

Scuola Nazionale di Perfezionamento in Alcologia

Arezzo/S.Daniele del Friuli 2001

**LE RETI ECOLOGICHE PER LA PROTEZIONE E
PROMOZIONE DELLA SALUTE.**

**I programmi territoriali per la prevenzione e il trattamento dei
problemi alcolcorrelati: l'esperienza del servizio alcologico
territoriale del Ser.T. di Scandicci**

Relatore
Prof. G. Guidoni

Tesi di
Angela Tilli

Anno 2012

Indice

Premessa	pag.	1
1. Modelli teorici per i problemi alcolcorrelati	»	2
1.1 Introduzione	»	2
1.2 Alcolismo e problemi alcolcorrelati	»	3
1.3 I principali modelli teorici per i problemi alcolcorrelati	»	3
1.3.1 Il modello morale	»	4
1.3.2 Il modello medico e gli Alcolisti Anonimi	»	5
1.3.3 Teorie biologiche	»	9
1.3.4 Teorie psicologiche	»	12
1.3.5 Teorie socio-culturali	»	18
	»	
2. L'approccio ecologico-sociale ai problemi alcolcorrelati e complessi di Vladimir Hudolin	»	24
2.1 Introduzione	»	24
2.2 Modello epistemologico	»	24
2.3 Tecnica di trattamento	»	26
2.4 Filosofia di vita	»	30
2.5 L'approccio ecologico-sociale e la psicologia di comunità	»	31
3. Lo sviluppo dei servizi pubblici e dei programmi territoriali per i problemi alcolcorrelati: l'esperienza della zona fiorentina Nord-Ovest	»	35
3.1 Sviluppo dei servizi alcolologici in Italia	»	35
3.2 I servizi alcolologici in Toscana	»	36
3.3 Il Servizio Alcolologico Territoriale della Zona Fiorentina Nord-Ovest	»	40
3.4 Il lavoro di rete	»	46
3.5 Progetti di rete per la protezione e promozione della salute	»	49
4. Il Servizio Alcolologico Territoriale del Ser.T. di Scandicci	»	83
4.1 Introduzione	»	83
4.2 L'attività dell'ambulatorio: una ricerca	»	84
4.2.1 Materiali e metodi	»	85
4.2.2 Risultati	»	86
4.2.3 Discussione	»	96
4.2.4 Conclusioni	»	98
Bibliografia	»	100
APPENDICE A – Test statistici	»	109
APPENDICE B – <i>L'arte di rompere gli schemi! Quando i giovani salgono in cattedra.</i> Presentazione di PowerPoint realizzata dagli studenti del Russell-Newton	»	111

PREMESSA

Il lavoro qui presentato origina da alcune idee che ho in mente fin dal 1998 anno in cui iniziò la mia avventura... ecologico-sociale.

Frequentai il Corso di sensibilizzazione all'approccio ecologico-sociale ai problemi alcolcorrelati e complessi (Metodologia Hudolin) nel settembre del 1998 mentre stavo preparando l'esame di psicologia di comunità (al quale presi 30 e lode grazie a una domanda sul concetto di salute!) e da allora le analogie tra questa e l'approccio sviluppato dal Prof. Hudolin mi sono sempre risultate evidenti, soprattutto l'adesione ad una visione sistemica e in particolare ecologica del mondo.

Negli anni successivi, via via che si approfondiva la mia conoscenza dell'approccio ecologico-sociale, scoprivo sempre più come la visione sistemica di Hudolin andasse ben oltre l'approccio familiare sistemico, con il quale si lavora settimanalmente nei Club, e comprendesse ogni aspetto della metodologia: dal lavoro con le famiglie ai rapporti con i servizi.

Essere un servitore-insegnante, lavorare secondo l'approccio ecologico-sociale è qualcosa che ci si porta dietro ovunque e se si è dei professionisti della salute è qualcosa che permea la nostra pratica professionale sia privata che pubblica.

Ho avuto quindi l'opportunità e la fortuna di svolgere il tirocinio della Specializzazione in Psicologia Clinica e di collaborare con un Servizio delle Tossicodipendenze che ha un responsabile che è da tempo impegnato nello sviluppo dell'approccio ecologico-sociale (e che è il relatore della presente tesi). Questa esperienza mi ha dato la possibilità di cogliere l'importanza di portare all'interno di un servizio la filosofia e la pratica ecologico-sociale.

Questa tesi dunque approfondisce alcune mie riflessioni iniziali intorno all'approccio ecologico-sociale e cerca di descrivere l'apporto che l'approccio del Prof. Hudolin può dare al lavoro nei servizi e alla comunità.

Voglio ringraziare tutte le persone, servitori-insegnanti e non, senza il cui lavoro non sarebbero stati possibili i progetti descritti in questa tesi e in particolare Simona Caracciolo servitrice-insegnante e amica per il supporto e i suggerimenti (soprattutto riguardo la punteggiatura!) durante la stesura di questo lavoro.

1. Modelli teorici per i problemi alcolcorrelati

1.1 Introduzione

Nonostante l'uomo faccia uso di bevande alcoliche da oltre diecimila anni, fino al XVIII secolo solo l'ubriachezza era considerata una conseguenza potenzialmente problematica di un comportamento per altro ritenuto positivo in vari contesti. Le bevande alcoliche erano usate infatti a scopo di piacere, nutritivo, dissetante, medico, rituale e come strumento di scambio o di sfruttamento e l'ubriachezza, sebbene criticata da quasi tutte le culture, era vista come una scelta fatta per piacere. Il consumo di bevande alcoliche era un comportamento ritenuto parte della vita e come tale regolamentato nelle diverse società da norme di natura religiosa, sociale o economica (Barcucci, 1997; Granati, 1985; Hudolin, 1991; Mallach et al., 1987; Malka et al., 1983).

Solo verso la metà del 1700 si è iniziato a parlare delle conseguenze dannose dell'abitudine di bere alcolici ma l'attenzione era rivolta principalmente ai disordini sociali più che agli effetti dell'alcol sulla salute (Barcucci, 1997; Levine, 1979).

La consapevolezza dei rischi, sia individuali sia sociali, connessi all'uso di alcol, ha tardato a manifestarsi anche perché nel passato la durata media della vita era inferiore a quella attuale e, come è avvenuto anche per altri problemi di salute, molte delle conseguenze dannose derivanti dall'uso di questa sostanza non avevano il tempo di manifestarsi durante la vita di un individuo. Prima della Rivoluzione Industriale, inoltre, non erano molte le occasioni in cui l'uso di alcol si manifestava come socialmente pericoloso, mentre successivamente, quando si diffusero l'utilizzo di macchinari e la guida di veicoli nonché la necessità di una affidabile e puntuale forza lavoro, apparvero evidenti i rischi che comportava l'uso di questa sostanza. Il consumo di alcol cominciò dunque a essere visto come una minaccia allo sviluppo industriale e, con il rapido aumento dell'urbanizzazione, anche l'emarginazione sociale e la delinquenza vennero interpretate in correlazione alla diffusa abitudine del consumo di alcolici.

1.2 Alcolismo e problemi alcolcorrelati

“Alcolismo” (alcoholism) è un termine che nel tempo ha assunto diversi significati. Solitamente viene usato per riferirsi ad un bere cronico e continuativo o ad un uso di alcol periodico caratterizzato da una perdita di controllo sul bere con frequenti episodi di intossicazione e dalla continuazione dell'uso nonostante la presenza di conseguenze negative. Il termine fu originariamente coniato da Magnus Huss nel 1848. Huss aveva parlato di “alcolismo cronico” per riferirsi alle conseguenze negative, soprattutto fisiche, che affliggevano i forti bevitori cronici (Heather, 1999). Infatti, fino agli anni Quaranta, la parola alcolismo veniva riferita principalmente alle conseguenze fisiche del bere mentre, successivamente, fu usata più estensivamente per denotare un consumo di alcol che conduceva a qualsiasi tipo di danno (fisico, psicologico, individuale o sociale).

L'inesattezza del termine nel 1979 indusse la Commissione di Esperti dell'Organizzazione Mondiale della Sanità a preferire la più ristretta definizione di sindrome di dipendenza da alcol (alcohol dependance syndrome) considerata uno tra i molti problemi alcolcorrelati. Contemporaneamente la Commissione approvò il termine “problema alcolcorrelato” (alcohol-related problem) per indicare qualsiasi evento negativo accompagnato all'uso di alcol, sottolineando che “correlato” (related) non implica un legame di causalità. L'uso di questo termine può riferirsi sia all'individuo che alla società (WHO, Lexicon of alcohol and drug terms).

1.3 I principali modelli teorici per i problemi alcolcorrelati

Da quando si è iniziato a percepire l'uso di bevande alcoliche come un problema ha anche preso avvio l'elaborazione di teorie per cercare di comprendere il fenomeno e trovare delle strategie per affrontarlo. I modelli più importanti, dal punto di vista storico, in quanto i primi ad essere stati proposti, e dal punto di vista della diffusione e del conseguente impatto sulle rappresentazioni culturali del fenomeno, sono il modello morale e il modello medico.

1.3.1 Il modello morale

Il primo modello teorico che propone un'eziologia e un trattamento per i problemi connessi all'uso di alcol è il *modello morale* che ha dominato per tutto il XIX secolo. Tale modello attribuisce il bere eccessivo o l'ubriachezza a deficit della responsabilità personale o della forza spirituale (Hester R.K. e Sheeby N., 1990).

Il Dott. Benjamin Rush nel 1785 considerava l'ubriachezza come una "malattia della volontà". Rush prescriveva come cura l'astensione immediata e totale dalle bevande alcoliche e riteneva che l'alcolista fosse una vittima della diffusa e approvata usanza sociale di bere sostanze che provocano dipendenza (Rush, 1970). Secondo Levine (1979) nel lavoro di Rush apparve per la prima volta il concetto di dipendenza (*addiction*) e questo rappresentò l'avvento di un nuovo paradigma che segnò una rottura con le precedenti concezioni secondo le quali le persone bevevano e si ubriacavano perché lo volevano e non perché erano in qualche modo "costrette" (Levine , 1979).

Da queste idee, verso la fine del XVIII secolo, negli Stati Uniti, nacque il Movimento di Temperanza e durante il XIX secolo si svilupparono varie organizzazioni di astinenti, come l'Esercito della Salvezza e l'Organizzazione Internazionale dei Buoni Templari, che si battevano contro la produzione, la diffusione e il consumo di bevande alcoliche. Queste associazioni fondarono anche degli asili dove gli alcolisti potevano ricevere trattamenti specifici.

Tuttavia, con il diffondersi dell'industrializzazione, l'accento fu spostato sugli effetti negativi dell'alcol legati agli incidenti di lavoro, al costo per i lavoratori e le loro famiglie e soprattutto sul ruolo del bar come luogo di nascita del crimine e dell'immoralità. L'alcolista fu visto sempre meno come una vittima e sempre più come una minaccia per la comunità e l'ideologia dei vari movimenti di temperanza divenne più estrema e si orientò verso il proibizionismo. L'applicazione del proibizionismo ebbe il suo culmine negli Stati Uniti con l'approvazione del 18° emendamento della Costituzione che vietò la produzione, la vendita ed il consumo di alcolici dal 1919 al 1933, anno in cui fu abolito perché, nonostante vi fosse stata un'effettiva riduzione del consumo di alcol e dei problemi alcolcorrelati questa legge aveva creato più problematiche di quanti ne avesse risolte (contrabbando, malavita, ecc.) (Hester R.K. e Sheeby N., 1990).

Alcuni autori preferiscono considerare il modello di temperanza come distinto dal modello morale, in quanto il primo vede l'alcol come una droga pericolosa da consumare in ogni caso con cautela, mentre il secondo vede nella debolezza dell'individuo la causa dei problemi legati al consumo di alcol. Altri distinguono il modello morale in due sottomodelli: un modello morale "dry" (asciutto), che considera l'alcol come una sostanza nociva e quindi comunque inaccettabile e un modello morale "wet" (bagnato), per il quale gli alcolisti sono persone che non obbediscono alle regole di un modo di bere socialmente accettabile (Hester R.K. e Sheeby N., 1990).

Il modello morale ha dominato nel 1800 ma non ha cessato del tutto di influenzare il pensiero sul fenomeno. Infatti, ancora oggi, sia nel linguaggio comune che in quello professionale, vengono usati termini come "vizio", "colpa" e "alcolizzato" con la sua connotazione dispregiativa.

Negli ultimi duecento anni la definizione dell'alcolismo si è del resto modellata sugli sviluppi del pensiero sulla devianza in generale e sulla malattia mentale in particolare: fino al XX secolo, malattia mentale e ubriachezza abituale erano entrambe attribuite ad un fallimento nel regolare se stessi e di conseguenza erano utilizzati trattamenti morali e repressivi nell'intento di ricostruire il potere di autocontrollo attraverso la disciplina, la routine e il duro lavoro (Hudolin, 1991; Levine, 1979).

1.3.2 Il modello medico e gli Alcolisti Anonimi

Nel XX secolo si sviluppò compiutamente il modello medico dell'alcolismo.

L'idea dell'ubriachezza abituale come malattia era già presente nel pensiero di Rush nel 1700, all'inizio del 1800 fu descritto il quadro clinico del delirium tremens e nel 1849 si ebbe la prima descrizione dell'"alcoholismus chronicus", come specifica sindrome, ad opera del medico svedese Magnus Huss (Huss, 1849). Tuttavia, solo nel '900, nel periodo compreso tra le due guerre mondiali, gli alcolisti cominciarono ad essere sottoposti a cure specifiche, tra le quali anche le diverse terapie psichiatriche allora disponibili come l'elettroshock, la lobotomia, i sedativi, il decondizionamento. E fu solo dopo la Seconda Guerra Mondiale che si diffuse il concetto dell'alcolismo come malattia.

Mentre i primi tentativi di dare una spiegazione medica dell'alcolismo, come quello di Rush, attribuivano all'alcol la proprietà di condurre le persone ad una perdita di controllo sul bere, la versione più moderna del concetto medico dell'alcolismo, nata dopo il fallimento del proibizionismo americano che aveva fatto crollare l'obiettivo di una astinenza universale, affermò che l'alcolismo era una caratteristica di un piccolo gruppo di individui con una innata suscettibilità per questa malattia (Peele S., 1984).

All'affermarsi di tale modello contribuì in maniera decisiva il movimento degli Alcolisti Anonimi (AA).

L'associazione Alcolisti Anonimi nacque nel 1935 ad Akron negli Usa quando Bill Wilson e Bob Smith, un agente di borsa e un medico, entrambi alcolisti, scoprirono che, aiutandosi reciprocamente, riuscivano a mantenersi astemi. In opposizione all'approccio moralistico seguito negli Stati Uniti, considerarono l'alcolismo come una malattia cronica dalla quale non si può guarire ma che si può arrestare smettendo di bere e introdussero una nuova modalità per il raggiungimento e il mantenimento dell'astinenza: il metodo dell'auto-aiuto. Bill e Bob ispirandosi alla medicina, alla psicologia e alla religione, elaborarono il *Metodo dei 12 Passi* che descrissero nel libro "Alcolisti Anonimi" (noto come il *Grande Libro*) pubblicato nel 1939. Da allora Alcolisti Anonimi si è diffuso in tutto il mondo e oggi è presente in oltre 150 paesi con circa 100.000 gruppi di alcolisti.

In Italia il primo gruppo fu inaugurato a Roma nel 1972. A Firenze il primo gruppo nacque nel 1974. L'Associazione Alcolisti Anonimi fu formalizzata nel 1979 e nel 1980 fu tradotto il *Grande Libro*. La diffusione della letteratura sugli AA contribuì al loro espandersi e nel 2001 erano presenti in tutte le regioni d'Italia con circa 500 gruppi per circa 10.000 alcolisti.

Parallelamente ai gruppi AA nel tempo sono nati i gruppi AL-Anon per familiari e amici di alcolisti e i gruppi Alateen per i figli adolescenti. Nel 2001 in Italia erano attivi 378 gruppi AL-Anon e 36 gruppi Alateen (Servizi Generali Alcolisti Anonimi in Italia, 2004).

Il movimento degli Alcolisti Anonimi ha caratteristiche tipicamente statunitensi: la tipica atmosfera da revival americano* lo avvicina alle compagnie di temperanza del diciannovesimo secolo che avevano radici in movimenti religiosi, e l'enfasi che pone nella pubblica confessione e nella salvezza attraverso un potere superiore richiama il

* Pratiche religiose basate su un'intensa partecipazione emotiva capace, talvolta, di condurre fino ad una sorta di catarsi mistica.

protestantesimo evangelico. Per questo, nonostante la sua grande diffusione, non ha influenzato in altre nazioni le politiche e i trattamenti per l'alcolismo tanto quanto negli Stati Uniti (Peele, 1984). Inoltre richiede ai partecipanti alcune capacità come «un discreto livello di scolarità; ideazione, concettualizzazione e verbalizzazione fluida» (Devoto, 1986; p. 30).

Successivamente, il modello medico trovò il suo suggello nell'opera di Jellinek che nel 1960 pubblicò il libro *Disease concept of alcoholism*. Questa opera divenne il testo di riferimento del modello medico per quanto l'autore definisca l'alcolismo come «qualunque uso di bevande alcoliche che provochi un qualsiasi danno all'individuo o alla società, o a entrambi».

Jellinek propone una classificazione delle diverse forme di alcolismo: alfa, beta, gamma, delta e epsilon. Il tipo alfa è caratterizzato da dipendenza dagli effetti dell'alcol che viene utilizzato per mitigare sofferenze fisiche o emotive; chi ne soffre non ha perso la capacità di controllare il consumo della sostanza e gli effetti negativi di questa emergono solo nelle relazioni interpersonali. Non si riscontra in questo tipo una sindrome di astinenza, né una progressione della malattia. Nel tipo beta, invece, sono presenti gravi complicanze mediche senza sintomi evidenti di dipendenza fisica o psicologica. Questa è la forma di alcolismo, progressiva, tipica dei paesi in cui si consuma vino quotidianamente, come usanza sociale, e dove spesso si trovano anche abitudini alimentari carenti. L'alcolismo gamma è caratterizzato dalla dipendenza dall'alcol e dalla perdita di controllo sulla quantità di sostanza assunta; è presente un forte deterioramento fisico e sociale ed è questa la forma di alcolismo più comune negli Stati Uniti. Tali caratteristiche sono presenti anche nell'alcolismo delta, tranne il fatto che l'individuo riesce ad avere un controllo sull'alcol astenendosi dall'uso per alcuni periodi. L'alcolismo epsilon era ritenuto la forma meno comune in America ed è caratterizzato da sborne periodiche (Jellinek, 1960). Ricerche successive non hanno però confermato questa classificazione (Peele, 1984).

Il modello medico dell'alcolismo considera quindi l'alcol come una sostanza socialmente accettabile che fa ammalare solo alcune persone. L'alcolista è una persona, in qualche modo, diversa costituzionalmente dai non alcolisti e, a causa di tale differenza individuale, per l'alcolista è impossibile bere in modo moderato. Il trattamento basato su tale modello è focalizzato sull'aiuto dato all'individuo nel suo sforzo di controllare il proprio

comportamento compulsivo (Levine, 1979). La causa della malattia viene ricercata più nell'individuo che non nella sostanza in sé. Siccome però non sono mai stati individuati assetti di personalità, tratti psicologici o costituzionali specificamente correlati con l'alcolismo è molto difficile proporre interventi di prevenzione primaria basati su questo modello.

Il modello medico oggi riscuote molta popolarità ed è appoggiato anche dai produttori di bevande alcoliche poiché implica che la maggioranza delle persone possa bere senza il rischio di diventare alcolista (Hester R.K. e Sheeby N., 1990).

Il modello medico è stato importante perché ha esteso la protezione sanitaria e sociale agli alcolisti e alle loro famiglie e ha permesso di pensare a loro non più come persone da condannare ma come persone bisognose di cure, tuttavia allo stesso tempo ha frenato lo sviluppo dell'approccio ai problemi alcolcorrelati, occupandosi prevalentemente delle complicanze somatiche o psichiatriche dell'alcolismo senza considerarne le componenti sociali e culturali che invece emergono chiaramente da numerose ricerche. Inoltre la forte enfasi data all'idea di alcolismo come una specifica malattia ha oscurato la diffusione dell'evidenza che di fatto nessuna singola causa è mai stata stabilita, né alcun singolo fattore causale biologico è mai risultato essere decisivo (Fingarette, 1990).

Dopo la Seconda Guerra Mondiale lo sviluppo dell'alcolologia è stato rapido e la complessità dei disturbi alcolcorrelati ha portato all'elaborazione di diversi approcci teorici ognuno dei quali focalizza aspetti diversi del problema e lo riconduce a cause diverse.

Già verso la metà del XX secolo si contavano oltre duecento definizioni e modelli teorici del cosiddetto alcolismo (Jellinek, 1960). Oggi la letteratura, soprattutto di area anglosassone, propone un grande numero di articoli che affrontano il fenomeno da svariati punti di vista: praticamente ogni approccio teorico si è confrontato con il comportamento di uso di alcol e di altre droghe. Nel 1980 il National Institute on Drug Abuse (Nida) ha selezionato 43 approcci teorici sull'uso di alcol e altre droghe e li ha raccolti in una monografia (*Theories on Drug Abuse. Selected Contemporary Perspectives*) nella quale sono stati classificati in base all'enfasi posta sul Sé, sulle relazioni con gli altri, sulla società e sulla costituzione biologica.

In questo lavoro si è deciso di scegliere alcuni tra i modelli più significativi presenti in letteratura oltre ai modelli morale e medico e di suddividerli in tre grandi gruppi: biologico, psicologico e socio-culturale. La suddivisione è in parte arbitraria poiché, in molte teorie, ci sono sovrapposizioni e tutti i modelli più recenti concordano su una concezione eziologica multifattoriale. Gli approcci differiscono tuttavia nell'attribuzione di importanza o nella preferenza data alla lettura più approfondita di alcuni fattori rispetto ad altri.

1.3.3 Teorie biologiche

Gli studi più importanti nell'ambito delle teorie biologiche rientrano nei due filoni del *modello genetico* e del *modello neurobiologico* anche se, soprattutto con l'avvento delle nuove tecniche di biologia molecolare, le due linee di ricerca si sono sempre più unite.

Numerosi studi dimostrano che fattori genetici ed altri fattori biologici sono coinvolti nello sviluppo di un disturbo legato all'uso di alcol.

La prima indicazione per una possibile influenza genetica deriva dagli studi sulle famiglie di alcolisti: è stato ripetutamente messo in evidenza come il rischio che un bambino sviluppi un problema con l'alcol sia proporzionale al numero di familiari alcolisti, alla gravità del loro disturbo e alla loro vicinanza genetica con il bambino.

Le evidenze più persuasive vengono però dagli studi sui gemelli e sui bambini adottati. I gemelli monozigoti mostrano una concordanza del 60% per lo sviluppo di alcolismo mentre nei gemelli dizigoti questa è solo del 30% (Schuckit, 1980; NIAAA, 2003).

Attraverso gli studi su individui adottati si riescono a separare le influenze genetiche da quelle ambientali: secondo alcune ricerche sembra che i figli di alcolisti continuino ad avere un elevato rischio di sviluppare disturbi alcolcorrelati anche quando vengono adottati subito dopo la nascita da famiglie non alcoliste (Goodwing, 1990).

Gli studi sulle famiglie, sui gemelli e sulle adozioni evidenziano dunque il contributo dei fattori genetici nello sviluppo di uno stretto legame con l'alcol da parte delle persone, tuttavia ogni ricercatore in questo campo ricorda che la genetica spiega solo una parte della varianza del fenomeno: l'esito finale è sempre composto da fattori biologici, ambientali, culturali e dalle esperienze specifiche di un individuo (Gemma et al., 2006; Who, 2004). Schuckit (1980) sottolinea chiaramente che una predisposizione genetica

verso l'alcolismo può non avere niente a che fare con il motivo per il quale le persone iniziano a bere in una società "alcolica" come quella occidentale e ricorda che queste ricerche sono valide solo se si parla di un disturbo persistente mentre problemi alcolcorrelati transitori hanno più a che fare con variabili di contesto.

Sembra infatti che la stima dell'ereditarietà dell'alcol dipendenza vari da 52% a 63% a seconda dei criteri diagnostici utilizzati (DSM-IV o ICD-10) (Who, 2004). Cloninger (1981), proprio a questo proposito, ha proposto una tipologia dell'alcolismo secondo la quale ci sarebbe una forma di alcolismo, più frequente, meno soggetta all'influenza di fattori ereditari (Tipo 1) e una forma (Tipo 2) meno frequente e più ereditabile; secondo l'autore il Tipo 2 è anche associato con un disturbo antisociale di personalità (Cloninger et al., 1981; Goodwin, 1990; Kranzler e Anton, 1997).

Il modello genetico è avvalorato anche dal fatto che tra etnie diverse si riscontrano variazioni nella suscettibilità alla tossicità dell'etanolo (Li, 1990; Gemma et al. 2006).

Anche le ricerche su modelli animali sostengono l'ipotesi dell'influenza genetica dal momento che è possibile creare linee genetiche con una alta o bassa tendenza all'uso di alcol; inoltre oggi, con le nuove tecniche di ingegneria genetica, è anche possibile creare linee di animali transgenici per studiare l'effetto di specifici geni (Li, 1990; Who, 2004; Bennett et al., 2006).

Gli studi sulle famiglie e i gemelli indicano la possibile esistenza di una componente ereditaria ma niente dicono su quali geni o cromosomi sono implicati nella trasmissione genetica del disturbo.

Il contributo dei fattori genetici all'alcolismo non è spiegabile con un'ereditarietà mendeliana per la quale è sufficiente la mutazione di un singolo gene per determinare una specifica malattia. Un disturbo complesso come l'alcolismo è invece dovuto all'azione combinata di più geni ognuno dei quali produce un piccolo effetto.

La recenti tecniche di genetica molecolare hanno permesso di analizzare l'effetto dei geni che mediano per diversi aspetti legati al metabolismo dell'etanolo: il primi ad essere studiati sono stati i geni che codificano per gli enzimi epatici alcol deidrogenasi (Adh) o aldeide deidrogenasi (Adlh). Entrambi gli enzimi sembrano presentare un ampio polimorfismo funzionale con geni diversi che codificano per diverse forme dei due enzimi. Quando viene ingerita una bevanda alcolica alcune varianti di questi enzimi determinano

l'innalzamento del livello di acetaldeide, metabolita tossico dell'alcol, con la conseguenza di sintomi come arrossamento, nausea e tachicardia. Queste varianti genetiche spiegano le differenze negli effetti dell'alcol che si riscontrano comunemente nelle popolazioni asiatiche e in altre etnie e che sono protettivi verso lo sviluppo di problemi alcolcorrelati in quanto inducono un comportamento avverso nei confronti del bere.

Altri geni coinvolti nel metabolismo dell'etanolo sono quelli che codificano per il citocromo microsomiale P 450 (CYP2E1) per il quale esiste una variante associata con un alterato metabolismo dell'alcol (Gemma et al. 2006; NIAAA, 2003; Who, 2004).

Altri studi hanno indagato l'effetto dell'etanolo da punto di vista neurobiologico.

Sulla base della conoscenza acquisita rispetto ad altri disordini psichiatrici il primo candidato nella ricerca delle basi neurobiologiche dell'alcolismo è stato il sistema serotoninergico. In particolare il recettore 5-HT della serotonina sembra coinvolto nella modulazione dell'umore e nel controllo degli impulsi. Varie ricerche hanno riportato anomalie nella neurotrasmissione legata a 5-HT negli alcolisti tuttavia questo recettore si è dimostrato associato ad un gran numero di comportamenti impulsivi. La neurotrasmissione nel sistema serotoninergico è molto complessa sia per quanto riguarda i recettori sia per i meccanismi di traduzione del segnale, questo può spiegare come un singolo neurotrasmettitore possa provocare un'ampia varietà di effetti e possa potenzialmente avere un ruolo patofisiologico in diversi disordini, incluso l'alcolismo.

Anche la dopamina sembra avere un ruolo nel rinforzo prodotto da diverse sostanze psicoattive, inoltre l'interazione tra i sistemi serotoninergico e dopaminergico potrebbero avere un ruolo nel rinforzare gli effetti dell'alcol (Kranzler e Anton, 1997).

Sembrano inoltre essere coinvolti gli oppioidi endogeni e il GABA (acido gamma-aminobutirrico). Il consumo di alcol aumenta il rilascio di endorfine che a loro volta attivano il sistema dopaminergico di gratificazione. È stato ipotizzato che differenze nella sensibilità del sistema degli oppioidi endogeni possa essere alla base delle differenze individuali nell'intensità del craving per l'alcol e nel rischio di sviluppare una dipendenza, mentre il Gaba sembra essere coinvolto nello sviluppo di tolleranza e nei sintomi di astinenza (Jung e Namkoong, 2006).

Alcune ricerche su modelli animali e anche sull'uomo suggeriscono che i geni coinvolti nell'attività della serotonina e del Gaba possano essere significativi per la suscettibilità

individuale per l'alcolismo. Studi recenti riportano che persone con una certa variante di un trasportatore della serotonina e un certo tipo di recettore Gaba mostrano una minore risposta all'alcol e un maggior rischio per alcolismo. Tuttavia la relazione tra i geni dei neurotrasmettitori e l'alcolismo è molto complessa e non tutti gli studi hanno mostrato relazioni tra questi fattori (Niaaa, 2003).

1.3.4 Teorie psicologiche

La proposta di modelli in campo psicologico e psicosociale è vastissima.

In questo paragrafo saranno considerati gli approcci più rilevanti rispetto ai problemi alcolcorrelati all'interno dell'area psicomotiva, nell'ambito degli studi sulla personalità, nel filone cognitivo-comportamentista e nell'approccio familiare sistemico.

Teorie psicomotiviche

Nell'ambito delle teorie psicomotiviche e della psicoanalisi in particolare, già i primi autori hanno proposto ipotesi sulle possibili cause dell'alcolismo all'interno della propria metapsicologia di riferimento.

Fino agli anni Sessanta gli autori psicoanalitici che operavano all'interno del modello pulsionale hanno attribuito importanza etiologica alla rimozione, al conflitto sessuale e aggressivo e alla funzione regressiva e di gratificazione libidica connesse soprattutto agli aspetti simbolici della sostanza e del modo in cui viene assunta (Khantzian et al., 1990).

Freud (1905) nei *Tre Saggi sulla Sessualità* afferma che in alcuni bambini vi è un'intensificazione costituzionale della sensibilità erogena della regione labiale e «Se tale importanza persiste questi bambini [...] da uomini avranno un forte motivo per bere e fumare» (pag. 66 trad it. 1975). Freud vede l'alcol come un sostituto libidico oggettuale per una gratificazione orale; rileva negli alcolisti anche una certa debolezza dell'Io che è dominato dal principio del piacere e dalla necessità di accrescere la propria autostima narcisistica.

Nel 1929, nel libro *Il Disagio della Civiltà*, Freud descrive l'intossicazione come un modo per evitare il dispiacere fuggendo dal mondo esterno e in qualche modo include nell'eziologia del bere influenze ambientali più ampie e non limitate alle vicende infantili che possono aver determinato una fissazione allo stadio orale: «Gli effetti prodotti dagli inebrianti nella lotta per conquistare la felicità e per difendersi dalla miseria vengono considerati talmente benefici che gli individui e i popoli hanno loro riservato un posto ben preciso nella loro economia libidica. Dobbiamo ad essi non solo l'acquisto immediato di piacere, ma anche una parte ardentemente agognata, d'indipendenza dal mondo esterno. Con l'aiuto dello "scacciapensieri" sappiamo dunque di poterci sempre sottrarre alla pressione della realtà e trovare riparo in un mondo nostro, che ci offre condizioni sensitive migliori» (pg. 570 trad. it. 1978).

Freud, e altri autori come Abraham, Fenichel, Knight, hanno rilevato anche il potere disinibente dell'alcol: «il Super-Io è solubile nell'alcol» (Zimberg, 1982).

Anche Abraham (1916) parla di bramosia orale e ricerca di benessere.

Per Rado (1933) la gratificazione orale è un fattore importante e nella personalità dipendente assume la funzione di una difesa maniacale per contrastare sentimenti depressivi.

Rosenfeld (1965), all'interno della metapsicologia kleiniana delle relazioni oggettuali, considera l'uso di alcol un modo di evitare angosce depressive e persecutorie in persone ferme nella posizione schizo-paranoide che sono portate a vivere la sostanza alternativamente come tutta buona o tutta cattiva. Nel primo caso attraverso il bere si avrà l'incorporazione di un oggetto buono che avrà l'effetto di rafforzare le difese maniacali e di estromettere la parte negativa del Sé; nel secondo caso, l'incorporazione di una sostanza cattiva e aggressiva e l'identificazione con essa produrrà sentimenti di colpa e avrà l'effetto di accrescere l'istinto di morte.

Zimberg (1982) propone un modello che, partendo dalla distinzione tra alcolista primario (che non ha disturbi psichiatrici) e alcolista secondario (alcolismo come conseguenza di un disturbo psichiatrico), riconosce ad una particolare costellazione psicologica il ruolo di fattore chiave nello sviluppo dell'alcolismo. Secondo l'Autore i rifiuti subiti nell'infanzia, l'iperprotezione o una responsabilizzazione precoce inducono scarsa autostima e sentimenti di inadeguatezza che, se negati, portano ad un eccessivo bisogno

inconscio di dipendenza con intense richieste di calore e nutrimento che non possono essere soddisfatte nella realtà. Queste richieste, rifiutate, generano ansia che a sua volta porta allo sviluppo di un bisogno compensatorio di grandezza come meccanismo di difesa. A questo punto predisposizioni genetiche e fattori socioculturali possono contribuire alla scelta dell'uso di alcol che accresce, temporaneamente, il senso di potere e di successo compensatorio innescando un circolo vizioso che può condurre all'alcolismo (Zimberg, 1982).

Le formulazioni più recenti soprattutto nell'ambito della Psicologia del Sé sottolineano la vulnerabilità delle strutture dell'Io e del Sé deputate alla regolazione dell'autostima, all'autocura e alla capacità di relazionarsi con gli altri (Khantzian et al., 1990).

Kohut (1977) sostiene che l'individuo soffre a causa di un deficit nel Sé e cerca la droga, che sente come capace di curare il difetto centrale; la sostanza diviene così il sostituto di un oggetto-Sé fallimentare. L'ingestione della droga costringe simbolicamente l'oggetto-Sé rispecchiante ad amarlo ed accettarlo. In altri casi la droga fornisce agli individui l'autostima che non possiedono (il sentirsi accettato e sicuro di Sé) oppure il senso di fusione con una fonte di potere che lo fa sentire forte e meritevole. Tutti questi effetti della droga accrescono nell'individuo il sentimento di essere vivo e la certezza di esistere.

Per Khantzian (1977) un modello eccessivamente pulsionale, con tutta l'enfasi posta sulla gratificazione libidica connessa all'uso di droghe, ha impedito ai primi autori psicoanalitici di sviluppare pienamente importanti osservazioni cliniche.

Il *modello dell'automedicazione* da lui proposto sostiene che le persone fanno uso di droga come autocura per la sofferenza psicologica che deriva dai deficit nelle strutture dell'Io e del Sé coinvolte nella regolazione di quattro aree principali: a) accesso, tolleranza e regolazione dei sentimenti; b) gestione delle relazioni; c) autocura; d) autostima (Khantzian et al., 1990).

Teorie della personalità

L'idea che le caratteristiche di personalità abbiano un ruolo nello sviluppo di problemi legati all'uso di alcol ha una lunga tradizione a partire dal concetto di "degenerazione" presente nelle teorie del XIX secolo (Peele, 1990). Tuttavia, nonostante l'enorme mole di

ricerche, non è stato possibile definire una "personalità alcolica o prealcolica". La maggior parte degli studi concorda sul fatto che le strutture di personalità delle persone alcoliste sono molto diverse tra loro (Rigliano, 2004).

