

TESI DI LAUREA DI
MARIA-JOLE ERMANO

La famiglia come risorsa per la cura e la prevenzione della dipendenza da alcol

Questa tesi è disponibile sul sito www.assistentsociali.org





UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI TRIESTE
DIPARTIMENTO DEGLI STUDI UMANISTICI
Corso di laurea in Scienze del Servizio Sociale

Tesi di laurea

La famiglia come risorsa per la cura e la prevenzione
della dipendenza da alcol

Relatore: dott. Carlo Beraldo

Correlatore: dott.ssa Annalisa Chiappa

Laureanda: Maria - Jole Ermano

Anno accademico 2012 - 2013

A Nonna Fides

Indice

Introduzione

La famiglia, con l'emanazione della Legge n. 328/2000, "*Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato d'interventi e servizi sociali*", è stata riconosciuta come soggetto attivo cui fare riferimento per la promozione e il mantenimento del benessere della persona.

Pertanto la considerazione della famiglia, anche con riferimento a questa legge, può diventare una risorsa importante da considerare per la cura e la prevenzione delle tossicodipendenze e in particolare dell'alcolismo.

Per questo mi è sembrato interessante approfondire tale argomento per capirne prima e valutarne poi le eventuali possibilità.

La tesi, dunque, si propone dapprima d'indagare sul fenomeno dell'alcolismo e nello specifico sulla ricaduta che ha nel sistema sociale e nel suo rapporto con la famiglia.

Successivamente, l'attenzione si sposta sulla famiglia, per verificare come possa costituirsi come risorsa per la cura e la prevenzione della dipendenza da alcol.

Ci si propone infine di strutturare un progetto che, tenendo conto dell'analisi sull'alcolismo e di una ricerca tra alcuni Club dell'Associazione dei Club Alcolisti in Trattamento (ACAT), possa, se non risolvere il problema, venire incontro alle difficoltà che frequentemente l'alcolista e la sua famiglia possono incontrare.

1. L'Alcolismo concetti generali

Uno dei maggiori mali della nostra società è rappresentato dall'abuso di alcol. La maggioranza della popolazione italiana con età maggiore ai 14 anni, il 66,6%, consuma bevande alcoliche.¹ Si fa uso di alcol per le ragioni più diverse: festeggiare, stare in compagnia, consolarsi, piacere, divertirsi e perché è nella cultura.² La sostanza alcolica, di fatto, fa parte di quello che possiamo definire stile di vita quotidiano. Ciò che colpisce è come al consumo di alcol sia correlata la paura dell'eccesso (abuso di sostanze alcoliche).³

Se si prova a domandare in giro cosa significhi assumere alcol, emerge tra le persone una naturale differenziazione tra un bere inteso come "*normale e giusto*" e l'alcolismo assunto con una valenza negativa.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) afferma che il bere, sia comunque un comportamento da considerarsi a rischio, rischio che cresce in modo particolare all'aumentare del suo consumo.⁴

Rispetto a ciò viene spontaneo chiedersi: Davvero esiste una differenza tra un "*bere normale*", in qualche modo accettato dalla società, e l'alcolismo? Come si può definire l'alcolismo? Cosa lo determina, che conseguenze ha e qual è il suo collocamento e il suo ruolo nella società?

1.1. Alcolismo definizioni generali

L'utilizzo di alcol è una presenza consolidata nella vita quotidiana dell'uomo. Questi ha sempre utilizzato la sostanza alcolica considerando come soglia di rischio l'ubriachezza, intossicazione acuta di alcol. Se si fa un confronto tra alcol e altre

¹ <http://www.istat.it/>, *L'uso e l'abuso di alcol in Italia*, pubblicato il 18 aprile 2013

² J. C Sournia, *Alcolismo- storia e problemi*, Società Editrice Internazionale, Torino, 1991

³ APCAT Trentino – Centro Studi, *Alcol 100 domande 100 risposte*, APCAT, Trento, 2003, pag 7

⁴ APCAT Trentino- Centro Studi, - *Il tuo bere la tua salute guida pratica per riflettere sul proprio bere- Alcool: conoscerti per scegliere*, APCAT Trentino – Centro Studi, Gardolo Tn, 2008, pag 3

sostanze, quali marijuana, eroina, hashish, e tante altre, emerge che per l'alcol è permesso alla persona un ampio margine di consumo, quasi una pratica di supporto alla coesione sociale della stessa comunità.⁵

Non si può non notare come la cultura dominante abbia un atteggiamento favorevole nei confronti dell'alcol cui lega detti, leggende popolari, usi e costumi. Attraverso la cultura, l'alcol è indicato come segreto della vita (*Epoepa di Giglamesh*⁶), riconosciuto come fonte di positività "*l'acqua mi fa male, e u vino m' fa cantà*" o come elisir di vita "*il vino fa buon sangue*"⁷. Pertanto l'alcol si presenta come una sostanza legale socialmente tollerata, mentre il suo consumo come un fenomeno ampiamente diffuso e culturalmente accettato.

Tuttavia se da un lato l'assunzione di alcol è vista come una "*consuetudine*" che ha una certa approvazione sociale, dall'altro incute un timore.

La comunità stessa mette all'indice i suoi appartenenti nel momento in cui, a causa di un uso improprio della sostanza alcolica, il loro comportamento diventa dannoso e pericoloso.

A fronte di questa dicotomia, uso - non uso, legale - illegale di alcol, ma anche per le caratteristiche cliniche di disturbo cronico lento e progressivo, problemi psico - comportamentali, malattie neurologiche, psichiatriche, ecc., che vengono a configurarsi con la pratica del bere e che sono motivo di preoccupazione per la società, molteplici discipline si sono impegnate per identificare un criterio di distinzione tra il bevitore e l'alcolista.

Se inizialmente si considerava alcolista chi aveva un vizio, in seguito, gli esperti l'hanno iniziato a concepire come una persona malata.

⁵ APCAT Trentino, *Alcol 100 domande 100 risposte*, Trento, 2003 pag 7

⁶ L'Epoepa di Giglamesh è un ciclo epico di ambientazione sumerica, scritto in caratteri cuneiformi su tavolette d'argilla, che risale a circa 4500 anni fa tra il 2600 a. C e il 2550 a. C

⁷ <http://www.eurispes.eu>, Micaela Carminati, *Indagine Eurispes Fuori dall'alcol*, Roma, 2000

Il primo a usare e a determinare la diffusione del termine è stato Magnus Huss⁸ che nel 1849 distinse l'alcolismo, malattia cronica dovuta a un uso inadeguato e continuo di alcol, dall'ubriachezza acuta, atto - uso legato al bere elevate quantità di alcol caratteristico dei contadini svedesi durante le serate del sabato.⁹

Da quel momento sono state promosse numerose definizioni che si accomunano per il pensare all'alcolismo come a una condotta legata al bere.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), nel 1950, definisce l'alcolista come *"colui che consuma alcolici in misura eccessiva e che, per questo motivo, sviluppa una dipendenza fisica e psichica dall'alcol e manifesta disturbi psichici e/o fisici e/o comportamentali che rilevano alterazioni della salute fisica e psichica, difficoltà nelle relazioni interpersonali e nella sfera sociale"*.¹⁰

Quanto espresso dagli esperti dell'OMS, pur rappresentando la chiave di svolta per lo sviluppo dell'alcolologia, presentava aspetti critici: erano considerati alcolisti anche persone che non lo erano o, al contrario, non erano inclusi tutti quelli che effettivamente lo erano.

L'urgenza di tracciare una definizione più precisa porta l'OMS, nel 1977, a coniare il termine *"sindrome da dipendenza alcolica"* (SDA). L'alcolismo è presentato come *"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 continua o periodica al fine di sperimentare gli effetti psicotropi ed a volte per evitare il disagio della mancata assunzione"*¹¹.

⁸ Magnus Huss (22 ottobre 1807 - Stoccolma aprile 1890) medico svedese, laureatosi all'università di Uppsala nel 1835

⁹ <http://www.treccani.it>

¹⁰ Vladimir Hudolin, *Manuale di Alcolologia*, Erickson, Trento, 1991 pag 43, 44

¹¹ Sanfilippo B., Galimberti G.L., Lucchini A., *Alcol, alcolismi: cosa cambia?*, Franco Angeli, Milano, 2004

Con questa nuova determinazione l'OMS segna il passaggio dall'alcolismo, inteso come debolezza morale o malattia, a quello di alcolodipendenza.

Il concepirlo come dipendenza ha provocato vivaci discussioni e si è per lungo tempo andati alla ricerca di un termine più adeguato che lo potesse indicare. Di questa trasformazione terminologica è, però, interessante cogliere come l'attenzione si sia allargata dal solo campo medico anche a quelli psicologico e sociale.

L'aggiunta di elementi interpretativi sottolineanti l'importanza di aspetti psicologici e sociali ha fatto sì che la Società Italiana di Alcologia (SIA) definisse l'alcolismo come *"un disturbo a genesi multifattoriale (biologica, psicologica e sociale) associata all'assunzione protratta (episodica o cronica) di bevande alcoliche, che può comportare dipendenza, ma non necessariamente, capace di provocare una sofferenza multidimensionale che si manifesta in maniera differente da individuo a individuo"*.

L'OMS indica l'alcolismo essere una dipendenza che condiziona negativamente lo stile di vita delle persone e che mette a rischio la salute fisica, psichica e sociale. L'alcol è ritenuto una droga giuridicamente legale ma molto tossica per la cellula epatica, molto più di tante droghe illegali.¹²

L'OMS per la sua diagnostica si attiene all'International Classification of Functioning Disability and Health (ICF), il sistema per la classificazione del funzionamento disabilità e salute.

Questa scala pone sullo stesso piano tutte le malattie e le patologie, tra cui l'alcolismo, senza distinguerle in rapporto a ciò che le ha causate.

Rispetto a ciò, di rilevanza per la valutazione, sono il contesto abitativo, sociale, familiare e lavorativo del soggetto, giacché il sistema di classificazione vuole accertare il grado della qualità della vita della persona.

L'ICF, volendo fornire un linguaggio standardizzato e unificato per la descrizione della salute e dei relativi stati a essa legati, svolge un'indagine su quello che

¹² <http://www.csdim.unical.it>, *Classificazione della disabilità*

definisce "*dominio della salute e domini a essa correlati*" (l'insieme delle funzioni fisiologiche, delle strutture anatomiche, delle azioni, dei compiti o aree di vita, fra loro correlati).

L'indagine finalizzata a valutare lo stato di salute della persona prevede la descrizione dei domini sopra citati all'interno di due elementi: il funzionamento e la disabilità.

Del funzionamento e della disabilità si valutano:

- Le funzioni e strutture corporee
- Le attività e la partecipazione del paziente

Per rilevare la compromissione o meno della persona si va ad accertare:

Nelle funzioni corporee il grado di funzionamento delle:

- 1) Funzioni mentali
- 2) Funzioni sensoriali e del dolore
- 3) Funzioni della voce e dell'eloquio
- 4) Funzioni del sistema cardiovascolare, ematologico, immunologico e respiratorio
- 5) Funzioni del sistema digestivo, metabolico ed endocrino
- 6) Funzioni genitourinarie e riproduttive
- 7) Funzioni neuromuscoloscheletriche e collegate al movimento.
- 8) Funzioni cute e strutture associate

Nelle strutture corporee il grado di funzionamento delle:

- 1) Strutture del sistema nervoso
- 2) Occhio, orecchio e delle strutture collegate
- 3) Strutture collegate alla voce e all'eloquio
- 4) Strutture del sistema cardiovascolare, immunologico e respiratorio
- 5) Strutture collegate al sistema digestivo, metabolico ed endocrino
- 6) Strutture collegate al sistema genitourinario e riproduttivo
- 7) Strutture collegate al movimento
- 8) Cute e strutture collegate

Per quanto riguarda le attività e la partecipazione del paziente si attesta:

- 1) L'apprendimento e l'applicazione della conoscenza
- 2) Compiti e richieste di carattere generale
- 3) La comunicazione
- 4) La mobilità
- 5) La cura della propria persona
- 6) La vita domestica
- 7) Le interazioni e relazioni interpersonali
- 8) Le principali aree della vita
- 9) La vita di comunità, civica e sociale

Dall'ICF, proposta dall'OMS, si perverrà quindi a una valutazione della disabilità più che del fenomeno della dipendenza.¹³

Pertanto, per una diagnosi di alcol dipendenza si può far riferimento al DSM-IV-TR (Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali) che la presenta come *"un disturbo del comportamento in cui può sfociare una modalità patologica di consumo di bevande alcoliche che compromette le attività sociali e professionali del soggetto"*.¹⁴

Nel manuale è dedicato all'alcol un intero capitolo, Disturbi correlati all'alcol, in cui si fa una distinzione tra disturbi da uso di alcol (Abuso di alcol e Alcol Dipendenze) e i disturbi prodotti dall'alcol (Intossicazione Alcolica, Astinenza Alcolica con o senza Disturbi Percettivi, Delirium da Intossicazione e Astinenza, ecc).

Con il DSM s'individua come dipendenza *"una modalità d'uso della sostanza che conduce a menomazioni o a disagio clinicamente significativi, come manifestato da tre (o più) delle condizioni seguenti, che ricorrono in un qualunque momento dello stesso periodo di 12 mesi"*:

1. Tolleranza, come definita da ciascuno dei seguenti:

¹³ <http://www.csdim.unical.it>, *Classificazione della disabilità*

¹⁴ American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual Disorders*, fourth edition, Text revision, DSM- IV- TR, 2000 pag 175- 272

1. Il bisogno di dosi notevolmente più elevate della sostanza per raggiungere l'intossicazione o l'effetto desiderato
 2. Un effetto notevolmente diminuito con l'uso continuato della stessa quantità
2. Astinenza, come manifestata dai seguenti:
1. Lo sviluppo di una sindrome sostanza - specifica conseguente alla cessazione (o riduzione) dell'assunzione di una sostanza in precedenza assunta in modo pesante e prolungato
 2. La sindrome sostanza - specifica causa disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento sociale, lavorativo o di altre aree importanti
 3. La sostanza è spesso assunta in quantità maggiori o per periodi più prolungati rispetto a quanto previsto dal soggetto
 4. Desiderio persistente o tentativi infruttuosi di ridurre o controllare l'uso della sostanza
 5. Una grande quantità di tempo è spesa in attività necessarie a procurarsi la sostanza, ad assumerla, o a riprendersi dai suoi effetti
 6. Interruzione o riduzione d'importanti attività sociali, lavorative o ricreative a causa dell'uso della sostanza
 7. Uso continuato della sostanza nonostante la consapevolezza di avere un problema persistente o ricorrente, di natura fisica o psicologica, verosimilmente causato o esacerbato dalla sostanza (ad esempio il soggetto continua a usare alcol nonostante il riconoscimento di un peggioramento di un'ulcera causata dalla sua assunzione)

Bisogna tenere presente, però, che *"quando una persona è dipendente dall'alcol e manifesta sintomi di astinenza, la diagnosi non è difficile; tuttavia, molte persone passano periodi prolungati di graduale dipendenza da alcol (in media 18-20 anni) prima che i sintomi e i segnali siano evidenti."*¹⁵

A fronte di ciò, per identificare un alcolista ed eseguire uno screening valido ci si può anche avvalere di alcuni questionari. Tra i maggiormente diffusi si collocano il CAGE, l'AUDIT e il MAST. Tali questionari sono costruiti per volgere un'indagine sugli aspetti sociali e comportamentali dell'uso di alcolici.

¹⁵ <http://www.dronet.org/> I. Maremmani, C. Balestri, *Alcolismo: Clinica e Terapia*, Articolo Istituto Psichiatria Università Pisa

Altri strumenti cui ci si può affidare per la rilevazione di un'alcol dipendenza sono l'esame delle urine e del sangue. La presenza di anemia macrocitica, la trombocitopenia ed elevati livelli degli enzimi epatici può segnalare una possibile dipendenza.¹⁶

Una volta diagnosticato l'alcolismo è possibile fare un distinguo tra *alcolismo acuto*, caratterizzato dall'ebbrezza e provocato dall'effetto dell'alcol sul sistema nervoso centrale, e *alcolismo cronico*, determinato dall'alcol che, causando un danno cerebrale organico, provoca alterazioni sia della personalità sia psicotiche-labilità di umore, deficit dell'attenzione e della volontà, turbe dell'emotività, e così via.¹⁷

L'alcolismo può evolversi all'interno di quattro fasi:

- La fase pretossinomana in cui si registra un aumento della tolleranza
- La fase prodromica caratterizzata dalle amnesie da alcol
- La fase cruciale dove la persona è incapace di controllare il comportamento e adattarsi nel proprio contesto sociale
- La fase cronica - finale - delle complicanze mediche segnata da una riduzione della tolleranza alla sostanza alcolica¹⁸

L'assunzione di una sostanza psicoattiva come l'alcol può dare luogo oltre che alla dipendenza anche all'abuso alcolico utilizzato impropriamente come sinonimo di alcolismo. Con tale termine, secondo il DSM-IV-TR, s'intende, invece, quella condizione in cui non sono presenti i criteri sopra riportati della dipendenza, ma si presentano (entro un periodo di 12 mesi) una o più delle seguenti condizioni:

- 1) Uso frequente della sostanza che incide negativamente nelle attività lavorative, scolastiche o quotidiane

¹⁶ M. Cibin, M. Mazzi, L. Rampazzo, G. Serpelloni, *L'alcolologia nell'ambulatorio del medico di medicina generale*, Editing F. Lelli, Italia, 2001 pag da 103 a 112, 333

¹⁷ <http://www.dronet.org/> I. Maremmani, C. Balestri, *Alcolismo: Clinica e Terapia*, Articolo Istituto Psichiatria Università Pisa

¹⁸ <http://www.dronet.org/> I. Maremmani, C. Balestri, *Alcolismo: Clinica e Terapia*, Articolo Istituto Psichiatria Università Pisa

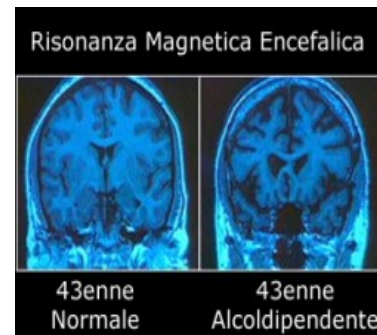
- 2) Uso frequente della sostanza in situazioni che sono fisicamente rischiose
- 3) Problemi frequenti legali correlati alla sostanza
- 4) Uso continuativo della sostanza nonostante siano frequenti problematiche sociali e interpersonali legati o esacerbati dalla sostanza¹⁹

1.2. Alcol dipendenti

Nella letteratura si trovano molteplici categorizzazioni nei confronti dell'alcol dipendente e del suo comportamento messo in correlazione alla loro dipendenza e condotta alcolica. Per me è interessante, perché ritengo vicina nel rispecchiare la molteplicità di personalità e comportamenti differenti attuali, la classificazione proposta dagli psichiatri Furlan e Picci nel 1990.²⁰

Gli autori hanno suddiviso in sette diversi tipi i bevitori analizzando, non solo le personalità e le condotte etiliche differenti, ma anche gli aspetti socioculturali e ambientali.

- **Il bevitore compulsivo:** chi beve quotidianamente e in maniera incontrollata fino a raggiungere l'ubriachezza. Presenta uno stato d'intossicazione alcolica avanzata. La sua personalità si caratterizza per essere conformista e l'alcol lo induce ad alternare momenti di aggressività ad altri di depressione e di colpevolizzazione.
- **Il bevitore autistico:** è una persona solitaria che tende spesso a isolarsi vivendo ai margini della società nel rispetto delle norme. In questa categoria vediamo collocati i barboni o clochard, il senza fissa dimora e l'artista solitario. Per questi soggetti la sostanza alcolica è un mezzo per affrontare le difficoltà della vita, un surrogato di tranquillità. Il coinvolgimento in programmi terapeutici e



¹⁹ V. Andreoli, G.B. Cassano, R. Rossi, American Psychiatric Association, *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali: text revision- 4*, ed. Italiana, Milano, 2002, pag 213, *disturbi correlati all'uso di sostanza e 235 disturbi correlati all'alcool*

²⁰ P. Gini, M.G. Giunta, M. G. Rossini, B. Longoni, *IL PROBLEMA ALCOL, Comprendere e aiutare chi beve troppo*, Ambrosiana, Milano, 2010 pag 25

socio-riabilitativi è difficile anche per la concezione di alcol come autoterapia.

- **Il bevitore regressivo:** chi solitamente ama essere coinvolto in situazioni conviviali e che non riesce a mantenere il proposito di sobrietà dall'alcol. Possiamo identificare con il bevitore regressivo tutti quei soggetti che pur mantenendo un controllo per il proprio bere, lo perdono in maniera conscia in determinate situazioni (feste, matrimoni, cene con amici, ecc). Tale bevitore manifesta sensibilità ma non è privo di difficoltà interpersonali. L'alcol lo induce a comportamenti aggressivi nei confronti dell'ambiente e le ricadute lo portano a provare un senso di vergogna.
- **Il bevitore gregario:** chi possiamo associare allo stereotipo di alcolista da bar. Sono tutte quelle persone che, pur bevendo grosse quantità di alcol in gruppo, riescono a mantenere un comportamento socialmente accettabile poiché difficilmente perdono totalmente il controllo. Il bere rappresenta una norma di coesione e identificazione con il gruppo. Questo bevitore trae gratificazione dal gruppo cui delega tensioni e sentimenti repressi.
- **Bevitore reattivo:** chi inizia a bere dopo un avvenimento doloroso. Nel bevitore reattivo s'inseriscono anche le casalinghe insoddisfatte che bevono per far fronte a una situazione di perenne frustrazione. L'alcol è considerato catarsi dal dolore e produce senso di sollievo.
- **Bevitore solipstico:** chi è solito bere da solo per fronteggiare momenti di tensione e insoddisfazioni interiori. Le abitudini alcoliche sono scrupolosamente celate giacché se ne vergogna e si crede di poter controllare la sua dipendenza. Questo tipo di bevitore può essere sottomissivo con impulsi di aggressività o può presentarsi ansioso e insicuro con altalenanti momenti depressivi.
- **Il bevitore pulsionale:** chi è consapevole dei rischi legati all'alcol e della propria dipendenza, ma ricerca coscientemente la sostanza per piacere o per ottenere un effetto sedativo. I soggetti che appartengono a questa categoria non riescono a tollerare il proprio vivere quotidiano senza l'aiuto della bevanda alcolica.²¹



Bevitore occasionale o alcolista?

