

Club degli Alcolisti in Trattamento

Manuale

per il lavoro
nei Club degli Alcolisti in Trattamento
(approccio ecologico sociale)

con scritti di:
Vladimir Hudolin

Indice

Che per noi sia sempre così.....	pag.	VII
<i>Ruža Vešligaj</i>		
1979: Signori, si parte		IX
<i>Renzo Buttolo</i>		
1964: Signori, così è partito.....		XI
<i>Višnja Hudolin</i>		
Prefazione.....		XIII
<i>Luciano Floramo</i>		
Introduzione		XI
<i>Vladimir Hudolin, Višnja Hudolin</i>		
Perchè questo libro?		XV
<i>Francesco Piani</i>		
A chi si rivolge questo libro?		XVII
<i>Michele Sforzina</i>		
Ringraziamenti.....		XIX
<i>Giovanni Pitacco</i>		
Ai collaboratori del Manuale		XIV
I programmi per i problemi alcolcorrelati prima della nascita dei Club degli alcolisti in trattamento in Croazia e in Italia		1
Esperienze di Hudolin nel lavoro con i problemi alcolcorrelati prima della nascita dei Club degli alcolisti in trattamento in Croazia		1
<i>Vladimir Hudolin</i>		
I programmi per i problemi alcolcorrelati prima della nascita dei Club degli alcolisti in trattamento in Croazia		3
<i>Vladimir Hudolin, Višnja Hudolin, Nebojša Lazić, Ljuba Ulemek</i>		
Esperienze in Italia		5
<i>Vanna Cerrato, Giuseppe Corlito</i>		
Lo sviluppo del sistema dei Club degli alcolisti in trattamento dal 1964.....		9
I primi Club e la loro diffusione in Croazia e nella ex Jugoslavia		9
<i>Višnja Hudolin, Nebojša Lazić, Željko Marinić, Ljuba Ulemek</i>		
La nascita del primo Club in Italia		13
<i>Giovanni Pitacco, Maria Pia Gottardis</i>		
Lo sviluppo e la situazione odierna dei Club in Croazia		16
<i>Vi. Hudolin, J. Botteri, D. Breitenfeld, V.V. Golic-Gruber, M. Gudelj, V. Hitrec, N. Lazić, Z. Marinic, L. Paszko, N. Paunovic, M. Stipancic, Lj. Ulemek, D. Wolf, J. Botteri, Z. Juras, V. Kajzer, S. Padelin, M. Turk-Kuci, K. Vujanovic-Juras</i>		
L'avvio dei programmi territoriali nella regione Friuli Venezia Giulia dal 1979		21
<i>Renato Bernardinis, Gianni Canzian, Luciano Floramo, Giancarlo Lezzi</i>		

Lo sviluppo e la situazione odierna dei Club in Italia	25
<i>S. Alberini, G. Aquilino, P. Barcucci, A. Baselice, M. Boscariol, G. Carcangiu, M. Cercignani, L. Colajanni, F. Conforto, G. Corlito, E. Del Favero, A. De Sandre, R. De Stefani, P. Dimauro, A. Di Salvatore, B. Donvito, G. Guidoni, C. Lamarina, G. La Rocca, V. Matteucci, F. Montesano, G. Nicolucci, E. Palmesino, M.A. Papapietro, D. Pelaia, P. Perucon, N. Regonati, A. Romanelli, M.T. Salerno, L. Scali, A. Scanagatta, F. Sevignani, M. Sforzina, I. Stimamiglio, D. Tassin, A. Tedioli, D. Uccella, F. Vittur</i>	
Lo sviluppo dei Club nei diversi paesi e la situazione odierna	52
<i>P. Adams, W. Araujo, P. Armstrong, D. Bakalova, N. Bonvin, Z. Cebasek Travnik, S. Christidi, G. das Graças Munis Dias, R. De Stefani, G. Guidoni, V. Herczeghova, Vi. Hudolin, J. Jovev, J. Kociper, N. Kohl, H. Kolstad, Z. Kutymiski, N. Lazic, L. Luquero Mediero, C. Maenza, P. Marzo, N. Matovic, J. Morawski, R. Pancheri, F. Piani, R. Popovic, M. Radovanovic, J. Rugelj, Z. Stojovic, S. Toteva, Lj. Ulemek, M.G. Vaggelli</i>	
Il sistema ecologico sociale nei programmi per i problemi alcolcorrelati	71
Il quadro teorico e l'applicazione pratica del sistema ecologico sociale	71
<i>Vladimir Hudolin</i>	
L'organizzazione del Club degli alcolisti in trattamento, la composizione del Club. I diversi ruoli nel lavoro del Club	74
<i>Vladimir Hudolin</i>	
L'approccio familiare (sistemico)	81
<i>Vladimir Hudolin</i>	
La ricaduta	84
<i>Vladimir Hudolin, con un contributo di F. Marcomini</i>	
Le difficoltà nel lavoro del Club	87
<i>Vladimir Hudolin, con un contributo di S. Cecchi</i>	
Il servitore-insegnante	92
<i>Vladimir Hudolin, con contributi di G. Guidoni, A. Tosi, M.G. Vaggelli</i>	
La formazione di base, l'aggiornamento permanente, la specializzazione nel sistema ecologico sociale	101
La formazione di base dei servitori-insegnanti dei Club (il Corso di sensibilizzazione)	101
<i>Vladimir Hudolin</i>	
L'aggiornamento dei servitori-insegnanti dei Club	103
<i>Vladimir Hudolin</i>	
La specializzazione dei servitori-insegnanti dei Club (la Scuola delle 300 ore)	108
<i>Vladimir Hudolin, con contributi di P.E. Dimauro, G. Guidoni, Vi. Hudolin</i>	
La formazione e l'aggiornamento delle famiglie (la Scuola alcolologica territoriale) ...	112
<i>Vladimir Hudolin</i>	
La Scuola alcolologica territoriale e il suo funzionamento	113
<i>L. Musso, con un contributo di D. Tassin</i>	

I programmi di formazione in Italia dal 1979	120
<i>L. Colusso</i>	
Il ruolo della Scuola Superiore di Servizio Sociale di Trieste	121
<i>P. Castellan</i>	
I problemi legati all'uso delle bevande alcoliche	123
L'alcol e il suo metabolismo. Complicanze fisiche dell'alcolismo	123
<i>Vladimir Hudolin, Vi. Hudolin, V. Patussi, P.P. Vescovi, C. Di Gennaro</i>	
Problemi Psicici	138
<i>Vladimir Hudolin</i>	
Problemi Multidimensionali.....	149
<i>Vladimir Hudolin, con contributi di Vi. Hudolin, N. Regonati, A. Remondini, D. Salezze</i>	
La spiritualità antropologica	159
La spiritualità antropologica e l'approccio ecologico sociale	159
<i>Vladimir Hudolin, con contributi di S. Cecchi, G. Corlito</i>	
La spiritualità antropologica e i problemi alcolcorrelati e complessi	163
<i>Vladimir Hudolin, con un contributo di D. Salezze</i>	
Trascendenza e meditazione	164
<i>Vladimir Hudolin, con contributo di G. Corlito</i>	
Etica	165
<i>Vladimir Hudolin, con contributi di E. Bellezza, G. Corlito, M. Sforzina</i>	
I Club degli alcolisti in trattamento in situazioni particolari	169
Introduzione	169
<i>Višnja Hudolin</i>	
I Club degli alcolisti in trattamento nelle organizzazioni militari	170
<i>V. Carev, O. Granati, G. Guidoni, M. Sacripante</i>	
L'esperienza dei Club nelle carceri	174
<i>A. Agus, S. Alberini, V. Babić, M. Bujanovac, L. Scali, R. Tatalović</i>	
I Club degli alcolisti in trattamento e la Chiesa cattolica.....	179
<i>E. Del Favero</i>	
Problemi alcolcorrelati e tubercolosi	181
<i>M. Hainz</i>	
La cooperazione fra i Club degli alcolisti in trattamento e le strutture pubbliche e private	183
Il significato e l'importanza della cooperazione	183
<i>Paolo E. Dimauro, con un contributo di Franco Montesano</i>	
Il centro alcologico territoriale funzionale	186
<i>Vladimir Hudolin, con un contributo di Michele Sforzina</i>	
La cooperazione fra lo IOGT e il sistema ecologico sociale	190
<i>Višnja Hudolin, H. Kolstad</i>	

Rapporti del sistema ecologico sociale con l'Organizzazione Mondiale della Sanità e con altre organizzazioni nazionali e internazionali	192
<i>Franco Marcomini</i>	
Le Associazioni dei Club degli alcolisti in trattamento	195
Le Associazioni in Croazia.....	195
<i>Višnja Hudolin, D. Flanjak, S. Matić, Lj. Ulemek</i>	
Le Associazioni in Italia	195
<i>Luciano Floramo, con un contributo di Renato Bernardinis</i>	
Il ruolo delle Associazioni dei Club	196
<i>Višnja Hudolin, Fulvia Sevigiani</i>	
Le difficoltà nel lavoro delle Associazioni	198
<i>Giovanni Aquilino, Guido Scattolin</i>	
Gli incontri nel sistema ecologico sociale	201
I Congressi e altre riunioni in Croazia	201
<i>Višnja Hudolin, D. Breitenfeld, D. Flanjak, Lj. Ulemek</i>	
Il Congresso nazionale in Italia	202
<i>Luciano Floramo</i>	
Il Congresso sulla spiritualità antropologica di Assisi.....	204
<i>Danilo Salezze</i>	
L'Interclub.....	206
<i>Valentino Patussi</i>	
Le ricerche valutative	209
Il Registro Nazionale Croato	209
<i>Vladimir Hudolin</i>	
Lo sviluppo della ricerca nel sistema ecologico sociale.....	214
<i>Guido Guidoni, Aangela Tilli, Marco Variara</i>	
La ricerca VALCAT	220
<i>Francesco Piani</i>	
Il Progetto Pilota del Veneto	225
<i>Luigi Colusso</i>	
La Scuola Europea di Alcologia e Psichiatria Ecologica	227
<i>E. Ferfila, L. Frisori, P. Gosparini, G. Pitacco</i>	
La Raccolta bibliografica	232
<i>Michele Sforzina</i>	
Bibliografia di riferimento	
Elenco delle abbreviazioni e delle sigle	
Gli Autori	

Che per noi sia sempre così

(Inno dei Club degli alcolisti in trattamento)

Ruža Vešligaj

Non ci hanno chiesto se eravamo colpevoli
quando peregrinavamo tristi e grigi.

Ma oggi nei nostri giorni non c'è più grigiore
perché siamo vivi e sereni
come non eravamo mai stati.
Che per noi sia sempre così
questa vita, questa pace
che splenda il sole
che cada la pioggia.

Vogliamo vivere come uomini
non ridestarci dai nostri sogni in un incubo.

Oggi nei nostri giorni non c'è più grigiore
perché siamo vivi e sereni
come non eravamo stati mai.
Che per noi sia sempre così
questa vita, questa pace
che splenda il sole
che cada la pioggia.

1979: Signori, si parte...

Renzo Buttolo

Ancora oggi risuonano, di quando in quando, la voce dello starter e il cadenzar di rotaie che accompagnavano la spedizione di uno sparuto drappello di ignari volonterosi, diretti alla volta di Zagabria.

Eventi preparatori avevano fatto sì che presso l'Ospedale Universitario "M. Stojanović" di quella città essi fossero stati invitati per dare inizio alla "Nuova Avventura" tuttora in transito.

Si era attesi a prove che avrebbero richiesto energia, coscienziosità, amicalità, stabilità emotiva e disposizione mentale per nuove esperienze.

I dubbi personali erano tanti, e ad affrontarli ci volle anche un pizzico di audacia e incoscienza insieme.

Cresceva intanto nel gruppo la convinzione di trovarsi di fronte alla grande occasione per guardarsi dentro, fare il punto della situazione, valorizzare l'acquisito, sbarazzarsi degli orpelli personali e professionali troppo ingombrati per un giusto agire, osservare con stupore e avida recettività il sapere altrui, riprendere il gusto della ricerca concreta per applicazioni concrete, scoprire disposizioni e attitudini per il grande salto nelle terre della comunità, restare sorpresi di fronte alle trasformazioni proprie e altrui. Il tutto sotto lo sguardo attento, rigoroso, esigente ancorché aperto e comprensivo del Maestro che richiedeva sempre a sé e agli altri puntualità, meticolosità, applicazione incessante, flessibilità nel gestire situazioni, metodicità nel predisporre obiettivi, intuizioni e apertura tempestiva al cambiamento delle idee e delle regole.

In un ambiente essenziale e dignitoso cresceva la Scuola Zagabrese e con essa il gruppo italiano.

Sarebbero sempre insufficienti spazio e tempo per riandare al sapere che ci era stato impartito sui significati e ruoli che l'alcol ha nella quotidianità della gente, sui suoi risvolti sociali, sui modelli normativi di riferimento, sulla cultura e sugli atteggiamenti degli operatori di fronte al bere, sulle opportunità di intervento per promuovere interessi, progetti, benessere, crescita di consapevolezza personale.

Due anni dopo l'esordio, il Congresso della Società Mediterranea di Psichiatria Sociale teneva ufficialmente a battesimo in Udine la versione italiana dell'esperienza hudoliniana alla quale il Maestro conferiva il motto, ripreso poi anche da altri: "Parlare alla gente per parlare di alcol e parlare di alcol per parlare alla gente".

Arrivederci Maestro, con onore!

1964: Signori, così è partito...

Višnja Hudolin

Apriremo questo libro parafrasando il titolo del contributo di Renzo Buttolo, il medico che nel 1979, a Udine, nel Friuli-Venezia Giulia e un po' ovunque in Italia, promosse un'iniziativa fondata sull'approccio ecologico-sociale al problema della dipendenza dall'alcol.

Ciò che oggi contraddistingue le realtà che si confrontano con questo problema ha avuto inizio trentasei anni fa (era il 1964) nell'ambito di un'istituzione sanitaria, il reparto di Neuropsichiatria del Policlinico "M. Stojanovic" di Zagabria, oggi Clinica delle "Sorelle della Carità".

Quell'inizio fu ad un tempo bello e difficile. Bello perché animato da ottimismo e perché metteva in gioco una terapia molto articolata, che andava dalla predisposizione di un reparto ospedaliero specializzato, fino all'istituzione di un day-hospital, di una serie di dispensari e del primo Club degli alcolisti in trattamento (CAT); difficile perché poneva problemi analoghi a quelli già denunciati da Renzo Buttolo. Si iniziò con qualcosa di nuovo, qualcosa che pochi conoscevano e che richiedeva un forte impegno individuale, l'abitudine a un diverso rapporto con l'utenza e a una diversa applicazione delle nozioni teoriche e delle esperienze acquisite in campo medico. La conoscenza dei problemi correlati al consumo delle bevande alcoliche, ad eccezione di quelli pertinenti al campo della medicina ossia delle malattie era assai limitata.

Tutto era più semplice per coloro che lavoravano nel reparto di Neuropsichiatria e che avevano già una qualche esperienza in questo campo. Nondimeno si ripropose ciò che quel reparto aveva sperimentato nel 1953, quando mio marito vi aveva introdotto il principio delle "porte aperte": alcuni membri del personale (medici, infermiere ecc.) abbandonarono i loro posti e gli altri reparti della struttura ospedaliera, si opposero all'iniziativa del "reparto per ubriacconi" - come a quel tempo veniva definito -, così come si opposero alla nascita del day-hospital, del CAT sperimentale e soprattutto a quella disponibilità che consentiva a quanti non erano in terapia ma nondimeno volevano partecipare alle varie attività del reparto, di usufruire della struttura ospedaliera a qualsiasi ora del giorno. Queste e molte altre difficoltà di natura concreta resero la fase iniziale di questa attività molto difficile. E non tutti se la sentirono di prendersi carico di queste difficoltà.

Quando l'équipe dei collaboratori di mio marito (Nebojša Lazic', l'operatrice sociale Slavica Jauk ed io) venne a Trieste per istituire il primo CAT con sede nella casa della famiglia Pitacco, e in seguito a Udine per condurre il primo Corso di sensibilizzazione al problema dell'alcolismo, in Croazia e nell'ex Jugoslavia gli operatori di questo settore avevano già consolidato un'esperienza pluriennale: i programmi si evolvevano plasmandosi sulle nuove acquisizioni scientifiche e sulle nuove esperienze maturate sul campo, ma soprattutto tenevano conto delle esperienze dei CAT, che nella sola città di Zagabria erano oltre duecento, in Croazia più di ottocento e nell'ex Jugoslavia ben millecinquecento. Il processo di demedicalizzazione e di depsiatriizzazione era quindi già notevolmente avviato.

Dalla prospettiva odierna, e sulla scorta dell'esperienza iniziale in Croazia, ciò che Buttolo dice dei propri sentimenti e delle proprie riflessioni appare quindi come una realtà effettiva. Speriamo che i futuri servitori-insegnanti dei CAT possano nutrire meno dubbi e meno timori di noi, croati e italiani, agli inizi di questo lavoro.

Il presente volume mette a loro disposizione gli anni della nostra esperienza, dell'esperienza dei CAT che vantano una sistematica attività pluriennale e l'informazione sulle strutture pubbliche e private che hanno collaborato al nostro progetto. Ma accanto a questi elementi di concretezza offre anche ciò che può essere definita la "spiritualità antropologica", in altre parole l'amore per questo tipo di lavoro, il rispetto per l'altro e la convivenza fianco a fianco di quanti collaborano a questi programmi.

Prefazione

Luciano Floramo

Presentare un volume sul pensiero e l'opera dell'amico Vladimir Hudolin, con cui ho condiviso per anni speranze e progetti a servizio delle famiglie nell'impatto con sofferenza e disagio per i problemi alcolcorrelati e complessi, è prima di tutto un omaggio riconoscente al maestro e allo scienziato, ma anche e soprattutto un impegno dell'Associazione Italiana dei Club degli Alcolisti in Trattamento, nella fedeltà al metodo, a vivere concretamente nei Club un patrimonio di scienza e di ricca umanità che non va disperso, ma diffuso in tutta l'Europa ed in altri paesi del mondo.

Nell'insieme della storia, delle analisi e dei contributi, il volume non solo propone ciò che il Club è nella realtà, ma ciò che fa nel suo porsi in relazione al suo interno, nella compresenza del "servitore", dell'alcolista e della famiglia, ma anche al suo esterno, nell'interagire con la comunità locale, in un "sistema aperto al cambiamento".

Si vuole offrire, quindi, un manuale o meglio uno strumento di lavoro di cui servirsi, anche dal punto di vista didattico, in funzione della crescita e diffusione dei Club in Europa e nel mondo, in cui Hudolin ha operato, onorando la sua patria. Ha testimoniato, giorno dopo giorno, nel cercare di dare senso alla vita (cercatore di Infinito) di essere un costruttore di Pace.

Nell'approccio ecologico-sociale, che nel Club coinvolge persone, famiglie e servitori-insegnanti in tutto ciò che è esperienza, sofferenza e speranza in una crescita personale e sociale, la spiritualità antropologica si fonda essenzialmente sulla dignità della persona e sulla famiglia per rispondere alle sfide dell'ambiente e della società ed essere protagonisti del proprio futuro, ma insieme.

Nell'insegnamento di Hudolin, accoglienza, ascolto, amicizia, amore e pace, non sono parole vuote, ma nella vita del Club, che si apre alla vita della comunità locale, la vera risorsa per un dialogo, che sia insieme solidarietà concreta e vissuta, è arricchita convivenza. L'empatia (il calarsi con amore e comprensione nella pelle e nel cuore dell'altro) si trasforma in solidarietà sociale.

Un riscontro oggettivo è dato dai contributi che si presentano.

Il metodo ha la sua garanzia in un linguaggio semplice, chiaro e significativo che induce al cambiamento in un ritrovato e nuovo stile di vita, dando tempo al tempo per crescere insieme e ritrovare se stessi negli altri in nome di un Amore più grande.

Nella vita del Club nulla è scontato per una sua realtà che ad un tempo è dinamica, problematica e dialettica nel rapporto con le istituzioni, nella logica di un volontariato adulto in una società che cambia: sono i rischi dell'emarginazione e dell'esclusione di chi non ha voce, ma ai quali Hudolin ha dato voce di Speranza attraverso l'esperienza della multidimensionalità della sofferenza per riconoscersi nella gioia di vivere.

Il suo metodo ed il suo messaggio trovano ragioni e impegni nel dare senso concreto e coerenza al suo salutarci a Grado nel Settembre del 1996, in cui non si stancava di ripetere: "Continuate a lavorare" a servizio delle famiglie e con le famiglie. Se noi crediamo che nella morte la vita non ci è tolta, ma è trasformata in una dimensione ultraterrena, Egli vive nella testimonianza della sua opera e del suo pensiero e nel patrimonio di scienza e di affetti nella realtà del Club.

Perché questo libro?

Francesco Piani

Questo manuale nasce dall'esperienza editoriale ormai consolidata di oltre vent'anni, prima in Croazia e poi in Italia, per iniziativa di Vladimir Hudolin, di Višnja Hudolin e dei loro collaboratori. Moltissime sono le pubblicazioni ed i volumi fin qui pubblicati, opere che testimoniano e disegnano il percorso e gli sviluppi dell'approccio ecologico sociale ai problemi dell'alcolismo e della salute in generale, dal 1964 ad oggi. La Scuola Europea di Ecologia e Psichiatria Ecologica, fondata da Vladimir Hudolin, ha inteso promuovere questa importante iniziativa editoriale, seguendo le proprie finalità di promozione della formazione e dell'aggiornamento dei servitori-insegnanti e della diffusione a livello internazionale dei Club degli alcolisti in trattamento.

Il presente volume nasce dell'esigenza, sentita a livello italiano, croato ed internazionale, di avere un testo semplice nell'esposizione e nella consultazione, e che nello stesso tempo abbia la caratteristica di essere aggiornato sui concetti ultimi del sistema ecologico sociale. Per questo il libro comprende, accanto a parti già pubblicate in altra forma, gli ultimi scritti di Hudolin, ed ha visto la partecipazione più ampia possibile di servitori-insegnanti di Club, volontari, professionisti e persone con esperienza specifica nel campo, che hanno collaborato allo sviluppo ed alla crescita dei Club.

La pubblicazione di questo volume trova un'importantissima ragion d'essere in relazione allo sviluppo che i Club stanno conoscendo a livello internazionale. Per questo, accanto ad una edizione italiana e croata, vi è un'edizione inglese, in grado di essere di supporto e di conoscenza ad un vasto pubblico internazionale.

A questo proposito bisogna ricordare che questa iniziativa è nata di concerto con alcuni amici stranieri che hanno partecipato ai corsi internazionali a Lignano Sabbiadoro negli ultimi anni, e che sono diventati servitori di Club nei loro paesi di provenienza. In particolare mi sento di ringraziare Helge Kolstad, past-president dello I.O.G.T. (International Organisation of Good Templars), che da alcuni anni, assieme e per conto della propria organizzazione, segue ed ha fatto propri i principi ed i metodi del sistema ecologico sociale iniziando i programmi in Norvegia, ed assieme a lui Nils Kohl che ha fatto lo stesso per la propria organizzazione in Danimarca e sta attivamente sviluppando i Club in quel paese.

Per questi motivi il manuale trova un'importante collocazione all'interno di un movimento che si è affacciato sulla scena internazionale e che deve dotarsi di strumenti al passo con questa nuova sfida. L'augurio è che questo volume possa essere a sua volta tradotto in tutte le lingue che i Club parlano oggi nel mondo.

A chi si rivolge questo libro?

Michele Sforzina

Questo è un manuale. Ciò significa che si tratta di un libro che serve a capire che cos'è il Club degli alcolisti in trattamento e che cosa deve fare il servitore-insegnante nel Club.

Questo manuale non può sostituire il Corso di sensibilizzazione, che offre ai partecipanti un'informazione sulle basi del lavoro nel Club, ma anche un'esperienza di crescita e maturazione, attraverso la messa in discussione degli atteggiamenti verso l'alcol, in un clima emozionale indispensabile per avviare un processo di cambiamento personale.

Questo quindi è un libro che si rivolge in primo luogo a tutti coloro che, dopo il Corso di sensibilizzazione, iniziano a lavorare in un Club degli alcolisti in trattamento come servitori-insegnanti, perché in esso potranno trovare un approfondimento dei temi trattati nel Corso. Tuttavia è uno strumento utilissimo anche per l'aggiornamento dei servitori-insegnanti e per i membri dei Club stessi: questo vale in particolare per le edizioni in lingua croata e italiana. La Croazia e l'Italia infatti sono i paesi dove il sistema dei Club è diffuso ed è cresciuto da più tempo.

L'edizione in lingua inglese è dedicata a tutti quegli operatori che hanno già iniziato la loro esperienza o stanno organizzando nuovi Club in vari paesi europei o in altri continenti. Per loro, il manuale riveste un'importanza particolare sia per la formazione, sia per la promozione dei programmi territoriali per i problemi alcolcorrelati e complessi, secondo l'approccio ecologico sociale.

Ringraziamenti

Giovanni Pitacco

Questo libro, nato dalla volontà di Vladimir Hudolin, ha avuto una lunga gestazione. È stato “concepito” in occasione di un incontro con alcuni dei suoi collaboratori a Santa Margherita Ligure, nel 1994, ma solo a partire dal 1998 è stato messo concretamente in cantiere.

Tutto ciò grazie a sua moglie Višnja Hudolin che ha coordinato con sapienza e passione questo lavoro e agli altri componenti della redazione che hanno raccolto, riordinato, trascritto tutto il materiale che proveniva dal gran numero di collaboratori.

Un ringraziamento va a tutti loro, che hanno accettato questa fatica con pazienza e impegno. Non posso nominarli tutti, perché sono tantissimi. Basti ricordare che in questo manuale troviamo contributi provenienti dai paesi della ex Jugoslavia, dall'Italia e altri paesi europei, dall'America Latina, dalla Nuova Zelanda.

Senza la cooperazione dello IOGT (Organizzazione Internazionale dei Buoni Templari) sarebbe stata molto difficile la pubblicazione di quest'opera.

La nostra riconoscenza va infine a tutte le famiglie dei Club degli alcolisti in trattamento, che, attraverso le loro esperienze di sofferenza e i loro percorsi di crescita e maturazione e la loro partecipazione attiva ai programmi, hanno creato un immenso patrimonio di conoscenze che oggi possono essere diffuse nelle diverse parti del mondo.

Ai collaboratori del Manuale

Cari amici,

nel ringraziarvi per i numerosi contributi inviati alla redazione, colgo l'occasione per segnalarvi che il formato necessariamente ristretto del Manuale, che vuol essere principalmente indirizzato ai servitori-insegnati dei CAT e non un manuale generale di alcologia, ha imposto alcuni interventi di revisione e di riduzione dei vostri contributi. Abbiamo cercato di operare questi interventi senza ledere la chiarezza delle vostre esposizioni, allo scopo di ottenere la loro integrazione ottimale nel contesto del libro.

Tutti i vostri contributi in extenso sono in ogni caso reperibili presso la nostra redazione ed esiste la possibilità, se sarete d'accordo, di pubblicare alcuni di essi in diversi periodici di alcologia o in "Camminando insieme".

Facciamo presente che esiste una certa differenza fra i contributi che riflettono l'approccio, le concezioni e i punti di vista dei singoli autori. Tali differenze da un canto arricchiscono la nostra riflessione, ma dall'altro possono rendere difficile il mantenimento della coerenza del sistema.

La descrizione del lavoro dei CAT esprime anche certe differenze, che dipendono dai singoli autori, nonché dalla situazione attuale. Queste differenze rivelano al contempo la ricchezza di un sistema capace di accoglierle, a condizione che non minaccino l'omogeneità della metodologia.

I singoli contributi sono giunti alla nostra redazione in un arco di tempo relativamente ampio (fra il 1998 e il 2000), ragion per cui è possibile che in alcuni Club la situazione sia mutata, visto che l'attività dei CAT è in continuo sviluppo, ed è estremamente dinamica e in continua evoluzione. In questo manuale sono illustrati i programmi dei Club degli alcolisti in trattamento, e non già altri programmi o approcci, delineati nei singoli contributi. Sottolineiamo ancora una volta che questo libro, come evidenzia il titolo, vuol essere essenzialmente un manuale per i servitori-insegnanti dei Club, e non un manuale di alcologia.

Purtroppo alcuni collaboratori non ci hanno inviato i loro contributi, che ci auguriamo di poter pubblicare nella prossima edizione del Manuale.

Un sentito grazie.

la Redazione

I programmi per i problemi alcolcorrelati prima della nascita dei Club degli alcolisti in trattamento in Croazia e in Italia

Esperienze di Hudolin nel lavoro con i problemi alcolcorrelati prima della nascita dei Club degli alcolisti in trattamento in Croazia

Vladimir Hudolin

I metodi per la lotta contro i problemi alcolcorrelati hanno accompagnato il progresso tecnologico e sociale (e ad esso si sono dovuti adattare). Le abitudini e i riti a cui è legato il bere rendono questo problema parte integrante della nostra cultura. Nonostante i numerosi cambiamenti tecnologici a cui è soggetta la nostra vita, e di conseguenza il nuovo modo di considerare i problemi alcolcorrelati, l'abitudine di bere, in stretta relazione con la vita sociale, viene difficilmente abbandonata. Un tempo, quando il progresso tecnologico era ancora relativamente lento, l'uomo aveva il tempo necessario per adattarsi. Oggi, invece, diventa quasi impossibile adattarsi ai rapidi e profondi cambiamenti che lo sviluppo, sia tecnologico sia sociale, comporta nell'ambito di una sola generazione, senza particolari interventi e supporti.

La lotta contro i problemi alcolcorrelati prima e durante la Prima Guerra Mondiale

La lotta all'alcolismo in Croazia, cioè come si diceva un tempo la lotta contro l'ubriachezza e l'alcolismo, ispirata all'ideale dell'astinenza, nasce abbastanza presto, parallelamente ad analoghi movimenti già attivi nel resto del mondo. Vengono fondate organizzazioni di astinenti, come ad esempio l'Organizzazione Internazionale dei Buoni Templari (IOGT), e inoltre diversi gruppi di astemi, per adulti, giovani, o divisi in base alle singole professioni. Al progetto collaborano anche alcuni medici. Particolarmente sensibile a tale problema è Andrija Štampar, in seguito presidente della prima Assemblea dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, fondata subito dopo la Seconda Guerra Mondiale. Dopo la fine della Prima Guerra Mondiale aveva pubblicato le Letture popolari sull'alcol (Narodna citanka o alkoholu), che per un lungo periodo sono state usate per i programmi di prevenzione primaria. La maggior parte degli articoli fu pubblicata su riviste di carattere sociale, culturale e popolare. E solo una parte relativamente esigua di questi si poteva leggere su riviste di medicina.

La prevenzione dei problemi alcolcorrelati nel periodo tra le due Guerre Mondiali

Nel periodo immediatamente precedente la Prima Guerra Mondiale, come anche quello compreso tra le due Guerre, erano stati pubblicati molti articoli sul problema: se si debba o meno lottare in favore dell'astinenza o del bere moderato. Temi ricorrenti erano pure la legislazione e la prescrizione, il ruolo dei medici, degli insegnanti e della polizia. Si organizzavano, inoltre, mostre dedicate all'astinenza. Il problema compariva anche nelle pagine di letteratura medica, anche se i temi trattati erano principalmente i quadri clinici, i casi di medicina giudiziaria, nonché l'influenza dell'alcol sul lavoro e sulle capacità lavorative.

Nel periodo tra le due Guerre appare anche il primo tentativo di curare l'alcolismo. Così a Zagabria si creano il Consultorio per l'alcolismo e il Dispensario. I pazienti vengono curati negli ospedali psichiatrici e nei reparti di psichiatria, nonché nei reparti per la cura dei disturbi organici, dove essi comunque sarebbero stati curati anche se non si fosse trattato di alcolismo. Il trattamento dei problemi alcolcorrelati era strettamente legato all'approccio moralistico che predominava in quell'epoca. Non esistevano, infatti, particolari programmi per la prevenzione e la cura dell'alcolismo o per altri problemi alcolcorrelati. Nel 1935 appaiono i primi Alcolisti Anonimi, che in Croazia però non hanno considerevole influenza sul lavoro con gli alcolisti.

I problemi alcolcorrelati in Croazia durante la Seconda Guerra Mondiale

Durante la Seconda Guerra Mondiale si riduce notevolmente il numero delle pubblicazioni sul problema dell'alcolismo, come si evince dalla bibliografia jugoslava sull'alcolismo, pubblicata in quattro volumi, che raccoglie i testi editi sull'alcolismo e sul tema dell'alcol dal 1875 al 1976. L'esempio della Seconda Guerra Mondiale mostra quanto sia difficile la tutela e lo sviluppo della salute pubblica, e soprattutto della salute mentale, in circostanze particolarmente gravi come quelle. La guerra porta a un peggioramento della situazione nel campo dei problemi alcolcorrelati. Dove non c'è pace, non è possibile neppure una maggiore qualità di vita, ossia manca il benessere psico-fisico-sociale (secondo la definizione della salute data dall'Organizzazione Mondiale della Sanità). La dottrina della pace e la lotta contro la guerra dovrebbero far parte di tutti i programmi di tutela e di sviluppo della salute.

I problemi alcolcorrelati in Croazia dopo la Seconda Guerra Mondiale

Visnja Hudolin, Nebojša Lazić, Ljuba Ulemek

Dopo la Seconda Guerra Mondiale si cerca di ripristinare, in primo luogo, l'attività nel campo della lotta contro i problemi alcolcorrelati. Tuttavia ciò comporta delle difficoltà dal momento che, da una parte si cerca di prevenire i problemi alcolcorrelati, e dall'altra il comportamento del bere viene tutelato in quanto componente della cultura sanitaria e del costume generale.

Si continuano a curare gli alcolisti negli ospedali psichiatrici (nei reparti di medicina interna), però, nonostante ciò, manca ancora una terapia vera e propria per la cura dell'alcolismo, ossia il rapporto individuo-famiglia-alcol. Contemporaneamente cresce la mole di testi di medicina specializzata che illustrano sempre di più i metodi di cura e di lotta ai problemi alcolcorrelati.

Dal 1954, l'organizzazione della Croce Rossa cerca di riempire il vuoto che si è formato nel campo della lotta ai problemi alcolcorrelati. Viene fondata, infatti, la Commissione per la lotta contro l'alcolismo, il cui presidente per diversi anni sarà Hudolin.

La Croce Rossa istituisce presso i consigli comunali diverse Commissioni per la lotta contro l'alcolismo il cui lavoro sarà orientato alla prevenzione. Nell'ambito di alcune commissioni si creano anche dispensari per l'alcolismo, basati sul volontariato.

I medici generici svolgono un ruolo importante in questo campo. In Croazia, infatti, si introduce l'indirizzo di medicina generica, nel cui ambito Hudolin tiene il Corso di specializzazione in psichiatria sociale, sull'alcolismo e sulle altre dipendenze. Un gran numero di medici generici segue il Corso intensivo di specializzazione sull'alcolismo, ed in un secondo tempo partecipa al lavoro dei consigli comunali della Croce Rossa e delle Commissioni per la lotta contro l'alcolismo, come pure alle attività dei Club degli alcolisti in trattamento.

In questo periodo si presenta la necessità di conferire all'alcolismo lo status di malattia. In Croazia contribuisce a tale progetto non solo l'attività della Croce Rossa ma anche lo sviluppo della psichiatria sociale. Hudolin, oltre a partecipare alla fondazione dell'Organizzazione Mondiale di Psichiatria Sociale, di cui in seguito sarà presidente per diversi anni, a Dubrovnik fonda l'Organizzazione Mediterranea di Psichiatria Sociale. Entrambe le organizzazioni sono attive ancora oggi, e attribuiscono grande importanza ai problemi alcolcorrelati.

Dal 1963, nel Reparto di neurologia, psichiatria e alcologia dell'ospedale "Dr. Mladen Stojanović", in quella che è l'odierna Clinica delle "Sorelle della Carità"), Hudolin e i suoi collaboratori organizzano annualmente seminari internazionali, ai quali partecipa un gran numero di esperti provenienti da tutto il mondo. Tali conferenze, come pure l'apertura del Centro per lo studio e la lotta all'alcolismo (1964) e l'istituzione della Scuola alcologica di Zagabria, hanno contribuito in maniera decisiva per far sì che l'alcolismo sia riconosciuto come malattia, cosa di fondamentale importanza per la terapia degli alcolisti. Accettare l'alcolismo quale malattia rappresentava a quel tempo un grande passo in avanti, perché permetteva all'alcolista di presentarsi ufficialmente in pubblico e godere di tutti i vantaggi di cui godevano gli altri pazienti. Oggi gli alcolisti godono dell'assicurazione medica e di quella sociale, hanno diritto alle cure ospedaliere e all'invalidità. Tuttavia tale approccio, così importante a quell'epoca, nello sviluppo successivo dell'alcologia fu causa, e lo è ancor oggi, di serie difficoltà, perché caratterizzato da un'eccessiva medicalizzazione e psichiatrizzazione del trattamento dei problemi alcolcorrelati.

Negli anni Sessanta, ovvero prima dell'istituzione dei CAT, era attiva l'organizzazione

Programmi per i problemi alcolcorrelati prima della nascita dei CAT in Croazia ed in Italia

Preporod (Rinascita), destinata esclusivamente agli alcolisti in cura presso diverse istituzioni psichiatriche, ma che di fatto si occupava essenzialmente della prevenzione dell'alcolismo, un'attività a cui tuttavia non prendevano parte i famigliari del paziente. In quel periodo la cura degli alcolisti era demandata alle istituzioni psichiatriche, per lo più a fronte della gravità dei disturbi psichici dei pazienti, o ai reparti di medicina interna, per via delle loro serie condizioni di salute. Prima di Hudolin la terapia prevedeva di norma l'astinenza temporanea dall'alcol e la cura delle patologie collaterali. In seguito, nel migliore dei casi, all'alcolista veniva raccomandata l'astinenza, che però in genere durava ben poco.

Hudolin riteneva tutto questo insoddisfacente, ed era naturale che cercasse un sistema di trattamento più appropriato.

Il Reparto di Neuropsichiatria del Policlinico "M. Stojanović" (oggi "Sorelle della Carità") di Zagabria ha avuto in cura molte persone afflitte da patologie alcolcorrelate, ma la loro recidività e i loro reiterati ricoveri erano indizio della scarsa efficacia del trattamento praticato.

Quindi, dal Reparto e dall'Ambulatorio alcologico i pazienti venivano spesso indirizzati all'organizzazione Preporod, ma poiché molti di loro si dicevano insoddisfatti di questa esperienza, Hudolin inviò in questa organizzazione due dei suoi collaboratori: Vasko Muacević (psichiatra) e l'assistente sociale Ljuba Ulemek, che organizzarono incontri settimanali con i pazienti, trasformandoli in soggetti attivi e partecipi del processo terapeutico. Incontrarono forti resistenze, ma la continuità del lavoro condotto in questa organizzazione portò infine al suo inserimento nella rete dei CAT (1965).

Esperienze in Italia

Vanna Cerrato

Il problema dell'alcolismo diventa epidemiologicamente rilevante a cavallo tra l'800 ed il '900 con l'avvento - notevolmente in ritardo rispetto al resto d'Europa - dell'industrializzazione e con il massivo inurbamento che ne conseguì.

In letteratura è ampiamente dimostrato il dilagare del fenomeno come "piaga sociale" a partire dalle zone più industrializzate del Nord Italia, così come era accaduto nel resto del continente nel secolo precedente.

In questo periodo aumentano i consumi pro capite di alcol ed i ricoveri in manicomio per psicosi alcolica. Si tratta di una vera epidemia, tanto che per alcuni anni, all'inizio del secolo, sotto la spinta della psichiatria positivista e di un'idea di Kraepelin, si accende un dibattito sull'opportunità di creare dei luoghi specifici di cura per ricoveri prolungati, i cosiddetti "asili per alcolisti", separati dal neo-istituito sistema manicomiale. Caduta la possibilità di istituire su scala nazionale i cosiddetti asili fino agli anni '60, la cura fu in tutta Europa, e in particolare in Italia, quella manicomiale, di custodia e violenza coercitiva, raggiungendo valori notevoli nella media dei ricoveri (dal 20 al 50% di tutti gli ammessi a seconda degli Ospedali Psichiatrici).

Solo successivamente, con l'estendersi del sistema mutualistico, gli alcolisti, ritenuti progressivamente sempre meno pericolosi, cominciarono a popolare i reparti di medicina e di neuropsichiatria degli ospedali generali.

Al di là della risposta sanitaria, la storia dell'alcolismo in Italia rappresenta un intreccio tra indifferenza e tentativi legislativi per limitare i danni prodotti con una sostanziale matrice culturale orientata a considerare la bevanda alcolica non solo un bene di consumo, ma un elemento di caratterizzazione della cultura e un fattore di facilitazione dei processi di socializzazione: in particolare la bevanda più caratterizzante è il vino, tanto che addirittura alcune strade sono conosciute e caratterizzate per la produzione vitivinicola.

Come in altre culture occidentali, anche in Italia si è assistito, e bisogna riconoscere che persiste, il tentativo di differenziare e separare il consumo di bevande alcoliche, che viene valorizzato e promosso, e l'alcolismo che trova una giustificazione in quanto espressione di una patologia del soggetto, sia essa di natura biologica, sia sociale.

Nella cultura contadina si usava pagare il lavoro dei braccianti con una porzione giornaliera di vino. Da questa pratica alcuni sociologi hanno tratto il radicamento culturale e popolare del consumo di bevande alcoliche. In realtà questa pratica ha rappresentato una delle forme di sfruttamento del lavoro da parte dei proprietari terrieri.

Il campo legislativo è un importante indicatore delle tendenze culturali come ha dimostrato la recente polemica relativa all'introduzione di etichette informative sui rischi del consumo di bevande alcoliche da applicare sulle bottiglie.

L'uso di bevande alcoliche ed i relativi problemi alcolcorrelati in Italia hanno avuto una loro attenzione sia culturale sia scientifica fin dal 1500. Nello specifico, il primo movimento contro l'alcolismo, fu promosso nel 1864, a Torino, che nella sua seppur breve vita ottenne l'introduzione del nuovo codice penale sull'ubriachezza. Il 1892 vede la costituzione della prima Lega di Temperanza a Lucca, fondata dal padre evangelico valdese Giovanni Rochat, che nello stesso anno promuoverà a Firenze la Lega Italiana Anti-Alcolica.

Giuseppe Corlito

Nel 1979 Vladimir Hudolin fonda il primo Club degli Alcolisti in Trattamento in Italia nella casa della famiglia Pitacco, a Trieste.

Successivamente il panorama dei programmi alcolologici italiani si modifica radicalmente, non solo per l'attenzione maggiore al problema delle istituzioni, ma anche per il ruolo di stimolo dovuto all'attivazione delle sempre più numerose famiglie dei Club, collegata allo sviluppo esponenziale del sistema ecologico-sociale.

Fino ad allora siamo di fronte ad esperienze sporadiche, tanto che nel 1979 Vittorino Andreoli, primario degli ospedali neuropsichiatrici di Verona, afferma testualmente: «*Recentemente, nel confronto del trattamento della dipendenza alcolica si è fatto poco o si sono dovuti per lo più registrare solo insuccessi*».

Sicuramente in questo processo oltre ai cambiamenti in corso nei sistemi sanitari hanno influito in Italia il dibattito sul superamento dei manicomi e l'influenza degli Alcolisti Anonimi.

Le prime esperienze di superamento dei manicomi tenteranno di introdurre lo strumento della comunità terapeutica e della cosiddetta "psicoterapia istituzionale", per il recupero degli alcolisti segregati in manicomio^(1, 2). Si trattò di tentativi molto sporadici, ma l'influenza culturale fu rilevante e sbloccò proprio in quegli anni nella legge 180 del 1978, che diede la possibilità non solo dell'apertura dei manicomi, ma soprattutto della territorializzazione dei servizi psichiatrici, alcuni dei quali avvieranno le prime esperienze alcolologiche formalizzate.

Gli alcolisti anonimi si diffonderanno in Italia a partire da gruppi di lingua inglese, ancora presenti a Roma, soprattutto nella prima metà degli anni '70⁽³⁾, raggiungendo i 150 gruppi attivi nei primi anni '80⁽⁴⁾. È sulla base della loro esperienza che si diffonderà il concetto dell'alcolismo come malattia, introdotto in campo medico da Jellinek⁽⁵⁾ nel 1960, proprio sulla scorta di un'indagine condotta sui gruppi di AA, che emanciperà almeno in teoria il concetto della cura degli alcolisti dal campo psichiatrico-manicomiale.

Secondo Allamani «*è sul finire degli anni '70 che più o meno allo stesso tempo ed indipendentemente, seppur con diversità nel modo di lavoro e nel livello organizzativo, quattro istituzioni sanitarie hanno dato inizio in Italia a un programma di trattamento degli alcolisti*». Egli cita la Divisione Lungodegenti dell'Ospedale di Udine, diretta da R. Buttolo, il Servizio Sperimentale di Alcologia e Farmacodipendenza di Dolo (Venezia), diretto da L. Gallimberti e le Gastroenterologie, di Arezzo (diretta da D. Angioli) e di Firenze (diretta da A. Morettini).

È un elenco, per la verità, impreciso ed incompleto: impreciso perché non rende ragione dell'esperienza di Arezzo, che nasce e si teorizza fin dall'inizio come "interdisciplinare", cioè nata da una collaborazione fra internisti, psichiatri e assistenti sociali, con una metodologia "bio-psico-sociale"; incompleto perché tiene fuori un'altra esperienza nata in ambito psichiatrico e psicoterapeutico, quella dell'Istituto di Discipline Psichiatriche e Socio-mediche dell'Università di Ancona, diretta da V. Volterra, in collaborazione con i servizi psichiatrici provinciali e della Divisione di Gastroenterologia della stessa città. Tale esperienza, nata da una cultura psicoanalitica, finì per escludere la possibilità di un trattamento analitico individuale e per proporre approcci "multidimensionali", centrati sul trattamento di gruppo, familiare e di network, comprensivo della manipolazione psicodinamica degli

⁽¹⁾ D. Casagrande. "Una contraddizione istituzionale: il reparto alcolisti" in F. Basaglia (a cura di). L'istituzione negata, Feltrinelli, Milano 1968, pp. 275-291.

⁽²⁾ F. Basaglia, A. Pirella, D. Casagrande. "La scelta comunitaria come alternativa alla dipendenza alcolica. Problemi metodologici in tema di psicoterapia istituzionale dell'alcolismo", Rivista di Psichiatria, n. 2 (1976), p. 173.

⁽³⁾ A. Allamani. "Aspetti generali", in A. Allamani, F. Cipriani, D. Orlandini. Alcologia in Italia. Una prospettiva epidemiologica. Supplemento alla Rivista Alcologia Vol. V, n. 2 (1993), pp. 85-93.

⁽⁴⁾ Servizi Generali Italiani Alcolisti Anonimi, Comitato per la letteratura, "Elenco Gruppi Italiani", in "Appendice Integrativa" di R. Malca, P. Fouquet, G. Vanchonfrance, Alcologia, Masson, Milano 1986 (trad. it.) p. 221-238.

⁽⁵⁾ E. Jellinek, *The disease concept of alcoholism*, Hillhouse Press, New York, 1960.

interventi farmacologici avversativi.

Delle quattro citate esperienze, quella di Udine nasce esplicitamente al “Metodo medico-psico-sociale”, così come allora si definiva la metodologia di Hudolin (successivamente definita “approccio ecologico sociale”), con la formazione – attraverso il primo Corso di sensibilizzazione tenuto da Hudolin a Udine – di un primo gruppo di operatori, intorno ai quali ruoterà la prima fase dello sviluppo dei Club in Italia. L’esperienza di Arezzo entra in contatto con Hudolin nel 1984, e dopo un anno di sperimentazione scientifica del metodo aderisce completamente al movimento dei Club degli alcolisti in trattamento. Il servizio di Dolo svilupperà il cosiddetto “trattamento multimodale”, cioè una metodologia che integra diversi sistemi di cura all’interno dell’approccio clinico e medico tradizionale e facendo riferimento essenzialmente ai gruppi A.A.

L’esperienza gastroenterologica di Firenze muoverà dalla distinzione tra l’alcolismo “minore” e “maggiore”⁽⁶⁾ per salvaguardare un approccio di tipo medico connesso alla difesa del bere moderato: vi sarebbero cioè persone che diventano “bevitori a rischio”, ma non “alcoldipendenti” per i quali basterebbe un semplice intervento sanitario di tipo informativo per mutare le loro abitudini connesse al bere⁽⁷⁾.

Tutte queste esperienze confluiranno nella fondazione della Società Italiana di Alcolologia, avvenuta nel 1980, anche se al suo interno le esperienze orientate in senso clinico tradizionale rimarranno egemoniche, e quelle legate ai Club più orientate in senso critico e minoritarie, anche se apertamente riconosciute come prevalenti⁽⁸⁾.

⁽⁶⁾ Morettini A., Allamani A. “*Il problema dell’alcolismo in Italia e in Toscana*”, Città e Regione, n. 5 (1979), pagg. 70-85.

⁽⁷⁾ Allamani A. op. cit., 1993, pagg. 86-87.

⁽⁸⁾ Dice testualmente A. Allamani (quindi una fonte non sospetta) nel lavoro già citato del 1993: «*È il metodo Hudolin che appare avere più presa tra gli operatori: semplice, chiaro, facilmente riproducibile, coinvolgente un numero ampio di utenti*» (pag. 88). Sembra un indiretto riconoscimento della diffusione e della scientificità del metodo centrato sui Club.

Lo sviluppo del sistema dei Club degli alcolisti in trattamento dal 1964

I primi Club e la loro diffusione in Croazia e nella ex Jugoslavia

Višnja Hudolin, Nebojša Lazić, Zeljko Marinić, Ljuba Ulemek

La costituzione e l'attività dei CAT inizialmente erano legati al movimento rivoluzionario nella psichiatria degli anni cinquanta. A quell'epoca, in alcuni paesi progrediti iniziò ad affermarsi un nuovo metodo, la cosiddetta open door policy in psychiatry (politica delle porte aperte in psichiatria). Ciò significava il dischiudersi delle porte delle istituzioni psichiatriche, la liberazione dei pazienti psichiatrici da varie misure coercitive, l'introduzione della comunità terapeutica, del lavoro di gruppo, l'adozione di farmaci nuovi nel trattamento psichiatrico.

Nel 1952 e '53 Vladimir Hudolin soggiornò in Gran Bretagna e in Svezia in qualità di borsista dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, e così ebbe occasione di partecipare direttamente al nuovo approccio terapeutico. Lavorava nella comunità terapeutica diretta da Maxwell Jones nel Belmont Hospital e nei piccoli gruppi psicoterapici di Joshua Bierer, nonché in grandi ospedali psichiatrici (a Londra, Leeds, Inverness, Edimburgo, Aberdeen ecc.).

Tornato a Zagabria, in seguito alla malattia del direttore, a Hudolin venne dato l'incarico di vice direttore del Reparto neuropsichiatrico dell'Ospedale "Dr. M. Stojanović", oggi Ospedale universitario delle "Suore della Carità". Vi introdusse il sistema open door policy in psychiatry, ossia la comunità terapeutica, il lavoro in piccoli gruppi, l'approccio familiare e la terapia. Molte istituzioni psichiatriche in Croazia e nel resto del mondo adottarono questo sistema molto più tardi, mentre altre fino ad oggi non l'hanno ancora fatto.

Un'alta percentuale di ricoveri, soprattutto urgenti, era rappresentata da casi di alcolismo. In molte istituzioni psichiatriche ancor oggi si riscontra la medesima situazione. Gli alcolisti venivano accolti, avveniva il recupero, sospendevano il loro bere, venivano dimessi e, dopo un breve periodo tornavano in cura. Nella lettera di dimissioni c'era sempre scritto: "Migliorato", perché come spesso succede in psichiatria, in occasione di ogni dimissione le condizioni erano considerate migliorate, mentre, in senso longitudinale, erano in realtà peggiorate. Ciò avveniva anche nel caso degli alcolisti.

In seguito alle esperienze negative nel lavoro con gli alcolisti, a un'esperienza pluriennale di lavoro con la comunità terapeutica in psichiatria, a numerose letture, visite ad altre

istituzioni di questo tipo, riflessioni, studi e ricerche proprie, Hudolin finalmente fece sua l'idea di staccare gli alcolisti dal reparto psichiatrico, di curarli (ossia di lavorare con loro in una comunità terapeutica) e di organizzare, al di fuori delle strutture ospedaliere, in alcuni quartieri di Zagabria, il lavoro in gruppi più piccoli, con la presenza delle loro famiglie e di un terapeuta, come veniva allora chiamato. Ed è così che in Croazia è nata l'alcologia e sono nati i primi Club degli alcolisti in trattamento.

Nell'ambito del Reparto di neurologia e psichiatria dell'ospedale, il primo Aprile del 1964 fu ufficialmente inaugurato il Reparto di alcologia per il ricovero degli alcolisti, il Day-Hospital per gli alcolisti, il Dispensario per gli alcolisti, il servizio di disintossicazione, l'Ambulatorio alcolologico e il Centro per lo studio e la lotta contro l'alcolismo e le altre dipendenze, con finalità scientifiche. Più tardi furono aperti l'Ospedale del fine settimana e fu costituita un'équipe per gli interventi urgenti nel territorio. Fu anche istituito il Registro nazionale degli alcolisti ospedalizzati in Croazia (del quale si parla nel capitolo sulla ricerca). Il Reparto per le altre sostanze psicoattive (altre droghe) fu inaugurato nel 1971. L'ospedale si trova in Vinogradska cesta che, in italiano, significa Strada della vigna...

I primi CAT furono istituiti contemporaneamente in diversi quartieri di Zagabria. Ben presto si diffusero in altre zone della città; in tutta la Croazia e in altre repubbliche della Jugoslavia. Prima dell'inizio della guerra, nel 1991, a Zagabria erano attivi trecento Club, in Croazia circa mille e in Jugoslavia circa duemila.

Dall'inizio della loro attività, fino ad oggi, i CAT hanno attraversato diverse tappe evolutive, seguendo quanto avveniva in campo scientifico, nella realtà contemporanea, e facendo tesoro delle proprie esperienze. Ma la concezione fondamentale dei Club è rimasta immutata: la soluzione dei problemi delle famiglie in difficoltà, l'approccio familiare sistemico, la comunità multifamigliare di 2-12 famiglie, l'astinenza (oggi preferiamo il termine "sobrietà"), il cambiamento del comportamento e dello stile di vita.

Nelle fasi iniziali dell'attività dei CAT si riteneva come soluzione ottimale l'astinenza per una durata di un anno. Le esperienze successive dimostrarono che l'astinenza (sobrietà) poteva essere molto più lunga, e durare per tutta la vita. Oggi, poiché i Club sono inseriti nella comunità locale e fanno parte delle reti territoriali che si occupano dei problemi alcol-correlati, si ritiene che l'appartenenza al Club possa essere duratura, o come diceva lo stesso Hudolin, durare "fino ai fiori".

Nella comunità locale dove il Club è attivo, i membri possono ricevere e dare di più in termini di prevenzione primaria, econdaria e terziaria dei problemi alcol-correlati. Le ricerche svolte negli ultimi sei anni dimostrano che laddove più dell'1% degli abitanti è in qualche modo coinvolto nei programmi dei Club si avvia un graduale cambiamento del comportamento e dello stile di vita dell'intera comunità.

Il Club degli alcolisti in trattamento è una comunità multifamigliare inserita nella comunità locale; è autogestito e autonomo, indipendente nei confronti di qualsiasi organizzazione pubblica o privata. In Croazia i CAT sono registrati come "gruppi di cittadini". L'attività dei Club ha come scopo il cambiamento del comportamento e dello stile di vita delle famiglie con problemi alcol-correlati e complessi, ma pure di un cambiamento della cultura sanitaria e generale delle comunità locali.

In seno al reparto di Neuropsichiatria, che ospitava in origine il Reparto di Alcologia, esistevano forti resistenze rispetto a quelle strutture di recente istituzione, resistenze presenti a tutti i livelli. I medici non intendevano occuparsi dei problemi dell'alcolismo e non vedevano di buon occhio l'organizzazione e la metodologia di quelle strutture. Non accettavano di lavorare in abito civile, senza il camice bianco, né accettavano di discutere paritariamente con i pazienti, con le infermiere, con le inservienti. Alcuni di loro lasciarono il reparto e si ripropose ciò che era avvenuto dieci anni prima, con il progetto "porte aperte" nel reparto di psichiatria. Le norme ospedaliere prevedevano infatti giornate e orari precisi

in cui era concessa la visita ai pazienti. Ora, invece, il reparto in questione era aperto e le famiglie potevano venirci a qualsiasi ora di qualsiasi giorno.

I problemi si accrebbero notevolmente con l'apertura del Servizio di Alcologia che giornalmente accoglieva nel day hospital più di cinquanta utenti, nei dispensari, circa sessanta, e negli ambulatori circa cento. Ma l'accordo, infine, fu raggiunto. L'ospedale lamentava difficoltà nel mantenere l'ordine entro il proprio circuito perché i visitatori dicevano di essere diretti 'da Hudolin' o 'dai suoi collaboratori'. Accadde così che il Policlinico "Mladen Stojanović" già in questo tempo aprì le porte ai cittadini, che vi giungevano quando avevano bisogno e non già quando veniva loro prescritto.

Un significativo aiuto all'operato del Servizio di Alcologia venne dall'allora direttore del policlinico, il compianto Bogdan Srdar. Accadde quel che spesso aveva detto Hudolin: «*Incontreremo le persone giuste, nel posto giusto, al momento giusto*».

Nel 1964, in seno al Reparto, fu istituito un CAT sperimentale il cui obiettivo era fornire strumenti agli utenti del reparto stesso e del day hospital per aprire analoghi Club al di fuori della struttura ospedaliera. E di nuovo, "al momento giusto e nel posto giusto" incontrammo "la persona giusta": la direttrice del Centro per il Lavoro Sociale, Boša Trobojević, che con il suo tenace lavoro rese possibile l'apertura del primo CAT extra-ospedaliero nel distretto zagabrese di Maksimir. Il CAT iniziò la propria attività nell'autunno del 1964. Il suo primo presidente fu Zdenko Bakale.

Il primo terapeuta - come allora si usava definire i servitori-insegnanti dei CAT - fu un'operatrice sociale di quel comune, Štefica Matic. Zdenko Bakale purtroppo non è più tra noi, ma Štefica Matic lavora ancora oggi nei Club. Nel 1965, quando ormai a Zagabria erano attivi tre CAT, nacque l'Associazione dei CAT della Croazia.

Nel corso del 1965 dal Reparto e dal day hospital furono dimessi molti alcolisti, che insieme alle loro famiglie diedero inizio all'attività di un sempre maggior numero di CAT a Zagabria e in altre località della Croazia. Quello stesso anno fu istituito il primo CAT in una struttura carceraria (il penitenziario di Lepoglava), grazie all'aiuto dello psicologo Mišo Budjanovac, che più tardi divenne direttore dell'Istituto penale. Di nuovo "nel posto giusto e al momento giusto" avevamo incontrato "la persona giusta". In seguito, nuovi CAT furono istituiti in altre carceri della Croazia e della ex Jugoslavia.

Nel corso dei suoi primi due anni di attività, il Reparto di Alcologia era meta sempre più frequente di gente che proveniva dalle altre repubbliche jugoslave, e in particolar modo dalla Bosnia e Erzegovina.

Sorse pertanto la necessità di istituire dei CAT anche in questa repubblica, nel giro di tre anni ne furono fondati tre. In Bosnia e Erzegovina fu istituita un'Associazione dei CAT e, nel 1970, l'Associazione dei CAT della Croazia e della Bosnia e Erzegovina.

Nel Reparto cominciò ad affluire sempre più gente anche dalla regione della Vojvodina (Repubblica di Serbia), e così si chiese al Dispensario di Novi Sad per la cura e la prevenzione dell'alcolismo di informarsi circa l'attività dei CAT e di farsi carico dell'assistenza di queste persone e delle loro famiglie. Si giunse così all'istituzione dei CAT in Serbia (Vojvodina) e dell'Associazione dei CAT della Repubblica di Serbia.

Poiché ormai esistevano Associazioni dei CAT in tre repubbliche, nel 1972 venne istituita l'Associazione dei CAT della Jugoslavia. In seguito, nuovi CAT furono organizzati in Slovenia con il nome di "Associazione dei terapeuti per la lotta all'alcolismo" e successivamente nella Repubblica del Montenegro e in quella di Macedonia.

Oltre allo svolgimento delle riunioni dei CAT nelle singole repubbliche, fu organizzato il primo congresso delle relative Associazioni della Croazia, della Bosnia e Erzegovina e della regione autonoma della Vojvodina. Il convegno si svolse nella cittadina di Karlovac (nei pressi di Zagabria), con il patrocinio del sindaco Josip Boljkovac. I congressi si tenevano volta per volta in una diversa repubblica. Il secondo di essi si tenne a Sarajevo.

Lo svolgimento mensile delle riunioni plenarie in aree diverse, di riunioni più ampie a intervalli regolari e dei grandi congressi comuni contribuì gradualmente a modificare l'atteggiamento della società rispetto ai problemi relativi all'alcol. Nel corso degli anni le iniziali resistenze nei confronti di questa attività scemarono gradualmente anche nelle strutture pubbliche, tanto che alle più importanti riunioni dei CAT erano ormai presenti anche i responsabili delle istituzioni sociali, economiche ecc. Un identico scenario si ripeté nella fase iniziale dell'attività dei CAT in Italia.

Tra le difficoltà presenti nei primi anni di attività dei CAT vi era quella dell'istituzione di questi Club presso le aziende, le fabbriche e istituzioni analoghe. L'ostacolo, che per altro intralciava anche l'operato dei CAT nelle carceri, era costituito dal loro stesso approccio, che chiamava in causa anche le famiglie dei membri. Uno dei primi CAT di questo tipo fu quello della grande Ferriera di Sišak, vicino Zagabria. Anche stavolta, "nel posto giusto e al momento giusto" incontrammo "la persona giusta": il Reparto di Alcologia accolse in trattamento un ingegnere della Ferriera che era anche professore universitario. Grazie a lui nella Ferriera fu istituito il primo CAT, di cui egli divenne presidente e che, nei primi mesi di attività, ebbe come 'terapeuti' Hudolin e l'assistente sociale Ljuba Ulemek. Il CAT della Ferriera venne fondato nel Luglio del 1968. Qualche mese dopo l'impresa assunse una decisione che confermava la presenza, tra le sue migliaia di lavoratori, di fenomeni connessi al consumo delle bevande alcoliche. Il fenomeno aveva proporzioni tali da rendere indispensabile il trattamento nei CAT, e la Ferriera decise di includere nel proprio piano finanziario anche il trattamento degli alcolisti. Più tardi i CAT vennero istituiti anche in altre imprese. Nel 1972 in Croazia erano attivi centotrenta CAT, nel 1981 trecentonovantotto, nel 1984 circa settecento e alla vigilia della Guerra patriottica un migliaio.

Poiché i CAT diventavano sempre più numerosi, si pensò di istituire Associazioni di Club in ogni singola regione del Paese. Nacquero così in Croazia le Associazioni di Zagabria, del Litorale Croato e del Distretto montano (Gorski Kotar), della Slavonia e della Baranja, della Dalmazia, della Lika, del Kordun e della Banija. Oggi queste comunità sono state riorganizzate.

I CAT avevano avviato collaborazioni con molte organizzazioni internazionali che si occupavano dei problemi legati al consumo delle bevande alcoliche. Una di queste era la francese 'Croix d'or' (Daniel Crampeau), la cui organizzazione rifletteva in parte quella dei CAT. Una lunga collaborazione fu intrapresa anche con la Clinica per il recupero degli alcolisti 'Apolinarz', diretta da Jaroslav Skala. I CAT istituiti da Skala erano spiccatamente terapeutici, rivolti ad una popolazione selezionata, e in più erano collegati con le strutture psichiatriche e accoglievano gli alcolisti a seconda della durata dell'astinenza. Anche la collaborazione con lo IOGT fu particolarmente intensa e consentì ai CAT di contribuire all'organizzazione del Simposio Europeo sul recupero degli Alcolisti tenutosi a Dubrovnik nel 1983, nonché la Conferenza Culturale Internazionale dello IOGT, svoltasi a Zagabria, nel 1988. Una grande collaborazione si è svolta con i Club del Portogallo, e dal 1982 Hudolin è stato suo membro onorario. Un'altra collaborazione interessante è stata avviata con i Club della Spagna (Catalogna): membri di questi Club parteciparono ai Congressi italo-jugoslavi dei Club.

I CAT, per via diretta o attraverso le organizzazioni di psichiatria sociale, attivarono collaborazioni con molte istituzioni, tra cui l'Ospedale Psichiatrico di Gorizia, diretto da Franco Basaglia. Inoltre instaurarono una proficua e lunga collaborazione con il padre della psichiatria sociale, Joshua Bierer, che a Londra aveva istituito day hospital e Club sociali per pazienti sofferenti di disturbi psichici. Significativa fu ancora la collaborazione con William Gray di Boston, che lavorava all'applicazione pratica della Teoria generale dei sistemi, introdotta da L. von Bertalanffy e che insieme a George a Vasso Vassilu dell'Istituto di Antropologia di Atene partecipò a Zagabria ai seminari per l'applicazione della Teoria generale

dei sistemi. Questa collaborazione ebbe inizio nel 1975, e Hudolin propose a Nebojša Lazić di occuparsene, cosa che lui fece con notevole successo.

L'attività della lotta all'alcolismo aveva introdotto originariamente il cosiddetto "modello ospedaliero" di trattamento dei soggetti dipendenti. L'alcolismo non era più ritenuto un vizio, bensì una malattia. Negli anni ottanta le strutture sanitarie ufficiali, di fronte alla diffusione di quelle extraospedaliere, non riuscirono più a stare al passo, e gli ospedali cominciarono a essere considerati sempre più non come un male necessario, bensì come una necessità che, alla presenza di certe indicazioni, svolge un determinato ruolo nel trattamento complessivo degli alcolisti.

Purtroppo il processo di diffusione dei servizi extraospedalieri è stato bruscamente interrotto dalla guerra in Croazia, una guerra che fino a ieri ha dato una drammatica impronta alla realtà quotidiana perché ha prodotto sconvolgimenti socio-demografici che hanno avuto serie ripercussioni sul comportamento dei singoli, sulla struttura familiare e sulla società nel suo complesso. Sui cittadini del Paese gravava la minaccia della perdita dei famigliari, dei parenti e delle proprie case, la minaccia dell'emigrazione, della creazione di nuovi gruppi costituiti da profughi e da sfollati, la minaccia della mobilitazione militare, degli allarmi aerei e via dicendo. L'avvento di questi fenomeni ha creato un terreno fertile per l'insorgenza di nuovi disturbi psichici (come quelli da stress post-traumatico) e per la recrudescenza di disturbi psichici già conosciuti (scompensi di psicosi), favorendo di conseguenza un uso diffuso di vari farmaci psicoattivi (sedativi, ansiolitici) e in primo luogo delle bevande alcoliche. L'ospedale si è così ritrovato al centro di questi avvenimenti come 'modello organizzato' per la cura continuativa degli alcolisti. In siffatte circostanze diversi CAT hanno interrotto la loro attività e ciò ha condotto all'attuale medicalizzazione e psichiatrizzazione delle metodologie da essi impiegate. Ad ogni modo, in centri grandi o piccoli come Zagabria, Rijeka, Split, Slatina o Čakovec, l'attività dei CAT non è mai cessata del tutto e prosegue ancora oggi. Resta il fatto che in Croazia, del migliaio di CAT esistenti nell'anteguerra ne sono sopravvissuti circa centoquaranta, che oggi costituiscono il nucleo da cui ricostruire e diffondere una nuova cultura del comportamento, dello stile di vita.

La nascita del primo Club in Italia

Giovanni Pitacco

Nel corso del mese di novembre 1978 ebbi la fortuna ed il pregio di conoscere a Zagabria il prof. Hudolin. Avevo a quell'epoca quarantaquattro anni, felicemente sposato con due figli ed un'attività imprenditoriale nel campo industriale.

Tutto ciò doveva portare ad una vita intensa nel senso più ideale che una persona possa concepire. La realtà non era però questa. Ero completamente 'fuori fase'. Imputavo questo mio modo di essere alla vita che conducevo: al lavoro, alla vita un po' movimentata che avevo passato, al desiderio continuo di nuove sensazioni, al fatto di dimostrare sempre il mio io.

Accusavo così vari problemi medici ai quali cercavo di porre rimedio seguendo tutte le possibilità che mi venivano presentate. Tutte queste soluzioni non portavano però ad alcun beneficio ed il mio status certamente non otteneva alcuna miglioria ma al contrario la situazione volgeva al peggio.

Un professionista di Trieste, senza fare alcuna considerazione sulla mia persona, mi suggerì di andare a Zagabria a parlare con un 'certo professor Hudolin'. Avevo sperimentato un po' di tutto, e così, assieme a mia moglie Luciana, andammo a Zagabria.

Era il pomeriggio del 24 Novembre 1978 e fummo ricevuti da Hudolin. Fatte le presen-

tazioni, mia moglie ed io cominciammo ad esporre i motivi per i quali avevamo chiesto tale incontro. La nostra esposizione non fu lunga; dopo dieci minuti Hudolin disse: «*Lei signor Pitacco è un alcolista*». Dopo un attimo di gelo da parte nostra, mia moglie disse: «*Ma Professore, io non ho mai visto mio marito ubriaco*», e il Professore rispose: «*Signora, lei non ha mai visto suo marito sobrio*».

Effettivamente, malgrado tutto, posso affermare di non essere mai stato ubriaco nel senso stretto della parola. Dopo un attimo di sbigottimento da parte mia e di mia moglie, chiedemmo a Hudolin un consiglio per la soluzione al mio problema, ed egli propose il mio ricovero nella sua clinica a partire dal giorno seguente.

Il colloquio era finito; io e mia moglie eravamo frastornati ma nello stesso tempo quasi sereni pensando al fatto di conoscere finalmente il problema che da tempo stava influenzando la nostra vita. Si trattava ora di affrontare nel migliore dei modi questo nuovo capitolo della nostra vita. Così pernottammo a Zagabria, fugammo ogni idea di ritornare a Trieste per ripensarci ed eventualmente ritornare, e decidemmo di iniziare questa nuova avventura. Il mattino dopo, con puntualità militaresca, ci presentammo alla Clinica Mladen Stojanović, situata in Vinogradska Ulica (Strada della vigna... ironia della sorte). La composizione dell'ospedale era particolare: ogni specialità medica era situata in un edificio a se stante, ed infine trovammo il Reparto di alcologia ed altre dipendenze. Il primo impatto non fu certo dei migliori. Non si presentava certamente come un 'Hilton' o come tante cliniche italiane, ma aveva dalla sua la fiducia che noi riponevamo in Hudolin. A me sembrava di aver trovato una persona che mi aveva capito: avevo trovato un 'medico senza camice'.

Fui accolto quindi, e sbrigate le pratiche di accoglimento salutai mia moglie ed iniziai la mia vita di alcolista in trattamento. Non fu tutto facile: un nuovo ambiente, un nuovo modo di vivere, la difficoltà nel non conoscere la lingua croata, nuove conoscenze, la mancanza di tante abitudini, il fatto di intraprendere una nuova esperienza. Penso però, anzi ne sono certo, che il fattore che più aiutava era il fatto che per tutti noi che ci trovavamo assieme il problema che ci accomunava e che ci univa era lo stesso: l'alcol.

Tutto ciò era contornato dalle ore passate assieme nello svolgimento dei compiti giornalieri: la Clinica infatti era autogestita per le attività ordinarie del Reparto. Diventammo specialisti nella pulizia, nella distribuzione del cibo, nell'accoglimento dei pazienti specialmente nelle ore notturne, nel renderci in pratica responsabili della nostra vita. La giornata passava attraverso lezioni tenute dai docenti, dalle assistenti sociali; nel mio caso la preferita era la signora Slavica Jauk, assistente sociale aiuto del Professore, con la quale riuscivo a dialogare in italiano.

Momento fondamentale era poi la visita ai Club esterni, situati nella città di Zagabria. Grazie a queste visite venivamo a contatto con gli alcolisti anziani; conoscevamo infatti coloro che vantavano un'astinenza di uno, due e più anni e venivano da noi considerati con un vero senso di invidia ed ammirazione.

Passai le feste natalizie dell'anno 1978 a Zagabria, assieme alla mia famiglia ed a tutti gli amici alcolisti, e posso assicurare che eravamo una grande e bella famiglia. E così iniziò il 1979, e grazie al continuo aiuto di Hudolin mi sentivo fiero di me stesso.

Il giorno 23 Gennaio è sicuramente da ricordare. Fu il giorno delle mie dimissioni: di fronte all'assemblea di tutti gli alcolisti in trattamento, con la partecipazione dei famigliari, illustrai il mio periodo di degenza nella Clinica e formulai i miei propositi per il futuro. E qui intervenne Hudolin: potevo essere dimesso a condizioni di frequentare un Club degli alcolisti in trattamento. Frequentare un Club... ma quale Club se in Italia tutto ciò era completamente sconosciuto? Ed anche a tale problema il Professore trovò la soluzione: il mio Club si trovava a Parenzo d'Istria, in Croazia.

Frequentai quindi per un breve periodo il Club di Parenzo, ma, durante una visita di controllo a Zagabria, nella primavera del 1979, Hudolin formulò l'idea di creare un Club a

Trieste. La proposta fu accolta con qualche dubbio da parte mia: vedevo in Italia un'altra mentalità; non sapevo come questa iniziativa sarebbe stata accolta dall'opinione pubblica, come avrebbero reagito i mass media. Ma egli fugò con la sua esperienza e diplomazia anche gli ultimi dubbi, e sorretti dall'entusiasmo di mia moglie Luciana, che posso ben dire è stata la grande forza ed il sostegno in questo difficile momento della mia vita, furono poste le basi per il primo Club degli alcolisti in trattamento in Italia.

La sede fu ubicata nella nostra casa a Trieste, in via degli Olmi, 19, ed iniziò un periodo meraviglioso e pieno di entusiasmo. Hudolin assieme alla sua signora, Višnja ed i suoi collaboratori, veniva da Zagabria e conduceva la seduta del Club. Eravamo all'inizio quattro alcolisti, un medico e quattro assistenti sociali, e penso che nessun Club abbia mai avuto come servitori uno staff di così alto livello come Hudolin e i suoi collaboratori.

Con l'andar del tempo il Club diveniva sempre più numeroso, soprattutto per la partecipazione di professionisti che venivano ad apprendere la metodologia Hudolin nella lotta all'alcolismo. Quando questo meraviglioso Club cominciò a superare le venti persone, fummo costretti a cercare una nuova sistemazione e ci trasferimmo in una nuova sede che ci permise così di dividere il CAT secondo le direttive del Professore: nacque così il secondo Club.

Come aveva previsto giustamente Hudolin, anche in Italia finalmente per gli alcolisti c'era una via di salvezza, e la possibilità di affrontare i problemi alcolcorrelati. Nel mese di Maggio sul modello dello statuto dei Club creati da Hudolin già da parecchi anni nell'allora Jugoslavia, procedemmo alla regolazione legale e giuridica della nostra attività, e nacque l'Associazione dei Club degli alcolisti in trattamento.

Si arrivò così a Novembre del '79 con il primo Corso di sensibilizzazione all'approccio medico-psico-sociale dei problemi alcolcorrelati, che si tenne a Udine. Non saprei veramente come descrivere tutti i progressi e i risultati raggiunti da quel momento. Basti pensare che ad oggi ci sono circa 2400 Club presenti in tutto il territorio nazionale. Non voglio parlare di tutto ciò che è successo in questi ultimi diciott'anni: c'è tutta l'Italia che può dimostrarlo.

Io mi sono limitato a parlare un po' dell'inizio di questa meravigliosa avventura, un percorso di vita fatto in completa armonia con migliaia di amici alcolisti, di medici, psicologi, psichiatri, sociologi, assistenti sociali e tutti coloro che hanno a cuore i problemi alcolcorrelati. È ancora più grande quindi il dolore per la scomparsa di Hudolin. Un dolore che al contrario di essere accentuato per il gran numero di persone che ha colpito, risulta ancora più grande se si pensa come un uomo solo tanto abbia potuto fare per tante persone.

Maria Pia Gottardis

Da quando venne fondato a Trieste il primo Club degli alcolisti in trattamento nel 1979, è stato fatto un lungo cammino. Un cammino costellato di difficoltà, ma anche pieno di gioia e soddisfazione nel vedere come si evolvevano i Club grazie al processo di cambiamento.

Per quanto i Club abbiano mantenuto le loro caratteristiche peculiari, molto è cambiato nel loro modo di lavorare sia al loro interno, sia sul territorio di cui sono un nodo importante nella rete socio-sanitaria.

Il cambiamento che ha accompagnato la storia dei Club è indissolubilmente legato ai cambiamenti della società di cui sono parte integrante. Lo sviluppo dei Club, sia per quanto riguarda il numero sia la qualità del loro lavoro, non ha potuto non influire sulla comunità di appartenenza.

Essendo questo sviluppo finalizzato soprattutto al conseguimento di una migliore qualità della vita, ad una reciproca comprensione ed accettazione degli altri, è conseguente il fatto che le ripercussioni sulla comunità non possono essere altro che positive.

Un Club che non si apre verso la propria comunità rischia di diventare 'autoreferenzia-

le' e di bloccare lo sviluppo e la crescita delle famiglie. I Club sono organizzati per creare un futuro migliore di noi, per le nostre famiglie, per i nostri discendenti. Se i Club lavorano per la pace interiore di ognuno di noi, è indubitabile che questa pace verrà trasmessa alle persone che ci sono più vicine e poi si allargherà, a macchia d'olio, a tutta la nostra comunità, portandoci così a riappropriarci del nostro futuro nel terzo millennio veniente.

Lo sviluppo e la situazione odierna dei Club in Croazia

Introduzione

Višnja Hudolin, Nebojša Lazić, Zeljko Marinić, Ljuba Ulemek

Nel Maggio del 1995 i CAT della Croazia hanno celebrato a Zagabria i trent'anni della loro attività. In questa occasione Vladimir Hudolin ha svolto un intervento in cui, tra le altre cose, ha detto: *«Lo sviluppo dell'attività nel nostro settore è stato interrotto da una guerra scatenata da una brutale aggressione, che ha portato una serie di difficoltà nel campo della tutela e dello sviluppo della salute mentale e della salute in generale. La tutela e lo sviluppo sanitari non possono esistere senza la pace. Per questo i nostri programmi sanitari, inclusi quelli relativi alla lotta all'alcolismo, alla dipendenza da altre sostanze e ad altri problemi complessi che affliggono la nostra società, devono includere necessariamente anche la lotta a favore della pace. Molti dei nostri CAT sono scomparsi con la guerra e alcuni dei nostri operatori hanno perso la vita per difendere la patria. Le ripercussioni di questa tragedia rendono indispensabile un adeguamento dei programmi della nostra battaglia contro l'alcolismo e contro altri problemi di natura complessa».*

La situazione odierna dei CAT in Croazia, le loro difficoltà, il loro scomparire durante la guerra e il loro stentato ma graduale riemergere all'indomani del conflitto vanno letti alla luce di queste affermazioni.

D. Breitenfeld, V. Golik-Gruber, V. Hitreć, L. Paszko

Durante la guerra patriottica in un terzo del territorio croato occupato, l'attività dei CAT è cessata del tutto, in un terzo (a ridosso della linea del fronte) è proseguita nella misura del 10% e in un terzo (la zona occidentale, lontana dal fronte) ha visto ridursi questi centri di circa il 30%.

Le sofferenze della guerra, l'insicurezza esistenziale, la penalizzante situazione economica, la massa dei profughi e degli sfollati hanno indirizzato l'attenzione della società in un'altra direzione. Assorbiti dal compito di accudire le vittime del conflitto, i servizi sociali hanno smesso di occuparsi dell'alcolismo proprio mentre quegli stessi problemi contribuivano a diffonderlo in modo preoccupante.

Durante la guerra i CAT hanno cercato di mantenere la loro coesione in base al principio territoriale nonché grazie alla significativa collaborazione con la Clinica "Sorelle della Carità" di Zagabria e con gli specialisti dell'Associazione Croata per la Lotta all'Alcolismo e alle altre Dipendenze. Ma la continuità nel lavoro dei CAT è stata garantita soprattutto dai membri dei Club.

Non appena le circostanze lo consentirono, sin dai primi mesi del 1992 è iniziata la graduale ripresa dell'attività dei CAT. Nel 1999 in Croazia ne erano attivi centoquaranta, di cui circa la metà nel comune di Zagabria (1.200.000 abitanti).

Nelle ex zone occupate non è stato ripristinato quasi nessun CAT, perché là sono stati

compiuti appena i primi passi verso un funzionamento normale delle strutture sociali.

I CAT attualmente esistenti si associano a livello di comuni o a livello di contee. Il loro obiettivo è l'organizzazione di un'Unione Croata delle Comunità dei CAT delle Contee.

Contea litoraneo-montana

M. Gudelj, M. Stipančić, D. Wölfel

La fondazione dei primi CAT nel Distretto montano (Gorski Kotar) è stata preceduta da una serie di attività organizzate in vari centri di questa regione (conferenze per il personale medico, per gli operatori sociali della Croce Rossa, per i politici, per gli operatori economici, per gli insegnanti). Su iniziativa di Hudolin venne istituito il Comitato Comunale per la Lotta all'Alcolismo. Nel 1965 Hudolin e i suoi collaboratori organizzarono il primo Corso di sensibilizzazione ai problemi alcolcorrelati. I primi due CAT di questa contea furono fondati a *Ravna Gora* da Milan Gudelj nel 1965 e a *Delnice* nel 1966 da Janko Stipančić. In seguito ne furono allestiti altri in varie imprese e comunità locali.

Nei primi dieci anni di attività questi Club si basavano esclusivamente sul volontario, finché nel 1976 ottennero finanziamenti da parte del Fondo Sociale e del Centro per il Lavoro Sociale. Il 1976 è l'anno di nascita del Comitato di Coordinamento dei CAT del Distretto montano, che fu tra gli organizzatori della "Scuola di Delnice", in seguito divenuta Scuola Europea di Alcologia e Psichiatria Ecologica, con sede a Trieste. Agli inizi della Guerra patriottica l'attività di questi CAT si è ridotta sensibilmente.

Nel Litorale Croato il primo CAT fu istituito a *Rijeka* nel 1966, assumendo il nome di 'Centro', che conserva tutt'oggi. Altri CAT furono istituiti successivamente in altre località di quest'area, che nel 1990 ne contava quaranta, diciannove dei quali hanno poi interrotto la loro attività. A Rijeka vennero istituiti CAT anche presso alcune grandi imprese. In seguito, altri Club furono organizzati in varie località della Regione: 1968: *Isola di Rab*; 1975: *Opatija* (tuttora attivo); 1976: *Crikvenica* (interrotta l'attività nel 1982, l'ha ripresa nel 1997); 1981: *Lovran*; 1984: *Kraljevica, Matulji e Volosko*.

Durante la Guerra patriottica molti di questi Club hanno dovuto sospendere la propria attività. Secondo i servitori-insegnanti, i motivi sarebbero i seguenti: la resistenza del servizio sanitario (in particolare psichiatrico) nei confronti del moderno trattamento delle persone con problemi alcolcorrelati, l'insufficiente professionalità degli operatori di questo settore, la riorganizzazione del servizio sanitario, il mancato finanziamento dei CAT (mentre, dall'altra parte, il Fondo sanitario paga la cura di varie complicanze legate al consumo di alcol) e infine i cambiamenti ai vertici delle imprese. I neo istituiti centri per la prevenzione e per la cura ospedaliera curano quasi esclusivamente la tossicodipendenza.

Contea istriana

M. Gudelj, M. Stipančić, D. Wölfel

Il primo CAT (tuttora attivo) viene fondato a *Parenzo* (Poreč) nel 1975. In seguito altri Club vengono istituiti nelle seguenti località: 1976: *Albona* (Labin), tuttora attivo; 1977: *Rovigno* (Rovinj), tuttora attivo; 1979: *Umago* (Umag), tuttora attivo; 1979: *Pisino* (Pasin), tuttora attivo.

Contea di Sisak e Moslavina

V. Golik-Gruber

Il primo CAT viene istituito a *Petrinja* nel 1969. Da esso se ne sviluppano altri, inclusi quelli dell'industria della carne 'Gavrilovic' e della società di trasporti 'Slavijatrans'. Nel

1984 a *Petrinja* operano sei CAT. Nel 1985 vengono istituiti CAT a *Hrvatska Kostajnica* e a *Glina*. Nel 1987 nel territorio della Contea ne sono attivi diciassette. Nel 1989 i CAT celebrano il ventennale della loro attività a *Petrinja*; ai festeggiamenti partecipano anche i servitori-insegnanti e i membri di Club italiani, perché in quei giorni si svolgeva il V Congresso dei CAT italiani e jugoslavi.

Il primo CAT della Contea di *Sisak* viene istituito a *Sisak* nel 1968, presso la grande impresa 'Ferriera'. Altri Club vengono fondati a *Kutina* e a *Popovača* (tuttora attivi).

Contea di Karlovac e Contea di Lika e Senj

N. Paunovic

Il primo CAT viene istituito nel 1967 a *Karlovac*, presso l'Ambulatorio dei ferrovieri (*Nikola Paunovic*). Successivamente nei vari quartieri cittadini vengono fondati altri ventidue CAT. I primi operatori di questi Club sono medici di base, e si avvalgono della collaborazione di assistenti sociali, di infermiere e di psicologi. Durante la guerra patriottica una parte di questi CAT ha interrotto la propria attività e alcuni dei loro servitori-insegnanti sono morti al fronte. Oggi i CAT hanno ripreso il loro lavoro. Nel 1982 *Nikola Paunovic* ha pubblicato un opuscolo sull'alcolismo distribuito in diecimila copie a tutti i lavoratori dell'Ente delle Ferrovie dello Stato. A *Ogulin* oggi è attivo un CAT.

Contea di Lika e Senj

È attivo un CAT a *Gospic*.

La situazione odierna dei Club nella Croazia settentrionale e nord-orientale

Contea di Virovitica e della Podravina

Ž. Juras, V. Kajzer, M. Turk-Kuč, K. Vujanović-Juras

A *Slatina* il primo CAT viene istituito nel 1975 da *Marija Turk-Kuč*, che attualmente dirige i programmi dei CAT di questa località.

Con l'andar degli anni il numero dei CAT cresce, e alla vigilia della Guerra patriottica *Slatina* ne conta ben diciannove (undici dei quali ancora attivi). Nel 1996 nasce l'Associazione dei CAT di *Slatina*, che pubblica il periodico *Slap*.

Un CAT viene istituito a *Virovitica*, che è stato aperto nuovamente nel 2000, e uno a *Pitomača*, nel 1981 (tuttora attivo).

Contea di Požega e della Slavonia

1970: *Požega* (fondato nel 1970).

Contea di Slavonski Brod e della Posavina

A *Slavonski Brod* il primo CAT viene fondato nel 1965. Due anni dopo nascono anche il primo CAT in un'industria e il primo CAT 'rurale', nella vicina località di *Sibinj*.

A *Nova Gradiska* il primo CAT viene fondato nel 1968 da *Jovan Bamburač*, coadiuvato dall'assistente sociale *Mica Kvakić*. Nel 1991 questo Club ha interrotto la propria attività.

Contea di Bjelovar e della Bilogora

Nel 1965 viene fondato a *Bjelovar* il primo CAT. Nel corso degli anni vengono istituiti undici CAT (tuttora attivi) presso le imprese e le comunità locali. A *Daruvar* e a *Pakrac* vengono istituiti rispettivamente due CAT.

Contea del Medimurje

Il primo CAT (il 'Centar') nasce nel 1986 a *Čakovec*. Oggi porta il nome del suo fondatore Mato Golubić. Successivamente vengono istituiti altri Club. Oggi ne sono attivi due.

A *Mursko Središće* il primo CAT risale 1984, l'ultimo al 1996. A *Zupanja* sono tuttora attivi i CAT istituiti nell'ultimo decennio (*Sveta Marija, Kotoriba, Prelog* e *Donja Dubrava*). Nel 1995 nasce l'associazione dei CAT della Contea di Medimurje.

Contea di Koprivnica e di Krizevci

Nella città di *Koprivnica*, il primo CAT viene istituito nel 1970. Nel 1979, nel 1980 e nel 1987 ne vengono fondati degli altri (otto fino al 1994). A *Krizevci*, il primo CAT viene fondato nel 1979. Nel 1979 viene istituito il primo CAT a *Đurdevac*.

Contea di Vukovar e dello Srijem

La contea maggiormente colpita nel corso della Guerra patriottica, dal punto di vista delle perdite umane e dei danni materiali, è stata reintegrata nel sistema della Repubblica di Croazia solo nel 1997.

Il primo CAT a *Vinkovci* viene istituito nel 1968 da Ivan Matijević. Nel corso degli anni nasce una densa rete territoriale di CAT. Nel 1985 i CAT delle imprese e delle comunità locali sono ventotto e si occupano di ricerca scientifica e producono alcune pubblicazioni. Eccellente la loro collaborazione con gli omologhi Club italiani, in particolar modo tra il CAT dei ferrovieri di Vinkovci e quello di Udine.

Fino al 1991, anno dell'inizio della Guerra patriottica, operano nel comune di *Vukovar* diversi CAT nelle imprese e nelle comunità locali (*Vukovar, Borovo, Ilok*). Durante la guerra molti dei loro servitori-insegnanti muoiono al fronte, e la maggior parte di questi Club viene distrutta insieme alle loro strutture e alla loro documentazione.

Contea di Osijek e della Baranja

Questa contea, e in particolar modo l'area della Baranja, è stata duramente colpita dalla guerra. A *Osijek* il primo CAT viene istituito nel 1966 da Atif Maglajlić. Nel 1990 i Club sono in tutto diciannove (nelle comunità locali e nelle imprese). Oggi ne sono attivi solo due.

A *Đakovo* il primo CAT (tuttora attivo) viene istituito nel 1966 da Nikola Lazarov. Nell'area del comune di *Đakovo* era presente anche un CAT 'rurale' in cui operava il professore di teologia Ivan Zirdum.

Il primo CAT (tuttora attivo) a *Donji Miholjac* viene fondato nel 1980. In questo comune è attivo anche il CAT 'rurale' di Podravski Podgajci, istituito nel 1971. Uno dei suoi servitori-insegnanti, fino alla sua prematura scomparsa, era il parroco Rafael Brnic.

Nel 1970 viene istituito il primo CAT a *Našice*. A *Đurdenovac* il primo CAT nasce nel 1973 e cessa l'attività all'inizio della guerra, mentre a Valpovo oggi è attivo un CAT.

Nel territorio della Baranja erano attivi CAT a *Beli Manastir, Darda* e *Knezevi Vinogradi*.

Contea di Spalato (Split) e della Dalmazia

J. Botteri

In Dalmazia i CAT vengono istituiti assai presto, subito dopo quelli di Zagabria. Il primo nasce a *Spalato* nel 1966. Fino al 1990 il numero dei Club subisce un costante incremento (nove nel 1979, trentatré nel 1983, quarantaquattro nel 1986, quarantacinque nel 1987 e cinquantuno alla vigilia della Guerra patriottica). Durante la guerra il numero dei CAT si è ridotto drasticamente. Oggi ne sono attivi solo tre, in cui lavorano i primi operatori di questa regione (Josip Botteri e Mate Smolčić).

A *Makarska* oggi è attivo un CAT, uno a *Imotski*, uno a *Metkovic* e uno a *Trogir*.

Contea di Zara (Zadar) e di Knin

S. Padelin

Il primo CAT viene fondato a *Zara* nel 1968 da Sergije Padelin. All'inizio del 1970 ne nascono altri presso varie imprese, e a partire dal 1974 vengono istituiti nuovi Club nelle località limitrofe di *Benkovac* e di *Obrovac*. Il primo CAT di *Biograd na Moru* viene istituito nel 1978 (Vullelija) per poi coprire l'area dell'intero comune. Sia il CAT di Zara sia quello di Biograd na Moru tuttora attivi.

Contea di Sebenico

Sebenico e *Sinj* contano rispettivamente un CAT.

Contea di Dubrovnik e del Neretva

A. Marković

Il primo CAT (tuttora attivo) a *Dubrovnik* viene istituito nel 1972 da Ante Marković. Esso contribuisce alla fondazione del CAT dell'impresa 'Razvitak' di *Metković* (1975).

A *Ploče* è attivo un CAT.

Contea di Krapina e dello Zagorje

N. Husedjinović

A *Zabok*, il primo CAT viene fondato nel 1968 da Karlo Šmit. Oggi sono attivi due CAT. A *Krapina*, il primo CAT (tuttora attivo) viene istituito nel 1981.

Contea di Zagabria

Nel 1964 i CAT iniziano la loro attività a *Zagabria* nel distretto di Maksimir. Successivamente il numero dei Club aumenta fino ai trecento della vigilia della Guerra patriottica. Quest'ultima ha concorso, insieme ad altre circostanze, a ridurre a circa un quarto il loro numero. Oggi settanta CAT sono presenti nei vari distretti della capitale croata (*Centar, Crnomerec, Dubrava, Medvešč'ak, Maksimir, Peščenica, Sesvete, Susedgrad, Trnje, Velika Gorica, Samobor, Zaprešić* e *Jastrebarsko, Tres'njevka, Vukomerec, Zagreb Zapad, Novi Zagreb*). A Zagabria sono presenti Club nelle due aziende 'Posta' e 'Tram elettrico'.

L'Associazione dei Club degli alcolisti in trattamento di Zagabria è nata nel 1970 e ha più volte cambiato nome.

Durante la Guerra patriottica i CAT, per mantenere la loro coesione, hanno cercato sempre di più il sostegno dell'istituzione da cui dipendevano (il Reparto degli alcolisti della

Clinica 'Sorelle della Carità') e che è in essi presente ancora oggi. In tal modo l'attività dei CAT di Zagabria è stata notevolmente medicalizzata e psichiatrizzata, com'è evidente dalla loro metodologia e dalla terminologia da essi impiegata, che invece i CAT dell'Italia e di altri paesi d'Europa, dell'America del Sud ecc. hanno ormai abbandonato. Nel territorio della contea di Zagabria sono inoltre attivi i CAT di *Vrbovec* e di *Ivanic' Grad*.

L'avvio dei programmi territoriali nella regione Friuli-Venezia Giulia dal 1979

Introduzione

Luciano Floramo

La conoscenza del passato ci dà coscienza del presente nei suoi problemi e nelle sue prospettive, e misura meglio, anche in senso critico, la crescita dei Club, per qualità e quantità in Italia e nel mondo nel corso di questi vent'anni. Hudolin si è incontrato in Italia, e precisamente a Udine, almeno per quanto ricordo, nel 1964 e nel 1969 con Massignan e Petziol, allora direttori del Manicomio Provinciale di Udine, raccogliendo, pur nella stima indiscussa, un interesse che di fatto si traduceva in una curiosità scientifica non estranea a sentimenti di amicizia. Ma tutto sembrava fermarsi a questo.

Nel 1976 una ricerca accertava che nei manicomi della regione Friuli-Venezia Giulia erano ospiti circa 4.700 persone, e la gran parte di queste viveva il disagio e le conseguenze di problemi alcolcorrelati e complessi irrisolti.

A quel tempo, il fenomeno 'alcolismo' era visto dalle istituzioni in modo astratto: non si riusciva a percepirlo nella concretezza della vita dell'alcolista, ma viveva degli stereotipi e dei pregiudizi legati o alla malattia o al vizio. Anche nelle degenze nell'ospedale di Udine, dove ero presidente, la realtà non era diversa, e si coglieva la frustrazione dei medici per i ricoveri ripetuti e senza risultati positivi con gli alcolisti e il fastidio dei parenti e delle famiglie per l'alcolista, presenza ingombrante. Si coglieva la sofferenza dell'alcolista stesso che viveva, molte volte a sua insaputa, un presente senza futuro nella progressiva perdita della sua identità e capacità di relazione con se stesso, con gli altri e con l'ambiente, da cui o veniva escluso o si escludeva.

In questa realtà, per alcuni versi in una inconsapevole, anche se desiderata attesa del 'nuovo', la sofferenza delle persone e delle famiglie stimola la volontà di cambiare, senza ancora individuare con consapevolezza responsabile una scelta di fondo.

Nel 1979 nacque il primo Club a Trieste; Hudolin venne a Udine, e con il primo Club in Castellerio il metodo Hudolin moltiplicò il numero dei Club in Friuli-Venezia Giulia ed in Italia. La scelta di fondo si traduceva in un'azione concreta e irreversibile, non senza reazioni che andavano dallo scetticismo all'attenzione critica, alla partecipazione generosa di molti. La prova è data dalla prima 'Settimana di sensibilizzazione al trattamento medico-psico-sociale degli alcolisti'⁽¹⁾, condotto da Hudolin dal 16 al 20 ottobre 1979 con oltre ottanta iscritti, provenienti da tutta la Regione. Allora ero presidente dell'Ospedale Civile di Udine, e fu una fortuna trovare per i problemi alcolcorrelati la carta vincente del metodo Hudolin nella persona di Renzo Buttolo, primario del Reparto Lungodegenti e nella collaborazione di Zanuttini, direttore sanitario, e di tutta l'Amministrazione, di concerto con infermieri

⁽¹⁾ All'epoca, il Corso di sensibilizzazione (del quale si parla nel capitolo dedicato ai programmi di formazione e aggiornamento) era denominato in questo modo.

sensibili, e, nel tempo, di medici appassionati, che, con i loro contributi e le testimonianze delle famiglie, avrebbero arricchito il metodo, perché si opera in un sistema aperto al cambiamento.

L'esperienza udinese

Giancarlo Lezzi

Nel Novembre del 1979, dopo un Corso di sensibilizzazione, tenuto da Vladimir Hudolin, il primario del Reparto Lungodegenti di Udine, Renzo Buttolo, e i suoi collaboratori iniziarono un nuovo tipo di intervento nei riguardi delle persone che soffrivano di problemi alcolcorrelati.

La nuova proposta di intervento nacque dall'interno dell'Ospedale, perché in quel periodo c'era bisogno che l'alcolismo venisse vissuto come malattia, in quanto in tal modo veniva più facilmente accettato sia da parte degli operatori professionali, sia da parte dell'alcolista stesso, il quale così poteva usufruire dei benefici della protezione della salute pubblica. Questo tipo di programma ospedaliero trovava la sua continuità territoriale con la nascita dei Club, che si svilupparono con sufficiente rapidità nell'ambito dell'USL Udinese. I primi Club nacquero nelle parrocchie, che offrivano sedi dove si potevano svolgere le riunioni.

Compito del Club, in simile contesto, era quello di salvaguardare l'astinenza, prevenire le ricadute, riarmonizzare le relazioni familiari, mirare alla riabilitazione fisica e comportamentale, sviluppando quello che era il concetto preminente di protezione della salute attraverso la prevenzione secondaria e terziaria.

Nel 1981 nacque l'Associazione dei Club degli Alcolisti in Trattamento (ACAT), che garantiva il riconoscimento legale ai Club, proponeva programmi e si preoccupava della formazione degli operatori. Il rapporto tra ACAT e l'Unità Alcolologica Ospedaliera è sempre stato caratterizzato dalla massima collaborazione, dal reciproco rispetto delle competenze e dello sviluppo dei programmi. Nel 1985 al Congresso Italo-Jugoslavo dei CAT dell'Italia e della Jugoslavia, di Abbazia, Hudolin rivisitò il concetto di alcolismo come malattia e lo propose come 'stile di vita'. Ci fu un momento di sconcerto generale, perché venivano demolite parti fondamentali dell'impalcatura su cui era fondato tutto il lavoro precedente.

Poiché l'alcolismo - qualcuno pensava - a parte le complicazioni, non è malattia, neppure il trattamento degli alcolisti può essere considerato una terapia in senso classico, quindi non avrebbero dovuto esistere né curanti, né curati con conseguente crisi sia per gli operatori professionali che si sentivano sminuiti nella qualifica e nel potere, sia per gli alcolisti che senza l'etichetta della malattia, pensavano di avere perso una barriera protettiva contro l'atteggiamento moralistico e a volte punitivo della società.

Con tali premesse il Club non doveva essere il luogo dove si stava svolgendo la riabilitazione globale dell'alcolista e della sua famiglia, ma questa doveva essere concretizzata nella realtà sociale. Il ripristino funzionale proprio e familiare, la riacquisizione intellettuale, il riordino critico, le riscoperte emozionali e comportamentali, la giusta e ambita ricollocazione esistenziale e sociale dovevano essere valutate non solo attraverso la validità delle interazioni all'interno del Club, ma soprattutto in base alle qualità evidenziate nelle relazioni interpersonali e ai risultati ottenuti nel mondo lavorativo e nelle attività comunitarie.

Il Club, uscito dai limiti ormai ristretti in cui lo si era ormai confinato, non rappresentava più una microsocietà, ma piuttosto una parte della realtà locale e, possibilmente, anche dell'organizzazione del lavoro; non doveva apparire ed essere visto come ospedale psichiatrico aperto, dove si stava ancor più alienando ed estraniando l'alcolista, ma piuttosto come possibilità per il territorio di risolvere in loco i problemi comportamentali legati alla dipendenza alcolica, e veder nascere e molte volte anche realizzarsi, seppur in maniera non ottimale, quelli che sono i presupposti educativi della prevenzione primaria, secondaria

e terziaria proposti dall'O.M.S. È fuori dubbio che con questi obiettivi il Club assumeva dei connotati più nobili, più gratificanti, in quanto sposandosi con la comunità locale contribuiva alla protezione ed alla promozione della salute, al miglioramento della qualità della vita dei cittadini. Questo è l'inizio della storia; come è proseguita tutti lo conoscono.

Dal Club alle Associazioni dei Club

Renato Bernardinis

Eravamo alla fine di Settembre del 1979, e da circa due anni e mezzo conoscevo Renzo Buttolo con il quale avevo fatto amicizia nel mese di Maggio 1976, dopo un ricovero urgente in pneumologia dovuto ad una lobite polmonare causata dall'assunzione di alcolici.

Un pomeriggio, come tanti di quel mese di Settembre, mi giunse una telefonata da parte di Renzo Buttolo che mi chiedeva se ero libero da impegni e, alla mia risposta affermativa, mi chiese se potevo partecipare a delle riunioni pomeridiane presso il suo reparto, durante le quali mi avrebbe presentato ad un professore suo amico ed eminente alcologo.

Ricordo benissimo la prima reazione del Professore nei confronti di Buttolo al quale si rivolse con queste parole: «*Ma lei, caro Buttolo, mi sta presentando un caso irrisolvibile; quanto pensa possa vivere Renato?*». Non diedi peso a quella 'sentenza' e rientrai a casa, non prima di essere passato per il bar a bere qualcosa di forte.

Passati due mesi da quella data, mi giunse un'altra telefonata molto strana dall'infermiera Francesca Schiffo che mi disse che Buttolo voleva parlare con me. Buttolo mi chiese testualmente: «*Renato, lei che non ha niente da fare, che ne direbbe di passare alcuni giorni di ferie presso il mio reparto?*». Anche se confuso e disorientato, accettai l'invito con mille riserve di andarmene qualora il ricovero 'mi fosse andato stretto'.

Fu così che il 27 novembre 1979 mi presentai nello studio del Primario del Reparto lungodegenti e, raccontare quelle interminabili sei ore di colloquio con Buttolo sarebbe molto doloroso e straziante per me. Venni ricoverato lo stesso giorno. Il 22 Gennaio 1980 venne fondato il Club numero 1, denominato 'Punto d'incontro' scelto da un elenco di dodici nomi. Questo fu la pietra miliare per i programmi della provincia di Udine. Come primo statuto, adottammo quello fornitoci da Giovanni Pitacco che aveva fatto il trattamento a Zagabria e aveva fondato il primo Club in Italia, dove si riunivano assieme altre persone che con lui avevano frequentato l'allora Clinica "Mladen Stojanović" di Zagabria.

Da quella lontana data, i programmi alcologici introdotti da Vladimir Hudolin hanno avuto in Italia uno sviluppo immediato, poiché per la prima volta il problema veniva affrontato in modo diverso, ossia con più umanità. Infatti, una delle cose che mi sono rimaste più impresse è stata l'affabilità del dialogo che veniva proposta nei nostri incontri e l'umile ed umana condivisione delle nostre difficoltà.

Ricorderò ora alcune delle date più salienti per la storia dei Club in Italia, a partire dalla fondazione della prima ACAT a Trieste, il 1° Novembre 1979, la prima ARCAT, il 29 Ottobre 1982 a Castellerio e l'AICAT, il 30 Aprile 1989 a San Daniele del Friuli.

Durante il decennio 1979-'89 si sono svolti numerosi Congressi e Convegni, sia a livello regionale come pure a livello nazionale e internazionale fra i quali i più significativi sono: Agosto 1981, a Udine, presso l'Aula Magna dell'Istituto Tecnico, il Convegno internazionale dal titolo 'Esperienze a confronto'; nel 1984 il Corso di sensibilizzazione presso il Policlinico 'Gemelli' di Roma, organizzato dal Ministero della Sanità, l'Università La Cattolica e l'Università di Zagabria; a Opatija, nel Settembre 1985, il 1° Congresso Italo-Jugoslavo dei Club degli Alcolisti in Trattamento; nel Settembre 1986 a Udine, il 2° Congresso e nel 1987 a Zagabria il 3°; mentre nel 1988 si tenne a Treviso (San Biagio di Callalta), il 4° Congresso; nel 1989 si svolse il 5° Congresso a Zagabria. Fino ad arrivare al 2000, con il Congresso di Torino.

Da quel lontano 1979 questo è, più o meno, il percorso cui l'AICAT sta ora cercando di dare la propria continuità nell'approccio ecologico-sociale. Ora i programmi secondo il Metodo Hudolin si stanno diffondendo in altre realtà di altri Stati interessati. Sta ora in noi portare avanti questi programmi, nel rispetto dell'ultima raccomandazione fatta dal Professore a Grado in occasione del Congresso nazionale del 1996: "*Vi prego di continuare*", quasi presagio della sua prossima dipartita.

La diffusione dei programmi nell'Alto Friuli

Gianni Canzian

Ero giovane io ed era giovane l'alcolologia in Friuli quando, vent'anni fa, iniziai a lavorare nei programmi alcolologici. Ma questa era in quegli anni l'esperienza un po' di tutti noi, giovani professionisti sociali o sanitari, cui era stata offerta un'opportunità preziosa: far parte di un movimento nascente, parteciparne alla costruzione e alla diffusione (nei primi anni rapidissima), delinearne le modalità e gli obiettivi (anche se il timone della nave lo teneva, con periodiche 'sferzate metodologiche', Vladimir Hudolin). Un'esperienza che ha creato forti legami fra di noi e con le prime famiglie trattate, e che a tutti ha lasciato il ricordo di una stagione intensa e per certi aspetti irripetibile.