Tuttavia sono state condotte molte ricerche con l'obiettivo di individuare tratti di personalità correlati all'uso di alcol.

McClelland e colleghi (1972), hanno studiato l'alcolismo in relazione al bisogno di potere con il Thematic Apperception Test (Tat) evidenziando in studenti di college forti bevitori un elevato bisogno di potere. Ma i risultati non sono stati replicati e altri tratti come l'impulsività e la personalità antisociale sembrano descrivere meglio i "bevitori problematici" (Peele, 1990).

Dato l'ampio uso del Minnesota Multiphasic Personality Inventory (Mmpi) sono stati fatti numerosi sforzi per cercare una sottoscala del test che correlasse con l'alcolismo. La scala che ha avuto più sviluppo è stata la Mac Scale elaborata da Craig MacAndrew. La scala è stata testata con persone ricoverate in un servizio psichiatrico e in questo ambito mostra una certa validità nel discriminare gli alcolisti dai pazienti psichiatrici.

Il manuale dell'Mmpi-2 riporta che alti punteggi alla Scala Mac indicano persone estroverse, esibizioniste e desiderose di correre rischi e possono essere associati ad una propensione generale alla tossicodipendenza piuttosto che al solo alcolismo (Hathaway e McKinley, 1989).

Poiché non tutti gli alcolisti erano identificati correttamente dalla Mac Scale MacAndrew propose di considerare le persone con alti punteggi alla scala come alcolisti primari e quelli non identificati correttamente come secondari. Studi successivi sembrano confermare la validità di questa proposta e sembrano esservi delle grandi somiglianze tra l'alcolista primario con alti punteggi alla scala Mac e l'alcolista Tipo II di Cloninger (Ward e Jackson, 1990; Svanum e Ehrmann, 1992).

MacAndrew modificò poi la scala nel tentativo di individuare una personalità prealcolica. Creò la SAP (Substance Abuse Proclivity) Scale che ha mostrato qualche successo nell'identificare giovani bevitori problematici e consumatori di altre droghe.

In ambito cognitivo alcune ricerche sulla teoria del locus of control di Rotter hanno mostrato che le persone con un orientamento verso l'esterno hanno più probabilità di

diventare bevitori problematici e alcolisti; non tutte le ricerche hanno confermato questo risultato (Rohsenow e O'Leary, 1978a, 1978b).

Gli studi sul concetto di campo-dipendenza elaborato da Witkin e colleghi hanno prodotto risultati consistenti mostrando che gli alcolisti sono più campo dipendenti dei non alcolisti (Barnes, 1979).

Una recente revisione nella letteratura riporta che le dimensioni di personalità maggiormente associate all'alcoldipendenza sono: sensation seeking, personalità antisociale e novelty seeking (Lejoyeux, 2004).

Vari sono stati anche i tentativi di creare delle tipologie personologiche di alcolisti a partire dalla classificazione di Jellineck ma nessuna si è dimostrata consistente.

Secondo Girosi (2004) la complessità dell'alcolismo richiede necessariamente un modello eziologico multifattoriale capace di comprendere fattori genetici, processi neurofisiologici, eventi di vita e contesti sociali e culturali: un simile approccio esclude a priori la possibilità di individuare una specifica tipologia di personalità alcolica.

Teorie cognitivo-comportamentali

Nell'area cognitivo-comportamentale un filone importante di ricerca è quello basato sulle *teorie dell'apprendimento*. Nel 1988 il National Institute on Drug Abuse (Nida) ha pubblicato una monografia intitolata *Learning Factors in Substance Abuse*. In questo contesto "apprendimento" si riferisce ai cambiamenti nel comportamento dovuti all'esperienza sia che questi si verifichino a livello dello stile di vita, sia a livello del funzionamento cellulare (Ray, 1988).

L'evidenza che le droghe producono risposte condizionate risale agli studi di Pavlov (1927). Ricerche successive hanno anche evidenziato che sia la tolleranza sia i sintomi di astinenza possono essere condizionati (Siegal, 1988).

È stato dimostrato che sia stimoli esteroceettivi sia stimoli interoceettivi possono elicitare il comportamento di ricerca della sostanza. Situazioni ambientali precedentemente associate all'assunzione della sostanza, assunzione di una singola dose di alcol, altre persone nel ruolo di modelli, regole ed istruzioni possono tutti influire sul comportamento di uso di alcol. Spesso questi stimoli agiscono in maniera complessa come quando, per

esempio, il rinforzo di una risposta in presenza di un certo stimolo è condizionato da un altro stimolo (Bickel e Kelly, 1988).

Secondo Monti et al. (1988) la *teoria dell'apprendimento sociale* che comprende l'apprendimento rispondente, l'apprendimento operante e certi specifici fattori cognitivi all'interno di una teoria integrata, ha permesso di superare il gap tra teoria e pratica in particolare nelle applicazioni riferite all'uso di alcol.

La teoria dell'apprendimento sociale ha evidenziato che gli alcolisti hanno appreso risposte cognitive e comportamentali che li rendono vulnerabili alle situazioni ad alto rischio di ricadute (pressioni interpersonali, stress interpersonali che esitano in rabbia e frustrazione, stati affettivi negativi come depressione e noia e la presenza di stimoli correlati all'alcol e al bere). Queste reazioni apprese includono: a) aspettative; b) abilità di coping; c) risposte condizionate agli stimoli connessi all'alcol e al bere.

Approccio familiare sistemico

L'approccio familiare sistemico può essere sinteticamente considerato l'ambito teorico cui si riferiscono diversi paradigmi terapeutici accomunati dall'attenzione alle relazioni più che agli individui, al qui ed ora più che al passato (terapia sistemica in senso stretto, terapie strategiche e terapia strutturale).

La teoria sistemica inizialmente fu applicata allo studio della schizofrenia: l'articolo "Verso una teoria della schizofrenia" pubblicato nel 1956 da Bateson, Jackson, Haley e Weakland viene considerato come la nascita della concezione sistemica della famiglia e lanciò verso la fama mondiale il gruppo fondato negli anni Cinquanta da Bateson per studiare la comunicazione.

Unendo lo studio sulla comunicazione alla Teoria Generale dei Sistemi di Von Bertalanffy (1968) e alle idee della cibernetica, la famiglia venne considerata come un sistema di parti interconnesse che si autoregola attraverso meccanismi di retroazione.

L'iniziale terapia sistemica si è poi suddivisa in diversi modelli e scuole ed è stata considerata applicabile a qualsiasi tipo di disturbo psicologico evitando tuttavia qualsiasi considerazione eziologica di tipo nosografico ma facendo risalire ogni sintomo psicologico (uso di alcol e droghe compresi) ad una disfunzione del sistema. Il sistema preso in considerazione è il sistema familiare di cui nelle diverse formulazioni vengono sottolineati

aspetti diversi: l'omeostasi familiare e il paziente designato (Jackson e Weakland, 1961), la pragmatica della comunicazione (Watzlavick, Jackson e Beavin, 1967), il potere ed il controllo (Haley, 1976), struttura, confini, disimpegno, invischiamento (Minuchin, 1974).

Le diverse terapie familiari si sono occupate e si occupano dunque di problemi alcolcorrelati senza proporre un'ipotesi specifica sulla loro eziologia e, nonostante la derivazione sistemica, raramente considerano oggetti di studio più ampi della famiglia.

Gregory Bateson, riconosciuto da tutte le scuole di terapia familiare come loro precursore e fondatore, si è sentito tradito dalla traduzione del proprio pensiero in pratiche terapeutiche codificate e circoscritte e si è dedicato fino alla sua morte allo studio di una epistemologia globale che trascendesse ogni applicazione terapeutica basata sulle sue idee (Bertrando e Toffanetti, 2000).

1.3.5 Teorie socio-culturali

Tra le teorie socio-culturali saranno considerati quei modelli che, pur provenienti da aree di studio diverse, danno particolare rilievo all'impatto dell'ambiente sociale e culturale sullo sviluppo di problemi connessi al bere.

Nell'ambito delle teorie dell'apprendimento alcuni autori sottolineano il fatto che i problemi dovuti all'uso di sostanze non esisterebbero se le persone non avessero accesso alle sostanze stesse. Questi studiosi sottolineano il ruolo dei fattori economici, della disponibilità e accettabilità della sostanza, delle punizioni sociali, dei modelli e rinforzi sociali per uno stile di vita "drug-free" (Lerner e Raczynski, 1988; Crowley, 1988).

Nel 2005 si è tenuto un simposio al Meeting Annuale della Research Society on Alcoholism con lo scopo di esplorare l'ampio impatto dell'ambiente sociale nello sviluppo dei problemi alcolcorrelati. I temi trattati sono stati: il supporto sociale, le reti sociali supportive e le reti sociali naturali (ambiente di lavoro, famiglia), il ruolo dei pari (McCrary et al., 2006).

Ricerche di tipo sociologico hanno dimostrato che variabili demografiche e etniche hanno un ruolo importante nello sviluppo di problemi alcolcorrelati. Cahalan e Room (1974) hanno identificato come variabili predittive di problemi con l'alcol, la giovane età, il basso livello socioeconomico, l'appartenenza a certe minoranze etniche. Classico è lo

studio di Vaillant (1983) che, in un campione di Boston, ha trovato che le persone di origine irlandese erano più alcol dipendenti delle persone con origine mediterranea (greci, italiani) e che le persone provenienti dalla classe operaia lo erano più degli studenti.

Numerosi studi sono stati realizzati successivamente per determinare epidemiologia, pattern di consumo e atteggiamenti culturali relativi all'uso di alcol.

La *teoria epidemiologico-statistica*, elaborata da Ledermann (1964) ha dimostrato che il consumo medio pro capite di alcol è proporzionale alla prevalenza dei problemi alcolcorrelati (su tale teoria si basano anche le indicazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità di ridurre il consumo di alcol nei diversi Paesi).

Room e Makela (2000), in seguito ad una revisione della letteratura, concludono che sono identificabili quattro tipi di culture in base all'atteggiamento nei confronti del bere: società astinenti, culture in cui il bere è vincolato a rituali, culture in cui il bere è "normale" e culture in cui è permesso ubriacarsi nei momenti di festa.

È interessante notare che quando nelle teorizzazioni ci si sposta da un'ottica individuale ad un'ottica socio-culturale sempre più si parla di problemi alcolcorrelati anziché di alcolismo o alcol dipendenza o bere problematico.

Secondo Treno e Lee (2002) il termine "bere problematico" (problem drinking) descrive il comportamento di una persona e di conseguenza trattamento e prevenzione basati su tale idea sono rivolti all'individuo che beve, considerato come colui sul quale ricadranno le conseguenze del bere (come il rischio per la salute, nel lavoro e nella vita familiare). Al contrario il termine "problemi alcolcorrelati" (drinking-related problems) si riferisce alle conseguenze del consumo di alcol che possono affliggere molte altre persone oltre quella che beve (familiari, vicini, colleghi e altri membri della comunità). Queste conseguenze includono i costi in termini di salute e i costi sociali ed economici della comunità come incidenti, crimini e violenze, assenze da scuola o dal lavoro, ecc. Inoltre poiché la maggioranza delle persone che consumano alcol non sono classificabili come bevitori problematici è evidente che la gran parte dei problemi alcolcorrelati deriva da bevitori non problematici (Treno e Lee, 2002).

Il passaggio da alcolismo a problemi alcolcorrelati segna un nuovo modo di riferirsi al problema e apre la strada a nuovi modelli che sembrano riuscire a comprendere

pienamente la complessità del fenomeno e a rendere conto della sua multidimensionalità al di là delle dichiarazioni di principio.

Infatti nonostante sembri essere data per scontata l'eziologia multifattoriale dell'alcolismo, di fatto intorno agli anni Ottanta si assiste, soprattutto in USA, ad un'ampia produzione di articoli e ricerche che danno vita ad una decennale controversia che si polarizza intorno alle posizioni di coloro che sostengono un approccio medico-biologico, incentrato sulla perdita di controllo sul bere e sulla conseguente necessità di orientare il trattamento verso la totale astinenza, e coloro che, basandosi su ricerche socio-psicologiche, attribuiscono più importanza a fattori ambientali e propongono trattamenti che possano ricondurre gli individui alla gestione di un bere controllato (Blane, 1990; Donald, 1990; Engs, 1990; Peele, 1984; Wallace, 1990).

Tra queste due posizioni estreme ci sono gli studi di coloro che, percependo la complessità del problema, propongono modelli che si spostano dall'alcolismo ai problemi alcolcorrelati, assumono più compiutamente un'ottica multifattoriale e propongono trattamenti integrati, orientandosi anche in maniera più decisa sul versante della prevenzione primaria e delle politiche governative (Kumpfer et al., 1990; Room, 1990).

Per esempio *il modello biopsicosociale*, che ha rappresentato una risposta all'esigenza di una teoria che fosse più complessa, interazionale e contestuale del paradigma biomedico, è stato applicato anche al campo dei problemi connessi all'uso di alcol e di altre droghe. Questo approccio si basa su un'ottica sistemica i cui principi sono: 1) la causalità è multi direzionale, multicausale, probabilistica; 2) cambiamenti in un aspetto dei sistemi persona-persona o persona-ambiente possono riverberarsi in tutto il sistema; 3) tra la persona e l'ambiente avvengono transazioni reciproche; 4) la persona è influenzata dagli eventi futuri ed è orientata ad uno scopo; 5) le persone non si muovono sempre verso uno stato ideale ma possono essere anche distruttive; 6) per essere capita una persona deve essere studiata in relazione con il suo contesto particolare inclusi i fattori storici, correnti e futuri; dovrebbero essere analizzati anche gli avvenimenti particolari e il loro significato per quella persona; 7) i tentativi di misurare il sistema persona-ambiente modificano il sistema; 8) se da una parte può essere necessaria la grande sintesi di una teoria generale devono essere considerate anche le molte eccezioni basate sulla complessità del sistema (Kumpfer et al., 1990).

Anche il *Public Health Model* propone una visione integrata. Il modello concettualizza i problemi di salute come un'interazione tra tre fattori: 1) l'agente (l'etanolo con le sue proprietà biochimiche e i conseguenti effetti sull'organismo); 2) l'ospite (l'individuo con le sue caratteristiche biologiche, psicologiche e sociali) e 3) l'ambiente (i fattori sociali, culturali, politici, economici che influenzano l'uso di alcol). Il Public Health Model ritiene comunque che l'alcol sia una sostanza pericolosa e che il suo uso in qualsiasi quantità possa portare dei problemi (Hester e Sheeby, 1990).

Tra i modelli che sottolineano un'eziologia multifattoriale in Italia emerge, come esperienza particolarmente importante, *l'approccio ecologico-sociale ai problemi alcolcorrelati e complessi* del Professor Vladimir Hudolin, uno psichiatra di Zagabria che fin dagli anni 40 si era occupato di problemi legati all'uso di alcol fino a diventare un esperto dell'Organizzazione Mondiale della Sanità sulla materia.

Una differenza tra l'approccio di Hudolin e altre teorizzazioni che pure propongono modelli multifattoriali, è che il Professore ha fin dall'inizio investito sul "fare" e ha creato un sistema di trattamento "sostenibile", efficace e a bassissimo costo, replicabile e implementabile in culture diverse tanto che oggi è presente in 37 paesi del mondo.

Hudolin, già nel 1964 aveva istituito presso l'ospedale universitario Mladen Stojanovic di Zagabria, dove era direttore della Clinica di neurologia, psichiatria, alcologia ed altre dipendenze, un reparto per alcolisti e, sulla base delle esperienze che aveva avuto con la comunità terapeutica di Maxwell Jones e i club socioterapici di Joshua Bierer oltre che dalla conoscenza dei gruppi degli AA, organizzò sul territorio della città dei gruppi con i pazienti dimessi dall'ospedale e le loro famiglie. Hudolin chiamò questi gruppi Club degli Alcolisti in Trattamento e via via questi si diffusero capillarmente sul territorio della ex Jugoslavia.

All'inizio Hudolin adottava il modello secondo cui l'alcolismo è visto come una malattia ma aveva già una percezione dei diversi aspetti coinvolti in tale "malattia" e una visione globale della salute come "benessere fisico, psichico e sociale" tanto che definiva il suo modello come *approccio psico-medico-sociale*.

Fin dal primo diffondersi della Teoria Generale dei Sistemi, proposta negli anni Quaranta da Ludvig von Bertalanffy, Hudolin aveva intravisto la possibilità di impostare un programma per i problemi alcolcorrelati basato sui principi di tale teoria. Negli anni Settanta infatti egli invitò William Gray, uno dei fondatori della Associazione per la ricerca

e la promozione della teoria dei sistemi, a tenere una serie di seminari a Zagabria (Lazic, 2000).

La profonda consapevolezza della complessità del problema, acquisita oltre che nei suoi studi nel lavoro pratico con gli alcolisti, lo ha portato negli anni a sviluppare la sua teoria incorporando sempre più aspetti dell'ottica sistemica e del lavoro di rete.

Importante è stato anche l'incontro con i servizi socio-sanitari italiani nel 1979 quando il Prof. Hudolin ha introdotto il suo metodo nel nostro paese. In Italia Hudolin ha infatti trovato una situazione "vergine" in campo alcologico ma piena di energie stimolate dalle discussioni intorno alla riforma del sistema sanitario e in particolare della legge 180 sull'abolizione dei manicomi che, fino ad allora, avevano accolto la maggior parte delle domande di trattamento per alcolismo (Folgheraiter, 2000).

All'inizio degli anni Novanta Hudolin iniziò a definire il suo modello come "ecologico o verde" e poco dopo coniò il nome di *approccio ecologico-sociale* introducendo con la parola *ecologico* un esplicito riferimento all'ottica sistemica.

In questa revisione della teoria, l'alcolismo viene visto in maniera diversa alle precedenti teorizzazioni: il termine stesso di alcolismo lasciò il posto al termine problemi alcolcorrelati e soprattutto cessò di essere visto come una malattia dell'individuo ma venne inquadrato come un comportamento e, come tale, influenzato da infiniti fattori di natura interna ed esterna all'individuo tra i quali la cultura riveste particolare importanza. In questo senso l'approccio di Hudolin può essere inquadrato tra gli approcci socio-culturali.

Una caratteristica importante dell'approccio ecologico-sociale ai problemi alcolcorrelati e complessi risiede nel fatto che la teoria di Hudolin è permeata da una profonda comprensione sistemica dei fenomeni umani, che orienta lo sguardo al maggior numero di aspetti che è possibile includere, coniugata alla consapevolezza che l'osservatore stesso è parte di ciò che sta guardando. Nonostante la difficoltà a tradurre in un lavoro concreto gli assunti provenienti dalla comprensione della complessità del problema, l'approccio di Hudolin è permeato da una tensione pragmatica che di fatto mette al centro dell'attenzione le persone reali che soffrono a causa dell'alcol e che vivono in comunità dove è spesso presente una sofferenza antropospirituale.

Nella pratica questo si traduce in una costante interazione tra prevenzione primaria, secondaria e terziaria. L'approccio di Hudolin parte infatti dalla famiglia come sistema

minimo sul quale intervenire e si rivolge non solo alle famiglie che hanno problemi dovuti all'alcol ma anche alle famiglie che non li hanno e a tutte le istituzioni pubbliche e private delle comunità dove le persone vivono, in particolare alle istituzioni sanitarie. L'ottica è quella di mettere in rete tutti coloro che si occupano di problemi alcolcorrelati e di far sì che sempre più persone/istituzioni se ne interessino, rendendo le comunità sempre più responsabili e competenti nei confronti della propria salute (Cecchi, 2000). Lo scopo finale è il cambiamento della cultura generale e sanitaria, cultura che per Hudolin è il fattore che più di ogni altro determina l'esistenza dei problemi alcolcorrelati.

Secondo Room et al. (2005), nonostante le nuove conoscenze acquisite dalle scienze, i problemi alcolcorrelati continuano ad essere una tra le sfide maggiori per la salute pubblica. Per gli autori questo dipende anche dal fatto che gli approcci di salute pubblica di comunità sono stati trascurati a favore di approcci orientati agli individui che tendono ad essere più palliativi che preventivi.

2. L'APPROCCIO ECOLOGICO-SOCIALE AI PROBLEMI ALCOLCORRELATI E COMPLESSI DI VLADIMIR HUDOLIN

2.1 Introduzione

Come descritto nel primo capitolo, un'esperienza importante che si è sviluppata nel nostro Paese è l'approccio ecologico sociale ai problemi alcolcorrelati e complessi del professor Vladimir Hudolin.

La peculiarità di tale approccio risiede nel fatto che, aderendo in maniera profonda ad una visione sistemica della vita, riesce a comprendere i molteplici livelli dei problemi alcolcorrelati.

È stato scritto che l'approccio ecologico-sociale ai problemi alcolcorrelati e complessi può essere considerato come:

1. un modello epistemologico;
2. una tecnica di trattamento;
3. una "filosofia di vita".

(Guidoni e Tilli, 2003)

Come dire che mette insieme teoria, pratica e spiritualità cercando di abbracciare in questo modo la complessità del fenomeno.

In particolare il punto 2 non solo prevede una tecnica di trattamento ma pone in relazione tutti e tre i livelli di prevenzione (primaria, secondaria e terziaria) e si concretizza nella metodologia dei Club degli Alcolisti in Trattamento.

2.2 Modello epistemologico

Hudolin considera l'alcolismo come un comportamento, uno stile di vita e, come tale, determinato da molteplici fattori di natura biologica, psicologica e sociale. Invece di alcolismo preferisce usare il termine problemi alcolcorrelati.

Il problema alcolcorrelato viene considerato come un disturbo nei sistemi ecologico-sociali nei quali l'uomo è inserito. Soprattutto viene sottolineato che i problemi alcolcorrelati sono legati alla cultura del bere presente nelle nostre comunità e che una loro prevenzione e un miglioramento dello stile di vita legato al bere non possa prescindere da un cambiamento della cultura sanitaria e generale della comunità (Hudolin, 1997). Fritjof Capra ha scritto: "la cultura è incarnata nello stile di vita delle persone con una pervasività tale che, normalmente, tendiamo a non rendercene neppure conto" (Capra, 2002; trad. it. 2002 p: 39) .

La teoria ecologico-sociale aderisce all'approccio sistemico (Hudolin, 1990, 1991, 1997; Ceccutti 1990; Sforzina, 1990), approccio che, secondo De Leo e Patrizi (1992), ha storicamente contribuito all'epistemologia della complessità. "Con la teoria sistemica, il comportamento problematico, dalla devianza psichiatrica alla tossicomania, viene reinserito all'interno del contesto in cui si esprime e di cui a qualche livello di realtà è espressione. Non più attributo del singolo, della sua mente o di patologie organiche, il comportamento 'negativo' viene riletto come un disagio del sistema cui l'individuo appartiene, come comportamento significato e significante se riferito a quel sistema di interazioni." (De Leo e Patrizi, 1992, pp: 88-89). Così abbiamo la valorizzazione del contesto come sottosistema ecologico di cui ogni comportamento è parte ed è da esso definito.

Per Hudolin è la "comunità", cioè l'ambiente dove l'uomo vive e lavora, il sistema di cui l'alcolismo è espressione sotto forma di stile di vita a cui la comunità stessa dà significato (Hudolin, 1991, 1997). La famiglia rappresenta un sottosistema fondamentale del sistema comunità che si configura, di fatto, come una comunità di famiglie. L'approccio familiare è quindi ritenuto essere l'"approccio minimo" indispensabile per affrontare il problema (Noventa, 1993).

Secondo Sforzina, l'integrazione di alcuni dei principi del lavoro di gruppo, dell'approccio familiare e della comunità terapeutica in una cornice sistemica, rappresenta una delle grandi innovazioni apportata dal Prof. Hudolin alla comprensione e al trattamento dei problemi alcolcorrelati (Sforzina, 1990).

Hudolin sostiene che l'approccio ecologico-sociale, sebbene nato in relazione ai problemi alcolcorrelati e complessi, può essere applicato, con minime modifiche, a tutte le altre sofferenze comportamentali e alle loro varie combinazioni (Hudolin, 1997).

2.3 Tecnica di trattamento

Se l'alcolismo è uno stile di vita, il trattamento dei problemi alcolcorrelati e complessi non è identificabile con la cura in senso tradizionale, sia perché la persona che presenta tali problemi non è un malato, sia perché è un artificio distinguere tra prevenzione primaria, secondaria e terziaria.

Infatti, coerentemente con una visione circolare e sistemica, qualsiasi cambiamento che si verifichi ad un livello avrà ripercussioni anche sugli altri. Perciò i programmi per il controllo dei problemi alcolcorrelati secondo la teoria ecologico-sociale prevedono interventi rivolti a tutti i livelli di prevenzione (primaria, secondaria e terziaria ma anche livello individuale, familiare e comunitario) e si considerano parte della più vasta azione di promozione e protezione della salute (Hudolin, 1991). "L'approccio ecologico-sociale si muove in varie direzioni all'interno della comunità per favorire la riappropriazione da parte dell'individuo della propria salute, aumentando in lui le possibilità di gestire al meglio la complessità sociale" (Borsellino, 1998, p:118).

Fine ultimo del trattamento è ottenere un cambiamento dello stile di vita delle persone e un cambiamento della cultura della comunità verso l'assunzione di responsabilità per la propria e l'altrui salute.

Hudolin, in base alla sua esperienza, ipotizza che quando l'1% delle persone che vivono in una comunità locale sono coinvolte nel processo di cambiamento dello stile di vita, questo promuova un lento cambiamento nella cultura della comunità stessa (Hudolin, 1991).

Le persone con problemi alcolcorrelati e le loro famiglie entrano a far parte dei Club degli Alcolisti in Trattamento (CAT).

I Club degli Alcolisti in Trattamento (da ora in poi anche semplicemente Club) sono dei gruppi che si riuniscono una volta la settimana per un'ora e mezzo in una sede messa

a disposizione solitamente in un luogo di consueta aggregazione sociale (circoli, parrocchie, ecc.). A questi incontri partecipano da 2 a 12 famiglie con problemi alcolcorrelati ed un operatore.

Nel linguaggio dell'approccio ecologico-sociale l'operatore è chiamato "servitore-insegnante" e i gruppi sono definiti "comunità multifamiliari".

Il servitore-insegnante è una persona motivata ad occuparsi dei problemi alcolcorrelati presenti nella sua comunità, ha ricevuto una formazione di base di cinquanta ore (Corso di sensibilizzazione ai problemi alcolcorrelati e complessi – Metodologia Hudolin) e regolarmente si aggiorna su argomenti legati all'alcol e al lavoro dei Club.

Il servitore-insegnante ha la funzione di catalizzare il cambiamento dello stile di vita, favorendo, durante le sedute del Club, un'atmosfera emozionale positiva che crei la possibilità di comunicare e interagire tra tutti i partecipanti.

Il nome "servitore-insegnante", introdotto da Hudolin nel 1996, rappresenta l'esito, al momento ultimo, di un percorso di cambiamento della terminologia che segue lo sviluppo dell'approccio-ecologico sociale dal 1964 ad oggi e le conseguenti modificazioni avvenute nel lavoro dei Club. Infatti, lo sviluppo del pensiero di Hudolin è quanto mai dinamico e complesso in quanto segue le evoluzioni avvenute nel modo scientifico di concetti fondamentali come, per esempio, quello di salute e si aggiorna continuamente non solo in seguito alle novità introdotte dalle scienze ma anche in base ai cambiamenti socio-culturali e all'esperienza pratica nel lavoro dei Club.

In questa sede ci basti dire che nel 1964, al momento della nascita dei Club quando l'approccio era definito psico-medico-sociale e veniva ancora seguito il modello medico dell'alcolismo, la persona che operava nel Club era definita "terapeuta"; nel 1985, quando l'alcolismo venne concettualizzato come uno stile di vita, il terapeuta perse la sua connotazione medica e fu definito "operatore"; nel 1993, ampliando la riflessione sulla solidarietà e l'interdipendenza e sull'etica del lavoro nel campo dei servizi socio-sanitari, il professore propose il termine di "servitore" nel senso di "una persona che si mette al servizio degli altri" (Hudolin, 2002) e poco tempo dopo, nel 1996, aggiunse alla parola "servitore" quella di "insegnante" in quanto il servitore-insegnante svolge la sua attività

anche nei programmi di formazione e aggiornamento dell'approccio ecologico-sociale (Hudolin, 1998; Guidoni e Vagelli, 2001).

La definizione "comunità multifamiliare" con la quale ci si riferisce ai Club degli Alcolisti in Trattamento vuole sottolineare il fatto che i Club non sono dei gruppi isolati dal resto della comunità, così come non sono dei gruppi di lavoro che si sciolgono quando viene raggiunto un determinato obiettivo.

Il Club non è un'associazione chiusa, anonima, ma è inserito nella comunità locale e si adopera per la prevenzione e il trattamento dei problemi alcolcorrelati e complessi, intendendo con questo i problemi dovuti al bere e gli altri aspetti della sofferenza umana, quali l'uso di altre droghe, persone senza dimora, problemi psichiatrici, ecc., che spesso sono associati all'uso di bevande alcoliche (Hudolin, 1994). I Club si sono mostrati capaci di affrontare le problematiche complesse attivando la collaborazione con le risorse specifiche per i diversi problemi presenti sul territorio (Ser.T., Salute Mentale, Servizi Sociali, ecc.) e sviluppando dei criteri che permettessero l'accoglienza delle famiglie con problemi complessi senza tuttavia snaturare il lavoro del Club. Un criterio importante è quello che indica in un massimo di circa il 20% il numero di famiglie con problemi complessi che possono essere inserite in un Club. Questo criterio è importante sia perché permette di non aumentare in maniera eccessiva la problematicità del sistema sia perché consente alla popolazione dei Club di mantenersi simile alla popolazione della comunità in cui sono inseriti.

I Club cercano infatti di riprodurre al loro interno la comunità nella quale le famiglie vivono. Il Club è aperto a persone che bevono e persone che non bevono, anziani e bambini, uomini e donne, rappresentanti dei diversi ceti sociali, credi religiosi, opinioni politiche: persone con i più svariati problemi e risorse.

Una peculiarità del Club è che le persone, al momento che ne divengono membri, si impegnano a cercare di non bere, a non fare uso di altre sostanze psicoattive e a cercare di modificare il loro stile di vita verso una ricerca di comportamenti che promuovano la salute. Salute intesa come benessere fisico-psichico-sociale. Questo implica che non è sufficiente interrompere il comportamento del bere (livello fisico-individuale) ma è anche necessario cercare di migliorare le relazioni nella propria famiglia (livello psichico-relazionale) e ancora questo non basta perché è anche necessario proporsi un

cambiamento nelle relazioni tra la famiglia e le altre famiglie e tra loro e la comunità fuori dal Club (livello sociale).

E' importante che il cambiamento del comportamento e dello stile di vita delle famiglie avvenga, oltre che nel Club, entro la comunità locale dove le persone vivono e lavorano, pena l'alienazione delle famiglie e dello stesso Club dalla comunità (Hudolin, 1994). Il Club, quindi, si propone di essere quanto più possibile legato e simile alla multidimensionalità della vita quotidiana della comunità nella quale è inserito, e tutto il sistema del quale la persona con problemi alcolcorrelati fa parte deve entrare nel trattamento, considerando il cosiddetto alcolista e la sua famiglia non come malati alienati dalla società, ma come parti integranti di essa (Hudolin et al.,1992).

L'obiettivo del lavoro del Club non è semplicemente l'astinenza dalle bevande alcoliche ma un cambiamento della cultura della comunità non solo nella rappresentazione sociale dell'alcol e dei problemi alcolcorrelati ma in tutti i comportamenti correlati alla salute: pace, giustizia sociale, solidarietà, ecc.

Forse questo può apparire un obiettivo utopistico ma non lo è certo di più dell'obiettivo di salute dell'Organizzazione Mondiale della Sanità come «uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale». E come dice Carl Gustav Jung «il fatto di essere irraggiungibile non è mai un'obiezione valida per un ideale, perché gli ideali non sono altro che guide e mai mete».

Nella teoria di Hudolin la salute non è concettualizzata come un qualcosa raggiungibile una volta per tutte ma è un concetto dinamico e multideterminato, contemporaneamente individuale e sociale e continuamente migliorabile.

Per questo la frequenza al Club non prevede un termine: quando una persona entra in un Club ne è membro per sempre e, se vuole, per sempre impegnato nel miglioramento della salute propria, della propria famiglia e della propria comunità.

Il primo compito dei Club è quello di offrire alle famiglie un'occasione per trovarsi ed affrontare insieme le difficoltà relative ai propri problemi alcolcorrelati, tuttavia se il Club è parte della comunità contribuirà con la sua presenza al cambiamento della cultura sanitaria e generale della comunità, aiutando a migliorare la qualità della vita, attraverso la creazione di una rete di solidarietà, attraverso l'amicizia e l'amore.

2.4 Una filosofia di vita

Agli inizi degli anni '90 il Prof. Hudolin ha introdotto il concetto di "spiritualità antropologica", da lui definito come "la cultura sociale umana basata sui valori che l'uomo ha da sempre posseduto come un codice interno di regole di comportamento" (Hudolin, 1994, p:81). La spiritualità antropologica, coerentemente con una visione sistemica, è vista come parte dell'ecosistema umano e cambia con il cambiare di questo.

Secondo il Prof. Hudolin questo momento storico è caratterizzato da una crisi della spiritualità antropologica a livello planetario.

I Club degli Alcolisti in Trattamento si basano sulla solidarietà, sull'amicizia, sull'amore, sulla ricerca della pace e della convivenza e sulla necessità di cambiamento della cultura sanitaria e generale e, quindi, della spiritualità antropologica. Per questo raggiungere l'astinenza dal bere è considerata solo una tappa intermedia di un percorso verso l'elaborazione di una "filosofia di vita" incentrata sui valori della solidarietà, amicizia, amore, pace, giustizia sociale, l'impegno per i diritti umani fondamentali, sull'accettazione della diversità. In questo modo i programmi alcolologici territoriali entrano a far parte di una vasta azione di protezione e promozione della salute (e, quindi, della vita) e dei valori spirituali specifici della specie umana (Hudolin, 1994).

Secondo Maturana e Varela (1984) patrimonio esclusivo dell'essere umano, tramite il linguaggio, è la riflessione. La riflessione permette di trascendere ad una prospettiva più ampia dalla quale ci si rende conto che, come essere umani, abbiamo solo il mondo che creiamo insieme con gli altri. A questo livello, secondo gli autori, ci si arriva spesso attraverso l'amore, da loro definito come «l'accettazione dell'altro da parte di qualcuno nella convivenza» (corsivo degli autori). Per Maturana e Varela l'amore è «il fondamento biologico del fenomeno sociale: senza amore, senza accettazione dell'altro da parte di ciascuno, non c'è socializzazione, e senza socializzazione non c'è umanità. Qualunque cosa che distrugga o limiti l'accettazione dell'altro da parte di qualcuno [...] distrugge o limita [...] l'essere umano» (Maturana e Varela, 1984; trad.it. 1987, pp: 197-198).

Partecipare ai Club, e in generale lavorare seguendo questo approccio, comporta quindi, un «cambiamento individuale con l'acquisizione di una specifica "filosofia di vita".

Infatti, poiché in base a questo approccio ognuno di noi è parte integrante dell'ecosistema che esprime la sofferenza "multidimensionale", nessuno, nemmeno il professionista, può avanzare pretese di controllo, cura, gestione, o quant'altro dei vari problemi e, proprio per lo stesso motivo, nemmeno nessuno se ne può chiamare fuori. Unica possibilità che resta ad ognuno, sia professionista che non, è quindi quella di porsi "al servizio" di questo "ecosistema umano-planetario" (di qui anche la trasformazione del termine "operatore" in quella di "servitore"), perché è solo mettendoci al servizio di questo nostro mondo che noi potremo migliorarne la vita, che è anche la nostra» (Guidoni, 1996, p: 107). Questo vuol dire che, operare secondo l'approccio ecologico-sociale non significa soltanto prendersi cura delle persone con problemi alcolcorrelati e delle loro famiglie, ma implica una profonda esperienza personale, che comporta l'adozione di una nuova "filosofia di vita".