Tenendo in considerazione che la grande maggioranza della popolazione, almeno una volta l'anno, fa uso di bevande alcoliche e che, comunque, ha maturato una propria opinione riguardo all'uso di alcol, molto spesso ignorando i rischi segnalati dall'OMS, mi sembra utile presentare ulteriori parametri che, tenendo in

²¹ P. Gini, M.G. Giunta, M. G. Rossini, B. Longoni, *IL PROBLEMA ALCOL, Comprendere e aiutare chi beve troppo*, Ambrosiana, Milano, 2010 pag 25 e 26

considerazione il cosiddetto bere moderato, operano una categorizzazione delle tipologie di consumatori di alcol.

È bene ricordare che i criteri volti a differenziare l'alcolista in senso stretto dal cosiddetto bevitore sociale, chi beve attenendosi ai livelli alcolemici consigliati, sono da ritenersi comunque non validi.

Non esiste, infatti, nessuna definizione del bere moderato scientificamente accettata e, secondariamente, già da molto tempo, si è allertato che anche quantità piccole di alcol possono creare danni e condurre a dipendenza. Sono pertanto da considerarsi bevitori tutte le persone che assumono alcolici anche in quantità moderate.²²

In primo luogo possiamo differenziare i bevitori secondo il genere e l'età.



Le bevitrice donne: il bere al femminile

In una società come la nostra dove conta solo chi è arrivato e chi è vincente, il bere diviene motivo di consolazione per molte donne. Esse ricorrono all'alcol quando la vita e gli affetti lasciano in loro cicatrici profonde o abbiano bisogno di un aiuto per rilassarsi.

Le cause sono molteplici e possono essere ricercate in un rifiuto per il ruolo matrimoniale, nell'incapacità di sopportare eventi traumatici, divorzi, lutti, vedovanza ecc., e talvolta, come dimostrato in una ricerca in Germania nel 1999, nell'eccessiva routinizzazione delle giornate.²³

Il bere al femminile è diffuso soprattutto tra le ultraquarantenni che non tra le più giovani. Tale fascia di età è più a rischio proprio perché è l'età in cui maggiormente la donna è più incline a perdere il senso di sé, conflitto tra il suo essere moglie e lavoratrice o critiche per la propria scelta di ruolo non tradizionale, e le proprie speranze e aspirazioni.²⁴

²² Vladimir Hudolin, *Manuale di Alcolologia*, Erickson, Trento, 1991 pag 50, 51, 52

²³ <http://www.eurispes.eu>, Micaela Carminati, *Indagine Eurispes Fuori dall'alcol*, Roma, 2000

²⁴ P. Gini, M.G. Giunta, M. G. Rossini, B. Longoni, *IL PROBLEMA ALCOL, Comprendere e aiutare chi beve troppo*, Ambrosiana, Milano, 2010 pag 26 e 27

L'indagine condotta nel 2000 dall'Eurispes sviluppa meglio quanto sopra detto evidenziando quel particolare meccanismo psichico che compiuti i quaranta porta donne a sentirsi "finite" e inutili per un corpo cambiato, non più in grado di sedurre, per una diminuzione del carico di lavoro in famiglia dettato dalla crescita dei figli, per una maggiore tendenza alla colpevolizzazione di sé e in fine conseguentemente a tutto ciò per una perdita del concetto di futuro.²⁵ La donna alcolista si distingue per essere nevrotica, in conflitto, con bassa autostima e una tendenza all'autodistruzione.

L'etilismo femminile è di difficile rilevazione poiché la donna produce un alcolismo reattivo caratterizzato da una bevuta nascosta e solitaria. Accade perché l'alcolista femmina si confina a bere nel proprio privato per non essere criticata dalla società che riprova la dipendenza alcolemica nel gentil sesso.



I bevitori uomini: il bere al maschile

Nel passato l'alcolismo ha sempre coinvolto in maniera quasi esclusiva l'uomo adulto, anche se recentemente si è assistita a un'evoluzione. Infatti, se l'uomo comunque continua a essere il maggiore consumatore di alcol, otto su dieci consumano alcol, anche tra le donne si sta sempre più diffondendo, cinque su dieci.

Il bere maschile si caratterizza per essere indotto, oltre ai generici motivi che spingono all'uso di alcolici, quali insoddisfazioni, disagio, crisi esistenziale, marginalità, e altro, da problemi di natura sociale come ad esempio la disoccupazione, il compagnerismo, ecc. che si evidenziano nei grossi divari percentuali, rispetto alle donne, della quotidianità e della norma al di fuori del pasto nel bere.²⁶



I bevitori anziani: il bere nell'età senile

Sempre l'Istat segnala che, attualmente, in Italia, a mettere in atto i comportamenti più a rischio (per comportamenti a rischio s'intendono e/o un consumo giornaliero non moderato e/o il consumo, in unica occasione, di sei o più bicchieri di bevande

²⁵ <http://www.eurispes.eu>, Micaela Carminati, *Indagine Eurispes Fuori dall'alcol*, Roma, 2000

²⁶ <http://www.neamente.it/M>. Spaguolo, *L'alcool e l'alcoolismo*,

alcoliche e/o il consumo di bevande alcoliche in un'età inferiore ai 15 anni) sono gli anziani. L'alcolismo dunque è diffuso anche tra gli anziani.

C'è da considerare, tuttavia, che gran parte di alcolisti anziani lo sia già da lungo tempo. Sono in molti ad aver cominciato da giovani in casa di amici o al bar con colleghi o ancora in solitudine per risollevarsi da tristi momenti o per rilassarsi.

La causa dell'inizio del bere, quando l'età è ormai avanzata, è da ricercare in fattori di stress psicosociale e in situazione di generico disagio esistenziale. S'intuisce che l'origine della dipendenza è più psicologica che fisica.

Sono l'emarginazione e l'isolamento che vivono nella loro triste quotidianità a spingerli all'alcol, dovuti, spesso alla perdita di un coniuge, alla mancanza di salute, alla privazione del loro ruolo sociale-lavorativo accompagnato spesso dall'abbandono dei familiari.

È da evidenziare, comunque, che per gli anziani si parla in particolare di "*alcolismo nascosto*" perché il consumo dannoso di alcol tende a confondersi molto spesso con i sintomi dell'invecchiamento e le circostanze per rilevarlo sono minori (l'anziano guida proporzionalmente di meno e raramente è soggetto a problemi di natura legale che lo legano alla bevanda alcolica).²⁷



I bevitori giovani: il bere giovanile

Il progetto europeo di Indagini condotte nelle scuole (ESPAD) nel 2006 aveva già fatto notare come l'alcol, escludendo tabacco e caffeina, fosse la sostanza psicoattiva più utilizzata dai giovani dell'UE.

I dati attuali confermano ciò. In Italia sono sempre di più i giovani che bevono, soprattutto fuori dai pasti e che, insieme agli anziani, adottano maggiormente comportamenti a rischio.

²⁷ <http://www.eurispes.eu>, Micaela Carminati, *Indagine Eurispes Fuori dall'alcol*, Roma, 2000

L'Istat segnala come tra gli 11-15enni sono l'11,9%, senza grandi distinzioni di genere, quelli che hanno consumato, almeno una volta alcol, quindi una buona percentuale di "*alcolisti immaturi*", in particolare maschi. Tale dato è preoccupante perché getta le basi per un probabile uso non moderato di alcol nel corso della loro vita.

Inoltre i giovani tra i 18 - 24anni sono da considerarsi la popolazione più a rischio di binge drinking cui sono inclini le femmine per il 7,9% e i maschi per il 21,8%. Detto fenomeno è rilevato soprattutto tra i giovani delle discoteche, 31,9% contro il 7,8% dei loro coetanei non frequentanti, e che trova un triste riscontro, in quelle, che i quotidiani chiamano "*stragi del sabato sera*".²⁸

La motivazione principale per i giovani per iniziare a bere sta nella mentalità che, per migliorare il rapporto con gli altri, è necessaria una bottiglia di alcol ed evidenzia una difficoltà di comunicazione da leggere sotto due diverse prospettive:

- 1) problema d'interazione con l'altro, in particolare con l'altro sesso. Senza "*il coraggio liquido*", i giovani non trovano più le parole per conquistare né per parlare o per aprirsi e trovare nuovi stimoli (molto spesso si beve per noia) abituati come sono a comunicare solo attraverso il computer e il telefonino.
- 2) fase adolescenziale che attraversano. L'età giovanile è un momento di passaggio tra l'infanzia e il mondo degli adulti.

I giovani si sentono insicuri, nutrono diverse paure e richiedono approvazione e attenzione da parte del gruppo per cui sono portati a emulare comportamenti inadeguati come l'uso di alcol. In questa fascia di età il bere rappresenta sia un buon modo per placare le insicurezze e fuggire dai problemi sia un atto da "*adulti*".²⁹



I bevitori per quantità

²⁸ <http://www.eurispes.eu>, Micaela Carminati, *Indagine Eurispes Fuori dall'alcol*, Roma, 2000

²⁹ P. Gini, M.G. Giunta, M. G. Rossini, B. Longoni, *IL PROBLEMA ALCOL, Comprendere e aiutare chi beve troppo*, Ambrosiana, Milano, 2010 pag 28

Si può fare una distinzione in base alla dose di alcol assunta e possiamo così individuare:

- **L'astemio:** chi per motivi religiosi, culturali, proprie convinzioni ideologiche, non beve mai (neanche in modica quantità o per qualche circostanza) alcol
- **Bevitore adeguato o bevitore sociale:** chi fa uso in dosi limitate di bevande alcoliche (persone che bevono alcolici durante i pasti e nelle dosi consigliate). Questo tipo di bevitore non mostra segni di disturbi fisici e neppure alterazioni comportamentali o del carattere prodotti dall'assunzione di alcol.
- **Bevitore eccessivo:** chi consuma alcol, durante o in misura maggiore fuori pasto, in dosi superiori a quelle consigliate. Il bevitore eccessivo può essere portatore di patologie alcol-correlate e subire modificazioni del comportamento. Tale categoria è da considerare fortemente a rischio per la dipendenza dall'alcol e/o per il verificarsi di situazioni di abuso alcolico.
- **Abusatore:** chi beve alcolici in maniera ricorrente o continuata secondo modi e quantità smodate. La persona non sempre ha patologie alcol-correlate, tuttavia, può presentare problemi familiari, sociali e lavorativi legati alle sue incapacità di gestione dei propri compiti. Queste persone pur con grande difficoltà sono ancora in grado di controllare o di fare a meno dell'alcol per cui non possiamo ancora parlare di vera e propria dipendenza. In questa categoria si distingue un particolare modo di abuso alcolico il *binge drinking*, simile al binge eating con il cibo: "*scorpacciata di alcol*" che la persona fa in un'unica sera. Il fenomeno è caratteristico nei giovani che trascorrono la serata con l'assunzione di un grande quantitativo di alcol con l'obiettivo di "*sballarsi*" magari con l'associazione di droghe per la maggioranza sintetiche.
- **Alcolista:** Chi ha perso il controllo sull'alcol e non riesce a rientrare in abitudini alcoliche da considerarsi adeguate. L'alcolista manifesta un desiderio irrefrenabile di bere, craving, che lo porta a investire la gran parte del tempo a programmare come, dove e quando bere calcolando anche il tempo per eliminare gli effetti dell'alcol. Nei primi tempi tale atteggiamento è trascurato, passando anche inosservato, poi, diviene la principale causa, l'incapacità dell'alcolista di far fronte alle proprie responsabilità familiari, personali e sociali. L'assunzione dell'alcol diviene sempre più frequente, in quantità sempre più superiori, per raggiungere la tolleranza, e incontrollate dall'alcolista. Ci possono essere tentativi di sospensione o riduzione dell'alcol ma questi sono o vani o efficaci ma per periodi limitati. Se l'alcol dipendente riduce o sospende l'uso di alcol andrà incontro a dipendenza fisica con il presentarsi di sintomi astinenziali e/o dipendenza psicologica con la forma di grande malessere.

- **Alcolista astinente:** chi interrompe l'uso di alcol a seguito di un trattamento dell'alcoldipendenza. Gli alcolisti astinenti non possono più assumere alcun genere di alcolici e quindi tornare a essere bevitori moderati avendo perso in maniera definitiva il controllo sulla sostanza.³⁰

1.3. Fattori e dinamiche che conducono all'alcolismo

Avendo appurato che il bevitore è chiunque fa uso, anche episodico di alcol, viene da chiedersi quali siano i fattori che portano la persona a sviluppare un'alcoldipendenza divenendo, pertanto, schiava delle proprie bevande.

Sono molti quelli che hanno tentato di comprendere le ragioni che portano una persona a sviluppare un'asservimento totale nei confronti dell'alcol o meglio a un *addictus* ossia "a una condizione esistenziale in cui la persona è spinta compulsivamente alla ricerca dell'oggetto che diviene il principio organizzatore della propria vita".³¹

Nel 1971 lo psichiatra Winokur³² esprimeva la propria convinzione che alla base dell'alcolismo vi fosse un'importante malattia psichiatrica (disordine della personalità, depressione, ecc).³³ Sulla base di tale precedente altri studiosi, utilizzando un modello di causa - effetto, hanno tentato di comprendere le ragioni che spingono la persona ad un uso smodato delle bevande alcoliche. Tuttavia questi sforzi non hanno portato a un modello eziologico condiviso.

Il quadro che si presenta a riguardo è molto confuso: c'è chi indica come fattore scatenante fattori genetici e ambientali, chi la famiglia, chi la società e chi l'individuo investito da una degenerazione psichica, organica o morale.

Ciò che possiamo affermare è che l'alcoldipendenza può derivare da un'eziologia multifattoriale e che l'interrelazione tra i diversi fattori di tipo sociale, culturale,

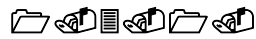
³⁰ P. Gini, M.G. Giunta, M. G. Rossini, B. Longoni, *IL PROBLEMA ALCOL, Comprendere e aiutare chi beve troppo*, Ambrosiana, Milano, 2010 pag 23e 24

³¹ R. M. Pavarin, V. Albertazzi, *Uso e abuso di sostanze*, Carrocci Faber, Roma, 2006 pag 117

³² G. Winokur (1925-1996) psichiatra e professore universitario all'Università di Washington

³³ J. D. Levin, *ALCOLISMO- Approccio bio-psico-sociale*, A. S. Macor, Udine, 1990, pag 79 e 80

ambientale, biologico, fisico e psicologico rappresenta un ottimo facilitatore per lo sviluppo della dipendenza.



Fattori sociali-culturali-ambientali

L'ambiente relazionato allo stile di vita degli individui e alla cultura che caratterizza una determinata società influiscono sull'atteggiamento che si assume nei confronti del bere.



Dal punto di vista culturale si distinguono due posizioni nei confronti del bere che sono rispettivamente la posizione detta

"dry", "asciutta" e quella detta "wet" "bagnata".³⁴

A queste due posizioni si riconducono quattro diversi modelli legati alla cultura del bere:

- **Il modello culturale dell'astinenza:** caratteristico dei paesi musulmani; il bere viene utilizzato a titolo di ribellione in quanto la società lo proibisce in maniera assoluta.
- **Il modello culturale ambivalente:** tipico degli Stati Uniti; il bere rappresenta un elemento squalificante di cui provare vergogna. La società, infatti, trasmette messaggi di disapprovazione riguardo l'uso di alcol.
- **Il modello culturale permissivo:** proprio della Spagna e dell'Italia; la bevanda alcolica viene accettata dalla società se pur con limitazioni nei tempi e nelle quantità di assunzione dell'alcol. L'alcolismo diventa variabile in funzione dei divieti. Le zone maggiormente rigide nei confronti dell'alcol registrano meno casi di dipendenza alcolica.
- **Il modello della cultura ultrapermissiva:** collocabile in paesi come Francia o Finlandia; verso l'alcol si ha un atteggiamento permissivo. L'ubriacatura è tollerata se non minaccia la sicurezza sociale. Conseguenza è il verificarsi di un'incidenza maggiore di casi di alcolismo e problemi alcol-correlati.³⁵

Nonostante la presenza di differenti modelli culturali è necessario riconoscere che "una cultura che accetta l'uso e l'abuso di bevande alcoliche", qualunque sia la motivazione sociale, sociologica, economica o religiosa correlata, "costituisce

³⁴ <http://www.cedostar.it/>, F. Morabito, *Alcolismo: aspetti psicologici*

³⁵ www.neamente.it/M. Spaguolo, *L'alcool e l'alcoolismo*

*insieme ad altri fattori terreno favorevole per lo sviluppo dell'alcoldipendenza", dimostrandosi non consapevole della minaccia sociale dell'alcol.*³⁶

La facile reperibilità a un costo ragionevole, rispetto ad altre sostanze che creano dipendenza, unita a una cultura che consideri non propriamente negativo l'alcol ed ad una società frenetica in cui sono richieste e aspettative lavorative con standard elevati, fa sì che l'individuo, stressato, possa rifugiarsi nell'alcol fino a diventarne schiavo.

Sotto quest'ultimo aspetto, P.Gini, M. R. Rossin, M. G. Giunta, B. Longoni rilevano, infatti, che l'abuso alcolico è correlabile ad attività lavorative contraddistinte da:

- Responsabilità importanti e/o non condivisibili
- Scarsa valorizzazione o gratificazione
- Pericolosità
- Isolamento
- Sforzo fisico importante e /o aperto³⁷

Altro fattore di rischio è rappresentato dalle trasformazioni del sistema familiare che modificandosi ha prodotto un mutamento sia nello svolgersi della vita domestica sia nell'assetto familiare.

La vita domestica si svolge all'interno di un luogo che, seppur chiamato casa, è spersonalizzato e conforme ai parametri di tecnologia che la società sottilmente impone.

Se un tempo i momenti dei pasti, colazione, pranzo e cena, erano occasione di confronto e di crescita per i membri, oggi sono quasi assenti in quanto, ogni persona della famiglia tende a condurre una vita seguendo una propria routine che segue propri orari e necessità. Non si deve dimenticare che, poi, se si presenta l'occasione

³⁶ P. Gini, M.G. Giunta, M. G. Rossini, B. Longoni, *IL PROBLEMA ALCOL, Comprendere e aiutare chi beve troppo*, Ambrosiana, Milano, 2010 pag 67e 68

³⁷ Ivi, *Ibidem*

della condivisione dei pasti, l'unità familiare si traduce nel consumare il pasto davanti al televisore che assolve le funzioni di nuovo capofamiglia.³⁸

Anche i ruoli genitoriali si sono fortemente trasformati. Basta considerare che, ad esempio, la figura materna non rappresenta più il punto fermo della famiglia poiché il lavoro e le attività extradomestiche hanno implicato una sua minore presenza nelle questioni familiari.

Il dissolversi, inoltre, dei valori religiosi, prima presenti e fondanti la società, ha facilitato un indebolimento dell'unità familiare con il conseguente aumento di separazioni e divorzi (88.797 separazioni e 53.806 divorzi in Italia nel 2011³⁹) e la formazione di nuove realtà, quali unioni, convivenze, famiglie allargate, con il conseguente ingresso di "*nuove figure famigliari*".⁴⁰

Oggi abbiamo fratelli - sorelle acquisiti, compagni di madre - padre, fratellastri - sorellastre e così via.

Questa nuova struttura familiare ha fatto sì che i figli si trovino spesso "*lasciati senza guida, allo sbando, contenuti in un sistema assolutamente incapace di creare quelle condizioni minime e necessarie per poter parlare di quel qualcosa che in passato si chiamava futuro*"⁴¹. Questo scenario crea incertezza, paura per il futuro e altre possibili insicurezze quali, abbandono, solitudine, instabilità educativa, spingendo il giovane a utilizzare l'alcol come surrogato di stabilità.



Fattori fisici

Con fattori fisici s'intende tutte le cause di natura genetica, metabolica e neurologica che creano una predisposizione della persona all'alcoldipendenza.

³⁸ Ivi, Ibidem.

³⁹ <http://www.istat.it/>, *Separazioni e divorzi in Italia*, pubblicato il 27 maggio 2013

⁴⁰ P. Gini, M.G. Giunta, M. G. Rossini, B. Longoni, *IL PROBLEMA ALCOL, Comprendere e aiutare chi beve troppo*, Ambrosiana, Milano, 2010

⁴¹ M. Pizzi, *Dispensa di Sociologia della Famiglia*, Università degli studi di Trieste, a.a. 2011-2012, pag 45

Dal punto di vista biologico ciò che determina la dipendenza è il meccanismo biochimico e metabolico di cui l'alcol è artefice.

