati rispetto alle donne. Nelle donne più anziane si riscontrava un livello più ridotto di risentimento, irritabilità e aggressività indiretta, mentre negli uomini più anziani si è osservato un aumento del negativismo. Negli uomini con una dipendenza da uso di alcol in comorbilità con un disturbo dell'umore, man mano che aumentava l'esperienza di consumo d'alcol, l'ostilità indiretta e la sospettosità venivano sostituite da aggressività e negativismo (Vasilieva, Simutkin, Roshchina, Surovtseva, & Bokhan 2025). Può essere interessante notare che anche il grado di istruzione mostrava una relazione inversa con l'aggressività in entrambi i sessi: nelle donne, un livello di istruzione più basso era associato a punteggi più alti nelle scale che riguardavano l'ostilità indiretta e il senso di colpa, mentre negli uomini la scarsa istruzione si associava a una più marcata ostilità verbale. Oltre a ciò, negli uomini si è riscontrata una correlazione negativa tra il livello di istruzione e la scala che misura il senso di colpa.

Va peraltro sottolineato che già nel 1969, MacAndrew ed Edgerton arrivarono a dichiarare che i comportamenti associati all'intossicazione alcolica sono influenzati dalla cultura piuttosto che farmacologicamente indotti, spiegando così come mai l'aggressività e la violenza siano più associate all'ubriachezza in alcuni gruppi e società rispetto ad altri (che l'associano a sentimenti di gioia e convivialità).

Altre ricerche empiriche confermano questi dati, suggerendo che i comportamenti aggressivi varino di più in base alla cultura che in relazione al genere (Bernards & Graham, 2013).

Riprendendo il tema della relazione tra alcol e disturbi dell'umore, si rileva come, nelle donne con dipendenza da alcol o da altre sostanze, sia stata osservata una correlazione negativa tra la durata dell'ultimo intervallo di sobrietà e l'irritabilità, correlazione che non è stata osservata nelle pazienti che presentavano anche una comorbidità con un disturbo dell'umore. In altre parole, quando la dipendenza da sostanze si associa a un disturbo dell'umore, le differenze di genere tendono a ridursi, sia per quanto riguarda la durata dei periodi di sobrietà, sia rispetto agli effetti depressivi dell'alcol (McHugh & Weiss, 2019). Negli uomini, la presenza contemporanea di un disturbo dell'umore e di problematiche legate all'alcol è associata a periodi di lucidità più brevi, a una minore durata degli episodi di *binge drinking*, a una maggiore frequenza di episodi di amnesia e a un minore utilizzo dell'alcol come strumento per migliorare l'umore. Tuttavia, sia negli uomini, sia nelle donne, la comorbidità tra disturbi dell'umore e dipendenza da sostanze è associata a un aumento degli episodi di amnesia e a una maggiore gravità dei disturbi della salute mentale.

Sul piano psichico, si riscontrano livelli di *craving* più elevati nelle donne rispetto agli uomini. Le motivazioni di questo fenomeno potrebbero risiedere nel fatto che le donne

sono più propense a bere per gestire le emozioni negative, e, di conseguenza, ciò costituisce una particolare minaccia nel far fronte all'astinenza (Erol & Karpyak, 2015).

Uno studio sul percorso di astinenza ha mostrato che negli uomini la relazione tra emozioni e *craving* era presente solo all'inizio della disintossicazione, mentre nelle donne tale relazione durava dall'inizio alla fine del periodo di disintossicazione (Petit *et al.*, 2017).

È interessante infine riportare uno studio di Kovačić Petrović *et al.* (2025), che ha messo in luce che uomini e donne con AUD avevano una qualità della vita inferiore rispetto a uomini e donne sani. Negli uomini con AUD, un livello di istruzione più elevato era correlato positivamente alla soddisfazione riguardo alla salute e al benessere psicologico. Nelle donne con AUD, solo un livello di istruzione più elevato e l'occupazione erano associati a una migliore qualità della vita, intesa come disponibilità di risorse finanziarie, libertà, sicurezza fisica, accessibilità all'assistenza sanitaria e opportunità di svolgere attività ricreative/di svago, in linea con altri risultati a sostegno del fatto che l'insorgenza di AUD comporta un deterioramento sociale più rapido nelle donne rispetto agli uomini (Milic, Lulić, & Štimac, 2018).

### **2.3 Fattori culturali e sociali che influenzano il consumo di alcol in relazione al sesso.**

I dati degli ultimi decenni riportano che il divario di genere in riferimento al consumo d'alcol si sta via via riducendo, probabilmente a causa del mutamento psicologico, sociale e culturale che riguarda le abitudini nell'uso di alcol. In modo particolare, nelle coorti più giovani si registra un esordio precoce di consumo alcolico che interessa allo stesso modo entrambi i generi (Raninen *et al.*, 2024).

Le differenze che storicamente separavano i comportamenti maschili e femminili in questo ambito, si stanno assottigliando soprattutto nelle generazioni più giovani. White *et al.* (2020), hanno osservato che le donne appartenenti a coorti di nascita più recenti tendono a bere con maggior frequenza rispetto alle precedenti generazioni e hanno anche una maggiore probabilità di sviluppare AUD. Al contrario, tra gli uomini, non si riscontrano variazioni significative all'interno di coorti diverse, il che suggerisce una certa stabilità nei loro modelli di consumo nel tempo. Oggi, tra gli adolescenti, le differenze di genere in termini di consumo di alcol risultano abbastanza contenute, o addirittura assenti in alcuni contesti (Raninen *et al.*, 2024). Per quanto riguarda l'età adulta, i dati empirici mostrano un andamento diverso. Mentre in questa coorte il consumo maschile resta invariato o in lieve calo, tra le donne si riscontra un incremento costante nel tempo (Gruzca *et al.*, 2018). Studi longitudinali, svolti tra il 2000 e il 2015, hanno documentato che tra le donne c'è un considerevole aumento di consumo alcolico nell'arco dei dodici mesi, del *binge drinking* e del consumo ad alto rischio (Keyes *et al.*, 2019), fino ad arrivare a una diagnosi che soddisfa i criteri del DSM-V per l'AUD.

Le ricerche dimostrano che l'età di iniziazione al consumo rappresenta un fattore di rischio cruciale nello sviluppo successivo di dipendenza. Circa il 40% di coloro che iniziano a bere prima dei 15 anni, manifesta, nel corso della vita, una dipendenza da alcol. Quando l'esordio avviene dopo i venti anni, questa percentuale subisce un calo che si aggira intorno al 10%. Anche in questo caso, le differenze di genere permangono. L'età media di inizio del consumo per le donne si verifica intorno ai venticinque anni d'età, contro i diciannove per gli uomini, con dati che supportano che il 67% delle donne riferisce di aver iniziato a bere tra i 12 e i 21 anni, mentre quasi il 90% degli uomini dichiara di aver iniziato intorno ai 19 anni (Travaglini, 2015).

Oltre all'età, un fattore che può contribuire a guidare le traiettorie di consumo di alcol nel corso della vita è l'esposizione precoce allo stress. In effetti, l'esposizione ripetuta a fattori di stress prima dei 17 anni è associata a un aumento del rischio di un successivo uso problematico di alcol tra giovani adulti.

Donne che hanno subito maltrattamenti o che hanno vissuto esperienze traumatiche prima dei 18 anni, possono incorrere in un esordio precoce di consumo di alcol, e hanno una maggiore vulnerabilità rispetto al rischio di sviluppare una dipendenza da alcol (Evans *et al.*, 2018). In particolare, l'abuso sessuale, la trascuratezza emotiva e l'abuso emotivo, si associano a tassi più elevati di AUD nelle donne, rispetto agli uomini Sartor *et al.*, 2018).

Nell'ambito delle relazioni interpersonali, le donne alcoliste presentano più frequentemente condizioni di separazione, divorzio o vedovanza. Coloro che abusano di alcol e hanno comunque una relazione coniugale, difficilmente riescono a interromperla, pur riportando livelli alti di conflittualità con il partner e un significativo disagio familiare.

Per quanto riguarda lo stress, dati empirici suggeriscono che le donne che riportano due o più eventi di vita stressanti nell'ultimo anno, hanno quattro volte più probabilità degli uomini di sviluppare un AUD (Pedrelli *et al.*, 2016). Le donne non solo ricorrono all'alcol per far fronte allo stress o in risposta a stati di tensione emotiva, ma presentano anche una maggiore probabilità di avere delle ricadute durante i periodi di astinenza, proprio a causa della loro sensibilità nei confronti dello stress.

Negli ultimi decenni anche il divario di genere nell'uso di alcol che caratterizzava l'età adolescenziale e la prima età adulta, si sta progressivamente riducendo. Tale convergenza nel consumo di alcol, nel fenomeno del *binge drinking* e nelle ospedalizzazioni dovute a un consumo eccessivo di alcol, non è dovuta a un aumento del consumo femminile in queste fasce d'età, quanto piuttosto dal significativo calo del consumo tra ragazzi, che ha reso analogo il comportamento dei due sessi (Raninen *et al.*, 2024). La stessa dinamica non si osserva nelle età successive, laddove -tra i 26 e i 35 anni, e tra i 45 e i 64 anni- il *binge drinking* e le conseguenze legate a un consumo eccessivo, come le ospedalizzazioni, stanno aumentando principalmente a causa di un aumento di consumo elevato di alcol da parte delle donne (White *et al.*, 2015).

Un quadro altrettanto preoccupante emerge dagli studi che si sono concentrati sulle modalità di bere degli adulti sopra i 60 anni. Gli uomini anziani sono più propensi delle donne a praticare *binge drinking* e a soddisfare i criteri per l'AUD secondo il DSM-V. Ciò nonostante, i casi di *binge drinking* e di AUD sono aumentati di più nelle donne anziane, sebbene esse abbiano storicamente tassi più bassi di consumo (Grant *et al.*, 2017). Questi dati testimoniano una profonda trasformazione, che è tutt'ora in corso, dei tradizionali schemi del bere, che in passato erano rigidamente associati al genere, e in particolare associati al sesso maschile (Kersey *et al.*, 2022).

Per quanto riguarda gli aspetti in cui differiscono uomini e donne con problemi legati all'uso di alcol, questi prendono in considerazione le condizioni di vita, le caratteristiche sociali, i modelli di consumo, le conseguenze e il decorso verso lo sviluppo di una dipendenza da alcol. Le differenze più significative includono:

- *Stigma*: le donne sono più stigmatizzate rispetto agli uomini per quanto riguarda l'utilizzo di sostanze in generale, poiché socialmente tali comportamenti appaiono in contrasto con il ruolo di genere femminile, connesso al ruolo di madre e di caregiver primario. Lo stigma viene, pertanto, interiorizzato dalle donne e trasformato in senso di colpa e di vergogna, sentimenti che portano a inibire qualsiasi richiesta di aiuto (Mulia & Bensley, 2020);
- *Oneri socioeconomici*: le donne che fanno uso di sostanze, tendenzialmente, hanno anche un reddito e un tasso di occupazione inferiore rispetto agli uomini. Di conseguenza, i costi dei trattamenti farmacologici o psicoterapeutici possono costituire un ostacolo difficile da sormontare, soprattutto in assenza di servizi pubblici o di una copertura assicurativa (Mulia & Bensley, 2020);
- *Sostegno sociale*: le donne con problemi legati alle sostanze tendono a sperimentare minor sostegno sociale o familiare, a causa del fatto che è molto probabile che esse provengano da famiglie con altrettanti problemi da uso di sostanze o che abbiano partner con le stesse problematiche di abuso (White, 2020);
- *Figli*: rispetto agli uomini, più frequentemente le donne vivono con i propri figli, situazione che può ulteriormente complicare l'accesso ai servizi di aiuto, specialmente se non sono presenti strutture di assistenza all'infanzia o programmi terapeutici che prevedano la presenza dei minori (Haynes *et al.*, 2025);

- *Partner che fanno uso di sostanze*: avere un partner che fa uso di sostanze può avere un impatto significativo sull'inizio, sul mantenimento e sulle ricadute nell'uso di alcol da parte delle donne (Kersey *et al.*, 2022);
- *Ruoli sociali*: l'essere partner, genitore o lavoratore, svolge un'importante funzione nella differenziazione tra generi riferita al consumo di alcol (Rahav *et al.*, 2006), in quanto, la società in cui si vive, stabilisce quali comportamenti risultino appropriati in base al genere, e tali aspettative influenzano non solo la frequenza e la modalità di consumo di alcol, ma anche la percezione di ciò che costituisce un problema.

L'impatto individuale di consumo di alcol può variare tra le diverse società, a seconda dei ruoli sociali previsti in una determinata cultura o sistema sociale. Nonostante il crescente aumento della partecipazione femminile al mondo del lavoro, le donne continuano a trascorrere più tempo degli uomini nello svolgimento delle faccende domestiche e nell'adempimento degli obblighi di cura verso i figli.