2.5 L'approccio ecologico-sociale e la psicologia di comunità

L'approccio ecologico-sociale ai problemi alcolcorrelati e complessi fu introdotto in Italia nel 1979 in Friuli Venezia Giulia e in circa quindici anni raggiunse tutte le regioni del paese.

E' interessante notare che in Italia negli stessi anni si stava diffondendo la psicologia di comunità (introdotta nel nostro paese nel 1977 dal volume Psicologia di comunità di Donata Francescato) caratterizzata anch'essa da un orientamento sistemico-ecologico, dall'interesse rivolto alle persone considerate nel contesto dei loro ambienti e dall'uso delle conoscenze in funzione del miglioramento della qualità della vita della popolazione (Francescato e Ghirelli, 1988; Zani, 1996).

Moltissime sono le affinità tra gli assunti dell'approccio ecologico-sociale di Hudolin e i principi su cui si basa la psicologia di comunità a partire dal paradigma ecologico, nelle sue diverse formulazioni (Kelly, 1966; Barker, 1968; Bronfenbrenner, 1979).

Secondo la prospettiva ecologica il comportamento delle persone è visto in relazione all'adattamento delle persone alle risorse del loro ambiente e alle circostanze di vita. Viene incoraggiata la ricerca di risorse più che porre l'enfasi sulla patologia individuale. Le

soluzioni dei problemi di salute, visti in questa ottica, non sono attribuite unicamente ai professionisti ma si basano anche sulle istituzioni non professionali come il volontariato, i gruppi di auto-mutuo-aiuto, ecc.

il principio generale alla base degli approcci di comunità sostiene che i sistemi sociali giocano un ruolo cruciale nell'influenzare il comportamento degli individui, che non può essere studiato separatamente dal contesto sociale in cui si manifesta.

L'approccio di comunità si identifica nel privilegiare la prevenzione rispetto alla terapia, nel lavorare insieme ai membri della comunità incoraggiandone la partecipazione, nell'operare nel territorio considerandolo un sistema complesso (Zani e Polmonari, 1996).

L'obiettivo principale e generale della psicologia di comunità è quello di migliorare la qualità della vita. Questo obiettivo in termini più concreti significa sviluppare capacità e risorse delle persone e della comunità nel suo insieme. Per realizzare questo è necessaria la partecipazione di tutti perché il benessere, in un'ottica sistemica ed ecologica, è una responsabilità dell'intera comunità.

Tra gli altri argomenti, la psicologia di comunità si occupa del sostegno sociale data la sua importanza per la qualità della vita. Il sostegno sociale è definibile come «il supporto emotivo, informativo, interpersonale e materiale che è possibile ricevere e scambiare nelle reti sociali» (Francescano e Ghirelli, 1988, p:176). In base alla fonte da cui proviene il sostegno è possibile distinguere due principali sistemi supportivi: il sistema informale, che comprende la rete delle relazioni familiari, amicali, ecc. e altre aggregazioni spontanee di vario tipo, e il sistema formale che è composto dalle istituzioni e dai professionisti che operano nell'ambito della cura, riabilitazione e prevenzione.

A livello di intervento, l'indicazione che viene data per il miglioramento dell'efficienza del sistema di sostegno è la collaborazione intersistemica tra i sistemi formali e informali (Francescato e Ghirelli, 1988; Zani e Polmonari, 1996).

È utile pensare ai sistemi di sostegno come ad una rete di risorse alla quale le persone possono avere più o meno accesso.

La comunità stessa può essere vista come una rete di sistemi sociali interdipendenti tra di loro (Murrell, 1973). Interessante a questo proposito è la concezione ecologica di Urie Bronfenbrenner (1979) che, sebbene elaborata in relazione allo sviluppo infantile, apre anche a considerazioni più generali.

Rispetto alle precedenti proposte teoriche di stampo ecologico che consideravano soprattutto l'influenza dell'ambiente prossimale, del contesto immediato sulla persona (Lewin, 1951; Barker 1968), Bronfenbrenner estende il concetto di ambiente e lo considera come una serie di sistemi concentrici:

- il microsistema è l'ambiente di cui la persona ha esperienza diretta (casa, scuola, lavoro, amici, ecc.) e comprende sia le caratteristiche delle persone e degli oggetti con i quali l'individuo interagisce sia il modo in cui queste sono percepite dall'individuo;
- il mesosistema è un sistema di microsistemi, cioè comprende le connessioni di più contesti ai quali l'individuo partecipa in modo attivo (per esempio le relazioni tra casa e scuola, famiglia e amici, ecc.);
- l'esosistema comprende alcuni contesti ai quali l'individuo non partecipa direttamente ma dove avvengono eventi che influenzano i microsistemi dell'individuo (per esempio, per un bambino piccolo eventi nell'ambiente di lavoro della madre possono avere un impatto sulla relazione madre-figlio);
- infine il macrosistema rappresenta il contesto sovrastrutturale che condiziona tutti gli altri sistemi e comprende: culture, sottoculture, valori, credenze, norme, ideologie, economia, politica, ecc. (Bronfenbrenner, 1979).

Secondo Zani (1996), la visione di Urie Bronfenbrenner del rapporto uomo-ambiente, che recupera nell'ambito dell'approccio ecologico la prospettiva sistemica, propone una concezione di ambiente sociale interattiva e olistica che comprende, oltre alle caratteristiche esterne dell'ambiente, anche la soggettività delle persone che contribuisce a definire a sua volta i contesti con cui interagisce.

Una visione sistemica porta naturalmente anche a vedere l'eziologia dei problemi come conseguenza di molti fattori; nell'ambito della psicologia di comunità si pensa, infatti, in termini di causalità multifattoriale e quindi di fattori di rischio piuttosto che di una singola causa (Francescano e Ghirelli, 1988).

Una visione sistemica ed ecologica della comunità prevede anche che gli interventi debbano essere indirizzati a più livelli: dall'individuo al macrosistema.

L'approccio ecologico-sociale ai problemi alcolcorrelati e complessi di Hudolin si inserisce a pieno titolo nella psicologia di comunità perché condivide con essa sia i principi di base (sistemici ed ecologici), sia la visione eziologica multifattoriale, sia la filosofia

dell'intervento che si rivolge a più livelli: il professor Hudolin aveva ben chiara la complessità del lavoro necessario per influire veramente sulla qualità della vita delle persone.

Secondo Hudolin (1997) un programma per i problemi alcolcorrelati deve «garantire una facile accessibilità del trattamento alle famiglie e agli operatori, deve dare dei risultati accettabili, deve infine offrire un modello organizzativo di una rete territoriale per i punti di appoggio per la protezione e promozione della salute, includendo la prevenzione primaria» (Hudolin, 1997, p:18).

Secondo il Professore questo può essere realizzato attraverso i programmi alcolologici territoriali basati sui Club degli Alcolisti in Trattamento e sulla collaborazione tra i Club e gli altri sistemi di sostegno, informali e formali, in modo da creare una fitta rete di risorse per il benessere delle nostre comunità.

Secondo Folgheraiter è proprio all'interno della relazione che è intercorsa tra Hudolin e il sistema di welfare italiano che è maturata nel professore l'idea di rete come intreccio tra formale e informale (Folgheraiter, 2000).

Le "reti alcolologiche" che si sono create in questi anni di attività dei Club hanno permesso di estendere gli interventi in sempre più direzioni soprattutto dove c'è stata una significativa e produttiva collaborazione tra i Club e i servizi sanitari pubblici.

3. Lo sviluppo dei servizi pubblici e dei programmi territoriali per i problemi alcolcorrelati: l'esperienza della zona fiorentina Nord-Ovest

3.1 Sviluppo dei servizi alcologici in Italia

In Italia l'uso di alcol emerge come un problema rilevante verso la fine del 1800 con l'avvento, in ritardo rispetto al resto dell'Europa, dell'industrializzazione, che si sviluppa soprattutto nelle regioni settentrionali del Paese.

Il primo movimento contro i problemi causati dall'alcol fu promosso a Torino nel 1864 ed ebbe il risultato di ottenere l'introduzione di nuove leggi penali contro l'ubriachezza. A Lucca nel 1892 nacque la prima Lega di Temperanza e poco dopo a Firenze la Lega Italiana Anti-Alcolica (Cerrato, 2001).

Degli alcolisti, fino agli anni Sessanta se ne occupava la psichiatria e di conseguenza il luogo deputato al loro trattamento era l'Ospedale Psichiatrico dove queste persone venivano ricoverate per mesi e, in caso di ricadute dopo le prime dimissioni, anche in maniera definitiva. Solo successivamente iniziarono ad essere trattati nei reparti di medicina e di neuropsichiatria degli ospedali generali (Devoto, 1986).

Solamente quando si iniziarono a tentare nuove strade per il superamento dell'istituzione manicomiale, anche per coloro che soffrivano delle conseguenze dovute all'uso di alcol si tentarono trattamenti alternativi come comunità terapeutiche e "psicoterapia istituzionale" (Casagrande, 1968).

Con la territorializzazione dei servizi psichiatrici, dopo l'introduzione della Legge 180/1978, iniziarono in maniera sporadica le prime esperienze alcologiche vere e proprie.

Alla fine degli anni 70 sorsero i primi programmi di trattamento specifici per i cosiddetti alcolisti. I centri più importanti erano: la Divisione Lungodegenti dell'Ospedale di Udine, diretta da R. Buttolo; il Servizio Sperimentale di Alcologia e Farmacodipendenza di Dolo (Venezia), diretto da L. Galimberti; il reparto di Gastroenterologia di Arezzo, diretto da D. Angioli, e quello di Firenze diretto da A. Morettini. .

L'istituzione formalizzata di servizi specifici avvenne però molto più tardi, non solo per quanto riguarda l'alcol ma anche per le altre droghe.

Ai Servizi per le Tossicodipendenze (Ser.T.), istituiti nel 1990 (L. 26 giugno 1990 n. 162; d.p.r. 9 ottobre 1990 n. 309), soprattutto in seguito all'allarme sociale suscitato dal diffondersi dell'Aids, solo a cominciare dal 1993 (Decreto del Ministero della Sanità 3 agosto 1993) vennero attribuite anche competenze relative ai problemi causati dall'alcol.

3.2 I Servizi Alcolologici in Toscana

In Toscana l'attenzione ai problemi alcolcorrelati nasce dalle esperienze dei reparti ospedalieri descritte nel paragrafo precedente e si arricchisce delle esperienze territoriali sviluppate dai Club degli Alcolisti in Trattamento e dai gruppi di auto aiuto presenti, a partire dagli anni Ottanta, sul territorio regionale. L'intervento normativo regionale si sviluppa sulla base di queste esperienze cercando di definire nel tempo un modello organizzativo dei servizi orientato alla gestione globale e integrata degli interventi di prevenzione primaria, secondaria e terziaria, e che considera il problema alcol all'interno del sistema individuo-ambiente contemplandone tanto gli aspetti intrapsichici quanto quelli sociali (Servizio Sanitario della Toscana, 2005).

La regione Toscana, con la Legge Regionale 61/1990 e con il "Progetto obiettivo per la prevenzione della dipendenza da alcol, delle problematiche alcolcorrelate ed assistenza agli alcol-dipendenti" del 1992, anticipa il Decreto Ministeriale del 1993 ("Linee di indirizzo per la prevenzione, la cura, il reinserimento sociale e il rilevamento epidemiologico in materia di alcoldipendenza") e, con la Legge Regionale 5 agosto 1993 n. 51 ("Interventi per la prevenzione, cura e riabilitazione dell'alcoldipendenza e problematiche alcolcorrelate"), previene di molti anni la prima legge nazionale in materia che vede la luce solamente il 30 marzo 2001 (L. 125/2001: "Legge quadro in materia di alcol e di problemi alcolcorrelati"), nonostante già alla Conferenza Nazionale sulla droga del 1997 la dipendenza da alcol sia considerata alla stregua delle dipendenze dalle altre sostanze e il Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 indichi la necessità di prevenire l'abuso di alcol.

La Legge Regionale 51/1993 prevedeva l'istituzione, nella regione, di tre Centri Alcolologici Integrati (CAI) con bacino di utenza multizonale e, in tutte le Unità Sanitarie Locali, dei Gruppi Operativi Alcolodipendenza (GOA). L'applicazione di questa legge si dovette poi confrontare con il nuovo assetto aziendale del Sistema Sanitario Nazionale che in Toscana fu definito tra il 1994 e il 1995.

La Deliberazione del Consiglio regionale n° 281 del 15 settembre 1998 "Azione programmata: organizzazione dei servizi alcolologici" che sostituisce la LR 51/1993 è la normativa attualmente vigente.

Gli obiettivi dell'Azione programmata sono:

- "1. Accrescere la consapevolezza dei rischi connessi ad uso-abuso di alcolici tra la popolazione generale.*
- 2. Contribuire alla realizzazione del progetto Oms: 2000 sulla riduzione dei consumi.*
- 3. Favorire il superamento dello stato di dipendenza alcolica, operando in funzione preventiva anche sui "bevitori problematici".*
- 4. Favorire l'emergere della fascia di popolazione che non si rivolge ai servizi e promuovere la remissione di abuso in condotta o situazioni a rischio (guida di veicoli, gravidanza, concomitante assunzione di farmaci, patologie organiche, ecc.).*
- 5. Intervenire specificatamente su fasce a rischio quali gli adolescenti, i lavoratori stagionali o sradicati dal loro contesto, la popolazione detenuta, nomadi ed extracomunitari.*
- 6. Accrescere le conoscenze specifiche degli operatori sanitari al fine di riconoscere precocemente le problematiche alcol-correlate ed orientare l'invio e il trattamento."*

La strategia scelta per perseguire tali obiettivi prevede di:

"Operare attraverso una rete integrata di servizi a livello regionale (istituzioni pubbliche e private, volontariato) in grado di affrontare in modo coordinato i molteplici aspetti del problema: prevenzione, accesso ai servizi, diagnosi, cura e riabilitazione.

Strategicamente possono quindi individuarsi due livelli di intervento: il primo relativo all'individuazione delle problematiche alcol-correlate, il secondo al quale compete in modo più specifico la prevenzione, la diagnosi, la cura e la riabilitazione.

Al primo livello attiene l'incontro con le situazioni a rischio e con le problematiche fisiche e relazionali causate da abuso o dipendenza alcolica, il loro riconoscimento e l'invio a presidi preposti all'intervento specialistico.

Al secondo livello competono la collaborazione specifica con le Associazioni di volontariato ed auto-aiuto del settore, le funzioni della presa in carico, della diagnosi, del trattamento multimodale (medico, psicologico e sociale) e riabilitativo del consumo improprio, dell'abuso e della dipendenza alcolica, della prevenzione."

A livello territoriale il modello organizzativo prevede presso ogni Ser.T., sotto le dirette dipendenze del responsabile del servizio, la costituzione di una equipe alcolica formata dalle seguenti professionalità: medico, psicologo, assistente sociale, educatore professionale, infermiere professionale.

Le competenze attribuite all'equipe sono:

"Definizione, attuazione e verifica di programmi di prevenzione e di programmi terapeutici individuali integrati [...].

Promozione ed adozione di ogni iniziativa utile per sviluppare una rete integrata di servizi. A tal fine, in particolare il responsabile del Ser.T.:

- a) attiva protocolli di collaborazione con i medici di base e con le strutture ospedaliere;*
- b) promuove la collaborazione con il volontariato, con i gruppi di auto e mutuo aiuto, con gli altri servizi pubblici e privati;*
- c) attiva i necessari contatti con il centro di riferimento regionale."*

Nella delibera, così come in tutte le leggi regionali e nazionali e nei piani sanitari regionali e nazionali, è sottolineata la necessità di collaborazione tra il servizio pubblico e le organizzazioni di volontariato presenti sul territorio e nel d.m. del 1996 "Rilevazione delle attività in materia di alcoldipendenza" è anche previsto un monitoraggio nazionale di tali collaborazioni. Nelle seguenti tabelle sono riportati i dati nazionali e della Toscana

relativi agli anni 1999 – 2008 tratti dai documenti annuali di “Rilevazione attività nel settore dell’alcoldipendenza” a cura del Ministero della Salute:

Tabella 1 - Percentuale dei servizi che hanno collaborato con gruppi di volontariato dal 1999 al 2008 in Italia:

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
CAT	83,9 %	72,2 %	74,4 %	54,1 %	62,8 %	53,1 %	64,3 %	56,9 %	52,5 %	53,4 %
AA	47,0 %	46,7 %	45,4 %	41,4 %	42,2 %	34,0 %	45,4 %	40,2 %	40,3 %	41,0 %
Altri gruppi	17,8 %	14,0 %	12,3 %	14,2 %	15,3 %	11,6 %	17,2 %	11,9 %	14,0 %	14,0 %

Tabella 2 - Percentuale dei servizi che hanno collaborato con gruppi di volontariato dal 1999 al 2008 in Toscana:

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
CAT	96,0 %	83,3 %	88,6 %	83,8 %	86,1 %	83,3 %	81,3 %	71,0%	73,2 %	77,5 %
AA	52,0 %	55,6 %	54,3 %	48,6 %	44,4 %	44,4 %	62,5 %	41,9 %	53,7 %	47,5 %
Altri gruppi	12,0 %	5,6 %	11,4 %	13,5 %	11,1%	13,9 %	12,3 %	6,5 %	22,0 %	20,0 %

Tabella 3 - Numero medio di associazioni di volontariato che hanno collaborato con i servizi dal 1999 al 2008 in Italia:

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
CAT	8,4	8,8	8,1	7,7	7,9	7,9	7,7	8,4	7,1	7,8
AA	3,4	3,0	2,6	3,2	3,3	4,2	3,8	2,4	2,3	2,3
Altri gruppi	3,6	6,4	2,8	3,3	2,3	2,9	2,8	2,5	3,0	3,1

Tabella 4 - Numero medio di associazioni di volontariato che hanno collaborato con i servizi dal 1999 al 2008 in Toscana:

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
CAT	7,0	6,4	6,5	6,3	5,5	7,8	8,2	6,3	4,9	6,5
AA	3,6	3,0	3,2	1,9	1,6	4,1	4,0	3,3	1,7	2,4
Altri gruppi	5,3	7,0	4,5	4,4	4,3	6,2	2,0	1,5	2,0	2,6

Come emerge dai dati ministeriali (Tabelle 1 e 2) la maggior parte dei servizi in Italia collaborano con i Club degli Alcolisti in Trattamento (CAT) e in Toscana questa cultura della collaborazione appare molto ben sviluppata vista la percentuale di servizi che operano in connessione al privato sociale ben superiore alla media nazionale (Tabella 2). Le Tabelle 3 e 4 mostrano il numero medio di gruppi con i quali i servizi hanno

collaborato: l'elevato numero medio di CAT per ogni servizio mostra che i Club sono ben territorializzate e che ogni servizio ha un discreto numero di Club con cui collaborare. L'approccio ecologico-sociale ai problemi alcolcorrelati e complessi sul quale è basato il lavoro dei Club degli Alcolisti in Trattamento teorizza esplicitamente la necessità di collaborazione con i servizi pubblici nonché con tutte le altre risorse presenti in una comunità. Inoltre i Club degli Alcolisti in Trattamento rappresentano la metodologia di trattamento più diffusa in tutto il territorio nazionale.

3.3 IL SERVIZIO ALCOLOGICO TERRITORIALE DELLA ZONA FIORENTINA NORD-OVEST

La Zona Fiorentina Nord-Ovest è una delle zone in cui è suddiviso il territorio di competenza della ASL 10 di Firenze, comprende i Comuni di Calenzano, Campi Bisenzio, Fiesole, Lastra a Signa, Scandicci, Sesto Fiorentino, Signa e Vaglia per un utenza totale di 213.143 cittadini residenti al 1 gennaio 2009 (fonte ISTAT). In seguito alle indicazioni contenute nella Deliberazione del Consiglio regionale n° 281 del 15 settembre 1998 "Azione programmata: organizzazione dei servizi alcolologici", nel 1999 è stato attivato un Servizio Alcolologico Territoriale che, raccogliendo l'esperienza di fatto già presente negli anni precedenti, si è organizzato inizialmente attraverso la costituzione di ambulatori presso i tre presidi Ser.T. di Sesto Fiorentino, Scandicci e Campi Bisenzio. Successivamente l'attività clinica è andata gradualmente incrementandosi e parallelamente si sono sviluppate le collaborazioni con le altre agenzie del territorio, nell'ottica di fare di questi servizi un punto della rete all'interno di un approccio di comunità per i problemi alcolcorrelati

Le attività offerte oggi dal Servizio Alcolologico Territoriale della Zona Nord-Ovest riguardano:

- Accoglienza per persone con problemi alcolcorrelati e/o loro familiari
- Anamnesi alcolologica individuale e familiare
- Esami di laboratorio (routine e, ove necessario, specifici per patologia)

- Diagnosi alcolologica
- Definizione del programma di trattamento individuale e familiare (collaborazione con i Club degli Alcolisti in Trattamento e Alcolisti Anonimi) con verifiche periodiche
 - Trattamenti farmacologici
 - Prevenzione malattie infettive (vaccinazioni)
 - Esenzioni per patologie
 - Counselling medico, psicologico e sociale
 - Consulenze per altri servizi territoriali e ospedalieri (p.e. psichiatria)
 - Collaborazione con servizi ospedalieri dell'Azienda Sanitaria di Firenze e di Careggi per le situazioni di urgenza ed il trattamento ospedaliero delle patologie organiche alcolcorrelate
 - Collegamenti con i medici di medicina generale
 - Programmi comunitari residenziali e semi residenziali anche in collaborazione con gli Enti Ausiliari della Regione Toscana.

Le persone seguite nel 2008 presso il Servizio Alcolologico Territoriale (SAT) della Zona Nord-Ovest sono state 95 con le seguenti caratteristiche:

Tabella 5 – Utenti anno 2008

	TOTALE	Maschi	Femmine	In carico	Nuovi
SAT Zona Nord-Ovest	95	63	32	70	25

(Fonte: "Le dipendenze nel territorio della ASF. Bollettino anno 2008 e andamento nel periodo 1996-2008", Osservatorio del Dipartimento della Dipendenze ASL 10 Firenze – aprile 2009)

Per il servizio alcolologico territoriale della Zona Nord-Ovest il 2008 è stato l'anno con un numero più elevato di utenti:

Tabella 6 – Utenti in carico negli anni 1999-2008

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
SAT Zona Nord-Ovest	30	31	50	64	60	86	80	67	80	95

(Fonte: "Le dipendenze nel territorio della ASF. Bollettino anno 2008 e andamento nel periodo 1996-2008", Osservatorio del Dipartimento della Dipendenze ASL 10 Firenze – aprile 2009)

Secondo Francescato (2005), il riferimento del servizio pubblico "deve essere tutta la comunità e non solo coloro che hanno sviluppato la malattia e il disagio. Ma tutta la popolazione. Il ruolo centrale del pubblico è dunque quello della promozione della salute. [...] un Ser.T. non dovrebbe servire ai tossicodipendenti [...] ma a far sì che gli individui della comunità non lo diventino." (p. 142).

L'attività del Servizio è perciò indirizzata a più livelli: alla persona, alla famiglia e a diverse componenti della comunità (scuola, mondo del lavoro, associazionismo e altri luoghi di aggregazione).

Il Servizio Alcolologico svolge la sua attività in rete con le altre realtà del territorio che si occupano di problemi alcolcorrelati operando in senso emancipatorio per attivare nuove reti e risorse che a loro volta rappresenteranno nuovi nodi della rete di protezione e promozione della salute.

IL COORDINAMENTO DEI PROGRAMMI ALCOLOGICI TERRITORIALI

A cavallo dell'anno 2000 sono stati realizzati due importanti progetti finanziati con il Fondo nazionale d'intervento per la lotta alla droga:

- *Sensibilizzazione degli operatori dei servizi sociali, dei servizi sanitari, del privato sociale e del volontariato dell'area Firenze Nord-Ovest sui problemi alcolcorrelati e complessi.*
- *Sviluppo di sistemi territoriali di intervento a rete per la prevenzione primaria, secondaria e terziaria dei problemi alcolcorrelati e alcol-drogacorrelati nella Zona Firenze Nord-Ovest.*

Gli obiettivi dei progetti venivano così descritti:

"Il principale obiettivo del primo progetto è stato quello di creare una sensibilizzazione ed una competenza di base diffusa su tutto il territorio mentre l'obiettivo di questo secondo progetto è quello di passare alla fase operativa sviluppando sistemi territoriali di intervento a rete per la prevenzione primaria, secondaria e terziaria dei problemi alcolcorrelati e alcol-drogacorrelati nella zona,

attraverso una stretta collaborazione tra i servizi pubblici, sia sociali che sanitari, (sia ospedalieri che territoriali) e le associazioni di volontariato e del privato sociale presenti sul territorio.”

(dalla “Descrizione sintetica” del secondo progetto).

I due progetti, gestiti dal Ser.T. di Scandicci, hanno messo le basi per il lavoro di rete nel territorio del Nord-Ovest. Tale lavoro si è poi concretizzato nel 2002 con la costituzione del *Gruppo di coordinamento dei programmi alcolologici territoriali della Zona Firenze Nord-Ovest*.

Il Gruppo di coordinamento è nato dalla necessità, peraltro in linea con le indicazioni contenute all'interno del Piano Integrato Sociale Regionale 2002-2004, di realizzare, all'interno del territorio in ambito alcolologico, una “cornice” teorica, metodologica ed operativa che potesse contenere le varie iniziative e permettere ai cittadini degli otto comuni di avere una informazione ed un trattamento omogenei sulle problematiche alcolcorrelate.

Il Gruppo di coordinamento dei programmi alcolologici territoriali è stato riconosciuto con specifica delibera della Giunta della Società della Salute nell'anno 2004.

Il *Gruppo di coordinamento dei programmi alcolologici territoriali della Zona Firenze Nord-Ovest* è composto da:

- Assessorato alle Politiche Sociali del Comune di Sesto F.no in rappresentanza della Conferenza dei Sindaci (attualmente Società della Salute)
- Servizio Alcolologico Territoriale ASL Zona Firenze Nord-Ovest
- Unità Operativa Educazione alla Salute ASL Zona Firenze Nord-Ovest
- Associazione dei Club degli Alcolisti in Trattamento (ACAT) di Scandicci
- Associazione dei Club degli Alcolisti in Trattamento (ACAT) di Sesto F.no e Campi Bisenzio
- Club degli Alcolisti in Trattamento di Calenzano
- Cooperativa CAT

Finestra 1

Associazioni dei Club degli Alcolisti In Trattamento (ACAT)

Le ACAT sono associazioni di volontariato al servizio dei Club degli Alcolisti in Trattamento. I Club si occupano del trattamento e della riabilitazione di persone con problemi dovuti all'uso di alcol e delle loro famiglie e della prevenzione dei problemi alcolcorrelati nella comunità. Sul territorio del Nord-Ovest operano tre associazioni: l'ACAT Scandicci, l'ACAT Sesto F.no/Campi B.zio e l'ACAT Firenze Nord.

I Club degli Alcolisti in Trattamento presenti nel Nord-Ovest sono 18 (dato aggiornato al 2008) - uno a Calenzano, tre a Campi Bisenzio, uno a Lastra a Signa, sette a Scandicci, cinque a Sesto F.no e uno a Vaglia - e coinvolgono nei loro programmi circa 150 famiglie.

Attività svolte:

- Riunione settimanale dei Club degli Alcolisti in Trattamento.*
- Formazione e aggiornamento continui (Scuole Alcologiche Territoriali) rivolti alle famiglie in trattamento e alla comunità locale.*
- Corsi di sensibilizzazione e formazione sui problemi correlati all'alcol.*
- Sensibilizzazione e formazione nella scuola sui problemi legati all'uso di alcol.*

Dal 2002 le Associazioni dei Club degli Alcolisti in Trattamento partecipano al "Gruppo di Coordinamento dei Programmi Alcologici Territoriali nella Zona Firenze Nord Ovest" e in collaborazione con le altre agenzie presenti sul territorio hanno realizzato numerosi progetti di sensibilizzazione e prevenzione rispetto ai problemi alcolcorrelati.

Finestra 2

Cooperativa Sociale CAT (Centro di Animazione Triccheballacche)

CAT Cooperativa Sociale è' una ONLUS costituitasi nel 1985, con una forte esperienza professionale nell'ambito dei servizi sociali alla persona si caratterizza per l'offerta di interventi innovativi grazie al continuo aggiornamento delle molteplici professionalità messe in campo.

Nell'ambito delle problematiche legate all'uso di droghe la Coop. Sociale CAT svolge varie attività:

- Gestione di strutture intermedie, di riabilitazione e reinserimento sociale.*

- *Servizi di counseling a bassa soglia.*
- *Progetti di prevenzione e riduzione del danno rivolti a utenti con problemi di dipendenza da sostanze e animazione sociale ed educativa territoriale con unità di strada.*
- *Servizi di home care rivolti a utenti con dipendenza da sostanze e problematiche correlate.*
- *Progetti di prevenzione rivolti alla popolazione detenuta.*
- *Orientamento professionale e inserimenti lavorativi.*
- *Produzione di materiale informatico sulle sostanze stupefacenti e rischi correlati.*
- *Assistenza domiciliare a persone sieropositive e malate di AIDS.*
- *Gestione di intervento di empowerment territoriale e di socializzazione e prevenzione.*
- *Riduzione di rischi nell'ambito delle nuove droghe (discoteche, rave, concerti).*
- *Ricerca-intervento su nuove droghe e nuovi stili di consumo, sui videopoker.*
- *Produzione di materiale informativo su nuove droghe.*
- *Interventi di prevenzione del Drop-out scolastico.*
- *Produzioni grafiche video, musicali e multimediali.*
- *Consulenza e supervisione per operatori di strada e di strutture per l'aggregazione giovanile.*

Da anni la Cooperativa opera nel territorio del Nord-Ovest fiorentino e dal 2002 partecipa al "Gruppo di Coordinamento dei Programmi Alcolologici Territoriali nella Zona Firenze Nord Ovest".

Importanti sono state le mappature del territorio realizzate dagli operatori di strada della Cooperativa CAT nei Comuni di Campi Bisenzio (2002), Sesto F.no (2003), Scandicci (2004), Vaglia (2008): individuazione e descrizione gruppi giovanili informali, caratteristiche del territorio.

Il Gruppo di coordinamento dei programmi alcolici territoriali della Zona Firenze Nord-Ovest rappresenta un centro funzionale di coordinamento delle forze del volontariato, del privato sociale e degli enti e dei servizi pubblici presenti sul territorio.

Questi, uniti in un rapporto di costante cooperazione, realizzano i programmi di protezione e promozione della salute. La cooperazione si realizza nel rispetto delle competenze di ciascuno: ogni parte mette a disposizione le proprie risorse, senza confondere i metodi di intervento propri delle singole parti.

I settori di lavoro di cui si occupa il Gruppo di coordinamento sono:

- Prevenzione.
- Ricerca-intervento.
- Formazione.
- Ricerca e documentazione.
- Sviluppo di programmi di comunità.
- Cooperazione internazionale.

Il Gruppo ha promosso due grandi programmi operativi, finanziati dai fondi del Piano di Zona per gli anni 2003 e 2004, chiamati rispettivamente "*Sviluppo di un Centro Alcolologico Territoriale Funzionale per la Zona Firenze Nord-Ovest*" e "*Coordinamento dei Programmi Alcolologici Territoriali nella Zona Firenze Nord Ovest*", articolati in progetti locali attuati su diverse realtà sociali e territoriali del Nord-Ovest fiorentino. Quest'ultimo progetto è stato finanziato anche negli anni seguenti ed è concluso nel 2010. Molte delle attività descritte nel prossimo capitolo rientrano tra le attività programmate dal gruppo di coordinamento dei programmi alcolologici territoriali.

3.4 Il lavoro di rete

È ormai patrimonio della cultura dei servizi territoriali la consapevolezza che la complessità dei problemi richiede l'intervento di più figure professionali, così come richiede la cooperazione tra servizi istituzionali e servizi informali. In particolare si è descritto nel capitolo precedente come sia il lavoro in equipe multiprofessionale sia la strategia di operare attraverso una rete di servizi pubblici e privati siano sanciti dalle proposte legislative nazionali e regionali nell'ambito dei problemi alcolcorrelati. Più in generale tutte le recenti proposte legislative in ambito socio-sanitario vanno in direzione di una valorizzazione della collaborazione tra agenzie pubbliche e private e ne è un esempio

importante la proposta delle *Società della Salute* avanzata dalla Regione Toscana. In questa ottica è compito degli enti pubblici la promozione di reti sociali che vadano a rafforzare una cultura sociale basata sulla relazionalità poiché i bisogni delle persone sono bisogni complessi e contestuali che è necessario affrontare in un'ottica sistemica.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità, in un importante documento sui problemi alcolcorrelati del 2006, ribadisce che per potenziare l'efficacia delle azioni di prevenzione o riduzione dei problemi alcolcorrelati è necessario potenziare e coordinare un gran numero di settori della comunità. La funzione di coordinazione può essere paragonata a quella di un ragno nella ragnatela, dove il compito è organizzare e coordinare le diverse parti della comunità (WHO, 2006).

Secondo Dimauro (2003) diverse considerazioni motivano l'adozione di un'ottica di rete per affrontare i problemi alcolcorrelati:

- La rilevanza epidemiologica dei problemi alcolcorrelati tale che nessun servizio di alcologia potrebbe da solo farvi fronte;
- La complessità dei problemi alcolcorrelati che non interessano mai un unico individuo isolato e anche nella stessa persona sono spesso difficilmente separabili da altri problemi;
- La trasformazione dei modelli di consumo e del tipo di rischi correlati con conseguente necessità di riorganizzazione dei servizi;
- La sottovalutazione dei problemi alcolcorrelati nella nostra cultura e la conseguente scarsa attenzione scientifica e legislativa al problema.

L'ottica di rete è coerente con una visione sistemica – ogni livello di un sistema complesso è rappresentabile da una struttura a rete – e sottolinea la relazione paritaria tra le diverse risorse che, in connessione tra loro, creano la rete stessa: l'organizzazione a rete non è gerarchica perché nessun livello è "sopra" ad un altro (Capra, 1996).

Un servizio di alcologia è una rete di operatori, la famiglia è una rete di persone e l'individuo una rete di cellule. La comunità è una rete di sistemi sociali (famiglie, gruppi, istituzioni, ecc). Tuttavia se la comunità in quanto sistema complesso è rappresentabile in tutte le sue componenti da una struttura a rete è pur vero che tali reti possono essere più o meno competenti rispetto ai problemi di salute: "la rete ammalia, la rete cura" (Merlo, 1996; p: 505).

Folgheraiter parla di *rete di aiuto*, contrapposta a rete informale, come di "una rete che ha maturato consapevolezza di essere tale, agisce con una qualche intenzionalità e quindi può fare ciò che deve (sostenere azioni di assistenza, dare sostegno emozionale, individuare obiettivi possibili o determinare le modalità d'azione più opportune, ecc.) con maggiore probabilità ed efficacia" (Folgheraiter, 2005; pp: 189-190). Inoltre secondo l'Autore, operando con un'ottica di rete viene a decadere la distinzione tra lavoro sul caso e lavoro sulla comunità: se si lavora con l'individuo in termini di rete si opera sulla comunità e se si lavora nella comunità è per promuovere la salute degli individui che la compongono.

In campo alcologico il lavoro di rete consiste nel *reticolare* tra loro le risorse presenti sul territorio, renderle competenti rispetto ai problemi alcolcorrelati e collegare le reti "alcologiche" alle altre reti presenti nella comunità.