La mia esperienza inizia a Trieste nel 1990, all'interno della Clinica psichiatrica. In Clinica (da sempre luogo di ricovero di molti alcolisti), con i degenti ed i loro famigliari era stato da poco avviato un trattamento di gruppo, che durava circa un mese, e che fra momenti didattici e di comunità preparava le famiglie all'inserimento nei Club.

Nel 1982 nacque l'esperienza della nuova Sezione alcolologica del I° Lungodegenti a Trieste, un'ala della quale viene dedicata al trattamento degli alcolisti, creando quindi, a somiglianza dell'alcolologia di Castellerio (Udine) una vera e propria 'comunità', con attività che coprono l'intera giornata (a differenza della Clinica psichiatrica, dove l'attività alcolologica era un 'di più' all'interno delle altre attività).

Dei primi anni di quest'esperienza rammento la vitalità ed il calore dell'Associazione, l'entusiasmo e l'allegria del gruppo degli operatori (in gran parte giovani studenti della Scuola di Servizio Sociale e della Scuola di Specializzazione in Psichiatria), l'intensità emotiva delle assemblee mensili dell'ACAT, dove sempre era centrale anche il momento della festa. Nell'85, giunto a Gemona, ebbi l'occasione di partecipare ad un altro inizio, quello del Servizio di alcolologia, nato l'anno prima come ambulatorio alcolologico, ma che solo a metà del 1985 avrebbe avviato l'esperienza della comunità multifamigliare, esperienza che non si è poi più interrotta.

A differenza di Trieste (e di Udine), qui l'ACAT era nata molto prima del Servizio, con le famiglie trattate a Castellerio, e nel 1985 era già forte e strutturata. Al contrario dell'ACAT Triestina da cui provenivo, non ha mai avuto importanti conflitti al suo interno, né vi sono mai state difficoltà fra ACAT e Servizio; anzi, il rapporto con questo è sempre stato così stretto e fiducioso da rallentare forse lo sviluppo di una più forte autonomia dell'Associazione.

Nel 1993, in seguito alla fusione dei Servizi alcolologici di Gemona e di Tolmezzo nel nuovo Ser.T. dell'Alto Friuli, incontrai l'esperienza dell'ACAT 'Carnica'. Dopo un'iniziale fase di difficoltà, le esperienze alcolologiche dei due territori, anche grazie al contributo di Hudolin nel 1994, si sono integrate fino a costituire, nel 1997, il nuovo Centro alcolologico territoriale Alto Friuli, nel quale le due ACAT ed il Ser.T. progettano e costruiscono assieme programmi e attività. Il Centro recupera, in un certo senso, i pezzi della storia passata, in quanto le due ACAT sono nate dalla precedente Associazione che riuniva i primi Club di entrambi i territori.

Anche l'incontro con l'ACAT 'Carnica' è stata una nuova, diversa ed intensa esperienza; un'ACAT che rispecchia la gente di montagna che ne fa parte, e quindi combattiva e indipendente, fortemente radicata nel territorio, dove i confronti sono talora aspri ma dove

sempre molto forti sono l'impegno, l'appartenenza e la solidarietà, e dove la fiducia allo 'straniero' (chiunque, come me, non sia della Carnia) viene concessa con molta prudenza, ma una volta concessa diventa legame forte, aperto e duraturo.

Cosa sottolineare di questa lunga esperienza che mi ha portato a vivere realtà tanto diverse? Cosa è cambiato, e cosa è rimasto eguale in questi anni? Quello che sento in fondo eguale è il cuore dell'esperienza, ovvero il lavoro e le emozioni che fanno la vita dei Club. Certo la terminologia si è trasformata, sono stati introdotti concetti prima impensati (come la spiritualità e la trascendenza) e ne sono stati tolti altri (come il concetto di 'malattia'), allora centrali. La famiglia ha una centralità teorica che all'inizio non aveva. I servitori-insegnanti non sono più, se non di rado, dei professionisti. Ma le emozioni che si provano nei Club o nella comunità multifamigliare sono ancora quelli che ho incontrato nel 1980 e che hanno fatto forte e viva questa esperienza.

Lo sviluppo e la situazione odierna dei Club in Italia

Introduzione

Ennio Palmesino, Michele Sforzina

Dopo la nascita del primo Club a Trieste, nel 1979, e il primo Corso di sensibilizzazione di Udine, nell'arco di pochi mesi i CAT si sono diffusi in Friuli-Venezia Giulia con una velocità sorprendente. Poi, grazie ai contatti con professionisti e volontari del Veneto, il metodo Hudolin è stato importato anche in questa regione confinante.

Per qualche tempo, il Friuli-Venezia Giulia e il Veneto sono state due regioni-guida alle quali facevano riferimento sia famiglie con problemi alcolcorrelati, sia operatori professionali e non.

Ma già all'inizio degli anni ottanta in quasi tutte le regioni del Nord Italia esistevano Club, e nel 1990 fu completata la rete su tutto il territorio nazionale. Oggi si contano circa 2.400 CAT, diffusi in ogni zona, cosicché ogni famiglia - come diceva Hudolin - ha a disposizione una 'porta aperta' attraverso la quale poter accedere facilmente per affrontare le proprie sofferenze.

Il quadro che viene presentato nei resoconti che seguono rispecchia in modo abbastanza fedele le diversità che formano l'unità dell'Associazione Italiana dei Club degli Alcolisti in Trattamento, che, come tutte le unioni, è la somma di tante diversità.

E queste diversità, non ce lo possiamo nascondere, hanno portato a molte difficoltà nel tenere unito il sistema, soprattutto nel tenere unita ed omogenea la metodologia.

Questo oneroso compito di tenere le fila del sistema ben unite se lo è assunto, negli anni, Vladimir Hudolin, che con la preziosa collaborazione della moglie Višnja, ha viaggiato per l'Italia in lungo ed in largo, al punto da diventare un fine conoscitore della nostra nazione e di tanti dei suoi angoli, anche i più remoti. Da questo punto di vista, Hudolin era forse più italiano di tanti italiani. Durante i suoi viaggi, per condurre i Corsi di sensibilizzazione, i Corsi monotematici, i Congressi, aveva parole di incoraggiamento e di sprone per tutti, era una molla ed un collante allo stesso tempo.

Con la sua scomparsa, alla fine del 1996, l'Associazione è stata scossa, non solo dal dolore per la scomparsa del Padre della metodologia, ma anche dal timore che il sistema si potesse scollare. Ma a tre anni e mezzo dalla sua scomparsa, forse si può cominciare a dire che la rete, da lui creata, covata, cresciuta, nutrita, sorretta, è ormai abbastanza robusta, e non sembra si possa scollare tanto facilmente.

Il sistema ecologico sociale è cresciuto al punto che sembra davvero possa vivere in modo autonomo, tante sono le individualità, i contributi personali ed associativi, anche di grande livello, tanto è il coinvolgimento delle famiglie dei Club (al Congresso di Foggia del 1999 sono state contate ad un certo punto 1.300 persone in sala!).

La forza dei Club degli alcolisti in trattamento in Italia è ormai consolidata, al punto che l'Associazione deve porsi adesso traguardi più avanzati, e fra gli altri, quello di diventare il capofila per lo sviluppo dei programmi all'estero, e quello di diventare un interlocutore credibile e riconosciuto dalle istituzioni, per una seria politica di prevenzione primaria.

Abruzzo

Adelmo Di Salvatore

La storia dei Club degli alcolisti in trattamento in Abruzzo inizia nel Giugno del 1985, subito dopo il Corso di sensibilizzazione diretto da Hudolin presso l'Università Cattolica di Roma. Un medico e una famiglia continuarono ad incontrarsi per alcuni mesi presso un ambulatorio di un paesino sperduto, fra lo scetticismo e l'isolamento (è stato il primo Club del Centro-Sud). All'inizio della storia risultarono davvero utili la partecipazione al primo Congresso Italo-Jugoslavo dei Club, nel 1985, i contatti frequenti con gli amici del Friuli, e gli innumerevoli spostamenti in giro per l'Italia, dietro a Hudolin. Pian piano, alla prima famiglia se ne aggiunsero altre e il Club fu trapiantato ad Avezzano, la cittadina dalla quale hanno poi mosso i primi passi anche gli altri Club.

I Corsi di sensibilizzazione del 1989, del '91, del '95 e del '97 hanno contribuito alla crescita del numero delle famiglie e dei Club.

I Servizi pubblici per le Tossicodipendenze e i Servizi di Alcologia hanno 'contaminato' le attività proprie dei Club, portando progressivamente ad una parziale medicalizzazione e professionalizzazione dei programmi ecologici. Negli ultimi tempi si è sviluppata una consapevolezza di questi pericoli e si è arrivati ad 'uscire' dal Ser.T. per ritornare nella comunità. Tuttavia non siamo ancora riusciti a creare un vero Centro alcologico territoriale funzionale. Le Scuole alcologiche territoriali hanno conosciuto uno sviluppo florido soprattutto negli anni '93-'97. Molte comunità sono state coinvolte e la cultura dei Club è potuta entrare nelle case. Il lavoro continua.

Alto Adige

F. Vittur

L'APCAT-AKVS è nata nel 1988 come risposta ai bisogni emersi sul territorio dell'Alta Val Badia nel campo dei problemi alcolcorrelati. Allora nella Val Badia non c'erano strutture né possibilità di seguire le persone che si sottoponevano a trattamenti per i problemi alcolcorrelati. Per diversi mesi nell'inverno di quell'anno alcune persone interessate, su iniziativa del Consiglio Parrocchiale di La Villa, si recarono nella vicina Pieve di Livinallongo per prendere parte, assieme agli amici ladini di Fodom, agli incontri settimanali che in quella parrocchia si svolgevano da alcuni anni per aiutare le persone che volevano uscire dall'alcol. Dopo un po' di tempo, sempre per iniziativa del Consiglio Parrocchiale di La Villa, del parroco don Franz Sottara e soprattutto di Costante Valentini, venne istituito il primo Club degli alcolisti in trattamento. Ebbe sede nella casa canonica di La Villa e cominciò a funzionare con sempre maggiore regolarità una volta alla settimana. In pochi mesi il CAT arrivò a una decina di membri.

Il coordinamento degli incontri venne assunto da Costante Valentini, che nel frattempo si era interessato alla problematica, aiutato soprattutto da don Elio Del Favero, allora parroco di Selva di Cadore, che seguì e coordinò l'attività del primo Club per diversi anni.

Attualmente i Club funzionanti sono sedici. Sono interetnici e accolgono persone provenienti dai gruppi ladino, tedesco e italiano. I Club, che sono presenti soprattutto sul territorio di competenza dell'Unità Sanitaria Est, operano in Val Badia, in Val Pusteria e nella Valle Aurina. Da parte dell'Associazione sono stati svolti finora due Corsi di sensibilizzazione: uno a La Villa nel 1990 e uno a Bressanone, presso l'Accademia Cusanus, nell'autunno del 1994, diretti da Vladimir Hudolin.

In media ogni Club è composto da una decina di famiglie. I locali per gli incontri sono stati finora messi a disposizione dei Club gratuitamente da parte dei Comuni e di varie istituzioni. Anche per l'arredamento, il riscaldamento e la luce non vi sono spese in quanto queste vengono sostenute dalle istituzioni che ci ospitano.

Ottimi sono i rapporti con il servizio medico sociale dell'Unità Sanitaria di Brunico e in modo particolare con Von Sölder, che è la responsabile del servizio.

Il risultato migliore raggiunto dall'Associazione è stato quello dell'espansione territoriale dei Club, che da uno nel 1987 sono passati a sedici alla fine del 1995. Altro risultato consequenziale è stato quello dell'aumento del numero delle famiglie.

Basilicata

B. Donvito

Il primo Club in Basilicata è nato a Potenza nel 1989, successivamente a Policoro, nel 1993. Il primo Club a Matera è stato aperto nell'Aprile del '95. Nel Dicembre del 1996 si è costituita l'ACAT Matera che comprende i quattro Club di questa città e inoltre i CAT di Bernalda, Ferrandina, Grottole e Montescaglioso. In questa regione si sono svolti, nel 1996, '97 e '98 Corsi di sensibilizzazione a Matera, Policoro e Acerenza. Nel Maggio del '99 è stato sottoscritto un protocollo d'intesa fra l'ASL n. 4 di Matera e l'ACAT. Da circa due anni sono stati organizzati diversi cicli di Scuola alcolologica territoriale di terzo modulo.

Calabria

F. Montesano, D. Pelaia

La storia dei Club degli alcolisti in trattamento in Calabria inizia nell'anno 1987, quando una psicologa, Maria Furriolo, dopo aver partecipato ad un Corso di sensibilizzazione nel 1985 a Roma con Hudolin, avviò a Chiaravalle (CZ), presso il Reparto di Medicina Generale del locale ospedale, il primo CAT della Regione. Nello stesso anno sensibilizzò, a Catanzaro, il primario della I° Divisione di Medicina Generale di quell'ospedale, G. Zimatore, ed un medico dello stesso reparto, Franco Montesano. Nel Maggio 1987 nasceva così, anche a Catanzaro, nell'ospedale così come a Chiaravalle, un altro Club degli alcolisti in trattamento. In seguito sono sorti altri Club nella stessa zona.

L'entusiasmo derivato dai risultati ottenuti con la nascita dei primi Club permise, il 7 Giugno 1988, la costituzione dell'Associazione Regionale dei Club degli Alcolisti in Trattamento (ARCAT) della Calabria: soci fondatori erano professionisti, alcolisti e loro famigliari. Tutti i CAT si tenevano in ospedale. Nel 1990 cominciò la 'deospedalizzazione' dei Club e la loro sistematica attivazione nel territorio, in sedi proprie ed autonome, indipendenti dai reparti ospedalieri, pur continuando il rapporto di reciproca collaborazione. Nello stesso tempo, attorno agli anni 1991-'93, cresceva l'interesse di altri professionisti verso questa esperienza e, conseguentemente, si ampliava il numero dei Club e delle loro sedi.

Negli anni seguenti, sono stati organizzati due Corsi di sensibilizzazione, a Catanzaro e Montepaone, grazie ai quali sono state regolarizzate le posizioni di quanti avevano iniziato per entusiasmo, ma senza formazione, e sono stati formati altri operatori, oggi servitori. Parimenti è ulteriormente aumentato il numero dei Club che, nel 1994 erano diciotto.

Ad oggi sono funzionanti trentun Club, dislocati in tutta la Calabria, ma soprattutto nella provincia di Catanzaro. Ora sono attivi trentacinque servitori-insegnanti su sessantatré che hanno preso parte al programma, lavorando nei Club. Sono state inoltre attivate sia a Catanzaro sia a Soverato le Scuole alcolologiche di 1°, 2° e 3° modulo.

È stata istituita l'ACAT Medio-Ionica a Noverato (CZ) e l'ACAT a Catanzaro e Rogliano di Cosenza. Tra le iniziative più importanti va ricordato l'avvio, nel 2000, della Scuola meridionale di perfezionamento in alcologia (300 ore).

Campania

A. Baselice

Il primo Club degli alcolisti in trattamento fu attivato a Salerno il 1° Dicembre 1989 grazie alla disponibilità di due famiglie, delle quali una proveniente da un periodo di permanenza presso la Sezione di alcologia di Castellerio (UD).

Il Club che venne denominato e tuttora si chiama 'La Speranza', si riunisce ogni giovedì presso una saletta della Parrocchia di San Domenico, nel centro storico di Salerno, messa a disposizione del parroco dell'epoca, don Enzo Quaglia.

Il primo servitore-insegnante di allora fu Nello Baselice, che, dopo un anno, iniziò a lavorare in un altro Club. Inizialmente le famiglie che cominciarono a frequentare il Club provenivano prevalentemente dalla provincia e anche dalla vicina Basilicata, percorrendo molte centinaia di chilometri ogni settimana.

Da parte delle poche famiglie di Salerno città che prendevano contatti con i Club, si coglieva un palpabile segno di diffidenza, scetticismo che si sommarono agli ormai consolidati sentimenti di sfiducia, vergogna e impotenza che albergano in esse. Tale atteggiamento non ostacolò peraltro la grande carica di entusiasmo e determinazione dei membri dei Club che cominciarono a verificare come la formula semplice, ma incredibilmente efficace, del CAT dava i suoi bravi risultati, sia sul piano dell'astinenza sia, soprattutto, sul piano del mutamento di stile di vita.

Il Club 'La Speranza' ha rappresentato la punta di diamante del sistema ecologico-sociale locale, che si va progressivamente arricchendo di nuove comunità multifamigliari, in modo tale da diffondersi ormai in tutta la Campania. A partire dal 1993 sono stati organizzati:

- Due Corsi di sensibilizzazione sui problemi alcolcorrelati presso il Centro Servizi per il Volontariato dell'amministrazione provinciale di Salerno, a Vietri sul Mare (SA). Il primo dal 29.11.1993 al 4.12.1993; il secondo dal 21.11.1994 al 28.11.1994.
- Un Corso di aggiornamento sulle difficoltà del lavoro dei Club presso il Centro Servizi per il Volontariato dell'amministrazione provinciale di Salerno, a Vietri sul Mare (SA) nei giorni 24 e 25.09.1994.
- Un Corso avanzato all'approccio ecologico-sociale, a Majori (SA) dal 5 al 9.09.1995.
- Un Corso di sensibilizzazione sui problemi alcolcorrelati, nel Novembre 1996, a Teggianno (SA).
- Un Corso di aggiornamento per servitori-insegnanti e famiglie dei Club su 'Alcol e disagio psichico', a Salerno l'1 e il 2.03.1997.
- Un Seminario nazionale sul tema: 'La scuola come comunità per la salute: linee guida per la prevenzione primaria dei problemi alcolcorrelati. Strategie, programmi e strumenti di intervento', a Salerno il 23 e 24.01.1998.
- Un Corso di sensibilizzazione sui problemi alcolcorrelati, dal 15 al 20.06.1998 presso l'Ospedale San Luca di Vallo della Lucania (SA).
- Il Forum Nazionale 'Alcol e politiche municipali dalle linee di indirizzo alle strategie di Comunità', il 5.12.1998 presso il Comune di Salerno.

- Un Corso di sensibilizzazione sui problemi alcolcorrelati, dal 15 al 20.03.1999, a Battipaglia (SA).
- Un Seminario nazionale sul tema: 'La scuola come comunità per la salute; linee guida per la prevenzione primaria dei problemi alcol correlati. Strategie, programmi e strumenti di intervento', a Salerno, dal 28 al 30.04.1999.
- Il Workshop 'Alcol, municipalità, che fare? Come scegliere le iniziative più adatte al proprio Comune e come realizzarle', a Salerno, presso la sede di Soccorso amico, l'8.05.1999.
- Un Corso di sensibilizzazione per operatori da auto mutuo aiuto, dal 2 al 4 Dicembre, con l'Università degli Studi di Salerno, a Fisciano (SA).

Emilia-Romagna

Stefano Alberini

Quando fu inaugurato in Emilia-Romagna il primo Club degli alcolisti in trattamento, nel 1988, non pensavamo che i programmi alcolologici avrebbero assunto dimensioni tanto ampie. Il primo Corso di sensibilizzazione si tenne nel Marzo 1988 a Guastalla e fu condotto da Hudolin. In seguito al Corso, al quale avevano partecipato persone di tutta la Regione, furono fondati due Club a Guastalla e fu avviato il Servizio di alcolologia, presso il Ser.T. L'anno successivo ha visto la nascita dell'ACAT, che stipulò una convenzione con il servizio pubblico (Ser.T.): questa cooperazione ha dato la possibilità di formare nuovi servitori-insegnanti e aprire altri sei Club.

Il sistema ecologico sociale si è diffuso in tutta l'Emilia-Romagna grazie ai Corsi di sensibilizzazione, tenuti a Reggio Emilia (1991), a Parma (1991), a Imola (1992), a Modena (1993), tutti diretti da Hudolin; e poi nel 1995 a Rimini, nel 1996 a Cesena e nel 1997 a Bagno di Romagna, diretti da Pier Paolo Vescovi. Questi Corsi hanno permesso la moltiplicazione di diversi Club, che oggi sono 129. Oggi in Emilia Romagna i Club lavorano anche nelle carceri.

Successivamente al Corso di sensibilizzazione di Guastalla, l'apertura del Servizio di alcolologia presso il Ser.T. ha segnato una tappa fondamentale nella storia dei programmi secondo l'approccio ecologico sociale. All'epoca questo Servizio godeva di grande considerazione e, come nel resto d'Italia, ha favorito un aumento progressivo del numero dei Club, ma anche il cambiamento culturale, a partire dal passaggio dal concetto di alcolismo come malattia e quello di stile di vita.

La nostra esperienza ha dimostrato quindi l'utilità di una cooperazione fra pubblico e privato, anche se non facile, perché entrambi tendono a condizionare i programmi.

Friuli-Venezia Giulia

D. Tassin

Nell'Ottobre 1979 l'Ospedale Civile di Udine organizzò, con la collaborazione della Scuola Superiore di Servizio Sociale di Trieste, un corso della durata di una settimana sul trattamento medico-psico-sociale dell'alcolismo. Il corso fu diretto e condotto da Vladimir Hudolin e dai suoi collaboratori della Clinica Universitaria M. Stojanović di Zagabria e creò vivo interesse e coinvolgimento nei partecipanti (oltre cento fra operatori socio-sanitari, amministratori, religiosi e altre persone sensibili al problema).

Vladimir Hudolin espose l'esperienza da lui portata avanti in Croazia e diventerà negli anni successivi il promotore e il punto di riferimento obbligato dei nuovi programmi per i problemi alcolcorrelati e complessi nel Friuli-Venezia Giulia e successivamente nel resto d'Italia.

Sulla scia di questo corso nasce il primo Servizio di Alcologia nell'Ospedale di Udine grazie alla sensibilità di Luciano Floramo, allora presidente dell'Ospedale, e alla disponibilità di Renzo Buttolo, primario medico dello stesso.

Contemporaneamente nasce a Trieste, presso l'abitazione della famiglia Pitacco, il primo Club degli alcolisti in trattamento.

L'avvio dei primi Club in questa regione permise l'attivazione di servizi alcolologici presso gli ospedali di San Daniele del Friuli, Palmanova, Pordenone e Trieste, nonché di ambulatori alcolologici in altri centri della Regione.

Una prima fase di applicazione del modello Hudolin prevedeva una stretta collaborazione fra servizio pubblico e Club, con un iniziale trattamento medico-psico-sociale presso le allora cosiddette 'comunità terapeutiche' intraospedaliere e conseguente inserimento nel Club. Successivamente, a partire dal 1985, quando, durante il Congresso italo-jugoslavo dei Club ad Abbazia, Hudolin introdusse il concetto di alcolismo come stile di vita, il Club diventa strumento d'elezione e fulcro dei programmi ecologico-sociali nel territorio.

Attualmente i Club presenti sul territorio regionale sono 275. Sono organizzati localmente in diciannove ACAT, corrispondenti a zone territoriali limitate, tali da rispondere in maniera adeguata alle necessità organizzative dei Club. Nel Friuli-Venezia Giulia, dal 1979 al 1999 sono entrate nei programmi 10.648 famiglie.

Dal 1992 sono state attivate le Scuole alcolologiche territoriali nei tre moduli previsti. Nel territorio della Bassa Friulana, del Gemonese e del Sandanielese sono stati attivati i Centri alcolologici territoriali funzionali, intesi come collaborazione fra le risorse dei servizi pubblici e i Club per lo sviluppo dei programmi alcolologici territoriali secondo l'approccio ecologico sociale.

Le ACAT, spesso in collaborazione con i servizi pubblici, hanno svolto diverse iniziative di prevenzione e sensibilizzazione fra cui:

- serate di educazione alla salute rivolte alla popolazione dei diversi comuni;
- incontri con medici di base e operatori dei servizi di base;
- trasmissioni radiofoniche su emittenti locali,
- collaborazione con le autorità scolastiche per programmi rivolti agli insegnanti, agli allievi e ai genitori;
- interventi nelle fabbriche e nelle caserme.

Nonostante siano presenti ancora comprensibili resistenze a vari livelli (economici, professionali, culturali), si può dire e dimostrare che la ventennale esperienza dei programmi ecologico-sociali in questa regione, oltre a consentire a un così alto numero di famiglie di uscire dalla sofferenza alcolcorrelata, ha permesso una sensibilizzazione e un cambiamento della cultura non solo sanitaria ma generale, nel senso di una promozione della qualità della vita, basata sulla condivisione, la solidarietà, la ricerca di una migliore giustizia sociale e la difesa della pace.

L'ACAT Maniaghese-Spilimberghese

G. B. De Stefani

Ogni anno i programmi ecologico-sociali si evolvono e crescono per cercare di affrontare il disagio dei problemi alcolcorrelati.

Negli ultimi anni nella nostra ACAT Maniaghese-Spilimberghese si è cercato di rendere le persone consapevoli che tutelare e proteggere la loro salute e quella delle loro famiglie è insieme un diritto ed un dovere, questo anche per ridurre i comportamenti a rischio (Programma dell'OMS per ridurre i consumi di alcol del 25% entro il 2000).

Nei programmi ecologico-sociali per il lavoro con i problemi alcolcorrelati è vitale dare ampio spazio alla valorizzazione della persona, alla dignità ed alla ricchezza esistenziale. È

necessario cogliere la grandezza delle risorse di ognuno e metterle in comune in modo che condividere le diversità diventi una ricchezza di tutti, anche quando il disagio sembra avere la meglio. Non è facile trovare un metodo di lavoro sempre creativo e coinvolgente anche perché l'esitazione che è presente in ogni impegno che ha come interlocutore la persona umana non è poca e neanche da sottovalutare.

Compiere un passo avanti per crescere interiormente e per migliorare la qualità della vita nella nostra cultura sociale è sicuramente difficile ma è anche necessario per vivere la nostra vita da protagonisti, per dare significato al nostro futuro e per cogliere tutto ciò che ci viene offerto come sostegno per il nostro cammino di crescita, questo il compito e l'obiettivo dello sviluppo dei programmi ecologico-sociali.

Concludiamo con una affermazione di Vladimir Hudolin: "Dobbiamo trovare la pace nel nostro interno, nel profondo del cuore, nelle nostre famiglie e comunità. Quando l'avremo, potremo offrirla anche agli altri".

Lazio

D. Uccella

Nel 1985 il Ministero della Sanità organizza a Roma il Corso di sensibilizzazione, diretto da Hudolin, al quale partecipano corsisti di varie regioni italiane. Per Roma, da questo Corso escono cinque servitori-insegnanti che aprono subito i CAT. I quattro CAT vengono avviati all'interno di servizi pubblici così dislocati:

- Ser.T, nell'Ospedale 'Santo Spirito' di Roma (con due servitori-insegnanti);
- Ser.T di Centocelle (Roma);
- Reparto di Gastroenterologia dell'Ospedale 'San Camillo' di Roma (con un servitore-insegnante volontario);
- Ospedale 'Santa Maria Goretti' di Latina, presso il Reparto di Psichiatria e Tossicodipendenze.

Nel 1987 si aggiungono due servitori-insegnanti volontari a Roma che avevano frequentato un altro Corso di sensibilizzazione.

A partire dal 1990 la storia dei Club nel Lazio si evolve così:

- All'interno del Reparto di Gastroenterologia dell'Ospedale 'San Camillo' di Roma i due servitori-insegnanti volontari attivano un servizio completo: accoglienza, day hospital, CAT, che sono portati nel territorio, mentre i ricoveri si effettuano quando è necessario.
- Presso l'Ospedale 'Santa Maria Goretti' di Latina vengono attivati altri CAT, secondo le necessità del Servizio, senza più contatti con i CAT di Roma né con altri attivati anche da persone che non hanno frequentato un Corso di sensibilizzazione.
- Negli altri Servizi la situazione rimane invariata.

Nel 1992 si organizza un altro Corso di sensibilizzazione a Roma, nella speranza di realizzare una collaborazione fra l'ARCAT Lazio ed un Reparto di Gastroenterologia del Policlinico 'Umberto I°' di Roma. Vi partecipano settanta corsisti, dei quali venticinque danno la loro disponibilità a diventare servitori-insegnanti. L'anno seguente, fra questi solo cinque aprono i CAT (oggi ne resta uno) gli altri si dedicano alla ricerca in campo alcologico. Nel 1994 vengono aperti nel territorio sei CAT.

Nel 1995 Hudolin dirige un Corso di sensibilizzazione a Roma, in collaborazione con il Policlinico 'Umberto I°'.

L'ARCAT Lazio grazie ad alcuni amici del mondo dei CAT realizza un Corso di sensibilizzazione al quale partecipano 22 corsisti, dei quali 13 aprono i CAT.

Nel 1995 la situazione è ancora difficile. L'ARCAT Lazio realizza varie iniziative nel territorio per far conoscere i CAT. Prende sempre più contatti con le istituzioni pubbliche.

C'è un nuovo incontro che dà la speranza di realizzare una forma di collaborazione: viene organizzato un Corso a Sabaudia dal Servizio di Psichiatria e Tossicodipendenze di Latina nel 1994. Settanta sono i corsisti. Sei di questi aprono i CAT; nessuno si è collegato con l'ARCAT Lazio. Dal 1996 ad oggi non sono stati organizzati altri Corsi di sensibilizzazione.

Nel 1999 nella Regione ci sono circa 40 Club che usano il metodo Hudolin, ma di questi solo 15 si riconoscono pienamente nell'ARCAT e nel metodo. Gli altri non hanno contatti con l'ARCAT. Sono tenuti tutti da operatori dei servizi pubblici.

Nel 2000 l'ARCAT Lazio prosegue il suo cammino realizzando:

- incontri mensili con i servitori e i referenti dei CAT;
- le Scuole alcolologiche territoriali di I°, II° e III° livello;
- due Interclub regionali (uno a Roma e uno a Pontecorvo);
- incontri di prevenzione primaria con la popolazione;
- rapporti con le Istituzioni, Regione, carceri e Ser.T.

L'Associazione Provinciale dei Club degli Alcolisti in Trattamento di Latina

G. Nicolucci

Nel 1984 Hudolin conduce un Corso di sensibilizzazione a Roma. Partecipa al Corso la nostra amica, oggi scomparsa, Luciana Faraone che dopo diventa socio fondatore dell'Associazione Regionale dei Club degli alcolisti in Trattamento del Lazio.

Nasce a Latina il primo Club con servitrice la stessa Luciana. Dapprima si tiene nella struttura ospedaliera che nel frattempo istituisce una unità di alcologia, da considerarsi tra le prime nell'Italia centro-meridionale. Nel 1986 i Club diventano due e si spostano nel territorio, ospiti in due parrocchie della città.

Nel 1990 le famiglie partecipano al Congresso nazionale dei CAT di Riva del Garda, dove si confrontano con realtà molto più avanzate nei programmi, e trovano lo spunto per accrescere il loro entusiasmo. Al ritorno fondano l'Associazione Provinciale dei Club degli Alcolisti in Trattamento, e iniziano una serie di attività di formazione-informazione, ed i Club diventano sette nel 1994. Nello stesso anno viene organizzato un Corso di sensibilizzazione a Sabaudia con la direzione di Hudolin. Il Corso, rivolto ad operatori pubblici dei Ser.T. del Lazio e a volontari, ha permesso di sviluppare le attività nel campo alcolologico di tutte le aziende sanitarie del Lazio.

Nascono i Club di Velletri e Nettuno, in provincia di Roma ed i Club che aderiscono all'APCAT Latina diventano rapidamente 18. L'aggiornamento delle famiglie e dei servitori diventa da quel momento regolare ed assiduo.

Dal 1991 siamo presenti con le famiglie a tutti i Congressi nazionali, e dal 1995 al Congresso sulla spiritualità antropologica di Assisi.

Dal 1994, la prima domenica di Luglio si svolge una festa campestre analcolica con la partecipazione delle famiglie e della popolazione intera.

Ad Aprile del 2000 si svolge il secondo Corso di sensibilizzazione con un'idea nella mente: 'Un Club in ogni Comune della nostra Provincia'.

Liguria

Ennio Palmesino

Il primo Club degli alcolisti in trattamento è stato aperto a Genova, nel 1986, da una famiglia di friulani emigrati a Genova per lavoro, che avevano avuto in precedenza un trattamento a Castellerio (Udine), con Lezzi.

Come sempre agli inizi, essi hanno avuto difficoltà: per tutto il primo anno le riunioni hanno avuto luogo a casa loro, e le uniche famiglie che riuscivano a contattare erano quelle che andavano in Friuli per un trattamento ospedaliero e che al rientro a Genova venivano contattate ed invitate a frequentare il Club. Successivamente si è stabilita una collaborazione con l'Associazione San Marcellino, che opera tuttora a favore dei senza dimora, ed il cui direttore, padre Alberto Remondini, non solo ha aperto dei Club presso la sua struttura, ma è diventato primo presidente dell'ARCAT Liguria.

La successiva collaborazione con medici del servizio pubblico (Schiappacasse) e del Consultorio Militare (Sacripante) ha portato ad un rapido sviluppo dei Club, grazie anche ai finanziamenti della Regione Liguria per i primi Corsi di sensibilizzazione, che si sono tenuti regolarmente dal 1991 al 1995, sempre con l'intervento di Hudolin.

Dopo una momentanea crisi, dal 1995 al 1996, che ha visto una certa diminuzione del numero dei Club, e la temporanea sospensione dei Corsi di sensibilizzazione, l'attività ha avuto un rilancio a partire dal 1997, quando sono ripresi i Corsi (uno nel '97, tre nel '98, due nel '99 e due nel 2000). I Club a metà anno 2000 erano risaliti a 58.

Un passo importante è stato poi l'inaugurazione del Centro alcologico territoriale funzionale (Marzo 1999, alla presenza di Višnja Hudolin) che ha prodotto subito dopo numerose iniziative di grande significato: l'acquisto di una Unità Mobile per la sensibilizzazione sul problema 'Alcol e Guida', grazie al finanziamento della Fondazione CARIGE, i primi Corsi di formazione sui problemi alcolcorrelati agli insegnanti delle scuole medie (in collaborazione con il Provveditorato agli Studi sia di Genova sia di Sanremo), il primo Corso per la formazione delle famiglie sostitutive (con il contributo della Fondazione San Paolo), il primo Corso di sensibilizzazione per operatori penitenziari (in collaborazione con il Ministero di Grazia e Giustizia), una proficua collaborazione con la Croce Rossa Italiana, Comitato Regionale Ligure, la preparazione di un CD-Rom interattivo sull'alcol, destinato agli studenti delle scuole medie, in collaborazione con l'Università di Genova e quella di Lione, e con il finanziamento della Regione Liguria.

Lombardia

Angelo Tedioli

Il primo Club lombardo vede la luce il 17 Dicembre 1984, a Bergamo, presso la Parrocchia di S. Alessandro della Croce, di via Pignolo. Erano presenti a quel primo incontro le famiglie Cuni, Moi, Piantoni e Goisis nella veste di famiglia sostitutiva. Molti di loro sono ancora attivi nel sistema ecologico sociale e anche servitori-insegnanti.

L'ARCAT Lombardia è nata nel 1986 a Bergamo. Il primo presidente fu Felice Vanzetti, poi Roberto Cuni, dal 1989 al '93, e in seguito l'incarico fu ricoperto, per circa due anni, da Graziella Ferrami, mentre l'attuale presidente è Angelo Tedioli.

Seguendo il programma di territorializzazione dei Club e aderendo all'idea delle piccole ACAT quanto più possibile vicine ai Club, da quel primo sparuto insieme di famiglie possiamo contare attualmente su cinquantadue ACAT zonali, con un totale di 350 Club.

Nella primavera del 1998 frequentavano i CAT complessivamente 1.600 famiglie, che però salgono fra le tre e le quattromila, se consideriamo tutte le famiglie iscritte. Quella rilevazione conferma il risultato buono nel 75% delle 1600 famiglie frequentanti.

Nel 1986 fu organizzato il primo Corso di sensibilizzazione ad Albino, in provincia di Bergamo. A tutt'oggi l'ARCAT Lombardia ne ha promossi trentacinque, con un progressivo impegno delle nostre comunità locali.

Fra il 1989 e il '90 fu organizzata la Scuola nazionale di perfezionamento in alcologia (300 ore), con sede a Bergamo e a Milano, mentre nel 1997 l'ARCAT organizzò il 7° Congresso nazionale delle famiglie e dei servitori-insegnanti a Cremona.

Inoltre si è ormai consolidato, a partire dal 1997, l'appuntamento con il Corso monotematico nazionale sull'approccio familiare di Somasca (Lecco), organizzato in collaborazione con l'AICAT, l'ACAT Val San Martino e con altre ARCAT, che vede ogni anno impegnati cinquanta servitori-insegnanti su questo tema.

Nel 2000 è stata avviata a Leno la Scuola nazionale di perfezionamento in alcologia (Scuola delle 300 ore).

Marche

Nell'Ottobre 2000, in questa regione risultano attivi quattordici Club.

Molise

Angelica Romanelli

Nella regione Molise il primo CAT è nato a Campobasso nel Maggio del 1994.

Nel marzo 1995 a Campobasso gli operatori del Ser.T. organizzarono un Corso di sensibilizzazione ai problemi alcolcorrelati che ha visto una buona partecipazione di operatori dei servizi pubblici territoriali (Ser.T., Servizi sociali del Comune, Consultorio familiare ecc.) Il Corso, pur avendo come immediato risultato l'apertura di nuovi Club, permise ai Ser.T. di prendersi cura in maniera sistematica delle persone con problemi alcolcorrelati, in un lavoro di rete con gli altri servizi e presidi territoriali, sensibilizzati a tali problematiche.

A Isernia, nell'Aprile del 1995 è nato un Club con sede presso i locali del Comune. Nel Novembre del 1997 il Club di Campobasso si è sciolto. Nel Febbraio 1998 è nato un Club a Frosolone. Dopo un mese circa la sede del Club è stata spostata a Salcito (CB) e, attualmente, gli incontri si effettuano presso i locali della Caritas.

Nel territorio molisano, al momento, sono presenti due Club.

Piemonte

Paolo Barcucci

I programmi per il trattamento ecologico sociale dei problemi alcol/droga correlati e complessi nacquero in Piemonte nel 1984 per opera di alcuni operatori del Servizio Tossicodipendenze di Chieri (TO), che avevano deciso di occuparsi dei problemi alcolcorrelati, a seguito della sollecitazione di una famiglia che, avendo avuto tale problema, aveva trovato la soluzione iniziando a frequentare un Club degli alcolisti in trattamento in Veneto.

Nei primi due anni esisteva un solo Club in tutto il Piemonte; poi nel 1986 i quattro operatori del Servizio Tossicodipendenze di Chieri, parteciparono ad un Corso di sensibilizzazione in Veneto; i Club aumentarono, e all'inizio del 1988 erano quattro: tre a Chieri ed uno a Dronero (CN), aperto a cura di famiglie e operatori dei servizi pubblici locali, che avevano conosciuto il metodo in Friuli.

Nel 1988 si svolse a Chieri il primo Corso di sensibilizzazione in Piemonte; iniziativa che si ripeté tutti gli anni, una o più volte. A seguito di quest'iniziativa, diverse persone dettero la propria disponibilità ad operare nei programmi e si aprirono così nuovi Club, che diventarono sette entro l'anno. Nell'ottobre del 1988 i Club esistenti fondarono l'ARCAT Piemonte e successivamente nacquero le ACAT locali.

Gli anni successivi videro lo sviluppo progressivo dei Club, che alla fine di Marzo 2000 sono 299.

Lo sviluppo si è caratterizzato da una concreta e fattiva collaborazione tra gli operatori del servizio pubblico e i volontari, facilitata dalla posizione assunta dall'Ufficio Tossicodipendenze dell'Assessorato Regionale alla Sanità del Piemonte, che grazie all'allora funzionario

responsabile, sostenne l'iniziativa, finanziando i Corsi di sensibilizzazione e facendo opera di pressione presso i servizi pubblici affinché si facessero carico dei problemi alcolcorrelati della popolazione e della necessità di attivare dei trattamenti efficaci.

Dal 1994 i Corsi di sensibilizzazione si svolsero in località differenti del Piemonte, e questo ha facilitato lo sviluppo dei programmi locali, nonché la partecipazione attiva delle famiglie dei Club, sia nell'organizzazione delle attività formative, sia nella disponibilità a diventare servitori-insegnanti.

Alcuni servitori-insegnanti di Club hanno proseguito la propria formazione, frequentando la Scuola nazionale di perfezionamento in alcologia (300 ore), i primi ad Udine nel 1988 e gli altri in Piemonte e Trentino. Si sono svolti nella Regione tre cicli di Scuola di perfezionamento in alcologia, l'ultimo nel 1998, come sede staccata della Scuola nazionale di Arezzo.

Nell'Ottobre 2000 si è svolto il 9° Congresso nazionale dell'AICAT a Torino.

Puglia

G. Aquilino, L. Colajanni, M.A. Papapietro, M.T. Salerno

Il processo alcologico in Puglia ha perseguito due vie: offrire alle famiglie già sofferenti per il problema modalità di trattamento e di assistenza accessibili, creare un contesto educativo per migliorare la qualità di vita della comunità attraverso la promozione della salute. I programmi alcologici in Puglia sono nati in maniera parallela e inconsapevole, a metà degli anni '80 in ambito ospedaliero presso la Divisione di Neurologia di Foggia e la Clinica Medica della Facoltà di Medicina di Bari, non dall'insistenza delle famiglie, ma dalla frustrazione dei primi operatori incapaci di dare un'adeguata risposta alle richieste di salute di alcuni 'pazienti' che a loro si rivolgevano. Questo contesto ha creato inizialmente una reale difficoltà alla diffusione territoriale dei programmi, perché ha alimentato sia negli operatori sia nelle famiglie una visione 'ospedalocentrica' del sistema, che non apparteneva all'ospedale, ma neanche alla comunità locale, luogo di riabilitazione per persone che non potevano definirsi malate, ma neanche sane, ma che soprattutto nessuno voleva. Del resto questa forma di assistenzialismo trovava piena accettazione da parte delle famiglie, atavicamente usate a delegare il proprio benessere alle strutture sanitarie, essendo assolutamente assente la cultura della promozione, bensì quella ancorata al concetto di 'vizio', ben lontana dal considerare l'alcolismo una malattia e ancor meno un comportamento a rischio.

Tuttavia della comunità facevano parte anche gli amministratori, gli educatori, il personale socio-sanitario e quanti altri avrebbero dovuto promuovere programmi di intervento per prevenire ed affrontare il disagio sociale.

In Puglia manca tuttora un piano sociosanitario, pertanto tutte le attività sono iniziate ed in seguito condotte in un territorio non amministrato, ma soprattutto non formato, non educato alle problematiche alcolcorrelate ed in cui i servizi territoriali, uno dei pochi casi in Italia, funzionavano male per carenza di personale, quasi totalmente convenzionato, quindi scarsamente motivato.

Inizia così la scommessa dei programmi alcologici che a nostra insaputa si sarebbero trasformati in programmi ecologici. E si iniziò con un clamoroso insuccesso. Infatti sia a Bari sia a Foggia i primi interventi furono condotti con un approccio medico. Non sapendo bene cosa fare, furono avviati ambulatori e ricoveri in cui gli operatori medici e gli assistenti sociali, dopo una classica prassi professionale, prescrivevano di non bere. Quindi, nonostante l'impegno di ore di colloqui e l'entusiasmo dei neofiti, si ottenevano risultati scarsi e comunque al di sotto delle aspettative. Per ovviare a questo fallimento si pensò in entrambe le realtà di delegare il problema all'esperienza delle strutture psichiatriche che si dichiararono disinteressate, memori di precedenti insuccessi.

A questo punto decidemmo di allargare i nostri orizzonti, di andare fuori a confrontarci con esperienze e capacità professionali specifiche: Dolo, Treviso, Castellerio, località che sicuramente hanno rappresentato tappe obbligatorie per chi a quell'epoca voleva avvicinarsi alle problematiche alcolcorrelate.

Da questa esperienza all'apprendimento ed all'applicazione del metodo, allora definito medico-psico-sociale integrato, il passo fu breve. E sicuramente, sia per i programmi di Bari che per quelli di Foggia l'incontro con Hudolin durante la frequenza di un Corso di sensibilizzazione al suo approccio fu determinate per l'avvio dei programmi e per la costituzione di una rete di intervento che oggi va sempre più abbracciando a maglie strettissime tutte le realtà pugliesi e parte della Basilicata. Infatti capimmo che il problema alcol non era chiuso nel mondo dei 'pazienti alcolisti', ma che passava prima dalla nostra cultura alcolica, dal nostro rapporto con l'alcol, dal modo di intendere e di pensare alla salute ed al piacere. Sicuramente una chiave di volta ai programmi l'ha data il nostro stesso cambiamento di ottica di visione del problema. L'accettazione del concetto di stile di vita, di comportamento, di comunità, ha fisiologicamente indotto all'abbandono del concetto di malattia e quindi della visione 'ospedalocentrica' e riabilitativa dei programmi alcologici ai programmi ecologici, tali perché collegano la nostra comunità in rete ad altre realtà italiane, per promuovere progetti più idonei alla protezione e promozione della salute in campo alcologico, rivolti alla comunità. Fondamentale per la crescita dei programmi ecologici è stata la consapevolezza, raggiunta dagli operatori e dalle famiglie in trattamento, dell'appartenenza alla comunità locale con l'attivazione delle reti informali (famigliari, amici, medici, datori di lavoro, centri d'ascolto, comunità parrocchiali) e delle reti formali (amministrazioni comunali, amministrazioni sanitarie), con la partecipazione attiva agli incontri informativi e scientifici, con gli interventi nelle comunità scolastiche.

I Club sono nati nell'autunno del 1985, pressoché contemporaneamente a Foggia (per opera di Giovanni Aquilino) e a Bari (per opera di Camilla Maenza e Pia Marzo coadiuvate da Tecla di Canio) e si sono sviluppati dapprima in queste due province per poi, gradualmente, diffondersi nel resto delle altre province pugliesi. Attualmente, in Puglia vi sono 80 Club.

Nuove esperienze sono state avviate:

- I programmi nelle carceri avviato con due Club e due cicli di Scuola alcologica territoriale, una per i minori l'altra per gli adulti.
- 'Unità di strada', in collaborazione con una cooperativa che opera nell'ambito del disagio causato dall'uso di sostanze psicoattive, in rete con altre agenzie del territorio (Comuni, Province, Club Service, Telecom).
- La rete di solidarietà oltre il mare, ovvero il progetto Albania. Questo è iniziato circa quattro anni fa con l'arrivo in Albania di due servitrici di Club provenienti dall'AR-CAT Puglia.
- La scuola per la salute: motivati dalle indicazioni dell'O.M.S., è stato avviato e in parte realizzato in collaborazione con realtà operative della Campania (Logos di Salerno), Umbria (GOAT di Perugia), Trentino (CSDPA di Trento) il progetto 'La scuola come comunità per la salute'. Il progetto vuole costituire un fermento operativo per tutte le componenti della scuola (docenti, discenti, famiglie, personale non docente).
- Il Progetto Prometeo, attualmente in fase di realizzazione è in collaborazione con l'Assessorato ai Servizi Sociali della Provincia di Foggia e prevede la realizzazione dei Corsi di sensibilizzazione, Corsi per servitori di Club, l'apertura di nuove comunità multifamigliari nelle zone scoperte e l'attivazione di un programma di promozione e protezione della salute, avvalendosi di una costituenda rete territoriale di persone specificamente formate ai problemi alcolcorrelati.

Così sono stati i programmi e i primi Club, così abbiamo imparato che non esiste l'alcolismo, ma famiglie che attraversano un disagio a volte multidimensionale; così è nata la convinzione profonda che per intervenire efficacemente sia importante un approccio di comunità, così come oggi l'O.M.S. ci indica. Questo ha cambiato le nostre vite personali e professionali e sta cambiando seppur faticosamente la cultura della nostra comunità.

Sardegna

G. Carcangiu

Il primo Club in Sardegna nacque ad Abbasanta (Oristano) nel 1988 e nel 1990 se ne costituì un secondo a Macomer (Nuoro) a pochi chilometri di distanza dal primo.

Nel 1991 nacque il primo Servizio pubblico di Alcologia e contemporaneamente il CAT n. 3 a Senorbì (Cagliari). Da allora in poi, con la costituzione dell'ARCAT, la diffusione dei CAT (quaranta a tutt'oggi), l'organizzazione dei Corsi di sensibilizzazione, delle Scuole alcolologiche territoriali e dei Corsi monotematici, la costituzione delle équipes di alcologia presso i Servizi per le tossicodipendenze, il livello di sensibilità della popolazione e delle istituzioni nei riguardi dei problemi alcolcorrelati sono costantemente cresciuti, tanto da spingere l'Assessorato alla Sanità della Regione Autonoma della Sardegna a costituire un gruppo di lavoro sui problemi alcolcorrelati, per cooperare con le reti di solidarietà, sia per promuovere iniziative di prevenzione in tutta l'isola, in linea con le raccomandazioni dell'OMS, riportate nel Piano d'azione europeo per la riduzione dei consumi.

È l'attuale sicuramente un periodo di grande fermento e di ricchezza di intenti che ha preceduto momenti di difficoltà di accettazione, di sospetto e tolleranza nei confronti dei CAT e che non presagivano certamente sviluppi così positivi. Tuttavia, sembra ormai che almeno per quanto riguarda i programmi alcolologici sia diffusa nel sistema ecologico sociale dei Club sardi la coscienza di ciò che si chiama, come scrive Morin, 'l'ecologia dell'azione', e anche del fascino del 'rischio dell'investimento' in termini di prospettive di miglioramento della qualità della vita nelle nostre comunità.

Sicilia

Giuseppe La Rocca

Oltre dieci anni sono trascorsi dalla nascita dei programmi alcolologici territoriali in Sicilia, secondo la metodologia ecologico-sociale di Hudolin. Il primo Corso di sensibilizzazione di Siracusa, alla fine del 1987, aveva gettato dei semi che poi si sarebbero rivelati fecondi e che ad oggi vede ancora un gruppo discretamente nutrito di servitori-insegnanti di Club lavorare alacremente per far crescere i programmi nel vasto territorio isolano. Il caso o la fortuna hanno fatto sì che i programmi si sviluppassero in una zona, anziché nell'altra. Chi scrive perseverò, a dispetto di molti, nell'idea che un CAT sarebbe stato necessario nella propria realtà lavorativa e da lì è poi partita la carovana che è ancora in cammino. Le direttrici verso cui si sono sviluppati i programmi territoriali si sono mosse sull'asse Catania-Caltanissetta per l'impegno dell'Associazione 'Casa Famiglia Rosetta' e di alcuni operatori.

I programmi a Catania. Pur non essendo stata raggiunta la copertura integrale del vasto territorio provinciale, vi sono attualmente in piena attività undici CAT: sette si trovano in ambito metropolitano, altri quattro in provincia (a Paternò, Palagonia, Acireale e Raddusa). Tre Ser.T. e un Dipartimento di Salute Mentale sono anche punto di riferimento per l'alcologia in ambito pubblico.

Nel 1997 si è costituita l'Associazione Provinciale dei Club degli alcolisti in trattamento, mentre la stessa ARCAT Sicilia, già attivata alla fine del 1990, ha avuto sede nel capoluogo. In cooperazione con l'APCAT si organizzano periodicamente Scuole alcolologiche territoriali

di 1°, 2° e 3° modulo. Inoltre vengono organizzati regolarmente gli Interclub zonali e regionali.

I programmi di Palermo. Città da sempre impermeabile ai programmi alcolici, ha vissuto una breve stagione di crescita dei programmi dopo il primo Corso di sensibilizzazione di Palermo con Hudolin. Poi per diversi anni niente si è mosso. Dopo il Corso di Troina e quello di Caltanissetta del '97 (entrambi organizzati dall'ARCAT, con il concorso del Centro alcolologico nisseno di 'Casa Famiglia Rosetta'), la situazione si è sbloccata e in poco tempo sono stati aperti tre CAT, si sono organizzati due Interclub e una Scuola alcolologica territoriale di 1° modulo.

I programmi a Enna. I programmi ad Enna si sono distinti per la vivacità delle iniziative proposte durante la presidenza ARCAT di Aurelio Di Carlo. Dalla costituzione dell'APCAT a Enna, tali iniziative si sono ulteriormente incrementate ed indirizzate verso un'attività complessa molto simile a quella di un Centro alcolologico territoriale funzionale: infatti ci si occupa di formazione ed aggiornamento, rapporti con i servizi pubblici, attività di sensibilizzazione con l'attivazione di Scuole alcolologiche territoriali, organizzazione di Corsi di sensibilizzazione, Interclub zonali, provinciali, riunioni di supervisione reciproca fra servitori di Club ecc. I CAT attivi sono dislocati a Piazza Armerina, Nicosia, Catenanuova, Leonforte e Troina.

I programmi di Caltanissetta. Il Centro alcolologico dell'Associazione 'Casa Famiglia Rosetta' è stato il promotore di tutti i programmi alcolici nel Nisseno. Sette Club sono ad oggi attivi, ma, a parte la zona di Gela con due Club e dove i servitori-insegnanti sono operatori del Ser.T. locale, altrove (anche nel capoluogo) Ser.T. e Club vivono vite separate. Eppure storicamente la zona del Nisseno con il Centro di Caltanissetta è stata tra le prime ad attivare i programmi alcolici, e svariate volte c'è stata la presenza di Hudolin in loco.

I programmi a Messina. La Lega Antidroga di Messina (LAM) ha storicamente promosso i programmi in zona. La situazione, dopo diversi anni di stagnazione, si è sbloccata con l'attivazione di un Centro alcolologico nel Ser.T. di Taormina e l'attivazione di un Club in zona, oltre quello di Messina.

I programmi a Siracusa. Il Corso di sensibilizzazione, che alla fine del 1987 avviò i programmi in Sicilia, fu organizzato proprio a Siracusa. L'unico Club attivato si trova a Lentini (a soli 20 km. da Catania). Altro purtroppo non si è attivato e molte famiglie vengono ancora ai CAT di Catania.

Toscana

G. Corlito, M. Cercignani, P. Dimauro, G. Guidoni, V. Patussi, L. Scali

La data di partenza 'ufficiale' dei programmi in Toscana può essere fatta risalire alla fondazione del primo Club, avvenuta nel 1983 per opera di alcune famiglie che avevano seguito il programma ospedaliero di Castellerio (Udine) e che ebbero come servitore-insegnante il compianto Andrea Devoto. Da allora ad oggi lo sviluppo dei programmi è avvenuto con una progressione lenta, ma costante, raggiungendo l'attuale livello di espansione sia in termini quantitativi sia territoriali, come fu rilevato in occasione del primo Congresso regionale dei Club, che si tenne a Firenze per impulso di Hudolin nel 1992⁽¹⁾.

Tale lenta progressione attesta da una parte il lavoro tenace e spesso oscuro di un

⁽¹⁾ I dati più recenti e verificati sono quelli della ricerca condotta da M. Variara in collaborazione con G. Guidoni, che è in attesa di essere pubblicata per intero (in piccola parte è pubblicata nel presente volume), anche se essi sono per alcuni anni disomogenei rispetto ai dati presentati da G. Corlito, su mandato del Direttivo dell'ARCAT, in occasione del 2° Congresso dei Club, tenutosi a Lido di Camaiore nel 1997. Tale discrepanza è dovuta alle diverse modalità di raccolta dei dati, che dovrebbe essere risolta con la costituzione della Banca dati regionale come unificazione delle banche dati locali.

gruppo motivato di famiglie e di servitori-insegnanti e dall'altra le difficoltà specifiche della Toscana. In primo luogo si tratta di una regione molto estesa con una popolazione spesso dispersa non solo geograficamente (dieci province), ma soprattutto culturalmente con un'accentuazione della tendenza 'campanilistica' e comunale italiana. In secondo luogo la Toscana è una zona vitivinicola con una cultura conseguente di promozione dei consumi, che ha trovato un consenso nella strenua difesa del concetto del 'bere moderato' in ambito medico-scientifico. In terzo luogo ha giocato la difficoltà inerente al dover far fronte ad esperienze alcolologiche antiche, radicate soprattutto in ambito gastroenterologico, di fatto contrarie alla metodologia ecologico-sociale.

Negli anni 1983-'87 il programma procede faticosamente, nonostante il primo Corso di sensibilizzazione con Hudolin, organizzato da Devoto a Firenze nel 1985.

Il programma prende più lena con l'avvio delle due esperienze di Arezzo⁽²⁾ e di Carrara, con due gruppi di operatori, formati al Corso di sensibilizzazione. La situazione fiorentina permane difficile con il conseguente problema di dare al programma dei Club un'adeguata rappresentanza regionale. Nel 1988 si terranno i Corsi di Carrara e di Arezzo ed i Club cominceranno a svilupparsi territorialmente nella parte settentrionale della Regione da est a ovest, seguendo l'andamento dei Corsi di sensibilizzazione e raggiungendo nel 1992 un discreto numero di Club (89), ma con una presenza territoriale disomogenea. Le venti ACAT, allora esistenti, lasciano scoperta la zona meridionale della Toscana, dove sono presenti solo i due 'piccoli' programmi della Bassa Val di Cecina e dell'Amiata.

La situazione muta radicalmente nei due anni successivi che portano al primo Congresso Regionale dei CAT e all'attuale numero di Club (150). L'ARCAT, grazie a una decisa iniziativa di Hudolin, procederà più speditamente all' 'unificazione' del programma su scala regionale, trovando maggior omogeneità nel campo della formazione e una maggior estensione territoriale, coprendo anche le province meridionali (Siena e Grosseto). Questa fase ha due momenti decisivi: 1) il Corso di Aggiornamento di Arezzo nel Febbraio 1993, che per la prima volta vede insieme tutti i servitori-insegnanti dei Club toscani con Hudolin, il quale 'svecchierà' il programma, introducendo i temi più attuali (l'etica del lavoro, la multidimensionalità, la centralità delle famiglie ecc.) e costituendo la Commissione della formazione (G. Corlito, P. Dimauro, G. Guidoni), che potenzierà il numero dei Corsi di base e fonderà la Scuola delle 300 ore di Arezzo; 2) il Corso di sensibilizzazione dell'Amiata (Casteldelpiano, Luglio 1993), che nello spazio dei quattro mesi successivi otterrà il risultato dell'apertura di quaranta nuovi Club, formando come servitori-insegnanti il gruppo 'storico' degli alcolisti che aveva retto la precedente fase di sviluppo del programma⁽³⁾.

Successivamente il programma si svilupperà più omogeneamente, con lo sforzo di intensificare i Corsi di sensibilizzazione: vengono organizzati quelli di Prato (1994), Livorno, Siena (1996). A Livorno Hudolin investirà pubblicamente Corlito, Dimauro e Guidoni della responsabilità di essere direttori dei Corsi per il futuro e Siena sarà l'ultimo Corso tenuto in Toscana da lui stesso. Nell'anno successivo alla sua morte si tengono tre Corsi: il primo a Grosseto, poi a Firenze e infine in Valdarno; nel 1998 si tengono altri tre Corsi: Pistoia, Portoferraio e Volterra, e si programma una media di tre Corsi l'anno, tanti quanti sono necessari per un sistema di centocinquanta Club, secondo le indicazioni del Professore.

È stato possibile con molta difficoltà tenere aperta ad Arezzo la Scuola delle 300 ore,

⁽²⁾ Questa esperienza è legata alla trasformazione in senso ecologico-sociale di un programma preesistente di trattamento bio-psico-sociale, nato sulla base dei principi della medicina e della psichiatria sociale (cfr. in questo volume il capitolo 'Esperienze in Italia').

⁽³⁾ In termini quasi profetici Hudolin dirà nella sua 'Introduzione' al libro sui programmi toscani (1994): ...il Corso... di Casteldelpiano, le cui conclusioni finali dovrebbero avere una grande importanza per lo sviluppo ulteriore dei Club degli alcolisti in trattamento e degli altri programmi per i problemi alcolcorrelati e complessi in Toscana." (p. 17).

anche dopo la morte di Hudolin, soprattutto grazie al personale contribuito della moglie.

Uno degli indubbi meriti del programma toscano, delle sue famiglie e dei suoi servitori-insegnanti è di aver scelto la supervisione continua da parte di Hudolin e di averne seguito l'insegnamento ed anche le concrete indicazioni fino alla sua morte ed anche successivamente (il programma della Scuola delle 300 ore è quello steso da lui).

Trentino

F. Sevignani

Dal 1984 il programma prende il via anche in Trentino, dove, sino a questo momento, l'esistenza di enormi problemi creati dall'alcol è pressoché ignorata e non esistevano progetti né ipotesi di lavoro e tanto meno iniziative in questa direzione.

Inizia una nuova era. Luglio 1984: un gruppo di operatori della Valle di Non e di Sole ed il frate che aveva scoperto che in Friuli-Venezia Giulia esistevano i Club, insieme ad un operatore volontario, frequentano un Corso di sensibilizzazione tenuto da Hudolin a Pordeone. Nei mesi successivi studiano un piano per coinvolgere l'USL che delibera l'istituzione del primo servizio di alcologia a Cles, dove nascerà anche il primo Club.

Ad inizio 1985 viene attivato anche il dispensario di Mezzolombardo che diviene un punto di riferimento anche per altre zone del Trentino.

In Giugno 1985 nasce il primo Club anche in Val di Fassa ed in Novembre si tiene a Cles il primo Interclub provinciale dei Club degli alcolisti in trattamento.

Nell'aprile del 1986 nasce l'Associazione Provinciale dei Club degli Alcolisti in Trattamento (APCAT), che realizza un'indispensabile saldatura tra le diverse realtà che operano nelle varie parti della provincia e lo strumento per coordinare la vita dei Club.

Giugno 1986: è il momento dell'incontro con Hudolin, il quale viene nel capoluogo trentino per tenere un Corso di sensibilizzazione, organizzato dalla Scuola di Servizio Sociale con il patrocinio dell'Assessorato alla Sanità. Al Corso partecipano settanta corsisti, provenienti da tutte le parti del Trentino. Più della metà dei partecipanti, ora servitori-insegnanti, si inseriscono nei mesi successivi nei programmi alcologici, permettendo così la nascita di altri servizi di alcologia e di numerosi Club: in Alta Valsugana, nelle Giudicarie, a Fiera di Primiero, in Vallagarina, in Val di Fiemme.

Ogni anno si ripete l'Interclub provinciale dei Club degli alcolisti in trattamento, sempre in una località diversa che segue, di norma, al Corso di sensibilizzazione per dar modo a Hudolin di prendervi parte. La sua presenza, il suo carisma sono come una calamita che attrae le famiglie che hanno imparato ad amarlo e lo considerano il loro 'Salvatore'.

Al quarto Interclub che si tiene a Levico nel Maggio del 1987, presente Hudolin, i partecipanti sono più di 700 ed i Club sono una cinquantina. Così, negli anni, si sono ripetuti gli Interclub, i Congressi nazionali ed internazionali, sempre alla presenza Hudolin e della sua inseparabile consorte, Višnja.

I Club, in Trentino, sono arrivati oggi a quota 168. Sono cresciuti numericamente, ma anche culturalmente, seguendo passo passo le evoluzioni della metodologia, introducendo nuovi concetti suggeriti da Hudolin, quali la multidimensionalità della sofferenza, la spiritualità antropologica, la cultura dell'amore e della pace, argomenti a lui tanto cari.

In questi ultimi sedici anni il Trentino è diventato progressivamente la realtà italiana dove i Club si sono maggiormente diffusi (rapporto Club/popolazione 1/3.000 abitanti) ed hanno perciò fornito maggiori risposte (almeno 3000 famiglie con problemi alcolcorrelati sono entrate nei Club con una percentuale di successi superiore al 65%). Al tempo stesso è la realtà nella quale, complessivamente, sono maggiormente cresciuti i servizi pubblici di alcologia che, negli anni, hanno trovato una configurazione specifica, che li vede da un lato fortemente collaborativi con i Club e al tempo stesso impegnati particolarmente nelle

attività di prevenzione primaria, ovverosia in tutte quelle iniziative rivolte alla popolazione generale e finalizzate alla riduzione dei consumi di alcol, unico modo per ridurre i consumi e far prevenzione riguardo ai problemi alcolcorrelati.

Tutto ciò è potuto avvenire perché, soprattutto tra il 1985 ed il 1992, la presenza di Hudolin a Trento è stata una costante che ha plasmato decine e decine di servitori-insegnanti e che ha impostato i programmi alcologici territoriali trentini.

Trentino

Renzo De Stefani

Questa breve storia dei programmi alcologici in Trentino parte dal 1980. È una storia che ha alcune caratteristiche peculiari, ma è sicuramente una storia che si sviluppa per linee parallele a quello che negli ultimi vent'anni è accaduto e sta accadendo nel resto d'Italia.

Chi scrive, vent'anni fa era un giovane psichiatra impegnato in una valle del Trentino a tradurre in atti concreti la legge di riforma che aveva appena chiuso i manicomi. E come i manicomi erano stati pieni di persone con problemi alcolcorrelati, così agli appena nati servizi territoriali di psichiatria arrivavano molte persone e famiglie con problemi di alcol. Così come arrivavano ai medici di famiglia, ai servizi sociali, ai parroci, ai sindaci, alle forze dell'ordine nella comunità, questi avevano un ruolo formale o informale di aiuto o di controllo. In una sorta di pellegrinaggio fatto di stazioni tanto obbligate quanto inutili. Tutti, nella mia memoria, ci trovavamo impotenti in maniera uguale e frustrati in maniera diversa, secondo le caratteristiche e sensibilità personali.

Fu in questa situazione che il frate dell'Ospedale dove lavoravo, amico carissimo e combattente di prima linea contro ogni sconfitta dell'uomo, mi spinse ad andare a vedere cosa accadeva in Friuli-Venezia Giulia dove si diceva stesse prendendo piede un metodo nuovo e buono che pareva fare al caso nostro. Certamente vi sono alcune peculiarità che in qualche modo erano presenti fin dall'inizio, che hanno accompagnato nel tempo i programmi alcologici nel loro divenire, e che probabilmente ne spiegano anche il radicamento e il successo. Fra le tante possibili, due mi sono particolarmente chiare e meritevoli di essere messe a premessa di ogni sviluppo della storia:

- avere problemi di alcol non era più solo una iattura su cui piangere o per cui sbattere la testa alla ricerca di una soluzione. Avere problemi di alcol era la stazione di partenza di un viaggio fatto di condivisione e di amicizia. Di problemi che si trasformavano in risorse. Di capacità di ritrovare nelle proprie storie tormentate protagonismo e vita.
- avere problemi di alcol non voleva più dire affrontarli in ordine sparso. Con i vecchi arnesi di una medicina impotente, di una psicologia impreparata, di altre scienze o di altre agenzie spese comunque solidariamente. O nella solitudine della singola famiglia o comunque con un piccolo gruppo isolato. Avere problemi di alcol voleva dire lavorare assieme, abbandonare contrapposizioni antiche ed inutili, dimenticare in un attimo tutta la mitologica differenza tra chi cura e chi è curato. Scoprire prima nella pratica e poi nella teoria cosa vuol dire lavoro di rete, fare assieme. Non nella confusione della deresponsabilizzazione diffusa, ma nella grande scommessa della responsabilità condivisa.

L'uomo e la famiglia tornano protagonisti. Tornano protagonisti assieme a tanti altri uomini. Quindici anni fa erano poco più che intuizioni confuse. Oggi sono fondamenta solide di progetti forti per comunità responsabili, protagoniste del proprio futuro; capaci di trovare risposte al proprio interno per chi vive in situazioni di difficoltà, capaci di intravedere sempre più chiaramente cosa fare perché quelle difficoltà non tocchino i nostri figli. Di tutti gli obiettivi certamente questo è il più importante.

Se fino al 1983 in Trentino, come del resto nella stragrande maggioranza di tutto il paese, praticamente nulla vi era per affrontare i problemi alcolcorrelati, a partire dal 1984 è stato un susseguirsi di iniziative, sia legate ai servizi pubblici che alle associazioni private. E alle proficue collaborazioni che si sono costruite tra i due mondi.

La prima iniziativa di matrice pubblica nasce formalmente a Cles, in Val di Non, nel Luglio del 1984. dopo la visita in Friuli e la 'scoperta' dei Club degli alcolisti in trattamento, un gruppo di operatori pubblici e alcuni volontari coinvolgono e convincono la locale amministrazione comprensoriale⁽¹⁾ ed attivare un 'Dispensario di alcologia', primo luogo deputato ufficialmente ad affrontare il problema, applicando una precisa metodologia, quella di Hudolin. Il Dispensario aggrega rapidamente numerose famiglie che, dopo averlo frequentato tre mesi, tre sere la settimana, a loro volta danno vita ai primi Club degli alcolisti in trattamento. La formula ha successo e si diffonde rapidamente in tutti gli altri Comprensori del Trentino. Dal 1984 al 1989 le allora Unità sanitarie locali si convincono della bontà del metodo e ne favoriscono lo sviluppo. Di pari passo si sviluppano i Club che si diffondono praticamente ai quattro angoli della provincia.

Sono anni di grande entusiasmo e anche, visti con gli occhi di oggi, di grande, inevitabile 'confusione'. Il servizio pubblico e i Club sono di fatto la stessa cosa, gli operatori sono gli stessi, chi dirige il Dispensario pubblico di alcologia è anche in qualche modo il referente principale dei Club in quella zona.

Pensare ad un servizio pubblico che si identifica totalmente con un'associazione privata di volontariato e con una singola specifica metodologia può apparire, in astratto, una cosa del tutto incomprensibile e per certi versi anche potenzialmente dannosa. Ed in effetti, col passare degli anni le cose si sono, pur con comprensibili difficoltà, chiarite, e ciascuno ha trovato, o sta trovando, un suo specifico ambito di intervento.

D'altro canto non vi è dubbio che se nello specifico mondo dei problemi alcolcorrelati, fino ad allora negletto ed abbandonato, non si fosse registrata questa inusuale, ma indubbiamente straordinaria commistione di compiti e ruoli, avremmo probabilmente perso altri anni in attese e rimandi inutili e soprattutto dannosi per la vita di migliaia di famiglie.

Con il 1990 i ruoli e i compiti dei Servizi pubblici e delle Associazioni private trovano una loro iniziale individuazione. Si conclude un primo storico ciclo, ne inizia un secondo, favorito anche da alcune 'chiarezze' che maturano sia all'interno dei Servizi pubblici che nelle Associazioni private.

Crescono i Servizi pubblici: i Centri di Alcologia. I vecchi Dispensari vanno in pensione e attraverso un'articolata deliberazione dell'amministrazione provinciale⁽²⁾ sorgono dei 'Centri di alcologia' che assumono caratteristiche e finalità ben precise. Sul versante delle Associazioni si assiste ad un procedere analogo in termini di riappropriazione di identità, di compiti e di ruoli.

Più semplici le cose all'interno dei gruppi degli Alcolisti Anonimi che non avevano vissuto quella fase di identificazione totale con gli appena nati Servizi pubblici e che avevano alle spalle l'esperienza più che cinquantennale del loro movimento in tutto il mondo.

Più complessa la situazione in casa Club. L'Associazione provinciale, nata nel 1986, fatica all'inizio a trovare una sua reale autonomia e vive molto della presenza e dell'impulso degli operatori pubblici che ne sono parte attiva e trainante. Le Associazioni locali, le ACAT, nascono solo successivamente.

⁽¹⁾ Il Comprensorio è in Trentino un ente intermedio di natura politico-amministrativa che aggrega i comuni di un determinato territorio ed esercita competenze primarie in vari ambiti tra cui quello socio-sanitario.

⁽²⁾ In Trentino-Alto Adige, regione a statuto speciale, le due province autonome di Trento e di Bolzano hanno le stesse competenze, in molti casi ampliate, delle regioni a statuto ordinario.

Ad ogni buon conto il bilancio è complessivamente più che buono, come si può ricavare anche dai dati che testimoniano dei risultati raggiunti. Si può infatti tranquillamente dire che in poco più di dieci anni dove non c'era praticamente nulla sono sorti dei servizi pubblici a bassissimo costo ed alta capacità di coinvolgimento su una tematica fino a poco prima del tutto marginale, nonostante i costi sanitari, umani e sociali che comportava. Così come si può dire che sono sorte e si sono consolidate delle associazioni e penso in particolare a quella dei Club, che costituiscono oggi la più estesa, ramificata e numerosa associazione.

Il successo dei programmi alcolologici va sicuramente imputato a fattori diversi. A partire dal problema in quanto tale, per l'urgenza e la drammaticità che rappresentava e che in quanto tale sempre più premeva e faceva sentire la sua voce e dalla sua già richiamata capacità di trasformarsi in risorsa, per essere riuscito a dar voce al protagonismo sano di quanti pesantemente lo vivevano su se stessi e all'interno della propria famiglia.

Naturalmente un ruolo importante, come sempre, lo hanno giocato le persone, tante e fortemente motivate e disponibili. Qualcuno più attento agli aspetti organizzativi, e diciamo così strategici, tantissimi impegnati nella scommessa da vincere, all'inizio dell'avventura e poi nella quotidianità dello specifico impegno, sia nel mondo dei servizi pubblici sia nella disponibilità all'interno delle Associazioni.

Credo sia giusto poi non sottovalutare che la 'piccola grande rivoluzione alcolologica' è nata e si è sviluppata in un periodo storico in cui la cultura sanitaria generale stava e sta crescendo in termini di maggiori e diffuse attenzioni alla promozione e alla protezione della salute, ai principi della corresponsabilità comunitaria, del lavoro diretto, della maggiore attenzione al ruolo del portatore del disagio. E ancora e soprattutto in questi ultimi anni sono stati significativi i pronunciamenti dell'Organizzazione Mondiale della Sanità che costituiscono una cornice assolutamente innovativa e importantissima per un corretto sviluppo dei programmi.

Il Centro Studi e Documentazione sui Problemi Alcolcorrelati

Nello specifico della realtà trentina un ruolo particolare ha avuto negli ultimi dieci anni la costituzione e lo sviluppo del Centro Studi e Documentazione sui Problemi Alcolcorrelati. Il Centro Studi nasce nel 1988 per volontà di due diverse realtà. Da un lato l'allora Scuola Superiore Regionale di Servizio Sociale, ora Istituto Regionale di Ricerca Sociale, dall'altro l'Associazione Provinciale dei Club degli Alcolisti in Trattamento.

Il Centro Studi nasce per costituire, nel rispetto dei diversi compiti e ruoli, un ponte tra servizi pubblici e associazioni di volontariato, per favorirne tutte le collaborazioni possibili e per garantire, a quel riuscito mix di iniziative del pubblico e del privato che sempre più vanno sotto il nome di programmi alcolologici territoriali, alcuni 'servizi' comuni, unitariamente e secondo logiche di economicità.

Dal 1992 il Centro Studi, tramite la collaborazione di un operatore particolarmente formato e competente, garantisce un'attività di collegamento e di rete all'interno dei diversi programmi alcolologici territoriali. Tale attività si realizza attraverso la partecipazione dell'operatore alle riunioni mensili o periodiche che si tengono nelle diverse zone. Tale presenza può assumere anche funzione di supporto in momenti di difficoltà che i programmi si trovano ad attraversare.

Per quanto riguarda l'attività epidemiologica e la raccolta dei dati, il Centro Studi ha elaborato i dati progressivamente raccolti dal 1984 ad oggi, in riferimento alle più di 3000 famiglie entrate nei Club. Questo permette di avere oggi un quadro accurato ed aggiornato, sia in termini socio-demografici sia soprattutto in termini di 'successo', valutato sulla base dei due parametri classici: astensione dall'alcol e miglioramento della qualità della vita.

Il Centro ha partecipato a diverse ricerche epidemiologiche, e in particolare ha curato con l'apporto con l'Istituto Superiore di Sanità una ricerca volta ad individuare la presenza dei bevitori problematici all'interno della popolazione ricoverata negli ospedali della provin-

cia, al fine di rivolgere loro l'offerta di materiale educativo e di consulenza. Tale ricerca è stata applicata in diversi ospedali di molte regioni italiane.

Il Centro Studi è conosciuto a livello nazionale soprattutto per la produzione di due collane informative e educazionali su temi attinenti l'alcol e i problemi alcolcorrelati, anche in riferimento a target specifici (scuola, giovani, medici di famiglia ecc.). Si tratta di materiale di facile fruibilità e destinato alla grande diffusione.

Soprattutto negli ultimi anni il Centro Studi ha svolto un ruolo di servizio anche per molte realtà esterne alla provincia di Trento, con particolare riferimento al campo formativo. Si è reso promotore, assieme ad altre realtà, di un Piano d'azione italiano per la riduzione del 25% dei consumi di alcol. Ha favorito la nascita in diversi paesi europei (Russia, Romania, Albania, Svizzera ecc.) di programmi alcolologici centrati sui Club degli alcolisti in trattamento e ne sta seguendo lo sviluppo.

Umbria

Valeria Matteucci

Un po' di ritardo rispetto alle altre regioni, il Club ha fatto il suo ingresso in Umbria, a Perugia, il 19 Settembre 1989. Nel Maggio 1990 venne a trovarci per la prima volta Hudolin e l'impulso ai programmi fu assicurato.

L'USL del Lago Trasimeno attivò per la prima volta il Servizio pubblico di alcologia, e riconobbe l'importanza e la validità dei Club degli alcolisti in trattamento del territorio quale espressione di volontariato. Iniziarono così i programmi alcolologici con la forza della cooperazione fra pubblico e privato.

Nel Luglio 1992 la Regione deliberò l'attivazione dei programmi alcolologici in tutte le USL tramite i GOAT (Gruppi Operativi Alcolologici Territoriali), mentre i Club erano già diffusi nei vari territori.

Attualmente esistono ventotto Club, diffusi a rete in tutto il territorio; ogni Azienda USL ha attivato il GOAT; non esistono strutture residenziali specifiche.

Val d'Aosta

M. Boscariol

Il primo Club nacque ad Aosta nel 1989 grazie a due famiglie che, in seguito al ricovero nei reparti ospedalieri di alcologia specializzati nella metodologia ideata da Vladimir Hudolin, per proseguire il trattamento nei Club dovevano recarsi settimanalmente nei pressi di Torino. Ben presto altre famiglie provenienti da tutta la Valle approdarono al CAT 'Aosta 1': sorgeva così l'esigenza di aprire nuovi Club dislocati su tutto il territorio regionale.

Nel Marzo del 1992 si costituì l'ARCAT Valle d'Aosta che nell'anno successivo ottenne l'iscrizione all'Albo regionale delle Organizzazioni di Volontariato.

Attualmente sono presenti sul territorio 7 Club: 'Mont Blanc' a Courmayeur, 'Valdigne' a Morgex, 'Grand Assaly' a La Thuile, 'Aosta 1' e 'Chez Nous' ad Aosta, 'Grand Combin' a Gignod e 'Il Cerchio' ad Hône. Le famiglie dei Club sono circa sessanta.

Nel 1993 si è tenuto ad Aosta un Corso di sensibilizzazione. Ogni anno si organizzano il Congresso regionale delle famiglie, l'aggiornamento dei servitori-insegnanti e la Scuola alcologica territoriale, rivolta sia alle famiglie sia alla popolazione.

È in atto una collaborazione con il Servizio di alcologia del Ser.T. per un progetto di sensibilizzazione rivolto agli agenti di polizia penitenziaria. Continua la collaborazione con gli Alcoltel. La nostra ARCAT è gemellata con l'ACAT Speranza del Canavese e con l'ACAT Torino zona Ovest.

Gli innumerevoli sforzi per aprirci alla comunità locale hanno purtroppo dato finora

scarsi risultati, essendo troppo fortemente radicata nella nostra regione la cultura del bere che spesso coinvolge, nelle festività e nelle innumerevoli manifestazioni, anche i bambini.

Veneto

C. Lamarina

Un gruppo di operatori socio-sanitari, tra questi Luigi Colusso che era stato prima a Zagabria da Hudolin, Claudio Sartori, Alvaro Valbusa dell'allora astanteria medica, l'assistente sociale Calia Rita, alcuni infermieri dell'ospedale di Treviso e la psicologa Carla Lamarina con un'assidua frequenza nei centri alcolologici della regione Friuli-Venezia Giulia, si è formato e preparato nel corso dell'anno 1981 per attivare, il 6 Aprile 1982 due Club presso l'Ospedale civile di Treviso. Questi erano in parte composti da alcolisti che avevano già iniziato un trattamento a Castellerio (Udine): in tutto erano dieci famiglie, che a Dicembre dello stesso anno erano già diciassette. Nel mese di Giugno dell' '82, sempre presso l'Ospedale civile 'Ca' Foncello', è stato organizzato il primo Corso di sensibilizzazione ai problemi alcolcorrelati condotto dall'équipe di Vladimir Hudolin, secondo l'allora metodologia medico-psico-sociale, che ha sensibilizzato una ventina di corsisti e che ha permesso di formare gli allora terapeuti di Club.

Nel Luglio del 1982 iniziò a funzionare un trattamento dispensariale, serale, tre volte la settimana (presso l'ospedale) avvicinando altre 21 famiglie. Nel periodo Aprile-Dicembre gli alcolisti trattati erano perciò complessivamente 45 (maschi 31 e femmine 14); solo 8 provenivano da un precedente trattamento a Castellerio.

I Club alla fine dell'anno erano quattro, due di questi nel territorio: nel Comune di Roncade e nel Quartiere di Santa Bona. Cominciava così l'espansione nel territorio. Si deve ricordare che l'anno '82 ha rappresentato l'inizio dei programmi anche nell'ULSS n. 1 a Tai di Cadore e nell'ULSS n. 9 a Noventa Vicentina, perciò i Club in Regione erano sei. Nel 1983 è iniziata una più ampia diffusione dei Club nel territorio regionale, grazie anche all'attività dell'Associazione Regionale dei Club degli Alcolisti in Trattamento: l'ARCAT Veneto fu fondata a Treviso il 14 Febbraio 1983, con sede a Treviso. Sempre nel corso del 1983 ha iniziato a funzionare il day hospital di Treviso, sempre presso l'ospedale. Le persone per quanto possibile mantenevano i loro impegni lavorativi nelle ore pomeridiane. In questa prima fase si è riscontrato un consenso sociale da parte dei datori di lavoro che hanno collaborato nel concedere cambi di turno.

Non si è mai attuato un trattamento mediante ricovero, ma solo nelle fasi più acute per alcuni alcolisti si è sempre potuto contare sul reparto d'astanteria medica. Nel periodo Gennaio - Dicembre '83 gli alcolisti trattati erano 134, di cui 99 maschi e 35 femmine. Di questi, 52 avevano frequentato il dispensario e 82 il day hospital. Un dato indicativo è l'età media di circa 45 anni: questo ci conferma una popolazione relativamente giovane. Gli abbandoni erano stati contenuti nelle 9 unità.

Nel 1984 si sono attivati complessivamente nell'ULSS n.10 dodici Club su ventun comuni che la compongono, e di questi, sei avevano almeno un Club. In provincia di Treviso vi erano complessivamente tredici Club con 160 alcolisti in trattamento: la crescita era perciò continua. In tutto il Veneto si potevano contare 27 Club con 310 alcolisti in trattamento. Durante il 1984, '85 e '86 è continuata l'espansione sempre più impetuosa dei Club. In occasione del Congresso dei Club degli alcolisti in trattamento al Palaverde di Villorba (TV), il 31 Maggio 1986, con la partecipazione dei Club della ex Jugoslavia, si parlava di 1.800 famiglie inserite nei Club del Veneto, che erano oltre 150, presenti in venti ULSS delle nostre trentasei.

Volendo tentare un bilancio del solo inizio dei programmi e della loro estensione nei primi cinque anni d'attivazione, è evidente la crescita quantitativa, ma, date le caratteristi-

che del sistema ecologico sociale, si deve guardare soprattutto alla crescita umana in termini di miglioramento della qualità dello stile di vita delle famiglie inserite nei programmi alcolologici territoriali che continua a tutt'oggi.

Ancora molto cammino c'è da percorrere, perché, come diceva Hudolin, dall'adolescenza siamo ora nella giovinezza. Dal 1982, quando in Veneto esistevano cinque Club, siamo arrivati al 2000 con un numero di Club pari a 577.

P. Perucon

25 Luglio 1982... Mario, Attilia, Innocente, Italo, Cecilia... ed io, Paola. Siamo nello studio del dott. Pallabazzer, coordinatore sociale dell'ULSS 1 'Cadore'. È il primo incontro di Club degli alcolisti in trattamento del Bellunese.

Sono appena tornata da Castellerio (UD) dove ho trascorso due settimane in visita al Reparto Lungodegenti del quale era responsabile Renzo Buttolo. Avevo assistito alle attività inerenti il trattamento medico-psico-sociale secondo il metodo Hudolin per persone con problemi alcolcorrelati. L'esperienza è stata interessante e piacevole: gente simpatica, disponibile; ma di certo non mi sarei mai aspettata, appena tornata, di trovarmi immediatamente tra capo e collo la responsabilità di un Club: io come servitrice, anzi 'terapeuta' come si usa dire. Cosa faccio qua? Mi chiedo. Mi aggrappo alla 'sicurezza' del mio ruolo: sono laureata in psicologia. Io di qua voi di là... anzi no, siamo tutti amici e ci vogliamo bene... No, non funziona!

La matassa si sbrogia da sola: Mario, che già frequenta un Club a Pordenone, il più vicino alla nostra zona, si siede tranquillo. Inizia a compilare l'elenco dei partecipanti, l'appello, i giorni di astinenza, spiega il verbale, iniziano a parlare, sono tutti soddisfatti del traguardo raggiunto: finalmente è sorto il primo Club degli alcolisti in trattamento nella nostra zona, qui a Tai di Cadore: il grande viaggio è iniziato!

Giugno 1998. Sono passati quasi sedici anni, lavoro come psicologa presso il Ser.T. -Alcolologia di Auronzo di Cadore.

Tutto è avvenuto non facilmente, ma in modo naturale. Vladimir Hudolin, Višnja Hudolin e il loro gruppo di lavoro: Mauricio Troncoso, l'assistente sociale Slavica Jauk li ho conosciuti personalmente a Maniago nell' '82, durante un Corso di sensibilizzazione. In quella occasione ho provato varie sensazioni: timore reverenziale, sorpresa di fronte alla proposta di mettere in discussione il mio bere... io che problemi con l'alcol pensavo di non averne, tensione, curiosità.

Con il tempo ho sentito soprattutto che potevo fidarmi. Ho sentito crescere la stima per queste persone, e sono stata catturata dal 'movimento umano' a cui si aggiungeva giorno dopo giorno un numero sempre maggiore di compagni di viaggio.

Nell'Ottobre 1983 è stata aperta la Sezione di Alcolologia presso l'Ospedale di Auronzo, con la disponibilità di Mongillo, primario della Medicina. I Club si sono diffusi sempre più sul territorio. Ora in tutta la provincia di Belluno ce ne sono sessanta; le persone coinvolte sono più di 2.000. nella nostra provincia sono stati organizzati sei Corsi di sensibilizzazione; i programmi si stanno sempre più differenziando, ed hanno raggiunto una buona qualità.

Come è potuto accadere tutto questo, con tutti i dubbi, le perplessità, le incertezze e i timori che avevo? E perché ricordare oggi i tempi trascorsi? Penso sia importante scrivere degli inizi. C'è sempre un nuovo inizio in altre zone. Ed anche qui da noi è sempre un nuovo inizio: un giocare giorno per giorno.

Ricordo quando nel '91 Hudolin è venuto a trovarci: pensavamo di aver raggiunto un buon equilibrio sia di organizzazione sia di qualità: una rivoluzione! Il Professore ci parlò del Centro alcolologico territoriale funzionale, della necessità di uscire dall'ospedale, impegnarsi di più con le attività di prevenzione e promozione della salute, territorializzare gli

interventi... Tutto per il Professore sembrava semplice. “Bello, interessante, ma manca il personale, siamo in pochi, ci sono i venti posti letto della Sezione, un territorio di 40.000 abitanti, scuole, associazioni, parrocchie, bisogna sensibilizzare le figure significative della comunità: preti, medici, insegnanti...”. “Cucchiaino dopo cucchiaino, il lago diventa yogurt”.

E il viaggio continua...

A. De Sandre

Nel 1986 mi trovavo a Padova impegnato in una Scuola di Specializzazione. Erano i primi anni della mia vita professionale, e qualcuno mi propose di fare un corso in relazione al fatto che mi occupavo già di persone con problemi di alcol in ambito ospedaliero e di ricerca. Andai a questo corso aspettandomi ulteriori informazioni, nozioni, possibilità di accrescere il mio bagaglio ‘scientifico’. Più tardi scoprii che questa aspettativa era comune a tutti, era banale. Fu molto dura ma ebbi subito la sensazione non spiegabile che qualcosa di molto importante per me stava succedendo, e questo qualcosa non riguardava il misurabile scientifico ma era molto più profondo.

Più resistevo più ero catturato e stimolato alla riflessione, a decidere cosa fare. Un po’ saccante e un po’ curioso iniziai ad operare in un Club in un piccolo paese del Cadore, dove i programmi erano iniziati quattro anni prima, essendo nel contempo operatore del Servizio pubblico di Alcologia. Forte della scienza ma soprattutto smosso nel profondo dalle argomentazioni (pulce nell’orecchio) di Hudolin, di sua moglie Višnja e di Slavica Jauk, iniziò così il mio cammino personale di cambiamento, strettamente avvinto al cammino professionale.

Come è stato difficile spesso, e qualche volta lo è ancora, essere persona dentro il Club, non medico e dirigente del Servizio. Quante famiglie, quante persone mi hanno aiutato a cambiare, a crescere e maturare in questi anni. Ciò che è la mia esperienza di vita professionale e non è in qualche modo sovrapponibile all’esperienza di molte altre persone in questa zona e non solo. Penso ai miei collaboratori-amici, alle decine di persone che in questi anni mi hanno dato, ricevendo molto, un enorme contributo per la crescita e lo sviluppo dei programmi alcologici territoriali in provincia di Belluno. Allora è intuibile come l’esperienza mia e di altre persone, meglio dire la scelta, l’essere operatori di Servizio pubblico e servitori-insegnanti, insieme a molti altri servitori-insegnanti non professionisti ha in maniera netta condizionato l’essenza del programma, ne ha determinato le caratteristiche, ne ha definito i termini. Molte volte i cosiddetti professionisti della salute chiedono come si fa a conciliare gli aspetti, a far convivere elementi per loro così inavvicinabili.

Prima di rispondere penso sempre a quanto ho ricevuto soprattutto ad essere servitore-insegnante, a quanto ho imparato dalle famiglie dei Club, a quanto sono stato aiutato, e poi cerco di spiegare cosa si può e si deve intendere per professionalità, etica, orario, in un contesto rispettoso della gente, dei suoi problemi, delle sue speranze, delle sue aspettative. Grazie ai programmi alcologici territoriali, ai CAT, a partire dal 1982, anno di apertura del primo Club, le famiglie hanno potuto affrontare i problemi, affrontare la vita, prendere decisioni, crescere e maturare insieme alla comunità di appartenenza, dentro la comunità e non più nella stragrande maggioranza dei casi, essere alienate, emarginate dal contesto sociale.

In questi anni si è avviato un processo di cambiamento, irreversibile, della cultura sanitaria e generale delle nostre comunità. Alcuni aspetti di tali cambiamenti sono evidenti nel diverso atteggiamento della popolazione, nella riflessione sulle abitudini di vita a rischio, nella consapevolezza delle istituzioni sanitarie e non, che i programmi alcologici territoriali hanno significato miglioramento della qualità della vita. Se i Club, sessanta, per un rapporto di un CAT ogni 3.000 abitanti, rappresentano una diffusa e capillare presenza di possibilità

nella quasi totalità dei sessantanove comuni della provincia, le Scuole alcolologiche territoriali definiscono, a partire dal 1991, una modalità di lavoro ormai irrinunciabile per la qualità e la quantità. In questi anni sono stati fatti 140 incontri di Scuola alcolologica territoriale di primo modulo per un totale di 150 famiglie inserite, 125 incontri di Scuola alcolologica territoriale di terzo modulo, per un totale di 1.080 persone coinvolte.

Tutto questo rappresenta un patrimonio enorme, frutto del lavoro dei CAT, del Centro alcolologico territoriale, espressione della cooperazione fra pubblico e privato, professionale e volontario, frutto di molte persone che hanno sperimentato come il lavorare nei CAT, essere nei CAT, rappresenta una modalità, una possibilità incredibile per dare un contributo al miglioramento della cultura sanitaria e generale. Per questo, e per quello che sicuramente verrà e ci sarà, di personale e di professionale, di ulteriore crescita e maturazione e di sviluppo dei programmi, ringrazio la famiglia Hudolin e tutte le persone che hanno dato e continuano a dare.

N. Regonati, I. Stimamiglio

Hudolin era solito affermare che tre condizioni concorrono al succedere degli eventi: "la persona giusta, al posto giusto, nel momento giusto" e lo ripeteva ogni volta che voleva sottolineare quanto importante fosse stata, per l'avvio dei programmi a Padova nel 1984, l'attenzione ai problemi alcolcorrelati di un medico internista, Sergio Zotti, che all'interno del Reparto di medicina generale aveva troppe volte sperimentato il fallimento di un approccio esclusivamente clinico.

L'eco delle nuove ed efficaci esperienze avviate nel vicino Friuli-Venezia Giulia era giunto fino a lui che, cominciando così a creare collegamenti nelle reti di protezione e promozione della salute, è partito per conoscerle ed attivarle anche nella sua città.

Nascevano così i primi Club degli alcolisti in trattamento a Padova e, con Zotti, un manipolo di pionieri (medici e psicologi), pieni di entusiasmo e di curiosità attivava all'interno della Divisione Medica 3° del locale ospedale, un ambulatorio alcolologico, un dispensario per le famiglie che iniziavano i programmi e soprattutto, un nuovo interesse rivolto ai problemi alcolcorrelati e complessi ed alla nuova possibilità di affrontarli, che piano piano si diffondeva in tutto il complesso ospedaliero e del territorio, nei servizi e nelle famiglie sofferenti.

La crescita dei CAT, in quegli anni, fu vertiginosa. Quello che accadde a Padova è storia conosciuta in ogni realtà che abbia dato il via all'approccio ecologico sociale in quegli anni: il credere nella proposta, la sensazione di concorrere all'avvio di un'esperienza rivoluzionaria, di contribuire alla stesura della storia dell'approccio ai problemi alcolcorrelati in Italia, le famiglie riconoscenti, la percezione di un fare insieme fino ad allora sconosciuto, le crisi, la continua messa in discussione del proprio essere e del proprio fare (oltre che al sapere!), il cambiamento proposto e sperimentato.

Per noi che abbiamo partecipato agli entusiasmi iniziali, la consapevolezza della potenza, della ricchezza e della complessità della proposta hudoliniana arrivò piano piano, negli anni successivi, insieme alla percezione della limitatezza delle nostre radici culturali e della nostra formazione, quando siamo entrati in una logica circolare di crescita e cambiamento continuo, in una continua interazione individuo-famiglia-comunità locale: il passaggio da un noi, loro e gli altri, ad un noi e basta. Non si trattava, come forse si era pensato all'inizio, di un nuovo modo di 'curare l'alcolismo' ma di un diverso modo di vivere i problemi alcolcorrelati nella propria comunità di appartenenza.

Il raggiungimento di queste consapevolezze ha determinato via via dei cambiamenti, a volte sofferti ma sicuramente orientati verso una crescita continua delle famiglie e della comunità.

Gli alti e i bassi, le 'ricadute' e le rinascite, hanno portato l'esperienza padovana ad

essere un'esperienza viva, vitale, nella propria comunità, sempre più lontana dal rischio di una medicalizzazione dei problemi alcolcorrelati, che riusciva a sopperire alle perdite con l'attivazione continua di nuove risorse, ad alternare momenti di solitudine alla creazione di forti legami.

Il Servizio di alcologia, tanto sognato all'inizio, non è mai nato. Alcuni reparti ospedalieri hanno continuato ad occuparsi con molta attenzione dei problemi alcolcorrelati; il locale Ser.T. ha scelto per anni di non occuparsi di alcologia; l'ACAT è nata nel 1985 e si è messa progressivamente sempre più al servizio dei Club, delle loro molteplici e ripetute iniziative: feste analcoliche, collegamenti con le proprie reti territoriali per far fronte alla complessità, Interclub, convegni e tavole rotonde, iniziative di promozione della salute nella comunità.

Se la nostra storia sia stata più ricca di limiti o di risorse non lo sappiamo. Forse solo di caratteristiche specifiche di una realtà, un pezzo di storia che come tante altre in Italia ha dimostrato che la proposta hudoliniana non è un metodo da applicare, ma un'esperienza da vivere e da far rivivere nella propria realtà locale e con la propria realtà locale.

Oggi, dopo tanti anni, è più facile pensare che ognuno di noi, ogni persona, ogni famiglia, possa essere, e sia stato nei diversi momenti e nelle diverse fasi di crescita, 'la persona giusta, al posto giusto, nel momento giusto'.

Sono trascorsi quattordic'anni dalla nascita del primo Club a Padova, e le famiglie dei Club hanno fatto una lunga strada non senza qualche intoppo, ma senz'altro hanno lavorato molto per migliorare la loro qualità di vita e quella della propria comunità. Il Club si propone come agente di cambiamento nella comunità locale ed accoglie al suo interno famiglie con problemi complessi ed è collocato in un contesto sociale con il quale crea dei legami per stabilire una rete di relazioni forti e solidali, offrendo il proprio contributo per la protezione e promozione della salute.

L'intento e l'interesse è quello di un'apertura verso il sociale, inteso sia come risorsa per la persona che lavora per recuperare le proprie difficoltà, sia come risorsa per la comunità, visto che il Club si apre alle varie forme di sofferenza proponendo una nuova modalità di approccio ecologico-sociale basato sulla solidarietà, sulla condivisione, sull'appartenenza e sulla responsabilità di ogni singola persona.

Oggi l'Associazione dei Club, presente nel territorio ULSS con 31 Club, di cui tre all'interno del carcere, sta lavorando più alacremente per essere sempre più nodo della rete territoriale, e questo costante impegno sta portando i suoi frutti.

La costante attività dei Club nel territorio padovano dà l'avvio ad una cooperazione fra i programmi territoriali: nasce quindi a Padova, nel Marzo del '96, 'il Centro alcologico territoriale, un ponte di collaborazione tra pubblico e privato.

Conseguentemente l'ULSS 16 ha svolto un'azione promozionale nei confronti delle associazioni, cooperative sociali e comunità terapeutiche operanti sul territorio nel campo dell'alcoldipendenza, con l'obiettivo di favorire la costituzione di un organismo di coordinamento denominato 'Agenzia del Centro Alcologico Territoriale', costituitosi tra soggetti del privato sociale disponibili a porsi in un rapporto di collaborazione con i servizi pubblici.

Un valido strumento per la realizzazione di un lavoro di rete è stato l'avvio delle Scuole alcologiche territoriali.

Il 'lavoro di squadra' da fare è ancora molto e riguarda ancor di più l'ampliamento della rete per coinvolgere le altre risorse presenti nel territorio, che si occupano di problemi sociali, di salute, della gestione del tempo libero e della qualità della vita.

Si sta lavorando nella direzione sopra descritta, senza perdere di vista che i Club sono e dovranno sempre essere al centro dei programmi ecologici, perché sono la testimonianza di un cambiamento e di una diversa cultura nella comunità locale, conseguente ad un comportamento consapevole e responsabile per l'autoprotezione e autopromozione della salute propria e di tutti i cittadini.

E. Del Favero

Fatti e non tanto parole. Da questa frase, pronunciata da don Luigi Ciotti del Gruppo Abele di Torino, è partita l'esperienza che mi ha condotto ad incontrare i Club degli alcolisti in trattamento.

Partecipai ad un seminario sulla prevenzione delle situazioni di rischio per i giovani e alla fine Paola Perucon mi chiese se ero disponibile ad aprire un Club. Presi tempo, ma quella frase mi portò a decidere di mettermi in gioco già dopo dieci minuti. Se si sta ad aspettare il momento adatto non si comincia mai.

Il Corso di sensibilizzazione mi ha stimolato ad entrare ancora più in questo gioco: "Lei chi vuole aiutare?", mi chiese Vladimir Hudolin. Presi così coscienza dei limiti del mio modo di pormi, e iniziai a mettere in discussione me stesso, la mia cultura riguardo non solo l'alcol, ma il mio rapportarmi agli altri.

Tutto questo mi portò alla grande serenità che viene dal fatto che a portare avanti la vita del Club sono le famiglie. Restava tuttavia la convinzione che si trattasse di auto mutuo-aiuto.

Nei Corsi di perfezionamento e negli aggiornamenti, Vladimir Hudolin sottolineò talmente il fatto che i Club degli alcolisti in trattamento sono delle comunità multifamigliari, da farmi non solo considerare molti risvolti positivi di questa realtà, ma anche capire l'importanza di cogliere dentro la realtà stessa i modi migliori di affrontare e superare i problemi.

Ogni realtà e sistema ha la sua logica: se noi pretendiamo di adattarlo al nostro pensiero, molto facilmente non solo falliremo, ma ne soffriremo.

Hudolin era molto stimolante in questo, anche se spesso ci si sentiva toccati nel vivo e questo al momento non fa piacere. Tuttavia, quanto più ci si perde a considerare la ferita, tanto più si soffre e non si coglie l'opportunità di crescere e di maturare. Pian piano mi sono accorto dei messaggi di stima che erano collegati a questi stimoli.

Non è facile trasmettere la stessa carica alle famiglie ed alle persone coinvolte nei programmi, perché troppo spesso vediamo i problemi e non le risorse, e tendiamo a confondere problemi e persone coinvolte. Perdiamo così molto tempo senza favorire qualcosa di concreto che ci conduca oltre la situazione problematica.

Determinante per la nostra realtà provinciale è stato il consistente aggiornamento di molti servitori- insegnanti. Questo ha fatto sì che, nonostante la presenza di una Sezione di alcologia, le attività dei programmi siano diffuse in tutto il territorio e sia stato possibile realizzare uno dei primi Centri alcologici territoriali. Basti considerare che le Scuole alcologiche di primo modulo (per le famiglie nuove che entrano nei Club) sono state 22 e si sono tenute in 11 comuni diversi; quelle di secondo modulo (per le famiglie già nel Club) 89 in 28 località diverse, e quelle di terzo modulo (per le comunità locali) sono state 42 in 31 località diverse. Pure i Corsi di sensibilizzazione sono stati sei e in cinque centri diversi.

A. Scanagatta

La nascita e lo sviluppo dei CAT nel Bassanese ha coinciso con il trasferimento della sottoscritta, suor Amelia Scanagatta, dal Friuli al Veneto, nell'anno 1987.

L'esperienza estremamente positiva fatta a San Daniele con Gianni Bacci e successivamente con Renzo Buttolo, mi ha fortemente stimolata e determinata ad iniziare un lavoro di informazione e di sensibilizzazione, prima nel territorio di residenza (Romano d'Ezzelino), poi nel territorio Bassanese.

Nel Bassanese incominciai a informare soprattutto le autorità sanitarie, comprese quelle amministrative, il coordinatore sociale e il personale del Ser.T. di allora. La mia proposta del tutto sconosciuta agli amministratori e operatori socio-sanitari, quella cioè di avviare

un servizio di alcologia con una metodologia diversa da quella degli Alcolisti Anonimi, non ha avuto certamente un riscontro immediato, perché a loro parere poco credibile dal punto di vista metodologico. Allora mi rivolsi al servizio di alcologia di Castelfranco Veneto, nella persona di Milani, chiedendole aiuto e appoggio per un'informazione che fosse professionalmente qualificata, e così fu fatto.

Nel contempo però nel Comune di Romano d'Ezzelino abbiamo dato vita al primo Club degli alcolisti in trattamento.

Nel mese di Gennaio 1989 Vladimir Hudolin, a Marostica, diresse un Corso di sensibilizzazione per tutti i dipendenti dell'USL, con notevole gradimento e soddisfazione da parte di tutti i partecipanti. Alla fine del Corso lo stesso Hudolin ha chiesto la disponibilità di alcune persone per avviare il servizio di alcologia. Ottenuto il loro consenso, la data del 28 Gennaio 1989 è rimasta la data di inizio del servizio di alcologia a Bassano del Grappa.

F. Conforto

La parte fondamentale dei programmi alcologici secondo l'approccio ecologico sociale è rappresentata sicuramente dal numero dei Club che lavorano sul territorio. Nel Veneto sono attualmente funzionanti 577 Club.

Fra il 1997 e il 1999, abbiamo avuto un incremento di circa 50 Club di nuova iscrizione, una ripresa dell'attività per circa una decina di Club, ed anche alcune decine di sospensioni, speriamo temporanee.

Nel Veneto si svolgono circa due Interclub l'anno per ogni ACAT: in alcune realtà è scelta la forma dell'Interclub zonale che raggruppa ad esempio i Club di tutta una Provincia o del territorio di una ULS. Tali iniziative si organizzano all'incirca una volta l'anno, ma non in modo omogeneo sul territorio regionale.

Si effettuano invece con regolarità due Interclub regionali l'anno. In quelle occasioni è convocata anche l'assemblea ordinaria ACAT, con un suo proprio programma. Dal 1999 si effettua un terzo Interclub regionale all'interno della Casa di reclusione 'Due Palazzi' di Padova: tale iniziativa, che richiede una particolare e specifica cura organizzativa, è stata varata dopo due anni di rodaggio, per dimostrare con i fatti che i Club che si svolgono nel carcere sono parte integrante dei programmi territoriali.

Le Scuole alcologiche territoriali di primo modulo sono attive in 23 ACAT su un totale di 28 Associazioni presenti. Nel 1997 si è svolto un Corso regionale sulla Scuola alcologica territoriale, durante il quale si è cercato di dare una sostanziale unitarietà agli interventi, già numerosi, ma piuttosto eterogenei nelle modalità e nei contenuti.

L'obiettivo che ci siamo posti, come del resto per i Club, è che ogni famiglia della Regione che si avvicina al sistema lo riconosca e, se le dovesse capitare di trasferirsi, possa trovare la stessa struttura logica, lo stesso linguaggio, gli stessi 'pensieri' in ogni luogo del Veneto. Le Scuole di 2° modulo sono attive in 21 Associazioni. Per il 3° modulo, hanno provato ad organizzarlo, con esiti diversi, 27 Associazioni.

Nel triennio considerato si è prestata particolare attenzione alle Scuole alcologiche territoriali ed all'auto supervisione, per favorirne lo sviluppo, il radicamento e l'armonica ricerca di unitarietà.

Si sono svolti tre Corsi sulle Scuole: nel 1997 sul 1° Modulo, nel 1998 sul 2° Modulo, nel 1999 sul 3° Modulo. I Corsi erano rivolti a servitori-insegnanti che già operavano nelle Scuole o che desideravano impegnarsi in questo. I Corsi sull'auto-supervisione, rivolti a tutti i servitori-insegnanti, sono stati programmati nel 1997 e nel 1999.

Negli anni, 1997/'99 circa il 60% delle Associazioni locali ha organizzato o partecipato ad iniziative di aggiornamento dei servitori-insegnanti, tre province hanno organizzato dei corsi provinciali.

