



**Sistema di risposta ai problemi alcolcorrelati in Piemonte**

**- Rapporto di ricerca -**

Ricerca realizzata per l'Assessorato alla sanità e tutela della salute – Commissione alcol – Regione Piemonte

Realizzazione: Eclectica Snc, piazza Statuto 16, Torino

Responsabile della ricerca: Franca Beccaria

Gruppo di ricerca: Franca Beccaria, Sara Rolando, Francesca Olivero

Realizzazione interviste: Franca Beccaria, Sara Rolando, Francesca Olivero

Rapporto di ricerca redatto da: Sara Rolando e Franca Beccaria

Torino, 29 ottobre 2008

## Indice

<b>1. Nota introduttiva</b> .....	<b>5</b>
1.1 Contesto.....	5
1.2 Obiettivi della ricerca .....	5
1.3 Campione .....	6
1.4 Metodologia .....	7
<b>2. Cos'è l'alcolismo?</b> .....	<b>8</b>
2.1 L'alcolismo come malattia .....	8
2.2 L'ambiguità del concetto di dipendenza .....	9
2.3 Oltre il concetto di dipendenza .....	11
2.4 Le cause.....	12
2.5 In sintesi: la mancanza di una definizione condivisa .....	14
<b>3. Carriere alcoliche e valori d'uso</b> .....	<b>15</b>
3.1 La carriera tradizionale.....	15
3.2 La carriera farmacologica-anestetizzante .....	17
3.3 La carriera ansiolitico-prestazionale .....	18
3.4 La carriera psicotropa.....	19
3.5 Le carriere femminili .....	21
3.6 Il ruolo della famiglia nelle carriere alcoliche .....	23
3.7 L'alcol nella comorbilità .....	24
3.8 Polidipendenza e policonsumo .....	25
3.9 L'alcol per gli stranieri .....	27
3.10 In sintesi: l'alcolismo come fenomeno in cambiamento .....	28
<b>4. La domanda di aiuto</b> .....	<b>31</b>
4.1 Le caratteristiche.....	31
4.2 Il ruolo della famiglia nella domanda di aiuto .....	33
4.3 Il ruolo dei medici di medicina generale.....	34
4.4 I bisogni espressi.....	36
4.5 In sintesi: nuove domande e vecchi problemi .....	37
<b>5. Gli utenti nei servizi</b> .....	<b>38</b>
5.1 Gli Utenti dei SerT e delle unità di alcologia.....	38
5.2 Gli utenti del volontariato .....	42
5.3 Gli utenti in ospedale .....	44
5.4 Gli utenti dei servizi di salute mentale e dei reparti di psichiatria .....	45
5.5 Gli utenti delle case di cura.....	46
5.6 Reparti di medicina di urgenza e pronto soccorso.....	47
5.7 Gli utenti dei medici di medicina generale .....	48
5.8 Utenti dei servizi sociali .....	49
5.9 In sintesi: l'utente-tipo e il sommerso .....	50
<b>6. Le risposte al problema dell'alcolista</b> .....	<b>52</b>
6.1 Il trattamento nei SerT e nei servizi di alcologia.....	52
6.2 I gruppi di auto-aiuto: i CAT e gli AA.....	56
6.3 Il privato sociale: l'associazione Aliseo .....	60
6.4 Il privato sociale: il CUFRAD.....	62
6.5 Il trattamento nelle case di cura .....	64
6.6 La posizione dei dipartimenti di salute mentale.....	65
6.7 Il trattamento in ospedale.....	66
6.8 Il ruolo dei medici di medicina generale.....	68
6.9 Le risposte dei servizi sociali .....	69
6.10 Il punto di vista degli utenti .....	70
6.11 In sintesi: l'intreccio delle risposte .....	72
<b>7. Le reti</b> .....	<b>74</b>
7.1 La rete che esiste e non esiste .....	74
7.2 Torino .....	76
7.2.1 I rapporti tra servizi di alcologia pubblici e del volontariato .....	76
7.2.2 I rapporti tra i servizi di alcologia e i dipartimenti di salute mentale .....	78

7.2.3 I rapporti tra i servizi di alcologia e gli ospedali.....	79
7.2.4 I rapporti tra i servizi di alcologia e le case di cura .....	81
7.2.5 I rapporti tra i servizi di alcologia e i medici di medicina generale .....	82
7.3 Il cuneese.....	83
7.3.1 I rapporti tra servizi di alcologia pubblici e del volontariato .....	83
7.3.2 I rapporti tra i servizi di alcologia e i dipartimenti di salute mentale .....	86
7.3.3 I rapporti tra i servizi di alcologia e gli ospedali.....	87
7.3.4 I rapporti tra i servizi di alcologia e le case di cura .....	89
7.3.5 I rapporti tra i servizi di alcologia e i medici di medicina generale .....	89
7.3.6 I rapporti tra i servizi di alcologia e le comunità .....	90
7.3.7 I rapporti tra i servizi di alcologia e i servizi sociali .....	90
7.4 Novara .....	92
7.4.1 I rapporti tra servizi di alcologia pubblici e del volontariato .....	92
7.4.2 I rapporti tra il servizio di alcologia e il dipartimento di salute mentale .....	93
7.4.3 I rapporti tra i servizi di alcologia e gli ospedali.....	94
7.4.4 I rapporti tra i servizi di alcologia e i medici di medicina generale .....	95
7.5 In sintesi: i punti deboli di una rete complessa .....	95
<b>8. Conclusioni .....</b>	<b>99</b>
8.1 L'alcolismo: un dibattito aperto .....	99
8.2 La complessificazione dei bisogni .....	99
8.3 Autonomia versus sinergia .....	101
8.4 Nuove sfide.....	102

## **1. Nota introduttiva**

### **1.1 Contesto**

La complessità del trattamento nell'ambito delle tossicodipendenze e dell'alcolismo è ben evidenziata dalla recente pubblicazione sulle revisioni sistematiche della letteratura scientifica. I diversi trattamenti dell'alcoldipendenza esaminati dal gruppo Cochrane<sup>1</sup> (Amato et al., 2006) mostrano la debolezza non tanto e non solo del singolo trattamento, ma soprattutto degli studi di valutazione dell'efficacia. La maggior parte dei risultati delle revisioni "non permettono di giungere a conclusioni definitive circa l'efficacia e la sicurezza".

La persona e la famiglia che si trovano a dover affrontare un problema legato all'abuso o alla dipendenza da alcol spesso maturano la decisione di chiedere aiuto troppo tardi, non solo per lo stato di avanzamento della dipendenza dalla sostanza, ma anche per la presenza di danni fisici irreversibili. Questo ritardo è certamente da attribuire alla tolleranza che la nostra cultura del bere mostra nei confronti dei consumi alcolici - una cultura che favorisce la sottovalutazione di importanti indicatori di problematicità del rapporto con l'alcol - ma anche all'atteggiamento di stigmatizzazione che ancora permane, specialmente in certi contesti, nei confronti dell'alcolista e che contribuisce alla negazione del problema.

A ciò si aggiunge la mancanza di una visione univoca del fenomeno da parte di chi se ne occupa, di riferimenti metodologici universalmente riconosciuti e di iter consolidati per il trattamento e la cura del problema. Da un lato vi sono servizi sanitari non specificatamente dedicati, quali gli ospedali e l'assistenza dei medici di base, che spesso tendono a concentrare l'attenzione sugli effetti dell'alcolismo sui singoli organi danneggiati, senza fornire cure o suggerimenti necessari per affrontare il problema alla radice. Dall'altro vi sono dei servizi pubblici dedicati che non sono ancora riusciti ad affermare pienamente la propria specifica identità, né dal punto di vista formale che da quello informale, e che non hanno ancora risolto alcuni nodi critici che riguardano prevalentemente i rapporti con gli altri soggetti pubblici e privati del territorio, spesso caratterizzati dalla sovrapposizione di ruoli e competenze. Il percorso dell'alcolista in trattamento può così risultare parziale e condizionato da logiche esterne e diventare un "percorso a ostacoli". Anche quando la persona arriva a un servizio specialistico, le risposte non sempre sono adeguate alle richieste e possono essere influenzate dalla tutt'altro che condivisa definizione di alcolismo di singoli operatori.

### **1.2 Obiettivi della ricerca**

La ricerca nasce con l'intento di comprendere che tipo di domanda d'aiuto arriva ai soggetti pubblici, privati e del mondo del volontariato da parte delle persone con problemi di alcol e delle loro famiglie e analizzare come questi si organizzano per fornire una risposta. Si tratta cioè di capire, attraverso lo studio di un campione, come i servizi interpretino il fenomeno e il mandato di assistenza e cura, e come queste interpretazioni incidano sui percorsi di cura e di assistenza.

Inevitabilmente questo studio ci ha portato a considerare non solo i servizi che specificatamente si occupano di problemi alcolcorrelati, ma la molteplicità dei soggetti che hanno o potrebbero avere un ruolo nella cura dell'alcolista, per analizzare se esistono e come funzionino gli scambi tra i diversi organismi territoriali, se vi siano sovrapposizioni di competenze e cosa implicino.

Lo studio si propone infine di individuare differenze organizzativo-funzionali registrabili localmente ed eventuali dinamiche di cambiamento in corso, sia nel fenomeno sia nel sistema dei servizi.

## Campione

Sono state realizzate 49 interviste individuali distribuite tra servizi per le dipendenze patologiche e servizi di alcologia (vere e proprie unità o équipe, a seconda dell'organizzazione aziendale), servizi del privato sociale, case di cura, ospedali, medici di medicina generale e servizi sociali. Il campione è stato definito sulla base dei dati quantitativi emersi dalle elaborazioni dell'Osservatorio Epidemiologico delle Dipendenze relative alle schede di dimissione ospedaliera e ai ricoveri, e a seguito dell'esito di alcuni incontri con il gruppo regionale dei responsabili dei servizi di alcologia e con i rappresentanti delle principali associazioni di volontariato che si occupano di alcolismo.

Il campione è stato inoltre suddiviso su tre diversi territori, Torino, Cuneo e Novara, con l'intento non tanto di elaborare interpretazioni legate al singolo caso, ma di formulare ipotesi utili all'organizzazione dell'alcologia regionale confrontando esempi diversi e contestualizzati.

Intervistati	TO	CN	NO	Tot.
Servizi per le dipendenze (direttori)	2	2		4
Servizi per le dipendenze (responsabili unità/equipe alcologia)	2	2	1	5
Dipartimenti di salute mentale (direttori)	2	2	1	5
Club Alcolisti in Trattamento (volontari/rappresentanti)	1	1	1	3
Alcolisti Anonimi (volontari/rappresentanti)	2	1	1	4
Associazioni significative (responsabili)	1			1
Comunità (direttori)		1		1
Ospedali (responsabili di: medicina generale, neurologia, gastroenterologia, epatopatologia, pronto soccorso, medicina d'urgenza, psichiatria)	5	5	3	13
Case di cura (direttori/responsabili reparto)	1	1		2
Medici di medicina generale (semplici, rappresentanti di categoria, coordinatori area)	3	3	2	8
Servizi sociali (responsabili del servizio)		2	1	3
<b>Tot.</b>	<b>19</b>	<b>20</b>	<b>10</b>	<b>49</b>

Con la collaborazione di alcuni dei referenti intervistati sono stati inoltre organizzati due focus-group, uno a Torino e uno a Cuneo, ai quali hanno partecipato rispettivamente 7 e 4 alcolisti in trattamento o in remissione. Si è cercato il più possibile di coinvolgere utenti con caratteristiche anagrafiche e percorsi di cura differenti. La composizione dei gruppi è illustrata nella tabella seguente, dove i nomi dei partecipanti sono stati sostituiti con nomi di nostra invenzione.

Composizione del focus-group di Torino
Giovanni: maschio, 60 anni, pensionato
Luisa: femmina, 46 anni, disoccupata
Piero: maschio, 50 anni, ricercatore
Toni: maschio, 50 anni, impiegato tecnico
Raffaele: 58 anni, pensionato
Sandro: 33 anni idraulico
Aldo: 41 anni, responsabile aziendale
Composizione del focus-group di Cuneo
Emma: 54 anni, casalinga
Giorgio: 40 anni, ex imprenditore
Luigi: 39 anni, commerciante
Mimmo: 34 anni, personal trainer

## Metodologia

La complessità del tema trattato e delle domande cui si vuole dare una risposta ha fatto propendere per un'indagine di tipo qualitativo, che non ha quindi come obiettivo la rappresentatività del fenomeno, ma piuttosto quello di indagare in profondità un numero ridotto di casi selezionati. La tecnica che è stata più utilizzata è l'intervista semi-strutturata in cui una traccia di intervista governa, seppure in modo flessibile, la formulazione delle domande, ma l'intervistatore ha facoltà di adattare alle esigenze degli intervistati sia le domande sia l'ordine in cui le pone.

La traccia pensata per i servizi riguarda sostanzialmente quattro argomenti principali: la rappresentazione dell'alcolismo, l'interpretazione del mandato di assistenza e di cura, l'offerta di trattamento e assistenza, i rapporti con gli altri soggetti pubblici e privati del territorio (vedi allegato A).

Per dare voce agli utenti dei servizi, sono poi stati realizzati due *focus-group*, la metodologia di indagine che meglio consente di far emergere i punti di vista, giudizi, pregiudizi, opinioni, percezioni e aspettative degli intervistati. E' un metodo conoscitivo che consente di analizzare come un problema si pone e si elabora sul piano collettivo, particolarmente idoneo all'esplorazione dei contenuti e delle molteplici dimensioni dei vissuti e delle rappresentazioni sociali su temi di rilevanza collettiva. Si tratta di una tecnica di rilevazione basata sulla discussione tra un piccolo gruppo di persone, in presenza di un conduttore e di un osservatore, focalizzata su un argomento che si vuole indagare in profondità.

La traccia utilizzata per stimolare la discussione è volta a cogliere la rappresentazione del problema e le storie personali degli alcolisti, dalla nascita del problema alla decisione di chiedere aiuto, fino alla scelta e alle opinioni sul trattamento (vedi allegato B).

Tutte le interviste e i focus-group sono stati registrati e trascritti letteralmente. In seguito i materiali così raccolti sono stati immessi in Atlas Ti, un software pensato per la gestione e il trattamento dei dati qualitativi.

I testi sono stati quindi codificati per temi narrativi, cioè "a prescindere dalle dimensioni dell'estratto di testo selezionato – riga vs paragrafo – e dalla saturazione dei contenuti. Il tema narrativo viene identificato dal ricercatore in riferimento alla sua natura di nucleo concettuale in sé e per sé concluso" (Chiarolanza, De Gregorio, 2007:34). Questa è infatti la modalità di codifica da preferirsi in casi di monologhi, come le interviste individuali, al fine di cogliere tutta la varietà di significati che gli attori hanno voluto esprimere.

I temi narrativi che sono stati identificati e trattati nei diversi capitoli stanno fra di loro in diversi tipi di relazione: possono rappresentare momenti successivi, consequenziali l'uno all'altro, possono essere incuneati uno dentro l'altro o sovrapposti in alcuni punti. Per questo alcuni temi trasversali ricorrono nei diversi capitoli dove vengono affrontati più o meno approfonditamente a seconda dello specifico oggetto d'indagine e del punto di osservazione. Nei diversi capitoli si alternano infatti le voci di chi ha un ruolo nella cura e nell'assistenza degli alcolisti e quelle dei diretti interessati.

## 2. Cos'è l'alcolismo?

Giovanni - Il termine preciso alcolismo è la malattia di persone dedite all'alcol.

Toni - Non e' una malattia, è un vizio.

Luisa - E' un vizio bravo.

Toni - Non e' una malattia, sennò sarebbero tutti malati, invece non è una malattia.

Giovanni - E' un vizio che crea una malattia.

Toni - E' una dipendenza dall'alcol: se fumo ho la dipendenza da sigarette.

Giovanni - Mi scusi, ma la dipendenza porta alla malattia.

Toni - Porta alla malattia dell'organismo, che è un'altra cosa.

Giovanni - Se lei apre il vocabolario cosa trova alla parola alcolismo?

Toni - Non c'ho mai fatto caso, nei decenni passati e' sempre stata una malattia ma non e' una malattia.

Piero - A me risulta di dar ragione a Giovanni.

Giovanni - C'è una differenza tra chi assume modiche quantità e grosse quantità, l'alcolismo è chi è dedito all'alcol, quindi è una malattia.

*(Giovanni: maschio, 60 anni, pensionato – Luisa: femmina, 46 anni, disoccupata – Piero: maschio, 50 anni, ricercatore – Toni: maschio, 50 anni, impiegato tecnico)*

L'acceso dibattito che si è scatenato tra i partecipanti al focus-group organizzato a Torino sul concetto di alcolismo ben rappresenta la difficoltà di inquadrare un fenomeno complesso come l'alcolismo in una definizione univoca. Pur nella sua semplicità la discussione ripercorre le principali interpretazioni che nel corso del tempo sono state accreditate a livello istituzionale e si sono stratificate nella cultura popolare, e lascia intravedere alcuni dei più importanti nodi su cui verte tuttora il dibattito.

Quello di alcolismo è infatti un concetto culturalmente determinato, che varia a seconda del contesto di riferimento e del periodo storico.

### 2.1 L'alcolismo come malattia

La prima importante svolta nell'evoluzione del concetto di alcolismo è consistita nel superamento - almeno nella comunità scientifica - del significato di **vizio** e nell'introduzione di quello di malattia. In realtà "l'abitudine al bere smodato" era stata definita una **malattia** già nel 1784 da Benjamin Rush, ma il concetto si è affermato pienamente in ambito medico solo nel XIX secolo. Questo cambiamento di prospettiva ha rappresentato in primo luogo una speranza di cura e di riscatto sociale per l'alcolista, sollevandolo, almeno ufficialmente, dalla responsabilità della sua condizione. Accanto alla visione dell'alcolismo come problema morale e quindi questione di ordine pubblico, si è andata sviluppando la definizione di problema medico e quindi di competenza sanitaria. E' in questo contesto che nel 1849 Magnus Huss coniò il termine *alcolismus chronicus* per indicare le conseguenze fisiche e psichiche derivanti dall'intossicazione cronica da alcol etilico.

Dopo quasi un secolo, gli Alcolisti Anonimi, nati negli Stati Uniti nel 1934, hanno contribuito al diffondersi del concetto di alcolismo come malattia veicolando l'idea di una sorta di allergia individuale e incurabile. Uno dei motivi della loro ampia diffusione è che, a differenza dei movimenti di temperanza, gli AA non sostengono che l'alcol sia pericoloso per tutti e in assoluto, ma solo per alcuni soggetti vulnerabili (Shaw, 1982).

AA, Torino, volontario

*Io credo che una volta alcolista, lo rimani per sempre.*



I tentativi di definire l'alcolismo come malattia si sono organizzati principalmente intorno all'individuazione delle cause o degli effetti del fenomeno, cercando di definire da un lato i fattori di predisposizione e le cause scatenanti, dall'altro una sintomatologia precisa.

La visione settoriale del problema che ha caratterizzato per molto tempo l'approccio alla cura, generalmente legata alla professionalità dell'osservatore, ha portato a considerare l'alcolismo come una malattia genetica, del sistema endocrino, del sistema nervoso centrale o una dipendenza psicologica.

Se tutti gli intervistati che a vario titolo entrano in contatto con gli alcolisti e si occupano del trattamento si sono riferiti all'alcolismo come a una condizione patologica, al di là delle differenze che andremo a evidenziare, dalla discussione che abbiamo riportato è invece evidente che il concetto di vizio non è ancora del tutto superato tra i diretti interessati, i quali probabilmente hanno vissuto sulla propria pelle il peso della stigmatizzazione.

## 2.2 L'ambiguità del concetto di dipendenza

L'OMS nel 1950 propose la seguente definizione di alcolista: "Sono bevitori eccessivi, la cui **dipendenza** dall'alcol raggiunge un grado tale da procurare disturbi psichici o conflitti nella loro salute somatica e psichica da disturbare le relazioni interpersonali, le loro prestazioni sociali e professionali".

In questa accezione la dipendenza viene associata al consumo eccessivo ma soprattutto alla pluralità degli effetti che si ripercuotono non solo sulle condizioni fisiche dell'alcolista, ma anche sul funzionamento sociale dell'alcolista. Sono diversi gli intervistati che si rifanno a questa definizione sottolineando il deterioramento della sfera relazionale.

Dip. Dipendenze Asl TO2 di Torino, Direttore

*Quindi io mi sentirei di dire che una persona è un alcolista quando ci siano diciamo, un po' entrambe queste parti; quindi una componente di dipendenza, di presenza ormai significativa, in diversi modi di declinare questa significatività, ma anche che ci sia qualcosa che comincia a incrinarsi nelle sue relazioni con l'ambiente, col mondo lavorativo, o con le persone intorno a lui.*

Ospedale Mauriziano di Torino, specialista in Gastroenterologia

*L'alcolismo è una condizione caratterizzata da due fenomeni: il primo la presenza nella persona di una dipendenza fisica e psichica all'alcol, il secondo la presenza nella famiglia di cui la persona fa parte, di un'interferenza da parte dell'alcol sul buon funzionamento della famiglia, quindi sul rapporto di coppia, sul rapporto genitori - figli, sul rapporto tra fratelli, sul rapporto col lavoro, con le finanze, col tempo libero, con la cultura, con l'educazione, quando ci sono questi 2 aspetti si può porre diagnosi di alcolismo dell'individuo e della famiglia.*

Ospedale Maggiore di Novara, Direttore Epatopatologia

*Fondamentalmente persone che continuano a consumare alcol nonostante che questo comporti le problematiche gravi, sociali, personali, questo secondo me è l'alcolismo.*

Nel 1977 lo stesso organismo internazionale ha sostituito il termine alcolismo con "sindrome da dipendenza alcolica", caratterizzata da "uno stato psichico e normalmente anche fisico risultante dall'assunzione di alcol e caratterizzato da alterazioni comportamentali o di altro tipo che sempre includono una compulsione ad assumere alcol in maniera continuativa o periodica, al fine di sperimentare gli effetti psicotropi e a volte per evitare il disagio della mancata assunzione; il fenomeno della tolleranza può essere più o meno presente". In questa nuova definizione sparisce il riferimento all'eccesso, procedendo dunque a una distinzione tra la dipendenza, caratterizzata principalmente dalla mancanza di controllo, e l'abuso.

La maggior parte degli intervistati concordano nel definire l'alcolismo una dipendenza e per descrivere il fenomeno citano i criteri che secondo il DSM IV<sup>2</sup> e l'ICD-10<sup>3</sup> definiscono la dipendenza.

Servizio di alcologia di Cuneo, Responsabile

*L'alcolismo è una dipendenza all'alcol, quindi il fatto di essere dipendente e non poterne farne a meno, e quindi avere manifestazioni, se uno non bevesse, di astinenza caratterizzata da quei sintomi, come tutte le dipendenze manifestano: craving, astinenza, tolleranza. Quindi di avere una dipendenza da una sostanza no, legale ma è una dipendenza.*

Medico di medicina generale, Torino

*E' una tossicodipendenza, riconosciuta dal DSM IV, dove si arriva a una dipendenza, forma progressiva di totale dipendenza dall'alcol, con conseguenze di tipo comportamentale e clinico derivate dai danni dell'alcol.*

Tuttavia, il fatto che la maggior parte degli intervistati concordi nell'identificare l'alcolismo con la dipendenza non significa necessariamente che i riferimenti concettuali siano gli stessi. C'è innanzitutto una certa confusione tra **dipendenza e abuso**, che non tiene conto della classificazione del DSM IV<sup>4</sup> e del fatto che nel 1993 lo stesso Board of the American Society of Addiction Medicine raccomandò di utilizzare un termine alternativo nelle diagnosi a causa della connotazione peggiorativa del termine "abuso" (Graham A. W., Schultz T. K., 1998). Tuttavia, si potrebbe argomentare che anche il termine di "depenca" adottato dall'OMS negli anni '60 e '70 portava già in sé un significato negativo legato ai concetti, diffusi soprattutto negli USA, di "personalità dipendente" e di "dipendente dal welfare" (Room, 2006).

Casa di Cura Città di Bra, Responsabile di Neuromedicina

*In genere io per alcolismo intendo l'abuso e la dipendenza da alcol.*

Medico di medicina generale, Novara

*L'alcolismo è l'abuso di sostanze alcoliche da parte di persone che non riescono a sottrarsi da questo abuso. Ossia, l'alcolista è quella persona dedita all'assunzione di una quantità eccessiva di alcol e da questa assunzione non riesce a farne a meno.*

Se per alcuni intervistati affinché si possa parlare di alcolismo è sufficiente il consumo di quantità eccessive di alcol, per altri la quantità non è significativa nel determinare la condizione patologica.

---

<sup>2</sup>Una modalità patologica d'uso della sostanza che conduce a menomazione o disagio clinicamente significativi, manifestati da almeno tre delle seguenti condizioni che ricorrano in un periodo di 12 mesi:

1. Tolleranza (bisogno di aumentare le dosi, effetto diminuito della stessa quantità)
2. Astinenza (sindrome psicofisica, sostanza assunta per alleviare le crisi)
3. Perdita di controllo (sostanza assunta in quantità e in tempi superiori al previsto)
4. Craving (tentativi infruttuosi di limitare o controllare l'uso, desiderio persistente)
5. Tempo (molto tempo speso in attività legate all'uso)
6. Riduzione o interruzione delle attività sociali-familiari-lavorative
7. Uso continuativo della sostanza nonostante la consapevolezza del problema o dell'esistenza di patologie correlate.

<sup>3</sup> Nell'International Classification of Diseases dell'OMS l'alcolodipendenza è definita come un insieme di fattori fisiologici, comportamentali e cognitivi in cui l'uso di alcol riveste per l'individuo una priorità sempre maggiore rispetto ad abitudini che in precedenza avevano ruoli più importanti. La caratteristica predominante è il continuo desiderio di bere. Ricominciare a bere dopo un periodo di astinenza si associa spesso alla rapida ricomparsa delle caratteristiche della sindrome.

<sup>4</sup> L'abuso, secondo il DSMIV, è una modalità patologica di uso di alcol, che comporta ricorrenti e significative conseguenze avverse. Affinché si possa parlare di abuso di alcol si devono manifestare nel corso degli ultimi 12 mesi, almeno due delle seguenti condizioni:

- a. uso ricorrente con incapacità di adempiere ai principali compiti lavorativi – sociali – familiari (assenze dal lavoro o da scuola, mancata cura della casa e della famiglia)
  - b. uso ricorrente in situazioni a rischio (guida, lavoro a rischio)
  - c. problemi legali correlati all'abuso (arresti)
  - d. uso continuativo nonostante la presenza di problemi individuali – sociali – familiari, causati o esacerbati dagli effetti della sostanza (liti coniugali, violenza)
2. sintomi non soddisfano i criteri per la dipendenza definiti dallo stesso DSMIV. (Ceccanti et al., 2000)

Ospedale Valdese di Torino, responsabile del reparto di Neurologia

*Non è che c'è scritto puoi bere 2 bicchieri, non c'è scritto, perché secondo me è la modalità, cioè se uno beve un whisky o due prima di entrare in ufficio e beve solo quelli, per me è già una modalità patologica del bere.*

D'altra parte l'utilizzo del parametro della quantità per separare il bere a rischio dal bere moderato, ha sempre riscontrato notevoli difficoltà nell'ambito della letteratura scientifica per la complessità di definizione dei concetti. Solo a proposito del bere moderato Kalant e Poikolainen (1999) hanno individuato almeno cinque significati con diverse implicazioni pratiche nella definizione dei rischi di danni per l'organismo: assenza di intossicazione alcolica, normalità statistica come ad esempio la media dei consumi di una data popolazione, assenza di danni alcolcorrelati, assenza di danni fisici, relazionali e sociali, e, infine, basso tasso di mortalità e morbilità a livello di popolazione.

Non c'è accordo nemmeno sul concetto di **uso continuativo** della sostanza, in altre parole se la frequenza nel tempo del consumo sia o meno discriminante nel definire l'alcolismo.

Ospedale Maggiore di Novara, Direttore di Psichiatria

*L'alcolista è colui che presenta danni fisici e psichici in larga misura permanenti in seguito a uso continuativo di alcol, di qualunque tipo.*

Medico di medicina generale, Novara

*Magari il venerdì sera, il sabato, non la domenica che vanno a lavorare, si ubriacano, ma io non mi sento di considerarli alcolisti, perché poi il lunedì, martedì, mercoledì e giovedì, fino al venerdì dopo sono persone normalissime che magari non toccano mai alcol.*

### 2.3 Oltre il concetto di dipendenza

Secondo Carl May (2001) una mancata uniformità del concetto di dipendenza riflette una debolezza intrinseca del termine che indica una combinazione di evidenze diagnostiche e di sintomi che invece hanno una natura soggettiva e che dipendono dalla auto-percezione del paziente. Secondo lo stesso autore, inoltre, la separazione tra il concetto di colpa e il concetto di predisposizione non è affatto definitiva nella concezione dell'alcolismo come dipendenza, poiché si ripropone nella distinzione dei fattori latenti e dei fattori scatenanti, e dunque nel riconoscimento che vi siano dei **comportamenti a rischio**, soggetti alla responsabilità dell'individuo.

Ospedale Civile di Saluzzo (CN), specialista in Medicina Generale

*La potenzialità dell'alcol di dare dipendenza esiste, è legata alla molecola, non alla quantità, quindi la mia definizione personale è di comportamento pericoloso, anzi, a rischio che diventa pericoloso.*

In questo contesto si colloca la visione dell'alcolismo come stile di vita e di consumo di alcol come comportamento a rischio che viene veicolata dai Club Alcolisti in Trattamento<sup>5</sup> (CAT): la negazione del concetto di malattia mette in crisi anche la medicalizzazione del problema, in quanto, secondo alcuni intervistati la medicina non è in grado di offrire un trattamento efficace: serve a curare le malattie alcolcorrelate, ma non il problema in sé.

CAT, Torino, volontario

*L'alcolismo è uno stile di vita. Non è né una malattia, è uno stile di vita perché noi lo definiamo stile di vita perché guardiamo che è sufficiente il consumo, né l'uso né l'abuso, ma semplicemente il consumo, per avere un comportamento a rischio, perché l'alcol è una molecola che condiziona i nostri comportamenti, perché essendo psicotropa, e allora la definiamo uno stile di vita non corretto.*

Ospedale Molinette di Torino, DEA, specialista in neurologia

---

<sup>5</sup> I gruppi di auto-aiuto fondati sulla metodologia di Vladimir Hudolin. Per una spiegazione più approfondita sui CAT si veda il capitolo 6.

*Io sposo ancora la tesi di Hudolin: l'ospedale con l'alcolista, meno c'entra. Perché se l'alcolismo non è una patologia ma uno stile di vita è inutile curarlo in ospedale, va curato fuori.*

La stessa Società Italiana di Alcolologia nella Consensus conference del 1994 (Ceccanti e Patussi, 1995:49) ha definito l'alcolismo con un concetto più ampio di quello di malattia e diverso da quello di dipendenza, mettendo in evidenza la molteplicità di cause ed effetti del fenomeno.

Servizio Alcolologia Asl TO1 di Torino, Responsabile

*L'alcolismo lo definisco per come è stato definito dalla società italiana di alcolologia: "Un disturbo a genesi multifattoriale sociale associato all'assunzione episodica e cronica di bevande alcoliche con presenza o meno di dipendenza capace di provocare una sofferenza multidimensionale che si manifesta in maniera diversa da individuo a individuo".<sup>6</sup>*

In questa come in altre **definizioni complesse** che sono state fornite dagli intervistati, si sottolinea inoltre la dimensione fortemente individuale dell'alcolismo, una **soggettività** che in un certo senso sembra negare la possibilità stessa di elaborare una definizione. In quest'ottica perdono così rilevanza sia il concetto di quantità, che quelli di malattia e di dipendenza.

Servizio di alcolologia di Novara, Responsabile

*Io definirei l'alcolismo in termini di relazione, di relazione patologica, disfunzionale, che viene a crearsi tra un soggetto e l'uso di bevande alcoliche che questo soggetto ne fa, non quindi con criteri di tipo medico, non in base alle quantità di alcolici bevute, non in base alla tipologia di alcolici, non in base alla frequenza, non in base alla presenza o meno di complicanze organiche alcolcorrelate che possono o non possono esserci, non in base alla presenza di fenomeni come la dipendenza fisica che può o non può esserci, eccetera. E' chiaro che poi l'alcol come sostanza chimica ha degli effetti farmacologici precisi, è in grado di indurre tolleranza, è in grado di indurre dipendenza fisica, ma queste cose finiscono per essere delle complicazioni aggiuntive. Io credo che si possa parlare di alcolismo quando si crea un rapporto disfunzionale e patologico tra un individuo e la sostanza alcol e questo rapporto può venire a crearsi sulla spinta di molti fattori diversi che possono attecchire ad ambiti diversi, da quelli puramente relazionali, situazionali appunto, oppure aspetti psicologici individuali, quindi legati alla struttura di personalità dell'individuo e anche poi in ragione di specifiche caratteristiche del suo aspetto biologico.*

Associazione ALISEO di Torino, Responsabile

*Partendo dal presupposto che l'alcolismo in quanto dipendenza si costruisce tra un disagio e una motivazione individuale che l'alimenta, e stili di vita condizionati da un contesto socioculturale che lo struttura, il metodo è proposto e caratterizzato da una particolare attenzione alla specificità dell'abuso e ai significati a esso attribuiti da ogni singola persona nei diversi momenti del suo percorso di uso, abuso di alcol; quindi per noi la definizione di alcolismo è questa che ha una sua natura molto individuale, quindi si innesta tra un disagio personale e un contesto che può rafforzare stili di vita che portano a un abuso alcolico.*

## 2.4 Le cause

Una diretta conseguenza del cambiamento di prospettiva è stato lo sviluppo degli studi sui fattori biologici nel determinare la malattia.

Tra i **determinanti di tipo organico** i primi ad aver attirato l'attenzione degli studiosi sono state le alterazioni genetiche. Le prime ipotesi di trasmissione ereditaria dell'alcol-dipendenza risalgono al XVIII secolo, all'epoca della prima grande epidemia alcolica mondiale, l'epidemia del Gin del 1720-1750, quando si evidenziarono gli effetti dell'alcol sul feto e successivamente sul bambino. Successivamente studi su famiglie, gemelli e bambini adottati hanno evidenziato una certa familiarità, ma non hanno mai portato a risultati definitivi per le difficoltà incontrate nel separare la componente ereditaria dalle componenti psicologiche e socioculturali (Russo, 1996; Liguori et al., 2006). Un più recente e affascinante settore di ricerca riguarda le alternazioni metaboliche, che possono essere causa di differenze individuali ed etniche per la predisposizione sia all'alcolismo che ai danni epatici. Infine, gli studi delle alterazioni neurofisiologiche mirano a comprendere i meccanismi della tolleranza e della dipendenza (Gerra et al., 2000).

---

<sup>6</sup> Definizione che è stata condivisa dalla SIA nella "Consensus Conference" del 1994.

Il dibattito, insomma, è tutt'altro che chiuso nel mondo scientifico, e, anche tra gli intervistati, si possono individuare i sostenitori e gli avversari dell'ereditarietà dell'alcolismo. Tra i sostenitori vi sono prevalentemente gli Alcolisti Anonimi, per le ragioni che abbiamo già detto, i medici specialisti e quelli di medicina generale.

Al-Anon, Torino, volontario

*Come previsto dalla nostra letteratura è una malattia della mente, che colpisce persone con carenze. Stanno studiando le cause, e sembra sia dovuto alla mancanza di un gene. Nelle persone che hanno la carenza di questo gene scaturisce la malattia dell'alcolismo... non riescono a resistere al richiamo dell'alcol.*

Ospedale Mauriziano di Torino, specialista in Gastroenterologia

*L'alcolismo è una malattia genetica, che quindi riguarda quanti geneticamente sono predisposti a diventare alcolisti, allora se noi abbiamo una prevalenza dell'1% di predisposizione genetica per l'alcolismo negli abitanti della città di Torino, avremo in 1% e ci saranno i depressi e ci saranno i non depressi, ci saranno i ricchi e ci saranno i poveri, e così via.*

Medico di medicina generale, Cuneo

*La considero una dipendenza, una malattia che nella mia esperienza ha una grossa base familiare.*

Ospedale Valdese di Torino, responsabile del reparto di Neurologia

*La storia della predisposizione genetica finalmente è solo una predisposizione, perché prima pensavano che fossero una tara, finalmente hanno fatto uno studio sensato su due gemelli monozigoti.*

Nel filone della predisposizione individuale si collocano anche le **teorie psicologiche**, che si pongono l'obiettivo di individuare tratti specifici di personalità che predispongono l'individuo all'abuso di alcol e alla dipendenza alcolica, la "personalità prealcolica", e le caratteristiche psicologiche dell'alcolista conclamato, "la personalità alcolica".

Tra le testimonianze degli intervistati si riscontrano i riferimenti a una personalità dell'alcolista particolarmente vulnerabile che sostanzialmente cerca nell'alcol un sostegno farmacologico per contenere stati di ansia o depressione.

Ospedale G. Bosco di Torino, direttore Medicina Generale B

*Sono dei disgraziati, dei fragili, essenzialmente io penso che sia tutta gente che beveva già il nonno, beveva il padre, beveva lui.*

AA, Cuneo, volontario, area Fossano-Saluzzo-Savigliano

*Io penso che ci siano caratteri più deboli... mia moglie è all'ospedale bevo, c'è festa bevo... sono triste bevo, l'alcolista è così.*

Medico di medicina generale, Cuneo – area Fossano-Saluzzo-Savigliano

*Diciamo che normalmente l'alcolista ha quasi sempre un sottofondo di depressione di sintomi psichiatrici. Il soggetto equilibrato e a posto è difficile che diventi un alcolista, diciamo che sono quelli che hanno problemi, il mal di vivere, chiamiamolo così.*

Ospedale Maggiore di Novara, Direttore di Psichiatria

*Il vero alcolista, quello che diventerà un alcolista cronico, è una persona che ha come tratto di personalità una grave insufficienza esistenziale e che usa come l'alcol per placare l'ansia, la depressione, eccetera.*

L'utilizzo di indicatori di tipo psicologico non permette tuttavia una netta separazione tra alcolisti e non alcolisti: tratti di personalità che sono tipici di persone con problemi di alcolismo sono anche presenti in individui che non bevono o bevono moderatamente. Questi tratti possono restare latenti per molto tempo, dare origine a problemi con l'alcol per effetto di circostanze eccezionali, oppure restare latenti per sempre, secondo un'interazione difficilmente leggibile in termini di causa-effetto.

Le **teorie sistemiche e relazionali** hanno invece spostato l'attenzione dall'alcolista alle relazioni che costui ha con il suo ambiente familiare e sociale. La complessità che emerge dalle ricerche effettuate in diversi ambiti disciplinari, secondo Moiraghi Ruggenini et al. (1997: 57), portano a definire le problematiche alcolcorrelate come una condizione di disagio psico-medico-sociale, dovuta a fattori di origine biologica, psicopatologica, sociale, culturale, relazionale, la cui complessità e interazione rendono impossibile l'individuazione di una sola causa.

Servizio di alcologia di Cuneo – area Fossano-Saluzzo-Savigliano, Responsabile

*E' una situazione complessa, in cui subentrano fattori di ordine biologico, organico, aspetti psicologici, sociali, quindi c'è una parte più sul versante sanitario, ma non solo perché comunque ci sono anche aspetti di tipo psicologico - sociale, è un fenomeno complesso, articolato.*

Gli autori mettono pertanto in discussione l'uso stesso del concetto di alcolismo, che andrebbe sostituito con "stili di vita alcolcorrelati". Questa è la visione dell'alcolismo che si è diffusa principalmente con il pensiero di Hudolin e che ancora oggi ispira il trattamento nell'ambito dei Club degli Alcolisti in Trattamento (CAT).

CAT, Novara, volontario

*La metodologia vede l'alcolismo non come il problema del singolo, ma della famiglia e l'alcolismo non come una malattia ma come uno stile di vita.*

Anche alla luce dei contributi sociologici alla spiegazione dell'alcolismo tutt'altro che omogenei, più che di cause, sarebbe più corretto parlare di **fattori favorenti**, che possono essere collocati su quattro livelli (Beccaria e Prina, 1996: 37):

- fattori ascrivibili alle dinamiche del sistema sociale globalmente inteso (la risposta alle proprie angosce e alla propria condizione di inadeguatezza sociale)
- fattori rilevabili nel contesto relazionale più prossimo all'individuo (quartiere, famiglia, ambiente di lavoro, gruppo dei pari, ecc.)
- fattori scatenanti o catalizzatori (eventi traumatizzanti nella biografia dell'individuo, come la perdita di identità dovuta all'esclusione dal mondo lavoro o a modifiche di ruolo, sradicamento dalle reti di relazione primarie, ecc.)
- fattori di rinforzo e di fissazione dell'identità deviante (l'assunzione della condizione di dipendenza come identità deviante è rafforzata dalle reazioni sociali e/o istituzionali).

## 2.5 In sintesi: la mancanza di una definizione condivisa

Non esiste tra gli intervistati, né tra chi si occupa del problema né tra chi ne è portatore, una definizione univoca e condivisa di alcolismo. Mentre tra questi ultimi il concetto di vizio e quello di colpa non sembrano scomparsi, tra i professionisti il riconoscimento dell'alcolismo come malattia sembra assodato, tuttavia si presta a una molteplicità di interpretazioni tutt'altro che convergenti. Queste si organizzano intorno a cause e effetti specifici, condizionati non solo dal punto di vista dell'osservatore – generalmente legato alla sua professionalità - ma anche dalla percezione soggettiva dell'osservato. Così l'alcol è per qualcuno una patologia organica ereditaria, per qualcun altro una malattia psichiatrica riconducibile a una personalità debole, per qualcun altro ancora una malattia che trova origine principalmente nella sfera relazionale e nell'ambiente di vita di una persona, quindi di carattere sociale.

La definizione più diffusa tra gli intervistati è quella di dipendenza, tuttavia il concetto, così come è andato via via modificandosi nel tempo, è tuttora in discussione. Specialmente tra coloro che si occupano specificatamente del problema si assiste al tentativo di darne una definizione che tenga conto della complessità dei fattori e degli effetti e quindi della molteplicità di forme che può assumere. In quest'ottica i criteri di quantità, craving, astinenza e tolleranza non sono più esaustivi per descrivere il fenomeno. L'alcolismo viene così ricondotto alla sua natura multiforme e soggettiva e sembra sottrarsi alla possibilità di essere definito secondo criteri specifici e universali.

### 3. Carriere alcoliche e valori d'uso

Durante l'intervista è stato chiesto agli intervistati di delineare dei modelli di "carriera alcolica", ovvero delle traiettorie tipiche nello sviluppo dell'alcolismo dal punto di vista delle abitudini alcoliche, dell'età di inizio del consumo, dei valori attribuiti alla sostanza e del ruolo della famiglia e delle reti sociali.

Adottando la prospettiva sociologica del corso di vita, "nella ricostruzione della carriera di un bevitore, una particolare attenzione deve essere focalizzata sugli eventi biografici che hanno indotto il soggetto a prendere in considerazione l'opportunità di modificare le proprie abitudini di consumo" (Scarscelli, 2006). Sono stati identificati quindi dei "turning point", delle situazioni ricorrenti che possono favorire il trasformarsi del consumo in problema e, successivamente, la presa di coscienza e la richiesta di aiuto.

Nel descrivere le situazioni tipiche di avvio della carriera alcolista gli intervistati spesso hanno fatto ricorso agli "stili del bere", ovvero a modalità di consumo definite da un particolare valore d'uso e collocate in un contesto specifico, che, in determinate circostanze, possono degenerare in uso problematico e quindi in dipendenza.

#### 3.1 La carriera tradizionale

La carriera più frequentemente descritta, citata da circa la metà degli intervistati, è quella che potremmo definire **tradizionale**, che si situa in una precisa cornice culturale legata agli usi e costumi di una generazione e descrive un'utenza "storica", che va via via diradando ma che, a oggi, costituisce ancora la parte prevalente. Questa carriera, che riguarda principalmente gli adulti di età avanzata e di sesso maschile, si connota per un consumo che nasce precocemente in un contesto in cui il bere è parte della normalità, secondo quella che è la cultura tipica del bere bagnato<sup>7</sup>, ossia di consumo di vino con un **valore d'uso** prevalentemente **alimentare**<sup>8</sup>. I paesi dell'area mediterranea, produttori e consumatori di vino, sono infatti caratterizzati da una forte integrazione dei consumi di alcolici nel vissuto quotidiano, in quanto le abitudini alcoliche sono consolidate, conosciute e accettate, e da una tardiva consapevolezza delle situazioni problematiche legate all'alcol. I valori d'uso prevalenti sono quello alimentare-nutritivo, caratterizzato dalla presenza quotidiana del vino durante i pasti, e quello socializzante, che vede diffuso l'utilizzo delle bevande alcoliche nei momenti di festa e di socialità (Beccaria, Prina, 1996: 22-23).

Dip. Dipendenze ASL CN1 – area Fossano-Saluzzo-Savigliano, Direttore

*Sicuramente nel target delle persone un pochino più anziane, ci sono persone che hanno sperimentato un uso di alcol, un uso di vino, come elemento più che altro culturale, parte della loro alimentazione, parte assolutamente inevitabile nella loro vita, fin da sempre, molti raccontano che fin da bambini utilizzavano l'alcol a tavola, con questo graduale aumento dell'utilizzo.*

Servizio di alcologia di Novara, Responsabile

*Nelle aree dove la cultura del bere tradizionale è ancora presente, dove la coltivazione della vite è molto diffusa, la produzione e il consumo di alcolici sono ancora radicati in una cultura vinicola tradizionale molto spiccata e il consumo di alcolici in quell'area, anche quando diventa abuso, è un abuso che segue un po' i canoni dell'alcolista tradizionale, cioè della persona che ha iniziato a eccedere ed eccede tuttora prevalentemente bevendo vino ai pasti.*

---

<sup>7</sup> La cultura bagnata del bere bagnata o mediterranea è caratterizzata da una completa integrazione delle bevande alcoliche nella vita quotidiana, con episodi di ubriachezza socialmente accettati, mentre nella cultura asciutta o nordica si beve prevalentemente nel fine settimana raggiungendo frequentemente l'intossicazione alcolica (Room, 1989; Beccaria e Prina, 1996)

<sup>8</sup> Per un approfondimento dei valori d'uso del bere si veda Forni (1997), "Stili e significati del bere", in Cottino A., Prina F., (a cura di), *Il bere giovane*, Franco Angeli, Milano.

Si tratta di carriere lunghe dal punto di vista temporale, che possono durare anche decenni, senza che si manifestino particolari problemi. Si inizia con un consumo che per effetto della tolleranza diventa abuso continuativo fino a raggiungere una condizione di dipendenza fisica anche importante, senza nemmeno essersene coscienti.

Ospedale S. Croce di Cuneo, Responsabile di Medicina d'Urgenza

*C'è il soggetto per cui l'abuso alcolico non è percepito come tale ma è culturalmente uno che beve molto, ma all'interno della famiglia in maniera accettata e che a forza di questo abuso continuativo raggiunge una situazione di dipendenza, in genere sono contadini.*

Servizio di alcologia di Novara, Responsabile

*Nel caso più classico, più tradizionale, più antico, la forma di abuso, di alcolismo che nasce, si impianta su questa tradizione del bere più antica, più italiana tra virgolette, più mediterranea, è una forma in cui i problemi emergono in maniera molto più progressiva e direi anche mediamente in fasce di età più avanzate; per quanto in questi casi qua il primo contatto con l'alcol sia molto precoce, perché in genere sono persone che hanno imparato a consumare alcolici fin da bambini, nella propria famiglia, introdotti al bere proprio in genere dalle figure parentali che a loro volta erano consumatori di vino. Però queste modalità del bere a pasto, poi del bere in quantità buone, discrete, e poi in quantità comunque eccessive, perché poi col tempo la tolleranza si manifesta e quindi c'è la tendenza ad aumentare, poi la fase, che dura anche decenni, in cui si raggiunge un livello anche elevato di consumo, però lo si mantiene senza apparentemente grossi problemi.*

CUFRAD, Centro per la Cura dell'alcolismo di Sommaria Bosco (CN), Presidente

*Prima di rendersi conto che la sostanza per loro era un bisogno, pensavano che fosse semplicemente un'abitudine.*

Associazione ALISEO di Torino, Responsabile

*Li si strutturava davvero una grossa dipendenza per cui si arrivava un po' all'abuso perché mi piace, ma lì c'era più un aspetto se vuoi sanitario, quindi veniva proprio a strutturarsi a livello più organico un legame con l'alcol e quindi con un livello di alcolemia che nel tempo diventava anche significativo e cominciavano a esserci certi danni a certi organi. Quindi il bere diventava quasi poi un bisogno fisico, perché comunque smettere voleva dire più sintomi astinenziali, però questa situazione arrivava dopo tanti anni e nel tempo.*

Proprio perché nasce in una tradizione culturale in cui il consumo ha prevalentemente una funzione positiva, **i familiari** non solo tollerano il comportamento dell'alcolista, ma spesso non si accorgono nemmeno che esiste un problema, o se ne accorgono solo dopo molti anni, generalmente per l'insorgere di una patologia fisica. Nelle culture dove il consumo di alcol è profondamente integrato nella vita quotidiana le persone tendono ad attribuire la responsabilità dei problemi all'individuo piuttosto che all'alcol (Room, 1989), così in certe situazioni la presenza può essere notata, ma non le si attribuisce alcun ruolo causale (Schmidt, Room & coll, 1999).

Servizio Alcologia Asl TO1 di Torino, Responsabile

*Nella fascia dell'alcolista primario, padre di famiglia o persone che hanno sempre bevuto, poi si sono sposate e hanno trovato in genere una moglie tollerante, collusiva che ha ampiamente partecipato e in altri casi è stata succube di questa situazione e anche con un discreto livello di vita [...] e poi succede qualche cosa, in genere questo qualche cosa ha a che fare con un problema medico.*

Dip. Dipendenze di Cuneo, Direttore

*Una lunga storia di uso poi di abuso e poi lo sviluppo della dipendenza [...] che nasce dalla tradizione culturale sostanzialmente direi, e quindi un istradamento tradizionale che va dalla famiglia e poi viene in qualche maniera fatto proprio dalla persona o dai familiari, e viene poi trascinato nel tempo senza essere percepito dapprima come un problema, e poi pian piano invece facendo sorgere i problemi o di tipo fisico o di tipo relazionale.*

Questo tipo di carriera viene perlopiù associata all'origine contadina, tuttavia alcune caratteristiche che la contraddistinguono, in particolare il contesto di normalità in cui si inserisce il consumo e la progressività con cui diventa nel tempo dipendenza, si ripropongono anche in altri ambienti territoriali e contesti lavorativi, laddove vi sia un certo grado di **prossimità** con le bevande alcoliche.