Secondo Dimauro (2003) le risorse disponibili sul territorio che si possono configurare come nodi della rete "alcologica", a loro volta in forma di rete, sono:

1. le reti informali primarie: famiglia, amici, colleghi, vicini, ecc.;
2. le reti informali secondarie: associazioni di volontariato, culturali, sportive, ecc.;
3. le reti formali: istituzioni pubbliche come servizi sanitari e sociali, comuni, parrocchie, sindacati, forze dell'ordine. In particolare, per i problemi alcolcorrelati, assumono un ruolo importante: i medici di famiglia, la municipalità, i servizi territoriali (alcologia, tossicodipendenze, servizi sociali, servizi di salute mentale) che già dovrebbero lavorare in rete tra loro.

Acquisire una competenza nel lavoro di rete diviene inoltre importante anche rispetto alla sempre più ampia diffusione del lavoro per progetti all'interno dei sistemi socio-sanitari, progetti che spesso richiedono la collaborazione tra più organizzazioni pubbliche e private (Leone e Prezza, 1999).

Per Wandersman et al. (1996) il lavoro basato sulla collaborazione tra più servizi e agenzie del territorio rientra in una prospettiva ecologica di promozione della salute perché interviene su più livelli e promuove il cambiamento della comunità.

3.5 Progetti di rete per la protezione e promozione della salute

La collaborazione tra gli enti e le associazioni partecipanti al *Gruppo di coordinamento dei programmi alcolologici territoriali della Zona Firenze Nord-Ovest*, e altre collaborazioni nate in modo più estemporaneo intorno a specifiche iniziative, hanno permesso in questi anni la realizzazione di numerosi progetti nella Zona Fiorentina Nord-Ovest, progetti che hanno attivato anche nuove risorse in diversi ambiti della comunità.

Volendo classificare gli interventi nei classici termini di prevenzione primaria, secondaria e terziaria, i diversi progetti realizzati hanno una valenza di prevenzione primaria in quanto mirano a proteggere le persone dallo sviluppare problemi alcolcorrelati, ma hanno anche importanti ricadute sulla prevenzione secondaria dal momento che le persone formate e sensibilizzate diventano più competenti ad individuare le problematiche alcolcorrelate favorendone la diagnosi precoce (per esempio famiglie con problemi alcolcorrelati sono state indirizzate al Ser.T. da persone sensibilizzate). Ed è proprio in questo senso che la comunità può divenire più competente nella gestione dei problemi legati all'uso di alcol. L'Organizzazione Mondiale della Sanità, infatti, definisce la promozione della salute come "the process of enabling people to increase control over, and to improve, their health" (WHO, 1986) cioè il processo che consente alle persone di avere più controllo sulla propria salute e di migliorarla.

Di seguito descriveremo alcune tra le iniziative realizzate nel territorio del Nord-Ovest fiorentino negli anni 2004-2008 alle quali ha partecipato il Servizio Tossicodipendenze sottolineando i legami tra le diverse componenti della comunità che in tali progetti si sono sviluppati.

I diversi interventi di promozione e protezione della salute realizzati nei territori della Zona Nord-Ovest possono essere classificati nei seguenti ambiti:

- alcol e scuola;
- alcol e luoghi di lavoro;
- alcol e gravidanza;
- alcol e comunità locale;
- alcol e cooperazione internazionale;
- alcol e guida.

Alcol e scuola

Nel 2004 sono iniziati i progetti di promozione della salute nelle scuole medie superiori. In considerazione, però, dell'esordio sempre più precoce dei comportamenti di uso di alcol e altre droghe, gli interventi sono stati, negli anni successivi, rivolti anche alle scuole medie inferiori.

I progetti vengono attuati in coordinamento con l'Unità Operativa di Educazione alla Salute ASL 10 Firenze Zona Nord-Ovest e l'Associazione dei Club degli Alcolisti in Trattamento di Scandicci.

Scuole medie superiori

Giovani e mass media: la nuova cultura del bere.

Progetto pluriennale di promozione della salute e prevenzione dei comportamenti a rischio legati all'uso di alcol e di altre droghe nell'Istituto Statale Russell-Newton di Scandicci.

Il progetto è iniziato nel 2004 ed è tuttora in corso.

L'Istituto Russell-Newton è un polo formativo articolato in diversi indirizzi di studio: ragionieri, ragionieri programmatori, liceo tecnico per le attività gestionali, geometri, liceo tecnico ad indirizzo edile-territoriale, liceo scientifico (corso tradizionale, piano nazionale informatica, sperimentazione seconda lingua straniera). Sono inoltre attivi corsi serali triennali per adulti (ragionieri e geometri) e, dall'anno scolastico 2001-2002, un corso di scuola superiore per i detenuti della Casa Mandamentale di Sollicciano.

L'intervento è stato proposto alle classi dei corsi diurni che comprendono circa 1200 studenti.

Il progetto è rivolto, oltre che agli studenti, anche al personale docente e ai genitori dell'istituto. L'obiettivo è quello di coinvolgere tutte le componenti scolastiche al fine di introdurre nella cultura dell'istituto alcuni elementi di promozione della salute e prevenzione dei comportamenti a rischio, sia attraverso attività specifiche, sia con la semplice presenza amplificata dal passaparola spontaneo.

Gli obiettivi dell'intervento sono:

- attuare un'azione che sia di contrasto all'accresciuta pressione pubblicitaria delle industrie di alcolici nei confronti del mondo giovanile;
- informare il personale docente e non docente, gli studenti e i genitori sui rischi connessi al bere alcolici;
- sviluppare una capacità di critica nei confronti della cultura del bere;
- fornire al personale docente e non docente una formazione atta a promuovere stili di vita protetti dai rischi alcolcorrelati;
- prevenzione dei problemi alcolcorrelati nella popolazione giovanile.

La metodologia scelta per l'intervento è quella della peer-education (Svenson, 1998; McDonald et al., 2003) , metodo educativo per il quale un gruppo di persone vengono formate e responsabilizzate verso l'argomento trattato e reinseriti nel contesto di appartenenza per realizzare attività con i coetanei e divenire una risorsa per la promozione della salute. Negli anni novanta la peer-education si è diffusa in Europa, in particolare nei contesti scolastici «in quanto può favorire l'assunzione di un ruolo responsabile ed attivo da parte degli studenti, dei docenti e dei genitori all'interno dell'istituzione» (Ministero del lavoro e delle politiche sociali, 2003; p. 436).

Primo anno (AS 2004/05)

Attività con gli insegnanti: dopo un incontro di informazione sul progetto con il Collegio dei Docenti, nel gennaio 2005 è iniziato un corso di formazione (quattro incontri di tre ore) rivolto agli insegnanti al quale hanno partecipato 19 professori di varie materie. Alla fine del corso sono state raccolte le proposte e le richieste degli insegnanti per il proseguimento dell'attività nell'AS 2005/2006. Sono seguiti alcuni incontri con i professori di Scienze che avevano richiesto materiale didattico per poter valutare la possibilità di inserire argomenti riguardanti i problemi alcolcorrelati all'interno del loro insegnamento. Per l'inizio del successivo anno scolastico sono stati previsti alcuni incontri di programmazione dell'attività con un gruppo di insegnanti particolarmente motivati che si è configurato come una sorta di gruppo di peer educator del corpo docenti.

Attività con gli studenti: il primo anno di attivazione del progetto ha visto la realizzazione di un corso di formazione/sensibilizzazione (tre incontri di due ore per ogni gruppo classe) rivolto alle seconde al quale anno aderito nove sezioni. Oltre a configurarsi

come un intervento di sensibilizzazione, l'obiettivo del corso era quello di reclutare alcuni ragazzi per costituire un gruppo di peer educator da formare ed attivare negli anni successivi. Gli incontri sono stati condotti con il metodo del focus group: attraverso la presentazione di audiovisivi gli studenti sono stati stimolati a riflettere e a discutere sull'argomento presentato, guidati dalle informazioni fornite loro, ma privilegiando soprattutto l'emergere di vissuti esperienziali utilizzando successivamente anche il metodo del racconto autobiografico.

Trenta studenti hanno dato la loro disponibilità ad essere convocati all'inizio del successivo anno scolastico per frequentare un corso di formazione rivolto non solo all'acquisizione di informazioni più approfondite rispetto ai problemi alcolcorrelati ma anche all'apprendimento di "life skills", così come indicato dall'OMS (WHO, 1993).

Secondo anno (AS 2005/06)

All'inizio dell'anno scolastico, a settembre, si è proceduto a ristabilire i contatti con le varie componenti scolastiche.

Attività con gli studenti: i ragazzi che l'anno precedente avevano dato la disponibilità ad approfondire la propria formazione sono stati contattati individualmente; con 18 di loro è stato fondato il gruppo dei peer educator e sono stati concordati nove incontri (fuori dall'orario scolastico e validi per il credito formativo).

Il percorso effettuato con i ragazzi si inserisce nell'ambito del lavoro sulla promozione della salute: partendo dalla discussione e definizione del concetto di salute, si è arrivati a parlare di comportamenti a rischio connessi all'uso di droghe. Dedicando particolare spazio ai problemi relativi all'uso di droghe legali (alcol e tabacco) sono stati affrontati anche i rischi legati all'uso di droghe illegali. Gli incontri sono stati condotti da una psicologa e da una educatrice professionale attraverso metodologie interattive (giochi di ruolo, discussioni guidate, tecniche di problem solving, ecc.) stimolando lo sviluppo di alcune abilità di base, le cosiddette life skill, come la capacità di prendere decisioni, di risolvere problemi, di costruire relazioni interpersonali funzionali e positive, di sviluppare autoconsapevolezza e soprattutto di resistere alle pressioni del gruppo dei pari. Negli ultimi incontri il lavoro ha riguardato anche la progettazione di materiale ed attività da estendere successivamente al resto della scuola. In particolare i ragazzi hanno scritto un articolo per il giornalino della scuola e si sono impegnati nella realizzazione di una presentazione di PowerPoint che è

stata utilizzata l'anno successivo per la sensibilizzazione nelle classi e nel 2008 presentata ad una giornata di studio organizzata dalla Società della Salute della Zona Fiorentina Nord-Ovest. (La presentazione dal titolo "L'arte di rompere gli schemi! Quando i giovani salgono in cattedra." realizzata dagli studenti è riportata in appendice B.)

I ragazzi (ma andrebbe detto ragazze visto che solo un maschio era presente!) che hanno dato la loro disponibilità a proseguire sono stati 15 e attraverso contatti via e-mail e incontri di verifica ogni 15-30 giorni le operatrici hanno monitorato e supportato il lavoro dei peer .

Inoltre i ragazzi a coppie hanno preso parte come "tirocinanti" agli incontri di sensibilizzazione che le operatrici hanno, come l'anno precedente, realizzato con le seconde classi (due incontri di due ore in otto sezioni).

Due rappresentanti del gruppo dei peer hanno partecipato insieme alle operatrici al Festival nazionale "Prevenire creando: Le emozioni della salute" che si è svolto a maggio 2006 a Reggio Emilia.

Attività con gli insegnanti: per quanto riguarda i professori il gruppo più motivato a proseguire con l'approfondimento della tematica alcol si è costituito, con riconoscimento formale del dirigente scolastico, in "Commissione Alcol" e sono stati realizzati alcuni incontri durante i quali i professori hanno condiviso difficoltà ed esperienze rispetto all'inserimento dell'argomento nella loro attività didattica. Ai docenti, su loro richiesta, è stata fornita documentazione sull'argomento da parte degli operatori.

Nella seconda parte dell'anno la Commissione Alcol ha organizzato per i colleghi un seminario sul tema della Peer education che il dirigente scolastico ha riconosciuto come valido per l'aggiornamento degli insegnanti.

Attività con i genitori: nell'AS 2005/06 ha avuto inizio anche l'attività con i genitori. Fondamentale per il coinvolgimento dei genitori è stata la presenza di un comitato di genitori che ha realizzato una mailing list attraverso la quale tenersi in contatto. Tuttavia, così come emerge anche nella letteratura sulla prevenzione nella scuola (Kahr, 1999), anche in questa esperienza si è dimostrato molto difficoltoso il coinvolgimento dei genitori.

Sono comunque stati realizzati alcuni incontri sul tema dell'adolescenza e dei problemi alcolcorrelati. Quest'ultimi sono serviti soprattutto a discutere insieme ad un piccolo

gruppo (i peer educator dei genitori!) i possibili interventi per l'anno successivo e soprattutto le possibili strategie di coinvolgimento di un numero più ampio di genitori.

Terzo anno (AS 2006/07)

Il terzo anno del progetto ha visto la prosecuzione del lavoro con gli studenti, mentre ci sono state difficoltà nell'organizzare l'attività con gli adulti (insegnanti e genitori) che è stata messa in programma per l'anno successivo.

Attività con gli studenti: i peer educator formati l'anno precedente – adesso studenti di quarta – hanno realizzato, con il supporto di un operatore, gli incontri di sensibilizzazione in sette classi seconde. I peer, a coppie, hanno condotto due incontri di due ore per ogni classe con l'ausilio della presentazione di PowerPoint da loro stessi creata. (vedi appendice B)

La qualità degli incontri è stata caratterizzata da una particolare attenzione posta dalle classi nei confronti dei colleghi più grandi, attenzione maggiormente difficile da ottenere quando a condurre gli incontri erano gli adulti. La presenza dei peer, che hanno raccontato alle classi la loro esperienza, ha contribuito a suscitare interesse nei ragazzi di seconda ed in molti si sono offerti per partecipare alla selezione per la creazione di un nuovo gruppo di peer educator per l'anno successivo.

Quarto anno (AS 2007/08)

Nell'anno scolastico 2007/08 sono state portate avanti le attività con gli studenti; si sono riscontrate difficoltà nell'attuare incontri con gli insegnanti e con i genitori.

Attività con gli studenti: all'inizio dell'anno scolastico sono state contattate le classi in cui i peer educator dell'anno precedente avevano condotto l'attività ed è stato formato il nuovo gruppo di peer educator con 14 ragazzi che hanno deciso di aderire al progetto.

Sono stati effettuati nove incontri di formazione per il gruppo, da novembre a febbraio, in orario extra-scolastico e validi per il credito formativo. Gli incontri sono stati condotti con la stessa metodologia dell'anno precedente.

Un incontro è stato effettuato presso il Ser.T di Scandicci: i ragazzi, accompagnati da un'assistente sociale, hanno potuto vedere il Servizio e capire il tipo di lavoro e i servizi offerti da un Servizio per le Tossicodipendenze.

A seguito del percorso effettuato, i peer educator hanno ideato un questionario, sulla conoscenza e sull'uso delle droghe, le cui risposte sono servite per costruire l'intervento da

fare con i loro compagni. Infatti alcune tra le domande più significative sono state inserite in una presentazione di PowerPoint da utilizzare l'anno successivo per l'attività di sensibilizzazione nelle classi seconde: le domande, proiettate su slide, hanno lo scopo sia di stimolare la discussione e il confronto nel gruppo classe, sia di introdurre i concetti teorici spiegati agli studenti dai peer educator.

Le risorse che sono state *reticolate* all'interno di questo progetto sono: Servizio Alcolologico Territoriale del Ser.T. di Scandicci, U.O. Educazione alla Salute Zona Firenze Nord-Ovest, Associazione dei Club degli Alcolisti in Trattamento di Scandicci, Dirigenza scolastica, Gruppo di peer educator degli insegnanti dell'istituto Russell-Newton, Gruppo di peer educator degli studenti dell'istituto Russell-Newton, Comitato genitori dell'istituto Russell-Newton.

Dall'alcol alle nuove droghe: progetto pluriennale di promozione della salute e prevenzione dei comportamenti a rischio legati all'uso di alcol e di altre droghe nell'Istituto Statale d'Arte di Sesto Fiorentino.

Primo anno (AS 2006/07)

La fase iniziale del lavoro ha previsto incontri di presentazione del progetto all'insegnante referente della scuola e al dirigente della scuola.

Il progetto è stato accolto dalla scuola e ridefinito in alcune parti per la sua realizzazione nel particolare contesto scolastico.

Sono stati effettuati due incontri di due ore ciascuno, in tre classi terze.

I momenti formativi hanno affrontato aspetti generali legati alle patologie alcolcorrelate e ai rischi connessi all'uso di alcol. Sono stati utilizzati i materiali "Alcol:parliamone. Fumetti per capire l'alcol, i suoi effetti, i suoi danni." cd-rom prodotto dal Cedostar (www.cedostar.it), che riporta, con una grafica accattivante per un pubblico giovanile e in chiave ironica, le informazioni più importanti relative a questa tematica e il video "Ma la festa??" realizzato sul territorio del Nord-Ovest dalla Cooperativa CAT con giovani ragazzi del target di età dei nostri interlocutori.

Un aspetto rilevato con tutti i ragazzi coinvolti è stato che l'utilizzo di strumenti che riportano luoghi e situazioni familiari ha un maggior effetto e permette un coinvolgimento emotivo più immediato e quindi in grado di attivare i ragazzi in una discussione partecipata e attiva.

Durante la discussione gli studenti hanno prodotto riflessioni e richieste di maggiori informazioni riguardanti anche gli effetti dell'alcol sull'organismo e sull'interazione tra uso di farmaci e uso di alcol.

Questo aspetto conferma che i ragazzi hanno bisogno di informazioni scientifiche fornite da esperti capaci di approfondire i temi laddove venga richiesto.

E' emerso che nei ragazzi di questa età (16-17 anni) è acquisita la consapevolezza che l'alcol sia una droga ed abbia effetti simili alle altre sostanze illegali.

Dagli incontri nelle classi sono stati selezionati 10 ragazzi per il percorso formativo di peer education.

A partire da febbraio 2007 fino a maggio 2007 sono stati realizzati 10 incontri con il gruppo di peer educator.

Durante gli incontri le attività sono state rivolte a rafforzare l'aspetto di conoscenze ed informazioni sull'alcol e i problemi alcolcorrelati, a sviluppare le competenze psicosociali, quali la comunicazione assertiva, l'autostima, il problem solving anche in funzione del ruolo di peer educator. Parte dell'attività realizzata nel gruppo è stata finalizzata alla progettazione di strumenti di prevenzione da proporre all'interno della scuola.

La fase progettuale realizzata con il gruppo dei peer educator ha previsto un percorso di ideazione partecipata di un possibile strumento comunicativo; i ragazzi sono partiti dall'idea di realizzare un fumetto fino ad arrivare alla proposta di creare di un video che mettesse in luce gli aspetti positivi e protettivi per la salute che l'esperienza svolta nel gruppo ha evidenziato.

Tutto ciò è stato possibile grazie al lavoro svolto insieme che ha compreso anche una visione degli strumenti di prevenzione attualmente in uso e rivolti agli adolescenti della loro età e valutati dai ragazzi stessi come inadeguati e lontani dal loro pensiero e linguaggio.

Durante questi mesi di realizzazione del progetto sono stati effettuati periodicamente degli incontri di monitoraggio con l'insegnante referente, richiedendo espressamente la possibilità di attivare un percorso con gli insegnanti.

Nel frattempo il dirigente scolastico che aveva appoggiato la proposta progettuale, garantendo un impegno nel coinvolgimento degli insegnanti, nella fase iniziale dell'anno

scolastico successivo (settembre), è stato trasferito in un'altra scuola. Questo non ha permesso lo svolgimento del corso di formazione previsto con l'intero corpo docenti.

Secondo anno (AS 2007/08)

Nell'a.s. 2007/08 si sono verificate, anche in seguito al trasferimento del Dirigente Scolastico, difficoltà in merito al coinvolgimento degli insegnanti e degli studenti, che non hanno permesso la prosecuzione del progetto.

(Dalla relazione delle psicologhe Dott.ssa Ilaria Londi e Dott.ssa Laura Mezzani che hanno condotto l'intervento)

Risorse che hanno collaborato in questo progetto: ACAT Sesto Fiorentino/Campi Bisenzio, U.F. Ser.T. Zona Firenze Nord-Ovest, U.O. Educazione alla Salute Zona Firenze Nord-Ovest, Coordinamento dei programmi alcolici territoriali Zona Firenze Nord-Ovest.

Scuole medie inferiori

Dall'alcol alle nuove droghe: progetto pluriennale di promozione della salute e prevenzione dei comportamenti a rischio legati all'uso di alcol e di altre droghe

AS 2007/08 e 2008/09

Durante gli anni scolastici 2007/08 e 2008/09 nelle Scuole Medie Inferiori "Leonardo da Vinci" di Lastra a Signa, "Spinelli" di Scandicci e "Alessandro Paoli" di Signa è stato attuato il progetto "Dall'alcol alle nuove droghe: progetto pluriennale di promozione della salute e prevenzione dei comportamenti a rischio legati all'uso di alcol e di altre droghe".

Il progetto si è articolato in azioni rivolte agli studenti delle classi terze e, ove possibile, agli insegnanti e ai genitori.

Attività con gli studenti: il percorso proposto agli studenti era costituito da due incontri di due ore ciascuno in ogni classe terza. Gli incontri sono stati tenuti da due operatrici (con la professionalità di psicologhe o educatrici professionali) messe a disposizione dall'ACAT di Scandicci e si sono svolti con la presenza e la partecipazione dell'insegnante.

L'obiettivo dell'intervento con gli studenti non è stato tanto di tipo informativo (i vari tipi di droghe, i loro effetti, ecc.), quanto di tipo formativo. Si è cercato, infatti, di

stimolare una riflessione e favorire la consapevolezza sul ruolo attivo che i ragazzi possono avere nella scelta dei comportamenti che possono mettere in atto per la protezione della loro salute.

Nel primo incontro, di taglio maggiormente teorico, sono state affrontate le tematiche della salute, dei comportamenti che proteggono e promuovono la salute e di quelli che la danneggiano. Si è potuto così arrivare a parlare delle droghe, legali e illegali, il cui uso è stato definito come un comportamento a rischio per la salute di ogni individuo e di tutta la società.

Particolare rilevanza è stata data ad alcol e tabacco che, oltre ad essere droghe che provocano molti danni alla salute, sono anche le droghe con le quali i ragazzi si trovano molto più facilmente in contatto e per le quali la nostra cultura mostra una maggiore tolleranza data dalla maggiore familiarità che ha con esse.

Nel secondo incontro, di taglio maggiormente pratico, i ragazzi si sono misurati con quanto appreso e affrontato nel corso del primo incontro. Suddivisi in gruppi, hanno prodotto o dei cartelloni con la tecnica del collage utilizzando immagini tratte da riviste e giornali o dei videoclip con scenette e interviste ai compagni (il primo anno a Signa). La richiesta rivolta ai ragazzi era quella di produrre, attraverso questi lavori, un messaggio per i coetanei, nell'ottica della promozione della salute, con particolare riferimento ai comportamenti a rischio legati all'uso di droghe.

Dalla discussione e dai lavori prodotti è stato evidente che i ragazzi hanno avviato una riflessione sui contenuti proposti e soprattutto sul concetto che ogni persona svolge un ruolo attivo nella costruzione della propria salute.

Attività con gli insegnanti e i genitori: a Lastra a Signa e Signa il progetto ha visto anche la partecipazione degli insegnanti e dei genitori.

A Lastra a Signa, il primo anno, precedentemente all'inizio del percorso con i ragazzi, è stato realizzato un incontro con i Professori di lettere e scienze, le materie maggiormente inerenti agli argomenti trattati e nelle cui ore sono stati svolti gli incontri con gli studenti.

Con gli insegnanti sono state affrontate le tematiche su cui successivamente si sarebbe lavorato nelle classi. Questo ha permesso la costruzione di un linguaggio comune, la collaborazione e l'integrazione tra insegnanti e operatrici.

I professori hanno potuto sia preparare i ragazzi agli incontri, affrontando, secondo l'ottica della propria materia, tematiche complementari, sia lavorare con loro successivamente, potendo anche verificare l'impatto che il progetto ha avuto sugli studenti.

Per quanto riguarda il lavoro con i genitori, sempre a Lastra a Signa, sono stati realizzati tre incontri, all'interno del ciclo di serate dal titolo "Adolescenza: un momento di crescita anche per i genitori", promossi dal Comune di Lastra a Signa in collaborazione con il Comitato dei genitori. Le tre serate erano così articolate:

- "C'era una volta... Il percorso narrativo tra genitori e figli."
- "A modo mio... Cultura e stili di vita degli adolescenti"
- "Se così fan tutti... L'uso di alcol, tabacco e droghe illegali negli adolescenti"

I tre incontri hanno visto una buona partecipazione dei genitori, sia per quanto riguarda il numero di presenze sia per la qualità della discussione scaturita durante gli incontri che sono stati tenuti con modalità interattiva proprio per favorire l'emergere del vissuto dei genitori rispetto agli argomenti trattati.

A Signa sono invece stati realizzati due incontri pomeridiani che hanno visto la partecipazione di un buon numero di insegnanti e genitori che hanno potuto confrontarsi tra loro nella discussione delle tematiche oggetto degli incontri.

(Dalla relazione della psicologa Dott.ssa Simona Caracciolo che ha condotto l'intervento)

Risorse che hanno collaborato in questo progetto: ACAT Scandicci, U.F. Ser.T. Zona Firenze Nord-Ovest, U.O. Educazione alla Salute Zona Firenze Nord-Ovest, Coordinamento dei programmi alcolologici territoriali Zona Firenze Nord-Ovest, Comune di Lastra a Signa, Comitato Genitori di Lastra a Signa.

Alcol e luoghi di lavoro

Ricerca - intervento "Prevenzione alcol e droghe nei luoghi di lavoro"

Il Ser.T. Zona Firenze Nord-Ovest, in collaborazione con CAT Cooperativa Sociale, aveva già svolto precedentemente al 2004 due interventi di formazione rivolti ai Rappresentanti dei Lavoratori alla Sicurezza (R.L.S.) delle aziende del territorio. Il primo, nel 1997, finalizzato alla prevenzione dell'HIV e della Malattie a Trasmissione Sessuale; il secondo, nel 2003, finalizzato alla formazione di base degli R.L.S. e R.S.U. sui rischi e modalità di prevenzione sul consumo di droghe.

Nel 2004 è iniziato il progetto "Prevenzione alcol e droghe nei luoghi di lavoro" sviluppato nella forma di una ricerca- intervento.

I precedenti due progetti del 1997 e del 2003 hanno dato la possibilità di sperimentare azioni di prevenzione nei luoghi di lavoro, contesti in cui l'opera dei servizi pubblici è resa difficoltosa dalle limitazioni dovute alla rigidità degli orari e dalla riluttanza di alcune aziende ad ammettere problemi in questo settore. Grazie a questi interventi è stato possibile strutturare rapporti di collaborazione con il sindacato e sensibilizzare i Rappresentanti dei Lavoratori alla Sicurezza sull'importanza di affrontare queste tematiche in un'ottica di tutela della salute dei lavoratori. Gli R.L.S., ma anche gli R.S.U., sono figure importanti non solo perché si occupano di sicurezza, e quindi di salute dei lavoratori, ma anche perché buoni conoscitori delle dinamiche sociali che si creano fra i dipendenti delle aziende o fra i diversi settori della stessa azienda.

È tuttavia riduttivo delegare solo a queste figure il compito di fare sensibilizzazione all'interno dei luoghi di lavoro, è invece importante allargare questo tipo di interventi anche ad altre figure professionali che si occupano di tutela della salute, per creare modalità operative più condivise.

Prima fase. Coinvolgimento dei partecipanti e somministrazione dei questionari.

Come per i progetti precedenti, la ricerca dei lavoratori che si occupano di sicurezza R.L.S. è partita dalla collaborazione con le due Camere del Lavoro della Zona Fiorentina Nord-Ovest, situate nei Comuni di Sesto Fiorentino e Scandicci e con alcuni sindacalisti della CISL regionale. Gli interlocutori principali del sindacato sono stati i diversi responsabili di settore che, dopo avere condiviso con gli operatori le finalità del progetto hanno contattato i diversi R.L.S. che potevano essere interessati a questo tipo di percorso.

La disponibilità a partecipare ha coinciso anche con la disponibilità a far circolare all'interno delle aziende il questionario predisposto dagli operatori (mutuato in buona parte da quello realizzato dal CAR Regionale sulla percezione dei rischi dovuti al consumo di alcol) al fine di rilevare dei dati che potessero rappresentare una parte di realtà lavorativa collegata al consumo di alcol.

Purtroppo non tutti i lavoratori sono riusciti a distribuire i questionari all'interno delle loro aziende e chi lo ha fatto, in alcuni casi, non è riuscito neppure a raccoglierne il 30% .

Alla fine sono stati "recuperati" e analizzati circa 150 questionari che fanno capo a quattro aziende dell'area Nord-Ovest. Le ragioni di questo numero non elevato possono essere diverse: la generale diffidenza verso questo strumento che se pur anonimo non è sempre ben visto; la difficoltà di compilazione; le modalità di presentazione del questionario che sono comunque delegate agli R.L.S. ed infine i tempi e luoghi di distribuzione non sempre ben individuabili.

Anche i tempi di distribuzione e raccolta dei questionari sono stati molto dilatati, tanto che alla fine della seconda fase del progetto un partecipante doveva ancora cominciare la distribuzione.

Seconda fase. Corso di sensibilizzazione.

Il corso è stato strutturato in cinque incontri, che si sono tenuti all'interno del Centro Civico del Comune di Sesto Fiorentino, nei mesi di aprile e maggio 2005.

Gli argomenti trattati sono stati:

- I problemi alcolcorrelati (due incontri)
- Alcol e luoghi di lavoro. Legislazione e norme di sicurezza relative al consumo di alcol (due incontri)
- I metodi della comunicazione sociale.

Nella fase iniziale del corso sono stati presentati i risultati dei questionari ritirati dalle aziende in cui questo era stato distribuito, con lo scopo di dare uno sguardo, seppur limitato, alla situazione dell'area Nord-Ovest.

Il corso prevedeva che ogni incontro, della durata di tre ore ciascuno, fosse suddiviso in tre momenti distinti: un primo momento dedicato all'esposizione dell'argomento da parte del docente; un secondo momento deputato alla discussione collettiva su quanto esposto ed infine un terzo momento di lavoro di gruppo, senza la presenza del docente, in cui i corsisti hanno prodotto riflessioni, dubbi, domande da portare all'incontro successivo.

L'ultimo incontro del corso ha avuto anche come scopo quello di definire degli obiettivi generali e specifici che il gruppo o i singoli lavoratori volevano perseguire in futuro sul tema dell'informazione e sensibilizzazione nelle loro aziende.

Le proposte emerse sono state tante e diversificate: dalla richiesta della costituzione di un gruppo di lavoro che si riunisca con cadenza trimestrale, fino all'idea di inserire materiale informativo all'interno della busta paga.

È emersa, all'interno del gruppo, anche la richiesta di creare momenti di confronto e supporto al loro lavoro di informazione e sensibilizzazione sui rischi collegati all'uso di alcol all'interno delle aziende, auspicando una qualche forma di collaborazione con il Ser.T e i sindacati.

Altre proposte sono state quelle di coinvolgere anche figure presenti all'interno dei luoghi di lavoro, come i Medici Competenti e gli stessi datori di lavoro.

In conclusione il corso ha portato:

- alla creazione di spazi e momenti di riflessione nuovi per molti partecipanti che hanno riletto il loro contesto lavorativo in modo diverso;
- alla realizzazione di un manifesto da attaccare all'interno dei luoghi di lavoro sul tema del corso;
- all'inserimento di materiale informativo sui problemi alcolcorrelati allegato alla busta paga;
- alle segnalazione di alcuni casi ritenuti critici.

Il corso è stato poi riproposto a febbraio-marzo 2006.

Locandina evento



ASL 10 Firenze
Ser.T. zona nord ovest
U.F. P.I.S.L.L. zona nord ovest



SOS
SOCIETÀ ITALICA SALUTE
ZONA FIORENTINA NORD-OVEST



CAR



alcol e lavoro

ALCOL e LAVORO :

SCEGLI LA SICUREZZA

più sai, meno rischi

Il consumo di bevande alcoliche è uno dei fattori che influenzano lo stato di salute e di benessere delle persone durante il lavoro. Bere durante le attività lavorative, o arrivare al lavoro dopo aver bevuto, influisce sempre sul livello delle mansioni da svolgere. Anche a bassi livelli di consumo (alcoemia 0,2 mg/l) i riflessi sono leggermente disturbati, si tende a sopravvalutare le proprie capacità e quindi a rispettare meno le norme di sicurezza. Sulla base delle attuali conoscenze scientifiche non si può identificare una quantità di alcol raccomandabile e sicura per la salute, **il rischio esiste per qualunque livello di consumo** e cresce all'aumentare del consumo stesso. In Italia il consumo di alcol incide notevolmente sul numero degli infortuni sul lavoro, può essere causa di malattie, di ricoveri, di decessi e incide sull'aumento dei costi sociali e sanitari.

Cosa puoi fare se l'alcol causa problemi a te, a un conoscente, un collega di lavoro ?
Puoi contattare i servizi, le associazioni del territorio, il medico competente o il tuo RLS.
Sarà garantita la massima riservatezza.

Numeri utili locali:
ASL 10 Firenze
Servizio alologico territoriale
SER.T Sesto Fiorentino 055 4408323
SER.T Scandicci 055 7294240
SER.T Campi Bisenzio 055 8000218
P.I.S.L.L. / Scandicci 055.7294291

Associazione dei club degli alcolisti in trattamento
Scandicci-Signa-Lastra a Signa 333 2030332
Sesto Fiorentino-Campi Bisenzio 339 7846192
Calenzano-Vaglia 348 3003299

CGIL tel. 055.3093206
CISL tel. 055.334011-212887
UIL tel. 055. 242887

Consulta anche i siti:
www.ossfir.liss.it
www.alcolonline.org
www.aicat.net

Se scegliamo la sicurezza e la salute: zero alcol, zero rischio





Alcuni luoghi comuni

L'alcol rende più sicuri. Non è vero!
L'alcol provoca un falso senso di sicurezza, riduce l'attenzione e le capacità di vigilanza. Il non pieno controllo del comportamento produce una diminuzione delle percezioni del rischio e delle sensazioni di dolore rendendo l'individuo più esposto a gesti, manovre, comportamenti lavorativi molto rischiosi per sé e per i colleghi.

L'alcol aumenta i riflessi. Non è vero!
L'alcol provoca un iniziale stato di eccitazione, che riduce la percezione del rischio e la capacità di vigilanza; determina una sopravvalutazione delle capacità di reazione agli stimoli sonori ed auditivi e rallenta le capacità di elaborazione mentale.

L'alcol dà forza. Non è vero!
L'alcol è un sedativo che produce una diminuzione del senso di affaticamento e della percezione del dolore. Questo può portare a sopravvalutare le proprie forze e capacità, esponendo sé e gli altri lavoratori a rischi. Solo una parte delle calorie fornite dall'alcol possono essere utilizzate per il lavoro muscolare. Inoltre chi svolge lavori pesanti non elimina più in fretta l'alcol rispetto ai lavoratori sedentari.

Le bevande alcoliche sono dissetanti. Non è vero!
Disidratare l'alcol richiede più liquidi per il suo metabolismo di quanti ne sono stati bevuti in quanto fa urinare di più, facendo quindi aumentare la sensazione di sete. Questo può portare nelle lavorazioni esposte a fonti di calore o a lavori all'aperto ad aumentare il consumo di alcolici determinando un aumento dell'aloolemia, e quindi dei rischi di subire un infortunio.

L'alcol aiuta la digestione. Non è vero!
La rallenta e determina un alterato svuotamento dello stomaco. Ciò può portare ad una maggiore sonnolenza dopo pranzo che diminuisce i livelli di attenzione e vigilanza.

L'alcol dà calore. Non è vero!
In realtà la dilatazione dei vasi sanguigni di cui è responsabile produce soltanto una momentanea ed ingannevole sensazione di calore in superficie che, in breve comporta un ulteriore raffreddamento del corpo ed aumenta il rischio di assideramento. Nelle lavorazioni all'aperto o in luoghi a bassa temperatura espone il lavoratore a rischio di subire gli effetti del freddo.