Nelle aree cerebrali è presente un neurotrasmettitore, la dopamina, responsabile del controllo degli stati emotivi. La dopamina si lega in maniera selettiva ad alcune molecole specifiche definite recettori, producendo sensazione di piacere. L'etanolo è responsabile dell'aumento del livello di dopamina e contribuisce a predisporre l'attivazione di un meccanismo che stimola il cervello ad aumentare e ripetere l'assunzione di alcol.

Tale sistema di gratificazione mediato dalla dopamina si definisce dopaminergico ed è comune a qualunque altra sostanza d'abuso.⁴²

E' a causa di questo meccanismo che l'alcolodipendente è portato a ricercare sempre di più la sostanza, (carving) e a ripeterne l'assunzione nel tempo, anche dopo periodi di astinenza (ricaduta).⁴³

Anche i fattori genetici e ambientali sono ritenuti essere fattore di rischio per incorrere nella sindrome di dipendenza alcolica.

Come riportano P.Gini, M. G. Rossini, B. Longoni, molteplici studi hanno segnalato che esistono geni con la funzione di controllare il metabolismo dell'alcol che sono trasmissibili-ereditabili. Questi sarebbero in grado sia di aggravare l'effetto dell'alcol a danno dell'organismo sia di predisporre una persona all'alcolismo.



Il fattore dell'ereditarietà è riconducibile alla presenza di un gene marcatore (A1) presente in uno o entrambi i genitori dell'alcolista e che è maggiormente ereditabile dal figlio di sesso maschile⁴⁴.

⁴² M. Cibin, M. Mazzi, L. Rampazzo, G. Serpelloni, *L'alcolologia nell'ambulatorio del medico di medicina generale*, Editing F. Lelli, Italia, 2001 da pag 63 a pag 66

⁴³ P. Gini, M.G. Giunta, M. G. Rossini, B. Longoni, *IL PROBLEMA ALCOL, Comprendere e aiutare chi beve troppo*, Ambrosiana, Milano, 2010 pag 69

⁴⁴ M. Ceccanti, *Alcol e dintorni*, Momento medico, Salerno, giugno 1989

Non manca chi, ad esempio, come il Maremmani, e il Balestri, ricorda che, nonostante i fattori genetici incidano altamente, molti pazienti ricoverati per la sindrome di dipendenza alcolica non presentano nell'anamnesi familiare storie di alcolismo⁴⁵.

Ai fattori genetici prima esaminati è stata posta attenzione anche al momento dell'iniziazione; in particolare, un'iniziazione all'alcol in tenera età, provocherebbe un'azione sull'espressione dei geni che eleverebbe il rischio di dipendenza.



Fattori psicologici

A un insieme di fattori personali e psichici è stato conferito "*il potere magico*" di vulnerabilità della persona nei confronti dell'alcol.

Sebbene studi proiettivi e retrospettivi non abbiano, né "*disegnato*" l'identikit del tossicomane, né individuato degli specifici tratti di personalità presenti prima della dipendenza, è possibile imputare a una serie fattori la causa della stessa.

Tra quelli scatenanti di natura psichica troviamo collocati la depressione, la tristezza, la nevrosi isterica, fobica, ossessiva, l'ansia, gli attacchi di panico, i disturbi di personalità, quelli antisociali ecc. A questi vanno poi aggiunti quelli di natura personale, come bisogno di allentare tensioni, necessità di sfogare frustrazioni, volersi liberare da continue critiche o allontanarsi da situazioni in cui ci sente sfruttati e che rendono l'individuo più sensibile all'uso di alcolici.^{46 47}

Si può, inoltre, attribuire la dipendenza all'alcol alla mancanza di figure genitoriali.

"La debolezza dell'io, la depressione, la carenza di autostima e le molte peculiarità che vengono citate come tipiche della personalità alcolica, sembrano riconducibili a "danni relazionali precoci" più che a specifiche sofferenze nella fase evolutiva:

⁴⁵ <http://www.dronet.org/> I. Maremmani, C. Balestri, *Alcolismo: Clinica e Terapia*, Articolo Istituto Psichiatria Università Pisa

⁴⁶ <http://www.cedostar.it/> F. Morabito, *Alcolismo aspetti psicologici*

⁴⁷ <http://www.neamente.it/> M. Spaguolo, *L'alcool e l'alcoolismo*

*l'iniziale disarmonica relazione con la figura materna, una figura paterna assente o poco influente, la convinzione di non essere voluto e accettato producono la ricerca di consensi all'esterno della famiglia, una bassa autostima, momenti di depressione e crisi d'ansia.*¹⁴⁸

1.4. Ricaduta sociale dell'alcolismo

Il CUFRAD, centro specializzato per la cura dell'alcolismo e delle patologie correlate, considera l'alcolismo, una "*piaga sociale*", tanto sono rilevanti i problemi che da esso discendono.⁴⁹ Difatti, il rischio ai danni della salute psicofisica, in Italia registra un andamento preoccupante.

I danni prodotti dall'alcol si traducono anche in costi altissimi. Non sono solo i costi diretti di assistenza sanitaria e sociosanitaria che sono i primi e i più diretti, ma anche quelli che si ripercuotono in maniera quasi diretta sulla stessa società. Questa è costretta a fare i conti con importanti oneri economici e sociali traducibili in anni di vita e di lavoro persi, danni nelle famiglie e nell'individuo, violenza e disadattamento sociale.⁵⁰

La società è pertanto danneggiata in tutti i suoi ambiti: familiare, lavorativo e comunitario.



Conseguenze nell'ambiente familiare

Quando in famiglia c'è un alcolista, si entra in un circolo vizioso all'interno del quale la comunicazione è sempre più difficile o s'interrompe completamente. Questo accade perché la famiglia sfiduciata è portata a non accettare l'atteggiamento del dipendente e, quindi, reagisce con rabbia o con sentimenti di vergogna e rassegnazione.

⁴⁸ P. Gini, M.G. Giunta, M. G. Rossini, B. Longoni, *IL PROBLEMA ALCOL, Comprendere e aiutare chi beve troppo*, Ambrosiana, Milano, 2010 pag 71

⁴⁹ <http://www.cufrad.it/news> Elio Blancato, *Alcolismo piaga sociale troppo spesso nascosta e sottovalutata*, 2012

⁵⁰ <http://www.eurispes.eu>, Micaela Carminati, *Indagine Eurispes Fuori dall'alcol*, Roma, 2000

Il bere diventa "*il centro della ruota*" che gira dato che tutto è in funzione alle bevute.

In termini comunicativi è l'unico argomento di conversazione, meglio, di discussione. All'interno della coppia avvengono continui conflitti che possono sfociare in litigi violenti. I partner convinti che sia l'altro a dover cambiare si chiudono in un perenne conflitto con se stessi. Se ci sono figli, questi possono diventare "*alleati*" del genitore che non beve e severi controllori di quello che beve. In ogni caso non riescono a vivere serenamente la loro età obbligati a crescere anticipatamente a seguito di responsabilità e ruoli che non gli spettano.⁵¹

A livello relazionale, invece, l'alcol dipendenza, a causa dei deficit comunicativi, fa insorgere meccanismi che pregiudicano la creazione di relazioni autentiche e che spingono la famiglia a isolarsi, respingendo inviti di amici e della società (feste, cene, riunioni a scuola, in condominio ecc.).

Ogni raffronto con l'esterno è pertanto motivo di frustrazione perché scatenante umiliazione e imbarazzo.⁵²

L'alcol spezza quindi l'equilibrio della famiglia. Ogni membro si trova obbligato a ritrovare se stesso, ad acquisire un nuovo ruolo e a sperimentare emozioni diverse. Queste ultime sono spesso spaventose perché nate da sfratti, perdita o peggioramento della casa e da situazioni di violenza domestica.



Conseguenze nell'ambiente lavorativo

Rilevanti sono anche i danni arrecati dall'alcol nell'ambiente lavorativo. Qui, l'alcol provoca molto spesso incidenti, morti, problemi finanziari e incide negativamente sulla produttività generale.

Un lavoratore che fa uso di alcol è difatti predisposto a veder compromesse le proprie capacità lavorative, a essere frequentemente assente e, oltretutto, sotto

⁵¹ P. Gini, M.G. Giunta, M. G. Rossini, B. Longoni, *IL PROBLEMA ALCOL, Comprendere e aiutare chi beve troppo*, Ambrosiana, Milano, 2010, pag 92, 93 e 94

⁵² P. Gini, M.G. Giunta, M. G. Rossini, B. Longoni, *IL PROBLEMA ALCOL, Comprendere e aiutare chi beve troppo*, Ambrosiana, Milano, 2010, pag 51 e 52

l'effetto della sostanza, minacciare o scontrarsi con l'operato dei colleghi. Ciò avviene perché il suo atteggiamento, spesso violento o di delega, crea un clima negativo. In ogni caso l'alcolismo e l'abuso alcolico facilitano la perdita del lavoro.

Sotto quest'aspetto non c'è differenza tra imprenditore o lavoratore subordinato: uno quando smette, per esempio, di curare gli affari o fa investimenti sbagliati, dettati da una compromissione delle capacità professionali a seguito dell'alcol, rischia il fallimento, l'altro, per il proprio bere, cade in assenze, negligenze gravi, inadempimenti lavorativi, ritardi, frequenti infortuni, che portano alla fine di tutto al licenziamento.

L'instabilità economica derivante a un alcolista, incapace sia di gestire il denaro sia di mantenere il proprio lavoro, è fonte di povertà. La società si trova quindi sia, a dover rispondere a famiglie e singole persone che non riescono a soddisfare bisogni di prima necessità, sia a far i conti con sottoccupazione e disoccupazione.⁵³

A riguardo, l'OMS stima che i costi diretti e legati alla perdita di produttività per l'alcol che la società deve pagare, si possono aggirare tra il 2% e il 5% del Prodotto Interno Lordo (PIL).⁵⁴

Sotto l'aspetto normativo in materia di lavoro non c'è una legge specifica che tuteli il lavoratore alcolista, piuttosto interventi sparsi in cui possono rientrare le problematiche alcolistiche.

I riferimenti principali sono:

- DPR 309/1990 "*Testo Unico delle leggi in materia degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza*" (TU 21-2-2006 n.49) volta a inquadrare e affrontare il problema delle sostanze psicoattive
- Legge quadro in materia di alcol e di problemi alcol correlati, n.125-2001 che definisce le competenze sulla materia da parte di Ministeri e delle Regioni

⁵³ P. Gini, M.G. Giunta, M. G. Rossini, B. Longoni, *IL PROBLEMA ALCOL, Comprendere e aiutare chi beve troppo*, Ambrosiana, Milano, 2010, pag 53 e 54

⁵⁴ <http://www.epicentro.iss.it/>

- Provvedimento 16-3-2006 Conferenza Stato-Regioni che evidenzia quali siano le categorie lavorative a rischio.⁵⁵



Conseguenze nell'ambiente comunitario

Per quanto riguarda l'ambiente comunitario, sono in molti a segnalare la correlazione tra abuso l'alcol e il comportamento criminale e antisociale.

A riguardo, Antonio Antonuccio⁵⁶, segnala che, se si confronta la frequenza di alcolizzati con i campioni di delinquenti comuni, fra questi ultimi, il numero di chi abusa di alcol è da quattro a otto volte superiore alla popolazione generale.

Ragione per cui, se il rischio che alcolisti commettano reati è più elevato che nei sobri, è plausibile ritenere che l'alcolismo sia un facilitatore di condotte delittuose. L'alcol è difatti indicato come il produttore di "*violenza psico - farmacologica*" che rende maggiormente esposta la comunità ad abusi, violenze, stupri, furti e aggressioni.⁵⁷

Nel Manuale di criminologia clinica dello Starano, 2003, viene riportato che, negli USA, l'86% dei casi di omicidio, il 37% delle aggressioni e il 60% delle violenze sessuali sono riconducibili a soggetti sotto l'effetto di alcol. A spiegare tali percentuali è lo stato di ebbrezza che può comparire sia nel bevitore occasionale sia nel cronico.⁵⁸

Segue da qui la condotta antisociale che va dall'ingiuria, aggressione verbale ai più gravi reati sessuali, specialmente gli stupri incestuosi favoriti dall'ambiente chiuso e nascosto qual è il proprio domicilio, percosse contro le persone, lesioni, omicidi ecc.

⁵⁵ P. Gini, M.G. Giunta, M. G. Rossini, B. Longoni, *IL PROBLEMA ALCOL, Comprendere e aiutare chi beve troppo*, Ambrosiana, Milano, 2010, pag 56

⁵⁶ <http://www.osservatoriosullalegalita.org/>, Antonio Antonuccio, *Devianza e piaga sociale ancora sottovalutata, 2012*

⁵⁷ <http://www.osservatoriosullalegalita.org/>, Antonio Antonuccio, *Devianza e piaga sociale ancora sottovalutata, 2012*

⁵⁸ M.Starano, *Manuale di criminologia clinica*, SEE Editrice, Firenze, 2003, pag 76

L'ebbrezza porta la persona a togliersi le inibizioni e a mollare i freni morali che, normalmente, consentono di tenere sotto controllo le pulsioni antisociali.⁵⁹

Il comportamento di un alcolizzato, inoltre, ha una ricaduta sia a livello legale (denunce e sanzioni come per chi ad esempio guida in stato di ebbrezza o abbandona il proprio figlio) sia a livello di costi umani.

Proprio in Italia l'alcolemia ha un'incidenza media pari al (30-40%) degli incidenti stradali diventando così la principale causa di morte su strada. Tuttavia bere alcolici prima di guidare non è considerato un comportamento pericoloso. La scienza, però, già dimostra che mettersi al volante dopo un bicchiere di vino altera i riflessi rendendoli meno efficienti. Il rischio di avere un incidente stradale è doppio anche qualora si rientri nei limiti alcolemici consentiti dalla legge (0,5 g/l).⁶⁰

L'alcol riduce la visibilità, la capacità di adattamento della retina nell'oscurità e può provocare sonnolenza. Da qui si dimostra che il problema degli incidenti dovuti all'alcol, contrariamente al senso comune, interessa tutti i bevitori e non solo l'alcolista. Sotto questo aspetto proprio chi beve solo occasionalmente è maggior esposto perché ha una minor tolleranza all'etanolo.

Proprio a seguito dell'incidenza delle stragi su strada, per automobilisti o pedoni ubriachi, l'OMS ha inserito tra i suoi obiettivi il controllo dei problemi alcol correlati. Obiettivo ultimo dell'OMS è, infatti, quello di rovesciare la tendenza in crescita di morti su strada, ponendosi l'obiettivo ambizioso, per l'anno 2020, della riduzione di mortalità e disabilità di almeno del 50%.⁶¹

Se si pensa, oltre a costi in termini di sofferenza, vite, e così via, la sanità si trova sempre più a dover sostenere spese elevatissime a seguito di patologie determinate dall'alcol come tumori, cardiomiopatie, disturbi psichiatrici, il 25% di alcolisti ne

⁵⁹ <http://www.osservatoriosullalegalita.org/> Antonio Antonuccio, *Devianza e piaga sociale ancora sottovalutata*, 2012

⁶⁰ P. Gini, M.G. Giunta, M. G. Rossini, B. Longoni, *IL PROBLEMA ALCOL, Comprendere e aiutare chi beve troppo*, Ambrosiana, Milano, 2010, pag 60 e 61

⁶¹ Ivi, *Ibidem*

soffre, e tante altre (si riporta di seguito una tabella che evidenzia la correlazione esistente tra alcune patologie e l'alcol).

Causa di morte	Grado di confidenza sulla relazione causale alcolica
Tubercolosi dell'apparato respiratorio	incerto, ma probabile
Tumore del labbro/cavità orale/faringe	certo
Tumore dell'esofago	certo
Tumore del fegato	certo
Tumore della laringe	certo
Tumore della mammella femminile	incerto
Tumore del colon	incerto
Tumore del retto	incerto, ma probabile
Tumore dello stomaco	No
Polmonite e influenza	incerto, ma poco probabile
Ipertensione essenziale	certo (ad alti consumi)
Malattie cerebrovascolari	quasi certo (ad alti consumi)
Coronaropatie	certo (ad alti consumi), ma anche protettivo a moderati consumi
Diabete mellito	incerto
Cirrosi epatica e malattie croniche del fegato	certo
Pancreatite acuta	incerto
Pancreatite cronica	incerto, ma probabile
Incidenti stradali	certo
Altri incidenti con veicoli	certo
Altri tipi di incidenti	certo
Suicidi	incerto ma probabile
Omicidi	incerto ma probabile
Psicosi alcolica, sindrome di dipendenza dall'alcol, cardiomiopatia alcolica, avvelenamento da alcol, gastrite alcolica, epatite alcolica acuta	ovviamente certo

Fonte: Quartini A., Cipriani F. Consumi di alcol e patologia alcol-correlata in D. Angioli, P. E. Dimauro Manuale di alcoologia Ed. Le Balze, Montepulciano SI, 2000

Per capire come si riflettono i costi socio-sanitari a livello locale, si riportano, come esempio, quelli sostenuti dal Dipartimento delle Dipendenze dell'ASS N. 4 Medio Friuli nell'anno 2008.

		37.547,0	
Spese Borse Inserimento Lavoro Alcol	0		32,40%
		115.870,0	
Spese Borse Inserimento Lavoro totale	0		100,00%
		110.610,4	
Spese fatture Comunità terapeutiche alcol	2		24,17%
		457.665,0	
Spese fatture Comunità terapeutiche totale	2		100,00%
		212.892,0	
Spese pagamento beni e servizi Cooperative Sociali alcol	0		46,92%
Spese pagamento beni e servizi Cooperative Sociali totale		453.750,0	100,00%

	0	
		361.049,4
Totale spese per problematiche alcol	2	35,15%
		1.027.285,0
Totale spese complessive dirette	2	100,00%
		3.056.222,0
Spese personale dipendente + Spese personale convenzionato	0	
		245.003,0
Spese prodotti farmaceutici/sanitari	0	
		26.153,8
Altro	8	
		4.354.663,9
Totale principali costi dipartimento dipendenze	0	
		5
Unità personale dedicate dipendenze ASS. N. 4	0	
		348,44
Popolazione residente territorio ASS. N. 4	4	
Personale dipendenze ogni 10.000 abitanti		1,4
		19
Unità personale dedicate dipendenze regione Friuli V.G.	3	
		1.233,19
Popolazione residente Regione Friuli V.G.	2	
Personale dipendenze dedicato ogni 10.000 abitanti		1,6

Fonte: *Disagio Giovanile e Problemi Alcol correlati - Mappa delle conoscenze Friuli V.G., Veneto e Carinzia a confronto Interreg IV Italia - Austria 2007 -2013 cod. 2381-01-08,2011*

Una sintesi dei costi sociali ed economici cui l'intera economia nazionale è costretta a sostenere, causa consumo alcol, sono così riassumibili:

"In Europa nell'anno 2003 i costi sociali del consumo di alcol sono stimati ammontare a 125 miliardi di euro. Ciò corrisponde a 650 euro per nucleo familiare europeo l'anno. L'alcol genera costi in molti settori della vita umana: sul posto di lavoro 59 miliardi di euro, inclusi i costi correlati a morti precoci, sottoforma di assistenza sanitaria e trattamento 22 miliardi di euro, costi per la criminalità 33 miliardi di euro, per i danni causati da incidenti stradali 10 miliardi di euro. Se, oltre a queste perdite materiali, si assegna un valore al dolore e alla vita umana, si va dai 150 ai 700 miliardi all'anno a seconda del valore dato alla vita umana" ⁶²

⁶² M. A. Divona, *Disagio giovanile e problemi alcol correlati, mappa delle conoscenze Friuli Venezia Giulia, Veneto e Carinzia a confronto*, Progetto A. Dri. A, Austria, 2007-2013, Trieste, 2011, pag 213, 214

In sintesi, l'alcol ha un'importante ricaduta sociale che è causa di degrado morale e sociale, problemi lavorativi, pauperismo e non curanza delle norme e doveri sociali che arrecano nella maggioranza dei casi diversi danni comunitari.

1.5. Breve analisi statistica – demografica

Dall'analisi eziologica sull'alcoldipendenza è emerso che tra i tanti fattori dell'alcolismo sono la funzione sociale, la cultura e le tradizioni a condizionarlo attraverso, principalmente, il consumo e il valore d'uso dato all'alcol in un determinato contesto. Rispetto ciò, diviene un passaggio quasi obbligato vedere come l'alcolismo, il suo uso, e il suo abuso, si collocano nella società.

"*Help people change*", aiutiamo le persone a cambiare, è uno dei tanti slogan lanciati dall'OMS nelle campagne di promozione alla salute.

Lo richiamo qui ora poiché mi sembra interessante nell'incoraggiare ognuno di noi a divenire promotore, per se stesso e per gli altri, di consapevolezza nei confronti del bere. Quest'ultima però cresce anche conoscendo alcuni dati per capire meglio le dimensioni e le problematiche del problema.

Nell'affrontare il problema si è partito, inizialmente, anche nel cercare di capire come la crisi attuale e le normative più recenti si sono riflesse nei consumi dell'alcol. A tal fine si sono utilizzati i dati raccolti dall'Istat sull'uso e abuso di alcol del 2012 e raffrontati con quelli del 2008, anno d'inizio crisi.^{63 64}

La crisi economica ha comportato sicuramente una variazione nei consumi di bevande alcoliche.