AA, Torino, volontario



*Il cuoco è una persona esposta. E' un modello di lavoro che riserva pericoli con l'alcol. Magari sono persone che hanno una vita normale, ma avendo il vino vicino, assaggiandolo, dovendolo usare in cucina, avendolo a portata di mano, avendo sete, per la temperatura dell'ambiente esagerano senza sapere il rischio e poi si trovano una dipendenza instaurata. Questo l'ho notato, è una delle professioni che può portare alla dipendenza non dovuta a traumi interni, ma a non conoscenza del problema.*

Casa di cura Villa Cristina di Torino, Responsabile Unità per Pazienti Psichiatrici

*Sono tanto i fattori culturali, la provenienza della famiglia di origine, le abitudini al bere gestito per molti anni riuscendo a mantenere il lavoro, qui c'è chi faceva il camionista oppure il rappresentante.*

### 3.2 La carriera farmacologica-anestetizzante

Un altro modello frequentemente citato dagli intervistati è lo sviluppo di un problema di alcolismo a seguito di un evento traumatico, come un lutto, una malattia, la rottura di un equilibrio. Se nella biografia di un individuo per evento si intende normalmente una transizione che determina un cambiamento, quando questa transizione assume la connotazione di disagio, con il passaggio da una situazione di equilibrio a una di squilibrio, provocando una sorta di spiazzamento, si utilizza il concetto di **evento critico o problematico**. Secondo Meo (2000), "l'aspetto critico sta nel fatto che, di fronte ad esso, le abituali modalità di funzionamento dell'individuo risultano inadeguate e, se non vengono attivati nuovi processi, producono sofferenza. L'alcol assume in questi casi un **valore d'uso** farmacologico, in particolare **anestetizzante**, consolatorio. Non necessariamente le persone che presentano questo tipo di esperienza avevano un rapporto di prossimità con l'alcol precedentemente all'evento stressante, mentre il processo che porta alla dipendenza può essere anche breve.

Servizio di alcologia di Cuneo – area Fossano-Saluzzo-Savigliano, Responsabile

*Ci sono delle persone che invece, magari per 30 anni sono dei perfetti bevitori moderati e poi succede qualcosa: gli muore un figlio, si separa, c'è un trauma, e allora c'è un uso della sostanza che diventa problematico o addirittura dipendenza, in quel momento.*

Direttore Dip. Patologia delle Dipendenze, Asl TO2 – Torino

*Altre possibilità invece sono anche in pazienti che non assumono, che non hanno una particolare prossimità, magari non sono astemi, però hanno un consumo regolare anche moderato di alcol, in cui l'alcolismo esordisce un po' come una frattura nel proprio stile di vita, legato proprio a un evento traumatico, quindi sono come una risposta disfunzionale ma difensiva alla situazione di tensione che c'è. Gli eventi traumatici possono essere diversi, possono essere la perdita del lavoro, possono essere un lutto, possono essere una separazione - tante volte io ho visto anche situazioni di separazione in cui il più delle donne non bevitrici hanno cominciato a bere - oppure anche eventi della propria vita molto stressanti, addirittura anche dei conflitti con altre persone, con persone amiche, hanno portato all'avvio di questa abitudine.*

Questo modello di carriera, che non viene associato a nessuno status sociale particolare, è invece frequentemente associato al genere femminile, al quale indirettamente è attribuito una particolare debolezza nell'affrontare la perdita di legami affettivi.

Direttore Dip. Patologia delle Dipendenze, Asl TO2 - Torino

*Forse, in questo livello qui vedrei forse una presenza femminile più elevato.*

Associazione ALISEO di Torino, Responsabile

*C'è sicuramente una sofferenza maggiore tra le donne, ci sono abbandoni, ci sono lutti, ci sono separazioni [...] potrebbe essere più un bere reattivo quello femminile, quindi come reazione a qualcosa.*

Ospedale Maggiore di Novara, Direttore Epatopatologia

*Poi abbiamo un'altra tipologia piuttosto frequente che è il consumo di alcol da parte di donne iniziato in anni non più giovani della loro vita, in concomitanza di lutti familiari o accompagnati da perdita di ruolo sociale.*

Non mancano comunque i casi di uomini, come ci ha raccontato un testimone diretto.

Toni - 50 anni maschio, impiegato tecnico, Torino

*Prima bevevo normale e magari c'era la sbronza il sabato d'inverno, poteva capitare quella cosa lì, ma poi quando è mancata mia moglie, un paio di anni dopo, ho iniziato a bere pesantemente una bottiglia di vino alla sera praticamente.*

C'è però chi mette in dubbio questo modello di carriera, o meglio, mette in evidenza la natura prettamente soggettiva della spiegazione causale, sottolineando che spesso è difficile discernere tra causa ed effetto.

Servizio di alcologia Asl TO2 di Torino, Responsabile

*A sentire i pazienti è sempre successo che loro hanno perso delle cose, quindi si sono messi a bere, ma se si fa una attenta analisi si vede che è sempre il contrario, loro bevevano tanto, si ubriacavano, non erano affidabili sul lavoro, non erano affidabili a casa, erano violenti, hanno avuto molti incidenti stradali, hanno avuto magari delle ripercussioni di tipo legale ecc., ecc., ecc., e quindi hanno perso tutto, però a sentire i pazienti è sempre il contrario.*

### 3.3 La carriera ansiolitico-prestazionale

All'origine dello sviluppo della dipendenza da alcol, secondo altri, c'è sempre una **funzione** farmacologica, ma più precisamente **ansiolitica**, non legata a un evento traumatico in particolare, ma piuttosto a una strategia, che diviene abituale, di affrontare con l'alcol le situazioni che generano stress, nell'illusione di aumentare le proprie **prestazioni sociali**. E' un tipo di carriera, questo, che viene associato in genere a giovani adulti, dai 40 ai 50 anni, e a entrambi i sessi.

Associazione ALISEO di Torino, Responsabile

*L'utente tipo nostro è un uomo o donna intorno tra i 40 ei 45 anni, che ha un'occupazione, la maggior parte sono persone che hanno un'occupazione, che ha una modalità del bere che spesso ha come finalità un utilizzo farmacologico e quindi l'alcol come uno psicofarmaco. Sostanzialmente poi se vai a leggere dietro questo, c'è una risposta a una difficoltà individuale. Sono depressioni, sono paure, sono aspettative non realizzate, sono sostanzialmente grosse delusioni della vita che magari altri affronterebbero diversamente, le fragilità individuali.*

Chi sviluppa questo tipo di rapporto con il consumo di alcol può avere iniziato a bere anche in età adulta e in maniera occasionale, poi il bere è diventato un'abitudine ed è insorta la tolleranza. Si sottolinea anche in questo modello di carriera alcolica la mancanza di consapevolezza dei soggetti che sviluppano il problema.

AA, Torino, volontario

*Può essere stato un approccio occasionale all'alcol, come lo è stato per me, associato allo scioglimento di alcune tensioni che avevo. Io avevo delle tensioni notevoli in quel momento, ho incominciato a bere diciamo sui 35 anni, abbastanza avanti, tensioni molto forti, mi sono accorto che stavo un po' meglio, ma non l'ho associato al momento, per cui ho preso l'abitudine a bere qualche dose di whisky e poco alla volta ho cominciato a berne sempre di più. Non ho risolto le tensioni, ma l'alcol ha accantonato il problema momentaneamente, e quindi è venuta l'abitudine.*

Ospedale Molinette di Torino, DEA, specialista in neurologia

*C'è una necessità inconsapevole di richiedere a questa sostanza di dare una certa carica, se vogliamo, e magari senza accorgersene se prima questa carica si otteneva con un bicchiere poi si passa a due e si passa a tre e quindi è una carriera che uno intraprende senza volerlo perché non se ne accorge.*

Molto spesso questo tipo di rapporto con le bevande alcoliche nasce nell'**ambito lavorativo**, dove l'alcol non è più usato per sopportare le fatiche fisiche, come accadeva in campagna, ma piuttosto per placare l'ansia e aumentare le prestazioni, per sopportare la precarietà o il peso delle responsabilità, per essere più brillanti nelle relazioni. Si sottolinea come questo modello di carriera si distingua nettamente da quello tradizionale, sia per i valori d'uso che per le bevande consumate, non più solo vino ma anche superalcolici. Tra i soggetti a rischio vengono citati soprattutto i lavoratori autonomi e quelli che hanno un stretto rapporto con i clienti, quali

i venditori, i commercialisti o gli assicuratori. Il problema si sviluppa facilmente in questo tipo di situazione lavorativa anche perché porta spesso alla frequentazione di bar e ristoranti, e ad abitudini, come quella dell'*happy hour*, descritta da chi l'ha vissuta come un "trampolino di lancio" verso i problemi alcolcorrelati.

Servizio di alcologia di Novara, Responsabile

*La modalità degli adulti io vedo che sta diventando quella di un utilizzo sempre più differenziato o anche un poliutilizzo di bevande alcoliche, molta birra, molto vino ancora certamente, ma anche superalcolici o quello che capita eventualmente, un utilizzo non più legato a una cultura di origine ma fatto per utilizzare l'alcol come sostanza psicotropa, per alleviare il peso del disagio della quotidianità, un peso che può essere determinato da tanti fattori, possono essere le difficoltà, i problemi, le tensioni legate all'ambito lavorativo che è sempre più esigente, competitivo, stressante, insicuro, fonte di insicurezza, di precarietà, sempre più precario, oppure legate all'ambito delle relazioni familiari, ai problemi di rapporto con i figli, a tante regioni che creano una situazione di base di disagio.*

Ospedale Maggiore di Novara, Direttore di Psichiatria

*Molte storie sono paragonabili a questa: un giorno va da un cliente per presentare il catalogo delle sue bilance e il cliente gli offre un cognac prima di parlare di affari e lui che non beveva, solo a sentire l'odore del cognac gli veniva la nausea, non gli è venuto il coraggio di dire di no e ha bevuto il bicchiere di cognac. Non gli era piaciuto, ma non si era mai trovato così a suo agio in una trattativa economica, da quella volta lì, anche se non gli piaceva, perché non gli piaceva il gusto, tutte le volte che doveva andare da un cliente importante passava a farsi il suo "cognacchino" e poi andava a trattare.*

Medico di medicina generale, Torino

*Maschio di età tra i 30 e i 50 anni con una buona collocazione sociale, una buona attività ad esempio un'attività non sedentaria che lo porti a spostarsi di qua e di là e un discreto grado di socializzazione, questi sono secondo me soggetti a rischio, perché non se ne rendono conto perché fanno aperitivi, poi pranzo e cena fuori, quasi sempre la bottiglia di vino, anche la sera, il convegno e queste cose qua.*

Carlo, 39 anni, commerciante - Cuneo

*Nel 2002 ho cominciato a lavorare in negozio quindi in negozio i clienti "Dai, andiamo a fare l'aperitivo" e lì è cominciata questa abitudine dell'*happy hour*, che secondo me lì è stato proprio il trampolino di lancio verso il problema, perché poi l'*happy hour* va bene qualunque giorno, va bene il lunedì, il martedì, il mercoledì, il giovedì, il venerdì, quindi comunque uno si abitua a uscire dal lavoro a passare, a bere due cose con gli amici, parole, chiacchiere, eccetera, eccetera e tornare a casa sempre con quel po' di stordimento. Uno non se ne accorge, ma quello diventa un bisogno, uno non vede l'ora di chiudere perché associa: finalmente ho finito di lavorare, passo, mi stordisco. Finché poi è diventato un problema perché sono arrivato specialmente nell'ultimo anno a essere quasi tutte le sere storditello.*

Secondo il punto di vista di uno psichiatra il valore d'uso farmacologico, sia ansiolitico che antidepressivo, è proprio ciò che definisce l'alcolismo, che farà del consumatore un alcolista cronico.

Ospedale Maggiore di Novara, Direttore di Psichiatria

*Credo che sia candidato a diventare alcolista chi usa l'alcol come un farmaco e non chi usa l'alcol, anche abbondantemente, perché gli piace, perché lo considera un alimento, perché la sua cultura lo considera così. Cioè il vero alcolista, quello che diventerà un alcolista cronico è una persona che ha come tratto di personalità una grave insufficienza esistenziale e che usa l'alcol per placare l'ansia, la depressione, eccetera.*

### 3.4 La carriera psicotropa

Il rapporto problematico con l'alcol può nascere infine da un uso ludico, caratterizzato da una ricerca volontaria e consapevole degli **effetti psicotropi** della sostanza, di un'alterazione dello stato di coscienza. Si tratta di una carriera di consumo che prende avvio in situazioni di festa dove l'alcol funge da lubrificante per le relazioni sociali e rende più brillanti, caratterizzato da

consumi elevati anche se ciclici. Si inizia in genere con il bere eccessivamente ogni week-end, poi l'eccesso diventa un'abitudine.

Dip. Dipendenze Asl TO2 di Torino, Direttore

*Diversamente invece la situazione in cui l'alcolfilia sia invece una componente più di tipo ludico, così come la ricerca di uno stato di coscienza un po' evasivo, in cui si può sviluppare un'abitudine all'uso di alcol anche elevato, anche se ciclico, per esempio periodi della settimana o del mese in cui si beve un po' di più [...] C'è una consuetudine all'uso di alcol di tipo volutamente diciamo da sub-ubriacatura, ma di tipo ludico, quindi situazioni di festa, situazioni para goliardiche, in cui però l'alcol, mano a mano, assume una funzione centrale.*

Ospedale Molinette di Torino, DEA, specialista in neurologia

*Vanno in discoteca, vanno al party, vanno con gli amici e non prendono Coca Cola, prendono un alcolico o un superalcolico perché questo li slega, l'unificante sociale, li fa parlare di più, riducono le difese, riducono i timori e quindi diventano brillanti, euforici, logorroici, quello secondo me è importante.*

Anche se è uno stile del bere che riguarda diverse condizioni sociali e anagrafiche, generalmente viene attribuito in modo particolare ai **giovani**, dove per giovani gli intervistati intendono una fascia di età piuttosto ampia che va dagli adolescenti ai trentenni.

Dip. Dipendenze Asl TO2 di Torino, Direttore

*Può essere relativo a diverse condizioni sociali anche di età, però diciamo è il profilo della persona, quello che una volta poteva essere il beone - in qualche modo è una dimensione più di evasione e ricerca del piacere - che utilizza una sostanza che in fondo è legale, anche rendendosi conto o meno dei problemi che può portare e quindi è un profilo di persona ovviamente meno spinto al controllo, alla performance, o anche ad avere una funzione di autocontrollo e superegoica più forte, più sviluppata, e può essere relativo sia a fasce giovanili, ma anche a fasce di media età o anche avanzata.*

Dip. Dipendenze Asl CN1 – area Fossano-Saluzzo-Savigliano, Direttore

*Poi c'è l'utilizzo più come strumento di ricerca di effetti euforizzanti, quindi l'utilizzo di alcol più nel modello di giovani, di alcuni più giovani.*

Servizio di alcologia di Novara, Responsabile

*Vi sono pazienti di giovane età, sempre più vicini alla minore età e qualcuno minorenni, che sviluppano problemi alcol-correlati a causa di un consumo di alcolici condiviso e sostenuto dalle loro compagnie amicali e nei loro ambienti di riferimento, esclusivamente finalizzato allo sballo, attuato al preciso di ubriacarsi.*

In questo modello di consumo non c'è più nulla dello stile del bere tradizionale: secondo qualcuno è evidente che il problema nasce proprio da una mancata educazione rispetto a quelli che sono i valori d'uso socialmente accettati e tipici della cultura italiana del bere, quali il valore alimentare e il consumo moderato. Si evidenzia come spesso i giovani<sup>9</sup> che hanno sviluppato problemi alcol-correlati non hanno l'abitudine di bere durante i pasti così come non si sono avvicinati all'alcol in età precoce e sotto il controllo dei genitori. Questa impressione sembra confermare gli studi che sostengono che il modello di socializzazione tradizionale, che ha caratterizzato e caratterizza tuttora la maggior parte delle iniziazioni al consumo di alcol in Italia, non eserciti tanto una funzione di incitamento al bere, ma piuttosto di controllo e protezione (Bonino et al., 2003).

CAT, Cuneo, volontaria

*In genere chi beve a tavola non fa una carriera da alcolista, la gente che arriva, soprattutto i ragazzi, non bevono a tavola, cercano un altro effetto. E' proprio emerso che loro a tavola non lo usano, lo usano per sballare. Però quello che io nel corso degli anni ho visto, è che le persone che diventano alcoliste a volte non hanno bevuto fino all'età di vent'anni; sono quelli che o hanno iniziato a far festa il sabato e la domenica, poi magari bevevano anche a casa, ma hanno sperimentato gli effetti dell'alcol sul cervello, non sulla digestione, questo è quello che ne traggio.*

A differenza della carriera tradizionale in cui vi è un inizio precoce e un aumento progressivo delle quantità consumate, quella psicotropa è una carriera dal decorso veloce: si inizia a bere

---

<sup>9</sup> Il riferimento in questo caso specifico è a giovani di età compresa tra i 24 ai 30 anni.

più tardi ma da subito con dosi elevate, che, su un organismo non abituato, determinano in pochi anni il manifestarsi di complicazioni acute di vario tipo, da quelle fisiche a quelle relazionali e sociali.

Servizio di alcologia di Novara, Responsabile

*Persone trentenni, venticinquenni, ventottenni, che però già manifestano complicazioni pesanti indotte da quella loro modalità di consumo alcolico; quindi complicazioni sia sul versante fisico, a volte, ma anche sul versante sociale, sul versante lavorativo, sul versante delle relazioni familiari, con i figli. Potrebbe essere il trentenne, che ha iniziato a bere più tardi, magari da 4 o 5 anni [...] quindi ha una storia molto più breve, magari ha iniziato a eccedere da quattro o cinque anni, però in questo tempo, su un organismo che prima non era sostanzialmente abituato all'alcol, questo consumo da subito pesante, ancorché relativamente limitato, ha delle conseguenze, ha perso il controllo sul bere, ha avuto già delle conseguenze pesanti e si rende conto di non poter gestire questo insieme di problemi. Sono delle carriere più rapide, più tumultuose e anche poi più problematiche, diverse proprio nella forma e nella tipologia di problematiche anche terapeutico-assistenziali che pongono.*

Qualcuno definisce questo stile di consumo "alcolismo da fine settimana" sebbene, proprio per la sua diversità rispetto alle carriere più tipiche delle fasce di età più anziane, esuli dalla tradizionale definizione di alcolismo, in primo luogo perché non vi è un consumo costante, quotidiano. Qualcuno che prima di entrare nei CAT ha sperimentato questo stile di consumo sembra invece non avere dubbi nel definirlo alcolismo, proprio in quanto associato alla ricerca dello "stordimento".

Dip. Salute Mentale Asl TO1, Responsabile CSM di Torino Nord

*La panoramica è sulla fascia giovane, alcolismo da fine settimana, da sballo... non c'è più la storia dell'alcolista, ma carriere di vita normale con episodi acuti di alcolismo. Diventa anche difficile dare una definizione di alcolismo con questi estremi.*

Carlo, 39 anni, commerciante - Cuneo

*Il mio scopo con l'alcol è sempre stato essenzialmente ludico, venerdì, sabato sera, weekend e vai, io non ho mai bevuto in settimana, non ho mai bevuto di giorno mi sono reso conto a un certo punto che i miei weekend degeneravano [...]. Dal mio punto di vista l'alcolismo comincia già da lì, comincia già dall'happy hour, quando ti cali tre così e poi vai a casa, o poi vai a ballare e ti bevi ancora due cocktail, lì comincia già l'alcolismo, perché se tu non riesci a fare una serata senza berti qualcosa, secondo me, già lì comincia a essere, perché? Perché tu cerchi lo stordimento dell'alcol, non bevi più il mezzo bicchiere di vino perché associato alla bistecca, perché quella è già una cosa molto adulta, poi questa è la mia esperienza, la mia storia.*

### 3.5 Le carriere femminili

In generale gli intervistati attribuiscono alle carriere alcoliche delle donne caratteristiche specifiche. Il bere femminile è descritto da tutti come un bere **solitario** e **nascosto**, con tutto ciò che ne consegue, in termini di ritardo nella richiesta di aiuto e quindi di aggravamento delle condizioni. Le impressioni degli intervistati concordano infatti con la letteratura secondo la quale la donna alcolista tende, più frequentemente dell'uomo, a bere e ad assumere sostanze in solitudine, spesso nell'intimità della propria casa e della camera da letto. Si tratta di un bere negato che passa attraverso espedienti penosi e dolorosi, come cene inventate per giustificare l'acquisto della bottiglia di vino, vuoti nascosti in ogni angolo o anfratto, rinfrescanti per l'alito a profusione (Corsetti, 1994; Pierlorenzi, Senni, 1994; Blume, 1995).

Le rigide limitazioni all'accesso della donna alle bevande alcoliche hanno radici antiche e sono di natura culturale e sociale (Beccaria, 1999): all'origine della differenza di tolleranza degli abusi maschili e femminili vi sarebbe il desiderio di salvaguardare il ruolo di madre e di sposa della donna (Pyorala, 1995). Questo aspetto si avverte maggiormente nelle zone a tradizione rurale, come il cuneese, dove sembra che lo stato di alcolista e la condizione di donna diano luogo a una doppia emarginazione che avviene sia a livello di ambiente sociale in cui la donna vive sia all'interno della famiglia (Noventa, 1993).

Dip. Dipendenze di Cuneo, Direttore

*La carriera femminile è molto più nascosta, difficilmente hai la donna lavoratrice che beve per lavorare, o in maniera prestazionale, è il bere prestazionale della casalinga insomma, o comunque della donna che sta a casa, quindi molto più nascosto e viene fuori molto, molto, molto, molto più tardi, con drammaticità spesso molto superiori.*

Dip. Dipendenze Asl CN1 – area Fossano-Saluzzo-Savigliano, Direttore

*Il bere è vissuto con molta più drammaticità, con molta più sofferenza, con molta più solitudine.*

Associazione ALISEO di Torino, Responsabile

*Per le donne comunque ancora è vissuto come un senso di vergogna il bere, quindi è un pochino più nascosto e spesso quando poi la cosa viene fuori, viene fuori in modo molto più drammatico, c'è ancora una sorta di riservatezza, c'è una sorta di pudore, però c'è sicuramente una sofferenza maggiore tra le donne.*

La pesante stigmatizzazione sociale che subisce la donna alcolista non può che risvegliare in lei pesanti sensi di colpa e di vergogna che la portano inevitabilmente a vivere il consumo di alcol con maggiore rimorso rispetto agli uomini. Il risultato è quello del rifugio nella menzogna e nella clandestinità. La carriera dell'alcolista donna viene descritta dagli intervistati come più rischiosa di quella degli uomini, anche in termini di probabilità di successo del trattamento. La negazione del proprio bere, infatti, porta con sé rilevanti conseguenze sul piano del recupero.

Ospedale Civile di Saluzzo (CN), specialista in Medicina Generale

*Il problema è più spesso nei casi di alcolismo femminile che sono davvero difficili da trattare e hanno una prognosi peggiore: posso dire, ma è un dato grossolano, che se il 70% delle persone che accettano il programma a lungo termine lo porta avanti e risolve il problema, tra le donne sarà il 30%.*

Se da un lato sono molte le testimonianze che definiscono precise specificità dell'alcolismo delle donne, dall'altro lato si mette in evidenza un cambiamento in atto che sta avvicinando il bere femminile a quello maschile e che riflette il più generale avvicinamento dei ruoli sociali dei due generi. Tale fenomeno è riscontrabile prevalentemente nelle fasce di età più giovani, che meglio rappresentano i cambiamenti sociali, e nelle aree metropolitane. Le impressioni degli intervistati vanno a supporto di diversi studi sull'alcolismo femminile che hanno evidenziato come i processi di emancipazione, se da un lato hanno portato a una maggiore accettazione sociale del bere femminile e quindi a un incremento del consumo da parte delle donne e a nuove situazioni e contesti di consumo, dall'altro, creando situazioni di crisi e di conflitto, ne hanno incoraggiato l'abuso. Accanto allo stereotipo della casalinga frustrata e depressa che annega la sua solitudine nella bottiglia, vi sono nuove figure di donne che sviluppano un rapporto problematico con l'alcol. Da una indagine (Melloni et al., 2000) condotta su una popolazione di donne italiane emerge che le bevitrice problematiche appartengono alla fascia di età di 30-49 anni e dispongono di un diploma di scuola superiore o di laurea. Si tratta di una popolazione femminile attiva che spesso lega il bere a situazioni ricreative.

AA, Torino, volontario

*Direi che oggi come oggi, la donna che inizia la carriera alcolica, o che l'ha iniziata negli ultimi 7-8 anni, ha una tipologia molto simile a quella maschile, proprio perché oggi la donna è nel mondo maschile, è nel lavoro, nell'impegno nella stessa maniera dell'uomo, oltretutto con difficoltà molto maggiori rispetto all'uomo, un handicap dovuto al maschilismo, quindi ha forse più stress la donna, quindi ricorre di più all'alcol.*

Associazione ALISEO di Torino, Responsabile

*Nelle nuove situazioni, tra i giovani secondo me questa diversità di genere non c'è, nel senso che c'è sempre più un modello abbastanza comune, cioè le ragazzine fanno esattamente quello che fanno un po' i ragazzini, più o meno insomma.*

Viene citato spesso a proposito del bere femminile il valore d'uso farmacologico abbinato al consumo di amari che secondo la farmacopea tradizionale hanno proprietà digestive e che per il sapore più zuccherino e aromatizzato sembrano essere la tipologia di bevanda prediletta dal genere.

Ospedale Molinette di Torino, DEA, specialista in neurologia

*Ad esempio nelle donne a volte uno comincia a bere un Fernet, perché le donne il Fernet lo usano "perché fa bene" e digeriscono e poi si accorgono che con il Fernet i problemi che eventualmente*

*hanno li affrontano meglio, si sentono meglio e poi cominciano a prenderne due, prenderne tre e diventano alcoliste senza accorgersene.*

### 3.6 Il ruolo della famiglia nelle carriere alcoliche

Al familiare dell'alcolista viene spesso attribuito un ruolo ambivalente, perché da un lato è colui che può favorire la presa di coscienza del problema e aiutare la persona a uscirne, ma dall'altro può assumere un ruolo collusivo e contribuire al suo radicamento.

Servizio Alcologia Asl TO1 di Torino, Responsabile

*Quello della famiglia, all'inizio, è un ruolo collusivo, è partecipe, poi può diventare un elemento di cambiamento a determinate condizioni.*

Ospedale Mauriziano di Torino, specialista in Gastroenterologia

*L'alcolismo e i rapporti di coppia poi per anni e anni si nutrono a vicenda, ma non è nato un minuto prima né l'uno né l'altro.*

Secondo la prospettiva sistemico-relazionale l'alcolismo è sempre un fenomeno che riguarda la famiglia nel suo insieme, una patologia del nucleo familiare più che del singolo individuo, che, all'interno di esso, assume il ruolo del **capro espiatorio**.

Ospedale Maggiore di Novara, Direttore di Psichiatria

*Per la questione familiare possiamo anche rifarci a qualche teoria che però funziona, cioè se c'è una patologia familiare di un qualche tipo può darsi benissimo che l'individuo "più debole" sia quello che si ammala affinché la famiglia possa andare avanti così com'è. La teoria del capro espiatorio. È chiaro che se c'è una famiglia che fa acqua da tutte le parti e che si sgretolerebbe completamente, se ha il problema che uno beve, allora tutta la famiglia è abbastanza coesa nell'occuparsi di questo e i problemi di fondo della famiglia possono essere accantonati per decenni.*

Dip. Dipendenze Asl TO2 di Torino, Direttore

*Il fatto che uno dei membri possa sviluppare un sintomo di uso di sostanze, di sofferenza emotiva, potrebbe essere un frutto di una pressione inconsapevole che la famiglia esercita in quella direzione, quindi in questo senso la famiglia non può troppo precocemente soccorrere un membro che è stato inconsapevole spinto a diventare un membro di una famiglia sofferente che, come dire, focalizza e esprime su di sé una parte della sofferenza della famiglia.*

La maggior parte degli intervistati vede nella **negazione**, nel tentativo di sminuire o occultare il problema, uno dei risvolti principali dell'alcolismo quale patologia del nucleo familiare, perché "una famiglia con un membro alcolista si organizza intorno all'alcol e, pur tra difficoltà, tensioni e conflitti, tende a mantenere una condizione di omeostasi" (Furlan, Picci, 1990:219). In questo contesto anche i conflitti sono solo apparenti, poiché si riproducono in interazioni circolari che non giungono mai a un esito.

Medico di medicina generale, Cuneo

*C'è una tendenza a sminuire, a dire be', ma una bottiglia a pasto in due o tre può andare, da parte della famiglia stessa, che accondiscende giustificando il bevitore perché fa un lavoro pesante, è stanco; secondo me tendono molto a sminuire.*

Ospedale Civile di Saluzzo (CN), specialista in Medicina Generale

*Uno si arrabbia, discute ed esce irritato, va al bar e beve il doppio e poi dice "è tutta colpa tua, se tu non mi rompesti le balle io non berrei tanto così". La moglie disperata non sa cosa fare, "se non faccio niente lui si distrugge, se faccio qualcosa lui distrugge me, cosa faccio?".*

A questa dinamica della famiglia come sistema a sé, si aggiunge, specialmente nei piccoli paesi, il desiderio di proteggere l'alcolista e di conseguenza la sua famiglia, dalla riprovazione sociale della comunità. Questo capita in particolare se a bere è una donna.

Casa di Cura Città di Bra, Responsabile di Neuromedicina

*La famiglia si accorge dopo parecchie prove evidenti che la persona abusa di alcol, soprattutto se si tratta di donne. "Possibile? Ma io è poco che me ne sono accorto", quando magari è 20 anni che le mente. E poi facendo confessare ci si accorge di cose, ci sono delle situazioni in cui uno ha*

sotto gli occhi tutto, ma non per distrazione, perché uno privilegia uno sfondo, non riesce a vedere quello che è l'evidenza.

Medico di medicina generale, Novara

*Queste persone vivono nel nido casalingo e sono protette dal nido. Quindi la famiglia non fa nulla per disassuefarli dall'alcol, loro non raggiungono un livello di ubriachezza tale da essere molesta o se lo raggiungono non è una cosa che allarma più di tanto o mette in pericolo la famiglia, per cui la famiglia non chiede aiuto, tende a mascherare e subisce queste persone che continuano a bere; perché è considerato un peccato per chi beve, ma anche per la famiglia di chi beve, avere un alcolista in casa mette sicuramente in cattiva luce, secondo la mentalità paesana.*

Spesso a supporto della teoria sistemica si citano i casi in cui risolto il problema dell'alcolismo si spezzano i legami familiari. Tali esempi non mancano nell'esperienza lavorativa degli intervistati.

Ospedale Mauriziano di Torino, specialista in Gastroenterologia

*Lui aveva ripreso ad avere un rapporto bellissimo con questo figlio che quand'era alcolista non aveva, tutto bene, nell'estate del 2007 decide scelleratamente di provare a ricostruire il suo rapporto con la ex moglie, io l'ho supplicato di non farlo, perché ero convinto che fosse un grave errore, e lui l'ha fatto lo stesso e contestualmente a questo tentativo è ricaduto.*

Ospedale Maggiore di Novara, Direttore di Psichiatria

*Se per caso questo povero diavolo guarisce, la situazione esplode.*

### **3.7 L'alcol nella comorbilità**

Prima di spiegare le funzioni del bere in soggetti che presentano disturbi psichiatrici, è d'obbligo fare una premessa sulle difficoltà di individuare nella "doppia-diagnosi" il fattore scatenante e quello scatenato, ovvero di distinguere i casi di alcolismo primario e di alcolismo secondario, problema sul quale verte, come vedremo, gran parte del dibattito tra Servizi per le tossicodipendenze e Dipartimenti di Salute Mentale. La situazione può essere ancora più complicata se, come capita, i disturbi psichiatrici sono più d'uno o il consumo di altre sostanze si somma a quello dell'alcol, che, comunque, in quanto legale e facilmente accessibile, è il più diffuso.

Ospedale Maggiore di Novara, Direttore di Psichiatria

*Quando dico doppia diagnosi intendo uno schizofrenico che beve, e non si sa se è diventato prima schizofrenico o se ha iniziato a bere, o un fobico che beve per superare un'angoscia fobica o un depresso che beve prima di andare dal medico per curare la sua depressione. Sto semplificando tantissimo, perché poi la psicopatologia è complessa, ma può esserci un alcolismo successivo alla sintomatologia psichica, o qualche volta precedente, ma noi non lo sappiamo mica bene che cosa fa. Sappiamo tante cose, ma non tutto e non mi stupirei se venisse fuori che l'alcol provoca dei danni che possono poi essere alla base di una sintomatologia psichica di altra natura. Senza contare tutte le ricerche di tipo genetico in cui sembra addirittura, ma non c'è nessuna prova definitiva, che il desiderio di assunzione d'alcol e la depressione stiano sullo stesso piano, sono dello stesso genere. Infatti i genetisti spesso sottolineano questo.*

Ospedale Molinette di Torino, Direttore Psichiatria 2

*Di solito c'è una forte associazione, una forte comorbilità tra disturbi mentali e alcol, nel senso che spesso i pazienti con depressione per esempio, ma non solo, utilizzano alcol e tante altre sostanze, per cui il famoso problema della doppia diagnosi, che poi può essere anche più che doppia nel senso che un paziente può avere anche tre o quattro problemi, c'è un disturbo mentale più l'uso di una sostanza, o più disturbi mentali e l'uso di una o più sostanze, questa è un'associazione che in letteratura viene descritta come molto forte, capita spesso. Nell'ambito di questi problemi c'è anche l'uso di alcol che comunque è al primo posto tra le sostanze, è sicuramente la sostanza d'abuso più diffusa anche perché è legale, è facile da raggiungere, può costare anche molto poco.*

Tralasciando momentaneamente la questione per affrontarla meglio in seguito, si possono fare alcune considerazioni di massima che riguardano il consumo di alcol in pazienti che sono affetti da qualche disturbo psichiatrico, associazione che, innanzitutto, risulta frequente. Il valore



d'uso prevalente in questo tipo di soggetti è quello **farmacologico** - l'alcol viene usato come un'automedicazione – e la carriera alcolica è rapida. L'alcol può servire a gestire il problema psichiatrico attenuandone la percezione, coprendone i sintomi.

Servizio di alcologia di Cuneo – area Fossano-Saluzzo-Savigliano, Responsabile

*[In soggetti con] problemi sul versante psichiatrico, è possibile che la carriera sia anche abbastanza accelerata, veloce, anche perchè diventa un'automedicazione, quindi la persona si cura da sola con la sostanza.*

Dip. Salute Mentale di Novara, Direttore

*L'alcol è usato, vissuto come un sostanza che attenua, autoterapica, attenua l'angoscia, gli effetti dispercettivi.*

Dip. Salute Mentale Asl TO1, Responsabile CSM di Torino Nord

*Spesso in concomitanza dell'esordio della patologia psichiatrica si innesca l'uso e l'abuso smodato dell'alcol per coprire spesso i sintomi della malattia psichiatrica.*

Quello più citato è l'uso **antidepressivo**, di alleviamento del dolore, che, secondo qualcuno, riguarda un caso di depressione su due. Oltre a questo vengono segnalati l'uso **sedativo**, frequente nei soggetti schizofrenici, e quello più legato alla ricerca del **piacere**, associato spesso ai problemi di personalità.

Dip. Salute Mentale di Novara, Direttore

*Ci sono prima di tutto due tipi di uso, un uso prevalentemente per piacere e uno per sofferenza, rappresenta una componente rilevante per l'alleviamento di una sofferenza psichica, poi c'è una ricerca di piacere. Uno tossicofilico, un rapporto totalizzante con la sostanza e questo vale per le droghe ma anche per l'alcol, e questo uso lo vedo nel disturbo di personalità. Per gli schizofrenici invece vedo l'alcol e il suo uso come un vero sedativo, la depressione anche, nei casi di depressione grave la componente autoterapica è molto forte. Boderline e disturbi di personalità di carattere impulsivo utilizzano poi più sostanze alla ricerca di uno sballo e non solo come auto-terapia. Mescolano alcol con nuove droghe ma questo soprattutto nei giovani con un considerevole disturbo di personalità.*

Casa di Cura Città di Bra, Responsabile di Neuromedicina

*Secondo me un depresso su due, sperimenta in qualche modo che l'alcol è un farmaco e gli dà un beneficio. Per qualcuno è una cosa occasionale e passa, per qualcuno invece c'è un forte uncinamento per cui anche passato l'episodio depressivo, passa dall'uso di compenso all'alcolismo indipendente essendo a risolto il problema depressivo.*

La testimonianza di un diretto interessato fa comprendere come la tentazione di un sostegno, benché momentaneo, sia più forte della ragione.

Raffaele, 58 anni, pensionato, Torino

*Io all'età di 19 anni ho iniziato ad avere problemi di depressione molto gravi, la mia vita è trascorsa dovendo vivere in comunanza con questa malattia e allora abbinavo il bere agli psicofarmaci, veramente da idioti che però, nel momento in cui ho messo in pratica questa tecnica mi sembrava funzionasse, pensavo mi aiutasse a superare. Io avevo coscienza che questi cicchetti non risolvevano nulla, non è che fossi avulso da questa convinzione, certamente non volevo smettere, perché in quel momento era una cosa che sembrava mi aiutasse, e quindi pur essendo cosciente che alla fine non avrebbe sicuramente fatto bene, io continuavo.*

### 3.8 Polidipendenza e policonsumo

La polidipendenza e il policonsumo vengono letti dagli intervistati come comportamenti tipici e frequenti nei tossicodipendenti, ma meno diffusi tra gli alcolisti, almeno quelli "tradizionali", e più frequente tra quelli "giovani".

Ospedale Molinette di Torino, DEA, specialista in neurologia

*Mentre è facile che il tossicodipendente usi e abusi di alcol, forse è un po' più difficile che un alcolista faccia uso di stupefacenti [...]. Diciamo che l'alcolista cronico in genere non passa alla*

*droga, mentre il drogato passa all'alcol, cioè una doppia dipendenza nei tossicodipendenti secondo me c'è.*

Presidio Riabilitativo Ospedaliero Fatebenefratelli (TO), Responsabile Psichiatria

*Le differenze ci sono ovviamente, perché mediamente gli alcolisti più anziani hanno quel problema lì o hanno avuto quale problema lì e basta, mentre negli alcolisti più giovani, molto più di frequente, il problema è associato ad altre tossicofilie o tossicopatie.*

Un fenomeno frequentemente descritto dagli intervistati è quello della "**diversione**", cioè lo spostamento della dipendenza da una sostanza all'altra. Le combinazioni sono molteplici: da una droga come l'eroina all'alcol, dall'alcol ad altre droghe, oppure ancora vi possono essere casi in cui si inizia con l'alcol, si passa alla droga e, infine, si ritorna all'alcol.

CUFRAD, Centro per la Cura dell'alcolismo di Sommaria Bosco (CN), Presidente

*Diventavano alcolisti perché prima erano stati eroinomani, hanno smesso con l'eroina e hanno iniziato a bere.*

Servizio di alcologia Asl TO2 di Torino, Responsabile

*Poi abbiamo delle politossicodipendenze, i policonsumatori, che iniziano in genere con l'alcol, passano alle droghe pesanti magari per via iniettiva per un certo periodo, anche lungo, sospendono le sostanze stupefacenti e riprendono l'alcol. Magari hanno già fatto un percorso molto complesso con il SerT, magari hanno già fatto anche dei percorsi di comunità, hanno assunto metadone per molto tempo, hanno fatto un iter magari anche di 10-15 anni di tossicodipendenza e poi hanno concluso questa fase, però concludendo l'uso delle sostanze, hanno virato di nuovo verso l'alcol, e queste sono persone, uomini e donne che hanno però un comportamento di tipo tossicomano molto forte, anche se sono alcolisti, nel modo di comportarsi con gli altri, nella relazione, nella modalità di porsi nel mondo.*

Secondo la maggioranza capita più spesso che in un secondo tempo si propenda per l'uso di alcol, in quanto sostanza legale, facilmente reperibile e meno costosa, piuttosto che il contrario. Dalla testimonianza di un diretto interessato si direbbe inoltre che, anche in chi ha avuto una storia di tossicodipendenza e di cura, manchi la consapevolezza della pericolosità dell'alcol.

Servizio di alcologia di Cuneo – area Fossano-Saluzzo-Savigliano, Responsabile

*Ci sono le persone che iniziano con altre sostanze, iniziano il consumo problematico con altre sostanze, in genere il consumo di alcol c'è sempre, è difficile che tu trovi una persona che utilizza pastiglie, utilizza hashish e sia astemio, in genere non è mai astemio, quindi il consumo c'è sempre, però diventa problematico magari quando si "libera", si affranca dall'uso di una certa sostanza, per dire, una persona che consuma pasticche e a un certo punto si rende conto che sta esagerando e fa qualcosa, o consuma eroina e cerca di venirne fuori, a volte vira sull'alcol.*

Presidio Riabilitativo Ospedaliero Fatebenefratelli (TO), Responsabile Psichiatria

*L'alcol è una droga sostitutiva spesso per i tossicodipendenti che o non hanno più i soldi per comprarsi sostanze più care e meno disponibili, o hanno deciso di smettere, o vogliono sballare con sostanze legali e non illegali.*

Mario, 33 anni, idraulico, Torino

*Io ho avuto un passato da tossicodipendente ho fatto un cammino in comunità, sono uscito nel '96 dopo 27 mesi di comunità; avevo 21 anni quando sono uscito dalla comunità è cambiata la sostanza, è un po' come mangiare un piatto di pasta, un bicchiere oggi un bicchiere domani, non sono diventato un alcolista così, ci sono stati dei passaggi, le quantità alcoliche erano sempre in aumento fin quando non sono più riuscito a gestire la bottiglia.*

Una associazione che viene citata spesso e sembra in aumento è quella di **alcol e cocaina**, sostanze simili per i valori d'uso che in esse vengono ricercati, quello psicotropo e quello prestazionale. Questa associazione è funzionale anche a stabilizzare gli effetti indesiderati delle singole sostanze grazie alla formazione, a seguito del consumo combinato, di una nuova molecola, la cocaetilene.

AA, Torino, volontario

*Negli ultimi anni si è manifestato molto alcol e cocaina, sono ambedue droghe psicotrope, che generano euforia all'inizio e quindi le persone assumono alcol e cocaina per aumentare le*

*prestazioni, senza accorgersi che poi le prestazioni decadono, è solo un'illusione. Alcol e cocaina è l'associazione maggiore in questo momento. L'utente con questo tipo di dipendenza è solitamente un giovane, per quanto io credo che l'associazione alcol e cocaina sia anche molto presente in persone di un certo livello, che hanno un certo livello professionale, proprio per tenere fede ai propri impegni che sono molto forti.*

Ospedale Valdese di Torino, responsabile del reparto di Neurologia

*Il problema è quando mischiano, perché si forma proprio una molecola chimica che si chiama cocaetilene che è uno stabilizzatore delle due sostanze, cioè stabilizza la cocaina affinché questa cocaina non dia questi effetti. La cocaina se se ne usa troppa, dà degli effetti collaterali che sono insopportabili, che sono gli effetti del sistema nervoso vegetativo, cioè uno suda, ha la tachicardia, arriva fino all'attacco di panico, allora loro ci mettono dentro l'alcol perché l'alcol fa sì che a questi effetti uno non ci arrivi e quindi stabilizza; peraltro la cocaina permette di stabilizzare la depressione che dopo un po' l'alcol ti dà.*

In tema di polidipendenza un'altra associazione frequente è quella con gli **psicofarmaci**, prevalentemente ansiolitici e antidepressivi, che riguarda soprattutto i giovani adulti.

Ospedale Maggiore di Novara, Coordinatore DEA

*I cocktail più frequenti sono alcol e ansiolitici e antidepressivi, questo soprattutto nelle persone più giovani, intorno ai quarant'anni. Vengono molto raramente abbinati ai neurolettici, molto più raramente.*

Il policonsumo viene invece attribuito dagli intervistati soprattutto ai giovani, secondo l'opinione diffusa che le notti in discoteca favoriscano i mix di sostanze stupefacenti, che possono avere conseguenze anche gravi, come quella di slatentizzare le patologie psicotiche.

Presidio Riabilitativo Ospedaliero Fatebenefratelli (TO), Responsabile Psichiatria

*Molto spesso adesso i ragazzi pasticciano, quindi calano due ecstasy e 3 gin fizz, poi ci ficcano un tiro di coca e avanti, i giovani, gli anziani no.*

Dip. Salute Mentale di Novara, Direttore

*Il poliabuso è frequente soprattutto tra i giovani, quello che voglio dire è che il poliabuso slatentizza più facilmente gravi patologie psicotiche, anche nei giovani dove magari si sarebbe potuto attuare una strategia per tamponare il disturbo comportamentale, il poliabuso e la complicità patologica che ne derivano rendono difficile il possibile recupero, non c'è possibilità di compenso sociale, di riadattamento.*

### 3.9 L'alcol per gli stranieri

La cultura del bere degli immigrati viene paragonata dalla maggior parte degli intervistati alla cultura asciutta dei paesi anglosassoni e a quella dei giovani. Viene descritta come un bere diverso, eccessivo e concentrato nei fine settimana, orientato prevalentemente alla birra e ai superalcolici. Spesso si parla degli stranieri come un tutt'uno uniforme, senza associare paesi di provenienza diversi a stili diversi.

Servizio di alcologia di Cuneo, Responsabile

*Abbiamo avuto degli extracomunitari africani, marocchini, che ne so, abbiamo avuto degli indiani, adesso cominciamo chiaramente rumeni [...] I problemi sono acuti, più che non cronici, sono gente che beve molto, nel fine settimana e quindi problemi legali, penali e chi più ne ha più ne metta, non è un problema come il nostro di tipo alimentare, ma è un problema non cronico, ma acuto.*

Dip. Dipendenze Asl CN1 – area Fossano-Saluzzo-Savigliano, Direttore

*C'è un po' questo modello più nordico, per cui più il fine settimana, più abbuffate, che è proprio caratteristico di questa fascia di persone più giovani, e anche di questi extracomunitari, mi sembra un po' un utilizzo più di questo tipo.*

Ospedale Molinette di Torino, DEA, specialista in neurologia

*Soprattutto immigrati dell'est, ne vediamo parecchi che hanno queste abitudini di usare e abusare, soprattutto non tanto di vino ma di birra o superalcolici*

Ospedale Valdese di Torino, responsabile del reparto di Neurologia

*[I rumeni] sono dei grossissimi bevitori del fine settimana, quindi è un po' diverso dal bere nostro. Loro comprano tanta birra, tanto alcol, si chiudono in casa e dal venerdì alla domenica ci danno dentro.*

I problemi alcolcorrelati degli stranieri vengono da più parti ricondotti all'esperienza stessa della **migrazione**, per almeno due ordini di problemi. In primo luogo si sottolinea l'effetto di **spiazzamento**, legato al fatto di trovarsi in un nuovo contesto in cui, a differenza di quello d'origine, rispetto alla bevande alcoliche vi è molta più libertà e minore controllo formale. Si fa riferimento principalmente alle limitazioni imposte sia dai governi che dalla religione, e si sottolinea l'assenza di una politica di controllo in Italia.

Servizio Alcolologia Asl TO1 di Torino, Responsabile

*Proprio perchè si stanno integrando cominciano ad avere problemi di alcol, in maniera molto più grave. In Italia non c'è nessuna politica specifica sull'alcol, loro sono i primi a non capirci più nulla perchè magari provengono da un paese in cui invece le scelte della politica sul tema dell'alcol sono molto rigide e proibizioniste fin dai tempi dei vari regimi, cito per esempio la Romania, e loro qui si trovano nel paese in cui sostanzialmente si può fare tutto quello che si vuole, non parliamo poi di chi proviene dai paesi islamici o asiatici dove hanno una minore capacità di metabolizzare l'alcol e quindi non reggono per niente.*

Ospedale Maggiore di Novara, Direttore di Psichiatria

*Sono persone che nel loro paese non bevono per motivi religiosi e qua si trovano con tutto a disposizione e l'essere umano è fatto in questo modo, chiamiamola "corsa all'opposto", che, da una proibizione totale, un soggiogamento da una parte e una libertà totale dall'altra, porta a fare esperienze che poi magari piacciono e non ci si rende conto dei danni che magari fanno.*

Le opinioni di chi lavora nei servizi sociali si concentrano invece sulle condizioni di disagio e di difficoltà legate allo sradicamento dell'immigrato, ponendo dunque l'accento sul valore d'uso farmacologico, consolatorio dell'alcol. Dietro al consumo alcolico ci sono spesso situazioni di solitudine o problemi di integrazione che provocano anche crisi dei nuclei familiari e possono sfociare, con l'uso di alcol, in atti di violenza.

Servizi Sociali di Novara, assistente sociale

*Di solito lo straniero è una persona sola, non ha famiglia e quindi le cause di questo disagio arrivano proprio dal fatto di essere solo, non integrato, non essere accolto e accettato, e quindi cerca di appagare questa solitudine con questa abitudine. In alcune occasioni le cause sono state uguali e quindi magari anche una questione culturale, parlo ad esempio dei mussulmani, gli integralisti che non vogliono far uscire la moglie o la figlia, e nel momento in cui le tengono, nel momento in cui uno si europeizza e cerca di vivere la vita come le comuni mortali di questo mondo, di questo ambiente, scattano poi dei meccanismi pazzeschi per cui la famiglia si disgrega e l'uomo, quando va bene, si ubriaca.*

Servizi sociali di Cuneo – area Fossano-Saluzzo-Savigliano, Responsabile

*Gli albanesi, che qui sono una comunità molto forte, abbiamo avuto alcuni anni in cui veramente c'era questa storia che questi bevevano tanto e poi picchiavano le donne.*

L'aggressività, spesso diretta sulle donne, non è però solo prerogativa degli stranieri, come ha confessato un giovane italiano con passato di alcolista: sotto l'effetto dell'alcol per qualcuno è facile compiere atti di violenza e addirittura scordarsene.