L'alcol è un alimento. Non è vero!
L'alcol pur apportando circa 7 Kcalorie per grammo, non è nutriente (come le proteine, i carboidrati o i grassi alimentari) e il suo consumo non è utile all'organismo o alle sue funzioni; risulta invece fonte di danno diretto delle cellule di molti organi tra cui i più vulnerabili sono il fegato e il sistema nervoso centrale.

Conosci i tuoi diritti

Legge quadro in materia di alcol e problemi alcolcorrelati

Di lavoratori affetti da tali patologie si parla nella legge quadro in materia di alcol e di problemi alcolcorrelati del 30 marzo 2001 n° 123. In essa importante è l'articolo 15, ove assieme a divieti e procedure si afferma il diritto del lavoratore ammalato ad accedere a programmi terapeutico-riabilitativi, senza incorrere nella immediata e automatica perdita del lavoro.

Alcol e altri rischi professionali

L'interazione fra bevande alcoliche e fattori di rischi chimici e fisici presenti, in particolari situazioni lavorative, aumentano il rischio di malattie professionali.

Alcol e fattori di rischio professionali	
Alcol + metalli	Danni al fegato e al sistema nervoso
Alcol + pesticidi	Danni al fegato e al sistema nervoso
Alcol + nitrolicerina	Danni all'apparato cardiovascolare
Alcol + solventi	Danni al fegato e al sistema nervoso
Alcol + rumore	Danni all'apparato uditivo
Alcol + basse temperature	Patologie da raffreddamento

Realizzato con il contributo di:
FUNZIONE PUBBLICA
CGIL
telefono 055 2700331

**Se non bevi non corri alcun rischio e non lo fai correre ai tuoi colleghi.
Il consumo di alcol è un problema di tutti!**

Info progetto: alcolelavoro@coopcat.it

Dopo i primi anni di lavoro, nei quali il progetto è venuto in contatto con circa quaranta aziende del territorio, grazie alla disponibilità dei sindacati (CGIL territoriale e CISL regionale) si sono registrate le prime difficoltà a trovare dei nuovi interlocutori.

A tal proposito si devono tenere in considerazione le caratteristiche del territorio in cui si lavora, che in buona parte è costituito da piccole aziende che non prevedono per legge le figure di cui sopra e che anche per le aziende più grandi non sempre è facile mettersi in contatto con esse.

Dopo due tentativi falliti di realizzare una nuova edizione del corso, a causa del non raggiungimento del numero minimo di dieci persone, sono stati organizzati alcuni incontri con dei responsabili di settore della CGIL e alcuni RSPP di aziende pubbliche per capire quali fossero le esigenze, in termini di tempo e modalità, per ideare nuovi percorsi da pensare congiuntamente.

Da questi incontri è emersa una buona sensibilità al problema e una disponibilità ad affrontarlo, ma anche una evidente difficoltà a organizzare momenti di prevenzione all'interno dei settori sindacali e delle aziende lavorative.

In base a tutte queste indicazioni è stato deciso nel 2008 di fare una mappatura di tutte le aziende presenti nel territorio della Zona Fiorentina Nord-Ovest, al fine di avere un quadro più chiaro della composizione di questa zona sia a livello di settori lavorativi presenti, sia rispetto al numero di addetti impiegati.

Attraverso questo lavoro è stato poi possibile evidenziare quale dimensione abbiano i settori in cui operano lavoratori con mansioni particolari e per cui sono previsti, per legge, momenti di prevenzione obbligatoria, che permetterebbero di indirizzare con sempre maggiore precisione futuri interventi di prevenzione.

Infine, la proposta per il 2009 è quella di realizzare un sito web, perché, se i limiti di tempo e di organizzazione registrati in questi anni non consentono di fare incontri diretti con i lavoratori, è necessario che i servizi trovino strategie e strumenti diversi e alternativi per raggiungerli.

Obiettivi del sito web saranno:

1. Informare e sensibilizzare tutte le componenti del lavoro (lavoratori, sindacati, R.L.S., R.S.P.P., Medici Competenti, Associazioni di categoria) sui rischi correlati al consumo di alcol, tabacco e droghe illegali nei luoghi di lavoro.
2. Informare tutti i lavoratori sulle normative vigenti in materia di lavoro e sicurezza.
3. Fornire strumenti e conoscenze per rilevare e affrontare i problemi nei luoghi di lavoro

(Dalla relazione del Dott. Alberto Lugli coordinatore del progetto)

Il progetto ha visto la collaborazione tra Ser.T. di Scandicci, Ser.T. di Sesto Fiorentino, Ser.T. di Borgo San Lorenzo, CAT Cooperativa Sociale, PISSL Zona Nord-Ovest, le due Camere del Lavoro della Zona Fiorentina Nord-Ovest, Alcuni sindacalisti CISL e CGIL, i Rappresentanti dei Lavoratori alla Sicurezza di undici aziende che operano nel territorio del Nord-Ovest, il Centro Civico n. 4 del Comune di Sesto Fiorentino.

Alcol e gravidanza

Le ostetriche del reparto di ostetricia e ginecologia dell'Ospedale Nuovo S. Giovanni di Dio, in seguito alla partecipazione ad un corso di sensibilizzazione all'interno del progetto *Sensibilizzazione degli operatori dei servizi sociali, dei servizi sanitari, del privato sociale e del volontariato dell'area Firenze Nord-Ovest sui problemi alcolcorrelati e complessi*, hanno elaborato un questionario per la valutazione dei comportamenti rispetto al bere, delle conoscenze sul rischio legato al bere e delle informazioni ricevute dalle donne durante la gravidanza. Poiché i risultati hanno mostrato scarse conoscenze da parte delle donne e scarsa informazione fornita dai servizi socio-sanitari, le ostetriche, in collaborazione con il Servizio Alcolologico, hanno elaborato un opuscolo informativo per le donne in gravidanza.

Hanno collaborato al progetto: U.O. Ostetricia/Ginecologia Nuovo Ospedale S. Giovanni di Dio – Firenze, U.F. Ser.T. Zona Firenze Nord-Ovest, U.O. Educazione alla Salute Zona Firenze Nord-Ovest, Consultorio Ginecologico Lastra a Signa.

Pieghevole informativo



Allattamento

Se durante l'allattamento, una donna fa uso di bevande alcoliche, l'alcol è presente nel latte materno in concentrazioni uguali a quelle del sangue del bambino

Niente alcol durante l'allattamento...

Se hai problemi

Rivolgiti a:

- Medico di base
- Ambulatori Ost/Gin ASL
- SERT Servizio alcolologico ASL
- Ass. Club degli Alcolisti inTrattamento
- Alcolisti Anonimi

Realizzato da:

- U.O. Ostetricia/Ginecologia. Nuovo Ospedale San Giovanni di Dio Firenze
- U.O. Educazione alla Salute zona Nord -Ovest
- Servizio Tossicodipendenza zona Nord -Ovest
- Consultorio ginecologico Lastra a Signa

A cura di:
Stefania Mastropasqua
Ostetrica Coordinatrice



cosa sono le bevande alcoliche



Le bevande alcoliche sono le bibite che contengono in una qualsiasi concentrazione alcol etilico, una sostanza psicoattiva che modifica il funzionamento del nostro cervello e la percezione della realtà.

Bere bevande alcoliche fa parte della nostra cultura: è il risultato di abitudini, automatismi, luoghi comuni. In determinate occasioni può garantire una gratificazione immediata per l'effetto che le bevande alcoliche hanno come modificatrici dell'umore.

E' necessario che chiunque assume bevande alcoliche sia informato dei possibili rischi derivanti dal loro uso.

l'alcol e la gravidanza

È noto che un consumo elevato di bevande alcoliche causa infertilità, ma recenti studi hanno riscontrato che anche l'uso moderato può influenzare la fertilità.



© Burger / Phant

L'alcol viene assorbito attraverso lo stomaco e il sistema digerente e passa nel sistema circolatorio arrivando così a tutti gli organi (cervello, cuore, fegato, reni, polmoni ecc.). Oltre ai rischi che ciò comporta per questi organi nella donna in gravidanza, l'alcol attraversa la placenta e raggiunge il feto.

Il feto è più sensibile all'alcol negli stadi precoci della gravidanza, quando il complesso degli organi e il sistema nervoso si stanno formando.

Dagli studi emerge un aumento di rischio di aborto spontaneo, nascite sottopeso, difetti alla nascita (sindrome feto-alcolica), per le donne che consumano bevande alcoliche anche in quantità moderate.

relazione madre-bambino

Il consumo elevato di bevande alcoliche e di altre sostanze psicoattive, può influenzare negativamente la relazione madre-figlio, in particolare può provocare disinteresse per la famiglia, trascuratezza delle responsabilità nei confronti dei propri bambini e, in alcuni casi, il loro maltrattamento.

per una gravidanza sana

Il termine "bere moderato" non ha alcun valore scientifico: ciò significa che i problemi dell'uso di alcol in gravidanza riguardano tutte le quantità di consumo e non vi è alcuna soglia di sicurezza.

I comportamenti sani da adottare durante la gravidanza sono:

- alcol: è indicato non bere durante tutta la gravidanza.
- alimentazione: una dieta sana è importante in gravidanza e può aiutare a superare altri rischi ambientali (l'alcol non è un alimento e non deve essere inserito nella dieta).
- fumo: è indicato non fumare durante tutta la gravidanza
- farmaci: l'assunzione di farmaci in gravidanza deve avvenire dietro diretto controllo medico

Alcol e comunità locale

Conferenze, incontri, giornate di studio, corsi e altre iniziative rivolte alla comunità

Attraverso la collaborazione tra servizi pubblici, amministrazioni comunali e associazioni presenti sul territorio è stato possibile realizzare negli anni una serie di eventi rivolti alla comunità locale.

Giornate di studio:

I programmi alcolologici territoriali: l'esperienza della Zona Firenze Nord-Ovest - sabato 24 aprile 2004 - Ospedale Nuovo S. Giovanni di Dio (Firenze)

Hanno collaborato: Conferenza dei Sindaci della Zona Firenze Nord-Ovest, Servizio Tossicodipendenze ASL Zona Firenze Nord-Ovest, Associazione dei Club degli Alcolisti in Trattamento di Scandicci, Associazione dei Club degli Alcolisti in Trattamento di Sesto

F.no e Campi Bisenzio, Club degli Alcolisti in Trattamento di Calenzano, U.O. Educazione alla Salute ASL Zona Firenze Nord-Ovest.

I programmi alcologici territoriali: l'esperienza della Zona Firenze Nord-Ovest – II edizione martedì 21 febbraio 2006 – Castello di Calenzano Alto

Hanno collaborato: Società della Salute della Zona Firenze Nord-Ovest, Servizio Tossicodipendenze ASL Zona Firenze Nord-Ovest, Associazione dei Club degli Alcolisti in Trattamento di Scandicci, Associazione dei Club degli Alcolisti in Trattamento di Sesto F.no/Campi Bisenzio, Club degli Alcolisti in Trattamento di Calenzano, CAT Cooperativa Sociale, Comune di Calenzano.

“Se così fan tutti...” Uso di droghe e comportamenti a rischio: nuovi scenari e nuove sfide per i servizi e per la comunità. – prima giornata di studio e di pubblico dibattito – 8 novembre 2007 – Sala Consiliare del Comune di Scandicci

Hanno collaborato: Società della Salute della Zona Firenze Nord-Ovest, Servizio Tossicodipendenze ASL Zona Firenze Nord-Ovest, Associazione dei Club degli Alcolisti in Trattamento di Scandicci, i peer educator a.s. 2005/06 dell' Istituto Russel Newton, insegnanti della scuola media di Signa, CAT Cooperativa Sociale, gli otto comuni della Zona Nord-Ovest, ecc.

Pieghevole evento

8 Novembre 2007 Scandicci, Sala Consiliare del Comune P.le della Resistenza, 1

“Se così fan tutti...”
USO DI DROGHE E COMPORTAMENTI A RISCHIO:
 nuovi scenari e nuove sfide per i servizi e per la comunità

PRIMA GIORNATA DI STUDIO E DI PUBBLICO DIBATTITO
 durante l'incontro saranno esposti i lavori sul tema, raccolti nelle scuole, nei luoghi di aggregazione, presso i servizi

Consiglio Terzo Settore SdS Nord-Ovest Comitato di Orientamento

Segreteria organizzativa Società della Salute Nord-Ovest
 Dottor Giuseppe Mangini - Via Gramsci 561 Sesto Fiorentino
 Tel. 055-4498232 - 055-4498242

Ufficio stampa: Paola Baroni
 Tel. 055-4498232 cell. 339-4509707
 sds.nordovest@asl.toscana.it

8 Novembre 2007 Scandicci, Sala Consiliare del Comune P.le della Resistenza, 1

“Se così fan tutti...”
USO DI DROGHE E COMPORTAMENTI A RISCHIO:
 nuovi scenari e nuove sfide per i servizi e per la comunità

PRIMA GIORNATA DI STUDIO E DI PUBBLICO DIBATTITO

Società della Salute zona fiorentina Nord-Ovest

programma

mattina

- 09.00 - 09.15 Iscrizioni
- 09.15 - 10.15 Saluti delle autorità
 Simone Naldoni - Vinicio Biagi
 Simone Gheri - Luigi Marroni
- 10.15 - 11.00
“I NUOVI SCENARI E LE NUOVE SFIDE”
 Coordinato: Guido Guidoni
 Relazioni introduttive:
 Paola Trotta: **“Uso di droghe e comportamenti a rischio: quali sfide per i servizi”**
 Mariella Orsi: **“Modelli di consumo: il panorama nazionale”**
- 11.00 - 11.30 pause
- 11.30 - 12.30
“LA SCUOLA TRA RISCHIO E PREVENZIONE”
 Coordinato: Caterina Conti
 Intervengono:
 Operatori dei servizi
 Studenti, insegnanti, genitori delle scuole della zona nord ovest
- 12.30 - 13.00 Discussione e conclusioni dei lavori del mattino
 Coordinato: Caterina Conti e Guido Guidoni
 Partecipano:
 Sandra Ragonieri Scotti, Mercedes Tamburini, Francesca Ciruolo
- 13.00 - 14.30 Pranzo

pomeriggio

- 14.30 - 17.00
“IL TERRITORIO E LA COMUNITÀ LOCALE: ESPERIENZE E PROSPETTIVE DELLA ZONA FIORENTINA NORD OVEST”
 Coordinato: Andrea Valdrè
 Relazioni introduttive:
 Gianni Salvadori: **“Attitudini e territorio: il modello della Regione Toscana”**
 Guido Guidoni: **“Quali modelli culturali per i servizi e i programmi territoriali”**
 Antonio Mattolini e Barbara Manuelli: **“Il ruolo degli organismi di rappresentanza all'interno della SdS”**
 Intervengono:
 Ragazzi dei gruppi informali, Rappresentanti delle Associazioni dei Club degli Alcolisti in Trattamento, Rappresentanti della Cooperativa CAT, Rappresentanti del mondo del lavoro, Rappresentanti dei Circoli Sociali, Rappresentanti MMG, Rappresentanti degli Enti Ausiliari
- 17.00 - 18.00 Discussione
 Coordinato: Simone Naldoni
 Partecipano:
 Assessori SdS (Angela Bagni, Salvatore Cardellicchio, Giacomo De Lucia, Simonetta Di Lollo, Gianni Panerai, Serena Spinelli)
 Conclusioni: Gianni Salvadori

partecipano

Simone Gheri (Sindaco del Comune di Scandicci)
 Simone Naldoni (Presidente Società della Salute Nord-Ovest)
 Vinicio Biagi (Responsabile Politiche Sociali Integrate, Regione Toscana)
 Luigi Marroni (Direttore generale Azienda Sanitaria di Firenze)
 Caterina Conti (Assessore alle Politiche Sociali Comune di Sesto Fiorentino)
 Paola Trotta (Coordinatore Dipartimento delle Dipendenze ASL 10 Firenze)
 Guido Guidoni (Responsabile UF Servizio Tossicodipendenze zona nord ovest)
 Mariella Orsi (Responsabile Centro Studi, Ricerca e Documentazione sulle Tossicodipendenze e Aids)
 Mercedes Tamburini (Assessore Pubblica Istruzione Comune di Scandicci)
 Sandra Ragonieri Scotti (Dirigente Scolastico Scuola Russel-Newton)
 Francesca Ciruolo (Direttore Educazione alla Salute ASL 10 Firenze)
 Andrea Valdrè (Direttore Società della Salute Nord-Ovest)
 Antonio Mattolini (Presidente Consulta del Terzo Settore Società della Salute Nord-Ovest)
 Barbara Manuelli (Presidente Comitato di Partecipazione Società della Salute Nord-Ovest)
 Gianni Salvadori (Assessore Regionale Politiche Sociali della Regione Toscana)
 Angela Bagni (Assessore Politiche Sociali Comune di Lustra a Signa)
 Salvatore Cardellicchio (Assessore Politiche Sociali Comune di Calenzano)
 Giacomo De Lucia (Assessore Politiche Sociali Comune di Signa)
 Simonetta Di Lollo (Assessore Politiche Sociali Comune di Vaiglia)
 Gianni Panerai (Assessore Politiche Sociali Comune di Campi Bisenzio)
 Serena Spinelli (Assessore Politiche Sociali Comune di Fiesole)

INTERVENGONO: operatori dei servizi, studenti, insegnanti, genitori delle scuole della zona nord ovest
Rappresentanti: delle Associazioni dei Club degli Alcolisti in Trattamento, della Cooperativa CAT, del mondo del lavoro, dei Circoli Sociali, degli Enti Ausiliari, Medici Medicina Generale, ragazzi dei gruppi informali

Locandina evento



Società organizzativa: Società della Salute Nord-Ovest
 Dottor Giuseppe Mangini - Via Gramsci, 581 Sesto Fiorentino - Tel. 055.498239 - 055.498242
 Ufficio stampa: Paola Baroni - Tel. 055.498232 - sds.nordovest@tiscali.it

programma

mattina

pomeriggio

partecipano

8 Novembre 2007 Scandicci, Sala Consiliare del Comune
P.le della Resistenza, 1

“Se così fan tutti...”

USO DI DROGHE E COMPORTAMENTI A RISCHIO: nuovi scenari e nuove sfide per i servizi e per la comunità

**PRIMA GIORNATA DI STUDIO
E DI PUBBLICO DIBATTITO**

durante l'incontro saranno esposti
i lavori sul tema, raccolti nelle scuole, nei
luoghi di aggregazione, presso i servizi



Comitato Terzo Settore Nord-Ovest
 Comitato di Partecipazione
 Società della Salute zona fiorentina Nord-Ovest
 Azienda Sanitaria Firenze
 Comune di Fiesole
 Comune di Lastra a Signa
 Comune di Campi Bisenzio
 Comune di Figlia
 Comune di Sesto Fiorentino
 Comune di Signa
 Comune di Scandicci
 Comune di Calenzano

partecipano

Simone Gheri (Sindaco del Comune di Scandicci)
 Simone Naldoni (Presidente Società della Salute Nord Ovest)
 Vinicio Biagi (Responsabile Politiche Sociali Integrato, Regione Toscana)
 Luigi Marroni (Direttore generale Azienda Sanitaria di Firenze)
 Caterina Conti (Assessore alle Politiche Sociali comune di Sesto Fiorentino)
 Paola Trotta (Coordinatore Dipartimento delle Dipendenze ASL 10 Firenze)
 Guido Guidoni (Responsabile UF Servizio Tossicodipendenze zona nord ovest)
 Mariella Orsi (Responsabile Centro Studi, Ricerca e Documentazione sulle Tossicodipendenze e Aids)
 Mercedes Tamburini (Assessore Pubblica Istruzione Comune di Scandicci)
 Sandra Ragonieri Scotti (Dirigente Scolastico Scuola Russell-Newton)
 Francesca Ciruolo (Direttore Educazione alla Salute ASL 10 Firenze)
 Andrea Valdrè (Direttore Società della Salute Nord Ovest)
 Antonio Mattolini (Presidente Consulta del Terzo Settore Società della Salute Nord Ovest)
 Barbara Manuelli (Presidente Comitato di Partecipazione Società della Salute Nord Ovest)
 Gianni Salvadori (Assessore Regionale Politiche Sociali della Regione Toscana)
 Angela Bagni (Assessore Politiche Sociali Comune di Lastra a Signa)
 Salvatore Cardellicchio (Assessore Politiche Sociali Comune di Calenzano)
 Giacomo De Lucia (Assessore Politiche Sociali Comune di Signa)
 Simonetta Di Lollo (Assessore Politiche Sociali Comune di Vaglia)
 Gianni Panerai (Assessore Politiche Sociali Comune di Campi Bisenzio)
 Serena Spinelli (Assessore Politiche Sociali Comune di Fiesole)
 INTERVENGONO: operatori dei servizi, studenti, insegnanti, genitori delle scuole della zona nord ovest
 Rappresentanti delle Associazioni dei Club degli Alcolisti in Trattamento, della Cooperativa CAT, del mondo del lavoro, dei Circoli Sociali, degli Enti Ausiliari, Medici Medicina Generale, ragazzi dei gruppi informali

Alcol tra cultura e patologia. I problemi alcolcorrelati nelle nostre comunità - 20 ottobre 2008 - P.A. Humanitas, Scandicci

Hanno collaborato: P.A. Humanitas Scandicci, Comune di Scandicci, Servizio Tossicodipendenze ASL 10 Zona Firenze Nord-Ovest, Associazione dei Club degli Alcolisti in Trattamento di Scandicci

Incontri con la cittadinanza:

L'alcol tra cultura e patologia: la situazione in Italia nel terzo millennio - 13 dicembre 2004 - Quartiere 6 di Scandicci.

Hanno collaborato: Servizio Alcolologico del Ser.T. di Scandicci, Farma.net S.p.a. (farmacie comunali di Scandicci), AMES Associazione Medici Scandicci, Associazione dei Club degli Alcolisti in Trattamento di Scandicci, Quartiere 6 di Scandicci, Società della Salute della Zona Fiorentina Nord-Ovest.

I problemi legati all'uso di alcol e droghe - 28 settembre 2006 - Teatro Parrocchiale della Chiesa Gesù Buon Pastore di Casellina

Hanno partecipato: Comune di Scandicci, Ser.T. Zona Firenze Nord-Ovest, Associazione dei Club degli Alcolisti in Trattamento di Scandicci, Confesercenti Scandicci, Associazione San Matteo, Circolo Ricreativo Culturale ARCI Casellina.

"Se così fan tutti...!!" Serata di poesie e musica con dibattito sul tema: l'uso di alcol nella nostra cultura - Sesto F.no 2008 serata di sensibilizzazione ai problemi alcolcorrelati rivolta alla comunità locale.

Hanno collaborato: ACLI Colonnata, Ser.T. Zona Firenze Nord-Ovest, ACAT Sesto Fiorentino/Campi Bisenzio.

Giornate dedicate alla prevenzione della malattie cardiovascolari e alla promozione della salute:

Riguardiamoci il cuore – edizione 2007 ed edizione 2008 - P.A. Humanitas, Scandicci

Il Ser.T. di Scandicci e l'ACAT Scandicci hanno partecipato alla manifestazione organizzata da Comune di Scandicci, Azienda Sanitaria di Firenze, Società della Salute Zona Fiorentina Nord-Ovest, Humanitas Scandicci, con il patrocinio della Regione Toscana, attraverso la gestione di uno stand dedicato ai problemi alcolcorrelati,.

Corsi di sensibilizzazione:

Corso di sensibilizzazione all'approccio ecologico-sociale ai Problemi alcolcorrelati e complessi (Metodologia Hudolin)

Il Corso di sensibilizzazione all'approccio ecologico-sociale ai problemi alcolcorrelati e complessi (Metodologia Hudolin) rivolto a quanti intendono occuparsi a qualunque titolo di alcolismo e degli altri problemi alcolcorrelati e complessi (operatori socio-sanitari, volontari, membri dei Club, insegnanti, ecc.), ha il duplice obiettivo di sensibilizzare gli operatori socio-sanitari e gli altri partecipanti al corso rispetto ai problemi alcolcorrelati e di formare servitori-insegnanti.

Metodologia: il corso, della durata di 50 ore nell'arco di sei giorni continuativi dal lunedì al sabato, è strutturato in una modalità "full immersion", in cui si alternano lezioni frontali, discussioni in comunità, lavoro in piccoli gruppi con conduttore e lavoro in piccoli gruppi autogestiti. La modalità didattica adottata risponde alla esigenza di avviare un percorso di cambiamento nei corsisti a partire dal mettere in discussione le proprie convinzioni in relazione all'uso di bevande alcoliche ed altre sostanze, motivandoli inoltre ad intraprendere il lavoro di servitore-insegnante sulla base dei principi dell'approccio ecologico-sociale.

Contenuti: trasmissione di conoscenze teorico-pratiche relative all'alcolologia generale, ai problemi alcolcorrelati, all'approccio ecologico-sociale, con particolare riferimento al Club degli Alcolisti in Trattamento. Informazione sullo sviluppo dei programmi alcolologici territoriali e confronto con operatori e famiglie già attive nei programmi. Approfondimento circa la multidimensionalità delle problematiche e delle sofferenze nelle famiglie (alcol e problemi psichici, alcol e altre sostanze, psicofarmaci e droghe illegali). Sviluppo dei concetti etici e spirituali antropologici rispetto all'approccio ecologico.

L'ACAT Scandicci insieme al Ser.T. di Scandicci negli ultimi anni ha promosso due corsi, nel 2000 a Lastra a Signa e nel 2005 a Tavarnuzze – Impruneta.

L'ACAT Sesto F.no/Campi B.zio ha promosso un corso nel 2004 a Sesto Fiorentino e uno nel 2006 a Campi Bisenzio.

Cicli di incontri per genitori:

Percorsi familiari nella terra di mezzo dell'adolescenza – Sesto F.no 2007

Cinque serate per i genitori sul tema dell'adolescenza e dei comportamenti a rischio legati all'uso di alcol e altre droghe con i seguenti titoli:

- adolescenza e ciclo di vita familiare.
- C'era una volta... Il percorso narrativo tra genitori e figli.
- Gli stili di vita familiari. Stili educativi e costruzione delle regole.
- Le parole per dirlo. Gli stili di comunicazione nella famiglia.
- Se così fan tutti... L'uso di alcol, tabacco e droghe illegali negli adolescenti.

Hanno collaborato: Ser.T. Zona Firenze Nord-Ovest, Società della Salute Zona Fiorentina Nord-Ovest, Comune di Sesto Fiorentino, ACAT Scandicci e ACAT Sesto Fiorentino/Campi Bisenzio, Coordinamento dei programmi alcolologici territoriali Zona Firenze Nord-Ovest.

Percorsi familiari nella terra di mezzo dell'adolescenza – Calenzano 2008

Seconda edizione del ciclo di cinque serate per i genitori sul tema dell'adolescenza e dei comportamenti a rischio legati all'uso di alcol e altre droghe.

Hanno collaborato: Ser.T. Zona Firenze Nord-Ovest, Società della Salute Zona Fiorentina Nord-Ovest, Comune di Calenzano, ACAT Scandicci, ACAT Sesto Fiorentino/Campi Bisenzio e Club degli Alcolisti in Trattamento di Calenzano, Coordinamento dei programmi alcolologici territoriali Zona Firenze Nord-Ovest.

Ma cosa vuoi da me? Non ti va mai bene niente Il dialogo possibile fra genitori e figli. - Liceo scientifico Agnoletti Sesto Fiorentino 2008

Cinque incontri esperienziali e culturali con i genitori del Liceo sulle modalità comunicative fra genitori e figli, secondo i principi della comunicazione non violenta. per fornire ai genitori strumenti facilmente ed immediatamente utilizzabili per affrontare il dialogo con i figli. Infatti gli interrogativi che generano più frequentemente stati d'ansia e di incertezza nei genitori vertono su: cosa fare, come comportarsi, cosa è giusto e cosa è sbagliato, di quali comportamenti si devono preoccupare e come possono comunicare meglio con i propri figli.

Hanno collaborato: Ser.T. Zona Firenze Nord Ovest, Liceo Agnolotti, Comune di Sesto fiorentino.

Me ne frego, ci vado lo stesso! Come i genitori possono affrontare i conflitti con i figli – Vaglia 2008

Quattro incontri esperienziali e culturali con i genitori del comprensorio scolastico sui temi della comunicazione fra genitori e figli, condotti con le stesse modalità degli incontri realizzati presso il liceo Agnolotti di Sesto Fiorentino. Hanno collaborato: Ser.T. Zona Firenze Nord Ovest, Scuola Barellai, Comune di Vaglia.

Serate di sensibilizzazione:

Scuole Alcologiche Territoriali (III Modulo) – Vaglia 2008 L'U.F. Ser.T. Zona Firenze Nord-Ovest collabora regolarmente alla realizzazione degli incontri rivolti alle comunità locali per la formazione/sensibilizzazione ai problemi alcolcorrelati organizzati dai Club degli Alcolisti in Trattamento. Il III Modulo della Scuola Alcologica Territoriale secondo l'approccio ecologico-sociale si svolge in due serate rivolte a tutta la cittadinanza. Nel 2008, in collaborazione con il Comune di Vaglia, sono state organizzate tre Scuole Alcologiche Territoriali: una presso la sede della Misericordia di Vaglia, una presso la sede della Misericordia di Bivigliano e una presso il Circolo Arci di Pratolino.

Hanno collaborato: Ser.T. Zona Firenze Nord Ovest, ACAT Firenze Nord, Comune di Vaglia.

Attività di informazione/sensibilizzazione:

Attività per l'Alcohol Prevention Day

Ogni anno, durante il mese di aprile, mese dedicato alla prevenzione dei problemi alcolcorrelati, le Associazioni dei Club degli Alcolisti in Trattamento in collaborazione con gli enti pubblici all'interno del Coordinamento dei programmi alcolologici territoriali, realizzano numerose attività nel territorio del Nord-Ovest (manifestazioni artistiche e sportive, mercatini e cene di beneficenza, incontri con i cittadini, ecc.) con l'intento di sensibilizzare la popolazione ai problemi legati all'uso di alcol. In queste occasioni viene distribuito

Libretto (21x15) rivolto alla popolazione generale

Campagna di prevenzione promossa da

SST Toscana
 REGIONE TOSCANA
 CARP
 a'cat

SOCIETA' DELLA SALUTE
 ZONA FIRENZE NORD-OVEST

Comune di Calenzano
 Comune di Campi Bisenzio
 Comune di Fiesole
 Comune di Lasta a Signa
 Comune di Scandicci
 Comune di Sesto F.no
 Comune di Signa
 Comune di Voglia

ASL 10 FIRENZE
 U.O. SIA
 SIAI Nord-Ovest

Aprile_05
 Mese di prevenzione
 alcologica

Alcol: sai cosa bevi? Più sai, meno rischi!

Alcol: sai cosa bevi? Più sai, meno rischi!

Testo Società Italiana di Alcolologia, Associazione Italiana dei Club degli Alcolisti in Trattamento, Istituto Superiore di Sanità Osservatorio Fumo Alcol Droga, Centro Alcolologia Regionale della Toscana

Con la REGIONE TOSCANA

QUESTI LIBRETTI SONO STATI REALIZZATI CON IL RICAVATO DELLA

Scatole premiate:

8° Ed. Mostra "Le scatole nel mondo: il mondo in scatole" a tema "Profondo Mare"

7° Ed. Premio di pittura "Targa Piero Berni" organizzata dalle associazioni: AICS - Associazione Italiana Cultura e Sport, Centro d'Arte Modigliani - Scandicci, Il Vaso di Pandora - Firenze, Pro Loco - Pro Sesto, Strada Nuova, su iniziativa di Giulia Cozzini

Artisti partecipanti:

Giovanni Baldes	Stefania Orsi	Paolo Graziani	Silvestri Vittoriana
Graziella Marcheselli	Gianniotti Julia	Neri Enrico	Scusi Maria
Artisti partecipanti:	Cori Michela	Lozzi Matilde	Nelli Iria
Auzzi Antonella	Orsi Stefania	Manardi Silvia	Shella Rossana
Auzzi Rosella	Orsi Daniela	Manzoni Elisabetta	Tanzi Paolo
Auzzi Simona	Orsi Maria Pia	Manzoni Patrizia	Tarzi Francesca
Amico Daniela	Dalla Barbara	Manzoni Davide	Tarzi Mariangela
Baldes Giovanni	Del Marone Guido	Marghin Maurizio	Tesi Sandra
Berlino Claudio	Del Neri Serena	Mattini Giovanni	Torri Anna
Bischi Elena	Faggoli Mara	Marini Graziano	Toti Giancarlo
Biaggio Teresa	Ferrari Giuseppe	Marazziti Stefano	Ungredda Antra
Calabro Iside	Galli Alberto	Marzulli Marco	Valletti Sabrina
Calvetti Anna	Galli Grazella	Menchetti Grazella	Valletti Leno
Campobello Patrizia	Garavanesi Daniela	Milani Carlotta	Valletti Annetta
Campozzi Marco	Garavani Mariano	Morini Paolo	Velli Yara
Carli Pasquale	Gelli Andrea	Moroni Anna	Vitali Carlo
Carrazzi Vittoria	Gelli Nadia	Morozzi Marcella	Vizzini Bianca
Corra Antonio	Gratiani Paolo	Morozzi Nara	Zafferi Giuliana
Chiappi Gianni	Gratiani Anna Maria	Murru Giovanni	
Chiavari Anna Maria	Landi Anna	Naccarato Fedra	
Corra Adriano	Lattini Leonardo	Naldi Nadia	

Aprile 2005
 Grafica e impaginazione: Sonia Squitieri / Promopost s.r.l.

Volantino (30x20) rivolto alla popolazione generale (fronte)

Campagna di prevenzione promossa da

SST Toscana
 REGIONE TOSCANA
 CARP
 a'cat

SOCIETA' DELLA SALUTE
 ZONA FIRENZE NORD-OVEST

Comune di Calenzano
 Comune di Campi Bisenzio
 Comune di Fiesole
 Comune di Lasta a Signa
 Comune di Scandicci
 Comune di Sesto Fiorentino
 Comune di Signa
 Comune di Voglia

ASL 10 FIRENZE
 U.O. SIA
 SIAI Nord-Ovest

Aprile_05
 Mese di prevenzione
 alcologica

Alcol: sai cosa bevi? Più sai, meno rischi!

L'alcol è uno dei principali fattori di rischio per la salute ed il benessere degli individui. L'alcol è una sostanza tossica, potenzialmente cancerogena e come le sostanze illegali può indurre dipendenza: i giovani (al di sotto dei 16 anni di età), le donne e gli anziani sono in genere più vulnerabili agli effetti delle bevande alcoliche dell'uomo adulto, a causa di una ridotta capacità del loro organismo di metabolizzare l'alcol.

A differenza del fumo, l'alcol può esporre a forti rischi anche in seguito ad un singolo episodio di consumo moderato, erroneamente considerato come non rischioso per la salute. Sulla base delle attuali conoscenze scientifiche non si può identificare una quantità di alcol raccomandabile e sicura per la salute, il rischio esiste per qualunque livello di consumo e cresce all'aumentare del consumo stesso. La regola dell'Organizzazione Mondiale della Sanità a tale proposito è: Meno è meglio!