Dal 1999 ha preso il via un progetto di aggiornamento, nella provincia in cui ogni servitore-insegnante abita, ma ognuno può frequentare l'aggiornamento in qualsiasi delle altre sedi regionali. Fin dall'inizio dell'anno ogni servitore-insegnante era a conoscenza delle date, dei luoghi e dei temi per ogni giornata e per ogni provincia. Nessuna giornata è stata programmata in concomitanza con altre. Fino ad ora si sono svolti 14 incontri sui 21 totali.

Il 1997 ha visto realizzarsi quattro Corsi di sensibilizzazione, per un totale di 180 partecipanti, nel 1998 i Corsi sono stati cinque con 256 corsisti e nel 1999 si sono svolti tre Corsi con un totale di 140 persone presenti.

Riteniamo fondamentale lasciare traccia scritta, per quanto più è possibile, del lavoro che quotidianamente ci impegna: le risorse impegnate nel promuovere questo aspetto dei programmi sono dei veri e propri investimenti sicuri che daranno il loro frutto nel tempo.

Nel 1998 è stato aperto il sito Internet dell'ARCAT, curato da un esperto membro di Club e continuamente aggiornato dallo stesso. Con il sito abbiamo attivato anche un'indirizzo e-mail.

Da ultimo, dal 1999 è stata prodotta una piccola 'Agenda degli impegni associativi ed istituzionali' che è offerta ad ogni servitore-insegnante e ad ogni ACAT.

Lo sviluppo dei Club nei diversi paesi e la situazione odierna

Prime esperienze di educazione e di aggiornamento

Renzo De Stefani

Lo sviluppo dei Club nei diversi paesi del mondo è sempre stato legato a situazioni estemporanee e non ha mai risposto ad un progetto strategico complessivo. Questo fatto da un lato ha permesso la nascita di Club laddove erano maturate disponibilità e sensibilità specifiche, dall'altro ne ha ridotto in qualche modo la diffusione. Un'altra difficoltà allo sviluppo dei Club nel mondo è da attribuirsi ad un fattore economico. Infatti la maggior parte delle esperienze è nata in paesi che attraversano una situazione economica molto difficile e che necessitano di un sostegno economico praticamente totale (questo sia in riferimento alla frequenza di corsisti stranieri ai Corsi di sensibilizzazione organizzati in Italia, sia all'attivare da parte nostra iniziative formative nei loro paesi).

Nonostante queste difficoltà, i Club sono nati e cresciuti in alcuni paesi, quali Spagna, Russia, Albania, Romania, Brasile, Svizzera e altri⁽¹⁾. Inizialmente i servitori-insegnanti che hanno aperto i Club in questi Paesi si erano formati in Italia, con l'eccezione dell'esperienza brasiliana, dove vi è stata una breve iniziale formazione in loco, per mezzo di due operatrici piemontesi.

In alcuni paesi (Spagna, Russia, Albania), dopo l'apertura dei primi Club, si sono tenuti dei corsi di formazione e aggiornamento strutturati per formare il maggior numero possibile di servitori-insegnanti, per aumentare il numero dei Club e per cercare di radicare in quei paesi dei veri programmi alcolologici territoriali. In altri paesi si è rimasti fermi al livello iniziale della formazione fatta in Italia. In altri ancora stanno maturando nuovi progetti.

Interessante ricordare che i due più conosciuti libretti, editi dal Centro Studi di Trento, *Alcol, conosciuti per scegliere* e *Il Club degli alcolisti in trattamento*, sono stati tradotti e

⁽¹⁾ La descrizione delle esperienze in questi paesi si trova nei capitoli seguenti.

stampati o fotocopiati finora in russo, in albanese, in spagnolo, in rumeno e in tedesco. Uno strumento molto importante per diffondere conoscenza e cultura.

Francesco Piani

La Scuola Europea di Alcologia e Psichiatria Ecologica è stata ed è in prima linea nello sviluppo dei Club sia in Italia sia all'estero. Una grande opportunità è stata offerta dallo IOGT Internazionale e dal suo past-president, Helge Kolstad, che, amico di Vladimir Hudolin da molti anni, ha pensato, alla sua morte, che dovesse essere degnamente ricordato. In questo modo è nata l'idea del 'Memorial Hudolin', incontro internazionale di confronto ed approfondimento dell'opera del Professore.

Nel primo Memorial, del Settembre 1997, che ha visto la partecipazione di molti rappresentanti stranieri, è nato l'interesse e l'idea di continuare l'attività di formazione e di informazione attraverso incontri e confronti che poi hanno dato vita ai Corsi di sensibilizzazione internazionali di Lignano. In questo modo è stato anche possibile sviluppare la presenza dei Club in altri paesi stranieri, creando rapporti di collaborazione costanti e produttivi.

Da questa attività sono nati Club in Danimarca, Norvegia, Svezia, Polonia, Slovacchia, Bulgaria, Nuova Zelanda, e hanno partecipato ai corsi operatori provenienti da Israele, Portogallo, Lituania, Repubblica Ceca, Germania.

L'inizio dei Club all'estero, specie nei paesi europei, non è mai cosa facile, sia perché ci sono problemi di lingua e di diversa cultura sociale e sanitaria, sia perché molti paesi hanno già dei loro programmi di trattamento attivi. Per questo motivo il processo di crescita è talora piuttosto lento e richiede notevoli sforzi. Come lo stesso Hudolin ripeteva, è necessario trovare la persona giusta al momento giusto nel posto giusto, e questo non è sempre facile da ottenere.

L'interesse che viene costantemente dimostrato dai corsisti dei diversi paesi è comunque un motivo di soddisfazione ed una motivazione a continuare su questa strada.

È necessario, in questa fase dello sviluppo internazionale, stabilire dei gruppi forti e motivati negli altri paesi, in grado di sviluppare in modo armonico e costante il lavoro. Se possiamo essere felici per un Club in nuovo paese, non dobbiamo dimenticare che è necessario sviluppare un sistema di intervento, che veda insieme il pubblico ed il privato, che sia in grado di operare sui livelli della prevenzione primaria, secondaria e terziaria, che sia infine capace di stabilire programmi di formazione e aggiornamento in loco. Ecco che allora la prospettiva non è più solo quella di creare uno o più Club, ma di creare le condizioni perché il programma attecchisca e dia i suoi frutti migliori. In questo modo forse verrà il giorno che gli italiani andranno ad imparare all'estero, così come oggi, in un certo senso, gli amici croati vengono a formarsi in Italia, dopo essere stati i nostri maestri.

Albania

C. Maenza, P. Marzo

Nel 1992 all'apertura della Missione Vincenziana in Albania, nel villaggio di Mollas, Distretto di Elbasan, si è dato dapprima inizio a un programma di sensibilizzazione ai problemi alcolcorrelati, visto che anche in Albania il problema alcol risultava assai evidente. Così si è avviato un programma finalizzato all'informazione delle famiglie. Successivamente, nel 1993, venne aperto il primo Club degli alcolisti in trattamento, presso la Missione. Il Club è stato per molto tempo l'unico punto di riferimento dell'intera Albania.

La seconda fase ha comportato una sensibilizzazione più ampia, rivolta alla comunità: i primi risultati sono stati la frequenza da parte di una coppia di professionisti al Corso di sensibilizzazione di Bari, nel 1994, diretto da Hudolin.

Mentre Myslim Abeshi e la moglie Aferdita sensibilizzavano l'ambiente ospedaliero, suor Pia Marzo si è occupata della sensibilizzazione del mondo della scuola. Da questo lavoro è nato il secondo Club, istituito a Gerik.

Nel Febbraio 1997, organizzato da Myslim e dalle Suore Vincenziane, si è svolto a Elbasan un seminario di tre giorni, al quale hanno partecipato autorità e responsabili della comunità locale, diretto da Maria Teresa Salerno, da Renzo De Stefani e da Giovanni Aquilino, impegnati da anni nei programmi italiani, con il supporto e la presenza delle famiglie dei Club albanesi.

Il seminario, da una parte aveva come scopo la formazione di nuovi servitori-insegnanti utili a sviluppare i programmi, dall'altra a sensibilizzare i responsabili della comunità locale ai problemi alcolcorrelati. Il tutto finalizzato alla realizzazione di un Corso di sensibilizzazione da tenersi quanto prima ad Elbasan.

Dal seminario è emersa la possibilità di realizzare un numero congruo di quaderni della serie Alcol... piacere di conoscerti!, tradotti in lingua albanese, offerti dall'APCAT Trentino, per favorire lo svolgersi di un'attività informativa più efficace.

Tutto si è fermato a questo punto a causa della guerra civile.

Per il futuro, pensiamo di ripartire da dove eravamo rimasti. Pertanto abbiamo predisposto un programma di informazione nelle scuole, nei villaggi e nelle strutture sanitarie, contando anche sull'ausilio e la divulgazione dei quaderni in lingua albanese.

Questo ci consentirà, a nostro parere, l'apertura di nuovi Club e il riavvio, magari con un Corso di sensibilizzazione, dei programmi in Albania.

Bosnia e Erzegovina

Vi. Hudolin, N. Lazić, N. Matović, Lj. Ulemek

Nel primo biennio di attività del Dipartimento di alcologia attivo presso il Reparto di Neuropsichiatria del Policlinico M. Stojanović a Zagabria cominciavano a venire persone provenienti dalle altre repubbliche della Federazione, e in primo luogo dalla Bosnia e Erzegovina. Fu allora che Hudolin istituì i primi CAT in quella repubblica.

Così nel giro di tre anni, ne vennero fondati sei: presso la raffineria di Bosanski Brod, a Bihać, presso la miniera di Ljubija, a Prijedor, a Bosanska Krupa e infine nella cittadina di Bosanski Brod.

Un notevole sviluppo dei CAT nella Bosnia e Erzegovina si è avuto dopo che Hudolin fu invitato a Sarajevo per una visita all'Ospedale psichiatrico 'Jagomir' diretto da Ivan Milaković. In quell'occasione Hudolin conobbe coloro che in seguito sarebbero divenuti tra i più attivi servitori di CAT: Emina Kapetanović-Bunar, suo fratello Rizo Kapetanović, Desa Tešanović, Samija Ivković, Himzo Polovina e molti altri. La crescita del numero dei CAT della Bosnia e Erzegovina e la loro assidua collaborazione con i Club croati portò alla nascita dell'Associazione dei CAT della Croazia e della Bosnia e Erzegovina, con sede a Zagabria.

Nell'Erzegovina il primo CAT fu istituito a Mostar nel 1965. In seguito in quella stessa città vennero fondati altri Club. Nel 1976 fu istituita l'Associazione dei CAT del comune di Mostar, che tra l'altro pubblicava il periodico *Novi Život* (Vita Nuova) grazie all'attiva partecipazione dei membri dei Club. Tra il 1982 e il 1991 furono istituiti Club a Široki Brijeg, Jablanica, Konjic, Ljubuški, Stolac, Capljina, Medugorje e Grude.

Durante la guerra l'attività dei CAT è stata sospesa, per riprendere nel 1997 con la fondazione del Club di Mostar. In seguito vennero istituiti un altro Club a Mostar, uno a Medugorje e uno a Široki Brijeg. Dal 1998 è attiva la Scuola Regionale di Alcologia.

Purtroppo non abbiamo modo di fornire un resoconto aggiornato sulla Bosnia, poiché la redazione non ha ricevuto le risposte al questionario inviato. Secondo il volume del 1985 dal titolo *Prakticni prirucnik i adresa KLA Jugoslavije i Italije* (Manuale pratico e indirizzario

dei CAT della Jugoslavia e dell'Italia) nella Bosnia e Erzegovina erano attivi circa sessanta CAT e il loro numero sembra essere aumentato notevolmente fino alla vigilia della guerra.

Ci auspichiamo di poter offrire un resoconto più dettagliato sui CAT della Bosnia e Erzegovina nella prossima edizione di questo volume.

I CAT della Bosnia e Erzegovina erano attivi in località grandi e piccole. Qui ne ricorderemo solo alcune: *Sarajevo, Banja Luka, Bihać, Mostar, Jajce, Prijedor, Bosanski Brod, Doboj, Maglaj, Konjic, Trebinje, Gorazde, Ilidža, Kiseljak, Vareš, Visoko, Brčko, Tuzla, Kakanj, Travnik e Zenica.*

Brasile

W. Araujo, G. das Graças Munis Dias

Noi di Teofilo Otoni (Brasile) stiamo lavorando per mettere in pratica l'approccio ecologico sociale dei Club degli alcolisti in trattamento, che è stato concepito in stile europeo dopo il primo seme piantato da Laura Musso e Fernanda Giamello (medico e assistente sociale italiane, servitori di CAT in Piemonte). Ci siamo suddivisi in comunità di quartiere, per riunirci una volta la settimana in un luogo fisso, cercando di coinvolgere il maggior numero possibile di famiglie.

La prima risposta a questo lavoro fu di grande entusiasmo, con una presenza massiccia di famiglie, ma l'idea fu accettata con facilità e nello stesso tempo con superficialità. Non venne data continuità. Abbiamo constatato che uno dei principali motivi di questa difficoltà risiede nel fatto che nelle nostre comunità sono quasi inesistenti famiglie veramente strutturate. L'influenza molto grande dei compagni del bar, che spinge a continuare a bere - in fondo è quello che determina questo stile - di affrontare la realtà fuggendola, per l'impossibilità di trovare un lavoro dignitoso per mantenere la famiglia e sentirsi capaci di assumere un ruolo importante nel nucleo familiare. Da parte sua, la società non si mobilita affatto per rendere consapevoli del pericolo rappresentato dall'alcol in famiglia.

Nella cultura e nell'educazione, il consumo delle bevande alcoliche è considerato un elemento naturale: per questo le famiglie hanno molte difficoltà a riconoscere e accettare che chi è coinvolto con le bevande alcoliche sia a rischio, ed è comune pensare che "alcolista" è soltanto la persona che beve fino a cadere per terra.

Questa è stata la situazione generale che abbiamo incontrato nel nostro lavoro, ma ciascun CAT di quartiere ha una realtà diversa.

Per rispondere a queste difficoltà abbiamo avviato un lavoro più ampio di divulgazione, nelle piazze, nelle chiese, e siamo stati alla radio a parlare del Corso di sensibilizzazione che Lia e Rubens hanno seguito in Italia, e abbiamo fatto conoscere i luoghi in cui si tengono le riunioni in ciascuna comunità e chi sono i servitori-insegnanti di CAT. Per la verità non abbiamo ancora avuto risposta, e perciò abbiamo concordato di investire di più nell'informazione.

Troviamo molte difficoltà nel trattenere le famiglie nei Club e far capire quant'è importante mantenere la regolarità delle riunioni e la puntualità, e sentiamo la necessità di adattare il CAT a questa realtà. In una delle riunioni mensili dei servitori-insegnanti abbiamo deciso di sperimentare modalità diverse, mantenendo i concetti basilari del CAT: l'importanza della famiglia, il ruolo di servitore-insegnante e la presenza di una spiritualità antropologica che ci accompagna nel lavoro.

Ora pensiamo di affrontare questo problema cominciando a sensibilizzare persone che abbiano un maggiore appoggio dalla famiglia, sperando di ottenere una percentuale più alta di successo. Inoltre siamo molto fiduciosi di poter sviluppare un lavoro di Scuola alcolologica territoriale, attraverso il quale potremmo arrivare più vicino ai centri di diffusione dell'educazione: scuole, servizi di salute pubblica, ospedali, comune ecc.

Il Club di Igarassu nella regione del nord-est del Brasile

G. Guidoni, M. G. Vaggelli

Il 6 Agosto 1999 è stato inaugurato il primo Club degli alcolisti in trattamento nella regione del nord-est del Brasile, ad Igarassu, una città dello Stato del Pernambuco, presso il Centro Mariapolis 'Santa Maria', gestito dal movimento religioso dei Focolarini. Questo è un centro che si occupa tra l'altro di dare sostegno materiale e spirituale alle famiglie più povere di alcuni 'loteamentos' (una sorta di 'favelas') di questa che è una delle zone più povere del paese, cercando anche di fornire una istruzione ai bambini ed una formazione lavorativa ai ragazzi più grandi.

È stato proprio durante un soggiorno organizzato per conoscere questa realtà che ci siamo resi conto di come molti dei problemi di queste famiglie erano correlati anche al bere, che in queste realtà di povertà e degrado sociale e culturale provocava effetti spesso devastanti: padri o madri che spendono i pochissimi soldi che hanno per qualche litro di cachasha, lasciando senza cibo e nella totale indigenza otto-dieci bambini, alcuni ancora in fasce, e che vengono accolti nella Scuola del Centro 'Santa Maria' per poter fornire loro almeno un pasto al giorno! Poiché eravamo stati invitati da Giuseppina Veneruso, che da anni collaborava con i vari progetti del Centro 'Santa Maria' e che era anche a conoscenza dell'esperienza dei Club degli alcolisti in trattamento, è subito nata l'idea di provare a fare qualcosa per queste famiglie.

Grazie anche alla grande disponibilità e sensibilità delle persone di questo centro e grazie anche alla loro formazione che prevede sempre un approccio familiare per affrontare ogni problema, già dopo due giorni di permanenza Giuseppina Veneruso aveva individuato all'interno di quella comunità due persone molto motivate a fare i servitori-insegnanti (Raimundo Cerqueira e Genivaldo Bernardo da Silva) mentre l'assistente sociale Lucia Maria Ramos Cardoso aveva già individuato le prime famiglie. Così alla prima riunione del Club, dopo quattro giorni dal nostro arrivo, erano già presenti cinque famiglie che fin dalla prima volta si presentarono con tantissimi bambini, al punto che eravamo ventidue persone presenti!

Durante la nostra permanenza, Maria Grazia con la collaborazione di Romy ha elaborato un libretto di sedici pagine in Portoghese, dove si parla in modo semplice dei problemi alcolcorrelati e di come si organizza e come funziona un Club di alcolisti in trattamento, e complessivamente abbiamo fatto tre riunioni del Club. All'ultima riunione erano presenti sette famiglie ed eravamo fra tutti trentacinque persone: due 'alcolisti' avevano già smesso di bere così come avevano fatto anche i famigliari, due frequentavano senza aver ancora smesso e di altri tre frequentavano solo i famigliari.

Durante l'anno seguente abbiamo mantenuto regolari contatti via posta. Il Club ha continuato a riunirsi regolarmente con ottimi risultati: le famiglie adesso sono nove, sono state stabilite le cariche ed il presidente è Luiz Martins de Oliveira, che era stato il primo ad aderire alla proposta di creare un Club e che è stato fin dall'inizio uno dei più attivi. Nel mese di Febbraio 2000 l'assistente sociale Cardoso ha organizzato un pomeriggio dedicato alla Scuola alcolologica territoriale che è stata frequentata da tutte le famiglie del Club.

Bulgaria

S. Toteva, D. Bakalova

Durante questi ultimi anni, dal 1990 ad oggi, il numero di giovani che usano droghe e alcol ha avuto un progressivo incremento. Le statistiche mostrano che nello scorso anno 400 mila Bulgari avevano problemi alcolcorrelati e oltre 50.000 adolescenti avevano problemi di droga. Tenendo presente che la popolazione della Bulgaria è di circa 7 milioni di persone, questo numero dimostra una altissima incidenza.

Tutte queste cose ci spingono a ritenere che è indispensabile l'avvio dei Club, secondo il metodo Hudolin, in Bulgaria. Il primo gruppo è stato fondato a Sofia, in base al modello del Club degli alcolisti in trattamento (Metodo Hudolin) ed è composto da quattro famiglie. Il secondo Club è stato fondato nel Dicembre del 1998. Gran parte dei membri sono le mogli di mariti alcolisti. Oltre il 50% dei loro figli usano droghe. Nuovi membri entrano nel Club molto velocemente, cosicché in questo momento è composto da più di venti persone. L'attività del secondo Club era molto più difficile per una prevalenza di donne. La servitrice-insegnante è una moglie e madre che ha problemi alcolcorrelati nella propria famiglia.

Una nuova legge in materia di controllo delle sostanze psicoattive che dovrebbe essere votata dal Parlamento Bulgaro è stata presa in visione durante gli incontri dei Club in questi ultimi mesi. I membri dei Club hanno proposto dei suggerimenti innovativi e costruttivi.

È necessario che vengano organizzati dei Corsi di sensibilizzazione in altre città e villaggi, parallelamente alla pubblicazione di un'adeguata letteratura.

Ecuador

R. Pancheri

Anche in Ecuador sono nati i primi Club. Tutto è iniziato quando, nel Maggio 1998, hanno partecipato al Corso di sensibilizzazione di Rovereto (in provincia di Trento) tre operatori sociali ecuadoregni (due psicologi e un educatore), invitati dal responsabile del Servizio di alcologia, Luigino Pellegrini (che in passato era stato tre anni come volontario in Ecuador), e ospitati dal Comune di Rovereto e dall'ACAT. Al loro ritorno in Ecuador i nostri amici Nydia, Bolivar e Santiago hanno subito aperto tre Club in differenti barrios di Quito e hanno aperto una specie di Centro alcologico, appoggiandosi all'ASA (Associazione della Diocesi di Padova che opera in Ecuador e dalla quale loro dipendono).

Alla fine di Agosto, l'ASA ha patrocinato un Corso di sensibilizzazione a Quito, organizzato dai nostri amici e da Luigino Pellegrini, che da due mesi era in Ecuador anche per preparare il Corso e farvi partecipare il maggior numero possibile di persone che già lavorano per le varie organizzazioni non governative presenti nel Paese. È stato così possibile organizzare un Corso di sensibilizzazione con ben settantacinque corsisti, molto motivati e tutti già attivi nel lavoro sociale.

Il Corso si è tenuto in una bellissima casa coloniale messaci a disposizione dalla Municipalità di Quito e situata proprio nel centro della città vecchia. Il sottoscritto, che era direttore del Corso, pur dovendo tenere le lezioni e le comunità in spagnolo, si è trovato il compito molto facilitato da un clima umano molto bello: abbiamo pian piano visto emergere tutti i lati più belli della personalità sudamericana con momenti di grande emozione. Le visite ai Club sono state delle esperienze indimenticabili: era bellissimo fare le cose che normalmente facciamo nei nostri Club con delle famiglie così numerose, con tanti bambini e con dei momenti di grande umanità.

La grossa motivazione manifestata dai partecipanti al Corso durante la settimana si è concretizzata in breve tempo nell'apertura di altri sette Club. Quindi, al momento attuale i Club in Ecuador sono dieci. Alcuni servitori-insegnanti ecuadoregni sono stati presenti al Congresso nazionale dei Club degli alcolisti in trattamento a Torino, nel 2000. Questo sta a significare che il modello e soprattutto lo spirito dei Club non conosce confini né barriere.

Grecia

S. Christidi

Il metodo Hudolin rappresenta una realtà anche per la Grecia. Nel Giugno '99 è nato in Grecia il primo Club degli alcolisti in trattamento. È nato in una piccola città che si chiama

Agrinio, al centro-ovest della Grecia. Come tutti i Club è partito con due famiglie ed oggi ne ha otto.

La breve storia del Club in Grecia parte nel 1998, quando due persone greche, una psicologa ed una insegnante, hanno mostrato l'interesse di conoscere il mondo dei Club. Infatti sono arrivate in Italia per fare il Corso di sensibilizzazione all'approccio ecologico sociale ai problemi alcolcorrelati e complessi, che si è svolto a Battipaglia (Salerno), diretto da Aniello Baselice. Al loro ritorno in Grecia, con l'aiuto di un centro di prevenzione contro le droghe (O.KA.NA) hanno informato la comunità di Agrinio (centri sociali, ospedali) e hanno fatto nascere il primo Club.

Contemporaneamente è nato anche l'interesse da parte di molte persone, per lo più assistenti sociali, psicologi, di conoscere meglio la realtà del Club e il metodo Hudolin. Nel Settembre 1999 è stato realizzato in Grecia il primo Corso di sensibilizzazione con la collaborazione di O.KA.NA e dell'AICAT, diretto da Renzo De Stefani e con la partecipazione di Roberto Cuni, di Aniello Baselice e di Maria Teresa Salerno, la quale ha avuto anche la possibilità di fare degli incontri con un gruppo di medici ed uno di insegnanti sulla promozione della salute.

Al Corso di sensibilizzazione hanno partecipato venti corsisti, i quali hanno dato la loro disponibilità per far diffondere il metodo Hudolin in Grecia. Oggi in Grecia c'è un Club, otto famiglie che sono state veramente aiutate e venti servitori, tutti con un nuovo obiettivo, cioè di far nascere nuovi Club, ed aiutare più famiglie, non solo ad Agrinio ma in tutta la Grecia.

Ovviamente ancora è presto, perché è molto difficile cambiare la posizione nei confronti dell'alcol in un paese come la Grecia, dove l'alcol fa parte della sua cultura e della sua tradizione, ma quello che è importante è che c'è la voglia da parte di tutti ad andare avanti e diffondere sempre di più la realtà dei Club, perché la Grecia come anche gli altri paesi ne ha bisogno.

Il nostro prossimo obiettivo è quello di favorire la diffusione dei Club, informare la comunità e poter realizzare un altro Corso di sensibilizzazione in un'altra città della Grecia.

Il Club in Grecia esiste ed è nato con la collaborazione di più persone da diversi paesi, cosa che ha dimostrato un'altra volta che il Club non conosce i confini, perché i principi del Club, come l'amicizia e la solidarietà, sono universali.

Macedonia

J. Jovev

Sul problema dell'alcolismo si scrive e si discute in tutto il mondo. E come nel resto del mondo, anche nel nostro Paese e nella provincia di Skopje l'alcolismo è un fenomeno in crescita, la cui diffusione e le cui stesse caratteristiche sono condizionate da fattori sociali, culturali, economici e geografici. Per tale ragione nella Repubblica di Macedonia sono state istituite Associazioni e Club degli alcolisti in trattamento che giocano da sempre un ruolo essenziale nella prevenzione primaria, secondaria e terziaria di questo fenomeno.

Oggi i CAT rappresentano a nostro avviso un'organizzazione senza la quale il trattamento degli alcolisti sarebbe impensabile. Dal 1969, anno della fondazione del primo Club, i CAT si sono gradualmente diffusi in tutte le principali città della Repubblica, dove nel Dicembre del 1973 nacque un'Associazione dei Club degli Alcolisti in Trattamento, subito entrata nella rete dei CAT dell'allora federazione jugoslava.

In passato ciascuno dei nostri Club raccoglieva fino ai centocinquanta membri;. Oggi, a garanzia di un più moderno funzionamento, ne raccoglie non più di ventitré (dalle dieci alle venti coppie di coniugi), assistiti da un'équipe di trenta specialisti che gestiscono con successo i problemi legati alla recidività, ai rapporti famigliari e via dicendo.

L'Associazione dei Club degli Alcolisti in Trattamento (finanziata in parte dalla Lega dei Socialisti e in parte dai proventi della lotteria di Stato) fu istituita il 28 Dicembre 1973, e la sua prima assemblea mi elesse come presidente. Negli anni successivi sviluppò un'intensa attività che predispose il terreno alla nascita di vari Club in diverse città macedoni. Oltre ai CAT della capitale, Skopje, ne nacquero altri a Prilep, Bitola, Veles e Tetovo, e in seguito anche a Kavadar, Gostivar, Štip e in altre località minori. In questa fase si svolsero vari convegni e seminari per la formazione dei quadri specialistici dei CAT. Il ruolo guida era svolto in tal senso dal Policlinico di Bardovici, che disponeva di un reparto per gli alcolisti in trattamento come pure di un CAT sperimentale, e che più tardi si dotò anche di un day hospital.

Nel corso degli anni novanta le collaborazioni tra l'Associazione dei CAT della Jugoslavia e quella italiana si sono infittite sino a giungere alla creazione di un'associazione comune. In questa fase un gran numero di specialisti e di utenti dei nostri Club hanno preso parte ai lavori dei Congressi di Udine, Treviso e Trento.

Il 1991 si è tenuto a Skopje l'ultimo convegno dei CAT della Jugoslavia, cui hanno preso parte tutte le repubbliche della Federazione. Nel 1994 l'Associazione dei CAT della Macedonia, in collaborazione con la Croce Rossa, con il Policlinico di Bardovci e con l'Unione per la Prevenzione dell'Alcolismo, delle Tossicodipendenze e del Tabagismo, ha organizzato a Skopje il primo Convegno balcanico sulle dipendenze, che ha raccolto ospiti provenienti non solo dalle ex repubbliche jugoslave, ma anche dalla Bulgaria, dalla Romania, dall'Albania e infine dalla Turchia.

Negli ultimi anni, la ben nota crisi che ha investito i CAT è andata peggiorando e alcuni di questi centri hanno dovuto purtroppo sospendere la loro attività; mentre altri, malgrado tutto, continuano a lavorare con successo sperando in un futuro miglioramento della situazione finanziaria dell'Associazione dei CAT macedoni, che in ogni caso prosegue la propria collaborazione, seppur saltuaria, con i suoi omologhi della Repubblica di Croazia e della Repubblica federativa della Jugoslavia.

Montenegro

Z. Stojovic

Nel Montenegro si cominciò a parlare di alcolismo verso la fine del XIX secolo. Era infatti il lontano 1880 quando Milan Jovanovi Batut, primario dell'Ospedale 'Danilo' di Cetinje, pubblicò sul periodico Zdravlje (La Salute) una serie di articoli intitolata 'Pijanica' ('Il bevitore').

Nel libro Ritorno alla terra natale, lo scrittore americano di origine slovena Luis Adami ricorda che a quel tempo i Montenegrini, popolo fiero e per nulla incline al bere, mantenevano viva la consuetudine secondo cui, in casa d'altri, era concesso bere un solo bicchiere offerto dal padrone di casa e consideravano l'alcolismo una vergogna.

Nel 1900 Jovan Kuja i diede alle stampe Contro l'alcolismo, primo saggio sull'argomento nonché uno dei primi segnali del fatto che il servizio medico cominciava ad affrontare in modo sistematico le patologie connesse ai problemi alcolcorrelati.

Nel secondo dopoguerra in Montenegro non esistevano servizi specializzati nella trattamento dell'alcolismo, se non nell'ambito delle strutture psichiatriche istituzionali. Bisognerà attendere il 1979 per assistere alla nascita, presso l'Istituto di Psichiatria di Kotor, del primo reparto per la cura degli alcolisti (trentacinque posti letto), fondato da Stanko Piperovic e da Nikola Perkovi. E poiché entrambi avevano compiuto la loro specializzazione a Zagabria, inaugurarono una terapia dell'alcolismo basata sulla metodologia di Vladimir Hudolin, la stessa che viene praticata ancor oggi.

Giunse così alla piena affermazione il movimento che promuoveva l'istituzione dei Club degli alcolisti in trattamento, il primo dei quali venne fondato nella cittadina di Nikši nel

1972, seguita da Tivat (1980) e da Herceg Novi (1982). L'Associazione dei CAT del Montenegro, attiva dal 1984, ha avuto come primo suo presidente Nikola Perkovi .

A partire dal 1983 il CAT di Herceg Novi, che promuoveva anche un'attività editoriale, cominciò a curare la pubblicazione annuale degli atti dei convegni dell'Associazione dei CAT montenegrini, che divulgavano i contributi di numerosi specialisti.

Il compianto Miladin Mrvaljevi ha dato molto alla promozione e allo sviluppo dell'attività dei CAT, anche a livello editoriale, e ancor oggi in Montenegro viene assegnato annualmente un premio che porta il suo nome ai più attivi servitori dei CAT. La pubblicazione del volume sui CAT di Herceg Novi conobbe sei edizioni e contribuì in modo decisivo alla promozione dell'attività dei Club montenegrini.

Nel marzo del 1990 nel Montenegro erano attivi sette CAT, ma il loro numero era sceso a cinque alla vigilia del conflitto nell'ex-jugoslavia. Dopo la guerra molti CAT hanno sospeso la loro attività. Attualmente in Montenegro ne sono attivi cinque, e altri cinque sono in fase di costituzione. L'autore del presente scritto figura come attuale presidente dell'Associazione dei CAT montenegrini, i quali cercano, con l'aiuto di tutti i fattori sociali, di ritrovare in questo periodo di transizione il senso pieno della loro attività.

L'Associazione dei CAT del Montenegro, sin dall'epoca della sua istituzione, ha ricevuto un grande sostegno da Vladimir Hudolin che le affidò l'organizzazione del 15° Convegno dei CAT della Jugoslavia (1990) nonché del 5° Convegno jugoslavo di studi sull'alcolismo. Per lo straordinario contributo offerto a entrambi i convegni, Hudolin fu nominato membro a vita della presidenza dell'Associazione Jugoslava di Studi sull'Alcolismo da lui stesso fondata. Inoltre, curò l'organizzazione del nostro soggiorno in Italia in occasione dei Congressi degli CAT di Treviso (1988), di Trento (1989) e di Riva del Garda (1990), che ci consentirono di intraprendere una proficua collaborazione con gli amici italiani.

L'operato dei CAT del Montenegro si fonda su principi eco-sociali. L'Associazione dei CAT è uno dei sistemi ecologici che, nell'interazione con gli altri sistemi, contribuisce in modo significativo alla lotta contro il fenomeno dell'alcolismo. I principi ecologici ed ecosistemici contribuiscono alla buona riuscita dell'operato dei CAT, favorita altresì dalla legislazione sulla tutela dell'ambiente attualmente vigente nella Repubblica del Montenegro, la prima in Europa a essere proclamata 'repubblica ecologica'.

Nuova Zelanda

P. Adams, P. Armstrong

Abbiamo iniziato il nostro lavoro con i Club, cercando di sensibilizzare i servizi coinvolti nel trattamento dei problemi alcol e drogacorrelati.

Peter Adams si trova in Auckland, in una città di un milione e duecentomila abitanti. Pam Armstrong si trova in Northland, a circa 200 chilometri da Auckland. In questa regione abbiamo avuto la fortuna di avere il supporto di Jasminka Kosanovi di Slatina, che aveva lavorato precedentemente nei Club in Croazia.

Adams e Kosanovi hanno aperto il primo Club il 18 Febbraio 1998. Nonostante i nostri sforzi per sensibilizzare la comunità locale, la partecipazione è molto ridotta: comunque ci incontriamo regolarmente.

Northland si estende per 300 chilometri, ed è formata da comunità rurali, prevalentemente Maori. Dato che la cultura Maori pone in primo piano la famiglia e la comunità, e c'è un altissimo tasso di problemi alcol e drogacorrelati nella popolazione, abbiamo pensato di introdurre i principi dell'approccio ecologico sociale nella 'visione del mondo' di questa specifica cultura, basata sul concetto di interdipendenza. Il nome che è stato dato al Club è il risultato di un formale processo di consultazione degli 'anziani', che hanno scelto il nome di Ope Awhina la Tatou, che significa: 'l'importanza della famiglia nel supporto della

comunità'. La parola Tatou è molto importante perché enfatizza il concetto di 'noi', e ora chiamiamo i Club semplicemente Tatou.

Fino ad oggi sono stati fondati cinque Tatou, ma rimane il problema di avvicinare più famiglie. Per far fronte a questo problema abbiamo pensato di organizzare presso il distretto sanitario locale, un ciclo di lezioni informative che sarà rivolto a tutti i nuovi utenti. Questo programma è appena iniziato, così ci è abbastanza difficile poter dire con esattezza come questo programma educativo potrà influire sugli invii al Club o Tatou.

Ci chiediamo se nella nostra cultura, la vergogna, associata ai problemi alcolcorrelati e le generali aspettative che i professionisti hanno sviluppato nelle persone, costituiscano degli ostacoli a far sì che le famiglie siano attratte da programmi alternativi rispetto a quelli istituzionali, dove i professionisti hanno grosse difficoltà ad accettare i concetti di un approccio ecologico sociale.

Nonostante tutto noi continuiamo nella nostra battaglia. Le persone coinvolte sono molto entusiaste, ma ci vorrà ancora molto tempo per avviare quel cambiamento culturale necessario per migliorare le condizioni di vita nelle nostre comunità.

Polonia

J. Morawski, Z. Kutymski

In Polonia i problemi alcolcorrelati sono in continuo aumento: possiamo parlare all'incirca di 600 mila alcolisti e di circa mille ragazzi che nascono e crescono in famiglie di questo tipo. Ogni anno circa 1.500 persone muoiono per intossicazione acuta da alcol, mentre i ricoveri ospedalieri sono all'incirca 8.000 per intossicazioni acute e 25.000 per problemi alcolcorrelati di diverso genere. Il numero totale di alcolisti trattati nei servizi pubblici supera 250.000.

Anche se i servizi pubblici sono molto attivi in questo campo, c'è un bisogno urgente di indirizzarci verso l'approccio ecologico sociale proposto da Vladimir Hudolin. Per attuare questo progetto, nel 1998-'99 quattro membri polacchi dello IOGT hanno partecipato ad un Corso di sensibilizzazione in Italia. Questo Corso ci ha influenzato moltissimo ed ha cambiato la nostra percezione e il nostro approccio nei confronti del problema.

Nel Dicembre 1998 è nato il primo Club a Varsavia. L'esperienza di questo primo Club, anche se ancora definibile in fase sperimentale, è stata ed è tuttora molto positiva. Gli incontri avvengono regolarmente e vengono rispettati pienamente gli indirizzi dell'approccio ecologico sociale.

Siamo speranzosi di ampliare il sistema ecologico sociale in tutta la regione. Cerchiamo di fare il nostro meglio, e siamo grati all'AICAT e alla Scuola Europea di Alcolologia e Psichiatria Ecologica per tutto l'aiuto che ci è stato dato.

Romania

R. De Stefani

In Romania vi sono due Club e la tenacia di Dan Paulon, il servitore-insegnante che ne è l'anima da più di due anni. L'impegno è di organizzare nel più breve tempo possibile un Corso di sensibilizzazione in Romania.

Russia

R. De Stefani

In Russia, la nascita e lo sviluppo dei Club hanno avuto una storia articolata e complessa. Nel 1992 la Chiesa cattolica trentina ed il Patriarcato di Mosca, nell'ambito di una

collaborazione ecumenica, convengono di attivare dei programmi specifici in tema di riabilitazione per le famiglie con problemi di alcolismo, e a tale scopo richiedono la collaborazione del Centro Studi di Trento. Nel 1992 voliamo per la prima volta a Mosca e ci rendiamo subito conto che creare dal nulla un programma operativo e funzionale non è, in quella realtà, né facile né scontato. Dopo pochi mesi comunque un gruppo di amici russi vengono in Italia per frequentare un Corso di sensibilizzazione.

Tornano a Mosca pieni di entusiasmo e subito si aprono i primi Club. Nell'aprile 1993 partecipiamo a Mosca al primo Interclub. L'ansia è la stessa che abbiamo vissuto noi in Italia dieci anni prima, la commozione e la gioia è grande. Da allora i rapporti con Mosca si intensificano sempre più. Le difficoltà non sono poche, la lingua, le distanze e soprattutto il sostegno finanziario della Chiesa cattolica trentina che è venuto a mancare. Nonostante questo, il Centro Studi, che ha profondamente creduto in questo 'sogno', in questa possibilità di dare anche alle famiglie in difficoltà di Mosca quella risorsa così grande che è il Club, è riuscito, grazie anche a contribuzioni finanziarie trentine, a continuare il proprio apporto organizzativo e scientifico.

Dal 1994 sono stati organizzati quattro Corsi di sensibilizzazione (l'ultimo si è tenuto nell'Aprile 1998) a cui hanno partecipato complessivamente più di duecento operatori sanitari e sociali. Inoltre con frequenza annuale si sono tenuti degli aggiornamenti sia per gli operatori sia per le famiglie, che hanno costituito sempre dei momenti di vivace confronto e di interessante scambio e arricchimento reciproco.

A fronte di un impegno così massiccio, il numero dei Club aperti a Mosca e in alcune città limitrofe, una quindicina, può certo apparire modesto. D'altro canto la situazione complessiva di riferimento è a dir poco difficile e quello che a nostro avviso ha giustificato l'impegno profuso in questi anni è stato l'aver consolidato comunque un gruppo piccolo ma agguerrito di operatori formati e motivati e di aver offerto ad almeno duecento famiglie l'opportunità concreta di uscire dal problema. Inoltre tra quei duecento operatori e volontari che hanno partecipato ai Corsi di sensibilizzazione ve ne sono molti che, pur senza aver ancora aperto un Club, stanno contribuendo a portare i primi timidi cambiamenti nella cultura sanitaria e generale di riferimento sull'alcol, cultura che in Russia si fa pesantemente sentire.

Non è un caso che dopo anni di 'disattenzione' da parte delle autorità ufficiali, durante questo ultimo Corso siamo stati invitati al Parlamento per avere un incontro con un gruppo parlamentare interessato allo sviluppo dei Club. Come si dice, se son rose fioriranno... e comunque rimane il fatto che l'esperienza fatta a Mosca potrà servire in futuro in altre realtà. Favorita anche da quella molto ricca di significati emotivi che si è realizzata attraverso il viaggio a Mosca di alcune famiglie e di alcuni operatori italiani in occasione dell'ultimo Corso. Un primo piccolo ma intenso gemellaggio tra famiglie italiane e russe, a cui ne potranno seguire certamente degli altri. Un'occasione per toccare con mano come l'uomo, nella semplicità del Club, ritrova quei valori universali che gli sono propri, a qualsiasi latitudine viva, in qualsiasi situazione sociale e politica, a qualsiasi fede religiosa appartenga.

Scandinavia

H. Kolstad

In Scandinavia, l'interesse per i Club degli alcolisti in trattamento è nato nel 1983, a seguito della partecipazione di alcuni delegati della Danimarca, della Svezia e della Norvegia a un seminario dello IOGT sui problemi alcolcorrelati a Dubrovnik, in Croazia, durante il quale era stata presentata la metodologia dei Club e ci era stata offerta l'opportunità di vedere da vicino i Club. In tale occasione venne istituita una 'Commissione per la riabilitazione' per l'IOGT internazionale (Hudolin ne aveva fatto parte come membro illustre) e furono tracciate le linee guida per gli interventi nei confronti delle persone che soffrono di

problemi alcolcorrelati. Punto di riferimento di tali linee era soprattutto l'approccio sistemico del concetto di Club alla salute pubblica.

Negli anni successivi questo principio ha guidato lo sviluppo dei programmi in molti paesi, fra i quali i paesi della Scandinavia. Particolare rilevanza ha assunto l'impegno dimostrato dall'organizzazione danese dello IOGT per avviare tali programmi. Nel 1988 ci recammo nuovamente in Croazia per prendere parte a una Conferenza culturale internazionale dello IOGT, ancora una volta sotto la direzione di Vladimir Hudolin. E fu allora che si progettò di creare dei Club sul modello di quelli italiani e croati in molti paesi.

Questo processo subì una battuta d'arresto a causa dei drammatici eventi successivi al crollo del sistema comunista nell'Europa centrale e orientale. I gravi problemi sociali legati anche e soprattutto al consumo di alcol erano sotto gli occhi di tutti. Per lo IOGT (e altre organizzazioni internazionali) aumentarono quindi le difficoltà per stabilire dei contatti e sostenere quelle poche persone che a livello locale cercavano ancora di aiutare quanti soffrivano di problemi alcolcorrelati. Se pur con dei limiti, si operò seguendo le linee guida enunciate a Dubrovnik e l'approccio sistemico; tuttavia le nostre energie non furono sufficienti ad applicare tale metodo completamente.

Solo dopo la prematura morte di Vladimir Hudolin, ripensammo agli obiettivi che ci eravamo prefissati negli anni Ottanta. Compimmo quindi uno sforzo enorme per ristabilire e consolidare i rapporti con il movimento dei Club. Paradossalmente, la preoccupazione per le vittime dell'alcol nei paesi dell'ex area comunista portò il movimento dei Club dall'Italia alla Scandinavia. Per finanziare la formazione di persone provenienti dai paesi baltici, dalla Polonia, dalla Repubblica Ceca, dalla Slovacchia e dalla Bulgaria, chiedemmo il supporto economico degli Scandinavi. E così fecero, a condizione di poter partecipare alla prima conferenza in memoria di Hudolin, organizzata in Italia nell'autunno del 1997.

Da allora sono successe molte cose. Un consistente numero di persone della Danimarca, della Svezia e della Norvegia ha visitato i Club in Italia, e molti sono diventati servitori-insegnanti dopo un periodo di formazione insieme ai colleghi provenienti dai paesi che appartenevano all'area comunista. Creare dei Club non è stata un'impresa facile. La nostra speranza ottimistica di poter aprire dei Club subito dopo il periodo di formazione andò delusa. In effetti, passò più di un anno prima di creare il Club, secondo il metodo di Hudolin, a Aarhus, in Danimarca. Dopo poco tempo, un altro Club cominciò la sua attività a Copenhagen.

La Danimarca ha definitivamente assunto il ruolo guida in Scandinavia nell'applicazione del metodo. Ma la Svezia e la Norvegia sembrano intenzionate a seguire lo stesso esempio. All'inizio del nuovo millennio sono stati dunque aperti due Club in Norvegia, a Oslo e a Ostfold e, dopo pochi mesi, ha cominciato a operare un terzo a Sauda. La Svezia non poteva certo essere da meno, e ha inaugurato il primo Club a Falköping.

Le popolazioni scandinave hanno molti aspetti in comune e possono comprendere le rispettive lingue. Pertanto, abbiamo deciso di sviluppare un movimento di Club insieme. In occasione della prima conferenza dei Club nordici, tenutasi in Danimarca nel Novembre del 1999, è stato istituito un gruppo di coordinamento scandinavo. Per ciascun paese esiste un sottogruppo. Ci incontriamo periodicamente a livello nazionale e di area scandinava. Uno degli aspetti fondamentali è la supervisione di coloro che lavorano come servitori-insegnanti. Viviamo infatti distanti uno dall'altro e dobbiamo percorrere molti chilometri per incontrarci. Abbiamo già organizzato diverse riunioni e ne abbiamo in programma delle altre. Francesco Piani e Ennio Palmesino sono venuti appositamente dall'Italia in due occasioni per farci da guida.

Continueremo a sfruttare l'esperienza italiana fino a quando il movimento dei Club non avrà preso piede in Scandinavia. Due documenti di base sono stati tradotti dall'italiano: un estratto di questo manuale per il lavoro nel Club e una guida per la Scuola alcologica

territoriale: il libro di Laura Musso, ...e allora come? Abbiamo deciso di adottare il modello italiano integralmente fino a quando avremo maturato l'esperienza necessaria per individuare eventuali miglioramenti. Fino a questo momento la nostra esperienza ci ha insegnato che i principi fondamentali del lavoro del Club con l'intera famiglia, insieme all'educazione, possono essere adattati facilmente. Incontriamo tuttavia delle difficoltà con la terminologia. Alcune frasi che possono sembrare normali in una lingua neolatina appaiono accademiche e inaccessibili in una lingua germanica. Ma questi sono dei dettagli sui quali ci soffermeremo in un secondo tempo.

Un'altra sfida è stata quella di stabilire dei contatti con i servizi sociali e le strutture sanitarie pubbliche. Abbiamo capito che il concetto si è sviluppato nel servizio sanitario professionale per poi assumere gradualmente il carattere di volontariato che conosciamo adesso. Nei nostri paesi si è verificato il contrario. I Club sono stati introdotti dalle organizzazioni di volontariato, le quali, a loro volta, cercano di trasmettere il concetto agli operatori professionisti. Questa è forse un'impresa meno facile. In Danimarca, le amministrazioni locali nei luoghi citati sono state avvicinate e hanno reagito immediatamente. In Norvegia, l'amministrazione locale di Oslo è stata rappresentata nel gruppo di governo fin dal principio e i rappresentanti della provincia di Ostfold e di altre amministrazioni locali sono stati in Italia e sono diventati servitori-insegnanti. Siamo attualmente nella fase di inserimento del sistema dei Club degli alcolisti in trattamento nella catena di interventi previsti in quest'area della Norvegia.

Un importante traguardo raggiunto è stato il primo Corso di sensibilizzazione dei paesi scandinavi che si è svolto in Danimarca nell'Ottobre del 2000, ancora una volta sotto la supervisione dell'Italia. Ciò ha permesso di avere a disposizione altri operatori qualificati e quindi avremo l'opportunità di capire se i nostri pochi Club saranno in grado di sostenere un sistema di formazione indipendente.

Ma qual è la situazione dei Club in Norvegia? Operano in tre aree. A Oslo il Club è nato da una clinica di riabilitazione gestita dalla Croce Azzurra. Tre famiglie frequentano il Club come membri e si incontrano regolarmente ogni settimana dal 1999. Si trovano nella fase in cui hanno bisogno di altri membri. A Ostfold due e, a volte tre, famiglie si incontrano regolarmente ogni settimana. In questo caso, il Club si è formato in modo indipendente dalle precedenti organizzazioni, e abbiamo cominciato prima con la Scuola alcolologica territoriale e successivamente siamo passati al Club. Anche in questa realtà abbiamo bisogno di altri membri. A Sauda (nella parte occidentale della Norvegia) il Club è stato aperto nel 2000.

Danimarca

N. Kohl

Lo IOGT con sede in Danimarca conosceva il lavoro svolto da Hudolin già alla fine degli anni sessanta e all'inizio degli anni settanta. Alcuni dei nostri membri hanno partecipato alle conferenze organizzate a Zagabria e a Dubrovnik e hanno portato in patria importanti informazioni che sono state successivamente utilizzate nei nostri Club degli alcolisti in trattamento. Nel 1997 l'allora presidente dello IOGT International, Helge Kolstad, ha inviato a tutti i membri europei dell'Organizzazione l'invito a partecipare ad una conferenza organizzata a Lignano (Italia) dalla Scuola Europea di Alcologia e Psichiatria Ecologica e dall'AR-CAT Friuli-Venezia Giulia, chiamato Primo Memorial in onore di Vladimir Hudolin. Tra i paesi partecipanti, anche lo IOGT danese inviò un suo rappresentante.

Per lo IOGT danese divenne immediatamente chiaro che questo modello offriva un metodo nuovo per affrontare i problemi alcolcorrelati nelle famiglie, e questa impressione fu successivamente confermata dalla visita ai Club nel territorio di Lignano, dove fummo testimoni dell'applicabilità del metodo all'interno dei Club.

Ritornando in Danimarca, il progetto fu discusso all'interno del consiglio dello IOGT, e fu deciso che Bodil Toft, presidente del nostro comitato internazionale, e Nils Kohl, consulente dello IOGT Danimarca, avrebbero partecipato alla visita di studio a San Daniele del Friuli, nel Maggio 1998. Questa visita ci ha ulteriormente incoraggiati a cercare di creare i Club in Danimarca. Nel Maggio del 1998 abbiamo deciso di sostenere finanziariamente la pubblicazione di questo manuale in lingua inglese.

Il successivo passo è stato quello di diffondere il metodo tra gli operatori volontari all'interno delle nostre organizzazioni sociali, per permettere loro di conoscere i nuovi concetti e incoraggiarli ad applicarli nello svolgimento del proprio lavoro. È stato quindi organizzato un seminario a Svendeborg con trentacinque partecipanti all'inizio del mese di Settembre del 1998. Gli insegnanti chiamati a tenere la conferenza sono stati Franceco Piani e Franco Marcomini. Il seminario ha suscitato un acceso dibattito che è ancora in corso. Tuttavia, il consiglio dello IOGT Danimarca ha deciso che dovremmo impegnarci attivamente per introdurre questo modello in Danimarca e che dovremmo consolidare i nostri rapporti di collaborazione con gli italiani, molti dei quali sono ora dei nostri ottimi amici.

Alla fine del mese di Settembre del 1998 è stato organizzato il primo Corso di sensibilizzazione internazionale a Lignano. Per conto della Danimarca hanno partecipato Bodil Toft, Peter Broberg, Eyvind Nielsen, John Biehl e Nils Kohl. L'idea era di formare i primi servitori-insegnanti in modo da cominciare il lavoro in Danimarca. Nel frattempo è stata tradotta in Danese una dispensa stampata in Inglese a cura degli organizzatori del Corso di sensibilizzazione di Lignano.

Non è compito facile applicare il metodo Hudolin in Danimarca. Abbiamo bisogno di persone e di supporto finanziario in misura decisamente superiore alla disponibilità dello IOGT. Avevamo inoltre intenzione di creare dei Club su tutto il territorio, anche dove lo IOGT non è rappresentato. Abbiamo pertanto chiesto il sostegno dell'AL (Associazione dei movimenti antialcolici della Danimarca). L'aiuto è stato immediato ed è stato deciso di inviare il direttore dell'AL, Johan Damgaard Jensen, al Corso di sensibilizzazione che si è tenuto a Lignano, nel mese di Maggio del 1999, insieme a Bjerg Andersen, Bodil Toft, Birgit Juhl Nielsen e Nils Kohl. Dopo il Corso, l'AL ha deciso di sostenere la formazione dei Club in Danimarca e alcuni membri dell'organizzazione (Blå Kors e Denmarks Afholdforening) vi hanno preso parte come partner attivi. In seguito, nel mese di Novembre del 1999, è stata organizzata una conferenza in Danimarca da Nyborg Strand alla quale hanno partecipato anche Francesco Piani ed Ennio Palmesino per introdurre il nuovo modello.

La fase più importante nella creazione dei Club in Danimarca è la formazione dei servitori-insegnanti. Il passo successivo deve essere pertanto l'istituzione di una scuola scandinava finalizzata a tale scopo, ma per realizzare quest'obiettivo ci vuole del tempo e fino ad allora continueremo a mandare alcune persone selezionate in Italia.

Come conseguenza, nessuna organizzazione potrà influenzare i Club degli alcolisti in trattamento e, pertanto, dobbiamo creare un sistema di CAT indipendente.

Subito dopo il ritorno in Danimarca, Peter Broberg ha cominciato a riunire le famiglie per istituire il primo Club in Danimarca. Naturalmente, la presenza di un Club che inizia bene la propria attività e che funziona è stato ed è un fattore estremamente importante per il futuro del metodo nel nostro Paese. Pertanto il progetto è stato strutturato in diverse fasi. In primo luogo il Club doveva essere formato da famiglie motivate a mettere in pratica l'approccio ecologico sociale. In secondo luogo le famiglie avrebbero dovuto completare il ciclo di dieci ore della Scuola alcolologica territoriale e imparare a gestire il Club sulla base delle indicazioni contenute nei testi tradotti in lingua danese. Inoltre, il primo Club doveva essere considerato come un progetto pilota e le varie esperienze sarebbero state successivamente utilizzate per formare il secondo Club.

Peter Broberg è riuscito nel suo intento istituendo il primo Club in Danimarca, ad Aal-

borg, nel 1999. I risultati sono incoraggianti. Il Club sta lavorando esattamente come in Italia e i problemi discussi all'interno del Club sono simili a quelli affrontati in Italia. Il secondo Club è stato formato da Birgit Juhl Nielsen a Copenaghen nello stesso anno. Attualmente i membri sono quindici adulti e cinque bambini, e molte altre famiglie hanno espresso il desiderio di entrare nel Club. Riteniamo che presto sarà necessario dividerlo, e nei prossimi mesi avremo in tal modo due Club a Copenaghen.

Un nuovo Club è stato aperto a Nykøbing Mors, e provvisoriamente Nils Kohl ha assunto il ruolo di servitore-insegnante; è tuttavia necessario cercare una persona del luogo per assumere tale incarico. Stiamo inoltre progettando di creare altri Club a Grenaa (Bodil Toft) e a Nykøbing Falster (John Biehl).

Dal 16 al 21 Ottobre 2000 si è svolto a Copenaghen il primo Corso di sensibilizzazione, diretto da Francesco Piani, mentre Višnja Hudolin vi ha partecipato in qualità di consulente scientifico. I corsisti venivano anche dalla Norvegia e dalla Svezia, e hanno dimostrato la volontà di inserirsi immediatamente nei programmi alcolologici territoriali.

Non abbiamo dubbi in merito al fatto che i Club abbiamo un futuro in Danimarca. Sappiamo che esistono le richieste in tal senso e siamo ottimisti circa la possibilità di introdurre il metodo gradualmente in molti paesi e città della Danimarca. Tuttavia, per il nostro lavoro dovremo contare molto sul supporto dei nostri numerosi amici italiani e, in modo particolare, di Višnja Hudolin.

Serbia

R. Popović

Sono ormai trascorsi quarantadue anni dalla fondazione delle prime Associazioni dei CAT in Serbia, ma oggi il problema della cura e della riabilitazione sociale degli alcolisti è entrato nel suo periodo più critico.

La terapia organizzata degli alcolisti fu intrapresa per la prima volta a Belgrado nel 1955, nell'ambito ristretto del consultorio della Croce Rossa, ma successivamente si estese a tutta una serie di istituzioni preposte alla cura delle patologie alcolcorrelate. Sotto il profilo storico possiamo in ogni caso affermare che in Serbia la lotta all'alcolismo era molto attiva anche in passato: le prime associazioni contro l'alcolismo, come la 'Trezvenjaci' ('I sobri') e la 'Pokret trezvenjaka' ('Movimento contro l'alcolismo'), sorsero già nel 1903.

In Serbia, prima della Seconda Guerra Mondiale, erano molti i periodici dedicati alla problematica dell'alcolismo, ad esempio Trezvenost (Sobrietà) e Trezvena mladost (Gioventù sobria). Le prime associazioni per la cura degli alcolisti furono organizzate nel 1957, mentre l'anno successivo fu istituita la Società degli Attivisti nella Lotta all'Alcolismo. Le moderne associazioni degli alcolisti in trattamento, intese come strutture volte alla riabilitazione degli alcolisti, sorsero all'inizio del 1963 a Belgrado e poi a Niš, Sombor, Novi Sad, Arandelovac, Lazarevac, Kovin, Vršac ecc. Secondo le statistiche ufficiali dell'Associazione dei CAT, nel 1988 in Serbia erano attivi quarantacinque Club, tredici dei quali a Belgrado.

I CAT, basati sul principio di associazione tra cittadini, hanno uno statuto legale. Il loro obiettivo è di consentire alle persone di stabilizzarsi nello stato di astinenza, di riprendere le normali abitudini e di affrontare gli obblighi quotidiani, ovvero di garantire la loro riabilitazione sanitaria e sociale.

I CAT svolgono un ruolo determinante nel processo di riabilitazione, ma possono averlo anche nella prevenzione primaria. Con l'andar del tempo essi si sono evoluti al di là della funzione socio-terapeutica per diventare un importante movimento di lotta all'alcolismo.

L'Associazione dei CAT della Serbia ha seguito una buona strada nella lotta all'alcolismo sin dalla sua costituzione. Il suo contributo specialistico è notevole. Si sono svolti tredici convegni specialistici con la partecipazione di alcune migliaia di alcolisti, nonché cinque

convegni dedicati alle problematiche dell'alcolismo. Attraverso la pubblicazione di atti, bollettini e periodici, sono stati diffusi circa seicento articoli specialistici. Inoltre si è dato vita a pubblicazioni periodiche del settore, come il Bilten (Bollettino) e Horizont (Orizzonte).

L'Associazione dei CAT della Serbia ha guidato sin da principio la politica specialistica nel settore della lotta all'alcolismo nel Paese, perché è riuscita a porsi come il punto di convergenza di varie attività, comitati ecc., che coinvolgevano la maggioranza delle persone dedite a questo problema.

Slovacchia

V. Herczeghova

Al momento attuale i nostri Club stanno procedendo molto bene e spero tanto che il lavoro acquisisca veramente una dimensione familiare.

Con tanto piacere ho avuto l'opportunità di visitare l'Italia, e così ho potuto constatare come lavorano Club in questo Paese. Fu durante la mia prima venuta in Italia, nella primavera del 1998, che ebbi la fortuna di conoscere la metodologia hudoliniana: è stata un'esperienza decisiva che ha rafforzato le mie convinzioni, ed è in questa linea che ho improntato il mio lavoro quando sono tornata nel mio Paese. In Slovacchia, al momento presente, sono attivi quattro Club degli alcolisti in trattamento.

Il Club in cui io sono servitrice-insegnante è composto da nove famiglie. Pensiamo che l'approccio familiare, di cui Hudolin è stato il promotore, è il più efficace: ciò che deve cambiare è lo stile di vita non solo di colui che ha il problema alcolcorrelato, ma di tutto il suo sistema familiare.

Il Club in cui è servitrice-insegnante Erika Ivargova è composto da otto famiglie. Entrambi i Club si trovano nella città di Rimavska Sobota, con sede presso la Fondazione Betlemme che è nota per i suoi interventi di supporto nei confronti dei malati mentali.

Il terzo Club si trova a 25 chilometri da Rimavska Sobota, in un piccolo paese del nord, chiamato Poltar. Le famiglie che ne fanno parte sono sei.

Il quarto Club, situato in un piccolo villaggio chiamato Hrachovo, è composto da quattro famiglie.

Nel futuro, se i miei collaboratori mi daranno una mano a diffondere questa meravigliosa metodologia, intendo proporre questo programma:

1. invieremo alcuni dei nostri specialisti in Alcolologia, in Italia, nel maggior numero di occasioni, per apprendere il metodo Hudolin.
2. dobbiamo formare un maggior numero di volontari per diffondere l'approccio multi-familiare e di comunità, con l'obiettivo di avviare più Club in Slovacchia.
3. per questa ragione abbiamo bisogno che insegnanti dall'Italia vengano regolarmente nel nostro Paese per fare la supervisione e darci suggerimenti per indirizzarci verso il miglior sviluppo dei Club.

In realtà, questi progetti sono già in fase di realizzazione.

In conclusione vorrei ringraziare Višnja Hudolin e tutti coloro che ci hanno offerto l'opportunità di conoscere un metodo che può effettivamente dare degli ottimi risultati con le persone e le famiglie con problemi alcolcorrelati, aiutarli a riscoprire i valori della vita.

Slovenia

J. Rugej

Benché Hudolin avesse inaugurato a Zagabria una complessa metodologia psichiatrica di cura degli alcolisti (KSPS), già nel 1964 la psichiatria slovena prese un'altra strada, malgrado gli insuccessi del suo sistema terapeutico tradizionale. Solo nel 1969 lo psichiatra

Zvone Lamovec iniziò ad applicare il sistema di Hudolin presso il Reparto Psichiatrico della Clinica di Vojnik, vicino Celje. Dopo un anno di attività fu istituito il primo CAT. Lo stesso anno, a Ljubljana, due gruppi di psicoterapeuti diedero vita a due CAT.

Verso la fine del 1970 questi tre Club tennero le loro assemblee annuali, in cui gli alcolisti in trattamento chiesero la collaborazione di Hudolin e della sua struttura di Zagabria.

In quello stesso periodo la Clinica psichiatrica di Ljubljana mi affidò l'incarico di allestire una moderna struttura di cura degli alcolisti. Mi misi subito in contatto con Hudolin e trascorsi nella sua clinica due mesi di intensa collaborazione con Branko Lang, che dirigeva il reparto di alcologia in questo periodo.

In qualità di organizzatore del nuovo sistema di trattamento degli alcolisti presso la Clinica di Ljubljana, invitai Hudolin affinché illustrasse la sua metodologia agli psichiatri della Clinica. Poco dopo anch'io esposi loro il mio programma: seguiva in tutto e per tutto i principi di Hudolin, e pertanto incontrò notevoli resistenze, che tuttavia non mi hanno fatto desistere.

Quando il 23 Febbraio 1971 assunsi la guida del Reparto di alcologia nella Clinica di Škofljica, presso Ljubljana, tempo una giornata, con un'operazione da autentico 'colpo di stato', abolii il sistema di cura vigente e diedi vita a una 'copia' della comunità terapeutica di Hudolin. E ciò, naturalmente, accrebbe le resistenze a cui poco prima accennavo.

Abbiamo continuato e fino al 1974 abbiamo istituito in Slovenia cento CAT. Tutte le istituzioni psichiatriche, fatta eccezione per l'Ospedale psichiatrico di Begunje, nella Regione di Gorenjska, hanno adottato qualche trasformazione nel loro sistema di trattamento degli alcolisti avvicinandosi al metodo Hudolin.

Personalmente, in base alla sua metodologia, ho elaborato un metodo 'antropologico-sociale' di cura e di riabilitazione degli alcolisti e dei pazienti con altre dipendenze, e ho scritto sull'argomento sette libri, sessanta articoli specialistici e oltre trecento articoli divulgativi.

Da tre anni lavoro come privato e dirigo sette gruppi e Club integrati nella comunità terapeutica alternativa.

J. Kociper

Oggi nel comune di Maribor sono attivi tredici CAT, molti dei quali istituiti una ventina d'anni fa. Nel Club più antico il servitore-insegnante, dal 1972, è lo psicologo Milan Horvat. Il personale che ha allestito i nostri Club si è formato a Zagabria sotto la guida di Hudolin. Uno di questi operatori era il compianto Vogrin; gli altri sono per lo più infermiere e operatori sociali, molti dei quali impegnati nella struttura sanitaria.

Nel territorio più ampio di Maribor (Slovenska, Slovenske Konjice e Ptuj) operano attualmente sei Club. A Murska Sobota ne sono attivi quattro; a Lendava, Gornja Radgona, Ljutomer e Ormoz uno.

In alcuni Club abbiamo l'organizzazione dei veterani che hanno concluso i cinque anni di trattamento e che di tempo in tempo partecipano alle nostre riunioni e alle gite da noi organizzate. Essi formano lo 'zoccolo duro' dei nostri Club e contribuiscono in modo determinante alla creazione di un'atmosfera positiva.

Z. Čebašek Travnik, M. Radovanovič

In Slovenia i primi CAT sono nati a Ljubljana nel 1968, per poi diffondersi in tutte le maggiori località del Paese. Fra il 1998 e il 1999 alcuni Club hanno celebrato i trent'anni di attività.

In Slovenia sono attivi oltre cento gruppi che si occupano dei problemi alcolcorrelati.

Alcuni di questi operano ancor oggi in linea con i principi definiti originariamente da Hudo-
lin, ma la maggior parte di essi ha attraversato varie fasi di cambiamento.

Attualmente esistono i seguenti gruppi terapeutici:

1. Club degli alcolisti in trattamento con terapeuta;
2. Club degli alcolisti in trattamento senza terapeuta;
3. Gruppo di Mutuo Soccorso;
4. Alcolisti anonimi;
5. Altri gruppi afferenti a comunità religiose.

Svizzera

N. Bonvin

La storia dei CAT nel Ticino è la storia della nascita del movimento nel grembo di una sezione del servizio territoriale di alcologia (Servizio Ticinese di Cura dell'Alcolismo, STCA, consultorio di Lugano), della sua disomogenea crescita sul territorio, e della sua recente e difficile acquisizione di autonomia nei confronti del servizio.

Il primo CAT è nato a Viganello-Lugano nell'Agosto del '96, grazie a Nilla Brunello, volontaria, e al sottoscritto, che lavorava come consulente psicologo presso il STCA di Lugano.

Dall'inizio il Club ha avuto una partecipazione importante e sostenuta, dimostrando l'esistenza del bisogno reale di un approccio alternativo a quello offerto dagli A.A., e complementare a quello di un servizio di alcologia.

Nel Febbraio '97, due volontari del Club si formano: Marianne Mor apre il Club di Agno, nel centro del Malcantone, e Maurice Colson trova una sala e si mette a disposizione delle famiglie di Bellinzona, capitale del Ticino.

Il Club di Agno nasce dalla divisione del CAT di Viganello del Malcantone, e da allora cresce in maniera lenta ma si mantiene con forte coesione.

Il Club di Viganello ha ospitato nel '97 più di cinquanta persone, praticamente tutte mandate dal STCA di Lugano. Questo numero riflette l'interesse da parte delle famiglie per l'approccio proposto dai CAT, e la convinzione dell'équipe di consulenti del STCA di Lugano che il CAT sia utile. Le Scuole alcologiche territoriali erano in realtà delle conferenze mensili, di tipo interattivo, su dei temi attuali e scelti dalle famiglie, pubblicizzate sui quotidiani e aperti a tutti. La qualità delle discussioni nelle riunioni dei Club era veramente alta.

Il sistema ecologico sociale nei programmi per i problemi alcolcorrelati

Il quadro teorico e l'applicazione pratica del sistema ecologico sociale

Vladimir Hudolin

I Club si basano su un principio ecologico-sociale, dinamico e aperto ai cambiamenti, che si modifica continuamente, configurandosi in una longitudinale dinamica di sviluppo.

Lo sviluppo dei Club è condizionato dalla necessità di trovare un modo più efficace di trattare le famiglie nel cui ambito insorgono problemi alcol correlati e complessi. La bibliografia presenta quasi cinquanta differenti approcci teorici.

L'approccio ecologico-sociale è molto dinamico, e cambia sotto l'influenza di un gran numero di fattori esterni, come i dati ottenuti in base a ricerche scientifiche, la legislazione sanitaria, le condizioni politiche e sociali e le esperienze pratiche. Anche se necessario, il coordinamento del lavoro dei Club degli alcolisti in trattamento riscontra numerose e varie difficoltà. I CAT sono concepiti come comunità multifamigliari composte da un massimo di dodici famiglie, in continuo cambiamento dello stile di vita, di crescita e di maturazione. Basti ricordare che il CAT viene sottoposto a una suddivisione dopo l'entrata della tredicesima famiglia. Inoltre, l'autonomia del Club può causare una serie di problemi concernenti i rapporti con l'Associazione della quale i Club fanno parte, e con i servizi pubblici con i quali devono collaborare. Le organizzazioni pubbliche e private cercano spesso di prevaricare i Club. Nonostante tutto questo, l'autonomia del Club è una condizione preliminare per la sua attività, per la crescita e la maturazione delle famiglie che ne fanno parte.

La crescita e maturazione dell'alcolista e della sua famiglia cominciano nel Club, ma si realizzano a casa e nell'ambito della comunità locale. I servizi pubblici, gli operatori, le famiglie stesse, tendono spesso a trasformare il Club in un gruppo chiuso in cui si organizza la 'cura e la 'riabilitazione'. Questo dipende in parte dalla formazione classica e dall'aggiornamento dei quadri medici e dalla cultura sanitaria prevalente nella comunità territoriale.

I Club degli alcolisti in trattamento sono comunità che riuniscono persone e famiglie differenti per sesso, età, educazione, professione, comportamento verso gli alcolici e stile di vita. È comune a tutti i membri del Club solamente il problema alcol correlato. Alcuni pensano che i Club andrebbero organizzati in base a caratteristiche predeterminate dei membri (un Club di alcolisti giovani, un Club di alcolisti senza dimora, ossia un Club di skid row, un Club di alcolisti anziani, un Club che riunirebbe alcolisti specialisti, un Club di

alcoliste donne ecc.). Simili discussioni sono pericolose per il lavoro dei Club dal momento che propongono comunità multifamigliari diverse da quelle che esistono nella vita reale e per questo alienate dalla società. Il CAT lavora in base a un concetto che vede i problemi alcol correlati come tipi di comportamento diversi, stili di vita differenti, difficoltà causate da relazioni difficili e da interazioni di sistemi ecologici nella famiglia, nella comunità locale e nel gruppo di lavoro. Ne segue che l'intero sistema, nel cui ambito rientra l'alcolista, deve far parte del trattamento, non perché costituito da malati alienati, ma come parte della comunità a pieno diritto.

Secondo la teoria ecologico-sociale, il consumo degli alcolici è un tipo di comportamento, non una malattia mentale né somatica. È più facile, sia per gli operatori professionali preparati in modo tradizionale che per le famiglie, accettare il concetto dell'alcolismo come malattia, dato che un tale atteggiamento li libera da ogni responsabilità e riduce al minimo la loro partecipazione attiva al trattamento. Per questa ragione, il termine 'terapeuta', che all'inizio veniva dato al servitore-insegnante nel Club, è stato sostituito prima dal termine 'operatore' e poi da 'servitore-insegnante'. Se non c'è malattia, non si può parlare di cura o di terapeuta. Al giorno d'oggi sarebbe forse meglio parlare di servitore, cioè di persona che serve le famiglie, come è stato da me già proposto nel Corso di sensibilizzazione ai problemi alcol correlati e complessi, tenutosi a Rovigno nel 1993.

I Club sono organizzati a scopo di demedicalizzare e depsiichiatriizzare il trattamento e di assicurare una libera crescita e maturazione di tutti i membri. Bisogna trovare rimedio anche alla resistenza che si riscontra nell'accettare un servitore-insegnante non professionista. Un operatore volontario e non professionista non diventa, né può diventare, terapeuta durante il Corso di sensibilizzazione di una settimana, che è il tempo necessario alla formazione per svolgere il ruolo di servitore-insegnante nel Club.

L'alcolismo, nel senso classico della parola, non si può curare. Il servitore-insegnante, come catalizzatore, può aiutare e facilitare il processo di cambiamento del comportamento della famiglia, ma non può curare l'alcolista. Gli alcolisti e le loro famiglie, membri dei CAT, sono spesso colpiti da numerose difficoltà e malattie, legate o no al consumo degli alcolici, e di conseguenza sono dei malati. Tutti concordano che le malattie mentali e quelle somatiche, siano esse primarie o secondarie in relazione all'alcolismo o a eventuali manifestazioni collaterali, richiedono lo stesso trattamento medico che si dedica alle persone che non soffrono di problemi alcol correlati. A volte si tende a pensare che il problema alcol correlato e altri problemi di cui soffrono gli alcolisti del Club richiedano una specifica metodologia di cura fuori dal Club. C'è anche chi pensa che si dovrebbero introdurre nei Club metodologie specifiche di lavoro 'terapeutico'. Bisogna sottolineare che il trattamento nel Club non è compatibile con altre metodologie. Ogni famiglia in cui si manifesta un problema alcol correlato deve scegliere uno dei trattamenti e seguirlo. Se sceglie il trattamento nel Club degli alcolisti in trattamento deve continuare nel Club, oppure lasciarlo e iniziare un diverso trattamento o 'cura'. Qualora nell'alcolista si riscontrino problemi medici, inclusi i problemi di competenza dello psichiatra, o problemi alcol correlati o eventuali manifestazioni collaterali, la famiglia deve consultare il medico che di conseguenza deciderà il metodo di cura. Il medico può anche esprimere la sua opinione riguardo all'eventuale necessità di inserimento in un CAT.

Già da tempo, secondo l'approccio ecologico-sociale il Club accetta anche famiglie con problemi complessi, multidimensionali, ma un tale trattamento richiede la formazione e l'aggiornamento sia dei servitori-insegnanti, professionali e non, sia delle famiglie. Questa è una delle condizioni preliminari per poter includere nel Club anche problemi complessi, specialmente in famiglie nelle quali il problema alcol correlato è accompagnato da un disturbo mentale, dal consumo di altre sostanze psicoattive (droghe), dal comportamento aggressivo o a rischio, oppure da una grave, cronica malattia somatica. Dal punto di vista ecologico-sociale, i problemi alcol correlati sono un tipo di comportamento, uno stile di vita

dell'individuo e della famiglia. Una volta che il comportamento inizia a cambiare, si deve proseguire con la crescita e la maturazione fino alla morte. Questo concetto è stato adottato al Congresso italo-jugoslavo dei Club degli alcolisti in trattamento ad Abbazia nel 1985.

Si sente spesso dire che dopo cinque o dieci anni si dovrebbe ritornare a un 'comportamento normale', che spesso sottintende anche il ritorno a un cosiddetto 'moderato' consumo di alcolici. C'erano anche professionisti dell'opinione che l'alcolista si poteva curare col ritorno al cosiddetto consumo moderato di alcolici. Il più noto fra loro era Davies. Non tanto tempo fa, il suo collaboratore di allora Griffith Edwards scrisse che in verità quest'opinione era basata su dati inesatti. L'alcolista non è in grado di riassumere il controllo sul consumo degli alcolici. Nel Club, egli inizia la crescita e la maturazione, che poi continua nella comunità locale nel cui ambito diventa partecipe di attività socioculturali e collabora al fine di tutelare e migliorare la salute. In questo modo, l'alcolista riprende la sua posizione nella società; abbandonare questa posizione significa rischiare la regressione e la ricaduta nel comportamento precedente. Lavorando nel Club, l'alcolista risponde all'obbligo fondamentale della vita sociale: partecipa alla protezione e alla promozione della salute.

Il CAT offre una metodologia che a prima vista sembra molto semplice. Per questa ragione accade spesso che alcuni propongono di introdurre nel Club trattamenti più complicati e raffinati. Il lavoro nel Club si basa sul desiderio di assicurare nella comunità attività e interazioni armoniose che garantiscano la coesistenza di tutti i membri. Nel Club si deve evitare la tendenza a introdurre un comportamento uniforme, cercando invece di assicurare la libertà di scelta del comportamento. È interessante notare che il trattamento nel Club non dà risultati migliori se vengono introdotti vari metodi terapeutici tradizionali; al contrario, nonostante possa sembrare paradossale, i risultati peggiorano e dopo un certo tempo il Club si ferma nel suo sviluppo o si disgrega.

Come parte della comunità locale, il Club serve a catalizzare, a iniziare e a facilitare il cambiamento nel comportamento delle famiglie che ne fanno parte. Il vero cambiamento del comportamento deve avvenire nella comunità locale; quello che si ottiene nel Club non basta. Nel Club si può manifestare la paura di confrontarsi con la vita reale e la paura del giudizio circa il cambiamento del proprio comportamento in rapporto alla vita nella comunità, il che può indurre il Club a organizzare una 'comunità nella comunità', a chiudersi e ad alienarsi dalla comunità locale. Il servitore-insegnante è indispensabile quale catalizzatore del cambiamento. Se viene considerato come terapeuta e assume tale atteggiamento, egli può portare alla medicalizzazione del Club. Il Club non potrà essere efficace senza il servitore-insegnante, ma se inizia la medicalizzazione del Club, egli rappresenta un elemento di disturbo e infine danneggia la comunicazione e l'interazione tra i membri.

La supervisione del Club è indispensabile, e questo si riferisce a tutti i programmi territoriali, anche a quelli che trattano problemi alcol correlati e complessi. Si devono determinare le caratteristiche personali oppure la formazione precedente da cui dipende la scelta di un servitore-insegnante che opera una supervisione del lavoro del Club e del lavoro nei programmi alcolologici territoriali sulla prevenzione di problemi alcol correlati e complessi. Una delle condizioni preliminari, sia nel caso di un servitore-insegnante specialista sia di un volontario e non professionista, è che lavori nel Club regolarmente. Adottando il metodo della supervisione si deve tener conto del numero dei Club e dei servitori-insegnanti nonché della complessità dei programmi territoriali. Questo compito spetta all'organizzazione della supervisione e della formazione del supervisore.

Nella situazione odierna manca un numero sufficiente di supervisori preparati, specialmente se si tiene conto del fatto che al supervisore si richiede di lavorare regolarmente in un Club. Per questa ragione si rendono necessarie le riunioni a scadenza mensile alle quali partecipano i servitori-insegnanti nei CAT di una specifica zona. Queste riunioni possono considerarsi una sorta di auto-supervisione o supervisione reciproca. Vi si possono trovare

le risposte a molte domande, e quando non si trovano, ci si può rivolgere a persone meglio preparate e dotate di maggiore esperienza pratica (cioè ottenere una consulenza).

Per prevenire le difficoltà nel lavoro dei Club è indispensabile organizzare un corso di aggiornamento sia dei servitori-insegnanti sia delle famiglie. Il servitore-insegnante deve seguire lo sviluppo del programma e deve completare la sua istruzione in tempo debito, soprattutto curando quegli aspetti del lavoro che possono causare difficoltà nel Club.

Gli operatori sociali e sanitari hanno meno difficoltà nell'organizzare i Club, poiché è a loro che si rivolgono molte persone con problemi di questo tipo. È necessario solamente che abbiano completato la formazione per questo lavoro. Se alle persone che si rivolgono a enti sanitari e sociali pubblici non viene suggerito un trattamento alternativo a quello tradizionale, la situazione non migliora. Nel momento in cui cercano aiuto, sia l'alcolista sia la famiglia accettano senza resistenza il consiglio di entrare nel Club.

Per iniziare l'attività del Club bastano due famiglie con un problema alcol correlato pronte a iniziare la pratica, e un servitore-insegnante, opportunamente preparato e disponibile. Quanto più numerosi sono i Club degli alcolisti in trattamento in una zona specifica tanto è più facile aprirne uno nuovo. Gli alcolisti, i loro famigliari e il servitore-insegnante formano il Club. A volte succede che un servitore-insegnante si opponga all'idea di essere membro del Club, e sceglie di essere 'terapeuta', ma se non diventa membro del Club non è in grado neppure di svolgervi la sua attività. Quando una persona entra nel Club e chiede aiuto, ne diventa automaticamente membro. Nello stesso modo anche un servitore-insegnante diventa membro del Club.

Organizzato come comunità multifamigliare, il Club basa la sua attività sull'approccio ecologico-sociale; si potrebbe anche dire su un approccio ecologico-culturale, e cerca di portare a un cambiamento di stile di vita delle famiglie che ne fanno parte e che soffrono di problemi alcol correlati e complessi. L'attività del Club è indirizzata alle famiglie e alla comunità locale in cui vivono e lavorano. Il Club raggiunge i suoi obiettivi in collaborazione con istituzioni private e pubbliche ed organizzazioni che si interessano ai problemi alcol correlati e complessi.

L'organizzazione del Club degli alcolisti in trattamento, la composizione del Club. I diversi ruoli nel lavoro del Club

Vladimir Hudolin

L'approccio ecologico sociale, sul quale si basano i Club degli alcolisti in trattamento, è un concetto dinamico che cambia continuamente sotto l'influenza di fattori diversi, ed in particolare delle ricerche e delle esperienze di lavoro. Lo sviluppo è tanto veloce che i Club, se non riescono ad aggiornarsi regolarmente, possono bloccarsi nella loro crescita e può accadere che si sciolgano o che entrino in conflitto con altri Club o con le strutture pubbliche.

Il coordinamento del lavoro fra i Club è un problema delicato dal momento che i Club sono stati pensati e voluti come associazioni autonome e indipendenti, composte da non più di dodici famiglie, e che si trovano a vivere uno sviluppo e un cambiamento continuo.

Il Club come organizzazione autonoma e regole del suo lavoro

Per iniziare il lavoro del Club bastano due famiglie con un problema alcolcorrelato disponibili ad iniziare l'esperienza, ed un servitore-insegnante formato, aggiornato e disponi-

bile. Quanti più Club lavorano in un territorio, tanto più è facile aprire nuovi Club.

I membri del Club sono gli alcolisti, i loro famigliari e il servitore-insegnante. Ultimamente certi servitori-insegnanti contestano di essere membri del Club, ma se non lo fossero non potrebbero lavorare nel Club. Quando la persona entra nel Club e ne chiede l'aiuto ne diventa automaticamente membro.

Per la realizzazione dei suoi obiettivi, all'interno dello sviluppo dei programmi alcolologici, il Club opera seguendo 'le regole' che sono valide per tutti i Club. In questo modo viene garantita una stretta collaborazione fra tutti i Club e soprattutto la loro crescita continua e armoniosa, sui fondamenti ecologico-sociali comuni. Oltre alle regole di base il singolo Club può introdurre nei suoi programmi altre regole secondarie, o delle abitudini particolari, che non sono però vincolanti per tutti i Club.

I diversi ruoli nel lavoro del Club

Prima di descrivere le regole di lavoro al lettore può servire anche una descrizione della struttura del Club. Nel Club ogni individuo, ogni famiglia deve svolgere una funzione. Fra queste funzioni si distinguono le seguenti: Presidente, segretario, economo, conduttore della seduta, verbalista, gruppo per le visite di amici con un responsabile, gruppo che si occupa del registro del Club, membri che si occupano dei compiti occasionali ecc.

1. Il Presidente del Club è una figura richiesta dalla legislazione se si vuole ufficializzare il lavoro del Club. D'altra parte rappresenta il Club nella comunità e nel pubblico generale. Non è bene che un membro resti presidente per un periodo prolungato (si crea un sistema presidenziale con la mancanza di attivazione degli altri membri). In realtà tutti i membri del Club sono presidenti.
2. Dal momento che il cambiamento frequente del presidente non è raccomandabile né possibile, all'inizio del lavoro dei Club (1964) abbiamo introdotto la figura del conduttore. In tal modo il presidente diventa una figura rappresentativa, formale, non conduce il Club ma rappresenta la continuità del lavoro. Tutti i membri, gli alcolisti e i loro famigliari, secondo una sequenza prestabilita, vengono eletti come conduttori per una settimana. Il conduttore del Club viene eletto all'inizio della seduta per la settimana successiva. Lui si occupa di tutti i problemi del Club durante la settimana e formalmente apre e conduce la riunione della settimana successiva all'inizio della quale sarà eletto il nuovo conduttore.
3. Il segretario del Club viene eletto per un periodo di un anno, come il presidente, e si occupa dell'amministrazione del Club. Coopera con il gruppo che si occupa del registro del Club, offre l'aiuto, se necessario, al verbalista nella preparazione del verbale e si prende cura dei documenti del Club. Sostituisce il presidente durante la sua assenza.
4. L'economista si occupa parte finanziaria del Club.
5. Il gruppo per le visite di amici, con il responsabile del gruppo cerca di sviluppare la condivisione fra i membri del Club, organizza le visite reciproche fra i membri, particolarmente se succede una crisi o un ricaduta.

Ogni Club può decidere di introdurre anche altre cariche.

Le regole di base sono pochissime. Fra quelle che devono essere osservate nel lavoro di ogni Club si possono elencare le seguenti:

- divisione del Club dopo l'entrata della tredicesima famiglia;
- la puntualità dell'inizio della seduta, il giorno e l'ora della seduta fissi;
- la regolarità della presenza alle sedute;
- divieto di fumare durante la seduta;
- la formazione di base all'entrata nel Club;
- non portare fuori del Club le informazioni personali ottenute dai membri durante la seduta.

Dodici famiglie nel Club

Il Club non può avere più di dodici famiglie. Quando entra la tredicesima famiglia il Club si divide e la divisione in quanto tale, non può essere messa in discussione. Invece è utile ed importante parlare, discutere e decidere su come attuare la divisione nel migliore dei modi.

Limitare a dodici il numero delle famiglie presenti nel Club è necessario per garantire un funzionamento regolare. La seduta settimanale non deve durare più di un'ora, un'ora e mezza. Se dura più a lungo può stancare e un certo numero di famiglie, per varie ragioni, dovrà lasciare la seduta prima della fine. Durante la seduta tutti i partecipanti devono avere l'opportunità di prendere la parola. Se questo non succede, perché i partecipanti sono troppo numerosi, ci si deve aspettare che con il tempo la frequenza regolare alle sedute venga meno. Inoltre ogni membro dovrebbe avere un compito e una responsabilità specifica; in un Club con più di 12 famiglie questo è praticamente impossibile. Non lavora bene il Club nel quale tutto viene deciso e fatto dal presidente. Tutti i membri del Club, gli alcolisti e i loro famigliari vengono eletti come conduttori. Il servitore-insegnante, il presidente e il segretario non possono condurre la seduta.

Il verbale della seduta viene preparato dal verbalista che viene eletto all'inizio della seduta e tutti i membri devono, quando viene il loro turno, prendere il ruolo del verbalista; questo significa che ogni membro prepara il verbale 2-3 volte all'anno. Ognuno deve imparare a preparare un verbale, anche per una crescita culturale. La scusa di non saperlo fare non dovrebbe essere accettata, ma in caso di difficoltà bisogna dare l'aiuto necessario al verbalista scelto.

Dopo la divisione di ogni nuovo Club vi deve essere un numero uguale di membri; vi deve essere inoltre un'equa ripartizione per quanto concerne i membri con astinenza più lunga, i cosiddetti membri anziani e per quanto riguarda il sesso e l'età. Durante la divisione si deve tener conto anche della provenienza geografica delle famiglie. Questo significa che i nuovi Club devono il più possibile raggruppare le famiglie che vivono nello stesso paese o nello stesso quartiere, il più possibile vicino tra loro. All'inizio del lavoro dei Club in Croazia, nel 1964, abbiamo suggerito che la distanza maggiore tra due Club non dovrebbe oltrepassare i 20 km. per facilitare la comunicazione tra i membri e tra i membri ed il Club. Le famiglie con problemi complessi e difficili, gli alcolisti soli, gli alcolisti senza fissa dimora (skid row), gli alcolisti giovani, gli alcolisti con una crisi acuta di astinenza maggiore devono essere divisi fra i due motivi Club in maniera equilibrata.

Ogni Club deve avere un servitore-insegnante e la cosa migliore è sceglierlo in collaborazione con il centro alcologico territoriale o con l'associazione dei Club degli alcolisti in trattamento se il centro non esiste o non funziona bene. Anche il servizio alcologico, se coopera bene con il Club, se i suoi servitori-insegnanti hanno una formazione di base e operano nei Club degli alcolisti in trattamento, può avere un ruolo importante in questa scelta. L'ultima parola sulla scelta del servitore-insegnante spetta al Club.

La regola di dividersi regolarmente può provocare molte difficoltà nel lavoro. Le difficoltà possono provenire anzitutto dai servitori-insegnanti, poi dalle famiglie, infine da interferenze o ingerenze della comunità locale e delle istituzioni pubbliche.

Spesso le difficoltà sono conseguenza della ricaduta del servitore-insegnante, della famiglia, del Club stesso o della comunità. La **ricaduta significa non solamente ritornare all'uso di bevande alcoliche, ma anche il ritorno al comportamento di una volta.**

Difficoltà possono essere create anche dalla mancanza di aggiornamento continuo sia del servitore-insegnante che delle famiglie. Spesso i problemi sono legati alla mancanza di legami con la comunità territoriale. Questo succede quando un Club copre un territorio troppo ampio, come ad esempio nelle grandi città, nel caso in cui i Club siano organizzati nelle strutture sanitarie o quelli su territorio scarsamente popolato con membri di vari paesi

distanti fra loro. In questi casi il Club perde interesse a mobilitare e accogliere nuove famiglie, perde interesse per il lavoro con i casi complessi e difficili, e in qualche misura diventa alienato dalla comunità.

Molto spesso, quando si parla di divisione, si citano le amicizie e i legami che nascono nei Club e si sostiene che le divisioni impediscono il mantenimento di questi legami. In un Club numeroso i membri si sentono più forti. Durante le sedute le famiglie ricordano sempre con orgoglio la propria astinenza, ma nella discussione sul cambiamento del proprio comportamento si valutano confrontandosi con gli altri membri del Club e non con il resto delle persone della comunità: Peraltro il cambiamento del comportamento nel Club non ha grande importanza; la famiglia non viene perché ha avuto difficoltà nel Club, ma per i problemi che ha avuto al suo interno e nella comunità locale. Anche i risultati migliori ottenuti all'interno del Club non dimostrano il cambiamento del comportamento nella vita reale. Le famiglie, anche dopo la divisione, possono continuare ad essere amiche; l'amicizia non dovrebbe essere limitata al Club. Anzi questa limitazione dell'amicizia può essere pericolosa. La famiglia deve confrontarsi con la vita reale e con tutti i pericoli reali ed immaginari che l'aspettano fuori nella società. In questo senso devono poter continuare le vecchie amicizie e devono crearsene di nuove.

Il successo di un Club non consiste nel numero delle famiglie inserite, ma nei risultati ottenuti. In questo il servitore-insegnante ha un ruolo molto importante. Il servitore-insegnante che non ha dubbi sulla necessità della divisione, trasmetterà in maniera verbale e non verbale la sua convinzione ai membri e la divisione non causerà nessuna difficoltà. La divisione in tal caso sarà festeggiata come un successo ottenuto e non costituirà motivo di crisi. Se invece il servitore-insegnante misura il successo in base al numero delle famiglie che frequentano le sedute e se per lui un grande numero di famiglie, al di là del loro cambiamento, significa un risultato desiderabile, sarà contrario alla divisione e trasmetterà in maniera verbale e non verbale questa sua opinione ai membri del "suo" Club e delle "sue" famiglie.

La divisione è un segno positivo per il lavoro del Club, per la crescita e la maturazione delle famiglie inserite. Aggiungerei che se un Club non si divide entro un dato periodo di tempo deve sorgere il dubbio che qualcosa non funzioni; potremmo anzi introdurre una nuova regola per cui un Club che nell'arco di un anno non si è diviso, dovrebbe dividersi a prescindere dal numero delle famiglie inserite.

Giorno ed ora della seduta fissi, puntualità

La seconda regola di base nel lavoro è la puntualità e la costanza nella partecipazione settimanale agli incontri in un luogo, giorno ed ora fissi. Questa regola è ovvia visto che nel comportamento umano è normale essere puntuali e regolari alle riunioni o agli incontri a cui si è deciso di partecipare. I ritardatari interrompono la seduta e l'atmosfera emozionale creata.

Regolarità e presenza

La regolarità della presenza alle sedute è la terza regola; la famiglia deve partecipare regolarmente alle sedute del Club. Se accade per caso che la famiglia o un membro per una causa inevitabile non può essere presente alla seduta deve informare per tempo il Club e spiegare l'assenza alla prossima seduta. Senza una presenza settimanale nelle comunicazioni ed interazioni nel Club non è possibile il cambiamento.

Molte volte ci si interroga su cosa fare durante le vacanze delle famiglie o del servitore-insegnante. L'alcolista e la sua famiglia non dovrebbero assentarsi dal luogo del Club durante il primo anno di trattamento. Oggi, poiché esistono molti Club in varie regioni, si può eventualmente prendere contatto con il Club del luogo di vacanza e chiedere il permesso di frequentarlo durante il periodo di vacanza.

Un problema può scaturire dall'assenza del servitore-insegnante durante la sua vacanza. Se l'assenza del servitore-insegnante non dura più di un mese è meglio che il Club lavori durante questo periodo senza il servitore-insegnante, secondo un piano elaborato con il servitore-insegnante prima della sua partenza. La sostituzione con un altro servitore-insegnante può causare delle difficoltà nella comunicazione ed interazione.

Non si fuma durante la seduta

È una regola che sembra logica visto che il Club cerca di creare un approccio drug free, che significa senza droghe.

Formazione nella Scuola alcolologica territoriale

La quarta regola riguarda la formazione delle famiglie all'inizio del trattamento. La cosa migliore è organizzare nell'ambito delle scuole alcolologiche territoriali cicli educazionali, sui problemi alcolcorrelati e complessi e sull'approccio ecologico-sociale di 10 lezioni della durata di due ore ciascuna. Oltre alla formazione iniziale, la famiglia dovrebbe aggiornarsi ogni due anni sugli sviluppi del programma e sui cambiamenti nell'approccio pratico.

Anche la famiglia della persona che ha iniziato il trattamento in ospedale dovrebbe subito dopo l'inizio dell'ospedalizzazione inserirsi nel Club e iniziare la formazione nella scuola alcolologica territoriale. Il membro ospedalizzato, condizioni di salute permettendo, dovrebbe farlo insieme alla famiglia.

Non si parla dei problemi personali degli altri membri fuori dalla seduta

Tra le regole di base dovrebbe essere inserita quella per cui i membri non devono parlare all'esterno dei problemi personali che sono stati discussi durante la seduta.

Abitudini nel lavoro di Club

Oltre a questo, nel lavoro del Club vi sono regole, o meglio abitudini, che i singoli adottano per ragioni particolari e diverse. Ci limitiamo a ricordarne alcune: l'assunzione dell'Antabuse durante le sedute, l'appello, il contare i giorni di astinenza, le gite comuni, le riunioni e le cene fuori dal Club, i programmi sportivi comuni ecc. Queste abitudini naturalmente non sono obbligatorie per tutti i Club e per tutti i membri. In ogni caso è meglio che le famiglie si inseriscano nei programmi sociali organizzati nelle comunità locale, invece che preparare i programmi speciali per i membri del Club. Tali programmi alienano il Club e creano una subcultura, una società nella società.

La durata dell'appartenenza al Club

La 'fine' dell'alcolismo dipende quindi dal cambiamento significativo del comportamento. Questo comportamento è molto spesso assai difficile da valutare e fino ad oggi non sono stati approntati degli strumenti attendibili con i quali valutare questo cambiamento. Valutare l'astinenza non è difficile; ma come valutare il cambiamento familiare, il miglioramento delle interazioni nella comunità locale, la solidarietà, l'amicizia, l'amore?

Le ricadute del bere (ricadute umide) così come le ricadute comportamentali (ricadute secche) possono avvenire all'inizio del trattamento come dopo molti anni di astinenza e di frequenza del Club. In base alle esperienze e alle ricerche fatte, le ricadute che avvengono dopo più anni di trattamento sono relativamente frequenti e presentano caratteristiche di particolare gravità. Quando i Club degli alcolisti in trattamento hanno iniziato la loro attività, la cosa più importante era ottenere e mantenere l'astinenza. A quel tempo, era il 1964 (in Italia nel 1979), né i Club, né i servitori-insegnanti avevano esperienze adeguate. In quegli anni era rarissimo trovare un alcolista che con un trattamento classico riuscisse a mantenere l'astinenza, anche solo per un anno. Per questo, all'inizio, si raccomandava di

frequentare il Club per un anno. Dopo un anno si è visto che la maggioranza degli alcolisti manteneva l'astinenza, ma molti di loro non cambiavano in modo significativo lo stile di vita. D'altra parte le ricadute del bere erano state relativamente frequenti anche dopo un anno di astinenza. In base a queste esperienze si è prolungata la permanenza nel Club a cinque anni; si credeva che l'alcolista, dopo cinque anni, si sarebbe stabilizzato nel nuovo comportamento e che avrebbe maturato il convincimento di continuare con l'astinenza e con la permanenza nel Club per sempre. Quando si è visto che le ricadute apparivano spesso anche dopo cinque o dieci anni di astinenza, si è deciso di prolungare la durata della permanenza a dieci, o meglio ancora di non porre un limite temporale. Questa conclusione è stata accettata durante il Congresso dei Club degli alcolisti in trattamento dell'Italia e della ex Jugoslavia, tenutosi a Treviso nel 1986.

In base al pensiero contemporaneo sulla protezione e promozione della salute, è indispensabile introdurre la filosofia e la pratica dell'autoprotezione nelle famiglie, nei Club e nelle comunità nelle quali la gente vive e lavora. Naturalmente tutto ciò riguarda tutti i cittadini, compresi gli alcolisti. L'autoprotezione è un diritto-dovere di tutti i cittadini per tutta la vita, ed è abbastanza evidente che l'alcolista si deve particolarmente responsabilizzare nelle attività che riguardano il controllo dei problemi alcolcorrelati: è ricco in esperienze personali, e durante il lavoro nel Club ha imparato moltissimo su questo problema.

Il Club è una comunità multifamigliare che fa parte della comunità territoriale e che si basa sulla libera iniziativa dei cittadini, come molte altre iniziative sociali. Perché un cittadino dovrebbe abbondare queste organizzazioni, ivi compreso il Club dopo uno, cinque, dieci o più anni? Le discussioni su una limitazione temporale di trattamento sono determinate da vari fattori. Il più importante è l'insufficiente cambiamento del comportamento, specialmente se all'attività non prende parte il sistema familiare al completo. Per molti versi vi è poi un legame con il concetto di alcolismo inteso come malattia; se alcolismo è malattia, perché continuare la frequenza nel Club dopo la cura?

Qualche volta si parla della vergogna come causa di abbandono del Club. Un tempo, essere identificati come alcolisti significava trovarsi abbandonati da tutti. Oggi la situazione è cambiata e gli alcolisti in trattamento sono membri accettati dalla società e dalla loro comunità. Vergognarsi di essere membro del Club sembra strano: l'alcolista, prima dell'inizio del trattamento è conosciuto come tale nella famiglia, nella comunità e nel gruppo di lavoro e non si vergogna. Perché dovrebbero vergognarsi di essere membri di un gruppo di persone che vivono in sobrietà, quando hanno riguadagnato il prestigio nella famiglia, nella comunità e al lavoro?

La famiglia inizia il trattamento per cambiare il proprio comportamento, il proprio stile di vita, e questo non solo in relazione al bere, ma anche per conquistare una qualità migliore di vita al suo interno, nel lavoro e nella comunità. Il termine 'alcolismo' non è ottimale, ma bisogna continuare ad usarlo finché non se ne troverà uno migliore. L'alcolismo non esiste, esistono vari problemi alcolcorrelati. Come esistono molti tipi di comportamento, così esistono vari problemi alcolcorrelati. Come esistono molti tipi di comportamento, così esistono anche molti alcolismi. Si potrebbe dire che esistono tanti alcolismi quante sono le famiglie nelle quali vi sono problemi alcolcorrelati, che esistono tanti tipi di bere quanti sono i bevitori e le famiglie nelle quali si beve.

Quando nella famiglia migliora in maniera significativa il comportamento, non vi è più ragione di parlare di problema alcolcorrelato, a patto che sia mantenuta l'astinenza e la famiglia continui con la sua crescita e maturazione. L'alcolista, in base alle esperienze fatte, non può mai riprendere un controllo sul proprio bere.

Le visite e il tirocinio nei Club degli alcolisti in trattamento

Durante la seduta, le comunicazioni e le interazioni sono molto profonde e intense.

Le famiglie parlano delle loro sofferenze, dei loro problemi intimi, cercano di trovare un nuovo stile di vita, più sano e più produttivo. Discutendo, danno per scontato che tutto ciò che è stato detto durante la seduta non verrà mai a conoscenza di persone esterne, e che sarà conservato come un 'segreto' della comunità multifamigliare del Club, che è nato e si è organizzato per le famiglie nelle quali vi sono problemi alcolcorrelati e complessi. Non è quindi un gruppo che si occupa durante la seduta dell'educazione alla salute nella comunità territoriale o che si riunisce per tenere lezioni sull'alcolismo. Naturalmente possono nascere nella comunità delle curiosità, più o meno positive, per il Club e il suo lavoro, ma nella sua seduta si dovrebbero trovare solo le famiglie disposte a parlare dei propri problemi e a mettere in comune le proprie esperienze perché possano essere di aiuto e di stimolo alle altre famiglie; e questo naturalmente non è fattibile da parte di un visitatore occasionale. Le famiglie cercano di analizzare e rivisitare quei comportamenti che hanno causato loro tante difficoltà e sofferenze. E comunque nei Club, anche quando non si parla dei propri problemi, si fanno discorsi sempre molto personali.

I Club possono organizzare incontri, aperti a tutte le persone della comunità, che di solito trattano di problemi alcolcorrelati e complessi. Un ruolo simile possono avere gli interClub. Durante tali riunioni i membri possono parlare del loro lavoro e dell'attività dei loro Club. I membri e le famiglie che lo desiderano possono parlare anche dei loro problemi e delle loro esperienze personali. La partecipazione delle famiglie alle riunioni aperte al pubblico non è obbligatoria. Nonostante nei Club non esista anonimato, sarebbe ridicolo e sbagliato chiedere ai membri di parlare in ogni occasione ed in ogni gruppo del proprio alcolismo e della loro partecipazione alle attività del Club. Anche durante le normali sedute si consiglia di evitare un continuo ritorno al proprio passato e alle vicende legate al proprio alcolismo. Questa prassi può bloccare l'ulteriore crescita ed il cambiamento. È meglio parlare dei cambiamenti positivi che si sono ottenuti e dei programmi per il loro futuro.

Se invece il membro desidera o decide di parlare in pubblico dei propri problemi, è chiaro che lo fa alla luce del sole e senza anonimato. Se i membri sono d'accordo, il Club può occasionalmente invitare alla seduta determinate persone a chi vuole descrivere i problemi che rientrano nel lavoro della comunità e a cui vuole chiedere appoggio ed aiuto. In questo caso non si può parlare di una seduta normale e quei membri che lo desiderano non sono obbligati ad essere presenti.

Il Club può servire, in casi particolari, come luogo di tirocinio per i futuri servitori-insegnanti. Come sempre, quando si tratta di accettare persone esterne o ospiti bisogna avere il permesso di tutti i membri ed adattare la seduta a queste presenze. Già questa limitazione dimostra che il tirocinio non può costituire una situazione abituale. Ad esempio, durante la formazione di base dei servitori-insegnanti nei Corsi di sensibilizzazione, possono essere organizzate delle visite alle sedute dei Club da parte dei corsisti, visite che hanno valore di tirocinio. Questa è comunque una situazione del tutto eccezionale che può succedere nello stesso Club ogni due o tre anni.

Il problema della formazione e dell'aggiornamento dei nuovi servitori-insegnanti va risolto con altri strumenti: la riunione mensile dei servitori-insegnanti, la partecipazione agli interClub, la frequenza ai Corsi di aggiornamento specifici ecc. Eccezionalmente si possono organizzare un paio di visite ad un Club di una persona che ha l'intenzione di diventare servitore-insegnante, a patto che i membri e il servitore-insegnante siano d'accordo e che la persona abbia fatto un Corso di sensibilizzazione. Il servitore-insegnante del Club che riceverà la visita è bene abbia un aggiornamento specifico per il lavoro con i tirocinanti.

La presenza di più servitori-insegnanti in un Club degli alcolisti in trattamento

Nella comunità multifamigliare del Club si è sperimentata la possibilità di inserire due o

più servitori-insegnanti. Anche se la cosa è stata organizzata con particolare accorgimento, nella maggioranza dei casi, sono emerse varie difficoltà. Durante la seduta si sviluppano interazioni emozionali e relazioni transferali (transfert) fra le famiglie e fra le famiglie e il servitore-insegnante che catalizza il processo. Quando vengono inseriti due o più servitori-insegnanti, le relazioni e le interazioni diventano molto complesse e spesso non si possono evitare gli scontri.

Un secondo servitore-insegnante o un tirocinante difficilmente possono evitare di essere emozionalmente coinvolti, anche se non lo desiderano, nella dinamica della comunità multifamigliare e questo produce quasi sempre dei problemi. In base a tutte le esperienze fatte si è deciso che è bene inserire il nuovo servitore-insegnante nel Club subito dopo il Corso di sensibilizzazione senza un particolare tirocinio.

Ogni aiuto che un servitore-insegnante chiede, sia all'inizio del lavoro che successivamente, sarà fornito dal Centro alcolologico territoriale, se esiste. Il servitore-insegnante può essere aiutato con successo anche dalle riunioni periodiche dei servitori-insegnanti di un dato territorio. Queste riunioni devono tenersi almeno una volta al mese e possono servire come auto-supervisione o supervisione mutua. Finalmente l'aiuto può fornire anche un supervisore.

L'alcolista e i membri della sua famiglia come servitori-insegnanti nei Club degli alcolisti in trattamento

I servitori-insegnanti nei Club degli alcolisti in trattamento possono essere professionisti e volontari non professionali, mobilitati da tutti i gruppi sociali dalle comunità territoriali. Se gli alcolisti, prima di iniziare il trattamento, hanno gli stessi diritti di ogni altro membro della società, compreso il diritto di proteggere e promuovere la salute, è chiaro che l'alcolista e i membri della sua famiglia, con buona ragione, hanno questi stessi diritti anche quando iniziano il trattamento e in particolare quando entrano nel Club degli alcolisti in trattamento.

Fin dall'inizio dell'attività dei Club in Italia, si è ritenuto che potevano essere servitori-insegnanti di Club sia i professionisti sia i volontari non professionisti, se in possesso di alcuni requisiti di base. Naturalmente questo vale anche per l'alcolista e per i membri della sua famiglia, se sono inseriti in un Club e dopo una stabilizzazione del comportamento. L'alcolista e i suoi famigliari possono essere servitori-insegnanti di Club a più che buon diritto, avendo avuto problemi alcolcorrelati e possedendo perciò esperienze personali dirette e avendo la formazione alcolologica di base che si richiede ad ogni membro di Club.