Questo divario tra vecchio e nuovo ruolo sociale femminile potrebbe, in parte, spiegare l'aumento del consumo di alcolici da parte delle donne negli ultimi anni. Uno studio di Rahav *et al.* (2006), dedicato all'importanza dei fattori sociali nel consumo di alcol, ha messo infatti in luce che le differenze sociali di consumo di alcol da parte di ambo i sessi derivano dalle differenti posizioni che donne e uomini occupano all'interno di una determinata società. Nei Paesi con una maggiore disparità salariale, le donne tendono a bere di più; di contro, nei Paesi in cui le differenze di reddito sono minori tra i sessi, le responsabilità del lavoro retribuito e quelle genitoriali sono più apprezzate a livello sociale e ciò è collegato a un minore ricorso all'alcol.

Anche l'istruzione sembra rivestire un ruolo cruciale nel consumo di alcol da parte delle donne. Sembra, infatti, che, nella maggior parte dei Paesi, le donne con un livello di istruzione più elevato tendino a consumare alcol più frequentemente (McKetta &

Keyes, 2020); al contrario, le donne con un più basso livello di istruzione, che si associa con maggiore probabilità al lavoro retribuito, mostrano una minore propensione al consumo di alcol,

Verplaetse e colleghi (2025) hanno osservato che, negli ultimi anni, la prevalenza di AUD tra donne sta aumentando a un ritmo molto veloce, mentre tra gli uomini si sta registrando un progressivo calo di consumi.

Ad esempio, donne afroamericane sotto i 50 anni d'età, con un reddito annuo che si aggira tra i \$20.000 e \$49.000, hanno avuto un calo minore o addirittura nessun calo nei tassi di prevalenza di AUD nel tempo, mentre si è verificato un notevole calo tra gli uomini appartenenti a questi gruppi sociodemografici (Verplaetse *et al.*, 2025).

Uno studio sulle differenze di genere nel consumo di alcol tra adolescenti condotto in Svezia (Raninen *et al.*, 2024) ha dimostrato come, nonostante la convergenza nei comportamenti di consumo tra ragazze e ragazzi, gli stereotipi di genere nel bere persistono ancora nelle culture giovanili dei Paesi ad alto reddito. Ancora oggi, le donne vengono giudicate per la loro scelta di bere: in particolare, il loro comportamento viene etichettato come immaturo e inappropriato. Diversamente accade per i giovani uomini, per i quali l'ubriachezza si configura come una possibile trasgressione dei confini della mascolinità quotidiana.

La convergenza dei modelli di consumo d'alcol da parte di ragazze e ragazzi può, da un lato, segnalare una femminilizzazione degli stili di consumo dei ragazzi, soprattutto tra quelli di classe borghese, che sono più inclini a regolare l'uso di alcol a livello di un comportamento ritenuto appropriato (Demant & Törrönen, 2011); dall'altro, può implicare una mascolinizzazione del bere da parte delle ragazze, che permette loro di sentirsi più libere di esprimere la loro maturità, indipendenza e potere attraverso il consumo di alcol (Budgeon, 2014). Infine, può delineare anche una "mescolanza di

genere” nel consumo da parte di ragazze e ragazzi, in cui vengono enfatizzati diversi elementi di femminilità e mascolinità.

Ulteriore dato interessante è che le donne tendono a prediligere l’uso di alcolici in combinazione con altre droghe, piuttosto che bere una quantità di alcol maggiore (Kersey *et al.*, 2022).

In conclusione, si può affermare che le donne mostrano maggiore, rispetto agli uomini, sensibilità sul piano neurochimico e specifici fattori psicopatologici che facilitano l’insorgenza dell’AUD: questi elementi richiedono una maggiore attenzione preventiva, di diagnosi e di trattamento specifico per sesso biologico. Comprendere queste disparità risulta di fondamentale importanza nella messa a punto di strategie cliniche e politiche di intervento personalizzate e mirate a rispondere alle esigenze di genere (Agabio & Sinclair, 2019), al fine di ridurre l’impatto complessivo dell’alcol sulla salute, in particolare su quella delle donne, che risultano più vulnerabili ai suoi effetti.

## **CAPITOLO 3: Trattamento e prevenzione del disturbo da uso di alcol.**

### **3.1 Trattamento dell'AUD.**

Una precoce rilevazione del disturbo da uso di alcol, e il suo trattamento, risultano essenziali, a causa dell'elevato rischio associato alle patologie epatiche. Tra le principali conseguenze troviamo la cirrosi, l'ascite, l'encefalopatia epatica (HE) e le emorragie da varici; inoltre, sono presenti maggiore mortalità, e costi più elevati per la cura dei pazienti con cirrosi correlata all'abuso di alcol, rispetto a pazienti con cirrosi di eziologia non alcolica (Bouttell, Craig, Lewsey, Robinson, & Popham, 2016; Roerecke *et al.*, 2019).

Il trattamento può essere farmacologico, psico-sociale, o prevedere entrambe le tipologie di intervento (Witkiewitz *et al.*, 2019).

L'utilizzo di farmaci per il trattamento dei pazienti che abusano di alcol e con cirrosi epatica, si associava ad un miglioramento significativo della sopravvivenza (Rabiee, Rehm, & Shield, 2023).

I farmaci attualmente utilizzati per il trattamento dell'AUD sono il disulfiram, il naltrexone e l'acamprosato (Zindel & Kranzler, 2014). Il naltrexone è il farmaco approvato dalla FDA (*Food and Drug Administration*) più utilizzato. Esso ha dimostrato di ridurre significativamente i giorni di consumo e i tassi di ricaduta (Volpicelli, Alterman, Hayashida, & O'Brien, 1992).

L'acamprosato si ritiene sia più efficace nel raggiungere e mantenere l'astinenza da alcol, piuttosto che prevenire la ricaduta (Rosner, Hackenberg, & Feder, 2008).

Il disulfiram fu il primo farmaco ad essere approvato per il trattamento dell'AUD nel 1951. Il disulfiram agisce bloccando il metabolismo dell'alcol, producendo una risposta spiacevole dopo l'assunzione di alcolici, caratterizzata da sintomi come nausea e

vomito. Questo effetto “deterrente” può aiutare pazienti con difficoltà nel raggiungere la sobrietà (Fuller *et al.*, 2004).

Diversi studi hanno messo a confronto il naltrexone e l’acamprosato (Morley *et al.*, 2006; Mann *et al.*, 2013; Ray *et al.*, 2020), mostrando che il naltrexone, assunto da solo, è generalmente più efficace rispetto alla sua combinazione con l’acamprosato.

Tra le terapie emergenti figurano il nalmefene, la vareniclina (off-label), molto promettente, il gabapentin e il baclofene, con risultati variabili (Addolorato *et al.*, 2002; Morley *et al.*, 2014; Mason *et al.*, 2014; Falk *et al.*, 2015).

Nel complesso, l’acamprosato e il naltrexone mostrano un’efficacia moderata (Kranzler *et al.*, 2000; Mann, 2004); ricerche future dovranno individuare nuovi bersagli terapeutici, ottimizzare i dosaggi e integrare maggiormente il trattamento farmacologico con gli interventi psicoterapeutici (Litten *et al.*, 2016).

Lo studio di Ghosh e colleghi (2024) mira a valutare gli interventi psicosociali per l’AUD, indagando studi che hanno esaminato l’efficacia di questi interventi, quali la terapia cognitivo-comportamentale, il potenziamento motivazionale, gli screening, gli interventi brevi, la mindfulness, la terapia di coppia e i gruppi di auto mutuo aiuto. Ciò che emerge da questa meta-analisi è che qualsiasi intervento psicosociale per pazienti con AUD ha aumentato i tassi di astinenza rispetto alle sole cure farmacologiche.

Gli interventi comportamentali mirano a comprendere come l’alcol agisca sui complessi meccanismi di rinforzo positivo e negativo, in particolare attraverso l’attivazione della via mesolimbica della ricompensa- che coinvolge l’area tegmentale ventrale e il nucleo accumbens. Allo stesso tempo, essi prendono in considerazione i deficit nei processi di apprendimento e memoria, le alterazioni della risposta allo stress mediate dall’asse ipotalamo-ipofisi-surrene e le difficoltà dell’individuo nel regolare gli impulsi, gestire i

fattori scatenanti e il craving (Diaz, De La Torre, Gutiérrez-Maldonado, Sánchez-Navarro, Aguilar-Vafaie, 2023).

In particolare, gli interventi psicoterapeutici attivano alleanze terapeutiche e un ambiente di supporto ai pazienti mentre esplorano le cause sottostanti e i fattori scatenanti del loro uso di sostanze. Inoltre, promuovono lo sviluppo di strategie di coping e favoriscono cambiamenti nello stile di vita, modificando gli schemi comportamentali abituali dei pazienti. Le evidenze scientifiche raccomandano, nella popolazione con malattia epatica alcolica (ALD), l'utilizzo di: interventi brevi, terapia cognitivo-comportamentale (CBT), colloqui motivazionali (MI), terapia motivazionale (MET) e gestione delle contingenze (CM). La terapia motivazionale (MET), in particolare, si è dimostrata efficace nella riduzione del consumo eccessivo di alcol, e la terapia cognitivo-comportamentale (CBT) ha ridotto la probabilità di ricaduta a sei mesi. La terapia basata sulla rete sociale e la gestione delle contingenze (CM) ha mostrato evidenze di moderata efficacia per il mantenimento dell'astinenza a sei-dodici mesi (Ghosh *et al.*, 2024).

In particolare, la CBT impiegata nei pazienti con AUD si concentra sul rafforzamento delle strategie di coping, sulla costruzione di strumenti per riconoscere i segnali e i fattori scatenanti le ricadute, sull'incoraggiamento dell'assertività nel rifiutare la sostanza e sulla promozione di un approccio di problem solving per affrontare situazioni ad alto rischio e desideri compulsivi.

Ulteriori studi hanno rilevato che la combinazione di CBT con farmaci quali naltrexone o acamprosato, migliora gli esiti dell'AUD maggiormente rispetto all'utilizzo della CBT da sola (Magill & Ray, 2009).

Nessun intervento psicoterapeutico individuale ha mostrato un successo costante nel mantenimento dell'astinenza. Qualora integrate insieme ad altre cure mediche, le

psicoterapie sembrano invece essere efficaci nel ridurre il rischio di ricaduta (Khan *et al.*, 2016).

I servizi ambulatoriali includono consulenza individuale e di gruppo, società di mutuo aiuto, monitoraggio di analisi di laboratorio/tossicologia e gestione dei farmaci psicotropi.

Per quanto concerne gli interventi di auto mutuo aiuto, i gruppi di Alcolisti Anonimi (AA) costituiscono l'approccio terapeutico di gruppo più diffuso. È stato dimostrato che coloro che partecipano ai gruppi AA raggiungono un tasso di astinenza circa doppio rispetto a chi non partecipa, e che livelli più alti di partecipazione si correlano a tassi più elevati di astinenza (Kaskutas, 2009). I gruppi AA risultano più efficaci di altri interventi, quali la terapia cognitivo- comportamentale (CBT) e la terapia motivazionale (MET), nel migliorare i tassi di astinenza da alcol (Kelly, Humphreys, & Ferri, 2020).

IOP (*Intensive Outpatient*) e PHP (*Partial Hospitalization Programs*) sono interventi che risultano indicati per i pazienti con ALD che necessitano di trattamenti terapeutici ad alta intensità e di un monitoraggio continuativo, a causa dell'elevato rischio di uso persistente di alcol, di ricaduta o di un possibile peggioramento dei sintomi psichiatrici. Si tratta di percorsi strutturati che comportano un impegno temporale di un periodo di due/quattro settimane: almeno nove ore settimanali nel caso dell'IOP, e circa venti ore per il PHP. I pazienti prendono parte a sedute di psicoterapia individuale e di gruppo finalizzate al trattamento dell'AUD e di eventuali comorbidità psichiatriche. Il percorso prevede anche interventi di terapia cognitivo-comportamentale (CBT), il potenziamento delle strategie di coping e un'attenta gestione farmacologica (Mee-Lee, 2015).

I programmi residenziali assistono i pazienti con ALD che presentano gravi problemi medici e psicosociali. Questi programmi variano nella durata- possono durare da alcune settimane ad alcuni anni- e offrono alloggio stabile, trattamenti intensivi, includendo

supporto tra pari e professionale, oltre che terapie cognitivo-comportamentali e al lavoro sui dodici passi (Mee-Lee, 2015). Lo studio di Jason, Davis, e Ferrari (2007) ha rilevato che i pazienti che ricevevano un trattamento residenziale di 24 mesi, mostravano tassi più bassi di recidive e minori tassi di incarcerazione rispetto a chi riceveva cure ambulatoriali standard.

Un problema clinico cruciale da affrontare è rappresentato dall'elevato tasso di ricaduta nel consumo di alcol dopo la disintossicazione (Brandon, Vidrine, & Litvin, 2007).

L'impulso - o desiderio persistente di utilizzare la sostanza - è stato reintrodotta come criterio nella definizione del disturbo d'uso di alcol dal DSM-V (2013), sottolineando il suo ruolo cruciale nell'abbandono del trattamento e nella ricaduta (Mo & Deane, 2016). Pertanto, individuare i fattori che determinano il desiderio di bere risulta fondamentale al fine di ridurre i tassi di ricaduta. Diversi autori hanno osservato che gli stati emotivi negativi costituiscono il fulcro del processo motivazionale alla base della dipendenza (Koob & Le Moal, 2021). Con il progredire dell'uso cronico, i consumatori apprendono che l'assunzione di sostanze è in grado di attenuare, e talvolta eliminare momentaneamente, tali stati emotivi negativi. In questa prospettiva, il desiderio di bere è correlato al tentativo di fronteggiare effetti negativi.