Ivan, 34 anni, personal trainer, Cuneo

*L'alcol ti fa fare delle cose che non ti rendi conto, io mi sono trovato ad accoltellare mia sorella e non me ne rendevo conto.*

### 3.10 In sintesi: l'alcolismo come fenomeno in cambiamento

Riassumendo quanto detto finora sulle carriere degli alcolisti e, più in generale, sugli stili del bere, si può leggere la percezione piuttosto diffusa di un cambiamento progressivo che riguarda entrambi gli aspetti. I diversi modelli di carriera alcolica descritti vengono infatti

attribuiti principalmente a fasce di età differenti. L'alcolista tradizionale, il contadino anziano che ha bevuto molto e in maniera costante per decenni il suo vino a tavola, viene rappresentato come una tipologia di bevitore "in estinzione". L'alcolista adulto, di età compresa tra i 40 e i 60 anni, viene rappresentato principalmente come il professionista, maschio o femmina, che cerca nell'alcol un ansiolitico o un antidepressivo per fare fronte ai problemi professionali e relazionali. L'alcolista giovane, se tale si può definire, non ha un'età ben definita e viene dipinto come l'abusatore metropolitano del fine settimana che cerca nella birra e nei superalcolici unicamente un mezzo per "sballare" e divertirsi.

Ognuna di queste tipologie di alcolista riflette importanti cambiamenti sociali – l'urbanizzazione, le trasformazioni del mercato del lavoro, l'avvicinamento dei ruoli sociali di genere - che hanno investito la società nel suo insieme e introdotto nuovi stili del bere rendendo meno lineari le carriere alcoliche (Scarscelli, 2006).

Quello che ne risulta è un progressivo spostamento dal modello del bere bagnato al modello del bere asciutto<sup>10</sup>, dall'uso continuativo ancorché elevato all'abuso ciclico, dal valore d'uso alimentare a quello psicotropo o farmacologico, dal vino al policonsumo.

Associazione ALISEO di Torino, Responsabile

*Rispetto a 10 anni fa quello che noi abbiamo avvertito è la modalità del bere, i significati che vengono attribuiti, cioè fino a 10 anni fa in maggior parte c'era davvero un "bere mediterraneo", un bere alimentare, un bere tutto nostro, che era dentro la nostra cultura [...] se andiamo a vedere la classificazione che all'inizio degli anni novanta Rocco Picci e Furlan nel loro libro avevano classificato, lì ci sono 7 profili psicologici di un possibile bevitore, di un possibile abusatore di alcol, e in qualche modo quello era; quello che manca oggi di questi 7 profili è il modello anglosassone, quindi noi sicuramente nell'inizio degli anni '90, fino insomma a metà, di sicuro ci riconoscevamo in quei modelli che descriveva, oggi si beve sempre meno a pasto, soprattutto in una fascia d'età abbastanza consistente che va dall'adolescenza fino alla maturità e si abusa in un'unica occasione, soprattutto durante il fine settimana, con delle situazioni che portano a delle conseguenze acute.*

Ospedale Molinette di Torino, DEA, specialista in neurologia

*Naturalmente cambiano i valori, è per quello che c'è la sostanza usata come mezzo per "star bene", comunque per superare certe situazioni e non più come alimento come si diceva una volta, d'altra parte uno si fa anche di coca, il concetto è uguale più o meno, però l'alcol lo compriamo tranquillamente.*

Ospedale Maggiore di Novara, Direttore Epatopatologia

*Sono venticinque anni che mi occupo di patologie epatiche e la tipologia prevalente era consumo eccessivo di alcolici molto più comunemente rurale, e consumo sistematico di vino acquistato in una certa stagione dell'anno oppure prodotto e consumato regolarmente. La tipologia che vediamo adesso è la tipologia di consumo da bar, sovente anche da week-end; spesso o prevalentemente in questa fascia più giovane è facile che si escluda il vino, più facile il consumo di birra o di superalcolici, quindi è un consumo sostanzialmente diverso, cambiato negli anni.*

Ospedale Valdese di Torino, responsabile del reparto di Neurologia

*Prima c'era un bere più cronico, più abbondante, io parlo di 15 anni fa, adesso quello secondo me c'è meno, c'è proprio più un uso farmacologico.*

I cambiamenti che riguardano gli stili di consumo hanno determinato dei cambiamenti delle patologie alcol-correlate e quindi degli utenti dei servizi, determinando una maggiore enfasi sugli effetti acuti e una progressiva riduzione dei problemi cronici, come la cirrosi.

Associazione ALISEO di Torino, Responsabile

*Mentre prima noi vivevamo problemi cronici, oggi sono situazioni acute sia da un punto di vista sanitario sia da un punto di vista sociale, per cui si finisce al pronto soccorso, cosa che un tempo non si finiva, si finisce ad avere l'incidente anche mortale con tutto quello che ne consegue, anche all'interno della famiglia, come allarme, quindi non è un allarme che cresce nel tempo, c'è una situazione che scoppia tra le mani, per certi versi.*

Ospedale Civile di Saluzzo (CN), specialista in Medicina Generale

---

<sup>10</sup> Vedi nota n. 7

*La cirrosi all'ultimo stadio da un punto di vista fisico è diventata molto più rara e in genere sono persone che conducono una vita di assoluta emarginazione. Quelli che stavano così quando sono arrivato io qua sono morti da un pezzo. La cosa che mi ricordo mi aveva sconvolto è che vedevo della gente di 30 anni che moriva così, donne di 30 anni, gialle come un limone, emorragie da tutte le parti, cirrosi, emoglobina scompensata. A 30, non a 80. Sono anni che non si vedono più queste cose qua.*

Si comprende allora come stia cambiando parallelamente il concetto di alcolismo, un tempo per lo più utilizzato come sinonimo di alcolismo cronico, oggi sempre più usato per indicare situazioni di acuzie.

Dip. Salute Mentale Asl TO2 di Torino, Direttore

*La definizione di alcolismo non gliela posso dare se non specificiamo a che epoca ci riferiamo, perché l'alcolismo come lo studiavamo un tempo fondamentalemente era la dipendenza alcolica, cioè l'alcolismo in cui il soggetto era poi costretto all'abuso della sostanza per evitare le crisi di astinenza, si vedevano i delirium tremens quando io ero un giovane studente. Oggi è difficile vedere un delirium tremens perché la presenza di altre sostanze, sostanze psicoattive, legali o non legali, che cambiano i comportamenti delle persone fanno sì che la diagnosi di etilismo come era un tempo, o la definizione di alcolismo come era un tempo, è completamente modificata. Oggi è difficile che l'immaginario immediatamente faccia pensare alla cronicità quando si parla dell'abuso, così come non lo si pensa per un tossicodipendente, è difficile che oggi si dica che un tossico è automaticamente un dipendente, perché il consumo, l'uso, l'abuso hanno completamente cambiato anche definizioni.*

## 4. La domanda di aiuto

### 4.1 Le caratteristiche

C'è una forte omogeneità nelle rappresentazioni che gli intervistati hanno dato sulle caratteristiche della domanda di aiuto, cioè della richiesta di cura o di assistenza da parte degli alcolisti. Innanzitutto si sottolinea che è una **domanda tardiva**, che può arrivare anche dopo decenni dalla comparsa del problema, e questo giustifica anche l'età media elevata degli utenti dei servizi di alcologia. Questa è una percezione segnalata da più parti, anche dai medici di base, che smentiscono l'opinione diffusa che dovrebbero essere loro a intercettare più precocemente la domanda.

Servizio Alcologia Asl TO1 di Torino, Responsabile

*E' facile che chi ha un problema di alcol ci metta tanto ma tanto tempo, si parla di una decina d'anni o più, prima di rivolgersi a un servizio come il nostro. A volte muore prima. Mentre la media di un tossico che dalla prima volta che si buca passano 5-6 anni prima che arrivi a un Sert - questa è una media - qui possono anche passare vent'anni, trent'anni, anche perché prima che qualcuno ti faccia accorgere che stai bevendo, è una cosa troppo comune per fare scalpore, e prima che si trasformi in problema.*

Dip. Salute Mentale di Novara, Direttore

*[...] per tutto quello che c'è prima noi non le vediamo, non arrivano, a noi sfuggono. A noi i pazienti arrivano quando il livello di sofferenza è significativo.*

Medico di medicina generale, Torino

*I problemi non vengono intercettati soprattutto perché il soggetto non ha questa coscienza; il bevitore, almeno nella mia esperienza, arriva all'ultimo dal medico, non viene prima dal medico: è già una persona che va poco dal medico.*

Diversa è invece la percezione degli ospedali, dove sembra che gli utenti con problemi alcolcorrelati arrivino decisamente prima di un tempo, fenomeno questo che riflette in generale la maggiore facilità con cui le persone si rivolgono ai servizi ospedalieri. Tuttavia, come vedremo meglio in seguito, l'opportunità di intercettare prima il problema non si traduce in una effettiva presa in carico, dunque non corrisponde a un trattamento tempestivo.

Ospedale Civile di Saluzzo (CN), specialista in Medicina Generale

*Adesso la maggior parte delle persone accede con dei problemi che sono in una fascia di ampia trattabilità rispetto a prima, è una vera utenza, per usare un termine più adatto. Una volta non c'era l'utenza, c'erano quelli che erano alla fine della corsa e che per forza dovevano arrivare all'ospedale, e probabilmente se gli stessi fossero venuti 5-8 anni prima magari erano nella fase in cui oggi troviamo la maggior parte delle persone che arrivano, in cui si accorgono che forse c'è qualcosa che non va. Questo sicuramente è cambiato.*

Il ritardo nell'affrontare il problema è un fattore comune ai diversi tipi di alcolista che abbiamo tracciato, che dipende fondamentalmente dalla **mancanza di consapevolezza** da parte dell'alcolista e dalla difficoltà a riconoscersi dipendente. L'alcolista tende ad attribuire il suo malessere a disturbi di tipo fisico, confondendo il problema con i suoi effetti.

CUFRAD, Centro per la Cura dell'alcolismo di Sommaria Bosco (CN), Presidente

*Il lato che forse li unisce è la tarda età in cui si arriva a una consapevolezza di avere un bisogno problematico di dipendenza, forse questo è un po' il comune denominatore, nel senso che pur avendo avuto molte difficoltà nella loro vita, molte volte l'alcol lo vedono come un aiuto, cioè quasi come una risorsa, bevevo perché nella vita ho avuto tante delusioni, bevevo perché ero stato maltrattato, e solo dopo ci si accorge che l'abuso di alcol ha contribuito a rendere la vita di questa persona tanto sfortunata, per cui proprio già nell'approccio di avere una dipendenza, vediamo che si fa fatica proprio nel corso della vita a rendersene conto, questo è un dato che li può accomunare.*

Ospedale Civile di Saluzzo (CN), specialista in Medicina Generale

*Sono inconsapevoli, perché si tendono un po' ad attribuire a fattori di altro tipo, ma non legati alla dipendenza d'alcol o al comportamento alcolico, cioè l'aspetto principale di solito è un disturbo digestivo, o di altra natura: "Non mangio più, vomito, ho la nausea, sono dimagrito".*

Il fenomeno della **negazione** riguarda indifferentemente giovani e anziani, nuovi e vecchi alcolismi, e scaturisce anche da una normalizzazione del consumo in determinati contesti socioculturali, come quello attribuito oggi al mondo giovanile o quello dell'emancipazione femminile che ha preso avvio alla fine degli anni '60. Alla negazione del problema contribuiscono anche i familiari e il contesto amicale.

Ospedale S. Croce di Cuneo, Responsabile di Medicina d'Urgenza

*[I giovani] non chiedono aiuto, perché vivono l'evento puntiforme come un errore, ho bevuto troppo punto, ho preso freddo, ho fatto questo, ho fatto quello: insomma un evento che non vivono nel contesto della dipendenza, lo vivono come un evento acuto. Mi sono dato una martellata sul dito; dopodiché la sensazione che hanno è che comunque sia una cosa assolutamente priva di conseguenze, perché sono giovani, probabilmente.*

Medico di medicina generale, Cuneo

*C'è una categoria di persone settantenni, in modo particolare le donne, sono cresciute col mito della sigaretta e del whiskyino, con queste persone non si può fare nessun discorso; o succede qualcosa di grosso, quindi una paziente mi è finita all'ospedale perché aveva mischiato un'aspirina e alcol e un altro farmaco, oppure non si rende conto, perché ci sono familiari e amici intorno che la pensano tutti allo stesso modo e quindi pensano di non avere nessun tipo di problema, non negano il consumo, ma negano il problema.*

Secondo l'opinione di alcuni medici di medicina generale il fenomeno della negazione sta addirittura aumentando, perché essendoci una maggiore consapevolezza sui rischi dell'alcol e una minore diffusione dei fenomeni di abuso cronico, l'alcolista ancor più cerca di nascondere il problema. E' una questione di immagine, che si cerca a tutti i costi di salvare: per questo a volte la negazione è ancora più forte in chi riveste posizioni sociali di un certo prestigio.

Medico di medicina generale, Cuneo – area Fossano-Saluzzo-Savigliano

*Ricordo 40 anni fa, io vivevo in campagna in una borgata dove praticamente tra gli uomini erano più gli ubriachi che non i sobri, ed era un fatto sociale ammesso che ci fossero gli ubriachi. Ora si tende a negarlo perché è variato completamente il concetto di benessere. La salute viene non più intesa come la intendevano i nostri anziani 40 anni fa, ma la salute si conquista facendo il jogging, facendo l'abbronzatura, ecc... quindi c'è un concetto completamente diverso, è un po' come se fosse il fitness, per cui si tende a nascondere il fenomeno dell'alcolismo, per cui la carriera alcolista avviene molto più in segreto rispetto a 40 anni fa.*

Medico di medicina generale, Novara

*Oggi alcolisti dichiarati non ci sono. Ci sono le persone che abusano, persone anche che mai uno immaginerebbe che si buttano nell'alcol.*

Ospedale Civile di Saluzzo (CN), specialista in Medicina Generale

*I problemi di alcolismo non è che li hanno solo gli operai, contadini e pensionati, li hanno anche avvocati, ingegneri e dentisti, professori e medici. Quanto più la qualifica è elevata, tanto è difficile definirlo e fare qualcosa, perché c'è le immagine di sé al di sopra del problema "chi io alcolista? Ma voi siete pazzi".*

E' in genere un "**evento sentinella**", una crisi, a fare emergere il problema: può essere qualcosa che ha messo in crisi la posizione sociale dell'alcolista, come la perdita del lavoro o un problema legale, oppure il manifestarsi di una patologia alcolcorrelata. Sono molte le situazioni di alcolismo che oggi vengono scoperte a seguito di incidenti stradali o di attività di controllo delle forze dell'ordine. Se questi eventi costringono l'alcolista a rivolgersi a un servizio, ciò non implica che siano sempre sufficienti a fare acquisire una piena consapevolezza del problema, né tanto meno a fornire la motivazione necessaria per affrontarlo.

Servizio di alcologia di Novara, Responsabile

*Nel caso dell'alcolismo no, vengono qua persone che molte volte vengono col collo storto perché magari sollecitate, spinte dai familiari, oppure sulla spinta di problemi emergenti che li stanno mettendo in crisi su vari piani, ma questo non implica che abbiano già acquisito, maturato una motivazione sufficiente per affrontare il problema di fondo, cioè la loro relazione disfunzionale con*



*l'alcol, magari non sono ancora pronti a metterla in discussione come elemento problematico di base.*

Dip. Dipendenze Asl TO1 di Torino, Direttore

*In qualche maniera la crisi come in tutte le situazioni di patologia può aiutare nel senso che può mettere in evidenza una situazione altrimenti considerata tollerabile, tollerata e non patologica.*

CUFRAD, Centro per la Cura dell'alcolismo di Sommaria Bosco (CN), Presidente

*Tendenzialmente, quando succede un fattore critico importante, quindi può essere l'incidente che porta la persona a fare i conti con il proprio problema; può essere l'insorgere della malattia cardiovascolare o a livello dello stomaco o del fegato, per cui il medico dà un segnale forte alla persona mettendolo di fronte alla correlazione dell'alcol rispetto alla malattia insorta. Altre volte sono i datori di lavoro o un evento giudiziario che spingono le persone ad arrivare qui, a volte arrivano perché sono già stati denunciati o dalla famiglia o da terzi perché hanno reagito con forte aggressività, a volte anche nei confronti delle autorità giudiziarie. Questi potrebbero essere i casi più frequenti, comunque quasi sempre c'è una spinta dall'esterno, la persona fa fatica ad arrivare da sola, proprio perché spesso si crea nell'alcolista questo conflitto interiore, per cui lui stesso non vorrebbe essere alcolista, quindi fa fatica ad accettare al sua parte malata, e a esternarla verso una richiesta di aiuto; quando c'è una forza esterna che lo libera da questo senso di colpa per cui riesce anche a emergere una richiesta di aiuto è allora il momento favorevole per fare qualcosa.*

Dip. Salute Mentale di Novara, Direttore

*Cercano aiuto quando ci sono serie complicanze di tipo sociale, ritiro di patente o la moglie che si vuole separare. Allora vengono, le situazioni sono molteplici. Ma noi non riusciamo a vedere il problema se non in fase avanzata, quando il disagio è marcato, quasi con l'acqua alla gola. Questa è la situazione media, la maggioranza.*

CAT, Torino, volontario

*Sono rarissime le persone o le famiglie che arrivano perché si sono rese conto che c'era qualcosa che non andava... ci va un qualcosa di eclatante perché uno dica forse c'è qualcosa che non va. Succede che quando uno si decide ad arrivare in Club è proprio perché l'esistenza è stata destabilizzata da delle problematiche che sono state causate dall'alcol, perdere il lavoro, carenze di denaro, violenze [...]. L'arrivare al Club di chi sta bevendo è sempre condizionato da qualcosa o da qualcuno.*

## **4.2 Il ruolo della famiglia nella domanda di aiuto**

A volte, come abbiamo detto, anche la famiglia persiste nella negazione, anche di fronte a segni eclatanti. E' un atteggiamento che possono avere indifferentemente mariti, mogli, genitori. Non è nemmeno sufficiente avere avuto diversi casi di alcolismo in famiglia per riuscire a vedere il problema. Questo atteggiamento riflette certamente l'integrazione delle bevande alcoliche nella quotidianità delle famiglie italiane, rendendo più difficoltosa la presa di coscienza del fatto che una sostanza legale e generalmente apprezzata possa causare gravi problemi di salute e dipendenza. Quando il problema diventa evidente, la negazione nasconde probabilmente la speranza che si tratti di una situazione momentanea, destinata a risolversi senza che vengano stigmatizzati la persona e i suoi familiari.

Ospedale Mauriziano di Torino, specialista in Gastroenterologia

*Cito sempre l'esempio di un signore che portò sua moglie da me, sua moglie vuole venire da sola nel mio studio ed era completamente gialla, aveva un'epatite alcolica gravissima, ed era evidentemente un'alcolista con una grave epatite alcolica, poi il marito entrò e mi disse "Ma cos'ha mia moglie? Ho paura che soffra di stomaco": non aveva la minima idea che sua moglie fosse un'alcolista pur vivendoci insieme, quando poi la signora disse "Il professore mi ha detto che ho un problema d'alcol", il marito cadde dalle nuvole pur vivendo da 20 anni con un'alcolista che era gialla come un limone. Quindi la capacità della famiglia di negare il problema a volte raggiunge dei livelli stratosferici.*

Carlo, 39 anni, commerciante

*La mia attuale moglie - suo papà anche lui è morto per cause alcolcorrelate che poi è stato in cura quindi già il problema era stato affrontato, ha mandato in malora la famiglia, ha causato seri*

*problemi - ma quando io ho avuto questo problema, lei non si è resa conto, cioè non ha mai voluto ammettere che io avessi un problema.*

AA, Torino, volontario

*[il familiare] solitamente è l'ultimo ad accorgersene. Nel mio caso ad esempio, mia moglie pensava che io iniziassi ad avere qualche problema di Alzheimer, non dico di demenza senile, ma forse l'avrà anche pensato.*

Associazione ALISEO di Torino, Responsabile

*Arrivano qui genitori che dicono "Io non me ne sono neanche accorto, non me ne ero reso conto" quasi un po' come succedeva un tempo con le dipendenze da sostanze illegali, tutto a un tratto aprono gli occhi e scoprono che c'è una situazione che è scoppiata tra le mani.*

Altre volte invece sono i familiari ad aiutare l'alcolista a riconoscere il problema e a spingerlo a chiedere aiuto. Spesso gli utenti giungono ai servizi per la prima volta accompagnati dai familiari "genitori, mogli, raramente mariti", a volte sono i familiari ad andare da soli: sono soprattutto le mogli a rappresentare un sostegno per il coniuge, raramente avviene il contrario. E' la donna infatti che tradizionalmente ha un ruolo rilevante sia come supporto alla richiesta di aiuto sia nell'esercizio del controllo informale sui consumi di alcolici all'interno del nucleo familiare.

Ospedale Civile di Saluzzo (CN), specialista in Medicina Generale

*Però su 10 persone che vengono a chiedermi aiuto 9 sono le mogli.*

CAT, Cuneo, volontaria

*Allora arrivano i familiari, si informano, riferiscono e poi arriva l'interessato, ma la percentuale dei familiari che vengono per conto degli alcolisti è più alta di chi viene da solo; c'è anche chi arriva da solo [...]. A volte sono proprio i familiari che hanno difficoltà ad ammettere e non aiutano così la persona che ha il problema.*

La spinta può anche essere indiretta: molto spesso è la responsabilità nei confronti dei **figli** a fare prendere coscienza del problema e a volerlo affrontare.

Emma, 54 anni, casalinga, Cuneo

*E' stato il figlio che mi ha detto "Mamma io non ti riconosco più", di sera io non c'ero, ero mezza imbambolata, e qui ho detto "No, i figli non devono fare le cose per quello", cioè diciamo che la mia forza sono stati forse i figli, perché mio marito in casa lui invece è uno che beve, dovrebbe smettere, invece non riesco a farlo smettere.*

Sandro, 33 anni idraulico, Torino

*C'è stato un episodio, stavo dando il bianco in casa, ho lasciato la latta dello smalto per terra, per distrazione, perché nella mia mente dovevo andare a bere e mio figlio più grande ha pensato di prendere il pennello e verniciare la faccia del bimbo più piccolo; fortunatamente non è successo niente ma è stato l'episodio che mi ha turbato e dopo 2 giorni sono andato a bussare alla porta di alcolisti anonimi.*

Luisa, 46 anni, disoccupata, Torino

*Poi un giorno mio figlio è venuto a Porta Nuova e ha detto "mamma non voglio pi vederti così".*

### 4.3 Il ruolo dei medici di medicina generale

Il medico di medicina generale potrebbe svolgere una funzione importante nell'intercettare o fare emergere la domanda, consigliare e indirizzare il proprio paziente al servizio più opportuno; sembra però che i medici abbiano una visione piuttosto limitata delle loro facoltà in questo senso. Gli ostacoli sono molti: dalla negazione del paziente, che peraltro tende a non rivolgersi al medico, alla mancanza di strumenti adatti ad affrontare il problema, che non fanno parte del bagaglio formativo del medico, alla mancanza di tempo.

Medico di medicina generale, Torino

*Ricordo di avere seguito due casi da vicino, per me complicati proprio da affrontare, perché non solo non avevo l'esperienza all'epoca che non ho neanche adesso, ma non sapevo come avvicinarmi come medico, uscito dall'Università da poco tempo. Negli studi credo che si parli*

*molto dell'epatologia alcolica, ma quasi nulla si dice di come identificare il passaggio, il limite, cioè quando può trasformarsi in un problema, questo credo che sia un problema sottostimato.*

Medico di medicina generale, Novara

*C'è da dire che questi pazienti non è che siano dei grandi frequentatori dei nostri ambulatori, li vedi occasionalmente o se hanno delle patologie di altro tipo. Diabete, ipertensioni. Ma non è che uno arrivi dicendo mi fa male il fegato, sono alcolista. Non vengono. Secondo me il medico di base, su questo tema, può fare poco perché l'intervenire andrebbe fatto su ogni singolo caso, ma non una volta, almeno 2-3-4 e coinvolgere la famiglia. Non è una cosa semplice, dovresti fare quello e basta. A un certo punto, non è soltanto il soggetto, è anche una mamma, un fratello, una sorella, è un discorso molto complicato. Per ciò il medico non può intervenire nel sociale di una famiglia, o meglio lo può fare ma solo fino a un certo punto.*

Vi sono però altri aspetti che non favoriscono l'attivazione del medico nel fare emergere il problema e che sembrano derivare dall'organizzazione stessa della medicina di base che ha portato alla diffusione di un certo atteggiamento culturale. Il sistema è strutturato "a domanda" e non "a iniziativa", dunque il medico è abituato a intervenire solo dietro specifica richiesta del cliente e ad assecondarlo. Diversamente rischierebbe di rovinare il rapporto di fiducia, o di dover fare maggiore lavoro, ma entrambi questi aspetti non sono negli interessi del medico. Per questo se il paziente non espone esplicitamente il problema, avendone quindi già riconosciuto l'esistenza, difficilmente è il medico ad avviare il percorso di presa di coscienza della situazione problematica.

Medico di medicina generale, Torino

*L'approccio base del medico di base è avere il suo paziente motivato e contento, privo di problemi clinici, dichiarati almeno. Il dire alla popolazione di non fumare, di non bere, significa vivere la professione in modo complicato e in modo conflittuale, e probabilmente lederebbe quel tipo di alleanza che vorrebbe il medico, in modo da poter gestire soltanto nei momenti di "reale bisogno", il suo paziente si rivolge al medico perché non può fare altro. Allora l'andare a dire che bere fa male e fumare anche può essere un problema, significa andare in maniera conflittuale con un paziente che magari sta dichiarando che tutto va benissimo, gli ha magari chiesto di due giorni di mutua per l'influenza e dice ma perché mi parli di un qualcosa che lo stesso paziente non sente come problema? Per cui il paziente non se lo sente dire e sono tutti più tranquilli. E' piuttosto grave quello che ho detto, lo so, però sono convinto che spesso sia così.*

Medico di medicina generale, Torino

*La medicina di famiglia è strutturata con un sistema detto 'en demande' cioè in alcuni orari più o meno organizzati, io sono lì e aspetto che mi arrivino i problemi, quindi si calcola che più o meno affrontiamo dai ventimila ai trentamila problemi l'anno, grosso modo di qualsiasi genere [...]. Quando un paziente viene per un problema e per esempio mi dice di aver male al ginocchio, io posso prendermi cura del suo ginocchio oppure posso aprire la sua cartella e - si chiama medicina di opportunità - scopro che l'anno prima aveva avuto un incidente e allora mi aggancio a un certo tipo di discorso; ovviamente il medico è più attento sulle malattie croniche che sono il 33%. Poi c'è la medicina 'iniziativa', prendo di mira una determinata cosa e prendo l'iniziativa di intervenire in un certo modo, ma questo non attiene alla prassi comune.*

Vi sono tuttavia anche casi positivi, in cui il medico, grazie soprattutto a una lunga esperienza, riesce a facilitare la presa di coscienza del problema, sia coinvolgendo la famiglia che richiedendo delle analisi ad hoc, ma anche affrontando apertamente il problema. Questo tipo di rapporto risulta probabilmente più diffuso nei piccoli centri dove c'è tra medico e paziente un rapporto di prossimità e di conoscenza.

Medico di medicina generale, Cuneo – area Fossano-Saluzzo-Savigliano

*Uso delle metodologie molto terra terra, che sono l'affrontare direttamente il problema con il paziente perché ormai ho un certo uso e costume coi miei clienti e dunque è facile rompere il guscio di omertà che normalmente si crea in questo campo ricorrendo a mezzucci anche subdoli nel senso di chiedere alla famiglia, a questo e a quell'altro di informarsi, in un secondo momento fare degli esami di sangue o esami strumentali che come dire confortino il mio sospetto e poi cominciare a parlarne col soggetto.*

Anche tra gli utenti vi sono casi differenti: per qualcuno il medico di medicina generale è stato un valido supporto sia nel fare emergere il problema che nel consigliare un certo tipo di trattamento; ci sono casi in cui, invece, anche a fronte di una specifica richiesta di aiuto, il medico non ha saputo nemmeno indirizzare il paziente a un servizio specifico. Ciò accade

nonostante negli ultimi anni si siano moltiplicate le iniziative formative e informative rivolte ai medici di base sul tema.

Emma, 54 anni, casalinga - Cuneo

*Ecco, non sapevo veramente da chi andare perché ho chiesto al mio medico e non sapeva mandarmi da nessuna parte.*

Giovanni, 60 anni, pensionato – Torino

*Il mio medico della mutua mi conosce benissimo come fisico, però lei e' esperta di gastroenterologia, e mi ha detto che è meglio che vada da qualcuno di esperto in psicoterapia.*

E' opinione diffusa, peraltro, che il limite principale che impedisce ai medici di essere d'aiuto sia di tipo culturale, in quanto anche i medici sono inseriti in un contesto in cui il consumo di bevande alcoliche non solo è accettato, ma fortemente incoraggiato.

Luigi, 39 anni, commerciante - Cuneo

*Se io vado dal mio medico e gli dico "Sai ogni tanto tiro un po' di cocaina il fine settimana", lui mi dice "Oh, figliolo lo sai che sei a rischio, dovresti non farlo", "Sai che fumo" "Dovresti smettere", "Sai bevo", "Eh, dovresti bere, si perché bere un pochettino non fa male", ma dov'è la differenza?*

Aldo, 40 anni, ex imprenditore - Cuneo

*Il medico di base qui nel nostro territorio ha quel retroterra culturale, pur essendo medico, per cui finché non si arriva a un ricovero, finché non sei in psichiatria, finché non sei in gastroenterologia, o comunque sei a quel livello lì, il bere non dà problemi. Non c'è un manifesto, non c'è niente, si trovano bellissimi immagini in tutti gli studi medici ma non uno in cui ci sia un riferimento, un numero di telefono, un qualcosa che è visibile, è percepibile a tutti, quante persone passano che hanno un problema alcolcorrelato in uno studio medico.*

#### 4.4 I bisogni espressi

Quando l'utente finalmente arriva a un servizio, non è detto che abbia acquisito la consapevolezza reale del problema, e spesso la sua domanda di aiuto è, secondo gli intervistati, una domanda non solo poco spontanea ma spesso anche **impropria**. Il bisogno che si sente maggiormente è quello fisico, si richiede innanzitutto un trattamento sanitario, ma persiste la difficoltà a riconoscere la dipendenza dalla sostanza.

Dip. Dipendenze Asl TO2 di Torino, Direttore

*C'è diciamo un'area di maneggevolezza oppure di oscurità tra i bisogni avvertiti o dei bisogni potenziali e la domanda.*

Servizio di alcologia di Cuneo – area Fossano-Saluzzo-Savigliano, Responsabile

*Sicuramente la maggior parte delle persone che arrivano qua sentono e percepiscono immediatamente il bisogno di essere curate dal punto di vista sanitario, e quindi la disintossicazione, il farmaco, queste cose; anche perché dipende dalle situazioni che arrivano, però nei problemi di dipendenza ovviamente quella fisica è la prima che tratti e quindi c'è sicuramente questo aspetto qua.*

Casa di Cura Città di Bra, Responsabile di Neuromedicina

*La richiesta loro è di essere rimessi a nuovo, di lavare i loro peccati, uscire più puliti e lavati di prima. La loro impressione diffidiamo di illudersi da questa cosa, il nostro è proprio solo un primo lavaggio, ma molti superficiale, è l'inizio di un percorso, un prelavaggio. Li informiamo subito di questo. Non possono considerarsi puliti di coscienza. L'esigenza è questa, tutti chiedono "i miei esami torneranno normali? Il mio fegato tornerà come prima?". Tutti sono preoccupati degli esami. E gli esami sono l'ultima cosa di cui si devono preoccupare, ma i veri problemi sono quelli che non si leggono negli esami: il cambiamento di carattere, tutte le ripercussioni a livello di perdita di tutte le cose che uno perde per strada negli abusi di alcol, ad esempio la patente, il lavoro, la famiglia, dopo un po', soprattutto in caso di recidive, le mogli se ne vanno, a volte anche perché se le prendono anche, ci sono comportamenti violenti nell'alcolismo.*

Ospedale Civile di Saluzzo (CN), specialista in Medicina Generale

*Non hanno nessuna informazione nel campo, pensano di bere un po' troppo e questa è la richiesta che fanno tutti. Nessuno dice "voglio liberarmi di questa scimmia che ho sulla testa,*

*voglio riacquistare la forma fisica che ho perso, ripristinare la pace in famiglia" la maggior parte dice semplicemente che vuole bere di meno.*

#### **4.5 In sintesi: nuove domande e vecchi problemi**

Se, come abbiamo visto, le carriere alcoliche stanno cambiando, così come i valori d'uso a esse associati, permangono invece gli ostacoli che tradizionalmente si frappongono al riconoscimento e alla cura del problema. La mancanza di consapevolezza sembra essere il comune denominatore di carriere anche diverse tra di loro, così, chi fa un uso farmacologico dell'alcol e a maggior ragione chi invece ne fa un uso ludico, non si accorge di avere un problema. Secondo gli intervistati questo atteggiamento deriva in gran parte dal fatto che il consumo di alcol è a tal punto integrato e diffuso nella società da apparire normalizzato.

D'altra parte permangono atteggiamenti di vergogna e di negazione, che mostrano come i concetti di vizio e di colpa, almeno tra la gente comune, non sono affatto superati. La negazione riguarda giovani e anziani, donne e uomini di qualunque ceto sociale: non sembra infatti che avere maggiori strumenti culturali ed economici costituisca di per sé un fattore che determina una richiesta di aiuto più tempestiva, può comportare anzi un maggiore bisogno di nascondere il problema.

Da questi atteggiamenti non sono immuni i familiari dell'alcolista, i quali, se da un lato possono costituire la spinta per fare emergere la domanda di aiuto e in seguito un supporto per il trattamento, dall'altro lato molto spesso rivestono un ruolo collusivo sia nell'origine del problema sia nel suo occultamento.

Il problema finisce così per non essere affrontato finché non si manifesta un "evento sentinella", come un incidente o la perdita del lavoro. Anche in questi casi non è detto che l'emersione del problema corrisponda a una vera e propria presa di coscienza, perché spesso si tende a confondere l'effetto con la causa del malessere. E' facile quindi che la domanda di aiuto si presenti in forma impropria e che l'obiettivo dell'alcolista sia quello di trattare gli effetti fisici dell'alcol senza voler davvero modificare il rapporto con esso.

Nemmeno i medici di medicina generale sembrano in grado di intercettare la domanda prima che il problema sia conclamato. L'origine di questa impossibilità, secondo alcuni, va letta nella particolarità del rapporto che esiste tra medico e paziente, ovvero nell'organizzazione stessa dell'assistenza medica di base, orientata a rispondere le richieste dell'utente-cliente e ad assecondarlo, molto meno ad assumere un ruolo investigativo o contraddittorio. Nemmeno i medici, inoltre, sono immuni dalla tendenza a sottovalutare i rischi dell'alcol.

## 5. Gli utenti nei servizi

### 5.1 Gli Utenti dei SerT e delle unità di alcologia

L'utente-tipo dei servizi di alcologia regionali, cioè quello maggiormente rappresentativo in termini numerici, è un adulto di sesso maschile, di media età e di livello socio-culturale medio-basso.

Tutti i responsabili intervistati collocano l'utente-tipo nella fascia d'età compresa tra i 40 e i 60 anni, specificando che mediamente è più vecchio di chi fa uso di altre sostanze stupefacenti. La rappresentazione è coerente con i dati dell'Osservatorio Epidemiologico regionale delle Dipendenze, secondo i quali nel 2006 gli utenti di questa coorte rappresentavano quasi il 60% dell'utenza generale<sup>11</sup>.

I **giovani** vengono da tutti segnalati come i grandi assenti, come il sommerso<sup>12</sup>. Dalle testimonianze rilevate appare evidente come il bere giovanile venga percepito dagli intervistati come un bere problematico che, sebbene non assimilabile alla dipendenza, necessiterebbe di un qualche tipo di intervento. L'immagine che gli intervistati riportano sui consumi alcolici giovanili ricalca quella veicolata dai media e che appartiene anche all'opinione pubblica: si descrive un modello di consumo generalizzato, simile a quello nordico e dalle caratteristiche delle culture "asciutte": eccessivo, concentrato nei week-end, finalizzato allo sballo. Secondo i responsabili dei SerT le difficoltà di aggancio si verificano non solo perché i giovani non conoscono il servizio, ma anche perché non riconoscono di avere un problema.

Servizio Alcologia Asl TO1 di Torino, Responsabile

*I giovani non esistono, la fascia 20-30 anni è quasi inesistente. Minorenni non esistono proprio.*

Accanto a operatori che lamentano genericamente l'assenza di giovani nei servizi, quasi che la responsabilità di tale assenza fosse da individuare nell'utenza, altri sono consapevoli che la risposta offerta dai servizi a oggi non è in grado di intercettare questo tipo di bere problematico. Per intervenire precocemente sui problemi di abuso, sarebbe necessario progettare e implementare nuove tipologie di trattamento e organizzazione dei servizi.

Servizio di alcologia di Cuneo – area Fossano-Saluzzo-Savigliano, Responsabile

*Poi c'è il bere che non arriva, ci sono queste forme che non sono dipendenze, però ci sono queste forme di bere più giovanile, che è il bere del fine settimana, il bere del sabato sera, che non arriva al servizio, ma questo non significa che non sia un problema, è un problema come arrivarci.*

Servizio di alcologia di Novara, Responsabile

*Credo che per loro sarebbe assurdo solo pensare di rivolgersi a un servizio di alcologia, non si identificano, probabilmente se dovessero avere nozione dell'esistenza di un servizio di questo genere, e non tutti probabilmente ce l'hanno questa nozione, immagino che lo identificherebbero come un servizio per gli alcolizzati e l'alcolizzato per loro è l'adulto, è il barbone, è l'adulto che eccede pesantemente, magari la persona che hanno conosciuto nella propria famiglia, però non sono loro, i giovani. Per loro credo che anche l'abuso di alcolici sia un consumo comunque fra virgolette normale, cioè congruente con l'immagine che si rimandano vicendevolmente fra coetanei*

Gli **anziani** sono un target intorno al quale pare esserci meno allarme da parte dei servizi territoriali, tuttavia qualcuno fa notare che, nonostante la scarsa attenzione, il problema esiste e anche questa fascia di età fa fatica ad arrivare ai servizi. Tale impressione sembra confermata dai dati dell'OED, secondo i quali, nel 2006, gli utenti in trattamento over 60 costituivano solo il 12,8% dell'utenza.

Servizio di alcologia di Cuneo – area Fossano-Saluzzo-Savigliano, Responsabile

<sup>11</sup> In particolare la somma degli utenti appartenenti alle classi di età 40-49 e 50-59 rappresentano il 57,4% degli utenti totali, quota che per le femmine sale al 60,6%. Elaborazione nostra su dati OEM <http://www.oed.piemonte.it/dati.htm>

<sup>12</sup> Sempre nel 2006 gli utenti vecchi e nuovi dei servizi appartenenti alle classi di età <= 19 e 20-29 rappresentavano il 5,3% degli utenti totali.

*Secondo me una cosa che noi non stiamo ancora prendendo abbastanza in considerazione ma che c'è, è il bere degli anziani, e non ci facciamo tanto caso un po' perché sono anziani, e forse non chiedono, un po' perché spesso sono in strutture; però secondo me esiste, cioè le persone che a un certo punto, quando vanno in pensione, terminano la loro carriera da persona attiva, da persona come dire, produttiva, possono avvicinarsi in modo problematico al consumo di alcol, poi magari questa cosa può aggravarsi con la morte del partner, la solitudine, esiste aspetto qua, esiste.*

Secondo le stime degli intervistati le **donne** rappresentano dal 25% al 35% dell'utenza dei servizi<sup>13</sup>. Sono tutti concordi nell'affermare che questa disparità non riflette la reale distribuzione del fenomeno – che non è così accentuata – ma piuttosto il perdurare di una maggiore stigmatizzazione del bere femminile che contribuisce ancora a renderlo un fenomeno nascosto. Secondo Cersosimo, mentre è in declino l'atteggiamento moralistico verso l'uomo alcolista, quello verso la donna non è ancora superato, perché "la disapprovazione delle donne ubriache ha pervaso nel tempo le società occidentali legandosi soprattutto a due elementi: la virtù sessuale femminile e le obbligazioni di ruolo che comporta [...]. Il ruolo materno della donna la spinge a dover mantenere una sobrietà superiore a quella dei ruoli maschili" (2007:52).

Servizio di alcologia di Cuneo, Responsabile

*Diciamo che la donna ha una difficoltà maggiore a presentarsi, a confessare questo problema, perché non è accettata, insomma, l'uomo che beve viene accettato socialmente di più che la donna che beve, per cui hanno molta più difficoltà a rivolgersi al SerT, a volte ci arrivano.*

Tuttavia in tutti e tre i territori si sta verificando un **aumento dell'utenza femminile** che secondo gli intervistati è il segnale di una progressiva riduzione dello stigma e di una maggiore conoscenza dei servizi. Questo processo non è uniformemente diffuso, ma riguarda prevalentemente le aree urbane, mentre quelle periferiche ne rimangono escluse. Il responsabile del servizio di Novara legge nell'aumento di utenti di sesso femminile anche l'avvicinamento degli stili del bere delle donne a quelli degli uomini, con un conseguente aumento delle occasioni, delle pressioni e dei condizionamenti che possono portare allo sviluppo del problema.

Dip. Dipendenze Asl TO2 di Torino, Direttore

*E' stata quasi un'inversione, anche se resta il nucleo dei maschi maggiore, molto maggiore, però c'è stato un movimento importante, c'è stato un leggero decremento proprio nella crescita totale del numero, e un forte aumento, quasi un raddoppiamento, delle femmine. Quindi è atipico rispetto alle altre droghe [...]. Una delle interpretazioni, è che ci sia stata o una capillarizzazione maggiore dell'informazione, o che si stia riducendo un po' lo stigma della donna alcolista.*

Servizio di alcologia di Cuneo – area Fossano-Saluzzo-Savigliano, Responsabile

*La donna media è una signora sui 40–45 anni, sono di più quelle che provengono dalla zona di pianura che non dalle valli, nel senso che comunque è ancora più nascosto in montagna non è che non ci sia, c'è eccome, però per vergogna, per diffidenza, ci si espone di meno.*

Servizio di alcologia di Novara, Responsabile

*Penso più a un cambiamento del bere in se stesso, penso più a un cambiamento anche del ruolo sociale della donna, penso più al fatto che modelli comportamentali, occupazionali, di vita delle donne siano sempre più simili a quelli maschili, e anche le forme di condizionamento, di pressione, così, tendono a essere più simili; cambia ruolo, quindi è vero che c'è sempre stato il problema del consumo di alcolici nascosto, [...] però credo che adesso, parte forse c'è anche una maggiore facilità di accesso [all'alcol].*

Tra gli utenti, in termini numerici, prevalgono ancora quelli di **livello socio-economico** e culturale medio-basso, anche se con il tempo l'utenza sembra andare differenziandosi e anche "il professionista" che ha problemi con l'alcol ha iniziato a rivolgersi al SerT. Gli utenti più numerosi dunque sono quelli di ceto medio, ma sono rappresentati anche gli estremi della scala sociale. Secondo la responsabile del servizio di alcologia dell'Asl TO1, l'avvicinamento dei ceti sociali più elevati al servizio è imputabile alla progressiva specializzazione del servizio.

Dip. Dipendenze Asl TO1 di Torino, Direttore

---

<sup>13</sup> Il dato medio relativo al Piemonte è pari al 32,8% (Dati OED)

*Si rivolgono di recente ai servizi di alcologia anche professionisti che stanno sviluppando la conoscenza e la fiducia rispetto a questi servizi che possono garantire un trattamento complesso a questo tipo di pazienti e anche di una certa durata.*

Dip. Dipendenze Asl TO2 di Torino, Direttore

*Molti anni fa [il servizio] aveva un nucleo di soggetti con caratteristiche sociali di una certa marginalità, di livelli anche di povertà abbastanza diffusi, oggi è cambiato in parte, per cui abbiamo un profilo abbastanza variegato sia in termini di attività lavorativa, che di censo.*

Servizio di alcologia di Cuneo – area Fossano-Saluzzo-Savigliano, Responsabile

*Arriva sia il professionista che lavora in banca che l'operaio, che il commerciante, ma anche il barbone, cioè la persona che vive ai margini, che ha perso la casa, che dorme alla stazione; sicuramente in termini numerici sono più numerose le persone che appartengono a, diciamo così, una classe sociale media, poi ci sono gli altri estremi.*

Seppure questo processo di diversificazione dell'utenza sia segnalato su tutti tre i territori, non è un processo compiuto né uniforme. Alcuni degli intervistati sottolineano che molte persone di ceto sociale alto non si presenterebbero mai al SerT, o lo farebbero solo come ultima scelta.

Servizio di alcologia di Cuneo, Responsabile

*Io penso che da noi ci siano tantissimi professionisti che bevono, però appunto prima di arrivare a noi le provano tutte, siamo l'ultima spiaggia per loro, come eravamo l'ultima spiaggia una volta per gli alcolisti, adesso non è più così, ma siamo ancora l'ultima spiaggia per gli alcolisti di un certo livello.*

Servizio di alcologia Asl TO2 di Torino, Responsabile

*Ci sono delle fasce di popolazione di ceto medio-alto nei territori che gravitano nel territorio di via Artisti, che è anche molto ampio, che non si presenterebbero mai a un servizio come il nostro e che quindi o non chiedono aiuto per niente, o si rivolgono a dei servizi che si occupano del trattamento delle patologie alcolcorrelate, ma non della presa in carico dell'alcolista, oppure vanno dal privato.*

Se l'utenza di classe sociale elevata è difficile da intercettare, quella che all'opposto vive nella marginalità sociale, pur essendo una minoranza, porta un insieme di bisogni difficilmente gestibile dal servizio.

Servizio di alcologia di Cuneo – area Fossano-Saluzzo-Savigliano, Responsabile

*Le persone, io li chiamo barboni, con gravi problemi di tipo sociale, quindi le persone che perdono la casa, che non hanno reddito, che perdono magari qualsiasi riferimento e che bevono, insomma questi arrivano, non sono tantissimi, quando arrivano è un gran casino, nel senso che poi c'è tutto da curare, tutto: l'aspetto riabilitativo, l'aspetto fisico, l'aspetto sanitario, l'aspetto sociale, tutto ecco.*

Le situazioni spesso non sono solo di povertà economica, ma anche di assenza di capitale sociale, cioè di reti amicali e parentali di sostegno: sono molti i casi in cui il problema è nato dalla solitudine o l'ha determinata e l'alcolista è una persona senza reti, formali e informali, d'appoggio. Il rapporto tra capitale sociale e stato di salute, la cui natura è stata evidenziata da molti autori stranieri e italiani (Berkman, 2004; Iannone, 2006), si esplicita anche nell'alcolismo: chi è solo ha più probabilità di incorrere nel problema e meno possibilità di uscirne, perché privo di sostegno.

Servizio di alcologia Asl TO2 di Torino, Responsabile

*La maggior parte non ha un familiare, perché a volte non c'è l'ha proprio, sono tantissime le situazioni di solitudine, che un po' sono dovute all'età, per cui sono persone che ovviamente sono orfani, ma orfani cinquantenni, quindi è anche normale che siano orfani, e sono persone che o non sono riuscite a costruirsi niente, perché probabilmente magari c'è anche qualche tipo di disturbo che è sottostante al loro alcolismo, oppure sono persone che hanno perso tutti e quindi sono soli, soli senza nessun familiare di riferimento, o magari con dei familiari esistenti che non ne vogliono sapere più assolutamente niente.*

Inizia a esserci tra gli utenti dei SerT una quota significativa, seppure ancora bassa, di **stranieri**, qualcuno la stima intorno al 5% dell'utenza generale. Si parla prevalentemente di maschi provenienti dall'Est europeo, dall'Africa o dall'India. Il trattamento di questi pazienti presenta agli operatori problemi di lingua e problemi dovuti alle differenze culturali, che si



traducono in difficoltà nell'aggancio e nel mantenimento della cura, anche perché raramente si presentano al servizio spontaneamente, ma più spesso sono costretti a farlo a seguito di un controllo da parte delle forze dell'ordine.

Servizio di alcologia di Cuneo – area Fossano-Saluzzo-Savigliano, Responsabile

*Stanno arrivando gli stranieri, albanesi, romeni, adesso ultimamente anche indiani [...] sono praticamente tutti uomini gli stranieri, per cui ci sono problemi in casa e loro vengono inviati, non è che scelgono di venire, spesso sono inviati, vuoi perché appunto ci sono servizi sociali di mezzo, vuoi perché vengono fermati, vuoi perché ci sono delle risse, alcuni dalla commissione patenti; è difficile con queste persone, al di là della lingua, che a volte può essere un problema, ci sono poi tutti gli aspetti culturali.*

Servizio di alcologia di Cuneo, Responsabile

*E' anche un po' una difficoltà, perché ovviamente hanno un'altra abitudine, un altro modo di vedere, un'altra cultura, un'altra filosofia di vita, e quindi non è facile, abbiamo avuto degli extracomunitari africani, marocchini, abbiamo avuto degli indiani, adesso cominciano chiaramente i rumeni. Questo complica molto il nostro lavoro perché, un po' i problemi della lingua, non tutti parlano così bene l'italiano, nonostante siano magari qua da tanti anni, e poi l'integrazione comunque non è semplice, anche all'interno dei nostri gruppi, generalmente rifiutano quello, vengono un po' di volte poi spariscono.*

Tra gli utenti problematici ci sono anche i **policonsumatori**, non quelli in senso stretto, che sono di competenza del SerT, ma i dipendenti da altre sostanze che hanno sostituito le droghe con l'alcol. Secondo i responsabili sono utenti che presentano caratteristiche comportamentali e tossicomane diverse da quelle dell'alcolista "semplice". Come abbiamo visto, il caso frequente di policonsumo è l'associazione di alcol e cocaina.