Associazioni dei Club degli Alcolisti in Trattamento
Scandicci-Signa-Lastra a Signa: tel. 333 2959352
Sesto F.no-Campi B.zio: tel. 339 7846192
Calenzano-Vaglia: tel. 348 3003299

Az. Sanitaria 10 Firenze
Servizio Alcolologico Territoriale
SERT Sesto Fiorentino: tel. 055 4498323
SERT Scandicci: tel. 055 7294240
SERT Campi Bisenzio: tel. 055 8960218

Numero verde Alcol Ist. Superiore di Sanità
 tel. 800 632000
AICAT-Associazione Italiana dei Club degli Alcolisti in Trattamento tel. 010 2498341
AA-Alcolisti Anonimi tel. 06 6636620
Gruppi Al-Anon /Alatene per familiari ed amici di alcolisti tel. 02 504779

Consigli anche i siti:
www.osafed.iss.it www.alcolonline.org
www.dfc.unifi.it/SIA www.aicat.net

Volantino (30x20) rivolto alla popolazione generale (retro)

Un bicchiere di una qualunque bevanda alcolica contiene circa 12 grammi di alcol; le quantità attualmente considerate a basso rischio non devono superare i 20-40 grammi per gli uomini e i 10-20 grammi per le donne.

(Limiti indicati rispettivamente da Organizzazione Mondiale della Sanità e National Institute of Health USA)

Se il consumo è zero non corri nessun rischio

Se il consumo è superiore a
 2-3 unità al giorno per gli uomini } **sei a rischio**
 1-2 unità al giorno per le donne } **per la salute**

Ricorda comunque che anche un consumo minimo di alcol può comportare un rischio per la tua salute e il tuo benessere

Ci sono situazioni in cui è raccomandata l'astensione completa dal consumo di bevande alcoliche.

E' opportuno non bere
Se hai meno di 16 anni
Se hai programmato una gravidanza
Se sei in gravidanza o allatti
Se assumi farmaci
Se soffri di una malattia acuta o cronica
Se sei alcolista
Se hai o hai avuto altri tipi di dipendenza
Se sei a digiuno o lontano dai pasti
Se devi recarti al lavoro o durante l'attività lavorativa
Se devi guidare un veicolo o usare un macchinario

Se hai bisogno di aiuto o di un consiglio puoi rivolgerti al tuo medico di famiglia, ai servizi o alle associazioni presenti nel territorio.

Sai cosa bevi?
Informati e rifletti sul tuo consumo perché ...
Più sai, meno rischi!

Libretto (15x10) rivolto ai medici di medicina generale

Progetto integrato di prevenzione dell'alcoldipendenza
 Progetto PRISMA (Identification, Stages of Management dei problemi Alcolcorrelati)

Aprile_05
 Mese di prevenzione alcolologica

SOCIETÀ DELLA SALUTE ZONA FIRENZE NORD OVEST
 Comune di Calenzano
 Comune di Campi Bisenzio
 Comune di Prato
 Comune di Livorno
 Società Italiana Alcolisti
 Comune di Scandicci
 Comune di Sesto Fiorentino
 Comune di Signa
 Comune di Vaglia

AS
 Azienda Sanitaria 10 Firenze
 Servizio Alcolologico Territoriale
 SERT Sesto Fiorentino: tel. 055 4498323
 SERT Scandicci: tel. 055 7294240
 SERT Campi Bisenzio: tel. 055 8960218

Guida utile
 all'identificazione
 e alla diagnosi
 dei problemi
 alcol-relati

Alcol:
sai cosa bevi?
Più sai, meno rischi!

Progetto finanziato dal
**FONDO NAZIONALE DI INTERVENTO
 PER LA LOTTA ALLA DROGA,**
 Presidenza del Consiglio,
 Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali

Numeri locali:
 Associazioni dei Club degli Alcolisti in Trattamento
 Scandicci-Signa-Lastra a Signa: tel. 333 2959352
 Sesto Fiorentino-Campi Bisenzio: tel. 339 7846192
 Calenzano-Vaglia: tel. 348 3003299

Azienda Sanitaria 10 Firenze
 Servizio Alcolologico Territoriale
 SERT Sesto Fiorentino: tel. 055 4498323
 SERT Scandicci: tel. 055 7294240
 SERT Campi Bisenzio: tel. 055 8960218

Numeri nazionali:
 Numero verde Alcol
 Istituto Superiore di Sanità
 tel. 800 832000
 AICAT-Associazione Italiana
 dei Club degli Alcolisti
 in Trattamento
 tel. 010 2469341
 AA-Alcolisti Anonimi
 tel. 06 6636620
 Gruppi AA-Anon /Altean
 per familiari ed amici di alcolisti
 tel. 02 504779

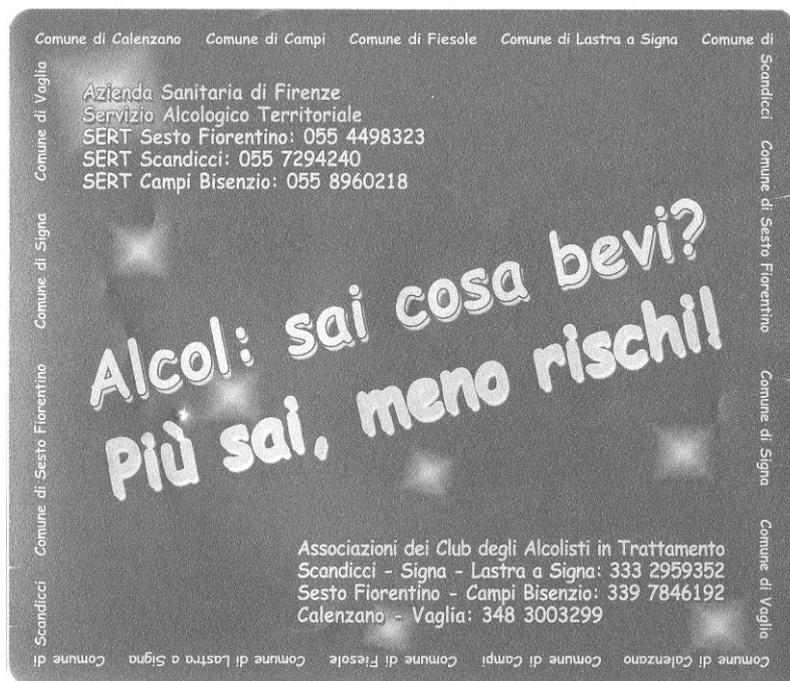
Consulta anche i siti
www.ossfad.iss.it
www.dfc.unifi.it/SIA
www.alcolonline.org
www.aicat.net

Alcol:
sai cosa bevi?
Più sai, meno rischi!

Libretto (21x15) rivolto alle persone con problemi alcolcorrelati



Tappetino mouse



Alcol e cooperazione internazionale

Progetto: I Club degli Alcolisti in Trattamento in Italia e in Brasile: esperienze a confronto.

Sostegno per lo sviluppo di programmi territoriali rivolti alle famiglie con problemi alcolcorrelati della regione Nord-Est del Brasile.

In Brasile, nella Regione Nord-Est, tra il 1999 e il 2007 sono nati quindici Club degli Alcolisti in Trattamento, tre nello stato del Pernambuco a cui partecipano circa 21 famiglie, nove nello stato del Paraiba frequentati da circa 72 famiglie, uno a Rio de Janeiro con 10 famiglie e due nella città di Salvador di Bahia con 20 famiglie.

La realizzazione di tutto questo è stata possibile grazie all'iniziativa ed al contributo di alcuni membri dell'Associazione dei Club degli Alcolisti in Trattamento di Scandicci che hanno dato la loro disponibilità a seguire lo sviluppo di questi nuovi programmi alcolologici territoriali. Dal 1999 al 2003 alcuni membri dell'ACAT Scandicci, recandosi in Brasile, hanno operato per implementare il numero dei Club, supervisionare i programmi e organizzare un Corso di sensibilizzazione all'approccio ecologico-sociale ai problemi alcolcorrelati e complessi (metodologia Hudolin) al quale hanno partecipato oltre 70 corsisti. Alcuni membri di Club brasiliani sono stati ospitati in Italia per partecipare ad un Corso di sensibilizzazione e al Congresso Nazionale dei Club in provincia di Lucca nell'anno 2001.

Tra settembre 2004 e maggio 2005 è stato poi realizzato il progetto *I Club degli Alcolisti in Trattamento in Italia e in Brasile: esperienze a confronto*, finanziato dal CESVOT, che ha avuto, come finalità, il sostegno allo sviluppo dei Club degli Alcolisti in Trattamento della zona del Nord-Est del Brasile promuovendo l'aggiornamento per coloro che sono già attivi nei Club attraverso la partecipazione a momenti formativi e di aggiornamento italiani nonché attraverso la visita ai programmi alcolologici territoriali presenti sul territorio di Scandicci e in tutta la provincia.

I servitori-insegnanti del Brasile e i servitori-insegnanti di Scandicci e di altre zone d'Italia si sono così potuti arricchire dell'esperienza reciproca del lavoro del Club portata avanti in realtà sociali e culturali molto diverse, dando vita a un confronto creativo e ricco di nuove e stimolanti esperienze e spunti di riflessione.

Alcuni servitori-insegnanti Brasiliani sono stati ospitati in Italia e hanno partecipato ad alcuni momenti formativi e di aggiornamento dei servitori-insegnanti della Toscana e di altre regioni italiane (Congresso Nazionale dei Club degli Alcolisti in Trattamento, tenutosi a Verona dal 15 al 17 Ottobre 2004; Congresso Nazionale di Spiritualità Antropologica ed Ecologia Sociale, tenutosi ad Assisi dal 13 al 15 maggio 2005; Corso di sensibilizzazione all'approccio ecologico-sociale ai problemi alcolcorrelati e complessi (metodologia Hudolin) tenutosi a maggio 2005 a Tavarnuzze-Impruneta; visita ai programmi alcolologici territoriali di alcune regioni italiane; visita al Servizio Tossicodipendenze di Scandicci; partecipazione a un Interclub, una festa tra Club, presso la Chiesa di Giogoli a Scandicci in cui erano presenti sia le famiglie sia i servitori-insegnanti dell'ACAT Scandicci.

Durante tutto il periodo di permanenza in Italia i volontari brasiliani sono stati affiancati dai servitori-insegnanti di Scandicci nei vari momenti di formazione e aggiornamento, permettendo la creazione di un gruppo che ha continuamente interagito, discusso, e riflettuto sullo sviluppo futuro dei programmi sia italiani che brasiliani.

I servitori-insegnanti italiani si sono sentiti arricchiti dalla testimonianza degli amici brasiliani sia per le informazioni avute sul loro modo di lavorare sia per la grande umanità e la forte passione con cui portano avanti il loro operato, rinnovando nei servitori la motivazione e l'amore per questo lavoro.

Terminato il progetto specifico, l'attività di cooperazione internazionale è proseguita: ACAT Scandicci, ACAT Firenze Sud, ACAT Firenze Nord, ACAT Siena, ACAT Milano hanno realizzato alcune iniziative che hanno permesso di inviare un sostegno economico per i programmi alcolologici in Brasile; sono stati costantemente mantenuti i rapporti grazie ai quali sono state ospitate altre persone che hanno partecipato al Congresso nazionale dei Club tenutosi a Latina, ad un Interclub dell'ACAT Scandicci, al Congresso Nazionale dei Club nel 2007, ad una riunione preliminare per parlare dello statuto della WACAT (Word Association of Clubs of Alcoholics in Treatment) e ad altri momenti di formazione e aggiornamento.

Il progetto è stato realizzato dall'ACAT Scandicci in collaborazione con il Servizio Tossicodipendenze Zona Fiorentina Nord-Ovest e con l'ARCAT Toscana (Associazione Regionale dei Club degli Alcolisti in Trattamento).

(Dalla relazione della psicologa Dott.ssa Angela Cipriani e del Sig. Gaetano Landolina, coordinatori del progetto).

Alcol e guida

Il progetto è nato dalla collaborazione del Servizio Tossicodipendenze con la Polizia Municipale di Scandicci e gli operatori di strada della cooperativa CAT.

L'obiettivo è stato quello di realizzare una ricerca-intervento che permettesse sia di raccogliere informazioni sul comportamento di uso di alcol durante la guida di autoveicoli, sia di sensibilizzare i guidatori rispetto al rischio di tale comportamento.

Il progetto ha previsto una raccolta di dati in ambito sanzionatorio da parte della Polizia Municipale attraverso dei controlli dell'alcolemia dei guidatori tramite etilometro nel periodo maggio-ottobre 2008. I controlli sono stati effettuati sia in occasione di sinistri stradali (nell'arco di tutta la giornata) sia a campione soprattutto in orario serale (dopo le ore 19.30).

Contestualmente sono stati raccolti dati anagrafici di base (sesso ed età), unitamente al valore dell'alcolemia, per produrre una sorta di tipizzazione di coloro che guidano dopo aver consumato bevande alcoliche.

Lettera pre-test


Comune di Scandicci


Comune di Impruneta


Comune di San Casciano V.P.

Gentile Signora, egregio Signore,
come sicuramente è a Sua conoscenza, da recenti statistiche risulta che quasi il 50% degli incidenti stradali mortali è causato da alcool e stupefacenti ed il rischio aumenta in relazione alla quantità di sostanza assunta:

- **alcolemia di 1,5 g/l:** la probabilità di incorrere in un incidente stradale è 25 volte superiore rispetto ad un soggetto sobrio.
- **alcolemia di 0,8 g/l:** il rischio aumenta di 4 volte.
- **alcolemia di 0,5 g/l (attuale limite oltre il quale si è considerati in stato di ebbrezza alcolica):** il rischio di incorrere in un incidente è pari a 2 volte in più rispetto ad un soggetto sobrio.

Anche una piccola quantità di queste sostanze è sufficiente per ridurre i riflessi, annebbiare la vista, provocare colpi di sonno. Tra i fattori di rischio legati allo stato del conducente, l'alcool e gli stupefacenti sono senz'altro classificabili al primo posto.

Nell'ambito della campagna nazionale contro l'abuso di sostanze alcoliche ed in particolare nella lotta per il contrasto dei sinistri alcol correlati (conducenti con un tasso alcolemico superiore a quello consentito dalla Legge), anche i **Corpi di Polizia Municipale di Scandicci, Impruneta, San Casciano V.P.**, sono impegnati fortemente sul territorio.

Anche grazie all'impiego di nuove tecnologie, non invasive e rispettose della privacy, che consentono di ridurre sensibilmente i tempi di accertamento, stiamo effettuando controlli mirati alla prevenzione del verificarsi di tali situazioni, anche di notte, nel periodo compreso tra il 19 maggio al 15 ottobre 2008.

Tali controlli rispondono a precise necessità di tutela della salute individuale e collettiva; Le chiediamo pertanto la massima collaborazione al fine di garantire la Sua sicurezza e quella di tutti gli utenti della strada.

IN COLLABORAZIONE CON


SSI Azienda Sanitaria Firenze
Servizio Sanitario delle Dipendenze
Educazione alla Salute
Servizi di Tossicodipendenza
Unità Neuropsichiatria
00 Epidemiologia


REGIONE
TOSCANA

Poiché l'obiettivo è quello di dare una rappresentazione di tale comportamento nella popolazione generale è stato scelto di effettuare i controlli in luoghi aspecifici, cioè non prossimi a locali o discoteche, in modo da non produrre un bias nei dati raccolti. Contestualmente sono state individuate per i controlli i principali assi di penetrazione dalla "periferia verso il centro urbano – di Firenze – che, notoriamente, richiama un notevole afflusso di giovani nelle ore serali-notturne.

Successivamente, tra ottobre e novembre, è stata attuata una raccolta degli stessi dati in un contesto di prevenzione da parte degli Operatori di Strada della Cooperativa CAT. Gli Operatori di Strada hanno realizzato controlli alcolimetrici nei pressi di locali di divertimento giovanile, hanno somministrato un questionario sugli stili di consumo di bevande alcoliche e fornito ai ragazzi opuscoli informativi sulla legislazione e i rischi connessi all'uso di alcol durante la guida.

Questionario stili di consumo

Test alcolico

Età _____ Sesso M F
 Residenza _____

A - Nel corso dell'ultimo anno, ti è capitato di ubriacarti almeno una volta?
 SI
 NO
 Non ricordo

Se la risposta è NO salta la prossima domanda
Se la risposta è SI, in quest'ultimo anno, quante volte ti è capitato?
 1 6
 2 7
 3 8
 4 9
 5 10 o più Non ricordo

B - Nel corso dell'ultimo anno, ti è capitato di bere un po' troppo senza però ubriacarti?
 SI
 NO
 Non ricordo

Se la risposta è NO passa alla prossima domanda
Se la risposta è SI, quante volte ti è capitato?
 1 6
 2 7
 3 8
 4 9
 5 10 o più Non ricordo

C - In quest'ultimo mese, ti è capitato di aver bevuto 5 o più bicchieri (di vino), bicchierini (di liquori) o lattine (di birra) o long drinks in un'unica occasione?
 SI
 NO
 Non ricordo

Se la risposta è NO passa alla prossima domanda
Se la risposta è SI, quante volte ti è capitato?
 1 da 6 a 9
 2 10 o più
 da 3 a 5 Non ricordo

Adesso ripensa ai sette giorni appena trascorsi, in che quantità hai bevuto una delle seguenti bevande?

BEVANDA	GIORNO	Numero bicchieri					Non ricordo
		1	2	3	4	5 o più	
Vino	lunedì	<input type="checkbox"/>					
	martedì	<input type="checkbox"/>					
	mercoledì	<input type="checkbox"/>					
	giovedì	<input type="checkbox"/>					
	venerdì	<input type="checkbox"/>					
	sabato	<input type="checkbox"/>					
	domenica	<input type="checkbox"/>					
Birra	lunedì	<input type="checkbox"/>					
	martedì	<input type="checkbox"/>					
	mercoledì	<input type="checkbox"/>					
	giovedì	<input type="checkbox"/>					
	venerdì	<input type="checkbox"/>					
	sabato	<input type="checkbox"/>					
	domenica	<input type="checkbox"/>					
Super-alcolici	lunedì	<input type="checkbox"/>					
	martedì	<input type="checkbox"/>					
	mercoledì	<input type="checkbox"/>					
	giovedì	<input type="checkbox"/>					
	venerdì	<input type="checkbox"/>					
	sabato	<input type="checkbox"/>					
	domenica	<input type="checkbox"/>					
Cocktails	lunedì	<input type="checkbox"/>					
	martedì	<input type="checkbox"/>					
	mercoledì	<input type="checkbox"/>					
	giovedì	<input type="checkbox"/>					
	venerdì	<input type="checkbox"/>					
	sabato	<input type="checkbox"/>					
	domenica	<input type="checkbox"/>					
Alcol-pops	lunedì	<input type="checkbox"/>					
	martedì	<input type="checkbox"/>					
	mercoledì	<input type="checkbox"/>					
	giovedì	<input type="checkbox"/>					
	venerdì	<input type="checkbox"/>					
	sabato	<input type="checkbox"/>					
	domenica	<input type="checkbox"/>					

L'obiettivo era dunque quello di avere due serie di dati comparabili che possano permettere studi per la progettazione di interventi futuri.

L'intervento della Polizia Municipale ha fornito le seguenti informazioni: per quanto riguarda i sinistri stradali nell'estate 2008 sono stati effettuati 31 controlli nei quali 4 persone sono risultate con alcolemia superiore a quella consentita alla guida (0,5 g/l), una persona ha rifiutato l'alcol-test e 3 persone sono risultate positive ad altre droghe (benzodiazepine e cannabinoidi). Nei mesi precedenti altre 3 persone erano state coinvolte in incidenti stradali con un livello di alcolemia superiore allo 0,5 g/l. Per il 2008 risultano dunque 8 sinistri alcolcorrelati. L'età di queste 8 persone varia tra i 23 e i 46 anni con media 31. L'alcolemia massima registrata è di 2,68 g/l, la minima è 1,08 g/l e il tasso alcolemico medio è di 1,91 g/l.

Sebbene il campione sia piccolo è da notare che il 50% (4 su 8) hanno 23 anni e il 50% dei sinistri è avvenuto nel dopocena tra le 20.50 e le 22.45.

I controlli a campione sono stati realizzati tra giugno e settembre 2008. Sono state testate con etilometro 99 persone di età compresa tra 19 e 73 anni (media 43 anni), di questi 73 erano uomini e 26 donne.

Solo una persona, maschio di 60 anni, è risultata con un'alcolemia di 0,85 g/l quindi superiore allo 0,5 g/l consentito per la guida di veicoli. Altre 5 persone avevano l'alcolemia intorno allo 0,3 g/l e 2 persone superiore allo 0,4 g/l.

La ricerca degli Operatori di Strada ha coinvolto 94 ragazzi, la maggior parte dei quali (88%) di età inferiore ai 24 anni, testati con alcolimetro; di questi 70 erano maschi e 24 femmine.

Il 27%, 22 maschi e 3 femmine, aveva l'alcolemia superiore al limite di 0,5 g/l.

14 ragazzi (8 maschi e 6 femmine) avevano l'alcolemia con un valore compreso tra 0,4 g/l e 0,5 g/l mentre 55 ragazzi hanno avuto un risultato al test inferiore allo 0,4 g/l.

Il questionario sugli stili di consumo è stato somministrato a 89 persone (52 maschi e 37 femmine) il 77% delle quali di età inferiore a 24 anni.

Il campione è risultato composto dal 7% di non consumatori, dal 65% di consumatori e dal 28% di ragazzi che consumano bevande alcoliche ogni giorno.

73 persone (83%) dichiarano di essersi ubriacate almeno una volta nell'ultimo anno, di queste 24 si sono ubriacate più di 10 volte e 16 non ricordano.

(Dai report a cura dei dottori Giuseppe Mastursi e Michele Maionchi con la collaborazione della signora Laura Braccini per la Polizia Municipale di Scandicci e degli Operatori di Strada del Progetto Flash per la Cooperativa Sociale CAT).

Il progetto ha visto coinvolti: U.F. Ser.T. Zona Firenze Nord-Ovest, U.O. Educazione alla salute Zona Firenze Nord-Ovest, U.O. Epidemiologia Zona Firenze Nord-Ovest, Polizia Municipale di Scandicci, Operatori di Strada Progetto Flash della Cooperativa Sociale CAT.

Pieghevole realizzato per l'iniziativa



Nell'ambito della campagna nazionale contro l'abuso di sostanze alcoliche ed in particolare nella lotta per il contrasto degli incidenti stradali legati all'uso di alcol, anche i Corpi di Polizia Municipale di Scandicci, Impruneta e San Casciano V.P., sono impegnati fortemente sul territorio.

Nell'estate 2008 ben il 33% degli incidenti rilevati nel Comune di Scandicci nelle ore serali e notturne (**1 su 3!**) sono risultati correlati ad un uso di alcol superiore a quanto consentito dalla legge. **In tutti i casi il conducente in stato di ebbrezza è stato il responsabile del sinistro.**

La fascia di età maggiormente coinvolta è quella dei giovani fra i 18 e i 25 anni, ma il fenomeno riguarda anche gli adulti, soprattutto quelli fra i 36 e i 45 anni.

Con il Contributo di



Concessionaria SICAR s.p.a.
Via Turri, 50 a/b - Scandicci (FI)
Tel. 055 253793



Peugeot 107 Sweet Years l'unica con Navigatore GPS con Etilometro integrato ed ESP



La sicurezza viaggia in 207 Energie Sport con ESP navigatore GPS Phone TV Etilometro integrato



Comune di Scandicci



POLIZIA MUNICIPALE

Meno alcol più sicurezza

In collaborazione con:



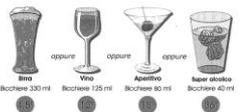
Azienda Sanitaria Firenze
Servizio Sanitario della Toscana
Educazione alla Salute
Set.T. Nord Ovest

L'alcol è indicato da tutte le indagini come una delle principali cause degli incidenti stradali.

Eppure si fa poco caso al vino che si beve a tavola: poiché è parte integrante delle nostre tradizioni alimentari lo si considera un alimento come tutti gli altri.

Gli effetti dell'alcol dipendono dalla sua concentrazione nel sangue (alcolemia). Una quantità di alcol nel sangue di 0,5 g/l rappresenta il limite fissato per legge per i conducenti di veicoli, tuttavia già a concentrazioni minori i riflessi sono meno pronti, la capacità di percepire in tempo adeguato le distanze, i tempi di frenata e gli ostacoli viene alterata e le manovre di guida sono più soggette ad errori.

Non è possibile stabilire una dose "sicura" di alcol perché la sua concentrazione nel sangue dipende dalle modalità di assunzione, dal peso del soggetto e da altri fattori. Indicativamente non si dovrebbero assumere più di 20 grammi prima di guidare.



12 grammi di alcol

L'accertamento può essere fatto tramite etilometro, ma sono previsti anche Pre-test rapidi utilizzabili in strada su qualunque conducente.

Le nuove disposizioni del Codice della Strada	
Tasso alcolemico	Sanzione
tra 0,5 g/l e 0,8 g/l	Ammenda da 500 a 2.000 euro. Sospensione della patente da 3 a 6 mesi.
tra 0,8 g/l e 1,5 g/l	Ammenda da 800 a 3.200 euro e arresto da 3 a 6 mesi. Sospensione della patente per un periodo di tempo compreso tra 6 mesi e 1 anno.
oltre 1,5 g/l	Ammenda tra 1.500 e 6.000 euro e arresto da 6 mesi ad 1 anno, con un minimo di 6 mesi. Sospensione della patente da 1 a 2 anni. Confisca del veicolo con la sentenza di condanna.

E il veicolo?

In caso di constatazione di tasso alcolemico sopra la norma, il veicolo non può essere condotto dalla persona in stato di ebbrezza, per cui se non è possibile affidarlo ad altra persona lo stesso può essere fatto recuperare da un soggetto autorizzato ad esercitare l'attività di soccorso stradale e depositato per trasportarlo presso un luogo indicato dallo stesso trasgressore, ovvero, in mancanza presso l'autorimessa del soggetto che ha proceduto al recupero stesso.

Se il tasso alcolemico accertato è superiore a 1,5 g/l è invece prevista la confisca del veicolo.

La confisca è prevista anche in caso di rifiuto dell'accertamento.

Le convinzioni da sfatare

- ✓ **È falso che l'assunzione di bevande alcoliche aumenti la resistenza alla fatica e perciò, nel caso specifico, la "resistenza alla guida".**
Bevendo quando si è stanchi si ottiene semmai il risultato inverso: sui riflessi si sommano gli effetti negativi dell'alcol con quelli dovuti all'affaticamento. Quando ci si sente affaticati la soluzione non sta nell'alcol, ma nel riposo.
- ✓ **È falso che un superalcolico a fine pasto aiuti a digerire dopo un pranzo abbondante.**
Anche in questo caso si commettono due errori: uno, esagerare a tavola e, due, bere alcol prima di mettersi al volante.
- ✓ **È falso che chi è abituato a bere non risenta degli effetti dell'alcol.**
Anzi, proprio perché è abituato a farlo, potrebbe essere portato ad eccedere.



4 Il Servizio Alcolologico Territoriale del Ser.T. di Scandicci

4.1 Il Servizio Alcolologico Territoriale del Ser.T. di Scandicci

Presso il presidio del Servizio Tossicodipendenze (Ser.T.) di Scandicci dal 1999 si è costituita un'equipe alcolologica formata da 6 operatori dedicati all'attività alcolologica a tempo parziale:

- un medico per 5 ore settimanali;
- uno psicologo per 2 ore settimanali;
- un assistente sociale per 3 ore settimanali;
- un educatore professionale per 5 ore settimanali;
- due infermieri per 3 ore settimanali ciascuno.

È stato quindi attivato un ambulatorio alcolologico che offre, per gli 85343 cittadini residenti nei territori dei Comuni di Scandicci, Lastra a Signa e Signa, i servizi elencati nel precedente capitolo:

- accoglienza per persone con problemi alcolcorrelati e/o loro familiari;
- anamnesi alcolologica individuale e familiare;
- esami di laboratorio (routine e, ove necessario, specifici per patologia);
- diagnosi alcolologica;
- definizione del programma di trattamento individuale e familiare (collaborazione con i Club degli Alcolisti in Trattamento e Alcolisti Anonimi) con verifiche periodiche;
- trattamenti farmacologici;
- prevenzione malattie infettive (vaccinazioni);
- esenzioni per patologie;
- counselling medico, psicologico e sociale;
- consulenze per altri servizi territoriali e ospedalieri (p.e. psichiatria);
- collaborazione con servizi ospedalieri dell'Azienda Sanitaria di Firenze e di Careggi (Tossicologia, Centro di Alcolologia, Gastroenterologia) per le situazioni di urgenza ed il trattamento ospedaliero delle patologie organiche alcolcorrelate;

- collegamenti con i medici di medicina generale;
- Programmi comunitari residenziali e semi residenziali anche in collaborazione con gli Enti Ausiliari della Regione Toscana.

Oltre all'offerta dei servizi ambulatoriali orientati soprattutto verso la prevenzione terziaria il Servizio Alcolologico Territoriale (SAT) del Ser.T. di Scandicci svolge un'ampia attività di prevenzione primaria e secondaria dei problemi alcolcorrelati in collaborazione con le altre risorse presenti sul territorio per la realizzazione di interventi che coinvolgano quanto più possibile l'intera comunità.

Il Servizio Alcolologico Territoriale del Ser.T. di Scandicci fin dalla sua nascita è impegnato a lavorare in un'ottica ecologica proponendo vari interventi all'interno di un programma complessivo il cui obiettivo è ottenere cambiamenti a diversi livelli:

- nella persona;
- a livello interpersonale (famiglia, reti amicali, ecc.);
- a livello di comunità locale (rapporti tra le reti formali e informali: servizi, comuni, associazioni).

4.2 L'attività dell'ambulatorio: una ricerca

Il Servizio Alcolologico di Scandicci lavora, per quanto riguarda la prevenzione terziaria, in costante collaborazione con il Servizio di salute mentale, con i Servizi Sociali, con gli Ospedali di Careggi e Torregalli (Ospedale Nuovo S. Giovanni di Dio), con diverse comunità terapeutiche private e con i 9 Club degli Alcolisti in Trattamento presenti sul territorio.

Quando un utente si rivolge al Servizio, fin dal contatto telefonico viene invitato a presentarsi al primo colloquio in compagnia di almeno un familiare o persona di riferimento. La procedura di accoglienza si articola in:

- Un colloquio di accoglienza con un educatore professionale.
- Un colloquio con somministrazione dell'intervista ASI (Addiction Severity Index).
- Un colloquio con un medico.

Se la situazione sembra non presentare problemi particolari, l'operatore fin dal primo colloquio suggerisce la frequenza di un Club degli Alcolisti in Trattamento. Se la famiglia acconsente, viene contattato il servitore-insegnante del Club più vicino all'abitazione della famiglia, che prenderà accordi con gli interessati per effettuare il colloquio di ingresso al Club.

Le condizioni per le quali è controindicato un invio immediato al Club sono: concomitanti trattamenti per problemi alcol e droga correlati o precedenti fallimenti nei Club.

Dopo la fase di accoglienza il progetto terapeutico viene discusso all'interno dell'equipe alcolologica.

Solitamente nella prima fase del trattamento l'utente, sempre insieme ai familiari, viene visto a scadenza quindicinale, poi, una volta raggiunta l'astinenza dalle bevande alcoliche, i colloqui divengono mensili fino a diradarsi a un colloquio ogni 2-3 mesi se il programma terapeutico procede in modo adeguato.

In questo lavoro viene presentata una ricerca sull'attività del Servizio Alcológico rispetto alla prevenzione terziaria.

4.2.1 Materiali e metodi

La ricerca è stata effettuata nell'agosto 2006 utilizzando i dati presenti sulle cartelle cliniche delle persone che si sono rivolte al Servizio Alcológico del Ser.T. nel periodo 1999 – 2005. Sono state analizzate sia le cartelle informatiche sia le cartelle cartacee, poiché quest'ultime sono, di fatto, risultate più esaustive sia dal punto di vista della completezza delle informazioni registrate sia dal punto di vista della loro attendibilità. Sono inoltre stati consultati gli operatori del Servizio quando i dati forniti dalla cartelle risultavano non aggiornati.

I seguenti dati sono stati considerati le variabili della nostra ricerca ed elaborati con il sistema informatico SPSS13:

- Dati anagrafici: sesso, età.
- Canale di invio al Servizio Alcológico.
- Stato (concluso, interrotto, in carico) del trattamento al momento dell'indagine (agosto 2006).

- Durata del trattamento.
- Uso di altre droghe e/o concomitante trattamento presso il Servizio di Salute Mentale.
- Trattamento farmacologico per il problema alcolcorrelato.
- Frequenza di un Club degli Alcolisti in Trattamento.

Sulla base di indicazioni presenti in letteratura (AA.VV., 2001), per questa ricerca abbiamo stabilito di utilizzare come evento/indice di insuccesso dell'intervento *l'interruzione del trattamento* e, come indice di successo, *l'adesione al trattamento* che "può essere adeguatamente utilizzata come variabile di risposta in quanto indicativa non solo della *compliance* del paziente al progetto terapeutico, ma anche del suo comportamento alcolico" (AA.VV., 2001; p. 18).

Valutiamo come esito positivo anche gli stati del trattamento *concluso* e *in carico* sulla base delle seguenti considerazioni: *concluso* è un esito positivo in quanto significa che il progetto terapeutico ha raggiunto gli obiettivi che si era posto e *in carico* può essere considerato tale in quanto presuppone un'adesione al trattamento di almeno 8 mesi, dal momento che non sono stati inseriti nella ricerca le persone giunte al Servizio nel 2006.

4.2.2 Risultati

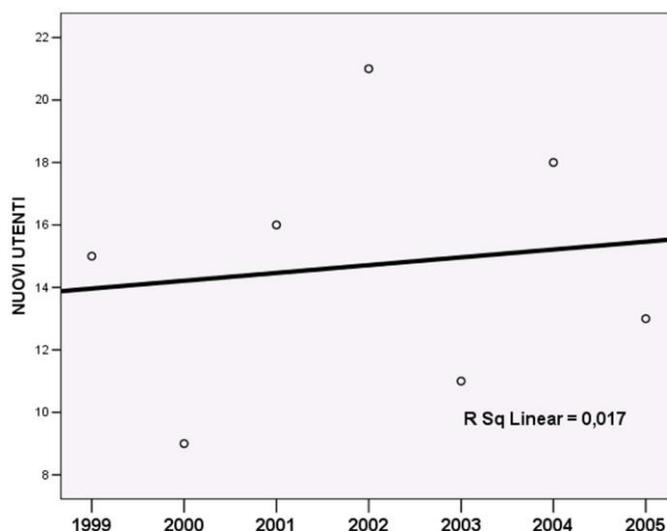
Nel periodo 1999-2005 le persone che si sono rivolte al Servizio Alcolologico del Ser.T. di Scandicci sono state 103.

Gli utenti sono giunti al Servizio distribuiti nei diversi anni come mostrato dalla Tabella 1 e dal diagramma di dispersione (Grafico 1) nel quale è anche riportata la retta di regressione e il coefficiente di determinazione $R^2 = 0,017$.

Tabella 1 – Numero di nuovi utenti giunti al SAT anni 1999-2005

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Numero nuovi utenti	15	9	16	21	11	18	13

Grafico 1 – Numero di nuovi utenti giunti al SAT anni 1999 – 2005

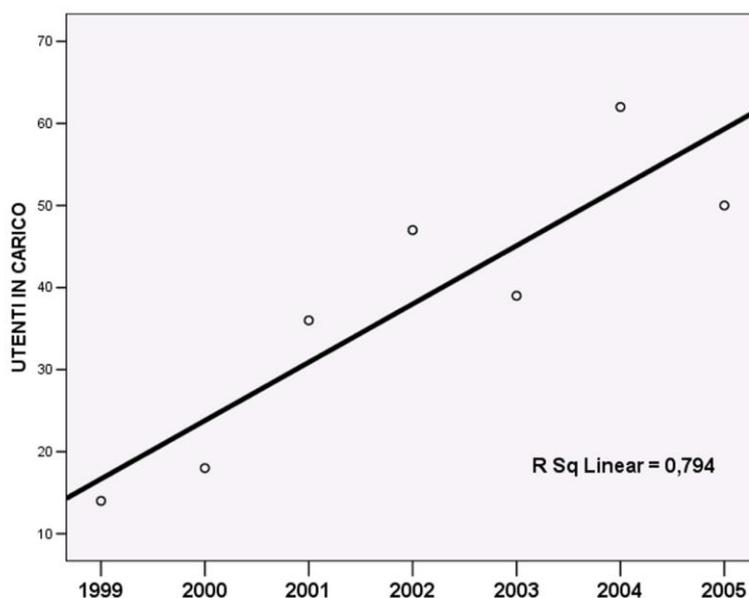


Dai dati disponibili sul Bollettino anno 2005 dell'Osservatorio Socio-Epidemiologico per le Tossicodipendenze e l'Alcolismo ASL 10 Firenze riportiamo il numero degli utenti in carico ogni anno dal 1999 al 2005 (Tabella 2) e, nel Grafico 2, la distribuzione degli utenti negli anni con la retta di regressione e coefficiente di determinazione $R^2 = 0,794$.