L'alcolista o il famigliare che sono servitori-insegnanti in un Club devono, nello stesso tempo, essere inseriti come membri in un altro Club. A tutti i servitori-insegnanti, professionali e volontari non professionali, si richiede anzitutto la formazione di base, che si consegue nei Corsi di sensibilizzazione di cinquanta ore e un aggiornamento continuo quando iniziano il lavoro.

L'approccio familiare (sistemico)

Vladimir Hudolin

La crescita e la maturazione della famiglia

Il trattamento viene spesso chiamato anche riabilitazione o riabilitazione sociale. Questo termine non corrisponde a quello che accade nel Club. Forse sarebbe meglio parlare di un processo socio culturale. È sbagliato pensare che l'alcolista debba di nuovo inserirsi nella società dato che non ne è mai stato escluso. Il problema è che l'alcolista e i suoi famigliari

devono cambiare il loro comportamento e il loro stile di vita. Non si tratta tanto allora di riabilitare l'alcolista, quanto di cambiare la cultura sanitaria e generale nella comunità. In altri termini non si tratta di reinserire nella comunità le famiglie con problemi alcolcorrelati, ma di far sì che le famiglie possano crescere e maturare con una comunicazione e una interazione più produttiva nelle comunità nelle quali vivono e lavorano.

La presenza della famiglia nel lavoro dei Club degli alcolisti in trattamento

Il Club degli alcolisti in trattamento lavora in base ad un approccio sistemico. Ciò significa osservare e situare i problemi alcolcorrelati e le loro conseguenze all'interno del sistema biosociale nel quale la persona vive e lavora. Si capisce allora perché il Club, fin dall'inizio, si rivolga alla famiglia nella sua interezza, famiglia che è il sistema biosociale più significativo per ogni individuo. Il comportamento specifico legato all'uso delle bevande alcoliche o agli altri problemi comportamentali viene considerato come parte del comportamento più complessivo di questo sistema. Il trattamento dell'alcolista si compie nell'ambito del sistema familiare; il cambiamento del comportamento, dello stile di vita, non si può ottenere al di fuori del sistema.

Del resto anche i membri della famiglia hanno delle difficoltà ad accettare un approccio familiare sistemico, e spesso si manifestano delle resistenze, sia da parte di alcolisti sia da parte dei loro familiari, che possono essere risolte introducendo una regolare formazione e aggiornamento delle famiglie. Il Club non può operare bene se al trattamento non prende parte tutta la famiglia. È molto importante chiedere all'alcolista e alla sua famiglia di partecipare al completo alle sedute fin dall'inizio del trattamento, quando è ancora presente una situazione di crisi. In quel momento, quando la famiglia si trova in evidente difficoltà, accetterà il suggerimento anche se potranno non esserle chiare le motivazioni. Il Club concorda allora con la famiglia una sorta di contratto che deve essere poi mantenuto da entrambe le parti.

Molte volte le difficoltà sono causate dall'alcolista che cerca di evitare che il suo problema e quelli della sua famiglia vengano discussi nella comunità multifamiliare durante la seduta. Spesso l'alcolista dirà che non è necessario che tutta la sua famiglia si rechi alle sedute in quanto è solo lui l'alcolista. L'approccio sistemico considera invece alcolista, qualunque cosa questo significhi, tutti i membri della famiglia. Evitando di portare la famiglia al Club l'alcolista dimostra il desiderio, neanche troppo nascosto, di non cambiare nulla all'interno del proprio nucleo familiare. In molti alcolisti, del resto, esiste il desiderio, più o meno coperto di poter riprendere, superata la fase critica iniziale, un bere cosiddetto moderato, credendo di riuscire questa volta a controllarsi malgrado le esperienze disastrose che ha già avuto nel passato.

Anche i membri della famiglia, in questa fase iniziale, si difendono dicendo che, non essendo alcolisti, non devono partecipare alle sedute. Di solito cercano di evitare il Club adducendo varie scuse: il lavoro, i bambini piccoli, la malattia dei genitori anziani, l'obbligo scolastico dei figli e molte altre ancora. Allo stesso modo, molto spesso non accettano di essere astinenti, difendendo una sorta di loro diritto al bere cosiddetto moderato. Con queste scuse e su queste scelte le famiglie tentano di nascondere le proprie resistenze al cambiamento del comportamento, dello stile di vite.

Osservando i comportamenti e interagendo con i membri della famiglia, sia all'inizio del trattamento che in seguito, il servitore-insegnante e le altre famiglie cercano i modi di risolverli. Si possono elencare e descrivere brevemente alcune difficoltà specifiche di inserimento delle famiglie nel Club e i diversi approcci usati in tali casi:

1. È più facile inserire la famiglia nel Club quando è in crisi, condizionando l'inizio del trattamento a patto che tutti i membri accettino di frequentare le sedute regolarmente.
2. La famiglia deve essere subito inserita nei programmi di formazione alcolologica di base e deve accettare il concetto per il quale l'alcolismo è considerato un comportamento che riguarda tutto il sistema familiare. La formazione delle famiglie va

intrapresa nelle Scuole alcolologiche territoriali. Ad ogni membro della famiglia deve risultare chiaro che l'alcolismo è un disturbo del comportamento familiare e che è estremamente difficile prevedere quale dei membri famigliari avrà più difficoltà nel processo di cambiamento del comportamento.

3. Ai membri della famiglia, almeno a quelli che vivono assieme all'alcolista, bisogna chiedere l'astinenza totale, l'eliminazione dell'alcol da casa e, di conseguenza, l'abbandono dell'abitudine di offrire una bevanda alcolica agli amici in visita.
4. Il servitore-insegnante e gli altri membri del Club, a volte, sono in difficoltà a decidere quali e quanti membri della famiglia invitare a prendere parte al trattamento. All'inizio è meglio inserire tutti i parenti stretti e anche altri membri facenti parte della parentela. Discutendo con la famiglia allargata sarà più facile farsi un'idea chiara dei problemi sul tappeto. Dopo un certo lasso di tempo si potrà permettere ai membri che non sono indispensabili al trattamento, se lo desiderano, di abbandonare il Club.
5. Come membri della famiglia vengono considerate anche quelle persone che, pur non avendo con l'alcolista un legame di sangue, hanno una grande importanza per la famiglia: sono gli amici, i collaboratori, i datori di lavoro ecc.
6. Può sorgere un problema sul cosa fare quando qualcuno viene al Club senza l'alcolista e chiede un consiglio o un aiuto. Di solito si tratta del coniuge, di un figlio, di un amico che chiedono aiuto perché, dicono, non riescono in nessun modo a portare l'alcolista. Il servitore-insegnante e i membri del Club in tal caso si trovano di fronte ad un problema difficile: da un lato sanno che senza la famiglia al completo non si possono ottenere dei risultati soddisfacenti, dall'altro lato conoscono la 'regola' secondo la quale la persona che chiede aiuto al Club ne diventa automaticamente membro. L'approccio, in tal caso, si lega al dato oggettivo che il comportamento dell'alcolista è un problema cronico, che non può e non deve essere cambiato in breve tempo. Qualche volta occorre molto tempo per portare tutta la famiglia ad accettare il trattamento proposto. La persona che chiede aiuto a nostro avviso, fa naturalmente parte del sistema familiare, sistema coinvolto per intero nella situazione di alcolismo; e quindi ha bisogno del trattamento. Se questa persona, frequentando le sedute, cambia il proprio comportamento, ciò può significare, in molti casi, l'inizio del cambiamento dello stile di vita anche da parte degli altri membri famigliari, che, assenti inizialmente, si uniranno più tardi al Club. Durante il periodo in cui il membro della famiglia viene da solo alle sedute, l'approccio è tale come se fossero presenti tutti i famigliari.
7. Le scuse dei famigliari o degli alcolisti per non partecipare alle riunioni non si dovrebbero accettare, a prescindere dalle giustificazioni portate. Si tratta di un'ora e mezza o due alla settimana, ed è difficile pensare che uno spazio di tempo così esiguo non possa essere trovato. Anche questi problemi devono essere analizzati, e il Club deve fare tutto il possibile per cooperare con i membri per risolvere le eventuali difficoltà che impediscono alla famiglia di partecipare alle sedute.
8. I figli dell'alcolista, all'inizio del trattamento, devono essere presenti alle attività del Club. Il Club è utile per risolvere anche quelle loro difficoltà che sono derivate dalla presenza del nucleo familiare di un problema alcolcorrelato. Quando i figli formano una famiglia propria, assumendo un ruolo autonomo nella comunità, si può pensare che iniziato il processo di cambiamento del comportamento, non sia più necessaria la loro presenza nel Club. Ci sono poi dei figli che si interessano particolarmente del lavoro, che decidono di diventare servitori-insegnanti, o altri che vedono nel Club uno stimolo importante per la loro personale crescita e maturazione e decidono di continuare a frequentarlo.

Gli individui e le famiglie che non hanno problemi alcolcorrelati non possono entrare nel Club. Il Club non è un'organizzazione aperta a tutti.

Gli alcolisti 'soli' nei Club degli alcolisti in trattamento

Nella maggioranza dei Club degli alcolisti in trattamento si discute delle difficoltà provocate dall'inserimento di alcolisti che non hanno famiglia, che vivono soli, che non hanno legami con la comunità, pur avendo a volte un lavoro e un accettabile tenore di vita.

Secondo l'approccio ecologico sociale, i problemi alcolcorrelati devono essere trattati all'interno del sistema biosociale nel quale ognuno vive, comunica, lavora, prima di tutto nella famiglia. Nella maggioranza dei casi qui descritti la famiglia esiste, ma tutti i legami con l'alcolista si sono spezzati. Qualche volta accade che il Club decida che, in questi casi, non sia opportuno insistere per cercare di inserire i famigliari.

Il Club può, se la cosa appare possibile, impegnarsi affinché la famiglia riprenda i contatti, ma prima di tutto il suo compito è di catalizzare il cambiamento del comportamento nella situazione esistente e trovare una famiglia sostitutiva. Quando poi il comportamento è cambiato, l'alcolista dovrà prendere molte decisioni importanti, tra cui anche quella concernente il futuro dei rapporti con la sua famiglia. Questo non può farlo, al suo posto il Club. Va detto comunque che i membri di una famiglia, a prescindere che vivano insieme o meno, hanno degli obblighi reciproci, e se li hanno dimenticati il Club deve ricordarli loro.

Se i membri della famiglia non sono rintracciabili o se comunque non sono disposti a prendere parte al trattamento, il Club deve organizzare una famiglia sostitutiva. Essere una famiglia sostitutiva non è un obbligo superficiale attribuibile ad un singolo membro che si rende disponibile unicamente per accompagnare l'alcolista alle sedute: la famiglia sostitutiva deve essere profondamente coinvolta nella vita dell'alcolista solo e nel fornirgli in ogni situazione il proprio sostegno. La famiglia sostitutiva inoltre, a prescindere che abbia o che non abbia dei problemi alcolcorrelati, deve accettare tutti gli obblighi, inclusa la propria astinenza, come le altre famiglie nel Club. È meglio che la famiglia sostitutiva venga trovata nella comunità e non all'interno del Club che in tale caso infatti può essere meglio collegato con la comunità locale. Tutto questo dimostra che il Club non può operare bene se ha un numero eccessivo di alcolisti 'soli'. Se questo accade bisogna ridistribuire gli alcolisti soli nei Club ove non ve ne sono o dove sono pochi.

Spesso si discute sulle possibilità che il servitore-insegnante possa assumere il ruolo di membro famigliare sostitutivo, o che con la sua famiglia costituisca la famiglia sostitutiva per l'alcolista solo. Si tratta di una scelta da sconsigliare. Il servitore-insegnante ha già abbastanza responsabilità e non lo si deve sovraccaricare eccessivamente. D'altra parte la famiglia sostitutiva crea con l'alcolista solo dei legami emotivi profondi e non è opportuno che un membro della famiglia sostitutiva sia simultaneamente servitore-insegnante all'interno dello stesso Club. Questo naturalmente vale anche per gli alcolisti e i membri delle loro famiglie che sono servitori-insegnanti quando accettano di svolgere il ruolo di famigliari sostitutivi. Loro in ogni caso devono frequentare due Club, uno come membro della famiglia e uno come servitori-insegnanti.

Se il trattamento con gli alcolisti 'soli' viene organizzato bene, questi cominciano a cambiare il proprio comportamento e devono essere stimolati a riprendere i contatti e i legami con la loro comunità di appartenenza e ad allentare un eventuale legame eccessivo con il Club e con la famiglia sostitutiva.

La ricaduta

Vladimir Hudolin

La ricaduta rappresenta uno dei maggiori problemi per l'alcolista, per la famiglia, per il servitore-insegnante, per il Club. Fermo restando che la ricaduta si riflette in maniera

pesante sul lavoro del Club, il suo servitore-insegnante e i suoi membri non devono dimenticare che la ricaduta rappresenta un aspetto, per così dire normale, nella vita di un alcolista. Tra i membri dei Club circa il 60% non ha ricadute; il restante 40% ha nel corso degli anni una o più ricadute. In questo 40% sono compresi gli alcolisti che non migliorano e i cosiddetti 'abbandoni', a prescindere che abbiano ripreso a bere o meno.

Molti alcolisti già prima di entrare nel Club hanno provato ad astenersi ed hanno avuto una o più ricadute. La ricaduta provoca sempre ansia, e spesso anche aggressività dei membri nei confronti di chi è ricaduto. Ansia e aggressività vengono naturalmente espresse anche dai famigliari dell'alcolista ricaduto. Il servitore-insegnante dovrebbe essere in grado di controllare la propria aggressività. La ricaduta provoca una crisi profonda nell'alcolista, nella sua famiglia nel servitore-insegnante, nel Club. La crisi non deve però avere sempre e soltanto una connotazione negativa. Molte volte la crisi determina nel tempo una crescita e una maturazione. Se la ricaduta viene subito riconosciuta e affrontata non causa necessariamente un problema serio e duraturo. Il momento di crisi determinato dalla ricaduta mobilita la solidarietà e rinforza quell'amicizia che dovrebbe esistere tra i membri del Club anche quando non vi sono crisi.

In caso di ricaduta si attiva una visita di amici. Per 'visita di amici' si intende l'andare a visitare in amicizia la famiglia che si trova in crisi. L'alcolista mostra spesso un grado di alessitimia, è incapace cioè di comunicare e di costruire empatia. Per questo motivo il Club organizza al suo interno un gruppo che si occupa delle visite di amici, gruppo che coltiva in particolar modo l'amicizia e la solidarietà tra i membri. In caso di crisi e di ricadute il gruppo delle visite di amici si attiva maggiormente per dare appoggio alla famiglia che si trova in difficoltà. Non si deve dimenticare che esiste una ricaduta 'secca' che può riguardare sia l'alcolista che la sua famiglia, il servitore-insegnante, il Club, la comunità. Ricaduta secca, a differenza della ricaduta 'umida' che significa ripresa del bere, indica un ritorno ai vecchi modelli comportamentali, allo stile di vita precedente anche senza ritorno al bere. La ricaduta secca può essere più grave e più difficile da interrompere di una ricaduta umida breve che il Club riuscirà a trattare senza grosse difficoltà. D'altra parte, non si deve dimenticare che i Club esistono per le difficoltà di coloro i quali ricadono, perché chi ha già risolto i propri problemi non ha bisogno del Club.

Come rispondere alla ricaduta

F. Marcomini

In molta parte della letteratura professionale si tende ad utilizzare come indicatori di efficacia dei programmi l'astinenza dalle bevande alcoliche e i tassi di ricaduta. Molte di queste ricerche spesso si riferiscono a casistiche limitate sul piano numerico o della scansione temporale. La ricaduta viene generalmente considerata una condizione che sottolinea un insuccesso e misura soltanto la variabile del bere o non bere. I Club degli alcolisti in trattamento, pur lavorando sempre per il raggiungimento dell'astinenza, non considerano quest'ultima un punto di arrivo quanto piuttosto come una tappa del cammino naturale di una persona, della sua famiglia e della comunità in cui vive e lavora.

Si possono definire diverse forme di ricaduta:

1. La forma più semplice è quando l'alcolista riprende il comportamento del bere. In realtà nella sua storia è già accaduto che abbia tentato di smettere di bere raggiungendo dei periodi di astinenza che si sono conclusi con una bevuta.
2. Nel Club degli alcolisti in trattamento viene chiesto ai familiari di abbandonare il comportamento del bere e la famiglia viene invitata a non tenere bevande alcoliche in casa. A volte capita che dopo un primo periodo in cui i membri si astengono dal bere con la convinzione di aiutare l'alcolista, quando hanno la sensazione che le

- cose vadano meglio riprendono a consumare bevande alcoliche prima di tutto in occasioni esterne come festeggiamenti o altri eventi nei quali è considerato normale il bere. Successivamente introducono nuovamente le bevande alcoliche in casa motivando questa scelta con le ragioni dell'ospitalità. A volte la famiglia che era entrata nel Club con la motivazione di aiutare ed accompagnare l'alcolista, quando si accorge che il membro alcolista ha ripreso a bere si sentono autorizzati a riprendere il loro comportamento perché ritengono inutile il loro aiuto.
3. Al servitore-insegnante non è richiesto di smettere di bere, ma semplicemente di riflettere circa il proprio bere. Molto spesso i servitori-insegnanti si astengono dall'assunzione di bevande alcoliche come un segno di solidarietà e di appartenenza al Club. Capita tuttavia che sotto la pressione sociale in alcune circostanze riprendono il loro comportamento precedente verificando così che loro possono permettersi questa alternanza di bere, anche se occasionale, ed astinenza, introducendo così la vecchia distinzione tra gli alcolisti che non possono bere ed i bevitori 'moderati' che possono farlo dal momento che hanno il controllo sul loro comportamento.
 4. Condizione analoga riguarda la comunità locale che di fronte all'alcolista che ha raggiunto la sobrietà e recuperato un posto autorevole nella società, esprime un sentimento di solidarietà avvicinandosi al lavoro del Club, o tramite le autorità o il volontariato. Ma alla prima occasione di festa o altra circostanza ufficiale ricade nella cultura del bere ponendo le bevande alcoliche al centro dell'evento speciale.
 5. Lo stesso Club a volte assume atteggiamenti nei confronti del bere dei suoi membri abbastanza ambivalenti, giustificano la presenza dell'alcol in casa e avendo comprensione nei confronti del bere dei famigliari e stigmatizzando invece la ricaduta dell'alcolista.
 6. Le forme associative dei Club scivolano in modo implicito nei vecchi concetti dell'abuso o della differenziazione dell'alcolista dai bevitori quando insistono sui concetti di malattia, di abuso o quando guardano con orgoglio all'astinenza dell'alcolista, con disprezzo alla sua ricaduta e con benevolenza nei confronti del bere dei famigliari o dei servitori-insegnanti
 7. L'alcolista a volte, pur astenendosi dall'uso delle bevande alcoliche, continua ad avere lo stesso stile di vita che aveva precedentemente: non si assume le sue responsabilità in famiglia. Non cerca di avere un ruolo nella società, continua a frequentare i ritrovi nei quali era solito bere con un atteggiamento di sfida e di dimostrazione di forza. Questa è una particolare forma di ricaduta che non è meno importante di quella del bere e deve essere presa in considerazione non tanto perché può portare al vecchio comportamento del bere, quanto piuttosto perché impedisce la crescita e la maturazione dell'alcolista e della sua famiglia.
 8. Altra forma di ricaduta che può avvenire in assenza delle bevande alcoliche è quella che riguarda il comportamento della famiglia che tende progressivamente ad abbandonare le sedute di Club, lasciando che l'alcolista partecipi da solo, mentre gli stili di vita famigliari riprendono le antiche abitudini senza il minimo impegno per il cambiamento.
 9. Una forma particolare di ricaduta è quella che riguarda le forme associative dei Club non relativamente al problema del bere, ma alla tendenza di trasformare il processo di crescita e maturazione personale in una lobby che è estranea ai processi di autotutela ed autopromozione della salute.
 10. Anche l'intera comunità locale può ricadere, sostituendo il processo di cambiamento dello stile di vita e della cultura sociale, sanitaria e generale con tentativi di affidarsi a soluzioni meramente legislative o ad interventi tecnici che lasciano inalterato il processo di cambiamento. Per meglio capire questo tipo di ricaduta è

sufficiente pensare come le nostre comunità sono molto preoccupate degli incidenti che coinvolgono i giovani sotto l'effetto delle droghe e dell'alcol e per far fronte a questo problema, anziché impegnarsi a cambiare i propri stili di vita finiscono per proteggerli cercando di contenere i danni senza modificare i comportamenti.

Ogni ricaduta rappresenta un momento difficile nei programmi alcolologici territoriali dei Club degli alcolisti in trattamento, ed è spesso accompagnata da un senso di delusione nei confronti dell'efficacia del lavoro svolto. Il servitore-insegnante può andare incontro ad un senso di frustrazione, così come la famiglia e l'intera comunità locale. L'alcolista a sua volta può percepire un senso di ostilità nei confronti della sua condizione e quindi tenta di nascondere l'accaduto per un rinnovato senso di vergogna. Tutto questo può produrre molte incomprensioni e tensioni nel lavoro dei Club che devono essere superate. È bene naturalmente non sottovalutare la ricaduta, ma non confinarla al solo comportamento del bere, prendendo in considerazione invece anche tutte le altre forme di ricaduta. Lo scopo del lavoro del Club non è infatti l'astinenza dalle bevande alcoliche, ma il raggiungimento della sobrietà, il cambiamento dello stile di vita e la crescita e la maturazione culturale, sociale e spirituale. Questi cambiamenti devono armonizzare l'individuo, la sua famiglia e la comunità di vita e di lavoro. Il Club è fatto per i problemi con il bere ed è pertanto naturale che possano avvenire delle ricadute senza per questo sottovalutarne l'importanza, ma soprattutto senza creare le condizioni perché la persona debba vergognarsi e fuggire dal Club a causa di questo.

Succede a volte che un Club è costituito da famiglie che da molti anni vivono in sobrietà, ma tendano a sottolineare con orgoglio la loro astinenza. Il Club tende a non dividersi e a non avere nuovi ingressi. Questo è un Club che ha bloccato il processo di crescita e maturazione dal momento che tutti gli sforzi sono orientati all'astinenza, anziché preoccuparsi del processo dinamico di crescita e maturazione del Club. A volte l'ingresso di un nuovo membro che ha una ricaduta o un vecchio membro che ricade è un'occasione di sofferenza e di crisi che aiuta il Club a vedere meglio il blocco della sua maturazione. Il Club pertanto, insieme al servitore-insegnante, deve imparare a considerare la ricaduta non come una sconfitta, ma come l'occasione per riflettere e cambiare.

Le difficoltà nel lavoro del Club

Vladimir Hudolin

Per prevenire e risolvere le difficoltà nel lavoro dei Club degli alcolisti in trattamento sono indispensabili la formazione del servitore-insegnante e il suo aggiornamento continuo. Il servitore-insegnante deve seguire lo sviluppo dei programmi e deve essere aggiornato con continuità, con particolare riferimento a quegli aspetti che possono provocare difficoltà nel lavoro dei Club degli alcolisti in trattamento. Alcuni, in particolare, se non sono tenuti sotto controllo, possono causare maggiori disagi. Fra questi sono da elencare i seguenti:

1. l'autonomia del Club e le regole del suo lavoro;
2. il servitore-insegnante nei programmi per i problemi alcolcorrelati e complessi;
3. la durata dell'appartenenza al Club;
4. la crescita e la maturazione della famiglia;
5. i membri anziani nei Club;
6. i membri 'soli' nel Club;
7. la presenza della famiglia nel Club;
8. le ricerche alcolologiche e i Club;
9. le visite e i tirocini nei Club;

10. la presenza di più servitori-insegnanti nel Club;
11. l'Antabuse nel trattamento ecologico-sociale e nel Club;
12. la formazione e l'aggiornamento dei servitori-insegnanti e della famiglia;
13. la supervisione dei programmi alcolologici territoriali;
14. l'alcolista come servitore-insegnante;
15. la ricaduta;
16. il diploma, l'attestato d'astinenza, l'Interclub;
17. altri problemi nel lavoro dei Club;
18. la multidimensionalità della sofferenza umana; le famiglie con disturbi complessi e difficili e il loro inserimento nel Club degli alcolisti in trattamento;
19. il centro alcolologico territoriale, funzionale;
20. l'etica del lavoro nei programmi territoriali per i problemi alcolcorrelati e complessi; spiritualità antropologica, i valori umani nei programmi alcolologici;
21. futurologia nell'alcolologia.

È necessario informare di tutti questi aspetti del lavoro nel Club i servitori-insegnanti e le famiglie appartenenti ai Club, e organizzare per i servitori-insegnanti e per le famiglie un aggiornamento continuo.

C'è inoltre una serie di problemi di natura pratica che rischiano di ostacolare il lavoro dei CAT. Ad esempio, ci possono essere difficoltà a ottenere la sede per gli incontri, problemi economici, e molti altri ostacoli che, tuttavia, possono essere rimossi con un po' di pazienza, di fantasia e di impegno. Periodicamente questi problemi assumono dimensioni più gravi, come quando, ad esempio, un Club, che opera all'interno di un ospedale o in un'altra struttura sanitaria o sociale a carattere pubblico, non viene regolarmente diviso, con il pretesto della mancanza di spazio o dell'impossibilità di trovare una sede al di fuori dell'ospedale. Ciò denuncia una sorta di dipendenza del Club nei confronti dell'istituzione sanitaria.

Tutti i problemi di natura economica sono, in effetti, falsi problemi: il Club non ha bisogno di denaro, se non nel caso che il servitore-insegnante percepisca un compenso. Ma anche in questo caso, non sarebbe il solo a pagare, visto che più spesso il servitore-insegnante o svolge questo lavoro in orario di servizio, o viene pagato dall'Associazione dei Club degli Alcolisti in Trattamento oppure lavora in regime di volontariato. In generale, meno denaro ha il Club, meglio lavora. Più ce n'è a disposizione, più le difficoltà rischiano di aumentare.

Altre difficoltà specifiche

S. Cecchi

Esistono alcune difficoltà che forse più frequentemente si incontrano nel lavoro pratico del Club. Bisogna tener presente che i problemi sviluppati nel corso del lavoro investono contemporaneamente più sistemi, quali la famiglia, il Club, le ACAT, le ARCAT, i rapporti fra CAT e servizi pubblici, il tipo di comunità ecc. Alcune fra queste difficoltà sono:

1. la burocratizzazione del lavoro del Club;
2. mancanza di puntualità nell'inizio delle riunioni;
3. difficoltà nel fare il verbale della serata;
4. le assenze alle riunioni;
5. discussioni superficiali, 'banali';
6. astinenza solo per le persone con problemi alcolcorrelati e non per tutta la famiglia;
7. si esce durante la riunione per fumare. Si abbandona la riunione in anticipo;
8. non viene garantita la riservatezza;
9. l'aggressività nel Club;
10. elevato numero di famiglie con problemi complessi;
11. richiesta al servitore-insegnante di Club di colloqui riservati.

1. Burocratizzazione del lavoro di Club

Il Club degli alcolisti in trattamento è una comunità multifamigliare autonoma, autogestita, organizzata per favorire una crescita profonda delle famiglie inserite. Tale maturazione si ottiene essenzialmente attraverso lo scambio di emozionalità positiva tra i membri. Ciò significa che tutto ciò che non è emozionalità, calore, amicizia, compartecipazione, è secondario rispetto ai fini del Club, ossia può anche non essere fatto. Mi riferisco in particolare alle pratiche in uso in alcuni Club di dare un certo spazio iniziale alla lettura delle astinenze, alla distribuzione dell'Antabuse, magari anche alla comunicazione di notizie riguardanti la vita dell'ACAT, caratterizzata invece da una discussione informale e amichevole.

Spesso la burocratizzazione del Club nasconde il tentativo di evitare una discussione sul proprio stile di vita, sui comportamenti attuati nella famiglia e nella comunità locale. Hudolin consiglia ai Club che sono ancora molto affezionati ad alcuni aspetti burocratici del lavoro, di espletarli fuori dalla riunione, cinque minuti prima che questa cominci. All'ora prestabilita per l'inizio del Club inizia invece l'interazione positiva tra i membri.

2. Non si è puntuali nell'inizio della riunione

Una volta stabilito l'orario del Club, tale orario deve essere rispettato. I presenti, anche se pochissimi, iniziano ugualmente la riunione, senza aspettare i ritardatari con la lettura del verbale oppure iniziando la discussione. Con questi andrà discusso il motivo del ritardo, senza aggressività, appena la discussione iniziata darà la possibilità di fare una piccola pausa. Ovviamente il servitore-insegnante di Club deve per primo rispettare la puntualità.

3. Difficoltà nel fare il verbale della serata

Capita che nel Club qualcuno non desideri scrivere il verbale. Il Club dovrebbe cercare di stimolare tali membri ad assumersi questo compito, magari con l'offerta di una collaborazione, occasione anche per vedersi durante la settimana e di riflettere sull'esperienza che si sta facendo e di permettere a tutto il nucleo familiare di fare qualcosa insieme.

4. Assenza di alcuni membri

Può capitare che quando si parla di assenze ci si riferisca al cosiddetto alcolista, o al massimo al coniuge (se ce l'ha). In realtà, se abbiamo interiorizzato l'approccio familiare, è importante la presenza di tutti i membri della famiglia, compresi i bambini. Quindi l'assenza di uno qualsiasi di queste persone va discussa ed affrontata.

Talvolta i distacchi dal Club maturano attraverso un processo fatto da diverse fasi ben visibili, tra le quali la più evidente è data dall'inizio delle assenze.

Se il Club non costruisce subito un legame emozionale con la famiglia, andandola a trovare o talvolta invitandola durante la settimana soprattutto quando la situazione è buona e la famiglia stessa frequenta regolarmente le riunioni, sarà molto difficile, una volta sorti i problemi di distacco o di frequenza saltuaria, sia organizzare le visite di amicizia, sia farle accettare come tali alla famiglia in difficoltà. Per questi motivi è ancora una volta evidente che la risoluzione dei problemi non avviene attraverso una tecnica (la 'visita domiciliare'), ma può essere ottenuta attraverso la costruzione nel tempo di un significativo rapporto umano. La riunione non può quindi iniziare se il Club non ha risolto tali difficoltà e ciò significa che il programma di amicizia deve essere elaborato concretamente prima che inizi la discussione con i presenti, attraverso l'individuazione di coloro che si mobiliteranno e con l'indicazione del giorno e ora della visita (principio del 'qui ed ora').

Un altro strumento per diminuire il numero di persone che non frequentano il Club è l'inserimento immediato della famiglia con problemi alcolcorrelati e complessi nel programma di formazione della Scuola alcolologica territoriale, dove un insegnante aggiornato e motivato contribuirà a stimolare una crescita personale nei membri della famiglia stessa.

5. Discussione superficiale, 'banale'

Se il Club non riesce a produrre una discussione dai contenuti e dalla qualità emozionale soddisfacente, potrà accadere che scenda il desiderio di frequentare il CAT. Anche in questo caso i motivi che possono determinare questa situazione possono essere molti. Generalmente il servitore-insegnante può incidere significativamente sul tipo di interazione che si sviluppa nel Club. Credo che prima di tutto bisognerebbe chiedersi che tipo di legame si è sviluppato tra le famiglie, poiché sembra abbastanza chiaro che la superficialità mal si accompagna all'amicizia, solidarietà, amore, compartecipazione. Si può dire che stare bene al Club non significa parlare del più e del meno, ma significa possibilità di confronto e di crescita in un ambiente accettante e stimolante.

Se la situazione non riesce a migliorare, forse l'unica soluzione che si può proporre è la divisione del Club: nei due nuovi CAT le famiglie forse potranno ricominciare a stimolare la maturazione e la crescita spirituale.

6. Astinenza solo delle persone con problemi alcolcorrelati e non di tutta la famiglia

Può capitare ancora di incontrare alcuni Club che propongono l'astinenza solamente ai cosiddetti 'alcolisti'. In questo caso il conteggio delle astinenze viene effettuato solamente per queste persone, mentre i famigliari non sono chiamati a dichiarare il tipo di comportamento scelto.

Oramai l'approccio ecologico sociale ai problemi alcolcorrelati e complessi ha stabilito definitivamente che l'astensione dall'alcol e dalle altre droghe è proposta a tutto il nucleo familiare (famiglia nucleare e famiglia estesa) al momento dell'entrata nel programma. Se il programma non si adegua a questa crescita, le famiglie si potranno trovare in difficoltà rispetto al resto del sistema dei Club ed all'evoluzione della cultura sanitaria e sociale. Lo strumento principale in tal senso è rappresentato dalla Scuola alcolologica territoriale e dai diversi momenti di incontro e di scambio di esperienze previsti dal sistema ecologico sociale (Corsi di aggiornamento per i servitori-insegnanti, Interclub, Congressi e Convegni locali, regionali e nazionali).

7. Si esce per andare a fumare, o si esce in anticipo

La riunione del Club rappresenta il momento principale durante il quale fare il punto della situazione sulla propria crescita e quella della famiglia. Entro i novanta minuti previsti dalla riunione tutti i membri dovrebbero avere la possibilità di dire qualcosa di sé. Questo significa che il tempo a disposizione è veramente poco, e deve essere impiegato totalmente in una interazione costruttiva.

Se qualche membro lascia la riunione del Club si spezza il legame emozionale tra la persona e le altre famiglie, oltre a disturbare l'andamento dell'incontro. Ovviamente abbandonare la discussione significa anche implicitamente non interessarsi di quello che gli altri hanno da dire, di come stanno, del tipo di sofferenze che ancora hanno. Tutto ciò può contribuire a disturbare fortemente la riunione, ostacolando la nascita di un clima emozionale ricco e soddisfacente. Altre volte l'uscita dal Club può essere il risultato di una riunione povera emozionalmente, oppure della presenza di troppa aggressività da parte dei membri. In ogni caso il Club deve risolvere il problema, garantendo una presenza delle famiglie per tutta la durata dell'incontro. Anche in questo caso il ruolo del servitore-insegnante è estremamente importante.

8. Non viene garantita la riservatezza

Come accennato in precedenza, i contenuti delle discussioni sviluppate nel Club non possono essere divulgati all'esterno. Generalmente i problemi in tal senso si possono avere

con persone che non possono rispettare tale obbligo perché in difficoltà psichica (persone che bevono, problemi psichici, problemi somatici). Con questi amici può essere estremamente difficile arrivare ad una risoluzione positiva di questo problema.

Bisogna sottolineare che una famiglia inserita nel Club non può mai essere allontanata dal programma. Per questo motivo, se non si riesce ad ottenere il rispetto della riservatezza, le famiglie del Club sono invitate a discutere delle stesse cose di prima usando una maggiore cautela rispetto a ciò che esplicitamente si dice. In realtà molte volte i membri di Club discutono di cose anche estremamente importanti e intime senza andare in profondità, senza per questo che si perda in significato e chiarezza.

9. L'aggressività nel Club

Anche nel Club l'interazione tra le persone deve fare i conti con la gestione dell'aggressività. Questa può essere dovuta a molti fattori. In ogni caso, il comportamento del Club può influire, sia in modo positivo sia negativo, sul controllo del comportamento aggressivo. Un ambiente sereno, disponibile a ricercare ciò che unisce e non quello che divide, dove ci si impegna a costruire un clima di cooperazione fondato sull'amicizia e sulla solidarietà, è sicuramente un luogo dove sarà estremamente difficile che predomini l'aggressività nei rapporti interpersonali.

La discussione sul tema della pace, che annualmente trova al Congresso di Assisi il momento di verifica e di ulteriore stimolo, in questi anni è divenuta centrale nella vita dei Club proprio perché uno dei problemi principali che frenano la crescita spirituale dell'uomo è la facilità con la quale si sviluppano rapporti di violenza, di aggressività, di sopraffazione. Tutto ciò impedisce la ricerca di un miglioramento personale che si ponga in equilibrio ecologico con l'ambiente circostante, sia umano, sia naturale. Anche la famiglia con problemi alcolcorrelati e complessi vive spesso situazioni in cui predomina la 'guerra', e ciò si traduce in una generale sofferenza e nell'impoverimento delle essenziali dimensioni affettive, relazionali, culturali. Può capitare che anche nel Club la famiglia cerchi di continuare il conflitto, ma ciò sarà più difficile se gli altri membri offriranno una migliore e diversa alternativa, con l'offerta convinta dell'amicizia, della solidarietà e dell'amore.

L'esperienza pratica mostra che se le famiglie del Club maturano una buona crescita spirituale allora il clima delle serate è generalmente molto positivo, anche in presenza di alcuni membri con problemi personali estremamente complessi. Viceversa laddove il Club è formato da famiglie poco cresciute e maturate è più difficile avviare una discussione positiva anche su aspetti di vita abbastanza neutrali, poco coinvolgenti. Ciò conferma l'importanza di costruire un clima dove tutti possano avere la possibilità di vedere e sviluppare le parti migliori di se stesso.

10. Elevato numero di famiglie con problemi complessi

Se la composizione delle famiglie del Club riesce a rispecchiare sostanzialmente quella della comunità locale di appartenenza, allora potremmo contare su un insieme di famiglie che, pur presentando dei problemi anche piuttosto seri, si trovano ancora inserite sufficientemente all'interno della vita sociale e con una qualità dei rapporti familiari non del tutto compromessa. Ciò permette al Club di iniziare a 'risvegliare' le parti positive della dimensione spirituale delle persone, raggiungendo e consolidando un continuo cambiamento dello stile di vita. Tutto ciò può essere molto più complicato per quelle famiglie che presentano problemi complessi (alcol e droghe illegali; alcol e problemi psichici; alcol e carcere; alcol e prostituzione; alcol e gravi problemi somatici ecc.). Queste persone possono avere bisogno di un tipo di interazione e di legame con il Club quantitativamente e qualitativamente ben maggiore del resto degli altri membri del Club. Anche per questo motivo può essere coinvolto, al momento dell'inserimento nel programma, il resto del Club, che è chiamato a dare il

suo assenso all'inserimento, poiché tale assenso significa un impegno esplicito di assistere, sostenere, stimolare particolarmente le famiglie con problemi complessi.

Durante il processo di crescita e maturazione del Club nel suo complesso, capita che queste famiglie diventino una grande risorsa per tutto il programma, sia perché talvolta dimostrano che le risorse a disposizione delle persone sono numerose e inaspettate, sia perché, grazie a loro, molti membri hanno potuto attivarsi e scoprire di possedere delle doti positive. Se però la percentuale di 'casi complessi' incomincia a superare quel 20% sul numero di famiglie del Club, che Hudolin ha indicato come limite, allora, al contrario, nel Club possono predominare le situazioni difficili, con la scarsità di emozionalità positiva. In questo caso può capitare che il Club venga visto dalla comunità locale come un gruppo formato da emarginati, nel quale non ci si può riconoscere, e mettendo in atto un processo circolare che vedrà l'inserimento o la permanenza al Club dei soli 'casi complessi'. Ovviamente tutto ciò va a danneggiare la qualità e quindi l'efficacia del lavoro del Club. Per questi motivi bisogna cercare una soluzione per non superare la quota del 20% di famiglie con problemi complessi nel Club e nel programma. Qui ci si scontra con l'altra forte caratteristica del Club, ossia nell'assoluto divieto di allontanare un membro di Club. Credo che il problema non sia semplice da affrontare, e deve riguardare necessariamente il rapporto tra il Club e l'ACAT, l'APCAT e l'ARCAT di appartenenza, ed ovviamente deve coinvolgere i servizi pubblici della salute che sono i principali referenti per la costruzione di una rete territoriale di protezione e promozione della salute.

11. Richiesta da parte di alcuni membri del Club al servitore-insegnante di colloqui riservati

Può talvolta capitare che alcuni membri di Club ricerchino un rapporto privilegiato con il servitore-insegnante, raccontandogli riservatamente ciò che invece dovrebbe essere detto al Club. Se avviene ciò abbiamo molti motivi per preoccuparci della qualità del lavoro che stiamo facendo, poiché è chiaro che non si è ancora sviluppato un legame significativo tra queste persone ed il resto del Club, cosa che potrebbe facilmente portare ad un abbandono del programma. Inoltre tale atteggiamento è sostanzialmente il tentativo di delegare ad un 'esperto' la risoluzione di problemi che possono invece essere affrontati solamente attraverso l'autoresponsabilizzazione e la collaborazione con le altre famiglie del Club. Molte di queste difficoltà possono essere evitate se il servitore-insegnante trasmette chiaramente, attraverso tutto il suo comportamento, l'importanza, la centralità del Club. Ciò significa che ancora una volta è importante una riflessione continua sui valori che stanno alla base del nostro lavoro e sugli atteggiamenti che sviluppiamo nel tempo.

Il servitore-insegnante

Vladimir Hudolin

Dal 1985, quando ad Abbazia al Congresso dei Club degli alcolisti in trattamento della ex Jugoslavia e dell'Italia, ho proposto il termine operatore al posto di terapeuta, e dal 1993, anno in cui ho suggerito di chiamarlo servitore, nei Club si è molto discusso sul termine terapeuta e sul significato del servitore-insegnante. Con il tempo venne accettato il termine servitore-insegnante, quale catalizzatore della crescita e maturazione nel Club. La persona che catalizza il cambiamento del comportamento molto spesso non è un professionista nel senso classico, e non lo potrà diventare. Ciò non vuol dire che il servitore non sia professionista all'interno del lavoro che svolge come volontario. L'Organizzazione Mondiale della Sanità chiama questi volontari 'operatori della salute nella comunità'.

Ultimamente esiste un vivace dibattito sul termine servitore, una persona cioè che si mette al servizio degli altri sulla base di una solidarietà reciproca, dove ognuno diventa responsabile dell'altro, o meglio dove tutti sono responsabili di tutti. Così è stata descritta la solidarietà nell'analisi di Giovanni Paolo II nella Lettera enciclica *Sollicitudo rei socialis*: "Si tratta innanzitutto dell'interdipendenza, sentita come sistema determinante di relazioni nel mondo contemporaneo, nelle sue componenti economica, culturale, politica e religiosa, e assunti come categoria morale. Quando l'interdipendenza viene così riconosciuta, la correlativa risposta come atteggiamento morale e sociale, come 'virtù', è la solidarietà. Questa, dunque, non è un sentimento di vaga compassione o di superficiale intenerimento per i mali di tante persone, vicine o lontane. Al contrario, è la determinazione ferma e perseverante di impegnarsi per il bene comune: ossia per il bene di tutti e di ciascuno, perché tutti siamo veramente responsabili di tutti. Tale determinazione è fondata sulla salda convinzione che le cause che frenano il pieno sviluppo siano quella brama del profitto e quella sete del potere, di cui si è parlato".

Il servitore può essere un professionista o un volontario non professionale, a condizione che sia l'uno sia l'altro abbiano avuto la necessaria formazione e siano inseriti in un programma di aggiornamento permanente.

Il termine servitore è mutuato dalle istituzioni pubbliche che hanno organizzato i servizi. Ci si aspetta quindi che nei servizi lavorino persone che servono i loro clienti.

Riferendosi agli 'operatori della salute nella comunità' (termine coniato in seno all'Organizzazione Mondiale della Sanità), Banoo J. Coyaji nel 1982 li ha definiti così: "Gli operatori della salute nella comunità non sono medici, medici scalzi o altro. Essi sono addestrati per compiti per i quali i medici non sono sufficientemente preparati".

È indispensabile una cooperazione fra gli operatori professionali e i volontari non professionali: tutti proteggono e promuovono la salute. L'introduzione del termine servitore non vuol dire che l'operatore professionale non può essere attivo nel Club, ma deve accettare il concetto ecologico sociale, che fra l'altro è parte del lavoro professionale.

Significato del termine 'servitore-insegnante' nei programmi alcologici

Se il bere bevande alcoliche e i problemi alcolcorrelati sono considerate forme di comportamento o stili di vita, non si può parlare dei problemi alcolcorrelati in termini psicopatologici e di conseguenza della loro terapia in senso classico. Non si può neppure parlare di terapeuti nei Club degli alcolisti in trattamento in senso sanitario

Per questo, invece della terapia, abbiamo cominciato a parlare del trattamento quale processo che catalizza il cambiamento del comportamento, conducendo ad una maturazione e crescita del sistema familiare, dei suoi membri individuali, del servitore-insegnante e della comunità nella quale è inserito il Club. Il catalizzatore di tale processo, il servitore-insegnante nei programmi alcologici territoriali, non è necessariamente un terapeuta, un operatore professionale sanitario, psicologico o sociale, ma una persona che ha le caratteristiche personali e una formazione di base tale da poter produrre una empatia e l'inizio del cambiamento di stile di vita in un processo socio-culturale. Oggi parliamo di servitore-insegnante che in un clima di solidarietà catalizza il processo di cambiamento degli individui, delle famiglie e della comunità che serve. Sarebbe bene che il coordinatore di questo processo nella comunità diventasse il medico di base. Basta vedere il suo ruolo come descritto dall'Organizzazione Mondiale della Sanità alla conferenza da Alma-Ata nel 1978 e in seguito. Ma se tutti i medici di base fossero inclusi come servitori-insegnanti nei Club degli alcolisti in trattamento e negli altri programmi alcologici territoriali il loro numero non risponderebbe alle necessità. Non esiste paese abbastanza ricco da organizzare il controllo dei problemi alcolcorrelati usando nei programmi esclusivamente professionisti specializzati e pagati.

I problemi alcolcorrelati, facendo parte della cultura sanitaria locale, non possono essere controllati senza l'inserimento dei servitori-insegnanti volontari non professionisti e senza l'introduzione dei programmi nelle comunità dove la gente vive e lavora.

Nel Club degli alcolisti in trattamento il servitore-insegnante, aiutato dai membri del Club, conduce il primo colloquio. Egli deve essere in grado di accettare l'alcolista ed i suoi famigliari, creando un'atmosfera emozionale nella quale si sviluppano le comunicazioni e le interazioni positive.

Per i nuovi membri e per le famiglie che per la prima volta entrano nel trattamento sono a disposizione le esperienze delle altre famiglie che sono già da tempo in trattamento e da tali esperienze ogni famiglia può scegliere le più adeguate per i suoi problemi. Il servitore-insegnante deve catalizzare il processo e non offrire le soluzioni, che la famiglia deve trovare nelle interazioni con le altre famiglie, nella comunità multifamigliare del Club e nella comunità locale, scegliendo quello che meglio le corrisponde.

Durante il processo il servitore-insegnante ripete lo stesso procedimento con ogni famiglia nuova, segue il processo della maturazione e prepara il Club per la divisione che inizia quando nel trattamento entra la tredicesima famiglia. Egli deve prevenire la regressione delle famiglie e impedire la loro indipendenza sia da esso, sia dal Club, sia dalle istituzioni sanitarie.

Se i problemi si evidenziano nel Club, egli cerca di trovarne la soluzione. Se questo non funziona, chiede la supervisione del Centro alcologico territoriale funzionale o dell'Associazione. Almeno una volta al mese, prendendo parte alla riunione di servitori-insegnanti del territorio, il servitore-insegnante ha la possibilità di organizzare una forma di auto-valutazione e di reciproca supervisione.

Nel processo, il servitore-insegnante impara ad ascoltare i membri del Club, a comprendere i loro problemi e ad aiutarli nella comunicazione ed interazione. Non ha bisogno di tecniche speciali al di fuori del lavoro descritto con la comunità multifamigliare del Club, ma se possiede delle conoscenze professionali specifiche, queste lo possono aiutare nel lavoro. Con le sue attività il servitore-insegnante stimola la comunicazione e l'interazione tra i membri del Club e fra il Club e la comunità locale, dove avviene il cambiamento del comportamento e dove i membri dovrebbero trovare quanti più possibili agganci e legami umani migliorando la propria comunicazione con la comunità locale. Il servitore-insegnante cerca di disincentivare le attività limitate e chiuse nel Club che potrebbero portare all'alienazione.

I Corsi di sensibilizzazione per la preparazione dei servitori-insegnanti, come parte di un sistema dinamico, cambiano in continuazione. Il servitore-insegnante apprende questi cambiamenti nei vari corsi di aggiornamento perché altrimenti può avvenire una stasi e un blocco della ulteriore crescita e maturazione. Più tardi il servitore-insegnante può entrare nella Scuola nazionale di perfezionamento in alcologia (cosiddetta Scuola delle 300 ore), preparandosi così per l'insegnamento dei vari tipi di formazione e di aggiornamento e per il lavoro nelle Scuole alcologiche territoriali. Un ulteriore aggiornamento il servitore-insegnante può raggiungerlo leggendo, scrivendo e ricercando.

L'importanza del Corso di sensibilizzazione consiste nel fatto che simultaneamente all'insegnamento di contenuti e nozioni fin dal primo giorno, si sottolinea anche la necessità del cambiamento del corsista e si stimola la motivazione per un tale lavoro. Il sapere senza un cambiamento profondo personale del servitore-insegnante non produce risultati positivi per il suo futuro. Parlando di motivazione e cambiamento personale del servitore-insegnante di solito sorge anche la questione se il servitore-insegnante può bere o no. Personalmente penso che il bere non abbia importanza. Il Corso di sensibilizzazione di solito produce una crisi personale in ogni corsista e la risposta alla domanda se bere o no il servitore-insegnante la trova nel lavoro futuro.

Il lavoro descritto richiede al servitore-insegnante, come si vede, una formazione di base, l'esperienza costante nel lavoro e l'aggiornamento continuo ponendo in prima linea la propria disponibilità e le proprie qualità umane. Queste qualità umane devono abituarlo alla solidarietà, alla possibilità di accettare ed estendere l'amicizia, all'amore, alla possibilità di una convivenza armoniosa con gli altri, ad accettare la diversità, a proteggere e sviluppare la pace e la libertà.

Questo significa che anche il servitore-insegnante deve cambiare il suo comportamento, il suo stile di vita. Se il servitore-insegnante non è in grado di sviluppare le qualità personali elencate, difficilmente potrà indicare tale cambiamento ai membri dei programmi nei quali lavora.

La formazione di base del servitore-insegnante

La formazione di base del servitore-insegnante si fa nel Corso di sensibilizzazione della durata di 50 ore, durante una settimana, dopo di che può entrare nel Club come servitore-insegnante. Entrando in un Club, il nuovo servitore-insegnante riceve eventualmente un minimo di informazioni necessarie dal servitore-insegnante che ha lavorato nel Club prima di lui. La prassi di lavorare con un altro servitore-insegnante per un tempo prolungato prima di iniziare indipendentemente l'attività può provocare molti problemi.

La multidimensionalità della sofferenza umana e il servitore-insegnante

Molti aspetti del comportamento umano non sono neanche conosciuti. Cosa sappiamo dei disagi politici, spirituali ed emozionali, per elencare soltanto gli esempi più evidenti. Con l'inserimento nel Club molti di questi problemi sparivano senza un intervento speciale da parte del servitore-insegnante. Così i servitori-insegnanti hanno imparato, senza accorgersi, come comportarsi in tali situazioni. Oltre a questi problemi molte volte s'incontrano nella famiglia con un problema alcolcorrelato altri problemi comportamentali più difficili. Il servitore-insegnante allora, senza un aggiornamento specifico, si può trovare in difficoltà.

È venuto il momento nel quale i programmi alcolologici territoriali, i Club degli alcolisti in trattamento e i servitori-insegnanti devono aprirsi con più interesse e preparazione a questi problemi combinati, complessi, multidimensionali. Si tratta prima di tutto delle famiglie nelle quali il problema alcolcorrelato viene combinato con vari problemi psichici, con l'uso di altre sostanze, con i problemi spirituali ed esistenziali, con il comportamento aggressivo, con i comportamenti a rischio e con il gruppo degli alcolisti skid row o alcolisti senza dimora. In questo senso sono stati organizzati i Corsi di sensibilizzazione modificati, nei quali veniva riservato più spazio alla multidimensionalità della sofferenza umana.

Questo non significa che i Club degli alcolisti in trattamento e i servitori-insegnanti intendano occuparsi dei problemi drogacorrelati e psichiatrici se non sono combinati con l'alcolismo.

La personalità e la professionalità del servitore-insegnante

I programmi ecologico-sociali nell'alcolologia dipendono dalla dedizione al lavoro dei servitori-insegnanti che a sua volta dipende dalla loro personalità e professionalità. Quando si chiede, durante i Corsi di sensibilizzazione, quali dovrebbero essere le qualità personali del servitore-insegnante, i corsisti di solito elencano un gran numero di qualità umane, fra le quali non sono quasi mai inserite le richieste della professionalità. La figura ideale di servitore-insegnante descritta dai corsisti ha tali caratteristiche che sarebbe difficile trovarle presenti in una sola persona. Tra tali caratteristiche le più importanti sono: necessità di una abilità umana nel comunicare ed interagire con le famiglie, possibilità di creare l'empatia, capacità di ascoltare, idoneità a creare amicizie ed offrire amore ecc.

Lo schema seguente ripropone un test che è stato eseguito nel giugno 1993, durante un Corso di sensibilizzazione. Si chiede che il servitore-insegnante sia umano ed accettabile; è interessante notare che non si chiede una professionalità specifica e non si parla del suo bere.

Nonostante le caratteristiche umane molto importanti, non si devono tuttavia trascurare le doti professionali, delle quali si è già parlato descrivendo la formazione e l'aggiornamento dei servitori-insegnanti. La professionalità del servitore-insegnante per il lavoro nel Club non dipende dai diplomi, ma dalle esperienze ottenute nel lavoro pratico.

Oggi al servitore-insegnante nei programmi alcolologici si chiede di:

- continuare il lavoro nel Club anche se svolge altre attività nel sistema (insegnamento, ricerca, impegni nell'associazione dei Club ecc.);
- prepararsi bene per il lavoro nel Club e negli altri programmi, in particolare per la multidimensionalità della sofferenza umana;
- aggiornarsi con lo scopo di inserirsi come insegnante nelle scuole alcolologiche territoriali ed in altri tipi di insegnamento;
- collaborare alle ricerche alcolologiche;
- veicolare negli altri programmi alcolologici le esperienze maturate e le ricerche svolte.

In verità non possiamo standardizzare le caratteristiche comportamentali del servitore-insegnante, ma, in linea generale, egli dovrebbe essere in grado di suscitare empatia, di ascoltare, di non giudicare e di essere aperto ad un contatto umano.

Molte volte non è chiaro chi e come sceglie il servitore-insegnante per il lavoro nei Club. L'approccio ecologico-sociale richiede soltanto l'espressione della disponibilità per tale compito da parte dell'interessato e che abbia portato a termine un Corso di sensibilizzazione. Dopo di ciò un Club potrebbe richiederlo e più facilmente lo fanno l'associazione dei Club, un centro alcolologico o, almeno, un servitore-insegnante già inserito in Club.

Il servitore-insegnante nel sistema ecologico sociale

G. Guidoni, M. G. Vaggelli

Una delle più importanti caratteristiche del Club degli alcolisti in trattamento è certamente la presenza del servitore-insegnante in queste comunità. L'unico requisito richiesto è quello di aver partecipato al Corso di sensibilizzazione, secondo il metodo Hudolin.

Il servitore-insegnante non è il padrone o il conduttore o lo psicoterapeuta del Club. Egli è una persona interessata ai problemi alcolcorrelati, presenti nella comunità in cui vive, e che, grazie al Corso di sensibilizzazione, ha acquisito le conoscenze fondamentali riguardo

SERVITORE-INSEGNANTE	
SI	NO
se stesso	razzista
umano	terapeutico
onesto con se stesso	inquisitore
discreto	invadente
elastico	curioso
tollerante	fingere
semplice	giudice
accogliente	brutto
empatico	intransigente
amico	aggressivo
bello	direttivo
adulto	presuntuoso
socievole	impositivo
saper ascoltare	superbo
paziente	egoista
il più utile possibile	cattivo
equilibrato	freddo
competente	giudicante
neutro	non competente
umano	sostituirsi al gruppo
attento	
interessante	
sensibile	

a questi problemi. Come il termine 'servitore' esprime, egli offre la sua disponibilità e le sue conoscenze alle famiglie del Club e della comunità locale.

Il servitore-insegnante partecipa regolarmente ad incontri settimanali, ma non fa il verbale o l'appello, né conduce la discussione. Nel momento in cui comprende come lavora il Club, egli stimola i membri ad assumersi gli incarichi che hanno una durata da uno a due anni (presidente, segretario, cassiere ecc.) e quegli incarichi settimanali (conduttore, responsabile delle visite agli amici, verbalista). Quindi, anche se il servitore-insegnante per qualche motivo è assente, il Club funziona regolarmente. Infatti, i membri del Club possono decidere qualsiasi cosa ritengano necessaria per affrontare i problemi, ed è meglio che siano il più attivi possibile. Il servitore deve stare attento che:

- la discussione non duri troppo a lungo;
- tutti i problemi siano affrontati nell'ora e mezza, e gli incarichi settimanali vengano assegnati: se il Club lavora bene durante la settimana, ci saranno meno discussioni durante gli incontri;
- durante la discussione nessuno venga accusato. Non deve essere dato nessun giudizio: ognuno parla della sua esperienza personale e familiare;
- si eviti di parlare del passato, ma 'qui ed ora';
- si comprenda che la cosa più importante è quella di sviluppare relazioni di altruismo, solidarietà, amicizia e amore;
- la famiglia intera sia presente (questo è l'aspetto fondamentale dell'approccio familiare). Ovviamente il Club propone uno stile di vita sobrio a tutti i membri della famiglia.

Inoltre il servitore-insegnante collabora con il Club per trovare un altro servitore, per poter dividerlo quando entra la tredicesima famiglia.

Ovviamente, con il tempo saranno gli stessi membri del Club ad imparare a prendersi cura di questi importanti aspetti, e saranno loro ad assicurarsi che la discussione si svolga regolarmente. Quindi, durante gli incontri settimanali, meno interviene il servitore, meglio è. Tuttavia ci sono alcune cose che egli deve fare:

- condurre un primo colloquio, di circa dieci/venti minuti, con la famiglia che chiede di entrare nel Club, per spiegare i principi fondamentali del suo funzionamento, e assicurare un transfert positivo;
- assicurarsi che non siano presenti per più del 20% membri con problemi complessi (alcol e altre droghe, alcol e problemi psichiatrici ecc.);
- partecipare alla riunione mensile dei servitori della zona, per discutere e confrontare i problemi del lavoro nel Club, nel cosiddetto incontro di 'auto-supervisione';
- insegnare nelle Scuole alcolologiche territoriali: questa è la ragione per la quale lo definiamo insegnante.

Visto che il Club è libero e completamente autosufficiente nelle sue attività, il servitore non ha da rispondere a nessuno se non alle stesse famiglie.

Ovviamente, molti servitori-insegnanti lavorano anche in servizi socio-sanitari pubblici, ma i ruoli devono mantenersi ben distinti: questo è fondamentale per proteggere l'autonomia e la libertà del Club.

Allo stesso tempo, questa situazione è molto favorevole per ottenere una cooperazione fra i servizi pubblici e privati, così necessaria per il buon funzionamento del sistema sanitario: infatti il servitore rappresenta spesso l'anello di congiunzione fra questi due mondi.

L'inserimento del servitore-insegnante nei Club è davvero una delle intuizioni più importanti di Hudolin, e ciò ha favorito il rapido e fruttuoso sviluppo in Italia non solo dei Club, ma anche dei servizi pubblici e inoltre di tutti quei programmi che riguardano l'alcolismo, dopo gli anni ottanta.

In altre parole, possiamo dire che il servitore-insegnante del Club degli alcolisti in trat-

tamento, come è stato proposto e sviluppato in questi anni da Hudolin, rappresenta un nuovo e moderno paradigma all'interno del contesto delle cosiddette professioni sociali, perché esprime, in un modo concreto, il tanto atteso punto d'incontro fra il settore pubblico e quello privato.

L'evoluzione dal concetto di 'terapeuta' a quello di 'servitore-insegnante'

A. Tosi

Dal 1964, momento della nascita del sistema dei Club in Croazia, al 1985 colui che prendeva parte insieme all'alcolista e ai famigliari alla riunione settimanale del Club, con un suo ruolo e una sua figura fu definito 'terapeuta'. In seguito questa persona verrà definita 'operatore' (in base alla relazione di Hudolin al Congresso italo-jugoslavo dei Club degli alcolisti in trattamento, ad Opatija nel 1985), per poi diventare 'servitore' (secondo la definizione che propose Hudolin in occasione dei Corsi di aggiornamento nazionali nel 1994), e, come ultima tappa da lui segnata, 'servitore-insegnante' (1996).

Il nome 'terapeuta' è lo stesso che fu assegnato a colui che dirige le comunità terapeutiche intese in senso tradizionale (molto diffuse negli anni sessanta) nell'approccio ai problemi psichiatrici. L'astinenza all'epoca rappresentava il primo passo del recupero psico-medico-sociale dell'alcolista che si sviluppava secondo il principio dell'auto-aiuto e dell'auto promozione della salute mentale.

La finalità dell'approccio psico-medico-sociale è anche educativa e, seguendo l'impostazione della nuova medicina, essa doveva essere parallela alla terapia medica; pertanto il terapeuta in senso classico si doveva occupare di terapia ed anche di educare il paziente alla conoscenza della propria malattia.

La 'malattia alcolismo' al principio attirava l'attenzione più per i suoi aspetti cronici coinvolgenti la famiglia, il luogo di lavoro e il territorio; vedeva necessaria pertanto una pianificazione che li potesse comprendere tutti; chi si deve occupare degli aspetti acuti e cronici di una malattia è ancora la terapia, quindi questa doveva essere ancora una competenza del terapeuta in senso classico, secondo la metodologia hudoliniana tesa precipuamente alla riabilitazione ed al reinserimento nella vita sociale.

Con la crescita numerica dei Club si crea immediatamente un cambiamento culturale. Di rimando, il cambiamento culturale, contenendo le diverse istanze scientifiche, antropologiche e filosofiche, influenza positivamente e dinamicamente le risposte che il metodo si propone.

In questo clima di influenza reciproca, il metodo psico-medico-sociale si trova nel 1985 a dover proporre e maturare nuovi presupposti mutuati obbligatoriamente da un cambiamento culturale, intuito dalla lungimirante mente di Hudolin. Tale cambiamento si riassume nell'opportunità di valutare se l'uomo sia maturo in quel momento per considerare l'alcolismo nella sua complessità come espressione di uno stile di vita.

Il fatto di poter considerare l'alcolismo in tal modo crea una grossa rivoluzione epistemologica ed induce ex-novo ad un approccio culturale meglio comprensibile, accessibile richiamando la comunità umana ad un'onerosa responsabilità nel doversi occupare del problema.

In questo nuovo contesto, non essendoci le condizioni perché si debba trovare una cura per una malattia inesistente e neppure perché sia necessario servirsi dell'astinenza come mezzo terapeutico, non è più adeguata, nel Club, neanche la figura del terapeuta.

L'operatore non è l'artefice del lavoro delle famiglie, e non può esserne neppure l'osservatore: è invece un membro di Club che custodisce gelosamente il tesoro scoperto durante il lavoro con le famiglie, perché la maturazione, la crescita, la trascendenza sono l'elevazione

ad un livello più alto, e nel Club debbono essere patrimonio comune agli operatori e alle famiglie con problemi alcolcorrelati.

Per poter lavorare insieme alle famiglie, per il miglioramento della qualità della vita comunitaria e quindi anche della cultura generale, l'operatore acquisisce le caratteristiche personali ed una formazione di base tali da poter produrre un'empatia e indurre l'inizio del cambiamento dello stile di vita in un modo maturo e produttivo. Il termine 'operatore' non è una novità, è l'espressione della responsabilità di ciascuno, vale a dire quella di non cessare mai di essere operativi nel proprio cammino.

Il servitore: Servire la vita non è un compito solo del credente, è un compito della città degli uomini; servire la vita vuol dire contribuire al rinnovamento della società mediante l'edificazione del bene e quindi anche della salute comunitaria non è possibile agire per il bene comune senza difendere e tutelare il diritto alla vita, su cui si fondono e si sviluppano tutti gli altri diritti inalienabili dell'essere umano.

Il Club degli alcolisti in trattamento, ricercando uno stile di vita sobrio, nel servizio e nella solidarietà, vogliono affermare il sommo valore di una società che proclama valori quali la dignità della persona, la giustizia e la pace, rifiutando le diverse forme di disistima e violazione della vita umana, soprattutto se debole ed emarginata.

La formazione di base, l'aggiornamento permanente, la specializzazione nel sistema ecologico sociale

La formazione di base dei servitori-insegnanti dei Club (il Corso di sensibilizzazione)

Vladimir Hudolin

Il programma ecologico-sociale per il controllo dei problemi alcolcorrelati e complessi richiede un grande numero di servitori-insegnanti, sia per i Club che per gli altri interventi territoriali. I servitori-insegnanti devono essere formati e devono essere inseriti nei programmi di aggiornamento.

Va inoltre ricordato che non sono solamente i problemi alcolcorrelati che vengono inseriti e trattati nel Club, ma spesso anche altri problemi cronici del comportamento associati all'alcolismo.

È necessario motivare, formare e inserire nel lavoro un gran numero di servitori-insegnanti non professionisti che, accettando il concetto di solidarietà, catalizzino il processo di cambiamento del comportamento dell'individuo, della sua famiglia e della loro comunità locale. L'esperienza ha dimostrato che i servitori-insegnanti non professionisti, dopo il Corso di sensibilizzazione e l'inserimento nei programmi operativi, possono ottenere degli ottimi risultati.

I programmi territoriali per i problemi alcolcorrelati e complessi prevedono, oltre ai Club, interventi di educazione alla salute, di prevenzione primaria, di formazione ed aggiornamento delle famiglie nel Club e dei servitori-insegnanti e di sensibilizzazione delle famiglie della comunità locale ecc.

La formazione di base dei servitori-insegnanti per il lavoro nei programmi, e prima di tutto nel Club, si realizza attraverso Corsi di sensibilizzazione della durata di una settimana, per complessive 50 ore. Il Corso di solito ospita da sessanta a settanta partecipanti e termina con la discussione di un lavoro scritto. L'esperienza ha dimostrato che, durante il Corso, la maggioranza dei partecipanti viene motivata per il lavoro nei Club e che dal Corso riceve una preparazione sufficiente per entrare nei programmi. I corsisti devono essere inseriti immediatamente nei Club e nei programmi perché altrimenti, col tempo, inevitabilmente perdono la motivazione.

Dal primo Corso nel 1979 a Udine sono passati oltre vent'anni, e durante questo periodo sono avvenuti dei cambiamenti nella sua strutturazione.

Il primo Corso di sensibilizzazione al trattamento medico-psico-sociale degli etilisti si è tenuto a Udine dal 16 al 20 Ottobre 1979, presso l'Ospedale civile e organizzato dalla Scuola Superiore di Servizio Sociale di Trieste e dallo stesso Ospedale. Vi parteciparono ottantasei persone (assistenti sociali, impiegati di diverse ditte, psicologi, infermiere, medici e psichiatri, neurologi, internisti, medici di base, membri di A.A., educatori, sacerdoti, insegnanti, studenti della Scuola per infermieri e studenti della Scuola Superiore di Servizio Sociale. I corsisti sono stati divisi in quattro gruppi (circa venti per gruppo).

L'orario del Corso era dalla 8.30 alle 15.30 e la visita ai Club non esisteva, perché ne era attivo uno solo a Trieste. Le lezioni erano divise in quattro sezioni: la prima riguardava gli aspetti medico-psico-sociali dell'alcolismo (relatore Vladimir Hudolin), l'epidemiologia dell'alcolismo (Nebojša Lazić), lesioni neuro-somatiche dell'alcolismo (Višnja Hudolin), l'alcolismo e la famiglia.

Le lezioni duravano in media cinquanta minuti. Per il gran numero di corsisti i relatori erano costretti a ripetere le lezioni nei diversi gruppi durante le giornate.

I temi della seconda sezione erano: la fisiologia e la fisiopatologia dell'alcolismo (Vladimir Hudolin), la possibilità di trattamento dell'alcolista dall'approccio ambulatoriale all'ospedalizzazione (Nebojša Lazić), la diagnostica dell'alcolismo (Višnja Hudolin), il trattamento post-ospedaliero degli alcolisti (Slavika Jauk).

La terza sezione comprendeva: la prevenzione dell'alcolismo (Vladimir Hudolin), l'abilitazione al lavoro dell'alcolista (Nebojša Lazić), l'istruzione sull'alcolismo (Višnja Hudolin), il ruolo dei vari operatori nella cura degli alcolisti (Slavika Jauk).

Ogni giorno, dopo le lezioni, si teneva il meeting della comunità terapeutica e la discussione generale dalle 13.00 alle 14.30, condotti da Vladimir Hudolin. Dalle 14.30 alle 15.30 i corsisti lavoravano con i conduttori, divisi in nove gruppi.

I conduttori dei gruppi sono stati: Vladimir Hudolin, Višnja Hudolin, Nebojša Lazić, Slavika Jauk, Nelida Rolsolen della Scuola Superiore di Servizio Sociale di Trieste, F. Poldrugo, psichiatra di Trieste, Basile di Codroipo, Santopadre di Udine, Raffaele Calabria di San Daniele del Friuli, Maria Furlan, assistente sociale di Udine.

L'ultimo giorno, sabato, dalle 8.30 alle 12.00 furono sostenuti gli esami, la verifica dei temi e la chiusura del Corso.

L'ultimo Corso di sensibilizzazione⁽⁴⁾ che si è svolto a Udine, si è tenuto presso il Palazzo del Torso, con la partecipazione di cinquantatre persone: infermiere, psicologi, elettricisti, medici psichiatri, medici di base, casalinghe, studenti, insegnanti, educatori, assistenti domiciliari, operai, impiegati, imprenditori, vigili, pensionati, membri di Club. Questo Corso prevedeva un intervallo per il pranzo.

Durante la mattinata si tenevano le lezioni e le discussioni in comunità. Nei pomeriggi erano previsti i lavori in cinque gruppi con conduttori e gruppi autogestiti. Nelle prime due serate sono state organizzate le visite ai Club. Il programma delle mattine iniziava con la discussione delle conclusioni dei gruppi autogestiti. Il venerdì era libero, per la stesura e la consegna dei temi scritti (lavoro obbligatorio per ogni corsista). Il sabato è stato dedicato all'educazione fisica come forma di interazione, la discussione dei temi, la discussione finale e la distribuzione degli attestati di partecipazione.

I temi del Corso sono stati: problemi alcolcorrelati e complessi (Danilo Tassin), formazione e aggiornamento nell'approccio ecologico sociale (Višnja Hudolin), Il Club degli alcolisti in trattamento nella comunità locale (Franco Marcomini), Complicazioni somatiche alcolcorrelate (Alberto Peressini), I programmi territoriali italiani e internazionali (France-

⁽⁴⁾ Oggi si definisce 'Corso di sensibilizzazione all'approccio ecologico sociale ai problemi alcolcorrelati e complessi (metodo Hudolin)'.

sco Piani e i conduttori dei gruppi), Problemi alcol-drogacorrelati e complessi, spiritualità antropologica ed etica del lavoro (Giancarlo Lezzi e Piergiorgio Rigolo), Problemi alcolcorrelati e solidarietà sociale (Luciano Floramo), Educazione fisica come forma di interazione (Nadia Battello).

Il lavoro del pomeriggio nei cinque gruppi con i conduttori ha approfondito le seguenti tematiche: Il Club degli alcolisti in trattamento nel sistema ecologico sociale e il suo funzionamento, La rete territoriale e la Scuola alcolologica territoriale, Il colloquio iniziale, La formazione e l'aggiornamento.

I conduttori dei gruppi erano: Giuseppe Arivella, Enza Belliato, Flaviana Conforto, Giorgio Floreali, Maria Luisa Pontelli, Michele Sforzina. Co-conduttori: Renato Bernardinis, Luigi Leita, Fabiola Lozer.

Il Corso di sensibilizzazione, che dura una settimana per un totale di cinquanta ore, offre l'informazione di base per il futuro servitore-insegnante. L'esperienza ha dimostrato che il Corso di una settimana, benché breve, riesce a provocare un cambiamento, fornendo anche le informazioni necessarie per il futuro lavoro.

L'aggiornamento dei servitori-insegnanti dei Club

Vladimir Hudolin

La formazione e l'aggiornamento dei servitori-insegnanti sono tra le più importanti attività nei programmi per il controllo dei problemi alcolcorrelati e complessi. Si può trattare degli operatori pubblici o dei volontari professionali o non professionali, i quali, al di fuori di una formazione generale, non hanno delle conoscenze specifiche, pur possedendo, alcuni di loro, un'esperienza pratica.

Nella formazione di base dei servitori-insegnanti bisogna prevedere un minimo di informazioni, di consigli pratici metodologici e l'abilitazione per l'inizio del lavoro nel Club. Ulteriori informazioni i servitori-insegnanti potranno averle dal lavoro diretto e dall'aggiornamento.

Ancora più importante è che i partecipanti alla formazione ricevano gli stimoli per il cambiamento del comportamento in relazione ai problemi alcolcorrelati ed infine in relazione al proprio comportamento. Il gruppo di lavoro deve provvedere che vi sia un numero indispensabile di servitori-insegnanti per i programmi alcolologici territoriali, inclusi i Club degli alcolisti in trattamento. Bisogna prevedere che un certo numero di servitori-insegnanti abbandonerà ogni anno il lavoro pratico, per vari motivi e che non tutti quelli che entrano nella formazione di base entreranno nel lavoro pratico. Sulla base di tutti questi presupposti bisogna organizzare la formazione di base per un certo numero di servitori-insegnanti.

Sul territorio dovrebbe essere formato un numero sufficiente di persone per condurre l'insegnamento nell'ambito della prevenzione primaria e nei vari programmi per la formazione delle famiglie e dei servitori-insegnanti. In ogni territorio non sarà possibile trovare abbastanza insegnanti per tutti i livelli della formazione e dell'aggiornamento; pertanto si devono invitare insegnanti da fuori del territorio. L'esperienza ha dimostrato che, finito il Corso di sensibilizzazione, la maggioranza dei corsisti è idonea per operare nei Club.

A parte la formazione di base, il settore organizza vari aggiornamenti che di solito vengono condotti nei corsi monotematici di 2-3 giorni. Ogni corsista può, dopo un'esperienza prolungata di lavoro nei Club, continuare l'aggiornamento nella Scuola delle 300 ore, ovvero la Scuola nazionale di perfezionamento in alcolologia.

Una grande importanza hanno le riunioni regolari dei servitori-insegnanti dei programmi alcolologici. Tali riunioni hanno un grande significato anche per la supervisione del lavoro (autosupervisione, mutua supervisione). Queste riunioni dovrebbero essere tenute almeno una volta al mese fra i servitori-insegnanti di un dato territorio. I servitori-insegnanti che per diversi motivi non possono partecipare regolarmente alle riunioni, non dovrebbero continuare a lavorare nei Club.

All'aggiornamento servono anche le riunioni di Interclub locali, regionali, nazionali ed i vari convegni nazionali ed internazionali.

I programmi tipo per i corsi monotematici e di aggiornamento nel sistema ecologico-sociale per i problemi alcolcorrelati e complessi

Per i corsi monotematici e i corsi di aggiornamento di secondo livello, verranno riportati in questo capitolo un numero di programmi tipo preparati tempo fa. A tutti questi corsi, con esclusione del corso di aggiornamento dei servitori-insegnanti, possono prendere parte anche le famiglie dei Club degli alcolisti in trattamento. Naturalmente gli alcolisti e i loro famigliari che hanno fatto il Corso di sensibilizzazione e che lavorano come servitori-insegnanti nei Club possono prendere parte anche ai corsi di aggiornamento per servitori-insegnanti.

Corso di aggiornamento per servitori-insegnanti nei programmi territoriali per i problemi alcolcorrelati e complessi

Descrizione del corso

Molti fattori influiscono sullo sviluppo dell'approccio territoriale ai problemi alcolcorrelati ed alle sofferenze multidimensionali, quando cioè i problemi alcolcorrelati sono combinati con l'uso di altre sostanze, con problemi psichici, comportamenti a rischio ecc. Come ogni settore delle attività umane, anche il controllo dei problemi alcolcorrelati e complessi dipende in parte dallo sviluppo scientifico e in parte dalle modificazioni dell'organizzazione sanitaria e sociale, dai cambiamenti legislativi e dalle esperienze pratiche maturate nel frattempo. Soltanto se i programmi rimangono dinamici ed aperti alle novità possono restare al passo con tutti i cambiamenti appena ricordati.

In Italia i programmi alcolologici territoriali che si basano sui Club degli alcolisti in trattamento, fin dal loro inizio nel 1979, sono sempre stati aperti al cambiamento. Basta dare un'occhiata ai programmi di formazione e di aggiornamento proposti dieci anni fa e compararli con quelli che vengono offerti oggi per vederne lo sviluppo e la crescita.

Lo sviluppo dei programmi territoriali richiede un aggiornamento continuo delle famiglie inserite nei Club degli alcolisti in trattamento e dei servitori-insegnanti inseriti nei programmi. L'esperienza insegna che nel corso di due anni i programmi cambiano in tale maniera che li possono seguire solo le famiglie e i servitori-insegnanti che nel frattempo si sono aggiornati.

Per l'aggiornamento delle famiglie sono stati introdotti brevi corsi di aggiornamento nelle Scuole alcolologiche territoriali a cadenza biennale.

Per i servitori-insegnanti è consigliabile un aggiornamento di due o tre giorni che poi dovrebbe ripetersi ogni due anni. Tra un corso e l'altro i servitori-insegnanti hanno ampie possibilità di aggiornarsi, durante le riunioni mensili dei servitori-insegnanti, ai vari convegni e congressi, agli Interclub ecc.

Il programma pensato in questa proposta pone un'attenzione particolare alla multidimensionalità, all'etica e alla spiritualità antropologica. Le proposte future saranno modificate secondo i cambiamenti avvenuti nel frattempo nei programmi.

Durante il corso di aggiornamento bisogna organizzare anche la parte pratica, inserendovi l'esperienza delle Scuole alcolologiche territoriali.

Programma

- Il controllo dei problemi alcolcorrelati e la protezione e promozione della salute.
- Lo sviluppo dei programmi di formazione e di aggiornamento dei Club degli alcolisti in trattamento e negli altri programmi alcologici territoriali: la situazione attuale.
- La Scuola alcologica territoriale; il Centro alcologico territoriale funzionale: la situazione attuale.
- La multidimensionalità della sofferenza.
- I problemi del lavoro dei Club degli alcolisti in trattamento; collaborazione dei Club con gli altri programmi alcologici territoriali, con l'Associazione dei Club degli alcolisti in trattamento e con i servizi pubblici.
- Problemi multidimensionali ed etica del lavoro.
- L'Interclub oggi e il suo sviluppo futuro.
- Le difficoltà a motivare la famiglia all'inserimento nel Club.
- La ricaduta.
- Spiritualità antropologica ed il lavoro nei programmi territoriali.

Corso monotematico di secondo livello: I programmi alcologici territoriali

Obiettivi

All'inizio dell'organizzazione dei Club degli alcolisti in trattamento non esistevano molti programmi alcologici territoriali. I servitori-insegnanti e le famiglie con problemi alcolcorrelati si interessavano dei Club perché erano interessati ai risultati individuali e specifici del trattamento e non tanto della prevenzione e della protezione generale della salute della comunità. L'approccio ecologico-sociale è rimasto e rimane sempre aperto ai cambiamenti, e con i cambiamenti è mutato anche il lavoro nei Club degli alcolisti in trattamento e sono stati organizzati altri programmi supplementari sul territorio. Il corso dovrebbe descrivere questi programmi: i Club degli alcolisti in trattamento, le Associazioni dei Club degli alcolisti in trattamento, i Centri alcologici territoriali funzionali, le Scuole alcologiche territoriali, i convegni dei Club e le altre riunioni alcologiche, prima di tutto l'Interclub.

Programma

- I Club degli alcolisti in trattamento come parte dei programmi territoriali.
- L'Associazione dei Club degli alcolisti in trattamento come parte dei programmi territoriali.
- Come organizzare i Club degli alcolisti in trattamento.
- Il Centro alcologico territoriale funzionale e il suo ruolo nei programmi territoriali.
- La Scuola alcologica nei programmi territoriali.
- La rete territoriale per la protezione e la promozione della salute.
- I programmi alcologici e la rete territoriale.
- Spiritualità antropologica e multidimensionalità nei programmi territoriali, disagio spirituale ed esistenziale.

Corso monotematico di secondo livello: Problemi multidimensionali

Descrizione del corso

All'inizio delle attività dei Club degli alcolisti in trattamento, l'attenzione dei servitori-insegnanti in tema di formazione e aggiornamento era rivolta verso il cosiddetto alcolismo e

verso gli altri problemi alcolcorrelati. Le famiglie dei Club, i servitori-insegnanti e la comunità erano così occupati con i problemi alcolcorrelati che non si accorgevano degli altri problemi presenti nelle famiglie che entravano nei Club degli alcolisti in trattamento. All'inizio era, per certi versi, meglio così: tutto sembrava più semplice, comprensibile e relativamente chiaro. Col tempo è migliorata la formazione e l'aggiornamento delle famiglie e dei servitori-insegnanti, si sono accumulate esperienze di lavoro pratico e sempre più si è visto che le famiglie dei Club degli alcolisti in trattamento erano simili alle famiglie della comunità locale e avevano svariati altri problemi attinenti le diverse dimensioni della vita umana. Gli stessi problemi hanno avuto anche altri programmi per alcolisti (per esempio gli Alcolisti Anonimi). Certi specifici problemi, combinati con disagi alcolcorrelati, hanno provocato difficoltà nella vita e nel lavoro dei Club. Fra questi, la combinazione dei problemi alcolcorrelati con l'uso di altre sostanze psicoattive, con i problemi psichici, i comportamenti aggressivi e a rischio ecc. Nella formazione e nell'aggiornamento si è dato ultimamente sempre più spazio a questi problemi e sembra naturale consacrare a loro anche un corso monotematico di secondo livello.

Programma

- I problemi multidimensionali causati dalla combinazione dei problemi alcolcorrelati con l'uso di altre sostanze psicoattive.
- Le difficoltà provenienti dall'inserimento di famiglie con problemi droga-correlati nei Club degli alcolisti in trattamento.
- I problemi multidimensionali causati dalla combinazione dei problemi alcolcorrelati con i disagi psichici.
- La formazione e l'aggiornamento delle famiglie e dei servitori-insegnanti sui problemi multidimensionali.
- La diagnostica dei problemi droga-correlati e dei problemi psichici per il servitore-insegnante volontario non professionale.
- Spiritualità antropologica e difficoltà nei Club degli alcolisti in trattamento; disagi spirituali ed esistenziali.
- Cosa fare quando nel Club vuole entrare una famiglia con un problema droga-correlato in assenza di problemi alcolcorrelati.
- Come combinare la terapia psichiatrica con il trattamento ecologico-sociale.

Corso di aggiornamento di secondo livello: La Scuola alcolologica territoriale come principale elemento di formazione e di aggiornamento delle famiglie

Descrizione del corso

Le Scuole alcolologiche territoriali sono nate come risposta alle richieste di formazione di base e di aggiornamento per i problemi alcolcorrelati delle famiglie, secondo l'approccio ecologico sociale adottato nei Club degli alcolisti in trattamento. Negli ultimi anni sono state realizzate Scuole alcolologiche territoriali in molte realtà diverse. Tali Scuole si sono spesso differenziate per modalità di gestione, tempi, finalità, presupposti ecc., dando vita ad una realtà disarticolata e poco omogenea. Il corso dovrebbe fornire indicazioni chiare per l'operatività e cercare di dare le risposte ai problemi pratici sorti.

Si è evidenziata quindi la necessità di mettere a confronto le varie esperienze, valutandone i risultati, sottolineandone la potenzialità e le possibilità di sviluppo nel miglioramento dei programmi territoriali dei Club degli alcolisti in trattamento.

Nel frattempo il sistema ecologico ha continuato a svilupparsi, in particolare occupandosi sempre di più dei problemi multidimensionali.

Il primo compito delle Scuole alcolologiche territoriali è fornire elementi generali di informazione e di sensibilizzazione sulle problematiche alcolcorrelate alle famiglie che entrano nei Club e nei programmi. L'insegnamento alle famiglie viene fatto solitamente con cicli di dieci incontri di due ore da un servitore-insegnante inserito nei programmi alcolologici, informato, aggiornato e sensibilizzato alle tematiche alcolologiche.

Il secondo compito della Scuola alcolologica territoriale è di organizzare un regolare aggiornamento delle famiglie inserite nei Club da più di un anno, per aggiornarle sui cambiamenti e i progressi che si sono verificati nel programma. Tale aggiornamento dovrebbe essere ripetuto ogni due anni.

Il terzo compito della Scuola consiste nella formazione e sensibilizzazione delle famiglie della comunità locale che non sono inserite nei Club e che non hanno dei problemi alcolcorrelati. Questa attività rappresenta un importante lavoro territoriale e serve alla prevenzione primaria dei problemi alcolcorrelati e complessi nella comunità.

In molte delle Scuole alcolologiche territoriali che devono essere attivate vi è carenza di servitori-insegnanti professionali e volontari non professionali aggiornati. Questo corso serve anche per la formazione di servitori-insegnanti per l'insegnamento nelle Scuole alcolologiche territoriali.

Programma

- La formazione e l'aggiornamento nei programmi alcolologici territoriali.
- Lo sviluppo e il significato della Scuola alcolologica territoriale.
- I contenuti del programma della Scuola alcolologica territoriale: tavola rotonda.
 - a. la formazione di base delle famiglie dopo l'entrata nel Club;
 - b. l'aggiornamento delle famiglie che si trovano nel Club da più di un anno;
 - c. la formazione e la sensibilizzazione delle famiglie della comunità che non hanno problemi alcolcorrelati e non sono membri dei Club degli alcolisti in trattamento;
 - d. la multidimensionalità e la spiritualità antropologica nei programmi territoriali.
- Il lavoro di rete e l'operatore della salute nella comunità.
- La Scuola alcolologica territoriale come parte della rete territoriale.
- L'insegnante nella Scuola alcolologica territoriale.

Il servitore-insegnante nei programmi ecologico-sociali per i problemi alcolcorrelati e complessi

Descrizione del corso

All'interno dei programmi ecologico-sociali territoriali, il servitore-insegnante rappresenta la figura più importante del sistema, ed è naturale che gli venga proposto un corso monotematico di aggiornamento.

All'inizio dell'attività dei Club degli alcolisti in trattamento era importante fornire una formazione di base al maggior numero di servitori-insegnanti ed iniziare il lavoro, perché "qualunque cosa fosse stata fatta era meglio di niente". Oggi, con più di 2.500 Club degli alcolisti in trattamento solo in Italia, bisogna fare il bilancio del lavoro svolto e preparare i programmi per l'avvenire e, in relazione con i compiti, organizzare la preparazione dei servitori-insegnanti nella formazione di base e negli aggiornamenti ulteriori, simultaneamente con la raccolta delle esperienze pratiche nel lavoro odierno. Ecco alcune domande da discutere durante il corso:

1. che cosa si intende con il termine servitore-insegnante del Club degli alcolisti in trattamento nei programmi territoriali;
2. quale dovrebbe essere la formazione e l'aggiornamento del servitore-insegnante;

3. le responsabilità del servitore-insegnante, di fronte alla multidimensionalità della sofferenza umana;
4. quali aspetti di personalità e professionalità dovrebbe possedere il servitore-insegnante;
5. opinioni sul servitore-insegnante come agente della cooperazione fra il pubblico e il privato;
6. l'etica del servitore-insegnante nel lavoro nei programmi per i problemi alcolcorrelati e complessi territoriali e la spiritualità antropologica nel lavoro del servitore-insegnante.

Con la diffusione dei programmi per i problemi alcolcorrelati e complessi ed i Club degli alcolisti in trattamento, cresce l'interesse per il servitore-insegnante, per la sua formazione ed aggiornamento. Fin dalla nascita dei primi Club è iniziata la discussione sui servitori-insegnanti, e con il passare del tempo le riflessioni sulla loro formazione, aggiornamento e il ruolo sono sempre più presenti. A causa di questo interesse ed alla sempre maggiore necessità di servitori-insegnanti ben preparati nascono i corsi monotematici di secondo livello rivolti a loro. Oggi, con più di 2.500 Club degli alcolisti in trattamento in Italia, la necessità di introdurre ogni anno un gran numero di nuovi servitori-insegnanti e di organizzare l'aggiornamento per più di mille persone rende indispensabile descrivere tutti gli aspetti della formazione, dell'aggiornamento e del lavoro dei servitori-insegnanti nei programmi per i problemi alcolcorrelati e complessi. Da qui la necessità di organizzare un corso di aggiornamento di secondo livello sul servitore-insegnante, cercando di far emergere dalla discussione, durante il corso, nuove proposte sulla sua figura. L'aggiornamento dovrebbe essere rivolto a tutti i servitori-insegnanti. Parlando del servitore-insegnante, molti cercano di descrivere la sua preparazione e qualità professionali, mentre altri sottolineano le sue qualità umane.

Secondo l'approccio ecologico-sociale, l'alcolismo significa un tipo di comportamento, uno stile di vita pericoloso. La prevenzione primaria, secondaria e terziaria richiedono un trattamento multiprofessionale. Per i disagi alcolcorrelati, che non sono un problema esclusivamente medico, non esiste una professione specifica. Questo fatto, che generalmente non viene accettato, è oggetto di controversie nelle quali ogni professione cerca di dare un quadro descrittivo di come dovrebbe essere il servitore-insegnante per i programmi per i problemi alcolcorrelati e complessi. Alcune discussioni sono focalizzate sulla personalità del servitore-insegnante, e sulle sue qualità umane che non possono rappresentare uno specifico esclusivo dei servitori-insegnanti dei programmi per il controllo dei problemi alcolcorrelati, ma devono riguardare tutti gli operatori che lavorano nei gruppi, nelle comunità e in psichiatria. Le qualità personali del servitore-insegnante e la sua interazione con le famiglie dei Club, occupano un posto importante nella letteratura che si occupa dei servitori-insegnanti dei programmi territoriali. Durante i Corsi di sensibilizzazione sull'approccio ecologico-sociale, si richiede ai corsisti di fornire una descrizione del servitore-insegnante. Tutte le risposte si orientano (come descritto nel capitolo dedicato al servitore-insegnante) a delineare la sua personalità e quasi nessuna prende in considerazione la sua professionalità.

La specializzazione dei servitori-insegnanti dei Club (la Scuola delle 300 ore)

Vladimir Hudolin

La Scuola offre ai servitori-insegnanti dei Club (professionali e volontari non professionali) la possibilità di formazione e perfezionamento di secondo livello. Allo stesso tempo

nella Scuola sono inseriti servitori-insegnanti provenienti da tutto il Paese, che hanno così la possibilità di un confronto e di uno scambio di esperienze tra le varie regioni. I corsisti utilizzano la Scuola anche come preparazione prima di inserirsi come insegnanti nei vari moduli della Scuola alcolologica territoriale e nei corsi di formazione ed aggiornamento dei servitori.

La durata della Scuola è di 300 ore: metà è raccolta in tre settimane residenziali non consecutive, ed il resto è distribuito nei vari programmi territoriali come tirocinio.

Contemporaneamente il corsista prepara una tesi, seguito da un relatore. Tale tesi dovrebbe essere una ricerca sui problemi alcolcorrelati e complessi, sui problemi di psichiatria ecologica, o una descrizione delle esperienze del lavoro pratico; può consistere anche in una ricerca bibliografica. La tesi viene discussa davanti ad una commissione nominata dal comitato scientifico della Scuola, e dà diritto ad un attestato.

La Scuola delle 300 ore è stata organizzata a Zagabria, Trieste, Udine, Milano, Treviso, Trento, Bergamo, Arezzo. Attualmente sono organizzati i Corsi di perfezionamento anche su base territoriale. Sarebbe bene poter organizzare una Scuola delle 300 ore ogni cinquecento Club. Le Scuole delle 300 ore dovrebbero prevedere nei loro programmi sempre più la multidimensionalità e la spiritualità antropologica.

Naturalmente si può continuare il proprio aggiornamento anche all'infuori della Scuola e degli altri corsi, leggendo, ricercando, e scrivendo. Anche la partecipazione ai vari convegni, congressi e corsi monotematici di secondo livello è utile.

La sede della Scuola nazionale di perfezionamento in alcologia (Scuola delle 300 ore) si trova ad Arezzo. Direttore della Scuola è Paolo Dimauro. Oggi sono attive le Scuole anche in Lombardia e in Calabria (n.d.r.).

Il Corso di perfezionamento in alcologia (La Scuola delle 300 ore)

Paolo Dimauro, Guido Guidoni

Se il requisito per iniziare l'attività come servitore-insegnante è la frequenza ad un corso di formazione si è sempre sottolineato come ciò non sia sufficiente per proseguire questa attività ed oggi si parla della necessità della formazione e dell'aggiornamento continuo. A tal riguardo è stato codificato un percorso formativo specifico così articolato:

1. La frequenza a corsi monotematici (organizzati di solito nei week-end);
2. La co-conduzione o la ripetizione della frequenza ad un Corso di sensibilizzazione;
3. La frequenza a corsi, congressi ed altri momenti in cui la metodologia viene approfondita;
4. La frequenza alla Scuola Nazionale di Perfezionamento in Alcologia.

La Scuola Nazionale di Perfezionamento in Alcologia fu creata a Zagabria da Vladimir Hudolin più di trent'anni fa col nome di 'Scuola delle 600 ore' ed era finalizzata all'aggiornamento in campo alcolico, con particolare riferimento ai programmi ospedalieri, dispensariali e ai Club degli alcolisti in trattamento, che dal 1964 erano stati sviluppati da Hudolin nell'allora Jugoslavia.

Questa Scuola che si teneva presso la Clinica Universitaria Dr. M. Stojanović aveva anche una finalità propedeutica per quanti desideravano accedere al Corso Post-Laurea per ottenere il 'Master in Psichiatria Sociale, Alcolismo e Altre Dipendenze' che si tenne dal 1976 al 1984 sotto la direzione di Višnja Hudolin, e a cui partecipavano laureati non solo in medicina ma anche in altre facoltà, quali giurisprudenza, ingegneria, lettere ecc., in quanto si trattava di un corso interfacoltà che faceva riferimento direttamente all'Università degli Studi di Zagabria.

La Scuola delle 600 ore faceva poi parte della Scuola di Psichiatria Sociale, Alcologia e Altre Dipendenze fondata da Hudolin nel 1975, e conosciuta col nome di 'Scuola di Zaga-

bria'. La Scuola, alla quale sin da allora si accedeva dopo aver effettuato la formazione di base all'interno dei Corsi di sensibilizzazione della durata di una settimana e dopo aver cominciato ad impegnarsi in un Club, veniva detta delle '600 ore' perché prevedeva appunto lo svolgimento di 300 ore di lavoro teorico, organizzate in sei moduli di una settimana al mese nell'arco di sei mesi, e 300 ore di lavoro pratico da svolgere nei programmi alcolologici.

Dopo l'introduzione in Italia nel 1979 di quello che allora si chiamava 'trattamento integrato medico-psico-sociale', nel biennio 1980-'81 venne organizzato, sempre a Zagabria, un corso speciale della Scuola in lingua italiana per permettere la partecipazione dei primi venticinque corsisti italiani, con la principale finalità di formare un primo gruppo di docenti da inserire nei corsi di formazione che si stavano organizzando allora in Italia, soprattutto nelle regioni nord-orientali.

La prima Scuola italiana, resa necessaria dalla rapida crescita dei Club nel nostro paese, fu organizzata nel biennio '87-'88, grazie alla collaborazione tra la Clinica Psichiatrica Universitaria di Zagabria e la Scuola di Servizio Sociale di Trieste, che sin dai primi momenti si era andata configurando come agenzia per la formazione sulla 'metodologia Hudolin' in Italia. Questa si svolse in modo itinerante tra Udine e Trieste, che rappresentavano allora le due culle della metodologia in Italia e venne ridotta a 300 ore, 150 teoriche svolte in tre moduli di una settimana ciascuno nell'arco di un anno e 150 ore di lavoro pratico. L'attestato finale comporta la discussione di una tesi di carattere sperimentale o compilativo realizzata con la supervisione di un relatore impegnato nei programmi territoriali dei Club.

Successivamente la Scuola si svolse in altre sedi: nel 1990 in modo itinerante tra Milano e Bergamo, poi dal 1991, grazie all'organizzazione del Centro Studi e Documentazione sui Problemi Alcolcorrelati di Trento, dapprima in modo itinerante tra Trento e Torino, poi stabilmente a Trento nel 1992 e 1993. In questo periodo si svolse anche un ciclo della Scuola a Treviso. Infine due Scuole separate furono organizzate ad Arezzo nel biennio 1994-'95 in collaborazione con il Servizio Tossicodipendenze della USL locale e a Torino nel biennio 1995-'96 in collaborazione con l'Assessorato alla Sicurezza Sociale della Regione Piemonte. Queste iniziative sono nate dall'adeguamento della Scuola allo sviluppo e alla territorializzazione dei programmi nel nostro paese, sempre però sotto l'attenta guida di Hudolin, in qualità di direttore e con l'insostituibile collaborazione di Višnja Hudolin.

L'ultima sede in cui Hudolin ha voluto organizzare la Scuola, come punto di riferimento per la formazione e l'aggiornamento dei programmi a livello nazionale, è stata quella di Arezzo dove lui svolse l'insegnamento negli anni 1994-'95 e dove chiese espressamente nei suoi ultimi giorni che si portasse avanti questa esperienza fondamentale ed irrinunciabile per la crescita e lo sviluppo dell'approccio ecologico-sociale.

Lui stesso scelse le persone che avrebbero dovuto condurre la Scuola nel futuro, affidandone in particolare la direzione a Paolo Dimauro, e curò il programma ed i contenuti dei tre moduli della nuova Scuola che, dopo la sua scomparsa, ha riaperto i battenti il 13 ottobre 1997.

Scopi principali della Scuola infatti sono:

- a.** la formazione dei formatori;
- b.** lo sviluppo e l'approfondimento sulla metodologia (motore culturale);
- c.** il confronto fra le varie realtà nazionali finalizzato all'omogeneizzazione dei programmi a livello nazionale.

Hudolin ha inoltre sempre sostenuto la necessità di una territorializzazione della Scuola attraverso l'apertura di differenti sedi, con un rapporto ottimale definito in una ogni 500 Club, per permettere una maggior possibilità di partecipazione e quindi un più capillare aggiornamento dei servitori-insegnanti su tutto il territorio nazionale.

Per tale ragione la Scuola Nazionale di Arezzo ha favorito questo importante progetto nel modo seguente:

- una sede per le regioni settentrionali è stata inaugurata il 16 Giugno 2000 a Brescia, realizzata in collaborazione con l'ARCAT Lombardia, ed al termine di questa un nuovo ciclo è previsto in Veneto;
- una sede per le regioni meridionali è stata inaugurata a Catanzaro il 15 Settembre 2000, organizzata in collaborazione con l'ARCAT Calabria ed altre regioni del Sud;
- il nuovo ciclo della Scuola Nazionale di Arezzo è iniziata nel mese di Febbraio 2001 con la cooperazione fra l'ARCAT Toscana e quella del Friuli-Venezia-Giulia, regione in cui i programmi sono iniziati nel nostro paese e che da sempre rappresenta un importante riferimento culturale, con la realizzazione di due moduli in Toscana ed uno in Friuli.

Il dibattito in corso, volto ad individuare un percorso formativo complessivo per l'approccio ecologico-sociale ai problemi alcolcorrelati e complessi non può prescindere dalle linee guida tracciate da Hudolin e orientate su due direttive:

1. mantenere un percorso formativo comune per 'casalinghe' e 'docenti universitari' con le conseguenti necessità (e difficoltà) ad identificare un linguaggio e dei contenuti omogenei ed ugualmente accessibili;
2. oltre alla 'scaletta' attuale del percorso formativo, egli aveva previsto un modulo di ulteriore approfondimento di tipo universitario, per la costruzione del quale alcuni passi erano già stati avviati durante gli ultimi anni della sua vita.

Bibliografia

- Acetulli A. *'Iniziativa della Scuola nell'area dei problemi alcolcorrelati e programmazione teorico-pratica della formazione'*, in Hudolin Vl., Acetulli A, Brentel E., Ticali S. *Verso un nuovo stile di vita con i club degli alcolisti in trattamento*, Trieste, Editre Ed., 1990.
- Hudolin Vl. *Manuale di Alcologia*, Trento, Erickson, 1991.
- Dimauro P.E. *'La formazione di secondo livello: un problema aperto'*. Atti del IV Congresso dei Club degli Alcolisti in Trattamento, Salerno, 1995.
- Dimauro P.E. *'Approccio ecologico-sociale: il mondo dei Club degli alcolisti in trattamento'*, Manuale di Alcologia, Ed. Le Balze, 2000, pagg 273-278.

Precondizioni per i diversi insegnanti

Višnja Hudolin

Con il tempo, il servitore-insegnante assume funzioni di insegnante nella Scuola alcolologica territoriale, nei Corsi di sensibilizzazione, corsi di aggiornamento e monotematici, Scuola nazionale di perfezionamento in alcologia.

Le precondizioni per i diversi insegnanti sono le seguenti (Vi. Hudolin, *"Formazione e aggiornamento dei servitori-insegnanti"*, relazione al Corso nazionale di aggiornamento di 2° livello degli operatori-servitori-insegnanti nel sistema ecologico-sociale, Trieste, 31 Maggio-1 e 2 Giugno 1996):

- **Insegnanti nella Scuola alcolologica territoriale:** un Corso di sensibilizzazione, il lavoro come servitore-insegnante in un Club degli alcolisti in trattamento, regolarità alle riunioni territoriali mensili dei servitori-insegnanti, un continuo aggiornamento e saltuariamente un aggiornamento specifico che dovrebbe servire anche come forma di supervisione.
- **Conduttori dei gruppi nei Corsi di sensibilizzazione:** un Corso di sensibilizzazione, il lavoro come servitore-insegnante in un Club degli alcolisti in trattamento, regolarità alle riunioni territoriali mensili dei servitori-insegnanti, un continuo aggiornamento e saltuariamente un aggiornamento specifico, essere stato almeno una volta inserito

nel Corso di sensibilizzazione come co-conduttore di gruppo. I conduttori devono essere scelti ed invitati dal direttore e dagli organizzatori del Corso.

- **Co-conduttori dei gruppi ai Corsi di sensibilizzazione:** un Corso di sensibilizzazione, il lavoro come servitore-insegnante in un Club degli alcolisti in trattamento, regolarità alle riunioni territoriali mensili dei servitori-insegnanti, un continuo aggiornamento e saltuariamente un aggiornamento specifico. Devono essere accettati dagli organizzatori dei corsi.
- **Insegnanti ai Corsi di sensibilizzazione e ai Corsi di aggiornamento:** un Corso di sensibilizzazione, il lavoro come servitore-insegnante in un Club degli alcolisti in trattamento, regolarità alle riunioni territoriali mensili dei servitori-insegnanti, un continuo aggiornamento e saltuariamente un aggiornamento specifico. Devono essere invitati dal direttore del corso. L'insegnante nel Corso di sensibilizzazione o aggiornamento può essere, per problemi particolari, un professionista noto al di fuori del sistema ecologico sociale. Gli insegnanti devono essere invitati dal direttore del corso.
- **Insegnanti nella Scuola di perfezionamento (Trecento ore):** un Corso di sensibilizzazione, il lavoro come servitore-insegnante in un Club degli alcolisti in trattamento, regolarità alle riunioni territoriali mensili dei servitori-insegnanti, un continuo aggiornamento e saltuariamente un aggiornamento specifico. Gli insegnanti devono essere invitati dal direttore della Scuola. Possono essere insegnanti anche altri professionisti noti per materie specifiche. Anche questi devono essere invitati dal direttore della Scuola.
- **Direttori dei Corsi di sensibilizzazione, degli altri corsi di aggiornamento, della Scuola di perfezionamento (Trecento ore):** devono possedere tutte le qualità degli insegnanti già descritte e devono essere scelti ed invitati dagli organizzatori.

La formazione e l'aggiornamento delle famiglie (La Scuola alcolologica territoriale)

Vladimir Hudolin

Per abilitare l'alcolista ad utilizzare il Club con la sua famiglia in modo più efficace, e per poter cambiare lo stile di vita personale accettando il principio ecologico-sociale, è necessario che, a parte la conoscenza pratica personale del proprio problema e della propria esperienza negativa, l'alcolista impari insieme ai membri della famiglia che cosa è il Club e come in esso si lavora. Per tale scopo, già al primo giorno dell'entrata nel Club, la famiglia deve iniziare la formazione di base. Proprio per far sì che i programmi per la formazione delle famiglie nei Club si svolgano in maniera sistematica e non disturbino il regolare lavoro del Club, sono state organizzate le Scuole alcolologiche territoriali.

Durante questo insegnamento (definito 1° modulo) la famiglia riceve un minimo necessario di informazioni sia dai discorsi offerti, sia dalle discussioni con le altre famiglie, per poter iniziare il lavoro nel Club. Il resto lo imparerà durante il lavoro pratico e durante le sedute del proprio Club, dalle discussioni con altri membri e con i servitori-insegnanti ed infine durante i vari convegni alcolologici. Il libro *Alcol... piacere di conoscerti!*, pubblicato dal Centro Studi di Trento, in collaborazione con l'editore Erickson e il libro di Laura Musso *...e allora come?*, sono manuali per le Scuole alcolologiche su tutto il territorio nazionale, ma dovrebbero essere regolarmente aggiornati.

L'approccio ecologico-sociale ai problemi alcolcorrelati è un concetto dinamico in continuo cambiamento, influenzato dai risultati delle ricerche e dalle nuove esperienze. Gli aspetti metodologici cambiano in modo relativamente rapido e, se non fosse previsto un aggiornamento continuo dei servitori-insegnanti e delle famiglie, molto presto si bloccherebbe la crescita e lo sviluppo dei programmi. L'esperienza dimostra che le conoscenze e la metodologia cambiano nell'arco di due anni; pertanto diventa indispensabile un breve aggiornamento di quattro ore per le famiglie da realizzarsi ogni due anni (2° modulo). I servitori-insegnanti possono essere aggiornati separatamente nei corsi di aggiornamento di 2-3 giorni che non dipendono dalla Scuola alcolologica territoriale. Per la formazione di base della famiglia e per il suo aggiornamento, il settore di lavoro dovrebbe prevedere i programmi per almeno due anni futuri e assicurare gli insegnanti professionali o volontari non professionali che lo svolgeranno.

L'ingresso delle famiglie dei Club nei programmi territoriali procede molto più facilmente e viene prevista una formazione e sensibilizzazione delle famiglie della comunità locale che non hanno problemi alcolcorrelati. Tale formazione rientra nell'ambito dell'educazione alla salute e potrebbe realizzarsi attraverso quattro incontri di due ore ciascuno (3° modulo).

La difficoltà iniziale era legata al termine 'Scuola', con il quale si intende di solito un'istituzione e non una funzione. La Scuola alcolologica territoriale come funzione dovrebbe essere attivata ogni qual volta si trovino sul territorio da 6 a 12 famiglie entrate nei Club con un problema alcolcorrelato o complesso. Devono essere organizzate quanto più possibile vicino alle famiglie coinvolte e per questo devono essere itineranti. Lo stesso vale per i corsi rivolti alle famiglie nella comunità senza problemi alcolcorrelati.