Servizio di alcologia Asl TO2 di Torino, Responsabile

*Poi abbiamo delle politossicodipendenze, i policonsumatori, che iniziano in genere con l'alcol, passano alle droghe pesanti magari per via iniettiva per un certo periodo anche lungo, sospendono le sostanze stupefacenti e riprendono l'alcol. Magari hanno già fatto un percorso molto complesso con il Sert, magari hanno già fatto anche dei percorsi di comunità, hanno assunto metadone per molto tempo, hanno fatto un iter anche di 10-15 anni di tossicodipendenza e poi hanno concluso questa fase però concludendo l'uso delle sostanze hanno virato di nuovo verso l'alcol. Queste sono persone, uomini e donne, che hanno però un comportamento di tipo tossicomane molto forte, anche se sono alcolisti, nel modo di comportarsi con gli altri, nella relazione, nella modalità di porsi nel mondo.*

Dip. Dipendenze Asl TO1 di Torino, Direttore

*Abbiamo un centro per gli infra-trentenni, era stato istituito questo centro per le nuove dipendenze, adesso riceviamo cocainomani che hanno magari l'associazione con l'alcol. Diciamo che l'alcol in questo caso rappresenta un'associazione che si concretizza con abusi che sono anche occasionali, non necessariamente continuativi, però è una tipica situazione.*

Le modifiche introdotte all'articolo 186 del Codice della Strada hanno infine portato ai SerT e ai servizi di alcologia una nuova tipologia di utenza, non costituita da persone con un problema di dipendenza conclamato, ma certamente con un rapporto problematico con l'alcol. Secondo gli intervistati quello delle **Commissioni Mediche Locali**, che si occupano dei casi di guida in stato di ebbrezza, è uno strumento molto utile ai servizi per intercettare un'utenza non ancora eccessivamente compromessa e quindi con maggiori probabilità di successo nel trattamento. E' necessario però "raffinare gli strumenti di counseling e di aggancio" perché la quasi totalità delle persone fermate – generalmente maschi e di tutte le età – non ritengono affatto di avere un problema, oppure lo relegano nella sfera delle patologie organiche. L'avvio di un rapporto terapeutico, dunque, non può che essere graduale.

Dip. Dipendenze di Cuneo, Direttore

*Là dove invece peschiamo ancora in maniera assolutamente insufficiente è nella fascia intermedia, cioè nelle situazioni che preparano questi disastri e che abbiamo cominciato a incrociare essenzialmente per i problemi legati alla guida, e che è un'antenna molto, molto sensibile, che si sta rinforzando sempre di più e che secondo me dobbiamo coltivare sempre di più, perché là riusciamo a intercettare l'abuso e anche l'uso problematico grazie all'incrocio della guida ovviamente, non di per sé, però se noi riusciamo a raffinare gli strumenti di counseling e poi di aggancio, possiamo arrivare prima che i problemi si manifestino, perché ancora adesso la*

*stragrande maggioranza di quelli che arrivano, arrivano con delle carriere troppo lunghe, quindi con dei danni già abbastanza evidenti e quindi anche con più difficoltà di intervento da parte nostra e minori probabilità di successo a lungo termine.*

Dip. Dipendenze Asl TO1 di Torino, Direttore

*Per quanto riguarda le commissioni patenti vediamo una casistica di tutti i tipi, prevalentemente maschile, di soggetti fermati per alcolemia superiore a 1.5 delle più diverse progressioni, che vengono in commissione per riavere la patente e mi pare che lo stile di consumo è quello: sono persone per la maggior parte socialmente integrate, hanno un lavoro e hanno però un problema di alcol rilevante. Non necessariamente queste persone sono in trattamento, questo vuol dire che c'è una quota del fenomeno che trova un suo equilibrio sociale e familiare e lavorativo tale per cui arrivano piuttosto in commissione patenti che al servizio di alcoologia, che è già in trattamento per problematiche correlate o della sfera gastroenterologica però difficilmente viene, un po' per mancata conoscenza e un po' perché c'è la tendenza a trattarli su questa linea della patologia alcolcorrelata, dei disturbi del fegato, le transaminasi, i trigliceridi.*

## 5.2 Gli utenti del volontariato

Gli alcolisti che seguono un percorso di trattamento con i CAT o in un gruppo degli Alcolisti Anonimi non sembrano scostarsi molto da quelli descritti dai responsabili dei servizi pubblici territoriali. Anche in questo caso l'utente tipo è il maschio adulto di età compresa tra i 40 e i 60 anni.

AA, Cuneo, volontario, area Fossano-Saluzzo-Savigliano

*Ce ne sono di tutte le età, il più giovane ha 40 anni, il più vecchio sono io: 60 anni.*

La rappresentazione che i volontari hanno dei giovani è molto simile a quella dei professionisti: i giovani vengono considerati una categoria di bevitori problematici, ma anche in questo caso la conoscenza del fenomeno non è diretta, perché nell'ambito del gruppo è raro incontrarne. Nel territorio di Novara il problema dell'aggancio di questo target sembra essere invece stato affrontato grazie a quello potrebbe essere definito un intervento di *peer education*, cioè attraverso l'impiego di un ex-alcolista appartenente alla stessa categoria sociale – in questo caso identificata con l'età – allo scopo di facilitare il cambiamento presso gli altri componenti del gruppo. In controtendenza è anche l'esperienza degli AA di Torino, che vede i giovani in aumento.

CAT, Torino, volontario

*Se non abbiamo i giovani nei club è difficile che arrivi gente giovane, perché la gente giovane la portano i giovani, anche se l'età media è sui 45 anni.*

CAT, Novara, volontario

*Non è facile tenere i giovani nel club, però ne arrivano, qui a Novara ne stanno arrivando grazie al fatto che una persona, un ragazzo si è fatto testimonial esterno, portando la sua storia. Tra l'altro collabora anche con i Sert; essendo conosciuto è diventato il punto di riferimento per la dimensione giovanile, grazie a lui si sono incrementati gli ingressi dei giovani.*

La presenza delle **donne** sembra invece non essere uniforme tra i diversi territori: mentre a Torino e a Novara, secondo gli intervistati, la quota di donne sta crescendo e ha raggiunto la quasi parità con gli uomini, nel cuneese la responsabile dell'ACAT stima che vi sia una donna ogni cinque uomini. In questo territorio con una forte impronta di matrice contadino-montanara, lo stigma che da sempre accompagna il bere femminile sembra essere più difficile da superare<sup>14</sup>.

AA, Cuneo, volontario, area Fossano-Saluzzo-Savigliano

*Abbiamo tre femmine... la donna si vergogna di più, fa più fatica ad accettare.*

AA, Novara, volontario

---

<sup>14</sup> Secondo i dati dell'OED la quota di donne trattate sul totale degli utenti del SerT è in quest'area pari al 21,8% contro il dato medio regionale pari al 32,8%.

*Dipende dai periodi, adesso a Novara siamo su per giù metà e metà, in questo gruppo, poi ci sono tanti gruppi a Biella, per esempio, adesso è un periodo che ci sono più donne.*

Il punto di vista di un volontario di Al-Anon, organizzazione aperta ai familiari di alcolisti, evidenzia le differenze di genere nella disponibilità a essere di sostegno al partner alcolista, in linea con il ruolo di "caregiver" tradizionalmente attribuito alla donna: "quando sono le donne a dover percorrere una terapia riabilitativa sono altre donne a creare un supporto familiare" (Cersosimo, 2007:73).

Al-Anon, Torino, volontario

*Dalla frequentazione si direbbe che gli alcolisti sono solo uomini, ci sono tante mogli e pochi mariti... non so l'origine di questo, forse è l'atteggiamento maschile che dice "Non vado lì a sentire delle balle", mentre le donne per tutela della famiglia si prestano di più a questo.*

Per quanto riguarda la **classe sociale** dei partecipanti ai gruppi, l'impressione è quella che vi sia una certa differenziazione, un po' ovunque. Tuttavia, anche nell'ambito del volontariato, qualcuno riporta la difficoltà a coinvolgere i ceti sociali alti.

CAT, Torino, volontario

*C'è l'utenza più svariata proprio, non c'è una predominanza: dall'ingegnere al prete al carcerato, tutto.*

CAT, Cuneo, volontaria

*La cosa è trasversale, abbiamo più alcolisti di ceto medio, medio-basso; abbiamo dall'analfabeta al laureato; abbiamo la famiglia problematica o la famiglia professionista, direi proprio che non c'è una tipologia, è un riscontro oggettivo.*

AA, Novara, volontario

*Certe volte certi non vengono perché hanno vergogna, ho trovato certe persone con un'alta carica sociale, però, se non hanno proprio toccato il fondo al massimo, non vengono, perché hanno vergogna, specialmente i familiari hanno vergogna a dire che il marito o la moglie beve, tanto poi lo sanno tutti.*

Associazione ALISEO di Torino, Responsabile

*L'altra cosa che noi abbiamo è un campione che è rappresentativo, sia da un punto di vista anagrafico che da un punto di vista sociale, per cui dalla persona che ha perso completamente tutto per strada al dirigente di grande azienda, al professionista, al collega che lavora magari in un ambito sanitario.*

L'impressione da più parti sollevata è quella che i cambiamenti che hanno investito i modelli familiari (Scarscelli, 2006) abbiano determinato una minore frequentazione dei gruppi di aiuto, e che stia crescendo la quota di alcolisti che non hanno relazioni forti di supporto. Tra i CAT si sottolinea la percezione di una generale tendenza all'individualismo che fa sì che sempre meno persone trovino un supporto nel partner nel partecipare al trattamento.

Al-Anon, Torino, volontario

*Posso dire che è diminuita la frequentazione... le persone trovano altre soluzioni o semplicemente abbandonano l'alcolista a se stesso. E' cambiata la volontà di risolvere il problema, non c'è interesse... come se non fosse un problema loro, sono più fatalisti. Anche i genitori nei confronti dei figli trovo abbiano questo atteggiamento, la soluzione verrà, pensano loro, lo accompagnano e poi si spera.*

CAT, Torino, volontario

*Ci sono molti più single, non che siano senza famiglia, ma sono persone che hanno scelto di essere single, sia uomini che donne, questo sta cambiando. Forse la nostra società sta diventando sempre più individuale, forse anche per le difficoltà economiche che ci sono.*

Gli Alcolisti Anonimi di Torino rilevano anche un aumento dei policonsumatori, in particolare delle persone che associano il consumo di **alcol e cocaina**. Questo tipo di utente viene identificato con il giovane professionista.

AA, Torino, volontario

*Negli ultimi anni si è manifestato molto alcol e cocaina [...]. L'utente con questo tipo di dipendenza è solitamente un giovane, io credo che l'associazione alcol e cocaina sia anche molto presente in persone di un certo livello, che hanno un certo livello professionale, proprio per tenere fede ai propri impegni che sono molto forti, insomma, e ricorrono a questo.*

Gli **stranieri** sembrano essere assenti nella maggior parte del volontariato: solo gli Alcolisti Anonimi di Novara hanno segnalato la loro presenza, seppure minoritaria e occasionale.

AA, Novara, volontario

*Ogni tanto vengono e vanno, adesso c'è un'ecuadoriana qui a Novara, c'era un colombiano, un ragazzo che adesso è ritornato in Colombia, c'era un'altra donna colombiana, a Biella c'è un Irlandese, una donna.*

### 5.3 Gli utenti in ospedale

Ospedale Mauriziano di Torino, specialista in Gastroenterologia

*Nel 1994 pubblicai un lavoro negli Stati Uniti, uno studio sui circa 700 alcolisti che erano nella clinica che avevo seguito in quegli anni. Se noi confrontiamo gli alcolisti e andiamo a vedere quanti sono giovani, quanti sono anziani, quindi l'età, andiamo a vedere il genere, andiamo a vedere la classe sociale, quanti sono poveri, quanti medi, quanti ricchi, andiamo a vedere quanti sono sposati, divorziati, separati, quanti hanno un lavoro, sono disoccupati, quanti sono ansiosi, quanti sono depressi, e li confrontiamo con la città di Torino dalla quale hanno avuto origine, non c'è nessuna differenza, cioè sono assolutamente uguali, tanti maschi e tante femmine, tanto ricchi e tanto poveri, tanti separati e tanti coniugati, cioè l'alcolismo non è che vada a colpire chi è più sfortunato, chi è più depresso, chi è più ansioso, chi è più povero, è una fesseria pensare questo perché non è così, l'alcolismo piove e colpisce il ricco, il povero, l'uomo, la donna, il giovane, l'anziano, lo sposato, il separato, esattamente allo stesso modo.*

Ospedale Valdese di Torino, responsabile del reparto di Neurologia

*C'è il figlio dell'industriale, l'operaio, il professore sessantenne, il ragazzino di 15 anni, cioè non la vedo una categoria nel mio lavoro.*

Sebbene alcuni sostengano l'impossibilità di individuare un profilo tipico tra i pazienti ricoverati in ospedale per le patologie alcolcorrelate, vi sono invece degli intervistati che tracciano delle tipologie di utenti più frequenti: a Novara sembra prevalere quella del maschio quarantenne con una posizione socio-economica precaria.

Ospedale Maggiore di Novara, Direttore Epatopatologia

*Il paziente più comune che abbiamo è giovane, quarantenne, disoccupato o precario ovviamente di sesso maschile, condizioni igienico sanitarie molto scadenti, non tipicamente patologia epatica su base alcolica, con un fegato molto superiore alle aspettative, ma con problematiche che vanno dalle neoplasie delle prime vie digestive, a patologie infettive su base tabagismo, patologie della precarietà in senso lato, quello che potrei classificare come tipologia più comune e presente ora in reparto.*

Nei reparti di medicina interna si sottolinea l'assenza dei **ceti sociali alti**, che, secondo gli intervistati, in caso di bisogno preferiscono rivolgersi a cliniche private, anche perché temono che in ospedale il loro problema verrebbe allo scoperto.

Ospedale Maggiore di Novara, Direttore Epatopatologia

*In ospedale vengono persone che non si possono permettere nient'altro che l'ospedale. Secondo me vediamo un po' meno l'alcolista di classe sociale più elevata.*

Ospedale S. Croce di Cuneo, Direttore Medicina Generale

*E' estremamente raro, mi viene in mente una sola persona di classe sociale elevata, borghese, sono tutti strati sociali medio bassi.*

Ospedale Civile di Saluzzo (CN), specialista in Medicina Generale

*C'è la vergogna di un'immagine pubblica deteriorata in un posto che è un ovile, e quindi non si può andare in un posto dove ci sono tutti gli altri, perché in provincia questo non funziona. Si cercano altre soluzioni.*

Sulla presenza delle **donne** vi sono rappresentazioni diverse. Come nel caso dei servizi pubblici e del volontariato, è soprattutto nel cuneese che si evidenziano le difficoltà delle donne di arrivare ai servizi, mentre altrove si registra un aumento della componente femminile, costituita principalmente da persone anziane depresse e donne giovani con situazioni di vita difficili e precarie.

Ospedale Civile di Saluzzo (CN), specialista in Medicina Generale

*Sono di meno le donne alcoliste che capitano sotto osservazione, del resto ci sono ma non vengono, non sappiamo quello che c'è fuori, ma quelle che arrivano sono poche e sono davvero poche quelle che riescono a risolvere il problema in modo definitivo.*

Ospedale Mauriziano di Torino, specialista in Gastroenterologia

*Quando abbiamo iniziato c'erano più uomini che donne, avevamo circa un rapporto di 2 a 1, adesso le donne sono aumentate nettamente in questi ultimi 2 decenni, probabilmente sono un po' più degli uomini.*

Ospedale Maggiore di Novara, Direttore Epatopatologia

*Le tipologie classiche: la signora anziana depressa, molte, con un consumo alcolico in parte negato e in parte no, che spesso abbiamo anche per evoluzione di malattia epatica; donne giovani ne abbiamo quando sono persone uscite dalla tossicodipendenza che rimangono su un crinale, se non di vita di strada, comunque molto di precarietà. Direi questa tipologia qui.*

Tra le altre tipologie di utenza anche in ospedale si registrano i casi di **doppia diagnosi** e di **policonsumatori**, in particolare si rileva una larga diffusione di consumatori che associano alcol e cocaina.

Ospedale Civile di Saluzzo (CN), specialista in Medicina Generale

*Qualche volta, e questo è un problema molto grave, mescolato a un problema legato all'alcol c'è anche un problema psichiatrico, ma è difficile da vedere, l'alcol modifica i comportamenti, gli effetti dei farmaci.*

Ospedale Maggiore di Novara, Direttore Epatopatologia

*E' un fenomeno abbastanza frequente su soggetti più giovani, cioè è un problema che riguarda il paziente tra i venti e i trentacinque anni, che consuma eroina a sniffare, insomma dal buco all'alcol.*

Ospedale Valdese di Torino, responsabile del reparto di Neurologia

*Io la dipendenza da eroina e da cocaina non la faccio, debbo fare e devo molto migliorare, la dipendenza coca-alcol, quella effettivamente mi rendo conto che si deve imparare, è molto diffusa.*

#### 5.4 Gli utenti dei servizi di salute mentale e dei reparti di psichiatria

Rispetto agli utenti dei SerT, quelli dei Dipartimenti di Salute Mentale, ovvero gli alcolisti con una **doppia diagnosi**, sembrano collocarsi in una fascia di età più giovane, tra i 20 e i 40 anni: la percezione, a Torino, è proprio che sia in corso un ringiovanimento del fenomeno.

Dip. Salute Mentale di Novara, Direttore

*Vedo persona tra i 25 e 40 anni, poi dipende dalle patologie.*

Dip. Salute Mentale Asl TO1, Responsabile CSM di Torino Nord

*Se penso a un alcolista di vent'anni fa vedo utenti più avanti con l'età, che avevano già costruito un percorso, magari con una famiglia, un lavoro. Adesso è diventato un fenomeno per persone più giovani.*

Dal punto di vista **socioeconomico** emerge il profilo di un soggetto con scarsa autonomia e una posizione precaria sul mercato del lavoro. Si ripropone inoltre la stessa percezione di una certa difficoltà, da parte dei servizi pubblici, ad attrarre i ceti alti della popolazione.

Dip. Salute Mentale Asl TO1, Responsabile CSM di Torino Nord

*Si collocano tra i 20-40 anni prevalentemente, in lieve maggioranza uomini, senza lavoro di solito, oppure sono occupati ma non riescono a svolgere il loro lavoro. Solitamente non sono sposati e fanno ancora riferimento alla famiglia d'origine, anche in termini abitativi, sono persone poco abbienti: disoccupati, operai.*

Dip. Salute Mentale Asl TO2 di Torino, Direttore

*Non ci sono differenze, anzi è molto più facile che al servizio acceda una persona povera che una persona ricca, perché in genere le persone ricche tendono rifiutare l'idea di essere seguiti dai servizi pubblici.*

Anche in questa tipologia di utenza sembra prevalere il genere maschile, a Torino però si segnala un incremento di donne adulte in stato depressivo che abusano di alcol.

Dip. Salute Mentale Asl TO2 di Torino, Direttore

*Ho visto un aumento dell'abuso alcolico delle donne, ma lo vedo da lontano, non da vicino, per esempio diverse persone di età adulta, non ancora anziane, donne che vengono per curarsi fenomeni di tipo depressivo all'interno delle quali si scopre un parallelo abuso, non una dipendenza.*

## 5.5 Gli utenti delle case di cura

La maggior parte dei responsabili delle case di cura intervistati non è in grado di individuare tra i propri pazienti alcolisti delle caratteristiche socio-anagrafiche ricorrenti, né per fascia di età né per condizione socioeconomica. Secondo qualcuno il processo di cambiamento osservabile è proprio quello di una progressiva differenziazione degli utenti.

Presidio Riabilitativo Ospedaliero Fatebenefratelli (TO), Responsabile Psichiatria

*Abbiamo un'utenza a 360 gradi, quindi qui io ricovero il professore universitario, perché ne ho avuti più di uno, medici, infermieri, barboni che vivono sotto i ponti.*

Casa di Cura Città di Bra, Responsabile di Neuromedicina

*Prima [l'utente tipico] era un giovane maschio settentrionale delle zone agricole o sottomontane. Adesso invece c'è di tutte le parti, metropolitano, senza caratteristiche sociali, di sesso, di età. Si è abbastanza spalmata la tipologia.*

Ciò che è cambiato, secondo alcuni, è il deterioramento delle **reti sociali** degli utenti, che sempre di più arrivano senza appoggi.

Casa di cura Villa Cristina di Torino, Responsabile Unità per Pazienti Psichiatrici

*Quello che è cambiato è il deterioramento della rete sociale, familiare, nel senso che la mia sensazione è che le persone che venivano qui dieci anni fa, avevano comunque una rete di rapporti sociali, familiari più intensi; la mia sensazione è che oggi sia di una tipologia sia dell'altra si arrivi veramente alla deriva, senza più niente.*

Qualcuno invece descrive due tipologie prevalenti, quella meno giovane dell'etilista tradizionale e quella del quarantenne **ex-tossicodipendente** che ha sviluppato una dipendenza da alcol. Tra gli utenti più giovani si rileva un aumento dei **policonsumatori**.

Casa di cura Villa Cristina di Torino, Responsabile Unità per Pazienti Psichiatrici

*Probabilmente sono due le tipologie: fondamentalmente, una è entro i 40 anni di età con pregresso abuso di sostanze e l'altra invece è l'etilista tradizionale che viaggia sui 50 e i 60 anni.*

Presidio Riabilitativo Ospedaliero Fatebenefratelli (TO), Responsabile Psichiatria

*Sono aumentate le patologie associate, le politossicodipendenze, mentre una volta l'alcolista era uno che beveva e basta.*

Diversamente dalla situazione emersa negli altri servizi, nelle case di cura l'utente **giovane** non sembra essere così infrequente e viene associato a un basso livello intellettuale e al bullismo.

Casa di Cura Città di Bra, Responsabile di Neuromedicina

*20-30enni arrivano, in genere sono i forti bevitori di birra, sono i soliti sbruffoni da bar, cioè la tipologia di quello che beve per dire "io bevo più di te", beve per una dimostrazione di forza, di solito sono personaggi con uno scarso livello intellettuale, ce ne sono, tra i 20-30enni è la tipologia più frequente, il bullo che beve abitualmente, cha fa rissa.*

C'è invece sicuramente una disparità di **genere** nelle domande di ricovero, infatti i posti per gli uomini sono nettamente superiori a quelli per le donne.

Presidio Riabilitativo Ospedaliero Fatebenefratelli (TO), Responsabile Psichiatria

*Abbiamo molti più letti uomini, cerchiamo di mantenere le liste si attesa più o meno con la stessa durata, abbiamo un rapporto di 3 a 1.*

Come già rilevato altrove, l'utenza che fa parte della marginalità sociale, spesso sfugge anche da questa tipologia di servizio.

Casa di Cura Città di Bra, Responsabile di Neuromedicina

*Poi c'è il fenomeno degli emarginati, ne arrivano: il classico barbone si fa prendere in carico, ma poi sfugge, non si lascia accalappiare, sta bene nella sua condizione.*

## 5.6 Reparti di medicina di urgenza e pronto soccorso

I pazienti che si presentano nei reparti di medicina d'urgenza per problemi legati all'alcol sono quelli con intossicazione acuta e quelli – la maggioranza - che hanno avuto un incidente a seguito di un consumo eccessivo, che non necessariamente è anche cronico.

A Torino c'è la percezione di un aumento delle intossicazioni acute tra i **giovani** e gli **stranieri**, identificati principalmente con i cittadini dell'est europeo. L'aumento dell'accesso dei giovani viene invece messo in discussione da un medico del pronto soccorso di Cuneo, il quale ipotizza che possa dipendere in generale da una maggiore disinvoltura a rivolgersi a questo tipo di struttura sanitaria, e da quello di Novara, che ridimensiona il fenomeno descrivendolo come occasionale e con un trend rimasto costante nel tempo.

Ospedale Molinette di Torino, DEA, specialista in neurologia

*Forse sono aumentate invece le intossicazioni alcoliche acute tra i giovani, e forse anche l'immigrazione. Una volta era difficile che un ragazzo arrivasse al pronto soccorso ubriaco... comunque extracomunitari, romeni, albanesi, questa gente dell'est che arriva e si ubriaca ce n'è molto più di un tempo. Dieci anni fa non vedevamo nessuno dell'est tra l'altro, non arrivavano, adesso evidentemente anche le loro abitudini di bere sono diverse dalle nostre.*

Ospedale S. Croce di Cuneo, Responsabile di Medicina d'Urgenza

*C'è un uso molto più disinvolto della struttura pubblica di pronto soccorso, da parte di tutti e quindi anche dei giovani. C'è un uso molto più disinvolto di farmaci da parte dei giovani, tranquillanti.*

Ospedale Maggiore di Novara, Coordinatore DEA

*Come età dai 17 ai 30 anni, quelli però sono delle rarità. Può capitare durante i periodi delle feste di scolastiche di fine anno. Gli episodi del genere erano occasionali otto anni fa e lo sono anche ora. Che io sappia non c'è nessun ragazzo giovane che possa essere considerato un alcolista cronico, che necessiti di accessi ripetuti presso il nostro pronto soccorso e di eventuali servizi.*

C'è invece un accordo sull'aumento degli utenti stranieri, che peraltro non rappresentano la totalità del fenomeno, ma solo la parte di immigrati regolari. Mentre gli italiani che si presentano in pronto soccorso per problemi legati all'alcol sono tutti maschi, tra gli stranieri vi è una quota significativa di donne provenienti dall'Europa dell'est.

Ospedale Maggiore di Novara, Coordinatore DEA

*C'è stata l'aggiunta degli immigrati: prima erano quasi tutti italiani, adesso soprattutto nelle ore notturne la presenza degli stranieri è massiccia. Sicuramente c'è una parte che non arriva, noi vediamo solo quelli che non sono clandestini, oppure quelli che sono in condizioni così gravi che devono necessariamente essere soccorsi, quelli raccolti dagli ambulanziere o dalla polizia. Io credo che una grossa fetta di questi immigrati noi non li vediamo, si ubriacano e smaltiscono da sé.*

[...] Gli utenti sono prevalentemente maschi, all'80%, il restante 20% sono prevalentemente donne straniere, ucraine, est europeo, mediamente giovani, tra i 25 - 45 anni. Le donne dell'est per lo stile di vita che conducono sono più esposte e culturalmente predisposte all'alcol. Tra gli uomini c'è un po' di tutto: marocchini, algerini, tunisini, africani neri, poi quelli dell'est, c'è un po' di tutto.

Infine ci sono tra i pazienti del pronto soccorso i **senza fissa dimora**, che costituiscono un problema non indifferente per i reparti in questione, poiché sono una presenza costante che entra ed esce dal servizio, senza che i problemi possano essere realmente affrontati e risolti. Dalle testimonianze sembra emergere verso questo tipo di utenza un senso di impotenza e rassegnazione.

Ospedale S. Croce di Cuneo, Responsabile di Medicina d'Urgenza

*L'abbiamo messo in barella, l'abbiamo sedato e l'abbiamo tenuto tutta la notte in pronto, perché se no è uno che entra e esce 25 volte, facendo muovere 25 volte l'ambulanza perché ovunque si stende la gente chiama, quindi noi lo percepiamo anche come un consumo di risorse; secondo me c'è una sensibilità su quello assolutamente difficile, lo viviamo male. Per quelli che come noi lavorano qui sono un po' un elemento d'arredo, fanno parte del tuo vissuto ambientale, quindi se non viene quasi quasi ti manca.*

Ospedale Molinette di Torino, DEA, specialista in neurologia

*Arrivano un sacco di persone senza casa, cioè di barboni che vengono presi fuori che per scaldarsi si bevono la loro grappa e vengono presi fuori a dormire sulle panchine.*

## 5.7 Gli utenti dei medici di medicina generale

Tra i medici di base intervistati c'è una certa difficoltà a individuare delle caratteristiche tipiche del paziente con problemi alcolcorrelati, ma qualcuno individua nell'**anziano** di sesso maschile e di **ceto sociale medio-basso** la tipologia più frequente, qualcun altro invece sottolinea che il problema è prevalentemente femminile.

Medico di medicina generale, Cuneo – area Fossano-Saluzzo-Savigliano

*Il genere maschile è di gran lunga prevalente, il genere femminile è di gran lunga minoritario ma decisamente più problematico.*

Medico di medicina generale, Novara

*Pensionati, di classe sociale medio bassa.*

Medico di medicina generale, Cuneo

*C'è una categoria di persone settantenni, in modo particolare le donne.*

L'allarme però, ancora una volta è concentrato sui **giovani** - c'è addirittura chi sostiene che l'alcolismo sia appannaggio di questo gruppo sociale - sebbene nella maggior parte dei casi non vi sia una conoscenza diretta del target, ma piuttosto una rappresentazione stereotipata che coincide con quella fornita dai media.

Medico di medicina generale, Torino

*Mi sembra che le persone di mezza età abbiano meno problemi di alcolismo, mentre invece tra i giovani, molto giovani, c'è un uso dell'alcol molto superiore rispetto a 20-30 anni fa.*

Medico di medicina generale, Torino

*Non è una constatazione diretta la mia, i ragazzi non vengono da me: prendono la "botta" e poi, dopo averla smaltita, riprendono il lunedì a lavorare come se nulla fosse.*

Medico di medicina generale, Torino

*Il giovane non arriva dal medico, se non con dei traumatismi, cioè incidenti, ma sta su tutte le cronache: le stragi del sabato sera sono quasi sempre dovute all'uso di alcol.*

I controlli clinici obbligatori legati alla legge sul consumo di **alcol alla guida** però si stanno manifestando come occasione per fare emergere il problema. Si nota tuttavia una tendenza ad amplificare il fenomeno: quando si chiede di quantificarlo, nessuno sembra in grado di fare una



stima approssimativa. Solo un intervistato - che opera in un'area montana con grandi problemi di isolamento sociale dove la percezione della diffusione del problema è molto elevata - ha provato a quantificare l'incidenza dell'alcolismo tra i suoi utenti: l'1% si rivolge al suo studio per accertamenti clinici legati alla guida in stato di ebbrezza, mentre neppure lo 0,5% è seguito dai servizi per un problema di alcolismo.

Medico di medicina generale, Cuneo

*I giovani li vedo soprattutto per le patenti, ne vedo tanti, tanti, tanti... quando escono bevono, a quanti devo fare gli esami periodici per i controlli. Io prescrivo gli esami, loro mi portano i risultati se non ci fosse questo passaggio io non saprei, so soltanto che arriva il paziente con questo foglio e mi dice che lo hanno fermato. [...] Io adesso dovrei avere 1484 pazienti e ne avrò tra i 10 e i 15 che sono stati bloccati per problemi legati alla guida; sicuramente cinque seguiti per questo tipo di problema.*

## 5.8 Utenti dei servizi sociali

La tipologia di utente con problemi di alcolismo è l'adulto di età media di sesso maschile, sebbene le donne non siano del tutto assenti.

Servizi Sociali di Novara, assistente sociale

*Si nota anche un po' la presenza di donne, anche un po' al femminile questo fenomeno, ma posso dire che quelli che gravitano ai servizi sociali sono uomini dai 35 ai 50 anni, viene poi fuori la figura dell'uomo straniero. Non donna.*

Servizi sociali di Cuneo – area Fossano-Saluzzo-Savigliano, Responsabile

*Io vedo più maschi, più uomini, ci sono sicuramente anche delle donne, ma qui ad esempio nella senza fissa dimora sono tutti uomini, per cui noi l'abbiamo poi fatta al maschile perché ovviamente non si poteva fare mista, ci sono a volte alcuni casi, però prevalentemente, almeno ciò che si evidenzia da noi sono maschi.*

Nel cuneese si pone l'accento sugli **anziani**, collegando il problema dell'alcol a quello della solitudine e all'isolamento della vita nei paesi delle valli che si sono spopolati.

Servizi sociali di Cuneo – area Fossano-Saluzzo-Savigliano, Responsabile

*Poi c'è la parte degli anziani, ce ne sono tanti [...]. [il bere è] soprattutto dettato dalla solitudine, queste borgate dove abitavano centinaia di persone, dove c'era un minimo di controllo sociale, di socializzazione, di solidarietà, non ci sono più. Ci sono borgate dove abita una persona, due, è lunga, specialmente d'inverno è molto lunga.*

Per quanto riguarda i **giovani**, ai servizi sociali arrivano generalmente quelli segnalati dal tribunale dei minori che sono stati denunciati per atti di vandalismo o di bullismo. Secondo gli intervistati dietro i comportamenti devianti c'è il consumo associato di **alcol e altre droghe**.

Servizi sociali di Cuneo – area Fossano-Saluzzo-Savigliano, Responsabile

*Sui minori non c'è una chiara patologia di alcolismo, oggi come oggi sappiamo che alcuni fenomeni, bullismo ad esempio, alcune devianze giovanili che in qualche modo poi arrivano da noi per i percorsi tipici dei minori, cioè tribunale dei minori, oppure il fermo dei carabinieri, molte volte sono scatenati o amplificati dall'abuso di sostanze tra le quali anche l'alcol.*

Servizi Sociali di Novara, assistente sociale

*I giovani che arrivano a noi, quelli segnalati, hanno anche altre problematiche, ad esempio sono tossicodipendenti.*

A Novara si segnala un aumento degli **stranieri** e si ripropone il problema **sommerso** degli immigrati irregolari che non possono accedere ai servizi. Nel cuneese l'abuso dell'alcol da parte degli immigrati dell'est europeo viene collegato alla diffusione di episodi di **violenza** sulle donne.

Servizi Sociali di Novara, assistente sociale

*Un aumento di recente che riguarda gli stranieri, direi più che altro dal Nord Africa, anche un po' di albanesi [...]. Gli immigrati clandestini da noi non vengono, ma se anche venissero, noi non*

*potremmo comunque intervenire, la questura non li conosce, perché se li conoscesse li imbarcherebbe. Quindi sappiamo che qui a Novara c'è questo problema sull'immigrazione, presumo che ci siano anche queste piaghe, per quello che riguarda l'alcolismo o le tossicodipendenze, che però sfugge dalle tenaglie di chi poi dovrebbe conoscere i problemi.*

Servizi sociali di Cuneo – area Fossano-Saluzzo-Savigliano, Responsabile

*Gli albanesi, che qui è una comunità molto forte, abbiamo avuto alcuni anni in cui veramente c'era questa storia che questi bevevano tanto e poi picchiavano le donne, loro non denunciavano, poi qualcuno ha cominciato a denunciare.*

Ai servizi sociali arrivano in particolare gli utenti più deboli sotto tutti i punti vista, senza risorse economiche e sociali, come le persone **senza fissa dimora**: spesso è l'alcol che ha determinato una lunga serie di perdite. Il problema che viene descritto è quello che è stato definito della **porta girevole**. E' molto difficile riuscire ad aiutare questi soggetti, sia per la complessità del portato dei loro bisogni, sia perché, pur presentandosi ciclicamente ai servizi, si sottraggono a una reale presa in carico.

Servizi Sociali di Cuneo, Responsabile

*Sono arrivate a noi persone di una certa cultura, di una certa levatura sociale, quando sono arrivate allo stremo, cioè persone che avevano impieghi di un certo rilievo e che poi con l'alcol hanno perso il lavoro, hanno perso gli affetti e anche i beni, persino i beni, e allora arrivano da noi.*

Servizi sociali di Cuneo – area Fossano-Saluzzo-Savigliano, Responsabile

*C'è questa fascia strana, io poi in un piemontese li definisco i "mal ciapà", questi che vagano, che girano, vengono mandati via dalle mogli, diventano un po' senza fissa dimora, vanno a finire in casa di cura, poi tornano, cioè che fanno questo circolo infinito, sui quali non riusciamo mai a porre una fine, hanno molte difficoltà a trovare il lavoro ad esempio, a volte noi riusciamo con il nostro SIL a far trovare lavoro a persone che però poi hanno difficoltà a mantenerlo.*

## 5.9 In sintesi: l'utente-tipo e il sommerso

Tutti gli intervistati concordano sul fatto che la propria utenza non rappresenti la totalità del fenomeno, ma solo una parte, questo sia in termini quantitativi che qualitativi. In tutto il Piemonte le stime statistiche evidenziano una discrepanza tra prevalenza attesa e numero di alcolisti in trattamento. Secondo i dati dell'Osservatorio Epidemiologico delle Dipendenze nei SerT piemontesi viene trattato solo il 16% dell'utenza potenziale.

La più frequente tipologia di alcolista che arriva ai servizi è un adulto maschio di età media compresa tra i 40 e i 50 anni e di livello socio-culturale medio basso.

Tra coloro che invece si fa più fatica a intercettare, chi cita le donne, chi i ceti alti, chi i giovani, chi gli anziani, chi gli stranieri. Le diverse percezioni dipendono sia dalla specificità dei servizi che dall'interpretazione del problema dell'alcolismo e del proprio mandato.

Il fenomeno dell'alcolismo femminile è considerato da tutti gli intervistati meno diffuso ma anche più sommerso rispetto a quello maschile, tuttavia in alcuni territori (Torino e Novara) il numero di donne che si rivolge ai servizi pubblici o privati è in aumento. Il cambiamento viene imputato sia a una maggiore conoscenza dei servizi, sia a una minore stigmatizzazione della donna alcolista, e, più in generale, al progressivo avvicinamento dei ruoli di genere, che riguarda principalmente le aree urbane. La maggiore difficoltà a intercettare le donne nel cuneese può riflettere, viceversa, l'arretratezza culturale dei territori montani, dove il bere femminile spesso è ancora collegato a situazioni di sofferenza vissute in solitudine e con maggiore vergogna.

Nonostante ci siano i segnali di un progressivo cambiamento, tra i servizi di pubblici (Dipartimenti per le Dipendenze e Dipartimenti di Salute Mentale) e quelli del volontariato (CAT e AA) è ancora percepita la difficoltà ad attrarre persone appartenenti a ceti sociali alti. Secondo un'opinione diffusa questa fascia di popolazione preferisce rivolgersi ai servizi privati,

impressione che sembrerebbe confermata dalla diversa rappresentazione degli utenti delle case di cura.

All'estremo della scala sociale gli utenti che vivono nella marginalità, come i senza fissa dimora, sono vissuti da tutti come un grosso problema, sia per il carico di bisogni che portano ai servizi, sia per la scarsa costanza nell'adesione al trattamento. Secondo quello che è stato definito il fenomeno della porta girevole, questi utenti tendono a sfuggire e a tornare ciclicamente ai servizi, rendendo impossibile un reale trattamento del problema alcolico.

Anche se a oggi rappresentano ancora una parte minoritaria dell'utenza, nei diversi territori e con un accento particolare a Novara, viene segnalato l'aumento degli immigrati con problemi di alcolismo, specialmente tra coloro che arrivano dall'Europa dell'Est. L'aumento è percepito soprattutto nei reparti di medicina d'urgenza, dove si palesano i problemi alcolici legati all'abuso.

Vi è un grande allarme intorno al bere dei giovani, da più parti segnalato come un problema crescente, che non riflette però una conoscenza diretta del fenomeno, perché sono rarissimi i giovani che si rivolgono ai servizi di alcologia. Anche in questo caso il punto di osservazione privilegiato potrebbe essere il pronto soccorso, ma non c'è una visione condivisa del fenomeno.

Da più parti infine viene segnalato l'aumento del policonsumo, in particolare l'uso associato di alcol e cocaina.

## 6. Le risposte al problema dell'alcolista

Il seguente capitolo non si pone l'obiettivo di fornire una descrizione esauriente e dettagliata delle modalità di trattamento offerte dai servizi o di entrare nel merito delle diverse metodologie, ma quello di offrire un quadro generale su come i servizi interpretano e rispondono alla domanda di aiuto. A partire da una determinata visione del problema e del proprio mandato i servizi si sono organizzati offrendo o meno determinati tipi di trattamento e supporto. Vedremo quindi quali sono le risposte che i diversi soggetti pubblici e privati offrono all'alcolista e alla sua famiglia e quali aspetti vengono enfatizzati e problematizzati, sia da parte dei responsabili dei servizi, sia da parte degli utenti.

### 6.1 Il trattamento nei SerT e nei servizi di alcologia

Attualmente i servizi istituzionalmente deputati alla cura dell'alcolismo sono i SerT, o, dove presenti, i servizi di alcologia. Sul territorio piemontese dove si è svolta la ricerca gli unici dipartimenti che hanno creato servizi specifici, separati da quelli per le tossicodipendenze, sono quelli delle ASL di TO1 e TO2, mentre negli altri territori non c'è un servizio dedicato, ma si sta andando verso la specializzazione di un'equipe di lavoro che si occupi prevalentemente o esclusivamente di alcol.

Particolare attenzione è dedicata alla fase di **accoglienza** che risulta cruciale per l'aggancio e la futura presa in carico del paziente. Di solito viene gestita da personale socio-sanitario; la durata di questa fase è variabile e prevede non solo colloqui conoscitivi ma anche motivazionali. L'obiettivo è quello di conquistare la fiducia dell'utente e concordare con lui degli obiettivi condivisi.

Servizio di alcologia di Novara, Responsabile

*Si parte da situazioni estremamente variegata di posizione, di presentazione, di autodescrizione, o di dissimulazione da parte dell'interessato e partendo da questo però bisogna costruire una relazione di fiducia, che tiene conto della posizione della persona, che quindi non si deve sentire imporre una visione che gli è estranea in quel momento, che è quella dell'operatore; però ci vuole l'esperienza dell'operatore per costruire una relazione terapeutica che apra poi progressivamente a possibilità di intervento, magari iniziando ad adattarsi a obiettivi intermedi che sono quelli che il paziente può tollerare, può accettare. Questo richiede esperienza e molto di questo si gioca nel primo contatto.*

L'orientamento prevalente dei servizi pubblici è quello di offrire un **trattamento multi-modale**, che corrisponde alla visione complessa dell'alcolismo e cerca di fornire una risposta alla molteplicità dei problemi ai quali è connesso, intervenendo quindi a sostegno della persona in tutte le sfere della sua vita, sul piano medico, sociale e psicologico. La rappresentazione fornita dagli intervistati è coerente con i dati dell'Osservatorio Epidemiologico Dipendenze (OED), che mostrano un progressivo aumento del numero di trattamenti per singolo utente, dal 1996 al 2007, da 1,6 a 2,2. L'approccio multi-modale implica l'impiego di un'equipe multiprofessionale sul versante interno e l'attivazione della rete su quello esterno.

Servizio Alcologia Asl TO1 di Torino, Responsabile

*Nel trattamento multi-modale è previsto un affacciarsi di più professionisti all'interno di un'equipe, di più approcci al paziente e alla famiglia, che considerino in maniera paritetica l'approccio farmacologico e medico, il ricovero piuttosto che il percorso psicologico e psicoterapico, e poi ancora l'intervento educativo in comunità, e io credo che questa sia una ricchezza.*

Servizio di alcologia Asl TO2 di Torino, Responsabile

*Riguardo il tipo di trattamento utilizzato nel mio Servizio, si tratta di un trattamento multimodale, che tiene cioè conto del lavoro svolto da professioni diverse con il medesimo paziente.*

Servizio di alcologia di Novara, Responsabile

*Quello che forse ci qualifica di più è l'attitudine a cogliere la multidimensionalità dei problemi e a cercare di muoverci in un'ottica di rete tenendo presente la vita concreta della persona, della famiglia in cui è inserita, ma anche della comunità in cui si trova, delle sue relazioni sociali, dei*

*suoi aspetti lavorativi e cercare di supportarla, di aiutarla a migliorare la sua situazione un po' in tutti questi ambiti, non solo limitandoci a conseguire temporaneamente una astensione dall'alcol e magari trascrivergli lo scioppino da prendere per settimane, mesi, o chissà quanto, non è evidentemente questo il problema.*

Medici, infermieri, educatori, assistenti sociali, psicologi e psicoterapeuti sono le figure professionali generalmente presenti in questi tipi di servizi. Per ogni paziente, dopo una fase di valutazione, vengono quindi coinvolte le professionalità necessarie, a seconda delle caratteristiche del caso e non secondo un modello o delle fasi prestabilite.

Servizio di alcologia di Novara, Responsabile

*Il nostro concetto è più che altro quello di implementare le singole figure professionali secondo necessità, non pensare a un intervento che semplicemente perché ci sono X figure professionali debba per forza coinvolgerle tutte: a volte ne bastano due, a volte ne basta una, a volte ce ne vogliono tre o quattro, dipende un po' dalle situazioni; flessibilità secondo me vuol dire anche questo.*

C'è quindi certamente un intervento di tipo medico, che si esplica sostanzialmente con un **trattamento farmacologico**. Nonostante tutti gli intervistati lo considerino un approccio parziale e non risolutivo, secondo i dati regionali il numero di pazienti sottoposti a terapia farmacologica è in aumento. Le terapie farmacologiche sono principalmente la terapia avversativa, con il Disulfiram, e quella anticraving. Vi sono poi le terapie di supporto rispetto alle patologie o ai problemi di tipo psichiatrico.

Servizio di alcologia di Novara, Responsabile

*Io non credo assolutamente che i problemi alcolcorrelati siano in qualche modo prioritariamente interpretabili e gestibili in termini di assetto biologico, quindi di interventi con farmaci che modificano sistemi di neurotrasmettitori - e quindi in qualche modo la sfera psichica e comportamentale della persona - questo non lo penso assolutamente. Dopo 20 anni di esperienza in questo ambito credo di aver avuto sufficienti riscontri che in questa multiproblematicità di elementi che possono indurre in una situazione di tossicodipendenza, quelli biologici sono proprio i meno rilevanti.*

Per altri trattamenti di tipo sanitario, che riguardano la cura delle patologie alcolcorrelate o la disintossicazione, si propende in genere per il ricovero in strutture di tipo ospedaliero. Secondo l'OED il dato riguarda circa un utente su dieci e risulta stabile nel tempo. C'è però chi suggerisce che, anziché fare ricorso a strutture esterne, bisognerebbe introdurre nell'équipe dei servizi di alcologia figure medico-specialiste che rivestono un ruolo importante nella cura dell'alcolista, come quella del gastroenterologo e quella dello psichiatra.

Servizio Alcologia Asl TO1 di Torino, Responsabile

*Perché da noi non dovrebbe esserci un gastroenterologo? Visto che i nostri pazienti, per il 70% hanno problemi gastroenterologici ed epatici. Perché non potrebbe esserci uno psichiatra visto che un buon 20% di persone che sono qui da noi presentano doppie diagnosi?*

C'è anche un sostegno di tipo concreto, economico-sociale, che vede impegnati gli assistenti sociali a rispondere a bisogni urgenti come la ricerca della casa o del lavoro, bisogni che spesso sono prioritari per poter affrontare il vero e proprio trattamento: diversamente il lavoro del servizio verrebbe vanificato. Come abbiamo visto sono molti gli utenti dei SerT che hanno situazioni economiche precarie, per i quali questi tipi di intervento sono necessari e frequenti.

Servizio di alcologia Asl TO2 di Torino, Responsabile

*L'alcolismo è un disturbo che ha dei risvolti sociali così pesanti che non si può pensare che sia sufficiente trattare da un punto di vista sanitario l'epatopatia dell'alcolista e poi mandarlo dove, se non ha una casa, non ha da cibarsi, non ha un posto dove poter curare la propria igiene, e quindi, come dire, il lavoro di tipo sanitario verrebbe vanificato dal fatto che poi non c'è tutto un altro tipo di lavoro, più ovviamente su un piano sociale, che viene in questa maniera a mancare. Questa è la motivazione per la quale nei dipartimenti di patologia della dipendenza, nel nostro è stato così, si sono individuate delle persone che si sono occupate del sostegno dei pazienti alla ricerca di lavoro, che si sono molto allenate a orientarle verso la presentazione di domande per poter ottenere le case.*

**L'intervento socioeducativo**, svolto dagli educatori professionali o dagli stessi assistenti sociali, è principalmente orientato al recupero e al potenziamento delle abilità delle persone nell'affrontare la vita quotidiana e al rafforzamento delle abilità di *coping*, la capacità di fronteggiare eventi stressanti, attraverso una maggiore informazione sulle risorse del territorio e un incremento degli strumenti a disposizione.

Dip. Dipendenze Asl TO2 di Torino, Direttore

*Ci sono attività che si pongono più su un piano dell'informazione, del contatto con la realtà, con le risorse, di conoscenza anche del quadro normativo, questo lavoro fatto sia da psicologi, ma molto anche dagli educatori attraverso gruppi di informazione, tematici. Quindi questo è un modo in cui si dà quel contenuto ma di nuovo si sostiene l'abilità della persona, la conoscenza, l'utilizzo di risorse, l'inclusione dentro un sistema reale, concreto, di sistema sociale con le sue risorse.*

Vi è poi il **sostegno psicologico**, che ha l'obiettivo di accrescere la consapevolezza rispetto all'entità della problematica alcolcorrelata, ma anche la capacità di affrontare alcuni problemi non strettamente legati, almeno apparentemente, all'uso di alcol, come l'ansia o i problemi relazionali. In molti casi quindi il sostegno è rivolto a tutta la famiglia o alla coppia.

Servizio di alcologia di Novara, Responsabile

*L'intervento dello psicologo diventa importante sia per pensare a un sostegno psicoterapico individualizzato e individuale, oppure a una psicoterapia di coppia o centrata sul nucleo familiare.*

Si cerca sempre di coinvolgere i familiari, questo sia per aumentare la *compliance* al trattamento, sia per la gestione di compiti precisi, come l'affidamento dei farmaci, che dal punto di vista organizzativo sono di supporto anche al servizio. Il coinvolgimento dei parenti è essenziale inoltre per favorire un cambiamento parallelo a quello dell'alcolista anche all'interno della famiglia: spesso infatti nel nucleo si creano degli equilibri che vanno in crisi nel momento in cui la persona malata tende a modificare, anche in positivo, i suoi comportamenti.

Servizio di alcologia Asl TO2 di Torino, Responsabile

*Vengono presi in carico i familiari, ma non per fare delle psicoterapie, lo psicologo però riteniamo che sia la persona che possa svolgere un sostegno, un orientamento e anche aiutare i familiari a comprendere alcune dinamiche sia relazionali, sia di funzionamento proprio del loro congiunto, che è poi il paziente, che aiutano notevolmente anche nella presa in carico proprio dell'alcolista, che poi possono avere delle forti ricadute in termini di sostegno al servizio per aiutare la compliance al trattamento, oppure proprio per aiutarci da un punto di vista organizzativo, in accompagnamenti e in altre cose del genere.*

In alcuni casi si propone una vera e propria **psicoterapia**, qualcuno ha proposto un approccio psicoanalitico, anche se è un tipo di trattamento adatto solo agli utenti che hanno un livello sufficiente di risorse personali per poter affrontare e gestire le dinamiche che si possono scatenare. Sia il supporto psicologico che la psicoterapia possono essere individuali e di gruppo.

Servizio di alcologia Asl TO2 di Torino, Responsabile

*L'intervento psicologico è principalmente di tipo supportivo sebbene sia possibile prevedere, in alcune situazioni anche un trattamento psicoterapeutico vero e proprio, con incontri almeno settimanali con lo psicoterapeuta; i modelli di riferimento sono soprattutto quello sistemico e quello psicoanalitico anche se in alcuni casi ci si può orientare di più verso un modello di tipo cognitivo. I gruppi terapeutici a valenza psicologica sono di tre tipi: gruppo motivazionale, gruppo psicologico supportivo-emotivo e laboratorio di arte-terapia.*

Servizio di alcologia di Cuneo – area Fossano-Saluzzo-Savigliano, Responsabile

*Abbiamo sperimentato anche un gruppo psicoterapeutico a indirizzo psicoanalitico, che è stato difficile proprio perchè le persone che arrivano da noi spesso hanno delle compromissioni non da poco, e lavorare in modo così profondo a volte non è semplice e non sempre possibile, per una questione di risorse, per il fatto che vai ad aprire delle situazioni che è pericoloso aprire, che poi anche la persona stessa non è in grado di gestire, quindi è meglio contenere in altri modi la cosa. [...] Per alcuni è stato un sostegno, per altri, diciamo quelli con più risorse, è stato un vero trattamento psicoterapico.*

Nel SerT di Saluzzo per rispondere al problema del bere femminile con le sue specifiche caratteristiche sia in termini di problematiche che di risorse, è stato avviato un gruppo terapeutico riservato esclusivamente a questo target.