I bevitori nel loro complesso diminuiscono e, pur non rinunciando al consumo di alcol, di per sé ne fanno un uso più limitato. I 2/3 della popolazione italiana nel 2012, con età superiore ai 14 anni, ha occasione di consumarne nel corso dell'anno, tuttavia diminuiscono i bevitori abituali. Le persone tendono a fare un consumo più

⁶³ <http://www.istat.it/>, *L'uso e l'abuso di alcol in Italia*, pubblicato il 23 aprile 2009

⁶⁴ <http://www.istat.it/>, *L'uso e l'abuso di alcol in Italia*, pubblicato il 18 aprile 2013

occasionale, soprattutto per gli uomini il cui numero aumenta, e, in maniera molto più ridotta, al di fuori dei pasti.

I dati più interessanti provengono dai giovani.

C'è un calo del numero dei bevitori del 10% tra la classe di età compresa tra i 14 - 17 anni (sicuramente le campagne educative e i divieti di vendita fanno sentire i loro effetti), mentre per quella compresa tra i 18 - 24, risulta invariato (7 ogni 10).

Se si considera invece l'incidenza riguardante i consumi fuori pasto, per quest'ultima categoria, addirittura c'è un aumento.

In ciò pesa l'aspetto di aggregazione giovanile dei bar e delle discoteche e degli sballi (proprio tra i giovani sono più diffusi gli alcolici diversi da vino e birra e quindi con maggiore gradazione alcolica).

Un modo di relazionarsi, il vivere sociale, e sicuramente un reddito più alto con la possibilità di ricollocarsi nel mondo del lavoro più facilmente fanno sì che sia proprio la categoria dei laureati quella in cui il calo complessivo dei bevitori è minore (per la componente maschile c'è addirittura un aumento complessivo) con l'incidenza più alta di consumatori (quasi 8 su 10 complessivamente, per salire a 9 su 10 per i maschi). Sicuramente un modello di "*status*" esterno si gioca in queste cifre, anche in considerazione che è la categoria in cui la quotidianità nel bere è inferiore. La diminuzione è più accentuata complessivamente, invece, tra le classi con un livello d'istruzione più basso, quelle classi che, di fatto, sono le più colpite dall'attuale crisi economica.

Per la parte femminile, oltre a quanto detto sopra, un livello d'istruzione superiore facilita un modo di emancipazione e di collocamento sociale e lavorativo paritario rispetto al mondo maschile, un modo di rompere con lo stereotipo che vede le donne relegate al ruolo di angelo del focolare domestico, custodi della sua integrità.

Se i comportamenti a rischio complessivamente diminuiscono, ciò non avviene se riferito al consumo femminile dove, al contrario, si assiste sia a un aumento del binge drink fra le giovani e quelle in piena età lavorativa, sia a un aumento per il consumo

smodato durante i pasti, soprattutto quando le motivazioni sociali vengono meno e la crisi di età si fa sentire, fra quelle con età maggiore ai 44 anni.

Per quanto riguarda le discoteche queste continuano a rimanere sempre luoghi la cui frequenza facilita i comportamenti a rischio, anche se, per gli interventi di controllo e per le limitazioni imposte, si sono ridotti, in particolare, quello collegato al binge drink.

Tradotto in termini assoluti, abbiamo in Italia qualcosa, nel 2012, come 35 milioni persone di età superiore agli 11 anni, che fanno consumo di alcol, di cui quasi 13 milioni quotidianamente. Il calo, rispetto al 2008, è di 1 milione di persone.

Se invece valutiamo i comportamenti a rischio, vediamo che interessano a circa 7,4 milioni di bevitori di cui più di 4 milioni per un consumo non moderato quotidiano e circa 3,8 per binge drink.

Sicuramente questi comportamenti finiscono per ripercuotersi sulla salute.

Nelle dimissioni ospedaliere, rilevate nel 2008,⁶⁵ più di 90.000 sono direttamente collegate ai problemi di alcol di cui il 35% per cirrosi epatica e il 29% per dipendenza alcolica, mentre le persone in carico ai Sert sono più di 66.000, numero progressivamente quasi triplicato dalla metà degli anni 90, di cui 20.000 di nuovi casi.

Ci rendiamo conto che il fenomeno è ampio se poi è associato anche alle morti per patologie o motivazioni alcol correlate.

Nel solo 2008 sono a queste attribuibili più di 20.000 decessi rappresentanti circa il 3,5 del totale, senza poi dimenticare quelle patologie come HIV, la tubercolosi dove l'uso e l'abuso di alcol debilitano ulteriormente un organismo già provato o dipendenze quali droghe o tabacco cui gli alcolici sono spesso associati.

Mancano, al momento per un raffronto, i dati riferiti al 2012, anche se il calo registrato nel numero complessivo di bevitori segnalato precedentemente e le misure

⁶⁵ <http://www.salute.gov.it/>, *Relazione del Ministero della Salute al Parlamento sugli interventi realizzati ai sensi della Legge n. 125/2001*

prese a contrastare questa piaga sociale dovrebbero riflettersi di conseguenza, magari anche limitatamente, per le dimissioni ospedaliere, le persone in carico ai Sert e i decessi.

Già un fatto positivo è rilevabile tra una delle principali cause di decesso dovute all'alcol: quella riguardante gli incidenti stradali.

I dati statistici ACI-ISTAT del 2012⁶⁶ segnalano un calo complessivo rilevante nel numero dei feriti e nei morti rispetto al 2008⁶⁷. Sono stati rispettivamente 184.500 e 3.650 contro i 218.963 e i 4.731 del 2008.

Siccome l'Istituto superiore della sanità indica una percentuale media del 30 - 40% degli incidenti alcol correlati possiamo dire che le normative e le limitazioni più restrittive poste hanno sicuramente migliorato la sicurezza stradale e favorito comportamenti più responsabili nell'assunzione dell'alcol.

Rimane un punto interessante riguardo l'aspetto degli incidenti, sull'analisi svolta dei dati del 2008, che ci fanno riflettere, in particolare, su quelli, connessi all'alcol e alle stragi del sabato sera⁶⁸:

- Tra i conducenti della classe compresa tra i 25 – 29 anni si registra il numero più elevato di morti, mentre, quella tra i 30 – 34 anni, di feriti;
- ¼ degli incidenti e ⅓ dei morti si concentrano nel fine settimana tra sabato e domenica;
- il lunedì e il mercoledì sono le giornate in cui si registra il minore tasso di mortalità;
- le ore in cui avvengono meno incidenti sono tra le 22 e le 6 anche se con un tasso di mortalità superiore, soprattutto intorno alle 5;
- l'indice di mortalità cresce tra le 20 e le 24 e successivamente tra l'1 e le 5 giusto in coincidenza con le uscite e i rientri serali;
- il 44% degli incidenti notturni è concentrato tra il venerdì e il sabato notte con il 45% e 47% di morti e feriti;

⁶⁶ <http://www.aci.it/>, *Anno 2012 Incidenti stradali in Italia*

⁶⁷ <http://www.aci.it/>, *Anno 2008 Incidenti stradali in Italia*

⁶⁸ <http://www.aci.it/>, *Anno 2008 Incidenti stradali in Italia*

- nei mesi di luglio e agosto si concentra il numero più elevato di incidenti e morti, mentre in dicembre e febbraio quello minore.

In poche parole gli incidenti tendono a succedere proprio nei momenti in cui lo svago è privilegiato e quindi le occasioni di rilassatezza e consumo di alcol sono più frequenti.

Si è cercato di definire il numero di alcolisti in Italia. Ho individuato varie stime: alcune segnalano più di un milione mezzo, altre circa due milioni di persone.

La difficoltà nel determinare il numero è legata al fatto che spesso tale problematica è nascosta all'interno delle famiglie. Abbiamo visto che solo un numero limitato di persone ricorre ai Sert e che le dimissioni ospedaliere, un milione l'anno, solo per un 9% riguardano problemi alcol correlati.

Se consideriamo che le malattie alcol correlate, spesso di natura cronica, comportano circa un 3,5% dei decessi sul totale del 2008 e se tale percentuale la rapportiamo al complesso delle persone che bevono, all'incirca 36 milioni, otteniamo quasi 1,3 milioni persone con possibili problematiche di salute legate all'alcol.

Superare il milione di persone segnala un grande problema sociale, evidenziato anche dal fatto che, tra il 2008 e il 2009, il numero di prescrizioni di medicinali per la cura delle dipendenze alcoliche è aumentato del 46% in maniera non convenzionata (erogata da strutture pubbliche) e del 23% in maniera convenzionata tramite farmacie.

Tale problema finisce per coinvolgere direttamente e indirettamente molte più persone che non solo i semplici alcolisti.

Dietro questi ultimi ci sono famiglie, minori, amici, parenti, operatori sociali, ecc.. Solo considerando il numero di 1,3 milioni di persone con problemi di patologie alcol correlate e la consistenza media di una famiglia, 2,4 persone nel 2008, ci troviamo di fronte a più di 3 milioni di persone coinvolte, il 5% della popolazione presente in Italia.

Per questo si rende necessario sostenere non solo l'alcolista in senso stretto, ma anche chi è vicino, la famiglia, in modo che pur davanti alla fatica quotidiana della convivenza col problema della dipendenza da alcol, molte volte appesantito dall'attuale crisi economica, possa, prima di tutto, reggere tale prova e, successivamente, diventare risorsa per il familiare dipendente.

Alla fine tra gli allegati sono presentati alcuni dati riguardanti i problemi qui presentati.

2. Relazione Alcolismo – Famiglia

L'alcolismo e la famiglia sono un tema importante, attuale e poco considerato.

La maggior parte degli studiosi, infatti, concentra tutta l'attenzione sull'alcol e su quello che produce nelle persone, trascurando, invece, aspetti importanti come gli effetti dell'alcolismo nella famiglia.

Di fatto, si dimenticano, così, in un limbo, i veri protagonisti del fenomeno: l'alcolista e le persone che con lui formano la famiglia e la società.

Senza questi attori, in particolare la famiglia, l'alcolismo non può essere combattuto perché trattato in modo astratto, rendendo, pertanto, qualsiasi forma preventiva e terapeutica inefficace.

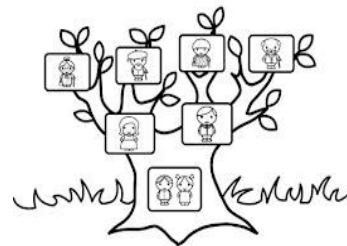
Per quanto detto, se si vuole fronteggiare l'alcolismo, diventa necessario partire dalla condizione in cui si trova l'alcolista (dipendenza alcolica) e da chi ne condivide la vita (la famiglia).

2.1. Il peso specifico della famiglia nell'alcolismo

Come si è visto nel primo capitolo l'alcolismo ha un'eziologia multifattoriale.

A fronte del fatto che, numerosi ricercatori sono dell'idea che la famiglia abbia un ruolo centrale sia nel determinare sia nel mantenere l'abuso di alcol, mi sembra importante comprendere bene in che termini possa costituire la causa del fenomeno.

Se in concreto si vuole vedere la famiglia come una risorsa non si può prima non conoscere in maniera approfondita in che termini molti ricercatori la indicano anche come fonte scatenante del problema.



Per comprendere, quindi, l'effettivo del peso che la famiglia ha nell'alcolismo, si deve chiarire la relazione alcolismo - famiglia.

Tale relazione è possibile comprendere analizzando, da un lato, il nucleo familiare d'origine, dall'altro, quello attuale dell'alcolista.

Famiglia d'origine

Si ritiene che la negativa qualità delle dinamiche familiari presenti nel periodo di vita dell'infanzia di un soggetto, sia la fase in cui si genera una potenziale patogenicità che spinge l'individuo, durante la crescita, all'alcolismo.

Centrale diviene quindi ciò che la famiglia d'origine fornisce all'infante.

Una delle cause principali che s'imputano alla famiglia è di non avere fornito amore.

Se la famiglia non ama, il bambino sta male e cresce il suo malessere all'aumentare della mancanza di attenzioni, di comunicazione, di sani conflitti, nonché della condivisione e della positiva complicità propria dei rapporti familiari⁶⁹. Il bambino che cresce non sentendosi amato, si percepisce vuoto correndo poi, così, il rischio di diventare etilista.⁷⁰

Non a caso una bevitrice in un colloquio mi ha riferito: "*Mi odiavo perché nessuno mi considerava. Che fossi brava a scuola o facessi i capricci, la risposta in famiglia era sempre la stessa: l'ignorarmi. L'alcol, crescendo, divenne il mio primo amore. Con lui al mio fianco e dentro di me credevo di essere amata e desiderata. Con l'alcol in corpo tutti mi parlavano di più, persino la mia famiglia, io ero più spontanea e più affascinante. Finii che non potei più farne a meno*".

Questo aiuta a capire che, se in famiglia non c'è l'amore giusto, l'attenzione, la comunicazione, la persona rischia di demotivarsi, di perdere fiducia, di rinchiudersi in sé stesso, privandosi pian piano della sua dignità.

⁶⁹ P. Gini, M.G. Giunta, M. G. Rossini, B. Longoni, *IL PROBLEMA ALCOL, Comprendere e aiutare chi beve troppo*, Ambrosiana, Milano, 2010, pag 77

⁷⁰ P. Gini, M.G. Giunta, M. G. Rossini, B. Longoni, *IL PROBLEMA ALCOL, Comprendere e aiutare chi beve troppo*, Ambrosiana, Milano, 2010, pag 77 e 78

Il sociologo Bauman⁷¹ sostiene che "*per essere dotati di amore di sé, occorre essere amati. Il rifiuto dell'amore(..)genera odio di sé. Altri devono amarci prima che noi possiamo iniziare ad amare noi stessi*".⁷²

Indicativo è che i bevitori eccessivi, spesso, provengono da famiglie che non li desiderano e/o sono stati figli che hanno disatteso le attese di genitori.

Quando, infatti, i genitori non riescono a calibrare i loro desideri sulle capacità dei figli, questi ultimi, impauriti dall'ambiente che li circonda, sentendosi incapaci di vedere punti di luce, bloccati nell'esternare e far comprendere i propri bisogni alla famiglia, anebbianò il dolore con l'alcol.⁷³

Con il passare del tempo finiscono così per diventare bevitori eccessivi.

Tra alcuni esperti dell'alcolismo, si evidenzia, poi, una propensione a ritenere che la causa della dipendenza alcolica derivi dalla presenza in famiglia di storie alcoliche (il De Vanna, per esempio, segnala, come fattore d'incidenza nell'alcolismo maschile, la presenza di un padre etilista).⁷⁴

I bambini devono crescere in un ambiente sereno, sicuro e affidabile. L'alcol in famiglia causa, invece, incertezza e ambiguità nel bambino.

Un genitore che beve è imprevedibile, il suo atteggiamento con il figlio cambia in funzione all'alcol.

Il padre amorevole, ad esempio della mattina, sotto effetto dell'alcol la sera, può dimostrarsi brutale, mentre, la madre, solitamente aggressiva, con qualche bicchiere in corpo può diventare improvvisamente troppo tenera.

Questa incoerenza genitoriale è deleteria per il bambino che, incapace di creare un nesso sostanza alcolica - comportamento, tende a essere disorientato.

⁷¹ Bauman (Pozan, 19 Novembre 1925) sociologo e filosofo polacco di origini ebraiche

⁷² P. Gini, M.G. Giunta, M. G. Rossini, B. Longoni, *IL PROBLEMA ALCOL, Comprendere e aiutare chi beve troppo*, Ambrosiana, Milano, 2010, pag 77 e 78

⁷³ Ivi, *Ibidem*

⁷⁴ P. M. Furlan, R.L. Picci, *Alcol alcolici alcolismo*, Bollati Boringhieri, Torino, 1990, pag 215 e 216

L'incertezza derivante da tali atteggiamenti, la mancanza di fiducia nell'adulto, causata da vissuti contraddittori, impedisce la crescita armonica del giovane e lo può danneggiare psichicamente.⁷⁵

Avere un genitore alcolista e una famiglia d'origine disfunzionale costringe il bambino a vivere precocemente la disillusione e l'abbandono.

Nelle famiglie in cui regna l'alcol, i figli sono lasciati a se stessi, in preda, da un lato, ai pericoli del mondo, incidenti domestici, della strada, estranei violenti, e, dall'altro, alle loro fantasie infantili (i litigi della mamma e del papà dipendono da me, la persona che adesso mi spaventa non è il mio papà/mamma, ecc.).⁷⁶

Questi bimbi maturano quindi forti tensioni interiori, delle fantasie e un malessere che si protrarranno nel tempo e colla possibilità di dovere vivere una breve adolescenza e crescere precocemente.

Il non attraversare le normali tappe evolutive li rende incapaci di esprimere se stessi e frustrati per dover conservare impegni e atteggiamenti che creano insoddisfazione.

Adolescenti così, generalmente, ricorrono, a loro volta, all'uso di sostanze per sopperire al disagio del loro mondo interno, oppure, o bloccano volontariamente la propria crescita per essere "*peter pan*" incapaci di autonomia o, ancora, all'opposto, diventano indipendenti molto presto, non curanti dei propri bisogni per coinvolgersi eccessivamente nei problemi altrui o estraniarsi completamente dalla realtà esterna.⁷⁷



Famiglia attuale

Gli studi in merito pongono l'attenzione sul ruolo dei coniugi all'interno del nucleo familiare, sia esso composto da due partner o da una coppia con figli.

⁷⁵ Ambra Cusin Zaccariotto, Articolo: *La tossicomania alcolica come una modalità di fuga da un'evoluzione della femminilità*

⁷⁶ Ambra Cusin Zaccariotto, Articolo: *Figli degli alcolisti*

⁷⁷ P. M. Furlan, R.L. Picci, *Alcol alcolici alcolismo*, Bollati Boringhieri, Torino, 1990, pag 215 e 216

Se si considera l'alcolista di sesso maschile, alcuni studiosi hanno osservato che tende a costruire la sua famiglia con una donna iperprotettiva e tendenzialmente più anziana, ricercando in essa un rapporto di tipo materno.⁷⁸

La letteratura scientifica ipotizza che la compagna di un bevitore, oltre ad avere alte probabilità di diventare a sua volta dipendente, possieda delle caratteristiche di adattamento alla vita coniugale, capaci di influenzare il decorso del bere nel marito e l'eventuale insorgenza di problematiche nei figli.

Gli psichiatri Kessel e Walton⁷⁹, per esempio, sono del parere che gli alcolodipendenti scelgano donne che sono per natura particolarmente attratte dagli alcolisti.⁸⁰

Altri autori, come il Furlan e il Picci, ritengono, invece, che la donna scelga un bevitore perché influenzata dal padre alcolista.

Su questo alcuni ritengono che la decisione sia inconscia, mentre, per altri, imposta da una famiglia che la spinge a mantenere il ruolo di "*martire*".

Sicuramente ciò che è dimostrato è che il bevitore, maschio o femmina, cerca un compagno forte, in grado di controllare la situazione problematica.⁸¹

Nelle coppie alcoliche, pertanto, si distingue sempre un partner super efficiente che ricopre un ruolo dominante sia sui figli sia sulla situazione.

Tale frangente riporta l'alcolodipendente o il bevitore a rischio alla contingenza che viveva nella famiglia di provenienza, ossia, a ricorrere all'alcol per sostenere responsabilità e giudizio, in questo caso, non più dei genitori-fratelli/sorelle ma del

⁷⁸ Ivi, Ibidem

⁷⁹ W. I. Kessel (10 Febbraio 1925- 30 Dicembre 2003) psichiatra all' Università di Manchester; H. Walton (15 Febbraio 1924- 13 Luglio 2012) psichiatra e fondatore della Federazione Mondiale per l' Educazione Medica

⁸⁰ Ivi, Ibidem

⁸¹ Ivi, Ibidem

coniuge e poi dei figli.⁸² Da tale stadio s'innescano dinamiche multiformi e via via più complesse.

È interessante notare che, nonostante le problematiche sopra evidenziate, le separazioni delle coppie alcoliche tendono a essere piuttosto infrequenti.

2.2. Dinamiche e fattori che legano l'alcolismo alla famiglia.

Come si accennava prima, all'interno di una famiglia etilica sono presenti peculiari dinamiche.

La sostanza alcolica è la diretta responsabile di tali dinamiche che legano l'alcolismo alla famiglia. Si può dire così perché la famiglia è come se fosse "*solubile*" nell'alcol. Il nucleo, difatti, si "*scioglie nella bottiglia*" insieme al familiare portatore del problema.

Accade perché l'alcol rompe l'equilibrio del nucleo spingendo gli appartenenti verso rapporti interpersonali patologici.⁸³

In ogni famiglia vi sono, difatti, dei compiti specifici di carattere educativo, economico e sociale che si distribuiscono tra i vari familiari. Quando uno di loro incomincia a percorrere una china come quella dell'alcolismo diventa incapace di adempiere i doveri cui è chiamato.

È conseguenza che qualcun altro, affinché la famiglia continui a funzionare, si faccia carico di quelle responsabilità che non sono più onorate (es. il figlio maggiore che diventa vice-marito perché la madre, sola, non riesce a soddisfare i bisogni di prima necessità, a compiere tutte le faccende domestiche, a prendersi cura del genitore anziano, di tutti i figli e così via).⁸⁴

⁸² P. Gini, M.G. Giunta, M. G. Rossini, B. Longoni, *IL PROBLEMA ALCOL, Comprendere e aiutare chi beve troppo*, Ambrosiana, Milano, 2010 pag 91 e 92

⁸³ P. Gini, M.G. Giunta, M. G. Rossini, B. Longoni, *IL PROBLEMA ALCOL, Comprendere e aiutare chi beve troppo*, Ambrosiana, Milano, 2010 pag 82

⁸⁴ P. Gini, M.G. Giunta, M. G. Rossini, B. Longoni, *IL PROBLEMA ALCOL, Comprendere e aiutare chi beve troppo*, Ambrosiana, Milano, 2010 pag 93

Non è quindi a caso incontrare, in molte storie di alcolismo, figli che hanno assunto ruoli nella famiglia d'origine che non gli spettano.