Tabella 2 – Utenti in carico negli anni 1999-2005

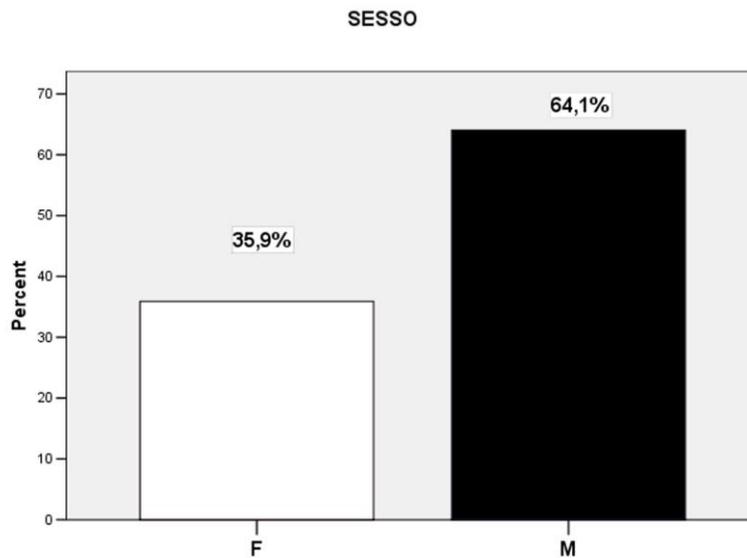
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
SAT Scandicci	14	18	36	47	39	62	50

Grafico 2 - Utenti in carico negli anni 1999-2005



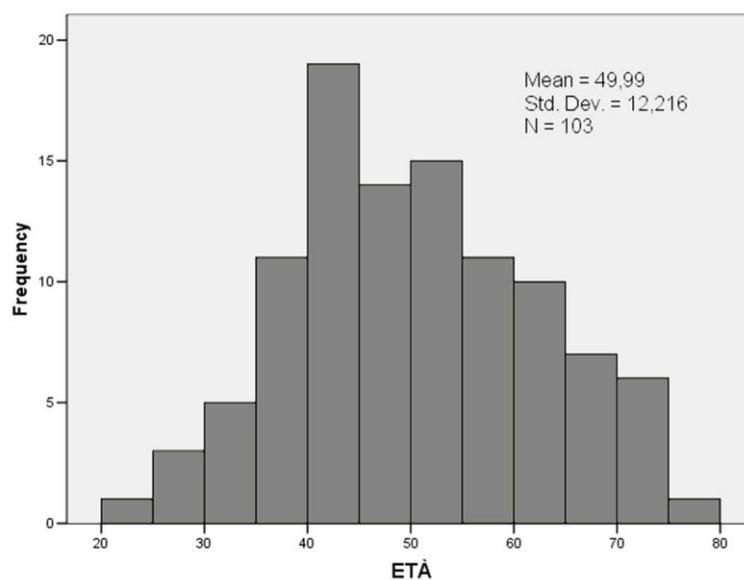
Dei 103 utenti 66 persone, equivalenti al 64,1%, sono di sesso maschile e 37, equivalenti al 35,9%, sono di sesso femminile con un rapporto maschi/femmine di 1,8 (Grafico 3).

Grafico 3 – Sesso



L'età varia dai 21 ai 76 anni con media di 50 e moda di 54, mentre la classe di età più rappresentata, come si vede dall'istogramma (Grafico 4), è quella tra i 40 e i 45 anni.

Grafico 4 – Età



Non sembrano esservi differenze significative di età tra i due sessi:

Tabella 3 – Media sesso maschile e media sesso femminile

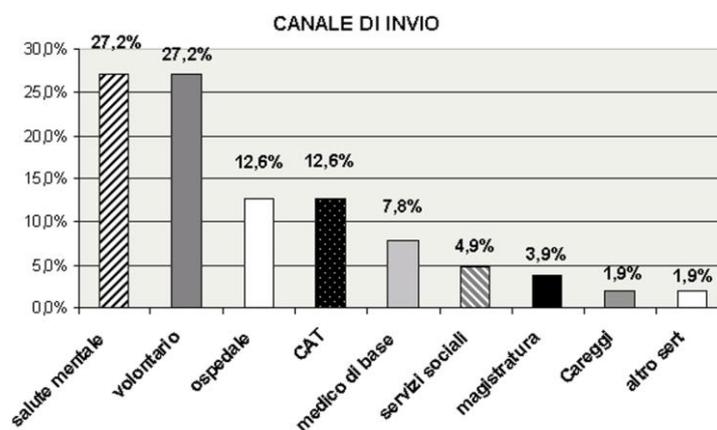
SESSO	Media	f	Deviazione standard
F	50,54	37	11,642
M	49,68	66	12,603
Totale	49,99	103	12,216

I canali attraverso i quali le 103 persone sono giunte all'osservazione del Servizio Alcolologico Territoriale sono descritti in Tabella 4 e Grafico 5:

Tabella 4 – Canale di invio

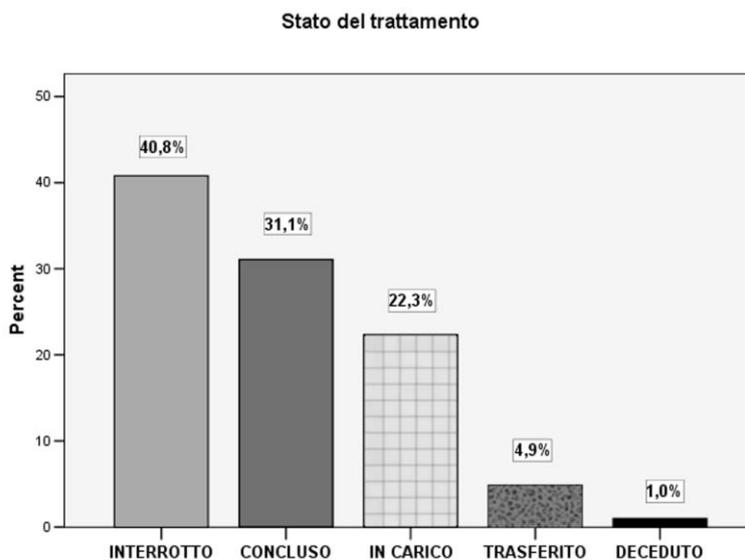
Canale di invio	f	%
Servizio di salute mentale	28	27,2
Volontario	28	27,2
Reparto ospedaliero	13	12,6
Club degli Alcolisti in Trattamento	13	12,6
Medico di base	8	7,8
Servizi Sociali della ASL o del Comune	5	4,9
Magistratura	4	3,9
Centro Alcolologico di Careggi	2	1,9
Altri Ser.T.	2	1,9
Totale	103	100

Grafico 5 – Canale di invio



Al momento della ricerca (agosto 2006) 32 persone (31,1%) hanno concluso il trattamento, 42 (40,8%) lo hanno interrotto, 23 (22,3%) sono ancora in carico presso il Servizio, 5 (4,9%) si sono trasferiti ad un altro Ser.T. e 1 persona è deceduta (Grafico 6).

Grafico 6 – Stato del trattamento sul totale dei 103 contatti



Tra i 103 utenti, tuttavia, per 22 persone dopo la fase di accoglienza non è stato formulato un progetto terapeutico. Queste persone non sono state prese in carico dal Servizio per i seguenti motivi:

- perché è stata sufficiente una consulenza per concludere il rapporto con il Servizio (3 persone);
- perché si sono trasferite subito ad un altro Ser.T. (2 persone);
- perché hanno interrotto il rapporto con il Servizio senza iniziare un programma terapeutico (17 drop out precoci).

Gli utenti per i quali è stato discusso dall'equipe alcolologica un progetto terapeutico sono quindi 81, tuttavia 4 di questi hanno interrotto il programma terapeutico iniziato presso il Servizio per cause non intenzionali: 3 persone si sono trasferite e 1 persona è deceduta. Poiché questi non sono da considerare come dei veri drop out, per le seguenti

elaborazioni della nostra indagine analizzeremo i dati delle 77 persone che hanno iniziato un programma di trattamento e che hanno avuto la possibilità di portarlo avanti.

Lo stato del trattamento per queste 77 persone è descritto in Tabella 5.

Tabella 5 - Stato del trattamento su 77 utenti

Concluso		Interrotto		In carico	
f	%	f	%	f	%
29	37,7	25	32,5	23	29,9

È da notare che tra le persone ancora in carico 21 sono in trattamento presso il Servizio da 1 o più anni e 2 persone da 10 mesi.

Considerando lo stato *interrotto* come un esito negativo del trattamento e gli stati *concluso* e *in carico* come esiti positivi abbiamo:

Tabella 6 - Esito del trattamento

Esito positivo		Esito negativo	
f	%	f	%
52	67,5	25	32,5

La permanenza in trattamento dei 77 utenti del Servizio Alcolologico è stata misurata in anni come descritto in Tabella 7.

Da questo risultato si evince che il 20,8% degli utenti abbandona o conclude il progetto terapeutico entro il primo anno, il 19,5% entro il secondo anno mentre il 59,8% degli utenti resta in carico al Servizio 2 anni e più.

Tabella 7– Anni di permanenza in trattamento presso
il Servizio Alcolologico

Anni trattamento	f	%
Anni trattamento <1	16	20,8
1 ≤ Anni trattamento < 2	15	19,5
2 ≤ Anni trattamento < 3	17	22,1
3 ≤ Anni trattamento < 4	10	13,0
4 ≤ Anni trattamento < 5	9	11,7
5 ≤ Anni trattamento < 6	7	9,1
6 ≤ Anni trattamento < 7	3	3,9
Totale	77	100,0

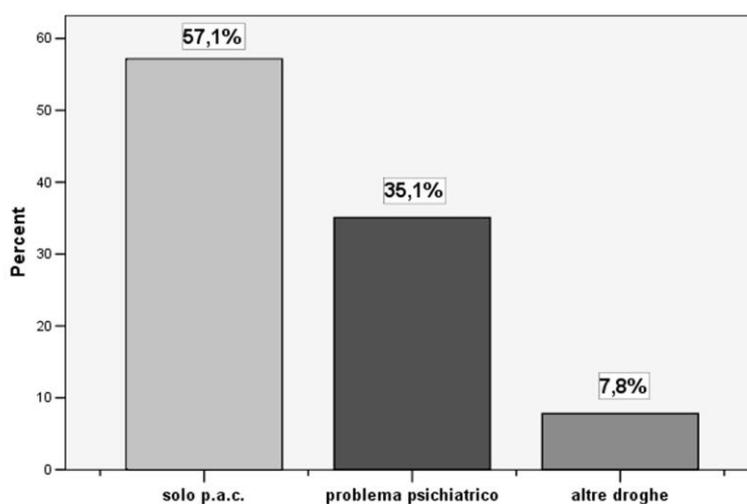
Se classifichiamo l'aderenza al trattamento in meno di 2 anni e 2 e più anni abbiamo:

Tabella 8– Aderenza al trattamento

Meno di 2 anni		2 e più anni	
f	%	f	%
31	40,3	46	59,8

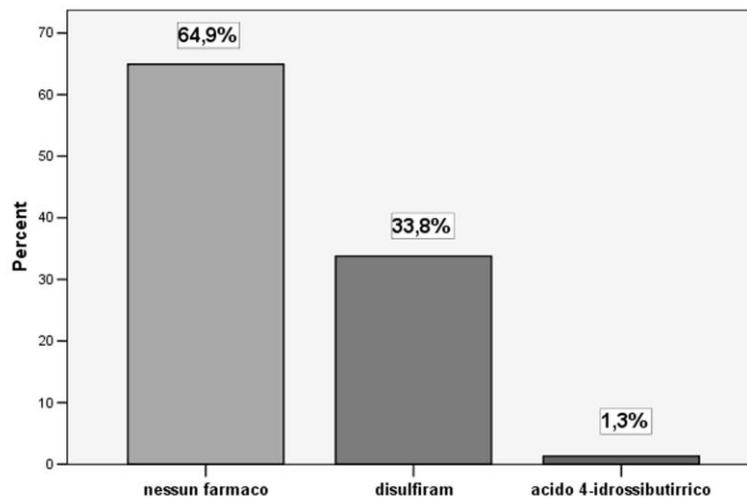
Nel Grafico 7 è descritta la percentuale di persone con problemi complessi: il 35,1% oltre ad essere seguito dal Servizio Alcolologico Territoriale per un problema alcolcorrelato è in carico anche presso il Servizio di Salute Mentale e il 7,8% ha fatto uso di altre droghe.

Grafico 7 – Utenti con problemi complessi



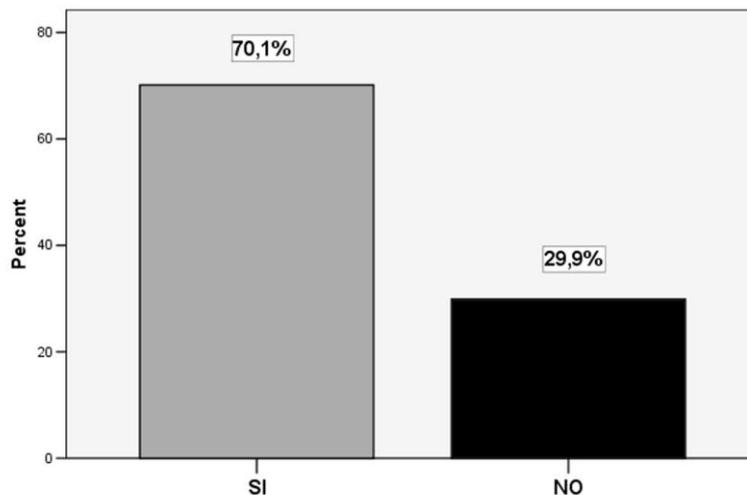
Il 64,9% degli utenti non segue alcun trattamento farmacologico mentre il 33,8% assume farmaci avversivanti (disulfiram) e l'1,3% farmaci anti-craving (acido 4-idrossibutirrico), per un totale del 35,1% di utenti che seguono un trattamento farmacologico specifico per il mantenimento dell'astinenza dalle bevande alcoliche (Grafico 8).

Grafico 8 – Trattamenti farmacologici



Delle 77 persone prese in carico 54, equivalenti al 70,1%, hanno frequentato, o tuttora frequentano, un Club degli Alcolisti in Trattamento con le loro famiglie, mentre 23 (29,9%) non lo hanno mai frequentato (Grafico 9).

Grafico 9 – Frequenza Club degli Alcolisti in Trattamento



Il 33,3% dei 54 utenti che sono diventati membri di un Club, al momento della ricerca partecipa ancora regolarmente alle riunioni mentre il 63,0% non frequenta più il Club (il dato non è stato reperibile per 2 utenti).

Tabella 9 – Attuale partecipazione ad un Club

Partecipazione attuale	N	%
Missing	2	3,7
No	34	63,0
Si	18	33,3
Totale	54	100,0

Analisi bivariate

Se incrociamo la durata del trattamento con l'esito del trattamento abbiamo i risultati della Tabella 10 con differenze statisticamente significative al test del Chi² per $p < 0,05$ (Appendice A).

Tabella 10– Durata del trattamento in base all'esito

Durata trattamento	Esito	
	Positivo	Negativo
Meno di 2 anni	26,9% 14	68,0% 17
2 anni e più	73,1% 38	32,0% 8
Totale	100% 52	100% 25

In particolare considerando per esteso le tre categorie dello stato del trattamento il risultato, sempre statisticamente significativo, è:

Tabella 11– Durata del trattamento in base allo Stato del trattamento

Durata trattamento	Stato		
	Concluso	Interrotto	In carico
Meno di 2 anni	27,6% 8	68,0% 17	26,1% 6
2 anni e più	72,4% 21	32,0% 8	73,9% 17
Totale	100% 29	100% 25	100% 23

A questo punto avendo valutato la relazione tra le variabili di risposta le abbiamo confrontate con le altre variabili dell'indagine.

Riportiamo tutte le analisi bivariate in una tabella riassuntiva che mostra le percentuali delle diverse variabili su tutti i 77 utenti, sulle persone suddivise in base all'aderenza al trattamento (meno di 2 anni/2 e più anni), sulle persone con esito positivo (trattamento concluso + ancora in carico), su quelle con esito negativo (trattamento interrotto) e anche, più dettagliatamente, sulle persone con trattamento concluso e ancora in carico.

Tabella 12 – Tabella riassuntiva delle analisi bivariate

	Hanno frequentato un Club	Problemi psichiatrici	Altre droghe	Assunzione farmaci
Totale utenti (N = 77)	70,1%	35,1%	7,8%	35,1%
2 e più anni di trattamento (N = 46)	73,9%	43,5%	8,7%	37,0%
Meno di 2 anni di trattamento (N = 31)	64,5%	22,6%	6,5%	32,3%
Esito positivo (N = 29)	75,0%	40,4%	7,7%	32,7%
Esito negativo (N = 25)	60,0%	24,0%	8,0%	40,0%
Trattamento concluso (N = 29)	69,0%	41,4%	6,9%	20,6%
Ancora in carico (N = 23)	82,6%	39,1%	8,7%	47,8%

4.2.3 Discussione

I risultati presentati mostrano una descrizione dell'utenza afferita al Servizio Alcolologico Territoriale del Ser.T. di Scandicci dal 1999 al 2005 e una fotografia dell'attività del Servizio ad agosto 2006.

Gli utenti che hanno contattato il Servizio dal 1999 al 2005 sono stati 103, per 81 di questi è stato formulato un progetto terapeutico ma 3 di questi si sono trasferiti ad un altro Ser.T. e 1 è deceduto, quindi solo 77 hanno potuto seguire il percorso terapeutico programmato.

Guardando la distribuzione di tutti i 103 utenti negli anni, notiamo che l'ingresso di nuovi utenti varia considerevolmente di anno in anno, con una trascurabile tendenza verso un lieve aumento nel tempo.

Se invece osserviamo la crescita degli utenti in carico ogni anno, vediamo che i dati indicano un notevole aumento nel tempo.

Il confronto tra questi due risultati, lieve incremento di nuovi utenti contro grande aumento degli utenti in carico, permette di ipotizzare che le persone con problemi alcolcorrelati rimangono per un periodo relativamente lungo in cura presso il Servizio.

Infatti, il 59,8%, dei 77 utenti che hanno potuto seguire il programma, è rimasto in carico presso il Servizio Alcolologico per 2 o più anni.

L'utenza del Servizio Alcolologico Territoriale di Scandicci sembra essere di età più elevata e composta da più femmine rispetto agli utenti dei Servizi Alcolologici della Toscana: dei 103 utenti 66 sono maschi e 37 femmine con un rapporto maschi/femmine di 1,8 mentre, tra gli utenti in carico presso tutti i servizi alcolologici della regione nel 2004, il rapporto maschi/femmine era di 2,4. Inoltre la media dell'età degli utenti di Scandicci è di 50 anni contro la media regionale di 45,6. In entrambe le ricerche l'età media delle utenti donne è più elevata di circa 1 anno da quella degli utenti di sesso maschile (Ministero della salute, 2004).

La maggior parte degli utenti sono giunti al Servizio o su propria iniziativa (27,2%) o su indicazione del servizio di Salute Mentale (27,2%).

È da rilevare il numero di persone che giunge al Ser.T. in maniera autonoma, segno di una discreta visibilità del Servizio Alcolologico, tuttavia questo dato ci permette anche di osservare che, un altrettanto grande numero di persone, sembrano chiedere aiuto

soprattutto per un disturbo di tipo psichico (ansia, depressione, ecc.) e sembrano inizialmente non essere consapevoli del possibile contributo dell'alcol alla loro patologia o, se anche lo sono, non sembrano considerare il Ser.T. come il servizio deputato ad occuparsi del loro problema.

Il 12,6% degli utenti hanno contattato il Servizio Alcolologico a seguito dell'indicazione ricevuta in un reparto ospedaliero e la stessa percentuale è stata indirizzata al Servizio dai Club degli Alcolisti in Trattamento: mentre la collaborazione dei Club appare buona, date le loro poche risorse nel senso dell'attrazione di persone con problemi alcolcorrelati - ai Club la maggior parte delle famiglie arrivano su invio da parte dei Ser.T. e degli ospedali (Guidoni e Tilli, 2004) - sembrerebbe invece doversi sviluppare una maggiore formazione e sensibilizzazione da parte degli operatori ospedalieri a fronte dei numerosi ricoveri alcolcorrelati (nel 2002 nella zona di Firenze ne sono stati effettuati, ad esempio, 2485) (Cipriani, 2004).

Anche i medici di famiglia non sembrano contribuire significativamente all'arrivo di nuovi utenti al Servizio Alcolologico Territoriale, 8 persone in 7 anni sembrano poche se si pensa che quasi il 90% della popolazione fa uso di bevande alcoliche e oltre il 20% ne fa uso in quantità ritenute unanimemente a rischio per la salute (ISTAT, 2006).

Considerando adesso solo i 77 utenti che hanno avuto la possibilità di portare avanti il progetto terapeutico proposto dall'equipe alcolologica, possiamo osservare che attualmente 29 persone (37,7%) hanno concluso il trattamento, 25 (35,5%) lo hanno interrotto e 23 (29,9%) sono ancora in carico presso l'ambulatorio.

Nonostante la consapevolezza che gli studi di valutazione richiedono complessi piani di ricerca e che la valutazione dell'outcome nell'ambito delle tossicodipendenze è particolarmente difficile poiché il percorso di cura è molto lungo, spesso supportato da diverse agenzie, e quindi molti fattori intervengono ad influenzare gli esiti (Serpelloni e Simeoni, 2003), concordemente con altri studi del settore (AA.VV., 2001; De Angeli e Serpelloni, 2003), si è ritenuto che la *ritenzione in trattamento* e la *conclusione del trattamento* congiuntamente *all'essere ancora in carico*, considerati come esito positivo, potessero dare indicazioni valide per una valutazione dell'attività del Servizio.

La maggior parte degli utenti del Servizio Alcolologico di Scandicci (59,7%) resta in carico presso il Servizio per 2 o più anni. Questo dato è significativo in quanto ricerche di follow-up a 24 mesi riportano un'adesione al trattamento inferiore (AA.VV., 2001).

Come era da aspettarsi questi utenti si distribuiscono soprattutto tra coloro che hanno concluso e quanti sono ancora in carico e questa relazione conferma la scelta fatta di considerare anche questi stati del trattamento come esito positivo.

Abbiamo quindi un esito positivo nel 67,5% delle persone che hanno intrapreso un progetto terapeutico. La maggior parte (68%) di quanti interrompono il trattamento (esito negativo) si allontana nei primi due anni.

La ritenzione in trattamento per 2 e più anni di quasi il 60% degli utenti è un dato importante poiché tale indicatore è ritenuto essere un dato rappresentativo del successo terapeutico, al di là della valutazione del mantenimento dell'astinenza dalle bevande alcoliche (AA.VV., 2001). Inoltre, una rassegna delle ricerche valutative dei trattamenti della tossicodipendenza riporta, come conclusione, che i parametri di qualità di un trattamento dovrebbero essere basati sul grado di coinvolgimento della persona e sulla ritenzione, che risultano essere gli indicatori di esito più validi agli studi di follow-up (De Angeli e Serpelloni, 2003).

Per quanto riguarda la collaborazione con i Club degli Alcolisti in Trattamento abbiamo visto che 54 persone equivalenti al 70,1% sono entrate a far parte di un Club e il 33,3% partecipa ancora al Club al momento dell'indagine. Il dato è coerente con le ricerche dei Club degli Alcolisti in Trattamento che riportano che la maggior parte dei membri di Club frequenta per un periodo compreso tra uno e tre anni (Guidoni e Tilli, 2004).

4.2.4 Conclusioni

Questo capitolo ha descritto le attività del Servizio Alcolologico Territoriale del Ser.T. di Scandicci ponendo l'accento sul lavoro di rete.

Si è così visto che, in questi 6 anni di attività, il Servizio Alcolologico, congruentemente con gli indirizzi proposti dalla deliberazione che lo istituisce, ha lavorato alla creazione e al potenziamento di una rete territoriale di risorse per i problemi alcolcorrelati.

Questo ha permesso di sviluppare le attività di protezione e promozione della salute che sono state descritte e per le quali le sole risorse del servizio pubblico non sarebbero state sicuramente sufficienti.

Se la collaborazione è stata importante per la realizzazione dei progetti di prevenzione primaria e secondaria, altrettanto lo è stata per l'attività di prevenzione terziaria dove, in particolare la stretta collaborazione con i Club degli Alcolisti in Trattamento, ha permesso la presa in carico di un importante numero di persone con le loro famiglie che, nella maggior parte dei casi, è esitata in una buona riuscita del trattamento.

Avere una visione ecologica, rivolgersi alla comunità e lavorare secondo un approccio di rete è sicuramente il punto di forza di questo servizio. Se è vero che "la rete cura, la rete ammalata" in questo caso la rete ha sostenuto, nel percorso verso la salute, un importante numero di persone per un importante periodo di tempo.

Proporre una visione ecologica basata sul riconoscimento dell'interdipendenza di tutti significa proporre una nuova cultura per la comunità. Cultura che deve essere prima di tutto condivisa dal gruppo di lavoro che vuole promuoverla.

Perciò l'obiettivo perseguito dal Servizio Alcolologico Territoriale di Scandicci è stato quello di promuovere un cambiamento dapprima all'interno della rete dei servizi pubblici (il suo *microsistema*) e poi di partecipare questo cambiamento alle risorse del privato sociale e del volontariato (il *mesosistema*) con l'obiettivo ultimo di arrivare a promuovere infine un cambiamento nel *macrosistema*.

Un cambiamento della cultura generale e sanitaria è l'unica vera prevenzione dei problemi alcol e droga-correlati, andando a ridefinire le rappresentazioni sociali del bere e dell'uso delle droghe.

Bibliografia

- AA.VV., La valutazione del trattamento dell'alcolismo: il progetto ASSALT, *Alcologia*, 1, 2001, p. 17, <<http://sia.dfc.unifi.it/gesia/assalt-testo.pdf>> (15/10/2006)
- Abraham K., *Ricerche sul primissimo stadio orale della libido*, 1916.
- Barcucci P., L'epistemologia dell'alcolismo e i modelli di trattamento dei problemi alcolcorrelati, in *Caleidoscopio Italiano*, 114, Ruggenini Moiraghi A., Gerbi V., Ceccanti M. e Barcucci P., (a cura di) *Alcol e problemi correlati*, Genova, Medical Systems, 1997, <http://medicalsistemas.editoria.com/caleidoscopio/114_ruggenini/114_ruggenini.epistemol.html> (13/12/1999).
- Barker R., *Ecological Psychology: Concepts and methods for Studying the Environment of Human Behavior*, Stanford Calif., Stanford University Press
- Barnes G.E., The alcoholic personality: A reanalysis of the literature, *Journal of Studies on Alcohol*, 40, 1979, pp. 571-634.
- Bateson G., Jackson D.D., Haley J. & Weakland J.H., Toward a Theory of Schizophrenia, *Behavioral Science*, 1, 1956, pp.251-264. ristampato in Bateson G., *Steps to an Ecology of Mind*, San Francisco, Chandler, 1972, (trad. it. *Verso una teoria della schizofrenia* in *Verso un'ecologia della mente*, Milano, Adelphi, 1976, pp. 245-274).
- Bennett B., Downing C., Parker C. & Johnson T.E., Mouse genetic models in alcohol research, *Trends in Genetics*, Volume 22, Issue 7, July 2006, pp. 367-374.
- Bertalanffy L., von, *General System Theory*, New York, Braziller, 1968 (trad. it. *Teoria generale dei sistemi*, Milano, Mondadori, 1971).
- Bertrando P. e Toffanetti D., *Storia della terapia familiare. Le persone, le idee*, Milano, Raffaello Cortina, 2000.
- Bickel W.K. & Kelly T.H., *The Relationship of Stimulus Control to the Treatment of Substance Abuse*, in Ray B.A. (editor), *Learning Factors in Substance Abuse*, NIDA Research Monograph 84, 1988, pp. 122-140.
- Blane H. T., *Environmental Basis for Alcoholic Disorders: Future Porspects*, in Engs R. C. (a cura di), *Controversies in the Addiction Field*, Dubuque, Iowa, Kendall Hunt, 1990, pp. 39-47. <<http://www.indiana.edu/~engs/cbook>> (13/08/2002)
- Borsellino P., Verso una epidemiologia complessa dei problemi alcol-correlati, in I programmi di formazione permanente in alcolologia, *I quaderni di Alcolismi & Comunità*, 0, 1998, pp. 115-120.
- Bronfenbrenner U., *The Ecology of Human Deelopment. Experiments by Nature and Design*, Cambridge Mass., Harvard University Press, 1979, (trad. it. *Ecologia dello sviluppo umano*, Bologna, Il Mulino, 1986).
- Cahalan D. & Room R., *Problem drinking among American men*, New Brunswick, NJ, Rutgers Center of Alcohol Studies, 1974.

- Capra F., *The Web of Life*, NY, Doubleday-Anchor Book, 1996, (trad. it. *La rete della vita. Una nuova visione della natura e della scienza*, Milano, Rizzoli, 1997).
- Capra F., *The hidden connections*, 2002, (trad. it. *La scienza della vita*, Milano, Rizzoli, 2002).
- Carli R. e Panizza R.M., *Psicologia della formazione*, Bologna, Il Mulino, 1999.
- Casagrande D., *Una contraddizione istituzionale: il reparto di alcolisti*, in Basaglia F., (a cura di) *L'istituzione negata. Rapporto da un ospedale psichiatrico*, Torino, Einaudi, 1968.
- Cecchi S., *Gli aspetti pratici del lavoro di Hudolin nei problemi sociali*, in Corlito G., Santioli L. (a cura di), *Vladimir Hudolin. Psichiatria sociale ed alcolologia: un pensiero vivo per il nuovo millennio*, Erikson, 2000, pp. 123-136.
- Ceccutti L., *L'operatore del Club nel programma complesso di trattamento ai problemi alcolcorrelati del Prof. Vi. Hudolin*, in Hudolin Vi., Accettulli A., Brentel E., Ticali S., *Verso un nuovo stile di vita con i Club degli Alcolisti in Trattamento*, Trieste, Editre, 1990, pp. 367-399.
- Cerrato V., *Esperienze in Italia*, in Hudolin Vi., Gosparini P., Guidoni G., Kohl N., Kolstad H., Marcomini F., Piani F., Pitacco G., Sforzina M. (a cura di), *Club degli Alcolisti in Trattamento. Manuale per il lavoro nei Club degli Alcolisti in Trattamento (approccio ecologico-sociale)*, Scuola Europea di Alcolologia e Psichiatria Ecologica, 2001, pp. 30-31.
- Cipriani F., *Mortalità e ricoveri attribuibili al consumo di alcol in Toscana*, Presentazione al Convegno "L'alcol in toscana: tra moderazione ed eccesso", Firenze, 22 giugno 2004, <www.arsanita.toscana.it> (14/02/2005).
- Cloninger C.R., Bohman M., Sigvarsson S., Inheritance of Alcohol Abuse: Cross-Fostering analysis of adopted men, *Archives of General Psychiatry*, 38, 1981, pp.861-868.
- Crowley T.J., *Learning and Unlearning Drug Abuse in the Real World: Clinical Treatment and Public Policy*, in Ray B.A. (editor), *Learning Factors in Substance Abuse*, NIDA Research Monograph 84, 1988, pp. 100-121.
- De Angeli M., Serpelloni G., *I progetti di ricerca sulla valutazione dell'outcome e del processo di trattamento nell'ambito delle tossicodipendenze:una revisione della letteratura scientifica*, in Serpelloni G., De Angeli M. e Rampazzo L., (a cura di), *La valutazione dell'outcome nei trattamenti della tossicodipendenza*, La Grafica editore, 2003, pp. <www.dronet.org/biblioteca/vis_out.php> (27/10/2006)
- De Leo G. e Patrizi P., *La spiegazione del crimine*, Bologna, Il Mulino, 1992.
- Devoto A., *Lo Yoghurt nel Lago*, Firenze, Interistituzione, 1986.
- Dimauro P.E., *Alcolologia: basi teoriche e lavoro di rete*, in Cerbini C., Biagiante C., Travaglini M, e Dimauro P.E. (a cura di), *Alcolologia oggi. Nuove tendenze tra clinica ed ecologia*, Milano, FrancoAngeli, 2003, pp. 81-90.
- Donald W. G., *Evidence for a Genetic Factor in Alcoholism*, in Engs R. C. (a cura di), *Controversies in the Addiction Field*, Dubuque, Iowa, Kendall Hunt, 1990. <<http://www.indiana.edu/~engs/cbook>> (13/08/2002)
- Engs R. C., *Introduction*, in Engs R. C. (a cura di), *Controversies in the Addiction Field*, Dubuque, Iowa, Kendall Hunt, 1990, pp. vi-viii. <<http://www.indiana.edu/~engs/cbook>> (13/08/2002)

- Fingarette H., *Why We Should Reject the Disease Concept of Alcoholism*, in Engs R. C. (a cura di), *Controversies in the Addiction Field*, Dubuque, Iowa, Kendall Hunt, 1990, pp. 48-54.
<<http://www.indiana.edu/~engs/cbook>> (13/08/2002)
- Folgheraiter F., *Il contributo di Hudolin allo sviluppo del lavoro di rete*, in Corlito G., Santioli L. (a cura di), *Vladimir Hudolin. Psichiatria sociale ed alcologia: un pensiero vivo per il nuovo millennio*, Erikson, 2000, pp. 117-121.
- Folgheraiter F., *La Community Care nella prospettiva del lavoro di rete*, in Cecchi M. (a cura di), *La metodica dell'auto-aiuto nelle dipendenze e nella multidimensionalità del disagio*, Firenze, 2005, p: 187-196.
- Francescato D. e Ghirelli G., *Fondamenti di psicologia di comunità*, Roma, La NuovaItalia Scientifica, 1988.
- Francescato D., *Approccio di comunità e gruppo di auto aiuto*, in Cecchi M. (a cura di), *La metodica dell'auto-aiuto nelle dipendenze e nella multidimensionalità del disagio*, Firenze, 2005, p: 135-142.
- Freud S., *Tre saggi sulla teoria sessuale*, 1905 (trad it. Torino, Bollati Boringhieri, 1975).
- Freud S., *Il disagio della civiltà*, 1929, (trad it. in Freud S., *Opere vol.10 Inibizione, sintomo e angoscia e altri scritti. 1924-1929*, Torino, Bollati Boringhieri, 1978)
- Gemma S., Vichi S. & Testai E., Individual susceptibility and alcohol effects: biochemical and genetic aspects, *Annali Istituto Superiore di Sanità*, 42(1), 2006, pp. 8-16.
- Girosi S., *Cenni sull'abuso di sostanze*, in Lingiardi V. (a cura di), *La personalità e i suoi disturbi. Lezioni di psicopatologia dinamica*, Milano, Il Saggiatore, 2004, pp. 296-300.
- Goodwin D.W., *Evidence for a Genetic Factor in Alcoholism*, in Engs R. C. (a cura di), *Controversies in the Addiction Field*, Dubuque, Iowa, Kendall Hunt, 1990, pp. 10-16.
<<http://www.indiana.edu/~engs/cbook>> (13/08/2002)
- Granati O., *Aspetti medici e psicosociali del trattamento dell'alcolismo cronico. Considerazioni su un'esperienza nell'area fiorentina*, Tesi di Laurea, Università degli Studi di Firenze, Facoltà di Medicina e Chirurgia, 1985.
- Guidoni G., *L'approccio ecologico-sociale e la psichiatria*, in Atti IV Congresso Nazionale dei Club degli Alcolisti in Trattamento, *La gioia di vivere*, Trento, Centro Studi e Documentazioni sui Problemi Alcolcorrelati, 1996, pp.105-107.
- Guidoni G. e Vaggelli M.G., *Il servitore-insegnante nel sistema ecologico-sociale*, in Hudolin Vi., Gosparini P., Guidoni G., Kohl N., Kolstad H., Marcomini F., Piani F., Pitacco G., Sforzina M. (a cura di), *Club degli Alcolisti in Trattamento. Manuale per il lavoro nei Club degli Alcolisti in Trattamento (approccio ecologico-sociale)*, 2001, pp. 153-154.
- Guidoni G. e Tilli A., *L'approccio ecologico-sociale di Vladimir Hudolin: una nuova epistemologia per i problemi alcolcorrelati*, in *Alcologia*, 15(1-2-3), 2003, pp. 37-46.
- Guidoni G. e Tilli A. (a cura di), *DATA CLUB 2000. Banca dati nazionale AICAT anno 2002*, Firenze, AICAT 2004