Dip. Dipendenze Asl CN1 – area Fossano-Saluzzo-Savigliano, Direttore

*C'è un gruppo psicoterapeutico per donne, siccome era un problema particolarmente sentito il discorso dell'alcolismo delle donne, che aveva un po' una particolarità rispetto ad altre forme, allora anche lì si è strutturato un gruppo che è gestito a Saluzzo, ma che riceve anche pazienti di Savigliano e Fossano, solo per donne, che lavorando a fianco nel percorso, monitorando rispetto alla dipendenza da alcol, lavora anche su tutto il supporto legato al sostegno alla femminilità, alle risorse che il femminile mette in parte rispetto a questo.*

Non meno importante come trattamento è quello dei **gruppi di auto-aiuto**. Quello più utilizzato sul territorio è senz'altro il metodo hudoliniano dei Club di Alcolisti in Trattamento. Non è un'offerta direttamente gestita dal servizio pubblico, ma una risorsa esterna che tutti i SerT propongono agli utenti, anche se negli anni molti servizi hanno ridimensionato la centralità di questa tipologia di trattamento a favore di una diversificazione dell'offerta. Questa tendenza trova conferma nei dati dell'OED che mostrano come il ricorso a questo tipo di trattamento sia in netta diminuzione, a fronte di un incremento dell'utilizzo di altre modalità trattamentali come il counseling e la psicoterapia. Se nel 1996 erano circa la metà gli utenti dei SerT che frequentavano i gruppi di auto-aiuto, nel 2007 erano meno di uno su cinque. L'utilizzo che si fa del supporto dei CAT varia comunque da un servizio all'altro: nel cuneese alcuni servizi orientano al metodo hudoliniano tutti i pazienti, e, solo di fronte a un rifiuto, si attiva in alternativa il sostegno psicologico, insieme ovviamente alla terapia farmacologica.

Dip. Dipendenze di Cuneo, Direttore

*Viene proposto in maniera estensiva comunque l'inserimento nella metodologia Hudolin, e quindi il discorso scuola territoriale, club alcolisti in trattamento, però ovviamente, se i risultati dei colloqui iniziali, sia di tipo non medico sia di tipo medico, hanno dato come responso la necessità anche di affiancare un tipo di terapia, o farmacologica o di altro tipo, queste terapie vengono comunque proposte alla persona, alla famiglia; generalmente comunque viene proposto in affiancamento all'inserimento al club, difficilmente subito in alternativa: noi riteniamo che il discorso del club sia centrale.*

Nella stessa azienda sanitaria (unificata con l'accorpamento), ma in altri distretti, i Club hanno un ruolo meno centrale nel trattamento offerto dal servizio pubblico e costituiscono solo una delle possibili offerte trattamentali che l'operatore propone al paziente dopo un'attenta valutazione personalizzata.

Dip. Dipendenze Asl CN1 – area Fossano-Saluzzo-Savigliano, Direttore

*Direi che sempre di più si sta puntando a far sì che il CAT diventi uno strumento che protegga, che aiuti, ma non è sicuramente l'unico strumento che viene utilizzato; questa cosa permane ancora un pochino su Fossano, ma molto di meno di un tempo.*

Nella stessa direzione sono andati altri servizi, come quello di Novara, dove si ritiene che quello hudoliniano non sia un metodo adatto a tutte le tipologie di utenza, ma che anzi per qualcuno l'inserimento in un Club potrebbe rivelarsi controproducente e rischiare di inficiare il rapporto con il servizio pubblico o di creare problemi nell'ambito del gruppo.

Servizio di alcologia di Novara, Responsabile

*L'invio a un gruppo di auto-aiuto può essere controproducente, nel senso che potrebbe suscitare resistenze, irrigidimenti o addirittura mettere a rischio il rapporto terapeutico che si sta creando, oppure date le caratteristiche di personalità del soggetto, non risulterebbe comunque utile per lui, o addirittura potrebbe risultare anche controproducente per il gruppo in cui inserito. Possono essere ad esempio o persone molto chiuse, con una personalità un po' schizoide, persone come dire che accettano - e a volte ci vuole fatica per costruirlo- un rapporto interpersonale a tu per tu con l'operatore, meglio se con un operatore di riferimento, di fiducia, però non prenderebbero neanche in considerazione il gruppo o addirittura si ritrarrebbero spaventate. Oppure persone - questo è un problema di altro genere - che non sappiamo ancora bene come affrontare, che hanno un ruolo sociale di spicco, ad esempio istituzionale o sono molto in vista, hanno un ruolo socio-economico magari rilevante.*

D'altra parte, anche laddove l'inserimento nei CAT viene consigliato a tutti in quanto considerato il metodo attualmente più efficace per il trattamento dell'alcolismo, gli stessi operatori riconoscono che non è un'offerta attraente per gli utenti più giovani o quelli senza una rete familiare, che sono meno propensi a farsi coinvolgere in questo tipo di setting. Dalla

testimonianza si evince un certo rammarico nel constatare che alcuni pazienti rifiutano categoricamente la proposta del Club, l'operatore sembra quasi stupito che ciò possa accadere e in questi casi, suo malgrado, si trova a dover pensare a una possibile alternativa. Dalle parole emerge la scarsa fiducia in altri tipi di trattamento – siano essi farmacologici o psicologici - offerti dal servizio. E' evidente che l'atteggiamento dell'operatore verso una tipologia di trattamento possa pesantemente condizionarne l'esito.

Servizio di alcologia di Cuneo, Responsabile

*Noi abbiamo la tipologia alcolisti di una certa età li indirizziamo senz'altro ai gruppi di auto-aiuto, noi praticamente mandiamo tutti, consigliamo quasi a tutti di andare in un gruppo di auto-aiuto, poi è chiaro che ci sono magari quelli più giovani, oppure che non hanno una famiglia, che non hanno una rete sociale valida allora utilizziamo anche dei farmaci anticraving. Una volta generalmente chi rifiutava il club non sapevamo cosa offrire ecco, adesso chi proprio rifiuta il club nonostante il tentativo di consigliarglielo lo stesso, non è che possiamo rifiutare di curarlo, quindi li curiamo con dei farmaci anticraving, con un supporto a volte psicologico e un supporto medico, però diciamo che un 70% - 80% li indirizziamo comunque nei gruppi.*

Oltre alle tipologie di trattamento vere e proprie, vi sono altre iniziative più a carattere informativo e formativo sul territorio, come quelle svolte nelle scuole. Di particolare interesse sono i corsi di formazione nati in collaborazione con la Commissione Medico Locale, destinati alle persone che sono state fermate alla guida in stato di ebbrezza. A queste persone, che possono essere bevitori più o meno occasionali, si propone un ciclo di incontri volti ad acquisire maggiori informazioni sugli effetti e i rischi dell'alcol.

Servizio di alcologia di Cuneo – area Fossano-Saluzzo-Savigliano, Responsabile

*Poi con la nuova legge, gli invii della commissione patenti, siamo stati i primi a partire con i corsi alcol e guida, quindi corsi informativi rivolti a quelle persone che in alcuni casi sono bevitori occasionali e che vengono fermati dai carabinieri, per cui siamo partiti con questi corsi, inizialmente 2 all'anno, adesso siamo arrivati a 3, poi c'è stato questo progetto, Pronti a Ripartire che ha coinvolto un po' tutti i servizi della provincia.*

## 6.2 I gruppi di auto-aiuto: i CAT e gli AA

I Club degli Alcolisti in Trattamento, o CAT, sono gruppi di auto-aiuto che utilizzano il **metodo ecologico sociale** proposto dal professor Vladimir Hudolin in Italia alla fine degli anni settanta. Il tipo di trattamento risponde alla visione dell'alcolismo come problema sociale e del bere come comportamento a rischio. Poiché il problema ha origini e ricadute sul sistema relazionale e sociale dell'individuo che beve, questi non può essere trattato da solo ma insieme ai familiari, anch'essi portatori di un problema alcolcorrelato. La distinzione tra alcolista e familiare tende a scomparire, a tal punto che nei Club possono esserci i familiari senza l'alcolista, o perché questo non ha ancora maturato la decisione di parteciparvi, o perché ha interrotto il trattamento.

CAT, Torino, volontario

*Noi usiamo il metodo Hudolin, di Vladimir Hudolin che era uno psichiatra croato che ha introdotto questi nuovi concetti, che ha visto l'alcolismo non più come una malattia ma come uno stile di vita, come comportamento non corretto, a rischio, in cui metteva in evidenza che è molto più importante pensare più all'uomo che non al problema stesso. Noi ci definiamo fautori del metodo ecologico sociale, definito verde, come il colore dell'ecologia, perché guarda al problema in relazione alla ricaduta che ha sul territorio in generale oltre che solo sul singolo. Infatti si vede il problema dell'alcolismo rivolto a tutta la famiglia e non solo a chi beve.*

CAT, Torino, volontario

*Per frequentare i club bisogna avere un problema alcolcorrelato, bisogna fare una distinzione che noi peraltro non facciamo più, cioè la distinzione tra chi è familiare e chi è alcolista. Ci sono addirittura delle situazioni paradossali dove chi effettivamente beve non frequenta ancora o ha smesso di andare e chi si considera il familiare continua. Ognuno deve fare il suo percorso all'interno, perché tutti quanti hanno un loro percorso da fare.*

CAT, Novara, volontario



*Si punta al coinvolgimento dell'intero gruppo familiare, ma se non viene l'interessato non importa. A volte cominciano le famiglie e poi arriva l'alcolista.*

Il Club può essere composto da un massimo di 12 famiglie, superato questo numero si avvia un nuovo Club. Salvo i nuovi ingressi, i membri di un gruppo sono stabili e si incontrano una volta alla settimana per scambiarsi le proprie esperienze, senza una traccia prestabilita e senza che necessariamente il tema di discussione sia l'alcol. L'approccio non è tanto quello di andare a ritroso, alla ricerca delle cause che hanno scatenato il problema, ma piuttosto quello di seguire un percorso orientato al presente e a un futuro senza alcol.

CAT, Torino, volontario

*Ci si incontra una volta alla settimana e si raccontano i vissuti propri, le proprie esperienze: uno può raccontare quello che è successo durante la settimana, non c'è una cosa prestabilita, perché non è una cura.*

CAT, Novara, volontario

*Il nostro approccio non indaga sul passato, quanto piuttosto sul presente e sul futuro, dall'arrivo al Club in avanti comincia il percorso, troviamo sconveniente rivangare il passato, anche perché avendo a che fare con intere famiglie potremmo toccare equilibri fragili rispetto al passato. E' vero che in qualche modo esiste una causa scatenante, ma non è il nostro tipo di approccio, noi ci occupiamo di relazioni e contesto rispetto all'alcolista.*

Le famiglie oltre ai gruppi hanno a disposizione le Scuole Territoriali che offrono percorsi modulari per fornire loro una visione generale sull'alcol, sui suoi effetti e sul funzionamento dei Club. Alla scuola partecipa tutta la famiglia e si compone di un ciclo di dieci lezioni che viene generalmente organizzato all'arrivo di nuove famiglie nei Club. La scuola non ha un'impronta religiosa, ma ha un approccio spirituale, che viene definito "spiritualità antropologica", a significare l'insieme delle caratteristiche comportamentali umane. La Scuola alcolologica territoriale è composta di tre moduli, si tratta di tre tipi diversi di "corsi" rivolti a destinatari diversi. Il primo modulo è rivolto a tutte le famiglie che entrano a far parte di un Club: è un momento di accoglienza e di informazione sulla metodologia. Il secondo modulo è rivolto a tutte le famiglie che stanno partecipando a un Club da qualche tempo, e costituisce un momento informativo e di aggiornamento, mentre il terzo modulo è rivolto a persone che, pur senza avere un problema specifico con l'alcol, sono interessate a conoscere il problema e il metodo del professor Hudolin.

CAT, Torino, volontario

*Per le famiglie sono previste delle cose che noi chiamiamo scuole territoriali, e devono essere fatte sul territorio dove ci sono i Club in maniera da essere vicini alle famiglie e non costringerle a grossi spostamenti. Il primo modulo è riservato alle famiglie che entrano in Club, in modo che abbiano una visione generale di cos'è l'alcol, gli effetti che ha, come funziona il Club, la famiglia, un concetto diverso di vedere la famiglia; in più abbiamo una cosa che si chiama "spiritualità antropologica", che forse è il nocciolo di tutto quanto. Che è la parte migliore dell'essere umano, che non è visto in senso religioso, ma in senso spirituale, proprio la parte migliore della persona che noi alle volte ci dimentichiamo di averlo lo spirito umano buono e di metterlo a disposizione degli altri.*

Per diventare servitore-insegnante, ossia conduttore di Club, è necessario frequentare la Settimana di sensibilizzazione, una settimana di corso a tempo pieno in cui esperti di problematiche alcolcorrelate e altri servitori-insegnanti affrontano in modo approfondito gli aspetti dell'alcolismo e del suo trattamento secondo l'approccio ecologico-sociale elaborato da Vladimir Hudolin. Il servitore-insegnante non è necessariamente un alcolista e nemmeno un familiare di alcolista, anzi, inizialmente si trattava quasi sempre di operatori dei servizi pubblici<sup>15</sup>.

CAT, Torino, volontario

*Il servitore insegnante può anche essere una persona come lei che non ha problemi alcolcorrelati, ma che per sentito o per qualcosa è venuta a conoscenza che ci sono questi corsi che si chiamano Settimane di sensibilizzazione e durano una settimana, dal mattino alla sera e danno la possibilità che se poi uno vuole aprire un club può mettersi a disposizione degli insegnanti. Non è una prerogativa essere alcolista per poter diventare servitore insegnante. Anzi all'inizio del metodo*

---

<sup>15</sup> La storia della nascita dei CAT e del loro intreccio con i servizi pubblici è meglio approfondita nel capitolo seguente.

*erano quasi tutti professionisti dei servizi, adesso molto meno, adesso le famiglie hanno preso coscienza che forse fa parte del percorso anche fare questa cosa qui.*

A differenza di Alcolisti Anonimi, nei Club non si mantiene l'anonimato, anzi, i membri si fanno promotori dell'associazione sul territorio portando la loro testimonianza all'esterno del CAT. L'associazione diventa spesso un interlocutore autorevole sul tema e promuove iniziative di prevenzione collaborando con diversi enti locali pubblici e privati.

CAT, Novara, volontario

*Non siamo un'entità chiusa, non siamo anonimi: noi facciamo promozione sul territorio coinvolgendo anche le famiglie che fanno parte del club, rendendole protagoniste dell'azione. L'obiettivo è quello di rendere le famiglie testimoni di un percorso di recupero.*

I Club sono nati come forma di trattamento specifica per la dipendenza alcolica, ma a Novara hanno iniziato a occuparsi anche di altre dipendenze, in particolar modo del gioco d'azzardo patologico.

CAT, Novara, volontario

*Trattiamo ultimamente un po' tutte le dipendenze, questo perché è nata una collaborazione con un membro del Dipartimento di Salute Mentale di Novara il quale collabora personalmente con noi. Lui in passato era stato un membro, un volontario del Cat di Novara e conoscendo la metodologia ha chiesto a noi di occuparci di alcuni casi di dipendenze non da alcol, ma da droga o da gioco d'azzardo. Per questo motivo il Cat di Novara non si occupa esclusivamente di alcol, in particolare il gioco, è strettamente legato al gioco.*

Gli **Alcolisti Anonimi** si presentano come "un'associazione di uomini e donne che mettono in comune la loro esperienza, forza e speranza al fine di risolvere il loro problema comune e di aiutare altri a recuperare dall'alcolismo"<sup>16</sup>. Sono stati i primi gruppi di auto-aiuto per alcolisti fondati in America nel 1935, mentre in Italia sono arrivati solo successivamente, agli inizi degli anni '70. Secondo la storia il metodo nacque spontaneamente dall'incontro di due alcolisti e ancora oggi il presupposto su cui si basa il metodo è quello della condivisione: secondo gli AA può essere d'aiuto all'altro solo chi ha vissuto la stessa esperienza.

AA, Torino, volontario

*L'ispirazione non è stata originata da alcuna filosofia, è stata originata dall'esperienza, gli alcolisti anonimi sono nati nel '35 negli Usa, dall'incontro di due alcolisti che si sono accorti che parlando dei loro problemi si sono aiutati a venirne a capo. Quindi ha un'ispirazione prettamente pratica sul campo.*

Il trattamento risponde alla visione del problema alcolico come problema essenzialmente individuale e legato a una particolare fragilità di certe persone rispetto a questa sostanza, da alcuni interpretata come una sorta di allergia, da altri come una personalità debole che attraverso il percorso può essere in qualche modo rinforzata.

AA, Torino, volontario

*Il percorso è un percorso di crescita spirituale principalmente, spirituale non in un senso religioso mistico, ma proprio di valorizzare la personalità, di far emergere una personalità più sana, in grado di rapportarsi con il mondo, che sia in grado di rientrare nella società, di confrontarsi con la società, senza aver bisogno, per superare le eventuali difficoltà, di ricorrere all'alcol o ad altre sostanze che lui pensa che possano essere d'aiuto, ma che sono la fonte dei suoi problemi.*

AA, Cuneo, volontario, area Fossano-Saluzzo-Savigliano

*Uno deve smettere per se stesso, non per la famiglia: se lo fai per la famiglia non ci riesci, devi farlo per te stesso.*

Ufficialmente gli AA propongono un percorso di crescita spirituale, non in senso religioso, anche se i "Dodici Passi" e le "Dodici Tradizioni", che definiscono il programma di recupero, fanno esplicitamente riferimento a un'entità divina, seppure generica e non riconducibile a nessuna specifica fede confessionale.

AA, Torino, volontario

---

<sup>16</sup> <http://www.alcolisti-anonimi.it/>

*C'è anche il 5° passo se non sbaglio che dice "quando si è onesti con gli altri si è onesti anche con Dio" poi il 7° passo dice, sempre al potere superiore, "gli abbiamo chiesto con umiltà di eliminare i nostri difetti".*

Il metodo si basa su riunioni di gruppo a cadenza settimanale, ma l'accesso ai gruppi è libero e quindi la frequenza può essere di più giorni alla settimana. Negli incontri viene letto un passo e successivamente commentato dai partecipanti. Gli incontri sono autogestiti, non sono presenti professionisti o facilitatori. Anche in questo caso l'intento non è quello di indagare le cause del bere – i partecipanti vengono anzi invitati ad accantonarle - ma di focalizzare l'attenzione sul desiderio di recupero. Presupposto fondamentale è l'anonimato, che, secondo gli intervistati, ha lo scopo di favorire uno scambio alla pari tra i partecipanti.

AA, Torino, volontario

*Noi tendiamo a far sì che sia l'alcolista a chiedere aiuto, che non si ponga le cause come problema primario, anzi, lo scarti al momento, è proprio un percorso di recupero quello di scartare le cause che lo hanno portato a bere. Bensì a volgersi piuttosto in avanti a recuperarsi dal bere, le cause poi può darsi che le scopra, ma sono irrilevanti per noi, per noi è importante il recuperarsi dal bere.*

AA, Torino, volontario

*L'anonimato è evitare questi personalismi per cui una figura del gruppo potrebbe avere una priorità di ascolto perché persona informata dei fatti, mentre in realtà è solo un alcolista che si è recuperato, o ancora è in recupero e dà la sua esperienza di alcolista, non professionale.*

L'obiettivo è quello dell'astinenza totale e per sempre, ma il metodo consiste nel porsi di giorno in giorno l'obiettivo minimo della sobrietà per 24 ore. L'aspetto motivazionale e la costanza nella frequentazione sembrano indispensabili per evitare le ricadute. Parte integrante del percorso è mettersi al servizio del gruppo, un passaggio che aiuta a consolidare il proprio stato di sobrietà.

AA, Cuneo, volontario, area Fossano-Saluzzo-Savigliano

*Ci si racconta, e si va avanti così fino a smettere. Non si deve più bere, nulla, neanche i cioccolatini... Ho cominciato il gruppo, non bisogna mai smettere, mai lasciare il gruppo.*

AA, Novara, volontario

*Quando viene uno nuovo qui non diciamo di non bere più tutta la vita diciamo 24 ore alla volta e chi non riesce a fare 24 ore all'inizio di fare un'ora per volta fino a 24 ore: oggi 24 poi domani altre 24 fin che faccio il primo anno. Anche io ancora adesso faccio le mie 24 ore tutti i giorni perché io non devo prendere il mio primo bicchiere in mano, se prendo quello ritorno come prima e poi le ricadute sono dure da far passare.*

I gruppi di AA non sono aperti ai familiari degli alcolisti, ma questi possono partecipare alle riunioni di Al-Anon, gruppi di auto-aiuto a essi dedicati. Non vi sono momenti comuni né la frequentazione dell'alcolista e dei suoi familiari deve essere necessariamente parallela o contemporanea.

AA, Novara, volontario

*Capita anche che magari i familiari frequentano gli Al-Anon magari già da 3 o 4 mesi e l'alcolista non viene, ma magari dopo un anno viene che i suoi hanno già fatto un anno di recupero.*

Il programma è simile a quello di AA e anche questo consiste nella lettura e nel commento dei "Dodici Passi" e delle "Dodici Tradizioni"; anche questi sono gruppi aperti - si consiglia anzi ai membri di provare diversi gruppi per trovare quello più adatto, alla ricerca di altre persone con situazioni simili alla propria in cui riconoscersi - formati da 10-12 persone. Il gruppo vuole fornire un momento di supporto e confronto alle persone che si trovano in contatto diretto con degli alcolisti. Il presupposto è sempre quello che la condivisione di una stessa esperienza possa essere d'aiuto.

Al-Anon, Torino, volontario

*Non è necessario essere legati a un solo gruppo, consigliamo proprio di girare nei gruppi, dove magari si possono trovare situazioni analoghe, situazioni più vicine alle proprie.*

Dal confronto i membri possono comparare diverse strategie di risposta al problema dell'alcolista, ma il primo passo e il concetto centrale del metodo – all'opposto di quello

proposto dai CAT - è quello che il familiare deve prendere le distanze dal problema dell'alcolista, in quanto problema personale che può essere affrontato solo individualmente.

Al-Anon, Torino, volontario

Il percorso per il recupero personale, che parte dalla consapevolezza dell'impotenza verso l'alcolismo, parte dal renderci conto che noi non possiamo nulla... solitamente ci si avvicina ai gruppi per fare in modo che il nostro congiunto smetta di bere, è sbagliato, il congiunto smette di bere se è lui a deciderlo. E' di questo che dobbiamo convincerci, questo è il primo passo. Troppo spesso o ci colpevolizziamo o ci assolviamo in toto.

AA, Torino, volontario

*Anche perché l'Al-Anon prende, su suggerimento, degli atteggiamenti che sono i più proficui, effettivamente non è più un atteggiamento combattivo con l'alcolista, o di negargli o rinfacciargli l'alcolismo, prende un atteggiamento di rispetto verso se stesso e di distacco verso l'alcolista. Questo preoccupa l'alcolista, se prima aveva un uditorio nel proprio familiare, che lo compiangeva o aggrediva, un uditorio reattivo, ora si ritrova senza un uditorio e comincia a pensare a se stesso. Allora l'alcolista si domanda "perché io non posso pensare a me stesso?".*

Vi sono infine dei gruppi specifici pensati per i figli degli alcolisti, chiamati Alateen. A Torino si sono creati due gruppi, ma sembra che non siano molto frequentati, anche perché molti genitori non ritengono che sia opportuno farvi partecipare i figli, forse per vergogna oppure perché ritengono che non sia opportuno coinvolgere i figli nell'affrontare una situazione dolorosa e complessa quale quella dell'alcolista.

Al-Anon, Torino, volontario

*Quella dei figli è una dimensione delicata, i figli sono sangue del sangue, hanno un rapporto diverso da quello del marito o della moglie, per questo è nato Alateen, per dare aiuto nello specifico ai figli adolescenti degli alcolisti. A Torino ci sono due gruppi di Alateen, ma non sono molto frequentati ci sono resistenze, alcuni si vergognano, ad altri non è concesso di partecipare perché i propri genitori non vogliono.*

### 6.3 Il privato sociale: l'associazione Aliseo

Aliseo è un'associazione nata a Torino nel 1987 in seno al Gruppo Abele, molto conosciuta nell'ambito del trattamento della tossicodipendenza e più in generale del disagio sociale, da un bisogno avvertito di dover offrire un servizio specifico per i dipendenti da alcol. Il servizio è stato aperto dopo un lavoro di ricognizione e ricerca sull'entità del fenomeno in Piemonte, svolto in particolare nelle case di cura e negli ospedali. Anche il metodo nasce da una riflessione su quanto già esistente, e trae spunto sia dal metodo hudoliniano sia da quello degli AA, assumendo però caratteristiche proprie che si adattano al contesto territoriale e alle sue risorse.

Il modello di intervento, che risponde a una visione complessa del problema alcolico, è più simile a quello di un servizio di alcolologia rispetto a quelli che caratterizzano il mondo del volontariato, ed è orientato al trattamento **multi-modale**: il gruppo di auto-aiuto mantiene la sua centralità nel recupero della persona, ma è uno tra gli strumenti messi in campo, insieme all'attività ambulatoriale, all'**accompagnamento individuale** inteso come sostegno psicologico ed educativo, e, se necessario, alla comunità.

Associazione ALISEO di Torino, Responsabile

*Noi abbiamo cominciato a confrontarci con questi 2 modelli (AA e CAT), senza scegliere in particolare uno dei due, c'erano e ci sono tutt'ora aspetti di entrambi i modelli che fanno parte anche del nostro modo di operare, però noi poi nel tempo abbiamo sviluppato un nostro modello che rimane comunque un modello molto calato nella nostra realtà. Il gruppo è il fulcro un po' di tutti gli interventi soprattutto in ambito di dipendenze alcoliche, quindi anche noi abbiamo il gruppo come risorsa, ma abbiamo anche soprattutto un accompagnamento individuale.*

Il **gruppo** per Aliseo è uno strumento flessibile e modificabile a seconda delle esigenze e delle caratteristiche delle persone che vi partecipano; mediamente è composto da 10 persone. Il trattamento prevede un termine, e, quindi, il ricambio delle persone nel tempo. Non c'è una

durata prestabilita, ma gli operatori venuto il tempo opportuno valutano insieme alla singola persona l'opportunità di lasciare il gruppo. Uno degli obiettivi del trattamento è infatti quello di rendere più autonome le persone.

Associazione ALISEO di Torino, Responsabile

*I gruppi non sono né gruppi chiusi né gruppi aperti, nel senso che comunque noi partiamo con un gruppo di persone e poi valutiamo se nel tempo qualcuno ha finito il suo percorso, perché noi prevediamo anche la fine di un percorso, di un trattamento, e quindi diamo anche indicazioni e ci può essere un passaggio tra chi esce e chi entra, quindi qualche inserimento viene fatto durante il percorso del gruppo ma cercando sempre di mantenere un equilibrio all'interno del gruppo, che non lo snaturi troppo.*

Aliseo ha attivato più gruppi, ognuno con specifiche caratteristiche. A oggi sono presenti un gruppo per genitori, il cui obiettivo è quello di aiutare i partecipanti a prendere le distanze dal bere dei figli e migliorare la comunicazione con loro; un gruppo di giovani con un rapporto problematico con l'alcol, che lavora soprattutto su un obiettivo di autonomia, e quindi di emancipazione dalla famiglia e acquisizione di responsabilità; un gruppo formato da coppie, cui non necessariamente bisogna partecipare con il partner; un gruppo di sole donne anziane, il cui obiettivo è prevalentemente quello di affrontare le situazioni di solitudine con un setting molto libero e orientato alla socializzazione.

Associazione ALISEO di Torino, Responsabile

*Stiamo riscoprendo che ci sono molte donne ultrasessantenni che bevono e questa condizione di solitudine è un aspetto non secondario nel consumo di alcol, allora l'idea è di stanarle un po' e offrire loro anche la possibilità, ad esempio utilizzando altre risorse che esistono sul territorio, Cascina Roccafranca ad esempio, che è una realtà che è nata a Mirafiori nord, ha messo in piedi laboratori di diverso tipo insieme a una nostra collega che è un po' il riferimento di questo gruppo, hanno attivato al sabato pomeriggio piuttosto che in altri momenti delle uscite. Quindi non è un gruppo strutturato come gli altri che lavora in modo specificatamente terapeutico, ma è più un gruppo, non voglio dire di tempo libero, però che aggrega un po' persone che farebbero fatica se non fossero stimolate, se no trovassero altri che le stimolano a fare delle attività.*

Associazione ALISEO di Torino, Responsabile

*Un gruppo giovani, cercando di dare una connotazione di giovane che non è solo anagrafica, ma partendo da alcune variabili, che possono essere se questa persona è ancora in casa, se è emancipata dalla famiglia, se ha ancora un problema di lavoro; quindi lavoriamo più che altro sull'autonomia, sulla responsabilità, quindi magari un giovane per noi è uno di 37-38 anni che non ha ancora fatto questo passaggio di autonomia e di responsabilità rispetto alla famiglia e quindi l'obiettivo non è tanto e solo il fatto di essere lì e tutti abbiamo un problema di alcol, certo questo è l'elemento che accomuna gli elementi del gruppo, ma poi l'altro è come proviamo a ragionare sul renderci un po' autonomi, quindi non solo rispetto alla dipendenza da una sostanza, ma a una dipendenza dalla famiglia, sulla paura di fare questo salto, sull'incapacità di prendersi delle responsabilità; quindi il gruppo giovani ha questo obiettivo e quindi non è la serata incentrata sul come, dove e quando abbiamo bevuto o beviamo, ma sul come riusciamo ad affrontare e a prenderci questa parte di responsabilità.*

I gruppi sono condotti in genere da due persone, un operatore di Aliseo - quindi una figura professionale nell'area psico-sociale (psicoterapeuta, educatore, psicologo, pedagogista, sociologo) - e un volontario. Le coppie di facilitatori sono di sesso diverso, e si riuniscono ogni settimana in équipe con la supervisione di un consulente esterno. La formazione si fa in genere internamente coinvolgendo anche risorse esterne.

Nella tabella seguente riepiloghiamo le principali caratteristiche che contraddistinguono il trattamento di gruppo che propongono Aliseo e le due associazioni di volontariato dedicate al recupero degli alcolisti e dei loro familiari, evidenziando le similitudini e le differenze.

<b>Caratteristiche del gruppo</b>	<b>CAT</b>	<b>AA</b>	<b>Aliseo</b>
Visione dell'alcolismo	Stile di vita,	Malattia individuale	Stile di vita

	problema sociale		condizionato dal contesto socio-culturale e da un disagio individuale
Visione del bere	Comportamento a rischio	Comp. a rischio per alcuni	Comp. a rischio per alcuni
Anonimato	NO	Sì	NO
Astinenza	Sì	Sì	NO
Facilitatori/conduuttori	Sì	NO	Sì
Presenza dei familiari	Sì	NO	Sì
Formazione dei conduuttori	Sì	NO	Sì
Partecipazione al gruppo	Chiusa	Aperta	Semi-chiusa
Durata del trattamento	Illimitata	Illimitata	Limitata

Alla terapia di gruppo Aliseo ha affiancato la possibilità di una piccola **comunità** residenziale aperta e gestita dalla stessa associazione, che diventa una preziosa risposta per le persone che non hanno risorse o che si trovano in situazioni di particolare criticità e hanno bisogno di un periodo di tregua rispetto al contesto sociale in cui sono inserite. Qui si propone un trattamento medio-lungo, di 15-18 mesi. L'obiettivo è quello di accrescere le capacità comunicative e relazionali, gli strumenti di trattamento sono i gruppi, il supporto individuale e l'impegno nel lavoro fisico.

Associazione ALISEO di Torino, Responsabile

*Ci può andare chi non ha nulla, o e chi invece ha tutto perchè ha bisogno riprendere un attimo di tregua, di riformulare un po' la sua vita, di allontanarsi. Anche qui in genere sono progetti molto individuali. Abbiamo fatto una scelta di comunità piccola, noi abbiamo una comunità per un massimo di 15 persone, con un'équipe di 7 operatori, dove l'obiettivo è un obiettivo relazionale. Oggi in comunità, ma già dall'inizio, il lavoro che facciamo è più su un lavoro di relazione, di comunicazione, con tutto un lavoro terapeutico che sta sotto, e tra gli strumenti oltre ai gruppi, oltre ai colloqui a tutti quelli che sono un po' più definiti terapeutici, c'è anche il lavoro come un aspetto terapeutico dell'attività in comunità, essendo una comunità con una cascina, c'è uno spazio proprio per fare la parte dell'orto piuttosto che gli animali, noi abbiamo una stalla, quindi alleviamo e vendiamo carne di un certo tipo.*

A questi servizi si aggiunge l'**attività ambulatoriale**, che ha orari di apertura piuttosto ampi e un numero di telefono a disposizione cui risponde un operatore formato.

Associazione ALISEO di Torino, Responsabile

*Noi siamo aperti dal lunedì al sabato, dal lunedì al venerdì dalle 9 alle 19, siccome poi i gruppi noi li facciamo dalle 19 alle 20.30, di fatto fino alle 21 di sera qui c'è sempre qualcuno, quindi se suona un telefono quasi sempre si risponde, il sabato dalle 9 alle 12.*

Per i bisogni di tipo concreto e per il reinserimento sociale Aliseo può contare sulla rete dei servizi e delle cooperative del Gruppo Abele, mentre per le persone che necessitano di un trattamento di disintossicazione c'è un filo diretto con il reparto di neurologia dell'Ospedale Valdese di Torino.

Associazione ALISEO di Torino, Responsabile

*Per alcuni di questi c'è tutto il pezzo di reinserimento, di lavoro, casa, quindi situazioni molto difficili. Quindi questo lavoro anche qui con tutto quello che è la rete, la rete dei servizi, dai servizi sociali alle cooperative, a tutte quelle che sono altre risorse.*

## 6.4 Il privato sociale: il CUFRAD

Il CUFRAD è un'associazione riconosciuta come Ente Ausiliario dalla regione che dal 1983 gestisce comunità terapeutiche. A oggi però si definisce un centro di cura specializzato per l'alcolismo e le patologie alcolcorrelate, intendendo con questo sottolineare l'approccio **individuale** e personalizzato che si è scelto.

CUFRAD, Centro per la Cura dell'alcolismo di Sommaria Bosco (CN), Presidente

*Le comunità terapeutiche tradizionali sono centrate sul gruppo; il luogo di cura è centrato sul singolo. Questo è un punto molto importante perché il nostro lavoro è centrato sul singolo.*

Ciò che il CUFRAD propone è un percorso psico-socio-educativo, volto al recupero dell'autonomia personale in un contesto di residenzialità protetta. Il metodo è centrato sulla **rielaborazione** dei vissuti personali grazie al sostegno psicologico, alla ricerca delle ferite che hanno causato i problemi personali che hanno portato all'abuso di alcol.

CUFRAD, Centro per la Cura dell'alcolismo di Sommaria Bosco (CN), Presidente

*Il lavoro dello psicologo è quello di accompagnare il paziente nel percorso introspettivo osservando quali sono state le problematiche che ogni persona porta con sé, le proprie ferite, nel senso dei dolori che sono accaduti a lui o alle altre persone e lui non ha ancora accettato. Al termine di questo percorso, il paziente è portato a osservare le proprie difese, le proprie paure e le ferite; quindi il lavoro nostro è questo: accompagnare il paziente a guarire dalla propria sofferenza interiore, alcuni dei tanti psicologi che ci sono, hanno anche una competenza terapeutica specifica in questo ambito.*

Non c'è un riferimento teorico o metodologico prevalente: vi sono nello staff 48 psicologi clinici e ognuno segue il proprio approccio. Lo staff è composto inoltre da 12 tra educatori e assistenti sociali. Il recupero dell'autonomia è graduale e vengono fissati obiettivi via via più importanti. La durata del percorso non è prestabilita, ma parte da un minimo di alcune settimane.

CUFRAD, Centro per la Cura dell'alcolismo di Sommaria Bosco (CN), Presidente

*Si comincia dalle cose basilari, da farsi dal mangiare a tenersi in ordine. Allora se ci sono quei requisiti, si comincia a puntare a obiettivi più alti di responsabilizzazione e questo è il lavoro che si fa qui; se la persona può essere in grado di responsabilizzarsi a un lavoro, fatto qui internamente, poi sarà in grado di ritornare a gestirsi, opportunamente, il denaro, il cellulare e quant'altro. Se raggiunge quegli obiettivi, sarà in grado di andare a cercarsi un lavoro? Perché quando si parla di un progetto sull'alcoldipendenza, bisogna che il servizio di alcologia possa dotarsi di strutture adatte per capire dove andiamo a finire; la persona che ha dei danni irreversibili per l'abuso di alcol, bisogna calcolare a che punto può arrivare, voglio dire, la persona che ha 50-55 anni quando viene qui, avrà la possibilità di tornare ad avere una vita totalmente autonoma? Avrà la capacità di andare a cercarsi un lavoro? Rientrerà nel lavoro a quell'età? La famiglia sarà recuperabile? Questa è la logica della complessità del lavoro che si articola attorno al mondo di un alcolista.*

L'approccio individuale al problema non esclude che si utilizzi anche il **gruppo**, ma la partecipazione al gruppo è funzionale al singolo, sul quale è centrato il metodo riabilitativo. Durante la giornata vengono organizzate diverse attività di gruppo, da quelle di manutenzione del verde a quelle sportive a quelle più propriamente terapeutiche, basate sulla rielaborazione.

Oltre all'offerta residenziale è presente anche un servizio di pronta **accoglienza ambulatoriale**. All'interno è presente un servizio specialistico per pazienti che presentano comorbilità psichiatria, supervisionato da medici e infermieri.

I parenti degli alcolisti vengono coinvolti nel trattamento attraverso i colloqui di terapia familiare, anche se non sempre la famiglia costituisce un valido supporto.

CUFRAD, Centro per la Cura dell'alcolismo di Sommaria Bosco (CN), Presidente

*Le famiglie multi problematiche sono quelle che si presentano di più talvolta, perché in qualche modo accade che si vuole utilizzare inconsapevolmente la persona malata per compensare i guai che ci sono a livello familiare; perché poi oggi a parlare di famiglie è difficile, ci sono i conviventi, non è esattamente la struttura della famiglia tradizionale, ci sono le nuove unioni, ha presente. Perciò le famiglie che in modo sano vogliono essere di sostegno al paziente non sono poi così numerose; una delle situazioni più frequenti è quella in cui la persona ha subito violenze familiari, incidenti, ha creato problemi a tutta la famiglia, figli che non sono potuti crescere bene, che serbano dei rancori enormi, che quindi sono loro a loro volta in trattamento, molte volte la famiglia dice bene siamo molto felici che tu stia lì, curati mettiti a posto.*

## 6.5 Il trattamento nelle case di cura

Le tre case di cura prese in considerazione hanno caratteristiche di utenza e di organizzazione differenti. Villa Cristina, ex ospedale psichiatrico di Torino che si occupa prevalentemente di pazienti con doppia diagnosi, anche in situazioni acute, ha al suo interno un reparto specifico per i problemi alcolcorrelati e un'équipe che si occupa prevalentemente di questo tipo di utenza. La Casa di Cura Città di Bra cura prevalentemente le patologie alcolcorrelate e ricovera soprattutto nei reparti di neuropsichiatria e medicina generale; i ricoveri sono di breve e medio periodo, intorno alle due-tre settimane. Nell'ospedale di riabilitazione Beata Vergine della Consolata (ex Fatebenefratelli) a San Maurizio Canavese esiste invece un reparto specifico per la riabilitazione degli alcolisti e la durata del ricovero è mediamente più lunga, intorno alle quattro settimane.

Accade spesso, in tutti e tre i presidi, che per prima cosa si debbano affrontare o prevenire le crisi di **astinenza**, e quindi provvedere alla **disintossicazione**. La visione su questo tipo di intervento è omogenea tra gli intervistati, i quali ritengono che costituisca solo una premessa del trattamento vero e proprio, anche se permane tra alcuni utenti un vecchio tipo di approccio alla casa di cura, che mira solo alla disintossicazione, senza volere affrontare realmente il problema.

Casa di Cura Città di Bra, Responsabile di Neuromedicina

*Sono pochi i casi che diano delle crisi d'astinenza violenta, sono pochi i casi dove ti trovi in estrema difficoltà di crisi medica violenta.*

Casa di cura Villa Cristina di Torino, Responsabile Unità per Pazienti Psichiatrici

*Vengono ancora con questo modello della disintossicazione che era molto alimentato dalle case di cura di un tempo, quindi vieni qua ti fai venti flebo e poi esci, quindi sono legati a quel modello, con la negazione del problema e i buoni propositi.*

Casa di Cura Città di Bra, Responsabile di Neuromedicina

*E' ovvio che noi qui disintossichiamo, ma siamo ben lungi dal pensare di aver risolto il problema. Quando il problema dell'alcolismo è prevalente il nostro è un lavoro di rimettere insieme in cocci, è un lavoro che viene poi affidato a dei servizi esterni, a delle strutture, anche comunità.*

Il trattamento **medico-farmacologico** non riguarda solo l'astinenza ma anche le patologie alcolcorrelate, grazie alla presenza nella struttura ospedaliera dei diversi specialisti, dal gastroenterologo, allo psichiatra, al neurologo.

Casa di Cura Città di Bra, Responsabile di Neuromedicina

*Magari arrivano alcolisti con cirrosi, asciti, patologie che necessitano di interventi medici massicci. Che poi alla fine sono pazienti che magari nelle medicine degli ospedali a volte rimangono troppo poco, perché si scarica un po' l'ascite, ecc. Per cui essendo lì a cavallo tra le due cose, medicina e neuropsichiatria, si può intervenire in modo un po' più articolato, ma sempre più strettamente medico.*

Presidio Riabilitativo Ospedaliero Fatebenefratelli (TO), Responsabile Psichiatria

*Abbiamo 3 medici di cui una psichiatra, una psicologa clinica e una gastroenterologa; in più ci sono ancora delle figure che non fanno parte del nostro reparto, per esempio c'è la dietista, oppure c'è la possibilità di avere la consulenza fisiatrica, la consulenza neurologica, la consulenza geriatrica, la consulenza endocrinologica, la consulenza cardiologia, perché sono tutte figure professionali presenti nel nostro ospedale, quindi ce la caviamo abbastanza e cerchiamo di fare un lavoro, per quanto possibile, di équipe, e generalmente funziona abbastanza bene.*

Mentre la Casa di Cura della Città di Bra termina il suo intervento con questa fase prettamente medica<sup>17</sup>, altrove viene impostato un percorso di **riabilitazione** dove acquisiscono un'importanza centrale le attività di **gruppo** di vario genere, sia di tipo più propriamente terapeutico che quelle di svago. Queste sono attività presenti nelle case di cura e a

---

<sup>17</sup> C'è in progetto di ampliare a breve il servizio offrendo percorsi di trattamento più lunghi e orientati alla riabilitazione.



disposizione di tutti i pazienti, non ideate ad hoc per pazienti con problemi alcol-correlato. I gruppi sono condotti da personale socio-sanitario.

Presidio Riabilitativo Ospedaliero Fatebenefratelli (TO), Responsabile Psichiatria

*Ci sono i gruppi autogestiti, c'è per esempio il gruppo di rilassamento orientale, poi ci sono i gruppi educazionali, poi c'è il gruppo del film tematico, quindi il movie club, poi c'è il gruppo sulla corretta alimentazione con la dietista, i gruppi di psicoterapia, diciamo così i gruppi con la psicologa, il gruppo cosiddetto motivazionale, in più ci sono i gruppi di approfondimento clinico tenuti dai medici 2 volte alla settimana per far comprendere meglio le varie patologie sia psichiatriche che somatiche che complicano il problema dell'alcolismo.*

Casa di cura Villa Cristina di Torino, Responsabile Unità per Pazienti Psichiatrici

*Se c'è un'indicazione rispetto al gruppo il paziente entra in questo gruppo che lavora insieme due volte alla settimana e viene condotto da un medico e da uno psicologo. Abbiamo dei laboratori di psicodramma e attività più riabilitative socialmente, come il giardinaggio la rilegatoria eccetera.*

Oltre alla terapia di gruppo è offerto il **sostegno psicologico individuale**, mentre, data la durata media dei ricoveri, non è possibile impostare un vero e proprio lavoro psicoterapeutico.

Presidio Riabilitativo Ospedaliero Fatebenefratelli (TO), Responsabile Psichiatria

*Per chi ha necessità di colloqui individuali, questi vengono fatti con il medico o la psicologa.*

Casa di Cura Città di Bra, Responsabile di Neuromedicina

*Se poi si individuano delle situazioni psicologiche particolari, strettamente personali, allora c'è un approccio anche psicologico limitato, perché i nostri ricoveri sono di una durata relativamente limitata. Noi non facciamo però delle specifiche terapie, data la brevità del ricovero, non si fa neanche in tempo, forse le faremo penso nella nuova organizzazione.*

I familiari vengono ascoltati, informati e consigliati durante il periodo di degenza, ma non sono coinvolti direttamente nel trattamento. Solo in un caso si è provato a organizzare dei gruppi con i familiari, ma non è risultato semplice coinvolgerli.

Casa di cura Villa Cristina di Torino, Responsabile Unità per Pazienti Psichiatrici

*Attualmente non abbiamo nulla di strutturato però sono coinvolti i familiari nel momento in cui facciamo degli interventi mirati personalizzati sul paziente.*

Presidio Riabilitativo Ospedaliero Fatebenefratelli (TO), Responsabile Psichiatria

*Abbiamo fatto dei tentativi di gruppi anche familiari, non sempre sono molto interessati ecco, spesso c'è un rifiuto dell'alcolista perché ormai gliene ha combinate troppe, però cerca anche per quanto possibile di ricucire.*

Casa di Cura Città di Bra, Responsabile di Neuromedicina

*Noi abbiamo degli incontri con i familiari per tutti i malati che vengono qui, però non è mirato, al di là della solita predica che queste persone qui non devono bere niente, devono aiutarli non mettendo il vino in tavola, i soliti consigli alla buona.*

Oltre alle attività descritte, a San Maurizio Canavese, è presente anche un vero e proprio **ambulatorio** di alcologia, aperto tre giorni alla settimana, utile soprattutto a seguire i pazienti che sono stati dimessi e che non sono seguiti da altri servizi.

Presidio Riabilitativo Ospedaliero Fatebenefratelli (TO), Responsabile Psichiatria

*Abbiamo anche l'attività ambulatoriale di alcologia, che non vuole entrare in competizione con nessuno, ma è un'offerta anche questa, si cerca di rispondere a quelli che vogliono farsi seguire ambulatorialmente o a quelli che vogliono fare dei controlli post-dimissione che non vogliono andare per motivi loro, al SerT o da qualche altra parte.*

## 6.6 La posizione dei dipartimenti di salute mentale

I Centri di Salute Mentale non trattano l'alcolismo né lo ritengono parte del loro mandato. In caso di comorbilità si tende a separare la patologia psichiatrica dalla dipendenza e il CSM si occupa solo della prima, cercando comunque di ottenere una situazione di astensione, anche se non è facile. A volte, se l'uso dell'alcol è un uso di tipo compensatorio, risolvendo il disturbo

psichiatrico si può risolvere anche quello alcolico. Se invece la dipendenza è un problema importante o primario, allora l'utente viene inviato al SerT<sup>18</sup>.

Dip. Salute Mentale Asl TO2 di Torino, Direttore

*Non lo trattiamo, per noi è una diagnosi secondaria, lo trattiamo solo se per esempio si genera una situazione, in genere in un paziente che non abbiamo in carico, nelle comunità per esempio, pazienti di lunga storia clinica in cui ci può essere un'intercorrenza di abuso etilico, quindi è difficile però che noi lo trattiamo estrapolandolo come fenomeno, è un fenomeno che fa parte di una complessità psicopatologica.*

*A volte ci appoggiamo al SerT a volte no, nel senso che dipende di che entità è il problema secondario, cioè se è veramente secondario curare la malattia primaria permette di migliorare anche la malattia secondaria, se era un etilismo di compenso per esempio.*

Dip. Salute Mentale Asl TO1, Responsabile CSM di Torino Nord

*Si cerca di separare le due patologie, nel senso che la cura psichiatrica rimane la medesima, nel senso che la cura è quella: un depresso si tratta con anti-depressivi e così via. Parallelamente si cerca di fare un percorso di cura che porti il paziente alla sobrietà, al mantenimento di questa sobrietà, si cerca di far muovere questo aspetto di pari passo con la cura psichiatrica. Non è facile, e non è semplice perché spesso non si ha la collaborazione del malato, ed è difficile averla.*

Dip. Salute Mentale di Cuneo – area Fossano-Saluzzo-Savigliano, Direttore

*Il nostro percorso, oggi come oggi è: se arriva in psichiatria perché in fase di ebbrezza ha turbe del comportamento, dopo la disintossicazione si chiama quelli del SerT che se lo vengano a prendere; noi d'interventi sull'alcolista, percorsi terapeutici, riabilitativi e queste cose qui non ne facciamo più.*

Dip. Salute Mentale di Novara, Direttore

*Le faccio un esempio concreto, in doppia diagnosi, per una persona con disturbo di personalità che abusa anche di alcol, l'approccio deve essere di rete: prescrizione farmacologia, colloquio psichiatrico, una presa in carico sociale; poi interviene il SerT, che si occupa della parte più specificatamente alcolica.*

## 6.7 Il trattamento in ospedale

In linea generale in ospedale si trattano i **problemi alcolcorrelati**, ma non la dipendenza: la cura dell'alcolismo non viene percepita come parte del proprio mandato. Secondo qualcuno questa scelta dipende anche da un cambiamento di prospettiva sull'alcolismo: un tempo si considerava una malattia e si curava in ospedale, mentre oggi che sono state riconosciute altre dimensioni dell'alcolismo è bene che siano altri soggetti a occuparsene, quali i SerT e i gruppi di auto-aiuto.