In un quadro del genere il bevitore, spogliato di ogni carica e posizione, dipenderà sempre più dai familiari per un'urgenza economica, sociale e affettivo - emozionale. Nello stesso tempo, però, influenzerà, per il suo bere, l'esistenza di chi è vicino.⁸⁵

Le relazioni sono sottoposte a un duro esame.

L'alcol si appropria di stati d'animo, azioni, relazioni e pensieri. Prendendosi tutto diviene così filtro del vivere, diviene argomento prevalente dei discorsi, finisce per danneggiare i rapporti contrassegnandoli di litigi violenti e decisivi.

Tutto ciò che dovrebbe essere espresso, è annullato sotto l'onnipotenza della sostanza alcolica.

La comunicazione che ne deriva è insufficiente e svuotata di significato. Questo perché tutto è spiegato attraverso il bere e il non bere, il come e il perché non hanno più valore.

In seguito, il progressivo deterioramento del nucleo alcolico, generato da tali dinamiche, si aggrava, le cui cause si possono ricercare nei seguenti fattori:

- Instabilità economica derivante da una precarietà lavorativa del bevitore e dal suo improprio utilizzo di denaro
- L'incapacità dei genitori di affrontare con equilibrio i problemi dei figli
- Complessa situazione sanitaria e psico-sociale del bevitore
- Incidenti di percorso vari derivanti da situazioni inattese (ad es. indebitamento dell'alcolista, malattia di un familiare, problemi di giustizia ecc.)
- Ricoveri in ospedale del dipendente
- La compromissione delle capacità sociali che isolano e aumentano il grado di emarginazione della famiglia e del dipendente.⁸⁶

⁸⁵ Ivi, Ibidem

⁸⁶ Ivi, Ibidem

Quando intolleranza e tensione all'interno delle mura domestiche raggiungono i livelli più alti, l'efficientismo dei familiari s'interrompe bloccando la gestione costruttiva del management familiare.

L'ansia e il dolore dei parenti dell'etilista, mescolato alla rabbia per il peggioramento della situazione alcolica del caro e per la paura di apparire falliti davanti alla gente, spingono la famiglia alla ricerca di aiuto.⁸⁷

Questo è, però, frequentemente espresso mediante richieste estranee al problema alcolico (contributi economici, sostegno personale, per figli ecc.) e fa capire come la famiglia non sia completamente cosciente che è l'alcolismo la causa di tutto il malessere e dei problemi in casa.

2.3. Conseguenze dell'alcolismo a livello familiare

La richiesta di aiuto da parte della famiglia o del bevitore ha una forte ricaduta a livello familiare oltre che personale.

Affrontare l'alcolismo significa intraprendere un percorso che richiede e comporta un cambiamento in tutti, alcolista e familiari.

Difatti, solo se si matura un cambiamento condiviso, si potrà cambiare, oltre che i comportamenti dell'alcolista, quelle dinamiche familiari che abbiamo prima esaminato.

La famiglia e la persona dipendente devono, pertanto, iniziare ad accettare le difficoltà, a riflettere sui propri trascorsi personali e ad affrontare pregiudizi indiscussi e il rapporto con l'alcol.

In questo modo saranno capaci di rendersi conto del ruolo che hanno avuto nell'alcolismo e del peso che i loro atteggiamenti possono aver avuto sugli altri.

⁸⁷ P. Gini, M.G. Giunta, M. G. Rossini, B. Longoni, *IL PROBLEMA ALCOL, Comprendere e aiutare chi beve troppo*, Ambrosiana, Milano, 2010 pag 82 e 83

Nel momento in cui i servizi incominciano con loro, il percorso di trattamento e di responsabilizzazione, accade che il coniuge si accorga, per la prima volta, del suo diretto coinvolgimento con il fenomeno.

Il rendersi conto di una situazione che gli richiede sia una messa in discussione sia e soprattutto un ridimensionamento del proprio ruolo che l'ha visto, per diversi anni, a comando del compagno alcolista, dei figli e della casa, spesso lo spaventa.

Tale timore, accompagnato da una veloce trasformazione dell'alcolista che si riappropria delle sue responsabilità familiari e socio - lavorative, lo spinge



frequentemente a scappare.

Il coniuge è spesso accompagnato in tale fuga dagli altri membri della famiglia. Questi, infatti, vivono, al pari del coniuge, un conflitto di ruolo, derivante, da un lato, dal voler intervenire per interrompere i meccanismi che li annodano al vortice patologico del parente che beve, dall'altro, dal sentirsi bloccati per la sofferenza che richiede lo sforzo di una loro necessaria metamorfosi.

I familiari, per questo motivo, possono anche voler sospendere la terapia, aderirvi parzialmente o servirsi di strategie mirate a distanziare anche l'etilista dal percorso.

E', a questo punto, necessario che i diversi professionisti (Assistenti Sociali, Psicologi, Psichiatri, Infermieri ecc.) lavorino in equipe, e che, attraverso l'accoglienza delle paure e dei bisogni di ogni appartenente al nucleo, invitino alla non interruzione del programma.⁸⁸

A tal proposito diviene fondamentale motivare tutti i coinvolti nel fenomeno verso il lavoro su se stessi, anche se il suddetto lavoro, seppur in maniera dolorosa, implica collaborare alla terapia comune comportante la tanto temuta modifica di sé.

⁸⁸ P. Gini, M.G. Giunta, M. G. Rossini, B. Longoni, *IL PROBLEMA ALCOL, Comprendere e aiutare chi beve troppo*, Ambrosiana, Milano, 2010 pag 95 e 101

In questa fase è veramente facile ricadere in vecchi schemi, chiudersi nell'idea che tutto è rimasto come prima e non accettare che ognuno, tanto quanto il bevitore, è implicato e ha un suo ruolo in tutta la storia alcolica.

Si vuol qui rimarcare che l'alcolodipendenza innesta abitudini, modi d'interagire e comportamenti inadeguati che sono causa e concorrono al mantenimento del bere eccessivo e perciò devono essere compresi e superati.

Dall'esperienza personale, mi accorgo che le famiglie sperimentano un senso d'impotenza di fronte alle circostanze che vivono e sono terrorizzate di commettere errori che riconducano al circolo vizioso dell'alcol. Di fronte a ciò, quello che ritengo importante per la famiglia, in questo delicato momento, è che gli operatori la portino ad acquisire una speranza che faccia capire loro che ha la capacità e la forza di abbracciare quello che sta vivendo e, nonostante la fatica e la paura, superarlo.

Questo è fondamentale perché il "*più*" di quello che sopraggiungerà in futuro è qualcosa che è capitato oggi e ieri.

Dare un significato nuovo alle dinamiche e alla circostanza che accade ed è successa è l'unica strada d'attraversare per creare una nuova realtà sia interna che esterna.

Di conseguenza l'approccio globale alla persona e una prospettiva articolata e multidimensionale che superi il sintomo della dipendenza divengono obbligatorie.

A livello pratico questo si concretizza in interventi integrati di cura, assistenza e reinserimento lavorativo, con percorsi formativi di addestramento al lavoro e borse lavoro e con progetti differenti, personali - familiari, quali colloqui psicologici, sociali e educativi, inserimento in gruppi, affiancamento di supporti come l'educatore e/o altro.

L'aiuto da parte dei Servizi, talvolta, può essere inefficace perché la famiglia, come conseguenza dell'alcolismo, soffre di codipendenza.

Con codipendenza s'intende un legame vischioso tra i familiari e il dipendente.

La codipendenza è molto spesso scambiata con l'amore che queste persone provano con il parente in difficoltà.

Tuttavia, come mette in luce la psichiatra americana Norwood⁸⁹, troppo amore fa male perché produce sofferenza.⁹⁰

Il risultato che ne deriva è l'annullamento dei codipendenti che non lottano per il cambiamento, né loro, né del soggetto in difficoltà, persuasi dall'idea di non essere degni di una persona equilibrata o perché temono di essere abbandonati o ignorati una volta che il caro ritorna a stare bene.

Ne conseguono il non affidare ad altri la risoluzione del problema terapeutico e l'improvvisarsi assistenti sociali, psicologi e infermieri dedicandosi incondizionatamente a una persona fragile che abbisogna invece di fermezza, distacco e autorevolezza.⁹¹

La codipendenza oltre a mettere a repentaglio (con frasi del codipendente quali: "*Ha visto? Che delusione, è ricaduto ieri, siamo daccapo. Non ha bevuto perché è sempre stato con me!*") l'intervento dei servizi, danneggia l'equilibrio psichico del familiare che è vittima di comportamenti disadattivi, sfide e ricatti.⁹²

Nel caso si riscontri una codipendenza, è necessario, insieme al trattamento alcolico, aiutare le persone codipendenti a riconoscere:

- I loro comportamenti
- La necessità di non essere invischiati con chi beve fino a trascurare sé stessi.
- Il rischio d'incorrere in chiusure, depressioni e gesti autolesivi.

⁸⁹ Psicoterapeuta americana specializzata in terapia della famiglia. Più in generale si occupa di problemi di "*dipendenza eccessiva*" e ha lavorato nel campo delle tossicodipendenze e dell'alcolismo

⁹⁰ Robin Norwood, *Donne che amano troppo*, Feltrinelli, Milano, 1996, pag 13

⁹¹ Don Chino Pezzoli, Articolo: *Droga: Troppo amore fa male*, 2004

⁹² M. Cibin, M. Mazzi, L. Rampazzo, G. Serpelloni, *L'alcolologia nell'ambulatorio del medico di medicina generale*, Editing F. Lelli, Italia, 2001, pag 162 e 163

- Il vantaggio di difendersi dai sentimenti negativi che possono essere causa di pessimismo e insofferenza.
- Il valore di un gruppo di auto mutuo aiuto per una loro crescita e pervenire a una maggiore autonomia
- L'opportunità della rinuncia al controllo del familiare perché sono compagni di strada "*senza se e senza ma*" e quindi si collocano nella stessa posizione dell'alcolista⁹³

Una volta che la famiglia e il dipendente riescono a mettersi in discussione, a interessarsi di come le loro azioni hanno inciso su ciò che gli circonda e, quindi, ad avviare il cambiamento, rispettando le regole dell'aiuto esterno ricercato (ad esempio l'interruzione di tutti dall'assunzione dell'alcol), riescono anche a staccarsi dal passato per procedere verso il futuro.⁹⁴

*"Chi è in grado di dare un valore alla propria storia, di raccogliere il proprio vissuto in una narrazione coerente e significativa, trova la forza di proseguire il suo cammino".*⁹⁵

Il cammino, come già detto, non è facile e può portare le persone a ritornare sui vecchi passi. L'assunzione nuova di alcol è il segnale che si sta sperimentando una criticità.

La ricaduta alcolica diviene conseguenza da considerare. Essa è un malessere, che si manifesta al bevitore, sia quando si presenta "*l'autosfida*" delle sue capacità di controllo - motivazione al non bere sia quando identifica i diversi problemi personali, familiari e sociali che è costretto a fronteggiare.⁹⁶

Ci può essere anche una "*ricaduta familiare*", dove la famiglia si sente inadeguata rispetto ai cambiamenti del familiare alcolista tanto da vederli troppo veloci rispetto ai propri, desiderando, quasi per assurdo, un rallentamento negli stessi.

⁹³ Don Chino Pezzoli, Articolo: *Droga: Troppo amore fa male*, 2004

⁹⁴ P. Carozza, *Principi di riabilitazione psichiatrica, per un sistema di servizi orientato alla guarigione*, Franco Angeli, 2006, pag 111, 116 e 118

⁹⁵ F. Turollo, *Le malattie del desiderio*, Cittadella Editrice, Assisi, 2011, pag 141

⁹⁶ P. Gini, M.G. Giunta, M. G. Rossini, B. Longoni, *IL PROBLEMA ALCOL, Comprendere e aiutare chi beve troppo*, Ambrosiana, Milano, 2010 pag 138, 139 e 140

La ricaduta è una conseguenza di un processo che si è avviato, ma ha una battuta d'arresto.

Ciò non deve essere vista come sconfitta ma come strumento di maturazione ed evento che fa parte della storia della famiglia e che pertanto deve essere colto.

Se affrontata, può risolvere problemi nascosti come la non accettazione della dipendenza, un'ansia, un'insicurezza, un timore, un disagio ecc.

Non rielaborata, però, può aggiungere problemi, cronicizzare ruoli familiari disfunzionali e saldare la paura di un non raggiungimento all'astensione alcolica.⁹⁷

Siccome la ricaduta è un messaggio simbolico, compito dell'equipe sarà di prevenirla riconoscendo precocemente e tempestivamente tutti i segnali che la precedono.

Se la famiglia è aiutata a ricercare le soluzioni per superare l'ostacolo, affronta con più serenità il percorso e ha una maggiore probabilità di successo nel trattamento.

Il benessere deriva da come le persone si mettono in relazione.

La conseguenza centrale, dunque, da tenere sempre presente, poiché parte della richiesta d'aiuto, è la crescita della famiglia.

La summenzionata crescita avviene nella misura in cui la famiglia riesce a raggiungere un nuovo equilibrio, facendo delle trasformazioni che la vita nei vari stadi presenta, un modo nuovo per aprirsi e relazionarsi.

Nel ruolo di Servitrice Insegnante ho notato che ciò è indispensabile.

Se le relazioni tra i familiari non si costruiscono su un nuovo equilibrio e quindi sui nuovi ruoli che i diversi appartenenti dovrebbero appropriarsi nel trattamento, l'alcolismo può tornare a colpire. I vari familiari tornano a recitare i ruoli che con fatica avevano provato ad abbandonare.

Voglio riportare un caso che ho incontrato che chiarisce ciò che ho appena detto.

⁹⁷ Ivi, Ibidem

Emma e Cristian. sono una coppia vittima dell'alcolismo. Per molti anni Emma, dipendente dall'alcol, ha cercato con il compagno di fronteggiare la sua dipendenza senza però uscirne mai. Dopo l'ultimo percorso di riabilitazione all'interno del centro alcolico, i due, in particolare Emma, chiedono con convinzione maggiore, rispetto le volte precedenti, le proprie dimissioni dalla struttura.

Il club che i due hanno operatori osservano che tra e che hanno imboccato una che sono decisi a seguire.



sempre frequentato e gli di loro è cambiato qualcosa strada, quella dell'astinenza, La relazione tra i due

sembra costruirsi su un nuovo equilibrio e sull'assunzione dei due di ruoli diversi (per Emma lavoratrice e moglie attenta alla necessità e ai bisogni della casa e per Cristian di compagno senza pretese) ma è davvero così?

Nel giro di poco tempo la coppia si rende conto che loro non sono pronti a rivestire questi nuovi ruoli.

Cristian, infatti, non è in grado di accettare la nuova identità più forte di Emma ed Emma non è pronta a rinunciare alle attenzioni ossessive di Cristian che vengono a mancare anche per la mancanza di dialogo.

Senza l'alcol come punto di legame i due sembrano non trovarsi più, per cui, inevitabilmente, l'alcol ritorna a fare da padrone proponendo il precedente equilibrio basato su di un "*contratto di assistenza*".

La nuova situazione, nonostante la vasta rete di supporto fornitagli, servizi, club ecc., è stata vista come obiezione per cui la crescita e il cambiamento non sono andati a buon fine.

Nel caso di Emma e Cristian i due avrebbero potuto scegliere di riconsiderare gli avvenimenti e loro stessi, continuando a servirsi degli strumenti a loro dati come, per esempio, il club. La famiglia, però, preferendo la chiusura, ha finito per rifiutare il supporto della rete a loro disposizione compromettendo così la ripresa.

2.4. Il ruolo fondamentale della famiglia, risorsa per l'individuo e la società

L'individuo è un'unità psicofisica, ossia una struttura unitaria e dinamica che si compone all'interno di due poli, la mente (o psiche) e il corpo (o soma).

Questi due poli s'influenzano a vicenda poiché sono legati da un rapporto d'interdipendenza.

Per chiarire il concetto mi sembra utile proporre un esempio:

Elena è disturbata dall'ansia, stato psichico di malessere; questa disposizione psicologica produrrà un condizionamento nel suo organismo. Siccome è affetta dall'ansia, Elena inizia a soffrire anche di emicrania. Lo stato di malessere psicologico di Elena così ha una ricaduta sul benessere del suo organismo che diventa sofferente (comparsa del mal di testa). Il benessere o il malessere dell'individuo dipendono, quindi, dal funzionamento dei rispettivi poli tra loro legati.

Tenendo in considerazione quanto espresso, la maggioranza delle scuole psicologiche è d'accordo nel ritenere che l'ambiente, sin dalla nascita, ostacoli o agevoli le potenzialità generali individuali che ricadono, di conseguenza, in maniera diretta sul suo benessere.

Infatti, sebbene le caratteristiche biologiche, sesso, età, costituzione ecc., risentano poco dell'interazione con l'ambiente, poiché la maggior influenza è esercitata dall'ereditarietà, quelle psichiche, intelligenza, percezione, stato d'animo, volontà ecc., sono profondamente condizionate dal contesto.

Per facilitare quanto espresso, utilizzo l'esempio di Elena, citato prima, ampliandolo.

Prima si è detto, soffermandosi sullo stato psichico e somatico, che Elena soffre di ansia e che tale ansia è causa della cefalea (questo, in merito all'azione del polo psichico su quello fisico). Ora, invece, ci si focalizza sull'ambiente in cui Elena è inserita per vedere l'influenza, teorizzata dalle scuole psicologiche, dell'ambiente sulle caratteristiche psichiche. Elena vive due giorni a casa dalla zia, due dai nonni e

tre con i genitori e ciò perché il lavoro di questi ultimi li costringe a non potersi occupare stabilmente della figlia. Tutta la famiglia, in difficoltà economica, si affaccenda a risolvere continui problemi che, oltre a originare liti violente, sono causa di allarmismo e agitazione quotidiana tra tutti i presenti. Elena, gracile, insicura e molto emotiva, a causa dell'ambiente instabile e frenetico in cui vive, ha acuito le sue caratteristiche psichiche che, legandosi a quelle biologiche, le ha fatto sviluppare una personalità ansiosa che le provoca l'ansia responsabile del mal di testa cui è soggetta frequentemente.

Dall'esempio emerge chiaramente sia il peso dell'ambiente sulle caratteristiche psichiche di Elena, sia che l'ambiente principalmente responsabile dell'influenza sul suo stato psichico è la famiglia. Le ragioni di ciò si ritrovano nel fatto che il primo luogo in cui Elena è inserita e cui è legata durante la sua vita è rappresentato proprio dalla famiglia.

Appare evidente come la famiglia sia, in base alle diverse funzioni che esercita, ambiente di vita primario e fondamentale per la persona.

In tale contesto, infatti, l'individuo intrattiene le prime relazioni e fa le prime indagini, scoperte e scelte imparando, in conformità, a quello che gli è dato convenzionalmente dall'ambiente, ad agire rispondendo ai problemi che gli si presentano. La famiglia diviene il suo centro e assume per lo stesso un ruolo specifico, poiché dimensione primaria.

In essa, infatti, si nasce, si cresce, attraverso un'educazione ai valori e alla vita, si riceve e s'insegna a dare protezione primaria nei momenti di scarsa resistenza come una malattia o una difficoltà e si costruisce l'identità imparando a vivere, invece che per il ruolo sociale che si riveste, per come propriamente si è.⁹⁸

Secondo quanto delineato, s'intuisce che la dimensione familiare produce una ricaduta a livello sociale.

⁹⁸ A. Scola, *Famiglia risorsa decisiva*, Messaggero, Padova, 2012, pag 63 e 64 e P. Donati, *La famiglia il genoma che fa vivere la società*, Rubbettino, Catanzaro, 2013, pag 193

Tale ricaduta è riconducibile alla funzione di socializzazione primaria che è espressa nella famiglia⁹⁹.

Per il bambino la famiglia è la prima comunità, in essa trova l'esempio, l'esperienza e le qualità per diventare membro della società.

*"La famiglia, infatti, è e rimane il luogo dove si formano, oppure non si formano, oppure ancora vengono deviate, tutte le virtù, quelle personali e quelle sociali insieme, quelle private e pubbliche. Gli è possibile predisporre la persona a ciò perché quello che la contraddistingue è il carattere sovra-funzionale che implica tutto il coro delle virtù personali e sociali. Tale coro, ordinato e articolato si regge sulla virtù dell'amore (il primato del dono) da cui dipendono tutte le altre".*¹⁰⁰

Se si riflette nel concreto, *"è, infatti, il vissuto familiare la prima e insostituibile scuola delle virtù sociali, come il rispetto delle persone, la gratuità, la fiducia, la responsabilità, la solidarietà e la cooperazione."*¹⁰¹

Una società, se priva di tali virtù, è incapace di difendere la vita dei più poveri, di sentirsi responsabile per gli ammalati, di cooperare, di rispettare la diversità delle sue parti, di dar voce ai suoi ultimi, di porre vincoli al mercato (che punta al massimo guadagno senza limiti etici), finendo così per rinnegare i principi democratici su cui si fonda. In tal modo, come dimostra la storia, il rischio di incorrere in forme di totalitarismo e di non sopravvivere è alto.¹⁰²

In pratica, senza la famiglia che forma la dimensione sociale, insegnando all'individuo sia a essere persona con diritti e doveri sia ad amare gli altri, la società è nulla.