La disintossicazione è accompagnata da una serie di cambiamenti a livello emotivo e motivazionale. La voglia di bere diminuisce tra l'inizio e la fine del trattamento mirato alla disintossicazione (Timary *et al.*, 2008, 2013), e a ciò si accosta una riduzione degli affetti negativi, dei sintomi di ansia e della depressione.

Una meta-analisi (Fleury, Imboua, Huynh, Caron, & Brouillet, 2016), ha evidenziato che soltanto il 50% degli individui con AUD raggiunge la remissione, e lo fa comunque nel corso di diversi anni. Per fronteggiare tale problematica, sono emersi alcuni

approcci innovativi, tra cui la prevenzione delle ricadute basata sulla Mindfulness (MBRP, *Mindfulness- Based Relapse Prevention*).

L'MBRP integra tecniche di mindfulness mirate a ridurre lo stress con la terapia cognitiva basata sulla mindfulness (Bowen *et al.*, 2009; Witkiewitz *et al.*, 2018).

L'MBRP pone l'enfasi sull'identificazione dei fattori di rischio, sulla formazione dei partecipanti rispetto al riconoscimento dei segnali di una possibile ricaduta, sul rafforzamento della consapevolezza dei segnali interni ed esterni associati all'uso di sostanze, sullo sviluppo di strategie di coping e sull'aumento dell'autoefficacia (Bowen, Chawla, & Marlatt, 2021).

In tempi più recenti, sono nati i primi servizi di supporto digitale al recupero di persone con disturbo AUD (D-RSS, *Digital Recovery Support Services*), come video online, incontri online di supporto al recupero, chat e social network, con l'obiettivo di offrire un metodo alternativo per motivare le persone al recupero (Bergman *et al.*, 2018 e, 2021; Ashfors *et al.*, 2020; Bergman & Kelly, 2021). Anche gli Alcolisti Anonimi offrono delle sessioni di incontri online e in tempo reale, per offrire supporto tra pari (D'Agostino, McGlinchey, & Williams, 2017). Questa tipologia di supporto da remoto sembrerebbe avere gli stessi benefici per i partecipanti rispetto alla terapia in presenza, contribuendo a migliorare l'autoefficacia, la speranza, le capacità di coping, fornendo supporto sociale, e contrastando lo stigma e le difficoltà di accesso dovute ai costi o alla distanza geografica (Keyes *et al.*, 2010; Bergman *et al.*, 2018; Bergman & Kelly, 2021). Sebbene i dati sull'efficacia del D-RSS siano ancora da approfondire, circa il 73,6% dei partecipanti ai programmi ambulatoriali ha dichiarato di utilizzare i *social media* quotidianamente, e che circa il 49,1% era interessato a ricevere supporto per la prevenzione di ricadute online (Ashford, Brown, & Curtis, 2018).

### **3.2 Differenze di genere nelle modalità di accesso al trattamento dell’AUD.**

Un problema ancora ampiamente diffuso in letteratura riguarda l’efficacia dei trattamenti per l’AUD in rapporto al genere. In questo ambito, le donne sono sistematicamente sottorappresentate.

Le donne con disturbo da uso di alcol hanno infatti un profilo clinico e fattori di rischio diversi rispetto agli uomini, e necessiterebbero di trattamenti specifici per genere.

Al momento, tuttavia, sono pochi i trattamenti specifici per genere che affrontano i bisogni terapeutici delle donne.

La maggior parte degli studi adotta infatti come riferimento un “paziente standard”, generalmente di sesso maschile, e i risultati ottenuti sugli uomini vengono considerati automaticamente trasferibili anche alle donne. Di conseguenza, le donne ricevono terapie che non tengono conto della specificità di genere. Pertanto, appare necessaria la promozione di ricerche condotte per comprendere le differenze, nell’AUD, tra uomini e donne, attraverso il reclutamento nelle ricerche di un numero adeguato di donne. Inoltre, è opportuno considerare i diversi sottogruppi presenti nella popolazione femminile - adolescenti, adulte e anziane – per rappresentare le possibili differenze tra le diverse fasi ormonali della vita. Migliorare la conoscenza sulla salute delle donne è una strategia efficace per migliorare la qualità dell’assistenza medica per donne con AUD, contribuendo ad aumentare il numero di pazienti che cercano e ricevono cure per questo disturbo. Tuttavia, va sottolineato che la ricerca in questo ambito risente della bassa percentuale di donne che ricorre ai trattamenti per AUD. Infatti, solo circa il 15% delle donne accede ai trattamenti per AUD nel corso della vita, contro il 23% dei maschi.

Il *National Addictions Management Service* (NAMS) di Singapore, un istituto che offre trattamento e supporto a persone con dipendenze, ha riportato dati preoccupanti

riguardo alla scarsità dell'adesione ai servizi clinici da parte delle donne. Su un campione di 704 pazienti con AUD, soltanto il 10,94% era formato da donne (Yong *et al.*, 2017).

Le donne sono infatti meno propense a cercare aiuto presso cliniche specializzate nei trattamenti per l'abuso di sostanze, soprattutto a causa di sentimenti come senso di colpa, vergogna e per il timore di stigmatizzazione (Gilber, McInns, & Stewart, 2019; McCrady, Epstein, & Fokas, 2020; Kilian *et al.*, 2021).

In particolare, il timore della stigmatizzazione porta le donne a utilizzare meccanismi di difesa come l'occultamento e la negazione o si manifesta attraverso altri disturbi psicopatologici come ansia e depressione, per cui le donne ricorrono o vengono indirizzate ad altre tipologie di interventi. Ad esempio, molte donne presentano comorbidità psichiatriche, e per tale motivo vengono trattate per i disturbi comorbidi, portando a considerare la dipendenza da alcol una patologia secondaria ad altri disturbi. Tucker *et al.* (2020) hanno ipotizzato che le donne sono più inclini a credere che i loro problemi con l'alcol possano migliorare nel tempo, senza alcun aiuto.

Le donne hanno meno probabilità di entrare in trattamento per alcol nel corso della loro vita (Dawson, 1996) anche a causa della mancanza di servizi di assistenza specifici, e della presenza di barriere sistemiche.

Nel 2019, il *National Survey of Substance Abuse Treatment Services* ha rilevato che soltanto il 70% delle strutture che si occupa di trattare i disturbi da uso di sostanze (SUD – *Substance Use Disorder*) offre anche servizi per la salute mentale rivolti a entrambi i sessi.

Le donne riportano anche come ostacoli al trattamento le limitate opzioni di terapia durante la gravidanza, la difficoltà di accesso ai servizi, e la difficoltà a far coincidere

programmi di trattamento rigidi con gli obblighi di cura familiare (Greenfield *et al.*, 2010).

L'instabilità abitativa e la mancanza di trasporti riducono ulteriormente la richiesta di aiuto da parte delle donne con AUD.

Inoltre, più frequentemente rispetto agli uomini, le donne credono che il loro problema con l'alcol possa risolversi da solo.

È quindi molto importante includere famiglia e partner nel trattamento dell'alcol dipendenza delle donne, poiché queste figure forniscono un fondamentale supporto per il mantenimento delle stesse nel percorso di cura.

La ricerca ha suggerito che uomini e donne possiedono diverse motivazioni interne che li spingono a cercare aiuto (Grosso *et al.*, 2013). Tra le preoccupazioni che inducono gli uomini a cercare aiuto è presente la percezione dell'impatto che il loro consumo di alcol ha sulla famiglia o sul coniuge, mentre le donne riportano maggiore preoccupazione per le conseguenze che l'AUD ha sulla loro salute fisica e mentale. Alcune ricerche hanno osservato che la volontà di mantenere o recuperare la custodia dei figli può essere un forte motivatore nel trattamento di AUD nelle donne (Sword, Jack, Niccols, Milligan, Henderson, & Thabane, 2009). Sembrerebbe, quindi, che l'impatto sulle relazioni interpersonali, a differenza dei maschi, sia stato il fattore meno rilevante nella motivazione delle donne a cercare aiuto (Grosso *et al.*, 2013).

Tra i fattori facilitanti rientra il fatto che le donne sono più propense rispetto agli uomini a interagire con il sistema sanitario quando sono giovani e in buona salute, il che migliora la fiducia nel sistema sanitario. Di conseguenza, un regolare coinvolgimento nei servizi offerti dal sistema sanitario potrebbe facilitare lo screening per l'uso di sostanze, individuare se ci sia una patologia da AUD, e, qualora fosse necessario, avviare un trattamento sia degli eventuali disturbi da uso di sostanze sia dei disturbi

psichiatriche sottostanti (Salganicoff, Beamesderfer, Kurani, & Sobel, 2014). La presenza di disturbi psichici, quali disturbi d'ansia o disturbi dell'umore, può rappresentare un fattore di rischio, ma anche un'opportunità per coinvolgere le donne nel trattamento dei disturbi da uso di sostanze. Di fatto, le donne sono più propense a cercare aiuto per trattare i loro disturbi psichici, a differenza degli uomini, che sono più soggetti a stigmatizzazione sul tema della salute mentale: appare infatti più accettabile che una donna esprima le proprie emozioni rispetto a un uomo (Wendt, Mooney, & Morgan, 2016; Pattyn, Verhaeghe, & Bracke, 2015).

È tuttavia possibile che la diagnosi di questi disturbi sia più difficoltosa nelle donne. Sebbene questionari come CAGE, TWEAK e AUDIT (Ewing, 1984; Saunders *et al.*, 1993; Russell *et al.*, 1994) siano molto efficaci nell'individuare l'alcolismo, alcuni autori hanno rilevato che, quando vengono somministrati alle donne, si registra una percentuale di falsi negativi piuttosto elevata, a causa del fatto che le soglie standard utilizzate nei questionari non riflettono le modalità di consumo femminili, ma sono state sviluppate prevalentemente su popolazioni maschili.

Le differenze di genere si riscontrano inoltre nel legame tra la depressione e l'intensità del desiderio di bere. Negli uomini, generalmente, la depressione collegata al desiderio di bere è presente soltanto all'inizio della disintossicazione, mentre nelle donne i sintomi depressivi sono presenti nel 60% dei casi nel periodo di disintossicazione, e, nel 23% dei casi, persistono anche quando esso è terminato.

Anche durante il periodo di astinenza è possibile osservare delle differenze tra i due sessi. Nelle donne, il periodo di astinenza da alcol è inferiore rispetto agli uomini, poiché le donne sono più sensibili ai sintomi depressivi e ansiogeni che si osservano durante le prime fasi di astinenza, e tale sintomatologia in comorbidità potrebbe incidere

sulle ricadute, qualora questi sintomi continuassero a persistere durante il processo di disintossicazione.

In relazione allo stress, si è osservato che le donne hanno maggiore probabilità di ricadere nell'uso di alcol in risposta allo stress, e hanno una maggiore sensibilità allo stress durante l'astinenza da alcol (Becker & Koob, 2016), a differenza degli uomini, sui quali lo stress non ha una particolare influenza sul consumo di alcol.

In un'intervista condotta da Glenn e Parsons (1991) a donne e uomini, è emerso che, durante la fase iniziale del consumo di alcol, le donne avevano punteggi più alti degli uomini nella scala della depressione e del disadattamento psicosociale.

Il genere sembra inoltre fungere da moderatore nell'associazione tra matrimonio e ricaduta nell'uso di alcol: lo stress correlato al matrimonio rappresenta un fattore di rischio per le ricadute, e le donne sembrerebbero più suscettibili a questa condizione. Le ragioni di questo fenomeno sembrerebbero risiedere nel fatto che le donne alcoliste hanno una probabilità più alta di avere partner alcolisti. Per gli uomini alcolisti, invece, il matrimonio sembrerebbe essere un fattore protettivo dal rischio di ricadute. Inoltre, gli uomini, prima di avere una ricaduta, riportano come fattori precipitanti il vivere esperienze positive – come momenti di festa o socialità- mentre nelle donne si osservano, associate alla futura ricaduta, prevalentemente esperienze associate ad un umore negativo – come tristezza, ansia o stress (Elsevier, 2005).

In uno studio di Shneider, Kviz, Isola e Filstead (1995), in cui sono stati seguiti 412 uomini e 180 donne nell'arco di tre mesi dopo le dimissioni ospedaliere per problematiche legate all'alcolismo, è emerso che per gli uomini il matrimonio è risultato come un fattore protettivo dalle ricadute, fino a 15 mesi dopo il trattamento; per le donne, invece, il matrimonio ha contribuito a un rischio di ricaduta a tre mesi dal termine del trattamento

### 3.3 Genere e trattamento del disturbo da uso di alcol.

Come si è visto, i trattamenti farmacologici più utilizzati per il trattamento dell'AUD comprendono principalmente l'utilizzo di naltrexone, acamprosato e disulfiram.

Collegando l'uso di questi farmaci con il genere, emergono alcune differenze negli effetti che gli stessi hanno in uomini e donne.