Ospedale S. Croce di Cuneo, Direttore Medicina Generale

*L'alcolismo non lo gestiamo, la nostra gestione è una gestione clinica di quello che può essere il problema fisico del malato, organico, legato al danno da alcol o altre comorbilità.*

Ospedale Maggiore di Novara, Direttore Epatopatologia

*Io personalmente un paziente alcolista che ho ricoverato, lo dimetto, lo rimando al suo territorio con un supporto farmacologico e di riferimento a una struttura, ma non seguo questi pazienti, a meno che non abbiano un'epatite alcolica o una cirrosi alcolica o qualcosa di affine.*

Ospedale Molinette di Torino, DEA, specialista in neurologia

*Io sposo ancora la tesi di Hudolin perché se l'alcolismo non è una patologia è inutile curarla in ospedale, va curata fuori, per cui l'idea era che meno l'alcolista era medicalizzato meglio è. Quando io ho iniziato a fare il medico, l'alcolismo era una malattia, veniva curata in ospedale, stavano un mese in ospedale, poi tornavano a casa e si ricominciava da capo, mentre l'ospedale serve benissimo per curare le patologie alcolcorrelate però l'alcolismo come stile di vita, come modo di usare l'alcol, come modo di dipendere dall'alcol va curato dove c'è il problema cioè fuori*

---

<sup>18</sup> Per una descrizione più approfondita dei rapporti tra DSM e DPD si veda il capitolo seguente.

*e quindi nei SERT, nei CAT, in famiglia, dagli Alcolisti Anonimi. Quindi in ospedale meno si fa meglio è.*

Il **pronto soccorso** invece si trova a gestire gli effetti dell'intossicazione alcolica acuta, favorendo la degradazione dell'alcol o sedando il paziente. Dopo un periodo di osservazione il paziente viene dimesso.

Ospedale Maggiore di Novara, Coordinatore DEA

*Pura assistenza sanitaria, totalmente svincolata da quello che può essere l'iter del paziente al di fuori del pronto soccorso presso un servizio socioassistenziale: viene trattata la convulsione, il trauma, il malore,... quando l'alcolemia è rientrata nella norma il paziente viene dimesso.*

Ospedale Molinette di Torino, DEA, specialista in neurologia

*Se uno ha solo l'intossicazione alcolica acuta, cioè se è ubriaco o lo si lascia lì e lo si tiene sotto osservazione in attesa che smaltisca l'alcol che ha bevuto, oppure se le sue condizioni sono un po' precarie, si fa qualche flebo se se le lascia fare, per facilitare la degradazione dell'alcol, quindi per velocizzare il metabolismo dell'alcol. Quando è in fase acuta non si può fare altro, oppure sedativi, se arriva un paziente sotto effetto dell'alcol con delle crisi di agitazione psicomotoria, lo si prende e lo si seda.*

Nei reparti di **medicina interna** l'obiettivo principale è curare la patologia organica alcolcorrelata e, dove si renda necessario, si procede alla disintossicazione cercando di prevenire o limitare farmacologicamente l'astinenza. Dalle testimonianze risulta che dietro la scelta di limitare i ricoveri a quelli strettamente necessari e di contenerne la durata c'è un preciso orientamento aziendale che deve fare fronte alla carenza di posti letto e alle indicazioni regionali. D'altro canto viene riconosciuto che la disintossicazione fine a se stessa è inutile e rappresenta anche uno spreco di risorse per l'ospedale, soprattutto perché vi sono persone che ciclicamente ne fanno richiesta. Con queste si cerca di fare una sorta di patto, cioè si accetta di ricoverarle a fronte dell'impegno a fare qualcos'altro per affrontare il problema, a cercare un altro tipo di trattamento, ma non sempre questa strategia funziona.

Ospedale G. Bosco di Torino, direttore Medicina Generale B

*Oggi abbiamo un filtro strettissimo perché non ci sono letti per ricoverare e allora l'etilista acuto o in carenza se ne sta 1, 2, 3, giorni in pronto soccorso, fa il suo percorso e se ne va, quindi nei reparti, come anche il tossicodipendente, non viene più per la malattia primaria, noi vediamo gli effetti secondari, quindi arriva l'etilista cronico che ha tutti i danni dell'etilismo cronico, che magari continua a essere un etilista.*

Ospedale Mauriziano di Torino, specialista in Gastroenterologia

*Provvedo a che la persona superi l'astinenza fisica da alcol che dura 72 ore, se sufficiente lo fa a casa con l'aiuto dei suoi familiari, se no facciamo un breve day hospital per qualche giorno, una volta si facevano anche dei brevi ricoveri di 3 giorni, oggi questo mi viene impedito dall'organizzazione attuale dell'ospedale. Qualche rara volta è necessaria una riabilitazione maggiore perché c'è più difficoltà a superare l'astinenza fisica da alcol.*

Ospedale Civile di Saluzzo (CN), specialista in Medicina Generale

*Questa è l'occasione dell'ospedale, almeno io, o quasi tutti, facciamo una specie di contrattino con le persone che continuano a chiedere ricovero perché la disintossicazione e basta fine a se stessa è inutile, occupa posti letto, risorse e denaro.*

Nella maggior parte dei casi, quindi, l'alcolista viene semplicemente dimesso con la raccomandazione di non bere più, in altri casi gli viene suggerito di rivolgersi a qualche agenzia esterna. Ci sono poi casi particolari in cui gli stessi professionisti che lavorano in ospedale si sono formati secondo la metodologia hudoliniana e quindi si occupano dell'alcolista anche dopo il ricovero, ma questo al di fuori della sfera professionale<sup>19</sup>.

Vi è poi un caso specifico, nato dall'interesse personale per l'alcolismo di un neurologo, il quale, nell'ambito di un ospedale torinese, ha messo a punto un proprio modello di trattamento e formato ad hoc una piccola équipe di infermieri e psicologi. Oltre a un ricovero per la disintossicazione un po' più lungo – di 5 o 6 giorni – ai pazienti che non siano già in carico ad altri servizi si offre anche un supporto psicologico che può protrarsi nel tempo, anche

---

<sup>19</sup> L'argomento è trattato in maniera più approfondita nel capitolo seguente.

per anni. Nell'ambito dell'ospedale inoltre, laddove necessario, si richiede la consulenza specialistica per le patologie alcolcorrelate.

Ospedale Valdese di Torino, responsabile del reparto di Neurologia

*Faccio dei ricoveri brevi, in cui gli si toglia il vino o gli alcolici, gli si curi l'astinenza, gli si guardi gli organi bersaglio e gli si imposti una terapia per continuare l'astinenza. Ho una struttura con dei posti letto in cui ricovero i malati e ho personale che ho addestrato personalmente, molto preparato, per cui li mettiamo lì 5 o 6 giorni, gli facciamo le flebo, li disintossichiamo, non li facciamo andare in astinenza.*

*Se arrivano o dal medico curante o da delle strutture dove non c'è un sostegno glielo facciamo noi, nel senso che io qua ho due o tre psicologi che mi aiutano e allora glieli affido, vengono qui, fanno i colloqui, eccetera, eccetera; se arrivano invece da strutture già fatte li ridiamo a chi ce li ha mandati.*

Anche nei reparti ospedalieri si cerca di coinvolgere i familiari, non senza difficoltà perché a volte non ci sono e altre non riescono a essere di aiuto, specialmente, come già è emerso, nei casi di alcolismo femminile.

Ospedale Civile di Saluzzo (CN), specialista in Medicina Generale

*C'è qualche resistenza, ad esempio, nell'alcolismo femminile, cioè quando troviamo una donna che beve, la famiglia è molto meno attiva, perché è un problema della donna, cioè gli altri bevono il doppio, ma siccome sono uomini non è un problema, è un problema suo.*

Come nei servizi territoriali, anche negli ospedali è prevista un'**assistenza sociale** per tutto ciò che esula dalla patologia clinica, ma riguarda più da vicino la gestione della quotidianità del paziente. Gli infermieri professionali sembrano invece rivestire un'importante funzione nel costruire una relazione con il paziente e quindi essere le figure, nell'ambito dell'ospedale, maggiormente in grado di raccogliere il problema.

Ospedale S. Croce di Cuneo, Direttore Medicina Generale

*Loro hanno questo compito di sentire, parlare col paziente come infermieri, come persone che non hanno quel ruolo come il medico che a volte è quello che apparentemente ti giudica anche, così sono più liberi e loro ci danno la loro interpretazione del problema e molte volte è anche importante che ci dicano se secondo loro ci sono degli spazi, che si sono confidati che ci sono dei problemi e che cercherebbero una strada.*

## 6.8 Il ruolo dei medici di medicina generale

Nemmeno i medici di medicina generale trattano l'alcoldipendenza, né la ritengono nelle proprie funzioni o nelle loro competenze. La visione degli intervistati è piuttosto omogenea da questo punto di vista: il medico di base può occuparsi tutt'al più delle patologie alcolcorrelate, ma non di certo della dipendenza. Si lamenta non solo una mancanza di strumenti e di conoscenze adeguate ad affrontare il problema, ma anche la mancanza di tempo per farlo.

Medico di medicina generale, Novara

*Non li gestisco io, non sono in grado e non ho il tempo materiale per farlo, e comunque andrei a snaturare la mia funzione, è vero che sono un consigliere, non sono uno che può gestire una situazione di alcolismo come può gestire una polmonite, è una cosa un po' diversa. Io prima facevo il chirurgo, mi sembra difficile agire sulla psicologia.*

Medico di medicina generale, Torino

*Sicuramente il medico sarà molto più disponibile nell'affrontare patologie alcolcorrelate, questo gli compete più che fare un intervento di tipo preventivo, di tipo preventivo lo può fare se poi si rivolge ai servizi che prendono in carico il problema, non può farlo lui, non può prendere in carico l'alcolismo, proprio per la complessità della cosa, cosa fai? Psicoterapia? Non ha gli strumenti giusti.*

Medico di medicina generale, Novara

*Secondo me il medico di base, su questo tema, può fare poco perché l'intervenire andrebbe fatto su ogni singolo caso, ma non una volta, almeno 2-3-4 e coinvolgere la famiglia. Non è una cosa semplice, dovresti fare quello e basta. A un certo punto, non è soltanto il soggetto, è anche una*

*mamma, un fratello, una sorella, è un discorso molto complicato. Per ciò il medico non può intervenire nel sociale di una famiglia, o meglio lo può fare ma solo fino a un certo punto.*

Anche la possibilità di intervenire indirizzando il paziente a qualche altro servizio, come abbiamo detto, viene percepita come tutt'altro che scontata: sembra esserci un diffuso senso di impotenza rispetto all'alcolismo, che deriva dalla natura stessa del rapporto che c'è tra il medico e il suo paziente, un rapporto negoziale, nel quale, se il paziente si rifiuta di ammettere il problema o di essere curato, non vi sono possibilità di intervento. A questo si deve sommare il fatto che spesso nemmeno i familiari sono d'aiuto.

Medico di medicina generale, Torino

*Il rapporto lo tengo sempre ed esclusivamente con il paziente con cui ho un rapporto fiduciario e quindi la negoziazione avviene sempre tra me e il mio paziente, io gli offro una serie di iniziative o di possibilità su cosa fare e cosa non fare, poi lascio che sia lui a scegliere quella che ritiene più percorribile; gli dico che ha bisogno di essere aiutato, che può telefonare a un gruppo piuttosto che a un altro, lo indirizzo in questo modo qua perchè è poi lui che deve prendere l'iniziativa, magari cerco l'appoggio per un ricovero attraverso un Sert o attraverso conoscenze personali, un ricovero ospedaliero, ma questi sono alcuni casi limite, altrimenti il rapporto non può che essere negoziale.*

Medico di medicina generale, Novara

*La prima volta che avevo trovato la sorella le ho chiesto se sua sorella beveva. Lei ha negato nel modo più assoluto che bevesse fino a che qualche anno dopo è successo che la persona che secondo me beveva ha dovuto ricorrere al ricovero in ospedale, oltre a bere si era intossicata con dei farmaci tentando il suicidio. Allora si è evidenziato che beveva, ma come mi ero accorto io che beveva ai tempi, se ne poteva accorgere la famiglia, invece ha cercato di nascondere. E lì la collaborazione non ci può essere, il medico può fare la sua parte, ma sempre se c'è la famiglia che aiuta, se no non si fa nulla.*

Per migliorare la capacità di risposta ai problemi alcolcorrelati qualcuno suggerisce che sarebbero utili interventi di formazione volti a fornire degli strumenti adeguati a riconoscere e ad affrontare il problema, ma anche iniziative di informazione per sensibilizzare la classe medica sul tema e metterla al corrente dei servizi specialistici che esistono sul territorio.

Medico di medicina generale, Torino

*Quello che ci dovrebbe essere secondo la mia stessa aspettativa, potrebbe essere una formazione periodica al medico stesso, che dovrebbe essere formazione fatta a quattro mani con gli altri attori della rete, e questo al momento, che io sappia, manca. L'approccio al problema dell'alcolismo, quindi come riconoscere e gestire il paziente.*

Medico di medicina generale, Torino

*Quindi da una parte far crescere la consapevolezza della classe medica, perchè qualcuno non sa minimamente a chi rivolgersi.*

## **6.9 Le risposte dei servizi sociali**

Per un'assistente sociale, che non ha il compito di curare la dipendenza, l'alcolista è un utente che viene aiutato come gli altri, ma che generalmente crea maggiori difficoltà, perché questo problema va a sommarsi agli altri rendendoli più acuti. Per questo motivo l'intervento dei servizi sociali non può essere slegato da quello dei servizi specialistici che intervengono sulla dipendenza.

Servizi Sociali di Novara, assistente sociale

*È chiaro che se in una persona che ha diversi problemi c'è anche il problema dell'alcol diventa estremamente difficile riuscire ad aiutarla, perché fino a quando non cessa questa dipendenza non possiamo andare a recuperare il resto. È un punto di partenza. E i servizi sociali non hanno gli strumenti per poter trattare determinate patologie o dipendenze. Il tossicodipendente non può essere aiutato e curato dai servizi sociali, i servizi sociali possono fare un pezzo, il resto tocca ad altri servizi per le dipendenze.*

Il sostegno fornito dai servizi sociali è un supporto di tipo economico e un aiuto nella gestione della vita quotidiana, dalla cura personale a quella della casa, all'accompagnamento negli

spostamenti. I contributi economici qualora sia opportuno vengono però gestiti direttamente dai sevizi per provvedere alle spese necessarie e fare in modo che il denaro non venga usato per procurarsi da bere. Ove sia presente, i servizi sociali prendono sempre in carico tutto il nucleo familiare.

Servizi Sociali di Cuneo, Responsabile

*Ci sono persone sul territorio che hanno una vita indipendente e non hanno una dipendenza dall'alcol così grave da perdere tutto; o hanno una pensioncina di invalidità civile o non sono più in attività lavorativa, per cui noi le assistiamo nella loro globalità, nel senso che gli diamo un'integrazione mensile a quello che è il minimo mensile e non lo diamo a loro direttamente, ma valutiamo insieme una delega per incassare questa somma, che poi serve a pagare le bollette della luce, del gas, a comprare alimenti, cosicché questa persona che non sarebbe capace a gestirsi il denaro, viene aiutata a gestirsi la casa, nell'igiene personale, nei rapporti coi medici, negli accompagnamenti alle visite.*

Le figure professionali coinvolte nell'assistenza dell'alcolista sono, oltre all'assistente sociale, l'operatore sociosanitario (OSS) e l'educatore professionale. Laddove vi sono dei progetti di recupero insieme alle strutture per la cura dell'alcolista, l'educatore svolge anche la funzione di cercare la *compliance* dell'alcolista al trattamento. Non sempre però questo è possibile perché nei casi in cui la patologia è fortemente cronicizzata spesso l'utente rifiuta qualsiasi ipotesi progettuale.

Servizi Sociali di Cuneo, Responsabile

*Abbiamo queste persone che cercano di prendere in carico la persona e di inserirla in questo progetto congiunto, sono in rete tra le figure professionali di educatori e la figura dell'OSS presenti sul territorio. Quindi anche se a priori la persona si rifiuta ci sono queste figure di educatori che provano a fargli comprendere la gravità del problema e quindi di accompagnarli nell'inserimento, e di accompagnarli nel vero senso della parola, perché dove non c'è il familiare è importante che ci sia un accompagnatore.*

In altri casi, anche qualora l'utente abbia accettato le proposte del servizio, la sua situazione può essere così compromessa da rendere vani i tentativi di aiuto.

Servizi Sociali di Cuneo, Responsabile

*Questo signore qui l'abbiamo seguito in vari modi, gli abbiamo trovato una casa e reso più responsabile ed è riuscito anche a perdere quella casa, l'abbiamo tenuto in una pensione per tre mesi e abbiamo pagato noi ma non c'è nulla da fare, gli abbiamo dato un appartamento al pian terreno perché non si coricasse sulle scale che recava fastidio, non è cambiato niente, l'abbiamo messo in un alloggio in cui lui ha l'entrata dal cortile e ci sta solo lui, però è un irriducibile, beve fino alla morte, non lo recuperi neanche a morire.*

## 6.10 Il punto di vista degli utenti

Gli utenti non hanno espresso opinioni omogenee rispetto alle **terapie farmacologiche**, in particolare rispetto all'uso dell'Antabuse, farmaco antagonista dell'alcol: per qualcuno rappresenta un' "ancora di salvataggio" indispensabile e ne fa un uso prolungato anche al di là dei suggerimenti del medico del SerT. Viceversa a qualcun altro cui il farmaco è stato prescritto non l'ha preso perché ritiene importante sapere che l'astinenza non è condizionata dall'assunzione di un'altra sostanza, ma determinata dal proprio controllo.

Aldo, 40 anni, ex imprenditore - Cuneo

*L'Antabuse è fondamentale, è una condizione se no cadono tutte le altre, anche per un uso prolungato, e quindi questo serve a me, ancora oggi io faccio uso dell'Antabuse perché mi diverte il fatto di sapere che ho un controllo di me stesso precario e potrei comunque avere un momento di debolezza per cui io in macchina ho l'Antabuse, in montagna ho l'Antabuse, cioè, ce l'ho dappertutto, peccato che è caro, ma al di là di questo, il mio medico si stufa di fornirmelo, è un'ancora di salvataggio molto valida.*

Raffaele, 58 anni, pensionato - Torino

*In un primo tempo il dottore mi aveva dato da prendere l'Antabuse non lo sopportavo e me l'ha cambiato, ma non l'ho mai preso non perché non lo sopportassi ma perché devo essere libero non*

*avere condizionamenti meccanici che mi impediscano il piacere dell'alcol, cioè dovevo essere io a impormelo, è un cosa molto complessa è una mia cosa mentale, non devo avere dei baluardi meccanici che mi impediscano di giungere al piacere di proibirmelo, è la via più difficile.*

Lo stesso si può dire per la **disintossicazione** farmacologica: per qualcuno è stato un aiuto per fare il primo passo, ancorché limitato, per affrontare il problema. Per qualcun altro, al contrario, questo tipo di trattamento ha rappresentato una scappatoia che ha contribuito piuttosto all'accantonamento del problema, una semplice soluzione a portata di mano che ha consentito di non affrontare la realtà. Questa esperienza va a confermare un rischio già espresso dagli stessi medici che se ne occupano.

Raffaele, 58 anni, pensionato - Torino

*Quella settimana di disintossicazione mi è servita per quanto riguarda il fatto di darmi un primo appiglio al non bere tutti i giorni, ma sicuramente non mi è servita per non bere più, che è tutta un'altra cosa: il fatto di non bere più, secondo me, è uno sforzo di volontà pazzesco, mentale, morale.*

Giovanni, 60 anni, pensionato - Torino

*Io ho continuato a bere tanto sapevo che c'erano i centri di disintossicazione. La soluzione di solito è la disintossicazione, io me ne stavo tranquillo in disintossicazione e me ne sono approfittato, per cui sono stato diverse volte al Fatebenefratelli ne conosco anche altri. A parte Villa Cristina ero ancora normale nel reparto dove si stava meglio, Villa Augusta, Villa Turina.*

Pareri più positivi vengono espressi sull'utilità dei gruppi di auto-aiuto. Di questa dimensione gli utenti sottolineano in modo particolare la funzione motivazionale, ma anche, banalmente, quella di fornire un'occasione per impegnare il tempo e coltivare delle amicizie. In qualche caso la frequentazione del gruppo è considerata indispensabile, tanto da essere descritta come una dipendenza sostitutiva.

Raffaele, 58 anni, pensionato - Torino

*Il gruppo è stato essenziale se non altro perché mi ricorda sempre che io lì ci sono andato per fare qualche cosa, per qualche motivo e per cui desidero parteciparvi, continuare a parteciparvi per non perdere la memoria di quello che potevo divenire, di quello che stavo per divenire.*

Giovanni, 60 anni, pensionato - Torino

*Io lo dico sinceramente: se lavorassi e fossi impegnato nel pomeriggio non ne sentirei tanta necessità, mi piace per una questione di contatti di amicizia aiutare anche gli altri.*

Mimmo, 34 anni, personal trainer - Cuneo

*E' più forte di me, non riesco a stare lontano dall'ACAT!*

Non per tutti però la metodologia dell'auto-aiuto ha funzionato: è l'esperienza di chi per esempio, ha provato il Club all'età di 23 anni e ha trovato questo approccio noioso e non adatto a un giovane, sebbene abbia permesso di instaurare alcune relazioni individuali significative per il percorso di uscita dalla dipendenza.

Aldo, 40 anni, ex imprenditore - Cuneo

*Mi ricordo che ho cominciato a frequentare un pezzo a Caraglio (CN) e poi non mi piaceva come contenitore, nel senso che proprio mi trovavo male nel sentire determinate tematiche che erano ripetitive, che poi erano lontane, anche anagraficamente tra l'altro e questo è importante. Quello che mi ha aiutato in modo particolare non è stato tanto l'ACAT come contenitore di persone, nemmeno l'incontro settimanale, anzi questo mi ha deluso proprio in modo categorico, ma il rapporto quasi individuale con la signora T. che è diventata una persona importante, con qualche alcolista e ho ricevuto molto affetto, perché uno di questi alcolisti più anziano di me mi ha sorretto tante volte, sia fisicamente che non, e quindi questo è positivo.*

Per alcuni il **supporto psicologico** è più adatto di quello del gruppo, per qualcun altro sono entrambi validi e necessari strumenti di aiuto, altri ancora invece in un setting di questo tipo si trovano a disagio.

Raffaele, 58 anni, pensionato - Torino

*Non voglio farla [la psicoterapia]: la vedo come una cosa che io parlo contro un muro e l'altro sta zitto e a me questo da fastidio, cioè non è che abbia nulla contro la psicologia però...*

Saverio, 33 anni, idraulico - Torino

*C'era tanta confusione nella mia famiglia, i miei suoceri erano anni che eravamo così, la psicologa ha fatto chiarezza, ha detto cominciamo in famiglia con un pochino di serenità, ha cominciato a consigliarmi.*

Ciò che si può trarre dalle testimonianze è chiaramente l'assenza di una soluzione valida per tutti e che l'utilità di un tipo di trattamento dipende strettamente dalla soggettività delle esperienze e dalle caratteristiche personali dell'utenza.

E' importante anche sottolineare che i percorsi di cura sono estremamente diversificati e che spesso l'utilizzo di servizi pubblici e privati si intreccia rinforzando l'efficacia dei singoli trattamenti. Vi sono casi in cui attraverso il volontariato si è arrivati al SerT e viceversa, ma il risultato è lo stesso: appoggiandosi a due servizi alcune persone hanno trovato il percorso a loro più confacente, coniugando il gruppo con il supporto psicologico o con il trattamento farmacologico. Il maggiore rischio consiste invece nel voler sottoporre a tutti un certo tipo di trattamento, ritenendo che sia utile in assoluto, senza attente valutazioni del caso. In queste situazioni si può ottenere l'effetto contrario.

Luisa, 46 anni, disoccupata - Torino

*Io lo conoscevo il SerT ma andavo e non andavo, poi invece mi hanno fatto andare all'associazione della signora G., questa signora si è presa cura di me mi ha fatto andare da F. dell'Aliseo, andando da F. poi piano piano ho iniziato ad andare al SERT e da lì ho iniziato il mio cammino.*

Cosimo, 41 anni, responsabile aziendale - Torino

*Non ho seguito solo il trattamento al SerT, io ho preso Antabuse per un anno, la procedura normale, e poi sono entrato in un CAT che frequento tutt'ora.*

Saverio, 33 anni, idraulico - Torino

*Io ho conosciuto il SerT dopo che sono andato da Alcolisti Anonimi, e ci sono tanti amici di Alcolisti Anonimi che hanno contatti con la psicoterapia per sostegno, io ci sono andato e con questa psicologa mi trovo bene.*

## **6.11 In sintesi: l'intreccio delle risposte**

In accordo con una visione sempre più complessa dell'alcolismo, la maggior parte dei servizi pubblici per le dipendenze si è orientata verso il cosiddetto trattamento-multimodale, cioè verso una progressiva diversificazione delle forme di trattamento, che vanno dalla terapia farmacologica ai gruppi di auto-aiuto, dal *counseling* alla riabilitazione socioeducativa, dalla psicoterapia individuale a quella di gruppo. Lo stesso approccio è riferibile a un caso di privato sociale, Aliseo, che, oltre alle attività di gruppo e al sostegno psicologico, ha a disposizione un ambulatorio e una comunità.

Anche le case di cura stanno ampliando la gamma dei servizi offerti, e alle terapie farmacologiche e alla cura delle patologie alcolcorrelate stanno affiancando attività più di tipo socio-psico-educativo, come le attività di gruppo e il *counseling* individuale.

Le due principali associazioni di volontariato che si occupano di alcolismo, i CAT e gli AA, continuano invece a proporre i loro metodi consolidati e a vedere nella terapia di gruppo la risposta più efficace e in qualche modo esaustiva del problema.

Vi sono poi gli altri soggetti che in qualche modo entrano in contatto con l'alcolista ma che non ritengono che il trattamento dell'alcolismo faccia parte del proprio mandato. Tra questi vi sono gli ospedali, dove ci si limita a trattare le patologie alcolcorrelate e, quando necessario, a intervenire sulle crisi di astinenza; ci sono i dipartimenti di salute mentale, dove, nei casi di doppia diagnosi, ci si limita a curare gli aspetti psichiatrici cercando di separarli da quelli di dipendenza; ci sono infine i medici di medicina generale, che non sembrano essere in condizione di occuparsi del problema, sia per una questione di competenze che per mancanza di tempo.



Le testimonianze degli utenti non solo confermano che non esiste un metodo efficace in assoluto, ma anche che la combinazione di diverse tipologie di trattamento risulta più utile all'alcolista. In particolare emerge come il ricorso a diverse strutture possa rinforzare la tenuta nel trattamento.

## 7. Le reti

### 7.1 La rete che esiste e non esiste

Alla domanda "esiste una rete di servizi di alcologia sul territorio?" in tutte e tre le aree territoriali del campione sono state fornite risposte divergenti e spesso dubbiose. La domanda era sufficientemente ampia da lasciare spazio all'interpretazione di diverse tipologie di rete, da quelle naturali a quelle governate. Le prime sono reti che esistono e operano sulla base di modalità non formalizzate, dove le relazioni prevalenti (connessioni) sono di tipo personale, tessute e mantenute dai singoli attori coinvolti nella rete. Spesso si tratta di reti poco visibili e percepite in modo diverso anche dagli stessi soggetti che ne fanno parte. Le reti governate sono invece strategicamente orientate, strutturate e relativamente visibili, esplicite, riconosciute e governate secondo obiettivi condivisi (Butera, 1990).

Ad avere dato una risposta affermativa sono in generale i direttori dei Dipartimenti per le Dipendenze - a differenza dei responsabili dei servizi o delle équipes di alcologia che sono più critici - e gli operatori dei servizi di volontariato, mentre, tra le risposte negative, prevalgono i responsabili dei vari reparti ospedalieri e i medici di base. La differente percezione del fenomeno dipende dal fatto che esistono dei rapporti privilegiati, più o meno formalizzati ma comunque solidi, tra alcune strutture, mentre altre ne sono escluse ed entrano in contatto con il sistema solo in maniera occasionale: si tratta principalmente dei servizi non specificatamente dedicati al problema dell'alcolismo.

Dip. Dipendenze Asl TO2 di Torino, Direttore

*La rete è fatta di servizi che si occupano in modo prevalente o più specifico di problemi legati all'uso di alcol e anche di realtà che si occupano di altri problemi delle persone che noi col nostro servizio alcologico utilizziamo o viceversa, verso le quali forniamo un aiuto rispetto a questo tipo di pazienti, fino a realtà con una gamma più ampia di interventi.*

Medico di medicina generale, Torino

*Ma direi proprio di no. Il problema alcol, noi adesso andiamo a random, non mi sembra che ci siano delle reti di servizi che cooperano.*

La maggior parte degli intervistati ha invece un'opinione meno netta al riguardo, parla di una rete, ma ne evidenzia i limiti e le difficoltà. Qualcuno l'ha definita "una rete che esiste e non esiste", ovvero una rete che non è ancora completamente efficace, che per alcune caratteristiche non può essere definita tale. Si tratta infatti di una rete **naturale**, basata più su **rapporti personali e informali**, fatta di collaborazioni spontanee che nascono dalla pratica e si basano per lo più sull'interesse di singole persone e dalla loro volontà di collaborare che non su accordi formali istituzionalizzati. Una rete poco visibile i cui nodi sono rappresentati da soggetti singoli o collettivi poco visibili che agiscono sulla base di relazioni spontanee e senza condivisione di obiettivi e di valori comuni.

Ospedale Valdese di Torino, responsabile del reparto di Neurologia

*Io non ne faccio di protocolli, mi cercano sul telefonino, che è mio, personale, mi dicono "ho bisogno" e io mi attivo. Insomma collaboro con tutti, non ho delle preclusioni, certo, però è tutta una cosa a livello assolutamente personale, ho dei punti di riferimento.*

Casa di cura Villa Cristina di Torino, Responsabile Unità per Pazienti Psichiatrici

*Non c'è una rete formale no, cioè su ogni intervento, su ogni caso stabiliamo dei contatti.*

Ospedale Civile di Saluzzo (CN), specialista in Medicina Generale

*Quello che mi chiedo è, se mi dovessi trasferire a Milano Marittima, qua che succederebbe? In realtà la rete che si è creata coi gruppi, col SerT, con lo psichiatra, rimane, ma ho l'impressione che i miei colleghi se ne occupino a titolo diverso. Poi i servizi formali ci sono. Diverso è dedicarci del tempo. C'è la via informale.*

Dip. Salute Mentale di Novara, Direttore

*In realtà tutto si basa su collaborazioni personali, su contatti personali che stabiliamo nel corso dei casi che incontriamo.*

Proprio per questo carattere spontaneo e personalistico, si tratta, inoltre, di una rete **non governata**, che viene attivata sul singolo caso ora da uno, ora dall'altro soggetto, senza che nessuno abbia una visione completa degli scambi tra i diversi soggetti né il potere di indirizzo.

Dip. Dipendenze di Cuneo, Direttore

*La rete è essenzialmente autogovernata.*

Servizio di alcologia di Novara, Responsabile

*Non è governata, è attivata da soggetti diversi a seconda dei casi, a volte è il nostro servizio che viene in un certo senso coinvolto da altri elementi della rete rispetto qualche situazione.*

Dip. Dipendenze Asl TO2 di Torino, Direttore

*Ci sono dei sistemi di regolazione più che di governo, che hanno a che fare con le relazioni tra questi diversi punti della rete, che per certi aspetti usufruiscono di elementi di conoscenza e di autoregolazione individuale. Ci sono dei poligoni come dire che sono più visitati, più tracciati di altri e direi che non c'è nessuno che abbia la rappresentazione di questi poligoni irregolari e che quindi possa anche svolgere una funzione di indirizzamento.*

Molti hanno in mente quale modello di lavoro di rete i **Gruppi di Lavoro interservizi alcologia** (GLA), formalizzati a livello regionale negli anni '90 (L.R. 37/90), in cui era prevista la presenza di tutti i servizi territoriali ed ospedalieri interessati, con il duplice scopo di recuperare e valorizzare professionalità ed esperienze e di assicurare il coordinamento degli interventi preventivi e riabilitativi nel settore. I GLA avevano il compito di coordinare le azioni dei diversi servizi presenti sul territorio, sia pubblici che privati, attraverso riunioni periodiche interistituzionali e interdisciplinari. Nello spirito della legge questi gruppi avrebbero svolto il ruolo di governo della rete territoriale, ma secondo alcuni intervistati l'esperienza non è mai realmente decollata, mentre laddove i gruppi sono stati una realtà operativa concreta si sono lentamente svuotati di significato fino ad arrivare a esaurirsi.

Ospedale Molinette di Torino, DEA, specialista in neurologia

*Noi una volta avevamo l'accordo formale, nel senso che l'ospedale nel '90 aveva fatto una delibera riconoscendo il gruppo di alcologia che lavorava alle Molinette. Quindi forse c'è ancora adesso questa delibera, ufficialmente c'è un Gruppo di Lavoro per l'Alcologia, però in pratica non esiste più, perché non c'è più nessuno che ci lavora.*

Ospedale Civile di Saluzzo (CN), specialista in Medicina Generale

*Alla fine non si è mai capito per quali ragioni è morto, probabilmente perché non andava bene alla maggior parte dei partecipanti, poi in teoria avrebbe dovuto funzionare perché era una cosa che metteva insieme tutti quanti. Tutti quelli che hanno a che fare con problemi alcolcorrelati si trovano periodicamente e valutano insieme singole situazioni, programmi di intervento e soluzioni, e ognuno vede cosa può fare in modo coordinato con gli altri. E sembrava sulla carta un buon sistema, tant'è che la commissione regionale, di cui avevo fatto parte in quel periodo lì, aveva preparato delle linee guida. In realtà poi non è andata così e queste cose qui sono morte, ma non è che sono state annullate, ci sono ancora, non si sono mai attivate. Io conosco solo la situazione locale, però mi sembra che sia così un pochino ovunque, e mi sembra che ognuno abbia un po' preso la sua strada, poi occasionalmente uno sa che esistono gli altri.*

Gli **ostacoli** al funzionamento di una rete vera e propria, come doveva essere quella costituita dai GLA, sono di vario genere. Da un lato si lamenta la carenza di tempo, ma si mettono in evidenza anche i problemi di ordine culturale: secondo qualcuno manca quale presupposto fondamentale una **visione comune** del problema e quindi di approccio.

Ospedale Civile di Saluzzo (CN), specialista in Medicina Generale

*Ci sono dei problemi che hanno una valenza un po' più larga, come quello di non avere un'univocità da parte di tutti gli agenti presi in causa, ora se il medico di famiglia dice che 2 bicchieri di vino fanno bene a tutti e il medico dell'ospedale gli ha appena detto che bere 2 bicchieri di vino al giorno nella sua condizione è causa di dipendenza, bisogna non farlo più, questo è un problema perché non gli si crede. Oppure, se per definizione ogni paziente con un problema alcolcorrelato per alcuni deve essere trattato con psicofarmaci e per altri e no, anche questa è una discrepanza. La mancanza di coordinamento, la mancanza di voci autorevoli, la mancanza di chiarezza su queste cose può generare confusione.*

Qualcuno evidenzia il fatto che i rapporti tra i diversi servizi possono essere caratterizzati non solo da reciprocità ma anche da **sovrapposizione** e competizione, se non, viceversa, dalla **delega** delle proprie responsabilità.

Servizio di alcologia Asl TO2 di Torino, Responsabile

*Il rischio è che vi possa essere sempre un po' di spirito di competizione, piuttosto che di sovrapposizione, o proprio di scavalco, o di furti, diciamo, di settori di competenza uno con l'altro, quindi, come dire, credo che il fatto di potersi mettere tutti insieme intorno a un tavolo e discutere delle questioni migliorerebbe molto anche questi aspetti.*

Presidio Riabilitativo Ospedaliero Fatebenefratelli (TO), Responsabile Psichiatria

*Noi cerchiamo di trovare delle opportunità, quindi per esempio degli inserimenti in comunità, se si trova la comunità e se ovviamente il SerT che c'è alle spalle o il CIM che c'è alle spalle è d'accordo, ovviamente noi cerchiamo di lavorare d'accordo con tutti, non vogliamo fare un lavoro che non ci competa, anche se spesso poi ti appioppiano il paziente, è tuo, non te lo scolli, però il paziente non è nostro, qui viene a fare una tappa del suo cammino che speriamo tutti sia utile, poi deve fare altre cose.*

L'assenza di una rete governata si traduce spesso nella mancanza di una **continuità assistenziale** per il paziente. E' un problema che riguarda principalmente le situazioni post-ricovero.

Dip. Dipendenze Asl TO1 di Torino, Direttore

*Ho idea che ci sia una rete, ma è un po' come se si continuasse a non creare reti di continuità assistenziale così ben ordinate, appropriate, e l'utente non viene preso in carico in modo continuativo e con un certa presenza; la rete può servire se garantisce una continuità assistenziale e una appropriatezza delle cure che è maggiore.*

Casa di cura Villa Cristina di Torino, Responsabile Unità per Pazienti Psichiatrici

*Molti ricoveri qui si protraggono al di là del senso del nostro intervento, ma perché poi non sappiamo dove mandare il paziente.*

Vedremo ora, per ogni territorio, che legami vi sono tra i diversi soggetti che vengono a contatto con l'alcolista, per scoprire quali sono i rapporti che funzionano e quelli che invece creano difficoltà, e cercando di mettere in evidenza eventuali sperimentazioni e soluzioni adottate a livello locale.

## 7.2 Torino

### 7.2.1 I rapporti tra servizi di alcologia pubblici e del volontariato

La storia di entrambi i servizi di alcologia presi in considerazione, facenti capo ai Servizi per le tossicodipendenze delle Asl TO1 e TO2, è strettamente connessa con quella dei CAT. I Club in tutti e due i casi erano preesistenti sul territorio e il servizio pubblico sin da subito si è appoggiato a questa rete di supporto, spesso sovrapponendosi a essa grazie alla presenza di figure di *trait d'union* quali i professionisti formati alla metodologia hudoliniana e quindi, contemporaneamente, operatori nei Club e nei servizi pubblici. Questa commistione di ruoli permane tuttora: nell'Asl TO1 lo stesso responsabile del servizio di alcologia è al tempo stesso servitore-insegnante nei CAT.

Servizio Alcologia Asl TO1 di Torino, Responsabile

*Quando io sono arrivato in servizio nel '92, non c'erano delle strutture specifiche, luoghi appositi o gruppi di lavoro; i gruppi di lavoro per l'alcolismo sono nati ufficialmente nel '97 con una delibera della nostra azienda che ha costruito quattro gruppi di lavoro, prima c'era un gruppo che faceva riferimento ai Club e ai gruppi di auto-aiuto. [...]*

*Con le associazioni non ci sono delle convenzioni, molto si basa sulla conoscenza e sull'amicizia, io sono servitore-insegnante di Club, quindi conosco un po' tutti.*

Servizio di alcologia Asl TO2 di Torino, Responsabile

*Un tempo il servizio di alcologia non esisteva, però nel nostro territorio, in particolare quello della circoscrizione 6, una lunghissima storia di presa in carico degli alcolisti era già presente, ed era gestito dall'ACAT alla quale era delegato il funzionamento del CAT delle Asl, quindi le persone che chiedevano un aiuto per il proprio problema di alcol, che arrivassero dal medico di base, che arrivassero dall'ospedale, che arrivassero dal tribunale, che arrivassero da qualunque parte, arrivavano all'Acac Torino nord, e venivano sempre inviate al Cat, che quindi era l'unico modo, l'unica metodologia, o quella prevalente, per la presa in carico dell'alcolista.*

Questa testimonianza evidenzia come inizialmente il Club in molte aree non abbia svolto solo una funzione di integrazione del servizio pubblico, ma di fatto ne abbia fatto le veci. Questa situazione è evidentemente stata funzionale in quanto l'ente pubblico ha di fatto delegato all'esterno un servizio a costo zero. In seguito l'istituzione dei servizi di alcologia ha determinato periodi di tensioni e talvolta anche di ostilità, derivanti da una sovrapposizione di ruoli e dal timore, da parte delle associazioni, di vedersi "sottrarre" l'utenza. Attualmente le tensioni sembrano essersi risolte in una collaborazione "proficua": i CAT rappresentano infatti per il servizio pubblico non tanto una forma di concorrenza, ma piuttosto una preziosa risorsa esterna cui inviare una parte significativa dell'utenza.

Servizio di alcologia Asl TO2 di Torino, Responsabile

*Adesso siamo arrivati di nuovo a degli accordi e quindi una collaborazione assolutamente più proficua.*

Servizio Alcologia Asl TO1 di Torino, Responsabile

*Quando abbiamo 50 famiglie che ruotano attorno a un servizio di mutuo aiuto per noi è una risorsa.*

Il rapporto tra SerT e CAT si configura quindi a oggi come un rapporto di collaborazione esterna non esclusivo. Come abbiamo visto entrambi i servizi di alcologia hanno optato per un'offerta ampia e diversificata di tipologie di trattamento, dunque la metodologia hudoliniana non è più il solo tipo di trattamento possibile, ma viene riconosciuta come un valido metodo per utenti con specifiche caratteristiche. Nell'Asl TO1, come abbiamo detto, vi sono ancora figure di *trait d'union* tra i due servizi, l'Asl TO2 invece ha fatto la scelta di distinguere i ruoli e lasciare il metodo hudoliniano ai CAT, ma è stato anche stipulato un accordo formale, sancito da una specifica determina, che prevede la messa a disposizione dei CAT di spazi dell'Asl e la possibilità di invio reciproco di utenti. Allo stesso modo ad alcuni utenti il servizio consiglia gli Alcolisti Anonimi o i gruppi di Aliseo.

Dip. Dipendenze Asl TO1 di Torino, Direttore

*Non necessariamente le famiglie vengono inviate ai CAT, ad esempio è venuto un ragazzo portato dalla madre che ha iniziato un percorso di cura e ha avuto un buon risultato di astensione. Non è necessario un coinvolgimento in senso più ampio, nel senso di non restringere il coinvolgimento in un unico setting, perché il CAT è un setting che ha anche dietro una filosofia di significato dell'alcol.*

Servizio di alcologia Asl TO2 di Torino, Responsabile

*Nel momento in cui è stato istituito il servizio di alcologia, che invece non è un servizio che utilizza solo la metodologia hudoliniana, è un servizio di alcologia che utilizza tutte le metodologie che sono disponibili tra cui anche quella hudoliniana; oltretutto visto che c'è l'enorme risorsa dell'ACAT Torino nord nel nostro territorio, noi come personale del servizio di alcologia non abbiamo attivato dei CAT, inviamo all'ACAT, perché lì sì che ci sembrava di far una cosa ridondante.*

Servizio di alcologia Asl TO2 di Torino, Responsabile

*All'ACAT tendiamo a mandare le famiglie, anche senza necessariamente una persona con un familiare insieme, anche la persona sola che però non sia giovanissima e che abbia bisogno di costruirsi un gruppo di amici; agli Alcolisti Anonimi invece invitiamo le persone che abbiano magari anche delle esigenze proprio di crescita personale, anche magari che non disdegnano gli aspetti più spirituali della vita e a cui piace comunque mantenere una certa riservatezza ecco, perché è una modalità proprio molto meno intrusiva rispetto all'ACAT.*

Il servizio di alcologia dell'Asl TO2 invita inoltre dei rappresentanti del volontariato a partecipare agli incontri informativi che organizza durante l'anno per i propri utenti: la stessa

opportunità viene offerta a CAT, AA e Aliseo. Diversamente, tra il servizio di alcologia di TO1 e gli Alcolisti Anonimi non vi sono rapporti significativi.

Dip. Dipendenze Asl TO1 di Torino, Direttore

*Qualcosa si è fatto in passato con la parte dell'ACAT, mentre con gli Anonimi no, perché gli Anonimi hanno uno stile proprio.*

La visione dei rappresentanti dei CAT corrisponde sostanzialmente a quella dei SerT, anch'essi infatti definiscono il rapporto nei termini di una collaborazione informale – evidentemente non vi è una conoscenza degli accordi stipulati dalle altre ACAT sul territorio - che consiste nell'invio di alcolisti da parte del servizio pubblico ai Club, mentre nessuno parla di una relazione reciproca, cioè di invii al SerT da parte dei CAT. In qualche territorio gli operatori dei due servizi si riuniscono a cadenza regolare per discutere dei singoli casi, secondo un'abitudine che è diretta eredità dei Gruppi di Lavoro interservizi Alcologia, le équipes interdisciplinari e intersettoriali costituite negli anni '90. Se non tutti gli utenti del servizio pubblico vengono inviati ai CAT, neppure tutti gli utenti dei CAT provengono dai SerT, anzi, secondo alcuni intervistati gli utenti che provengono dal servizio pubblico sono una minoranza, peraltro particolarmente problematica.

CAT, Torino, volontario

*La collaborazione consiste nel fatto che il medico del SerT sa che c'è il Club, comunica la presenza di questa persona che ha i problemi alcolcorrelati e c'è l'invio al Club [...]. Non c'è una convenzione, è una collaborazione per conoscenza.*

CAT, Torino, volontario

*A Torino c'è un Acat che lo fa con un SerT, si fa una riunione, che una volta si chiamavano gruppi di riunione di alcologia, e adesso è sparito questo nome, ma c'è la riunione lo stesso, dove ci si mette a contatto delle novità, si parla se ci sono stati degli invii del SerT nei Club, si prendono notizie di questa persona. Perché magari gli invii dal SerT sono un po' più problematici dei nostri.*

CAT, Torino, volontario

*Ci sono molti più arrivi dal lavoro che fanno i Club nel territorio che non dal SerT.*

## **7.2.2 I rapporti tra i servizi di alcologia e i dipartimenti di salute mentale**

Come abbiamo già detto nei capitoli precedenti, i rapporti tra i Dipartimenti per le Dipendenze e quelli di Salute Mentale non sono sempre semplici per la difficoltà a individuare nell'ambito della doppia diagnosi la patologia primaria, che si traduce spesso in una disputa su quale servizio debba prendere in carico l'utente. Secondo il direttore del dipartimento di salute mentale dell'Asl TO2 questa disfunzione, che riguarda in generale anche le altre dipendenze, è una conseguenza inevitabile dovuta alla separazione tra i due dipartimenti. Sono controversie non rare, che creano problemi anche al di fuori dei dipartimenti, come racconta il direttore di una casa di cura.

Dip. Salute Mentale Asl TO2 di Torino, Direttore

*Si genera il potenziale contenzioso perché può capitare che uno vada prima a un servizio o prima all'altro e lì in certi punti della nostra rete abbiamo dei buoni rapporti istituzionali e quindi i due servizi si parlano e correttamente cogestiscono. In altre situazioni non è così funzionale la rete istituzionale e spesso si creano dei contenziosi piuttosto che delle deleghe reciproche: "Ti devi andare a curare perché sei depresso e il tuo alcolismo è un sintomo di depressione", "Ti devi andare a curare l'alcolismo perché il tuo alcolismo è primario e poi io ti curo la depressione". È super complicato, ma questo nel nostro sistema sanitario vale per tutti i consumatori di sostanze, il fatto che il SerT e la psichiatria siano due servizi distinti crea questo tipo di problema, è un buco nero insomma.*

Presidio Riabilitativo Ospedaliero Fatebenefratelli (TO), Responsabile Psichiatria

*Se hanno la comorbilità psichiatrica succede il classico dei classici, che per il ricovero presso di noi, o l'inserimento in comunità, sorge il problema: chi paga? Allora il CIM dice che non vuole pagare perché quello lo deve pagare il SerT come centro di alcologia, il SerT che è un centro di alcologia dice che non vuol pagare perché deve pagare il CIM, morale della fiera generalmente non paga nessuno, litigano come dei matti e alla fine se va bene pagano al 50%, questo è un dramma quotidiano.*

Oltre a un problema di risorse vi è forse anche un problema di riconoscimento di ruoli e di competenze, se anche il direttore di un Dipartimento di Salute Mentale ritiene l'approccio al problema degli Alcolisti Anonimi più efficace di quello dei servizi di alcologia.

Dip. Salute Mentale Asl TO2 di Torino, Direttore

*Se devo dire la verità quando penso a un alcolista penso sempre prima agli Alcolisti Anonimi e poi all'Alcologia e non il contrario, questo è il mio immaginario. C'è da parte mia una sorta di rassegnazione tra virgolette rispetto al fatto che il vero alcolista sia una persona difficilissima da trattare in senso tecnico (medico) e quindi attribuisco agli Alcolisti Anonimi una capacità propedeutica, cioè probabilmente un alcolista che riesce a essere agganciato dalla rete degli Alcolisti Anonimi è una persona che poi forse posso curare, a parte che si cura da sola, ma poi forse posso curarlo perché migliora la sua consapevolezza del problema, migliora la sua capacità di accettare un eventuale programma medico; ho molti dubbi che il programma medico sia un qualcosa che un alcolista accetti in prima battuta.*

Nel 2007 i due dipartimenti dell'Asl TO1, raccogliendo l'eredità dei GLA, hanno invece intrapreso un progetto comune per evitare i problemi relativi alla presa in carico che ha dato origine a un protocollo formale, in cui si sancisce il principio che gli utenti del SerT con problemi psichiatrici possono essere inviati al dipartimento di Salute Mentale, e viceversa, pazienti psichiatrici con problemi di dipendenza possono essere inviati al Servizio di alcologia. Si è pensato inoltre di formare un gruppo di operatori interdipartimentale con competenze specifiche sulla comorbilità, in modo che questa équipe, insieme al gruppo di monitoraggio a livello centrale formato dai responsabili dei servizi, faccia da filtro a eventuali controversie. Il passo successivo e auspicato sarebbe quello di creare parallelamente un fondo economico specifico per questi casi.

Servizio Alcologia Asl TO1 di Torino, Responsabile

*Abbiamo avviato questo protocollo con la psichiatria e mi risulta essere l'unico accordo formale, che definisce un protocollo sulla comorbilità psichiatrica, alcol più disturbi della personalità o malattie mentali.*

Dip. Salute Mentale Asl TO1, Responsabile CSM di Torino Nord

*E' nata per esigenza, ma anche come storia personale, io mi ero sensibilizzato al problema con dei corsi e poi sono nate delle alleanze per il servizio e tra i servizi, io e il responsabile del servizio di alcologia abbiamo creato un po' la struttura, la spina dorsale di tutto questo. Ancora oggi i nostri operatori partecipano a riunioni di coordinamento, abbiamo buoni rapporti, alla base c'è che tutto questo faciliti il percorso di cura del paziente. E' un approccio integrato, una modalità operativa unica sul territorio dove il servizio di psichiatria collabora con il servizio di alcologia.*

### **7.2.3 I rapporti tra i servizi di alcologia e gli ospedali**

I direttori dei SerT e i responsabili di alcologia intervistati hanno espresso sugli ospedali delle opinioni piuttosto critiche. Le aziende ospedaliere appaiono spesso come *competitors*, non solo nel passato, quando "chiudevano" al proprio interno l'intero ciclo di cura dell'alcolista, compreso il trattamento della dipendenza, ma anche nel presente, perché filtrano una domanda potenziale del servizio di alcologia.