La formazione di base deve essere fatta da un unico insegnante per tutta la durata del Corso. L'insegnante deve essere ben preparato. Il gruppo di lavoro del Centro alcolologico territoriale funzionale prepara i programmi, gli spazi necessari e gli insegnanti per la gestione della Scuola territoriale. Oltre a questo dovrebbe provvedere agli strumenti didattici ed ai manuali che saranno preparati per tutto il territorio nazionale.

Anche questo settore funziona in stretta collaborazione con gli altri gruppi, come per esempio con il settore per la formazione dei servitori-insegnanti, con il settore che si occupa della prevenzione primaria ecc.

La Scuola alcolologica territoriale e il suo funzionamento

Laura Musso

La Scuola alcolologica territoriale, anzi le Scuole alcolologiche territoriali, dal momento che ne esistono di tre tipi, sono un tipo di scuola un po' particolare. È una scuola perché vi si insegna qualcosa. È alcolologica perché si parla di alcol e di tante cose che all'alcol si collegano. È territoriale perché non si svolge all'interno di un edificio all'ingresso del quale c'è scritto 'Scuola', ma si tiene di volta in volta in luoghi diversi di un certo territorio a seconda delle necessità e delle possibilità.

L'idea di organizzare le Scuole alcolologiche territoriali è stata del professor Vladimir Hudolin, lo psichiatra croato che ideò il metodo di trattamento dell'alcolismo che utilizza i Club degli alcolisti in trattamento. La Scuola alcolologica è infatti il momento formativo che accompagna il percorso delle famiglie nei CAT e la maturazione culturale della società a proposito dei problemi legati all'uso di alcol.

«Formazione ed aggiornamento rappresentano il perno del sistema ecologico-sociale nei programmi territoriali. Formazione ed aggiornamento delle famiglie, degli operatori e delle comunità locali sono attivi già a partire dall'inizio dell'attività del primo Club degli alcolisti in trattamento in Italia; ma nonostante questo, causa della rapida crescita del numero dei Club e degli altri programmi per i problemi alcolcorrelati, è diventato imperativo dare maggiore spazio sia nelle ricerche che nel lavoro pratico alla formazione ed all'aggiornamento».

VI. Hudolin (1996)

Essere consapevoli di ciò che accade, sentirsi protagonisti di ciò che si sta costruendo, conoscere la strada che si sta percorrendo, sono tutti elementi che migliorano la qualità della partecipazione ad un percorso. Questo è un aspetto fondamentale per una metodologia com'è quella dei CAT, che ha capovolto la consueta tendenza a delegare i problemi della propria salute a qualcuno 'esperto' che magicamente li risolva, trasformandola in una attiva presa di coscienza di quanto ognuno può fare per il benessere proprio e della propria comunità.

La Scuola alcolologica territoriale è composta di tre moduli, in pratica tre tipi diversi di questa Scuola, che sono rivolti a diversi destinatari.

Il **primo modulo** è rivolto a tutte le famiglie che entrano a far parte di un Club: è un po' come il saluto iniziale a queste persone che hanno scelto di cominciare un cammino nuovo ed anche un po' inconsueto, ed hanno perciò bisogno di capirci qualcosa di più.

Il **secondo modulo** è rivolto a tutte le famiglie che stanno partecipando ad un Club da qualche tempo, e poiché il tempo è passato, alcune risposte si sono trovate, ma nuove domande sono comparse. Il secondo modulo è un aggiornamento delle famiglie che stanno continuando a partecipare al Club.

Il **terzo modulo** è invece rivolto alle famiglie che vivono in una certa comunità, senza avere un problema specifico con l'alcol, ma che per vari motivi possono avere interesse a conoscere qualcosa sull'argomento. Potranno poi decidere che cosa farne.

Organizzazione della Scuola alcolologica territoriale

Ricerche approfondite sulla comunicazione con le immagini hanno dimostrato che una persona normale ricorda il 10-15 per cento di ciò che gli viene detto con le parole, il 30-35 per cento di ciò che vede, ma il 50 per cento di ciò che vede e sente contemporaneamente.

Questa considerazione dovrebbe essere sufficiente da sola a spiegare l'utilità di utilizzare anche un codice visivo, cioè l'immagine, insieme al codice verbale, cioè la parola: immagini semplici, meglio se colorate, schemi chiari e di facile comprensione.

Un'immagine è un modo sintetico di richiamare un concetto, non deve spiegare tutto, deve attirare l'attenzione e tenerla desta mentre le parole spiegano e sollecitano gli altri ad intervenire. Le immagini non sono sufficienti da sole a spiegare concetti, ma sono un ausilio per aumentare efficacia e chiarezza del messaggio. Parole e immagini vanno quindi utilizzate come due strumenti di comunicazione che vanno di pari passo e la cui validità si rafforza reciprocamente. Per questo lavoro sono necessari alcuni strumenti:

- Una lavagna luminosa, con almeno una lampadina di scorta: le lampadine hanno il vizio di bruciarsi proprio nelle circostanza in cui è più difficile farne a meno.
- I lucidi.
- Un certo numero di pennarelli per scrivere sui lucidi.
- Una lavagna a fogli mobili o d'altro tipo per raccogliere i contributi dei partecipanti o per altre necessità.
- Gessi o pennarelli per scrivere sulla lavagna.

Primo modulo: educazione di base delle famiglie dei Club

Come abbiamo già detto questo modulo è rivolto alle famiglie che iniziano il percorso nel CAT. Il nostro obiettivo principale è quello di far sì che ogni nuova famiglia che si avvicina al Club possa iniziare il suo percorso nel modo migliore possibile e continuarlo positivamente.

La famiglia sta iniziando un'esperienza nuova, è necessario quindi offrire a queste persone una mappa che li aiuti ad orientarsi:

- devono capire dove si trovano;
- devono sentirsi a loro agio;
- devono imparare la terminologia del sistema ecologico-sociale;
- devono sapere dove stanno andando.

Potremmo dire che questi sono gli obiettivi a breve termine, quelli da raggiungere immediatamente durante i dieci incontri della Scuola territoriale.

Ma ci sono anche obiettivi a medio-lungo termine, che diventeranno evidenti col passare del tempo se il ciclo degli incontri è stato condotto bene: le famiglie avranno acquisito una immagine positiva di sé e del percorso che stanno facendo; parteciperanno ai vari aspetti della vita del Club senza mostrare quel tipico sguardo disorientato da principiante che non capisce cosa gli sta accadendo intorno; avranno un atteggiamento attivo, come di chi si sente a casa propria; sapranno accogliere ogni nuovo partecipante con calore come fa chi, sentendosi in casa sua, può essere ospitale verso un invitato che suona alla porta.

Dovrebbe essere quindi evidente che non si tratta di un qualcosa in più, di qualcosa che ognuno è libero di scegliere se frequentare o meno. Di solito non sorgono difficoltà quando la partecipazione alla Scuola territoriale è una consuetudine nella vita dei Club di un certo territorio: solitamente sono gli stessi membri del CAT a raccontare alla nuova famiglia l'esperienza fatta da loro all'inizio, e a trasmettere loro il desiderio di partecipare.

Poiché al Club è invitata a partecipare tutta la famiglia, anche la Scuola territoriale è per tutta la famiglia, e non per un singolo. Quando una persona è sola, non ha famiglia, e frequenta per questo motivo il CAT con una 'famiglia sostitutiva', alla Scuola è invitata anche questa famiglia. È importante che le famiglie vengano informate al momento del colloquio con il servitore-insegnante in modo chiaro e preciso sul significato della Scuola alcolologica territoriale. Dovrebbe essere altrettanto chiaro che non è neanche un qualcosa di più per i servitori-insegnanti il preoccuparsi di organizzare le Scuole territoriali che sono necessarie per le famiglie del proprio territorio.

Un ciclo del primo modulo della Scuola alcolologica territoriale dovrebbe essere iniziato ogni volta che in un territorio si mettono in contatto con i Club un certo numero di famiglie nuove. Per far sì che durante gli incontri sia possibile una partecipazione attiva di tutti, il numero di famiglie non deve essere troppo elevato. Si consiglia che quando fra le sei e le dieci nuove famiglie che entrano nel Club si apra una Scuola territoriale.

Ogni ciclo del primo modulo dovrebbe avere la durata di circa venti ore, organizzate in dieci incontri di due ore, a cadenza settimanale.

L'insegnante è lo stesso per tutti i dieci incontri: così si instaura un rapporto positivo di conoscenza e di fiducia che renderà le cose più facili per tutti. Ogni servitore-insegnante di Club è potenzialmente un insegnante, ma nella realtà non tutti possono svolgere bene questa funzione.

Per chiarire un po' le idee in proposito, Višnja Hudolin negli anni scorsi aveva definito alcune condizioni necessarie per poter svolgere la funzione di insegnante nelle Scuole alcolologiche territoriali: aver partecipato al Corso di sensibilizzazione, essere servitore in un Club, partecipare con regolarità alle riunioni mensili con gli altri servitori, mantenere un aggiornamento continuo e partecipare saltuariamente ad un aggiornamento specifico.

Chi viene proposto, o chi si propone per questo compito, deve essere ovviamente ben

preparato sugli argomenti da trattare negli incontri, deve essere aggiornato sulla metodologia dei Club degli alcolisti in trattamento; deve avere anche alcune capacità personali che gli consentano di entrare in un rapporto positivo con gli altri e comunicare in modo efficace.

L'aggiornamento delle famiglie dei Club

Si tratta di fornire un aggiornamento a famiglie che hanno già ricevuto un anno o due prima l'aggiornamento di base del primo modulo.

«L'approccio ecologico-sociale ai problemi alcol-correlati è un concetto dinamico in continuo cambiamento, influenzato dai risultati delle ricerche e dalle nuove esperienze. Gli aspetti metodologici cambiano in modo relativamente rapido, e se non fosse previsto un aggiornamento continuo degli operatori e delle famiglie, molto presto di bloccherebbe la crescita e lo sviluppo dei programmi. L'esperienza dimostra che le conoscenze e la metodologia cambiano nell'arco di due anni; pertanto diventa indispensabile un breve aggiornamento di 4 ore per le famiglie da realizzarsi ogni due anni».

VI. Hudolin (1996)

Altre esigenze emergono dopo che un certo periodo di esperienza di Club, insieme alla maggiore tranquillità rispetto alla propria situazione personale, ha permesso alle famiglie di guardare a molti aspetti riguardanti i problemi alcolcorrelati con occhi diversi, più attenti, forse più disponibili. Emergono domande, dubbi sul modo di funzionare del proprio Club di appartenenza, su come affrontare situazioni particolarmente complesse, sul significato dell'esistenza dei CAT in un territorio, su come accogliere nuove famiglie e tante altre questioni ancora.

È perciò necessario offrire la possibilità di fermarsi un momento ad approfondire e cercare risposte ai dubbi emersi.

Il secondo modulo della Scuola alcologica territoriale è destinata a tutte le famiglie che sono inserite in un Club da un certo periodo di tempo: mediamente si ritiene necessario un aggiornamento ogni due anni. Questo non significa che una famiglia che da un anno è membro di Club e che lo desidera non possa partecipare a questo modulo di Scuola territoriale.

Altro requisito necessario è che la famiglia abbia già partecipato al primo modulo. Questo dovrebbe essere scontato, visto che il primo modulo è rivolto a tutte le famiglie che iniziano la frequenza al Club, ma ripeterlo non è superfluo: vi sono purtroppo realtà nelle quali per problemi di vario genere è stato trascurato l'aggiornamento, ed è capitato ad alcuni di partecipare ad un aggiornamento senza mai aver partecipato alla formazione. Vale a dire essere iscritti al liceo senza aver frequentato le scuole elementari.

Non si tratta dell'unica possibilità di aggiornarsi a disposizione delle famiglie, ma rappresenta il minimo indispensabile necessario per tutti. Altre opportunità possono essere gli Interclub su temi specifici, aggiornamenti monotematici, i congressi che ogni anno vengono organizzati in varie zone d'Italia: quello di Assisi sulla spiritualità antropologica, e quello annuale dei Club degli alcolisti in trattamento. Anche il Corso di sensibilizzazione, oltre a servire per la formazione di nuovi servitori di Club, può essere utilizzato da famiglie ben motivate come occasione di aggiornamento.

Come per il primo modulo, anche al secondo sono invitate a partecipare le famiglie al completo. Come sempre nella filosofia dei Club, non c'è qualcuno che ha un problema e qualcun altro che fa da accompagnatore, ma il problema è di tutti e quindi il percorso ugualmente è per tutti. Il secondo modulo della Scuola alcologica territoriale può essere svolto in due incontri di due ore ciascuno, oppure in un fine settimana, meglio con un programma sociale, come suggerito dallo stesso professor Hudolin.

Ogni anno sarebbe opportuno che il gruppo dei servitori di Club di un territorio, con

una rappresentanza delle famiglie, s'incontrassero per valutare le necessità di aggiornamento. Per valutare il fabbisogno di aggiornamento per le famiglie già inserite nei Club occorre conoscere il numero di nuclei famigliari che stanno frequentando ciascuno dei CAT del proprio territorio da circa un paio di anni, o per le quali si ritiene opportuno un aggiornamento anche prima.

Nella maggior parte dei territori e per ACAT di media grandezza è in genere sufficiente un ciclo all'anno del secondo modulo della Scuola territoriale. Nella riunione di organizzazione del secondo modulo di Scuola territoriale la presenza di una rappresentanza delle famiglie può essere molto utile per individuare alcune delle tematiche da affrontare, in modo che l'aggiornamento risponda il più possibile alle reali esigenze dei destinatari.

Resta valido tutto quanto è scritto a proposito dell'insegnante per il primo modulo. In questo caso è ancora più importante essere particolarmente aggiornati, pronti a rispondere a tutte le domande ed obiezioni possibili rispetto alle novità riguardanti la metodologia.

Bisogna ricordare che nel secondo modulo non si parla con dei principianti, ma con famiglie che hanno esperienza: sarebbe piuttosto imbarazzante scoprire che le famiglie ne sanno più dell'insegnante. Dal momento che il secondo modulo è anche un'occasione per ritrovare motivazione da parte delle famiglie dopo una parte di cammino, l'insegnante, oltre ad essere ben aggiornato, dovrebbe essere anche ben motivato al proprio ruolo di servitore del Club. Non si può infatti riuscire a trasmettere qualcosa che non si ha dentro di sé.

La sensibilizzazione e la formazione della comunità locale

I Club degli alcolisti in trattamento non esistono soltanto per permettere a chi vive problemi legati all'uso di alcol di mantenere l'astinenza: sarebbe una visione vecchia e limitata del problema. Secondo il nuovo concetto di sobrietà, si tratta di cambiare il proprio rapporto con la vita, e non solo quello con la bottiglia, ed allora entra in gioco anche il contesto in cui viviamo, non più solo nella famiglia, ma nel nostro paese, nella comunità di cui facciamo parte.

Così si è cominciato a riflettere sul fatto che cambiare lo stile di vita personale e familiare diventa tanto più facile quanto più va in parallelo con un cambiamento più ampio, del contesto in cui si vive, della comunità a cui apparteniamo. In poche parole è necessario lavorare per produrre un cambiamento culturale. Questo farà sì che il Club non sia una specie di oasi dorata in cui si può parlare, capirsi, aiutarsi, mentre fuori dal Club c'è un mondo di lupi da cui è meglio fuggire, nascondersi, mettersi in guardia. Non è questo lo spirito dei Club.

Il terzo modulo della Scuola alcolologica territoriale ha l'obiettivo di sensibilizzare la comunità locale alle tematiche relative all'uso delle bevande alcoliche ed al ruolo dei Club degli alcolisti in trattamento nella comunità stessa.

Questa sensibilizzazione, se continuata con regolarità nel tempo, può lentamente modificare il modo di considerare l'uso di alcol, i problemi che ne derivano e l'immagine delle persone che vivono questi problemi. È stato valutato che quando viene coinvolta, direttamente o indirettamente, in una sensibilizzazione una percentuale di popolazione intorno all'uno per cento, questo si traduce in un reale cambiamento culturale. Non è quindi impossibile riuscirci.

Il terzo modulo della Scuola territoriale è rivolto a famiglie che vivono in un certo territorio, ma che non hanno problemi specifici con l'alcol. I destinatari del terzo modulo possono quindi essere un gruppo di persone molto eterogenee, e può essere difficile prevedere in anticipo chi saranno i partecipanti, a meno di richiedere una qualche forma di iscrizione, cosa che presenta vantaggi e svantaggi da valutare attentamente.

Queste persone possono arrivare con aspettative diverse, ed è quindi molto importante presentare l'iniziativa con chiarezza per evitare delusioni che possono produrre un effetto completamente opposto a quello che era negli obiettivi.

Da una Scuola territoriale ben condotta può nascere in qualcuno la motivazione a formarsi per diventare un futuro servitore-insegnante di Club, si possono sviluppare collaborazioni con altre realtà, idee per altre iniziative di sensibilizzazione. Tutti quelli che sono sensibilizzati possono diventare persone in grado di dare una mano in futuro.

Molte tra le persone che hanno partecipato ad un terzo modulo di Scuola territoriale hanno verificato di avere un personale problema con l'alcol, che le ha portate ad entrare in un Club. Quindi c'è da aspettarsi che si produca un aumento del numero di famiglie che partecipano ai Club di quel territorio, e nel tempo ad una loro moltiplicazione.

Anche il terzo modulo può essere programmato annualmente, insieme agli altri due moduli della Scuola territoriale.

Si tratta di due o tre serate, anche in questo caso condotte dallo stesso insegnante, in modo da facilitare il rapporto con i partecipanti e permettere che la discussione prosegua con un'impostazione coerente dal primo all'ultimo incontro.

Gli inviti alla popolazione, visto che può essere difficile e costoso invitare ogni cittadino personalmente, possono essere fatti a gruppi o associazioni esistenti in quella zona, alle scuole, alle parrocchie e a qualsiasi altra realtà organizzata della quale fanno parte molte persone.

Un buon insegnante per il terzo modulo, oltre a possedere i requisiti già descritti per i moduli precedenti, quindi essere servitore di Club, formato ed aggiornato, che partecipa alle riunioni mensili con gli altri servitori ed agli aggiornamenti, dovrebbe avere una certa esperienza nella conduzione di incontri pubblici.

È infatti necessario avere la capacità di tenere viva l'attenzione di persone che, a differenza degli altri due moduli della Scuola territoriale, non sono mossi da un problema personale o familiare, quindi probabilmente con una motivazione più limitata a discutere questi temi. Occorre saper rispondere a obiezioni da parte di persone che possono avere inizialmente anche una posizione molto critica nei confronti dei punti di vista che voi sostenete; occorre saper essere convincenti e mantenere un tono di dialogo e confronto senza cadere nelle provocazioni o scivolare su toni aggressivi. È meglio quindi che l'insegnante per questo terzo modulo non sia un principiante né come servitore di Club né come formatore.

Programmi di formazione e sensibilizzazione nelle scuole

D. Tassin

Tutelare la salute, in generale, significa porre attenzione a tutte le componenti comprese nell'ambiente naturale e nel sistema sociale al fine di mantenere o migliorare la salute dei singoli e della collettività.

Sul piano della programmazione, l'attività di tutela della salute si può dividere in due momenti diversi anche se non necessariamente distinti:

1. attività di promozione della salute, che comprende ogni attività che ha lo scopo di promuovere livelli di salute più elevati e migliorare la qualità della vita;
2. attività di prevenzione delle malattie e dei problemi sociali che comprende ogni intervento che ha per scopo l'eliminazione delle cause e dei rischi delle malattie e dei problemi comportamentali al fine di controllare (nel senso di ridurre o sradicare) il manifestarsi degli stessi.

Fra i problemi comportamentali che creano conseguenze gravi nell'individuo, nella sua famiglia e nell'ambiente sociale, particolare rilevanza hanno quelli legati all'uso di alcol e di altre sostanze psicotrope. Le diverse motivazioni addotte per giustificare l'uso dell'alcol non spiegano la complessità e la diffusione di questo problema che vanno riportate al modo di vivere, allo stile di vita della popolazione.

Per prevenire dunque i problemi alcolcorrelati è necessario cambiare il proprio com-

portamento: ciò è più facile quando il comportamento non si è ancora rigidamente strutturato come, ad esempio, nel bambino che non ha ancora abitudini di bere o nel ragazzo che non ha ancora particolari problemi.

La scuola quindi ha rappresentato in tutti questi anni nello sviluppo dei programmi alcolologici territoriali un ambito privilegiato di iniziative di prevenzione.

Inizialmente la scuola delegava l'iniziativa al cosiddetto 'esperto' che trasmetteva direttamente ai ragazzi l'informazione secondo modalità comunicative più o meno efficaci. Questa modalità serviva spesso a raccogliere una delega, sollevava altri dall'impegno, dalla responsabilità, impediva che l'educazione alla salute nella scuola diventasse opera educativa che compete agli operatori scolastici, pur supportati dalla rete delle altre istituzioni territoriali. È importante che gli interventi di prevenzione nella scuola vengano attuati dagli insegnanti perché altrimenti si rischia di distruggere la significativa relazione che esiste fra insegnante e ragazzo. L'esperto può essere chiamato per un orientamento o per chiarificazioni specifiche.

Successivamente si è privilegiato quindi il coinvolgimento diretto degli insegnanti con la loro partecipazione a corsi di informazione e sensibilizzazione all'approccio ecologico sociale ai problemi alcolcorrelati e complessi, e conseguente messa in discussione delle proprie abitudini e stili di vita. Ciò parte dalla considerazione che, per una corretta prevenzione, trasmettere solo 'il sapere' che l'alcol è pericoloso non è sufficiente a modificare il comportamento degli altri. *«È necessario riuscire a trasmettere il comportamento, ma per trasmettere il comportamento la persona stessa deve prima comportarsi coerentemente o imparare a farlo»⁽¹⁾.*

Corsi con gli insegnanti e genitori si sono tenuti a Portogruaro (Venezia) nel Novembre 1985, a cura del Distretto Scolastico n. 19, l'Unità Sanitaria Locale n. 14 e il Consorzio dei Comuni del Veneto Orientale, e a San Giorgio di Nogaro (Udine), nel 1988.

Operativamente le iniziative prevedono un coinvolgimento degli alunni e dei genitori, attivando una 'comunità educante' che comprende la famiglia e la scuola con una presa in carico comune dell'azione educativa. Con l'ausilio di lucidi vengono illustrati: il concetto di salute, di autoprotezione e promozione della salute, i comportamenti a rischio con particolare riferimento al consumo di alcolici. Successivamente i partecipanti vengono suddivisi in gruppi autogestiti, e al termine del tempo loro assegnato illustrano le conclusioni alle quali sono pervenuti, confrontandole con quelle degli altri gruppi, coordinati dall'insegnante.

Durante l'anno scolastico l'insegnante riprende più volte l'argomento con approfondimenti e integrazioni.

L'intervento preventivo nella scuola, oltre ad approfondire gli aspetti culturali e psicosociali della salute, pone l'accento sulla necessità di mobilitare tutte le risorse e le energie disponibili per innescare un processo di responsabilizzazione, di capacità di scelte libere e consapevoli.

⁽¹⁾ Vl. Hudolin, *Le dipendenze tra scuola, famiglia e società*, Atti del Corso, USL n. 8, S. Giorgio di Nogaro (UD), 1988.

I programmi di formazione in Italia dal 1979

L. Colusso

La formazione ha giocato un ruolo determinante per la diffusione dei Club in Italia e per la definizione dell'approccio ecologico sociale (cioè la sua epistemologia).

Hudolin ebbe sempre chiaro l'aspetto strategico della formazione, attribuendo ad essa un valore non solo fondamentale e preliminare, ma anche del tutto peculiare. Egli infatti identificò la sensibilizzazione come primo essenziale avvio per il processo di cambiamento della cultura sanitaria e sociale italiana. Ha così impresso alla formazione obiettivi, contenuti e forma decisamente innovativi.

È importante che coloro che si accostano ai programmi ecologico-sociali si rendano conto di dover compiere una 'rivoluzione copernicana', e di doversi muovere con criteri completamente diversi da quelli tradizionali, e questo avviene prima di tutto attraverso il Corso di sensibilizzazione. Infatti, il primo Corso di sensibilizzazione, nel Dicembre 1979, ebbe l'effetto di una bomba; ma, dopo il disorientamento iniziale, dette inizio al cambiamento e ai programmi italiani. Da là quindi, iniziarono nuove esperienze, conoscenze, formazione sul campo. Da quel momento iniziò il cosiddetto learning and doing, imparare facendo, ma anche l'avvio di una formazione complessa, a passo apparentemente lento, perché deve assimilare con il tempo anche valori etici, spirituali, ed essere trasversale rispetto a tutti coloro che, a qualsiasi titolo, sono impegnati nei Club e nelle altre attività del sistema ecologico sociale.

Il Corso di sensibilizzazione nel Veneto, nel Giugno 1982 a Treviso, fu il primo ad essere organizzato fuori dalla regione Friuli-Venezia Giulia.

Il Corso nazionale del 1985 a Roma, all'Università Cattolica, segnò il momento di svolta, con molti partecipanti di allora che sono divenuti punti di riferimento tuttora importanti per i programmi. Credo, infatti, che sia stata raggiunta allora, mettendo in rete tutte le risorse, la dimensione critica di una comunità scientifica capace di produrre ed assimilare attivamente una nuova cultura.

Questo risultato, caratterizzato dalla cultura, l'esperienza e le capacità strategiche di Hudolin, ha permesso di offrire mano a mano risorse formative sempre più importanti, anche al di fuori dei Corsi di sensibilizzazione e di altre iniziative di formazione, come furono, per esempio, le 'settimane aperte' degli ospedali in Friuli-Venezia Giulia, nel 1981-'82.

Sono nati così vari corsi e seminari, con obiettivi formativi, magari per qualche ambito specifico (l'approccio familiare, i problemi psichici, l'alcolismo femminile ecc.), sempre con la strategia originale dell'elaborazione collettiva, con la contemporanea collaborazione delle famiglie in trattamento. Per questa formazione sono stati utilizzati corsi brevi monotematici e anche Corsi di sensibilizzazione a tema, il primo dei quali si tenne a Collegno (Torino) nel 1992, sulla sofferenza psichica.

Molto presto si era avvertita l'esigenza di rivedere la prima formazione ricevuta nei Corsi di sensibilizzazione, di rinsaldarla, ed iniziare l'approfondimento formativo per un numero consistente di membri del sistema. Sicuramente Hudolin aveva anche previsto che i fruitori di un programma formativo più approfondito avrebbero potuto divenire a loro volta fonti formative per la propria comunità, oltre a garantire una operatività di livello più elevato all'interno dei programmi.

Con questi scopi è nata la Scuola nazionale di perfezionamento in alcologia (la cosiddetta Scuola delle 300 ore), per la prima volta in Italia a Udine e Trieste nel 1987-'88, seguita poi da Trento, Treviso e via via negli anni successivi in altre regioni (Lombardia, Piemonte, Toscana). Articolata dall'inizio fino ad oggi in 150 ore (tre settimane distribuite nel corso dell'anno) di lavoro collegiale dei corsisti, insieme a vari docenti, e 150 ore di tirocinio e di

esperienze altrove che nel proprio luogo abituale di lavoro, e concluse da una tesi finale.

Torino ed Arezzo hanno offerto per questo programma una notevole continuità. In particolare Arezzo si è posta come riferimento di Scuola nazionale di formazione, grazie anche alla sua collocazione geografica abbastanza centrale.

La convergenza in una, o comunque poche Scuole delle 300 ore, ha facilitato la conoscenza, lo scambio e l'affiatamento tra membri del sistema assai lontani tra loro in quanto a comunità locale di appartenenza, con un felice intreccio di esperienze.

Sono molto utili, anche dal punto di vista della formazione, gli incontri annuali che si tengono a Monselice (Padova), dove si approfondisce la discussione sull'approccio ecologico sociale.

Altri strumenti importanti sono la Raccolta bibliografica della letteratura scientifica nel sistema ecologico sociale, come stimolo e facilitazione per lo studio e la ricerca, e la pubblicazione *Alcolismi e Comunità*, in particolare il numero speciale dedicato ai programmi di formazione in alcologia.

Nel processo di evoluzione e di crescita dei programmi di formazione, è importante sottolineare la necessità di mantenere centrale la regolare presenza settimanale nel Club, come opportunità di formazione sostanziale, irrinunciabile e comune per tutti noi.

Il ruolo della Scuola Superiore di Servizio Sociale di Trieste

P. Castellan

Per comprendere il ruolo che la Scuola Superiore di Servizio Sociale di Trieste (dal 1° Gennaio 1996 ha cambiato denominazione in Istituto Regionale per gli Studi di Servizio Sociale) ha avuto nell'Italia Nord-Orientale (Friuli-Venezia Giulia e Veneto) nei primi anni del 'Metodo Hudolin', diffondendo a tutti i livelli di popolazione e nell'Ente pubblico un valido programma di protezione e promozione della salute nei confronti dell'alcolismo, bisogna risalire al 1976.

Nel 1976 infatti Vladimir Hudolin aveva iniziato una collaborazione con la Scuola Superiore di Servizio Sociale di Trieste sui temi iniziali della dipendenza dall'alcol e da altre sostanze per gli studenti del 3° anno della Scuola stessa.

Nel 1979 Nelida Rosolen, allora direttore degli Aggiornamenti e della Formazione Permanente, si recò a Zagabria per concordare con Hudolin un piano organico di collaborazione sistematica. Nelida Rosolen aveva introdotto nella Scuola di Trieste un programma di aggiornamento continuo su questi temi, e con la sua approfondita conoscenza dei problemi della persona e delle famiglie in difficoltà realizzò un programma che la Scuola portò avanti aggiornandolo e perfezionandolo per più di dieci anni.

È da queste prime collaborazioni tra la Scuola Superiore di Servizio Sociale di Trieste da una parte e Vladimir Hudolin, direttore della Clinica Psichiatrica dell'Università di Zagabria dall'altra che ebbe inizio la diffusione dei programmi secondo l'approccio complesso medico-psico-sociale (così veniva definito al tempo) per il trattamento dell'alcolismo in Italia.

Sempre nel 1979 la Scuola Superiore di Servizio Sociale di Trieste, in collaborazione con l'Ospedale generale di Udine, seguendo un programma concordato con Hudolin e svolto dallo stesso Professore e la sua équipe, organizzò il primo Corso di sensibilizzazione al trattamento medico-psico-sociale degli alcolisti. Il Corso era destinato a oltre cento operatori socio-sanitari appartenenti o appartenenti o collegati ai servizi ospedalieri, tra medici,

La formazione di base, l'aggiornamento permanente, la specializzazione nel sistema ecologico sociale

infermieri, assistenti sociali, psicologi, sociologi, assistenti sanitari, sacerdoti, sindacalisti, volontari ecc.

Gli ottimi risultati di questo lavoro hanno spinto altri grandi ospedali regionali a chiedere alla Scuola Superiore di Servizio Sociale di Trieste l'organizzazione di Corsi di sensibilizzazione al trattamento medico-psico-sociale degli alcolisti per gli operatori socio-sanitari a Udine, San Daniele del Friuli, Monfalcone, Gorizia, Treviso, Tolmezzo, Maniago, Trieste, Pieve di Cadore, Cividale del Friuli, Portogruaro, Pordenone, Padova, Montebelluna, Jesolo.

La progressiva formazione di un consistente numero di operatori ha reso possibile l'apertura di sempre nuovi Club di alcolisti in trattamento distribuiti nel territorio del Friuli-Venezia Giulia e del Veneto, cooperanti tra di loro anche attraverso le Associazioni dei Club degli Alcolisti in Trattamento zonali e regionali.

Nel 1985 la Scuola ha pubblicato un volumetto dal titolo Una scuola per la formazione degli operatori e la trasformazione del territorio. Sette anni di attività nella diffusione del Modello medico-psico-sociale di Hudolin per il trattamento dell'alcolismo, a cura di Vladimir Hudolin, Andrea Devoto, Nelida Rosolen, Giovanna Le Divelec.

Dal 1987 in poi gli Ospedali e gli Enti Locali organizzarono in proprio i Corsi di sensibilizzazione richiedendo alla Scuola di Trieste la collaborazione come consulente.

I problemi legati all'uso delle bevande alcoliche

Vladimir Hudolin, Višnja Hudolin, Pier Paolo Vescovi, C. Di Gennaro

L'alcol e il suo metabolismo. Complicanze fisiche dell'alcolismo

L'alcol e le bevande alcoliche

Prima di descrivere i disturbi provocati dal consumo di bevande alcoliche è opportuno, per una loro migliore comprensione, descrivere brevemente la sostanza che provoca tutti questi disturbi e che fedelmente li accompagna, cioè l'alcol.

Parlando comunemente di alcol ci si riferisce all'alcol etilico o etanolo. Oltre all'etanolo esistono altri tipi di alcol, parecchi dei quali molto tossici, che non sono però presenti nelle bevande alcoliche e che non creano problemi di dipendenza. L'alcol etilico è un liquido incolore che evapora con facilità e la cui formula chimica è C_2H_5OH .

L'alcol è una sostanza tossica e quindi le bevande alcoliche non possono essere considerate nutrienti o curative e il loro effetto sui rapporti sociali può anche rivelarsi deleterio. Per questo motivo ogni uso di alcol viene a essere contemporaneamente anche abuso. Ma, poiché il consumo delle bevande alcoliche è socialmente accettato, è assai difficile parlare di abuso per indicarne il cosiddetto consumo sociale. Per questi motivi continueremo a riferirci all'uso, avendo però presente che bere comporta sempre un rischio.

L'alcol etilico è il principale componente delle bevande alcoliche. In esse, oltre all'acqua, si possono trovare svariate altre sostanze che sono prodotti secondari della produzione di bevande alcoliche (Congeners, nella letteratura anglo-americana), o vengono aggiunte allo scopo di correggerne il gusto, l'odore e il colore.

Spesso a queste sostanze vengono imputati i disturbi che si manifestano dopo il bere e negli alcolisti. La bevanda alcolica è da ritenersi particolarmente pericolosa se vi si trovano quantità anche minime di alcol metilico.

La bevanda alcolica si ottiene con la fermentazione degli amidi e del glucosio. Il glucosio e gli amidi sono contenuti nella frutta, nei cereali, nel miele e nel latte, per la produzione dell'alcol si possono usare anche i succhi delle piante, per esempio dell'agave.

I superalcolici si ottengono mediante la distillazione delle bevande alcoliche naturali, oppure da alcol anidro, con varie aggiunte; la vodka, per esempio, ad una determinata concentrazione, è quasi alcol puro diluito nell'acqua. In modo analogo si producono anche i liquidi.

Fra le bevande alcoliche le più conosciute sono:

- la birra con una concentrazione di alcol di 4-5 Vol.%
- il vino di uva, in alcuni Paesi ricavato anche da altra frutta, con una concentrazione di alcol di 5-15 Vol.%
- i liquori, con una concentrazione di alcol di 20-40 Vol.%

Effetti dell'alcol – dipendono dalla sua concentrazione:

0,5 - 1,0 g/lt	euforia
1,5 g/lt	ebbrezza
2,0 g/lt	ubriachezza
3,0 - 4,0 g/lt	coma.

Assorbimento, metabolizzazione ed eliminazione dell'alcol

A causa del suo basso peso molecolare l'alcol attraversa facilmente le mucose, viene velocemente assorbito e passa nel sangue. Con molta facilità entra nelle cellule sciogliendo i lipidi delle membrane, ne altera la struttura delle proteine funzionali e provoca lesioni anatomiche e disturbi funzionali. L'alcol può essere assorbito anche tramite i polmoni, se i suoi vapori si trovano nell'aria che viene aspirata.

Per gli alcolisti che assumono il *disulfiram* (Antabuse), è pericoloso trattenersi negli ambienti dove ci sono vapori di alcol, poiché può verificarsi la reazione Antabuse-alcol. Qualche volta questa reazione può essere leggera e atipica, e non essere riconosciuta. Se continua a ripetersi nel tempo si possono manifestare dei danni anche gravi, come, per esempio, lesioni cerebrali irreversibili.

Piccole quantità di alcol possono essere assorbite anche attraverso la mucosa del cavo orale o tramite ferite della cute.

L'assorbimento vero e proprio inizia nello stomaco ed è particolarmente veloce nell'intestino tenue. L'alcol viene assorbito anche dall'intestino crasso, se vi è stato introdotto per errore con un clisma e dalla vescica, se vi è entrato per sbaglio durante un lavaggio vescicale; in quest'ultimo caso si tratta comunque di un assorbimento minimo. L'assorbimento dell'alcol è molto veloce, per cui la concentrazione nel sangue può raggiungere il livello massimo già dopo 10-20 minuti dall'assunzione della bevanda alcolica, anche se normalmente, come riferiscono molti autori, la concentrazione massima si ottiene dopo 30-60 minuti. In alcuni casi l'assorbimento può durare più a lungo; per questo motivo il limite massimo è fissato a 80 minuti.

L'alcol assorbito attraverso la mucosa dello stomaco e dell'intestino viene trasportato dalla vena porta al fegato, dove inizia la sua metabolizzazione. Nel fegato viene metabolizzato circa il 90% dell'alcol totale, compatibilmente con la sua funzionalità; il rimanente 10% viene eliminato inalterato con l'aria espirata e con le urine. L'alcol prima della sua eliminazione entra in circolo e va a interessare tutti gli altri organi. La metabolizzazione nel fegato avviene sia quando l'organo è integro, sia quando è alterato da una epatopatia alcolica.

Per determinare la concentrazione di alcol nell'aria espirata si ricorre al cosiddetto metodo del 'palloncino' (alcoltest), che viene utilizzato per facilitare un rapido controllo dell'eventuale stato di ebbrezza dei conducenti di autoveicoli. Questo metodo viene inoltre usato, in alcuni Paesi, nelle aziende e in tutte quelle situazioni in cui bisogna determinare rapidamente la presenza di alcol e lo stato di eventuale ubriachezza dei dipendenti. Se l'alcoltest registra presenza di alcol nell'aria espirata, la concentrazione esatta può poi venire determinata tramite prelievo di sangue. Sono stati recentemente introdotti apparecchi con i quali si può accertare l'esatta concentrazione di alcol con l'esame dell'aria espirata, anche se alcuni autori sollevano dubbi sulla validità di questi esami e sono stati riportati errori di misurazione.

Il limite massimo permesso della concentrazione di alcol nel sangue è, nella maggior

parte dei Paesi, fissato per legge, sia per la guida degli automezzi che per l'attività lavorativa. Il limite fra uso e abuso, come abbiamo già detto, non può essere definito precisamente poiché l'alcol è una sostanza tossica e quindi ogni uso è contemporaneamente anche abuso. Le quantità accettabili di consumo nel traffico vengono periodicamente modificate e abbassate in base ai riscontri delle più recenti ricerche scientifiche. Le concentrazioni permesse sono in continuo calo ed esiste un movimento d'opinione internazionale, particolarmente forte negli Stati Uniti, che chiede di arrivare alla 'concentrazione zero'.

Albania	0,50	Islanda	0,50	Repubblica ceca	0,00
Belgio	0,50	Italia	0,80	Repubblica Slovacca	0,00
Bielorussia	0,00	Paesi		Romania	0,00
Bulgaria	0,50	dell'ex Jugoslavia	0,50	Russia	0,00
Canada	0,80	Lettonia	0,00	Spagna	0,80
Danimarca	0,80	Liechtenstein	0,50	Stati Uniti (40 stati)	1,00
Estonia	0,00	Lituania	0,50	Svezia	0,20
Finlandia	0,50	Lussemburgo	0,80	Svizzera	0,80
Francia	0,80	Moldavia	0,00	Turchia	0,50
Germania	0,80	Norvegia	0,50	Ucraina	0,00
Gran Bretagna	0,80	Olanda	0,50	Ungheria	0,00
Grecia	0,50	Polonia	0,20		
Irlanda	1,00	Portogallo	0,50		

(dati riferiti sino all'anno 2001)

Esistono numerosissime ricerche che dimostrano i rischi che si corrono assumendo farmaci assieme all'alcol. La maggior parte degli autori consiglia di evitare il consumo di alcol quando si usano farmaci.

È sbagliato pensare che il sonno o il caffè accelerino l'eliminazione dell'alcol. Secondo alcuni autori, durante il sonno, per azione del parasimpatico, la metabolizzazione dell'alcol, e quindi la sua eliminazione, verrebbe rallentata. Ricerche più recenti affermano che la metabolizzazione dell'alcol durante il sonno è uguale a quella riscontrata nello stato di veglia.

Se si assume una quantità di alcol che determina una concentrazione nel sangue di 2,0‰ (stato di ubriachezza media), dopo 8 ore di sonno la concentrazione di alcol nel sangue sarà comunque più alta della concentrazione permessa dalle leggi della maggior parte degli Stati per la guida di un autoveicolo. La caffeina contenuta nel caffè favorisce come è noto lo stato di veglia, però non ha alcuna influenza diretta sulla concentrazione di alcol nel sangue e sulla sua eliminazione. Numerose ricerche sono state condotte sull'effetto della caffeina sui valori dell'alcolemia e sulla curva di eliminazione dell'alcol. Lavori recenti dimostrano che la caffeina non interferisce nell'eliminazione dell'alcol e che addirittura può produrre conseguenze dannose per il traffico stradale.

Il bere moderato

Ogni tipo di consumo di alcol potrebbe essere definito 'a rischio', e si potrebbe parlare di malattia nel momento in cui si manifestano patologie organiche e psichiche facili da diagnosticare. La cultura comunitaria attuale non accetta l'astinenza, e ciò non sorprende dal momento che gli astinenti costituiscono la minoranza della popolazione. Del resto il bere fa parte della cultura della comunità e pertanto ogni suo cambiamento presuppone una modifica culturale della comunità stessa, il che non è facile.

Tutte le definizioni che tipicamente cercano di definire il bere – moderato, sociale, controllato, accettabile, appropriato ecc. – servono di fatto alla sua difesa. Il consiglio di bere

moderatamente non alcun significato poiché il cosiddetto 'bere moderato' non è scientificamente definito e non può essere descritto né in base alla frequenza, né in base alla quantità. Va da sé che ognuno considera il proprio bere come moderato.

Anche il concetto di malattia serve alla difesa del bere moderato; secondo questo concetto, solamente il bere degli alcolisti, ovvero della popolazione marginale, viene considerato pericoloso, autentica malattia. Nel gruppo dei bevitori moderati, secondo questo concetto, l'alcolismo non si manifesta. Questo modo di pensare condiziona l'approccio diagnostico: si tende infatti a diagnosticare come alcolista soprattutto chi appartiene ai ceti sociali più bassi, perché come già detto, l'alcolismo si identifica con l'emarginazione e questa si manifesta molto prima in questi gruppi. Inoltre, anche il cosiddetto bere moderato può provocare numerosi disturbi, fra i quali:

1. stato di intossicazione acuta, con tutte le complicazioni che lo accompagnano
2. stato di ebbrezza patologica
3. coma alcolico con possibile esito mortale
4. patologie acute (per es. pancreatite acuta)
5. attacchi di tipo epilettico
6. disturbi cardiovascolari cronici
7. fetopatie alcoliche
8. incidenti automobilistici
9. infortuni sul lavoro
10. inabilità lavorativa temporanea causata dall'ubriachezza
11. numerosi altri disturbi sociali e famigliari.

A questo proposito ci preme sottolineare l'importanza del ruolo del medico che, pur non trovandosi di fronte ad una malattia in senso stretto, deve mostrare attenzione e sensibilità. Ricordiamo alcuni compiti a cui il medico è chiamato:

1. il medico non dovrebbe mai consigliare alcolici poiché non ne esistono motivi o giustificazioni scientifiche o mediche. Se il soggetto non assume alcolici non vi potranno essere problemi alcolcorrelati.

Il consumo di alcolici nella società contemporanea non trova motivazioni né alimentari, né mediche, né psicologiche. Oggi è chiaramente dimostrato che l'alcol ha un effetto negativo sulla circolazione del sangue. Fino a pochi anni fa, e da parte di qualche medico ancora oggi, l'alcol veniva consigliato perché si riteneva che migliorasse l'irrorazione miocardica; le più recenti ricerche hanno dimostrato che l'alcol diminuisce il dolore dell'angina pectoris e produce vasodilatazione solo nella parte sana del muscolo cardiaco, mentre invece nella parte lesa l'afflusso di sangue, a causa dell'alcol, è rallentato; per questo motivo, nei casi di disturbi cardiovascolari, il bere alcolici costituisce in realtà una precisa controindicazione.

2. il medico non dovrebbe, non solo a parole, ma anche con il comportamento, suggerire e raccomandare il bere. Questo ci fa riflettere su quale dovrebbe essere il comportamento rispetto al bere, sia del medico che di tutti gli altri operatori socio-sanitari. È difficile suggerire agli altri un determinato tipo di comportamento, se non lo applichiamo noi stessi in prima persona.
3. In molti casi il medico deve espressamente proibire il bere; ipertensioni, traumi cranici, epilessia, epatopatie, persone con disturbi psichici, donne in gravidanza alcolisti in trattamento, persone che occupano posti di lavoro dove si richiedono livelli di attenzione e di vigilanza particolari, bambini e adolescenti, anziani, pazienti in trattamento con farmaci nei confronti dei quali l'alcol è controindicato ecc. oggi si consiglia di suggerire l'astinenza dall'alcol ogni qual volta si assume un farmaco.
4. Il medico dovrebbe accertare se vi sono già segni di dipendenza psichica; in tal caso dovrà naturalmente avviare la persona al trattamento.

5. Il medico dovrebbe realizzare e organizzare, assieme agli altri operatori dei servizi sanitari di base, programmi di prevenzione primaria per i problemi alcolcorrelati. Ciò significa porsi come obiettivo la riduzione del consumo delle bevande alcoliche e sostenere tutte le iniziative volte a questo scopo.
6. Nel caso di uno stato di intossicazione alcolica acuta particolarmente grave, il medico deve garantire tutte le cure del caso, compresa, se necessaria, l'ospedalizzazione.
7. Quando si manifesta l'alcolismo il medico deve farsi carico di avviare l'alcolista assieme a tutta la sua famiglia ai trattamenti territoriali complessi, quali i Club degli alcolisti in trattamento.
8. Il medico deve ricoverare, quando esistono le indicazioni, l'alcolista, avendo cura di programmare, alla dimissione, l'invio ai programmi territoriali.

In conclusione, in base al modello del bere moderato non è possibile chiarire l'eziologia dei problemi alcolcorrelati né organizzare una efficace prevenzione primaria, giacché più è alto il consumo di alcol più sono elevate l'incidenza e la prevalenza dei problemi alcolcorrelati.

Infine, non è possibile programmare un corretto trattamento e una riabilitazione adeguata: è proprio perché la persona considera il proprio bere 'moderato' che spesso il trattamento viene intrapreso troppo tardi.

La diagnostica dell'alcolismo e dei problemi alcolcorrelati

Il più semplice, e ultimamente anche il più diffuso, è il cosiddetto questionario **CAGE** (Ewin J. A., 1984), la cui sigla è l'acrostico formato dalle iniziali delle domande del test:

- C** *Cut down* (diminuire): avete pensato recentemente alla necessità di diminuire il vostro bere?
- A** *Annoyed* (infastidito): vi siete sentiti infastiditi dalle osservazioni che vi sono state fatte nel vostro ambiente di vita riguardo al bere e dai consigli di diminuire o di smettere di bere?
- G** *Guilty* (colpevole): vi sentite in colpa per quanto riguarda il vostro bere?
- E** *Eye opener* (sveglia): se avete bevuto bevande alcoliche di mattino presto per farvi coraggio e iniziare il lavoro quotidiano?

In base alle esperienze fatte, se una persona di mezza età risponde affermativamente ad almeno due di queste domande, significa che si tratta di un fattore problematico o di un alcolista; nel caso di giovani è sufficiente una sola risposta positiva. Il test è stato utilizzato anche in medicina generale (King M., 1986).

Skinner H. A. e altri autori (1986) hanno formulato un indicatore clinico di alcolismo facendo uso di 17 sintomi e di 13 dati anamnestici. Molte ricerche hanno dimostrato che l'attendibilità di questo strumento è superiore a quella degli esami di laboratorio (Skinner H. A. e coll., 1986, 1987). Riportiamo i 17 sintomi:

1. *Tremore delle mani* (tremori fini con braccia poste in posizione orizzontale e dita delle mani allargate);
2. *Andatura atassica* (impossibilità di camminare seguendo una linea retta, mettendo un piede davanti all'altro);
3. *Impossibilità di flettere le gambe* (devono essere assenti malattie muscolari e osteo, astenia profonda, senectus);
4. *Spider nevi* (più cinque alterazioni patologiche vasali nella regione della vena cava superiore);
5. *Presenza di circoli collaterali* (diramazioni venose a forma stellare sulla parete addominale a partenza dall'ombelico);
6. *Ginecomastia* (solo nei maschi; aumento del tessuto ghiandolare e di quello adiposo di tutte e due le ghiandole mammarie);

7. *Rinofim* (ipertrofia epiteliale e delle ghiandole sebacee e coloritura accesa della punta del naso e della faccia nelle zone prossimali al naso);
8. *Eritema del volto*;
9. *Lingua patinata*;
10. *Edema del palato molle* (particolarmente nella regione delle tonsille e dell'ugola);
11. *Tracce di nicotina sulle dita* (di solito tra il dito indice e il dito medio della mano destra);
12. *Eritema palmare*;
13. *Graffiature ed escoriazioni della pelle*, sia recenti che di vecchia data;
14. *Presenza di cicatrici*;
15. *Bruciature di sigarette sulla pelle del torace e delle mani*;
16. *Tatuaggi sugli arti o sul corpo*;
17. *Sensibilità dolorosa addominale*;

e i 13 dati anamnestici:

1. Frequenti difficoltà di concentrazione;
2. Presenza di stati o di momenti confusionali;
3. Disturbi della memoria di fissazione;
4. Allucinazioni uditive e visive;
5. Tremore mattutino delle mani;
6. Sogni accompagnati da incubi;
7. Risveglio accompagnato da cefalee;
8. Recenti e frequenti tremori delle mani;
9. Traumi e lesioni causate da risse e aggressioni;
10. Risveglio con sete;
11. Lingua asciutta e patinata;
12. Tosse frequente;
13. Espettorazione.

Il test Hudolin

Hudolin aveva concepito un test per identificare i gruppi a rischio per quanto riguarda i problemi alcolcorrelati: smettere di bere prima delle feste, ad esempio il 15 Dicembre, per sei settimane. Se durante questo periodo la persona non avverte disturbi, né la necessità di consumare alcol, probabilmente si trova in una fascia di rischio ancora relativamente basso. Se invece nel corso di queste sei settimane avverte vari disturbi, se fa fatica a mantenere l'astinenza o se rinuncia al test perché ha sentito il bisogno di ricorrere a queste bevande sarebbe bene che chiedesse un consiglio.

Le complicanze fisiche dell'alcolismo

Lo sviluppo dell'alcolismo può essere accompagnato da una serie di complicazioni, conseguenza del danno provocato dall'alcol a carico della maggior parte degli organi e degli apparati. Già lo stato di intossicazione acuta può provocare complicanze a livello del sistema nervoso, ad esempio, il coma alcolico. E l'intossicazione acuta, del resto, è un tipico disturbo psichico, anche se limitato nel tempo. Va poi ricordato che anche il cosiddetto bevitore moderato può presentare disturbi e patologie alcolcorrelate.

Di recente sono state segnalate correlazioni significative tra consumo di alcol e comparsa di patologie tumorali. È stato statisticamente dimostrato che gli alcolisti sono più colpiti dal carcinoma della lingua, del cavo orale, del palato molle, del fegato e in genere di tutto l'apparato gastrointestinale; le donne alcoliste sono più colpite invece dal carcinoma della mammella.

L'alcolista spesso si alimenta male e presenta carenze vitaminiche, soprattutto di vi-

tamine del gruppo B. Oggi è opinione generalmente accettata che le complicanze dell'alcolismo siano conseguenza, nella maggior parte dei casi, da alterazioni del metabolismo legate a carenze vitaminiche e proteiche. Fermo restando naturalmente la tossicità diretta dell'alcol sulle cellule.

Le carenze alimentari dell'alcolista dipendono da alcuni fattori:

1. In genere l'alcolista si nutre poco perché soddisfa, almeno in parte, il suo fabbisogno calorico consumando alcol, che però è privo di vitamine.
2. L'alcolista non assimila del tutto le sostanze alimentari, o le assimila male, a causa delle lesioni dell'apparato gastrointestinale.
3. L'alcolista ha spesso problemi economici per cui la qualità del cibo che consuma è scarsa e/o scadente.
4. L'alcolista, che vive in genere senza regole, è senza regole anche nell'alimentazione.

Intossicazione alcolica

Diagnosi ed effetti

L'intossicazione alcolica implica di per sé il concetto di evento acuto; avviene per ingestione di alcol etilico con conseguente aumento dell'alcol nel sangue. I livelli di alcolemia dipendono dalla quantità di alcol assunta, dall'età, dal peso corporeo, dal digiuno, dall'assunzione di cibo, dallo stato generale.

Sintomi clinici:

1. *Colore facies* (rubeosi, teleangectasie);
2. *Pupille* (midriasi nell'evoluzione);
3. *Equilibrio* (instabilità);
4. *Deambulazione* (Prova di Romberg);
5. *Rotazione* (Esame di Bourdon);
6. *Prova indice-naso*;
7. *Articolazione della voce* ('deficitaria');
8. *Disturbi della vista* (diplopia, riduzione del campo visivo);
9. *Comportamento* (disforia, disinibizione).

Danni organici

Può essere opportuno ricordare che si può arrivare all'alcolismo da molte strade (tenendo sempre conto che il 'bere' è soprattutto un piacere), ma che alla fine i danni sono riscontrabili a tutti i livelli, comportamentali ed organici. I danni organici più facilmente riscontrabili sono:

- Cavo orale: la presenza di malattia del parodonto e di glossite è di frequente riscontro nell'alcolista per la poca cura della persona e per la scarsa igiene orale. Il tutto è complicato dalla disvitaminosi e dalle cattive abitudini alimentari. Negli alcolisti il carcinoma alla lingua e della laringe è significativamente più frequente anche nei non bevitori. Anche la leucoplachia, condizione di precancerosi, la si riscontra più facilmente negli alcolisti specie se anche fumatori.
- Esofago: la patologia esofagea alcol correlata si caratterizza per alterazioni organiche e funzionali. Il danno funzionale che spesso costituisce il substrato favorente l'insorgenza della lesione morfologica è caratterizzato dalle alterazioni della motilità. Tali danni funzionali inducono una non coordinata attività motoria che non garantisce la 'clearing', meccanismo di fondamentale rilevanza per la protezione della mucosa esofagea dall'azione lesiva chimica o termica del materiale ingerito. L'alcol produce il suo danno sulla mucosa esofagea attraverso un duplice meccanismo (riducendo i fattori difensivi e potenziando quelli). È di frequente riscontro negli alcolisti l'esofagite erosiva da reflusso. Gli alcolisti ammalano di carcinoma dell'esofago con una frequenza di cinque volte

maggior rispetto ai non alcolisti ed ai non fumatori.

L'alcol è capace di produrre due quadri clinici molto gravi: la Sindrome di Boerhaave e la Mallory-Weiss. Tali situazioni sono caratterizzate dalla rottura dell'esofago in senso longitudinale, secondario a trauma pressorio che si ottiene durante il vomito. La perforazione produce emorragia massiva.

Le varici esofagee e del fondo gastrico sono un'altra complicanza in corso di problematiche alcol correlate e si manifestano a causa dell'ipertensione dell'asse spleno-portale e sono a rischio di rottura con conseguente emorragia. Segni premonitori possono essere: tracce di sangue nel vomito, feci di colore scuro, anemia, pallori improvvisi, ipotensione.

Patologie dell'apparato gastrointestinale

Gastriti, emorragie, lesioni della mucosa intestinale sono le più frequenti complicanze dovute all'alcolismo e si manifestano a carico dell'apparato gastrointestinale. All'inizio la secrezione dei succhi gastrici è assai abbondante. In seguito al manifestarsi di lesioni della mucosa, la secrezione diminuisce o addirittura scompare del tutto dando luogo al quadro della gastrite atrofica. Nell'alcolista è frequente il cosiddetto vomito mattutino, che indica la presenza di lesioni e che è anche uno dei sintomi della sindrome da astinenza. L'alcolista cerca di alleviare questo disturbo con l'assunzione, a digiuno, di una certa quantità di alcol.

Il paziente gastroresecato si accorge molto presto che l'alcol reca sollievo ai suoi problemi digestivi, per cui comincia ad assumere alcolici, vino soprattutto, invece di far uso dei farmaci. Poiché in questi soggetti viene a mancare l'azione dei succhi gastrici e l'assorbimento è più veloce che nelle persone sane il fegato è colpito molto rapidamente e altrettanto rapidamente si manifesta l'alcolismo. In questi soggetti, talvolta, l'alcolismo può essere indotto dal medico, che consiglia al paziente di assumere con il cibo piccole quantità di alcol. Il paziente interpreta poi questo consiglio come un invito ad assumere tutto l'alcol necessario a farlo star bene. Si parlerà quindi di alcolismo iatrogeno.

Patologie epatiche

Gli alcolisti soffrono molto spesso di disturbi al fegato. La cirrosi epatica alcolica è un'affezione così caratteristica nell'alcolista, che alcuni autori calcolano il numero degli alcolisti sulla base del numero degli ammalati e dei deceduti per cirrosi epatica. Su questa base anche Jellinek ha elaborato il proprio metodo di determinazione della prevalenza dell'alcolismo.

Secondo la maggior parte degli autori, i primi danni a carico del fegato si manifestano con l'infiltrazione di grassi tra le cellule epatiche dando luogo al quadro della steatosi epatica. La steatosi, nell'alcolismo non è transitoria in quanto la sua causa ovvero l'introduzione di alcol si ripete continuamente. Le manifestazioni cliniche della steatosi epatica alcolica sono spesso minime o del tutto assenti e l'evento patogeno può non essere riconosciuto fino a quando per altre condizioni morbose (generalmente correlate con l'assunzione di alcol) il paziente non giunge alla osservazione del medico. L'epatomegalia talora associata a dolenzia può essere l'unico reperto clinico.

Epatite alcolica

La presentazione clinica di questa patologia varia notevolmente, da forme asintomatiche ad insufficienza epatica letale. Si manifesta clinicamente con ittero, febbre (a 39°C nella metà dei casi), anoressia e dolore al quadrante addominale superiore destro, epatomegalia, splenomegalia in un terzo dei casi.

Sulla diffusione della cirrosi epatica fra gli alcolisti, non tutti gli autori sono concordi. La maggior parte ne stima la frequenza intorno al 5-6%. È stato evidenziato che gli alcolisti assimilano con difficoltà alcune vitamine, come la vitamina B12 e l'acido folico.

Secondo alcuni autori, l'alcol è il principale fattore eziologico, nei Paesi sviluppati, in circa la metà dei casi di cirrosi epatica.

La maggior parte degli autori ritiene che la cirrosi epatica alcolica cominci a manifestarsi con l'ingrossamento del fegato. I danni alle cellule epatiche vengono interpretati in modo differente. Alcuni autori sono del parere che la cellula venga danneggiata dalla pressione meccanica delle particelle di grasso sulla parete della cellula stessa. Altri fanno risalire i danni all'alimentazione carente tipica dell'alcolista, e specificamente alla carenza di proteine e di vitamine. Ha luogo così la degenerazione delle cellule epatiche e aumenta il tessuto connettivo. Mentre nella fase iniziale della cirrosi il fegato aumenta il volume e il suo peso può variare da 2.000 a 5.000 grammi, nella fase avanzata il fegato diminuisce di volume e il suo peso varia da 1.000 a 1.400 grammi. La sua superficie, inizialmente liscia, diviene leggermente granulosa e infine dura e bernoccoluta.

È corretto affermare che esiste probabilmente una correlazione significativa tra cirrosi epatica alcolica e modalità di consumo della sostanza alcolica, piuttosto che tra tipo di bevanda alcolica e cirrosi epatica.

I più comuni sintomi di cirrosi epatica non complicata sono calo ponderale, astenia e anoressia mentre i primi segni clinici sono ittero ed epatomegalia; altre manifestazioni secondarie o terziarie includono splenomegalia, ascite, atrofia testicolare, emorragia gastrointestinale, edema, peritonite spontanea, ginecomastia, spider naevi, eritema palmare, reticoli venosi addominali. La cirrosi alcolica può anche essere silente: infatti nel 10% dei casi la malattia viene diagnosticata incidentalmente in corso di laparotomia e autopsia. In molti casi l'esordio del corteo sintomatologico è insidioso manifestandosi dopo dieci anni o più di eccessivo consumo di alcol ed evolvendo lentamente nelle settimane o mesi successivi. L'anoressia e la malnutrizione sono causa di calo ponderale e di riduzione della massa muscolare scheletrica. Il paziente può lamentare facile insorgenza di ecchimosi, astenia inaggravante e stanchezza finché non compaiono manifestazioni cliniche di disfunzione epatocellulare ed ipertensione portale. Il brusco esordio di una di queste complicanze può costituire il primo evento che induce il paziente a richiedere l'intervento del medico. Va altresì tenuto presente che la cirrosi epatica, in virtù della sua correlazione con il virus dell'epatite C, può evolvere in carcinoma epatocellulare (HCC), tumore maligno al fegato.

Patologie dell'apparato cardiovascolare

L'alcol provoca anche patologie a carico del sistema cardiovascolare. La carenza di vitamina B può provocare nell'alcolista lesioni del miocardio. Al riguardo, varie sono le ipotesi. Già alla fine del secolo scorso era noto il cosiddetto cuore di birra, il Münchener Bierherz degli autori tedeschi.

Il termine alcoholic heart disease, 'cardiopatia alcolica', è stato usato per la prima volta da Mackenzie nel 1902. All'inizio del secolo si notò una qualche correlazione fra alcolismo e beriberi. La Occidental beriberi 'beriberi alcolico', o cardiomiopatia alcolica, può essere conseguenza della carenza di vitamina B, del deficit alimentare, o della composizione delle bevande alcoliche, in questo caso la presenza di cobalto. Probabilmente vi è anche una lesione del miocardio, causata direttamente dall'alcol.

Fino a poco tempo fa si riteneva che l'alcol agisse da vasodilatatore coronarico e potesse essere indicato per la cura dei disturbi ischemici. Di conseguenza, il medico consigliava a pazienti con patologie coronariche di assumere alcolici, preferibilmente superalcolici, e non erano rari i casi di alcolismo iatrogeno. In realtà, l'alcol nell'ischemia cardiaca copre pericolosamente il sintomo dolore, ha un'azione vasodilatatrice nella parte sana del miocardio, ma contemporaneamente peggiora l'afflusso di sangue nella parte ischemica o colpita da infarto. Oggi si sostiene che l'alcol rappresenta un fattore di rischio per cardiopatici e ipertesi. Tale patologia è caratterizzata clinicamente da circolo ipercinetico con tachicardia, aumento della pressione arteriosa differenziale, scompenso ad alta gettata e buona risposta terapeutica alla somministrazione di tiamina. È opportuno inoltre tenere presente che l'alcol aumenta il rischio di aritmie cardiache sia se vi è cardiopatia sia in caso contrario.

Spesso gli alcolisti muoiono improvvisamente e inaspettatamente ma la causa della morte rimane inspiegabile anche all'autopsia; ci può essere più di una sequenza fatale di eventi, ma tra le più probabili vi è quella di un'aritmia ventricolare primitiva che culmina in fibrillazione ventricolare.

Patologie muscolari

La miopatia alcolica è una sindrome clinica descritta negli ultimi trent'anni. La fisiopatologia di questa malattia non è chiara, nonostante si possa supporre che si tratti di un meccanismo simile a quello della cardiomiopatia alcolica.

Classicamente si distingue una forma acuta e una forma cronica. La forma acuta si manifesta con dolori, edemi, senso di tensione dei muscoli colpiti. Viene diagnosticata abbastanza di rado, ricorrendo ad esami ematochimici ed enzimatici. Di regola, è benigna. Solo eccezionalmente porta a fenomeni di necrosi muscolare facilita la diagnosi. Nella forma cronica prevalgono l'atrofia e la degenerazione soprattutto dei muscoli prossimali. Non è accompagnata da dolori, però il decorso è progressivo senza manifestazioni apparenti. Talvolta si può presentare in forma subclinica.

Patologie del pancreas

Il consumo prolungato di alcol può portare a patologie delle ghiandole endocrine. Fra gli alcolisti sono stati descritti casi di patologie acute e croniche del pancreas, della tiroide, delle surrenali e particolarmente delle ghiandole genitali. Ci occuperemo in particolare del pancreas.

Le patologie alcolcorrelate del pancreas sono spesso molto importanti e possono essere a prognosi infausta, come nel caso della pancreatite dovuta all'intossicazione acuta da alcol, patologia che si riscontra anche nei non alcolisti. La pancreatite alcolica è una malattia del pancreas causata da una intossicazione acuta o nel caso di alcolismo. Che il consumo cronico di alcolici possa portare a disturbi del pancreas, è un fatto ormai accettato. Harrison ritiene l'alcolismo uno dei maggiori fattori eziologici della pancreatite. Questa si manifesta fra i 20 e i 40 anni, e più frequentemente in chi fa un consumo eccessivo di alcolici da 8-10 anni. L'esordio è brusco e i sintomi sono: dolori addominali trafittivi acuti, intermittenti e sempre più frequenti; poi nausea, vomito, blocco intestinale. Capita non di rado che prima che sia posta una diagnosi corretta, il paziente venga ricoverato in ospedale anche più volte. La pancreatite, in forma acuta e cronica, anche se meno frequentemente della cirrosi epatica, e con quest'ultima la più pericolosa delle complicanze gastrointestinali dell'alcolismo.

La patogenesi dei disturbi del pancreas di origine alcolica non è ancora stata chiarita del tutto, anche se sono state avanzate diverse ipotesi e anche se sono stati pubblicati risultati di tutta una serie di esperimenti sugli animali. Dopo una serie di attacchi acuti si manifesta il quadro clinico della pancreatite cronica, che ha spesso esito letale. I dolori, che si formano via via più intensi, possono portare il paziente alla dipendenza da oppiacei, se questi si abitua a farne uso per alleviare gli spasmi. Da un punto di vista anatomopatologico si evidenziano alterazioni del tessuto pancreatico. In almeno un terzo dei casi si instaura una insufficienza endocrina ed esocrina con corrispondenti alterazioni metaboliche tra cui sono da segnalare il diabete mellito secondario e la steatorrea.

Patologie della pelle

Nell'alcolista le malattie della pelle sono da mettere in relazione a carenze vitaminiche. È il caso, ad esempio, della pellagra dell'alcolista. Bere problematico e alcolismo provocano anche altre patologie della pelle tra cui atrofia e disturbi circolatori.

La pelle risente sia delle lesioni causate dall'alcol nei vasi sanguigni, sia della carenza di vitamine, conseguenza, come abbiamo visto, dell'inadeguata alimentazione dell'alcolista. Inoltre le lesioni e i disturbi di alcuni organi, si ripercuotono sulla pelle, ad esempio quelli dell'apparato gastrointestinale. L'alcol ha un effetto irritante sulla pelle, già al primo contatto. Nel soggetto in stato di intossicazione acuta si manifesta un rossore sul volto, eritema al-

colico, analogo a quello che si manifesta dopo un pasto abbondante, eritema postprandiale. Il rossore si manifesta nella zona del capo e nella parte superiore del petto.

Le interazioni fra pelle e apparato gastrointestinale sono conosciute da molto tempo. Sono note le dermatosi correlate a malattie gastrointestinali, e parimenti disturbi digestivi presenti in alcune dermatosi. L'alcol agisce notoriamente sulla mucosa gastrointestinale e provoca cambiamenti nella secrezione dello stomaco, come già abbiamo visto. I riflessi viscerocutanei vegetativi, attraverso le fibre vasomotorie del parasimpatico, trasmettono degli stimoli causando l'arrossamento della pelle. Finché dura l'effetto dell'alcol, le piccole vene e i capillari della pelle sono dilatati e questo porta all'arrossamento della pelle.

L'alcolista è spesso affetto dalla rosacea, che si manifesta in conseguenza delle alterazioni croniche delle vene e dei capillari della pelle. In più del 90% dei casi tale patologia è associata alla presenza di gastrite cronica. La rosacea si manifesta anche con ipertrofia delle ghiandole sebacee, flogosi cutanea e disturbi endocrinologici. Sul suo manifestarsi possono influire diversi altri fattori. Nei casi più gravi possono anche comparire delle protuberanze nodose sul naso e vicino al naso: rinofim alcolico. Va detto inoltre che, in concomitanza di patologie epatiche, possono manifestarsi altre malattie della pelle di cui la più nota è la porfiria cutanea tarda.

Pellagra

La più nota dermatosi legata all'alcol è la pellagra. La pellagra è causata dalla carenza di vitamine del gruppo B, di niacina, di acido nicotinico e di nicotinammidi. Tale carenza si può riscontrare negli alcolisti, in persone sottoposte a gastrectomia o in altri casi di malassorbimento. L'etimologia rivela l'origine italiana del termine ('pelle agra', ossia ruvida, secondo la definizione data dai contadini lombardi). Frapoli fu il primo ad usare il termine pellagra. La malattia fu individuata inizialmente nella pianura lombarda e nel Meridione d'Italia. Oltre al quadro classico della pellagra si possono manifestare anche altre sindromi di avitaminosi da niacina.

La pellagra è stata anche chiamata 'lebbra lombarda'. È conosciuta anche come 'male del padrone' o 'male della rosa', nome di origine spagnola. In origine si riteneva che la pellagra fosse una malattia tipica di chi aveva un'alimentazione basata esclusivamente sul granoturco. Presente in particolare nelle zone agricole, fu descritta per la prima volta da Maffei nel 1600.

I sintomi principali della pellagra sono tre: diarrea, alterazioni cutanee, disturbi psichici. Per questo motivo la pellagra in inglese viene definita Three d's disease: 'malattia delle 3 d', con riferimento appunto ai tre sintomi caratteristici: diarrea, dermatite, demenza. I sintomi psichici che accompagnano il suo manifestarsi sono riconducibili al quadro della sindrome cerebrale organica. Nel prosieguo dell'evoluzione si può arrivare a quadri di demenza. Oggi la pellagra si riscontra di rado.

Alcolismo e tubercolosi

Alcolismo e tubercolosi si manifestano spesso contemporaneamente in uno stesso paziente. La loro possibile correlazione ha sempre attirato l'interesse dei ricercatori, anche perché quando le due malattie sono copresenti i loro rispettivi trattamenti diventano più difficili. Alcuni studiosi avevano avanzato l'ipotesi che le cause, sia della tubercolosi che dell'alcolismo, fossero da ricercare nella miseria e nelle precarie condizioni di vita dei pazienti. Quest'ottica è discutibile e alcuni sostengono che la miseria è più una conseguenza, che non una causa, dell'alcolismo, alcolismo che potrebbe avere invece nel troppo benessere una delle sue cause. Altri autori hanno ipotizzato che l'alcolismo, portando a disordini alimentari e a una generale debilitazione, renda l'organismo più predisposto alla tubercolosi. Neanche questa ipotesi è però stata suffragata da prove certe. Vi può essere anche un meccanismo inverso. È il caso di quei soggetti che ricorrono all'alcol per alleviare le tensioni provocate da una malattia cronica, a forte carica emozionale, come è la tubercolosi. A fa-

vore di questa tesi stanno i sintomi psichici e i cambiamenti della personalità dei soggetti affetti contemporaneamente da tubercolosi e da alcolismo.

Quando si scopre nel paziente la presenza di alcolismo e tubercolosi assieme, è necessario che il tisiologo, lo psichiatra o l'alcolologo agiscano in stretta collaborazione. In alcuni Paesi sono state realizzate apposite strutture per questi pazienti. Ciò è dovuto anche alla necessità di dare una risposta al problema della presenza di un gran numero di alcolisti tra gli ammalati cronici di tubercolosi, 'ribelli' al trattamento. E gli alcolisti sono, di solito, ostili ai farmaci e alle cure e poco attenti alla propria salute. Benché il numero di alcolisti affetti anche da tubercolosi sia assai ridotto in rapporto al numero complessivo di alcolisti, resta il fatto che il problema va considerato con la dovuta attenzione. Meno importante è stabilire se si tratta di alcolismi primari o secondari.

In Croazia, in virtù di una collaborazione instaurata tra il Centro per lo studio e il controllo dell'alcolismo e delle altre dipendenze della Clinica di neurologia, psichiatria, alcolologia ed altre dipendenze dell'ospedale universitario 'dott. M. Stojanovi' e l'ospedale per le malattie polmonari di Klenovnik, nel 1971 è stato inaugurato uno speciale reparto per la cura di pazienti affetti contemporaneamente da alcolismo e da tubercolosi o da altre malattie croniche dell'apparato respiratorio. Oggi questo reparto dispone di 100 posti letto. Oltre alla cura della tubercolosi, viene svolto un programma alcologico che è il medesimo che si attua nel Centro per lo studio e il controllo dell'alcolismo e delle altre dipendenze di Zagabria.

La parte alcologica del programma è adattata in base alle condizioni fisiche del paziente. I risultati che si conseguono sono di gran lunga superiori a quelli ottenuti con i trattamenti medici tradizionali. Vale la pena di ricordare che il trattamento di gruppo è stato proposto per la cura degli ammalati di tubercolosi già molti decenni orsono; anzi, i primi trattamenti di gruppo furono avviati proprio con questo tipo di pazienti e solo in un secondo tempo le terapie di gruppo vennero usate anche in psichiatria.

Fetopatia alcolica

Di recente sono stati descritti casi di bambini con malformazioni congenite o affetti da ritardo mentale o da alterazioni dello sviluppo psicomotorio le cui madri in gravidanza hanno assunto alcol. Si parla di questi casi di sindrome alcolica fetale, o di fetopatia alcolica.

Alcuni autori ritengono che la fetopatia alcolica possa manifestarsi solo nel caso in cui la madre abbia assunto in gravidanza grandi quantità di alcol. Altri autori sono invece dell'opinione che dosi anche minime di alcol possano essere dannose in gravidanza.

Nei Paesi dove il problema è stato studiato meglio e vi sono le casistiche più numerose si è raggiunta la convinzione che la madre non dovrebbe consumare bevande alcoliche in gravidanza, come pure non dovrebbe fumare o assumere qualsiasi altra droga. L'assunzione, durante la gravidanza, di quantità, anche minime di alcol può provocare la comparsa di lievi sintomi, e a volte di quadri subclinici della fetopatia alcolica. Il quadro clinico è più grave se i danni causati dall'alcol sono precoci, in specie se avvengono nei primi tre mesi di gravidanza. Si corre il rischio di provocare gravi deformità a carico del feto, oppure ritardi nello sviluppo. Molto spesso si lamentano casi di microcefalia, di ritardo mentale, di deformità delle labbra e delle orecchie.

Donna e alcol

Višnja Hudolin

Comparando le lesioni alcoliche che si riscontrano più frequentemente nella donna con quelle dell'uomo, si può sottolineare le seguenti caratteristiche:

1. Donne sono solamente il 10-25% del numero complessivo di alcolisti.
2. Le donne, anche se alcoliste, bevono in media meno come quantità e frequenza rispetto agli uomini, ed in conseguenza dovrebbero avere meno problemi somatici.

L'alcol viene diluito nel corpo nell'acqua corporea. Considerato che il corpo femminile, secondo la letteratura, contiene meno acqua del maschio (50-60%), la concentrazione dell'alcol nel sangue della donna è superiore a quello del maschio, se bevono la stessa quantità di alcol, per chilogrammo di peso corporeo. Ciò vuol dire che alla donna, per ottenere una determinata concentrazione di alcol nel sangue, è sufficiente consumare meno dell'uomo, e conseguentemente le lesioni somatiche sono minori.

3. Dalla letteratura si può vedere che, per esempio, le cardiopatie alcoliche sono relativamente più rare nella donna.
4. Le cirrosi epatiche, lesioni quasi specifiche negli alcolisti, appaiono anche in un numero minore nelle donne.

Dai dati epidemiologici sulla cirrosi epatica, si può constatare che le lesioni epatiche alcoliche sono assai più rare nella donna. Questo è dimostrato chiaramente dai dati della letteratura professionale. Molti autori, al contrario, descrivono una vulnerabilità epatica all'alcol superiore nella donna: ciò dimostra ancora una volta la mancanza dei ricerche quando si tratta del bere femminile. Le lesioni alcoliche di altri organi nella donna sembrano più rare. Come si vede, i dati della letteratura basati sulle ricerche contrastano con le credenze generali. Secondo queste credenze le lesioni organiche sarebbero più numerose della donna.

Anche le esperienze dei Club degli alcolisti in trattamento vanno nella stessa direzione. Le lesioni gravi somatiche alcolcorrelate vengono riscontrate più raramente nella donna.

Possono essere considerati quattro gruppi di lesioni alcoliche specifiche per la donna:

1. problemi mestruali;
2. problemi della gravidanza;
3. fetopatia alcolica;
4. cancro della mammella.

Problemi mestruali

Ultimamente sono stati pubblicati parecchi lavori sull'effetto che la mestruazione può avere sul consumo degli alcolici. Questo potrebbe essere causato dai cambiamenti dello stato d'animo causato dal ciclo mestruale. Come di solito quando si parla del bere femminile esistono opinioni contrastanti: alcuni non hanno riscontrato questa correlazione fra ciclo mestruale e consumo di alcol. L'abuso sessuale (l'incesto, lo stupro ecc.) può provocare un aumento del consumo di alcol. In tal caso l'aumento non può essere attribuito alla mestruazione ma piuttosto ai problemi psichici provocati da tale esperienza.

Il bere e la gravidanza

Dai tempi remoti si è parlato della possibilità che il bere possa provocare danni al feto. Secondo la leggenda, Vulcano è nato zoppo perché Giove era ubriaco quando lo concepì. Ippocrate sosteneva che l'ubriachezza dei genitori è la causa della debolezza dei figli. A Cartagine c'era una legge che proibiva agli sposi di bere alcolici il giorno in cui dovevano consumare il matrimonio.

I consigli alle donne di non bere durante la gravidanza si trovano già nella Bibbia. In tempi più vicini, questo problema iniziò ad essere menzionato nelle pubblicazioni mediche, a partire dal XVII secolo in poi. Più tardi fu negata la possibilità che il consumo di alcol possa provocare danni al feto o agli spermatozoi del padre. Questa credenza era presente fino agli anni cinquanta di questo secolo. Dalla fine degli anni cinquanta furono pubblicati dei lavori che parlano della possibilità che il bere durante la gravidanza possa danneggiare il feto. Un lavoro significativo in questo senso fu pubblicato da Lemonie e coll. nel 1968. Lemoine descrisse in 127 bambini le malformazioni dovute al bere della madre durante la gravidanza. In seguito fu definito il quadro clinico completo della fetopatia alcolica, termine usato dal 1973. Nella letteratura si trovano i dati sui fattori che potrebbero contribuire all'apparizione della sindrome, come per esempio il fumare, il consumo delle droghe ecc. della madre.

In tutte queste ricerche si tentò di indicare anche la quantità di alcol che non sarebbe pericolosa. Nella maggioranza dei casi, oggi si consiglia sempre più di astenersi durante la

I problemi legati all'uso delle bevande alcoliche

gravidanza e l'allattamento. Non si conoscono le quantità non pericolose. Le malformazioni iniziano nell'undicesima settimana (terzo mese), dovute all'effetto tossico diretto dell'alcol, che passa attraverso la placenta e invade il liquido amniotico.

Caratteristiche cliniche maggiori della fetopatia alcolica secondo Clarren e Smith		
	Frequenza >80%	Frequenza 50-80%
Deficit di accrescimento	Intrauterino (>3° perc.)	Tessuto adiposo scarsamente rappresentato
Alterazioni del SNC	Extrauterino (>3° perc.) Ritardo mentale	Turbe di coordinazione
Alterazioni cranio-facciali	Microcefalia Rima palpebrale breve Filtro ipoplasico Labbro superiore sottile	Ipotonia Naso a sella Ipoplasia mascellare superiore Micrognazia o relativo prognatismo

Caratteristiche cliniche minori della fetopatia alcolica secondo Clarren e Smith		
	Frequenza 25-50%	Frequenza <25%
Occhio	Ptosi, strabismo, epicanto	Miopia, blefarofimosi, microftalmia
Orecchio	Rotazione posteriore, incompleto sviluppo dell'elice superiore	
Bocca	Archi palatini laterali prominenti	Labiopalatoschisi, ritardo dell'eruzione dentaria, denti piccoli con difetto dello smalto
Cuore	Soffio cardiaco nella prima infanzia	Anomalie dei grossi vasi, DIA, DIV
Rene e genitali	Ipoplasia delle grandi labbra	Criptorchidismo, ipospadia, vagina septa, displasie renali
Cute e annessi	Angiomi, anomalie dei solchi palmari	Irsutismo della fronte, displasie ungueali
Muscoli		Ernia diaframmatici, ernia ombelicale, diastasi dei retti, pectus excavatum e sterno carenato
Scheletro		Sinostosi radio-ulnare, clinodattilia
Articolazioni		Limitati movimenti articolari delle dita e dei gomiti

Fonte: Cicchetti e Lizzi (1983)

Nel 1981 negli Stati Uniti si proclamava ufficialmente: «*Anche se una donna non partorisce un bambino con una sindrome di fetopatia alcolica chiaramente riscontrabile, è più probabile che la donna che beve dia vita ad un bambino con uno o più difetti appartenenti a questa sindrome. Ogni paziente dovrebbe essere informata sui rischi che porta con sé il consumo degli alcolici durante la gravidanza e deve essere consigliata di non bere alcolici, con il suggerimento di controllare l'eventuale presenza di alcol negli alimenti e nei farmaci che prende*».

Ancor oggi ci sono discussioni sulla quantità di alcol che può essere consumata, nonostante sia chiaro che il consiglio di astenersi sia il migliore. Si consiglia di non bere durante l'allattamento perché una quantità di alcol viene eliminata dal corpo mediante il latte materno.

Cancro della mammella

Dalla metà degli anni ottanta sono sempre più numerosi i lavori sul legame fra il consumo di alcol e il cancro della mammella. Sono state fatte molte ricerche epidemiologiche. Queste ricerche sono difficili perché si tratta di fare un prelievamento di dati su un numero enorme di persone, tenendo conto dell'incidenza e della prevalenza del cancro della mammella nella popolazione generale e nel gruppo delle donne bevitrici.

Sembra che tutti i lavori dimostrino che il rischio del cancro alla mammella aumenta nelle donne che consumano alcol del 50%.

All'infuori del bere, altri fattori hanno un ruolo importante nella comparsa del cancro della mammella: il fumo, le caratteristiche genetiche, l'obesità ecc. In ogni caso bisogna aspettare i risultati di ricerche ulteriori. Sembra che tutti siano d'accordo che con la riduzione di bere o l'astinenza diminuisce il rischio del cancro alla mammella.

In conclusione, si possono elencare alcune impressioni scaturite dai dati delle ricerche:

- a. Il bere ed i problemi alcolcorrelati in ambedue i sessi producono gli stessi problemi e devono essere trattati ugualmente cercando di cambiare il comportamento o stile di vita dell'intero gruppo familiare.
- b. All'infuori degli aspetti generali, il bere ed i problemi alcolcorrelati hanno, nella donna, certe specificità:
 - la donna, anche se alcolista, consuma quantità inferiori di alcolici rispetto all'uomo;
 - l'alcolismo femminile inizia in età più avanzata;
 - aumentando il consumo, aumenta la prevalenza e l'incidenza dei problemi alcolcorrelati della donna, ma l'aumento in numeri relativi non oltrepassa quello degli uomini. Non esiste una convergenza del consumo fra i maschi e le donne.
 - il numero di lesioni somatiche non supera quelle nei maschi; anzi, dai dati della letteratura e delle esperienze dei Club degli alcolisti in trattamento, sembra che siano meno numerose.

Nei Club degli alcolisti in trattamento è necessario intensificare il lavoro con le donne, sia alcoliste, sia membri della famiglia.

Anziani e alcol

Višnja Hudolin, Valentino Patussi

Di solito nella terza età i problemi sono provocati dal consumo in sé di alcolici, più che dall'alcolismo. La maggior parte degli alcolisti infatti non arriva a questa età, in quanto la loro durata media di vita, se lasciati privi di trattamento, è di 53 anni.

Ultimamente, a causa della crescita del numero degli anziani nella popolazione generale, si stanno facendo molte ricerche che descrivono un enorme aumento dei consumi di alcol e dei problemi alcolcorrelati negli anziani. Le esperienze fatte nei Club degli alcolisti in trattamento, negli istituti di riposo degli anziani confermano questo dato.

Spesso la co-presenza in queste persone di problemi alcolcorrelati con la demenza complica ulteriormente la situazione. La vecchiaia per sé non è una malattia psichiatrica.

Il trattamento nei Club dei problemi alcolcorrelati delle persone in età avanzata può dare ottimi risultati, però senza la possibilità di superare la 'dipendenza' dal Club e dal servitore-insegnante.

Ci sono molti fattori che sono considerati importanti nell'avvicinare gli anziani piuttosto al bere che all'alcolismo:

- i cambiamenti nella vita quotidiana, come la dipendenza dei figli e dei famigliari;
- la sensazione di solitudine;
- il pensionamento, con la perdita dei compagni di lavoro, del ruolo attivo nella società, la diminuzione del reddito, la perdita di impegni significativi, dei contatti sociali, del ruolo di madre e di moglie;
- le malattie legate alla vecchiaia;
- l'eventuale istituzionalizzazione;
- la morte del coniuge;
- la posizione marginale nella famiglia e nella società.

Nel 1994 il Consiglio Americano per l'Invecchiamento (composto da medici e soprattutto psichiatri) ha divulgato un documento di proposte di interventi necessari per proteggere le persone anziane. Il Consiglio ha elencato le difficoltà e i pericoli che si trovano a dover affrontare gli anziani. Sono state anche descritte le diverse manifestazioni e i sintomi, compreso l'uso delle sostanze psicoattive e dell'alcol. In questo documento è stato dichiarato che l'abuso (inteso come inganno), la trascuratezza e lo sfruttamento sono i maggiori problemi della salute pubblica.

Closser e Blow, in un articolo del 1993, affermano che spesso l'alcolismo degli anziani è nascosto, ma negli ultimi tempi in America è diventato un problema significativo di salute.

Le ricerche epidemiologiche eseguite dal National Institute of Mental Health dimostrano che il 14% dei maschi e il 15% delle donne dai 65 anni in su hanno problemi alcolcorrelati. Ricerche epidemiologiche recenti hanno evidenziato due fasce di età particolarmente critiche per quanto riguarda la prevalenza dell'alcolismo: fra i 40 e i 55 anni e fra i 65 e i 74 anni. Leggendo la letteratura, soprattutto quella anglosassone, sembra che esista un'incidenza del 5-20% negli ultrasessantacinquenni, con una maggiore incidenza fra gli anziani ospedalizzati o istituzionalizzati.

L'alcolismo rappresenta la seconda causa di ammissioni di persone anziane in istituti psichiatrici, mentre nel 15-20% delle ammissioni nelle residenze sanitarie assistenziali il comportamento alcolico costituisce il problema più rilevante.

Il Registro Nazionale Croato degli Alcolisti Ospedalizzati in Croazia dal 1965 al 1985 (centotrentamila persone) riporta che il 10% dei maschi e il 15-20% delle donne hanno un'età superiore ai 60 anni. Nello stesso periodo i maschi sotto i 29 anni sono l'11% e le donne il 6%. Le percentuali fra i giovani maschi e le donne era quasi uguale durante tutti gli anni. Soltanto negli ultimi sette anni si è registrato un aumento relativo delle donne di età oltre i 60 anni.

Problemi psichici

Vladimir Hudolin

Patologie del sistema nervoso

I danni a carico del sistema nervoso sono una delle complicanze più frequenti dell'alcolismo e quasi tutti gli alcolisti ne soffrono. Le lesioni sono a carico sia del sistema nervoso centrale che di quello periferico.

Le lesioni del sistema nervoso centrale sono spesso di origine metabolica per carenza di alcune vitamine del gruppo B. Vi sono però anche lesioni causate dall'azione tossica diretta dell'alcol sulle cellule cerebrali e, come studi recenti hanno evidenziato, alterazioni a livello dei neurotrasmettitori.

Le lesioni del sistema nervoso che si manifestano più frequentemente nell'alcolismo sono le seguenti:

1. L'ematoma subdurale si presenta negli alcolisti con una certa frequenza, e a volte compare in entrambi gli emisferi.
2. L'alcolismo è quasi sempre causa di atrofia della corteccia cerebrale. L'atrofia determina quadri di deterioramento che possono sfociare in demenza. L'atrofia può essere presente anche a livello delle strutture cerebrali profonde (atrofia sottocorticale).
3. Viene descritta la degenerazione delle cellule cerebrali di alcuni strati della corteccia (sclerosi laminare dell'alcolista di Morel).
4. La necrosi del corpo calloso nell'alcolista è stata descritta all'inizio del secolo (1903). La diagnosi viene posta, di solito, solo al momento del riscontro autoptico.
5. Sono abbastanza frequenti le lesioni nella regione del tronco encefalico e dei nuclei della base. La sindrome clinica tipica è la encefalopatia di Wernicke.
6. Sono descritti con sempre maggiore frequenza quadri di atrofia cerebellare, in presenza della tipica relativa sintomatologia.
7. Le mielopatie alcoliche sono molto più frequenti di quanto si pensi, anche perché non sempre vengono correttamente diagnosticate.
8. Polineuropatia alcolica.
9. Nevrite ottica alcolica.

Polineuropatia alcolica

La polineuropatia alcolica è la più frequente lesione neurologica dell'alcolista. Colpisce solitamente i nervi periferici delle estremità, più raramente i nervi cranici.

Molte volte si parla della polinevrite alcolica nonostante non si tratti di un processo infiammatorio dei nervi, ma piuttosto di un processo degenerativo, legato alla carenza di vitamina B1. La lesione è di solito simmetrica e bilaterale e inizia a manifestarsi dalle estremità inferiori. La sfera sensoriale è più colpita da quella motoria. La sintomatologia si manifesta con anestesia o parestesia alle piante dei piedi, alle ginocchia e talvolta alle mani. In seguito il paziente può avvertire dolori muscolari, soprattutto nella regione poplitea, accompagnati da difficoltà motorie agli arti inferiori che possono arrivare fino alla paralisi. Gli arti superiori sono colpiti più raramente e in forma più lieve. I muscoli sono ipotonici e atrofi.

Nella fase terminale l'ammalato può restare paralizzato. La cute può diventare più sottile, atrofica, si pigmenta di scuro, i capillari appaiono dilatati.

Nella letteratura medica è riservata una citazione alla cosiddetta 'paralisi del lunedì', o 'paralisi degli amanti'. Si tratta della paralisi di alcuni nervi, conseguenza di una posizione scorretta assunta nel sonno, con un arto ad esempio sotto il corpo del partner. Si manifesta spesso il lunedì, al risveglio dal sonno profondo provocato dall'eccessivo consumo di alcolici della domenica.

La maggior parte degli autori ritiene che la polineuropatia che accompagna il beriberi sia uguale alla polineuropatia alcolica. Nell'alcolismo, però, non vi è solo la carenza di vitamina B1: un ruolo importante è rappresentato infatti anche dalla carenza di altre vitamine e forse di altre sostanze nutritive, come le proteine. Per questo motivo le polineuropatie alcoliche possono essere accompagnate da edemi e da altri sintomi caratteristici della carenza di vitamina B1. La polineuropatia alcolica si accompagna spesso alla psicosi di Korsakov (o demenza di Korsakov), che per tale motivo è anche detta psicosi polinevritica.

La prognosi nei casi più gravi resta molto incerta. Perfino nelle forme lievi possono passare mesi prima che si avverta un miglioramento. In genere, ci si ferma ai risultati ottenuti dopo un anno dall'inizio del trattamento. Alcuni disturbi, ad esempio l'insicurezza nella deambulazione, specialmente al buio possono perdurare sine die. Nelle forme più leggere il miglioramento soggettivo è veloce, ma quello oggettivo si ha solo dopo qualche mese, fino ad un anno.

Tremore

Il tremore è uno dei sintomi più classici dell'alcolista, specie nella sindrome da astinenza. All'inizio vi è un tremore fine, specie alle dita, che con l'andar del tempo diviene grossolano e si estende alla lingua, alle labbra, alle estremità e al capo. Dopo un prolungato periodo di astinenza, sparisce; nei casi gravi può diventare irreversibile. La causa del tremore degli alcolisti non è ancora stata completamente chiarita.

Mielopatie alcoliche

Le lesioni del midollo spinale dell'alcolista possono presentarsi in forme diverse. Di tutte le lesioni neurologiche in qualche modo riconducibili al consumo di alcol, queste sono le meno conosciute e vengono raramente citate. Forse ciò è dovuto al fatto che di rado si presentano isolate. Di solito sono accompagnate da lesioni del sistema nervoso periferico.

Le mielopatie alcoliche provocano essenzialmente una forma più o meno grave di paralisi degli arti inferiori, e sono accompagnate da disturbi della sensibilità di tipo spinale di vario grado. Anche se si interrompe il consumo di alcol e si arresta la malattia, nei casi più gravi resteranno delle conseguenze permanenti: disturbi atassici, paresi agli arti inferiori e, nelle situazioni maggiormente compromesse, paralisi completa degli arti inferiori e a volte anche degli arti superiori. La malattia si manifesta solitamente nello stadio più avanzato dell'alcolismo, quando non è più possibile una completa riabilitazione e si possono avere conseguenze letali. In ogni caso, se non si provvede ad instaurare un appropriato trattamento, ed una terapia medica, si arriva gradualmente ad una totale invalidità, con imponente decadimento generale ed infine al decesso.

Atrofia cerebrale

L'atrofia cerebrale, nell'alcolista, non ha un valore prognostico ben preciso. Esistono casi di marcata atrofia, nei quali si ha un buon miglioramento, e, parimenti, casi con una prognosi infausta, nei quali l'atrofia cerebrale è modesta. La prognosi dipende invece dalla localizzazione del processo atrofico e dal grado di compromissione di alcuni fasci neuronali. Naturalmente se non si intraprende il trattamento, il quadro lentamente continuerà a peggiorare.

L'atrofia cerebrale si manifesta nel 90% di tutti i casi gravi di alcolismo (Hudolin Vl., 1962, 1980) ed è responsabile, probabilmente, del decadimento intellettuale e morale del soggetto. Secondo l'attuale orientamento, i disturbi atrofici cerebrali dell'alcolista sono una conseguenza dei disturbi metabolici provocati dall'alcol. Molto probabilmente questi si manifestano in conseguenza della carenza di vitamine, in particolare di quelle del gruppo B. Qualche volta l'atrofia cerebrale dell'alcolista è messa in relazione con i traumi cranici cui l'alcolista va spesso soggetto. Alcuni autori ritengono invece che l'atrofia sia primaria e che quindi non si manifesti a causa dell'alcol, ma per qualche altro motivo. L'alcolismo ne sarebbe una conseguenza. Questa ipotesi non è mai stata dimostrata. Se il soggetto è anziano, bisogna naturalmente prendere in considerazione anche i quadri di atrofia da demenza presenile o senile.

L'atrofia, in quanto lesione irreversibile, non può essere curata. L'unica cosa da fare è smettere di bere e iniziare subito il trattamento. Nella maggior parte dei casi si avrà un miglioramento, verosimilmente perché le zone del cervello non danneggiate vicariano in parte le funzioni di quelle danneggiate. Se si è già arrivati ad un quadro di demenza, sarà molto difficile, anche con l'astinenza, recuperare l'autonomia e l'autosufficienza. In questo caso l'alcolista resterà a totale carico della propria famiglia e del Club. È uno dei rari casi in cui si sviluppa questo tipo di dipendenza dal Club. Del resto ci pare comunque migliore questa situazione, rispetto alle continue ricadute e al costante aggravarsi di chi continuasse a bere.

L'atrofia cerebellare dell'alcolista è una lesione che negli ultimi anni è stata descritta molto spesso. Appartiene al grande gruppo delle encefalopatie alcoliche.

Il quadro clinico è caratterizzato da disturbi dell'equilibrio e da tremori. Possono an-

che essere presenti sintomi progressivi di demenza. Il decorso della malattia può essere sia lento che rapido, vi sono casi che permangono a lungo stazionari. Disturbi cerebellari compaiono nella maggior parte degli alcolisti e si manifestano con incapacità di coordinazione, disartria, tremori, atassia e disturbi della deambulazione.

È probabile che, come nel caso delle altre encefalopatie alcoliche, le cause dell'atrofia cerebellare vadano ricercate nel deficit alimentare, con particolare riguardo alla carenza di vitamina B1, ma non si può neanche escludere l'azione tossica diretta dell'alcol.

Necrosi alcolica del corpo calloso (Marchiafava e Bignami)

Questa malattia fu descritta per la prima volta dagli italiani Marchiafava E. e Bignami A. nel 1903. È caratterizzata da lesioni localizzate soprattutto nella zona centrale e frontale del corpo calloso, che è la principale struttura di collegamento tra i due emisferi cerebrali. Le lesioni sono di tipo degenerativo e arrivano fino alla necrosi. Per questo la malattia viene anche detta necrosi alcolica del corpo calloso. Si tratta di una malattia molto rara, la cui diagnosi è possibile solo a livello autoptico. La diagnosi clinica è praticamente impossibile.

Un tempo si riteneva che la malattia colpisse le persone dedite al consumo di una quantità particolare di vino. In realtà, come è stato poi accertato, si manifesta anche nei soggetti che consumano altri tipi di alcolici. È stata scoperta in tutte le razze. Il quadro elettroencefalografico è abbastanza tipico per la presenza di onde lente variamente organizzate che potrebbero essere indicative di questa malattia. Di una certa utilità per la diagnosi delle forme latenti potrebbero essere la TAC. Un recente strumento diagnostico che potrebbe risultare essenziale nello studio di tutte le cerebropatie qui descritte è rappresentato dalla Risonanza Magnetica Nucleare (NMR).

In alcune casi stata accertata la lesione del nervo ottico; si trattava in genere di soggetti con un forte deficit alimentare. Oltre a queste lesioni caratteristiche, la malattia di Marchiafava-Bignami provoca lesioni in altre zone del sistema nervoso centrale, che ricordano la malattia di Wernicke. Abbiamo visto che oggi prevale l'ipotesi di una correlazione tra la malattia di Marchiafava-Bignami e le altre encefalopatie dell'alcolista, si tratterebbe cioè di una patologia unica, con diversi quadri sintomatologici individuali.

La malattia porta rapidamente a morte prima di essere diagnosticata.

Encefalopatia di Wernicke

La poliencefalite emorragica acuta superiore è una sindrome clinica descritta da Wernicke K. in tre casi studiati nel 1881. Una sindrome molto simile è stata descritta nel 1875 in Francia da Gayet. I francesi perciò chiamano questa malattia encefalopatia di Gayet-Wernicke. Dei tre casi descritti da Wernicke K. nel 1881 solo due riguardavano alcolisti. Nel terzo caso si trattava di un quadro cachettico causato dalla stenosi del piloro in seguito ad un tentativo di suicidio con acidi. Successivamente sono stati descritti molti altri casi.

Ematoma subdurale

Negli alcolisti l'emorragia nello spazio subdurale è di origine venosa, e si ritiene, in genere, che sia causata da un trauma. L'ematoma subdurale è più frequente nell'alcolista che nel non alcolista. Questo si spiega forse con il fatto che l'alcolista è facilmente soggetto a traumi, e che inoltre presenta lesioni da alcol delle vene dello spazio subdurale. L'alcol danneggia infatti i vasi, per cui nell'alcolista le vene si rompono più facilmente con conseguenti emorragie, anche in concomitanza a lievi traumi cranici. Poiché l'alcolista va incontro spesso a traumi cranici da caduta o da incidente, l'emorragia subdurale, con conseguente raccolta ematica nello spazio subdurale, è accadimento di una certa frequenza.

L'ematoma subdurale, talvolta anche bilaterale, costituisce nell'alcolista una seria complicanza del trauma cranico. Il quadro clinico è caratterizzato da cefalea, emiparesi, afasia e altri disturbi simili (se l'ematoma si trova nell'emisfero dominante), stato confusionale, vomito e infine il coma.

A volte la malattia insorge lentamente; spesso si presenta in forma acuta a breve di-

stanza di tempo dal trauma. Vi sono casi in cui passano giorni, qualche volta mesi, o addirittura anni, prima che si manifestino i primi sintomi.

La diagnosi può essere molto ardua, in particolare quando si ha a che fare con dei soggetti in stato di intossicazione acuta da alcol, e quindi non collaboranti. Bisogna tener conto di questa possibilità per poter intervenire chirurgicamente con tempestività, evitando l'aggravamento del paziente e i conseguenti maggiori rischi operatori.

Per arrivare a una diagnosi rapida hanno una grande importanza alcuni esami: il più semplice è la ecoencefalografia che segnala l'eventuale deviazione delle strutture mediali del cervello. Naturalmente l'esame più utile e importante è dato dalla tomografia assiale computerizzata (TAC). Non bisogna dimenticare che relativamente spesso l'ematoma subdurale è bilaterale.

Come abbiamo già detto, l'ematoma subdurale deve essere trattato chirurgicamente, e l'intervento, considerati i rischi dell'evoluzione del quadro clinico, deve essere eseguito il più presto possibile.

Un problema spesso presente nei Club degli alcolisti in trattamento è una combinazione di problemi alcolcorrelati con problemi psichici: la cosa richiede che i Club e i loro servitori-insegnanti siano informati di tale tipo di disturbo. Si potrebbe generalmente parlare di una psichiatria alcolologica che descrive i sintomi psichici del problema alcolcorrelato e complesso e che fa parte dell'alcolologia e di una alcolologia psichiatrica che si occupa delle sindromi psichiatriche combinate con i problemi alcolcorrelati e che fa parte della psichiatria. In tutti i due gruppi è necessaria la cooperazione fra i Club degli alcolisti in trattamento ed i servizi pubblici psichiatrici, ma nel secondo gruppo tale collaborazione è indispensabile.

In questo capitolo saranno brevemente descritti i grandi gruppi delle sindromi psichiatriche e la loro coincidenza (causale o casuale) coi problemi alcolcorrelati, con una breve indicazione del trattamento secondo l'approccio ecologico sociale che si basa sui Club degli alcolisti in trattamento.

Disturbi psichiatrici causati da lesioni cerebrali

I disturbi psichiatrici causati da una lesione cerebrale hanno spesso una eziologia chiara. Esistono varie possibili combinazioni di tali disturbi con i problemi alcolcorrelati, sia nel caso che questi siano causa del problema organico o che ne siano la conseguenza, o una coincidenza casuale.

Il problema organico può essere originato non solo dall'alcolismo, ma anche dal bere (traumi craniocerebrali alcolcorrelati, psicosi alcoliche acute ecc.).

Il bere ed il problema alcolcorrelato possono eccezionalmente discendere da una lesione organica cerebrale come nel caso dell'iperesensibilità all'alcol nelle persone dopo un trauma craniocerebrale, dell'impossibilità di controllarsi a causa di una demenza organica, senile, Alzheimer ecc.

In tutti questi casi la terapia del problema organico, se esiste, viene fatta seguendo le indicazioni mediche. Poiché spesso non si può intervenire efficacemente sul fattore eziopatogenico ci si deve necessariamente limitare al trattamento del sintomo e del legame che esiste tra il paziente ed il suo bere. L'approccio, in ogni caso, sarà lungo, durerà tutta la vita e dovrebbe, se possibile, essere organizzato nella comunità locale. Il Club degli alcolisti in trattamento può, in molti di questi casi, aiutare a raggiungere l'astinenza e migliorare la vita sociale del paziente e della sua famiglia. In molti casi si creerà probabilmente un legame molto forte con il Club e il servitore-insegnante che non potrà essere risolto (sarà comunque un legame meno dannoso di quello con l'alcol). Se si interrompe il legame con il Club o con il servitore-insegnante, l'alcolista molto facilmente ricadrà. In parecchi casi sarà necessario creare una famiglia sostitutiva.

Per fortuna il numero di questi casi non è molto grande.

Disturbi mentali e comportamentali legati all'uso di sostanze psicoattive, incluso alcol

Una parte di questi disturbi appartiene al gruppo dei problemi alcol, droga e alcol/drogacorrelati. L'altra parte comprende alcune sindromi psichiatriche reversibili (delirium tremens, sindrome alcolica intermedia, allucinosi acuta, ubriachezza patologica).

Delirium tremens

Il delirium tremens è una psicosi acuta molto frequente fra gli alcolisti e sulla quale è stato scritto moltissimo. Appartiene al gruppo delle sindromi psicorganiche acute e la sua comparsa può essere determinata da svariati fattori scatenanti, fra i quali: l'astinenza, i traumi fisici e psichici, gli interventi chirurgici, le infezioni. È stata descritta per la prima volta nel 1813. Il delirium tremens si manifesta solo quando la persona ha ormai sviluppato il quadro classico dell'alcolismo e sono presenti patologie organiche e psichiche. Di solito il delirium tremens colpisce individui di mezz'età, ma può manifestarsi anche nei giovani e addirittura nei bambini. La mortalità a causa del delirium tremens è ancora molto alta.

Lo stadio acuto della malattia è spesso preceduto da un periodo prodromico, accompagnato dall'aggravarsi del quadro generale. Di solito peggiorano i disturbi gastrointestinali e i disturbi psichici. Sonno disturbato, paure notturne, agitazione, stato confusionale, sudorazione abbondante completano il quadro clinico. Alla mattina il soggetto di solito sta meglio e a volte è in grado di continuare la propria attività lavorativa. Questo stadio è chiamato pre-delirium o delirium latente. A questo stadio prodromico segue lo stato di delirio acuto, spesso precipitato da un trauma, da un intervento chirurgico, da uno stato febbrile o da un grande sforzo fisico. Sappiamo da tempo che il delirium tremens si può manifestare anche come conseguenza dell'improvvisa interruzione del consumo di alcol, come delirio da astinenza. Sono stati descritti parecchi casi di delirio manifestatisi in seguito ad un ricovero in ospedale, o in seguito alla carcerazione, con conseguente interruzione forzata del consumo di alcol.

Il delirium tremens può presentarsi in forma acuta e in forma sub-acuta. Il quadro acuto presenta sintomi più gravi e comporta un drammatico aggravamento delle condizioni generali. Spesso si manifesta con febbre alta che può arrivare fino a 41°C. Il soggetto manifesta disturbi della coscienza, disorientamento spazio-temporale, stato confusionale grave. Il delirio è sempre accompagnato da tremori diffusi e da marcata agitazione psicomotoria. Spesso sono presenti gravi disturbi intestinali, difficoltà nell'urinare fino all'anuria, sindrome, sindrome epato-renale. Il paziente si aggrava progressivamente specie in relazione a problemi di disidratazione con alterazioni, anche gravi, degli equilibri elettrolitici. I disturbi fisici possono aggravarsi a tal punto, da far passare in secondo piano la diagnosi di alcolismo o portare a ricoveri in reparti non indicati.