Uno studio sull'efficacia e la tollerabilità di due livelli di dose di naltrexone a rilascio prolungato (XR-NTX), emerge come tra gli uomini la dose più alta era più efficace rispetto al placebo. Al contrario, tra le donne non si riscontravano risultati significativamente migliori, per nessuna delle due tipologie di dose, rispetto alle donne del gruppo placebo. Tuttavia, va rilevato che il numero di donne coinvolte nello studio era ridotto, e gli autori riportano che lo studio non mirava a valutare l'efficacia di XR-NTX specificamente sulle donne (Garbutt, West, Carey, Lohr, & Owen, 2005). Altri studi hanno riportato che l'interazione tra la somministrazione di NTX e la terapia comportamentale ha raggiunto, o si è avvicinata, alla significatività sia nelle donne sia negli uomini (Anton *et al.*, 2006; Greenfield *et al.*, 2010).

Per quanto riguarda gli effetti avversi del NTX, i risultati che tengono conto delle differenze di genere sono alquanto contrastanti, con alcuni studi che riportano che le donne sono a maggior rischio di interrompere il trattamento con NTX a causa dei suoi effetti collaterali, soprattutto la nausea (Suh *et al.*, 2009).

In uno studio di Baros *et al.*, (2008), soltanto negli uomini la differenza nell'esito del trattamento tra naltrexone e placebo ha raggiunto la significatività statistica. Tuttavia, questa differenza è stata attribuita a una maggiore dimensione del campione maschile rispetto a quello femminile. Inoltre, gli autori hanno scoperto che negli uomini il naltrexone ha avuto un effetto più marcato nella riduzione del consumo di alcol nel

periodo compreso tra l'inizio dello studio e la dodicesima settimana. Nelle donne, invece, rispetto al placebo, il farmaco ha mostrato un miglioramento solo nel prolungamento del periodo di astinenza prima di consumare il primo drink, ma senza portare a una riduzione significativa del consumo complessivo.

Sebbene il desiderio di consumare alcol risulti comparabile tra uomini e donne e solo il NTX ha prodotto una riduzione significativa del *craving*, emergono sottili differenze sociodemografiche tra questi ultimi, poiché le donne possedevano un livello di istruzione più elevato, elemento considerato un fattore prognostico positivo. (Greenfield *et al.*, 2003).

In uno studio svolto esclusivamente su un campione femminile, sono state messe a confronto le cure abituali con e senza naltrexone, e si è riscontrato che l'aggiunta di naltrexone ha ridotto i tassi di abbandono della terapia e di consumo di alcol fino all'intossicazione, e ha aumentato i tassi di buoni risultati clinici tra le donne alcoliste (Ponce *et al.*, 2005).

Nello studio controllato con placebo di O'Malley del 2007, svolto anch'esso esclusivamente sulle donne, il naltrexone non ha apportato significativi miglioramenti in un campione di 103 donne, nonostante il farmaco abbia ritardato l'inizio dei successivi giorni di consumo.

Su 22 studi effettuati separatamente su uomini e donne sull'utilizzo di acamprosato si è visto che esso non era più efficace del placebo e non è stata riscontrata nessuna significativa differenza di genere sull'efficacia di tale farmaco (Mason & Leher, 2012).

Una revisione del 2020 degli studi sui farmaci come il disulfiram, l'acamprosato e il naltrexone, ha rilevato che soltanto il 4,9% degli studi ha esaminato gli effetti di genere sulla risposta al trattamento (Schick, Spillane, & Hostetler, 2020).

Il naltrexone e la vareniclina, ad esempio, possono essere più efficaci nel ridurre il consumo di alcolici negli uomini, mentre il baclofene sembra ridurre maggiormente il consumo nelle donne. Inoltre, studi su acamprosato, naltrexone, baclofene e vareniclina hanno riportato una maggiore gravità di effetti collaterali nelle donne rispetto agli uomini. (Krisch *et al.*, 2024).

Nel COMBINE (Anton *et al.*, 2006), il più grande studio sulla farmacoterapia dell'alcolismo, che combina interventi farmacologici e comportamentali, è emerso che i soggetti che ricevevano un trattamento con naltrexone, una terapia comportamentale (CBI), o entrambi, avevano migliori esiti riguardo al consumo di alcol rispetto a qualsiasi altra combinazione di trattamenti.

Lo studio condotto da Shelly *et al.* (2010) ha confermato i risultati riportati dallo studio COMBINE, ovvero che esiste una significativa interazione tra NTX e CBI per le donne sulla percentuale di giorni di astinenza, sulla buona risposta clinica, sulla percentuale di forte consumo di alcol e sul desiderio di bere.

Il fatto che la maggior parte degli studi sulla farmacologia per il trattamento dell'AUD non tenga conto del genere ha comportato in alcuni casi delle gravi conseguenze. Ad esempio, la mancata osservazione delle differenze di genere nel dosaggio dello zolpidem, un ipnotico che agisce sul cervello causando sonnolenza, ha portato a gravi incidenti stradali tra le donne nella mattina successiva alla sua somministrazione (Greenblatt *et al.*, 2019). Le donne, infatti, avevano una percentuale di eliminazione dello zolpidem inferiore del 35% rispetto agli uomini.

Una ricerca di Garbutt, Harmatz, e Roth (2021), ha supportato l'ipotesi che il baclofene a basso dosaggio possa avere un effetto terapeutico potenziato per le donne e una tollerabilità ridotta a dosi più elevate rispetto agli uomini. È stato osservato che il trattamento con baclofene ha aumentato significativamente il numero di giorni di

astensione dall'uso di alcol fino alla prima ricaduta e ha anche aumentato il numero di giorni fino alla prima recidiva nelle donne, ma non negli uomini (Morley *et al.*, 2022). Tuttavia, resta ancora da chiarire il meccanismo mediante il quale il baclofene aumenta la sua efficacia nelle donne.

In aggiunta, l'utilizzo di baclofene si è rivelato efficace nel trattamento dell'ansia in comorbidità (Morley *et al.*, 2014). Di fatto, alcuni studi sperimentali hanno suggerito che lo stress interagisca con il sistema di ricompensa, contribuendo a rinforzare il consumo di alcol (Buwalda, Scholte, De Boer, Coppens, & Koolhaas, 2012), anche se non si sa ancora nulla di come agisca in questo senso in base al sesso.

Per approfondire questa connessione, Logge e colleghi (2022) hanno indagato l'influenza del genere nella struttura di rete dei sintomi - ossia stress, desiderio di bere e consumo di alcol - nel corso del trattamento con baclofene rispetto al placebo.

Ciò che è emerso è che il consumo d'alcol, lo stress e il *craving* hanno mostrato effetti di auto-regressione da moderata a forte, in entrambi i sessi, in seguito all'assunzione del farmaco. Nel campione maschile, tuttavia, il consumo di alcol era associato, nel giorno successivo, a un aumento sia del desiderio di bere sia a livelli più elevati di stress.

Inoltre, lo stress si configurava come fattore predittivo di un incremento del consumo di alcol nel giorno seguente, suggerendo l'esistenza di un circolo vizioso tra assunzione di alcol, tensione emotiva e desiderio di bere. Al contrario, nelle donne, non sono emerse relazioni temporali significative tra le variabili considerate, suggerendo modalità differenti di associazione tra consumo di alcol, stress e desiderio di bere.

Come già detto, il trattamento dell'AUD non si esaurisce nell'impiego di farmaci, ma richiede l'integrazione di interventi psicosociali volti ad affrontare le dimensioni comportamentali, relazionali e ambientali del disturbo.

Per quanto riguarda la terapia di gruppo, quando essa è attuata costituendo gruppi misti per genere non risulta particolarmente attrattiva per le donne, e ciò comporta una minore adesione da parte delle stesse. Diversamente, le donne traggono maggiori benefici accedendo a gruppi prettamente femminili, probabilmente grazie alla omogeneità delle esperienze, alla condivisione di storie di traumi (non così presenti negli uomini), e alla particolare importanza che rivestono per le donne le reti sociali di supporto (Maxwell *et al.*, 2022).

Greenfield, Trucco, e colleghi (2007) hanno sviluppato il *Women's Recovery Group* (WRG), un trattamento a orientamento cognitivo-comportamentale specifico per le donne, che si concentra sugli effetti dei pensieri, dei comportamenti e delle emozioni che veicolano il consumo di alcol. Questa terapia di gruppo si svolge in dodici sedute della durata di 90 minuti ciascuna, mirate alla prevenzione delle ricadute. Lo svolgimento di ogni seduta si articola in diverse fasi: si inizia con un breve *check-in*, seguito da una revisione delle abilità praticate nella settimana precedente; successivamente, viene presentato l'argomento della sessione, che introduce una discussione aperta sui contenuti trattati e sui temi legati al recupero; in seguito, si rivede il "messaggio da portare a casa" della sessione, si passa alla pratica delle competenze previste per la settimana successiva, e, infine, si conclude con il *check-out* (Greenfield *et al.*, 2007).

Nello studio di Greenfield e colleghi (2007), si è riscontrato che, durante il *follow-up* a sei mesi dalla fine del trattamento, le donne appartenenti alla condizione di trattamento WRG hanno mostrato una riduzione del numero medio di giorni di uso di sostanze e di consumo di alcol; al contrario, nello stesso periodo, le donne che hanno partecipato a un trattamento di gruppo misto per genere, hanno mostrato un peggioramento di questi risultati.

In quest'ultimo caso, le donne hanno diminuito i giorni di consumo d'alcol durante il trattamento, ma hanno mostrato un aumento del consumo nella fase di *follow-up* a sei mesi.

Le ragioni di questa differenza potrebbero essere rintracciate nel fatto che le donne appartenenti al gruppo WRG potrebbero essere state in grado di condividere più apertamente le proprie preoccupazioni riguardo l'abuso di sostanze e i fattori scatenanti delle ricadute, poiché la presenza esclusivamente femminile promuoveva un senso di sicurezza nell'esprimere apertamente le proprie sensazioni. Inoltre, le donne riportavano più soddisfazione e una riduzione del consumo più marcata nei sei mesi successivi al trattamento. Pertanto, si ritiene che il maggior senso di comfort e di sicurezza favorito da un contesto esclusivamente femminile possa migliorare i risultati per le donne (Greenfield *et al.*, 2007).

In un altro studio, condotto da Epstein *et al.* (2018), si è comparata l'efficacia della terapia cognitivo-comportamentale (CBT) individuale e specifica per le donne con la CBT individuale a genere neutro.

Le donne appartenenti a entrambe le condizioni, durante il trattamento hanno mostrato dei miglioramenti in diversi aspetti: nel livello di coinvolgimento, nella soddisfazione per il trattamento, nella riduzione del consumo di alcol e di altre sostanze, e nella riduzione dei sintomi depressivi e di ansia. Anche a livello cognitivo si sono osservati dei miglioramenti, come ad esempio nell'autoefficacia, nella motivazione e nelle abilità di coping, e tali esiti positivi si sono protratti per i dodici mesi successivi alla terapia.

I ricercatori si sono poi ulteriormente interrogati per capire se la terapia cognitivo-comportamentale specifica per donne ma erogata in gruppo (G-FS-CBT), e la terapia cognitivo-comportamentale specifica per donne erogata a livello individuale (I-FS-CBT) potesse produrre gli stessi effetti nelle donne con AUD (Epstein, Hallgren, Cook,

& Greenfield, 2018). Dai risultati è emerso che, seppure in entrambi i casi molto coinvolte nel trattamento, le donne che avevano aderito alla terapia gruppale avevano partecipato a un numero inferiore di sedute rispetto alle donne che avevano partecipato alla terapia individuale. Tuttavia, risultati dei due tipi di trattamento non differivano tra di loro, e i miglioramenti nella riduzione del consumo di alcol venivano mantenuti anche durante i dodici mesi di follow-up. Anche le altre condizioni legate al consumo di alcol, come la depressione, l'ansia e i problemi interpersonali, erano migliorate significativamente, ad eccezione del supporto sociale durante l'astinenza. L'uso delle abilità di coping, l'autoefficacia nell'astinenza, la cura di sé e la "sociotropia" (costante bisogno di approvazione) erano invece peggiorati nel periodo di follow-up in entrambe le condizioni di trattamento, anche se significativamente migliorati rispetto ai punteggi iniziali.

Lo studio di Epstein *et al.* (2017) ha posto un duplice obiettivo: da un lato eliminare il consumo d'alcol, dall'altro mettere le donne in condizione di affrontare in terapia questioni specificamente femminili connesse all'abuso di alcol.

La terapia mirava a sviluppare quattro aree:

1. *Funzionamento interpersonale e autostima*: l'obiettivo era aumentare l'autonomia, favorire la connessione con gli altri, diminuire la marcata reattività emotiva alle dinamiche sociali (che si ripercuote sull'equilibrio emotivo), e sviluppare assertività;
2. *Supporto sociale*: lo scopo era aumentare il supporto attraverso la rete sociale, per incoraggiare il mantenimento dell'astinenza;
3. *Affrontare i problemi d'umore e gli affetti negativi*: obiettivo era gestire l'ansia, la depressione e permettere la regolazione dell'umore;

4. *Psico-educazione sull'alcol*: lo scopo era discutere sui fattori di rischio e le conseguenze cliniche del bere eccessivo.