Servizio Alcologia Asl TO1 di Torino, Responsabile

*Il servizio di Via Lombroso, cioè la zona di San Salvario, purtroppo non è riuscito tanto a decollare rispetto alla rete del territorio, pur essendo in una parte della città estremamente difficile. Ci sono stati una serie di fattori, non ultimo la presenza dell'ospedale delle Molinette, che ha filtrato un po' la domanda, perché all'interno c'è uno sportello di ascolto, c'è una rete di gruppi di comune aiuto e questo secondo me ha un po' filtrato l'arrivo dell'utenza.*

Dip. Dipendenze Asl TO1 di Torino, Direttore

*Gli ospedali, Mauriziano, Molinette, hanno teso a fare il ciclo di cura, quindi hanno avuto in passato un ciclo di cura, il gastroenterologo, il CAT; tendere a chiudere il ciclo di cura al proprio interno che è una cosa che non va bene.*

La sovrapposizione nasce dal fatto che negli anni '90 molti medici ospedalieri si formarono secondo la metodologia hudoliniana e diventarono essi stessi conduttori di CAT, che a volte venivano organizzati nei locali stessi dell'ospedale. Questa è una situazione benché sporadica

tuttora presente: vi sono ancora dei medici ospedalieri che conducono dei gruppi, anche se lo fanno a titolo personale e non aziendale.

Ospedale G. Bosco di Torino, direttore Medicina Generale B

*Io sono qui dall'83, sono stato aiuto 10 anni e poi ho vinto il primariato e ho preso in mano questo mio reparto dove avevo delle persone molto in gamba che si dedicavano agli alcolisti e avevano messo su i CAT, e avevo due aiuti molto bravi che si erano dedicati anima e corpo agli alcolisti, c'era questo ambulatorio di etilisti acuti, loro li mandavano ai CAT e loro lavoravano anche al CAT, che poi si era trasferito qui vicino dove c'è la sede della nostra Asl.*

Ospedale Mauriziano di Torino, specialista in Gastroenterologia

*Il CAT è un'iniziativa mia, se Lei adesso va in giro e chiede ai primi 10 medici "Lo sa che in questo ospedale c'è un Club di Alcolisti in Trattamento?" le chiedono "Che cos'è?".*

La storia dei CAT è a tal punto intrecciata con quella sei servizi pubblici che, tra gli operatori ospedalieri ancora oggi qualcuno confonde SerT e Club.

Ospedale Molinette di Torino, DEA, specialista in neurologia

*Al limite, se c'è qualche medico un po' più sensibilizzato, quando il paziente viene dimesso ai parenti, può indicare questa possibilità di CAT, se va al SERT lì ci sono i medici del CAT che possono prenderlo in cura [...] Diciamo coi SERT, sì coi CAT, che adesso sono diventati SERT, sono stati inglobati nei SERT.*

L'atteggiamento critico e diffidente è reciproco. Negli ospedali sembra essere diffusa l'opinione che sui SerT pesi uno stigma non ancora superato legato all'utenza tossicodipendente da sostanze illegali che ne limita fortemente la capacità di attrazione degli alcolisti. La creazione delle unità specifiche di alcologia, in questo senso, viene letta come una soluzione che potrebbe migliorare la situazione.

Ospedale Mauriziano di Torino, specialista in Gastroenterologia

*Io poi credo che i SerT facciano piuttosto poco rispetto agli alcolisti, perché gli alcolisti che vanno ai SerT sono una minima parte degli alcolisti, per esempio l'imprenditore o la moglie dell'ingegnere, in molti hanno difficoltà ad andare in un posto così, e quindi i SerT danno una risposta molto limitata, l'ospedale ancora meno, e quindi facciamo veramente poco.*

Ospedale G. Bosco di Torino, direttore Medicina Generale B

*Il SerT noi lo interpelliamo molto poco sull'etilismo, anzi praticamente non lo interpelliamo mai.*

Ospedale Valdese di Torino, responsabile del reparto di Neurologia

*Nel SerT l'alcolista ci va mal volentieri, glielo avranno detto, perché anche li mischiano tossicomani, alcolisti: l'alcolista è diverso per fortuna dal tossicomane, per cui non si trova al suo posto. Adesso grazie a Dio stanno nascendo delle divisioni di alcologia da sole.*

Rispetto alla possibilità di collaborazione, agli ospedali viene mossa la critica di non essere, come potrebbero, un canale di reclutamento per i servizi di alcologia, ma anche di essere poco ricettivi nei confronti di potenziali invii da parte di questi. Nel caso dell'Asl TO2 è stato firmato un protocollo di intesa tra il Dipartimento di Medicina e Chirurgia d'accettazione e urgenza e il Dipartimento di Patologia delle Dipendenze per facilitare e promuovere la gestione integrata dei pazienti, cioè per la segnalazione e l'invio bidirezionale di pazienti con problematiche d'urgenza ma anche di dipendenza. L'accordo formale però non ha dato, secondo il parere della responsabile del servizio di alcologia, i risultati sperati. Anche altri precedenti accordi formali, come i GLA, cioè i gruppi di lavoro interistituzionali sull'alcol, si sono via via esauriti.

Dip. Dipendenze Asl TO2 di Torino, Direttore

*Paradossalmente però l'ospedale non è un vettore principale di informazione e anche di reclutamento dei pazienti, a fronte del fatto che invece ci sia una grossa diciamo intercettazione del problema alcologico nel corso di ricoveri per altre patologie [...]. Come possibili destinatari di intervento [collaboriamo] poco nel senso che noi riusciamo pochissimo a mandare in reparti ospedalieri, quasi nulla insomma, se non per patologie correlate.*

Servizio di alcologia Asl TO2 di Torino, Responsabile

*Il protocollo c'è, una collaborazione si è cercato di crearla però è molto "da ospedale".*

Ospedale Molinette di Torino, DEA, specialista in neurologia



*No, noi una volta avevamo una tabellina con tutti i SERT di Torino, cioè l'accordo formale c'era, nel senso che l'ospedale nel '90 aveva fatto una delibera riconoscendo il gruppo di alcolologia che lavorava nelle Molinette. Quindi forse c'è ancora adesso questa delibera, ufficialmente c'è un gruppo di lavoro per l'alcolologia, però in pratica non esiste più perché non c'è più nessuno che ci lavora.*

Dall'altra parte, i SerT vengono accusati di eccessiva rigidità burocratica e una insufficiente disponibilità di offerta per poter instaurare una collaborazione efficace. Anche sotto questo punto di vista i CAT sembrano essere, nell'opinione del responsabile di un reparto di medicina di urgenza, una forma di organizzazione più appropriata perché più flessibile.

Ospedale Molinette di Torino, DEA, specialista in neurologia

*Il problema dei SerT è proprio un problema secondo me burocratico, cioè quello che si è sempre voluto evitare coi CAT invece si è verificato. Finché era un'attività di volontariato non inquadrata, se dicevano c'è un paziente nel reparto di medicina, dopo un'ora o due, l'assistente sociale come operatrice di CAT gli parlava, adesso c'è il SerT, allora si va al SerT, questo telefona, gli danno l'appuntamento dopo un mese. Cioè è stato burocratizzato ed è stato tolto secondo me lo spirito che c'era una volta.*

E' evidente che per un'azienda fortemente strutturata come quella ospedaliera è più semplice collaborare con organizzazioni più snelle e meno formali dei Dipartimenti per le Dipendenze. Possono nascere così casi di collaborazione proficua, frutto anche di rapporti personali consolidati, come quella che è nata tra Aliseo e il reparto di neurologia dell'Ospedale Valdese di Torino, cui l'associazione invia gli utenti che necessitano di un trattamento di disintossicazione.

Associazione ALISEO di Torino, Responsabile

*Nella storia di Aliseo la figura di S., S. padre è uno dei fondatori di Aliseo, il figlio oggi ha preso questo testimone e quindi per noi diventa fondamentale, ma naturale, anche, questo rapporto. All'inizio quando c'era S. padre, all'epoca neurologo del Mauriziano, avevamo comunque un ponte tra l'approccio nostro psicosociale e l'aspetto più sanitario, quando era necessario un ricovero attraverso il suo reparto, piuttosto che altri reparti di case di cura, quindi questo ci ha aiutato a costruire anche percorsi privilegiati con alcune di queste strutture.*

#### **7.2.4 I rapporti tra i servizi di alcolologia e le case di cura**

Secondo alcune testimonianze i rapporti tra servizi di alcolologia e case di cura sono bidirezionali e consistono nell'invio da parte del servizio di alcolologia di utenti che necessitano di un periodo di ricovero, ma anche nella segnalazione al servizio da parte della casa di cura di pazienti che non siano ancora in carico a nessun Dipartimento per le Dipendenze. L'Asl TO2 enfatizza gli spazi di collaborazione che garantiscono una continuità assistenziale ai pazienti, come per esempio l'abitudine di concordare insieme le modalità di uscita del paziente dopo un periodo di ricovero. I rapporti sono stati in qualche caso anche ratificati da un protocollo formale, ma, in ogni caso, sembrano basati sul riconoscimento reciproco.

Servizio di alcolologia Asl TO2 di Torino, Responsabile

*Abbiamo un filo diretto con il Fatebenefratelli [...] c'è da dire che le persone che lavorano in questo reparto sono molto disponibili anche a creare dei collegamenti col territorio, quindi prima di dimettere, per esempio, cercano di creare loro l'appuntamento con il servizio, in modo che la persona sappia già quando e dove presentarsi dopo essere stato dimesso, oppure concordano insieme a noi alcune modalità di uscita della persona, somministrando ad esempio l'Antabuse prima di far uscire il paziente, oppure consentendogli di uscire, anche se magari non è previsto dal programma, se magari ci fossero delle esigenze particolari, cosa che è anche capitata, quindi ottima collaborazione.*

Casa di cura Villa Cristina di Torino, Responsabile Unità per Pazienti Psichiatrici

*Qui arrivano alcuni con l'impegnativa del medico di base, e questo significa che non ha sul territorio nessun servizio, e quindi siamo noi a fare la segnalazione al SerT, piuttosto che se il SerT ha l'unità di alcolologia a volte sono loro che inviano il paziente per un ricovero dal territorio, ed è comunque una collaborazione a due direzioni.*

Presidio Riabilitativo Ospedaliero Fatebenefratelli (TO), Responsabile Psichiatria

*Noi per esempio noi lavoriamo bene con Ciriè, addirittura io assieme alla responsabile del servizio di alcolologia abbiamo approntato un protocollo di intesa per lavorare maggiormente in liaison.*

D'altra parte però il servizio di alcologia di TO1 lamenta tempi di attesa troppo lunghi per il ricovero, mentre, dalle case di cura, emerge la stessa rappresentazione del SerT che abbiamo già ritrovato negli ospedali. Anche in questo caso la specializzazione e la differenziazione dei servizi di alcologia sono viste non solo in maniera favorevole, ma sembrano addirittura costituire il requisito fondamentale per una proficua collaborazione.

Servizio Alcologia Asl TO1 di Torino, Responsabile

*Se quando una persona ha bisogno devo telefonare al Fatebenefratelli, devo attendere trenta giorni per un ricovero e intanto l'altro continua a bere e a stare male; ci sono troppi ostacoli all'inserimento.*

Presidio Riabilitativo Ospedaliero Fatebenefratelli (TO), Responsabile Psichiatria

*Per un etilista chiamiamolo puro, primario, andare a un SerT è spesso, è una roba dura, al di là che lavorino bene o male, ognuno poi ha le sue opinioni, io ho alcuni dubbi su alcuni interventi, ma comunque andando al SerT chi trovi? I tossici, già tu non ti senti tossico, cosa vai in mezzo ai tossici; alcuni SerT o alcune ASL hanno attivato dei servizi di alcologia e ben vengano questi, perché con questi noi lavoriamo bene.*

Il rapporto con i servizi di volontariato, CAT e AA, non è dissimile: sempre nell'ottica della continuità assistenziale, alle associazioni di volontariato la casa di cura offre uno spazio informativo interno. Quando il periodo di ricovero è giunto al termine, i pazienti vengono informati sulle attività dei gruppi di mutuo aiuto e possono decidere autonomamente come proseguire il loro percorso di trattamento.

Presidio Riabilitativo Ospedaliero Fatebenefratelli (TO), Responsabile Psichiatria

*Noi qui lo apriamo ovviamente anche a loro, non nel senso dell'intervento terapeutico perché non sarebbe corretto, non sarebbe giusto, non avrebbe un significato, ma nel senso dello sportello. Quindi sia i CAT, sia gli Alcolisti Anonimi, sia altre associazioni che vogliono fare un discorso serio, vengono qua e hanno il loro spazio dello sportello per presentare il loro modello di intervento e di appoggio, insomma di aiuto post dimissione.*

## **7.2.5 I rapporti tra i servizi di alcologia e i medici di medicina generale**

Secondo il parere dei responsabili dei servizi di alcologia i rapporti con i medici di medicina generale sono variegati, come variegato è l'atteggiamento di quest'ultimi nei confronti dei problemi alcolcorrelati. Alcuni si mostrano sensibili al tema, e, in ragione di ciò, collaborano con gli altri servizi del territorio; altri invece sono molto distanti da questa tipologia di problema, non lo percepiscono e, di conseguenza, non è facile agganciarli, anche se si cerca di farlo attraverso incontri informativi periodici.

Dip. Dipendenze Asl TO1 di Torino, Direttore

*C'è la relazione con i medici di base che possono essere degli inviati.*

Dip. Dipendenze Asl TO2 di Torino, Direttore

*Ci sono altre realtà, per esempio quella dei medici di base, con i quali c'è un discreto lavoro che poi ciclicamente tentiamo di riprendere, è un'area interessante.*

Servizio di alcologia Asl TO2 di Torino, Responsabile

*Noi abbiamo fatto e faremo ancora dei momenti formativi per i medici di medicina generale del territorio della ASL 2, e in queste occasioni presentiamo tutti i servizi del Dipartimento e ciascun servizio si descrive, quindi anche il servizio di alcologia si è presentato. Il mondo dei medici di medicina generale è estremamente variabile: ci sono alcuni colleghi che sono davvero molto sensibili riguardo a questo argomento, che sono preoccupati per i loro utenti e che sono molto contenti se possono creare più rete possibile intorno a loro, ce ne sono altri invece che o non considerano proprio il discorso dell'alcol, quindi si vede che sono proprio infastiditi dal discorso di dover affrontare tale argomento, o non riescono ad avvicinarsi a questa realtà e quindi non la considerano, quindi in genere non ci contattano mai.*

Il punto di vista dei medici è diverso: la mancata collaborazione con i servizi di alcologia non dipende da una scarsa sensibilità al tema, ma piuttosto da una scarsa considerazione dei servizi, dei quali si mette in dubbio la capacità di attrarre e trattenerne gli utenti. I medici

sembrano non essere messi in condizione di riconoscere un ruolo specialistico ai servizi di alcologia.

Medico di medicina generale, Torino

*Il SerT mi è stato utile in una fase di disintossicazione, perchè loro hanno agganci migliori con strutture per il ricovero, mi sono stati utili a sostenere una terapia aggiuntiva, però se devo dire, nella mia esperienza, quelli che sono riusciti agganciare i gruppi di auto-aiuto, sono andati meglio percentualmente [...].*

*Il SerT resta un servizio territoriale di cui noi ci possiamo avvalere che segue sicuramente una serie di pazienti ma è visto molto di più sulle tossicodipendenze non di tipo alcolico, gli alcolisti vanno poco lì. Sono due categorie un po' diverse, l'alcolista va poco volentieri lì, poi non sono più giovanissimi, l'alcolista si sente fuori posto lì. Nella mia esperienza sono riuscito pochissime volte a mandare qualche mio paziente con problemi di alcol al SerT e che questo venisse agganciato in un percorso quanto meno strutturato e duraturo.*

Sembra che vi sia più fiducia nei confronti del volontariato: tra la Federazione Italiana dei Medici di Medicina Generale, FIMMG, e gli Alcolisti Anonimi, nel 1995 è stato stipulato un accordo formale che prevede "la promozione reciproca delle rispettive attività, lo scambio di notizie e esperienze, la promozione e lo sviluppo di interventi di informazione tra la popolazione", firmato in seguito anche da Al Anon. A tale accordo doveva seguire la definizione di un progetto operativo del quale però a più di dieci anni di distanza non vi è ancora traccia.

Medico di medicina generale, Torino

*Noi stiamo lavorando con gli Alcolisti Anonimi, abbiamo strutturato dei gruppi di lavoro, abbiamo fatto un Coordinamento Nazionale e un Protocollo d'Intesa e ci stiamo impegnando molto perchè il problema dell'alcol è un problema grosso, sia come dipendenza che come malattie correlate.*

Anche da parte dei CAT vi sono iniziative mirate a sensibilizzare i medici di base affinché diventino un canale di invio alla propria associazione, ma il coinvolgimento sembra essere tutt'altro che semplice. Laddove lo scambio funziona bene è basato su rapporti personali.

CAT, Torino, volontario

*Con i medici di base abbiamo instaurato i contatti portando i nostri volantini, sono a conoscenza del nostro metodo, del metodo dei Club, e se intuiscono che qualche loro paziente ha dei problemi danno il volantino, poi la persona sceglie se venire o no. Qui al Club di Nichelino ci sono 3 persone inviate dal medico di base [...]. Noi cerchiamo di coinvolgere i medici di famiglia, sul territorio di Nichelino sono una sessantina ma quando ne vengono due è tanto [...]. Lavoriamo molto coi nostri medici di famiglia: il mio medico di famiglia per esempio sa tutto e allora se ci sono dei pazienti che lui vede che hanno di questi problemi qui, mi chiama, gli dà il numero di telefono, è una delle collaborazioni che facciamo coi servizi.*

## 7.3 Il cuneese

### 7.3.1 I rapporti tra servizi di alcologia pubblici e del volontariato

Anche nella Provincia di Cuneo, come a Torino la storia dei servizi pubblici è strettamente legata a quella dei Club, in tutte le Asl coinvolte nella ricerca (ex 15 ed ex 17, oggi parte della nuova ASL CN1). A Cuneo risale al 1990 il primo CAT condotto da operatori sanitari, e, nello stesso anno, sono stati aperti i cicli di scuola territoriale basati sulla metodologia hudoliniana co-gestiti da operatori pubblici e volontari.

Servizio di alcologia di Cuneo, Responsabile

*Faccio l'operatore di Club da 20 anni, quindi insomma ci credo, ho iniziato a fare l'operatore del Club nell'89 e ho iniziato a lavorare al SerT nell'87. Quindi insomma più o meno i 2 percorsi sono stati sempre paralleli, sono cresciuti insieme, con la stessa metodologia.*

Nella ex Asl 17 i tre servizi per le dipendenze hanno con storie diverse. A Saluzzo i Club erano molto diffusi negli anni '90 e gli operatori dei SerT che volevano occuparsi di alcologia erano quasi obbligati a diventare parallelamente volontari nei Club e quindi a formarsi nelle scuole

territoriali, così come a Fossano, dove c'era una completa identificazione del SerT con l'ACAT, e dove il trattamento hudoliniano era l'unico trattamento offerto agli utenti.

Dip. Dipendenze Asl CN1 – area Fossano-Saluzzo-Savigliano, Direttore

*Io sono arrivata come operatore del SerT di Saluzzo nel 1990 e mi è stato, come dire, imposto di occuparmi della questione dei CAT. A Saluzzo i CAT hanno avuto una storia, un'esplosione [...]. C'era un periodo in cui si era obbligati a fare parte di questa associazione [...].*

*Mentre invece il SerT di Fossano si è subito connotato, fin da quando io lo conosco. Quindi almeno fin dagli anni 90 il SerT si occupava principalmente di alcolismo, aveva una lunga storia e anche una storia di grossa comunione con l'ACAT, tutti gli operatori SerT erano operatori ACAT, l'ACAT era il SerT, cioè era la stessa cosa, l'unico strumento che veniva utilizzato era quello del CAT.*

La storia del terzo servizio, quello di Savigliano, è invece diversa, perché di alcolismo non si occupava il SerT ma il servizio di salute mentale.

Dip. Dipendenze Asl CN1 – area Fossano-Saluzzo-Savigliano, Direttore

*A Savigliano invece dell'alcolismo nessuno se ne occupava come SerT, perchè era in mano alla psichiatria, gestito completamente dalla psichiatria.*

A distanza di circa 15 anni i rapporti si sono evoluti in modo diverso. A Cuneo - dove non esiste un servizio di alcologia distinto e formalizzato, ma un'equipe che si occupa di alcol all'interno del Dipartimento per le Dipendenze Patologiche - il servizio pubblico ha iniziato a occuparsi dei problemi dell'alcoldipendenza su stimolo dell'ACAT. Ancora oggi in questa realtà non è semplice distinguere ruoli e competenze perchè vi è una sorta di **identificazione** tra servizio pubblico e privato sociale, a tal punto che lo stesso direttore del dipartimento si riferisce ai suoi operatori come professionisti a supporto dell'associazione. I rapporti tra SerT e CAT sono infatti fortemente intrecciati e si basano su accordi informali e formali: da un lato gli operatori del SerT sono anche volontari nei Club, dall'altro, la figura più rilevante dell'associazione presta servizio al SerT come consulente, tramite una convenzione tra servizio pubblico e ACAT. Nel 2004 l'attività di alcologia del servizio per le dipendenze è stata riorganizzata proprio sulla base della collaborazione con l'associazione. Secondo la nuova procedura il primo contatto con l'utenza può avvenire indifferentemente presso il SerT, l'ospedale o l'ACAT. In seguito l'utente viene indirizzato all'ambulatorio per una valutazione di tipo sanitario.

Dip. Dipendenze di Cuneo, Direttore

*Il presupposto teorico principale è quello hudoliniano, in realtà sin da subito e tanto più dal 2004 in poi, l'attività dei Club è stata integrata e supportata, affiancata dall'attività dell'ambulatorio medico e dall'apporto delle altre figure professionali del SerT, in particolare quelle psicologiche.*

CAT, Cuneo, volontaria

*C'è una convenzione ma diciamo che la convenzione è con l'Acat, perché prima era con la cooperativa, quindi poi siamo stati un po' di anni senza convenzioni, dopodiché l'Asl ha fatto una convenzione solo per me come consulente, poi è maturata la possibilità di fare una convenzione con l'ACAT e allora ci siamo interessati, io ho mantenuto la consulenza con l'Asl, quindi io praticamente lavoravo all'ACAT, stipendiata dall'Asl; la convenzione prevedeva 35 ore poi ne facevo molte di più.*

Anche a Fossano e a Savigliano i rapporti tra servizio pubblico e CAT sono stretti e sono stati anche formalizzati. La rappresentazione che emerge dalle testimonianze è però molto diversa perché vede il servizio pubblico a supporto del CAT, sia in termini finanziari ma anche di sostegno agli operatori. L'approccio è diverso rispetto a Cuneo: si è stabilito un tipo di collaborazione che non spinge verso un'identificazione dei servizi ma alla loro **differenziazione**, e l'orientamento dei dirigenti è quello di scoraggiare gli operatori dall'essere al tempo stesso anche volontari.

Dip. Dipendenze Asl CN1 – area Fossano-Saluzzo-Savigliano, Direttore

*Con l'ACAT c'è l'accordo per esempio su Savigliano e Fossano che stabilisce non soltanto un finanziamento a loro, ma anche una serie di sostegni che poi noi forniamo, quindi una serie di risorse, di personale che noi diamo a loro su alcune iniziative, su alcuni progetti, piuttosto che invece proprio nella gestione dei casi, per cui una sorta di, non dico di supervisione, perchè non è strutturato in questo modo, ma più di sostegno agli operatori, su richiesta di alcuni casi.*

*A oggi noi abbiamo ancora a Fossano un operatore che in orario di servizio gestisce un CAT, posizione per altro che io condivido poco; nel senso che si giocano certe mediazioni, la mia posizione è che l'ACAT deve essere qualcosa di distinto con cui instaurare una collaborazione [...] secondo me varrebbe la pena e sarebbe valsa la pena di differenziare di più gli ambiti.*

A Saluzzo invece servizio pubblico e CAT sono entrati in **conflitto** e le strade si sono via via separate: il SerT vorrebbe avere un sorta di controllo sulle attività dell'ACAT, sia assumendo il ruolo di filtro dell'utenza, sia avendo accesso ai dati, ma l'associazione rivendica la propria autonomia. A oggi si cerca di ricucire i rapporti lavorando alla stesura di una convenzione, ma non sembra che sia semplice trovare un accordo, principalmente per le difficoltà di riconoscimento reciproco.

Dip. Dipendenze Asl CN1 – area Fossano-Saluzzo-Savigliano, Direttore

*Avevamo una convenzione anche con l'ACAT di Saluzzo che poi si è interrotta perchè non avevamo trovato un accordo, adesso si sta provando a ricucire su questa cosa; noi chiedevamo come SerT di poter avere accesso a un minimo di dati rispetto a sapere cosa facevano, quante persone seguivano.*

I rapporti tra SerT e CAT riflettono dunque visioni differenti: da un lato, dove si è scelta la piena collaborazione, quasi ad arrivare a una sovrapposizione dei suoi servizi, si dichiara che il metodo del gruppo impostato secondo la metodologia hudoliniana sia il più efficiente, mettendo in luce non solo una ampia fiducia nel trattamento, ma anche il vantaggio economico derivante dalla collaborazione. L'efficacia del metodo è valutata sia sulla base dell'esperienza, ossia del numero di persone che hanno risolto il loro problema di dipendenza attraverso la partecipazione al Club, ma anche per la sua economicità. E' facile intravedere il rischio di confusione tra efficacia ed esigenze di budget. Va tuttavia ricordato che proprio in questa realtà il rapporto con il CAT non è totalmente a costo zero, in quanto l'azienda sanitaria si è assunta il costo di un operatore "volontario".

Servizio di alcologia di Cuneo, Responsabile

*Noi utilizziamo per forza il metodo del gruppo, perchè è un metodo che funziona, è un metodo economico in tutti i sensi di questa parola, può trattare tante persone insieme, non potremo mai farcela senza.*

Dall'altro lato, dove si è consolidato un rapporto di collaborazione esterna ma con una netta differenziazione dei ruoli, si sottolinea che i Club sono uno strumento utile ma non per tutti gli alcolisti, particolarmente adatto all'alcolismo rurale, legato all'isolamento e alla solitudine, ma che con il tempo e con l'emergere delle nuove forme di alcolismo ha perso parte della sua efficacia. In queste realtà emerge uno sforzo per la ricerca di risposte più adatte alla complessità attuale del problema.

Dip. Dipendenze Asl CN1 – area Fossano-Saluzzo-Savigliano, Direttore

*E' uno strumento che va utilizzato, che sicuramente è utile, però con un po' di cautela, non tutti vanno bene al SerT, non tutti vanno bene all'ACAT.*

*[...] c'era il discorso delle vallate, dell'alcolismo che io definisco da deprivazione sociale, cioè di queste persone che abitavano in montagna, che avevano come unico compagno di viaggio l'alcol. Il CAT è stata una grossa risposta in termini protettivi.*

Gli **Alcolisti Anonimi** hanno una rilevanza marginale nella rete: dove c'è una collaborazione consolidata tra SerT e CAT non sono emersi riferimenti a rapporti di alcun tipo tra servizi pubblici e AA, mentre a Saluzzo viene segnalato un rapporto informale, e personale, che consiste nell'invio reciproco degli utenti.

AA, Cuneo, volontario, area Fossano-Saluzzo-Savigliano

*Funziona che dopo che sono andato la prima volta [al SerT] si lascia il numero, e il SerT ti aiuta con le medicine, i tranquillanti, il gruppo dà il sostegno mentale. Noi accompagniamo al SerT [...] Non ci sono accordi formali, l'unico riferimento che hanno è il mio numero, non abbiamo progetti o cose del genere.*

Dip. Dipendenze Asl CN1 – area Fossano-Saluzzo-Savigliano, Direttore

*Su Saluzzo ci sono contatti con gli Alcolisti Anonimi, che hanno nella loro struttura gli Al-Anon.*

### 7.3.2 I rapporti tra i servizi di alcologia e i dipartimenti di salute mentale

Anche a Cuneo si ripropongono, come a Torino, le controversie tra alcologia e psichiatria legate alla presa in carico dell'utenza in situazioni di comorbidità, secondo il parere del SerT, attribuibili principalmente alla scarsità di risorse. Nell'Asl di CN1 si sta lavorando per una commissione mista per la gestione di questi casi.

Servizio di alcologia di Cuneo, Responsabile

*Siamo ai "polli di Renzo", è nato alcolista o è nato psichiatrico? [...] siamo sempre lì a dibattere tra di noi, e questo è chiaro che non permette di lavorare bene, ma la questione è sempre quella economica, purtroppo i budget sono quelli che sono, e dobbiamo gestirli così, e questo rende difficile la collaborazione, speriamo che in futuro questo si risolva.*

Servizio di alcologia di Cuneo – area Fossano-Saluzzo-Savigliano, Responsabile

*Stiamo costruendo la commissione dipendenze con i servizi sociali più psichiatria, per la valutazione dei casi congiunti che hanno tutti e tre gli aspetti sociali, psichiatrici e di dipendenza.*

Da parte sua, il Centro di Salute Mentale sottolinea che in caso di turbe comportamentali a seguito di consumo di alcol, l'utente viene rinviato al SerT, perché non è compito della psichiatria trattare l'alcolismo.

Dip. Salute Mentale di Cuneo – area Fossano-Saluzzo-Savigliano, Direttore

*Il nostro percorso, oggi come oggi è, se arriva in Psichiatria perché in fase di ebbrezza ha turbe del comportamento, dopo la disintossicazione, è chiamare quelli del SerT che se lo vengano a prendere; noi d'interventi sull'alcolista, percorsi terapeutici, riabilitativi e queste cose qui non ne facciamo più.*

Se invece viene riconosciuta la doppia-diagnosi i pazienti vengono trattati da entrambi i dipartimenti. Le difficoltà restano comunque, sia a monte, nella condivisione della diagnosi, sia a valle, perché si finisce per trattare separatamente aspetti che in realtà sono collegati. Per questo motivo, secondo un direttore del Dipartimento di Salute Mentale, la separazione da quello per le Dipendenze non è funzionale.

Dip. Salute Mentale di Cuneo, Direttore

*Diciamo che se arriva un paziente con problematiche preminenti di tipo alcologico lo mandiamo al SerT [...]. Con il SerT c'è un gruppo di lavoro però è più sulla cosiddetta doppia diagnosi, quando c'è un paziente psichiatrico che ha problemi di sostanze allora ci sono tre medici, un medico nostro, un medico del reparto e un medico del SerT che si trovano e affrontano insieme come gruppo il singolo caso [...].*

*Quando il paziente ha la doppia diagnosi non è semplice: quando qualcuno si occupa di un pezzo e qualcun altro di un altro, quando sono collegati questi due aspetti. L'appartenenza a un unico servizio secondo me poi facilitava. Adesso è chiaro che la parte poi viene spezzettata per cui noi abbiamo pazienti anche da punto di vista psichiatrico che magari vanno in psicologia per la psicoterapia e poi vanno magari al SerT perché usano sostanze.*

Più spontanei e meno problematici sono i rapporti tra i dipartimenti di salute mentale e i CAT perché anche le loro storie sono strettamente intrecciate: molti dei professionisti che ancora oggi lavorano nei dipartimenti furono coinvolti nell'avvio e nella conduzione dei Club. Nell'area di Cuneo il riferimento principale per il trattamento della dipendenza è la Signora T., volontaria dell'ACAT e consulente del SerT.

Dip. Salute Mentale di Cuneo, Direttore

*Avevo fatto l'operatore e andavo a fare il CAT [...]. Noi interagiamo con la signora T. Meno di una volta perché siccome hanno diviso l'alcologia hanno diviso anche le risorse economiche per cui lei prima era più trasversale adesso è più alcologia, è più SerT.*

Dip. Salute Mentale di Cuneo – area Fossano-Saluzzo-Savigliano, Direttore

*La psichiatria si è sempre occupata di alcolisti, ed era la Psichiatria che aveva lanciato i Club e tutta questa rete. La mia collega è una di quelle che storicamente ha fatto nascere il primo Cat.*

### 7.3.3 I rapporti tra i servizi di alcolologia e gli ospedali

A Cuneo la collaborazione tra SerT e volontariato si estende anche ai rapporti con l'ospedale: gli operatori dell'ACAT, in veste anche di consulenti del SerT, sono a disposizione dei reparti, sia dietro richiesta specifica che non, in modo da agganciare i pazienti ricoverati per problemi alcolcorrelati. Le segnalazioni avvengono di norma da parte delle infermiere caposala.

Dip. Dipendenze di Cuneo, Direttore

*Esiste dal '99 un gruppo di lavoro interaziendale ASL-ospedale, che comprende tutti questi reparti, noi e l'ACAT, e che fa sì che i reparti abbiano a disposizione un numero telefonico da chiamare in consulenza, che è quello dell'ACAT, ogni volta che, ovviamente in accordo col paziente, ritengono di doverci segnalare una situazione, quindi fare un colloquio per una eventuale presa in carico; in più 2 volte a settimana gli operatori ACAT sono in ospedale direttamente e vanno nei vari reparti, generalmente su chiamata, ma a volte quando non c'è nessuna chiamata fanno un giro e questo serve anche a rinsaldare i rapporti e a volte a vedere qualche situazione in più.*

La signora T., volontaria dell'ACAT e consulente del SerT, è diventata il punto di riferimento principale per diversi reparti dell'ospedale, in particolare medicina generale e gastroenterologia. Il vantaggio di questo rapporto è reciproco: l'ospedale sa a chi rivolgersi per gli aspetti che non sono di stretta competenza medica, il CAT non solo ha un canale privilegiato per il ricovero degli alcolisti, ma ha anche una maggiore capacità di attrazione nei confronti di nuovi utenti proprio grazie alla intermediazione dei medici, che lo consigliano ai pazienti. Questa collaborazione, pur formalizzata con una delibera, si configura quasi come un rapporto personale basato sulla stima reciproca: la Signora T. ha libero accesso al reparto e viene interpellata dai medici per dare una propria valutazione dei singoli casi. In questo modo si assicura ai pazienti la continuità di cura.

CAT, Cuneo, volontaria

*Passo dalla medicina generale e passo in gastroenterologia, vedo se ci sono delle segnalazioni e vado a parlare direttamente con le persone. Prima mi presentavano alla persona e gli dicevano: "Faccia un po' un discorso con la signora", mentre adesso la cosa è migliorata perché loro vanno dalla persona e le dicono che c'è un problema che devono curarla, e che il problema è a monte, quindi [quella dei CAT] viene presentata come una proposta dell'ospedale, per cui la famiglia e loro stessi invitano i familiari a interessarsi al problema; ci sono situazioni in cui il medico stesso è intervenuto a spiegare il problema e a occuparsene. Se quelle volte non ci fosse stato l'intervento del medico che parla direttamente col paziente, io mi sarei sentita dire che poi mi avrebbero chiamato ma nulla da fare.*

*È un periodo che io faccio colloqui e li porto qua, proprio perché l'ospedale si pone in maniera diversa - certo anche io avrò imparato col tempo - ma un grande supporto me lo danno loro.*

Ospedale S. Croce di Cuneo, Responsabile di Psichiatria

*La sig.ra T. è una persona che tutto sommato è quasi di casa per noi, è stata per noi sempre un collegamento forte tra le varie strutture.*

Ospedale S. Croce di Cuneo, Direttore di Medicina Generale

*Ho avuto questo contatto con la Signora T., che mi è sembrata una persona estremamente motivata e con alla base una conoscenza forte del problema e secondo me ne valeva la pena di costruire qualche cosa, per cui è nato in questo modo: lei è venuta qua, si è presentata. Arriva in reparto e dice: "io avrei questo paziente, c'è la possibilità di inserirlo in una lista di ricovero?" la risposta è pressoché sempre sì, solo contingente alla possibilità dei nostri posti letto: la caposala lo mette in lista e poi noi lo chiamiamo, quindi poi quando è qua lei dopo alcuni giorni viene a vederlo, dopo di che ha il colloquio. Lei ha libero accesso al reparto, dopo che ha il colloquio lei viene da noi e riferisce quello che grossomodo per lei è la situazione, se necessita ancora di qualche giorno qua, oppure può già essere mandata a casa per continuare il percorso, e quando esce di qua ha già la prenotazione per poter fare l'incontro all'ACAT, gli altri invece che arrivano qua da noi e ci danno la possibilità di instaurare questo rapporto tra noi, il paziente e l'ACAT, chiamiamo T. che viene, lo intervista e valuta.*

*Offriamo la possibilità di iniziare il percorso con l'ACAT di solito, anche se il paziente che non ha tanta intenzione, diciamo di fare almeno un colloquio e vedere se si riesce a costruire qualche cosa prima di dire no per partito preso.*

Nel territorio di Saluzzo, dove non c'è collaborazione tra SerT e CAT, i rapporti tra ospedale e SerT, dal punto di vista del responsabile di medicina generale, si sono nel tempo allentati per la scarsa tempestività degli interventi del SerT in caso di chiamata. A oggi quindi, i medici dell'ospedale si limitano a fornire ai pazienti ricoverati con problemi alcolcorrelati il numero di telefono del servizio.

Ospedale Civile di Saluzzo (CN), specialista in Medicina Generale

*Ancora adesso qualche volta la prima reazione di qualche collega, chiamano quelli del SerT, ma sono passati 4 giorni questo viene dimesso e il medico arriva dopo 5 giorni perché il medico era in ferie e non se ne fa niente. [...] Diciamo che non ci sono rapporti strettissimi, nel senso che ognuno fa un po' la sua parte di lavoro, poi ripeto, normalmente chiunque di noi, tra le varie opzioni che presenta, dice "guardi c'è un SerT che si occupa anche di quello, se ritieni di andare, questo è il numero, prendi l'appuntamento e sappi che troverai figure professionali di un certo tipo".*

La difficoltà nei rapporti si esplicita anche in una visione sfiduciata nei confronti dei servizi pubblici di alcolologia, considerati non in grado di rispondere ai bisogni, né dal punto qualitativo – per una scarsa capacità di attrazione – né dal punto di vista quantitativo. Per questo motivo, secondo un intervistato, la risposta migliore è quella del volontariato.

Ospedale Civile di Saluzzo (CN), specialista in Medicina Generale

*Però certamente per quello che riguarda i problemi un pochino meno palesabili come può essere l'alcolismo, non vanno a fare la fila al SerT, insieme ai tossicodipendenti, aspettando che arrivi l'ora dell'appuntamento per parlare con lo psicologo [...].*

*Nel senso che l'intuizione che aveva avuto la Regione era quella di creare un tipo di risposta a basso costo ed estensiva, certamente non molto professionale perché le risorse dei servizi pubblici non sono in grado di dare una risposta alla quantità di casi di questo tipo. E naturalmente la strategia non può neanche essere quella di gonfiare in modo elefantesco i servizi pubblici, mentre si tratta invece di portare i servizi dove la gente c'è in modo capillare e secondo me le reti di gruppi sono sicuramente la cosa migliore, poi c'è ancora qualche difficoltà, nel senso che non tutti i gruppi hanno gli strumenti per risolvere tutti i problemi [...]. Però nessun servizio per le dipendenze è in grado di occuparsi con le risorse che ci sono della quantità di persone di cui si occupano i gruppi, quindi è evidente che sono due cose che ci vogliono entrambe.*

La maggiore fiducia nei CAT appare scontata, dal momento che lo stesso responsabile del reparto di medicina generale è un conduttore di Club. D'altra parte vi è un apprezzamento anche per l'operato degli Alcolisti Anonimi, ai quali a volte vengono segnalati degli utenti.

Ospedale Civile di Saluzzo (CN), specialista in Medicina Generale

*Tra le varie cose che faccio, faccio andare avanti uno di questi gruppi di alcolisti in trattamento, da 17 -18 anni in cui sono passate tantissime persone. Ma in questo tipo di gruppi non arrivano attraverso i canali professionale [...]. A Saluzzo c'è un gruppo attivo di Alcolisti Anonimi, con cui siamo in contatto che funziona. Gruppi di AA non ce ne sono molti, in provincia di Cuneo ce ne saranno 4-5, mentre di CAT ce ne saranno 40, perché hanno anche più risorse e la Regione ha spinto per quello, ha fatto della formazione. Il gruppo di AA è aperto da prima che arrivassi qui, funziona bene, ogni tanto c'è qualcuno che gestisce e spiega tutte le possibilità, noi abbiamo tutta una serie di riferimenti, telefoniamo, mettiamo in contatto.*

I rapporti con il pronto soccorso, sono invece più problematici ed evidenziano difficoltà specifiche: la sensibilità nei confronti dei problemi alcolcorrelati viene schiacciata dalla scarsità di tempo e di risorse da dedicarvi. Se il sistema di rete creato alcuni anni fa all'Ospedale di Santa Croce e Carle di Cuneo coinvolgeva anche il reparto di medicina d'urgenza, oggi questa collaborazione, non più alimentata e sollecitata dagli specialisti dell'alcolologia, sembra essere venuta meno nell'attività quotidiana, pressata dalla crescita esponenziale del lavoro.

Ospedale S. Croce di Cuneo, Responsabile di Medicina d'Urgenza

*Lo diamo così, lo scriviamo magari nelle indicazioni terapeutiche, ufficialmente nelle indicazioni di dimissione del paziente, però non è codificato alcun tipo di meccanismo per cui io al SerT faccio saper che ho visto questo paziente, per cui manca un feedback totalmente [...].*

*Non riusciamo più a sostenere l'afflusso, come dire, questo problema tende a schiacciare giù tutto il resto, questo vuol dire che il problema alcolcorrelato, se non ha delle rilevanti implicazioni cliniche, in qualche maniera lo trascuri; quindi questo ha fatto sì che la sensibilità diminuisse, non essendo un sistema strutturato [...]. Non c'è nemmeno stato dall'altra parte un ulteriore stimolo,*



*perché è chiaro che io ho cento problemi, quindi per me l'alcol è meno importante, tu che sei quello interessato se non mi pungi, è chiaro che la cosa è proprio morta velocemente, c'è stato uno spegnimento.*

### **7.3.4 I rapporti tra i servizi di alcologia e le case di cura**

Non sembrano esserci molti rapporti tra SerT e case di cura, dal momento che nessuno degli intervistati le ha citate quali nodi della rete con cui i servizi pubblici sono in contatto. A Cuneo si è stabilito invece un rapporto, anche se non formalizzato, con un ospedale di comunità disponibile a ricoveri di medio periodo.

Dip. Dipendenze di Cuneo, Direttore

*L'ospedale di comunità di Boves che è una struttura che fa capo ai medici di base, con la quale abbiamo instaurato, anche se non formalizzato, un rapporto buono di collaborazione per periodi di ricovero non tanto in acuzie, quanto periodi di due o tre settimane e a volte anche un mese per situazioni intermedie, quindi contenimento, a bassa intensità di tipo medico, quindi con pochi interventi.*

Specularmente la visione che le case di cura hanno del SerT non è positiva e permane l'impressione che i servizi per le dipendenze non siano adatti al trattamento degli alcolisti. C'è invece un rapporto migliore con i CAT, che periodicamente frequentano le case di cura del territorio per fornire ai pazienti un orientamento informativo sulle possibilità di trattamento post-ricovero. Nei confronti degli Alcolisti Anonimi non sembra esserci la stessa fiducia.

Casa di Cura Città di Bra, Responsabile di Neuromedicina

*Il SerT è ancora visto con un po' di diffidenza, non si vedono come tossici. Ma è discutibile. Molti però lo rifiutano [...].*

*Da un po' di tempo il Cat di Bra ci dà una sorta di appoggio, vengono in colloquio loro, informano un pochettino meglio su come lavorano, cosa fanno, cosa prevede il loro intervento, e quindi escono con un buon orientamento.*

### **7.3.5 I rapporti tra i servizi di alcologia e i medici di medicina generale**

Sia i servizi di alcologia pubblici che quelli del volontariato segnalano una certa difficoltà a coinvolgere i medici di base nel trattamento dell'alcolista, a meno che non vi siano rapporti personali. E' opinione diffusa che non vi sia una sensibilità spiccata da parte di questa categoria nei confronti del problema.

Servizio di alcologia di Cuneo, Responsabile

*Con i medici di base io ho abbastanza un bel rapporto perchè ho fatto il medico di base per 15 anni quindi li conosco e ho cercato di stabilire con loro dei rapporti un po' più personali; abbiamo fatto diversi incontri sia sul fumo di sigarette, sia sull'alcol, organizzati dal nostro servizio della medicina di base dell'ASL, però non è che vengano ancora tanto numerosi [...]. Noi cerchiamo sempre di telefonare o mandare una lettera al medico di base dicendo che abbiamo visto il suo paziente eccetera.*

CAT, Cuneo, volontaria

*Quando abbiamo dei casi abbastanza gravi chiamiamo in causa il medico di base che fa degli accertamenti e prescrive degli esami importanti per una cura [...]. Io torno a dire che una cosa che dobbiamo fare è sensibilizzare le famiglie, quindi tutti, fare un gruppo di alcologia di medici di base.*

AA, Cuneo, volontario, area Fossano-Saluzzo-Savigliano

*Di medici di base che ne capiscono di alcolismo c'è ne pochi, la mia dottoressa è un altro conto, ma non abbiamo poi nessun altro tipo di rapporto.*

Da parte loro, i medici di medicina generale, segnalano delle difficoltà di rapporto con i SerT. A Cuneo si lamenta l'ambiguità dei rapporti tra servizi pubblici e del volontariato e la limitatezza di un'unica tipologia di offerta di trattamento, che non sempre si adatta all'utente. Altrove si

lamenta l'assenza di rapporti strutturati con i SerT e la difficoltà, per un singolo medico, di mettersi in relazione con essi.

Medico di medicina generale, Cuneo

*Non mi è chiara questa distinzione, io penso al CAT diverso dal SerT, penso al CAT come a una parte interna al SerT, una parte a sè stante... pensando ai miei casi, e ai miei pazienti mi sono fatta questa idea. Sarebbe bello avere più chiare le cose, sapere chi deve fare che cosa, a chi far riferimento [...].*

*Se indirizzo il paziente ai gruppi e mi sento dire: "Io lì non ci vado", io non so cosa fare, non ho altri mezzi.*

Medico di medicina generale, Cuneo – area Fossano-Saluzzo-Savigliano

*Il SerT piuttosto che lo psichiatra sono dei dipendenti pubblici che rispondono a una catena gerarchica ben determinata e noi siamo convenzionati. Mettere in relazione questi due soggetti diventa il più delle volte impossibile ecco perché non ci sono relazioni strutturali.*

### **7.3.6 I rapporti tra i servizi di alcologia e le comunità**

I legami tra servizi di alcologia e comunità per alcolisti sono deboli. Tutti gli intervistati dei servizi pubblici considerano il trattamento in comunità come l'ultima scelta e vi indirizzano solo pochi casi quando non vi sono alternative: in genere di tratta di persone prive di risorse economiche e sociali. Si segnala inoltre che questo tipo di struttura, e soprattutto quelle specializzate sull'alcol, non sono molto diffuse sul territorio. E' evidenziato anche il bisogno di avviare una riflessione seria sul tipo di trattamento residenziale realmente efficace per l'alcolista.

Dip. Dipendenze di Cuneo, Direttore

*Non è mai una prima scelta il percorso di comunità, è sempre una seconda o una terza scelta.*

Servizio di alcologia di Cuneo, Responsabile

*Quando riteniamo che il paziente sul territorio non riesca a gestirsi, perchè non ha famiglia, non ha una rete sociale, non ha casa, non ha un lavoro, quindi sempre come seconda o terza opzione [...]. Le comunità che si sono specializzate un po' nell'alcolismo non sono tante.*

Dip. Dipendenze Asl CN1 – area Fossano-Saluzzo-Savigliano, Direttore

*C'è necessità di lavorare per delle forme diverse di residenzialità per le persone che ha senso far accedere a un percorso per esempio di comunità, noi utilizziamo abbastanza poco lo strumento dell'inserimento in comunità, un po' perchè non ci sono molte strutture, un po' perchè non c'è quello che servirebbe.*

Il mancato riconoscimento è reciproco: da parte loro le comunità segnalano una resistenza da parte dei propri utenti a rivolgersi ai SerT in quanto connotati come servizi per i tossicodipendenti e quindi non adatti a trattamento degli alcolisti.

CUFRAD, Centro per la Cura dell'alcolismo di Sommaria Bosco (CN), Presidente

*Rispetto alle telefonate che riceviamo molte volte non è che non sanno cosa è un SerT però lo identificano come un servizio per chi ha problemi di droga, e quindi l'alcolista che va al SerT molte volte ha già proprio un rifiuto perché un'altra delle caratteristica dell'alcolista puro è avere una forte antipatia per chi usa sostanze.*

### **7.3.7 I rapporti tra i servizi di alcologia e i servizi sociali**

A Cuneo i rapporti tra l'équipe di alcologia e i servizi sociali non sembrano molto facili, fondamentalmente per problemi di carenze di risorse che si traducono in difficoltà a stabilire le competenze di uno o dell'altro servizio sui diversi casi. Il SerT sostiene che laddove vi sono dei problemi di ordine economico, seppure conseguenti all'uso di alcol, debbano intervenire i servizi sociali, mentre quest'ultimi tendono a dirottare le persone con problemi alcolici sui servizi specialistici. Secondo il direttore del SerT le difficoltà di interazione con i servizi sociali

derivano anche da differenze di ordine culturale, cioè dal fatto che nei servizi sociali permanga ancora nei confronti dell'alcolista un giudizio di tipo morale.

Dip. Dipendenze di Cuneo, Direttore

*C'è un'interazione con i servizi sociali del territorio, che è un po' a volte problematica, perchè qui si incrociano molte situazioni che sono a scavalco tra interesse sanitario e interesse sociale, e quindi non sempre è chiaro che queste situazioni sono da vedere a quattro mani [...].*

*Sembra, sostanzialmente, che una persona che abbia il problema della casa e del lavoro perchè la casa è crollata e il padrone l'ha licenziato perchè ha chiuso la fabbrica, è di competenza sociale, se la casa è crollata e il padrone l'ha licenziata perchè è un alcolista e noi lo seguiamo come alcolista il problema è nostro. Il problema è un pesantissimo giudizio morale sulla situazione, da parte dei servizi sociali, un atteggiamento moralistico che poi ovviamente ha il suo tornaconto economico.*

Viceversa, la responsabile dei servizi sociali ritiene che debba essere il servizio specialistico a farsi carico delle problematiche dell'alcolista.