Il delirio è accompagnato da allucinazioni, per lo più visive, anche se non mancano allucinazioni uditive. Le allucinazioni sono spesso a contenuto terrifico e si inseriscono nel quadro generale di confusione e di agitazione. Il paziente spesso vede piccoli animaletti o insetti che strisciano su suo corpo o che lo assediano da ogni lato. Alcune allucinazioni gli possono essere indotte, data la sua alta suggestionabilità. Per esempio, se consegniamo al paziente un foglio bianco e lo invitiamo a leggere quanto c'è scritto, egli lo farà. Talvolta il paziente sente voci minacciose, denigratorie, calunniose; oppure dei suoni musicali, delle marce. Sono presenti anche idee deliranti, non sempre ben strutturate, a contenuto persecutorio o di gelosia. A volte i deliri di gelosia possono persistere anche dopo il superamento dell'episodio. Nel delirio, il paziente può essere portato a ripetere i gesti tipici della propria attività lavorativa. È quello che si definisce delirio professionale. Un sintomo caratteristico è il tremore: delle dita, della lingua e della testa, accompagnato spesso da un mormorio inintelligibile. Sono frequenti anche attacchi convulsi generalizzati. Dopo qualche giorno di delirio il paziente cade in un sonno lungo e profondo. Al risveglio, è abbastanza lucido e di solito residua una parziale amnesia di quando è accaduto durante il delirio.

Le vere cause del delirium tremens non sono ancora state chiarite del tutto. La malattia può manifestarsi anche in forma cronica, che esita in genere in un quadro irreversibile di demenza alcolica. Il delirio si può sovrapporre al quadro tipico della malattia di Korsakov.

La malattia è mortale in una percentuale abbastanza elevata di casi (dal 5 a 10%), nonostante le cure prestate siano adeguate.

Allucinosi alcolica

L'allucinosi alcolica è una sindrome psichiatrica da ascrivere alle psicosi alcoliche. È caratterizzata da una vivace produzione allucinatoria. Lo stato di coscienza è conservato e il paziente è lucido e orientato. Abbiamo l'allucinosi acuto o transitoria (allucinosi di Wernicke) e l'allucinosi cronica (o paranoide secondo Kraepelin).

La allucinosi acuta è un disturbo transitorio di breve durata. La maggior parte degli autori la considera una sindrome psicorganica acuta, che talvolta presenta anche modesti disturbi ideativi di tipo delirante, disturbi della coscienza e dell'orientamento. Nessun autore mette in dubbio la sua origine alcolica. Comuni alla forma acuta e alla forma cronica sono le caratteristiche allucinazioni. All'inizio le allucinazioni sono elementari, simili alle illusioni; successivamente acquistano sempre più vivace estesia sensoriale, quasi sempre uditiva, e diventano complesse. Il soggetto sente delle voci a contenuto quasi sempre sgradevole, minaccioso, persecutorio, a volte con rimandi omosessuali. La prognosi dipende da numerosi fattori.

In tutti questi casi sarà necessario intraprendere il trattamento del problema alcolcorrelato ed una cura medica psichiatrica, se esiste l'indicazione. Il legame con l'alcol avrà bisogno di un trattamento prolungato nei Club degli alcolisti in trattamento simultaneamente alla cura medica. La presenza del paziente nel programma dipende dalla situazione clinica, ma deve essere iniziata appena essa lo permetta.

Schizofrenia e psicosi simili

Di solito queste psicosi non sono legate causalmente con i problemi alcolcorrelati, se si esclude la slatentizzazione della psicosi provocata dal bere problematico o dall'alcolismo con tutte le difficoltà somatiche, psicologiche, sociali e in generale ambientali e spirituali e l'azione patoplastica del bere su quadro clinico.

Le famiglie in cui è presente un disturbo schizofrenico di solito già da tempo sono in terapia psichiatrica. L'insediamento nel Club degli alcolisti in trattamento di questi casi è possibile soltanto se la terapia psichiatrica continua, e se è lo psichiatra a chiedere l'inserimento della famiglia nel Club.

Disturbi affettivi

Anche in questo caso è richiesta la terapia psichiatrica ed il trattamento nel Club degli alcolisti in trattamento si intraprende in cooperazione con la psichiatria trattante.

Le depressioni possono essere, in rari casi, la causa dell'alcolismo qualora il depresso, su consiglio medico o spontaneamente, inizi a 'curarsi' usando bevande alcoliche. In tale caso si può parlare del cosiddetto, alcolismo secondario. È noto del resto che l'alcol etilico rappresenta uno dei più vecchi psicofarmaci. Questo fatto viene sopravvalutato, di solito si basa sulle dichiarazioni del paziente che descrive il suo bere come l'espressione della necessità sentita di migliorare l'umore senza valutare che quasi tutte le persone che bevono lo fanno per sentirsi un po' euforici, senza per questo essere depressi o avere una psicosi depressiva.

Se la persona depressa desidera entrare nel Club degli alcolisti in trattamento per il suo bere deve essere consigliata di rivolgersi al suo medico o allo psichiatra e dipenderà dallo psichiatra decidere sulla terapia da intraprendere contro la depressione.

Parallelamente alla terapia della depressione, lo psichiatra può e dovrebbe richiedere l'astinenza ed iniziare il trattamento dell'alcolismo. L'astinenza senza un controllo e una terapia adeguata, se indicata, può eccezionalmente provocare una fase di scompenso acuta,

perché il depresso resta senza alcol, in altre parole senza 'l'antidepressivo' che ha usato per lungo tempo e c'è pericolo di suicidio, del resto sempre presente in un depresso sia che beva o no.

Se lo psichiatra ritiene utile l'aiuto del Club dovrebbe rivolgersi al servitore-insegnante di Club: in tal caso il trattamento del problema alcolcorrelato può continuare nel Club, mentre lo psichiatra continuerà a curare e seguire la depressione.

Se nel Club degli alcolisti in trattamento cerca di entrare una famiglia con un membro che manifesta i sintomi della depressione o che già si trova in cura psichiatrica, il servitore-insegnante deve sconsigliarne l'entrata nel Club finché lo psichiatra non avrà preso contatto con lui.

La depressione può anche manifestarsi secondariamente all'alcolismo. Questo tipo di depressione è di solito di breve durata e di prognosi favorevoli; in genere sparisce dopo l'astinenza.

Quando appaiono i primi sintomi della depressione il servitore-insegnante deve comunque consigliare la famiglia di rivolgersi al medico di base o al servizio psichiatrico, se la famiglia non lo ha già fatto prima.

Suicidio e problemi alcolcorrelati e complessi

Il suicidio ha una prevalenza elevata fra le cause di morte tra gli alcolisti e le persone con i problemi drogacorrelati. Negli alcolisti ospedalizzati, registrati per vent'anni in Croazia, suicidi, traumatismi e neoplasie erano fra le cause principali di mortalità dopo l'ospedalizzazione.

La depressione come causa del suicidio nel gruppo delle persone con problemi alcolcorrelati e complessi viene molte volte vista come fattore eziologico importante.

Sono molti che pensano che l'alcolismo o un problema alcol o droga correlato sia molte volte collegato con una depressione e conseguentemente con suicidio. Lo psichiatra ha un ruolo importante nella diagnostica e nel trattamento di questi pazienti. La grande maggioranza degli esperti in questo campo suggerisce l'astinenza come condizione indispensabile nel trattamento.

Per ogni alcolista il suicidio rappresenta un rischio del 15%. Per quanto riguarda il suicidio, nella popolazione generale, l'alcolismo viene subito dopo i disturbi affettivi, quando a eziologia.

Disturbi psichici legati al puerperio

Solo eccezionalmente sono combinati con i problemi alcolcorrelati. Se i problemi alcolcorrelati persistono anche dopo la risoluzione del problema psichico puerperale, si consiglia di procedere come nei casi dell'alcolismo non complicato. Oggi in ogni caso viene suggerita l'astinenza durante la gravidanza e l'allattamento e questi casi si vedono raramente.

Disturbi d'ansia, disturbi psichici legati allo stress, disturbi psicosomatici

Di norma non sono causalmente legati con i problemi alcolcorrelati e nel Club degli alcolisti in trattamento sono risolti con successo; di solito fanno parte del quadro clinico del problema alcol o drogacorrelato.

Raggiunta l'astinenza, molti di questi disturbi spariscono senza terapia speciale. Gran parte di essi è espressione sintomatologica dei problemi alcolcorrelati; possono persistere per un tempo prolungato in un certo numero dei casi anche dopo l'astinenza.

Disturbi psichici dell'infanzia e dell'adolescenza

Di solito non sono combinati con l'alcolismo, ma con il bere come espressione di disturbo comportamentale è caratteristico di questa età. Infatti fra tutti gli alcolisti che entrano in trattamento quelli con meno di trent'anni vanno dal 6% (donne) all'11% (uomini). In questo gruppo può essere individuato un certo numero di individui con problemi comportamentali di tipo associato. Un aumento del bere può essere collegato con una crisi della pubertà o con difficoltà di crescita e maturazione. In letteratura questi problemi comportamentali

vengono considerati come causati dal bere, ma in realtà la situazione è più complicata. Sia il bere problematico sia il comportamento associato sono legati ad un gran numero di fattori ambientali (sociali, famigliari ecc.).

L'alcolismo dei giovani sotto i vent'anni è eccezionale, dal momento che il suo svilupparsi richiede un lungo periodo di latenza. Su più di 120 mila alcolisti croati ospedalizzati nel periodo 1965-1986 gli alcolisti sotto i trent'anni erano tra il 10 e l'11%. In una analoga ricerca svizzera erano il 5-6%.

I problemi alcolcorrelati dei giovani senza problemi psichiatrici fino ai vent'anni possono avere caratteristiche particolari, tra esse l'immaturità tipica, molto simili a quelle dei coetanei con problemi drogacorrelati. Il trattamento può essere difficile; si consiglia di non avere per ogni Club più di una o due famiglie con un membro di tale età e con problemi alcolcorrelati.

La diagnosi differenziale in tali casi può risultare difficile perché il quadro clinico può essere uguale al disturbo causato da un problema caratteriale; si potrebbe parlare di una 'psicopatizzazione' o pseudo psicopatologia alcolica.

Ritardo mentale

Di per sé il ritardo mentale non sembra costituire una causa di problemi alcolcorrelati; ma essi si possono sviluppare, se la persona ritardata comincia a bere, anche per l'influenza dell'ambiente, tanto più che chi ha un ritardo mentale è facilmente influenzabile dal gruppo. La combinazione dei problemi alcolcorrelati con il ritardo mentale in molti casi è estremamente difficile da trattare, perché la persona non può capire l'esigenza di cambiamento dello stile di vita, non comprende i problemi comportamentali esistenti; e difficilmente può essere isolata dal suo gruppo al cui interno, del resto, è facile incontrare personalità psicopatiche e criminali e altri problemi comportamentali.

Entrando con la famiglia in un Club degli alcolisti in trattamento la persona ritardata può sviluppare un legame emozionale molto forte con il Club e il servitore-insegnante. In tale situazione può comunque astenersi e migliorare il comportamento sociale ed i risultati possono essere molto buoni, fino al punto che la famiglia può riprendere il suo ruolo normale. Molte volte sarà necessario lavorare attivamente con la famiglia, specie in caso di ritardo mentale simultaneo in uno o in ambedue i genitori; talora invece bisognerà organizzare una famiglia sostitutiva.

Delirio cronico di gelosia

Il delirio di gelosia si manifesta nella fase avanzata dell'alcolismo e quasi esclusivamente fra gli alcolisti maschi. È una manifestazione presente anche in alcune malattie mentali che non hanno nulla a che vedere con l'alcolismo. La gelosia è in qualche misura collegata all'impotenza, frequente fra gli alcolisti. L'alcolista, geloso ed aggressivo, diventa il tormento del partner e della famiglia. La moglie, talvolta anziana e sofferente, viene fatta oggetto di accuse continue e assolutamente inverosimili. Ogni uomo diventa un potenziale amante e fa scattare la gelosia. La gelosia può manifestarsi anche nei confronti delle figlie o dell'amante. La gelosia può accompagnarsi ad atti di violenza, segno del degrado etico dell'alcolista, la cosiddetta demenza etica. Di solito non sono presenti disturbi della coscienza e l'intelligenza è per lo più conservata. Oltre a idee di gelosia possono manifestarsi anche idee di tipo paranoide, per cui si parla di psicosi paranoide dell'alcolista. Alcuni autori definiscono la gelosia stessa come psicosi di gelosia.

In presenza di un quadro clinico grave, la cura deve essere fatta a livello ospedaliero, perché l'alcolista può rappresentare un pericolo per le persone che gli stanno vicino. È essenziale che l'alcolista entri in astinenza.

Psicosi di Korsakov

La psicosi di Korsakov costituisce un grave disturbo psichico. Fu descritta fra il 1887 e il 1891 dallo psichiatra russo Sergej Korsakov (1854-1904). La malattia si manifesta soli-

tamente in uno stadio avanzato di alcolismo. Il quadro clinico è caratterizzato da polineuropatia cui si associa una grave forma di demenza. All'inizio si manifesta solo il quadro clinico della polineuropatia alcolica. La polineuropatia alcolica è il più importante sintomo organico presente nella psicosi di Korsakov, perciò la malattia viene anche definita *psychosis polyneuritica*, a causa delle lesioni dei nervi periferici.

Oggi la maggior parte degli autori parla di psicosi di Korsakov solo quando la tipica sindrome psichica accompagna il quadro clinico di polineuropatia. La sola sindrome psichica viene indicata come sindrome di Korsakov. Lo stesso Korsakov era dell'opinione che la malattia da lui descritta si manifestasse per diversi motivi e non fosse necessariamente accompagnata dalla polineuropatia. La polineuropatia talvolta può manifestarsi in forma molto leggera. L'opinione oggi prevalente è che la malattia di Korsakov e quella di Wernicke costituiscano un'unica patologia, non molto dissimile dalle altre forme di encefalopatia alcolica.

La malattia è caratterizzata da disturbi della memoria, sia di fissazione che di evocazione, stato confusionale, disorientamento, confabulazione, con un quadro complessivo che riconduce a quello tipico delle demenze. Il paziente colma i vuoti di memoria con i ricordi inventati: è quello che si definisce confabulazione. I disturbi della memoria, come è caratteristico della demenza organica, riguardano all'inizio gli avvenimenti più recenti, per poi colpire progressivamente quelli più antiche. Sono frequenti l'agitazione notturna e l'ansia, come in tutte le forme di demenza.

La malattia si può presentare in forma acuta e in forma cronica. La forma acuta può iniziare con il quadro di *delirium tremens*. È noto, del resto, che il *delirium tremens* può esitare a volte nella demenza di Korsakov.

Epilessia alcolica

Nel corso dell'alcolismo si possono presentare crisi convulsive, che caratterizzano il quadro clinico dell'epilessia alcolica. Diversi autori hanno riscontrato il verificarsi di attacchi epilettici in alcolisti secondo percentuali diverse.

Crisi epilettiche isolate si possono manifestare nel corso del *delirium tremens*, nello stato di intossicazione acuta grave, e nel corso dell'alcolismo in genere. Ci riferiamo a quello che dagli autori di lingua inglese è definito *rum fits* o *whisky fits*. Non si è ancora in presenza della vera epilessia alcolica, quanto piuttosto delle conseguenze transitorie dell'azione tossica dell'alcol sulla funzionalità del cervello, e di altri fattori correlati, quali, ad esempio, i fattori costituzionali. Una diagnosi certa di epilessia alcolica può essere formulata solo quando sono state escluse con certezza tutte le altre possibili cause di epilessia, soprattutto se questa si manifesta in età avanzata. A favore della diagnosi di epilessia alcolica parlano l'interruzione delle crisi e il generale miglioramento che si ha con l'astinenza.

Molto spesso l'epilessia alcolica si manifesta sotto forma di crisi convulsive generalizzate, più frequenti in caso di gravi intossicazioni. Il paziente presenta sintomi simili a quelli di altre forme epilettiche: parola rallentata, vischiosità comportamentale, demenza più o meno grave. Possono essere presenti cicatrici sulla lingua, conseguenza delle morsicature procurate durante la crisi. L'alcolismo porta all'epilessia solo nel caso si siano già prodotte gravi lesioni cerebrali. Può soprattutto aggravare un'epilessia già in essere; per questo agli epilettici è fatto tassativamente divieto di consumare alcolici.

L'alcol può portare all'epilessia individui che non ne soffrivano. Peraltro alcuni autori ritengono che l'alcol possa solamente aggravare un'epilessia già manifesta, o slatentizzarne una latente, sia ereditaria che acquisita.

È opinione diffusa che il 10-20% delle epilessie tardive, senza sintomi cerebrali focali, sia da attribuire all'alcolismo.

Il trattamento dell'epilessia alcolica richiede innanzitutto l'astinenza. La terapia farmacologica è quella classica. In genere, la maggior parte delle epilessie alcoliche si risolve con

l'astinenza, anche senza uno specifico trattamento antiepilettico. Gli attacchi perdurano, nonostante l'astinenza, se sono ormai presenti lesioni cerebrali irreversibili. In soggetti che presentano crisi epilettiche bisogna sempre proibire il consumo di bevande alcoliche, anche se si tratta di non alcolisti; se poi lo sono la proibizione sarà ancora più severa. Bisogna provvedere quindi ad iniziare il trattamento complesso nel Club degli alcolisti, congiuntamente al trattamento dell'epilessia, se questa è stata riscontrata.

Demenza alcolica

Oltre al quadro clinico delle demenza alcolica – è il caso, ad esempio, della psicosi di Korsakov – nel corso dell'alcolismo può svilupparsi un quadro atipico di demenza. A livello organico sono presenti lesioni cerebrali più o meno gravi con fenomeni di atrofia diffusa. Si manifestano inoltre accentuati cambiamenti comportamentali, con sintomi progressivi di decadimento cerebrale. Il quadro che esiterà in demenza può, all'inizio, passare inosservato e poi svilupparsi molto lentamente. Spesso è accompagnato da un impoverimento etico dell'alcolista, che si manifesta con profonde alterazioni comportamentali. Il cambiamento incide molto spesso sulla sfera sessuale. A tutto ciò si accompagna ovviamente un marcato decadimento intellettuale. La malattia di solito progredisce anche se si interrompe il consumo di alcolici.

Qualche volta una patologia alcolica acuta esita, lentamente o all'improvviso, in una sindrome cerebrale organica cronica, come accade, ad esempio, quando dal delirium tremens si passa al quadro clinico della demenza. L'esame anatomopatologico rivela, in tutti i casi di demenza alcolica, atrofie corticali, molto spesso localizzate nel lobo frontale. Possono essere presenti anche alterazioni già descritte a proposito delle altre sindromi psicoorganiche. L'atrofia cerebrale non è sempre in diretta correlazione con il quadro clinico. Vi sono casi in cui a marcate atrofie non corrispondevano sintomi clinici particolari, e viceversa. Ma questa non è la regola e di solito una certa correlazione esiste.

Negli ultimi anni è stata descritta un'altra percentuale di successi in quei casi in cui la terapia vitaminica è stata intrapresa precocemente. Il trattamento nel Club degli alcolisti va iniziato quanto prima. Appena l'alcolista smette di bere, se si notano segni di progressivo miglioramento fisico e cessano i disturbi legati all'intossicazione cronica, si può avere un significativo miglioramento, anche se le speranze all'inizio erano scarse. Dopo un certo periodo, le zone ancora integre del cervello assumeranno una funzione vicariante per le zone lese. Resta inevitabile la comparsa di una regressione comportamentale e la tendenza da parte dell'alcolista a sviluppare una forte dipendenza dall'operatore, dal Club e più in generale dal suo ambiente di vita.

Sindrome alcolica intermedia

La sindrome alcolica intermedia si colloca tra le sindromi psicoorganiche cerebrali acute irreversibili. Questa sindrome presenta a livello clinico i sintomi delle lesioni irreversibili, ma è ancora reversibile e può avere una prognosi favorevole. È stata descritta da Bennett A.E., Moverly G.L. e Fort J.T. nel 1960. Ricordiamo che le sindromi alcoliche acute e cioè l'intossicazione acuta, il delirium tremens, l'allucinosi acuta, sono reversibili, mentre le sindromi croniche che comportano lesioni cerebrali irreversibili si risolvono nella demenza.

Questa sindrome si manifesta con disturbi più o meno accentuati del comportamento. I sintomi principali sono riferibili alla sfera emotivo-affettiva, causati probabilmente da lesioni situate nella zona frontale. La diagnosi precoce e il trattamento in questa sindrome sono di fondamentale importanza per impedire che esiti in demenza. Molti autori ne mettono in dubbio l'esistenza, perché la diagnosi è particolarmente difficile e inoltre le alterazioni elettroencefalografiche, cui fanno cenno Bennett, Moverly, e Fort, non sarebbero così caratteristiche. Questa sindrome può comportare disturbi epatici e di altri organi. può essere presente anche la polineuropatia alcolica. È bene fare ricorso all'ospedalizzazione, soprattutto nei casi in cui è presente un grave stato confusionale. Il trattamento è del tutto simile a

quello degli altri disturbi organici cerebrali. La famiglia dovrà essere avviata al trattamento nel Club degli alcolisti e così pure l'alcolista appena le sue condizioni lo permetteranno.

Dipsomania

La dipsomania è una forma di alcolismo che porta il soggetto, per periodi variabili di tempo, a provare il bisogno irrefrenabile e continuo di bere. È stata descritta per la prima volta da Bruehl – Cramer (1818), e successivamente da Salvadori (1821) e da Cohn (1938). La crisi si risolve abitualmente in un sonno profondo. Al risveglio, il soggetto di solito non avrà memoria alcuna di quanto accaduto. La quantità di alcolici assunta durante la crisi può essere ingente, per il fatto che in tale stato di tolleranza è molto alta. Tra una crisi dipsomania e l'altra, l'alcolista beve moderatamente o addirittura è completamente astinente.

Qualche volta le crisi sono precedute da disturbi del comportamento; è la cosiddetta aura dipsomania. La dipsomania può essere talvolta un sintomo di epilessia. In alcuni casi sarà molto difficile stabilire se si tratta realmente di crisi di dipsomania, o se invece ci si trova di fronte alla cosiddetta pseudodipsomania. Può essere ugualmente difficile distinguere la dipsomania da forme particolari di epilessia.

Spesso il comportamento dipsomanico nasconde qualche altro disturbo psichico. La schizofrenia, ad esempio, può avere inizio con un attacco dipsomanico acuto. La dipsomania può essere sintomo anche di psicosi maniaco-depressiva, di psicopatia, di paralisi progressiva e di altre malattie.

Tra le sindromi dipsomaniche bisogna distinguere:

- a. la dipsomania vera, eventualmente con tendenze psicopatiche;
- b. la dipsomania sintomatica;
- c. la pseudodipsomania.

Oggi molti autori mettono in dubbio l'autonomia della dipsomania, e la considerano un particolare tipo di reazione all'alcol, che si manifesta per l'azione di diversi fattori concomitanti. Alcuni autori hanno proposto come cura l'uso di farmaci antiepilettici, che in verità sono sempre indicati quando il tracciato elettroencefalografico rivela alterazioni di tipo epilettico. La crisi acuta richiede sempre il ricovero in reparti di terapia intensiva. Superata la crisi è necessario avviare il trattamento complesso nel Club degli alcolisti in trattamento.

Alcolismo periodico

Si è discusso molto, negli ultimi anni, in merito a quello che viene definito alcolismo periodico, cioè l'ubriacarsi periodico dell'alcolista, che non rientra però nella vera e propria dipsomania. Si manifesta spesso nei soggetti ciclotimici che tendono a bere ogni qualvolta cadono in uno stato di depressione o in uno stato maniacale. In questi casi l'uso dell'alcol è sintomatico. Questi soggetti vi fanno ricorso per risolvere le loro difficoltà psicologiche. Il trattamento degli stati di cosiddetto alcolismo periodico richiede che sia risolta la malattia di base che li determina.

Problemi multidimensionali

Vladimir Hudolin,

con contributi di Višnja Hudolin, N. Regonati, A. Remondini

Lo sviluppo dell'approccio alla multidimensionalità della sofferenza nel sistema ecologico sociale

Vladimir Hudolin

Sempre più diventa chiaro che quasi non esistono i problemi alcolcorrelati che non siano incrociati con altre difficoltà, causalmente o casualmente incrociate, con il problema

alcolcorrelato. Con l'andar del tempo si sono identificati i problemi che più spesso si combinano con l'alcolismo: tra essi l'uso contemporaneo di altre sostanze psicoattive, i problemi psichici gravi (primari e secondari) e i comportamenti autodistruttivi, come ad esempio il comportamento degli alcolisti senza dimora, citati nella letteratura con il termine anglosassone *skid row*.

L'uomo, sia che il suo comportamento si trovi nell'ambito della normalità, sia che provochi delle difficoltà a se stesso o alla propria famiglia, non può comunque essere visto in una sola dimensione. In altre parole non si può guardare a tutto il suo comportamento, a tutta la sua vita come effetto del suo legame con gli alcolici. La multidimensionalità è alla base della sua vita emozionale, intellettuale, spirituale, religiosa e politica: in una parola, culturale. Se si combinano problemi di una delle dette dimensioni con quelli alcolcorrelati, possono scaturire sofferenze assai gravi.

I Club degli alcolisti in trattamento sono organizzati per le famiglie con i problemi alcolcorrelati. A questo fine sono formati e aggiornati i servitori-insegnanti e le famiglie nel sistema complesso. Al servitore-insegnante si richiede di condurre il colloquio iniziale e di fare al suo interno un inquadramento diagnostico. Nella maggioranza dei casi non si presentano particolari problemi diagnostici, in quanto si tratta di persone a cui in passato è già stata fatta una diagnosi di alcolismo, e che hanno usufruito di varie forme di trattamento prima di entrare nel Club. Quando il servitore-insegnante, durante il colloquio iniziale, non è in grado di escludere la presenza di altri problemi o di complicanze mediche serie, deve consigliare la famiglia di rivolgersi al suo medico di base o allo specialista presso il quale la persona si trova in trattamento, perché sia quest'ultimo a richiedere l'ingresso della famiglia nel Club e a definire la continuazione delle cure mediche, se necessarie, per gli eventuali problemi medici, causalmente o casualmente legati all'alcolismo. Il Club deciderà se accettare una famiglia durante una terapia psichiatrica in corso.

Una preconditione per l'inserimento nel Club di una famiglia con un problema complesso è dato dalla necessità che il servitore-insegnante e le altre famiglie siano aggiornati sul problema specifico della famiglia. Se il servitore-insegnante organizza l'inserimento della famiglia con un problema complesso, deve mettersi d'accordo con la famiglia affinché questo problema sia presentato ai membri del Club. Se la famiglia viene inserita nel Club richiederà al servitore-insegnante e alle altre famiglie sforzi supplementari; e questo può essere fatto solo se i membri conoscono la particolarità della situazione e accettano l'inserimento. Se la famiglia non accetta di presentare il suo problema nel Club non si può proporre l'inserimento.

Le famiglie con problemi difficili e complicati o multidimensionali possono essere inserite nei Club degli alcolisti in trattamento esistenti alle seguenti condizioni:

- a.** la famiglia deve accettare di informare del proprio problema i membri del Club degli alcolisti in trattamento;
- b.** il servitore-insegnante del Club deve essere aggiornato sulle problematiche specifiche della famiglia;
- c.** il Club degli alcolisti in trattamento deve essere disponibile ad accettare l'inserimento di una famiglia con un problema complesso;
- d.** la famiglia deve accettare tutti gli obblighi che derivano dall'inserimento nel Club, come per tutte le altre famiglie del Club;
- e.** in un Club di dodici famiglie non possono essere inserite più di due famiglie con problemi complessi.

Non occorre, naturalmente, sottolineare che la famiglia deve accettare di astenersi dall'alcol, dai farmaci psicoattivi e dalle droghe illegali. Le stesse modalità per l'inserimento nel Club degli alcolisti in trattamento valgono per tutti i problemi complessi.

Le due combinazioni particolarmente gravi e più spesso riscontrabili sono la combina-

zione del problema alcolcorrelato con l'uso di altre sostanze psicoattive e la compresenza di disturbi psichici.

L'uso di altre sostanze psicoattive

Vladimir Hudolin

I problemi alcol/drogacorrelati fanno spesso parte dei problemi complessi, ed è naturale analizzare le cause che richiedono il loro inserimento nei Club e l'interesse che ultimamente suscitano.

La combinazione dell'uso di sostanze psicoattive legali e illegali con i problemi alcolcorrelati non è specifica del Club degli alcolisti in trattamento. Nei gruppi di A.A. fin dall'inizio ci si interrogò sui comportamenti da tenere con coloro che, sebbene non siano alcolisti, soffrono per i disagi dovuti all'uso di altre sostanze, o con gli alcolisti che simultaneamente usano sostanze psicoattive.

Perché occuparsi dei problemi complessi alcol/drogacorrelati?

Quando si parla del Club e dei problemi alcol/drogacorrelati si pensa alla combinazione di questi due problemi sia nello stesso membro della famiglia sia negli altri membri familiari che soffrono di uno o di ambedue questi disturbi.

Secondo la letteratura professionale recente più del 52% dei giovani consumatori di droghe illegali sono persone con problemi incrociati alcol/drogacorrelati. L'esatto numero degli alcolisti che usano sostanze psicoattive è sconosciuto, ma in base all'esperienza dei Club degli alcolisti in trattamento sembra essere elevato. Il numero delle persone che usano droghe è in costante aumento: negli Stati Uniti, un abitante su sette ha problemi alcolcorrelati, un abitante su venti usa altre droghe.

Se si sensibilizzano i servitori-insegnanti a riconoscere precocemente le persone che fanno uso di sostanze psicoattive, si può sperare che un eventuale trattamento risulti più efficace, prima che si siano sviluppati gravi complicazioni psichiche, fisiche e sociali.

Esistono varie ragioni per cui occuparsi di problemi alcol/drogacorrelati:

- l'aumento nella popolazione del numero dei problemi alcolcorrelati e dei problemi drogacorrelati, visto sia nella letteratura professionale sia nella pratica, e l'uso delle altre sostanze nella stessa famiglia è sempre più presente;
- la necessità di sviluppare un sistema di diagnosi precoce nella comunità locale, offrendo così la possibilità di intervenire prima che si siano sviluppate gravi complicazioni;
- la possibilità di realizzare una migliore prevenzione primaria nella comunità;
- la riduzione dei tassi d'ospedalizzazione, iniziando il trattamento prima che sia presente una indicazione per il trattamento ospedaliero;
- la consuetudine che si va instaurando di trattare congiuntamente nelle istituzioni e nei programmi socio-culturali entrambe le problematiche.

Tali ragioni hanno trovato pieno supporto nell'attuale organizzazione della rete territoriale dei Club degli alcolisti in trattamento, che con la loro presenza costante favoriscono la diagnosi precoce ed il coinvolgimento della comunità locale.

Perché i Club degli alcolisti in trattamento e non Club specifici?

Molte volte ci si è posti il dubbio se realizzare Club specifici o utilizzare i Club degli alcolisti in trattamento o altri programmi socio-culturali non specifici. Il programma dovrebbe essere quanto più possibile rispondente ai meccanismi presenti nella comunità locale. Pertanto, se in un Club sono presenti esclusivamente famiglie con un grave problema di comportamento o di problemi drogacorrelati, si realizzerebbe una condizione di alienazione di un gruppo di persone. Il bere è una condizione accettata nella società e così pure l'alcolismo. Nei Club degli alcolisti in trattamento è pertanto presente una rappresentazione della

'normalità' della comunità locale, con i relativi problemi, compresi quelli drogacorrelati.

Varie sono le ragioni che consigliano di riferirsi ai Club degli alcolisti in trattamento piuttosto che creare Club specifici:

- la cultura sanitaria e generale della comunità locale accetta sostanzialmente il bere e i problemi alcolcorrelati, e l'inserimento nei Club degli alcolisti in trattamento non implica gravi processi di stigmatizzazione o di alienazione;
- nei Club degli alcolisti in trattamento risulta più facile ottenere l'astinenza da alcol, indispensabile anche nella famiglia con i problemi drogacorrelati o alcol/drogacorrelati, di tutti i membri della famiglia;
- il processo di cambiamento dello stile di vita nei Club è facilitato dalla presenza dei famigliari degli alcolisti che operano negli altri programmi per i problemi alcolcorrelati all'interno della comunità locale; così è più facile l'inserimento nella comunità della famiglia con un problema drogacorrelato o complesso;
- è più facile, ove necessario, trovare la famiglia sostitutiva;
- è più facile l'inserimento lavorativo nella comunità nella quale si sono sviluppati tali programmi;
- è più facile ottenere un'omeostasi positiva fra le famiglie della comunità multifamigliare nella comunità locale.

Problemi sociali, esistenziali

Vladimir Hudolin

I disturbi del comportamento sociale vengono spesso descritti nella letteratura come causa dei problemi alcolcorrelati. Di solito si tratta di comportamento aggressivo, a rischio, associato e antisociale. Nella letteratura si parla di questo disturbo come psicopatia, e di personalità psicopatiche. Nel registro degli alcolisti ospedalizzati in Croazia, già menzionato, non si è potuto constatare che il disturbo comportamentale primario (di tipo caratteropatico) fosse causa di alcolismo. Invece abbiamo visto che il bere e l'alcolismo, particolarmente se iniziano nella giovane età, combinati con vari fattori ambientali, possono portare ad una 'psicopatizzazione' alcolica della personalità.

Questo quadro può migliorare con il trattamento, diversamente dalle personalità psicopatiche primarie dove i risultati positivi sono difficilmente ottenibili. Il bere e gli eventuali problemi alcolcorrelati, in questa popolazione, entrano nel gruppo delle sue caratteristiche comportamentali. Conseguentemente si troveranno spesso in questo gruppo delle persone con il bere problematico e l'alcolismo, se non si trovano prima in carcere o in un cimitero.

L'uomo, come tutta la vita, ha bisogno di salvaguardare l'esistenza bio-psico-sociale individuale, familiare e sociale. Per l'uomo, a differenza delle altre strutture viventi, dobbiamo aggiungere la salvaguardia dell'esistenza spirituale. La preoccupazione per la propria esistenza è una delle caratteristiche più sviluppate e presenti in tutti gli organismi viventi: il suicidio è un corto circuito dovuto a vari fattori che non possono essere analizzati in questo manuale, dedicato al lavoro pratico dei programmi territoriali per i problemi alcolcorrelati e complessi. Altri problemi esistenziali (riguardanti la famiglia, la comunità, la società, il pianeta, il cosmo) possono essere visti come ecologia sociale che prevede anche una giustizia sociale, della quale, peraltro, non si parla abbastanza. Questi altri fattori, aspetti del senso esistenziale, possono essere, e molte volte lo sono, meno sviluppati, e conducono a varie crisi nel nostro mondo. La guerra ne è un esempio molto chiaro.

La crisi esistenziale personale e familiare è tra le condizioni più spesso riscontrate nel Club e negli altri programmi per i problemi alcolcorrelati e complessi, nonostante non sia di solito diagnosticata perché non le abbiamo dato importanza. Una parte importante delle crisi esistenziali entra nell'ambito dei problemi spirituali: individuali, famigliari e sociali.

Alcolisti senza dimora o skid row alcolisti

Vladimir Hudolin

Tra i problemi comportamentali riscontrati negli alcolisti, si trovano i cosiddetti alcolisti skid row (senza dimora). Secondo ricerche fatte da N. Lazic nel 1980, gli alcolisti skid row erano, nella Clinica di psichiatria, neurologia, alcologia e altre dipendenze in Zagabria, il 4-5% degli alcolisti, il che corrisponde ai dati della letteratura mondiale.

Nella pratica di lavoro, gli operatori socio-sanitari, come pure i membri dei Club degli alcolisti in trattamento, si trovano in difficoltà quando devono offrire sostegno o assistenza alle persone abbandonate, di solito con gravi problemi fisici, persone senza casa e senza famiglia, che non chiedono nemmeno di essere aiutate. La società ha il dovere di fare qualcosa anche per questa categoria di persone. Gli skid row sono soggetti che non hanno più famiglia, che sono quasi sempre ubriachi, che vivono e dormono dove capita, che lavorano solo saltuariamente. Il termine skid-row alcoholics, secondo M. Keller e M. McCormick (1968), viene dal nome di quei sentieri ripidi fatti di tronchi paralleli, lungo i quali venivano fatti scendere dal bosco i tronchi per essere avviati a valle.

A Seattle, nei pressi di uno di questi sentieri, è sorto un tempo un quartiere popolato per lo più da marginali, tra cui numerosi alcolisti. Con questo nome furono in seguito indicati i quartieri poveri delle grandi città. In questi quartieri si concentravano i vagabondi, i barboni, le persone con svariati e gravi problemi comportamentali e gli alcolisti. Di qui l'origine del termine.

Le ricerche effettuate da N. Lazic' (1980), hanno dimostrato che in Croazia vi sono non pochi skid-row. Il trattamento di questi alcolisti è reso più difficile dalla mancanza di una famiglia cui fare riferimento e dalla mancanza in genere di legami interpersonali. Di solito sono presenti in questi soggetti lesioni alcoliche diffuse. Questo tipo di alcolisti è presente soprattutto nelle grandi città, per cui sarebbe opportuno che alcuni Club cittadini prestassero un'attenzione particolare a questa categoria di persone, come hanno fatto a Genova. Ogni Club dovrebbe accettare solo uno o al massimo due alcolisti di questo tipo. Le esperienze di lavoro con questo gruppo di alcolisti sono poche e la loro mortalità è inevitabilmente molto alta. Anche l'alcolista senza dimora può essere inserito nei Club alle stesse condizioni che valgono per le famiglie con problemi difficili e complicati. Una difficoltà aggiuntiva è data dal fatto che l'alcolista senza dimora può essere aiutato solamente se nel Club in cui è inserito si organizza per lui una famiglia sostitutiva. In questo caso i famigliari sostitutivi devono accettare obblighi che sono più complessi rispetto a quelli dei famigliari sostitutivi di un alcolista solo. Alcuni Club hanno maturato recentemente esperienze particolari con alcolisti senza dimora, ed in proposito merita ricordare l'esperienza fatta a Genova da padre Remondini e l'organizzazione 'San Marcellino'.

Il lavoro con gli skid row, senza dimora

N. Regonati

I Club che hanno dato vita ai programmi agli inizi degli anni '80 (e forse succede tuttora!) si sono trovati da subito a fare i conti con la complessità, con quelle zone di frontiera (come ama chiamarle Colusso⁽¹⁾) che per prime sono afferite ai programmi.

Forse allora non le avremmo definite così, forse allora anche in tutti noi regnava so-

⁽¹⁾ L. Colusso. 'Crisi della comunità, crisi del Club e necessità di cambiamento del paradigma', Atti del 5° Congresso Nazionale dei Club degli alcolisti in trattamento, Grado, Settembre 1996.

vano lo stereotipo dell'alcolista trasandato, sporco, barba e capelli lunghi, sdraiato su di una panchina con in mano una bottiglia, senza casa e senza legami, e quindi ci sembrava normale che di queste persone prevalentemente i Club fossero formati. Persone nella vita delle quali si concentrano problemi e sofferenze multidimensionali e per le quali la 'risorsa' famiglia è un bene spesso negato o perso.

Questa situazione diede origine alle prime riflessioni sul significato della famiglia nel Club e su se e come fosse possibile pensare ad una 'famiglia sostitutiva'.

Non mi è mai piaciuto questo termine, perché mi viene difficile cogliere fino in fondo il significato del "sostituire" una famiglia: l'esperienza mi ha insegnato che in certi momenti della vita una persona si può trovare in una condizione particolare in cui la sua famiglia non c'è o è lontana fisicamente e/o affettivamente ed altre persone condividono, sia pure a livelli ed intensità diverse, i momenti significativi della sua esistenza. Da qui a chiamarli 'famigliari sostitutivi' il passo è breve dal punto di vista razionale, ma non lo è altrettanto da quello emozionale. Una famiglia non si sostituisce: c'è o non c'è e se c'è, spesso riesce ad esserci in modi diversi. Ciò non impedisce che due o più persone possano condividere una parte di cammino della loro vita, anche senza essere unite da legami familiari, ma essendo significative l'una per l'altra. Questo talvolta avveniva nell'esperienza dei Club.

«Ma i CAT sono comunità multifamigliari e soltanto come tali funzionano - comincio a dire qualcuno - essi non rappresentano una risposta soddisfacente per le persone senza famiglia, senza casa, senza riferimenti affettivi». Per fortuna molti altri hanno creduto nel Club come specchio della comunità locale e quindi in grado anche di accogliere, di prendersi cura delle differenze, non negandole, ma facendosene carico come ricchezze. Bisognava inventare come, tenendo anche conto di uno slogan, allora in voga nei Club, che sosteneva "nessun uomo è un'isola", ribadendo così che ogni uomo può contare su di un legame, seppur debole, sul quale impostare il proprio percorso, le proprie motivazioni.

Grazie agli stimoli sempre fortemente provocatori, ma anche ricchi di umanità del professor Hudolin, anche a Padova si lavorò in tal senso.

Il cammino teorico/ideologico dei programmi ecologico-sociali ha visto l'esperienza padovana tradursi in due momenti che vorrei descrivere brevemente evidenziandone le caratteristiche ed i nodi problematici per concludere poi con alcune riflessioni.

Primo momento (dal 1984 al 1992)

Il primo approccio ai problemi alcolcorrelati resi complessi dal trovarsi in situazione di homeless ha spronato tentativi pionieristici di far pronte alle specifiche situazioni. Alcuni risultati sono stati soddisfacenti, ma la verifica continua e l'evoluzione stessa delle esperienze hanno portato a cambiamenti anche radicali nel tempo.

In particolare, i punti deboli che hanno caratterizzato questa fase ed hanno portato poi gli stimoli maggiori alla riflessione ed al cambiamento sono stati:

- una non sufficiente attenzione alla famiglia, intesa come ricerca individuale di legami significativi, al momento dell'inserimento nei CAT delle persone senza dimora;
- un programma di supporto presso l'Asilo Notturmo locale, caratterizzato da un approccio troppo specialistico e che non si inseriva nella condizione specifica delle persone e della loro rete di relazioni;
- una collaborazione con gli operatori delle cucine economiche popolari e dell'Asilo Notturmo che non teneva sufficientemente conto della necessità di condivisione dell'approccio e dei suoi principi;
- una disattenzione agli equilibri del CAT con la tendenza a favorire l'omogeneità, inserendo molte persone senza dimora in uno stesso CAT.

Accanto ai già citati risultati positivi, si è assistito di fatto ad una progressiva involuzione dei programmi di supporto, resi talvolta sterili dall'isolamento nel quale nascevano e si sviluppavano.

Secondo momento (dal 1993 ad oggi)

Alla luce delle riflessioni sopra descritte, dopo un periodo in cui l'attenzione e l'investimento in questa direzione sono notevolmente calati, si è giunti oggi ad una reimpostazione totale del lavoro sia nei presupposti che nei contenuti.

Da alcuni anni, sulla spinta propulsiva dei Club è nato a Padova il Centro alcolologico territoriale che facilita l'attivazione delle reti territoriali, in quanto fin dalla fase di progettazione degli interventi è concretamente presente la rete operativa nel territorio, in quello specifico settore e la possibilità di condividere principi, valori e metodologia di lavoro.

Questo permette nel caso delle persone senza dimora, che esse afferiscano per diverse strade al CAT, ma comunque sempre riconducibili all'interno di un programma e di un percorso articolati, che vedono da subito l'attivazione di una gran parte delle risorse esterne alla persona, ma ad essa collegate, utili a sostenerla nel cammino verso il cambiamento ed a fornirle alternative nei momenti di difficoltà e di crisi.

La scelta che in molti dei servizi pubblici e del privato sociale si sta consolidando di mettere la persona al centro di una rosa di risorse umane e materiali disponibili, permette infatti di attingere, in modo sufficientemente flessibile, a risposte personalizzate e modificabili. Attenzione quindi non più rivolta al problema da risolvere (con servizi specialistici in tal senso orientati), ma alla persona, nel tentativo di fornirle opportunità di scelta autonoma e propositiva verso la propria realizzazione e facilitarle la conoscenza e l'accesso alle risorse.

La condivisione del modello dell'accompagnamento sociale⁽²⁾ come rinuncia all'istituzione di sempre nuovi servizi a favore di un loro diverso utilizzo permette, nel caso specifico dei problemi alcolcorrelati, di motivare sul piano affettivo oltre che razionale e di sostenere lo sforzo che ogni cambiamento richiede (soprattutto a chi ha sviluppato nel tempo forti resistenze in tal senso) con la restituzione di gratificazioni sia sul piano affettivo che relazionale, verso la riassunzione di un ruolo sociale significativo.

Tutto ciò si traduce operativamente nell'attivazione di tutti i Club nell'accoglienza delle persone senza dimora ed in un collegamento continuo tra i Club e la loro comunità locale, in particolare con l'Assessorato alle Politiche Sociali, i Centri di Igiene Mentale, i Ser.T., gli ospedali, i medici di medicina generale, l'Asilo Notturmo e le altre accoglienze abitative, le cooperative di reinserimento lavorativo, gli operatori formati in campo alcolologico secondo il Metodo Hudolin con funzioni di accompagnatore sociale (o familiare sostitutivo, se vogliamo usare una terminologia più vicina a quella dei Club), le Cucine Economiche Popolari.

La persona senza dimora che inizia un percorso di sobrietà trova quindi nella sua rete di relazioni, a partire dalla capacità di ascolto e di accoglimento della sua richiesta di aiuto, una catena coerente di stimoli e di sostegni che cerca di rispondere alla complessità della sua situazione ed alla multidimensionalità dei suoi bisogni.

Questa è la direzione verso la quale stiamo andando, con la convinzione sempre più radicata che i problemi alcolcorrelati complessi possano trovare nel Club una risposta efficace e soddisfacente se il Club è cellula viva della sua comunità e capace di interazione e di scambio con quanto lo circonda.

L'esperienza di questi anni mi ha convinta che la complessità non è una semplice aggiunta al problema alcolcorrelato, ma una condizione che dà origine ad una situazione nuova, diversa in cui i problemi alcolcorrelati non sono il nucleo principale a cui tutto il resto può o meno girare attorno determinandone la complessità, ma dove la complessità è protagonista di se stessa e come tale va affrontata.

⁽²⁾ Vedi a questo proposito L. Gui. *L'intervento per le persone senza dimora: più che strutture nuove un approccio diverso*, Gli ultimi della fila (rapporto 1997 sui bisogni dimenticati), Caritas Italiana e Fondazione E. Zancan, Feltrinelli, 1998.

Se penso quindi a risposte ai problemi alcolcorrelati delle persone senza dimora, le posso solo immaginare come uno sforzo per comporre un puzzle in cui gli elementi sono prevalentemente gli stessi ma danno origine, di volta in volta, ad immagini sempre nuove e sempre diverse. Lo sforzo consiste proprio nel non perdere la creatività e la disponibilità a rinunciare alla sicurezza delle risposte standard a favore di prospettive meno certe ed a volte inesplorate che ogni persona ci può suggerire.

Il lavoro con gli skid row a Genova

A. Remondini

L'Associazione San Marcellino di Genova si occupa, in modo specifico fin dal 1986, di accoglienza e progetti di riabilitazione per persone senza dimora. Essa mira a promuovere l'incontro con le persone sulla strada perché queste possano riprogettarsi con dignità, mentre chi le incontra possa guardare a sé ed al mondo con occhi diversi, più comprensivi e giusti.

Nel tempo essa ha orientato il proprio lavoro elaborando una metodologia di intervento che tende alla creazione di percorsi di reinserimento sociale delle persone accolte. Il problema dell'alcol fin dall'inizio era, come oggi, molto diffuso tra le persone che vivono l'esperienza della strada e nella maggioranza dei casi costituiva un ostacolo estremamente rilevante ad ogni tentativo di aggancio e/o di progetto. Gli sforzi per introdurre strumenti di lavoro che aiutassero le persone a non bere più andavano incontro alla totale, reciproca frustrazione. Nel Gennaio 1988 Maurizio Battaglia, in servizio civile presso l'Associazione, frequentò a Pordenone un Corso di sensibilizzazione ai problemi alcolcorrelati, dando inizio all'esperienza dei Club: ritornato dal Corso, aprì un Club con alcune persone senza dimora che, al tempo, frequentavano il centro. Era chiaro che il metodo fosse efficace e utilizzabile solo con la partecipazione di tutta la famiglia mentre, come è noto, le persone senza dimora non hanno famiglia o con essa hanno interrotto tutti i rapporti. Ma il senso di impotenza aveva incrementato lo sviluppo di nuove strade. I risultati furono quasi miracolosi. Tanti nomi e tanti volti mi tornano alla mente, e credo che questo sia il bello: si tratta di una storia fatta di nomi e volti.

Il fatto che tante persone stessero meglio, che la partecipazione al Club avesse loro consentito, con l'astinenza, di poter anche procedere in un progetto di riabilitazione, aveva portato ad approfondire le relazioni con il metodo. Di fatto alle persone veniva proposto, accanto all'esperienza del Club, di gestire le proprie relazioni, di provarsi in una situazione alloggiativa dignitosa, in un contesto lavorativo, di mantenere un contatto diverso con la propria salute, di curare la ripresa di interessi culturali e di svago. Vladimir Hudolin e sua moglie Višnja incoraggiavano a procedere con la formazione, sostenendo l'Associazione di fronte alle prime difficoltà e partecipando alle prime serate di sensibilizzazione che si tennero a Genova assieme alle prime persone inserite nei Club.

Dopo l'apertura dei primi due Club si apprese che a Genova da un po' di tempo esisteva un altro Club che una famiglia, di ritorno da un ricovero a Castellerio, aveva aperto pur senza 'operatore' (come si diceva all'epoca). La relazione con loro permise anche di incontrare altre persone, operatori del pubblico e del privato, studenti, un impiegato, un medico militare ed altri ancora, che si avvicinarono ai Club genovesi. Insieme venne costituito il primo nucleo genovese che poi dette vita all'ARCAT Liguria, di cui io fui il primo presidente.

Nel frattempo i Club si erano moltiplicati, sempre meno del necessario, proprio come oggi, ma in modo incoraggiante. Nei primi, composti solo da persone senza dimora, si inserirono famiglie della zona portando un nuovo contributo ai compagni e un nuovo impulso a tutto il nucleo. La crescita del numero delle persone interessate a far parte di un Club poneva il problema della formazione di nuovi 'operatori' e dell'aggiornamento dei 'vecchi'. Fu

anche così che nel 1991 arrivò il primo Corso di sensibilizzazione organizzato in Liguria.

Resta il fatto che quello che più caratterizza l'esperienza genovese è, a tutt'oggi, l'apertura dei programmi e del metodo anche alle persone senza dimora, privilegiando l'idea che non si può negare l'accoglienza in un Club ad una persona che la chiede.

Si è perciò affrontato il problema delle famiglie; con tutti si è cercato, quando possibile, di stimolare una ripresa dei contatti con le famiglie, talvolta con un notevole successo. Nelle situazioni 'impossibili', come è facile immaginare nel caso di persone che interrompono, con l'esperienza della strada, qualsiasi legame precedente, si sono sperimentate diverse combinazioni: hanno partecipato al Club persone accompagnate da volontari (alcuni dei quali coinvolti sino a trasformarsi in quelle che oggi chiamiamo famiglie sostitutive), accompagnate da astinenti con un po' di 'anzianità', coppie di alcolisti, ma molti continuarono, e continuano a frequentare soli.

Il problema delle persone sole nei Club costituisce, in sostanza, ancora oggi un forte stimolo alla riflessione e all'approfondimento. La nostra Associazione incoraggia e partecipa a dibattiti sulla famiglia sostitutiva, sforzandosi di partire da quei membri di Club che vivono in prima persona quest'esperienza. Lo scopo è anche quello di tenere viva quell'attenzione all'uomo che fa crescere, capaci di cercare nuovi strumenti, alimentando la possibilità del cambiamento, nel pieno spirito di questo metodo, che non è stato posto al centro, immutabile con le sue teorie, ma a servizio, in continua tensione ed evoluzione per aiutarci ad essere ed a renderci migliori.

La spiritualità antropologica

La spiritualità antropologica e l'approccio ecologico sociale⁽¹⁾

Vladimir Hudolin

Sulla possibilità di introdurre l'approccio antropospirituale nei programmi territoriali che si occupano dei problemi alcolcorrelati e complessi, innanzitutto è opportuno ricordare che l'uomo è un essere con una struttura biofisica della quale fa parte la spiritualità. Potremmo dire che la personalità umana può essere vista come un insieme spirituale, formato da una parte biofisica che, assieme alla spiritualità, dà completezza ad una struttura unica. L'una e l'altra parte sono ugualmente importanti e formano un insieme: senza l'una o l'altra non possiamo immaginare l'uomo. La spiritualità, in questa esposizione, viene vista come un insieme delle caratteristiche comportamentali umane trasmesse attraverso la filogenesi e l'ontogenesi: in altre parole, può essere vista come la cultura umana esistente, e non esclusivamente in senso religioso.

Le regole del comportamento umano possono essere considerate come conseguenza dei processi biosociali o, al contrario, come un insieme di prescrizioni dateci da Dio. È difficile immaginare l'uomo e la sua comunità senza la dimensione spirituale. Possiamo ipotizzare che essa abbia avuto sviluppo da un processo biofisico differenziato in tante forme quanti sono gli individui, ma, alla base, esiste sempre un codice etico uguale, difficilmente riducibile ai noti processi biofisici. Talvolta questo codice, se alterato, può causare disagio: allora le sofferenze spirituali possono essere combinate con varie altre sofferenze fisiche, psichiche e sociali, incluse quelle alcolcorrelate e incrociate. Così, anche le sofferenze spirituali possono rientrare nel concetto della multidimensionalità della sofferenza.

Quando si parla della spiritualità non si pensi esclusivamente alla spiritualità religiosa, nonostante questa occupi un posto importante nella storia umana. Nessuna società, infatti, ne è priva. La spiritualità antropologica viene immaginata come appartenente solo all'uomo, ed ecumenica. Quest'ultimo termine, nel significato originale, sta a indicare un qualcosa di

⁽¹⁾ Tratto da Vl. Hudolin in Merigo G., Schiavi A., Cecchi S., Monesi G. Ricominciare insieme, Brescia, Centro alcolologico bresciano e Cassapadana, 1997.

appartenente all'umanità intera, come si è cercato di chiarire durante i Congressi di Assisi. La spiritualità rende l'uomo diverso da tutte le altre forme di vita che lo circondano.

I programmi territoriali per i problemi alcolcorrelati e complessi fanno parte della protezione e promozione della salute, e si basano sulla solidarietà, sull'amicizia, sull'amore, sulla ricerca della pace e della convivenza, sulla necessità del cambiamento della cultura sanitaria e generale esistente; in altre parole sul cambiamento della spiritualità antropologica, radicata nel patrimonio ereditario genetico e acquisito durante la filogenesi e l'ontogenesi (cioè durante lo sviluppo della specie e dell'individuo).

Con l'acquisizione di questo approccio ecologico sociale ai problemi alcolcorrelati e complessi sono iniziate varie discussioni, dal momento che nei Club si abbandonava sempre di più il concetto medico tradizionale per un concetto alternativo.

È necessario modificare l'attuale cultura sanitaria e generale che ritiene essere scientifico solo ciò che può essere misurato, pesato, osservato a livello microscopico, o diagnosticato con precise ed oggettive metodologie investigative. Con questo non voglio negare l'importanza di tutto ciò che può essere misurato, contato e direttamente osservato, ma affermare che rappresenta solamente una piccola parte della vita umana. Enfatizzando solo questo aspetto, si rischia di svalutare come non scientifica la gran parte delle caratteristiche umane che distinguono l'uomo da tutte le altre forme di vita del nostro pianeta.

Il nostro pensiero dovrebbe indirizzarsi non solamente alle definizioni e alla terminologia riguardanti la spiritualità antropologica, ma prima di tutto alla sua applicazione nel lavoro territoriale di ogni giorno.

La spiritualità antropologica nel pensiero di Vladimir Hudolin *Giuseppe Corlito*

Premessa

La spiritualità antropologica⁽²⁾ è sicuramente l'ultima frontiera del pensiero di Vladimir Hudolin, a cui egli si è dedicato a partire dal 1990: un modo per indicare «*un passaggio nelle nostre considerazioni dalla centralità della sostanza all'importanza delle persone, delle relazioni e degli altri valori umani*»⁽³⁾; un modo per dare una prospettiva generale e teorica – nel senso più alto del termine – al nostro lavoro quotidiano per il cambiamento dello stile di vita e per il miglioramento della qualità della vita delle persone, delle famiglie e della società. 'Ultima frontiera' solo perché inevitabilmente la morte ha interrotto il suo cammino, che per l'intera vita è stato un continuo cambiamento, la ricerca mai compiuta di un' 'utopia vivente' o – come lui usava dire – di una perfezione irraggiungibile⁽⁴⁾.

⁽²⁾ Nelle nostre numerose discussioni su questo tema, il Professore scherzando definiva la mia posizione una 'spiritualità atea', per la mia avversione a soluzioni che travalicano il limite dell'umano. Ovviamente essere definito 'ateo' fuori dello scherzo non mi piace, la mia è una posizione che in negativo si definisce 'materialista'. Mi definisco 'non credente' e credo alla possibilità di trovare un terreno comune tra credenti e non credenti per un cambiamento sociale e antropologico che è sempre più necessario per la sopravvivenza della specie e del pianeta. Quindi condivido tutto l'arco dei problemi affrontati da Hudolin, sotteso al termine 'spiritualità antropologica', ma non ho mai negato la mia avversione al termine in sé, che trovo ambiguo col suo richiamo semantico a tutta la tradizione filosofica 'spiritualistica'. Non è questa la sede - un manuale - in cui avventurarsi in discussioni 'filosofiche', anche se esse esercitano su di me grande fascino e poterne parlare è una delle ragioni per cui appartengo al movimento dei Club, ma mi corre l'obbligo di darne atto ai lettori per onestà intellettuale, invitando i più curiosi e volenterosi a leggermi i miei contributi ai Congressi di Assisi, che per la stessa ragione sto pensando di raccogliere in un unico volume.

⁽³⁾ V. Hudolin, *Introduzione al Corso*, Appendice Corso sulla 'Spiritualità antropologica ed ecologica umana', Padova, 20-21 novembre 1994, in Centro Studi Europeo S. Francesco, *La Spiritualità antropologica e l'ecologia sociale*, Atti del II° Congresso di Assisi, Nuova Grafotecnica, Casalserugo, 1994, pp. 183-197.

⁽⁴⁾ Testualmente diceva (op. cit., 1994, p.194): «*la crescita e maturazione, in altre parole, un cambiamento longitudinale, progressivo verso una propria perfezione che, devo subito dire, non è mai raggiunta*».

Tale posizione ha trovato nel movimento dei Club almeno due diverse interpretazioni: alcuni, e sono una minoranza, pensano che la spiritualità antropologica è il tentativo di sottrarre un ambito di valori al campo della religione e vi sono alcuni passaggi degli scritti di Hudolin che vanno in questa direzione⁽⁵⁾; altri, e sono la maggioranza, pensano ad un percorso che porta alla fede, meta che nei suoi scritti Hudolin non ha escluso⁽⁶⁾. In questa seconda posizione alcuni malevoli hanno intravisto un prodotto della 'senilità' del Professore, del suo approssimarsi alla morte. Personalmente propendo per la prima interpretazione, anche se penso che essa è comunque una 'forzatura' del pensiero di Hudolin e del suo tentativo 'ecumenico' di trovare una lingua comune⁽⁷⁾. Devo comunque testimoniare, avendo avuto l'opportunità di essere vicino al Professore nell'ultima fase della sua vita, che ho visto raramente un atteggiamento altrettanto virile e 'renitente al fato' come il suo di fronte alla malattia ed alla morte.

La definizione della spiritualità antropologica

Hudolin ha definito la spiritualità antropologica fin dall'inizio e costantemente come «*un insieme delle caratteristiche comportamentali umane trasmesse nella filogenesi e nella ontogenesi, in altre parole, può essere vista come cultura umana esistente (non esclusivamente in senso religioso) sempre collegata alla sua parte bio-fisica*»⁽⁸⁾. Qui il termine 'cultura' non è usato nel senso ristretto dell'italiano standard come 'erudizione' o 'dottrina', né nel senso più lato come 'rielaborazione personale ed originale delle nozioni acquisite'⁽⁹⁾ ma nel senso estensivo del termine tedesco kultur, 'largamente usato nella storiografia per designare il complesso degli atteggiamenti etnici e culturali, propri di una nazione o di un periodo storico'⁽¹⁰⁾. In questa seconda eccezione 'cultura' corrisponde al nostro 'civiltà', quindi all'intera vita sociale nelle sue massime espressioni (l'arte, la scienza, le istituzioni ecc.) ma anche nelle sue condizioni materiali di esistenza. Infatti Hudolin sottolineava sempre le componenti bio-fisiche del sistema.

Egli considerava una 'dualità artificiale' distinguere nella personalità umana la spiritualità e la struttura bio-fisica nella quale è 'inclusa'⁽¹¹⁾. In tale senso la spiritualità antropo-

⁽⁵⁾ V. Hudolin, *Disagio spirituale ed esistenziale*, in Centro Studi S. Francesco, op. cit., 1994, p. 27-28: «*Nell'uso corrente, la parola spiritualità ha un significato quasi esclusivamente religioso; nel nostro lavoro la spiritualità ha un significato più ampio di quello della lingua comune non escludendo la religiosità*»; «*Esistevano due possibilità: 1) Abbandonare la parola... 2) Trovare la possibilità di ritenere il significato giusto parlando della spiritualità nel senso di abbracciare tutte le caratteristiche umane che non sono somatiche*»; V. Hudolin, *I sedici anni di vita dei Club: dall'infanzia all'adolescenza, verso la piena maturità*, in Centro Studi S. Francesco, Terzo millennio, millennio di pace, Atti del IV° Congresso di Assisi, Nuova Grafotecnica, Casalsarugo, 1997, p. 30: «*Molti dimenticano che si parla della solidarietà umana e non esclusivamente della spiritualità religiosa*».

⁽⁶⁾ V. Hudolin, *Una spiritualità umana per il nuovo millennio*, in Camminando insieme, n. 2, 1993, p. 16: «*I Club non aderiscono ad una qualche religione o ad una ideologia politica. Con questo non si esclude che il lavoro possa portare singole famiglie alla fede*».

⁽⁷⁾ V. Hudolin, op. cit., 1993, p. 14: «*un ecumenismo, se si può usare questa parola non solo in senso religioso ma comprensivo di tutti i settori della cultura umana*».

⁽⁸⁾ V. Hudolin, op. cit., 1994, p. 183.

⁽⁹⁾ R. Bernardi, *Dizionario di termini della critica letteraria*, Le Monnier, Firenze, 1967, pp. 66-67.

⁽¹⁰⁾ G. Arnaldi (a cura di), *Dizionario dei termini storiografici*, Zanichelli, Bologna, 1961, p. 66.

⁽¹¹⁾ V. Hudolin, *Disagio spirituale ed esistenziale*, in Centro Studi S. Francesco, op. cit., 1994, p. 29: «*questa dualità artificiale, vuol dire la qualità spirituale e quella bio-fisica, è da molto tempo discussa anche nella medicina, senza che si sia trovata né una risposta teorica né una spiegazione somatica, nonostante l'introduzione di molte teorie somatopsichiche*»; V. Hudolin, *Ecologia sociale, spiritualità antropologica e problemi multidimensionali*, in Centro Studi S. Francesco, Ecologia sociale, spiritualità antropologica e sofferenze multidimensionali nel passaggio tra i due millenni, Atti del III° Congresso di Assisi, Nuova Grafotecnica, Casalsarugo, 1996, p. 29: «*Questo significa guardare all'uomo e alla sua famiglia, nella sua complessità cercando di evitare una dicotomia totale che da una parte vede solo problemi somatici, e dall'altra le caratteristiche spirituali umane; da una parte la qualità economica-materiale, e dall'altra la qualità spirituale umana. Tale divisione non può essere fatta*».

logica o il suo sinonimo, che preferisco, cioè la cultura sociale umana⁽¹²⁾, sarebbe all'interno del modello bio-psico-sociale⁽¹³⁾, da cui anche il Professore e noi con lui siamo partiti, una qualità sovrasistemica, che attiene sia al sistema biologico, che a quello psicologico, che sociale. È una sottolineatura doverosa (anche se spesso dimenticata da molti di noi) perché ci pone in una posizione originale e critica sia verso il riduzionismo biologistico sia verso il riduzionismo psicologistico, che purtroppo sono oggi dominanti come varianti dello stesso paradigma post-moderno⁽¹⁴⁾. A me sembra che nel consumismo post-moderno vi sia un rischio rilevante in deriva 'mistico-spiritualistica' con le tecniche da supermarket vendute da correnti di moda come la new age, apertamente criticate anche dalla Chiesa, o ad un livello apparentemente più elevato dall'altro supermarket delle 'psicoterapie ottimismo-consolatorie'⁽¹⁵⁾. Credo che noi dei Club dovremmo opporci a questa tendenza proprio perché da sempre, anche se in maniera diversa a secondo dei vari periodi storici, l'uso dell'alcol e delle altre sostanze ha rappresentato una modalità di evasione dalla realtà e quindi una specifica alienazione soprattutto in epoca moderna. Hudolin, criticando l'approccio medico tradizionale che protegge lo status quo sociale⁽¹⁶⁾, ha chiarito fin dall'inizio il ruolo sociale dell'alcolismo: 'il rapporto con l'alcol, ugualmente al rapporto con altre sostanze, può provocare il cambiamento soggettivo della realtà in modo consono con le necessità, i bisogni e le richieste dei sistemi biosociali disturbati in un determinato momento storico'⁽¹⁷⁾ (cfr. rapporto alcolismo-industrializzazione⁽¹⁸⁾).

Hudolin ha dedicato parte della sua riflessione al 'lavoro pratico' sulla spiritualità antropologica, cercando di calare questo punto di vista nell'intervento quotidiano dei Club secondo quella originale modalità che ho chiamato 'utopia vivente'. Lo spazio ridotto di questo lavoro non mi permette di diffondermi oltre, ma vorrei rapidamente soffermarmi su alcuni temi strettamente connessi: la 'trascendenza', la 'meditazione', l' 'etica'.

⁽¹²⁾In alcuni passi Hudolin dice testualmente '*cultura sociale umana*', op. cit., 1993, p. 15.

⁽¹³⁾G.L. Engel, '*The clinical application of the biopsychological*', in *America Journal of Psychiatry*, 137, 1980, p. 535.

⁽¹⁴⁾Ho cercato di dimostrare altrove come 'il riduzionismo semplifica unilateralmente la complessità e la multidimensionalità umana a pochi parametri più o meno quantizzabili', tentando di trarre alcune conseguenze del pensiero di Hudolin estremamente attuali nel dibattito scientifico e culturale. cfr. G. Corlito, '*L'innovazione di Vladimir Hudolin in psichiatria*', relazione al Convegno di Studi. L'opera di Vladimir Hudolin, Università di Siena, 5 novembre 1977, in stampa.

⁽¹⁵⁾G. Jervis, *Sopravvivere al millennio*, Garzanti, Milano, 199, p. 29.

⁽¹⁶⁾V. Hudolin, op. cit., 1993, p. 18: «*Le forme di comportamento legate al bere alcolici, i problemi psichici, possono essere osservate separatamente dai processi culturali in senso più ampio, solamente se si accetta una classificazione statica del comportamento. Un simile approccio serve in un dato momento a proteggere lo status quo impedendo che ci possano essere influenze da parte dell'inquietante comportamento di individui e gruppi che si trovano in uno stato di sofferenza*».

⁽¹⁷⁾Ibidem.

⁽¹⁸⁾Cfr. G. Corlito, V. Cerato, '*I programmi alcolologici italiani prima del 1979*', in questo stesso volume.

La spiritualità antropologica e i problemi alcolcorrelati e complessi⁽¹⁾

Vladimir Hudolin

In occasione del Secondo Congresso di Assisi (1994) si è tentato di individuare, dal punto di vista diagnostico, il disagio spirituale ed esistenziale e ciò che dovrebbe fare il Club in questi casi. Fra i disturbi che si constatano nella complessità dei problemi alcolcorrelati, e in generale dei disagi del comportamento, il più consistente è il disagio spirituale. In questo disagio colloco i problemi provocati dalla non accettazione di se stessi, del proprio comportamento e del proprio ruolo nella comunità, della cultura sociale esistente e della prevalente giustizia sociale. Questo disagio è accompagnato da un senso di impotenza davanti al problema e dall'impossibilità di capirlo.

Se consideriamo la spiritualità come l'insieme della nostra cultura e delle caratteristiche di vita in una data epoca nelle nostre comunità, in tutta la società e sull'intero pianeta, questo disagio può essere presente in modo particolare nei diversi settori della spiritualità antropologica: emozionale, politico, religioso ecc. Naturalmente il lavoro nel Club e negli altri programmi territoriali non può basarsi su un settore isolato e non deve essere assoggettato ad una ideologia politica, sociale o religiosa.

Una volta iniziato il processo di cambiamento nel Club, è importante lasciare a tutti la libertà di trovare le proprie risposte, la capacità di convivenza, la partecipazione e la stima della personalità umana, nonostante le differenze individuali. Il programma non dovrebbe portare ad un appiattimento, ma favorire una crescita e maturazione personale, familiare e comunitaria. Questi sono i punti dove la spiritualità e l'etica si incontrano e quasi si identificano. Non c'è spiritualità senza etica e viceversa. Naturalmente ciò comprende anche l'etica del lavoro in alcologia. Il servitore ed il Club devono essere in grado di cogliere il disagio spirituale, e di lasciare un ampio spazio alla sua verbalizzazione, stimolando la crescita e la maturazione; in altre parole, stimolando un cambiamento longitudinale progressivo verso una propria perfezione che, devo subito precisare, non potrà mai essere raggiunta: raggiungerla significherebbe la fine del ciclo sociale umano.

L'uomo, come qualsiasi altra forma di vita, ha bisogno di salvaguardare l'esistenza bio-psico-sociale individuale, familiare e sociale. Per l'uomo, a differenza delle altre strutture viventi, si deve aggiungere la salvaguardia dell'esistenza antro-po-spirituale: la preoccupazione per la propria esistenza è una delle caratteristiche più sviluppate in tutti gli esseri viventi. Il suicidio è un corto circuito dovuto a vari fattori che non possono essere analizzati in questa mia esposizione. Altri problemi esistenziali - potremmo dire ecologico-sociali - (nei confronti della famiglia, la comunità, la società, il pianeta, il cosmo) potrebbero essere considerati come appartenenti all'ecologia sociale, che prevede anche una giustizia sociale della quale non si parla ancora abbastanza. Sembra come se esistesse una 'dissociazione antropospirituale': la guerra ne è un esempio molto chiaro.

La crisi esistenziale personale e familiare è la sofferenza che si riscontra più frequentemente nei Club e negli altri programmi per i problemi alcolcorrelati e complessi, nonostante non sia di solito diagnosticata a causa della poca importanza spesso attribuitale.

Ora il nostro compito è quello di elaborare e precisare l'approccio pratico, con la consapevolezza che si stanno delineando diversi settori della spiritualità umana e dell'ecologia sociale, come ad esempio, quello politico, quello economico ecc.

⁽¹⁾ Tratto da Vl. Hudolin in Merigo G., Schiavi A., Cecchi S., Monesi G. *Ricominciare insieme*, Brescia, Centro alcologico bresciano e Cassapadana, 1997.

Trascendenza e meditazione⁽¹⁾

Vladimir Hudolin

Il lavoro nel Club offre alle famiglie un'opportunità di crescita e maturazione, la capacità di riguadagnare la gioia di vivere, la riappropriazione del proprio futuro perso nei problemi alcolcorrelati, la possibilità di tendere verso un livello superiore della propria esistenza; un superamento, una trascendenza di se stessi.

Per questo i Club hanno il compito di discutere di più del futuro, della gioia di vivere, trascendendo dalla realtà che spesso trascina verso il passato. Anche qui non intendo introdurre, con la parola trascendenza, un concetto religioso, nonostante che l'idea della trascendenza spirituale si avvicini alla religione.

Trascendenza significa, per il concetto ecologico sociale, la possibilità di trascendere se stesso, il proprio comportamento, e scegliere una vita migliore, una spiritualità antropologica migliore, con l'astinenza sì, ma non solamente questa.

La trascendenza e la meditazione

Giuseppe Corlito

La parola trascendenza è anch'essa carica di significati religiosi, che la rendono 'ambigua' nel nostro ambito e che richiedono continue precisazioni. Ancora una volta Hudolin chiarisce: 'La trascendenza non si deve comprendere solo in senso religioso, nonostante che il suo significato religioso abbia grande importanza, ma la possibilità di trascendere se stessi, il proprio comportamento e scegliere una vita migliore, una spiritualità antropologica migliore'⁽²⁾. Trascendere se stessi per me non vuol dire attingere a Dio, a meno che questo non sia la personificazione dell'Altro⁽³⁾, trascendere per me significa attingere agli altri come singoli e come società. Ciò vuol dire superare il significato caritativo dell'aiuto (un'indicazione di Hudolin fin dal 1985, che non è ancora compiutamente passata nel nostro movimento dei Club⁽⁴⁾), nella direzione dell'interdipendenza, della condivisione e della solidarietà. Non solo in questo pianeta, sempre più stretto per la straripante umanità, siano sempre più vicini e legati l'uno al destino degli altri, non solo la nostra generazione è legata alla successiva nella sopravvivenza della specie (come ci dimostra un corretto approccio ecologico-sociale) e quindi non solo la solidarietà sociale è una necessità materiale prima di essere una virtù, ma soprattutto gli altri presenti, passati e futuri sono indispensabili al nostro sviluppo personale all'interno di un modello della mente umana come sistema aperto. Basti un esempio per tutti: l'acquisizione del linguaggio è una qualità speciespecifica, che ci distingue da tutti gli altri esseri viventi o che forse condividiamo con alcune specie evolute come i primati o i delfini. Per essa la nostra mente è 'precablata'⁽⁵⁾, cioè geneticamente predisposta, ma se il cucciolo d'uomo non entra nella comunità dei parlanti nei primi due anni di vita questa qualità è irrimediabilmente perduta. Questo è l'esempio più palmare di quel rapporto tra cultura e natura che rende l'essere umano unico (o quasi) tra le specie viventi, nel linguaggio di

⁽¹⁾ Tratto da Vl. Hudolin in Merigo G., Schiavi A., Cecchi S., Monesi G. *Ricominciare insieme*, Brescia, Centro alcolico bresciano e Cassapadana, 1997.

⁽²⁾ V. Hudolin, op. cit., 1997, p. 31.

⁽³⁾ O, meglio in un senso filosofico materialista, l'ipostasi dell'Altro.

⁽⁴⁾ V. Hudolin, *La comunità terapeutica e il trattamento familiare*, in V. Hudolin, *Famiglia, territorio, salute mentale*, ACAT-USL 6 Sandanielese, San Daniele del Friuli, 1985, p. 52: «*Desidero esplicitamente evitare l'uso della parola 'aiuto', poiché essa implica l'idea di fare la carità*».

⁽⁵⁾ J. Monod, *I valori nell'epoca della scienza*, in *Linea d'ombra*, n. 40, 1989, pp. 35-39.

Hudolin ciò attiene alla spiritualità antropologica, al superamento della dualità artificiale tra soma e psiche. Di qui nasce, a mio avviso, l'indicazione della necessità nel Club di captare e verbalizzare il disagio esistenziale prima che diventi sintomo.

La parola meditazione contiene anch'essa significati religiosi forse più marcatamente esotici⁽⁶⁾. Nel quinto Congresso di Assisi, il primo senza il Professore, sua moglie, la Professoressa Visnja Hudolin, ha posto in relazione la meditazione con la trascendenza, cioè 'la possibilità di osservare se stessi, di iniziare una meditazione per superare il proprio comportamento'⁽⁷⁾. Hudolin consigliava una pratica molto semplice: fare ogni sera il bilancio della giornata, cercando di correggere i propri errori e migliorare il proprio comportamento. Nulla di trascendentale! Tutti lo possono fare. Credo che questo tipo di meditazione serva a esprimere fatti quotidiani ed emozioni ad essi connessi in un linguaggio comprensibile e comunicabile, che va nella direzione di trovare quella 'lingua comune' tra le persone adatta alla verbalizzazione del disagio esistenziale. Il dramma degli umani è nella contraddizione tra natura e cultura, tra soma e psiche, la 'dualità artificiale', la contraddizione tra archipallio (il cervello del serpente) e neopallio (il cervello evoluto dei primati), di cui parlava Hudolin, tra emozioni e pensiero. La meditazione semplice, ma costante, dovrebbe condurre ad un 'pensiero emozionato' e ad un 'linguaggio emozionato'⁽⁸⁾, ad una lingua del cuore, che passa per la testa. Non è semplice, ma richiede un esercizio continuo, che come la perfezione non si completa mai fino alla morte.

Etica⁽⁹⁾

Vladimir Hudolin

Con l'espansione dei programmi per i problemi alcolcorrelati e complessi, soprattutto dei Club degli alcolisti in trattamento, sarà necessario prestare più attenzione all'etica del lavoro e alla spiritualità antropologica. Già all'inizio delle attività dei Club si aveva attenzione per l'etica, che veniva sostanzialmente accettata nel senso tradizionale e individuale, secondo il modello dell'etica medica.

Si cercava di proteggere le famiglie cercando di prevenire che le confidenze individuali o di gruppo potessero essere conosciute fuori del Club. Oggi che il numero dei Club è aumentato ed è fitta la trama degli incontri, la responsabilità etica non può restare confinata all'individuo, alla singola famiglia ed al Club, ma si estende alla società, in particolare alla comunità locale. Ultimamente anche la letteratura professionale si esprime più spesso in questo senso.

Nel lavoro di Club ci sono molte richieste per un'etica di lavoro: basta ricordare la raccomandazione di non ricevere visite di estranei durante le riunioni settimanali di Club, e la libertà dei membri di non esser presenti se non lo desiderano (nel caso che le visite si svolgano comunque) e di non parlare dei propri problemi fuori dal Club. La decisione di non accettare il tirocinio ha lo stesso significato.

⁽⁶⁾ Penso ad esempio alla '*meditazione trascendentale*' legata a tradizioni religiose e filosofiche orientali, spesso pericolose per la salute mentale se trasportate meccanicamente nella nostra cultura occidentale.

⁽⁷⁾ Vi. Hudolin, '*riflessioni sulle proposte e conclusioni del Congresso 1996*', in Centro Studi S. Francesco, Terzo millennio tempo di riappropriarsi del proprio futuro, Atti del V° Congresso di Assisi, Nuova Grafotecnica, Casalsarugo, 1998, p. 29.

⁽⁸⁾ Sono in debito per questa idea ad uno psicoanalista con cui ho a lungo collaborato nel servizio pubblico, Cono Aldo Barnà, psichiatra e didatta della Società Psicoanalitica Italiana.

⁽⁹⁾ Tratto da Vl. Hudolin, *Sofferenza multidimensionale della famiglia*, Padova, Eurocare, 1995.

Nella protezione e promozione della salute si usava sempre il concetto etico medico. Secondo M. I. Roemer (1982), *«per secoli i codici dell'etica medica si sono concentrati sul corretto comportamento verso il singolo paziente, ignorando quasi le responsabilità dei medici nei confronti della società. Le riforme dei servizi sanitari sono venute soprattutto da uomini di legge e da gruppi di cittadini, ed i governi hanno applicato varie strategie per indurre i medici a comportamenti socialmente responsabili. Pressioni esterne di questo tipo non servirebbero se fosse seguito un codice dell'etica medica orientato alle questioni sociali, e l'educazione medica fosse completamente rifondata, al fine di portare l'attenzione ai problemi di salute della comunità, e alle politiche necessarie per affrontarle».*

Sono stati proposti vari modelli di approccio etico, adattati alla situazione attuale. Uno di questi modelli, esposti da M. I. Roemer (1982), recita:

«Farò qualunque cosa mi sia possibile per aiutare il paziente e l'intera comunità a prevenire la malattia e il danno, e mantenere un buono stato di salute.

Rispetterò la dignità di tutte le persone, servendole in conformità ai loro bisogni di salute, indipendentemente dal loro status sociale e dagli eventuali guadagni economici implicati.

Prendendo conoscenza dei maggiori problemi di salute dei poveri, darò un contributo significativo per rispondere ai loro bisogni.

Consapevole che i costi dell'assistenza sanitaria sono sopportati dalla gente, non farò nulla che sprechi le risorse o sia dannoso.

Indipendentemente dall'attrazione che possono esercitare alcune località, servirò la gente dove vive e lavora, ovunque le mie competenze siano maggiormente necessarie.

Coopererò con le autorità pubbliche per lo sviluppo di una legislazione sanitaria che rifletta le democratiche decisioni della gente.

Mi sforzerò il più possibile per mantenermi bene informato sui programmi della conoscenza medica.

In quanto cittadino socialmente consapevole, darò l'allarme sui danni alla salute prodotti dall'ambiente, e mi unirò ad altri per eliminare questi pericoli, farò tutto il possibile per migliorare il benessere di tutti i cittadini».

Qui non si tratta di accettare un modello, ma di mostrare che molti, anche nella letteratura professionale, sentono la necessità di cambiamento. L'etica dell'approccio deve adattarsi al cambiamento del sistema della protezione e promozione della salute, cercando un rapporto adeguato con la coscienza ecologica.

L'etica nell'alcologia non può avere corso a prescindere da un'etica sanitaria e sociale, e deve essere adattata ai cambiamenti avvenuti nella protezione e promozione della salute.

Protezione e promozione della salute spesso sono di competenza dei servizi sanitari di primo livello, in cui hanno un posto importante gli operatori professionali e volontari non professionali. Nelle pubblicazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità l'approccio del sistema sanitario di primo livello viene ampiamente descritto, come si vede dalle seguenti citazioni:

«Il sistema di assistenza primaria alla salute è un approccio pratico, finalizzato a rendere universalmente accessibile agli individui e alle famiglie della comunità l'assistenza essenziale alla salute, in modo che sia facilmente accessibile ed accolta da loro con piena partecipazione. Questo approccio si è evoluto nel corso degli anni, in parte alla luce dell'esperienza positiva e negativa guadagnata nei servizi sanitari di base in numerosi paesi. Ma ciò significa molto più di una mera estensione dei servizi sanitari di base. Esso comprende aspetti inerenti il sociale e lo sviluppo, e se propriamente applicato, influenzerà il modo in cui funziona il resto del sistema sanitario». (Primary health care, a joint report by the Director General of WHO and the Executive Director of Unicef, 1978)

«...Il sistema di assistenza primaria della salute è la chiave per raggiungere un ac-

«cettabile livello di salute in tutto il mondo per il prossimo futuro come parte dello sviluppo sociale e nello spirito della giustizia sociale. Esso è ugualmente valido per tutti i paesi, dai più ai meno sviluppati, sebbene le modalità che assume siano diverse in relazione ai diversi modelli politici, economici, sociali e culturali. In particolare per i paesi in via di sviluppo è una necessità cruciale».

«...Un accettabile livello di salute per tutte le persone del mondo entro il 2000 può essere ottenuto tramite un uso più pieno ed efficace delle risorse mondiali, di cui oggi si spende una parte considerevole per gli armamenti e nei conflitti militari. Una genuina politica di indipendenza, pace e disarmo potrebbe e dovrebbe liberare risorse aggiuntive, che si potrebbero devolvere a scopi pacifici, in particolare all'accelerazione dello sviluppo sociale ed economico. Il sistema di assistenza primaria ne è parte essenziale e dovrebbe ricevere la propria parte».

L'impegno attivo della famiglia e della comunità locale ha una importanza speciale nella protezione e promozione della salute.

«Se la salute non inizia con l'individuo, la casa, la famiglia, il luogo di lavoro e la scuola non sarà mai raggiunto l'obiettivo della salute per tutti entro l'anno 2000. Anche se prendiamo l'esempio dei paesi industrializzati, l'auto-cura, l'auto-responsabilità, l'auto-gestione dell'individuo, della famiglia e della comunità rappresentano il 50-60% di tutte le cure. Sfortunatamente, i professionisti della salute raramente amano dare fiducia alla gente ad un livello tale per poter acquisire potere sulle proprie decisioni che riguardano la loro stessa salute» (H. Mahler in Levin L.S., 'Selfcare in health: potentials and pitfalls', in World Health Forum, (2) 177-184, 1982).

Gli operatori della salute non sono professionisti sanitari ma persone particolarmente preparate per il loro impegno nella protezione e promozione della salute. Nell'ambito dell'approccio ecologico ai problemi alcolcorrelati gli operatori volontari non professionali volontari sono la grande maggioranza.

«Gli operatori di salute della comunità non sono medici, medici scalzi o altro. Essi sono addestrati per compiti per i quali i medici non sono sufficientemente preparati» (B.J. Coayaji, 1982).

Simultaneamente con l'attività dei servizi e delle istituzioni professionali bisogna introdurre i concetti di autoaiuto e di autoprotezione.

«Sulla base dei sistemi di sorveglianza nazionali, Dunnell e Cartwright e Elliot-Binns hanno stimato che a Londra il 75-80% delle cure dei sintomi erano autogestite. Nel 1977, Bradshaw ha stimato che l'80-85% di tutte le malattie in Inghilterra sono gestite senza che siano consultati i medici. Una recente indagine negli Stati Uniti ha indicato che quasi la metà di tutte le condizioni acute è trattata senza consultare il medico. Un'altra ricerca non ha trovato differenze nei risultati tra l'autocura e la cura professionale per le malattie minori». (S. R. Moore et al., 1980)

A giudicare questi estratti di pubblicazioni dell'O.M.S., l'approccio alla salute e alla sua protezione dovrebbe incidere fortemente sull'etica del lavoro nei sistemi che definiscono la salute come un benessere psico-fisico-sociale; soprattutto quando si intende per salute non solo la protezione della salute individuale, ma prima di tutto la sua protezione nella famiglia, nella comunità e nella società intera.

L'etica nel pensiero di Vladimir Hudolin

Giuseppe Corlito

L'etica è esattamente il tema da cui è partito Hudolin nella riflessione sulla cosiddetta spiritualità antropologica ed abbiamo appena visto che 'gli atteggiamenti etici' sono parte integrante della definizione di kultur. Si tratta di un nodo centrale del dibattito culturale

attuale. Mentre lo sviluppo tecnico-scientifico – soprattutto con le bio-tecnologie – sembra mettere definitivamente in crisi i tradizionali fondamenti religiosi ed umanistici dei principi etici⁽²⁾, la cultura dominante, quella post-moderna, sembra sostituire ad essi l'estetica, anzi 'il bello' acquista una sua sacralità, diventa un sostituto della religione. Uno degli autori contemporanei più noti, Milan Kundera, parla della bellezza di New York come 'il bello per errore'⁽³⁾, escludendo ogni progettualità nella produzione artistica. Tutto questo è interno ai processi di 'americanizzazione', alla adesione acritica all'american way of life, che sta travolgendo tutte le culture antiche o moderne del pianeta attraverso la cosiddetta 'globalizzazione' del mercato e dell'economia⁽⁴⁾. Oggi la riflessione sull'etica sembra essere appannaggio delle professioni mediche e limitrofe, che stanno su un difficile terreno di frontiera. In questo senso il lavoro dei Club di definire un nuovo codice etico rappresenta un valido tentativo controcorrente, di far uscire questi temi dal recinto 'sacro' degli esperti per diventare patrimonio di tutti, soprattutto dei meno fortunati, degli ultimi, dei dannati della terra, che finalmente nella nostra utopia vivente possono prendere il loro destino nelle mani.

⁽²⁾ J. Monod, op. cit., 1989, pp. 35-39.

⁽³⁾ M. Kundera, *L'insostenibile leggerezza dell'essere*, Adelphi, Milano, 1985 p.107: dal 'Piccolo dizionario di parole fraintese (continuazione)', Cap. 5, parte terza: LA BELLEZZA DI NEW YORK: «Fanz disse: *In Europa la bellezza è sempre stata premeditata. C'è sempre stata un'intenzione estetica e un progetto a lungo termine; ...La bellezza di New York ...È una bellezza inintenzionale ...Sabina disse: '...Si potrebbe anche dire: la bellezza per errore'.*

⁽⁴⁾ Subcomandante Marcos, *La quarta guerra mondiale è cominciata*, Il Manifesto, Roma, 1997, p. 18: «questa globalizzazione va accompagnata con un modello generale di pensiero. ...tra tante novità, il modello ideologico che accompagna il neoliberismo nella sua conquista del pianeta ha molto di vecchio. ...L'american way of life...». Marcos è uno degli esponenti del movimento di liberazione del Chiapas in Messico.

I Club degli alcolisti in trattamento in situazioni particolari

Introduzione

Višnja Hudolin

Già dai primi anni di lavoro nel Reparto alcologico a Zagabria ci si è resi conto dell'esistenza di gruppi particolari, per i quali era necessario organizzare un tipo di attività specifica sia nelle istituzioni, sia nei Club. Già nel 1965 fu organizzato un CAT in un grande penitenziario a Lepoglava (vicino a Zagabria), e più tardi simili Club furono istituiti anche in altre case di detenzione. Per poter lavorare in tali strutture gli operatori dovevano frequentare corsi speciali. Un altro problema specifico era costituito dalla cosiddetta tossicodipendenza dei detenuti. Poiché nella nostra clinica già allora disponevamo di un reparto speciale con venti posti letto, in un grande carcere furono organizzati i programmi per i tossicodipendenti, identici ai programmi nella clinica.

Un problema di cui ci si è resi conto assai presto è la frequenza della tubercolosi polmonare presso gli alcolisti. All'epoca già venivano somministrati la streptomina e i tubercolostatici, ma gli alcolisti erano affetti da forme gravi di tubercolosi, con l'apparizione delle caverne, ed erano resistenti alla terapia. Nel 1971 in un grande ospedale nei pressi di Zagabria (a Klenovnik) fu organizzato un reparto speciale per la loro cura secondo lo stesso programma nel Reparto alcologico di Zagabria.

Un problema particolare era rappresentato da altre due strutture sociali relativamente chiuse: l'esercito e il clero. In Croazia si iniziò con la Marina Militare a Spalato. In Italia mio marito e i suoi collaboratori svolsero due corsi per sacerdoti. Uno fu organizzato molti anni fa a Udine per i sacerdoti della Regione. L'iniziativa fu sostenuta dall'Arcivescovo che pure prese parte al seminario. Dopo il seminario fu organizzato un CAT speciale con i sacerdoti che funzionò per alcuni anni. Il secondo corso per sacerdoti si tenne a Padova, nella Basilica di Sant'Antonio. Il Corso fu organizzato da un sacerdote, collaboratore dei CAT che per molti anni, che diresse una Comunità di tossicodipendenti a Monselice, in provincia di Padova. Tra i servitori-insegnanti dei Club in Italia, ci sono parecchi sacerdoti e alcune suore.

Mio marito ed io abbiamo tenuto tre Corsi di sensibilizzazione per sacerdoti croati, che svolgevano un lavoro pastorale all'estero, in Vierzenheiligen, Zurigo, Friburgo, nel periodo che va dal 1980 al 1985.

I Club degli alcolisti in trattamento nelle organizzazioni militari

Il Club degli alcolisti in trattamento dell'ex Marina Militare Jugoslava *V. Carev*

Prima della guerra nella ex Jugoslavia, i Club degli alcolisti in trattamento operavano in seno a quasi tutte le categorie professionali. Il primo CAT dell'esercito fu istituito presso l'Ospedale Militare di Split nel 1978. I CAT furono attivi per molti anni e lavoravano sotto il controllo del Centro Educativo Comunale (Dipartimento per la cura delle malattie mentali e delle dipendenze) fondato nel 1980, di cui facevano parte psichiatri, psicologi, operatori sociali e del settore della previdenza sociale.

Ho scritto vari lavori di alcologia, molti dei quali dedicati al problema della diffusione dell'alcolismo nella Marina Militare. Uno di questi è la tesi di specializzazione dal titolo 'Aspetti dell'alcolismo a bordo delle navi della Marina Militare' (1975), un opuscolo che era reperibile in tutte le biblioteche militari dell'epoca. Anche la tesi di dottorato 'La struttura della personalità dell'alcolista nei contingenti della Marina Militare' (1980) fu stampata e distribuita ai membri di questo corpo delle forze armate. Naturalmente, operare in ambito militare implicava problemi diversi da quelli che si potevano incontrare nel contesto civile. In genere, ogni tipo di informazione inerente l'alcolismo era recepita con fastidio dai quadri dell'esercito, che minimizzavano l'importanza della prevenzione di questo fenomeno, al punto che sino alla pubblicazione delle mie opere questo tema rimase praticamente un tabù, il top secret, per così dire, della gerarchia militare di allora.

L'approccio ecologico sociale ai problemi alcolcorrelati nell'ambito della comunità militare italiana

G. Guidoni, O. Granati, M. Sacripante

La realtà militare rappresenta un tipico esempio di comunità istituzionale, essendo fortemente caratterizzata sul piano organizzativo e dei rapporti interpersonali da rigide regole e gerarchie. Ciascuno è parte attiva e decisiva dell'efficienza del sistema ed è chiaro come la salute individuale incida sulla salute della comunità. In termini tecnici, si può affermare che l'efficienza operativa del sistema è decisamente condizionata da quella del singolo e viceversa. Per efficienza operativa intendiamo sostanzialmente l'insieme di aspetti fisici, psicologici, sociali e motivazionali che sono necessari per un valido impiego delle risorse umane e logistico-strutturali.

Risalta subito l'analogia con il concetto di salute espresso dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, che fa riferimento al "raggiungimento del completo benessere fisico, psichico e sociale". Un'adeguata promozione e protezione della salute nelle comunità militari rappresenta quindi una condizione irrinunciabile per una buona efficienza operativa.

La realtà istituzionale militare è da sempre condizionata da atteggiamenti rigidamente tramandati sotto il sacro nome di 'tradizioni'. Tali condizionamenti assumono spesso il carattere di vere e proprie leggi non scritte, che vengono applicate e seguite con rigore a volte maggiore di quello delle leggi ufficiali. Una delle abitudini più diffuse nelle Forze Armate (FF AA) è senz'altro l'uso di bevande alcoliche, sempre presente nei rituali di iniziazione, nelle prove di virilità, in combattimento o nel riposo dopo la battaglia.

L'offerta di bevande alcoliche nell'ambito militare è generosa e spesso interferisce pesantemente con l'attività di servizio. Ne consegue un'alta incidenza e prevalenza delle problematiche alcolcorrelate, che fino a pochi anni fa (ma per molti versi ancora oggi) avevano

nell'approccio medico, in particolare medico-legale, l'unica forma di risposta operativa, che fatalmente condannava i malcapitati all'espulsione dalla comunità per malattia, con la sottile colpa di non aver 'retto' a sufficienza il bere. Come lo stesso Hudolin ebbe modo di rilevare *«nell'ambito della popolazione militare, per i problemi alcolcorrelati, utilizzando un approccio esclusivamente medico, non si può far altro che proclamare le persone con tali problemi non idonee»*.

Un approccio di tipo medico è fatalmente basato su una diagnosi tardiva, legata alle complicanze soprattutto somatiche del bere, e comporta costi sociali e lavorativi altissimi.

Infatti, dato che l'insorgenza delle complicanze somatiche alcolcorrelate si verifica intorno ai 40-50 anni, avremo in primo luogo una riduzione sempre più grave dell'efficienza operativa per 10-20 anni, e dall'altro lato una valutazione di non idoneità con perdita del lavoro, che a questa età comporterebbe (e comporta) conseguenze tragiche sul piano socio-famigliare. Per questo motivo il riconoscimento delle problematiche alcolcorrelate veniva, sino a pochi anni fa, comprensibilmente ostacolato, negato, mascherato fino alle estreme conseguenze. In termini pratici, la non esistenza di una cura medica breve ed efficace dei problemi alcolcorrelati comporta, per le FF AA, la necessità di rivolgersi a percorsi metodologici cosiddetti 'alternativi'.

L'incontro con Hudolin è stato, in questo senso, provvidenziale. Egli infatti era creatore e promulgatore di un approccio già affermato e sperimentato, nonché basato su principi che soddisfanno esigenze di primaria importanza per le FF AA. Tali principi sono rappresentati dalla possibilità di una diagnosi e di un trattamento precoci, dall'ottimo rapporto costi/benefici, dall'importanza attribuita all'organizzazione di una rete territoriale di prevenzione, estensibile anche ai problemi drogacorrelati, massicciamente presenti soprattutto nelle fasce più giovanili delle FF AA.

Sotto la guida di Hudolin si sono sviluppate iniziative di ricerca, prevenzione primaria, diagnosi e trattamento precoci, con conseguente riduzione dei costi socio-lavorativi, a favore di una migliore efficienza operativa. Nel 1991, a Firenze, un primo gruppo di ufficiali medici dell'Esercito, responsabili di Consulteri Psicologici di vari Ospedali Militari, partecipò a un Corso di sensibilizzazione diretto da Hudolin.

Nonostante alcuni appartenenti all'Esercito fossero già inseriti nei programmi alcolologici territoriali in qualità di operatori, quella fu la prima volta che l'approccio ecologico-sociale e le FF AA si incontrarono ufficialmente. Fu un incontro intenso, per alcuni versi storico, perché sancì l'inizio di una collaborazione destinata a dare importanti frutti nel lavoro nelle comunità militari. Hudolin era figura altamente carismatica e autorevole, e questo certo non guastava in un ambiente come quello militare!

È difficile pensare che in un'istituzione monolitica, rigida come quella militare si potesse operare una vera e propria rivoluzione di costume e di cultura. Tuttavia fu avviato un processo di cambiamento che, pur procedendo a rilento, ha portato alla luce l'importanza di una migliore qualità della vita per una migliore efficienza operativa.

Da allora, e soprattutto negli ultimi anni, si sono succedute varie iniziative, mirate a una prevenzione primaria, secondaria e terziaria delle problematiche alcol/drogacorrelate in ambito militare, come le attività di sensibilizzazione e ricerca, tese a una riduzione dei consumi generali, come il raggiungimento di un buon livello nella diagnosi precoce e nel trattamento immediato nel luogo dove la persona e la sua famiglia risiedono. La riduzione delle riforme per motivi alcolcorrelati e il miglioramento dell'efficienza operativa costituiscono l'incoraggiante avvio di un importante processo di crescita e maturazione per le FF AA, alla cui base c'è stato il fortunato incontro con un grande uomo di scienza e di pensiero che per sua stessa ammissione non è mai stato particolarmente portato per gli austeri e talvolta incomprensibili rigori della vita militare, ma che tanto e con tanta disponibilità ha saputo dare alla nostra comunità militare.

L'esperienza realizzata presso l'Ospedale Militare di Firenze

Hudolin svolse il compito di supervisore di un progetto di intervento di prevenzione delle dipendenze da sostanze psicoattive realizzato nelle caserme, tra il 1993 ed il 1995, ad opera del Consultorio Psicologico di Firenze, nell'ambito della propria attività di sensibilizzazione. La Sanità Militare infatti da tempo si occupa di prevenzione dei comportamenti relativi all'uso di sostanze psicoattive (alcol e droghe illegali) e dal 1983 sono state istituite delle strutture dell'Esercito, i Consultori Psicologici, deputati al sostegno psicologico e alla promozione della salute del personale militare.

Sarà non superfluo sottolineare come un intervento di prevenzione primaria debba interessare tutta la popolazione, in quanto mira proprio ad evitare l'instaurarsi dei problemi. Paradossalmente spesso assistiamo invece a programmi di educazione sanitaria, ad esempio con persone che hanno già sviluppato un problema, con le quali sarebbe invece opportuno rivolgere programmi di recupero, mentre proprio la popolazione 'sana' rimane esclusa dall'intervento perché scarsamente sensibile al problema.

Per organizzare la prevenzione primaria quindi è stato necessario rivolgersi sia ai militari di leva sia al personale in servizio permanente. A tal fine è stato realizzato un opuscolo, semplice e chiaro, che fornisce al lettore una serie di informazioni sulle sostanze psicoattive e sui problemi correlati e sia da stimolo per una riflessione sulla pressione da parte della società o dall'interno della caserma a favore dell'uso di sostanze.

La realizzazione dell'opuscolo ha impegnato gran parte dell'attività del 1994. Il libretto aveva la finalità di stimolare una riflessione nel lettore, oltre a fornire informazioni. È esperienza ormai comune che la semplice informazione, seppure corretta, non è in grado di incidere significativamente sulle abitudini di vita della popolazione se non è accompagnata da una reale messa in discussione della propria posizione rispetto ai comportamenti a rischio. Si è cercato perciò di centrare il testo sui comportamenti piuttosto che sulle caratteristiche delle sostanze, polarizzando l'attenzione su quei comportamenti che più frequentemente mettono a rischio la qualità della vita.

Il linguaggio era volutamente confidenziale, pur evitando ogni banalizzazione o il ricorso a messaggi ambigui di tipo sdrammatizzante. La veste grafica è stata studiata per rendere il meno pesante possibile la lettura e per riassumere i messaggi presentati nel testo in modo sintetico ed immediato.

Particolare cura è stata data alla promozione di comportamenti rivolti al miglioramento del proprio stile di vita in senso autoprotettivo. In particolare si è voluto insistere sulla qualità e quantità delle relazioni interpersonali, come segnale di possibili stili di vita disfunzionali e come strategie di superamento dei momenti di crisi di adattamento.

L'opuscolo richiama infine le figure principali della caserma e dell'ambiente militare a cui rivolgersi in caso di necessità e che insieme costituiscono i cardini dell'attività di sostegno psicologico: l'Ufficiale medico, l'Ufficiale Consigliere, il Cappellano Militare, il Consultorio Psicologico. Sul retro di copertina si trova l'indicazione del Consultorio Psicologico, con i recapiti telefonici e l'invito a rivolgersi per ulteriori informazioni.

La scelta di adottare un testo breve e di facile comprensione, che però richieda una certa disponibilità da parte del lettore ad approfondire è stata fatta sulla convinzione che sia preferibile un messaggio che, anche se non recepito da tutti, risulti efficace nel promuovere un cambiamento piuttosto che un messaggio più accessibile, ma scarsamente penetrante. L'obiettivo dell'intero progetto è stimolare un cambiamento almeno in una parte della popolazione, in modo che questo cambiamento possa poi stimolare a sua volta un effetto 'a cascata' sul resto della comunità. Gli studi di psichiatria sociale ci dicono che un cambiamento dell'1% di una popolazione diventa sensibile su tutta la comunità. L'opuscolo aveva pertanto lo scopo di servire da strumento per la conduzione dei gruppi, e non di semplice mezzo informativo.

Nel 1995 la fase operativa del progetto è partita con l'interessamento del centro di addestramento di nostra competenza, più le caserme da esso rifornite, dislocate tra Grosseto, Arezzo e Firenze. Tutto il lavoro è stato condotto da personale civile convenzionato, con esperienza professionale nel campo delle dipendenze da sostanze psicoattive, con il coordinamento e la responsabilità del Dirigente del Consultorio Psicologico.

Gli incontri al Centro Addestramento Reclute (C.A.R.) di Arezzo si sono svolti con regolarità, dall'Aprile del '95 al Dicembre dello stesso anno, interessando i vari scaglioni in addestramento presso la caserma. Presso tale sede sono state coinvolte complessivamente 3.651 reclute. Si sono tenuti in tutto 64 incontri della durata di circa un'ora, con una partecipazione media di circa 60 reclute per gruppo. La finalità degli incontri di gruppo in questa fase era essenzialmente di fornire informazioni sulle problematiche alcol/drogacorrelate. Durante i gruppi, come previsto dal programma, è stato distribuito l'opuscolo, illustrandone brevemente il contenuto. Sempre in occasione del primo incontro alle reclute è stato chiesto di rispondere ad un questionario anonimo sulle abitudini riguardo il consumo di sostanze psicoattive.

Nella fase successiva del programma sono state coinvolte le altre caserme sopra citate. I militari partecipanti avevano, nella maggior parte dei casi, già preso parte ai gruppi al C.A.R. Gli incontri hanno avuto cadenza regolare, in giorni prestabiliti e hanno interessato 3-4 gruppi di reclute ogni settimana. L'obiettivo era quello di consentire ad ogni militare di partecipare ad un gruppo al mese. Per ogni caserma un operatore aveva funzione di referente, svolgendola gran parte dell'attività. Gli incontri in questa fase hanno avuto un carattere più dialogico, con la finalità di stimolare la riflessione sui propri comportamenti e la scelta di nuove abitudini. In totale, da Aprile a Dicembre del 1995 sono stati coinvolti nel programma 4.747 militari.

In tutte le caserme l'attività è iniziata con delle conferenze per il personale in servizio permanente. Queste avevano lo scopo di presentare il progetto e di iniziare il lavoro di sensibilizzazione del personale permanente previsto. Il lavoro, nelle caserme interessate dal progetto, si è svolto in piccoli gruppi di discussione su argomenti tratti dall'opuscolo che ogni recluta aveva ricevuto. I temi che hanno destato maggiore interesse e stimolato i ragazzi alla discussione sono stati:

1. Il concetto di alcol come droga. I partecipanti ai gruppi hanno mostrato una scarsa conoscenza degli effetti dell'alcol. In particolare è stata rilevata la difficoltà a considerarlo come droga. I rischi legati all'assunzione sono apparsi fortemente sottovalutati, difendendo l'idea di 'bere normale', contrapposto ad un concetto di 'abuso' ambiguo e mal definito, il cui limite si è rivelato soggettivo e assai incerto.
2. L'associazione sbalzo-divertimento. Nella cultura giovanile questi risultano come momenti inscindibili. L'assunzione di sostanze psicoattive costituisce la modalità di evasione e di svago più facile ed immediata, la via più veloce di socializzazione e fonte di gratificazione.
3. la negazione dei danni fisici da alcol. Gli effetti lesivi dell'etanolo sono conseguenza sia della resistenza a considerare l'alcol una droga, sia del fatto che i danni cronici sono meno evidenti rispetto a quelli indotti da altre sostanze psicoattive in quanto tendenzialmente più tardivi.
4. La differenza fra droghe naturali e sintetiche. Pregiudizio curioso, la convinzione che gli stupefacenti di origine naturale siano meno dannosi di quelli di produzione chimica è apparsa inaspettatamente diffusa, e conferma la scarsa conoscenza dei reali effetti delle sostanze, al di là di un'abbastanza diffusa conoscenza delle alterazioni psichiche da esse indotte.
5. La non pericolosità delle droghe pure. Un altro pregiudizio largamente diffuso tende ad attribuire alle sostanze additive (i 'tagli' per l'eroina, le componenti non alcoliche del vino) i danni indotti dalle varie sostanze psicoattive.