Va sottolineato che, in questo studio, non è stata rilevata una significativa differenza tra la FS-CBT la GN-CBT: in entrambi i trattamenti le donne hanno riportato soddisfazione e un elevato senso di coinvolgimento, riducendo nelle prime otto settimane la frequenza e il consumo di alcol. Tuttavia, l'ipotesi sul migliore funzionamento interpersonale è stata solo parzialmente supportata. L'assenza di significative differenze tra FS-CBT e GN-CBT può essere spiegata dal fatto che la terapia comportamentale è già di per sé un trattamento efficace per l'AUD, lasciando poco margine a ulteriori miglioramenti legati alla specificità di genere.

Per quanto concerne la terapia comportamentale di coppia, che si basa sull'assunto che migliorare le relazioni con il partner possa ridurre la probabilità di ricadute. (McCrary *et al.*, 2009; Schumm *et al.*, 2014; O' Farrell *et al.*, 2017).

Gli studi hanno rilevato che la terapia comportamentale di coppia portava a cambiamenti positivi nel consumo di alcol o droghe, con migliori risultati per le donne che ricevevano la terapia di coppia, rispetto a quella individuale.

La *Women for Sobriety* (1967) è un'associazione di mutuo aiuto specifica per le donne, che offre sostegno reciproco tra le partecipanti e la possibilità di sviluppare le loro abilità di coping.

In uno studio longitudinale è emerso che le donne partecipano maggiormente ai gruppi di auto mutuo aiuto, degli Alcolisti Anonimi, traendone maggiore beneficio e ottenendo esiti migliori rispetto agli uomini (Witbrodt & Delucchi, 2011). Nelle donne si riscontrava, inoltre, una probabilità maggiore di superare problematiche come la depressione, instaurare relazioni amicali, migliorare l'autostima e la capacità di problem solving, rispetto agli uomini. Tuttavia, le donne che facevano uso di altre sostanze in

combinazione con l'alcol, aderivano in misura minore agli AA, diversamente dalle donne con patologie psichiatriche, le quali avevano maggiori percentuali di adesione. Inoltre, l'adesione al gruppo di Alcolisti Anonimi aumentava nelle donne la probabilità di raggiungere un anno di astinenza in misura maggiore rispetto agli uomini.

In uno studio sui gruppi di Alcolisti Anonimi condotto in Brasile (De Campos *et al.*, 2022), le donne che frequentavano i gruppi per un lungo periodo, affermavano che il programma le aveva aiutate a rimanere sobrie e a intraprendere un nuovo stile di vita. Nonostante questi risultati, emergeva che, poiché l'esperienza dell'alcolismo e la modalità di comunicare questo tipo di esperienza sono diverse tra uomini e donne, questo scoraggiava molte donne a intraprendere un percorso all'interno dei gruppi AA, aggravando la loro dipendenza da alcol (Makela *et al.*, 1996).

I gruppi AA composti da sole donne rappresentano invece un modo efficace per affrontare il trattamento, poiché le donne riconoscono l'importanza di tali trattamenti quando essi sono esclusivamente femminili. Gli incontri che escludono la presenza maschile fungono da antidoto contro le disuguaglianze di genere, e permettono alle donne di sentirsi a proprio agio nel condividere le proprie esperienze intime e i propri sentimenti con persone che condividono il loro genere.

Per quanto concerne i trattamenti online (D-RSS), alcune ricerche condotte durante la pandemia da Covid-19 hanno registrato che le donne erano più propense degli uomini ad affidarsi a siti online (D-RSS) per ricevere supporto (Holzhauer, Vriens, & Baggio, 2020; Livingston, Callinan, Pennay, & Dietze, 2021).

In uno studio di Gilbert, Saathoff, Russell, e Brown (2022) che indagava l'utilizzo del D-RSS durante la pandemia da Covid-19, la maggior parte dei soggetti che ne usufruiva risultava essere di sesso maschile (48,2%), contro il 35,3% di donne. Tuttavia, queste

differenze nell'uso non hanno raggiunto la significatività statistica, indicando che l'uso del D-RSS non variava in modo sostanziale in relazione al genere.

Le ragioni per le quali le donne sceglievano di utilizzare D-RSS si differenziavano da quelle degli uomini. Ad esempio, nelle donne la scelta di ricorrere al D-RSS si associava a disoccupazione e presenza di figli minori nel nucleo familiare. Questi elementi agiscono come ulteriori fattori di stress specifici per genere, che possono ampliare il bisogno di supporto per il recupero. Di contro, negli uomini le associazioni più forti con D-RSS riguardavano lo stato civile celibe e la durata del recupero. Sempre negli uomini, si è riscontrata una correlazione tra l'uso di D-RSS e la stabilità del recupero e la qualità della vita, mentre per le donne tale associazione non è stata rilevata.

### **3.4 Approcci preventivi basati sul genere.**

Nella società odierna, il consumo di alcol ha carattere lecito, basso costo e accesso facilitato, fattori che gli conferiscono accettazione sociale, rendendone difficile il suo contrasto. L'industria dell'alcol incoraggia il consumo di bevande alcoliche, contribuendo a rendere più difficile il riconoscimento dell'alcol come un problema di salute pubblica (Oliveira & Luchesi, 2010).

Le strategie volte a prevenire un consumo eccessivo di alcol dovrebbero, in primo luogo, mirare a ridurre lo stigma. Bisognerebbe inserire, all'interno dei servizi di assistenza primaria, figure specializzate sul tema delle dipendenze, in modo da migliorare la diagnosi precoce dei disturbi e spingere uomini e donne ad affidarsi a servizi specialistici per affrontare le difficoltà legate al consumo di alcol (Lau, Bloomfield, Rehm, Carvalho, & Manthey, 2021).

La tassazione sulle bevande alcoliche resta una delle strategie più efficaci per ridurre il consumo di alcol e i danni a esso connessi. Uno studio condotto in Alaska nel 1983, ha rilevato che, dopo un aumento delle tasse sull'alcol, il consumo di alcolici si era drasticamente ridotto, così come il numero di decessi causati dall'eccessivo consumo di bevande alcoliche, e gli studi longitudinali hanno confermato questi dati (Wagenaar, Maldonado-Molina, & Wagenaar, 2009). Le donne sembrerebbero più sensibili agli effetti delle tasse: un aumento dell'1% delle tasse sulla birra risultava significativamente correlato a una diminuzione dello 0.5% del consumo totale tra donne afroamericane, mentre un aumento dell'1% delle tasse sugli alcolici in generale, correlava con una diminuzione dell'1.04% del consumo tra donne ispaniche e dello 0.92% tra uomini ispanici (Subbaraman, Barnett, & Karriker-Jaffe, 2019).

Anche la sfera sociale riveste un ruolo cruciale nella prevenzione dei disturbi da uso di sostanze, oltre che come facilitatore all'ingresso in terapia per AUD. Le donne tendono infatti a instaurare maggiormente relazioni intime o amichevoli che forniscono supporto sociale (Umberson, Chen, House, Hopkins, & Slaten, 1996). Inoltre, tendono a instaurare legami più duraturi, che correlano positivamente con il benessere psicologico e con la loro capacità di fronteggiare eventi avversi (Southwick, Bonnano, Masten, Panter-Brick, & Yehuda, 2016).

Nonostante queste evidenze, la maggior parte degli interventi di prevenzione del consumo di alcol tra le donne si concentra solo sul periodo della gravidanza. Per quanto riguarda il periodo prenatale, non esiste una soglia di consumo ritenuta sicura, in quanto qualsiasi livello di assunzione è considerato potenzialmente rischioso per il feto. In quest'ottica, appare di fondamentale importanza la rilevazione precoce del consumo di alcol e l'attuazione di interventi pertinenti. L'approccio integrale si fonda su due pilastri fondamentali: lo screening e gli interventi volti a raggiungere l'astinenza. Attraverso lo screening si cerca di rilevare precocemente la popolazione di donne che consuma alcol durante la gravidanza, così da poter attivare percorsi di supporto adeguati (Da Rosa *et al.*, 2016).

La letteratura evidenzia che uno screening strutturato, accompagnato da un intervento breve e da consulenza, contribuisce in modo significativo alla riduzione delle gravidanze esposte all'alcol. Tale strategia si è dimostrata efficace sia tra donne in gravidanza, sia tra donne non in gravidanza, ma in età fertile (Carson *et al.*, 2010; Osterman, Carle, Ammerman, & Gates, 2014).

Negli Stati Uniti, tra il 2002 e il 2007, è stato realizzato il progetto CHOICES (Changing High- Risk Alcohol Use and Improving Contraception Effectiveness Study),

allo scopo di prevenire il rischio di gravidanza esposta all'alcol tra donne in età fertile (Johnson, Velasquez, Stenberg, 2015).

CHOICES può essere descritto come un intervento breve, applicabile in contesti comunitari – come cliniche, servizi sociali, programmi territoriali – e fondato su colloqui motivazionali e strategie di riduzione del danno, attraverso un approccio non giudicante e centrato sull'autodeterminazione della donna. Il programma offre informazioni sui rischi dell'esposizione prenatale all'alcol, e supporto per ridurre o interrompere il consumo di alcol e aumentare l'uso di contraccettivi efficaci.

Le evidenze indicano che CHOICES si è rivelato particolarmente efficace nel prevenire gravidanze esposte all'alcol, e nell'aumentare l'uso di contraccezione efficace (Da Rosa *et al.*, 2016).

Ulteriori programmi di prevenzione che mirano al target femminile, sono quelli centrati sulla necessità di rendere le donne consapevoli dell'associazione tra consumo di alcol e aumento del rischio di sviluppare un tumore al seno.

Lo studio di Alawan e colleghi (2023) evidenzia in modo significativo questa associazione, sottolineando come tale rischio riguardi non solo i livelli elevati di assunzione, ma anche consumi moderati e socialmente normalizzati. I dati confermano che l'alcol rappresenta un fattore di rischio oncologico spesso sottovalutato nella popolazione femminile.

L'aumento del consumo di alcol da parte delle donne, e la ridotta consapevolezza dei rischi ad esso correlato, rendono urgente il rafforzamento delle strategie di prevenzione mirate al genere.

Gli interventi di sensibilizzazione dovrebbero, dunque, includere campagne di educazione pubblica basate su evidenze scientifiche (Lo Conte *et al.*, 2018). Queste campagne dovrebbero comunicare in modo chiaro e accessibile che l'alcol rappresenta

un fattore di rischio per il tumore al seno, superando la percezione diffusa che il bere moderato non comporti delle conseguenze rilevanti per la salute. Allo stesso tempo, dovrebbero sottolineare i benefici derivanti da una riduzione o cessazione del consumo, non solo in termini di prevenzione oncologica, ma anche per la salute riproduttiva e generale delle donne.

In questa prospettiva, la prevenzione non può limitarsi a interventi individuali, ma deve inserirsi in una strategia di salute pubblica *gender-sensitive*, capace di integrare informazione, screening precoce e formazione degli operatori sanitari.

Le ricerche future dovrebbero sviluppare delle strategie volte ad aumentare la consapevolezza sull'uso dell'alcol come fattore di rischio per lo sviluppo del cancro al seno, mediante approcci basati sulla riduzione del giudizio, accessibili e informativi per le donne. Accrescere la consapevolezza tra le donne dei rischi specifici connessi al consumo di alcol può favorire un maggiore sostegno verso politiche di regolamentazione basate sulle evidenze scientifiche, capaci di incidere in modo significativo sulla riduzione dei danni. In particolare, contrastare la scarsa informazione sul potenziale cancerogeno dell'alcol, rappresenta un cruciale passaggio per fronteggiare l'aumento dell'incidenza e per contenere le conseguenze sanitarie negative associate al suo utilizzo (Swahn *et al.*, 2024).

Per quanto riguarda la fase adolescenziale, la letteratura afferma che il supporto genitoriale assume il ruolo di fattore protettivo contro l'insorgenza dell'uso di sostanze (Wills, Marcantonio, & Jozkowski, 2021), poiché contribuisce ad attenuare lo stress.

Adolescenti tra i 9 e i 18 anni che vivevano le relazioni genitoriali con vicinanza emotiva e supervisione, erano meno propensi a provare alcol o altre sostanze (Tharp & Noonan, 2012). Al contrario, adolescenti con livelli inferiori di funzionamento familiare, inteso come minore coinvolgimento affettivo e reattività affettiva, mostravano

un aumento della propensione ad assumere comportamenti a rischio tra pari, e, di conseguenza, maggiore utilizzo di sostanze (Miller, Tonigan, & Longabaugh, 1985; Prinstein, Boergers, & Spirito, 2001).

Più nello specifico, si è visto che il supporto familiare agisce come fattore protettivo rispetto sia al consumo di alcol sia all'abuso o alla dipendenza maggiormente nelle ragazze che nei ragazzi (Nelson, Xuan, & He, 2017).

La letteratura riporta inoltre che, sia negli uomini sia nelle donne adulte, l'AUD correla a minore coesione familiare, minore espressività emotiva e maggior conflitto familiare (Barry & Fleming, 1990).