Servizi Sociali di Cuneo, Responsabile

*Se c'è un servizio specialistico che deve seguire quel particolare problema, in primis deve essere il servizio specialistico. A volte succede molto spesso che tutti arrivino da noi, si catapultino da noi, che la gente attenda delle risposte da noi; io ribadisco che noi siamo un gruppo di assistenza, ci sono invece i servizi specialistici dove c'è un'équipe completa, il medico, lo psicologo, l'assistente sociale, cioè noi dovremmo entrare dopo un servizio specializzato, in primis dovrebbe farsene carico il servizio specialistico di competenza.*

Altro tipo di rapporto c'è invece con i CAT: anche all'interno dei servizi sociali infatti vi sono operatrici che si sono formate nella scuola hudoliniana e sono tuttora conduttrici di Club.

Servizi Sociali di Cuneo, Responsabile

*Alcune colleghe e anche operatrici socio assistenziali hanno fatto dei corsi di formazione e di aggiornamento, ovviamente per fare le conduttrici dei Club, quindi nella mia categoria ci sono proprio delle persone che si sono formate e conducono dei Club per alcolisti.*

La situazione è diversa nel distretto Fossano-Savigliano, dove i rapporti tra servizi sociali e servizi di alcologia sono più collaborativi e sono stati formalizzati con una convenzione tra l'ex Asl 17 e il Consorzio dei servizi sociosanitari. Attraverso la costituzione di una commissione, la Commissione di Valutazione Dipendenze, che si riunisce per definire la co-gestione dei casi di tossicodipendenza e alcolismo che necessitano l'intervento di entrambi i servizi, sia dal punto di vista operativo che economico. La commissione è formata dai due responsabili e da due assistenti sociali afferenti ai due servizi e sembra soddisfare entrambe le parti coinvolte.

Servizio di alcologia di Cuneo – area Fossano-Saluzzo-Savigliano, Responsabile

*Poi noi abbiamo una convenzione con il Consorzio, da questa convenzione poi è scaturita una commissione, che è la commissione UVD, ed è la commissione che si riunisce ogni qual volta c'è un caso che ha delle competenze da entrambe le parti.*

Dip. Dipendenze Asl CN1 – area Fossano-Saluzzo-Savigliano, Direttore

*Abbiamo avuto un'implementazione anche dei finanziamenti per rispondere soprattutto a queste forme di cronicità, quindi bisogni sociali legati a queste forme; in pratica tutti i casi che vengono gestiti dai due servizi vengono poi portati a questa commissione che in qualche modo monitora il progetto e definisce anche un po' qual è l'impatto economico. [...] queste convenzioni, queste commissioni stanno funzionando.*

Servizi sociali di Cuneo – area Fossano-Saluzzo-Savigliano, Responsabile

*Noi abbiamo una buona collaborazione tra servizi, è una storia di integrazione piuttosto lontana nel tempo<sup>20</sup> che produce dei buoni risultati, tanto è vero che oggi abbiamo inventato, e secondo me abbiamo anticipato i tempi, l'UVD, che l'Unità Valutativa Dipendenze.*

---

<sup>20</sup> Vi era già una convenzione precedente pensata per gli etilisti cronici delle aree montane, che prevedeva che una parte delle prestazioni domiciliari degli assistenti sociali si traducesse anche in termini di aiuto e mantenimento del trattamento e fosse coperta economicamente dal SerT.

Anche su questo territorio c'è un rapporto tra servizi sociali e CAT: i volontari vengono infatti coinvolti nei corsi di formazione organizzati dal Consorzio per gli operatori socio sanitari.

Servizi sociali di Cuneo – area Fossano-Saluzzo-Savigliano, Responsabile

*Con i CAT formalmente non c'è niente, ma c'è un accordo di operatività, ad esempio quando facciamo i corsi OSS, quando si fa la parte di alcologia viene fatta anche dai CAT, cioè cerchiamo di coinvolgerli in questi percorsi.*

## 7.4 Novara

### 7.4.1 I rapporti tra servizi di alcologia pubblici e del volontariato

Anche a Novara la storia dell'attività di alcologia del SerT è strettamente legata a quella dei CAT e va inquadrata nella storia più generale della diffusione dei Club in Piemonte, nati con il forte supporto della struttura sanitaria nella persona dell'allora responsabile dell'Ufficio Tossicodipendenze dell'Assessorato regionale, che favorì la formazione degli operatori delle strutture pubbliche secondo la metodologia hudoliniana e l'attivazione di gruppi di auto-aiuto.

Servizio di alcologia di Novara, Responsabile

*I primi pazienti risalgono al 1994, seguiti in particolare da alcuni operatori del SerT che avevano avuto una formazione specifica in campo alcologico legata al così detto metodo Hudolin e avevano aperto i primi tre Club di Alcolisti in Trattamento a Novara, e nella loro veste istituzionale di operatori del SerT hanno iniziato a prendere in carico, a seguire persone, famiglie con problemi alcolcorrelati [...].*

*Questo ha avuto inizialmente un effetto trainante perché il fatto che gli operatori di Club fossero nel contempo operatrici del SerT ha fatto sì che il SerT supportasse fortemente le famiglie prese in carico e quindi questo creasse una sorta di volano, di effetto trainante anche sul buon funzionamento dei Club.*

Questa situazione andò avanti per alcuni anni, fino all'arrivo dell'attuale responsabile del servizio, che, dopo un'esperienza pluriennale di servitore-insegnante nei Club, valutò incompatibile la compresenza dei due ruoli e decise di scoraggiare questa prassi anche tra gli altri operatori. A suo parere infatti questa commistione di ruoli crea confusione sia nell'operatore che negli assistiti e non facilita l'autonomizzazione dell'alcolista e dei suoi familiari.

Servizio di alcologia di Novara, Responsabile

*Ho pensato che potesse essere controproducente per le famiglie dei Club che l'operatore del gruppo fosse un operatore del servizio pubblico, perché per quanto ci si sforzi di scindere, di indossare un abito diverso nei due settori di lavoro, cioè il servizio in cui si lavora e da cui si è stipendiati e il Club dove si lavora come operatore a titolo di volontariato, è difficile che un operatore abbia la capacità reale di svestire i panni dell'operatore pubblico e di vestire quelli del volontario che svolge nel Club la funzione del facilitatore, della comunicazione, del servitore. In secondo luogo operare questa scissione completa è ancora più difficile per le famiglie, che trovano una sera a settimana l'operatore, il servitore, che ha una veste di facilitatore eccetera, ma poi magari durante la settimana quando afferiscono al servizio per altri aspetti del trattamento, lo ritrovano nella veste di medico, nella veste di assistente sociale, nella veste di educatore ed è la stessa persona. C'è la tendenza poi a delegare o a portare all'operatore una serie di problematiche nell'ambito del Club che andrebbero affrontate e gestite altrove e a vederlo come figura autorevole perché è portatore del potere fra virgolette che gli deriva dall'essere operatore del servizio pubblico; io questo lo considero un elemento alla lunga molto confusivo e tale da impedire una reale crescita, maturazione e autonomizzazione progressiva della famiglia, ed è il motivo per cui ho preferito tirarmi fuori da questo ruolo.*

A oggi quindi non vi sono più situazioni di sovrapposizione e servizi pubblico e CAT sono soggetti che collaborano ma senza confusione di ruoli. C'è un rapporto di segnalazione reciproca di utenti che abbiano bisogno di entrambi i tipi di supporto che servizio pubblico e volontariato possono offrire, così come con gli Alcolisti Anonimi, sebbene vi sia una maggiore affinità con la visione hudoliniana del problema.

Servizio di alcologia di Novara, Responsabile

*Gli operatori se ne sono staccati, i Club sono riusciti a sopravvivere, a crescere e adesso c'è una collaborazione ma direi fra pari ecco, fra pari che collaborano su uno stesso problema.*

CAT, Novara, volontario

*Noi collaboriamo con i tre SerT, Galliate, Treccate e Novara ci segnalano e noi segnaliamo eventuali ingressi o uscite dai Club o dal SerT.*

AA, Novara, volontario

*C'è il collegamento perché anche il SerT da un po' di tempo ce li manda qua, non tanti [...]. Ci sono persone che possono venire qui e andare anche al SerT. Se uno non ce la fa, come la vedo io ma anche come è secondo le nostre tradizioni, uno può andare anche al SerT e prendersi le medicine se è una cosa psicologica e ha bisogno del farmaco per non bere, siamo contenti l'importante è che ne esca.*

Servizio di alcologia di Novara, Responsabile

*Siamo più distanti dalla visione dell'alcolismo come malattia individuale che tendono ad avere gli Alcolisti Anonimi.*

#### **7.4.2 I rapporti tra il servizio di alcologia e il dipartimento di salute mentale**

Anche a Novara tra il Dipartimento di Patologia delle Dipendenze e quello di Salute Mentale la collaborazione non è semplice a causa del nodo critico dell'attribuzione dei casi, per la difficoltà di individuare chi debba prendere in carico gli utenti con problemi sia di ordine psichiatrico che di dipendenza.

La mancanza di un protocollo formale che stabilisca criteri di attribuzione specifici scatena degli irrigidimenti sulle proprie posizioni da entrambe le parti e fa sì che alternativamente venga trattato solo uno dei due problemi mentre l'altro viene tralasciato, sarebbe invece più utile un trattamento congiunto anche nei casi in cui un problema prevale sull'altro.

Servizio di alcologia di Novara, Responsabile

*In questi buoni rapporti di rete in generale un discorso a parte andrebbe fatto con il servizio di psichiatria, perché c'è un conflitto proprio di attribuzione. Ufficialmente ci sono delle frizioni, ci sono delle difficoltà perché si entra poi nell'ambito della definizione - che porta poi a irrigidirsi vicendevolmente - dei compiti istituzionali e su questo poi non ci troviamo più d'accordo. Paradossalmente le cose vanno un po' meglio sul piano dei rapporti personali fra operatori, perché poi in realtà c'è la collaborazione ottima anche con alcuni medici, da parte nostra con alcuni colleghi del servizio di psichiatria, per cui poi di fatto con buon senso e anche con disponibilità reciproca riusciamo a interagire e a lavorare assieme su casi comuni.*

Dip. Salute Mentale di Novara, Direttore

*Non abbiamo un protocollo di trattamento preciso, c'è un percorso di collaborazione, pur nella difficoltà, scontrandoci con la realtà dei servizi. Mi sembra dunque che il problema sia proprio questo, il nodo critico è l'attribuzione di quanto il problema sia psichiatrico e quanto alcologico. Succede questo, che se il problema psichiatrico non è rilevante viene un po' messo da parte, oppure, viceversa, se è lampante quello alcologico viene tralasciato quello psichiatrico. Questo perché l'uso di sostanze in un paziente schizofrenico è marginale, viene messo in secondo piano. Capita che alcuni pazienti per quanto detto vengano seguiti o esclusivamente da noi o dal SerT. Diciamo che non siamo proprio nella situazione ideale di cura. Però io penso che si laverebbe meglio se si collaborasse di più, la mia formazione e la mia esperienza dicono questo.*

Il problema della separazione delle due sfere, che si traduce nella mancanza dell'assistenza psichiatrica nei SerT, è sottolineata anche dal responsabile di psichiatria dell'ospedale. Anche qui alcuni intervistati aprono il mai risolto dilemma se sia stata una scelta corretta quella di separare le dipendenze patologiche dalla psichiatria e ne suggeriscono la riunificazione.

Ospedale Maggiore di Novara, Direttore di Psichiatria

*Un SerT separato dall'assistenza psichiatrica è un controsenso totale [...].*

*Secondo me l'alcolismo è una malattia psichiatrica e dovrebbe sempre occuparsene lo psichiatra, perché la base è quella di una grave nevrosi, di uno grave disturbo di personalità, depressione, e l'alcolismo è un epifenomeno di questo. E quindi secondo me un modo per migliorare le cose*

sarebbe che si facesse parte dello stesso dipartimento, non ha senso che il SerT lavori come qualcosa di separato. Ci vorrebbe un unico dipartimento che comprendesse SerT, psichiatria e neuropsichiatria infantile, anche lì ci sono dei grossi problemi. Così gli interventi avrebbero delle maglie molto più strette e le cose funzionerebbero meglio.

### 7.4.3 I rapporti tra i servizi di alcologia e gli ospedali

Non sembrano esserci dei rapporti particolarmente significativi tra il SerT. e l'ospedale Maggiore di Novara. Da un lato il responsabile del servizio di alcologia ritiene che siano una stretta minoranza gli utenti che necessitano di un ricovero – le disintossicazioni e le astinenze vengono trattate ambulatorialmente – dall'altro non c'è un canale preferenziale per gli utenti del SerT. Qualora vi sia bisogno di un ricovero si preferisce fare ricorso alle case di cura.

Servizio di alcologia di Novara, Responsabile

*Con l'ospedale maggiore di Novara il rapporto non è biunivoco è unidirezionale, nel senso che loro inviano a noi, però io non ho ancora, non mi sono mai trovato nella condizione di poter proporre un ricovero di qualche paziente, è una realtà abbastanza complessa, perché i ricoveri vengono proprio decisi autonomamente. In realtà io ricovero molto poco, cioè in generale è raro che ci sia qualche situazione che richiede un ricovero, la disintossicazione o a domicilio o ambulatorialmente possiamo gestirla tranquillamente un po' in tutti i casi.*

*[...] Quando è necessaria una ospedalizzazione invece perché la persona ha bisogno di essere contenuta, attraversa un momento particolarmente critico della sua vita, ci sono fattori familiari che disturbano, patologici, eccetera, allora ultimamente ho fatto ricorso al Fatebenefratelli, al reparto di riabilitazione alcologica.*

In ospedale d'altro canto non sembra esserci molta fiducia nelle attività del servizio di alcologia, e qualcuno ritiene che siano più efficaci i gruppi di volontariato, in particolare gli Alcolisti Anonimi.

Ospedale Maggiore di Novara, Direttore Epatopatologia

*I nostri malati non vogliono assolutamente andare al SerT, per varie motivazioni [...]. Le persone mediamente non amano andare con questo tipo di etichetta in posti dove vengono conosciute e quindi per esempio preferiscono gruppi di auto-aiuto in paesi diversi da quello in cui abitano, nella mia esperienza alcuni pazienti mi hanno chiesto esplicitamente. Operativamente funziona così. Tra le problematiche di dimissione del paziente c'è l'alcolismo, a questo punto il paziente viene indirizzato a un SerT, esce con una presa in carico da un SerT lo stesso giorno o il giorno dopo a cui viene dimesso. E questo vale anche per gli Alcolisti Anonimi. Io non sono convintissimo che le sedi ideali siano i SerT, la mia esperienza friulana dice che i centri di auto-aiuto funzionano meglio e in quel contesto diventa più efficace un trattamento farmacologico.*

Ospedale Maggiore di Novara, Direttore di Psichiatria

*Ho condotto per molti anni prima di venire a Novara l'ambulatorio di alcologia delle Molinette, l'avevo messo su io più di 30 anni fa. Avevamo un filo diretto con gli Alcolisti Anonimi. Quando in Regione ci fu un conflitto se sponsorizzare molti Cat o molti Alcolisti Anonimi, io ero molto più favorevole per sponsorizzare gli Alcolisti Anonimi e poi la scelta è stata diversa.*

Il medico del Pronto Soccorso intervistato è del parere già esplicitato dalle stesse strutture negli altri territori: le caratteristiche di urgenza fanno sì che i contatti con altre strutture siano difficili e ci sarebbe bisogno di servizi di supporto più flessibili, perché gli orari del SerT non corrispondono a quelli di afflusso degli utenti con problemi alcolcorrelati in questo reparto ospedaliero.

Ospedale Maggiore di Novara, Coordinatore DEA

*L'idea che mi sono fatto dei SerT è che possano essere molto utili, per noi però hanno un'utilità limitata perché sono come gli sportelli bancari, hanno orari limitatissimi, che non corrispondono con gli orari di massimo afflusso degli alcolisti qui in pronto soccorso. Noi cominciamo a vedere gli alcolisti dalle sei di sera in poi, e loro da quell'ora non sono solo chiusi, ma totalmente irraggiungibili, quindi diventa inutile.*

#### 7.4.4 I rapporti tra i servizi di alcologia e i medici di medicina generale

I rapporti tra servizio di alcologia e medici di medicina generale risulta essere difficoltoso, secondo il responsabile del servizio pubblico non solo per mancanza di strumenti adatti a individuare e affrontare il problema, ma anche per la paura da parte dei medici di perdere gli utenti sollevando argomenti non desiderati. Anche i CAT sono dello stesso avviso e accusano i medici di avere nei confronti dell'alcolismo un approccio sbagliato.

Servizio di alcologia di Novara, Responsabile

*Sono molto pochi i medici di base che ci inviano pazienti, nonostante tentativi, lavori fatti nell'arco di decenni. Credo che abbiano una inadeguata, molto scarsa percezione della diffusione dei problemi alcolcorrelati della popolazione, non sono veramente degli invianti, con qualche eccezione, ma sono casi che si contano sul palmo della mano. Il medico di famiglia se non c'è questa autocomunicazione, non ha il più delle volte degli strumenti che gli permettono di cogliere il problema, perché gli strumenti che finisce per avere sono quelli puramente clinici, però si trova in una posizione delicata, cioè c'è un suo paziente che è cliente, perché in fondo il rapporto tra medico di base e paziente ha anche alcuni aspetti privatistici, cioè di fiducia.*

CAT, Novara, volontario

*Parlando con i medici di base non siamo riusciti a fare una rete solida, abbiamo dato loro volantini e cose simili, ma poi di fatto quando gli si presenta il problema non si ricordano di noi, e nei casi gravi li indirizzano al "repartino", quel che è rimasto dei manicomi, come si faceva una volta, pensando che l'alcolismo sia una malattia del singolo. Il problema è che la maggior parte dei medici di base la pensa così.*

Sembra invece essere migliore il rapporto tra medici e gli Alcolisti Anonimi del territorio, i quali, facendo riferimento alla convenzione siglata dall'associazione di volontariato e la FIMMG, hanno organizzato degli incontri specifici che stanno dando dei buoni risultati, in termini di segnalazioni di persone che sono entrate nei gruppi di auto-aiuto. Non a caso vi sono medici che quando pensano ai servizi per l'alcolismo, pensano in prima battuta agli AA e poi al servizio pubblico.

AA, Novara, volontario

*Noi adesso siamo in contatto con i medici, stiamo facendo delle riunioni con i medici anche come zona. Cominciamo adesso a fare gli incontri con i medici e sta funzionando, dopo che abbiamo fatto Biella, i medici ce ne hanno mandati 4 nuovi, perciò serve trasmettere il messaggio anche ai medici. C'è stato un protocollo firmato due anni fa a Roma con l'associazione dei medici di medicina generale e dovevano muoversi i medici, dovevano invitarci loro e invece un tre mesi fa ci siamo mossi noi e abbiamo cercato un referente dell'ASL e ci ha detto che ci sono delle équipe di medici, abbiamo cercato i referenti di ogni équipe per parlare e adesso ne abbiamo fatti tre nel Biellese mentre poi a settembre ne facciamo due a Novara e a dire la verità io mi sono trovato bene, anche perché quel protocollo lì di medici di medicina generale in Piemonte ha firmato il 70% di medici, invece in Lombardia solo il 50% perché c'è chi crede sia una malattia e chi no.*

Medico di medicina generale, Novara

*A Novara c'è il centro degli alcolisti al quale ci si può rivolgere e a cui io indirizzo: gli Alcolisti Anonimi. Oppure c'è il SerT al quale rivolgersi in determinate situazioni, per chiedere consiglio o collaborazione.*

#### 7.5 In sintesi: i punti deboli di una rete complessa

Da quanto descritto sinora per i singoli territori emergono alcune questioni trasversali che sono state affrontate in maniera differente, a partire da come sono stati definiti i rapporti tra le strutture specificatamente dedicate all'alcolismo per arrivare a quelli tra servizi di alcologia e servizi non specifici, dove permane una stretta connessione con il volontariato.

La prima questione riguarda il rapporto tra servizi pubblici di alcologia, più o meno formalizzati, e servizi di volontariato. Partendo dalla constatazione che tutti i servizi di alcologia presi in esame sono nati in stretto rapporto con i CAT, abbiamo visto però come in seguito siano stati

adottati orientamenti diversi. Va evidenziato che molto probabilmente sono stati proprio i CAT a spronare il servizio pubblico a organizzarsi al suo interno per la presa in carico di questa tipologia di problema. A oggi si possono individuare diverse modalità di rapporto tra questi due soggetti, che rispondono a visioni diverse e che si situano lungo un continuum che vede agli estremi l'“unificazione” e la “separazione”.

Il caso dell'Asl di Cuneo rappresenta bene il primo tipo di modello. L'unificazione dei due servizi si esplica non solo nel fatto che gli operatori del servizio pubblico siano nello stesso tempo anche conduttori di Club, ma anche nel fatto che i volontari del CAT possano essere consulenti del servizio pubblico e rappresentarlo nei rapporti con terzi. Questo, oltre a costituire un vantaggio economico, sembra avere facilitato i rapporti con l'ospedale, grazie alla maggiore flessibilità dei volontari, e favorito una risposta più efficace alle esigenze del territorio. Infatti, è una considerazione condivisa da parte dei medici della medicina d'urgenza che uno dei limiti principali del servizio di alcolologia/dipartimento dipendenze sia proprio quello della rigidità organizzativa, fattore che non si adatta ai bisogni operativi di questa tipologia di attività ospedaliera.

D'altra parte laddove si è fatta la scelta opposta, cioè quella di scoraggiare gli operatori a essere al tempo stesso volontari nei CAT<sup>21</sup>, si sottolinea come questa sovrapposizione di ruoli generi confusione e ambiguità anche negli utenti e nei *care-giver*, non favorendo una reale autonomizzazione delle persone in trattamento. Scegliendo la separazione, i Club diventano un tipo di trattamento possibile e la collaborazione con il CAT si configura come una delle diverse collaborazioni esterne attivate, alla pari per esempio di Alcolisti Anonimi o di altre associazioni del privato sociale. Inoltre, questo tipo di rapporto, sembra avere determinato una più completa e differenziata offerta di trattamento all'interno dell'ente pubblico.

Entrambi i modelli presentati sembrano comportare quindi vantaggi e svantaggi che andiamo a riepilogare nella tabella seguente.

---

<sup>21</sup> Nell'area di Fossano-Saluzzo-Savigliano, a Novara e a Torino Asl2.



<b>Modello</b>	<b>Unificazione</b>	<b>Separazione</b>
<i>Rapporto tra servizi pubblici (PP) e volontariato (vol)</i>	collaborazione "alla pari"	collaborazione esterna
<i>Rapporto tra operatori PP e volontari</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- presenza di operatori PP anche volontari nei CAT</li> <li>- presenza di volontari dell'ACAT anche consulenti del servizio PP</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- divisione dei ruoli e delle competenze</li> </ul>
<i>Visione del metodo hudoliniano dal parte del servizio PP</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- metodo di trattamento al momento più efficace</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- uno dei trattamenti a disposizione, adatto ad alcuni tipi di pazienti.</li> </ul>
<i>Vantaggi</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- economicità del trattamento</li> <li>- supporto nel gestire la rete</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- non confusione dei ruoli</li> <li>- maggiore apertura verso altri soggetti della rete</li> <li>- maggiore varietà di trattamento</li> </ul>
<i>Svantaggi</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- confusione di ruoli</li> <li>- maggiore chiusura nei confronti di altre collaborazioni</li> <li>- meno varietà di offerta nel trattamento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- maggiore onerosità</li> <li>- maggiore difficoltà a gestire la rete</li> <li>- maggiori difficoltà nei rapporti</li> </ul>

La seconda questione riguarda i rapporti tra servizi di alcologia e dipartimenti di Salute Mentale. Come abbiamo visto vi sono difficoltà un po' ovunque a stabilire un piano di collaborazione positiva, legate alla difficoltà a stabilire nei casi di comorbidità quale sia il problema preminente e quindi chi debba prendere in carico l'utente. Questa difficoltà si traduce in diverse casistiche, ognuna delle quali non sembra rispondere adeguatamente ai bisogni dell'utenza: quando c'è una patologia nettamente prevalente finisce che l'altra venga trascurata, quando si riconosce una doppia-diagnosi i due problemi, seppure strettamente interrelati, vengono trattati separatamente e gli utenti fanno da spola tra un servizio e l'altro. Considerando che i casi di doppia-diagnosi sono in crescita questo è senz'altro un problema che deve essere affrontato: secondo alcuni intervistati per evitare gli scontri sulle risorse e garantire la continuità assistenziale sarebbe auspicabile l'unione dei due dipartimenti, o quantomeno la creazione di un fondo comune ad hoc per questo target di utenza, secondo modelli attuati in altre regioni. Una terza via si sta sperimentando costituendo delle équipes interdipartimentali costituite da operatori formati insieme e con competenze specifiche sulla comorbidità<sup>22</sup>.

Problemi di tipo analogo si possono verificare anche tra dipartimenti per le dipendenze e servizi sociali: si verificano spesso delle controversie per decidere chi debba farsi carico delle problematiche dell'alcolista e, anche in questo caso, la situazione sembra essersi appianata laddove si è definito un accordo formale tra ASL e Consorzio dei servizi sociosanitari<sup>23</sup>. Attraverso questo accordo si è formalizzata una commissione, la Commissione di Valutazione Dipendenze, che si riunisce per definire la co-gestione dei casi di tossicodipendenza e alcolismo che necessitano l'intervento di entrambi i servizi, sia dal punto di vista operativo che economico. La commissione è formata dai due responsabili e da due assistenti sociali afferenti ai due servizi e sembra soddisfare entrambe le parti coinvolte.

Per quanto riguarda i rapporti tra i servizi di alcologia e gli altri servizi del territorio che non si occupano precipuamente di alcologia, gli ospedali e le case di cura, c'è spesso un problema di riconoscimento di ruoli. E' piuttosto diffusa un'opinione negativa sulla capacità del servizio pubblico, che viene identificato con il SerT anche laddove si è provveduto a creare dei servizi di

<sup>22</sup> E' il caso dell'ASL TO1

<sup>23</sup> Si tratta dell'ASL CN1.

alcologia distinti dal dipartimento delle dipendenze<sup>24</sup>, di attrarre gli alcolisti. Secondo l'opinione di molti il servizio è troppo connotato come servizio per i tossicodipendenti tradizionali per poter essere il luogo adatto alla cura delle persone con dipendenza da alcol, mentre non è rara l'opinione che i gruppi del volontariato costituiscano una risposta più efficace della medicalizzazione. Questa maggiore propensione a collaborare con il volontariato sembra essere legata sia al fatto che diversi specialisti – sia in medicina interna che in psichiatria – si sono a loro formati secondo il metodo hudoliniano e hanno condotto, o conducono tuttora, dei Club, sia a problemi di ordine organizzativo. Se l'ospedale non costituisce un importante canale di invio per i servizi di alcologia, come questi si aspetterebbero, è dovuto anche a problemi di ordine organizzativo. Per instaurare una collaborazione di questo tipo sarebbe necessaria un'organizzazione più flessibile dei servizi di alcologia, con orari e disponibilità più ampi di quelli che in genere garantiscono. Sia il caso di Cuneo, già ricordato, che quello di Aliseo, mostrano che è più semplice per i reparti ospedalieri collaborare con organizzazioni più snelle e meno burocratizzate rispetto ai SerT. Questa necessità è enfatizzata in modo particolare dai reparti di medicina d'urgenza e di pronto soccorso, che potrebbero in teoria costituire un canale privilegiato per l'aggancio di quella tipologia di utenza più giovane, che, come abbiamo detto precedentemente non arriva ai dipartimenti delle dipendenze.

Un ultimo nodo critico importante è costituito dal rapporto con i medici di medicina generale, dai quali i dipartimenti si aspetterebbero una collaborazione in termini di invio e segnalazione di pazienti e un supporto nel trattamento. Anche in questo caso vi è innanzitutto un problema di riconoscimento reciproco. La visione che i medici hanno dei servizi di alcologia è spesso quella appena descritta per gli ospedali, ovvero quella di un servizio inadatto ad accogliere e trattare un alcolista. Non mancano medici di famiglia dubbiosi sulle scelte monotrattamentali del dipartimento delle dipendenze, in particolare riferito alla metodologia Hudolin, che, secondo molti, non può essere valida per tutte le persone che hanno problemi di alcolodipendenza.

Da parte loro gli specialisti lamentano una scarsa sensibilità dei medici rispetto ai problemi alcolici, sommata a una mancanza di strumenti adatti ad affrontare il problema e alla difficoltà di coinvolgerli in momenti informativi e formativi comuni. Anche questa categoria professionale sembra avere un legame migliore con i servizi di volontariato, nello specifico con gli Alcolisti Anonimi, con i quali la Federazione Italiana dei Medici di Medicina Generale ha firmato un protocollo di intesa che da qualche parte<sup>25</sup> ha dato avvio a una forma di collaborazione che inizia a dare i propri frutti, anche se in altrove non ha avuto sviluppi. E' evidente che gli accordi formali da soli non sono sufficienti e che per diventare operativi necessitano dell'attivazione delle singole associazioni che operano a livello locale, ma possono costituire uno stimolo forte ad avviare proficue collaborazioni.

---

<sup>24</sup> Questa soluzione è stata adottata a Torino

<sup>25</sup> A Novara.

## 8. Conclusioni

### 8.1 L'alcolismo: un dibattito aperto

In quanto fenomeno complesso e in mutamento, l'alcolismo è soggetto a diverse rappresentazioni che non dipendono solo dalla particolarità dei punti di osservazione, ma anche dalla costante evoluzione del fenomeno che è connessa alle trasformazioni della società nel suo insieme e degli stili di vita della popolazione.

La mancanza di una definizione condivisa di alcolismo tra gli intervistati, e quindi di un approccio univoco e globale al problema, riflette le specificità del patrimonio conoscitivo ed esperienziale dei soggetti che a vario titolo si occupano del problema. D'altra parte, i tentativi di cogliere il più possibile la multidimensionalità del fenomeno e la sua natura individuale e sociale sembrano portare alla negazione della possibilità di definirlo e di stabilire dei criteri identificativi universali. Il motivo per cui l'equivalenza tra alcolismo e dipendenza appare oggi una visione limitata - così come i concetti di quantità, continuità, astinenza, tolleranza - è che non corrisponde più a tutte quelle che sono le manifestazioni del problema. Riguardo questo aspetto le opinioni degli intervistati sembrano convergere sull'impressione che vi siano altre forme di consumo che, sebbene non rispondano pienamente ai criteri di dipendenza, sono senza dubbio problematiche.

L'alcolista tradizionale, che consumava dosi elevate di vino in maniera costante per decenni fino al manifestarsi dei danni organici del consumo, sta diventando meno frequente. Le carriere alcoliche, come quelle di vita, si fanno via via meno lineari e si assiste al declino dello stile alimentare e a una progressiva complessificazione degli stili di consumo, caratterizzata da una diversificazione dei valori d'uso e delle sostanze. Sono in aumento in particolare due valori d'uso. Il primo è quello farmacologico - inteso sia nella funzione anestetizzante che in quella ansiolitica - tipico di un mondo adulto che sembra fare sempre più fatica ad attendere i ruoli lavorativi e sociali assegnatigli, in sintonia con la progressiva precarizzazione e frammentazione delle carriere lavorative e di vita. Il secondo è quello psicotropo, connotato dal piacere del consumo e dalla ricerca dell'evasione, attribuito prevalentemente al mondo giovanile e legato a un aumento del tempo libero, delle frequentazioni sociali e dell'offerta di attività di *loisir*.

### 8.2 La complessificazione dei bisogni

I cambiamenti registrati dai servizi possono essere riassunti in una progressiva diversificazione dell'utenza che è il frutto della complessificazione delle carriere alcoliche e dei valori d'uso. Espressione di questo processo sono alcuni trend particolarmente significativi quali l'aumento della comorbilità e del policonsumo, l'uno riflesso di un crescente uso dell'alcol quale mezzo per fare fronte a svariate forme di disagio, l'altro espressione della ricerca del valore intossicante dell'alcol, che lo rende simile e interscambiabile con le altre droghe.

Negli ospedali, mentre le patologie che in passato connotavano l'alcolismo prevalentemente come malattia cronica, come la cirrosi, sono in diminuzione, aumentano i problemi di acuzie legati a forme di consumo eccessivo, anche se non continuativo, come i traumi e le intossicazioni. Tale modificazione dell'utenza non ha però ancora originato una seria riflessione sul ruolo dell'ospedale e la sua possibile collaborazione con i servizi territoriali per affrontare il cambiamento.

I servizi di alcologia si trovano a dover rispondere a una domanda di aiuto che secondo l'opinione degli intervistati si sta diversificando per età, genere, livello socio-economico, cultura - sono in aumento gli utenti stranieri - e stile di consumo. Questo significa, concretamente, pensare a forme diverse di intervento che non siano orientate solo a curare la dipendenza,

fisica o psicologica, dalla sostanza, ma che siano capaci di intercettare i comportamenti a rischio, che non vengono percepiti come problematici e che non necessitano di terapie quanto piuttosto di interventi di informazione e prevenzione. Rifacendoci alla classificazione di Manoukian (2008), anche tra gli utenti dei servizi di alcolologia si possono individuare quelli "cronici" - in "una condizione permanente di difficoltà in cui fattori di tipo economico, culturale, relazionale, di storia familiare e di patologie si tramandano, si combinano in un quadro di deprivazione"- che necessitano di una pluralità di risposte di vario ordine e tipo, utenti "assistiti", che portano bisogni specifici ma sempre più personalizzati, e utenti "nuovi", che necessitano di risposte altrettanto nuove, ma che innanzitutto vanno intercettati, prima che l'abuso di alcol possa avere conseguenze fatali o irreversibili.

Dip. Dipendenze di Cuneo, Direttore

*Il servizio al proprio interno può sicuramente continuare a differenziare i percorsi, perchè deve continuare a prevedere dei moduli di presa in carico tradizionale per situazioni di dipendenza tradizionale, ma deve prevedere dei percorsi differenti, abbreviati o comunque più elastici, per le situazioni che vengono depistate in fase precoce e che quindi non sono ancora delle dipendenze vere e proprie, ma sono degli abusi o delle situazioni a rischio nell'uso di alcol, come quelle intercettate con la Commissione Medico Locale [...]. Questo strumento dovrebbe essere valorizzato molto di più per fare opera di prevenzione, oltre che di presa in carico e di informazione.*

La capacità di intercettazione del problema da parte dei servizi risulta ancora debole: l'Osservatorio Epidemiologico delle Dipendenze stima che solo il 16% dei consumatori problematici è in carico a un SerT. Inoltre, anche se il numero di utenti mostra un trend positivo, vi sono certi target specifici che sembrano più difficili da intercettare, tra questi i più citati sono i giovani, ma vi sono anche gli anziani e le donne. A questi si aggiungono gli utenti di ceto medio-alto che sembrano ancora restii a rivolgersi sia ai servizi pubblici che a quelli del volontariato, mentre sembrano più orientati al ricovero in case di cura private.

Un po' ovunque si riconosce che permane un problema di scarsa visibilità del servizio sul territorio, oltre che di stigmatizzazione, che necessiterebbe di azioni di informazione e promozione a livello locale, per superare una certa rappresentazione negativa sia dell'alcolismo che del servizio. La domanda, pur nella sua evoluzione, mantiene infatti delle caratteristiche che la accomunano con quella del passato: si tratta di una domanda tardiva, spesso non spontanea e non sempre consapevole. I fenomeni della negazione e della stigmatizzazione sembrano costituire ancora oggi degli ostacoli e dimostrare che i concetti di colpa e di vizio non sono ancora del tutto superati. Questo è vero specialmente in territori più periferici e isolati e nei confronti delle donne.

Servizio di alcolologia di Cuneo – area Fossano-Saluzzo-Savigliano, Responsabile

*Informazione e sensibilizzazione, perchè comunque esiste ed esiste ancora il fatto che comunque le persone si vergognano, che arrivano tardi, che considerano il servizio il luogo in cui vanno "i ciucatun", cioè quelli che sono sbronzi dal mattino alla sera, allora un qualcosa che ci permetta di informare meglio su cosa facciamo, sulle differenze che ci sono, sul fatto che comunque non è che ti devi riconoscere nell'alcolista, quello che comunque nel nostro immaginario è quello che beve, che è ubriaco sempre, secondo me questo sarebbe utile.*

E' opinione diffusa che la risposta a questo problema passi attraverso un'organizzazione specialistica del servizio di alcolologia e, laddove non si è ancora costituita una vera e propria unità di alcolologia distinta dal SerT, questo passo è ritenuto indispensabile. D'altra parte, dove ci si è già dati questo tipo di organizzazione, si sottolinea che per ottenere dei risultati significativi, in termini di recupero di una parte di sommerso, sono necessari tempi lunghi oltre che risorse aggiuntive.

Dip. Dipendenze ASL TO1 di Torino, Direttore

*Abbiamo fatto un servizio di alcolologia, il nostro obiettivo era cercare di prendere una parte del sommerso, cioè rendere accettabile a persone che utilizzano circuiti privati o ospedalieri - dove comunque non c'è un'attenzione alle dipendenze e questo è il problema centrale che tiene l'alcolista legato all'alcol - e abbiamo puntato in questa direzione, che in parte ha portato risultati non ancora così forti anche perché non c'è ancora questa capacità e le forze sono quelle che sono, il modello ispirato allo sviluppo dei servizi in modo specialistico cozza con un quadro di risorse che si vanno restringendo.*

### 8.3 Autonomia versus sinergia

Il principale limite percepito da tutti gli intervistati sia per fare fronte alle criticità che per attuare i progetti di miglioramento è quello della carenza di risorse. Secondo qualcuno il problema nasce all'origine, dalla legge quadro che ha istituito i servizi di alcolologia ma non ha previsto un fondo specifico, e dipende dal fatto che non vi sia un reale investimento istituzionale sul problema dell'alcol.

Dip. Dipendenze di Cuneo, Direttore

*Di fatto la legge quadro del 2001 sull'alcol ha istituito i servizi di alcolodipendenza, ma si è dimenticata di metterci i soldi, e quindi di fatto un investimento sociale, effettivo, istituzionale su queste problematiche non esiste, non è mai esistito e dubito che mai esisterà.*

Come sostiene Manoukian "nella società in cui viviamo, sempre più attraversata da squilibri e contraddizioni, da frammentazioni e disgregazioni, i bisogni non possono che moltiplicarsi" (ivi), e, in questo contesto, il tradizionale schema bisogni-risposte sembra ancor più insostenibile di un tempo. Da un lato non sembra più possibile per i servizi dedicati alla cura dell'alcolista orientarsi verso un unico tipo di trattamento, dall'altro, per fornire risposte diversificate, sono necessarie risorse, competenze e strutture diversificate.

Ai problemi che scaturiscono dalla discrepanza tra bisogni e risposte, si sta rispondendo con due diversi orientamenti. Uno è quello di potenziare i singoli servizi, ampliando il più possibile la gamma dei trattamenti offerti, l'altro è quello di potenziare la rete, costruendo rapporti collaborativi, più o meno formali, con gli altri soggetti competenti.

Il primo tipo di risposta corrisponde alla progressiva diversificazione delle tipologie di intervento nei SerT e nelle case di cura, come emerge dalla tabella.

<b>Trattamento</b> <b>Servizio</b>	<b>ambulatorio</b>	<b>comunità</b>	<b>disintossicazione</b>	<b>terapia farmacologica</b>	<b>sostegno di gruppo</b> (varie tipologie)	<b>sostegno individuale</b> (varie tipologie)
<b>SerT/serv. alcol.</b>	X		X	X	X	X
<b>CAT - AA</b>					X	
<b>Aliseo/Cufrad</b>	X	X			X	X
<b>Case di Cura</b>	X		X	X	X	X
<b>Ospedale</b>			X	X		

Secondo alcuni intervistati, sia nei SerT che nelle case di cura, sarebbe opportuno potenziare ulteriormente le strutture, rivendicando una competenza di per sé esaustiva del problema. Da un lato i servizi pubblici di alcolologia vorrebbero dotarsi di veri e propri reparti per il ricovero e la cura specialistica dell'alcolodipendenza, dall'altro le case di cura hanno implementato attività ambulatoriali e socio-riabilitative.

Servizio Alcolologia Asl TO1 di Torino, Responsabile

*Per quanto riguarda i servizi dovremmo avere più coraggio, intendo trasformare i servizi di alcolologia in servizi che adottino delle modalità di intervento diversificate su più livelli e intendo anche delle azioni di medicina specialistica, con reparti propri.*

Dip. Dipendenze Asl TO2 di Torino, Direttore

*Occorrerebbe qualche risorsa in più, anche di tipo sanitario per poter gestire delle situazioni anche di ricovero in modo un po' più stretto, magari all'interno, come un'estensione del servizio e non come un altro punto della rete, quindi questo sviluppo io lo vedrei in prospettiva.*

L'altro orientamento è quello di esternalizzare alcune forme di trattamento e di gestire i bisogni dell'utenza in sinergia con altri soggetti, sviluppando il lavoro in rete. Abbiamo visto come, nonostante non si possa ancora parlare di vere e proprie reti territoriali governate per la cura dell'alcolismo, esistono comunque dei rapporti consolidati tra alcuni servizi che funzionano in questo senso. Molti di questi sono nati tra strutture pubbliche e strutture del privato sociale, sulla base di accordi più o meno formalizzati, a volte persino personalistici. Ciò che sembra favorire la collaborazione tra servizi pubblici e volontariato è la maggiore flessibilità di quest'ultimo, mentre risultano più complessi i rapporti tra enti pubblici. In entrambi i casi, si registrano comunque scelte diverse, che rispondono a criteri di unificazione o di separazione.

I diversi modelli di rapporto che esistono tra SerT e CAT, ben rappresentano la presenza di queste due opposte tensioni, entrambe dettate da motivazioni plausibili e caratterizzate da effetti sia positivi che negativi. L'appoggio al volontariato rappresenta per l'ente pubblico non solo un risparmio in termini economici, ma anche un mezzo per rafforzare i contatti sia con l'utenza che con altri soggetti sanitari del territorio, come gli ospedali; d'altro canto però rischia di creare confusioni di ruolo e di ridurre il ricorso ad altri tipi di trattamento e la collaborazione con altri servizi, anche nell'ambito dello stesso volontariato.

Il dilemma tra unificazione e separazione non sembra risolto nemmeno tra i servizi pubblici che sono coinvolti nella cura e nell'assistenza dell'alcolista, e riguarda in primo luogo i rapporti tra Dipartimenti per le dipendenze e Dipartimenti di salute mentale. In questo caso separazione di competenze e risorse dà origine ad atteggiamenti di delega dettati da problemi di ordine economico e che si traducono in una mancata integrazione, e quindi una minore efficacia, delle risposte fornite all'utenza.

Talvolta le soluzioni ai malfunzionamenti della rete si individuano nei rapporti informali che nascono in maniera casuale e si consolidano in rapporti personali. Questo però accade più facilmente tra organizzazioni poco strutturate, mentre tra enti pubblici sembrano rendersi necessari accordi di tipo formale. Laddove sono stati introdotti protocolli d'intesa o convenzioni i rapporti tra SerT e CSM e tra SerT e Servizi sociali sembrano funzionare meglio, ma vanno consolidati attraverso la condivisione e l'integrazione di risorse, competenze e metodologie, anche attraverso percorsi di formazione integrati.

#### **8.4 Nuove sfide**

Quanto emerso dalla presente ricerca fornisce indicazioni utili per avviare, a livello regionale, una riflessione su nuove forme organizzative o sul miglioramento di quelle attuali in modo da costituire un sistema in grado di fornire risposte adeguate alla complessità dei problemi alcolologici della società contemporanea. In questo senso tutti gli elementi propositivi e di criticità forniti dai singoli intervistati vanno letti con una visione di più ampio respiro, come un importante contributo per le decisioni che dovranno essere necessariamente assunte a livello regionale.

Le reti territoriali sull'alcolologia descritte dagli intervistati sono reti prevalentemente non governate, spontanee e informali. Tuttavia le poche esperienze di formalizzazione mostrano come sia possibile, seppure tra limiti e difficoltà, dare maggiore visibilità alla rete. Anche in questi casi molta strada deve essere ancora percorsa per la costituzione di un sistema che persegua obiettivi comuni e che porti alla condivisione di linguaggi, obiettivi e valori, un sistema operativo finalizzato al coordinamento, alla pianificazione e alla valutazione degli interventi sul territorio.

Le testimonianze raccolte evidenziano che, seppure a macchia di leopardo, in alcune realtà esiste un certo livello di comunicazione tra i servizi specifici e le altre realtà territoriali che entrano in contatto con persone con problemi legati all'alcol. Tale comunicazione rappresenta un'opportunità per far nascere e sviluppare una rete che sappia superare il limite di affidarsi esclusivamente alle capacità e alle competenze dei singoli operatori.

La sfida per la costruzione di una vera rete di servizi passa attraverso l'individuazione di forme di collaborazione che raccolgano l'eredità dei GLA ma organizzativamente più mature. Senza

dimenticare che è prioritario includere nella rete quei soggetti che vengono in contatto con il problema, come gli ospedali e i medici di medicina generale, e fare sì che il loro intervento si traduca in una effettiva opportunità di aggancio dell'utenza.

## Bibliografia

- Amato L., Davoli M., Vecchi S., Peducci C.A. (2006), *Trattamenti delle tossicodipendenze e dell'alcolismo: le revisioni sistematiche della letteratura scientifica*, Istituto Superiore di Sanità, Roma.
- Beccaria F., Prina F. (1996), *Le dimensioni culturali e sociali dell'alcol*, in Moiraghi Ruggenini A, (a cura di), *Alcologia*, Masson, Milano.
- Beccaria F. (1999), "Bait" or "prey": women in Italian alcohol advertising at the end of millenium, in "Alcologia, European Journal of Alcohol Studies", 12(1): 101-106.
- Berkman L. F. (2004), *Social epidemiology*, Oxford University Press, New York.
- Blume S.B. (1995), *Donne, alcol e droghe*, in "Basis", 11-12: 7-44.
- Bonino S., Cattellino E., Ciairano S. (2003), *Adolescenti e rischio. Comportamenti, funzioni e fattori di protezione*, Giunti, Firenze.
- Brilli B., Gasparotto S., Cataudella G., Mohaddes Zadeh R., Martini E., Balestra V., Salvagnini M. (1999), *Donne alcolodipendenti e i familiari nella riabilitazione: descrizione di un'esperienza*, in "Supplemento Alcologia", 1: 7-12.
- Butera F. (1990), *Il castello e la rete*, FrancoAngeli, Milano
- Ceccanti M., Berretta F., D'Arista F., Scognamiglio U., Sebastiano G., Silli L., Calducci G. (2000), "Uso, abuso, dipendenza da alcol: definizione e strumenti diagnostici, *Medicina della tossicodipendenze*, 29: 25-28.
- Ceccanti M., Patussi V. (a cura di) (1995), *Atti Consensus Conference sull'Alcol della Società Italiana di Alcologia*, Scientific Press, Firenze.
- Chiarolanza, De Gregorio (2007), *L'analisi dei processi psico-sociali. Lavorare con ATLAS.ti*, Carocci, Roma.
- Corsetti S. (1994), *Alcolismo e farmacodipendenza. Dipendenza donna*, in "Il Delfino", 2, pp. 32-35.
- Gerra G., Zaimovic A., Zambelli U., Giusti F., Rustichelli P. (2000), *Neurobiologia dell'alcolismo*, in "Medicina della tossicodipendenze", 29: 25-28.
- Graham A. W., Schultz T. K. (1998), *Principles of Addiction Medicine*, in "MD: American Society of Addiction Medicine", 2nd edn. Chevy Chase.
- Iannone R. (2006), *Il capitale sociale, origini, significati e funzioni*, Franco Angeli, Milano.
- Liguori G., D'Auria V., Russo F., Cimminiello A. (2006), *Alcol: tra clinica e letteratura*, Franco Angeli, Milano.
- Manoukian F. O. (2008), *La domanda di sicurezza può non investire i servizi?* in "Animazione Sociale" 8/9.
- May C. (2001), *Pathology, Identity and the Social Construction of Alcohol Dependence*, in "Sociology" 35(2): 385-401.
- Meo A. (2000), *Vite in bilico. Sociologia della reazione a eventi spazzanti*, Liguori, Napoli.
- Melloni A., Capisani C., Mion S., Addolorato G., Gasbarrini G., Baraldi, F. (2000), *Epidemiological study of alcohol consumption and abuse in women in the district of Copparo*, in "Alcologia, European Journal of Alcohol Studies", 12(1):37-44.
- Moiraghi Ruggenini A., Gerbi V., Ceccanti M., Barucci P. (1997), *Alcol e problemi correlati*, in "Il caleidoscopio", 114.
- Noventa A. (1993), *Donna e alcol*, in Centro studi e documentazione sui problemi alcolcorrelati (a cura di), *La famiglia, l'operatore, il club*, Edizioni Centro Studi Erickson, Trento.
- Pierlorenzi C., Senni A. (1994), *L'alcolismo. Prospettive di ricerca e di intervento*, La Nuova Italia Scientifica, Roma.



- Pyorala E. (1995), *Comparing drinking cultures: Finnish and Spanish drinking stories in interviews with young adults* in "Acta Sociologica", 38(3):217-229.
- Room R. (1989), *Responses to alcohol-related problems in an international perspective: characterizing and explaining cultural wetness and dryness*, relazione presentata alla Conferenza Internazionale "La ricerca italiana sulle bevande alcoliche nel confronto internazionale", S. Stefano Belbo, 22-23 settembre. <http://www.bks.no/response.htm>
- Room R. (2006), *Taking account of cultural and societal influences on substance use diagnoses and criteria*, in "Addiction" 101 (Suppl. 1), 31-39.
- Russo R. (1996), *Dimensioni biologiche e psicologiche dell'alcol*, in Moiraghi Ruggenini A, (a cura di), "Alcologia" Masson, Milano.
- Shaw S. (1982), *What is problem drinking?*, in Plant M.A. (ed.), "Drinking and Drinking Problems", Junction Books, London.
- Schmidt L., Room R. and collaborators (1999), *Cross-cultural applicability in international classifications and research in alcohol dependence* in "Journal of Studies on Alcohol", 60, 448-462.
- Scarscelli (2006) *La diminuzione dei consumi: alcune interpretazioni*, in Allamani A. Cipriani F., Prina F. (a cura di) (2006), "I cambiamenti nei consumi di bevande alcoliche in Italia", Quaderno n. 17 Osservatorio Permanente sui Giovani e l'Alcool, Casa Editrice Litos, Roma