⁹⁹ G. Speltini, *Minori disagio e aiuto psicosociale*, il Mulino, Bologna, 2005, pag 23 e 24

¹⁰⁰ P. Donati, *La famiglia il genoma che fa vivere la società*, Rubbettino, Catanzaro, 2013, pag 188

¹⁰¹ Benedetto XVI, *Omelia nella Santa Messa per il VII incontro mondiale delle famiglie*, Roma, 2012

¹⁰² Documento preparatorio alla 47 Settimana Sociale dei Cattolici Italiani, *La famiglia speranza e futuro della società Italiana*, Torino, 2013

È, infatti, nella famiglia che, tramite l'incontro e la cooperazione di generazioni diverse, nonni, zii, fratelli, sorelle, genitori, cugini, si acquisisce quella saggezza umana in grado di coniugare i diritti personali con le esigenze della vita sociale.

Nella formazione di adulto come bene per la comunità non si può non menzionare la funzione di educazione alla vita economica svolta dalla famiglia.

All'interno della famiglia, infatti, il bambino è educato anche alla scelta del come guadagnare, come risparmiare, cosa consumare e come investire.

Questo produce una ricaduta importante sull'economia generale perché la persona eseguirà delle scelte di mercato, che sapranno più o meno promuovere uno sviluppo duraturo responsabile, in funzione all'insegnamento impartitogli dal nucleo d'origine.¹⁰³

In sintesi, quindi, la famiglia è fondamentale perché è responsabile di plasmare, con le parole della Montessori¹⁰⁴, sia "*I bambini di oggi negli uomini di domani*" sia, con le mie parole, "*il mondo di oggi nella società di domani*".

In questo modo, alla pari della cellula che è basilare all'organismo, la famiglia, diviene vitale alla società e alla persona giacché ricopre la posizione di società naturale.¹⁰⁵

Ciò è riconosciuto direttamente dalla Costituzione Italiana e che nell'art. 29 sostiene i suoi diritti identificandola come "*società naturale fondata sul matrimonio*".

Essa ha un ruolo innato, insostituibile e indispensabile, sia per l'origine e maturazione dell'individuo sia per la creazione del principio di ordinamento sociale.

¹⁰³ Ivi, Ibidem

¹⁰⁴ Maria Montessori (Chiaravalle, 31 Agosto 1870- Noordwijk, 6 Maggio 1952) Pedagogista, filosofa, medico, scienziata, educatrice e volontaria italiana, nota per il metodo che prende il suo nome, usato in migliaia di scuole materne, elementari, medie e superiori in tutto il mondo

¹⁰⁵ Documento preparatorio alla 47 Settimana Sociale dei Cattolici Italiani, *La famiglia speranza e futuro della società Italiana*, Torino, 2013

La L. 328/2000 per la realizzazione del sistema integrato d'interventi e servizi sociali lo intuisce. Proprio per questo, l'aspetto innovativo della legge, in merito alla dimensione familiare, sta non solo nell'erogazione d'interventi, ma nel riconoscere la famiglia come un soggetto attivo, quindi risorsa, per la conservazione e il perseguimento del benessere.

L'art. 16 né da sostanzialità mediante l'attenzione volta alla tutela, al riconoscimento, alla protezione e attivazione dei diritti di cittadinanza nei contesti familiari.¹⁰⁶

*"La famiglia è, infatti, un soggetto sociale, capace di esprimere iniziative e di organizzare forme di autoaiuto, di solidarietà e di cooperazione anche in maniera associata, in grado di contribuire alla coesione sociale e di attivare uno specifico servizio attraverso l'istituto dell'affido."*¹⁰⁷

Questa si ritiene essere la ragione per cui anche il sistema integrato d'interventi e servizi sociali, con L.328/2000 sostiene e valorizza il suo ruolo peculiare.

Il valore e il sostegno da parte del sistema integrato alla famiglia si esplicitano attraverso i seguenti interventi:

- L'erogazione di assegni di cura e interventi a supporto della paternità e maternità
- Le politiche volte a conciliare il tempo di lavoro e la cura del nucleo familiare
- I servizi d'informazione e formazione per il sostegno alla maternità e paternità responsabile mediante anche la promozione del mutuo aiuto tra famiglie
- Le prestazioni di aiuto (con benefici di carattere economico) e sostegno domiciliare
- I servizi di sollievo per accompagnare la famiglia nella cura e nel benessere quotidiano dei membri che richiedano cure particolari

¹⁰⁶ M. Dal Pra Ponticelli, *Dizionario di Servizio Sociale*, Carrocci Faber, Urbino, 2009

¹⁰⁷ Ivi, *Ibidem*

- I servizi per l'affido familiare, caratterizzati da interventi e percorsi formativi, miranti a sostenere, qualificare e valorizzare il ruolo educativo delle famiglie interessate.¹⁰⁸

In merito a ciò, la famiglia è stata riscoperta dal Servizio Sociale che non la considera più solo come sorgente di disagio per la persona, ma come risorsa da valorizzare nei progetti di cura e prevenzione.

Pertanto, nella lotta a un fenomeno complesso com'è quello dell'alcolismo, la famiglia diventa una forza da tenere presente.

La famiglia è inserita in un ambiente di transizione, caratterizzato da elementi perturbanti, quali condizioni economiche difficili, divorzi, cambiamento dei ruoli legati al genere e orientamento sessuale, che la sottopongono a pressioni continue.¹⁰⁹

Tuttavia, nonostante l'incertezza generata dalle turbolenze dell'economia pubblica e dalla vita contemporanea, essa è riuscita e riesce a perdurare conservandosi.

La famiglia, come sostiene la sociologa Judith Stacey¹¹⁰, è difatti brava nell'inventare e scoprire dentro di se strategie per fronteggiare le crisi che la colpiscono¹¹¹.

Di conseguenza, a mio parere, se è vero che, come sosteneva la sociologa Mary Richmond¹¹², il Servizio sociale è un'arte, sta agli assistenti sociali trovare la strategia più efficace per ottimizzare la resilienza familiare e la stessa famiglia per la cura e la prevenzione in campi spinosi come l'alcolismo, senza addossare su di essa la colpa sia di aver generato un problema grave nel singolo quale una dipendenza, sia di essere parte di un sistema di risorse di per sé insufficiente.

¹⁰⁸ G. Pieroni, M. Dal Pra Ponticelli, *Introduzione al servizio sociale - Storia, principi, deontologia*, Carrocci Faber, Roma, 2007, pag 229

¹⁰⁹ Froma Walsh, *La resilienza familiare*, Raffaello Cortina, Azzate (Varese), 2008, pag 48, 49 e 51

¹¹⁰ Autore e professore di Analisi Sociale e Culturale e Sociologica alla New York University Le sue principali aree di interesse comprendono studi di famiglie, di genere e la sessualità

¹¹¹ Froma Walsh, *La resilienza familiare*, Raffaello Cortina, Azzate (Varese), 2008, pag 48, 49 e 51

¹¹² M. Richmond (5 Agosto 1861- 12 Settembre 1928) sociologa statunitense, viene considerata come una delle pioniere nella storia dell'assistenza sociale a livello professionale



La famiglia, risorsa nella prevenzione all'alcolismo

"L'eccessivo consumo di dolci da parte dei bambini, la dipendenza dall'alcol e gli incidenti stradali... sono mali che hanno la spiegazione in atteggiamenti e standard universali".¹¹³

A dar voce a tali parole è il sociologo E. Slater¹¹⁴ che coglie la relazione tra una condotta umana guasta e determinate problematiche sociali.

Tale intuizione è essenziale per la prevenzione.

Quest'ultima, infatti, in particolare nelle dipendenze, può essere fatta soltanto se si guida la persona a rivedere atteggiamenti (idee inesatte, credenze erranee o pregiudizi incontestati) e a correggere fattori rischio.¹¹⁵

Siccome la famiglia è per la persona, il primo ambiente di vita, ma anche di educazione, è la più indicata a svolgere tale ruolo. I genitori, nella loro funzione materna e paterna, hanno un ruolo centrale nell'educazione dei figli e, quindi, anche nella formazione di opinioni, atteggiamenti e abitudini nell'uso di alcol così come di altre sostanze psicoattive nelle nuove generazioni.¹¹⁶

Per questo, chi meglio di lei può svolgere un'azione correttiva e di prevenzione?

L'educazione consiste nell'essere quello che si vuole trasmettere. Una famiglia, tra quelle che hanno dovuto affrontare l'alcolismo e sono riuscite a uscirne, ha ben chiaro ciò che è bene essere per il proprio benessere, ossia, condurre una vita all'insegna della sobrietà e l'azione di prevenzione acquisterà valore e risulterà avere maggiori probabilità di successo.

Un esempio esprimerà meglio il concetto:

¹¹³ V. Andreoli, A. Basile, *Alcool e famiglia*, Gruppo Abele, Torino, 1986, pag 103

¹¹⁴ E. Slater (15 Maggio 1927- 20 Giugno 2013) scociologo e scrittore americano

¹¹⁵ V. Andreoli, A. Basile, *Alcool e famiglia*, Gruppo Abele, Torino, 1986, pag 104

¹¹⁶ M. Cibir, M. Mazzi, L. Rampazzo, G. Serpelloni, *L'alcolologia nell'ambulatorio del medico di medicina generale*, Editing F. Lelli, Italia, 2001, pag 185 e 194

"Alessandro è un ex alcolista. Lui e la sua famiglia riescono dopo anni di ricadute, lavoro su se stessi e studio sul fenomeno a cambiare. Comprendendo il vero significato, per se stessi, della dipendenza hanno potuto modificare il loro stile di vita che li ha portati a uscire dall'alcolismo a testa alta. Le difficoltà provate e il radicale sforzo per superare il fenomeno hanno portato Alessandro e la sua famiglia a sviluppare una solida ragione per non bere e approcciarsi all'alcol. La dimostrazione di ciò sta che sia Alessandro che i suoi congiunti sono astinenti da anni e sono riusciti nel tempo, attraverso il dialogo, ma soprattutto grazie alla caparbia, nel non ordinare alcolici alle uscite, a far diventare astinenti gli amici e conoscenti che prima li incoraggiavano a bere. Alessandro e la sua famiglia hanno, così, fatto un'azione di prevenzione sia sul territorio sia a casa. Ciò che hanno ben comunicato agli altri e, in primis, ai propri familiari, la figlia di Alessandro, sono i vantaggi di una vita sobria e i rischi - danni di una vita con l'alcol. L'hanno trasmesso con efficacia perché, portando la cicatrice dell'alcolismo, hanno fatto propri i danni ma, in maniera particolare, il dolore che l'alcol ha loro provocato, riuscendo così a trasferire vividamente, perché appunto loro ricordo, tale insegnamento. Se di una cosa si ha esperienza e se questa è interiorizzata e capita (perché diventa "pelle propria"), è facile anche diffonderla e non dimenticarla".

L'esempio di un comportamento corretto, qual è quello di famiglie astinenti, come può essere la famiglia di Alessandro, mantenuto con convinzione (molto spesso maggiore di professionisti che fanno parte dei bevitori moderati e/o che non hanno posizione chiara sul bere) è più efficace di tante campagne di sensibilizzazione.

La riprova di ciò viene dai giovani che, nonostante abbiano ricevuto un'educazione alla salute dalla scuola, scelgono comunque di mettere in atto comportamenti a rischio come l'attuale diffuso binge drinking.

A tal proposito, aveva ragione Ippolito Nievo¹¹⁷, quando, allegoricamente, ripeteva: *"La parola è suono, l'esempio è tuono"*.

¹¹⁷ Ippolito Nievo (Padova, 30 Novembre 1831- mar Tirreno, 4 Marzo 1861) studia legge a Pavia e Padova anche scrittore. L'opera di maggior successo sono le Confessioni di un italiano, pubblicate postume nel 1867 con il titolo voluto dall'editore, di Confessioni di un ottuagenario



Solo attraverso l'esempio coerente e costante che si traccia e s'insegna a seguire un percorso e quindi non c'è da sorprendersi che si apprende maggiormente guardando che ascoltando.

La famiglia, dunque, si configura come quella più in grado di insegnare e correggere gli atteggiamenti.

Hudolin sosteneva che l'attività di prevenzione deve cominciare molto presto, già nel corso dei primi processi educativi dei bambini.¹¹⁸

È, infatti, a mio avviso, doveroso intervenire nel principio, quindi nel bambino, perché è lì che si gettano le basi per il futuro.

Già in gravidanza le madri dovrebbero acquisire conoscenze e abilità per estraniarsi dall'alcol. Ciò permetterebbe di prevenire la sindrome alcol - fetale (SAF) scatenata dall'esposizione del feto all'etanolo, e di ridurre la probabilità d'insorgenza futura di alcolismo nel nascituro (ci sono ricerche che dimostrano la correlazione dipendenza alcol con l'assunzione dello stesso in gravidanza).

Va poi ricordato che un'azione preventiva centrata sulla donna - madre avrebbe una ricaduta positiva su tutta la famiglia.

Si ricorda che è proprio la donna, nella maggioranza dei casi, la responsabile dei consumi familiari quotidiani determinando, così, lo stile alimentare familiare incluso quello concernente il consumo alcolico.¹¹⁹

Bisogna considerare, inoltre, che l'attività di prevenzione sia distintiva in quanto si concentra su un danno possibile e probabile, spesso manifesto, e mira ad arrestarne la riproduzione.¹²⁰

Ricordando che la famiglia è indicata come uno dei fattori di rischio dell'alcolismo, si dovrebbe, a maggior ragione, per prevenire il fenomeno, focalizzarsi su questa per

¹¹⁸ Vladimir Hudolin, *Manuale di Alcolologia*, Erickson, Trento, 1991, pag 127

¹¹⁹ M. Cibir, M. Mazzi, L. Rampazzo, G. Serpelloni, *L'alcolologia nell'ambulatorio del medico di medicina generale*, Editing F. Lelli, Italia, 2001, pag 194

¹²⁰ M. Dal Pra Ponticelli, *Dizionario di Servizio Sociale*, Carrocci Faber, Urbino, 2009, pag 462

ridurre, se non eliminare alla radice, il problema e per promuovere la diffusione di un atteggiamento sano.

È da dire che la famiglia, costituendosi come risorsa comprovata, aiutando gli altri, dà un duplice vantaggio alla società.

Da un lato implementa le proprie risorse (principio helper therapy) gravando meno sui costi sociali, dall'altro sorregge la comunità facilitando il lavoro dei servizi, compresi i gruppi di auto-mutuo aiuto, quali il club, o sostenendo le campagne di educazione alla salute e mantenimento dell'astinenza.¹²¹

Sostengo e ci credo molto in questo perché lo vedo nella quotidianità con il club. Quando al club assisto all'ingresso di una nuova famiglia in crisi o quando si organizza un interclub, le famiglie con le loro storie riescono a divulgare, quella che è per me l'essenza del contenuto preventivo (mirare a limitare, frenare o impedire che si verifichi un certo danno) tramite il loro univoco grido: "*Farsi aiutare non è sbagliato, non bisogna vergognarsene. Fermatevi, riflettete e non uccidetevi avvelenandovi un po' alla volta con l'alcol. Star bene è un diritto ma anche un dovere, ecco perché siamo qui!*".

La famiglia quindi assume un significato di prevenzione giacché educa nelle vesti di comunità etica; in altre parole, la famiglia è l'ambiente che protegge la comunità umana tramite l'educazione all'umano e all'osservanza di norme e proposte da vivere in un clima di solidarietà.¹²²

Se la famiglia è in grado di fare prevenzione è anche in grado di curare?



La famiglia, risorsa nella cura all'alcolismo

Nel percorso di riconquista della propria indipendenza dall'alcol il bevitore si può trovare davanti a due condizioni:

¹²¹ F. Folgheraiter, *Teoria e metodologia del servizio sociale - La prospettiva di rete*, FrancoAngeli, Milano, 2003, pag 144 e 145

¹²² V. Hudolin, Assisi 1996

- Essere fiancheggiato da una famiglia che, come già detto, è provata da dolore e gravata dal peso di problemi morali e materiali.
- Essere solo.

Già rispetto la condizione di partenza dell'alcolista s'intuiscono i vantaggi della presenza familiare. Se l'alcolista è solo, il trattamento, normalmente, sarà per i professionisti più difficile.

Il bevitore solo, infatti, è normalmente più a rischio di emarginazione e tendente alla non autosufficienza per la compromissione delle abilità sociali oppure già in uno stato di grave compromissione che lo rende incapace di soddisfare bisogni biologici e relazionali.¹²³

Dalle due possibili situazioni discende quindi una richiesta di attenzioni maggiori per l'alcolista solo.

Rimane, però, il fatto che la persona ha chiesto aiuto e quindi il percorso di trattamento e di cambiamento verso l'autonomia ha già avuto inizio, nonostante lo svantaggio di essere senza famiglia e quindi, contro la propria dipendenza, di poter contare solo su se stesso.¹²⁴

Dico questo perché una persona che si vede riconosciuta e incoraggiata da figure di riferimento importanti, come i propri congiunti, è facilitata nel lavoro di ripresa della propria autonomia.

Credo sia questa la ragione per cui a club mi sono sentita dire dall'alcolista in trattamento: *"Mi sento tornato bambino, al tempo che volevo fare l'esperienza di andare in bici perché ero stufo di essere accompagnato a casa dell'amico più distante. Vuoi imparare ad andare in bici per cambiare la tua situazione di dipendente ma usarla da solo ti spaventa. Per*



¹²³ P. Gini, M.G. Giunta, M. G. Rossini, B. Longoni, *IL PROBLEMA ALCOL, Comprendere e aiutare chi beve troppo*, Ambrosiana, Milano, 2010 pag 99

¹²⁴ P. Gini, M.G. Giunta, M. G. Rossini, B. Longoni, *IL PROBLEMA ALCOL, Comprendere e aiutare chi beve troppo*, Ambrosiana, Milano, 2010 pag 99 e 100

prendere coraggio a pedalare hai così bisogno di essere sostenuto dai genitori che mentre muovi i primi passi ti "tengono" per la maglia per darti sicurezza e incoraggiarti. Quando poi prendi velocità, ti lasciano andare solo e arrivi al traguardo e riconosci che ce l'hai fatta! Questo, non solo perché hanno creduto in te ed erano lì ma anche per le tue capacità. Tutti i componenti della famiglia hanno fatto il proprio pezzetto in un percorso comune".

Quest'allegoria è efficace perché fa capire bene come la famiglia sia una risorsa per l'alcolista nel suo trattamento, come essa sia una motivazione al cambiamento, una molla dove l'alcolista ricostruisce l'autostima fornendo prova a sé di poter affrontare le proprie perplessità e paure.

Per questa ragione l'alcolista solo incontra difficoltà maggiori, con minor possibilità di mantenere risultati - cambiamenti importanti come l'astinenza, ed è esposto al rischio di riprendere vecchi e scorretti stili di vita.¹²⁵

Se si considera che la famiglia può essere una tra le cause dell'alcolismo, non si può, tuttavia, non riconoscere che è, come sottolinea l'approccio ecologico - sociale, il perno del lavoro dell'alcolista e quindi la sua forza, se si comporta da leva che agevola l'operato.¹²⁶

La famiglia, però, in questo deve essere indirizzata perché non sempre comprende il suo ruolo nel problema e, soprattutto, perché possa funzionare efficacemente, deve risolvere le eventuali crisi nel proprio ambito che nascono da un'inefficace interazione al suo interno.¹²⁷

Da ciò emerge che la "fine" dell'alcolismo necessita un cambiamento nella relazione individuo-famiglia e che quindi richiede tanto lavoro all'individuo tanto alla famiglia

¹²⁵ Ivi, *Ibidem*

¹²⁶ Vladimir Hudolin, *Sofferenza multidimensionale della famiglia e Disagi alcol correlati: vecchi problemi umani*, Associazione per lo studio e la prevenzione delle dipendenze, Eurocare Italia, Arcat Lombardia, Udine, 2010, pag 84

¹²⁷ P. Gini, M.G. Giunta, M. G. Rossini, B. Longoni, *IL PROBLEMA ALCOL, Comprendere e aiutare chi beve troppo*, Ambrosiana, Milano, pag 106 e 107

che non si può non coinvolgere e non considerare come parte integrante della soluzione. Si può pertanto terminare dicendo che la famiglia deve essere guardata come un sistema aperto capace d'interscambio e di risorse proprie da sfruttare.¹²⁸

2.5. Il sostegno alla famiglia e all'individuo

La famiglia, come si è visto, è una potente risorsa soprattutto perché attutisce i traumi che l'individuo sperimenta.

Rispetto cioè la rottura di un legame, separazioni, lutti, o altro, e della sua stabilità, disoccupazione, alcolismo, ecc, ha conseguenze sociali importanti poiché riduce la funzione assicurativa della stessa.¹²⁹

D'altra parte se si considera che l'individuo e la famiglia appartengono a un unico sistema, anche una difficoltà del singolo influenza la stabilità della famiglia e, di conseguenza, della società.

In tal modo è essenziale pensare di sostenere in maniera paritaria sia l'individuo sia la famiglia.