6. Il concetto di bere moderato, la 'giusta dose'. Viene ritenuta dalla quasi totalità del campione l'esistenza di un dosaggio quotidiano ritenuto non pericoloso, nonostante si sia resa evidente l'impossibilità di raggiungere un accordo tra i presenti su questo limite. Il più delle volte, la 'giusta dose' coincideva con la propria.
7. L'obbligo sociale al bere: feste, ritrovo con amici, situazioni sociali in genere costituiscono occasioni in cui il bere diviene un comportamento richiesto, più che semplicemente tollerato.
8. L'assenza di informazione su Ser.T., CAT, AA: la maggior parte dei militari coinvolti nei gruppi ha mostrato una assoluta ignoranza sulle strutture esistenti per i problemi alcol/drogacorrelati e sulla loro accessibilità.

Alcuni dei risultati del questionario sull'uso di sostanze psicoattive sono apparsi degni di sottolineatura:

1. I dati relativi ai consumi di alcol sembrano a prima vista confortanti in quanto evidenziano un uso decisamente inferiore a quello rilevato nella popolazione generale. Tuttavia è verosimile che essi siano notevolmente sottostimati per errata comprensione o per dissimulazione. Il confronto con i risultati relativi al CAGE (il 33% risponde positivamente almeno ad una domanda) mostrano infatti che la percentuale di bevitori problematici è assai superiore e che coincide con le previsioni di rischio per la nostra società (30% circa della popolazione).
2. Oltre un terzo degli intervistati ha dichiarato di far uso almeno occasionale di cannabinoidi. È da ritenere probabile che il timore di essere individuati e la paura di conseguenze negative renda anche questo dato sottostimato. È comunque evidente la vicinanza della percezione sociale dell'uso di cannabinoidi all'uso di alcol per questa fascia di popolazione.
3. La correlazione tra CAGE positivo e storia di incidenti frequenti è da sottolineare, a conferma della pericolosità dell'assunzione di alcol in una popolazione apparentemente non interessata per età e selezione da fenomeni di alcolismo conclamato.

Le attività finora svolte hanno dimostrato che:

1. L'attività necessita di una continuità nel tempo e richiede un certo periodo di 'assestamento' prima di essere completamente efficace. Non è possibile organizzare una modalità standard organizzativa, in quanto i diversi reparti hanno peculiarità che richiedono differenti modalità organizzative, che vanno studiate volta per volta.
2. L'attività costante di incontro con i militari appare comunque l'unica strategia in grado di affrontare un problema quale l'uso di sostanze psicoattive in una popolazione in massima parte giovanile e con caratteristiche gruppali esaltate.
3. La possibilità di agire sui militari di leva permette di raggiungere una grossa parte della popolazione in una età in cui vengono effettuate scelte importanti rispetto al personale stile di vita; l'intervenire stimolando in tale fase uno stile di vita rivolto alla promozione della salute può essere a lunga distanza una strategia di particolare efficacia.

L'esperienza dei Club nelle carceri

Il trattamento degli alcolisti del penitenziario di Lepoglava

M. Budjanovac

Il trattamento degli alcolisti del penitenziario di Lepoglava ebbe inizio nel 1960, in seguito all'entrata in vigore della legge che introduceva, come misura di sicurezza, la cura

obbligatoria dell'alcolismo e della tossicodipendenza nelle carceri (1959). Successivamente approfondita dalla nuova normativa sull'applicazione delle sanzioni penali (1960). Durante i primi anni il trattamento si limitava all'astinenza forzata, a eventuali interruzioni del periodo di carcerazione, nonché alla somministrazione di vitamine e alla somministrazione dell'antabuse.

Il Convegno di Psichiatria forense, che si tenne nel 1964 a Zagabria, e soprattutto il Simposio internazionale sull'alcolismo e sulle altre dipendenze, svoltosi l'anno successivo a Zagabria e a Lepoglava, contribuirono notevolmente a risolvere questo problema nelle carceri croate.

Istituito nel 1965, il CAT di Lepoglava rimase operante, se si eccettua una breve interruzione (fine 1966, inizio 1967) fino al 1990 (ma credo che oggi abbia ripreso la propria attività).

Nel 1971 il penitenziario di Lepoglava ospitò la riunione plenaria dell'Associazione dei CAT, che fu il primo passo verso l'apertura generale, verso una più stretta collaborazione con le istituzioni esterne e con le organizzazioni che affrontavano la problematica dell'alcolismo. Un ruolo decisivo in tal senso lo ebbero decisamente Vladimir Hudolin e il responsabile per l'applicazione delle misure penali del Segretariato per la Giustizia, Anton Subotinčić. Successivamente, grazie all'intensa collaborazione e alla supervisione degli specialisti del Centro per lo studio e la lotta all'alcolismo della Clinica M. Stojanović di Zagabria, il CAT di Lepoglava sviluppò un'intensa collaborazione con gli altri CAT presenti sul territorio, e in special modo con i Club domiciliari dei membri dell'Associazione, in cui si tenevano riunioni con le famiglie degli alcolisti, chiamate a partecipare attivamente al lavoro dei Club nel loro luogo di residenza. Inoltre fu instaurata una buona collaborazione con vari centri per il lavoro sociale, volta all'accoglienza degli ex detenuti, e i membri del CAT di Lepoglava cominciarono a partecipare alle riunioni dei rispettivi Club di riferimento. Presso l'istituzione si praticava un trattamento basato sul lavoro, che prevedeva inoltre la partecipazione a una serie di attività sportive, l'opportunità di conseguire il diploma elementare o tecnico, nonché la possibilità di optare per una delle cosiddette 'attività libere'. Furono istituite sezioni del CAT nei campi di lavoro esterni al penitenziario di Lepoglava, che costituivano per i membri dei Club un test preliminare alla scarcerazione. Ciò che caratterizzava, e che al contempo complicava, questo tipo di lavoro erano il trattamento forzato (misura obbligatoria) e l'isolamento dell'ambiente in cui questo veniva svolto. La prima difficoltà fu affrontata cercando di modificare l'atteggiamento dei detenuti rispetto ai propri problemi, la seconda cercando di rendere le condizioni dell'ambiente carcerario quanto più simili a quelle del mondo esterno (il che, ovviamente, poteva essere ottenuto in misura limitata).

In sintesi, ritengo che questa esperienza sia stata per molti aspetti positiva (come per altro dimostrano i numerosi studi a riguardo), consentendo a un gran numero di persone di ricominciare a vivere una vita normale.

Il trattamento degli alcolisti del penitenziario aperto di Lipovica

V. Babić

Al trattamento degli alcolisti del penitenziario aperto di Lipovica sono ammessi i detenuti ai quali l'autorità giudiziaria impone l'obbligo del regime terapeutico, nonché i detenuti il cui comportamento criminale è, a giudizio dell'équipe diagnostica, fortemente condizionato dai problemi dell'alcol.

Il programma di trattamento ebbe inizio nel 1978, in linea con le metodologie di lavoro di Hudolin. Vennero formati dei gruppi che si riunivano una volta alla settimana.

Con la stessa frequenza si riuniva anche l'équipe dei terapeuti, composta da operatori dei CAT, specializzati presso la Clinica M. Stojanović di Zagabria.

I membri delle famiglie dei detenuti non partecipano in modo diretto all'attività dei CAT, e ciò costituisce un obiettivo del nostro programma piuttosto difficile da conseguire (la lontananza, i problemi economici, i collegamenti insufficienti), per quanto essi collaborino con i rispettivi Club di riferimento. Ai detenuti del penitenziario di Lipovica è concesso il beneficio di trascorrere i fine settimana in famiglia. Le uscite dei membri dei Club vengono pianificate in modo tale che il detenuto possa utilizzarle nel giorno in cui è attivo il suo Club di riferimento. Inoltre vengono mantenuti rapporti continui con il CAT Naftaplin Popovača e periodicamente vengono svolti incontri e riunioni.

Nel corso degli ultimi due anni, fra il 25 e il 46% degli ospiti del penitenziario di Lipovica era costituito da alcolisti, una percentuale molto più alta che nella rimanente popolazione maschile adulta. Il 50-60% dei crimini ascritti ai detenuti di Lipovica sono stati commessi sotto l'influenza dell'alcol; fatto questo, che depone a favore dell'intensificazione dell'attività dei CAT nell'ambito carcerario.

Il trattamento degli alcolisti del penitenziario di Turopolje

R. Tatalović

Il penitenziario di Turopolje è un'istituzione penale di tipo semiaperto, destinata a maggiorenni di sesso maschile, il cui profilo penale e le cui attitudini psico-sociali lasciano fondatamente supporre che non abuseranno dell'allentamento delle misure di sicurezza per evadere o per commettere nuove azioni criminali. Istituito nel 1954 come distaccamento del penitenziario di Lepoglava, dal 1959 è un'istituzione indipendente. È situato sul territorio della Contea di Zagabria, a 33 chilometri dalla capitale croata.

Fino al 1992 nel penitenziario di Turopolje erano reclusi detenuti condannati a un anno di carcere; in seguito la composizione dei detenuti è cambiata in rapporto all'entità della pena, e pertanto oggi la struttura ospita detenuti condannati da uno a quattro anni o trasferiti dal penitenziario di Lepoglava (istituzione penale di tipo chiuso), dopo aver scontato diversi anni di reclusione.

Il trattamento degli alcolisti in questa istituzione penale è stato intrapreso nel 1985, anno in cui, grazie all'impegno di Hudolin, fu istituito il CAT di Turopolje. La nascita di questo Club fu inoltre sollecitata da Velimir Škrablin e da Radovan Tatalović, che sono divenuti membri dell'équipe terapeutica del penitenziario di Lepoglava, dopo aver acquisito la specializzazione presso la Scuola di alcologia e di altre dipendenze della Clinica M. Stojanović di Zagabria.

Nel 1989, a causa dell'insufficiente attrezzatura e della penuria di personale qualificato, il CAT di Turopolje fu costretto a interrompere per un certo periodo la propria attività, proseguendo comunque il trattamento degli alcolisti attraverso la loro inclusione nei gruppi educativi, che si riunivano settimanalmente. Ricostituito nel 1992, il Club ha continuato a perfezionare fino ad oggi la propria metodologia di lavoro e di formazione professionale.

I detenuti alcolisti costituiscono una categoria a sé stante perché, oltre a essere assimilati agli altri detenuti come soggetti criminali, sono stigmatizzati anche per la loro condizione. A questo bisogna aggiungere che, sebbene ogni metodologia terapeutica contenga elementi di costrizione, essi percepiscono in genere il trattamento come un castigo e come un'imposizione supplementari.

Gli alcolisti si trovano a scontare la pena in uno stadio avanzato di disgregamento della personalità o comunque in una condizione fortemente penalizzante sul piano sia psicologico sia sociale. Tali aspetti accrescono la difficoltà del trattamento e influiscono negativamente sulla motivazione che spinge la persona ad accettarlo, con dirette conseguenze sulla sua efficacia.

Tenuto conto del fatto che la motivazione e il coinvolgimento attivo rappresentano le

premesse di qualsivoglia iniziativa terapeutica, ecco che quest'ultima deve necessariamente dotarsi di strumenti di incentivazione aggiuntivi rispetto ai contenuti di trattamento previsto.

A partire da queste premesse e nella prospettiva di migliorare la qualità del lavoro terapeutico nell'Istituto penale di Turopolje, nel 1996 è stata intrapresa l'elaborazione di un nuovo programma di trattamento.

Il trattamento effettuato da un'équipe composta da uno psicologo, un operatore sociale, un medico primario e un difettologo (che è anche il responsabile dell'équipe), coinvolge, oltre ai detenuti soggetti a misure di sicurezza rigorose, anche i detenuti nei confronti dei quali il Consiglio degli specialisti, sentito il parere del Centro di diagnostica psico-sociale e dell'équipe specialistica del penitenziario, ha predisposto queste stesse misure come parte integrante del programma di trattamento. Tutti i detenuti soggetti al trattamento vengono sottoposti al controllo dell'astinenza al rientro da ogni fine settimana trascorso in famiglia e, saltuariamente, anche durante il periodo della loro permanenza nel penitenziario.

Oltre al lavoro di gruppo, il programma terapeutico prevede il lavoro individuale, la formazione, la partecipazione ed attività sportive e ricreative, l'istruzione scolastica e la terapia del lavoro. L'attuazione del programma è affidata all'équipe di specialisti e a quanti operano con i detenuti (la polizia carceraria, il servizio medico, il servizio d'istruzione e il servizio terapeutico).

Il programma terapeutico prevede inoltre la collaborazione con i singoli e con le istituzioni che si occupano del trattamento degli alcolisti, svolta attraverso visite reciproche, la partecipazione al trattamento, lo scambio di esperienze e di personale specialistico e le attività sportive e ricreative.

Il Club nell'istituto di pena di Padova

A. Agus

All'interno dell'istituto di pena di Padova, il lavoro dei Club è iniziato nel Maggio 1992, con grande difficoltà, perché, come spesso accade nella cosiddetta società libera, anche chi vive nel sistema carcerario cerca di nascondere i problemi e i disagi legati all'uso delle sostanze psicoattive. L'uso dell'alcol è tuttora un mezzo, per la maggior parte delle persone detenute, per tentare di alleviare la sofferenza esistenziale, che è il male dell'anima. Nelle strutture carcerarie spesso l'assunzione di alcol è affiancata dall'uso di sedativi e di altri farmaci psicoattivi.

Già all'inizio di quest'esperienza è apparso subito chiaro che affrontare e cercare di superare le difficoltà con il dialogo era molto più problematico di quanto potesse esserlo in un Club della comunità esterna. Era difficile il confronto con persone che devono rispettare la 'legge' della galera, e proporre loro di esprimere le proprie sensazioni e mettersi in discussione: era particolarmente difficile, perché, in galera, per poter sopravvivere, bisogna essere 'duri', e mai mettersi in discussione.

La galera è il palcoscenico del sistema carcerario, e in primo piano vi sono uomini spesso uniti dal peso di colpe molto gravi, ma anche dalla speranza che dalle cadute più rovinose ci si può rialzare. Certo, l'opinione pubblica, disinformata, o informata solo quando l'illegalità è clamorosa e fa notizia, evita di occuparsi di queste sofferenze, forse perché è più facile giudicare che giudicarsi. Tutto ciò non aiuta il recupero anche emotivo della persona detenuta, che con molta fatica cerca di spogliarsi dei panni vecchi, per indossare quelli nuovi, fatti di uno stile di vita migliore.

Dobbiamo tener presente che il servitore-insegnante nel Club del carcere lavora in un luogo considerato 'per cattivi'; e in questo contesto ha il compito di proporre un nuovo stile di vita, che inizia con l'astinenza dalle sostanze psicoattive, per affrontare insieme agli altri

le difficoltà della crisi e cercare di raggiungere un equilibrio basato su una libera scelta.

Col tempo, il consenso ai programmi alcolologici territoriali dei Club degli alcolisti in trattamento diventava sempre più forte anche all'interno della struttura carceraria, e la collaborazione con i suoi operatori favoriva l'inserimento di sempre nuove persone detenute, con problemi alcolcorrelati e complessi, nei Club. Questo lavoro ha portato, fra l'altro, ad una modificazione del rapporto fra le persone detenute e gli operatori penitenziari, nel rispetto dei diversi ruoli.

Oggi sono presenti nel nuovo complesso penale di Padova quattro Club: due con 44 membri che provengono dal cosiddetto 'reparto normale', uno con 9 membri della sezione 'protetti' e uno con i 'semiliberi' (nato il 27 Marzo 1999, con 6 partecipanti).

Dal 1992 ad oggi, nei Club attivi nel carcere di Padova sono passate circa 200 persone detenute. Alcuni hanno già potuto avere benefici di legge, e sono in affidamento sociale con i programmi dei Club degli alcolisti in trattamento, altri si trovano in semilibertà e alcuni di loro frequentano il Club nella loro comunità locale con i famigliari. Altre persone sono state trasferite altrove, e hanno avuto un ruolo importante nello stimolare l'introduzione dei programmi dei Club nelle altre carceri. Certo è che l'esperienza dei Club, anche in tali strutture, ha messo in moto una crescita antropospirituale che, se portata avanti con umiltà, favorirà lo sviluppo di un cambiamento culturale nelle comunità in generale.

L'esperienza nell'istituzione carceraria di Reggio Emilia

S. Alberini

Da tempo era emersa l'esigenza di stabilire un contatto con l'Istituzione carceraria di Reggio Emilia e in particolare con l'Ospedale Psichiatrico Giudiziario. I primi contatti avuti con la stessa istituzione carceraria, tramite il compianto Piccinini, sono avvenuti nel 1992. Da quel momento è iniziata una sensibilizzazione sulle problematiche alcolcorrelate e sul concetto di salute. Che cosa è stato fatto:

- una sensibilizzazione sulle problematiche alcolcorrelate rivolte alla direttrice, vicedirettrice ed agli educatori, per quindici ore.
- una sensibilizzazione, dieci ore, ai medici psichiatri che operano all'interno dell'istituto.
- richiesta al tribunale di sorveglianza di poter operare con un gruppo di almeno dodici persone, privi della presenza degli agenti e delle figure istituzionali.

È stato impossibile compiere una sensibilizzazione per gli agenti di custodia, solo due presenze, e al personale infermieristico. Dopo questa prima fase di un anno, nel Marzo '92 siamo partiti con dieci persone.

Faticosamente si è cercata la costruzione di una relazione umana significativa e accettabile per migliorare la qualità della vita, per quanto possa sembrare una contraddizione a priori in un mondo così violento e muto.

Mi sento di poter affermare che allo stato attuale questa esperienza mi appare come una realtà che più di altre suggerisce la presenza costante di un progetto di crescita che si è avviato e che non ha bisogno di essere chiuso.

Trattamento e prevenzione dei problemi alcolcorrelati nella Casa Circondariale di Prato

L. Scali

L'intervento relativo alle problematiche alcolcorrelate effettuato all'interno del Carcere di Prato risale ai primi mesi del 1993. Questo è stato possibile grazie al lavoro paziente e motivato di operatori ed alcolisti.

Una breve storia credo possa dare un'idea del lavoro svolto: Adriana Iozzi, medico di guardia della Casa Circondariale e servitrice-insegnante del Club di Scandicci (Firenze), contatta un detenuto, Mario, profondamente segnato dall'alcol, che a causa delle frequenti intossicazioni rimane particolarmente sgradevole ed invisibile agli agenti di polizia. Mario inizia un periodo di astinenza, ed il caso vuole che dopo alcuni mesi entra in carcere (arrestato dopo 19 anni di latitanza). Pino, un alcolista che frequentava il Club n. 1 di Prato, con oltre cinque anni di astinenza. Mario e Pino si incontrano, e attraverso il confronto delle reciproche esperienze si sostengono, si aiutano, per non ritornare a bere.

È da questo primo nucleo di persone che nasce la proposta di aprire un Club dentro il carcere. Per rendere operativo questo progetto, l'impulso dell'allora Direttore, Dessi Amato Gesumino risulta determinante, e si concretizza in una serie di incontri ai quali partecipano gli operatori dell'area educativa del carcere, il comandante degli agenti di Polizia Penitenziaria, il Servizio Sociale, l'A.S.L. di Prato attraverso il Ser.T. e il Gruppo Alcolologico del Dipartimento di Salute Mentale.

La ricerca di una fattiva collaborazione fra le varie componenti istituzionali e professionali porterà alla stipula della convenzione fra la Casa Circondariale e l'A.S.L. (Delibera 766 del 26-5-93) e successivamente al protocollo di intervento per le alcoldipendenze (3-6-93). Nel protocollo viene prevista l'apertura del Club all'interno del Carcere (orario 10,00-11,30), con due servitori-insegnanti, il sottoscritto e l'infermiere professionale Lino Mugnai; viene prevista inoltre la partecipazione dei famigliari una volta al mese.

Contestualmente all'apertura del Club, furono realizzati degli incontri di sensibilizzazione sulle problematiche alcolcorrelate, che si svolsero secondo la metodologia della Scuola territoriale di 3° modulo. Agli incontri, che coinvolsero i detenuti di tutte le sezioni del carcere, tranne quella di massima sicurezza, dettero un contributo significativo la dottoressa Morelli e la dottoressa Maschiti.

Il Club ha portato avanti la sua attività fino ai primi mesi del '97, ed ha visto la partecipazione attiva di ventidue alcolisti, alcuni dei quali sono usciti definitivamente dal Carcere e si sono inseriti nei Club territoriali, mentre altri, oltre al miglioramento dello stato di salute, hanno potuto godere dei benefici della legge Gozzini.

La positività di questa esperienza ha profondamente cambiato il nostro modo di vedere il carcere, stimolandoci ad iniziative di recupero e riabilitazione che vanno ben oltre le problematiche alcolcorrelate e che toccano i temi dell'etica e della multidimensionalità del disagio.

Per concludere credo sia doveroso ricordare l'incontro fra Vladimir Hudolin e i detenuti, avvenuto durante l'incontro del Club del 16.3.1994.

Un lavoro così complesso necessita della collaborazione di tutte le componenti coinvolte, compreso il Tribunale di Sorveglianza.

I Club degli alcolisti in trattamento e la Chiesa cattolica

E. Del Favero

In molte realtà d'Italia i Club degli alcolisti in trattamento sono stati accolti bene dai sacerdoti e dalle parrocchie, visto che risolvevano tante situazioni di alcolismo che creavano problemi nella comunità. Così moltissimi Club degli alcolisti in trattamento anche attualmente si riuniscono in sale parrocchiali.

Alcuni parroci o consigli parrocchiali hanno contribuito all'organizzazione delle Scuole

alcolologiche territoriali di 3° modulo, rivolte alla comunità o a particolari categorie di persone. Purtroppo ancora la stragrande maggioranza dei sacerdoti, religiosi e religiose ritiene che le bevande alcoliche siano un alimento, e che un uso 'moderato' può far bene ('la virtù sta nel mezzo'), è solo il 'vizioso' che esagera. E spesso considerano tale anche chi tra loro ha problemi alcolcorrelati. Qualche volta era sorta la proposta di organizzare Club specifici per sacerdoti e religiosi.

Per poter affrontare meglio questa ed altre questioni, nel Settembre 1994 Vladimir Hudolin organizzò, con la Comunità di San Francesco di Monselice, un Corso di sensibilizzazione ai problemi alcolcorrelati e complessi per gli operatori pastorali. C'è stata una discreta partecipazione. Alla fine si è concluso che c'era la necessità di offrire ad altri religiosi e preti una simile opportunità di essere sensibilizzati sui problemi alcolcorrelati e complessi, non solo delle famiglie, ma anche nelle famiglie dei religiosi e tra i sacerdoti. Si sono invitati tutti i presenti a continuare questo argomento al successivo Congresso di Assisi.

Da questo punto di vista non molto è stato fatto, tuttavia alcuni sacerdoti, religiosi e religiose hanno partecipato ad altri Corsi di sensibilizzazione, si sono attivati come servitori-insegnanti nei Club degli alcolisti in trattamento ed alcuni vi prendono parte come alcolisti in trattamento.

A questo punto ritengo sia utile riflettere sugli aspetti della vita di parroco in cui i programmi alcolologici territoriali dei Club degli alcolisti in trattamento mi hanno portato a riflettere e cambiare.

Superamento dell'aiutare: L'esperienza nei programmi alcolologici territoriali chiede fin dall'inizio (Corso di sensibilizzazione) di mettere in discussione se stessi, apparentemente a partire dal proprio rapporto con l'alcol, in realtà dalla propria disponibilità a lasciarsi mettere in discussione e quindi a modificare meglio se stessi.

Una delle prime cose che le discussioni, i gruppi autogestiti ed in particolare i momenti di comunità portano a vivere è il parlare uno alla volta. 'Regola' banalissima che tuttavia, se fosse vissuta maggiormente, potrebbe portare ad una maggiore salute mentale nella comunità. In questo modo si riconosce la dignità di ogni persona e l'importanza dell'ascolto di tutto quello che uno ha da dire, per poter cogliere con maggiore pienezza quello che vuole comunicarci, non solo a parole. Conseguenza immediata è che ogni persona viene considerata in quanto tale e non per i ruoli che ha. Certo la sua competenza tecnica è accolta come dono importante, ma non viene separata dalla competenza in umanità e dalla coerenza di vita. Qui come prete mi sono sentito immediatamente stimolato a verificare quello che stava sotto il mio desiderio e la mia disponibilità ad aiutare gli altri. C'è voluto non poco tempo per rendermi conto che questo aveva poco a che fare con la carità cristiana di San Paolo, con l'amore fraterno e con la solidarietà. Era un approfittare del momento di difficoltà dell'altro per pormi su un altro piano e, da salvatore, 'aiutarlo' ad uscire da dove si era infangato e sentirmi migliore di tutti gli altri che non avevano avuto il coraggio di 'sporcarsi le mani'.

Non giudicare: Principio umano e cristiano poco presente nella nostra vita. Potrebbe evitarci non poche complicazioni a partire da un risparmio di tempo, ad evitare inutili attriti, con i rispettivi inutili disagi, che portano ad alimentare il disagio spirituale.

Tutti sullo stesso piano: È un'altra banalissima 'regola' che si vive praticamente nei Club degli alcolisti in trattamento, e che è l'attuazione pratica di quanto dicevo prima. Ognuno ha la sua dignità in quanto persona umana, tutto il resto è un patrimonio che, in gran parte, è dono ricevuto da altri, di cui ciascuno è responsabile per la sua parte, nel farlo crescere, maturare, portando man mano i migliori frutti possibili, accogliendo anche il contributo degli altri.

Disagio spirituale: *«In questo disagio vedo i problemi provocati dalla non accettazione di se stesso, del proprio comportamento e del proprio ruolo nella comunità, della cultura sociale esistente, della prevalente giustizia sociale. Questo disagio è accompagnato da un*

sensu di impotenza davanti al problema e dall'impossibilità di capirlo»⁽¹⁾. In esso può avere una parte importante il disagio religioso, che deriva in gran parte dal concepire Dio come giudice severo e lasciarsi intrappolare dal giro vizioso del senso di colpa: disobbedienza alla legge, senso di colpa, di inadeguatezza e di impotenza, ricerca del cambiamento, nuova mancanza. È necessario riconoscere Dio come padre misericordioso, che ci offre la possibilità di ristabilire la relazione con Lui, modificando il nostro stile di vita e migliorando il nostro rapporto con Lui, con gli altri e con noi stessi.

Servitore: Quando Vladimir Hudolin introdusse questo termine a Rovigno nel 1993, mi è venuto spontaneo pensare alla frase del Vangelo: «*Chi vuol essere il primo, sia l'ultimo di tutti e il servo di tutti*». Quindi mi sono sentito richiamare a quello che io dovrei essere nella comunità ecclesiale. Da allora ho cercato di considerare sempre di più come io potevo essere al servizio della comunità in cui vivo, in tutti i suoi aspetti e non solo di quello religioso. Il mio rapporto con i membri degli organismi consultivi si è orientato sempre di più verso l'ascolto, prima di tutto, quindi all'approfondimento, cercando di considerare le differenze come opportunità per una maggiore considerazione della complessità della realtà. Ho imparato ad accettare che ci vuole tempo per poter comprendere, e occorre concederlo anche agli altri.

Ecumenismo: Sono passato così da un ecumenismo che già non poneva le Chiese al centro, ad un ecumenismo planetario, dove la solidarietà in cui "tutti sono responsabili di tutti", come dice Giovanni Paolo II nella sua Lettera Enciclica 'Sollicitudo rei socialis'.

Trascendenza: Tutta la vita ci chiede continuamente di andare oltre e superare quanto si è raggiunto, e se non lo si accetta si va certamente incontro a una serie di sofferenze, che coinvolgono anche chi ci circonda, ad iniziare dal proprio sistema familiare. Anche l'esperienza di Dio, oltre alla conoscenza ed alla fede in Lui, richiede un continuo trascendersi.

Meditazione: Anche qui ho ricevuto uno stimolo a trascendermi, prima cercando di conoscere di più, in particolare leggendo, in seguito partecipando ad un'esperienza. È stato un andare oltre la riflessione per raggiungere una maggiore libertà interiore dai propri pensieri e dalle proprie emozioni. In seguito ho potuto riconoscere che tutto questo è favorito nei Club degli alcolisti in trattamento sempre attraverso dei semplici comportamenti: puntualità, parlare uno alla volta, lasciare spazi di silenzio...

Problemi alcolcorrelati e tubercolosi

M. Hainž

Agli inizi degli anni settanta, su iniziativa di Hudolin e di Pavlović, fu istituito, presso la Clinica di pneumologia di Klenovnik, il Reparto per la terapia combinata dell'alcolismo e della tubercolosi. Questa struttura opera tutt'oggi con successo ed è l'unica di questo tipo in tutta la Croazia. Nel reparto, che dispone di una novantina di posti letto, viene effettuata la diagnosi e la cura dei disturbi interno-pneumologici e psichiatrici connessi alla tubercolosi e all'alcolismo.

L'équipe dei terapeuti consta di due medici specialisti (un pneumologo e un neurologo), due medici in corso di specializzazione, tre operatori sociali, un musicoterapeuta e quattordici infermieri e tecnici. La maggior parte del personale proviene da un percorso formativo basato sui principi della cosiddetta 'comunità terapeutica'. Il reparto ha collaborato effica-

⁽¹⁾ Hudolin V. 'Disagio spirituale ed esistenziale', La spiritualità antropologica e l'ecologia sociale, Atti del 2° Congresso di spiritualità nei programmi alcolcorrelati e complessi, Assisi, 1994, pag. 32.

cente per vent'anni con altre cliniche e reparti pneumologici, di medicina interna, psichiatriche e alcolologiche della Croazia. Particolarmente positiva è stata la collaborazione con la Clinica M. Stojanović (oggi 'Sorelle della Carità') di Zagabria, i cui medici e operatori sociali sono oggi inseriti attivamente nel programma terapeutico del reparto, elaborato dal Consiglio specialistico del Policlinico in collaborazione con la Clinica zagabrese.

I pazienti del reparto sono ripartiti in quattro gruppi. La finalità del programma è far acquisire all'ammalato, attraverso il lavoro in un gruppo grande, in un gruppo piccolo e metodi individuali, la consapevolezza del problema rappresentato dal suo alcolismo. Ciò permette al paziente di assumere un atteggiamento critico rispetto all'assunzione delle bevande alcoliche e rispetto alla vita da alcolista in genere.

Il lavoro nel reparto si svolge in linea con principi della comunità terapeutica, costituita dai pazienti e dal personale medico, e segue un determinato programma giornaliero.

Allo svolgimento del lavoro di gruppo partecipa l'intera équipe di terapeuti (medici, operatori sociali, infermieri). I neo degenti vengono inclusi nel lavoro della comunità terapeutica non appena le loro condizioni di salute lo consentono. Il programma del trattamento può essere modificato nel corso della settimana.

Nel programma ha una notevole importanza la terapia del lavoro (durante il periodo del trattamento i pazienti aiutano il personale medico), alla musicoterapia nonché all'educazione dei pazienti alla conoscenza delle loro malattie.

Un significato particolare viene inoltre assegnato al lavoro con i famigliari dei pazienti, il cui obiettivo è modificare il loro atteggiamento rispetto all'alcolismo, sviluppando la consapevolezza del fatto che esso non coinvolge unicamente il diretto interessato, bensì rappresenta un problema con il quale l'intera famiglia deve confrontarsi. In tal modo si tenta di mettere il paziente al sicuro dalla recidività post-terapeutica.

Nel corso del trattamento vengono stabiliti contatti con le famiglie dei pazienti, ma anche con i loro rispettivi ambienti di lavoro, con i loro Centri per il lavoro sociale e, se necessario, anche con le altre organizzazioni con le quali il paziente è in contatto. I pazienti sono inoltre tenuti a partecipare all'attività dei rispettivi CAT di appartenenza.

La cooperazione fra i Club degli alcolisti in trattamento e le strutture pubbliche e private

Il significato e l'importanza della cooperazione

Paolo Dimauro

I problemi alcolcorrelati e complessi, per vari motivi sono stati storicamente nel complesso trascurati dai servizi pubblici: l'esperienza storica, legata soprattutto ai problemi alcol correlati (i problemi derivati dall'uso di altre sostanze psicoattive sono tali, in pratica, solo a partire dagli anni settanta), è stata caratterizzata da un sostanziale disinteresse, almeno fino al verificarsi di situazioni di grave devianza sociale: a questo punto della 'carriera alcolologica' scattavano di norma meccanismi di generica stigmatizzazione, accompagnati a provvedimenti generalmente restrittivi di varia natura: dal carcere in occasione di episodi di alcolismo acuto 'disturbante' o di delitti contro la persona, fino a esperienze di vera e propria esclusione sociale perpetua tipica dell'esperienza manicomiale.

Tutto questo è avvenuto sulla base di alcune premesse:

- sostanziale negazione del problema, se non in fase molto avanzata (corrispondente praticamente al momento dell'instaurarsi di una patologia alcol correlata);
- constatazione che poco o nulla poteva essere fatto in un'ottica di prevenzione, sia primaria che secondaria;
- interpretazione dell'alcolismo nei termini di un vizio, o al più, di una malattia (la patologia alcol correlata, appunto), che necessita per questo di misure di emarginazione o, nella seconda ipotesi, di cure più o meno efficaci, di solito coincidenti con fasi di ospedalizzazione più o meno protratte e ripetute nel tempo (agli operatori del settore è fin troppo nota la 'sindrome della porta girevole').

La modifica di questo approccio si è verificata per effetto di alcune sostanziali modifiche nella cultura sanitaria e generale della popolazione:

1. Vari pronunciamenti dell'OMS hanno contribuito nei modi seguenti:

- Il concetto di salute, definito non più come assenza di malattia, ma come una condizione di benessere sul piano psicologico, fisico e sociale;
- l'introduzione del concetto di operatore di salute della comunità;
- i vari documenti che hanno via via definito, come unico approccio valido per i PAC la riduzione del consumo di alcolici nella comunità;
- il ruolo centrale del medico di base, nella cura e riabilitazione, ma anche nella prevenzione dell'individuo e della comunità.

2. L'effettiva riduzione del consumo di alcolici (maggiore di quanto previsto) negli anni '90, particolarmente evidente in Italia, dove, insieme alla Francia, si produce praticamente la metà del vino del pianeta.
3. Del resto la stessa esperienza di ridefinizione del concetto di malattia mentale, con la conseguente 'demanicomializzazione' e restituzione del problema alla comunità ha dato un contributo significativo alla adozione e comprensione di un concetto che sta alla base dell'approccio ecologico sociale: I problemi alcolcorrelati e complessi rappresentano in realtà un comportamento, uno stile di vita dell'individuo, della famiglia, della stessa comunità, che lo accetta come parte della cultura sanitaria e generale esistente.

Affrontare questo problema implica quindi la necessità di un cambiamento, di una crescita e maturazione personale e collettiva che si protrae per l'intero corso della vita.

Dalla somma di queste considerazioni è nata la necessità di pensare (o pensare) un corretto rapporto pubblico privato su questi temi: a questa ridefinizione non è estranea, tra l'altro, la loro elevata rilevanza epidemiologica, che rende di fatto praticamente insostenibile la spesa derivante da un intervento totalmente pubblico; a fronte di esperienze storiche, anche importanti, di intervento solo volontario per i PAC, soprattutto secondo l'ottica dell'auto aiuto, tipica degli alcolisti anonimi, l'approccio ecologico sociale, progressivamente evoluto nel tempo, si è mosso secondo alcune direttrici significative:

1. ha tenuto conto delle indicazioni dell'OMS;
2. si è costantemente mosso nella logica di un intervento di comunità;
3. ha altrettanto costantemente lavorato ad un costruttivo rapporto di collaborazione tra pubblico e privato;
4. ha tenuto conto di concetti 'ecologici': pace, solidarietà, giustizia sociale, responsabilità, che dovrebbero stare alla base di qualsiasi rapporto nella comunità, a qualsiasi livello di integrazione, da quello familiare a quello planetario.

Un ulteriore elemento da approfondire, a questo proposito, riguarda la necessità di specificare un aspetto: collaborazione non significa integrazione, parola molto spesso usata nei rapporti che vedono coinvolto il servizio pubblico: la differenza sta in una pari dignità tra i due collaboratori, ma anche (e soprattutto) nel rispetto del pubblico nei confronti delle scelte, e delle responsabilità del privato rispetto alla propria identità ed al proprio percorso.

Se consideriamo come centrale, per l'approccio ecologico sociale, il Club con le sue (poche) regole ed il suo significato, il servizio pubblico dovrebbe porti al servizio delle esigenze e delle richieste del Club, ed a queste rispondere; a sua volta il Club, in modo autonomo, dovrebbe ricercare la collaborazione con i servizi, per sfruttarne la potenzialità evitando di ricoprire ruoli che non gli sono propri: la tentazione di assumere un ruolo 'terapeutico' dovrebbe essere evitata, perché rischiosa.

L'operatore del servizio pubblico che decidesse di fare il servitore in un Club (condizione essenziale per accedere a qualsiasi livello della formazione dei programmi alcolologici territoriali), in questo servizio non dipende in alcun modo dal servizio pubblico.

Per una migliore formalizzazione di questi concetti, è stato costruito un 'ponte ideale' tra pubblico e privato: il Centro alcolologico territoriale funzionale, basato, più che su strutture, su progetti, di volta in volta riguardanti la ricerca scientifica, la formazione, la supervisione (tema molto delicato), la prevenzione.

Alla sua costituzione dovrebbe essere prevista una partecipazione paritaria, anche numerica tra persone del servizio pubblico e del mondo dei Club, impegnati, di volta in volta, a progettare interventi nei vari campi suddetti.

Un ulteriore, importante momento di collaborazione, dovrebbe riguardare il medico di base, con cui il servizio pubblico deve collaborare: il rapporto dovrebbe sempre più configurarsi intorno al concetto di un medico di base titolare del progetto salute complessivo di

ciascun individuo e di ciascuna comunità, ed un servizio pubblico titolare di competenze specialistiche a disposizione del medico di famiglia e del Club.

A sua volta il medico di base dovrebbe tener conto dell'esperienza del Club nel territorio sotto la sua responsabilità: si tratta di una risorsa importante ai fini del recupero e del mantenimento di un accettabile livello di salute in quel territorio.

Un esempio: la cooperazione fra i Club degli alcolisti in trattamento ed un servizio pubblico per le tossicodipendenze (Ser.T. di Soverato) secondo l'approccio ecologico sociale ai problemi alcolcorrelati in Calabria

F. Montesano

Il nostro servizio pubblico, a Soverato, è stato avviato nel 1994. Nel trattamento delle persone con problemi alcolcorrelati, seguiamo il metodo Hudolin, secondo l'approccio ecologico sociale, in collaborazione con l'ARCAT Calabria.

Il protocollo di lavoro prevede un'attiva collaborazione tra gli operatori del servizio pubblico ed i servitori dei Club, nel rispetto delle reciproche autonomie.

Gli utenti con problemi alcolcorrelati, che si presentano al servizio o vengono a noi inviati, sono invitati ad effettuare colloqui di sostegno e counseling assieme alle loro famiglie. Dopo una valutazione dei problemi correlati all'uso di sostanze alcoliche, viene avviato un programma integrato, finalizzato alla disintossicazione ed al mantenimento all'astinenza a lungo termine. I risultati del primo biennio di attività (Settembre 1994-Settembre 1996), descritti di seguito, sono incoraggianti e confermano l'utilità della metodologia adottata.

Dopo il trattamento iniziale: 54 persone (25,3%) sono state perse di vista, solo 25 (11,7%) sono state seguite sempre nel nostro servizio o indirizzate ad altri servizi di competenza, mentre la maggior parte, pari a 134 soggetti (63%) sono stati avviati ai Club della loro residenza, dislocati nel territorio regionale.

A distanza di due anni abbiamo inoltre verificato che i soggetti che, con le loro famiglie, hanno frequentato i Club più di altri hanno smesso di bere alcolici; anche nei controlli a distanza, hanno evidenziato un cambiamento dello stile di vita e dei comportamenti assieme alle proprie famiglie ed hanno accettato il programma di verifica e controllo da parte del Ser.T. Molti di loro si sono inseriti nei programmi alcolologici territoriali dell'ARCAT in vario modo: alcuni sono servitori-insegnanti, altri partecipano attivamente ad altre iniziative locali di prevenzione e promozione della salute o collaborano attivamente con il nostro servizio pubblico.

L'esperienza descritta è, per le sue caratteristiche, al momento unica in Calabria. Essa realizza di fatto un intervento coordinato di tipo dipartimentale tra strutture pubbliche territoriali, ospedaliere ed un'associazione di volontariato (l'ARCAT) che si dedica in maniera specifica al lavoro con le persone con problemi alcolcorrelati.

È necessario organizzare e razionalizzare in tutto il territorio regionale i servizi per le tossicodipendenze e l'alcolismo, favorendo la collaborazione con i Club degli alcolisti in trattamento, soprattutto per evitare che persone afflitte dal problema dell'alcolismo debbano spostarsi di molti chilometri dalla loro residenza per avere, assieme alle loro famiglie, una risposta concreta.

È inoltre necessario che la rete dei servizi territoriali, pubblici e privati, sia più funzionale nella comunicazione, dal momento che molti utenti si sono presentati spontaneamente al nostro servizio, non avendo ricevuto alcuna precisa indicazione da altri nodi della rete socio-sanitaria regionale.

È ugualmente necessario che la rete dei CAT cresca più diffusamente nel territorio della Calabria, essendo, al momento insufficiente alle reali necessità della popolazione.

Il Centro alcolologico territoriale funzionale

Vladimir Hudolin

Una volta definiti in modo chiaro lo scopo e la forma del Centro alcolologico territoriale funzionale, la sua organizzazione non è difficile. I fondatori del centro possono essere varie organizzazioni e istituzioni pubbliche o private che si occupano del controllo dei problemi alcolcorrelati (le istituzioni e i servizi sanitari e sociali, i comuni, le Associazioni dei Club degli alcolisti in trattamento ecc.). I fondatori non dirigono il Centro, ma possono avvalersi dei suoi servizi ed il Centro può sottoporre loro i risultati del suo lavoro e le proposte per un controllo più efficace dei problemi alcolcorrelati. Il Centro deve creare un legame molto stretto con l'Associazione dei Club degli alcolisti in trattamento perché, come il Club, agisce nell'ambito del concetto ecologico-sociale. Il Centro non dovrebbe diventare una struttura istituzionale, ma rimanere un'associazione funzionale. I programmi per la prevenzione primaria devono essere coordinati su un livello nazionale con lo scopo di evitare la ripetizione non necessaria e gli scontri sul territorio tra i vari gruppi di lavoro.

Settore dei Club degli alcolisti in trattamento

Il gruppo di lavoro di questo settore dovrebbe comprendere i servitori-insegnanti dei Club degli alcolisti in trattamento con una maggiore esperienza, gli alcolisti in trattamento, i membri delle loro famiglie ed i professionisti che lavorano nei Club. Il gruppo di lavoro dovrebbe tener conto della necessità di condurre il lavoro sulla base di un concetto comune. Un'attività specifica deve essere consacrata alla territorializzazione dei Club, al loro collegamento con l'Associazione dei Club. Questo gruppo di lavoro dovrebbe anche raccogliere dati sulle difficoltà che si presentano nel lavoro dei Club che sono collegati con il Centro. Sulla base di questi dati il settore può proporre che si realizzino vari tipi di aggiornamento. Il gruppo deve inoltre assumersi l'obbligo di mobilitare un numero sufficiente di servitori-insegnanti per i programmi alcolologici territoriali.

Settore della la formazione e l'aggiornamento

Formazione ed aggiornamento rappresentano il perno del sistema ecologico-sociale per i programmi territoriali. La formazione e l'aggiornamento delle famiglie, dei servitori-insegnanti e delle comunità locali sono attivi già a partire dall'inizio dell'attività del primo Club degli alcolisti in trattamento in Italia; ma nonostante questo, a causa della rapida crescita del numero dei Club e degli altri programmi per i problemi alcolcorrelati, è diventato imperativo dare maggior spazio, sia nelle ricerche sia nel lavoro pratico, alla formazione e all'aggiornamento. L'accresciuta domanda attuale riguarda non solo il numero dei servitori-insegnanti ma anche una loro migliore formazione ed un aggiornamento continuo.

Formazione ed aggiornamento debbono essere uguali per tutto il sistema e per tutto il territorio nazionale. È sempre vivo il rischio di medicalizzazione e psichiatrizzazione del sistema; e molti professionisti fanno pressione per ricondurre il processo del trattamento alle regole della terapia medica, e questo si spiega facilmente se si considera la loro formazione antecedente ed il lavoro quotidiano che essi svolgono spesso all'interno di istituzioni mediche.

La famiglia che inizia il trattamento ha necessità di una istruzione specifica in relazione ai comportamenti e problemi alcolcorrelati ed al funzionamento del Club. Questo si fa sul territorio nelle Scuole alcolologiche territoriali e non significa che la famiglia non possa successivamente cercare altre conoscenze sull'alcolismo o sui problemi complessi (sui problemi psichici, sulla diagnosi dei problemi droga correlati o altri disagi combinati con quelli alcolcorrelati).

È sempre meglio che la formazione di base sia organizzata sul territorio, al di fuori delle normali sedute di Club, e non nella sede di istituzioni sanitarie.

Se la formazione di svolge all'interno delle istituzioni sanitarie, si tende inevitabilmente ad essere inclini a medicalizzare il programma, ed i partecipanti possono divenire succubi delle istituzioni, ed invece di attivarsi nel cambiamento del comportamento cercano la soluzione del problema nella terapia medica.

La formazione delle famiglie deve comprendere la motivazione ad un cambiamento, alla crescita e maturazione, e alla utilizzazione dell'approccio sistemico.

Il veloce sviluppo del numero dei Club e degli altri programmi alcolologici territoriali richiede un gran numero di nuovi servitori-insegnanti. Di qui la necessità di organizzare sul territorio occasioni di formazione e aggiornamento, provvedendo a dotarsi di un adeguato numero di insegnanti locali.

Si può dire che sul piano formale bisogna organizzare in ogni regione la possibilità di formazione ed aggiornamento per le famiglie e per i servitori-insegnanti (Corsi di sensibilizzazione) formando un gruppo quanto più completo possibile di insegnanti; un'équipe di insegnanti può servire per la formazione di membri e di servitori-insegnanti di 50-60 Club degli alcolisti in trattamento. Questo non vuol dire che un certo numero di insegnanti non dovrebbe essere chiamato da fuori regione, per contribuire allo scambio di esperienze e all'arricchimento reciproco.

Sarebbe meglio invece mantenere centralizzate nei posti fissi le Scuole delle trecento ore. In esse vengono preparati i futuri insegnanti per i Corsi di sensibilizzazione, e per le altre forme di educazione delle famiglie nei Club e nella comunità locale.

I vari settori organizzati dal Centro alcolologico territoriale funzionale dovranno instaurare una mutua cooperazione, in quanto la formazione e l'aggiornamento delle famiglie nei Club, delle famiglie della comunità locale, dei servitori-insegnanti e la supervisione e la formazione dei supervisori sono esigenze che riguardano tutti i settori.

Il Centro e la ricerca alcolologica

Il gruppo del Centro che si occupa delle ricerche deve essere composto da persone che abbiano una certa esperienza ed una inclinazione verso questa attività. La ricerca è oggi indispensabile in ogni attività umana. I programmi si occuperanno prima di tutto delle ricerche significative per l'attuazione pratica dei programmi stessi e, solo eccezionalmente, potranno occuparsi delle ricerche fondamentali. Le ricerche, che devono accompagnare tutte le attività pratiche, non sono solo importanti per il lavoro, ma sono anche il più efficace e conveniente metodo per la formazione dei servitori-insegnanti.

Fra le ricerche che devono essere presenti nei programmi dei Centri alcolologici territoriali funzionali, quelle epidemiologiche hanno una rilevanza particolare soprattutto perché attraverso di esse si può far conoscere l'entità e la gravità dei problemi alcolcorrelati e complessi sul territorio. Possono inoltre essere utili per conoscere meglio la cultura sanitaria locale, fornendo in tal modo utili ed importanti dati per la prevenzione primaria. Le ricerche epidemiologiche possono dare anche un'immagine più chiara delle famiglie nelle quali sono presenti i problemi alcolcorrelati e complessi; forniscono inoltre i dati necessari per la valutazione dei risultati ottenuti e delle cause degli eventuali insuccessi.

Nelle ricerche epidemiologiche si dovrebbe dedicare una maggiore attenzione alla ricerca sulla metodologia del lavoro, sulla verifica di coerenza con il concetto teorico espresso e sull'influenza che la formazione e l'aggiornamento hanno sui cambiamenti necessari nel lavoro futuro. Per tutte queste ricerche il Centro deve organizzare una raccolta sistematica dei dati. I limiti esistenti in questo campo ancora oggi si evidenziano nella difficoltà di ottenere informazioni esatte sui Club, sui servitori-insegnanti, sul numero di coloro che hanno abbandonato i programmi per varie cause, sulla mortalità degli alcolisti ecc.

Nei vari programmi di ricerca devono essere inseriti anche i membri dei Club. Il gruppo di lavoro deve preparare l'elenco dei problemi da ricercare, mobilitare le persone che lavoreranno nei programmi e preparare i progetti di ricerca.

Raccolta ed elaborazione dei dati

Sarebbe bene evidenziare le informazioni che i Club dovrebbero raccogliere regolarmente, mettendole a disposizione del Centro alcologico territoriale funzionale. Le informazioni vengono raccolte su tutte le famiglie, incluse quelle che hanno avuto anche un solo contatto con i programmi. Il gruppo di lavoro prepara i questionari ed individua la metodologia di elaborazione dei dati.

Questa attività del Centro deve essere in sintonia e coordinata a livello dei programmi nazionali, il che significa fare riferimento al registro nazionale dei Club degli alcolisti in trattamento. A livello regionale sarebbe bene organizzare i registri regionali. Una descrizione dettagliata delle banche dati esistenti si trova nel capitolo dedicato alle ricerche.

Pubblicazioni del Centro

Parallelamente alle ricerche ed alla raccolta dei dati è di grandissima importanza mettere a disposizione i risultati della ricerca: tutto ciò che non viene pubblicato è come se non fosse mai stato fatto.

Le pubblicazioni servono per confrontare i dati risultanti da ricerche simili, e inoltre sono necessarie per informare il pubblico in generale ed offrire la possibilità di essere valorizzati dal pubblico professionale. Sarebbe un errore che ogni Centro volesse pubblicare tutto: dai manuali ai progetti di ricerca. Sarebbe meglio se i vari Centri si aggregassero sia a livello locale sia nazionale. In tal modo il lavoro potrebbe essere realizzato meglio, con più efficacia e con costi minori.

Biblioteca del Centro

Tutte le attività del Centro alcologico territoriale funzionale che sono state descritte non possono essere realizzate se non esiste un servizio di biblioteca ben organizzato: ogni Centro dovrebbe disporre di pubblicazioni alcologiche di base. Nei Centri più organizzati dovrebbe essere attivato un servizio adeguato.

Il Centro di S. Daniele, con F. Piani e M. Sforzina ha assunto il compito di raccogliere le informazioni su tutto ciò che si pubblica in Italia sui Club degli alcolisti in trattamento e il sistema ecologico sociale più in generale e di offrire regolarmente le note bibliografiche sulla rivista *Camminando insieme* e attraverso Internet⁽¹⁾. Sarebbe utile organizzare una biblioteca alcologica centrale a livello nazionale. Inoltre sarebbe bene che i Centri che possono permetterselo, disponessero di un segretario che si occupi anche della biblioteca.

La supervisione

Il gruppo per la supervisione avrà in futuro compiti sempre più numerosi. Nel Giugno 1991 si è tenuto a Trento un Corso sulla supervisione, le cui conclusioni sono molto utili nel favorire lo sviluppo di un sistema di supervisori.

Alcuni fra gli aspetti che il gruppo deve prendere in considerazione sono: modalità di organizzazione di una supervisione sistematica, scelta e formazione dei supervisori, supervisione dei supervisori e molte altre.

Prima di tutto si deve chiarire che cos'è la supervisione del lavoro dei Club, dei servitori-insegnanti e dei programmi alcologici territoriali. Per il momento le riunioni mensili dei servitori-insegnanti possono servire come auto-supervisione.

Formazione ed aggiornamento delle famiglie. Scuole alcologiche territoriali

È un'altra funzione del Centro alcologico, della quale si parla nel capitolo dedicato alla formazione di base, l'aggiornamento permanente, la specializzazione nel sistema ecologico sociale.

⁽¹⁾ Vedi il capitolo dedicato alla Raccolta bibliografica.

Il Centro alcolologico territoriale funzionale e la sua organizzazione

M. Sforzina

Nel costante sviluppo quantitativo e metodologico dei programmi territoriali per i problemi alcolcorrelati si è imposto, ormai da anni, il concetto del Centro alcolologico territoriale funzionale, formulato - credo per la prima volta - da Hudolin, in occasione del quarto Congresso dei Club dell'Italia e della Jugoslavia.

Se accettiamo l'idea che l'obiettivo dei Club non si limita al raggiungimento e al mantenimento dell'astinenza ma, come disse Hudolin a Treviso, deve occuparsi della crescita e maturazione dei membri e della comunità nel suo insieme, ciò può essere raggiunto solo se il lavoro si volge nella comunità stessa, secondo i principi della rete territoriale e quindi con il Centro alcolologico territoriale funzionale.

Da quella data sono sorti in alcune regioni d'Italia dei Centri, ognuno dei quali è stato organizzato in base a una specifica visione dell'idea originale. Alcuni hanno assunto caratteristiche più vicine a un centro studi, altri sono stati fondati e gestiti solo da un'istituzione pubblica o viceversa solo privata, altri ancora sono riusciti a creare un collegamento fra operatori pubblici e privati, ma con funzioni ancora non ben definite.

Ritengo che l'esistenza e il funzionamento di un Centro alcolologico territoriale funzionale abbia significato se rispetta alcune qualità descritte molto chiaramente nelle opere di Hudolin e dei suoi collaboratori e ribadite in occasione dei Corsi di sensibilizzazione, Corsi di perfezionamento, Seminari di aggiornamento, Congressi.

L'idea del Centro è nata dalla possibilità di creare un ponte, come conferma Hudolin, fra il 'pubblico' e il 'privato', e quindi creare e sostenere una rete di operatori che provengono dalle istituzioni pubbliche (come ad esempio i servizi di alcologia) e volontari privati.

Già da tempo era ben chiaro che senza il volontariato i programmi territoriali non si sarebbero potuti sviluppare.

Ora, sarebbe sbagliato pensare ai servitori-insegnanti come a coloro che collaborano a un programma progettato e gestito dall'istituzione pubblica. Il 'ponte' di cui parla Hudolin dovrebbe significare, credo, una reale cooperazione fra questi su un piano paritario. Territorializzazione non significa allora decentramento di servizi, ma iniziare a pensare e agire secondo l'approccio di comunità, verso la demedicalizzazione del comportamento degli operatori della salute e in particolare dei servitori-insegnanti, la multidimensionalità dei progetti per la protezione e la promozione della salute, la valorizzazione delle risorse umane della comunità e il suo potenziamento.

In pratica ciò vuol dire che nel Centro alcolologico territoriale funzionale devono cooperare tutti questi operatori, ognuno con la sua identità professionale, ma tutti con la stessa dignità. I programmi del Centro devono essere formulati e condotti assieme. È ormai da tempo superata la divisione fra i servitori-insegnanti che provengono da un ambito professionale e quelli non professionali, perché ogni servitore-insegnante, di qualsiasi estrazione sia, se lavora ed è inserito in un programma di formazione permanente, va considerato un professionista in questo campo. La differenza allora può essere solo in termini burocratici fra gli operatori pubblici (quelli dipendenti dal servizio sanitario nazionale o altri enti) e i privati, che generalmente svolgono il loro lavoro gratuitamente. La qualità, e quindi la professionalità del loro intervento non può essere definita a priori dalla loro posizione giuridica.

In questo modo sarà possibile avviare e sostenere il processo di cambiamento della cultura della salute nelle comunità, lasciando il giusto valore al ruolo degli ospedali e dei servizi, e riconoscendo e favorendo quello dei cittadini, delle associazioni, dei programmi alternativi ecc.

L'esperienza di questi anni, e il dialogo fra i Centri esistenti nelle varie regioni, ci ha

dimostrato quanto sia ancora difficile comprendere e accettare l'idea del Centro alcolologico territoriale come gruppo funzionale e informale.

Avviare un Centro non è come aprire un negozio, per il quale sono necessari dei muri e delle pratiche burocratiche, ma comporta un processo; anche lungo e difficile, di sensibilizzazione nei confronti di chi è ancora legato a una visione classica istituzionale dei programmi e concepisce il lavoro in base a una distribuzione di compiti o mansioni. Nell'esperienza sandanielese abbiamo visto che queste resistenze sono meno presenti nei servitori-insegnanti privati: ad esempio, nei tre moduli della Scuola alcolologica territoriale sono attivi cinque servitori-insegnanti, fra i quali soltanto uno che proviene dal servizio pubblico.

È mia convinzione che il lavoro di comunità non possa costituire un compito specifico di specifici operatori, ma, per raggiungere i suoi scopi, debba essere il risultato di una scelta metodologica chiara e condivisa fra il 'pubblico' e il 'privato'.

La cooperazione fra lo IOGT e il sistema ecologico-sociale

La nascita della cooperazione

Višnja Hudolin

La collaborazione tra i Club degli alcolisti in trattamento croati e L'Organizzazione Internazionale dei Buoni Templari (IOGT) risale ai lontani anni settanta. Hudolin prese parte al convegno organizzato dallo IOGT a Helsinki e in quell'occasione conobbe Werner Liptow, presidente internazionale dell'Organizzazione e coordinatore di molte delle sue attività, e anche l'editore della rivista *The Globe*, Årne Goplen.

Da questo incontro è nata la fertile collaborazione tra i CAT e lo IOGT, in particolare con quella tedesca, sfociata nella realizzazione di una serie di gruppi di lavoro con gli alcolisti la cui attività era molto simile a quella dei CAT. In seguito Hudolin e i CAT croati hanno partecipato a numerosi convegni, conferenze e riunioni dello IOGT (Bergen, Berlino ecc.), organizzando a loro volta due manifestazioni IOGT in Croazia: il Simposio europeo sulla riabilitazione degli alcolisti (Dubrovnik, 1983) e la Conferenza Culturale dello IOGT (Zagabria).

L'International Assembly dello IOGT ha istituito il premio 'Auguste Forel', che fu assegnato per la prima volta a Vladimir Hudolin in occasione del convegno tenutosi a Zurigo nel 1986.

I CAT della Croazia erano membri dello IOGT.

Dopo la scomparsa di Hudolin (alle cui esequie era presente il presidente internazionale dello IOGT, Helge Kolstad), è iniziata una collaborazione nel settore educativo e di sviluppo del sistema ecologico-sociale con i paesi aderenti allo IOGT, ma anche con quelli che non avevano contatti con questa organizzazione.

Collaborando con lo IOGT, Hudolin e i CAT della Croazia hanno acquisito moltissimi amici. Sarebbe difficile nominarli tutti, ma tra di loro spiccano due personalità che hanno portato avanti in modo convinto ed efficace questa cooperazione: Helge Kolstad e Werner Liptow.

Oggi nella collaborazione con lo IOGT svolgono un ruolo significativo i CAT italiani e la Scuola Europea di Alcologia e di Psichiatria ecologica.

Sarebbe bello che questa collaborazione regalasse quanta più serenità e soddisfazione alle famiglie che oggi sono alle prese con i problemi alcolcorrelati. Si tratta di un traguardo ambizioso, ma sono certa che lo raggiungeremo.

IOGT e il sistema ecologico sociale

H. Kolstad

Nel 1983, lo IOGT internazionale ha organizzato un importante incontro a Dubrovnik, in Croazia, ospitato da Hudolin, durante il quale abbiamo steso la bozza di un programma per aiutare coloro che soffrono di problemi alcol e droga correlati. In seguito, tale programma è stato inserito in una 'Dichiarazione programmatica sulla prevenzione dei problemi alcol e droga correlati' che è ancora valida. Pertanto lo IOGT e il sistema ecologico sociale si basano sugli stessi concetti di base del problema e sullo stesso approccio per quanto riguarda la prevenzione.

Che cos'è lo IOGT

Attualmente, lo IOGT è il più grande gruppo di organizzazioni volontarie che si occupano della prevenzione dei problemi alcol e droga correlati a livello mondiale. Esso riunisce oltre cento organizzazioni indipendenti di più di cinquanta paesi, che presentano molte differenze per quanto riguarda le dimensioni e i metodi di lavoro, ma tutte aderiscono ai principi comuni di sobrietà, solidarietà e pace. La maggior parte del lavoro viene svolto a livello nazionale e locale, ma lo IOGT mette a disposizione una sede per gli incontri internazionali e un forum per gli scambi e le azioni congiunte.

Questa struttura internazionale di coordinamento ha un nome insolito che non viene quasi mai pronunciato per esteso. L'acronimo IOGT rappresenta di per sé un nome. Queste iniziali, tuttavia, rendono omaggio alla parte più antica del movimento, sorto nel lontano 1851 negli Stati Uniti, dove coloro che cercavano di liberarsi dalla terribile piaga dell'alcol che affliggeva il 'Nuovo Mondo', trovarono rifugio fra i 'templari', un gruppo che operava in un ambiente molto religioso. I membri più giovani venivano chiamati appunto 'templari'; alcuni si comportavano in modo scorretto e, nel 1851, altri membri ritennero opportuno consolidare il lavoro svolto definendosi 'buoni templari' per differenziarsi dal resto del gruppo. Questa è l'origine prosaica di un nome coraggioso che viene usato oggi per definire l'Organizzazione Internazionale dei Buoni Templari.

L'organizzazione è indipendente sia dal punto di vista politico sia religioso, e i membri sono di religione, idee politiche e nazionalità diverse.

Il punto di collegamento è Hudolin

Il punto di collegamento fra il movimento dei Club e lo IOGT è rappresentato appunto da Višnja e Vladimir Hudolin, i quali hanno spesso preso parte alle conferenze a agli organismi dello IOGT come ospiti, partecipanti e membri. L'Associazione croata dei Club è stata membro dello IOGT per diversi anni e molte altre organizzazioni IOGT, come quella della Germania e della Danimarca, sono state profondamente influenzate dal pensiero di Hudolin. Noi eravamo pronti ad allargare la nostra grande conferenza culturale internazionale durante l'incontro tenutosi a Zagabria nel 1988. Purtroppo, i programmi immediati siano stati rimandati a causa dei drammatici eventi bellici che si sono verificati subito dopo l'incontro.

Lo IOGT è stato chiamato dai paesi dell'ex area comunista a svolgere attività di prevenzione dei problemi alcol e droga correlati, ed è stato in grado di creare un certo numero di organizzazioni volontarie nell'Europa centro-orientale. In questo lavoro sono state applicate in parte le idee di Hudolin, ma purtroppo senza seguire una metodologia adeguata. Tuttavia, l'espansione in questa regione europea è stata straordinaria e ha permesso allo IOGT di creare una rete di contatti più capillare di qualsiasi altra organizzazione internazionale.

Espansione in memoria di Vladimir Hudolin

I progetti che avevamo preparato con Hudolin non sono stati dimenticati. Avevamo compreso la necessità di applicare una metodologia migliore nel lavoro locale di prevenzione, e riteniamo che lo sviluppo del concetto di Club in Italia sia molto promettente per il fu-

turo. Il nostro unico rammarico è di non esser riusciti a mettere in pratica i progetti mentre il caro fratello Vladimir era ancora tra noi. Ed è stato proprio durante il suo funerale che lo IOGT ed alcuni leader italiani del movimento dei Club hanno deciso di fare qualcosa in sua memoria.

La cosa migliore che potevamo realizzare è stata quella di offrire la sua metodologia a nuove nazioni e di creare un sistema di formazione, di supervisione e di scambio di esperienze in un contesto europeo. Il risultato più immediato è stato il primo Workshop in Memoria di Vladimir Hudolin, organizzato a Lignano (Italia) nel Settembre 1997. Ciò ha dato vita ad un programma di lavoro congiunto per la creazione dei Club in altri paesi, sia nelle regioni occidentali sia in quelle orientali dell'Europa. Noi abbiamo adottato la metodologia italiana e abbiamo avviato nuovi Club e Scuole alcoliche territoriali nei paesi nordici e in diversi paesi dell'ex area comunista. Prevediamo una sempre più rapida espansione nei prossimi anni.

Una base comune

I principi più importanti dello IOGT sono: sobrietà, solidarietà e pace. È stato molto interessante scoprire che i Club italiani si basano sulla stessa filosofia. Siamo d'accordo sul fatto che la sobrietà sia uno stile di vita individuale, a non solo: esso coinvolge innanzi tutto la famiglia e quindi la comunità locale e l'intera società. La prevenzione è sia collettiva, sia individuale.

Il nostro ideale comune è la solidarietà. I membri della famiglia sono solidali tra di loro. Gli operatori sociali e sanitari solidarizzano con quanti cercano la loro collaborazione. Coloro che hanno superato i problemi legati all'alcol sono solidali con quanti stanno ancora lottando per superarli. E il movimento esprime la propria solidarietà all'intera popolazione con il nostro lavoro per la prevenzione di un grave problema di salute pubblica.

Lavoriamo per la pace a livello mentale e nella famiglia. Ci rendiamo comunque conto che la pace si costruisce su una società giusta e sulla nostra capacità di porre fine ai conflitti in modo pacifico. Riteniamo che la povertà e la miseria sociale siano una minaccia per la pace.

Vogliamo offrire il nostro contributo per la pace, cercando di alleviare il dolore della miseria sociale legato all'uso di alcol e droghe e promuovere la leadership a mente lucida e sobria.

Tutto questo in memoria di Vladimir Hudolin.

Rapporti del sistema ecologico sociale con l'Organizzazione Mondiale della Sanità e con altre organizzazioni nazionali ed internazionali

Franco Marcomini

I programmi alcolici territoriali dei Club degli alcolisti in trattamento, fin dall'inizio, hanno condiviso ed interpretato in modo efficace e pratico i principi contenuti nei maggiori documenti espressi dall'Organizzazione Mondiale della Sanità negli ultimi vent'anni:

- Salute per tutti entro l'anno 2000;
- Health 21;
- Dichiarazione di Alma Ata;
- Carta di Ottawa;

- Conferenza di Adelaide;
- Dichiarazione di Copenhagen;
- Principi del Progetto Città Sane;
- Piani d'azione europei sull'alcol;
- Carta Europea sull'alcol;
- Dichiarazione di Djakarta.

In particolare i Club degli alcolisti in trattamento hanno saputo interpretare in modo corretto il principio di popolazione applicato ai problemi alcolcorrelati. In base a questo principio, i problemi correlati al consumo di bevande alcoliche sono in relazione al consumo medio della popolazione, e pertanto è a questo livello che deve avvenire la modificazione culturale e comportamentale.

I Club degli alcolisti in trattamento, con la loro presenza nel territorio, hanno inoltre reso concreta l'indicazione dell'OMS, nella quale si dichiarava che nessun paese, per quanto ricco, avrebbe mai potuto avere risorse sufficienti di tipo specialistico per affrontare un problema di tale dimensione, e che pertanto i programmi devono essere radicati nelle comunità (embedded in the community).

Sulla base di queste esperienze, il lavoro dei Club ha rappresentato all'interno del Multi City Action Plan dell'OMS sull'alcol, nonché nelle discussioni che hanno portato alla stesura della Carta Europea sull'alcol, un punto di riferimento fondamentale soprattutto per la condizione straordinaria che si è realizzata in Italia. Infatti, in un paese senza un programma nazionale formalizzato, si è registrata una riduzione dei consumi intorno al 36%, con un'unica variabile esplicativa rappresentata da una fitta rete di comunità multifamigliari (oltre 2.400), distribuita su tutto il territorio nazionale e con un programma di formazione che ha visto la sensibilizzazione di migliaia di volontari e professionisti, sia pubblici sia privati. Questa esperienza, oltre che aver contribuito allo sviluppo dei programmi di promozione della salute dell'OMS, ha anche rappresentato un punto di riferimento significativo per grandi organizzazioni internazionali, come IOGT e EUROCARE.

Infine, per quanto riguarda l'ultima fase di sviluppo dei programmi di promozione della salute in campo alcolologico dell'OMS, è necessario ribadire il valore della proposta dei Club relativa al Target 12, che enfatizza la riduzione dei danni da alcol, droga e tabacco. Il Target 12 recita così: *«Entro l'anno 2015, le conseguenze negative per la salute derivanti dal consumo di sostanze come il tabacco, l'alcol e le droghe psicoattive dovranno subire una riduzione significativa in tutti gli stati membri».*

A differenza del precedente Target 17 (*«Entro l'anno 2000, il consumo di sostanze che provocano danni alla salute e producono dipendenza dovrebbe essere drasticamente ridotto in tutti gli stati membri. Questo obiettivo può essere raggiunto se politiche ben bilanciate e programmi relativi al consumo e alla produzione delle sostanze alcoliche verranno incrementati a tutti i livelli e in settori differenti con lo scopo di ridurre il consumo di alcol del 25% con particolare riguardo alle fasce di popolazione con consumo più elevato»*) che indicava principalmente la necessità della riduzione dei consumi di alcol, entro l'anno 2000, del 25%, si pone qui l'accento sulle conseguenze negative che derivano dall'uso di alcol, anche se si fa ancora riferimento al consumo, mantenendo quindi un collegamento tra danni e consumi. Leggendo questo documento in modo non strumentale, si può affermare che il forte accento posto sui danni apre la possibilità di un maggiore coinvolgimento dei sistemi di cura e trattamento, riconducendoli alla riflessione che il punto cruciale dei problemi alcolcorrelati è questo riconosciuto legame tra danno e consumo medio pro-capite. Se facciamo riferimento alla specifica esperienza dei Club degli alcolisti in trattamento, il Target 12 sembra avvicinarsi maggiormente alla strategia complessiva dei programmi alcolologici territoriali dei Club degli alcolisti in trattamento, che partono dalla sofferenza delle famiglie che hanno già conosciuto un danno provocato dall'alcol. Il precedente Target 17 infatti ri-

schiava di valorizzare le tradizionali politiche sull'alcol dei paesi dell'Europa del Nord, che si fondano principalmente sulla legislazione, sui monopoli e su altre misure economiche.

Queste strategie lasciano irrisolta la questione del rapporto tra problemi alcolcorrelati e cultura del consumo di bevande alcoliche, poiché i problemi vengono attribuiti ad un fatto prevalentemente sanitario: la 'dipendenza da alcol'. Partire dai danni derivanti dall'uso di alcol significa implicitamente riconoscere che la strada percorsa dai Club è efficace, capace di incidere sulla cultura tramite azioni concrete, che forniscono una possibilità di crescita e maturazione di chi soffre, ponendo al centro la necessità di una riduzione dei consumi di alcol nella popolazione generale.

Siamo pertanto di fronte ad un'ulteriore dimostrazione che i Club si muovono in anticipo ed in coerenza con i principi di promozione della salute espressi dall'OMS.⁽¹⁾

⁽¹⁾ Merita segnalare il documento con il motto *The time to act is now* (È adesso il tempo di agire), sottoscritto dai 51 ministri della sanità dei paesi europei, a Stoccolma il 21 Febbraio 2001, in cui sono elencati dieci obiettivi condivisi da raggiungere entro il 2006, per ridurre i danni prodotti dal consumo di alcol, con particolare riferimento ai giovani (n.d.r.).

Le Associazioni dei Club degli alcolisti in trattamento

Le Associazioni in Croazia

Višnja Hudolin, D. Flanjak, Š. Matić, Ljuba Ulemek

Il primo Club degli alcolisti in trattamento fu istituito a Zagabria nel 1964. Ben presto nuovi Club sorsero in vari distretti della capitale, come in altre località del Paese.

Nel 1965 vide la luce l'Associazione dei CAT della Repubblica di Croazia. Prima della nascita di Associazioni dei CAT a livello statale, per garantire una più efficiente collaborazione e capacità operativa dei Club, furono istituite Associazioni a livello regionale (regione di Zagabria, Litoraneo-montana, della Slavonia e della Baranja, della Dalmazia, della Lika, del Kordun, e della Banija). Oggi esse sono state riorganizzate a livello di contea ed è inoltre in corso la costituzione dell'Associazione croata delle comunità dei CAT delle contee.

Poco dopo la nascita dei CAT in Croazia, furono istituiti Club degli alcolisti in trattamento nell'ex repubblica jugoslava della Bosnia e Erzegovina, che si costituirono in Associazione nel 1970 (in seguito denominata Associazione dei CAT della Croazia e della Bosnia e Erzegovina). Tempo dopo, le Associazioni dei CAT vennero gradualmente istituite anche nelle altre repubbliche dell'ex Jugoslavia, seguendo lo sviluppo dei Club.

Dopo che nel reparto di alcologia della Clinica M. Stojanović furono accolti gli alcolisti della Vojvodina (Regione autonoma della Repubblica di Serbia) si svilupparono Club anche in questa regione, e venne fondata l'Associazione dei CAT della Serbia. Nella Repubblica di Slovenia l'Associazione dei CAT prese il nome di '*Društvo terapeutov za borbu proti alkoholizmu*' ('Associazione dei terapeuti per la lotta all'alcolismo').

Nuove Associazioni nacquero nella Repubblica di Macedonia, nel 1973, e in quella Montenegro, nel 1984. Dopo la costituzione dei Club in queste tre repubbliche dell'ex Jugoslavia venne istituita nel 1972 l'Associazione dei CAT della Jugoslavia, con sede a Zagabria.

Le Associazioni in Italia

Luciano Floramo e Renato Bernardinis

Già nel lontano 1979 Vladimir Hudolin, in Italia, percorreva, nel suo insegnamento, la strada della 'sobrietà' quale punto di partenza per portare le persone a riappropriarsi

della propria identità e della propria salute. L'inizio fu molto duro e sconcertante sotto tutti i punti di vista, poiché ricordo ancora che le prime volte che andavo al Club mi guardavo attorno prima di varcare quella soglia, nel timore di essere visto da qualcuno e così essere 'identificato'.

L'inizio dei programmi in Italia ebbe il suo primo sfogo esterno dopo un mio articolo pubblicato sulla Vita Cattolica, settimanale d'informazione locale a diffusione regionale, in cui esternavo il mio pensiero per quanto concerne l'alcol, e nel titolo c'era l'insieme dei disagi che la sostanza provoca in quanto l'articolo era intitolato 'D'alcol si muore' e alla fine di quell'articolo avevo fatto della pubblicità al dottor Renzo Buttolo e al suo reparto. Fu così che molte persone, provenienti anche da altre regioni, chiedevano di essere ricoverate presso il Reparto Lungodegenti dell'Ospedale di Udine ove erano messi a disposizione dieci posti letto dall'allora Presidente dell'Ospedale prof. Luciano Floramo ed era diretto dal dottor Buttolo.

Inizialmente nel primo Club di Udine, fondato il 22 gennaio 1980, venivano inserite tutte le persone provenienti da fuori regione, e fu così che nel 1982 si aprì il primo Club nel Veneto (con Gianna Murer), nel 1983 in Toscana, a Firenze (con Rossella Santi), nel 1984 in contemporanea vennero aperti i Club a Chieri in Piemonte (con Olivo Gionco), a Cesena in Emilia Romagna (con Adele Bosi) e a Bergamo per opera del dottor Vanzetti e la famiglia Moi.

Tutte queste persone citate, hanno poi dato vita alle rispettive Associazioni Regionali dei Club degli Alcolisti in Trattamento, mentre nelle altre realtà italiane i primi Club sorti hanno subito delle forti pressioni esterne, e l'ARCAT del Friuli-Venezia Giulia veniva spesso invitata a portare il proprio contributo d'esperienza per aiutare quelle realtà a emergere e ad essere prese in considerazione dalle locali autorità. Ma ormai la fama dei programmi del professor Hudolin avevano raggiunto tutta la penisola italiana e da ogni parte d'Italia giungevano a Castellerio richieste d'aiuto per affrontare i problemi alcolcorrelati che sembravano irrisolvibili.

Nel 1984 il Trentino applicò ai propri programmi il primo modello di lavoro di rete, che si è dimostrato nel tempo il miglior procedimento per l'applicazione dei programmi alcolologici in fatto di protezione e promozione della salute. Da quella data, la fondazione di ARCAT in ogni regione era ormai un fattore di crescita quasi imperativo, per poter dare a tutti l'opportunità di accedere ai programmi per problemi alcolcorrelati e complessi.

Negli anni a seguire il prof. Hudolin, nella sua lungimiranza, cominciò a modificare l'approccio ecologico sociale ai problemi alcolcorrelati e complessi e, basandosi sulle indicazioni che arrivavano dall'O.M.S. (Organizzazione Mondiale della Sanità), iniziò a introdurre il concetto di spiritualità antropologica e di multidimensionalità della sofferenza e del disagio sociale. Il 30 aprile 1989 a San Daniele del Friuli veniva costituita l'AICAT (presenti, quali soci fondatori: Luciano Floramo, Renzo Buttolo, Giovanni Pitacco, Renato Bernardinis, Renzo De Stefani, Stenio Plazzotta, Paola Crasti, Luigi Colusso, Fulvia Sevignani, Francesco Piani, Lino Segato, Andrea Devoto, Roberto Cuni).

In seguito - è storia recente - si è passati dal periodo 'adolescenziale' delle nostre Associazioni alla necessità di crescita nella consapevolezza del dinamismo offerto dal metodo dei Club, vera risorsa sinergica nelle comunità locali.

Il ruolo delle Associazioni dei Club

Fulvia Sevignani

1. L'ACAT è al servizio dei Club e deve promuovere la loro nascita e cercare di venire incontro alle loro difficoltà. L'ACAT rappresenta i Club di fronte all'ente pubblico ed alla comunità locale.

2. L'ACAT organizza la formazione delle famiglie dei Club e la prevenzione e promozione della salute nella comunità in cui opera, attraverso le Scuole alcolologiche territoriali.
 - Scuole alcolologiche territoriali di 1° modulo, rivolte alle nuove famiglie che entrano nel Club: questi cicli di SAT possono essere condotti da operatori dei servizi o volontari che operano nei Club di zona (alcolisti o familiari) che, abbiano seguito un breve corso di formazione per le Sat (durata di un ciclo: 8-10 serate nell'arco di 8-10 settimane, per circa un'ora, un'ora e mezza).
 - Scuole alcolologiche territoriali di 2° modulo rivolte alle famiglie che partecipano già da tempo al Club: si raggruppano più Club e si tiene una serata o un sabato pomeriggio di aggiornamento su uno o più temi a scelta. L'incontro avrà un carattere festoso, possibilmente con rinfresco. Per l'aggiornamento si farà ricorso ad un servitore-insegnante della zona ed in mancanza di disponibilità, ad un servitore-insegnante esterno, purché aggiornato.

Queste Scuole sono organizzate dall'ACAT in collaborazione con i servizi pubblici.

- Scuole alcolologiche territoriali di 3° modulo coinvolgono tutte le categorie della comunità: sono organizzate dal servizio di alcologia e dall'ACAT che le propone, in stretta collaborazione. L'ACAT provvede a divulgare l'evento (attraverso il materiale propagandistico fornito dal servizio, quale manifesti e locandine), e contattando associazioni, medici ed autorità della località in cui si svolgeranno le Sat. L'ACAT si assumerà il compito di trovare anche la sede adatta per lo svolgimento del ciclo che durerà, secondo le possibilità, da una a (preferibilmente) due serate. Le Sat di 3° modulo vengono condotte da un servitore-insegnante che deve essere aggiornato. Sarà dunque l'ACAT ad informare ed invitare alcune famiglie dei Club.
3. Auto-mutua supervisione dei servitori-insegnanti: l'ACAT, nella persona del presidente, convoca periodicamente una riunione dei servitori-insegnanti (per lettera o fissando di volta in volta la data della seguente riunione), in generale una volta al mese. A queste riunioni sarà presente il presidente dell'ACAT che condurrà la discussione della quale sarà steso un verbale. In questi incontri si stabiliranno le eventuali sostituzioni di servitori-insegnanti, la moltiplicazione e la nascita di nuovi Club.
 4. Riunione dei presidenti dei Club: il presidente dell'ACAT convoca a scadenze fisse la riunione dei presidenti dei Club, alla quale potranno presenziare anche altri membri dei Club. In queste riunioni si discute dell'organizzazione dell'Interclub zonale, delle Scuole alcolologiche territoriali, di feste analcoliche, di problemi inerenti al Club, ma non delle famiglie del Club. Si discutono problemi di sede, di orari, di collaborazione per gli Interclub o feste, la partecipazione a Congressi, la necessità di un ciclo di Sat in questo o quel comune ecc.
 5. La convocazione del direttivo dell'ACAT: spetta al presidente. Si discute sui problemi dell'Associazione, sul modo di realizzare iniziative, di reperire fondi, di organizzare l'Interclub zonale, di acquisto di materiale o altro, che deve essere sempre deciso in questo contesto dal Direttivo e mai da un singolo. Si deciderà sul finanziamento di viaggi, per Congressi o Interclub, sui contributi che provengono da enti pubblici o privati. Si approva il bilancio e si stabilisce il preventivo.
 6. L'ACAT deve cercare di allacciare rapporti di collaborazione con le varie associazioni operanti sul territorio, di accogliere gli inviti a partecipare alle loro iniziative e, per quanto possibile, stimolare le famiglie e i servitori-insegnanti della zona a partecipare regolarmente alle diverse iniziative.
 7. L'ACAT mantiene stretti contatti con l'APCAT, l'Associazione provinciale, informandola sulle manifestazioni ed iniziative programmate, nonché eventuali difficoltà che da sola non riesce ad affrontare o risolvere. Collabora e si fa promotrice, a sua volta,

- delle iniziative e dei programmi che provengono dall'APCAT, presso i Club di zona.
8. L'ACAT collabora anche all'organizzazione di Corsi di sensibilizzazione. Informa i Club, la comunità, persone ed associazioni che avessero interesse a frequentare il Corso di sensibilizzazione.
 9. L'ACAT, con l'ausilio dei Club di zona, collabora per l'organizzazione dell'Interclub provinciale, o il Congresso regionale.
 10. L'ACAT è autorizzata a chiedere contributi economici agli enti pubblici e privati della propria zona. Le somme a disposizione dell'ACAT devono essere utilizzate esclusivamente ai fini previsti dallo statuto, cioè per attività di prevenzione e promozione della salute (Scuole alcologiche territoriali, acquisto di materiale didattico, organizzazione di Interclub zonali, materiale per l'amministrazione, viaggi per Congressi o Interclub ecc). Il denaro nelle mani dell'ACAT è un bene di tutte le famiglie dei Club e non può né deve essere utilizzato a scopi che esulano dalla prevenzione e promozione della salute o da altre iniziative che non vanno a vantaggio dei Club o della comunità. L'ACAT non deve mai diventare un centro di potere!

Le difficoltà nel lavoro delle Associazioni

Giovanni Aquilino, Guido Scattolin

Le difficoltà che nascono nei rapporti tra istituzioni, strutture sociosanitarie e le Associazioni dei Club sono molteplici. Alcune derivano dal fatto che le modalità di operare e di organizzarsi delle Associazioni dei Club degli alcolisti in trattamento, in genere come un movimento che si concerta dal basso rompono gli schemi classici del rapporto tra 'utenti' e strutture. Altre volte le difficoltà nascono da una scarsa conoscenza e da una diffidenza reciproca.

Un tale comportamento preoccupa gli operatori e le relative strutture socio-sanitarie, che temono da un lato di perdere parte del loro ruolo, dall'altro che diventino palesi le incapacità o tutti i limiti professionali e della struttura preposta a risolvere i problemi delle persone. Naturalmente, simili timori aumentano nel caso le persone siano rese consapevoli delle possibilità che esse hanno di risolvere i problemi a partire da se stesse.

Tutto questo fa vivere le Associazioni come dei concorrenti, come qualcosa che vuole sottrarre il 'mestiere' o meglio l'autorevolezza di prendere decisioni per e sui 'pazienti'.

Inoltre, la modalità di relazionarsi delle Associazioni dei Club mette di solito alle strette gli operatori professionali, obbligandoli a riflettere, prima di tutto, sul proprio comportamento personale, poi su gli aspetti etici del loro lavoro.

Le Associazioni non solo temperano, in qualche misura, l'esercizio del potere professionale e istituzionale, ma invitano continuamente le strutture socio-sanitarie ad una collaborazione, ad un fare 'insieme'. Questo conferisce alle persone una capacità, una possibilità di discussione sulla propria salute che prima gli operatori e le strutture non consideravano o davano per accettato unilateralmente. Infine, ma non ultimo, si aggiunge l'interesse economico di chi su determinate competenze o ruoli non solo ci vive ma, più delle volte, ci specula.

In Italia le strutture sanitarie pubbliche non sono abituate a discutere e a programmare in collaborazione con le associazioni di volontariato; al contrario tentano di servirsi di loro quando le loro competenze, i loro carichi di lavoro, le loro inefficienze consigliano di scaricare i problemi su qualcun altro. Meglio se questo 'altro' può, in qualche maniera, essere controllato, subordinato al loro potere e ai loro interessi. Non esiste, insomma, una eticità di rapporto tra strutture pubbliche e associazioni di volontariato. Non per niente è in atto un

forte e spigoloso dibattito sulla riforma dell'assistenza pubblica tra istituzioni e 'terzo settore' (il sistema delle organizzazioni non governative di utilità sociale, senza fini di lucro).

Negli ultimi tempi, però, con l'ingresso di molti professionisti e dipendenti dei servizi pubblici nei programmi alcolologici, molte cose stanno cambiando in meglio. Infatti, sono sempre di più i servizi che si 'umanizzano', si 'eticizzano', grazie alla nuova formazione dei propri operatori, e questo fa sì che i rapporti con le associazioni diventino collaborativi anziché conflittuali.

A queste difficoltà vanno aggiunte quelle di carattere personale sulle varie capacità e modalità di relazionarsi tra persone nelle diverse circostanze. Ormai sono sempre di più le persone che entrano in contatto con il sistema ecologico sociale (metodo Hudolin), e vi sono giustificate speranze che sempre più persone, in futuro, cambieranno il loro modo di pensare e di comportarsi.

In molte regioni italiane le organizzazioni pubbliche e le Associazioni dei Club hanno trovato differenti e fruttuose modalità di collaborazione che ora si stanno diffondendo sull'intero territorio nazionale. I Centri alcolologici territoriali funzionali, come modalità funzionali di programmazione comune tra servizi pubblici e privati e associazioni, sono ormai realtà che mettono in atto programmi di lavoro che speriamo risultino utili per risolvere i problemi alcolcorrelati e complessi di tutte le famiglie, non solo di quelle italiane.

Il Club, punto di forza irriducibile ed indispensabile per le famiglie inserite nei programmi alcolologici territoriali, deve riuscire a coinvolgere le famiglie in un confronto continuo e aperto, finalizzato alla crescita e alla maturazione personale e dei Club stessi, nonché dell'intero sistema,

Il confronto tra Club serve alla verifica del proprio lavoro e a fornire uno specchio a quello degli altri. Il Club non deve mai sentirsi isolato, poiché nei programmi, ogni Club deve essere parte attiva, in grado di offrire lo stesso 'servizio' ad ogni famiglia, questo è il compito specifico delle associazioni dei Club.

Ogni Club dovrebbe, inoltre, sentirsi parte attiva della comunità dove opera e dove le famiglie vivono, perché è proprio nella Comunità che i cambiamenti devono avvenire.

Nel nostro 'sistema', dinamico e sempre in evoluzione, è importante la collaborazione ed il confronto tra i Club intesi come i punti 'rete', i punti di appoggio, dell'intera organizzazione dell'associazione dei Club: ACAT. A tale proposito è oltremodo importante, se non indispensabile, che i vari referenti di Club, di associazione si confrontino per trovare le soluzioni e le risposte alle tante e diverse esigenze delle famiglie al fine di promuovere e proteggere la loro salute.

Ogni Club ed ogni associazione deve trovare le risorse utili ed indispensabili al cambiamento dello stile di vita delle famiglie, insomma, poche cose, ma importanti per il funzionamento dei programmi: le sedi dei Club, i luoghi e le risorse umane ed economiche per gli aggiornamenti e le settimane di sensibilizzazione, favorire la partecipazione agli appuntamenti congressuali o assembleari delle famiglie e delle associazioni.

È utile ribadire che i Club e le associazioni sono composte dalle stesse famiglie e dai servitori, pertanto è naturale immaginare che ogni appartenente al 'sistema Club' deve essere sempre disponibile ad offrire quanto può e quanto vuole, mettendolo al servizio della Comunità dei Club e delle famiglie.

Alle volte i referenti dei vari direttivi, rappresentanti e presidenti, invece di mettersi al servizio delle famiglie si improvvisano organo di comando e di controllo, privando le stesse della libertà di decidere e di agire, creando problemi al lavoro dei Club.

Questo comportamento non agevola la vita dei Club e in più produce diversità nei programmi perché ognuno crede di trovare la soluzione solo e soltanto nelle proprie idee ed esperienze, evitando accuratamente ogni suggerimento ed ogni utile confronto.

È necessario, invece, lavorare affinché le associazioni dei Club instaurino rapporti, al

loro interno, ispirati ad una comunicazione chiara, che riconosca i limiti personali ed associativi, riaffermando la consapevolezza di essere persone al servizio delle famiglie, le quali aspirano solo a vivere meglio e soprattutto in pace nel Club e nella comunità di appartenenza per contribuire al benessere comune.

Importante, per tutti, è aver chiaro e preciso l'obiettivo del nostro servizio e cioè la centralità della famiglia nel Club, il rispetto per la sua libertà di scelta e dei tempi del cambiamento, compito, a dir il vero, non sempre facile.

Risulta importante, nella diversità di idee e di modalità di attivarsi, un confronto anche forte, purché corretto, che avvenga, però, all'insegna della massima disponibilità nel rispetto reciproco e con sentimento di corresponsabilità per tutti e per ognuno.

Dunque, comunicazione chiara, atteggiamento di ascolto e di comprensione, disponibilità al servizio, consapevolezza dei propri limiti, confronto, queste sono le prerogative per una buona vita associativa. Se mancano o sono male interpretate le stesse prerogative possono diventare causa di conflitti e di ulteriori problemi alle famiglie, ai Club e all'intero sistema.

Gli incontri nel sistema ecologico-sociale

I Congressi e altre riunioni in Croazia

Višnja Hudolin, D. Breitenfeld, D. Flanjak, Lj. Ulemek

Tra i principi fondamentali che animano le riunioni dei CAT vi sono la comunicazione e l'interazione. Ciò è necessario a tutti i livelli di collaborazione tra i Club, da quello locale a quello nazionale. Hudolin attribuì sin da principio una profonda importanza a questo aspetto. Le prime riunioni plenarie dei CAT ebbero inizio in Croazia già nel 1966. Tali incontri, che si tenevano con scadenza mensile ogni volta in una località diversa, fecero sì che i contesti sociali che li ospitavano cominciarono a modificare gradatamente il loro approccio al problema dell'alcolismo e il loro atteggiamento nei confronti degli alcolisti stessi. Così le riunioni dei CAT cominciarono a essere frequentate sempre di più dai responsabili dei settori sanitario, economico, politico e legislativo, proprio come in seguito sarebbe avvenuto in Italia in occasione delle riunioni dei CAT a livello comunale, provinciale e regionale.

Con l'andar del tempo furono organizzate riunioni dei CAT nelle diverse regioni della Croazia, nonché a livello della Repubblica di Croazia e della ex Jugoslavia.

I congressi

Nel 1969 l'Associazione dei CAT della Croazia, della Bosnia ed Erzegovina e della Voivodina (Regione autonoma della Serbia) organizzarono un Congresso a Karlovac (vicino Zagabria) con il patrocinio del sindaco di questa località, Josip Bolikovac. Il secondo Congresso dei CAT si tenne invece a Sarajevo (Bosnia ed Erzegovina).

Con la nascita dei Club degli alcolisti in trattamento nelle altre repubbliche dell'ex Jugoslavia e con l'istituzione dei CAT della Jugoslavia furono organizzati altri Congressi. L'undicesimo Congresso dei CAT della Jugoslavia si tenne nel 1981 a Zagabria, il quindicesimo a Herceg Novi (Montenegro) e l'ultimo nel 1991, a Skoplje (Macedonia).

Con l'istituzione dei CAT in Italia furono organizzati Congressi comuni dei Club dei due paesi. Il primo si svolse a Opatija (Croazia) nel 1985 e il successivo a Treviso. In seguito i Congressi furono organizzati alternativamente in Croazia e in Italia.

Gli incontri di supervisione

Per ottimizzare il lavoro nei Club si organizzano periodicamente incontri di supervisione nelle singole località e regioni della Croazia. In questa sede ci limiteremo a citarne solo alcuni, data l'importanza dei singoli problemi che sono stati trattati:

1. L'incontro di supervisione dei CAT dei comuni di Karlovac e di Gospic (1982), volto al miglioramento della loro cooperazione con le istituzioni sanitarie e di tutela sociale presenti sul territorio.
2. L'incontro di supervisione dei CAT dei Comuni di Cakovec-Varazdin-Bjelovar (1982), dedicato alla formazione degli operatori professionali e paraprofessionali, nonché al ruolo dei CAT nel trattamento dei problemi alcolcorrelati.
3. L'incontro di supervisione dei CAT dei comuni di Zagabria (1982), dedicato alla tutela e all'approccio familiare, nonché all'istituzione di CAT presso le aziende e gli uffici.

Gli incontri di supervisione sono stati molti, e i temi in essi affrontati sono ancor oggi di grande attualità.

I Convegni dell'Organizzazione Mondiale di Psichiatria Sociale e dell'Organizzazione Mediterranea di Psichiatria Sociale

Hudolin fu per otto anni presidente dell'Organizzazione Mondiale di Psichiatria Sociale e per quattro anni dell'Organizzazione Mediterranea di Psichiatria Sociale. Entrambe queste associazioni svolgevano con regolarità convegni in varie zone dell'Europa e del mondo. In ognuno di essi, a prescindere dalla sede prescelta, almeno una sezione era dedicata alla problematica dell'alcolismo. Il primo convegno si tenne a Londra, il secondo ed il settimo a Zagabria, l'ottavo a Parigi ed il nono a Osaka (Giappone). I Convegni di questa organizzazione si svolgono tuttora con regolarità.

Il primo Convegno dell'Organizzazione Mediterranea di Psichiatria Sociale si svolse a Dubrovnik nel 1980, il secondo a Udine nel 1981, il terzo a Malta nel 1982, il quarto ad Ankara (Turchia) nel 1983, e i successivi a Barcellona e a Lisbona e Macao). A tutti questi congressi parteciparono i Club degli alcolisti in trattamento italiani e dell'ex Jugoslavia.

Altre riunioni

Oltre ai Convegni dei CAT della Jugoslavia e dei CAT della Repubblica di Croazia, vi sono state moltissime altre riunioni che sarebbe impossibile citare, ma che hanno avuto un ruolo essenziale nello sviluppo e nel miglioramento del lavoro dei CAT. Ricorderemo ad esempio:

- La riunione per la consulenza agli organi direttivi delle grandi aziende presenti sul territorio di Zagabria (1981).
- Le 'Giornate di Psichiatria' organizzate con la Spagna, il Portogallo e l'Ungheria e dedicate alle problematiche dell'alcolismo (1981-1982).
- Il Simposio europeo sulla riabilitazione degli alcolisti (Dubrovnik, 1983, insieme allo IOGT).
- I 'Colloqui internazionali sull'alcolismo' (Zagabria, 1983).
- Tutti i Congressi e le riunioni dei CAT, a prescindere dalla loro portata, hanno avuto un'importanza determinante per la crescita, la maturazione e il benessere delle famiglie con problemi alcolcorrelati. La conoscenza reciproca, la comunicazione e lo scambio di esperienze arricchisce e contribuisce alla crescita dell'antropospiritualità e della cultura generale.
- A partire dal 1963 la Clinica M. Stojanović organizzò ogni anno il Simposio internazionale sull'alcol.

Il Congresso Nazionale in Italia

Luciano Floramo

Nella vita dell'Associazione Italiana dei Club degli Alcolisti in Trattamento (AICAT), sin dalla nascita dei primi Club a Trieste e a Udine (1979), i Congressi sono stati sempre occa-

sione, opportunità, ricchezza per un confronto, una verifica ed una prospettiva di impegni futuri, proprio per 'ritornare al Club e ripartire dal Club', a servizio delle famiglie nella crescita di una società solidale. Pur nella salvaguardia di un'autonomia operativa del Club, il vincolo associativo è garanzia per uno sviluppo coordinato e condiviso dei programmi e delle iniziative di ricerca, innovazione e formazione in un sistema aperto al cambiamento che incide nella comunità locale.

Nel succedersi dei Congressi, i cui lavori occupano e impegnano i partecipanti per due giorni, dal venerdì alla domenica, riferimento obbligato è la relazione del Presidente dell'Associazione e (quando Hudolin era vivo) la 'lezione magistrale' sul tema del Congresso con una riflessione critica ed analitica sulle attività, sui problemi e sulle prospettive. Seguono per tre giorni, nelle sessioni e nelle tavole rotonde, i contributi di tutti, che saranno considerati e recepiti nelle conclusioni approvate dal Congresso.

Nel tempo, sempre sotto la guida di Hudolin, sino al 1991, si sono tenuti cinque Congressi italo-jugoslavi: a Dubrovnik, Udine, Zagabria, Opatija e a Treviso. Questi Congressi esaltano vincoli di amicizia tra popoli che concorrono, in un itinerario di pace e danno senso alla convivenza, fondata sulla solidarietà, nell'impatto con il disagio e sofferenza oltre lo specifico dei problemi alcolcorrelati e complessi. Questo modo di operare e di incontrarsi fa di Hudolin un costruttore di pace.

Dal 1991 al 1997, i Congressi dell'AICAT sono caratterizzati dall'analisi e dai problemi di un'associazione che - secondo Hudolin - vive i tempi della transizione da un'adolescenza ad una maturità, dove il Club, anche associato, si pone in relazione con l'ambiente e la società civile e le istituzioni a livello locale, regionale e nazionale, sempre in base al suo operare concreto.

Il valore della pace, compromessa dagli egoismi e dalla violenza, nel deflagrare della guerra in Jugoslavia, è significativo nell'incontro fra l'AICAT e Hudolin a Umago, per rivendicare un impegno che è anche testimonianza fra angoscia e speranza.

Nel 1991 a Trento si tiene il Congresso Dal Club alla comunità e ritorno (con Hudolin); a Udine, nello stesso anno, I Club verso il 2000. Nel 1992 a Trento (con Hudolin) La famiglia, l'operatore, il Club, che è stato il primo Congresso Nazionale AICAT. Seguono i Congressi del 1993, 1994 con la relazione del presidente Floramo: *'Il vero tempo dell'uomo è il suo futuro'*, in cui vengono affrontati bisogni, rischi e prospettive di un'associazione in crescita alla ricerca di una strategia di impegno e unitaria, anche se articolata nelle attività delle associazioni regionali dei Club, ricca di iniziative e di attività editoriali (come gli atti dei Congressi regionali: Sicilia, Campania, Veneto, Toscana ecc.).

Il quarto Congresso a Salerno: *La gioia di vivere, I Club e la pace alle soglie del terzo millennio*, ripropone nelle relazioni di Hudolin un costante riferimento all'insegnamento di Giovanni Paolo II.

Il quinto Congresso a Grado, La famiglia, la pace il futuro, vede presente e garante della fedeltà al metodo nella fiducia negli uomini Hudolin per l'ultima volta, con l'invito a continuare a lavorare, senza nascondersi di fronte a difficoltà, tensioni e problemi, propri di un'associazione che opera nel contesto del volontariato italiano in una società che cambia. Il presidente Floramo, con la relazione *'Tra memoria e futuro, un concreto impegno di pace'*, conferma, anche nell'amicizia personale con Hudolin la validità della sua opera e del suo pensiero.

Il sesto Congresso a Cremona del 1997 senza Hudolin, ma presente nei Club e nell'AICAT nel suo patrimonio di idee e di valori radicati nella dignità dell'uomo, è significativo per la volontà di operare tra utopia e disincanto (Floramo) con Hudolin ed oltre.

Il 1998 a Montesilvano (Pescara) ha visto il Congresso impegnato sul tema: *Famiglia e Club: un futuro insieme*; mentre il Congresso nazionale nel 1999 si è svolto a Foggia, con il tema: *Insieme per il terzo millennio*.

Nel 2000 il Congresso nazionale, con il tema *I Club degli alcolisti in trattamento: verso un futuro di sobrietà e di pace*, si è svolto a Torino, presso il Palastampa. Il decimo Congresso nazionale si terrà in Toscana, mentre l'undicesimo avrà sede in Sardegna.

Nel succedersi dei Congressi, sempre grazie alle intuizioni geniali di Hudolin, si interpongono, ad Assisi, i Congressi sulla spiritualità antropologica.

Il Congresso sulla spiritualità antropologica di Assisi

Danilo Salezze

Agli inizi degli anni '90 Vladimir Hudolin ha iniziato a proporre ai Club degli alcolisti in trattamento un approfondimento teorico e pratico circa la spiritualità antropologica, intesa dal Professore non come approccio 'spiritualistico' o religioso alla realtà, ma come "la cultura umana generale esistente"⁽¹⁾ da proteggere e promuovere.

A questo tema, nuovo nella formulazione, ma da sempre al cuore dell'approccio ecologico sociale ai problemi alcolcorrelati e complessi e del lavoro dei Club, Hudolin ha dedicato sei Congressi, cinque ad Assisi ed uno a Padova, con regolare scadenza annuale dal 1993, ed ha diretto la preparazione del programma dettagliato fino al Congresso del 1997.

Tutti questi importanti appuntamenti si sono realizzati presso ambienti di frati francescani, la cui tradizione filosofica e teologica ha difeso nei secoli una antropologia unitaria (corpo, anima, spirito) e rispettosa dell'uomo concreto, a partire dal dato fondamentale: "Verbum caro factum est", il Verbo si è fatto carne (Gv.1,14), cioè si è fatto evidente, palpabile (I Gv. 1,1). Del resto, Francesco d'Assisi fu convertito da un lebbroso (Fonti Francescane-2 Cel. 9), e non da una 'illuminazione'.

Per Hudolin, scienziato e amico dei francescani e della gente sofferente, spiritualità non era mai - è bene ripeterlo- spiritualismo, ma lettura seria e scientifica della realtà più evidente dell'uomo, cioè la sua complessità bio-psico-spirituale che lo fa unico tra gli esseri esistenti e lo rende in qualche modo non afferrabile, non riducibile ad un solo suo aspetto, oppure ad un suo sintomo organico o psichico. Consapevole di lavorare su un terreno spesso conteso tra medicina, psichiatria o religione, Hudolin si sforzava di sperimentare una terminologia adatta ad esprimere in modo antropologicamente 'laico', o 'ecumenico' se vogliamo, la complessità umana, e riteneva necessario ricercare strumenti per rendere indagabili e in qualche modo misurabili le dimensioni non appariscenti, ma importantissime della interiorità della persona.

Hudolin insisteva nel ricercare strumenti di 'misurazione' dell'interiorità della persona in quanto riteneva che: *«La spiritualità antropologica, come l'abbiamo descritta ad Assisi nel 1993, può essere immaginata come la complessità della cultura sociale esistente basata sui codici di comportamento incisi nella personalità umana, e che rappresentano un'etica ecologica sociale. Ma a parte questi codici, sulla spiritualità umana agiscono anche molti altri fattori interni ed esterni che possono deformare la spiritualità, come si può vedere nella vita quotidiana. Questo significa che la spiritualità antropologica ha un aspetto etico molto importante. Infatti, senza etica non c'è spiritualità e viceversa»*⁽²⁾.

Il dramma della sua terra, costretta ad una guerra, dava a Hudolin, giorno per giorno,

⁽¹⁾ Hudolin Vl. *'Una spiritualità umana per il nuovo millennio'*, Camminando insieme, n. 2 (Giugno-Settembre 1993).

⁽²⁾ Hudolin Vl. *'Disagio spirituale ed esistenziale'*, La spiritualità antropologica e l'ecologia sociale, Atti del 2° Congresso di spiritualità nei programmi alcolcorrelati e complessi, Assisi, 1994, pag. 28.

lo spunto per parlare del disagio spirituale ed esistenziale che «*non è specifico delle persone con problemi alcolcorrelati e complessi, ma si riscontra nella situazione odierna di molte persone nelle comunità di tutto il pianeta. Bisogna diagnosticarlo precocemente e non confonderlo con altri problemi psichiatrici o somatici. In Croazia abbiamo visto come la guerra può produrre problemi antropospirituali...*»⁽³⁾.

Per Hudolin, il massimo risultato di una spiritualità veramente umana, cui devono contribuire tutte le tensioni umane (anche religiose), è dato dalla Pace: pace come cultura, pace come vissuto quotidiano del cuore, pace come ricerca assidua di una comunità impegnata nel servizio all'uomo. Su questo, come su tanto altro, Hudolin concordava splendidamente con Giovanni Paolo II, il Papa di Roma.

La spiritualità antropologica non coincide quindi con la religiosità in sé, né coincide con l'espressione cristiana o cristiano-cattolica in particolare, o con un'altra tra le tante cosiddette 'spiritualità religiose', ma accoglie e armonizza nel suo orizzonte anche il fatto religioso che del resto è caratteristico dell'uomo in quanto tale, e riscontrabile presso ogni cultura. In quasi tutti i corsi formativi, Hudolin proponeva, a lato ma in connessione con il programma, la partecipazione ad un Servizio religioso. Naturalmente il suo scopo non era di portare i corsisti ad una confessione religiosa; gli bastava che si accostassero - in meditazione - ad un momento importante della loro cultura umana di secoli. Della meditazione si è parlato a lungo nel Congresso di Assisi del 1997.

Una parte di servitori-insegnanti (non le famiglie) non ha capito questo invito, e quindi non ha fatto proprio il concetto che il servitore-insegnante del Club può anche non essere o non professarsi religioso, ma non può restare neutrale rispetto ai problemi religiosi in generale, né può essere incapace di capire e di catalizzare positivamente le spinte, anche religiose, delle persone nel Club, ovviamente senza mai diventare un operatore pastorale.

Secondo Hudolin, la vita è «*un mistero che può essere visto sia come evoluzione spontanea dal materiale organico presente nell'universo, o come dono di Dio; un dono di Dio o della natura. In entrambi i casi non è esclusivamente una semplice proprietà privata, anzi si potrebbe dire che ci sia stata data in prestito dalla natura o da Dio. In ogni caso, nonostante siamo liberi nell'usarla, da un punto di vista etico non siamo liberi di danneggiarla o distruggerla intenzionalmente*»⁽⁴⁾.

A partire dal 1993, i Congressi sulla spiritualità antropologica si sono tenuti regolarmente ogni anno ad Assisi, con una partecipazione di circa mille persone fra famiglie dei Club, servitori-insegnanti ecc. Dopo la scomparsa di Hudolin, Assisi è continuata ad essere la sede dei Congressi sulla spiritualità antropologica.

*Signore
fammi strumento
dell'amore e della pace:
dove c'è odio,
ch'io porti l'amore;
dove c'è discordia, ch'io porti l'unione;
dove c'è l'errore*

*ch'io porti la verità;
dove c'è la tenebra,
ch'io porti la luce;
dove c'è la sofferenza,
ch'io porti la gioia.
Amen.*

(Francesco d'Assisi)

⁽³⁾ Hudolin V. *Ecologia sociale, spiritualità antropologica e problemi multidimensionali*, Ecologia sociale, spiritualità antropologica e sofferenze multidimensionali nel passaggio tra i due millenni, Atti del 3° Congresso di spiritualità antropologica nei programmi alcolcorrelati e complessi, Assisi, 1995, pag. 40.