- Hathaway S.R., McKinley J.C., *Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 Manuale*, 1989 (Adattamento italiano di P.Pancheri e S.Sirigatti), Firenze, Organizzazioni Speciali, 1995
- Heather N., Oltre l'alcolismo: recenti prospettive sulla dipendenza e sulle problematiche da alcolismo, *Personalità/Dipendenze*, 5(3), 1999, pp. 5-19. < <http://www.pol-it.org/ital/riviste/personalità/heat.htm>> (13/07/2006)
- Hester R. K. e Sheeby N., *The Grand Unification Theory of Alcohol Abuse: It's Time to Stop Fighting Each Other and Start Working Together*, in Engs R. C. (a cura di), *Controversies in the Addiction Field*, Dubuque, Iowa, Kendall Hunt, 1990, pp. 2-9. <<http://www.indiana.edu/~engs/cbook>> (13/08/2002)
- Hudolin V., *Aspetti contemporanei dell'alcolologia e dieci anni di attività alcolologica a Trieste*, in Hudolin V., Accettulli A., Brentel E., Ticali S., *Verso un nuovo stile di vita con i Club degli Alcolisti in Trattamento*, Trieste, Editre, 1990, pp. 39-106.
- Hudolin V., *Manuale di alcolologia*, seconda edizione, Trento, Erickson, 1991.
- Hudolin V., Geppini G., Zenon L., *Verso un concetto ecologico di salute*, Trento, Erickson, 1992.
- Hudolin V., *Introduzione*, in Antonini G., Fedele F., Filippin N., Manera R., Milani L., Novello L., Rampin N., *L'attività alcolologica territoriale*, Castelfranco Veneto (TV), Noumen, 1993, pp. 7-84.
- Hudolin V., *La riabilitazione delle famiglie con problemi alcolcorrelati e complessi*, in Hudolin V. e Corlito G. (a cura di), *Psichiatria, Alcolologia, Riabilitazione*, Trento, Erickson, 1997, pp. 13-26.
- Hudolin V., *Atti Corso di aggiornamento dei servitori-insegnanti nel sistema ecologico-sociale*, Trieste 31 maggio- 1 e 2 giugno 1996, ACAT Trieste 1998.
- Hudolin V., *Terzo millennio, millennio di pace. Relazione al IV Congresso dei Club degli Alcolisti in Trattamento Salerno 1995*, in Sforzina M. (a cura di), *Camminando Insieme... a Vladimir Hudolin. La raccolta degli scritti di Vladimir Hudolin in Camminando Insieme fra il 1986 e il 1996*, Udine, Associazione per lo studio e la prevenzione delle dipendenze, 2002.
- Huss M., *Alcoholismus Chronicus*, Stockholm, J.Beckmann, 1849.
- ISTAT, *L'uso e l'abuso di alcol in Italia. Anno 2005*, ISTAT 2006, <www.istat.it> (21/10/2006)
- Jackson D.D. & Weakland J., Conjoint family therapy: Some considerations on theory, techniques, and result, *Psychiatry*, 24, 1961, pp.30-45, (trad. it. *Terapia della famiglia congiunte: alcune considerazioni di teoria tecnica e risultati*, in Haley J. (a cura di), *Fondamenti di terapia della famiglia*, Milano, Feltrinelli, 1980.
- Jellinek E., *The Disease Concept of Alcoholism*, New Haven, Hillhouse, 1960.
- Jung J.C. e Namkoong K., Pharmacotherapy for Alcohol Dependence: Anticraving Medication for Relapse Prevention, *Yonsei Medical Journal*, 47, 2, 2006, pp. 167-178.
- Kahr C., *Peer group education: manipolazione o partecipazione? Una raccolta di esperienze europee che utilizzano la PGE nella prevenzione delle dipendenze*, ED. Landschaftsverband Westfalen-Lippe1999. <<http://www.irre.lombardia.it/peereducation/trad1.html>>

- Kanthzian E.J., Treece C.J., *Psychodynamics of Drug Dependence: an Overview*, in Blaine J.D., Julius D.A. (editors), *Psychodynamics of Drug Dependence*, NIDA Research Monograph n.12; May 1977, pp. 11-25.
- Kanthzian E.J., Halliday K.S., McAuliffe W.E., *Addiction and The Vulnerable Self: Modified Dynamic Group Therapy for Substanter Abusers*, New York, The Guilford Press, 1990, (trad. it. *La dipendenza e il Sé vulnerabile. La Terapia Dinamica di Gruppo Modificata per i Dipendenti da Sostanze*, Padova, Piccin, 1997).
- Kelly J., *Ecological Constraints on Mental Health Services*, in "American Psychologist", 21, pp. 535-539.
- Kohut H., *Preface*, in Blaine J.D. & Julius D.A. (editors), *Psychodinamics of Drug Abuse*, NIDA Research Monograph 12, May 1977, pp. vii-ix.
- Kranzler H.R., Anton R.F., *Implications of Recent Neuropsychopharmacologic Research for Understanding the Etiology and Development of Alcoholism*, in Marlatt G.A., VandenBos G.R. (editors), *Addictive Behaviors*, American Psychological Association, 1997, pp. 68-94.
- Kumpfer K. L., Trunnell E. P., Whiteside H. O., *The Biopsychological Model: Application to the Addiction Field*, in Engs R. C. (a cura di), *Controversies in the Addiction Field*, Dubuque, Iowa, Kendall Hunt, 1990, pp. 55-67. <<http://www.indiana.edu/~engs/cbook>> (13/08/2002)
- Lazic N., *L'opera di Vladimir Hudolin nella teoria dei sistemi*, in Corlito G., Santioli L. (a cura di), *Vladimir Hudolin. Psichiatria sociale ed alcologia: un pensiero vivo per il nuovo millennio*, Erikson, 2000, pp. 81-86.
- Ledermann S., *Alcool, Alcoolism, Alcolisation (moralité, morbidité, accidents du travail)*, Presses Universitaire de France, 1964.
- Lejoyeux M., Alcohol dependance, temper and personalità, *Medicine Science (Paris)*, Dec; 20(12), 2004, pp. 1140-1144.
- Leone L. e Prezza M., *Costruire e valutare progetti nel sociale*, Milano, FrancoAngeli, 1999.
- Lerner W.D. & Raczynski J.M., *The Economic Shaping of Substance Abuse*, in Ray B.A. (editor), *Learning Factors in Substance Abuse*, NIDA Research Monograph 84, 1988, pp. 62-73.
- Levine H. G., The Discovery of Addiction: Changing Conceptions of Habitual Drunkenness in America, in *Journal of Studies on Alcohol*, 15, 1979, pp. 493-506.
- Lewin K., *Field Theory in Social Science*, New York, Harper & Row, 1951 (trad. it. *Teoria e sperimentazione in psicologia sociale*, Bologna Il Mulino, 1972).
- Li T.L., Neurobiological and Genetic Basis for Alcoholism Based Upon Research in Animal Model, in Engs R. C. (a cura di), *Controversies in the Addiction Field*, Dubuque, Iowa, Kendall Hunt, 1990, pp. 17-24. <<http://www.indiana.edu/~engs/cbook>> (13/08/2002)
- Malka R., Fouquet P., Vachonfrance G., *Abrégé de alcologie*, Paris, Masson, 1983, (trad. it. *Alcologia*, Milano, Masson, 1986).
- Mallach H. G., Hartmann H., Schmidt V., *Alkoholwirkung beim Menschen*, 1987, (trad. it. *Alcolismo e Alcologia*, Firenze, USES, 1988).

- Maturana H., Varela F., *El árbol del conocimiento*, 1994, (trad. it. *L'albero della conoscenza*, Milano, Garzanti, 1987).
- McClelland D.C., Davis W.N., Kalin R. & Wanner E., *The Drinking Man*, New York, Free Press, 1972.
- McCrary B.S., Zucker R.A., Molina B.S.G., Ammon L., Ames G.M., Longabaugh R., Social Environmental Influences on the Development and Resolution of Alcohol Problems, *Alcohol Clinical Experiment Research*, 30(4), April 2006, pp. 688–699.
- McDonald J., Roche A. M., Durbridge M., Skinner N., *Peer Education: From Evidence to Practice An alcohol and other drugs primer*, National Centre for Education and Training on Addiction, 2003.
- Merlo R., *Marginalità, devianza e tossicodipendenza*, in Zani B. e Palmonari A. (a cura di), *Manuale di psicologia di comunità*, Bologna, Il Mulino, 1996, pp. 487-518.
- Ministero del lavoro e delle politiche sociali, *Relazione annuale al parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia 2003*.
- Ministero della salute, *Rilevazione attività nel settore dell'alcoldipendenza, anno 2004*.
- Minuchin S., *Families and Family Therapy*, Cambridge Mass., Harvard University Press, 1974, (trad. it. *Famiglie e terapia della famiglia*, Roma, Astrolabio, 1981).
- Monti P.M., Rohsenow D.J., Abrams D.B., & Binkoff J.A., *Social Learning Approaches to Alcohol Relapse: Selected Illustrations and Implications*, in Ray B.A. (editor), *Learning Factors in Substance Abuse*, NIDA Research Monograph 84, 1988, pp. 141-160.
- Myers R. D., *Neurobiological Basis of Alcohol Reinforcement and Drinking*, in Engs R. C. (a cura di), *Controversies in the Addiction Field*, Dubuque, Iowa, Kendall Hunt, 1990, pp.25-38.
<<http://www.indiana.edu/~engs/cbook>> (13/08/2002)
- National Institute of Alcohol Abuse and Alcoholism, The Genetics of Alcoholism, in *Alcohol Alert*, 60, July 2003. <<http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/aa60.htm>> (19/07/2006)
- Noventa A., *L'Operatore del Club degli Alcolisti in Trattamento e il processo di cambiamento*, in *Atti del Convegno, La famiglia, l'operatore, il club*, Trento, Erickson, 1993, pp. 36-39.
- Palmonari A. e Zani B., *Introduzione*, in Zani B. e Palmonari A. (a cura di), *Manuale di psicologia di comunità*, Bologna, Il Mulino, 1996, pp. 7-17.
- Pavlov, I.P., in Anrep, G., (editor), *Conditioned reflexes*. London, Oxford University Press, 1927. pp. 34-35.
- Peele S., The Cultural Context of Psychological Approaches to Alcoholism. Can We Control the Effects of Alcohol? in *American psychologist*, 39, 1984, pp. 1337-1351.
<<http://www.peele.net/lib/approach.html>> (22/06/2006)
- Peele S., A Moral Vision of Addiction: How People's Values Determine Whether They Become and Remain Addicts, in *The Journal of Drug Issues*, 17(2), 1987, pp.187-215.

- Peele S., *Personality and Alcoholism: Establishing the Link*, in Ward D.A. (Editor), *Alcoholism: Introduction to Theory and Treatment*, Dubuqu IA, Kendall Hunt, 1990, pp. 147-156
<<http://www.peele.net/lib/personality.html>> (02/06/2006)
- Rado S., The psychoanalysis of pharmacothymia, *Psychoanalytic Quarterly*, 2:1-23, 1933.
- Ray B.A., *Preface*, in Ray B.A. (editor), *Learning Factors in Substance Abuse*, NIDA Research Monograph 84, 1988, pp. vii-ix.
- Rigliano P., *La doppia diagnosi*, Milano, Raffaello Cortina, 2004.
- Rohsenow D.J. & O'Leary M.R., Locus of control research on alcoholic populations: a review. I. Development, scales, and treatment, *International Journal of Addiction*, Jan;13(1), 1978, pp. 55-78.
- Rohsenow D.J. & O'Leary M.R., Locus of control research on alcoholic populations: a review. II. Relationship to other measures, *International Journal of Addiction*, Feb;13(2), 1978b, pp. 231-326.
- Room R., *Thinking About Alcohol Control*, in Engs R. C. (a cura di), *Controversies in the Addiction Field*, Dubuque, Iowa, Kendall Hunt, 1990, pp. 68-75.
<<http://www.indiana.edu/~engs/cbook>> (13/08/2002)
- Room R. & Makela K., Typologies of the cultural position of drinking, *Journal of Studies on Alcoholism*, 61(3), May 2000, pp. 475-83.
- Room R., Babor T. & Rehm J., Alcohol and Public Health, *Lancet*, 5; 365(9458), Feb. 2005, pp. 519-530.
- Rosenfeld H.A., *The psychopathology of drug addiction and alcoholism: A critical review of the psychoanalytic literature*, in Rosenfeld H.A., *Psychotic States*, London, Hogarth Press, 1965 (trad.it. *La psicopatologia della tossicomania e dell'alcolismo: esame critico della letteratura psicoanalitica* in *Stati psicotici*, Roma, Armando, 1973, pp. 299-335.)
- Rush B., *An Inquiry into the Effects of Spiritous Liquors on the Human Body*, Boston, Thomas Andrews, 1970.
- Schuckit M.A., *A Theory of Alcohol and Drug Abuse. A Genetic Approach*, in Lettieri D.J., Sayers M., Wallenstein Pearson E. (editors), *Theories on Drug Abuse. Selected Contemporary Perspective*, NIDA Research Monograph n.30; March 1980, pp. 297-302.
- Serpelloni G. e Simeoni E., *La valutazione dell'outcome dei trattamenti delle tossicodipendenze nella pratica clinica*, in Serpelloni G., De Angeli M. e Rampazzo L., (a cura di), *La valutazione dell'outcome nei trattamenti della tossicodipendenza*, La Grafica editore, 2003,
<www.dronet.org/biblioteca/vis_out.php> (27/10/2006)
- Servizi Generali Alcolisti Anonimi in Italia, *Gli Alcolisti Anonimi (AA)*, in Allamani A., Orlandini D., Bardazzi G., Quartini A., Morettini A. (a cura di), *Il libro italiano di alcologia, Vol. II Alcol e Società*, SEE Società Editrice Europea, 2004, pp. 271-276.
- Servizio Sanitario della Toscana, *Relazione annuale al parlamento sull'attuazione in Toscana della legge 30.03.2001 N. 125 "Legge Quadro in materia di alcol e problemi alcolcorrelati"* - Anno

- 2003, <http://www.sanita.toscana.it/cura/relazione_parlamento_alcol_2003.pdf> (21/12/2005)
- Sforzina M., *L'approccio familiare nel Club degli alcolisti in Trattamento*, in Hudolin V., Accettulli A., Brentel E., Ticali S., *Verso un nuovo stile di vita con i Club degli Alcolisti in Trattamento*, Trieste, Editre, 1990, pp. 411-429.
- Siegal S., *Drug Anticipation and the Treatment of Dependence*, in Ray B.A. (editor), *Learning Factors in Substance Abuse*, NIDA Research Monograph 84, 1988, pp. 1-24.
- Svanum S. & Ehrmann L.C., Alcoholic subtypes and the MacAndrew Alcoholism Scale, *Journal of Personality Assessment*, Apr;58(2), 1992, pp.411-422.
- Svenson G. R. (a cura di), *Linee guida europee per la Peer education fra giovani coetanei mirata alla prevenzione dell'AIDS*, European Commission 1998.
- Treno A.J. & Lee J.P., Approaching Alcohol Problems Through Local Environmental Interventions, *Alcohol Research & Health*, 26(1), 2002, pp. 35-40.
- Vaillant G.E., *The natural history of alcoholism*, Cambridge Mass., Harvard University Press, 1993.
- Wallace J., *Abstinence and Non abstinence Goals in Treatment: A Case Study in the Sociology of Knowledge*, in Engs R. C. (a cura di), *Controversies in the Addiction Field*, Dubuque, Iowa, Kendall Hunt, 1990, 192-202. <<http://www.indiana.edu/~engs/cbook>> (13/08/2002)
- Wandersman A., Valois R., Ochs L., de la Cruz D.S., Adkins E. & Goodman R.M., Toward a Social Ecology of Community Coalitions, *American Journal of Health Promotion*, 10(4), Mar-Apr 1996, pp. 299-307.
- Ward L.C. & Jackson D.B., A comparison of primary alcoholics, secondary alcoholics, and non-alcoholics psychiatric patients on the MacAndrew Alcoholism Scale, *Journal of Personality Assessment*, 54(3-4), 1990, pp. 729-735.
- Watzlavick P., Jackson D.D. & Beavin J., *Pragmatics of Human Communication*, New York, Norton, 1967, (trad. it. *Pragmatica della comunicazione umana*, Roma, Astrolabio, 1974).
- World Health Organization, *Ottawa Charter for Health Promotion*, WHO 1986 <http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf> (12/07/2006)
- World Health Organization, *Life Skills Education in Schools*, WHO 1993.
- World Health Organization, *Neuroscience of psychoactive substance use e dependence*, WHO 2004. <http://www.who.int/substance_abuse/publications/en/Neuroscience.pdf> (01/07/2006)
- World Health Organization, *Lexicon of alcohol and drug terms*, WHO <http://www.who.int/substance_abuse/terminology/who_lexicon/en/> (10/06/2006)
- World Health Organization, *Framework for alcohol policy in the WHO European Region*, WHO 2006, <<http://www.euro.who.int/document/e88335.pdf>> (15/10/2006)
- Zani B., *Modelli teorici in psicologia di comunità*, in Zani B. e Palmonari A. (a cura di), *Manuale di psicologia di comunità*, Bologna, Il Mulino, 1996, pp. 41-64.
- Zimberg S., *The Clinical Management of Alcoholism*, 1982 (trad.it. *La cura clinica dell'alcolismo*, Milano, Ferro, 1984).

Normative

Nazionali

- Legge 26 giugno 1990 n. 162 (pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 147 Suppl. Ord. del 26/06/1990) "Aggiornamento, modifiche ed integrazioni della legge 22 dicembre 1975, n. 685, recante disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza."
- Decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990 n. 309 (pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 255 Suppl. Ord. del 31/10/1990) "Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza."
- Decreto del Ministero della Sanità 30 novembre 1990, n. 444 "Determinazione dell'organico e delle caratteristiche organizzative e funzionali dei servizi per le tossicodipendenze da istituire presso le unità sanitarie locali"
- Decreto del Ministero della Sanità 3 agosto 1993 "Linee di indirizzo per la prevenzione, la cura, il reinserimento sociale e il rilevamento epidemiologico in materia di alcoldipendenza"
- Decreto del Ministero della Sanità 4 settembre 1996 "Rilevazione di attività nel settore dell'alcoldipendenza"
- Legge 30 marzo 2001 n. 125 (pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 90 Suppl. Ord. del 18/04/2001) "Legge quadro in materia di alcol e di problemi alcolcorrelati"
- Decreto del Ministero della Sanità 14 giugno 2002 "Disposizioni di principio sull'organizzazione e sul funzionamento dei servizi per le tossicodipendenze delle aziende unità sanitarie locali - Ser.T, di cui al Decreto Ministeriale 30 novembre 1990, n. 444."

Regione Toscana

- Legge Regionale 30 aprile 1990 n. 61
- "Progetto obiettivo per la prevenzione della dipendenza da alcol, delle problematiche alcolcorrelate ed assistenza agli alcol-dipendenti" 1992.
- Legge Regionale 5 agosto 1993 n. 51 (pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Toscana n. 50 del 13/8/1993) "Interventi per la prevenzione, cura e riabilitazione dell'alcoldipendenza e problematiche alcolcorrelate. Modifiche ed integrazioni della LR 30 aprile 1990, n. 61."
- Deliberazione del Consiglio Regionale 15 settembre 1998 n. 281 (pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Toscana n. 41 del 14/10/1998) "Azione programmata: organizzazione dei servizi alcologici."
- Legge Regionale 13 ottobre 1998, n. 73 (pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Toscana n. 35 del 22/10/1998) "Abrogazione LR 5 Agosto 1993, n. 51: Interventi per la prevenzione, cura e riabilitazione dell'alcoldipendenza e problematiche alcolcorrelate."

Azienda Sanitaria 10 di Firenze

- Delibera del 6 agosto 2001 n. 838 "Statuto"

Appendice A – TEST STATISTICI

Tabella 10 pag. 91 – Durata trattamento per esito trattamento

			Outcome		Total
			Negativo (interrotto)	Positivo (concluso + in carico)	
Durata trattamento	Meno di 2 anni	Count	17	14	31
		% within duratatrattamento	54,8%	45,2%	100,0%
		% within OUTCOME	68,0%	26,9%	40,3%
	2 anni e più	Count	8	38	46
		% within duratatrattamento	17,4%	82,6%	100,0%
		% within OUTCOME	32,0%	73,1%	59,7%
Total	Count	25	52	77	
	% within duratatrattamento	32,5%	67,5%	100,0%	
	% within OUTCOME	100,0%	100,0%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	11,844(b)	1	,001		
Continuity Correction(a)	10,198	1	,001		
Likelihood Ratio	11,881	1	,001		
Fisher's Exact Test				,001	,001
Linear-by-Linear Association	11,691	1	,001		
N of Valid Cases	77				

a Computed only for a 2x2 table

b 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 10,06.

Tabella 11 pag. 91 – Durata trattamento per stato trattamento

			Durata trattamento		Total
			meno di 2 anni	2 anni e più	
Stato	Concluso	Count	8	21	29
		% within Stato	27,6%	72,4%	100,0%
		% within duratatrattamento	25,8%	45,7%	37,7%
	Interrotto	Count	17	8	25
		% within Stato	68,0%	32,0%	100,0%
		% within duratatrattamento	54,8%	17,4%	32,5%
	In Carico	Count	6	17	23
		% within Stato	26,1%	73,9%	100,0%
		% within duratatrattamento	19,4%	37,0%	29,9%
Total	Count	31	46	77	
	% within Stato	40,3%	59,7%	100,0%	
	% within duratatrattamento	100,0%	100,0%	100,0%	

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	11,856(a)	2	,003
Likelihood Ratio	11,896	2	,003
N of Valid Cases	77		

a 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 9,26.

Appendice B – L'arte di rompere gli schemi! Quando i giovani salgono in cattedra. Presentazione di PowerPoint realizzata dagli studenti del Russell-Newton.



Il gruppo dei peer del Russell-Newton

Ciao a tutti ci presentiamo: siamo un gruppo di giovani ragazzi di 16 anni che, grazie ad un progetto scolastico, hanno avuto l'opportunità di informarsi meglio riguardo le conseguenze che comporta l'uso di l'alcol sul nostro organismo e sulla nostra vita. Abbiamo deciso di "provinare" i nostri lunedì per rimanere a scuola dopo le ore di lezione in compagnia di Laura e Angela e tutto per un credito in più, ma poi abbiamo scoperto che gli incontri non erano lezioni ma divertenti ritrovi in cui fiocavano discussioni e confronti.

Inoltre, diciamo la verità, dalla nostra parte di non astemi (per non dirvi di peggio), avevamo il terribile presentimento di imboccarci in un covo di mavalisti che comparava una birra al veleno per topi!

E invece no, noi continuiamo a passare tranquillamente i nostri sabati sera però adesso siamo consapevoli e quindi più responsabili di quello che facciamo, e magari la nostra coscienza ci aiuta anche a bere quel bicchiere in meno...

(Qualcuno ha anche provato a...dire di no e ha scoperto quanto è difficile rinunciare a questa abitudine che crediamo di poter interrompere come e quando vogliamo!)

Adesso, DADANNI... siamo diventati dei peer educator, i vostri peer educator, e vorremo nelle vostre classi ad infondervi la nostra conoscenza!

Ma che cos'è la Peer Education?

Giusto è vero, chiacchiera chiacchiera non c'è spiegata la cosa più importante: la peer education è una metodologia grazie alla quale persone informate su un certo argomento possono passare le loro conoscenze ad altre persone di età ed esperienze simili.

Il bello sta nel fatto che le conoscenze che condivideremo serviranno ad informare e a preparare altri, in modo che questi a loro volta diffondano le nuove notizie: insomma è una sorta di catena!!

Alcol e società

L'alcol è presente nella cultura Europea praticamente da sempre: popoli antichi come i babilonesi, i sumeri, gli egiziani e più tardi i greci e i romani, conoscevano e sapevano questa sostanza.

Questo ha fatto sì che poco a poco l'uso di alcol si infiltrasse in tantissimi aspetti della nostra vita ma è giusto ricordare che l'alcol è una droga*, anche se questo è stato ufficializzato solo da pochi anni. Esso viene considerato un normale prodotto alimentare e quindi spesso bevute senza troppa riguardo alla quantità di consumo e alle conseguenze che provoca**.

(* Vedi diapositiva seguente)
(** Vedi diapositiva N° 11)

... DROGA è ...
OGNI SOSTANZA CHE:

HA POTERE PSICOATTIVO: altera il funzionamento del sistema nervoso centrale

DÀ DIPENDENZA PSICHICA: bisogno di assumere la sostanza

DÀ DIPENDENZA FISICA: la sua mancanza provoca disturbi fisici e psichici (sindrome di astinenza)

DÀ ASSUEFAZIONE: per ottenere lo stesso effetto bisogna aumentare la dose

IMPLICA PERICOLOSITÀ INDIVIDUALE, SOCIALE E FAMILIARE

Se solo pensiamo alla mentalità contadina che c'era fino al secolo scorso, ci accorgiamo che il vino era considerato un bene di prima necessità pari quasi al pane e fin dall'antichità lo si ritrovava anche nella Chiesa, dove viene utilizzato durante le funzioni.

Molti sono i detti che influenzano la società e accompagnano la cultura dell'alcol, la maggior parte dei quali sono in realtà solo delle bufale!

Ad esempio "il vino fa buon sangue" è uno dei luoghi comuni più difficili da smentire, perché addirittura anche i medici spesso "prescrivono" a persone che hanno problemi di cuore un bicchiere di vino al giorno, ritenendo che faccia bene alla circolazione.

Ma queste non è vero, perché in realtà esso avrebbe delle proprietà benefiche, le quali però risiedono solamente nella buccia dell'uva, che nel vino si trova in minima quantità, quindi al limite mangiamo l'uva... no??

Un altro luogo comune sull'alcol è: "L'alcol aiuta la digestione".

Ma non è vero, perché in realtà fa tutto l'opposto! Infatti rallenta la digestione e determina un alterato svuotamento dello stomaco.

"L'alcol riscalda" è un altro detto, ma idem non è vero! Infatti esso all'inizio sembra dar calore perché provoca la dilatazione momentanea dei vasi sanguigni facendo affluire una quantità maggiore di sangue sulla superficie del corpo, ma ciò fa sì che ci sia in realtà una perdita di calore e quindi un maggiore raffreddamento.

L'alcol produce danni a livello fisico, psicologico e sociale:

	ACUTE	CRONICHE
intossicazione	• Inebriazione • Alterazioni cerebrali • Comorbustioni mediche acute	• Stato di euforia • Alterazione psicofisica • Insufficienza cardiaca • Alterazione cardiaca • Infarto • Patologia cronica • Lesioni cerebrali, hepato-pancreatologiche • Alterazioni endocrine • Alterazioni immunitarie
patologia	• Tumorali • Alterazioni del cervello • Demenza • Psicopatia • Problemi di sonno	• Alterazione della memoria • Tumorali • Demenza • Psicopatia • Insufficienza cardiaca • Alterazioni endocrine • Alterazioni immunitarie
patologia	• Craniocerebrale • Danni in corso di abitudine • Violazione dell'ordine familiare	• Problemi di sonno • Problemi psichici • Problemi di ordine familiare

Trova da "Alcol: pericoli e benefici" www.italia.it

Parlando della cultura "alcolica" di oggi per quanto riguarda i giovani, si può dire che c'è stato un forte cambiamento di marcia, infatti negli ultimi anni si è cercato sempre di più di avvicinare i ragazzi al consumo di sostanze alcoliche. Sono stati inventati nuovi prodotti a bassa gradazione alcolica e con gusti dolci, alla frutta, che sono stati poi proposti ad un pubblico giovane, affinché fin da adolescenti le persone si abituino ad assumere bibite alcoliche.

Tra le bevande... Valore di alcol nelle bevande

BEVANDA	Valore di alcol
BIRRA	5-5%
VINO	10-15%
APERITIVO	18%
AMARO	30%
LIQUORI	38-45%
COGNAC	40%
WHISKY	40%
GRAPPA	45%

Per calcolare la quantità contenuta in ogni litro di alcol basta moltiplicare il volume della sostanza alcolica per il suo valore di alcol.

ESEMPIO: 1 litro di birra (5%) = 50 cl di alcol
1 litro di vino (12%) = 120 cl di alcol
1 litro di cognac (40%) = 400 cl di alcol



Prevalentemente i ragazzi fanno uso di sostanze alcoliche in funzione degli effetti che esse provocano sui comportamenti e sui rapporti interpersonali.
Esso rende più laquaci, sicuri di sé e più disinibiti, effetti che l'alcol ha su una persona cosiddetta "brillo".
Dai ragazzi viene utilizzato spesso solo per sentirsi accettati dal gruppo e per non essere esclusi.

Per i ragazzi di oggi, i quali sono sempre influenzati dalle pubblicità che vengono loro proposte, ad una festa non ci si può divertire se non si beve e per alcuni addirittura se non si va "di fuori".
"NO MARTINI, NO PARTY"
Ma voi quando uscite con i vostri amici bevete? E vi divertite o no?
Se uno si ubriaca e poi sta male secondo voi quanto si diverte?

Voi lo sapevate che l'alcol in Europa è la prima causa di morte per i giovani dai 15 ai 29 anni???
Fa un po' impressione pensare che la cosa che ha più probabilità di ucciderci sia proprio l'alcol, questa sostanza che ognuno di noi ha imparato ad apprezzare fin da piccolo all'interno della propria famiglia.

I RAGAZZI DICONO...
La vita è Rock, l'alcol è letto!
L'alcol è sempre su tavolo e nel frigo non manca mai una bottiglia di giumente sotto le festini. Non mi astengo, non esagero, ma comunque bevo!!
A casa il vino in tavola non è d'obbligo... se si mangia qualcosa di particolare lo accoppagiamo con un buon vino, altrimenti acqua!
Mi piace bere alcolici, soprattutto se dolci, ma non ne sento un freagente, disparato bisogno. Se sono fuori con gli amici bevo, almeno ci facciamo 4 risate in più...

Per brindare a festeggiare non è necessario fare uso d'alcol...
Bevo raramente... a raramente vedo i miei amici di fuori come balconi! Però non per questo non bevo!! Se ne ho voglia lo faccio... però sempre con moderazione!!
Non si può festeggiare senza un po' d'alcol. E' bello bere e ma non esagerare!!
Il vino non è un granché ma chi se ne frega, siamo ad una festa e poi faggio non c'è nemmeno... non si può pretendere tanto per 10 C€!
Per una sera si può anche lasciarsi andare... non devo neanche guidare!!

Prima bevo tutti i sabati, esagerando un po' troppo... ora ho smesso! La vita è bella anche senza alcol...
E l'ho bevuto tutto e non gli ha fatto male... l'alcol fa male e il vino fa cantare!!
La mia famiglia non è un buon esempio per nessuno... da molti anni produce il vino, il visente e tutti quei liquori e alcolici che si possono produrre.
Sono steroi i miei genitori e fanno bere per la prima volta... secondo mio padre il vino fa buon sangue...

QUANDO, COME, DOVE SI INIZIA A BERE
"Con le sputante, da piccini è una festa, con i genitori?"
"Con il vino, a 6 anni, con il nonno."
"La birra a 11 anni, in prima media!"
ABISSO - 16 ANNI - DOVE, QUANDO E QUANTO SI BEVE
"Il fine settimana, venerdì e sabato sera, 2-3 bottiglie di birra"
"Domenica pomeriggio alle stadi, la birra"
"Io non bevo"
"Anche il vino qualche volta durante la settimana"
"Ma solo se si va fuori e c'è"
E SE UNO NON BEVE...
"Chi non beve si deve giustificare?"
"Se ho deciso di non bere non bevo, neanche se gli amici mi dicono."
"Se non ci sono soldi si sta a casa!"
"Se vai di più con gli amici, bevi!"
"Chi non beve in compagnia è un tedio o è una spia!"

Adesso... pronti con carta e penna?!
Vi abbiamo preparato un test per capire...

Quanto sei alcolico?

1) Che cos'è l'alcol per te?
a) Un faro nella notte
b) L'ottavo peccato capitale
c) Il terzo miracolo di Fatima



2) Quando bevi ti senti...
a) Io e la bottiglia tre metri sopra il cielo
b) Di non averne mai abbastanza
c) Uno stupido



3) La domenica mattina:
a) Inizia alle 15 con l'Aulin
b) Si va a messa
c) Colazione cantuccini e vin santo



4) Effetti collaterali:
a) Dimenticare...
b) Povero fegato
c) Solo per il portafoglio



5) Di solito bevi...
a) Quando esci con gli amici
b) L'acqua a tavola
c) Da solo a sedere su un marciapiede



6) Ad una festa non può mancare:
a) La mia eccitante amica Tequila
b) Una pista... da ballo
c) Alcol, droga e rock & roll





- 7) **Vino buono...**
 a) Sta nella botte piccola
 b) Non manca in tavola
 c) Ma anche cattivo, tanto in corpo c'è buio

- 8) **In una bottiglia guardo:**
 a) Il contenuto
 b) L'etichetta
 c) Di solito la bottiglia non la vedo nemmeno



- 9) **Quanto bevi:**
 a) Giro con la fiaschetta
 b) Un litro a pasto... di acqua
 c) Un bicchiere al giorno toglie il medico di turno

Calcola il tuo punteggio:

- 1) a 2 b 0 c 1
 2) a 1 b 2 c 0
 3) a 1 b 0 c 2
 4) a 2 b 0 c 1
 5) a 1 b 0 c 2
 6) a 1 b 0 c 2
 7) a 0 b 1 c 2
 8) a 1 b 0 c 2
 9) a 2 b 0 c 1

RISULTATI

Da 0 a 5:
 complimenti, non ti fai influenzare dagli altri e dalla cultura del nostro Paese che vede l'alcol come un sacco all'alMecca!

Da 6 a 11:
 sei un super esperto, conosci tutti i cocktail ma i rischi deve li metti??

Da 12 a 18:
 sei proprio sicuro che sia indispensabile, utile e rassicurante nascondersi dietro un muro di gin tonic e tequila bum bum? Forse sarebbe meglio se i tuoi problemi li affidassi a qualcuno invece di affogarli nell'alcol.