Il compito della politica oggi nei confronti della famiglia si traduce, però, molte volte, in un mero sostegno economico agli individui nei loro compiti di cura verso un soggetto debole, quale un bambino o un anziano.¹³⁰

Questo molte volte comporta un concetto limitativo di aiuto alla famiglia, dimenticando che spesso i soggetti hanno molte volte bisogno di essere fattivamente sostenuti, aiutati psicologicamente e educativamente in modo che non si sentano abbandonati o sovraccaricati di competenze o responsabilità che spesso non sono in grado di portare avanti o di assumere.¹³¹

¹²⁸ Ivi, *Ibidem*

¹²⁹ Documento preparatorio alla 47Settimana Sociale dei Cattolici Italiani, *La famiglia speranza e futuro della società Italiana*, Torino, 2013

¹³⁰ P. Donati, *La famiglia il genoma che fa vivere la società*, Rubbettino, Catanzaro, 2013, pag 214 e 215

¹³¹ D. Del Boca, A. Rosina, *FAMIGLIE SOLE sopravvivere con un welfare inefficiente*, il Mulino, Bologna, 2009, pag 133,134 e 135

La sussidiarietà, intesa sia in modo verticale che orizzontale, l'integrazione degli interventi socio-assistenziali, la unitarietà e non la frammentazione delle politiche sociali e familiari sono solo alcuni dei possibili strumenti per venire incontro alla domanda del malato e della sua famiglia.¹³²

È necessario che si espliciti ciò anche attraverso iniziative comuni a livello di UE in modo da avere una prospettiva e linee unitarie sulle politiche familiari dirette e in grado di rispondere alle diverse problematiche e sfide a che oggi si pongono quali

- 1) Il declino demografico
- 2) Il ruolo della donna nella realtà economica e sociale e quindi la salvaguardia dei diritti paritari
- 3) La mancata inclusione sociale degli individui a fronte di gravi carichi familiari¹³³

A causa della nuova morfogenesi familiare (frammentazione attraverso divorzi, separazioni, e deistituzionalizzazione dovuta a convivenze, famiglie allargate, ecc.) pone il problema che le politiche familiari debbano essere riviste.

Allora il modo per sostenere il benessere degli individui e delle famiglie deve intravedere la possibilità di una nuova concezione del welfare che basi le sue politiche sul principio di mobilitazione delle risorse umane, sociali e materiali per sostenere i beni relazionali della famiglia.

Questo implica, però, una creatività cui dovrà fare da sostegno una nuova concezione positiva sociale che dovrà essere sostenuta culturalmente ed educativamente per superare quelle tendenze individualistiche e qualunque diffuse tra molte persone ad ogni livello e ad ogni età attualmente della nostra società.¹³⁴

¹³² P. Donati, *La famiglia il genoma che fa vivere la società*, Rubbettino, Catanzaro, 2013, pag 220, 221 e 222

¹³³ P. Donati, *La famiglia il genoma che fa vivere la società*, Rubbettino, Catanzaro, 2013, pag 214 e 215

¹³⁴ P. Donati, *La famiglia il genoma che fa vivere la società*, Rubbettino, Catanzaro, 2013, pag 221 e 222

3. Dal paradigma all'esperienza

L'alcol fa nascere un disagio non solo nel bevitore ma anche nella famiglia che, a causa del bere, pure di un solo membro, risente di una serie notevole di problemi alcol correlati.

Si rintraccia, attraverso uno studio della letteratura, un'originale metodologia, il metodo Hudolin, che, cogliendo l'importanza della famiglia, interviene, nel trattamento dell'alcoldipendenza, non sul bevitore ma sullo stesso nucleo familiare tramite l'ascolto delle sofferenze famigliari e lo sfruttamento delle risorse prima esaminate che la famiglia può mettere in moto.

Rispetto ciò si mostra, poi, come tale paradigma sia trovi una sua concretezza operativa nel lavoro dell'alcolologia e nei Club degli Alcolisti in Trattamento (CAT) sia quanto sia utile la conoscenza e il coinvolgimento in esso per l'assistente sociale.

3.1. La famiglia nella teoria sistemica e l'approccio familiare

Nella prima parte della tesi si è visto come l'alcolismo riguardi tanto il bevitore quanto la famiglia.

Si ricorda, infatti, che all'interno del gruppo familiare in cui vive un alcolista, vi sono delle dinamiche che richiedono, per il superamento del problema alcolico, cambiamenti di ruolo e di funzioni in tutto il nucleo. Pertanto, nel trattare l'alcoldipendenza, diventa centrale attuare un intervento che sia rivolto sia all'alcolista sia alla sua famiglia e, di conseguenza, conduca a un cambiamento psicologico comportamentale di entrambi.

La teoria dei sistemi o teoria sistemica, formulata dal filosofo Ludwig von Bertalanffy¹³⁵, ha permesso la nascita dell'approccio familiare che si ritiene fondamentale per l'intervento terapeutico sopra descritto.

¹³⁵ L. Bertalanffy (19 Settembre 1901- 12 Giugno 1972) biologo e filosofo austriaco conosciuto soprattutto per aver teorizzato la teoria dei sistemi

Questo si attiva per la cura dell'intero nucleo familiare con l'obiettivo ultimo di rettificare le modalità di relazione di ogni membro¹³⁶.

Ispirandosi alla teoria sistemica, l'approccio familiare considera la famiglia come un sistema, ossia un'unità intera e unica che costituisce un ordine dinamico di parti e di processi in relazione tra loro e tendenti a un equilibrio che, essendo in relazione con gli altri elementi del sistema, ha una sua ragione d'essere per la specifica funzione che svolge.

In conformità a ciò, comportamenti, ruoli e funzioni diverse, proprie di ogni singolo elemento, concorrono a generare la proprietà emergente del sistema, una caratteristica superiore alla somma delle sue funzioni.¹³⁷

Secondo l'impostazione sistemica ogni elemento del sistema sarà influenzato e risentirà di tutte le esperienze drammatiche dei suoi appartenenti, quindi, un problema quale è il bere, si rifletterà sull'intera famiglia e il comportamento di ognuno potrà condizionare quello di tutti gli altri.¹³⁸



In sintesi, ogni membro di una famiglia è in rapporto costante con tutti gli altri elementi e ogni alterazione di uno dei soggetti produrrà una variazione in tutto il sistema. A sua volta, ogni cambiamento creerà una risposta, una trasformazione all'interno della famiglia e, di conseguenza, un ultimo equilibrio nuovo.

Rispetto a ciò, per l'approccio familiare, basato sull'impostazione sistemica, diviene importante, davanti a una problematica come l'alcolismo, indagare sui modi d'interazione che si originano nel sistema familiare nel quale possono esserci relazioni problematiche che hanno bisogno di un intervento esterno.¹³⁹

¹³⁶ <http://www.costellazionifamiliariesistemiche.it/>

¹³⁷ <http://www.costellazionifamiliariesistemiche.it/>

¹³⁸ <http://www.costellazionifamiliariesistemiche.it/>

Quest'ultimo sarà finalizzato a fornire strumenti nuovi per superare i disagi che ci possono essere.

3.2. Il Metodo Hudolin: l'approccio ecologico-sociale ai problemi alcol correlati e complessi

Un sostenitore della teoria sistemica e dell'approccio familiare è Vladimir Hudolin¹⁴⁰ (1922-1996) che, considerando l'alcolismo come disturbo sistemico ossia, problema che non colpisce solo il bevitore ma l'intero sistema in cui è in relazione, propone una nuova prassi di trattamento del fenomeno.

Questa innovativa prassi operativa deve essere eseguita in un'ottica sistemica, cioè partire dal trattamento del primo sistema in cui l'alcolista s'inserisce, la famiglia, per poi rivolgersi alla comunità, in altre parole al sistema dove l'etilista vive e lavora.¹⁴¹

Pertanto, anche in linea con l'approccio familiare che concepisce l'alcolismo come frutto di uno stile di vita disfunzionale che parte dalle dinamiche nel sistema famiglia, la modalità operativa di Hudolin fa sì che non sia solo il singolo individuo l'unico destinatario dell'intervento, ma tutto il nucleo familiare.



L'aspetto rivoluzionario del trattamento diviene quello sia di considerare l'alcolismo e i problemi a esso correlati come stile che deve essere corretto nei sistemi ecologico - sociali, sia, di conseguenza, nel considerarlo come problema riguardante l'intera

¹³⁹ V. Hudolin, P. Gosparini, G. Guidoni, N. Kohal, H Kolstad, F. Macromini, F. Piani, G. Pitacco, M. Sforzina, -Club degli alcolisti in trattamento- Manuale per il lavoro nei Club degli alcolisti in trattamento (Approccio ecologico sociale), Edizione italiana, Scuola Europea di Alcologia e Psichiatria Ecologica, Maniago (PN), 2001, pag 133 e 134

¹⁴⁰ V. Hudolin neuropsichiatra dell'Università di Zagabria ha dato avvio all'esperienza dei Club alcolisti in trattamento

¹⁴¹ V.Hudolin, *Manuale di alcologia*, Erickson, Trento, 1991, pag 221

società per cui è solo attraverso un cambiamento socioculturale che può essere superato.¹⁴²

La metodologia di Hudolin mette in discussione, perciò, la cultura generale del bere richiedendo uno sforzo di cambiamento e di maturazione, non solo alla famiglia e all'alcolista, ma anche alla comunità per ottenere così una modificazione nella cultura sanitaria generale.

In sintesi con Hudolin si realizza una rivoluzione epistemologica nell'approccio all'alcolismo: l'alcolismo e i problemi a esso correlati non sono più indicati come malattia o vizio ma come comportamento, stile di vita, di natura biologica, psicologica, sociale; da ciò deriva che la loro cura e prevenzione non può avvenire senza un cambiamento della comunità intesa come una comunità di famiglie.

La conseguenza è che il trattamento imposta il suo lavoro sul Club, una Comunità Multifamiliare composta dagli alcolisti in trattamento e le loro famiglie che a sua volta fa parte della comunità territoriale basata sulla libera iniziativa dei cittadini, come, per esempio, le diverse attività sociali, e sulla famiglia con l'alcolista.¹⁴³

Lavorando con tale impostazione è possibile favorire l'assunzione di responsabilità da parte di tutti e, quindi, tutelare la salute di tutti poiché tutti nella comunità s'interessano a proteggere e promuovere il proprio benessere.¹⁴⁴

Per realizzare ciò Hudolin organizza sul territorio settimane di formazione rivolte a tutti in cui fornisce la metodologia di trattamento degli alcolisti e delle loro famiglie, ma, soprattutto, spostando l'accento dall'alcolismo al bere, promuove la messa in discussione della cultura alcolica e la diffusione di tale metodologia che si afferma come "*approccio ecologico - sociale ai problemi alcol - correlati e complessi*".

¹⁴² V.Hudolin, Manuale di alcolologia, Erickson, Trento, 1991, pag 269, 270 e 271

¹⁴³ Vladimir Hudolin, *Sofferenza multidimensionale della famiglia e Disagi alcol correlati: vecchi problemi umani*, Associazione per lo studio e la prevenzione delle dipendenze, Eurocare Italia, Arcat Lombardia, Udine, 2010, pag 241

¹⁴⁴ Ivi, ibidem

3.3. Il Club Alcolisti in Trattamento e la Famiglia

La tecnica di trattamento dei problemi alcol correlati e complessi sviluppata sull'approccio ecologico-sociale è appoggiata ai Club degli Alcolisti in Trattamento (CAT).

Il Club è un'Associazione privata nata per le famiglie con problemi di alcol e alcol correlati.

Rispetto ciò si presentano come una proprietà delle famiglie che lo seguono per iniziare e poi consolidare il cambiamento dello stile di vita segnalato da Hudolin.¹⁴⁵

I CAT, definiti come comunità multifamiliari, da non confondere con i gruppi di auto-mutuo aiuto, sono inseriti nella comunità locale e lavorano secondo l'approccio familiare già presentato.

In linea anche con l'approccio ecologico - sociale i CAT operano a tre diversi livelli di prevenzione, tra loro interagenti:

- La prevenzione terziaria per evitare le ricadute e il peggioramento della persona con un grado elevato di problema alcolcorrelato
- La prevenzione secondaria per sostenere i soggetti che sono stati tempestivamente individuati e aiutarli nel fermare o rallentare l'emergente problematica
- La prevenzione primaria per promuovere nell'ambiente "sano" circostante, quali una riflessione sulla cultura del bere e un impegno per la protezione e promozione della salute da parte di servizi sanitari, organizzazioni pubbliche, private e degli stessi cittadini

I CAT sono composti di un minimo di due a un massimo di dodici famiglie, accumulate dal problema alcol e da un Servitore Insegnante (SI), cioè un volontario che si pone al servizio delle famiglie.

I CAT si organizzano attribuendo compiti specifici ai membri.

¹⁴⁵ Associazione Provinciale dei Club degli Alcolisti in Trattamento del Trentino, *Cara famiglia questo è il nostro Club. CLUB delle famiglie con problemi alcol correlati*, IRSRS APCAT CSDPA- Centro Studi e Documentazione sui Problemi Alcolcorrelati , Trento, 2000, pag 6, 7 e 8

Vi è il presidente che rappresenta il Club nelle sedi e nei momenti ufficiali, il vice presidente, eventuale sostituto del presidente, il segretario, responsabile della corrispondenza, il cassiere responsabile della contabilità, il patronage, gruppo di membri che si occupa delle visite amicali alle famiglie in difficoltà e il responsabile della sede che si cura della gestione.

Le regole di funzionamento sono molto semplici e si riassumono in:

- Partecipazione ossia frequenza costante alle sedute
- Rispetto della puntualità
- Divieto di fumo
- Stesura del verbale alla fine di ogni seduta
- Richiesta di astinenza dall'alcol
- Versamento della quota associativa, per sostenere eventuali spese del Club e dell'Associazione (ACAT) che li rappresenta, li sostiene e li coordina
- Creazione, con l'ingresso di una tredicesima famiglia, di un nuovo Club¹⁴⁶

L'importante è, però, tener sempre presente che il Club non vive di verbali, atti formali, cariche ecc., ma dei cuori, delle amicizie, delle condivisioni e delle persone con le loro famiglie che fanno la sua ricchezza.¹⁴⁷

I CAT possono paragonarsi a una porta aperta sulla comunità per le famiglie in difficoltà. Questi, difatti, non adottano l'anonimato, ma anzi danno testimonianza della loro esperienza alla comunità locale di cui sono espressione.

La decisione astenersi dal bere non è semplice, come non lo è cambiare i propri comportamenti, abitudini, il proprio stile di vita, ma la frequenza al Club agevola le cose.

¹⁴⁶ Associazione Provinciale dei Club degli Alcolisti in Trattamento del Trentino, *Cara famiglia questo è il nostro Club. CLUB delle famiglie con problemi alcol correlati*, IRSRS APCAT CSDPA- Centro Studi e Documentazione sui Problemi Alcolcorrelati , Trento, 2000, pag 15, 16 e 17

¹⁴⁷ APCAT Trentino Centro Studi, *Alcol: conoscerti per scegliere, Il club degli alcolisti in trattamento*, Associazione Provinciale dei Club degli Alcolisti in Trattamento del Trentino Centro Studi, Trento, 2003, pag 11

Questo perché durante gli incontri settimanali, della durata di un'ora e mezza, ciascun membro del Club può parlare e condividere qualsiasi aspetto della propria vita, non necessariamente sempre legata all'alcol, e questo scambiarsi "pezzettini" di vita, opinioni fa sentire uniti.

Al Club si lascia il passato alle spalle e parlare del presente per progettare il futuro aiuta a creare empatia e un'atmosfera solidale di amicizia fornendo l'insegnamento che cooperare assieme per il cambiamento del proprio stile di vita è costruttivo e semplifica il cambiamento rendendolo gratificante.¹⁴⁸

Il funzionamento del Club si basa sull'interazione dei suoi membri e tale scambio conduce l'alcolista a sperimentare una nuova visione di sé, di chi gli sta attorno e della realtà, venendo responsabile di sé e della fuori dal Club per il della comunità, riprendendo nella società.



L'approccio ecologico - persona e alla famiglia che quindi hanno il diritto e dovere di prendersi cura del proprio benessere e a intervenire attivamente a tale riconquista.

spronato a divenire propria salute, a collaborare miglioramento della salute così anche una posizione sociale, infatti, insegna alla hanno delle potenzialità e

Bisogna ricordare che, quando il Club è frequentato dai familiari al completo, smettere di bere è più semplice poiché lo stile di vita riguarda tutti e quindi il percorso di modificazione è della famiglia.

Questa è anche la ragione per cui l'astensione all'alcol e il non tenere alcolici in casa sono richiesti a tutto il nucleo, invitato, così, a condividere un cammino.

¹⁴⁸ Associazione Provinciale dei Club degli Alcolisti in Trattamento del Trentino, *Cara famiglia questo è il nostro Club..CLUB delle famiglie con problemi alcol correlati*, IRSRS APCAT CSDPA- Centro Studi e Documentazione sui Problemi Alcolcorrelati , Trento, 2000, pag 10 e 11

Le famiglie scelgono liberamente di aderire al Club, sia come atto di solidarietà, sia come scelta che va a vantaggio della propria salute.¹⁴⁹

Può succedere che al Club venga solo una parte della famiglia o che l'alcolista in trattamento venga solo.

Nel primo caso si lavorerà sulla motivazione affinché tutta la famiglia inizi a seguire, nel secondo caso, invece, il Club cerca una nuova famiglia, come amici o persone rilevanti per l'ex bevitore, in modo che la persona non si senta sola e quindi sia più motivata a non abbandonare il percorso.¹⁵⁰

Non è raro che le famiglie, con problemi alcolici, abbiano difficoltà a rivelare le proprie problematiche e se ne vergognino. Diventa, pertanto, importante che il Club spinga all'accettazione e faccia capire che quello non è un tribunale che giudica o condanna ma che si è lì per farsi forza nel rispetto.

L'ingresso di una nuova famiglia è per il Club momento di grande importanza.

L'ingresso può avvenire spontaneamente o essere mediato dal medico di base, dal servizio pubblico o da qualunque altra Istituzione.

Ogni ingresso, però, deve essere preceduto dal colloquio con il SI che ha lo scopo di spiegare il funzionamento del Club ma soprattutto di accogliere.

La famiglia nel Club, nel tempo, impara che è lì per se stessa e che è entrata a far parte di una nuova famiglia in cui può sentirsi libera giacché nessuno decide per l'altro, ognuno deve imparare a camminare con le proprie gambe.

Quest'ultimo concetto è, di fatto, il fine ultimo. Crescere sarà faticoso ma insegna a vivere.¹⁵¹

¹⁴⁹ Associazione Provinciale dei Club degli Alcolisti in Trattamento del Trentino, *Cara famiglia questo è il nostro Club..CLUB delle famiglie con problemi alcol correlati*, IRSRS APCAT CSDPA - Centro Studi e Documentazione sui Problemi Alcolcorrelati , Trento, 2000, pag 7-13 e 14

¹⁵⁰ Associazione Provinciale dei Club degli Alcolisti in Trattamento del Trentino, *Cara famiglia questo è il nostro Club..CLUB delle famiglie con problemi alcol correlati*, IRSRS APCAT CSDPA - Centro Studi e Documentazione sui Problemi Alcolcorrelati , Trento, 2000, pag 7, 8 e 9

3.4. Alcune esperienze

Con l'introduzione del concetto di tossicodipendenza come malattia c'è la necessità di identificare dei servizi pubblici che, in sostituzione agli ospedali, luoghi deputati prevalentemente al trattamento dei casi acuti, si occupino della cura, prevenzione e riabilitazione delle problematiche legate alle dipendenze da sostanze psicoattive come alcol e droga.

Tale compito è demandato, a partire dalla riforma sanitaria del '78, alle attuali Aziende Servizi Sanitari (ASS) locali che organizzano al proprio interno i Servizi per le Tossicodipendenze (SERT) aventi il compito di garantire, tra i tanti, di destinare sostegno psicologico e motivazionale a chi all'interno di un percorso di riabilitazione desidera rompere con l'abuso di sostanze.

Per la gestione di tale offerta e per garantire una risposta a tutte le problematiche legate a una dipendenza vengono organizzati i Dipartimenti delle Dipendenze, dentro cui si colloca l'Alcologia che si occupa dell'alcolismo e dei problemi alcolcorrelati.

Oggi, l'Alcologia, per la cura di questa piaga e dei problemi ad esso associati, si avvale anche del metodo Hudolin, grazie al quale si interviene per contrastare sia la dipendenza alcolica sia le difficoltà soprattutto relazionali presenti nella famiglia.

In questo modo è possibile reinserire efficacemente l'individuo con la sua famiglia all'interno della comunità che, avendo acquisito uno stile di vita migliore, attraverso il suo esempio sensibilizza all'alcolismo, prevenendolo sul territorio.



L'Alcologia di San Daniele

Nel ruolo di SI ho avuto accesso frequente all'alcologia di San Daniele, centro di riferimento del territorio per le problematiche legate al percorso algologico residenziale. Essa fa parte della Struttura Operativa Complessa (SOC) dell'Unità

¹⁵¹ Associazione Provinciale dei Club degli Alcolisti in Trattamento del Trentino, Cara famiglia questo è il nostro Club...CLUB delle famiglie con problemi alcol correlati, IRSRS APCAT CSDPA- Centro Studi e Documentazione sui Problemi Alcolcorrelati , Trento, 2000, pag 11 - 13 e 14

operativa alcologica del Dipartimento delle Dipendenze dell'Azienda dei Servizi Sanitari (ASS) n. 4 del Medio Friuli.