Il supporto sociale specifico per il recupero da AUD correla positivamente con la motivazione a ridurre il consumo di alcol e ricercare un cambiamento nel proprio stile di vita (Moon *et al.*, 2019). Il supporto sociale, da parte sia della famiglia sia del partner, contribuendo ad aumentare l'autostima e il grado in cui l'individuo percepisce di essere amato e coinvolto nelle relazioni interpersonali, rappresenta un fattore cruciale nel mantenimento della remissione dopo il trattamento dell'AUD (Rumpf, Hapke, Meyer, & John, 2002).

Diversamente dagli adolescenti, per cui il supporto esercitato tra pari correla con l'utilizzo di alcol (Brenner *et al.*, 2011), per i giovani adulti buone relazioni tra pari, basate sul supporto emotivo e sociale e sull'intimità, correla con un utilizzo inferiore di alcol nei periodi maggiormente stressanti (Steptoe *et al.*, 1996).

Alla luce di questi risultati, strategie di intervento orientate a promuovere il supporto dei pari, il supporto emotivo familiare e dei servizi di assistenza sanitaria, possono rivelarsi molto efficaci nel percorso di remissione dell'AUD.

In uno studio (Murphy, Hoyme, Colby, & Borsari, 2006) che indagava l'impatto dell'utilizzo di alcol sugli studenti universitari e sulle strategie utili a prevenirne un consumo dannoso, è emerso che gli studenti sono più disponibili a aderire ad interventi di riduzione del danno, orientati a contenere le conseguenze negative associate al consumo di alcol, anche quando non vi è una reale intenzione di diminuirne l'assunzione.

In questa prospettiva, programmi più ampi finalizzati alla prevenzione e al trattamento della depressione, o di altri sintomi psicologici sottostanti al consumo di alcol, si rilevano una buona strategia per ridurre l'impatto dannoso dell'abuso di alcol, intervenendo sul benessere complessivo della persona. Di fatto, molti centri di consulenza universitari propongono attività di sensibilizzazione e supporto su tematiche come la gestione dello stress, le difficoltà relazionali, i comportamenti salutari, e la salute mentale (Kern, 2000).

Le università potrebbero promuovere attività volte alla socializzazione e allo svolgimento di attività ricreative alternative in grado di disincentivare la ricerca di bevande alcoliche (Murphy *et al.*, 2006).

La prevenzione dell'utilizzo di alcol mira anche a promuovere la salute di ciascun individuo. I gruppi target devono quindi essere raggiunti nei loro contesti di vita, con lo scopo di realizzare un cambiamento nelle conoscenze, negli atteggiamenti e nei comportamenti, nonché a promuovere l'acquisizione di competenze di vita e di gestione del rischio (Friedrich, Szabo, Zayed, & Potenza, 2020). Il principale target di riferimento è la coorte degli adolescenti, poiché il consumo d'alcol in età precoce predice il rischio di sviluppare AUD nell'età adulta (Singer, Bulled, Ostrach, & Mendenhall, 2011).

Misure che risultano particolarmente efficaci sono quelle che riguardano la promozione delle competenze di vita, attraverso, ad esempio, l'educazione tra pari, le attività ricreative alternative, l'educativa di strada (Praßer, Hallmann, & Goecke, 2021).

## **Conclusioni.**

L'analisi condotta in questo elaborato ha messo in luce la natura complessa e multidimensionale del disturbo da uso di alcol, inteso come fenomeno profondamente radicato nella struttura delle società contemporanee, capace di riflettere disuguaglianze, dinamiche relazionali, modelli di ruolo, e condizioni di vulnerabilità individuale.

Uno degli elementi centrali emersi dall'analisi riguarda le differenze di genere legate al consumo di alcol e allo sviluppo del disturbo da uso di alcol. Tradizionalmente, gli uomini hanno mostrato tassi più elevati di consumo e di diagnosi di AUD, associati a modelli comportamentali che favoriscono l'esposizione al rischio, e l'assunzione di un quantitativo maggiore di alcol. Tuttavia, la letteratura più recente ha messo in luce come tale divario di genere stia progressivamente riducendo, portando le donne ad un pattern di consumo simile a quello maschile. Tale fenomeno si traduce in un'ulteriore sfida per la salute pubblica, in quanto le donne sembrerebbero maggiormente suscettibili agli effetti che l'alcol esercita sul loro stato di salute psico-fisico.

Nelle donne, infatti, a parità di consumo di alcol emergono maggiori complicazioni sul piano biologico rispetto agli uomini, come ad esempio una maggiore suscettibilità a incorrere in patologie organiche, a causa di differenze nella composizione corporea, nel metabolismo e nella regolazione ormonale. Tale fenomeno, definito in letteratura "effetto telescopico", indica che le donne, pur iniziando il consumo di alcol in età più avanzata rispetto agli uomini, possono sviluppare conseguenze cliniche più severe e in tempi più brevi.

Ulteriore rilevanza rivestono le conseguenze sul piano psicologico, in quanto le donne con disturbo da uso di alcol mostrano più frequentemente comorbidità con disturbi dell'umore, ansia e condizioni di stress cronico. La letteratura suggerisce che il consumo

di alcol da parte delle donne sia connotato da meccanismi di automedicazione emotiva, attraverso i quali la sostanza viene usata per alleviare stati di sofferenza psicologica, traumi pregressi, e difficoltà relazionali.

Le donne con AUD, nonostante le maggiori problematiche a cui vanno incontro, accedono più tardivamente ai percorsi terapeutici rispetto agli uomini. Tale ritardo sembra trovare spiegazione nelle variabili socio-culturali, tra cui lo stigma sociale associato al consumo femminile di alcol, la vergogna interiorizzata, e le difficoltà legate ai ruoli familiari.

Un problema particolarmente significativo, che emerge in letteratura, riguarda l'esclusione sistematica delle donne dagli studi clinici condotti sull'alcolismo e sugli studi dei trattamenti farmacologici e di prevenzione. La maggior parte delle ricerche sperimentali sono state condotte sul cosiddetto "paziente standard", generalmente di sesso maschile, generando un *bias* nella comprensione dell'efficacia terapeutica e nella definizione delle soglie diagnostiche.

Strumenti di screening ampiamente diffusi per individuare le popolazioni con una storia di consumo dannoso di alcol, sono stati costruiti sulla base di modelli di consumo tipicamente maschili. Di conseguenza, tali strumenti possono presentare una maggiore frequenza di falsi negativi nelle donne, in ragione del fatto che non sempre riflettono modalità femminili di consumo.

Per quanto concerne l'analisi dei trattamenti farmacologici e psicoterapeutici, si evidenzia una conoscenza ancora insufficiente riguardo alla risposta differenziale ai farmaci tra uomini e donne. Molti trial clinici relativi ai principi attivi prevalentemente utilizzati nel trattamento dell'AUD, non includono un numero sufficiente di donne o non analizzano i risultati in un'ottica di differenziazione tra i due generi, generando una limitata comprensione delle eventuali differenze in termini di efficacia terapeutica, tollerabilità e risposta neurobiologica ai trattamenti farmacologici.

Sul piano dei trattamenti psico-sociali, le donne sembrerebbero trarre maggiori benefici quando essi vengono svolti su un target prettamente femminile. In particolare, nelle donne, l'efficacia di questi trattamenti appare influenzata dalla presenza di fattori emotivi e relazionali come il supporto sociale, la gestione dello stress, e la rielaborazione delle esperienze traumatiche.

Particolarmente critica appare la scarsità di programmi di prevenzione specificamente progettati per le donne. La maggior parte delle strategie preventive è stata storicamente orientata verso la popolazione generale, trascurando le caratteristiche psicologiche, biologiche e sociali femminili. La ricerca sulla prevenzione di genere rimane, quindi, un ambito ancora poco esplorato. Sarebbe auspicabile lo sviluppo di interventi preventivi che tengano conto delle differenze in ottica bio-psico-sociale, che ostacolano, ancora oggi, l'accesso alle cure per le donne.

In futuro la ricerca dovrebbe espandere la sua visione in un'ottica più inclusiva, capace di cogliere la specificità dell'esperienza femminile nel rapporto con l'alcol e di sviluppare strategie terapeutiche e di prevenzione che siano realmente efficaci.

## Bibliografia.

1. Agabio R, Pisanu C, Gessa GL, Franconi F. Sex differences in alcohol use disorder. *Current Medicinal Chemistry*. 2017;24(24):2661–2670. <https://doi.org/10.2174/0929867323666161202092908>. PMID: 27915987.
2. Agabio R, Sinclair JMA. La rovina della madre: perché le differenze di sesso e di genere nel campo della ricerca sull'alcol devono essere prese in considerazione. *Alcol Alcol*. 2019 Jul 1;54(4):342–344. doi:10.1093/alcalc/AGZ053. PMID:31369112.
3. *Alcohol-related disparities among women: Evidence and potential explanations*. *Alcohol Research: Current Reviews*. 2020 Sep 3;40(2):09. doi:10.35946/arcr.v40.2.09. PMID:32904739; PMCID:PMC7458137.
4. Almila Erol, Victor M. Karpyak, (2015). Sex and gender-related differences in alcohol use and its consequences: Contemporaru knowledge and future research consideration, *Drug and Alcohol Dependence*. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2015.08.023>.
5. American Psychiatric Association. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, 5ª edizione (DSM-5). Trad. it. Milano: Raffaello Cortina Editore; 2014.
6. Anton, R. F., O'Malley, S. S., Ciraulo, D. A., Cisler, R. A., Couper, D., Donovan, D. M., Gastfriend, D. R., Hosking, J. D., Johnson, B. A., LoCastro, J. S., Longabaugh, R., Mason, B. J., Mattson, M. E., Miller, W. R., Pettinati, H. M., Randall, C. L., Swift, R., Weiss, R. D., Williams, L. D., & Zweben, A. (2006). Combined pharmacotherapies and behavioral interventions for alcohol dependence: The COMBINE study: A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 295(17), 2003–2017. <https://doi.org/10.1001/jama.295.17.2003>
7. Antunes de Campos E, Narchi NZ. *The “wounded soul”*: What alcoholism means to participants of a women-only Alcoholics Anonymous meeting in São Paulo, Brazil. *Drug and Alcohol Review*. 2022;41(4):732–742. doi:10.1111/dar.13430. Epub 5 gennaio 2022. PMID:34989055.
8. Assessment of the association between alcohol sweet preference, alcohol harm, and alcohol value. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*. 2025

- Jun;33(3):269–274. doi:10.1037/pha0000756. Epub 2 December 2024. PMID:39621396; PMCID:PMC12097934.
9. Ávila Escribano, J. J., & González Parra, D. (2007). Diferencias de género en la enfermedad alcohólica. *Adicciones*, 19(4), 383–392. <https://doi.org/10.20882/adicciones.297>
  10. Ávila Escribano, J. J., & González Parra, D. (2007). Diferencias de género en la enfermedad alcohólica. *Adicciones*, 19(4), 383–392. <https://doi.org/10.20882/adicciones.297>
  11. Barrios N, Riordan W, Garcia-Rivas V, et al. Preclinical and clinical sex differences in alcohol effects on brain dopamine measures: a systematic review. *Biology of Sex Differences*. 2025;16:24. <https://doi.org/10.1186/s13293-025-00706-7>.
  12. Bradley KA, Boyd-Wickizer J, Powell SH, Burman ML. Alcohol screening questionnaires in women: a critical review. *JAMA*. 1998 Jul 8;280(2):166-71. doi: 10.1001/jama.280.2.166. PMID: 9669791.
  13. Carlini LE, Fernandez AC, Mellinger JL. *Sex and gender in alcohol use disorder and alcohol-associated liver disease in the United States: a narrative review. Hepatology*. 2024 Apr 29. doi:10.1097/HEP.0000000000000905. Epub ahead of print. PMID:38683562.
  14. Carson G, Cox LV, Crane J, Croteau P, Graves L, Kluka S, et al. Alcohol use and pregnancy consensus clinical guidelines. *J Obstet Gynaecol Canada JOGC*. 2010 Aug;32(8 Suppl 3):S1–31. [http://dx.doi.org/10.1016/S1701-2163\(16\)34633-3](http://dx.doi.org/10.1016/S1701-2163(16)34633-3)
  15. Ceni, E., Mello, T., & Galli, A. (2014). *Pathogenesis of alcoholic liver disease: Role of oxidative metabolism. World Journal of Gastroenterology*, 20(39), 14660–14671
  16. Choi HY, Balter DR, Haque LY. *Epidemiology and health burden of alcohol use disorder. Clinics in Liver Disease*. 2024 Nov;28(4):577–588. <https://doi.org/10.1016/j.cld.2024.06.006>. Epub 2024 Jul 23. PMID: 39362708; PMCID: PMC11772009.
  17. Cohen SM, Alexander RS, Holt SR. *The spectrum of alcohol use: epidemiology, diagnosis, and treatment. Medical Clinics of North America*. 2022 Jan; 106(1):43–60. <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2021.08.003>. PMID: 34823734.