⁽⁴⁾ Hudolin V. *Ecologia sociale, spiritualità antropologica e problemi multidimensionali*, Ecologia sociale, spiritualità antropologica e sofferenze multidimensionali nel passaggio tra i due millenni, Atti del 3° Congresso di spiritualità antropologica nei programmi alcolcorrelati e complessi, Assisi, 1995, pag. 45.

L'Interclub

Valentino Patussi

Il Club degli alcolisti in trattamento, comunità multifamigliare che ha una sua propria evoluzione trasformandosi nel tempo in altre comunità multifamigliari, è un organismo autonomo radicato nella comunità locale che oltre a provvedere alla crescita ed alla maturazione dei propri membri, lavora in stretto rapporto con la comunità locale nella quale è inserito. Non è pertanto un'associazione in senso proprio né è proprietà di altre associazioni o di servizi pubblici e privati.

Del resto la stessa dinamicità del processo che caratterizza il Club rende controproducente la sua assimilazione ad un ente con le sue regole burocratiche finalizzate alla conservazione della struttura.

L'alcolista e la sua famiglia sono entrati nel Club per il cambiamento, non per mantenere la loro condizione o il proprio stile di vita. Questo cambiamento non appartiene ai tradizionali processi di cura e di guarigione di una malattia, ma al più ampio processo di autopromozione ed autoprotezione della salute, dinamica che non ha un inizio ed una fine, ma che, come tutti i processi vitali, si svolge nell'arco dell'esistenza di una persona e che viene trasmesso alle generazioni future sia attraverso il sistema familiare sia tramite i sistemi sociali e culturali nei quali la famiglia è inserita.

Il Club degli alcolisti in trattamento si inserisce pertanto nelle forme attive di cittadinanza con lo scopo specifico della promozione e protezione della salute in relazione ai problemi alcolcorrelati e complessi ed alle diverse forme di disagio: spirituale, etico, economico, politico, culturale, sociale, religioso, psicologico, che possono avere con il consumo di alcol un qualche legame o causale o casuale.

Il Club con le sue poche e semplici regole di funzionamento ha come suo scopo principale la crescita e maturazione dei membri cercando di contribuire al cambiamento della cultura sociale, sanitaria e generale.

La continua evoluzione del Club, le sue divisioni periodiche non sono in contrasto con i legami di solidarietà ed amicizia tra i membri, questi possono essere mantenuti attraverso le riunioni periodiche tra i Club che vengono definite Interclub.

La riunione periodica tra i Club può essere svolta a diversi livelli:

- 1. zonale:** in questo caso è bene scegliere una zona che corrisponda ai bisogni di un numero limitato di Club: potrebbero essere tra tre e dieci e corrispondere alle dimensioni ideali per stabilire un legame associativo semplice, caratterizzato da comuni obiettivi di sensibilizzazione e partecipazione alle attività della comunità locale piuttosto che da regole statutarie, tipiche delle tradizionali associazioni culturali o sociali.
- 2. locale:** questo può avere una dimensione più ampia e corrispondere al numero dei Club che costituiscono il Centro alcologico territoriale. In questo caso l'Interclub può rappresentare anche un momento assembleare del centro alcologico territoriale facendo il punto della situazione dei gruppi di lavoro ed arricchendo il lavoro alcologico territoriale con l'emozionalità e l'empatia che deve essere creata all'interno dell'Interclub
- 3. comunale:** può corrispondere a quello zonale o locale od avere dimensioni più ampie, in funzione alla popolazione della città: in questo ambito potrebbe essere inserito anche un Interclub intercomunale per rispondere alle specifiche esigenze di un territorio più ampio, come può essere il caso che si voglia coinvolgere e sensibilizzare i servizi sociali e sanitari locali, che generalmente servono un insieme di comuni o il territorio di un'intera provincia.

4. **provinciale:** la provincia è un territorio che comprende più comuni e che ha alcune caratteristiche comuni radicate nella storia delle comunità locali.
5. **regionale:** il territorio diventa molto ampio e necessita pertanto una preparazione di tutti i Club che rischiano di non sentirsi coinvolti dall'evento; l'Interclub regionale funzionerà soltanto se il processo ha funzionato nei livelli precedenti
6. **nazionale:** è un modo semplice di fare sentire ai Club i legami di amicizia tra i cittadini di una stessa nazione, che spesso vanno perduti per l'interesse di ciascuno di difendere il proprio territorio.
7. **internazionale:** lo sviluppo dei programmi sia in Europa che fuori dell'Europa consiglia di realizzare queste forme di scambio e di legame di amicizia tra le diverse nazioni, sottolineando soprattutto il valore della pace e della cooperazione. Anche in passato si sono realizzati Interclub di questo tipo, e più recentemente a Lignano si è avuto un Interclub al quale hanno partecipato persone provenienti da diversi paesi, dimostrando che la creazione di un'atmosfera emozionale supera facilmente i problemi della comunicazione tra lingue molto diverse

È bene che questi Interclub non si sostituiscano alla normale vita del Club, ma devono rappresentare un'ulteriore occasione di crescita e maturazione; non devono essere troppo frequenti, soprattutto quelli che si riferiscono a territori molto ampi e che necessitano pertanto di complessi meccanismi organizzativi. È bene che si prevedano riunioni periodiche a frequenza semestrale o annuale tra i Club che condividono lo stesso programma alcolologico territoriale.

Per gli Interclub a dimensioni più ampie si deve organizzare una sola volta all'anno un Interclub che, oltre che agli aspetti informativi ed emozionali legati al funzionamento della comunità multifamiliare, rappresenti anche un'occasione di festa: non si deve dimenticare che la partecipazione ad Interclub, anche in luoghi lontani, rappresenta un importante stimolo per famiglie che erano state emarginate dalle comunità locali a causa dei problemi alcolcorrelati e complessi, e che avevano ridotto il numero dei legami sociali.

È noto dalla letteratura professionale e scientifica che uno degli indicatori della sofferenza mentale è rappresentato dal numero di legami sociali che la famiglia ed i suoi membri stabiliscono con gli altri membri della comunità locale. Alcune famiglie avevano poi stabilito legami sociali solo in funzione del precedente stile di vita: l'alcolista riconosceva solo gli amici di bevute, la famiglia tendeva a rinchiudersi in sé stessa, spesso limitando le stesse relazioni con i parenti più stretti per il senso di vergogna che derivava dall'alcolismo.

L'interclub rappresenta pertanto un'opportunità comportamentale ed emozionale per imparare un nuovo stile di vita, fatto di nuove amicizie. In questo senso si deve lavorare molto perché all'Interclub non partecipino solo i membri di Club, ma ci sia un'ampia partecipazione di amici, dei parenti, delle autorità locali, degli operatori professionali dei servizi pubblici e privati.

Vi è l'abitudine di invitare le autorità locali, e così può succedere che l'Interclub si trasformi in una riunione con una serie di relazioni frettolose di persone che non ascoltano l'emozionalità che viene dai membri dei Club. È bene che l'Interclub sia organizzato in modo tale che sia dato spazio prima alla comunità dopo che il servitore insegnante del Club che organizza o del gruppo di lavoro del Centro alcolologico territoriale (che comunque deve essere servitore insegnante di Club), abbia fornito alcuni elementi informativi ed abbia introdotto il lavoro della giornata. Ci deve essere un conduttore dell'Interclub, altrimenti si assiste ad una grande confusione, durante la quale le persone si annoiano o si sentono disorientate. È inoltre importante che anche le autorità abbiano la percezione che il lavoro è organizzato in modo serio.

Dal momento che l'Interclub, oltre che comunità multifamiliare, deve rappresentare anche un importante momento di sensibilizzazione della comunità locale, il miglior modo

Gli incontri nel sistema ecologico-sociale

per fare questo è trasmettere i concetti in un'atmosfera emozionale che solo la comunità è in grado di garantire. Se anche le autorità riescono a partecipare a questa dimensione emozionale, è più facile che l'Interclub, anziché una forma di manipolazione sociale e politica, sia un'occasione importante di crescita e maturazione della comunità locale, come tante esperienze hanno già dimostrato.

Le ricerche valutative

Il Registro Nazionale Croato

Vladimir Hudolin

Il registro Nazionale Croato⁽¹⁾ è entrato in funzione il 1° Gennaio 1965 e viene gestito dal Centro per lo studio e il controllo dell'alcolismo e delle altre dipendenze della Clinica di Neurologia, Psichiatria, Alcolismo e altre dipendenze dell'Ospedale Universitario M. Stojanovič di Zagabria (oggi Clinica 'Sorelle della Carità') e dall'Istituto per la protezione della salute della Repubblica Croata.

TABELLA 1			
Numero dei primi ricoveri di alcolisti nel periodo 1965-'85 divisi per sesso			
anno	maschi	femmine	totale
1965	2.784	356	3.140
1966	2.656	346	3.002
1967	2.828	382	3.210
1968	3.456	474	3.930
1969	3.633	517	4.150
1970	4.389	668	5.057
1971	4.464	745	5.209
1972	4.310	658	4.968
1973	4.420	659	5.079
1974	4.268	690	4.958
1975	4.635	781	5.416
1976	5.180	836	6.016
1977	4.933	835	5.768
1978	6.102	1.096	7.198
1979	5.680	1.112	6.792
1980	6.318	1.189	7.507
1981	6.205	1.100	7.307
1982	6.491	1.223	7.714
1983	7.051	1.464	8.515
1984	6.684	1.368	8.052
1985	6.234	1.153	7.387
totale	102.721	17.652	120.373

Il registro Nazionale Croato⁽¹⁾ è entrato in funzione il 1° Gennaio 1965 e viene gestito dal Centro per lo studio e il controllo dell'alcolismo e delle altre dipendenze della Clinica di Neurologia, Psichiatria, Alcolismo e altre dipendenze dell'Ospedale Universitario M. Stojanovič di Zagabria (oggi Clinica 'Sorelle della Carità') e dall'Istituto per la protezione della salute della Repubblica Croata.

Dal momento che il Registro è relativo agli alcolisti curati negli ospedali, in particolare nei reparti psichiatrici e alcologici, dell'intera Croazia, che ha una popolazione di circa 5.000.000 di abitanti, alcuni dati relativi al periodo 1965-1985, che riportiamo più oltre, possono dimostrare molto chiaramente la gravità del problema. La tendenza che si evince da quei dati è continuata anche dopo il 1985. Se si potesse disporre anche dei dati relativi agli alcolisti trattati negli altri reparti ospedalieri (medicina interna, chirurgia, traumatologia ecc.) e nei servizi territoriali (ambulatori, dispensari, servizi di protezione primaria ecc.) si avrebbe l'esatta dimensione del problema.

Tutti i dati delle tabelle sono ricavati dal Registro degli alcolisti ospedalizzati della Repubblica di Croazia.

I dati presentati nella tabella 1 dimostrano la costante crescita degli alcolisti ricovera-

⁽¹⁾ Tratto da Vl. Hudolin. *Manuale di alcolologia*, 2° ed., Trento, Edizioni Centro Studi Erickson, 1991.

ti per la prima volta per alcolismo nel periodo 1965-1985; il numero degli alcolisti ricoverati negli ospedali è cresciuto più rapidamente dell'aumento demografico. Questo, in realtà, non è indice sicuro del numero assoluto degli alcolisti.

Sul numero dei ricoveri con diagnosi di alcolismo incidono, oltre che l'aumento reale del numero di alcolisti, anche altri fattori: il numero dei posti letto negli istituti psichiatrici e alcologici, l'apertura di nuovi reparti psichiatrici e di reparti alcologici specializzati, la disponibilità dei servizi sanitari e sociali a farsi carico degli alcolisti, la maggiore sensibilità degli operatori nei confronti dell'alcolismo ecc. Un tempo, molti alcolisti sarebbero stati ricoverati in altri reparti ospedalieri, spesso con diagnosi di disturbi medici alcolcorrelati, e la diagnosi di alcolismo non sarebbe stata fatta.

Dalla Seconda Guerra Mondiale in poi, sull'alcolismo si è lavorato molto e la società è stata informata e preparata ad accettarlo come malattia. In tal modo l'alcolismo ha perso parte delle sue connotazioni negative e sia l'alcolista sia la sua famiglia, più spesso di prima, hanno cominciato a chiedere di essere curati. L'alcolismo e il suo trattamento sono ormai inclusi nei programmi di promozione e protezione della salute e questo permette sempre più spesso un trattamento adeguato ad ogni alcolista.

Sempre più frequentemente emerge, nella programmazione dei servizi sanitari, l'aspetto economico. Domande lecite e frequenti sono: se il trattamento ospedaliero dà quei risultati che dovrebbe dare, se è veramente indispensabile un così elevato numero di ospedalizzazioni e se la società può permettersi di mettere a disposizione tanti mezzi per controllare l'alcolismo a livello ospedaliero. Queste perplessità hanno favorito lo sviluppo di programmi alternativi che hanno messo l'accento sulla prevenzione primaria. Anche l'Organizzazione Mondiale della Sanità si è mossa in questa direzione, ed ha proposto dei programmi per ridurre entro la fine del secolo il consumo di bevande alcoliche del 20-25%. Oggi un gran numero di alcolisti viene trattato a livello territoriale con il con-

corso del medico di base o nel Club degli alcolisti in trattamento.

Il numero dei ricoveri della tabella 2 dimostra che nel periodo 1965-1985 molti alcolisti sono stati ospedalizzati più volte. Una certa percentuale di alcolisti, con gravi patologie alcolcorrelate, hanno avuto ripetuti ricoveri. Il numero elevato di ospedalizzazioni ripetute è una parziale dimostrazione dei risultati insoddisfacenti del trattamento degli alcolisti, sia ospedaliero sia territoriale. Questi dati lasciano perplessi tanto più avendo presente che, con opportuni programmi si possono ottenere risultati soddisfacenti². Probabilmente questa situazione è favorita anche dalla legislazione e dalle normative che sono più attente più alla malattia che non alla salute o alla prevenzione. I dati segnalano poi la necessità di un aggiornamento continuo sui problemi alcolcorrelati da parte delle équipe che operano

TABELLA 2

Numero complessivo dei ricoveri degli alcolisti nel periodo 1965-'85 divisi per sesso

anno	maschi	femmine	totale
1965	3.155	418	3.573
1966	3.561	439	4.000
1967	4.069	520	4.589
1968	5.092	660	5.752
1969	5.624	711	6.335
1970	6.991	949	7.940
1971	7.475	1.092	8.567
1972	7.643	1.012	8.655
1973	8.264	1.048	9.312
1974	8.236	1.193	9.429
1975	9.235	1.328	10.563
1976	10.217	1.434	11.651
1977	9.487	1.451	11.298
1978	12.588	1.876	14.464
1979	11.655	1.957	13.612
1980	13.561	2.240	15.801
1981	13.813	2.143	15.956
1982	14.558	2.353	16.911
1983	16.151	2.880	19.031
1984	14.925	2.784	17.709
1985	11.872	2.397	14.269
totale	198.979	30.956	229.935

TABELLA 3

Numero dei primi ricoveri degli alcolisti nel periodo 1965-'85 divisi per classi di età

anno	18-29	30-44	45-59	>60	non rilevata	totale
1965	376	1.583	870	286	25	3.140
1966	367	1.543	810	230	52	3.002
1967	327	1.638	852	348	45	3.210
1968	396	1.948	1.160	376	50	3.930
1969	390	2.046	1.164	479	71	4.150
1970	489	2.385	1.527	584	72	5.057
1971	532	2.509	1.538	544	86	5.209
1972	554	2.385	1.454	496	79	4.968
1973	547	2.413	1.485	543	91	5.079
1974	568	2.239	1.533	562	56	4.958
1975	698	2.282	1.749	622	65	5.416
1976	780	2.432	1.983	715	106	6.016
1977	771	2.266	2.046	625	60	5.768
1978	778	2.726	2.775	831	88	7.198
1979	806	2.444	2.636	823	83	6.792
1980	810	2.680	2.992	930	95	7.507
1981	783	2.495	2.989	932	106	7.305
1982	911	2.673	3.240	802	88	7.714
1983	908	2.943	3.598	961	105	8.515
1984	861	2.786	3.343	1.040	22	8.052
1985	861	2.726	2.904	864	32	7.387
tot.	13.513	49.142	42.648	13.593	1.477	120.373

prevenzione primaria, secondaria e terziaria, non solamente per le famiglie, ma anche per la comunità in senso esteso o per il gruppo di lavoro, anche le ricadute si possono affrontare in un contesto diverso.

Perché si manifesti un quadro di alcolismo è necessario bere per un periodo prolungato. In un esiguo numero di alcolisti, circa il 10%, il bere problematico si manifesta molto presto e il primo ricovero avviene già prima dei trent'anni. La maggioranza degli alcolisti si ricovera tra i trenta e i quarantacinque anni, cioè nel periodo in cui dovrebbero essere nel massimo dell'efficienza sociale e lavorativa. Dopo i cinquantacinque anni il numero degli alcolisti che si presentano per il trattamento ospedaliero diminuisce (tabelle 3 e 4). La maggior parte degli alcolisti di questa fascia di età sono già deceduti. Questi dati dimostrano drammaticamente la necessità di programmi di prevenzione.

Mentre il numero totale degli alcolisti ma-

nell'ambito dei servizi di protezione e promozione della salute.

L'alcolista e i membri della sua famiglia dovrebbero, fin dal primo giorno di trattamento, o addirittura prima dell'ospedalizzazione, essere inseriti nel Club degli alcolisti in trattamento. Se ciò non viene fatto, l'alcolista, che in ospedale avrà nel frattempo smesso di bere, si convincerà di essere in grado di controllare il proprio bere senza altri programmi, con la conseguenza che molto presto ricomincerà a bere e tutto riprenderà come prima. Le ricadute sono particolarmente frequenti in quegli alcolisti che non sono stati inseriti nei programmi territoriali basati sui Club degli alcolisti in trattamento.

Oggi, dopo che nel trattamento è stato introdotto l'approccio familiare (sistemico) e che si sottolinea l'importanza della

TABELLA 4

Percentuali dei primi ricoveri degli alcolisti maschi nel periodo 1965-'85 divisi per fasce d'età

anno	<29	30-44	45-59	<60	non rilevata	totale
1965	12,0	51,3	27,5	8,4	0,8	100,0
1966	13,0	52,1	26,6	6,8	1,5	100,0
1967	10,8	52,3	25,2	10,3	1,3	100,0
1968	10,2	50,3	29,1	9,1	1,2	100,0
1969	9,8	50,9	26,8	10,8	1,6	100,0
1970	10,0	48,1	29,4	11,2	1,3	100,0
1971	10,5	49,8	28,4	9,7	1,6	100,0
1972	11,6	49,5	38,3	9,1	1,4	100,0
1973	11,5	48,1	28,4	10,0	1,9	100,0
1974	12,0	46,2	30,1	10,4	1,1	100,0
1975	13,6	43,1	31,4	10,7	1,3	100,0
1976	13,6	41,4	32,2	11,0	1,8	100,0
1977	14,3	40,2	34,5	10,1	0,9	100,0
1978	11,5	39,2	37,7	10,4	1,2	100,0
1979	12,9	37,0	38,4	10,6	1,2	100,0
1980	11,5	37,4	39,1	10,7	1,3	100,0
1981	11,7	35,0	40,2	11,7	1,4	100,0
1982	12,7	35,8	41,5	8,9	1,1	100,0
1983	11,4	35,9	41,9	9,7	1,1	100,0
1984	11,8	35,7	40,9	11,4	0,2	100,0
1985	12,4	38,0	39,2	10,1	0,4	100,0
totale	11,9	42,1	34,6	10,2	1,2	100,0

TABELLA 5

Percentuali dei primi ricoveri degli alcolisti di sesso femminile nel periodo 1965-'85 divisi per fasce d'età

anno	18-29	30-44	45-59	>60	non rilevata	totale
1965	12,1	43,3	29,2	14,3	1,1	100,0
1966	16,4	46,2	30,1	14,2	3,2	100,0
1967	5,5	41,6	36,4	14,7	1,8	100,0
1968	9,3	44,1	32,3	12,9	1,5	100,0
1969	6,6	37,7	36,6	16,4	2,7	100,0
1970	7,5	41,3	35,6	13,5	2,1	100,0
1971	8,7	38,4	36,0	15,0	1,9	100,0
1972	8,1	38,1	35,4	16,0	2,6	100,0
1973	5,6	43,1	34,7	15,5	0,9	100,0
1974	7,8	38,6	35,8	16,7	1,2	100,0
1975	8,7	36,4	37,8	16,3	0,9	100,0
1976	9,0	34,3	37,9	17,5	1,3	100,0
1977	8,0	33,8	41,0	15,3	1,9	100,0
1978	6,8	30,6	43,4	17,8	1,4	100,0
1979	6,8	31,0	40,9	19,7	1,5	100,0
1980	7,0	26,7	43,8	21,3	1,3	100,0
1981	5,0	29,3	45,1	18,6	2,0	100,0
1982	7,2	28,3	44,8	18,2	1,5	100,0
1983	6,9	28,3	43,9	19,1	1,8	100,0
1984	5,5	29,1	45,5	20,4	0,5	100,0
1985	7,7	31,2	40,2	20,4	0,5	100,0
totale	7,2	36,6	40,0	17,7	1,5	100,0

de dalle tabelle 5 e 6. I dati che testimoniano l'aumento del numero di donne ricoverate per alcolismo non sono verosimilmente conseguenza esclusiva dell'alcolismo, ma riflettono determinati cambiamenti sociali e la graduale scomparsa di considerazioni e giudizi di tipo moralistico. Le ricerche condotte da S. Sakoman nella clinica dell'Ospedale universitario M. Stojanović di Zagabria indicano infatti che il numero di donne alcoliste cresce parallelamente con il loro inserimento nel mondo del lavoro.

Prendendo in considerazione tutti gli ospedali croati che si occupano degli alcolisti, per un totale di novecento posti letto, dal 1965 al 1985 la degenza media è diminuita di circa dieci giorni, pur mantenendosi sempre decisamente alta, oltre i trenta giorni. Va detto che il successo del trattamento probabilmente non dipende tanto dalla lunghezza della degenza, quanto piuttosto dalla qualità del programma offerto e dal coinvolgimento della famiglia nel Club degli alcolisti in trattamento fin dall'inizio dell'ospedalizzazione.

Nel Registro confluiscono i dati relativi agli alcolisti trattati negli ospedali psichiatrici e negli istituti alcologici, ai pa-

schì ospedalizzati è in aumento per tutte le fasce di età, se si considerano i rapporti percentuali tra fasce di età, si osservano dei segnali che possono essere considerati positivi. Così, per esempio, la percentuale dei maschi sotto i trent'anni è, con minime oscillazioni, invariata, il che smentisce la diffusa convinzione che i giovani bevono sempre di più e che sempre più spesso vengono ricoverati per alcolismo. Anche per quanto riguarda la fascia di età fra i trenta e i quarantacinque anni si registra una diminuzione percentuale dei ricoveri. Solamente sopra i quarantacinque anni la percentuale aumenta per poi rimanere stabile dopo i sessant'anni. Ciò può dipendere dal miglioramento dei programmi attivati a livello territoriale.

Come nella maggior parte dei paesi, anche in Croazia aumenta il numero di donne che vengono ricoverate per alcolismo e aumenta il loro numero in rapporto a quello dei maschi, come si ve-

TABELLA 6

Rapporto numerico maschi/femmine nei ricoveri degli alcolisti nel periodo 1965-'85

anno	maschi	femmine
1965	7,8	1
1966	7,7	1
1967	7,4	1
1968	7,3	1
1969	7,0	1
1970	6,6	1
1971	6,0	1
1972	6,5	1
1973	6,7	1
1974	6,2	1
1975	5,9	1
1976	6,2	1
1977	5,9	1
1978	5,6	1
1979	5,1	1
1980	5,3	1
1981	5,6	1
1982	5,3	1
1983	4,8	1
1984	4,8	1
1985	5,4	1
totale	5,8	1

zienti di alcuni reparti di medicina interna e agli alcolisti in cura presso l'Ospedale per le malattie polmonari e la tubercolosi di Klenovnik (tabella 7).

I dati dimostrano che il numero di alcolisti ricoverati è in costante aumento. I ricoveri per alcolismo in Croazia sono annualmente circa quindicimila; di questi circa settemila sono primi ricoveri.

TABELLA 7
 Numero dei ricoveri per alcolisti nel periodo 1965-'85
 suddivisi per ospedale e per sesso

ospedale	maschi	femmine	totale
Rebro	1.534	265	1.799
Dr. M. Stojanović	16.086	2.896	18.982
Brača Sobol Rijeka	5.409	795	6.204
Ospedale Psichiatrico Vrapče	9.111	1.832	10.943
Ospedale Psichiatrico Jankomir	5.954	1.173	7.127
Ospedale Psichiatrico Ugljan	1.443	150	1.593
Ospedale Psichiatrico Popovača	4.876	801	5.677
Ospedale Psichiatrico Rab	2.460	250	2.710
C. M. Bjelovar	4.548	940	5.488
C. M. Bubrovnik	948	167	1.115
C. M. Karlovac	2.316	489	2.805
C. M. Knin	900	280	1.180
C. M. Nova Gradiška	1.361	232	1.592
C. M. Pakrac	4.403	666	5.069
C. M. Pula	3.566	565	4.131
C. M. Sisak	1.203	277	1.480
C. M. Slavonski Brod	2.757	300	3.057
C. M. Šibenik	2.149	309	2.458
C. M. Varaždin	2.595	452	3.047
C. M. Ospedale Banj. Dvori	2.620	388	3.008
C. M. Zadar	1.643	372	2.015
C. M. Zadar-Zemunik	125	35	160
C. M. Pertinja	2.434	425	2.859
C. M. Vitrovitica	1.083	175	1.258
Ospedale Generale Osijek	3.779	477	4.256
Ospedale Generale Split	4.319	781	5.100
Ospedale Generale Dr. J. Kajfež	295	61	356
Ospedale Generale O. Novosel	64	23	87
C. M. Gospić	246	29	275
C. M. Ogulin	702	140	842
C. M. Našice	446	101	547
C. M. Slavonska Požega	460	110	570
C. M. Vinkovci	2.366	176	2.542
C. M. Vukovar	757	63	820
C. M. Koprivnica	1.922	363	2.285
C. M. Duga Resa	259	60	319
C. M. Čakovec	954	357	1.311
Rockfellerova	110	7	117
Srebrnjak	5	1	6
Jordanovac	55	2	57
Novi Marof	164	25	189
Klenovnik	2.089	208	2.297
Ospedale Malattie Infettive	28	0	28
Ospedale Dr. Z. Kučić Rijeka	117	29	146
Plešivica	85	19	104
Ospedale Traumatologico	5	0	5
Ospedale Militare Zagreb	8	3	11
Centro salute	1.789	350	2.139
Glina	173	33	206
totale	102.721	17.652	120.373

Lo sviluppo della ricerca nel sistema ecologico-sociale

Guido Guidoni, Angela Tilli, Marco Variara

Hudolin è sempre stato consapevole dell'importanza della ricerca e, sebbene nelle prime fasi dello sviluppo dei programmi alcolologici territoriali la precedenza sia stata data alla loro realizzazione pratica, egli ha sempre sottolineato la rilevanza di una raccolta sistematica di dati⁽¹⁾.

In seguito all'introduzione dell'approccio 'medico-psico-sociale' in Italia nel 1979 e alla sua successiva denominazione 'ecologico-sociale', con il progressivo abbandono dei legami istituzionali a favore di una sempre maggiore territorializzazione e centralità dei Club degli alcolisti in trattamento, si è cominciato a discutere sulla necessità di sviluppare una metodologia di ricerca che fosse coerente con gli assunti teorici e in linea con i nuovi e continui sviluppi, che sono parte integrante dell'approccio ecologico-sociale.

Seguendo lo sviluppo della ricerca all'interno dell'approccio ecologico-sociale ai problemi alcolcorrelati e complessi, abbiamo evidenziato quattro fasi:

1. Ricerca secondo un approccio medico tradizionale.
2. Ricerca sui Club.
3. Ricerca con i Club.
4. Ricerca dei Club.

Le ultime tre fasi possono anche essere lette come un progressivo superamento del 'modello medico'. Per 'modello medico' intendiamo il modello tradizionale della relazione medico-paziente, oggi messo in discussione anche all'interno della medicina, dove il medico svolge il ruolo attivo di chi conosce, valuta e decide, mentre il paziente si affida alle sue conoscenze e prescrizioni e assume il ruolo passivo di chi risponde ed esegue, delegando al professionista la responsabilità per la propria salute⁽²⁾.

Poiché l'approccio ecologico-sociale considera i problemi alcolcorrelati e complessi come un tipo di comportamento, uno stile di vita che dipende dalla cultura sanitaria e generale della comunità, il modello medico non può essere applicato ad una simile concettualizzazione del problema alcolcorrelato, poiché "la diagnostica medica omette i fattori sociali e culturali, psichici, spirituali, politici ecc."⁽³⁾.

L'assunzione del modello medico tradizionale, inoltre, induce un atteggiamento di delega in cui la persona che chiede aiuto affida all'operatore della salute la responsabilità della risoluzione dei propri problemi. L'abitudine alla delega e la sua accettazione sono tra i più grandi ostacoli allo sviluppo di un approccio partecipativo in campo sociosanitario, quale vuole essere l'approccio ecologico-sociale.

Anche la teoria della ricerca esprime una visione partecipativa in quanto, secondo Hudolin, non sono ammissibili osservatori esterni al programma, e la ricerca viene vista come un'attività continua all'interno del lavoro dei Club, con la partecipazione di tutte le sue

⁽¹⁾ Hudolin V.I. *Manuale di alcologia*, 2° ed., Trento, Erickson, 1991. Hudolin V.I. 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.I. Introduzione, in Hudolin V.I., Ciullini A., Corlito G., Dellavia M., Dimauro P.E., Guidoni G., Scali L. (a cura di), *L'approccio ecologico-sociale ai problemi alcolcorrelati e complessi*, Trento, Erickson, 1994, pp. 15-113.

⁽²⁾ Grasso M. *Psicologia clinica e psicoterapia, Teoria e tecnica dell'intervento psicologico*, Roma, Kappa, 1997.

⁽³⁾ Hudolin V.I. *La riabilitazione delle famiglie con problemi alcolcorrelati e complessi*, in Hudolin V.I. e Corlito G. (a cura di), *Psichiatria, Alcologia, Riabilitazione*, Trento, Erickson, 1997, pp. 13-26.

componenti (persone con problemi alcolcorrelati, famigliari, servitori-insegnanti), un'attività dinamica e flessibile capace di adattarsi alle diverse esperienze di lavoro e all'evoluzione della comunità multifamigliare rappresentata dai Club e dalla comunità locale di cui i Club sono parte⁽⁴⁾.

Il superamento del modello medico tradizionale in favore di un modello sempre più "partecipativo" è accompagnato dunque dallo sviluppo di metodologie di ricerca coerenti con gli sviluppi teorici.

Prima fase: la ricerca secondo un approccio medico tradizionale

Nella prima fase la ricerca era impostata secondo il modello classico dell'epidemiologia medica poiché nel 1964, quando il programma, allora denominato psico-medico-sociale, cominciò a svilupparsi, lo fece in stretta connessione con la Clinica M. Stojanović di Zagabria, diretta dallo stesso Hudolin.

Fra le numerosissime ricerche compiute in quegli anni, merita ricordare per la sua notevole importanza il Registro degli alcolisti ospedalizzati della Repubblica di Croazia che, alla fine del 1985, dopo ventuno anni di attività, raccolse i dati riguardanti l'ospedalizzazione di 120.373 persone⁽⁵⁾. Date le sue grandissime dimensioni, questo registro ha rappresentato e rappresenta tuttora un'importante fonte di informazioni, sebbene queste siano state raccolte prevalentemente secondo un approccio medico tradizionale.

Seconda fase: la ricerca sui Club

La seconda fase, collocabile temporalmente dall'introduzione della metodologia in Italia fino all'inizio degli anni '90, fu caratterizzata dallo sviluppo di ricerche sui Club.

La rapida espansione dei Club in Italia stimolò l'interesse dei professionisti e delle istituzioni della salute. La curiosità e la necessità di avere una valutazione, sebbene approssimativa, dei risultati del nuovo approccio ai problemi alcolcorrelati, motivò la produzione di studi che tentarono di descrivere ed indagare la nuova metodologia, analizzando il mondo dei Club, che però in questa fase fu indagato come una realtà separata rispetto agli osservatori e ai fruitori di tali studi.

I Club erano l'oggetto di ricerche di cui altri, prevalentemente gli operatori dei servizi sociosanitari, erano i soggetti indagatori.

Terza fase: la ricerca con i Club

La terza fase, il cui inizio è databile intorno al 1991, vide la nascita di una sensibilità verso un modo di fare ricerca congruente con i presupposti teorici dell'approccio ecologico-sociale.

Hudolin fin dagli inizi degli anni '90 suggerì la creazione dei Centri alcologici territoriali funzionali, deputati, tra le altre cose, al coordinamento della ricerca e all'organizzazione e analisi dei dati.

Il Centro alcologico territoriale funzionale rappresenta il punto d'incontro delle risorse che in una comunità sono a disposizione dei programmi territoriali per i problemi alcolcorrelati. Il Centro alcologico non ha potere esecutivo e non è una struttura rigida e burocratica, ma rappresenta un centro funzionale per il coordinamento delle forze dei Club e dei servizi sociosanitari presenti in un dato territorio.

Basato sulla partecipazione volontaria, e in stretto contatto con l'Associazione dei Club

⁽⁴⁾ Hudolin V. *Manuale di alcologia*, 2° ed., Trento, Erickson, 1991. Hudolin V. Introduzione, in Antonini G., Fedele F., Filippin N., Manera R., Milani L., Novello L., Rampin N., L'attività alcologica territoriale, Castelfranco Veneto (TV), Noumen, 1993, pp. 7-84. Hudolin V. Introduzione, in Hudolin V., Ciullini A., Corlito G., Dellavia M., Dimauro P.E., Guidoni G., Scali L. (a cura di), *L'approccio ecologico-sociale ai problemi alcolcorrelati e complessi*, Trento, Erickson, 1994, pp. 15- 113.

⁽⁵⁾ Hudolin V. *Manuale di alcologia*, 2° ed., Trento, Erickson, 1991.

degli Alcolisti in Trattamento, si occupa di vari settori di lavoro come: prevenzione primaria, formazione e aggiornamento, ricerche e supervisione dei programmi alcolologici territoriali, attività editoriale e bibliotecaria⁽⁶⁾.

Per quanto riguarda la ricerca, Hudolin specificò che i Club si sarebbero dovuti occupare prima di tutto degli studi significativi per l'attuazione pratica dei programmi; sottolineò l'importanza delle ricerche epidemiologiche e suggerì di «*dedicare una maggior attenzione alla ricerca sulla metodologia del lavoro, sulla verifica di coerenza con il concetto teorico espresso e sull'influenza che la formazione e l'aggiornamento hanno sui cambiamenti pratici della metodologia.*»; ribadì che «*...nei vari programmi di ricerca devono essere inseriti anche gli alcolisti ed i membri delle loro famiglie*»; insisté sull'importanza di una raccolta sistematica e regolare dei dati di ogni Club, coordinata a livello nazionale, e considerò molto importante per lo sviluppo futuro «*...l'introduzione nei programmi delle ricerche continue e delle loro valutazioni.*»⁽⁷⁾.

Nella prima metà degli anni novanta iniziò ad affermarsi una visione della ricerca come momento di attivazione di tutti i membri dei Club: famiglie e servitori-insegnanti devono partecipare a tutte le fasi della ricerca, dalla progettazione all'analisi dei dati.

La presenza degli operatori dei servizi sociosanitari rimase piuttosto consistente ma sicuramente minore rispetto agli anni passati: per questo motivo si parla di ricerca con i Club.

Venne riconosciuta l'importanza del risultato relativamente alla sua utilizzabilità per il lavoro dei Club e vennero denunciate le ricerche realizzate per prestigio personale.

In questa terza fase ci fu un'elevata produzione di ricerche, condotte tramite interviste o questionari, riguardanti diversi argomenti legati all'alcol e ai problemi alcolcorrelati: indagini sui consumi di alcol relativi a diversi gruppi sociali, alcol e donna, atteggiamenti sui problemi alcolcorrelati di gruppi significativi (per esempio, i medici di base) ecc. Furono condotte molte indagini descrittive, spesso promosse dalle ACAT o dai servizi sociosanitari, che analizzarono alcuni dati oggettivi tra quelli che si possono reperire dai registri dei Club (per esempio, entrate, abbandoni, sobrietà, popolazione maschile/femminile ecc.) o dagli archivi dei Servizi (ricoveri, dati anagrafici delle utenze ecc.).

Alcune di queste ricerche dimostrano attenzione per il coinvolgimento delle famiglie dei Club, tuttavia ancora si riscontrano difficoltà ad estendere la partecipazione dei membri dei Club a tutte le fasi della ricerca.

L'approccio alla ricerca ecologico-sociale altro non ribadisce se non la necessità che le persone partecipino in prima persona a qualsiasi cosa li riguardi.

La persona con problemi alcolcorrelati e la famiglia non devono mai essere 'oggetti di ricerca', così come non devono essere 'oggetti del trattamento'. Devono piuttosto essere i soggetti del loro cambiamento verso un migliore stile di vita e la ricerca deve essere un elemento che li accompagna in questa direzione, aiutandoli nell'acquisizione di consapevolezza rispetto al proprio percorso.

⁽⁶⁾ 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. Introduzione, in Hudolin V., Ciullini A., Corlito G., Dellavia M., Dimauro P.E., Guidoni G., Scali L. (a cura di), *L'approccio ecologico-sociale ai problemi alcolcorrelati e complessi*, Trento, Erickson, 1994, pp. 15- 113. Bolzan F., Cecutti L., Del Favero E., Nenz A. Le modalità di organizzazione del Centro Alcolologico Territoriale della provincia di Belluno, in Atti III° Congresso Nazionale dei Club degli Alcolisti in Trattamento, Trento 7-8-9-Ottobre 1994, Trento, Centro Studi e Documentazione sui Problemi Alcolcorrelati, 1996, pp. 84-86.

⁽⁷⁾ 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. Introduzione, in Hudolin V., Ciullini A., Corlito G., Dellavia M., Dimauro P.E., Guidoni G., Scali L. (a cura di), *L'approccio ecologico-sociale ai problemi alcolcorrelati e complessi*, Trento, Erickson, 1994, pp. 15- 113.

Tuttavia la proposta culturale implicita nella teoria ecologico-sociale non è facilmente assimilabile né dalle famiglie né dai servitori-insegnanti.

Secondo Borsellino⁽⁸⁾, «è necessario che la progettazione delle attività epidemiologiche esca dai meccanismi di delega [...] [perché si possano] elaborare dei modelli di analisi epidemiologica che, inseriti nei cicli ecologici della comunità raggiungano degli obiettivi pragmatici». L'autore si auspica che la comunità diventi osservatrice di se stessa, ma denuncia quanto ancora troppo spesso vengano delegati degli esperti fuori del sistema e come per molte ACAT e per molti servitori-insegnanti sia più facile accettare incondizionatamente e spesso inconsapevolmente una formazione tradizionale⁽⁹⁾.

Quarta fase: la ricerca dei Club

La quarta fase è quella attuale, in cui assistiamo all'emergere della ricerca dei Club. La ricerca è considerata una componente del lavoro dei Club. I membri dei Club, tutti i membri dei Club, famiglie e servitori-insegnanti, diventano essi stessi dei ricercatori.

La svolta importante è, quindi, quella di considerare i membri dei Club come ricercatori indipendenti, committenti ed esecutori delle loro ricerche.

La ricerca dei Club è una ricerca sulle cose che interessano i Club: visita degli amici, sobrietà, sviluppo della spiritualità antropologica ecc. Argomenti nuovi rispetto alla ricerca tradizionale sui problemi alcolcorrelati. L'approccio ecologico-sociale intende la ricerca come stile di vita, la ricerca come una metafora per comunicare l'essenza del processo in cui siamo immersi per maturare e crescere insieme.

La scelta di partecipare al Club da parte della famiglia è già una ricerca: ricerca di un'alternativa, di un nuovo stile di vita, di un diverso modo di stare con gli altri, in altre parole ricerca di una trascendenza dalla propria condizione esistenziale. È noto che l'obiettivo della metodologia ideata da Hudolin non è di 'far smettere di bere' ma di modificare la cultura del bere prima e la cultura sanitaria e generale poi. Anche rispetto alla ricerca, il vero obiettivo è quindi quello di modificare la cultura esistente del far ricerca, proponendone una nuova, coerente con la teoria ecologico-sociale, che è alla base del lavoro dei Club.

Nell'ottica della 'ricerca dei Club', più che la significatività e la validità statistiche, è considerata importante l'utilità dei risultati per il lavoro dei Club: l'appropriazione da parte dei membri dei Club di strumenti di conoscenza che li facciano sentire parte attiva e fondamentale nella scoperta di un percorso verso una migliore qualità della vita, ad iniziare dalla facoltà di scegliere dove e come cercare, favorendo così l'assunzione di responsabilità verso la propria salute, di capacità decisionali, critiche, e di confronto con gli altri.

Le banche dati

Fin da quando, all'interno dell'approccio ecologico-sociale ai problemi alcolcorrelati e complessi, si è iniziato a parlare di ricerca, è stata rivolta un'attenzione particolare alla realizzazione di raccolte di informazioni longitudinali e continue che permettessero la creazione di banche dati.

Già il Registro degli alcolisti ospedalizzati della Repubblica di Croazia, realizzato da Hudolin all'inizio del suo lavoro nel 1964, voleva essere uno strumento per l'analisi longitudinale dei problemi alcolcorrelati.

Uno strumento come una banca dati è particolarmente adeguato per il monitoraggio di fenomeni in continua evoluzione, come i problemi alcolcorrelati, e di programmi sensibili ai cambiamenti socioculturali, come l'approccio ecologico-sociale.

⁽⁸⁾ Borsellino P. *Verso una epidemiologia complessa dei problemi alcol-correlati*, in I programmi di formazione permanente in alcologia, 'I quaderni di Alcolismi & Comunità', n. 0, 1998, pp. 115-120.

⁽⁹⁾ Borsellino P. *Verso una epidemiologia complessa dei problemi alcol-correlati*, in I programmi di formazione permanente in alcologia, 'I quaderni di Alcolismi & Comunità', n. 0, 1998, pp. 115-120.

Luigi Colusso, che a lungo si è occupato di tale argomento, afferma che la mancanza di una raccolta sistematica di dati può significare «*che il sistema conosce poco se stesso; come conseguenza sono limitate le possibilità di scambio tra le diverse zone e con gli ambiti della ricerca scientifica; l'immagine di ogni singolo programma è scarsamente definita sia in termini generali che di possibilità di valutazione e confronto, da tutto questo nascono limitazioni della capacità di auto-identificazione sia del gruppo di lavoro sia del gruppo di famiglie dei Club, con conseguenze preoccupanti sulle capacità auto-poietiche⁽¹⁰⁾, di desiderio di cambiamento-adequamento, di comprensione della direzione dello spostamento del sistema e della capacità di orientarlo in modo da mantenere il controllo sugli spostamenti legati ai processi di 'deriva naturale'.*

Nei confronti della società, in particolare quando si tratta dei rapporti con gli amministratori pubblici, la mancanza di un certo tipo di dati ha come risultato la caduta verticale della capacità negoziale, tarpando le ali a programmi altrimenti fattibili e anche con chance di successo».⁽¹¹⁾

Paolo Barucci, tra i più attivi propositori della necessità di uno strumento per studi longitudinali, definisce la banca dati con queste parole: «*La banca dati è sostanzialmente un grosso registro che fotografa la realtà nei suoi molteplici aspetti e che consente di ottenere informazioni utili, correlando tra loro i dati nel modo più opportuno. [...] Il valore esplicativo di una banca dati sta sostanzialmente nella continuità periodica delle rilevazioni, nella possibilità di confrontare le variazioni tra un periodo e l'altro e nel monitorare il più possibile la totalità dell'universo dei facenti parte il mondo dei Club*».⁽¹²⁾

Hudolin ribadì in diverse occasioni l'importanza della creazione di banche dati e ha anche suggerito una scheda per la raccolta delle informazioni.⁽¹³⁾

Fu così che diverse banche dati furono realizzate in Italia fin dalla metà degli anni '80. Ricordiamo brevemente alcune tra quelle più importanti:

- La Banca Dati del Trentino: attiva fin dal 1984, ha utilizzato per dieci anni una scheda molto complessa raccogliendo fino ad oggi i dati riguardanti circa 3.000 famiglie.
- Il primo tentativo di realizzare una banca dati a livello nazionale fu intrapreso nel 1991, con la proposta della Banca Dati Nazionale dei Club degli Alcolisti in Trattamento, coordinata dal Centro Alcologico per la Promozione della Salute Ambientale (CAPSA) di Treviso⁽¹⁴⁾. Nel 1993 erano pervenute 3.613 schede.
- La Banca Dati dell'ARCAT Piemonte: nata nel 1993, rappresenta un lavoro imponente avendo raccolto nel 1996 informazioni riguardanti più di 1.800 famiglie⁽¹⁵⁾.
- Il Registro delle famiglie dell'Associazione Provinciale Bresciana dei CAT: nata nel 1994, in seguito al suggerimento di Hudolin, nel 1995 aveva raccolto 257 schede⁽¹⁶⁾.

⁽¹⁰⁾ Capacità di 'crearsi' autonomamente (n.d.r.).

⁽¹¹⁾ Colusso L. *Il sistema dei CAT in Italia e la banca dati*, in Hudolin V.I., Ciullini A., Corlito G., Dellavia M., Dimauro P.E., Guidoni G., Scali L. (a cura di). *L'approccio ecologico-sociale ai problemi alcolcorrelati e complessi*, Trento, Erickson, 1994, pp.502-512.

⁽¹²⁾ Barucci P. *La Banca Dati ARCAT Piemonte*, in Atti V° Congresso Nazionale dei Club degli Alcolisti in Trattamento, La famiglia, la pace, il futuro, Associazione Italiana dei Club degli Alcolisti in Trattamento, 1997, pp.153-163.

⁽¹³⁾ Hudolin V.I. 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.I. Introduzione, in Hudolin V.I., Ciullini A., Corlito G., Dellavia M., Dimauro P.E., Guidoni G., Scali L. (a cura di), *L'approccio ecologico-sociale ai problemi alcolcorrelati e complessi*, Trento, Erickson, 1994, pp. 15- 113.

⁽¹⁴⁾ Colusso L., Zaghi A., Gonano I., Berton M. C. *Banca Dati Nazionale dei Club: avvio della prima fase e proposte di lavoro*, in Atti del Convegno, La famiglia, l'operatore, il club, Trento, Erickson, 1993, pp. 266-270.

⁽¹⁵⁾ Barucci P. *La Banca Dati ARCAT Piemonte*, in Atti V° Congresso Nazionale dei Club degli Alcolisti in Trattamento, La famiglia, la pace, il futuro, Associazione Italiana dei Club degli Alcolisti in Trattamento, 1997, pp.153-163.

⁽¹⁶⁾ Cecchi S. *Il registro delle famiglie dell'associazione provinciale bresciana dei Club degli Alcolisti in Trattamento*, in Atti V° Congresso Nazionale dei Club degli Alcolisti in Trattamento, La famiglia, la pace, il futuro, Associazione Italiana dei Club degli Alcolisti in Trattamento, 1997, pp.101-114.

- La Banca dati dei Club dell'ACAT Bassa Friulana, avviata nel 1995 dal Centro Alcolologico territoriale della Bassa Friulana. Nel 1996 i dati raccolti riguardavano 350 famiglie⁽¹⁷⁾.
- L'osservatorio permanente di Vicenza: avviato all'inizio del 1996 da un gruppo di servitori-insegnanti sollecitati in questo senso da Hudolin⁽¹⁸⁾.
- La Banca Dati della Lombardia: realizzata nel 1997. Hanno partecipato alla raccolta dei dati tutti i Club della Regione, per un totale di circa 1.300 persone che hanno compilato i questionari (Tedioli, comunicazione personale).
- La Banca Dati della Toscana: ha iniziato la sua attività nel 1997. Nel 1998 sono stati raccolti i dati riguardanti 598 famiglie⁽¹⁹⁾.
- La Banca Dati della Liguria: avviata nel 1998 con la partecipazione di tutti i 50 Club della Regione (Cagnana, comunicazione personale).
- La Banca Dati dell'ARCAT Veneto: ha iniziato il suo sviluppo nel 1999 raccogliendo i dati di 188 Club⁽²⁰⁾.

I resoconti di queste esperienze ci mostrano che i progetti su larga scala hanno incontrato diversi problemi nel realizzare un lavoro di monitoraggio sistematico e continuo, mentre le banche dati su scala più piccola, sembrano essere riuscite a beneficiare del fatto di essersi realizzate in un rapporto più stretto con il territorio di competenza.

I gruppi di lavoro che in questi anni hanno portato avanti le diverse banche dati regionali, nel 1999 hanno iniziato a collaborare ad un progetto nazionale di valutazione del lavoro dei Club (VALCAT). Gli assunti alla base del progetto sono i seguenti:

1. Per favorire una raccolta sistematica di dati è necessario organizzare i Centri alcolologici territoriali funzionali.
2. Appare opportuno inserire la ricerca come un'attività di base all'interno dei Club, dove deve diventare un'attività ricorrente e regolare.
3. È necessario inserire il tema della ricerca nei programmi di formazione e aggiornamento continuo dei servitori-insegnanti e delle famiglie (Scuole alcolologiche territoriali).
4. È necessario organizzare una valutazione longitudinale del lavoro dei Club a livello nazionale.
5. È necessario spostare l'attenzione, fino ad oggi concentrata sull'alcolista, verso il sistema familiare, il Club e l'intero sistema ecologico-sociale.
6. È opportuno che una banca dati nazionale nasca dal coordinamento delle banche dati regionali.
7. Le banche dati devono prevedere la raccolta di quattro ordini di dati:
 - le informazioni dei Club;
 - le informazioni dei servitori-insegnanti;
 - le informazioni delle famiglie;
 - le informazioni delle attività di formazione.

A tale scopo sono state presentate delle prime proposte di schede per la raccolta dei da-

⁽¹⁷⁾ Puntin M., Marcatti E. *Avvio di un programma di raccolta dati nell'ACAT 'Bassa Friulana'*, in Atti V° Congresso Nazionale dei Club degli Alcolisti in Trattamento, La famiglia, la pace, il futuro, Associazione Italiana dei Club degli Alcolisti in Trattamento, 1997, pp. 84-85.

⁽¹⁸⁾ Barban R. Gasparotto S., Poncato A. *Osservatorio permanente di Vicenza: primi dati*, in Atti V° Congresso Nazionale dei Club degli Alcolisti in Trattamento, La famiglia, la pace, il futuro, Associazione Italiana dei Club degli Alcolisti in Trattamento, 1997, pp.129-145.

⁽¹⁹⁾ AA.VV. *Dati preliminari anno 1997*, Firenze, Banca Dati ARCAT Toscana, 1998. AA.VV. *Dati preliminari anno 1998*, Firenze, Banca Dati ARCAT Toscana, 1999.

⁽²⁰⁾ Castagnaro E. e Conforto F. (a cura di). *I Club del Veneto e la Ricerca. Quaderno di presentazione della Banca Dati ARCAT Veneto 1999*, in 'Quaderni dell'ARCAT Veneto', n. 1, 2000.

ti. In particolare è stato proposto un nuovo modo di raccogliere le informazioni, più attento a favorire la partecipazione ed il coinvolgimento delle famiglie e dei servitori-insegnanti.

Le ricerche condotte negli anni passati prevedevano una scheda per ogni famiglia, la nuova proposta invece prevede che ci sia una sola scheda per ogni Club.

Il Club compilerà questa scheda unica, che raccoglierà la somma dei dati riguardanti le singole famiglie durante uno degli incontri settimanali che sarà dedicato alla riflessione sul lavoro svolto. Una copia della scheda resterà al Club e una copia verrà inviata, insieme ad una scheda dedicata al servitore-insegnante, alle Associazioni locali, provinciali, regionali. Questa scheda unica rappresenterà una prima elaborazione dei dati del Club nel suo insieme. Questo permetterà un ritorno immediato delle informazioni al Club che potrà così valutare immediatamente il lavoro svolto nel corso dell'anno appena trascorso e confrontare i risultati con quelli della rilevazione precedente. Inoltre la scheda unica faciliterà notevolmente le operazioni di raccolta e di elaborazione dei dati a livello regionale e nazionale: le schede da gestire saranno poche migliaia e non decine di migliaia, quante sono le singole famiglie.

In questo modo l'asse della ricerca viene spostato sul sistema Club piuttosto che sull'individuo. Avremo la perdita di alcune informazioni a livello individuale. Tale perdita sarà tuttavia compensata da una maggiore copertura del programma di ricerca e soprattutto da un maggior coinvolgimento dei membri dei Club, che avranno la possibilità di riflettere e confrontarsi sul lavoro svolto, 'dati alla mano', diventando i promotori, i realizzatori e i fruitori delle ricerche dei (e non più su o con i) Club.

La ricerca VALCAT

Francesco Piani

La ricerca VALCAT (Valutazione dei Club degli Alcolisti in Trattamento) è nata dall'esigenza di valutare quali siano i risultati del trattamento nel lungo periodo, sia per quanto riguarda l'astinenza dall'alcol, sia il benessere della persona e della famiglia. Oltre a ciò si trattava di valutare la correttezza diagnostica secondo le più aggiornate classificazioni internazionali e di dare una valutazione prognostica rispetto agli elementi favorevoli e sfavorevoli del trattamento. Per questo, in accordo con il Comitato di coordinamento⁽¹⁾, sotto la guida di Pierluigi Morosini dell'Istituto Superiore di Sanità, per quanto riguarda il coordinamento scientifico, e di Francesco Piani e Lido Toniutti, per quanto riguarda il coordinamento organizzativo, sono stati messi a punto numerosi strumenti di indagine, alcuni noti in letteratura, altri originali, che hanno richiesto uno studio preliminare di riproducibilità. Oltre a ciò, è stato condotto uno studio parallelo su un campione rappresentativo di popolazione generale, al fine di valutare il confronto tra le famiglie degli alcolisti in trattamento ed un campione stratificato secondo gli stessi criteri del campione VALCAT. Di seguito viene illustrato un quadro generale, del tutto incompleto, dei risultati della ricerca.

Materiali e metodi

Gli strumenti di indagine tengono conto delle aree di vita del soggetto e della famiglia, e quindi comprendono gli aspetti legati al consumo (attuale e pregresso), alle malattie organiche, alla situazione familiare e lavorativa, ai sintomi psichici ed agli incidenti. Nella tabella seguente riportiamo la descrizione sinottica degli strumenti di indagine usati.

⁽¹⁾ Il gruppo di lavoro era formato da: Vladimir Hudolin, Renzo Buttolo, Cristiana Colarizi, Luigi Colusso, Renzo De Stefani, Gianbattista Modonutti, Pierluigi Morosini, Andrea Noventa, Ettore Pasculli, Francesco Piani, Maria Teresa Salerno.

Strumenti di indagine

Modulo di base:

- Dati anagrafici - Ricoveri/Trattamenti/Frequenza AA
- Consumi
- Malattie organiche e/o psichiatriche
- Situazione familiare
- Situazione lavorativa
- Sintomi psichici
- Incidenti
- Foglio finale/lista dei problemi

Questionario sui rapporti con il bere:

- DSM, ICD10, AUDADIS (NIAAA)

Questionari autocompilati:

- Stati d'animo e soddisfazione
- Rapporti sociali e interessi
- Condizioni di vita
- Problemi dei familiari

Il Modulo di follow up ripete in buona parte il modulo di base.

La tabella che segue illustra la distribuzione per sesso, età e provenienza del campione, che alla fine dello studio è risultato essere di 798 soggetti.

Distribuzione per sesso ed età per area (Italia, 1992-1998)							
	Friuli	Veneto	Trentino	Lombardia	Piemonte	Toscana	Totale
Sesso							
Maschi	214 (74.8)	129 (75.0)	121 (84.0)	86 (87.8)	51 (82.3)	26 (72.2)	627
Femmine	72 (25.2)	43 (25.0)	23 (16.0)	12 (12.2)	11 (17.7)	10 (27.8)	171
Gruppi di età							
<40	81 (28.3)	40 (23.3)	34 (23.6)	26 (26.5)	28 (45.2)	13 (36.1)	222
40-44	37 (12.9)	17 (9.9)	26 (18.1)	14 (14.3)	14 (22.6)	10 (27.8)	118
45-49	41 (14.3)	28 (16.3)	24 (16.7)	16 (16.3)	6 (9.7)	4 (11.1)	119
50-54	54 (18.9)	28 (16.3)	16 (11.1)	21 (21.4)	5 (8.1)	2 (5.6)	126
55-59	36 (12.6)	29 (16.9)	16 (11.1)	12 (12.2)	5 (8.1)	3 (8.3)	101
60-64	15 (5.2)	14 (8.1)	19 (13.2)	7 (7.1)	3 (4.8)	2 (5.6)	60
>64	22 (7.7)	16 (9.3)	9 (6.3)	2 (2.0)	1 (1.6)	2 (5.6)	52
Totale	286	172	144	98	62	36	798

La raccolta dei dati

La percentuale di rifiuti da parte delle famiglie nel voler partecipare alla ricerca era quasi dello 0%. Le famiglie erano ammesse allo studio dopo aver partecipato per due volte alla riunione dei Club degli alcolisti in trattamento (CAT); questo significa dopo due settimane di frequenza del Club.

Dati socio-demografici

Il campione di studio era formato da 627 (78.54%) uomini e 171 (21.46%) donne. Questa percentuale corrisponde approssimativamente alla percentuale di donne/uomini riportata in letteratura e sottoposta al trattamento per l'alcolismo.

L'età media nel momento dell'ammissione è di 47 anni (range 20-75) per gli uomini e 48 anni (range 23-75) per le donne. L'età media è un po' più avanzata rispetto a quella che ci si aspettava (di solito 45 anni sia per gli uomini sia per le donne).

Criteri diagnostici

Ai fini diagnostici è stato creato uno strumento (Questionario sui rapporti con il bere) che comprende i criteri per la diagnosi di dipendenza e di abuso di alcol del DSM III R, dell'ICDX, del CAGE, oltre ad una parte dell'AUDADIS (Alcohol Use Disorders and Associated Disabilities Interview Schedule) del NIAAA. Seguendo il DSM III R, il 91.2% degli uomini rispondono ai criteri per la dipendenza da alcol, mentre secondo i criteri dell'ICDX l'86.1% e secondo i criteri del CAGE il 90.9%. Nello stesso modo, l'86.0% delle donne seguono i criteri del DSM III R, per la dipendenza da alcol, l'85.4% quelli dell'ICDX, e il 91.8% quelli del CAGE.

Dall'analisi dei dati si possono trarre le seguenti conclusioni:

1. La gran parte dei soggetti inseriti nello studio incontravano i criteri diagnostici per l'alcoldipendenza sia secondo il DSM III R sia l'ICDX (rispettivamente il 90.1% ed il 86.0%).
2. Il CAGE dimostra una maggior concordanza con il DSM III R (rispettivamente il 91.10% e 90.10% la percentuale di alcoldipendenti) che con l'ICDX (il 85.96% di alcoldipendenti).
3. Il CAGE, come del resto già dimostrato, possiede una buona sensibilità ma una minor specificità diagnostica, con il rischio quindi di falsi positivi.

Caratteristiche del campione

I consumi di alcol

I dati dimostrano che le donne iniziano a bere in età più avanzata rispetto agli uomini: dopo i venti anni solo 46 uomini (7.57%) iniziarono a bere, contro le 38 donne (23.32%). Va sottolineato il fatto che 46 uomini (7.57%) e 6 donne (3.69%) iniziarono a bere prima dell'età dei 10 anni (M+F = 52 - 6.52%).

Probabilmente questa situazione riflette le caratteristiche che sono proprie del consumo di alcol nel nord e centro Italia, dove esiste una lunga tradizione di uso di alcol. In molte famiglie italiane tradizionali, si usa prendere il vino durante il pranzo e la cena, e di sovente con gli amici al bar. Quasi metà (319, 51.37%) degli uomini iniziano a bere regolarmente tra i 16 ed i 20 anni e ancora circa metà delle donne (82; 49.70%) iniziano dopo i 20 anni.

Quasi due terzi della popolazione assumeva la stessa quantità di alcol ogni giorno, senza differenze significative tra uomini e donne. Il 24% tra uomini e donne erano bevitori irregolari.

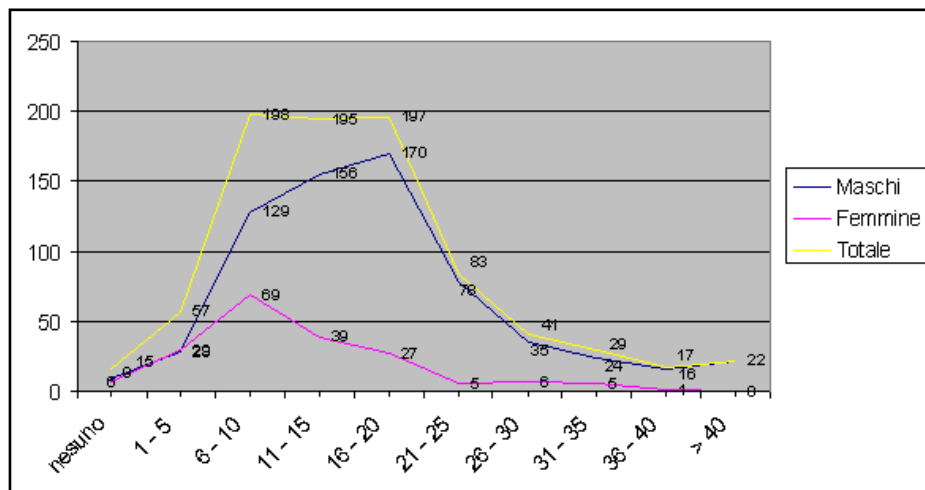
Numero totale di standard drink assunti giornalmente nell'ultimo mese

	Maschi		Femmine		Totale	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Nessuno	9	(1.35)	6	(3.21)	15	(1.76)
1 - 5	28	(4.20)	29	(15.51)	57	(6.67)
6 - 10	129	(19.34)	69	(36.90)	198	(23.19)
11 - 15	156	(23.39)	39	(20.86)	195	(22.83)
16 - 20	170	(25.49)	27	(14.44)	197	(23.07)
21 - 25	78	(11.69)	5	(2.67)	83	(9.72)
26 - 30	35	(5.25)	6	(3.21)	41	(4.80)
31 - 35	24	(3.60)	5	(2.67)	29	(3.40)
36 - 40	16	(2.40)	1	(0.53)	17	(1.99)
> 40	22	(3.30)	0	(0.00)	22	(2.58)
Totale	667	(78.10)	187		854	(100.00)

In questa ricerca non eravamo molto interessati a definire con estrema esattezza la quantità di alcol assunta quotidianamente. Per questa ragione, e anche per facilitare la raccolta dei dati, abbiamo fatto riferimento alle standard drink (unità standard). Questo significa che dobbiamo considerare la stessa quantità di alcol (10-12 grammi)

in un bicchiere di vino, in un bicchiere di birra, in un piccolo bicchiere di superalcolico o di liquore, e mezza unità nel cosiddetto 'caffè corretto' (caffè più una piccola quantità di superalcolico).

Quasi l'80% del campione (M 71.45%, F 73.68%) non era mai stato sottoposto ad un precedente trattamento per problemi alcolcorrelati, mentre il 17.54% aveva seguito un solo trattamento e il 10.53% più di uno.



Come illustrato dalla tabella e dal grafico, i consumi, riferiti al mese precedente al trattamento, seguono una curva che vede il picco massimo per le femmine intorno ai 6-10 standard drink al giorno, mentre per i maschi è, come previsto, molto più alta, collocandosi a 16-20 standard

drink al giorno. Da segnalare anche la presenza di soggetti con un'assunzione giornaliera fino a oltre 40 unità al dì. Ciò significa che quasi il 6% del campione maschile assumeva da 36 a 40 bicchieri di vino al dì (o bevande equivalenti), pari a circa 4 litri.

Per quanto riguarda le condizioni economiche, il campione dimostra un livello economico riferito come buono/senza particolari problemi nel 60.4%, mentre un altro 8.1% riferisce condizioni superiori alla media. Nell'insieme coloro che godono di un livello economico soddisfacente/buono sono 68.5%, contro un 20.8% che riferisce qualche problema di ordine finanziario, ed un 10.6% che riferisce gravi problemi. Non ci sono differenze significative tra maschi e femmine. Così pure per quanto riguarda le condizioni di lavoro, esse vengono riferite come buone/particolarmente buone nel 57.9% del campione mentre il 27.9% riferisce la presenza di qualche problema, il 6.5% di problemi severi, mentre solo il 7.5% del campione riferisce di non avere un impiego o di lavorare saltuariamente. Nel complesso quindi il campione del VALCAT si presenta con le seguenti caratteristiche:

- È un campione di soggetti che risponde, nella quasi totalità, ai requisiti diagnostici per l'alcolismo.
- I consumi medi nell'ultimo mese risultavano essere piuttosto elevati, con evidenti differenze tra maschi e femmine, nel senso che le femmine bevevano da metà a un terzo di meno dei maschi.
- Le condizioni economiche e lavorative erano piuttosto buone, paragonabili a quelle della popolazione generale.

Come ci si aspettava, la popolazione degli alcolisti è di fatto una popolazione di soggetti del tutto normali per caratteristiche socio-economiche e lavorative, con standard di vita non inferiori, nella media, a quelle dei non alcolisti. Ciò riflette anche il tipo di alcolismo presente in Italia, che colpisce la popolazione generale senza distinzioni di livello o classe economica e sociale. Da questa analisi si può concludere che al Club si rivolgono famiglie di ogni estrazione sociale. L'altro dato è che le condizioni psico-fisiche ed economico-sociali nelle quali gli alcolisti si rivolgono al Club sono in genere buone. Ciò vuol dire che il programma ha ormai un buon grado di 'accettabilità' e di 'accessibilità' per cui viene raggiunto e frequentato non solo dai casi più gravi e disperati.

L'uso di tabacco

Tra le molte variabili, va citata quella relativa al fumo di tabacco. Come si vede dalla tabella seguente, i fumatori e gli ex fumatori ammontavano all'81.1% del campione, con alcune differenze tra sesso maschile e femminile. Coloro che fumano si collocano in buona parte tra i forti fumatori, con più di 15 sigarette al giorno. Come noto l'associazione alcol e fumo è estremamente dannosa, in particolare per le neoplasie delle vie respiratorie. È necessario predisporre, per questo, specifici programmi di trattamento per smettere di fumare, nella logica del Club come luogo drug free, piuttosto che come luogo di trattamento solo per l'alcolismo.

Uso di tabacco						
Tipo di rapporto con il fumo	Maschi		Femmine		Totale	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
	Fumatore	432	(65.55)	95	(51.35)	527
Ex-fumatore	153	(23.22)	14	(7.57)	167	(19.53)
Non ha mai fumato	74	(11.23)	76	(41.08)	150	(17.54)
Totale	659	(78.08)	185	(21.92)	844	(100.00)
n° di sigarette al giorno						
< 15	116	(27.75)	47	(51.65)	163	(32.02)
15 - 20	144	(34.45)	26	(28.57)	170	(33.40)
20 - 40	136	(32.54)	16	(17.58)	152	(29.86)
> 40	22	(5.26)	2	(2.20)	24	(4.72)
Totale	418		91		509	(100.00)

La valutazione dei risultati

Riportiamo di seguito una prima analisi dei risultati per quanto riguarda il rapporto con l'alcol. Il campione è stato suddiviso in tre gruppi:

1. coloro che hanno risposto al trattamento, sia ai *singoli follow up* sia nel lungo periodo, e che quindi non hanno avuto alcuna ricaduta nel periodo considerato;
2. coloro che sono stati definiti 'migliorati', che manifestano una riduzione dei consumi e/o la presenza di ricadute;
3. coloro che non hanno risposto al trattamento.

Oltre a queste categorie, ci sono coloro per i quali non ci sono notizie attendibili (i 'persi'), e coloro che sono deceduti nel corso dello studio. Va sottolineato il fatto che il criterio di definizione dei successi è molto restrittivo: chi appartiene a questa categoria non ha avuto alcuna ricaduta, frequenta nella gran parte dei casi il Club, ha conseguito un miglioramento importante nelle proprie condizioni di vita. La frequenza settimanale del Club e la raccolta di informazioni incrociate anche presso amici e familiari, oltre che presso il servitore-insegnante ed i membri stessi del Club, assicura un'altissima attendibilità nella raccolta dei dati.

Risultati per singolo follow up e a lungo termine						
Risultato	a 6 mesi	a 18 mesi	a 36 mesi	Risultati finali	a 18 mesi	a 36 mesi
Successi	680 (85.2)	594 (75.3)	540 (69.1)	Successi a lungo termine	568 (72.6)	472 (62.4)
Insuccessi	87 (10.9)	165 (20.9)	150 (19.2)	Migliorati	116 (14.8)	193 (25.5)
Persi al <i>follow up</i>	22 (2.8)	23 (2.9)	67 (8.6)	Insuccessi	64 (8.2)	37 (4.9)
Deceduti	9 (1.1)	7 (0.9)	25 (3.2)	Persi al <i>follow up</i>	34 (4.3)	55 (7.3)
				Deceduti	16	41
Totale	798	789	782		798	798

Come si vede dalla tabella n. 1, ai singoli *follow up* a 6, 18 e 36 mesi, i successi sono stati rispettivamente dell'85.2% del 75.3% e del 69.1 %. Il numero dei soggetti 'persi' a questi *follow up* è molto contenuto, segno di una buona capacità di ritenzione del programma di trattamento, come pure modesto, a confronto delle statistiche ufficiali, appare il numero delle persone decedute.

La seconda parte della tabella riguarda i risultati nel lungo periodo, e si riferisce a coloro che hanno risposto bene al trattamento per tutto il periodo considerato. Al *follow up* a 18 mesi i successi erano del 72.6% mentre a 36 mesi scendevano al 62.4%.

In conclusione, si può affermare che i risultati dei Club degli alcolisti in trattamento sono tra i migliori in assoluto, sia sotto il profilo dell'astinenza sia sotto quello relativo al miglioramento delle qualità della vita delle famiglie. Se guardiamo ai dati possiamo dire che oltre il 60% delle famiglie (62.4%) ha risultati ottimi nel lungo periodo (36 mesi), risolutivi del problema; più di un quarto (25.5%) dimostra un miglioramento di entità variabile, da definire meglio e graduare con più attenzione; quasi il 5% (4.9%) non consegue alcun risultato apprezzabile; il 7% risulta perso al trattamento. Emerge con chiarezza dalla ricerca che non vi è alcuna controindicazione al trattamento di Club: nel peggiore dei casi non funziona, ma in una percentuale molto elevata porta significativi miglioramenti.

Il Progetto Pilota del Veneto

Luigi Colusso

Nel 1987 fu approvato, da parte della Giunta Regionale del Veneto, un progetto-pilota indirizzato al trattamento dei problemi alcolcorrelati, che prevedeva diverse aree di ricerca:

- esplorazione dei fenomeni alcolcorrelati in una popolazione selezionata (i ricoverati negli ospedali delle U.L.S.S. partecipanti al progetto);
- stessa esplorazione sulla popolazione generale;
- studio del funzionamento e degli effetti del lavoro dei CAT di tutto il Veneto, per valutarne l'efficacia;
- sperimentazione di interventi di prevenzione, da applicare poi più diffusamente.

Le fasi del progetto

Vengono definite le U.L.S.S. del Veneto comprese nel progetto-pilota, che sono sei: Cadore, Noventa Vicentina, Treviso, Portogruaro, Venezia, Padova. Viene pure concordato che converrà utilizzare l'ARCAT Veneto, per poter più sicuramente portare a termine il progetto, e che un discorso tanto impegnativo e di così ampio respiro (tre anni di attività del progetto, senza contare tutta la fase preparatoria) richiede degli operatori-ricercatori specificamente preparati.

L'approvazione della Giunta Regionale del Veneto, del 17 Febbraio 1987 rappresenta, anche all'interno del progetto stesso, una tappa importante, raggiunta grazie al responsabile del Servizio prevenzione e recupero devianze sociali della Regione Veneto.

Viene costituita una commissione di esperti supervisor, coordinata dal dirigente del Dipartimento per le Politiche Giovanili, Giovanni Santone, di cui fanno parte Vladimir Hudolin, Bruno Pacagnella e Mauro Niero.

Si tengono due corsi di formazione per i ricercatori, e nel frattempo si procede alla minuziosa opera di adattamento di tutti i questionari e delle procedure di attuazione, fino alla determinazione finale di ogni dettaglio del progetto.

Ricerca ospedaliera

Ha lo scopo di misurare la numerosità dei problemi alcolcorrelati presenti tra i normali ricoverati. Usa un apposito questionario nel quale si trovano i dati clinici e di laboratorio e gli

elementi anamnestici e relazionali, raccolti con i famigliari, oltre che con la persona ricoverata. In simili ricerche svolte altrove, la percentuale di ricoverati con problemi alcolcorrelati oscilla fra il 10 e il 50%, secondo i criteri di definizione usati, la tipologia dell'ospedale (generale, specializzato ecc.) e lo strumento diagnostico utilizzato.

Ricerca territoriale

Prevede di valutare, analogamente alla ricerca ospedaliera, la prevalenza dei problemi alcolcorrelati nella popolazione generale. In questo caso si è fatto ricorso ad un questionario ripetutamente collaudato, il cosiddetto Wallace, dal nome del compilatore, il medico londinese che ha una riconosciuta esperienza nel campo. Si tratta di un questionario autosomministrato, volutamente semplice, che esplora dieta, movimento fisico, consumo di alcolici e di fumo di nicotina. Questa indagine è stata prevista in due tempi, distanziati tra loro da un intervallo di due anni. Nella prima parte sono stati raccolti 6.372 questionari.

Ricerca nei CAT

Rappresenta il terzo e più impegnativo filone della ricerca. Prevede il monitoraggio, per due anni e mezzo, di tutte le famiglie che accedono ad un CAT, a causa dei problemi legati al consumo di alcol. In questo caso è stato particolarmente difficoltoso selezionare le informazioni necessarie per valutare i cambiamenti delle diverse 'aree vitali', collegarle all'andamento del programma nel Club, e infine strutturare un questionario adeguato per contenuto, accettabilità e possibilità di informatizzazione.

Si tratta di una ricerca che tende a misurare diversi parametri. Una ricerca di tipo quantitativo è indispensabile per fornire informazioni significative circa l'andamento del programma, e le sue ripercussioni sulla qualità della vita dei partecipanti. Più complesso è riuscire a varare una ricerca di tipo qualitativo, che mantenga le caratteristiche di semplicità e fattibilità richieste dal progetto.

La ricerca ha avuto inizio nel Maggio del 1989, ed è estesa su tutta la Regione, interessando tutti i CAT e tutte le famiglie che per la prima volta accedono ai Club. Essa coinvolge tutti i CAT del territorio regionale, per diversi motivi: non raramente la famiglia cambia il Club di appartenenza, trasferendosi in uno più vicino. Se l'indagine fosse limitata ai Club delle sei U.L.S.S., avremmo una quota di famiglie persa per trasferimento, e un'altra quota che entra tardivamente nella ricerca. Abbiamo così un maggior numero di famiglie osservate in un tempo più breve, con una confluenza nella ricerca di tutte le esperienze locali, con le loro specificità ambientali e di programma. Inoltre, il carattere regionale della ricerca favorisce il coinvolgimento di un maggior numero di volontari, in qualità di ricercatori, e il mantenimento di una unità operativa di base di tutti i gruppi di lavoro e di tutti i programmi.

È prevista la raccolta di circa 800 questionari, corrispondenti ad altrettante famiglie, nonché la ripetizione dell'indagine dopo sei, dodici e ventiquattro mesi⁽¹⁾.

Del monitoraggio della ricerca, funzionalmente affidata a me, si occupa un gruppo di lavoro che comprende un responsabile per ognuna delle sei U.L.S.S. coinvolte ed un referente per ogni altra U.L.S.S. in cui abbiano sede i Club.

Lo svolgimento di questa ricerca ha permesso alla Regione di scoprire e valorizzare i Club, quindi il progetto-pilota ha avuto molti risvolti positivi:

- l'impulso ai vari Servizi per una crescita del livello organizzativo, della valutazione dei programmi, dell'organizzazione della ricerca;
- l'incoraggiamento ad accordi di collaborazione tra le U.L.S.S. e le Associazioni dei CAT, con reciproca utilità;
- l'accresciuto, reciproco rispetto e conoscenza tra istituzioni e società in generale da una parte e i CAT dall'altra.

⁽¹⁾ La parte riguardante la ricerca nei CAT del Progetto Pilota non è conclusa (nota dei curatori).

La Scuola Europea di Alcologia e Psichiatria Ecologica

Ennio Ferfila, Luciana Frisori, Paola Gosparini, Giovanni Pitacco

Era da qualche tempo che Hudolin e sua moglie Višnja avevano progettato di riunire per un incontro di vacanza, gli amici e i collaboratori conosciuti negli anni di lavoro in Italia e nella Jugoslavia di quei tempi. Questo gruppo era composto da docenti, membri di Club ecc., che avevano in comune il fatto di essere inseriti nel sistema ecologico sociale.

Fu così che nel mese di Luglio del 1986, provenienti da Trieste, Udine e da altre località del Friuli-Venezia Giulia, una ventina di persone furono ospitate nella loro casa di Delnice, tra le montagne del Gorski Kotar, a pochi chilometri da Fiume.

La conversazione era improntata sull'amicizia che legava i partecipanti uniti nello svolgimento di un programma di cambiamento, nella convinzione che lo stile di vita nuovo proposto a se stessi e agli altri avrebbe contribuito a creare qualcosa di concreto e di utile alla comunità in cui svolgevano il loro lavoro.

Approfittando di questa atmosfera, Hudolin concluse con la sua nuova proposta: creare una scuola che potesse dare un insegnamento di base a coloro che intendevano operare volontariamente nei Club. Illustrando il suo progetto, propose naturalmente che tale scuola avesse un carattere di stabilità nel suo organico e che fosse di carattere internazionale. Il nome fu subito trovato: "*Scuola Europea Estiva*".

Com'era nelle abitudini di Hudolin, si presero subito alcune decisioni: il primo Corso organizzato dalla Scuola Europea si sarebbe tenuto nell'estate del 1987 a Delnice. Allo stesso tempo furono proposti alcuni nominativi per la formazione del direttivo della Scuola, e si decise che durante il Corso a Delnice nel 1987 si sarebbero svolte le votazioni ufficiali per tali responsabilità.

La conclusione di quell'incontro si svolse nella Casa del Popolo, dove i Club della zona avevano preparato dei gustosi manicaretti da dividere insieme agli amici italiani. La lingua diversa non aveva creato disagi, perché amicizia e solidarietà erano talmente evidenti da far superare qualsiasi difficoltà.

Nel 1989 la Scuola fu riconosciuta legalmente e giuridicamente in Italia (con sede a Trieste), e il primo Corso venne organizzato presso il 'Lovačkj dom' un caratteristico chalet immerso fra alberi secolari in una serenità idilliaca. Venti furono i corsisti che parteciparono alla nascita di questo nuovo programma proposto da Hudolin.

Com'era stato deciso l'anno precedente, si svolsero le votazioni per le cariche del direttivo della Scuola Europea che risultò così composto: direttore scientifico: Vladimir Hudolin; presidente: Giovanni Pitacco; vicepresidente: Luciana Frisori; segretario: Stelio Leprini; tesoriere: Ennio Ferfila.

Ormai la Scuola Europea aveva assunto concretezza, e da allora i Corsi organizzati in tutti questi anni sono stati numerosissimi.

L'anno seguente fu Zagabria ad organizzare il Corso al quale parteciparono 57 persone, provenienti dalle diverse regioni italiane.

Per molti stava diventando un titolo di merito partecipare ai Corsi della Scuola Europea, che nello stesso anno cambiava denominazione e diventava "*Scuola Europea sui Problemi Alcolcorrelati*". Con tale denominazione la Scuola fu riconosciuta ufficialmente a tutti i livelli, e iscritta nel Registro Generale delle Organizzazioni di Volontariato, nei settori: sociale, culturale, tutela dei diritti civili ed attività innovative. È inoltre iscritta alla Fondazione Italiana per il Volontariato, per le aree di intervento: alcolismo, tossicodipendenze, malati in generale.

Nel 1990 fu organizzato il primo Corso in Italia. Boves, città della pace, culla della Resistenza nella Seconda Guerra Mondiale e famosa per la formazione degli 'Operatori di Pace', ospita 80 corsisti.

L'anno dopo gli Avventisti del settimo giorno chiesero di organizzare un Corso a Firenze, che si svolse negli ambienti di 'Villa Aurora' nel 1991. Per la prima volta le iscrizioni furono chiuse prima del tempo! Il numero dei corsisti, novanta, non permetteva altre adesioni. Fra i partecipanti, venti avventisti e dieci medici dell'Esercito Italiano.

Nei momenti tragici di guerra in cui gli stati della ex Jugoslavia stavano definendo la loro autonomia, Hudolin propose un incontro che si tenne nel Gennaio 1992 ad Umago sul tema 'Alcol e Pace'. In quell'occasione lavorarono insieme quasi duecento partecipanti. Fra gli altri, diedero la loro solidarietà il Vescovo di Parenzo, Mons. Bogatec, l'Arcivescovo di Udine Mons. Battisti, Renzo De Stefani per l'Accademia Italiana di Alcolologia di Trento, Giovanni Pitacco, presidente della Scuola Europea, Luciano Floramo, presidente dell'AICAT, Ennio Ferfila, presidente dell'ACAT di Trieste.

Nel suo intervento, Hudolin ribadì l'importanza dei Club: *«Il Club - affermò - si propone in questa, come in altre circostanze, come strumento di pace. Nel Club si costruiscono il cambiamento, la pace, la libertà, l'amore, la vita nelle famiglie e nella comunità. Dal Club viene lanciato un messaggio importante: se si vuole la pace nel mondo è necessario che prima impariamo a costruire la pace nella nostra famiglia partendo dalle piccole cose di ogni giorno»*.

Alcuni giorni dopo a Trieste viene organizzato un Corso monotematico presso la Sede del Movimento Donne Trieste, dal titolo: "*Donna e Alcol*". I corsisti furono 52.

Nello stesso anno, il 5 Luglio, la Scuola Europea tornò in Croazia con un nuovo Corso ad Umago, cui aderirono 71 corsisti.

Nel Gennaio del 1993, con la presenza di 117 partecipanti, a Rovigno venne proposto il Corso sul tema: "*Multidimensionalità nei programmi alcolologici da oggi al 2000*". A Trieste, nel mese di Marzo dello stesso anno fu riproposto il tema 'Donna e Alcol'.

Quindi la Scuola Europea si trasferì ad Aosta, su proposta della Regione Autonoma, nel mese di Giugno. L'attività del 1993 si concluse a Rovigno, dove 81 studenti parteciparono al Corso organizzato in collaborazione con i Club della zona.

Nel 1994 una servitrice-insegnante di Avila, in Spagna, che aveva avuto modo di conoscere i programmi della Scuola Europea durante un Congresso nazionale a Trento, invitò Hudolin e i suoi collaboratori ad organizzare nel suo paese un Corso di sensibilizzazione. Con grossi sforzi economici, il 19 Settembre iniziò ad Avila il Corso che ottenne un grande successo per l'entusiasmo dei 64 partecipanti. Dopo due settimane, Bressanone ospitò l'ul-

timo Corso di sensibilizzazione della *Scuola Europea di Alcolologia e Psichiatria Ecologica* (la nuova denominazione era stata data il 18 Luglio del 1994).

In seguito, le condizioni di salute di Hudolin incominciarono a condizionare i suoi programmi e l'attività della Scuola Europea ebbe di conseguenza un rallentamento. Il suo spirito appassionato però continua a sollecitare ed incitare i suoi collaboratori a continuare nell'opera di insegnamento.

Dopo la sua scomparsa, coraggiosamente sua moglie Višnja ha portato avanti questo suo progetto, e nel Maggio del 1998 la Scuola Europea ha contribuito ad organizzare a Trieste il secondo Corso di aggiornamento dei servitori-insegnanti nel sistema ecologico sociale, cui hanno partecipato 51 Corsisti.

Facendo un passo indietro, nel 1992 Giovanni Pitacco, fu invitato a Roma per ritirare il 'Premio Nazionale della Solidarietà 1992', concesso nel Palazzo del Quirinale dall'allora Capo dello Stato, Luigi Scalfaro, alla Scuola Europea, con la seguente motivazione: *"Esempio significativo di animazione teorica e pratica, rispetto al grave problema dell'alcolismo, che vede oggi impegnati centinaia di gruppi operanti nel Paese"*.

Dopo la scomparsa di Hudolin, la direzione della Scuola è stata affidata a Francesco Piani, ed è iniziato il programma di formazione di operatori europei, con lo scopo di cooperare alla diffusione dell'approccio ecologico sociale oltre i confini della Croazia e dell'Italia. Nel Settembre del 1997 è stato organizzato il primo Workshop in memoria di Vladimir Hudolin, in lingua inglese. Promotore dell'iniziativa è stato Helge Kolstad, allora presidente dello IOGT Internazionale, che ha voluto commemorare il grande amico Hudolin, e che dopo venti anni di collaborazione ha voluto riconfermare la volontà di continuare l'opera nei paesi del Centro e Nord-Est europeo.

Così è stata organizzata nel Marzo 1998 una visita di studio a San Daniele del Friuli, con la partecipazione di 22 ospiti stranieri.

Nel Settembre 1998 e 1999 si sono svolti altri due Workshop; e, a partire dal 1998 la Scuola Europea, sempre in collaborazione con lo IOGT, ha organizzato, uno ogni anno, Corsi di sensibilizzazione internazionali, ai quali hanno preso parte professionisti, volontari ecc. di diversi paesi europei, che hanno colto l'importanza del metodo Hudolin come strumento di protezione e promozione della salute. C'è un altro duplice aspetto che merita di essere sottolineato: i costi bassi e i risultati estremamente significativi del metodo Hudolin. In questo senso i programmi hanno trovato approvazione sia in quei paesi in transizione ed economicamente in via di sviluppo, poveri di mezzi economici ma ricchi di risorse umane, sia in quei paesi già fortemente sviluppati economicamente, che hanno finora investito cifre enormi nella prevenzione dei problemi alcolcorrelati con risultati in proporzione insoddisfacenti.

Con le sue attività quindi la Scuola spera di onorare la memoria del Professore, ringraziandolo ancora una volta per tutto ciò che ci ha dato e che ci continua a dare.

La Raccolta bibliografica

a cura di Michele Sforzina

Esiste una grande produzione letteraria all'interno del sistema ecologico-sociale. Per produzione letteraria intendiamo tutto ciò che viene pubblicato sull'esperienza dei Club degli alcolisti in trattamento, sui problemi alcolcorrelati e complessi, sui programmi territoriali, le Scuole alcolologiche territoriali ecc. che comunque si identificano nel sistema ecologico sociale. In questi venti anni di esperienza italiana dei Club, sappiamo che è stata prodotta una mole immensa di contributi scritti, sotto forma di libri, relazioni, ricerche, verbali, riflessioni, per non parlare delle migliaia di temi dei partecipanti ai Corsi di sensibilizzazione, delle tesi delle Scuole di perfezionamento, degli Atti dei congressi.

Dal 1992 una parte di questo materiale viene regolarmente classificata e riportata in quella che è conosciuta come Raccolta bibliografica.

La Raccolta bibliografica - che si presenta sotto forma di un normale elenco bibliografico ordinato per autore - è stata avviata in seguito ai ripetuti suggerimenti del prof. Hudolin, per documentare la storia di questa grande esperienza umana e scientifica e per avere a disposizione un ulteriore strumento formativo dove chiunque avrebbe potuto trovare indicazioni bibliografiche su temi specifici.

La Raccolta bibliografica viene oggi usata da chi si accinge a fare una ricerca, a compilare una tesi, a occuparsi di una indagine nel nostro campo. È diventata quindi uno degli strumenti di formazione dei servitori-insegnanti.

Viene aggiornata al 15 Marzo di ogni anno e contiene, allo stato attuale, 3573 voci. Si trova in floppy disk (Winword per PC o Word per Macintosh).

È prevista la pubblicazione periodica degli aggiornamenti della Raccolta su carta e su floppy disk.

Per altre informazioni o ordinazioni, ci si può rivolgere a:

Redazione Camminando insieme
Associazione per lo studio e la prevenzione delle dipendenze
v.le Trento e Trieste, 2 - 33038 San Daniele del Friuli (Udine) Italia
cell. ++39 348 5329611 • E-mail: camins@tiscali.it

Bibliografia di riferimento

- ACAT Trieste. *Esperienze di vita, riscoperta di valori*, Trieste, ACAT Trieste, 1999.
- Adés J. 'Problèmes posés par les classifications et les définitions de l'alcoolisme', *Données récentes sur l'alcoolisme*, Château du Loir, Goureau Ed., 1987.
- Alcoholics Anonymous, New York, A.A. World Services Inc., 1939.
- Alcoholics Anonymous. *Twelve Steps and Twelve Traditions*, A.A. World Services Inc., 1953.
- Alcoholics Anonymous. *The Third Edition of the Big Book*, A.A. World Services Inc., 1976.
- Banoo J. Coyaji. *The Vadu Budruck Project*, World Health Forum, 3 (4):387-390, 1982.
- Bruce A.K. 'Fast forward. The future alcohol and other drug concerns in Canada', *News Action, Nouvelles*, Vol. 4, N. 5 (Sept.-Oct. 1995), pagg. 3-4.
- Chaudron C.D., Wilkinson D.A. (edit.). *Theories on alcoholism*, Toronto, Addiction Research Foundation, 1988.
- Colusso L. 'Storia di un progetto tra ricerca e operatività', *Sì. Rivista di Studi Sociali del Veneto*, s. d., pp. 63-69.
- Colusso L. *Alcol e alcolismi. L'intervento ecologico multidimensionale*, Padova, ARCAT Veneto, 1993.
- Colusso L., Hudolin V. *Il lavoro dei Clubs degli alcolisti in trattamento a Treviso e nel Veneto*, Treviso, Zoppelli, 1988.
- Colusso L., Malatesta R., Martin A., Nardi P.G., Noventa A., Pettenò A., Pili P.M., Regonati N., Sforzina M. *I programmi di formazione permanente in alcologia. Storia, realtà, problemi, progetti e programmi nell'approccio ecologico sociale ai problemi alcol correlati e complessi*, Treviso, Biblioteca Cominiana, 1998.
- Corlito G., Santioli L. (curatori). Vladimir Hudolin. *Psichiatria sociale e alcologia: un pensiero vivo per il nuovo millennio*, Trento, Erickson, 2000.
- CSDPA. *Alcol... Piacere di conoscerti!*, 4° edizione, Trento, Centro Studi Erickson.
- D'Anna G. Sintesi. *Dizionario italiano ragionato*, Firenze, 1988.
- De Sandre A., Cecutti L., Del Favero E., Nenz A., Redetti M. *Cambiare insieme*, Belluno, *Centro alcolologico territoriale della Provincia di Belluno*, 1995.
- De Stefani R., Pancheri R. (curatori). *La famiglia, l'operatore, il Club*. Atti del Congresso Nazionale dei Club degli alcolisti in trattamento, Trento, 1992, Trento, Centro Studi Erickson, 1993.
- Don Calahan. 'Foreword', *Theories on alcoholism*, Toronto, Addiction Research Foundation, 1988.
- Gaillard A. 'Langage commun en alcoologie', *Alcoologie*, 13:6-15, 1991.
- Giovanni Paolo II. *Le encicliche sociali (dalla Rerum Novarum alla Centesimus annus)*, Milano, Ed. Paoline, 1991.
- Giovanni Paolo II. *Pensieri di pace e di speranza*, Roma, Tascabili economici Newton, 1992.
- Giovanni Paolo II. *Tertio Millennio Adveniente*, Roma, Libreria Editrice Vaticana, 1994.
- Giovanni Paolo II. *Evangelicum vitae. Il valore e l'invulnerabilità della vita umana*, Milano, Ed. Paoline, 1995.
- Gottheil E., Waxman H. 'Alcoholism and schizophrenia', *Encyclopedic Handbook of alcoholism*, New York, Gardner Press, 1982.
- Grapewine. *Problems other than alcohol*, February 1984.
- Helzer J.E., Pryzbeck T.R. 'The occurrence of alcoholism with other psychiatric disorders in the general population and its impact on treatment', *J. Stud. Alc.*, 49:219-224, 1988.

- Hesselbrock M.N., Meyer R., Keener J.J. *'Psychopathology in hospitalized alcoholics'*, Arch. Gen. Psychiatry, 42:1050-1055, 1985.
- Hillemand B., Joly L.P. *'Evolution des définitions et des conceptions de l'alcoolisation et de l'alcoologie'*, Alcoologie, 13:6-15, 1991.
- Hillemand B., Joly L.P., Lhuître J.P., Zarnitsky C. *'De l'opportunité de terme abus en alcoologie'*, Bulletin de la Société d'Alcoologie, 9:29-37, 1987.
- Hillemand B., Joly L.P., Lhuître J.P., Zarnitsky C. *'De l'opportunité de terme abus en alcoologie'*, Bulletin de la Société d'Alcoologie, 13:6-15, 1991.
- Hudolin V. *'Pneumoencefalografška slika ostećenja mozga kod kroničnog alkoholizma'*, Anali Bolnice Dr. M. Stojanović, Zagreb, Vol. 1, Supl. 1, 1962.
- Hudolin V. Alcolismo, Udine, *Associazione degli Ospedali Regionali del Friuli-Venezia Giulia*, 1981.
- Hudolin V. Alkoholizam (Što je alkoholizam), IX preradeno izdanje, Zagreb, Jugoslavenska medicinska naklada, 1982.
- Hudolin V. Klubovi lijecenih alkoholicara, Zagreb, Jumena, 1982.
- Hudolin V. Psihijatrija, Zagreb, Starnost, 1984.
- Hudolin V. *L'alcol e i giovani*, Sacile, USL Livenza, 1985.
- Hudolin V. *Famiglia, territorio, salute mentale*, San Daniele del Friuli, ACAT-USL n. 6 Sandanielese, 1985.
- Hudolin V. Socijalna psihijatrija i psihopatologija, 2° dopunjeno izdanje, Zagreb, Škola knjiga, 1987.
- Hudolin V. *Alcolismo*, Bologna, Episteme, 1988.
- Hudolin V. *Le dipendenze tra scuola, famiglia e società*, USL n. 8, San Giorgio di Nogaro, 1988.
- Hudolin V. *Verso un nuovo stile di vita con i Club degli alcolisti in trattamento*, Trieste, Editre, 1990.
- Hudolin V. *'I problemi alcolcorrelati'*, Annuario 1991, Trento, Centro Studi Erickson, 1991.
- Hudolin V. *Manuale di alcoologia*, seconda edizione, Trento, Erickson, 1991.
- Hudolin V. *'Verso un approccio ecologico ai problemi alcolcorrelati'*, Community care, Trento, Erickson, 1991, pagg. 129-144.
- Hudolin V. *'Introduzione'*, Annuario 1994, Trento, Centro Studi Erickson, 1993.
- Hudolin V. *'Introduzione'*, *L'attività alcolologica territoriale*, Castelfranco Veneto, Noumen, 1993.
- Hudolin V. *Vincere l'alcolismo*, Casale Monferrato, Edizioni Piemme, 1993.
- Hudolin V. *'Alcol e sofferenza psichica'*, Alcolismi, Treviso, n. 2 (1994), pagg. 3-10.
- Hudolin V. *'Introduzione'*, *Agenda Club 1995*, Trento, Centro Studi e Documentazione sui Problemi Alcolcorrelati, 1994.
- Hudolin V. *'La spiritualità antropologica nei programmi territoriali per i problemi alcolcorrelati e complessi'*. Relazione introduttiva al Primo Corso di spiritualità antropologica ed ecologia umana, Padova, 1993, Alcolismi, Preganziol, 2:1-8, 1994.
- Hudolin V. (curatore). *Alcol, droga e... stellette*, Firenze, Ospedale Militare di Medicina Legale, 1995.
- Hudolin V. *'Introduzione'*, *Cambiare insieme. 14 anni di attività dei Club degli alcolisti in trattamento in provincia di Belluno*, Belluno, Centro Alcolologico territoriale della provincia di Belluno, 1995.
- Hudolin V. *Sofferenza multidimensionale della famiglia*, Padova, Eurocare, 1995.
- Hudolin V. *'I Club oltre l'adolescenza'*, Camminando insieme, San Daniele del Friuli, n. 1 (Marzo 1996), pagg. 4-8.
- Hudolin V. *'Il momento attuale dello sviluppo dei programmi alcolcorrelati territoriali'*, Atti del 1° Congresso Regionale delle Famiglie e degli Operatori, Firenze, 1994.

- Hudolin V.L., Accettulli A., Brentel E., Ticali S. *Verso un nuovo stile di vita con i Club degli alcolisti in trattamento*, Trieste, Editre Edizioni, 1990.
- Hudolin V.L., Anfossi G.P., Barcucci P., Mirone A., Musso L. Piemonte e alcolismo. *La crescita umana attraverso il lavoro dei Club degli alcolisti in trattamento*, Torino, Assessorato Sanità Regione Piemonte, 1991.
- Hudolin V.L., Calabria R., Deganuto L., Devoto A., Hudolin V.L., Jauk S., Lang B., Lazic N., Piani F., Troncoso M. *Famiglia, territorio, salute mentale. Una guida per l'operatore di base*, San Daniele del Friuli, ACAT - USL n. 6 Sandanielese, 1985.
- Hudolin V.L., Ciullini A., Corlito G., Dellavia M., Dimauro P.E., Guidoni G., Scali L. (curatori). *L'approccio ecologico-sociale ai problemi alcolcorrelati e complessi*, Trento, Erickson, 1994.
- Hudolin V.L., Corlito G. (curatori). *Psichiatria, Alcolologia, Riabilitazione*, Trento, Erickson, 1997.
- Hudolin V.L., De Stefani R., Folgheraiter F., Pancheri R. *I Club degli alcolisti in trattamento*, Trento, Centro Studi Erickson, 1987.
- Hudolin V.L., Devoto A., Rosolen N., Le Divelec G., *Una scuola per la formazione degli operatori e la trasformazione del territorio. Sette anni di attività della diffusione del modello medico-psico-sociale di Hudolin per il trattamento dell'alcolismo*, Trieste, Scuola Superiore di Servizio Sociale, 1985.
- Hudolin V.L., Geppini G., Zanon L., *Verso un concetto ecologico di salute*, Trento Centro Studi Erickson, 1992.
- Hudolin V.L., Sorce V., Galletti L., Ferrara S., La Rocca G. *Il sistema ecologico-sociale dei Club di alcolisti in trattamento in Sicilia*, Caltanissetta, Solidarietà, 1994.
- Hudolin V.L. e altri. *Psichiatria ed empatia*, San Daniele del Friuli, USL n. 6 Sandanielese, 1988.
- Hudolin V.L. e coll. Jugoslavenska bibliografija alkoholizma, 1° kljiga, Zagreb, Pliva, 1964.
- Hudolin V.L. e coll. Jugoslavenska bibliografija alkoholizma, 2° kljiga, Zagreb, Pliva, 1966.
- Hudolin V.L. e coll. Obiteljsko liječenje, Zagreb, Školska knjiga, 1986.
- Hudolin V.L. e grupo de asesores de la OMS. *Problemas relacionados con la dependencia de las drogas y el alcohol*, Ginebra, OMS, 1987.
- Huss M. *Alcoholismus Chronicus*, Stockholm, J. Beckmann, 1849.
- Huss M. *Chronische Alkoholkrankheit oder Alcoholismus chronicus* (Van dem Bush trans.), Stockholm, CE. Fritze, 1852.
- Jellinek E.M. *The disease concept of alcoholism*, New Haven, Hillhouse Press, 1960.
- Merigo G., Schiavi A., Cecchi S., Monesi G. *Ricominciare insieme*, Brescia, Centro alcologico Bresciano e Cassapadana, 1997.
- Musso L. *... e allora come? Manuale per la realizzazione delle Scuole alcologiche territoriali*, Chieri (TO), Edizioni ARCAT Piemonte, 1997.
- Nascimbeni C., Pellis B. (curatrici). *Parliamo di prevenzione. Atti del corso di aggiornamento per operatori di Club*, Udine, 1994.
- Piani F. (curatore). *Psichiatria ed ecologia. Esperienze e prospettive del lavoro psichiatrico ed alcologico*, San Daniele del Friuli, USL N° 6 Sandanielese, 1991.
- Piani F. (curatore). *I Club verso il 2000*. Atti del convegno regionale dei Club degli alcolisti in trattamento, Udine, 1991, Udine, Centro per lo studio e la prevenzione dell'alcolismo, 1992.
- Robins L.N., Helzer J.E., Weissman M.M., Orvaschel H., Gruenberg E., Burke J.D. jr. Regier D.A. 'Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders in three sites', *Arc. Gen. Psych.*, 41:949-958, 1984.
- Roemer M. I. 'Medical ethics and education for social responsibility', *World Health Forum*, 2 (4), 1982, pagg. 357-375.

- Rossi G., Sebastiani L. *Famiglia: verso dove?*, Milano, Ed. Paoline, 1955.
- Schiavi A. (curatore). *La famiglia, il Club, la comunità locale*, Atti del Corso per servitori-insegnanti, Pontevico, 1996.
- Schuckit M.A., Haglund M.J.R. *'Ethiological theoris on alcoholism'*, Alcoholism, St. Luis, Mosby, 1982.
- Sewamenthal R., Straniero M.L. Dizionario dei proverbi italiani, Milano, BUR, 1991.
- Tarter E.R., Schneider U.D. *'Models and theories on alcoholism'*, Alcoholism. *Interdisciplinary Approach to an enduring problem. Advanced Book Program.* Addison Wesley Pub. comp., Reading, 1976.
- Tosi A. *Evoluzione da "Terapeuta" a "Servitore-Insegnante" nell' "Approccio Ecologico-Sociale" (metodo Hudolin)*, Sirmione, 1999.
- Weissman M.M., Meyers J.K., Harding P.S. *'Prevalence and psychiatric heterogeneity of alcoholism in a United States urban community'*, J. Stud. Alc., 41: 672-681, 1980.

Elenco delle abbreviazioni e delle sigle

AA	Alcolisti Anonimi
AL	Federazione nazionale delle Associazioni di Temperanza
ACAT	Associazione dei Club degli Alcolisti in Trattamento
AICAT	Associazione Italiana dei Club degli Alcolisti in Trattamento
APCAT	Associazione Provinciale dei Club degli Alcolisti in Trattamento
ARCAT	Associazione Regionale dei Club degli Alcolisti in Trattamento
ASL	Azienda sanitaria locale
ASS	Azienda per i Servizi Sanitari
CAT	Club degli alcolisti in trattamento
EUROCARE	European Council on Alcohol Research Rehabilitation and Education (Consiglio Europeo per la Ricerca, la Riabilitazione e l'Educazione nel campo alcolologico)
IOGT	International Organisation of Good Templars (Organizzazione Internazionale dei Buoni Templari)
KPD	Kazneno popravni dom
MC	Medicinski Centar
O.KA.NA.	Centar za sprecavanje uporabe droge (grcki)
OMS	Organizzazione Mondiale della Sanità
OP	Ospedale Psichiatrico
SAT	Scuola alcolologica territoriale
Ser.T.	Servizio per le Tossicodipendenze
STCA	Servizio Ticinese di Cura dell'Alcolismo
USL	Unità Sanitaria Locale
VALCAT	Valutazione Club degli Alcolisti in Trattamento (Ricerca)

Gli autori

Peter Adams, Aldo Agus, Stefano Alberini, Giovanni Aquilino, Waldemar Araujo, Pam Armstrong, Vesna Babic', Diana Bakalova, Paolo Barcucci, Aniello Baselice, Edgardo Bellezza, Renato Bernardinis, Ivan Bidoli, Nicolas Bonvin, Mirella Boscariol, Stijepo Botteri, Darko Breitenfeld, Miloš Budjanovac, Loris Burlon, Renzo Buttolo, Gianni Canzian, Giam-paolo Carcangiu, Veljko Carev, Pia Castellan, Zdenka Cebašek Travnik, Sergio Cecchi, Maria Cercignani, Vanna Cerrato, Luigi Colajanni, Luigi Colusso, Flaviana Conforto, Giuseppe

Corlito, Stella Christidi, Gerarda das Graças Munis Dias, Alfio De Sandre, Renzo De Stefani, Gian Battista De Stefano, Elio Del Favero, Cristiana Di Gennaro, Adelmo Di Salvatore, Paolo Dimauro, Bruno Donvito, Ennio Ferfila, Luciano Floramo, Dunja Flanjak, Luciana Frisori, Vesna Golik-Gruber, Paola Gosparini, Maria Pia Gottardis, Orlando Granati, Milan Gudelj, Guido Guidoni, Marijan Hainž, Viera Herczeghová, Vlasta Hitrec', Višnja Hudolin, Vladimir Hudolin, N. Husedjinovic', Jordan Jovev, Željko Juras, Višnja Kajzer, Jožef Kociper, Nils Kohl, Helge Kolstad, Zdzislaw Kutymski, Carla Lamarina, Giuseppe La Rocca, Nebojša Lazic', Giancarlo Lezzi, Laura Luquero Mediero, Camilla Maenza, Franco Marcomini, Željko Marinic', Ante Markovic', Pia Marzo, Štefica Matic', Nada Matovic', Valeria Matteucci, Franco Montesano, Jacek Morawski, Laura Musso, Peppino Nicolucci, Sergije Padelin, Ennio Palmesino, Roberto Pancheri, Maria Antonia Papapietro, Lidija Paszko, Valentino Patussi, Nikola Paunovic', Donatella Pelaia, Paola Perucon, Francesco Piani, Giovanni Pitacco, Radoslav Popovic', Mirjana Radovanovic', Nicoletta Regonati, Alberto Remondini, Angelica Romanelli, Janez Rugelj, Massimo Sacripante, Maria Teresa Salerno, Danilo Salezze, Lamberto Scali, Amelia Scanagatta, Guido Scattolin, Fulvia Sevignani, Michele Sforzina, Ivana Stimamiglio, Maja Stipanic'ic', Zlatko Stojovic', Danilo Tassin, Radovan Tatalovic', Angelo Tedioli, Angela Tilli, Antonella Tosi, Sonia Toteva, Marija Turk-Kuc'i, Donatella Uccella, Ljuba Ulemek, Maria Grazia Vaggelli, Marco Variara, Pier Paolo Vescovi, Ruža Vešligaj, Franz Vittur, Ksenija Vujanovic'-Juras, Duško Wölfl