18. Compton, W. M., Dawson, D. A., Goldstein, R. B. & Grant, B. F. (2013). *Crosswalk between DSM-IV dependence and DSM-5 substance use disorders for opioids, cannabis, cocaine and alcohol*. *Drug and Alcohol Dependence*, 132(1–2), 387-390. doi:10.1016/j.drugalcdep.2013.02.036.
19. Connor JP, Haber PS, Hall WD. *Alcohol use disorders*. *The Lancet*. 2016 Mar 5; 387(10022):988–998. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00122-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00122-1). Epub 2015 Sep 3. Erratum in: *The Lancet*. 2016;387(10022):944. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00194-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00194-4). PMID: 26343838.
20. Coriale G, Fiorentino D, Porrari R, Battagliese G, Capriglione I, Cereatti F, Iannuzzi S, Mauri B, Galli D, Fiore M, Attilia ML, Ceccanti M; Interdisciplinary Study Group CRARL - SITAC - SIPaD - SITD - SIPDip. Diagnosis of alcohol use disorder from a psychological point of view. *Riv Psichiatr*. 2018 May-Jun;53(3):128-140. English. doi: 10.1708/2925.29415. PMID: 29912215.
21. Da Rosa, M, Nóbile, N, Ramos, C, Saralegui, E y Teixeira, F. (2015.). *Alcohol y embarazo : análisis de estrategias para disminuir el consumo de alcohol en mujeres en edad reproductiva en Uruguay*. <https://hdl.handle.net/20.500.12008/30677>
22. Emmanuel Kuntsche, Matthias Wicki, Béat Windlin, Chris Roberts, Saoirse Nic Gabhainn, Winfried van der Sluijs, Katrin Aasvee, Margarida Gaspar de Matos, Zuzana Dankulincová, Anne Hublet, Jorma Tynjälä, Raili Välimaa, Pernille Bendtsen, Alessio Vieno, Joanna Mazur, Judith Farkas, Zsolt Demetrovics, Drinking Motives Mediate Cultural Differences but Not Gender Differences in Adolescent Alcohol Use, *Journal of Adolescent Health*, Volume 56, Issue 3, 2015, ISSN 1054-139X, <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2014.10.267>.
23. Epstein EE, McCrady BS, Hallgren KA, Gaba A, Cook S, Jensen N, Hildebrandt T, Holzhauser CG, Litt MD. Individual versus group female-specific cognitive behavior therapy for alcohol use disorder. *J Subst Abuse Treat*. 2018 May;88:27-43. doi: 10.1016/j.jsat.2018.02.003. Epub 2018 Feb 22. PMID: 29606224; PMCID: PMC6424104.
24. Erol, Almila & Karpyak, Victor. (2015). Sex and gender-related differences in alcohol use and its consequences: Contemporary knowledge and future research

- considerations. *Drug and alcohol dependence.* 156.  
10.1016/j.drugalcdep.2015.08.023.
25. Eurostat. (2021, August 6). *One in twelve adults in the EU consumes alcohol every day.* European Commission. Retrieved from <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/edn-20210806-1>
26. Firdaus I, Huizink AC, Kleiboer A, Goudriaan AE, Kaag AM. Sex differences in alcohol-induced craving and heart rate variability in hazardous drinkers. *Drug and Alcohol Dependence.* 2025;271:112662. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2025.112662>. Epub 2025 Mar 26. PMID: 40203667.
27. Flores-Bonilla A, Richardson HN. *Sex differences in the neurobiology of alcohol use disorder.* *Alcohol Research: Current Reviews.* 2020 Oct 8;40(2):04. doi:10.35946/arcr.v40.2.04. PMID:33042719; PMCID:PMC7532022.
28. García-Marchena N, Sanvisens A, Abellí-Deulofeu E, et al. *Sex differences in comorbidity in patients seeking first treatment for alcohol use disorder.* *Mental Health and Addiction.* 2025;23:1–15. <https://doi.org/10.1007/s11469-023-01112-z>.
29. Gender Differences in Alcohol Use: a Nationwide Study in a Multiethnic Population Chong Min Janrius Goh<sup>1</sup> · P. V. Asharani<sup>1</sup> · Edimansyah Abdin<sup>1</sup> · Shazana Shahwan<sup>1</sup> · Yunjue Zhang<sup>1</sup> · Rajeswari Sambasivam<sup>1</sup> · Janhavi Ajit Vaingankar<sup>1</sup> · Stefan Ma<sup>2</sup> · Siow Ann Chong<sup>1</sup> · Mythily Subramaniam<sup>1</sup> Accepted: 10 September 2022 © The Author(s) 2022
30. Ghosh A, Morgan N, Calvey T, Scheibein F, Angelakis I, Panagioti M, Ferri M, Krupchanka D. Effectiveness of psychosocial interventions for alcohol use disorder: a systematic review and meta-analysis update. *Am J Drug Alcohol Abuse.* 2024 Jul 3;50(4):442-454. doi: 10.1080/00952990.2024.2350056. Epub 2024 Jun 21. PMID: 38904466.
31. Gilbert PA, Saathoff E, Russell AM, Brown G. *Gender differences in lifetime and current use of online support for recovery from alcohol use disorder.* *Alcoholism: Clinical and Experimental Research.* 2022 Jun;46(6):1073–1083.

- doi:10.1111/acer.14827. Epub 19 June 2022. PMID:35717651; PMCID:PMC9246832.
32. Goh CMJ, Asharani PV, Abdin E, et al. *Gender differences in alcohol use: A national study of a multiethnic population. Mental Health and Addiction.* 2024;22:1161–1175. <https://doi.org/10.1007/s11469-022-00921-y>.
33. Greenfield SF, Pettinati HM, O'Malley S, Randall PK, Randall CL. *Gender differences in alcohol treatment: an analysis of outcomes from the COMBINE study. Alcoholism: Clinical and Experimental Research.* 2010 Oct;34(10):1803–1812. doi:10.1111/j.1530-0277.2010.01267.x. Epub 20 July 2010. PMID:20645934; PMCID:PMC3048309.
34. Greenfield SF, Trucco EM, McHugh RK, Lincoln M, Gallop RJ. The Women's Recovery Group Study: a Stage I trial of women-focused group therapy for substance use disorders versus mixed-gender group drug counseling. *Drug Alcohol Depend.* 2007 Sep 6;90(1):39-47. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2007.02.009. Epub 2007 Apr 18. PMID: 17446014; PMCID: PMC3679366.
35. Haeny, A. M., Gueorguieva, R., Jackson, A., Morean, M. E., Krishnan-Sarin, S., DeMartini, K. S., Pearlson, G. D., Anticevic, A., Krystal, J. H., & O'Malley, S. S. (2021). *Individual differences in the associations between risk factors for alcohol use disorder and alcohol use-related outcomes. Psychology of Addictive Behaviors, 35(5), 501-513.*
36. Harris MTH, Laks J, Stahl N, Bagley SM, Saia K, Wechsberg WM. *Gender dynamics in substance use and treatment: A women-centered approach. Medical Clinics of North America.* 2022 Jan;106(1):219–234. doi:10.1016/j.mcna.2021.08.007. PMID:34823732; PMCID:PMC8881090.
37. Haynes CJ, Beck AK, Kelly PJ, Kaip D, Wells M, et al. Relationship between patient-reported experiences and treatment satisfaction among men and women in residential substance use treatment. *Drug and Alcohol Review.* 2025. doi:10.1111/dar.70011.

38. Hendriks HFJ. *Alcohol and Human Health: What Is the Evidence?* Annual Review of Food Science and Technology. 2020 Mar 25; 11:1–21. doi:10.1146/annurev-food-032519-051827. PMID: 32209032.
39. Herbeck DM, Jeter KE, Cousins SJ, Abdelmaksoud R, Crèvecoeur-MacPhail D. *Gender differences in treatment and clinical characteristics among patients receiving extended-release naltrexone.* Journal of Addictive Diseases. 2016;35(4):305–314.
40. Holzhauer CG, Cucciare M, Epstein EE. *Sex and gender effects in recovery from alcohol use disorder.* Alcohol Research: Current Reviews. 2020 Nov 19;40(3):03. doi:10.35946/arcr.v40.3.03. PMID:33224697; PMCID:PMC7668196.
41. Johansen AN, Acuff SF, Strickland JC. *Assessment of the association between alcohol sweet preference, alcohol harm, and alcohol value.* Experimental and Clinical Psychopharmacology. 2025 Jun; 33(3):269–274. doi:10.1037/pha0000756. Epub 2024 Dec 2. PMID: 39621396; PMCID: PMC12097934.
42. Johnson, S. K., Velasquez, M. M., & von Sternberg, K. (2015). CHOICES: An Empirically Supported Intervention for Preventing Alcohol-Exposed Pregnancy in Community Settings. *Research on Social Work Practice*, 25(4), 488-492.
43. Kauko Mäkelä. *Uses of alcohol and their cultural regulation.* Acta Sociologica. 1983; 26(1):21–31. <https://doi.org/10.1177/000169938302600102>.
44. Kersey K, Lyons AC, Hutton F. *Alcohol and drinking in the lives of midlife women: A systematic review of qualitative studies.* International Journal of Drug Policy. 2022 Jan;99:103453. doi:10.1016/j.drugpo.2021.103453. Epub 12 October 2021. PMID:34653766.
45. Keyes KM, Jager J, Mal-Sarkar T, Patrick ME, Rutherford C, Hasin D. *Is there a recent epidemic of women's drinking? A critical review of national studies.* Alcoholism: Clinical and Experimental Research. 2019 Jul;43(7):1344–1359. doi:10.1111/acer.14082. Epub 5 June 2019. Erratum in: *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 2020 Feb;44(2):579. doi:10.1111/acer.14276. PMID:31074877; PMCID:PMC6602861.

46. Kirsch DE, Belnap MA, Kady A, Ray LA. *A narrative review of alcohol use in women: Insights on the telescoping hypothesis from a biopsychosocial perspective. The American Journal of Drug and Alcohol Abuse.* 2025;51(1):14–30. <https://doi.org/10.1080/00952990.2024.2419540>.
47. Komáreková I, Straka L, Novomeský F, Hejna P. *Gender differences in alcohol influence on an individual. Soudní Lékařství.* 2013 Jul;58(3):36–38. PMID:23964583.
48. Koob GF. *Treatment of alcohol use disorder: problems and solutions. Annual Review of Pharmacology and Toxicology.* 2024 Jan 23; 64:255–275. <https://doi.org/10.1146/annurev-pharmtox-031323-101507>.
49. Kovačić Petrović Z, Peraica T, Blažev M, Kozarić-Kovačić D. Alcohol dependence and quality of life: the role of gender and psychiatric comorbidity. *The Journal of Nervous and Mental Disease.* 2025 Jun 1;213(6):124–133. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000001830>. Epub 2025 May 5. PMID: 40325016.
50. Kovačić Petrović Z, Peraica T, Blažev M, Kozarić-Kovačić D. *Alcohol dependence and quality of life: The role of gender and psychiatric comorbidities. The Journal of Nervous and Mental Disease.* 2025 Jun;213(6):124–133. doi:10.1097/NMD.0000000000001830.
51. Kranzler HR. *Overview of alcohol use disorder. American Journal of Psychiatry.* 2023 Aug 1;180(8):565–572. doi:10.1176/appi.ajp.20230488. PMID:37525595.
52. Livingston NA, Simpson T, Lehavot K, Ameral V, Brief DJ, Enggasser J, Litwack S, Helmuth E, Roy M, Rosenbloom D, Keane TM. *Gender differences in response to alcohol treatment following use of VetChange. Drug and Alcohol Dependence.* 2021 Apr 1;221:108552. doi:10.1016/j.drugalcdep.2021.108552. Epub 29 January 2021. PMID:33556659.
53. Logge W, Baillie A, Haber P, Towers E, Riordan BC, Morley K. Sex differences in the interrelations between stress, craving and alcohol consumption across individuals and time during baclofen treatment for alcohol dependence. *Addict*

- Behav. 2023 Jan;136:107462. doi: 10.1016/j.addbeh.2022.107462. Epub 2022 Aug 11. PMID: 36084413.
54. Mahmood A Alalwan, Lauren Long, Kelly A Hirko, Noelle K LoConte, Courtney L Scherr, Brittney Keller-Hamilton, Leanne Atkinson, Sriya Suraapaneni, Margaret E Gatti-Mays, Sharon Manne, Darren Mays, Awareness of alcohol as a breast cancer risk factor and intentions to reduce alcohol consumption among U.S. young adult women, *Translational Behavioral Medicine*, Volume 13, Issue 10, October 2023, Pages 784–793, <https://doi.org/10.1093/tbm/ibad045>
55. Mancinelli, Rosanna. (2013). Gender differences in alcohol-related impairment: a critical review. *OA Alcohol*. 1. 8. 10.13172/2053-0285-1-1-598.
56. Matei-Mitacu, LM., Huțul, TD., Karner-Huțuleac, A. *et al.* The role of alcohol consumption motives in the relationships between psychological distress, emotional dysregulation, and problematic alcohol consumption. A mediation model. *Curr Psychol* 43, 36831–36845 (2024). <https://doi.org/10.1007/s12144-024-07111-0>
57. Maxwell AM, Harrison K, Rawls E, Zilverstand A. Gender differences in psychosocial determinants underlying the onset and maintenance of alcohol use disorder. *Frontiers in Neuroscience*. 2022 Mar 14;16:808776. doi:10.3389/fnins.2022.808776. PMID:35360152; PMCID:PMC8964095.
58. McCrady BS, Epstein EE, Fokas KF. Therapeutic interventions for women with alcohol use disorder. *Alcohol Research: Current Reviews*. 2020 Jul 30;40(2):08. doi:10.35946/arcr.v40.2.08. PMID:32742894; PMCID:PMC7384374.
59. McHugh RK, Weiss RD. Alcohol use disorder and depressive disorders. *Alcohol Research: Current Reviews*. 2019 Jan 1;40(1):arcr.v40.1.01. <https://doi.org/10.35946/arcr.v40.1.01>. PMID: 31649834; PMCID: PMC6799954.
60. McKee SA, McRae-Clark AL. Consideration of sex and gender differences in response to addiction medications. *Biology of Sex Differences*. 2022 Jun 27;13(1):34. doi:10.1186/s13293-022-00441-3. Erratum in: *Biology of Sex Differences*. 2022 Jul 13;13(1):38. doi:10.1186/s13293-022-00449-9. PMID:35761351; PMCID:PMC9235243.

61. Mirijello A, Sestito L, Antonelli M, Gasbarrini A, Addolorato G. Identification and management of acute alcohol intoxication. *European Journal of Internal Medicine*. 2023 Feb;108:1–8. <https://doi.org/10.1016/j.ejim.2022.08.013>. Epub 16 August 2022. PMID:35985955.
62. Mulia N, Bensley KM. Alcohol-related disparities among women: Evidence and possible explanations. *Alcohol Research: Current Reviews*. 2020 Sep 3;40(2):09. doi:10.35946/arcr.v40.2.09. PMID:32904739; PMCID:PMC7458137.
63. Murphy, J.G., Hoyme, C.K., Colby, S.M., & Borsari, B. (2006). Alcohol Consumption, Alcohol-Related Problems, and Quality of Life Among College Students. *Journal of College Student Development* 47(1), 110-121. <https://dx.doi.org/10.1353/csd.2006.0010>.
64. Oliveira GC, Carvalho MD de B, Pelloso SM, Ballani T da SL, Dell Agnolo CM. CONSUMO ABUSIVO DE ÁLCOOL EM MULHERES. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 14º de agosto de 2012 [citado 3º de março de 2026];33(2):60-8. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/rgenf/article/view/17445>
65. Ostermann RL, Carle AC, Ammerman RT, Gates D. Single-session motivational intervention to decrease alcohol use during pregnancy. *J Subst Abus Treat*. 2014 Jul;47(1):10–9. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jsat.2014.01.009>
66. Pedrelli P, Borsari B, Lipson SK, Heinze JE, Eisenberg D. Gender differences in the relationships among major depressive disorder, heavy alcohol use, and mental health treatment engagement among college students. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*. 2016 Jul;77(4):620–628. doi:10.15288/jsad.2016.77.620. PMID:27340967; PMCID:PMC4987072.
67. Peltier MR, Verplaetse TL, Mineur YS, Petrakis IL, Cosgrove KP, Picciotto MR, McKee SA. Sex differences in stress-related alcohol use. *Neurobiology of Stress*. 2019 Feb 8;10:100149. doi:10.1016/j.ynstr.2019.100149. PMID:30949562; PMCID:PMC6430711.
68. Petit G, Luminet O, Cordovil de Sousa Uva M, Monhonval P, Leclercq S, Spilliaert Q, Zammit F, Maurage P, de Timary P. Gender differences in affect and craving in alcohol dependence: a study during alcohol detoxification. *Alcoholism: Clinical and*

- Experimental Research*. 2017 Feb;41(2):421–431. doi:10.1111/acer.13292. Epub 6 January 2017. PMID:28060415.
69. Praßer T, Hallmann HJ, Goecke M. Erratum to: Municipal alcohol prevention in Germany: structures, strategies and challenges. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*. 2021 Sep;64(9):1181. German. doi:10.1007/s00103-021-03379-W. Erratum for: *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*. 2021 Jun;64(6):679–687. doi:10.1007/s00103-021-03334-9. PMID:34251466; PMCID:PMC8587223.
70. Raninen J, Ramstedt M, Thor S, Törrönen J. Mind the gap! Gender differences in alcohol consumption among Swedish ninth graders 1989-2021. *Drug Alcohol Rev*. 2024 Mar;43(3):596-603. doi: 10.1111/dar.13718. Epub 2023 Jul 11. PMID: 37434384.
71. Ray LA, Bujarski S, Grodin E, Hartwell E, Green R, Venegas A, Lim AC, Gillis A, Miotto K. State-of-the-art behavioral and pharmacological treatments for alcohol use disorder. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*. 2019;45(2):124–140. doi:10.1080/00952990.2018.1528265. Epub 29 October 2018. PMID:30373394; PMCID:PMC6430676.
72. Rehm J, Room R. The cultural aspect: How to measure and interpret epidemiological data on alcohol-use disorders across cultures. *Nordisk Alkohol & Narkotikatidskrift*. 2017 Aug;34(4):330–341. doi:10.1177/1455072517704795. Epub 14 September 2017. PMID:32934495; PMCID:PMC7450835.
73. Reilly, M. T., Noronha, A., Goldman, D. & Koob, G. F. (2017). *Genetic studies of alcohol dependence in the context of the addiction cycle*. *Neuropharmacology*, 122, 3–21. <https://doi.org/10.1016/j.neuropharm.2017.01.017>
74. Room R, Greenfield TK, Holmes J, Kraus L, Livingston M, Pennay A, Törrönen J. Supranational changes in drinking patterns: factors in explanatory models of substantial and parallel social change. *Addiction Research & Theory*. 2020;28(6):467–473. doi:10.1080/16066359.2019.1689963.
75. Rosenthal A, Haslacher D, Garbusow M, Pangratz L, Apfel B, Soekadar S, Romanczuk-Seiferth N, Beck A. Neuromodulation and mindfulness as therapeutic

- treatment in detoxified patients with alcohol use disorder. *BMC Psychiatry*. 2024 Sep 27;24(1):635. doi:10.1186/s12888-024-06085-4. PMID:39334026; PMCID:PMC11438385
76. Schwandt ML, Ramchandani VA, Upadhyay J, Ramsden C, Diazgranados N, Goldman D. *Pain in alcohol use disorder: assessment of the effects of childhood trauma, perceived stress, and psychological comorbidity*. *Alcohol*. 2024 Jun;117:43–54. <https://doi.org/10.1016/j.alcohol.2024.03.013>. Epub 2024 Mar 26. PMID: 38537764; PMCID: PMC11042973.
77. Schwandt ML, Ramchandani VA, Upadhyay J, Ramsden C, Diazgranados N, Goldman D. Pain in alcohol use disorder: Assessment of effects of childhood trauma, perceived stress, and psychiatric comorbidity. *Alcohol*. 2024 Jun;117:43–54. doi:10.1016/j.alcohol.2024.03.013. Epub 26 March 2024. PMID:38537764; PMCID:PMC11042973.
78. Southwick, S. M., Bonanno, G. A., Masten, A. S., Panter-Brick, C., & Yehuda, R. (2014). *Resilience definitions, theory, and challenges: Interdisciplinary perspectives*. *European Journal of Psychotraumatology*, 5, 25338. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v5.25338>
79. Subbaraman MS, Mulia N, Kerr WC, Patterson D, Karriker-Jaffe KJ, Greenfield TK. Associations between US state alcohol policies and alcohol outcomes: Differences by gender and race/ethnicity. *Addiction*. 2020 Jul;115(7):1285–1294. doi:10.1111/add.14937. Epub 5 February 2020. PMID:32026511; PMCID:PMC7292767.
80. Subbaraman, M. S., Barnett, S. B., & Karriker-Jaffe, K. J. (2019). *Risks associated with mid-level cannabis use among people treated for alcohol use disorder*. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 43(4), 690–694. <https://doi.org/10.1111/acer.13973>
81. Swahn, M.H., Martinez, P., Balenger, A. *et al*. Demographic disparities in the limited awareness of alcohol use as a breast cancer risk factor: empirical findings from a cross-sectional study of U.S. women. *BMC Public Health* 24, 1076 (2024). <https://doi.org/10.1186/s12889-024-18565-z>

82. Tareen K, Clifton EG, Perumalswami P, Mellinger JL, Winder GS. Treatment of Alcohol Use Disorder: Behavioral and Pharmacologic Therapies. *Clinics in Liver Disease*. 2024 Nov;28(4):761–778. doi:10.1016/j.cld.2024.06.011. PMID:39362720; PMCID:PMC11450263.
83. Tedor MF, Quinn LM, Wilsnack SC, Wilsnack RW, Greenfield TK. Gender and country differences in expected alcohol aggression and alcohol-related intimate partner violence. *Deviant Behavior*. 2018;39(5):554–575. doi:10.1080/01639625.2016.1269559. Epub 1 March 2017. PMID:29805188; PMCID:PMC5966292.
84. Travaglini R, Giardinelli L. Alcoholism and sex differences. *Italian Journal of Psychopathology*. 2005;11:437–444.
85. Umberson, D., Chen, M. D., House, J. S., Hopkins, K., & Slaten, E. (1996). *The effect of social relationships on psychological well-being: Are men and women really so different?* *American Sociological Review*, 61(5), 837–857. <https://doi.org/10.2307/2096456>.
86. Ünver, Ş., & Alkan, Ö. (2024). Sociodemographic factors associated with alcohol use in Turkish women. *Journal of Substance Use*, 29(4), 495–500. <https://doi.org/10.1080/14659891.2023.2284942>.
87. Vasilieva SN, Simutkin GG, Roshchina OV, Surovtseva AK, Bokhan NA. The influence of gender on clinical and dynamic indicators of alcohol dependence, the level of aggression of patients taking into account comorbidity with affective disorders. *J Ethn Subst Abuse*. 2025 Mar 8:1–10. DOI: 10.1080/15332640.2025.2468835. Epub ahead of print. PMID: 40056036.
88. Víctor Meza, Jorge Arnold, Luis Antonio Díaz, María Ayala Valverde, Francisco Idalsoaga, Gustavo Ayares, Deepika Devuni, Juan Pablo Arab, Alcohol Consumption: Medical Implications, the Liver and Beyond, *Alcohol and Alcoholism*, Volume 57, Numero 3, maggio 2022, pagine 283–291, <https://doi.org/10.1093/alcalc/agac013>

89. Walitzer KS, Dearing RL. Gender differences in alcohol and substance relapse. *Clin Psychol Rev*. 2006 Mar;26(2):128–148. doi:10.1016/j.cpr.2005.11.003. Epub 2006 Jan 18. PMID:16412541.
90. Wang, C., Huang, G., & Luo, Y. (2025). Assessing Alcohol Use Disorder: Insights from lifestyle, background, and family history with machine learning techniques. *Proceedings of the International Symposium of Human Factors & Ergonomics in Healthcare*, 14(1), 16. <https://doi.org/10.1177/2327857925141005>.
91. White A, Castle IJ, Chen CM, Shirley M, Roach D, Hingson R. Converging patterns of alcohol consumption and related outcomes among females and males in the United States, 2002–2012. *Alcohol Clin Exp Res*. 2015 Sep;39(9):1712–1726. doi:10.1111/acer.12815. PMID:26331879.
92. White AM. Gender differences in the epidemiology of alcohol use and alcohol-related harms in the United States. *Alcohol Research: Current Reviews*. 2020 Oct 29;40(2):01. <https://doi.org/10.35946/arcr.v40.2.01>. PMID: 33133878; PMCID: PMC7590834.
93. Witbrodt J, Delucchi K. Do women differ from men on Alcoholics Anonymous participation and abstinence? A multi-wave analysis of treatment seekers. *Alcohol Clin Exp Res*. 2011 Dec;35(12):2231–41. doi: 10.1111/j.1530-0277.2011.01573.x. Epub 2011 Jun 20. PMID: 21689121; PMCID: PMC3179825.
94. Witkiewitz K, Leggio L. Sex and gender differences in alcohol use disorder: Quo Vadis? *Alcohol*. 2025 Mar;123:121–125. doi:10.1016/j.alcohol.2025.01.003. Epub 2025 Jan 19. PMID:39837376.
95. Zhang R, Wiers CE, Manza P, Tomasi D, Shokri-Kojori E, Kerich M, Almira E, Schwandt M, Diazgranados N, Momenan R, Volkow ND. Severity of alcohol use disorder influences sex differences in sleep, mood, and brain functional connectivity impairments. *Brain Commun*. 2022 May 22;4(4):fcac127. doi:10.1093/braincomms/fcac127. PMID:35794873; PMCID:PMC9251604.
96. Zizzi A, Berri IM, Berri A, Occhipinti M, Escelsior A, Guglielmo R, Pereira Da Silva B, Amore M, Serafini G. *Psychological dimensions in alcohol use disorder: comparison between active drinkers and abstinent patients*. *Frontiers in Psychiatry*.

2024 Jun 27;15:1420508. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2024.1420508>. PMID: 38993382; PMCID: PMC11236675.

**Ringraziamenti.**

Ai miei genitori, per avermi dato l'opportunità di intraprendere e portare a termine questo percorso.