In adempimento del proprio mandato istituzionale, la Comunità dell'Alcologia di San Daniele svolge azioni di cura, prevenzione e riabilitazione attraverso alcune attività proposte da personale specializzato.

Per il trattamento dei problemi alcol - correlati è utilizzato l'approccio ecologico -sociale proposto da Hudolin con l'obiettivo di promuovere l'astinenza e il cambiamento di stile di vita attraverso l'inserimento successivo delle famiglie nei CAT delle comunità di appartenenza.

I programmi proposti possono essere in regime Day Hospital o Residenziale (ricovero) per una durata minima di quattro settimane, tempo che, però, può essere prolungato qualora il paziente e i suoi familiari non si sentano pronti a lasciare la struttura.

Il ricovero è preceduto da un primo colloquio, condotto dal medico - psichiatra, con l'alcolista la sua famiglia. Nell'incontro sono raccolte informazioni inerenti la vita familiare, personale e le abitudini alcoliche, quantità, frequenza di assunzione delle dosi alcoliche, ecc., che permettono all'equipe di effettuare una valutazione della condizione psico-fisica del paziente, nonché delle problematiche relazionali, sociali, esistenziali della vita del paziente e dei familiari.¹⁵²

Il ricovero non è sempre volontario; in alcuni casi può essere richiesto dagli stessi familiari incapaci di gestire la tossicodipendenza, dal tribunale come alternativa alla detenzione, dai Servizi Sociali come percorso riabilitativo e reinserimento sociale della persona.¹⁵³

¹⁵² P. Gini, M.G. Giunta, M. G. Rossini, B. Longoni, *IL PROBLEMA ALCOL, Comprendere e aiutare chi beve troppo*, Ambrosiana, Milano, 2010, pag. 102

¹⁵³ P. Gini, M.G. Giunta, M. G. Rossini, B. Longoni, *IL PROBLEMA ALCOL, Comprendere e aiutare chi beve troppo*, Ambrosiana, Milano, 2010, pag. 100

Nel corso del primo colloquio sono poi spiegati le regole e i principi per aiutare al meglio il cambiamento. Tali concetti sono poi richiamati più volte nel corso dei momenti di comunità.

Come detto all'inizio l'alcolologia si avvale anche del metodo Hudolin, il quale vuole portare le persone a capire quanto sia importante la sobrietà e il cambiamento del proprio stile di vita, ad acquisire serenità attraverso l'acquisizione di ruoli persi a causa dell'alcol e, grazie alla gestione corretta della comunicazione, a relazionarsi e a gestire le proprie emozioni meglio.

Grazie proprio al percorso intrapreso in Comunità che le persone entrano in contatto con la metodologia di Hudolin, con il cambiamento dello stile di vita da lui promosso e con la realtà dei CAT.

Al momento della presa in carico è ricordato che il percorso di trattamento non è solo del bevitore ma di tutta la famiglia.

Questa è anche la ragione per cui le dimissioni sono richieste da tutti i componenti del nucleo familiare e non solo dalla persona in cura.

Il programma di trattamento si compone di due momenti essenziali per la crescita della famiglia:

- La comunità del mattino, composta dagli ospiti, i degenti, e dai professionisti del reparto di alcolologia. In comunità le persone hanno la possibilità di affrontare gli argomenti e le questioni concernenti l'alcolodipendenza.
- La comunità Multi-familiare della sera, composta dai pazienti, dagli specialisti, dalle famiglie e dai membri dei CAT dove, successivamente, saranno inserite le persone. Lì le persone possono condividere ma soprattutto confrontarsi con le problematiche quotidiane e sulle difficoltà di rielaborazione dei vissuti.

Il programma si accompagna ad alcune attività:

- Educazione alla salute per la spiegazione dei rischi e i danni riguardanti l'uso di alcol e per permettere ai pazienti e alle loro famiglie di consapevolizzare l'importanza del cambiamento di stile di vita.
- "*Verifica dei 20 giorni*" consistente in alcune domande rivolte alle persone, dopo un periodo di 20 giorni di ricovero, finalizzate a capire sia cosa il

singolo ha maturato nelle lezioni di Educazione alla Salute sia come procede il programma del paziente.

- "*Regole di comunità*" avente come scopo sia l'esposizione delle regole ai nuovi arrivati sia il ricordo delle stesse agli ospiti in struttura da più tempo.
- "*Gruppo autogestito*", gruppo condotto da un infermiere in cui sono letti e discussi dei questionari strutturati dagli operatori che i pazienti compilano singolarmente in precedenza. Tale attività permette di riprendere concetti che una o più persone possono non avere compreso.
- Gruppo libero con operatore dove i pazienti, in gruppo, scelgono di discutere su un argomento o di intervistare una persona senza, però, toccare la problematica alcolica.
- Rilassamento momento in cui si propone alla persona, tramite l'utilizzo della musica, di rilassare la mente.
- Ordine del giorno momento in cui si decide cosa affrontare durante la comunità del mattino e la comunità Multi-Familiare della sera.
- Assegnazione dei pazienti ai CAT del territorio e cariche settimanali, quali, ad esempio, il verbalista
- Concessione ai ricoverati di permessi, quali l'uscita dalla struttura per la frequentazione del CAT

Il metodo di lavoro nell'alcolologia di San Daniele è impostato sul lavoro di gruppo.

I professionisti formano con i pazienti dei gruppi aperti ed eterogenei, dove i membri sono accumulati dal problema dell'alcol e dalla condivisione delle proprie esperienze ed emozioni, cosa quest'ultima imprescindibile in quanto fattore aggregante.¹⁵⁴

La comunanza delle esperienze consente la creazione di un clima d'intimità e fornisce le informazioni necessarie per lo sviluppo di processi mentali.

Attraverso il confronto e l'ascolto attivo proprio della comunità, come ho potuto constatare personalmente, la persona si pone nella posizione di massima apertura: è interessata, partecipa, vuole capire, si mette in discussione con umiltà per rivedersi e migliorarsi soprattutto quando vede proficuo il modo di comportamento dell'altro.

¹⁵⁴ K. R. MacKanzie, *Psicoterapia breve di gruppo, applicazioni efficaci a tempo limitato*, Erickson, Trento, 2002, pag. 169

Tale atteggiamento aiuta la persona a uscire dai propri blocchi psicologici e la conduce ad acquisire, attraverso il racconto dell'altro, nuovi schemi mentali e ad assimilare, quindi, elementi per un cambiamento comportamentale cognitivo.

L'espressione di sentimenti e stati d'animo favorisce così apertura del gruppo e buona comunicazione, trasformando la Comunità in fonte di arricchimento e cura, e verifica per i membri, attraverso gli occhi degli altri, del proprio positivo cambiamento che diventa motivo di orgoglio, pace e crescita.

Il cambiamento nella Comunità, con riferimento al sistema ecologico - sociale, è catalizzato proprio attraverso i valori della spiritualità antropologica del metodo Hudolin quali, la solidarietà, l'amore, la compartecipazione e l'amicizia.¹⁵⁵



La mia esperienza all'interno del Club Alcolisti in Trattamento in rapporto al ruolo dell'Assistente Sociale

Mi è successo d'iscrivermi al corso di sensibilizzazione all'approccio ecologico - sociale su suggerimento del mio tutor di tirocinio ai fini del completamento della mia formazione.



Devo dire che è stata un'esperienza veramente importante dal punto di crescita personale e professionale.

Dal corso sono andata via con una consapevolezza diversa rispetto all'alcol e con il desiderio di offrire il mio contributo alla comunità di cui faccio parte.

Il lavoro dei gruppi autogestiti e la visita ai CAT mi ha permesso, durante quella settimana di corso, di capire che ci sono uomini che, nonostante abbiano commesso sbagli ed errori gravi, hanno bisogno di una possibilità per ricominciare e perché non esiste solo la caduta, ma anche il riscatto che diventa più semplice se si è supportati.

¹⁵⁵ Hudolin, in *Ricominciare insieme*, 1997 "Abbandonare l'alcol ed iniziare un cambiamento della persona, della famiglia e della comunità richiede l'arricchimento della solidarietà, dell'amicizia, dell'amore; richiede la ricerca della possibilità di una convivenza, la lotta per i diritti fondamentali e per una giustizia sociale e, infine, per la cosa più importante: la pace"

Io ho avuto la fortuna di avere dei genitori che, sebbene non siano da manuale educativo, mi hanno fornito valori e sicurezze tali da evitare di incappare in certe situazioni, quali appunto l'alcoldipendenza. Alla luce di ciò, non potevo decidere di tenere per me quelle qualità umane e quelle conoscenze che lo studio, il corso e la vita mi hanno fatto acquisire e che quindi queste andavano giocate nella realtà del quotidiano con chi non era stato fortunato come me.

A termine del corso sono così entrata a far parte dell'ACAT che mi ha subito fatto calare nel ruolo di Servitore Insegnante (SI).

Nel momento che sono entrata per la prima volta al Club sapevo che avrei dovuto mettere me stessa ed essere pronta per accogliere un vissuto umano che volevo vivere prima che capire.

Mi sentivo pronta a farlo ma non è stato facile: all'inizio vivevo una certa distanza tra me, il nuovo ambiente in cui ero entrata e le altre persone.

Le cose sono iniziate a cambiare quando ho smesso di considerare le altre persone semplicemente come gli "*altri*". Di fatti, tra di me capivo che, come accadeva in tirocinio, mettevo, tra me e i membri del mio club, una sorta di sottile velo che creava una distanza con l'altro.

Il velo era messo perché, ostinandomi a vedermi diversa da loro, io non dovevo essere supportata, non creavo la condizione per condividere davvero un percorso insieme.

E' stato così che ho compreso che tutti, indipendentemente dal modo e dalla quantità, siamo "*urtati*" da una problematica, quella del bere, che non è tanto del singolo ma della società.

Ho capito quindi che io sono corresponsabile con loro del bere e questo ha portato a un mio cambiamento, non inteso come lo smettere o no di bere, ma come una rivalutazione dei miei valori e del mio agire.

L'importante non è l'alcol ma l'uomo e che non c'è nessuno migliore o peggiore: tutti abbiamo qualche difficoltà e per costruire è necessario partire da un elemento comune quale il nostro cambiamento in positivo. Partendo, come loro, dal mio percorso di cambiamento e su questa comunanza, sul dover lavorare in primis su me stessa, ho iniziato a costruire.

Ormai è più di un anno che sono SI e mi rendo conto di quanto questo ruolo sia importante a livello professionale.

Innanzitutto il fatto di capire che al Club non andavo per loro, ma per me, mi ha trasmesso un insegnamento professionale importante: *"Non ci si può sostituire agli altri, ogni persona, per quanti problemi possa avere, ha una sua unicità, una sua forza e una sua vita da vivere e quindi nessuno, tanto meno un professionista dell'aiuto, può dire cosa la persona "deve" fare."*

Ogni persona sa qual è il suo bene, anche se si può trovare in uno stato di confusione, di impasse, e allora anche predisporre un piano diventa solo un aiuto, uno strumento con cui è importante capire e comprendere cosa la persona dice e aiutarla a tirar fuori da sé la soluzione.

I Programmi Assistenziali Personalizzati (PAI) o Borse lavoro (BL), per raggiungere un buon fine, devono prima di tutto verificare il reale bisogno della persona, bisogno che tante volte è comunicato indirettamente o sottaciuto.

Per esempio, come mi è accaduto, è stato inutile avere offerto la possibilità di una BL, pur strutturata a misura della persona interessata, finché non ci si è resi conto che andava affrontato anche il problema di assistenza del familiare gravemente ammalato dell'assistito.

Il Club mi ha quindi insegnato che i problemi sono delle famiglie e delle persone e che l'assistente sociale come il SI non devono agire per l'altro ma con l'altro.

Fare il SI mi ha aiutato a sviluppare una sensibilità nell'ascolto che mi auguro possa essere utile nel lavoro di assistente sociale.

Dico questo perché, come all'assistente sociale, al SI è richiesto di facilitare la persona alla ricerca di soluzioni. Il SI offre, in un certo senso, quel medesimo aiuto che dà l'assistente sociale: aiuta la persona in modo che essa stessa riesca a risollevarsi.

Infatti, il SI, attraverso l'ascolto delle problematiche esposte dalle famiglie, facilita lo scambio di esperienze che, con una comunicazione basata sull'empatia, porta alla scoperta di nuove strategie di affronto al problema che aiutano la persona e la famiglia a rialzarsi.

Il trovare la tattica per "*rivitalizzare*" le interazioni e incanalare i discorsi in modo costruttivo, ossia, tale che le famiglie non si perdano in discorsi futili o si chiudano in loro stessi, mi ha fatto sviluppare, quella creatività di cui parlavo prima, necessaria all'assistente sociale per gestire in maniera efficace la comunicazione con l'utenza e indirizzarla proprio come fa il SI a uno sguardo attento su di sé e alla realtà circostante.

Oltretutto, esercitando la funzione di catalizzatore, ho appreso quella modalità che non porta le persone a inserirsi in un processo che determina la soluzione, ma al contrario che la mette nelle condizioni di fare una scelta.

Credo che questo sia indispensabile per favorire il principio dell'autodeterminazione cui l'assistente sociale è chiamato a rispondere e a promuovere, ma, soprattutto, a far sì che la persona, al pari delle famiglie del Club, recuperi una dignità necessaria per ripristinare delle relazioni che diano l'appoggio necessario per la costruzione di fiducia, responsabilità e, in particolare, crescita.

Credo che l'esperienza del SI sia poi utile per sviluppare quelle capacità relazionali necessarie nel lavoro di assistente sociale.

La dimensione relazionale occupa un posto centrale nel percorso di conoscenza e di approccio al bisogno da parte dell'assistente sociale perché è proprio all'interno di questa dimensione che si determina e condiziona la riuscita dell'intervento.¹⁵⁶

La relazione è, infatti, quel ponte attraverso cui l'assistente sociale mette in gioco le sue capacità di studio, valutazione e presa in carico.¹⁵⁷

Il mio ruolo di SI mi ha portato a maturare delle considerazioni che credo aggiungano qualità alla relazione d'aiuto che l'assistente sociale intrattiene.

Dal Club ho potuto comprendere nel pratico la lezione del "*la persona non è il suo problema*". Fare questa differenziazione non è cosa così immediata.

Più volte al tirocinio mi è capitato di strutturare colloqui che, inconsapevolmente, erano condizionati da un mio pensiero deviante rispetto al modo di vedere l'utente. Per esempio era facile avvantaggiare in un colloquio il minore tossicodipendente rispetto a un tossicodipendente maggiorenne. Questo perché è normale considerare che il minore sia più fragile del maggiorenne, magari maggiorenne solo di qualche anno, e che quindi il minore necessiti di un trattamento diverso. La società ci educa a un certo modo di considerare eventi, cose, persone. In noi si creano così, fin da piccoli, stereotipi che per quanta deontologia ed etica ci insegnino all'università non è facile eliminare. Al Club, sei costretto a farlo. Al Club ti metti in discussione attraverso una scelta libera e consapevole: sai di essere lì per te stesso, l'altro, quindi, lo vedi diversamente, lo ascolti davvero, vuoi metterti al posto dell'altro per capire come vede le cose e sei così poi portato a considerarlo una ricchezza perché t'interessa la sua esperienza e sai che può trasmetterti un insegnamento.

Il clima non moralistico caratteristico del Club ti porta a uscire dal giudizio e a maturare proprio quella capacità di ascolto empatico richiesta all'assistente sociale che non si può apprendere solo teoricamente.

¹⁵⁶ Olga Cellentani, *Manuale di metodologia per il servizio sociale*, FrancoAngeli, Milano, 2009, Pag. 103

¹⁵⁷ Franca Ferrerio, *Le dimensioni dell'intervento sociale, un modello unitario centrato sul compito*, Carrocci, Urbino, 2000, pag. 102

Con il Club, come anticipato all'inizio, poi impari che, per costruire qualcosa, devi condividere e partire da una comunanza. Credo che questo insegnamento sia importante per porre delle basi solide a una relazione d'aiuto.

Infatti, con la condivisione ad esempio di obiettivi, intenzioni, risorse ecc., l'assistente sociale con la persona può creare una buona dimensione per il recupero.

Il SI, inoltre, attraverso il lavoro al Club e il rapporto con le famiglie impara ad ascoltare.

La capacità dell'ascolto è necessaria all'assistente sociale e il Club rappresenta una buona palestra.

Nel Club ho imparato che saper ascoltare vuol dire esprimere all'altro la propria presenza, comunicargli che siamo lì per lui e che gli stiamo dando un tempo che è congruo a quelli che sono i suoi tempi e le sue capacità espressive, questo fa sì che si senta anche rispettato e compreso.

Questo ha poi una ricaduta importante sotto un altro aspetto: la Fiducia.

Ascolto attivo, comprensione e rispetto che il SI è chiamato a esercitare sono requisiti essenziali per permettere all'assistente sociale d'intessere una relazione d'aiuto basata sulla fiducia.

Infatti, *"l'arma con cui l'uomo combatte l'incognita del futuro è la fiducia."*¹⁵⁸

Solo se l'utente si fida, sarà disposto ad aprirsi all'assistente sociale e a farsi guidare creando così i presupposti per la riuscita dell'intervento e per la solidità del rapporto.

La solidità del rapporto professionale tra assistente sociale e utente oggi è messa a dura prova poiché l'assistente sociale è sempre più percepito come burocrate che come professionista dell'aiuto.¹⁵⁹

¹⁵⁸ L. Giussani, *Si può vivere così? Uno strano approccio all'esistenza cristiana*, Biblioteca Universale Rizzoli, Bergamo, 1994, pag. 213

¹⁵⁹ M. Pittalunga, - *L'ESTRANEO DI FIDUCIA - Competenze e responsabilità dell'assistente sociale*, Carrocci Faber, Roma, 2007, pag 27, 28 e 103

Le molte pratiche impersonali che l'assistente sociale è chiamato a compilare per conto del Servizio rischiano di impoverire la relazione che da dialogica, cioè basata su un confronto fra due persone, si trasforma in tecnica ovvero, l'utente e l'assistente sociale che cooperano nell'espletamento di documenti.

La difficoltà dell'assistente sociale oggi è proprio questa: mediare tra l'istituzione che gli attribuisce un competenza tecnica e il cittadino che sempre più è persuaso dall'idea dell'assistente sociale, come compilatore di carte per agevolazioni, ma non come persona, capace di accogliere e sostenere emotivamente.

L'anziano diabetico in carrozzella o il sofferente di Parkinson o altre malattie degenerative va dall'assistente sociale non solo perché ha bisogno di un sostegno per le pratiche dell'invalidità, della L. 104 o di un sostegno domiciliare, ma anche perché ha la necessità di esprimere pensieri o bisogni, quali la solitudine, difficoltà con la famiglia.

Il valore aggiunto dato dalla comunicazione, dalla capacità di incoraggiare, ecc. appresa nell'esperienza di Club, permetterebbe all'assistente sociale di dare qualità non solo alla relazione in primis con l'utenza ma anche con gli altri soggetti dell'organizzazione e del territorio.

Anche la relazione con soggetti Istituzionali, al pari della relazione con l'utenza, deve essere dialogica non tecnica poiché si deve tradurre in un confronto vario basato su uno spirito di tolleranza che deve produrre un collegamento tra i molti punti di vista che lo definiscono e che hanno bisogno di essere compresi e accolti non solo definiti.

4. La Ricerca e il Progetto

4.1. La Ricerca

L'analisi della letteratura inerente il fenomeno dell'alcolismo mette in evidenza che tale evento ha una natura multifattoriale.

Il complesso intersecarsi di fattori psicologici, fattori biologici - fisici legati al metabolismo, al sistema neurologico e ai caratteri genetici, fattori sociali quali la cultura, famiglia e ambiente, dà origine a bisogni sociali complessi e molteplici come assistenza psicologica, cure mediche, reinserimenti socio-lavorativi.

Tali problematiche richiedono l'intervento più o meno prolungato, a seconda del soggetto, di figure professionali specialistiche, tra di loro interagenti come psicologi, medici, assistenti sociali, infermieri.¹⁶⁰

La letteratura inoltre rileva che, anche per quanto riguarda la prevenzione dell'alcolismo, è necessario basarsi su strategie di sinergia tra i diversi ambiti, quello istituzionale, quello sociale e quello sanitario.¹⁶¹

In conformità a quanto espresso, anche nella nostra regione e in particolare nell'Azienda dei Servizi Sanitari n. 4, le attività di prevenzione e cura dell'alcolodipendenza sono svolte tramite l'integrazione dei Servizi Socio Sanitari e con l'Associazione Alcolisti in Trattamento (ACAT).

Per esempio l'alcolologia residenziale, con sede a San Daniele, assicura la continuità di trattamento attraverso l'inserimento dell'alcolista e della sua famiglia nei Club Alcolisti in Trattamento (CAT) sostenuti dall'ACAT.

Questa nuova linea operativa trae ispirazione dalla L.328/2000 che ha riscoperto la funzione della famiglia, risorsa per mantenere e promuovere il benessere delle

¹⁶⁰ P. Gini, M R. Rossin, Mg. Giunta, B. Longoni, *IL PROBLEMA ALCOOL, Comprendere e aiutare chi beve troppo*, Ambrosiana, Milano, 2010, pag 93, 103 e 108

¹⁶¹ M. Dal Pra Ponticelli, *Dizionario di Servizio Sociale*, Carrocci Faber, Urbino, 2009, pag 461, 467

persone. Tale legge, pertanto, ne ha disciplinato il ruolo rendendola così soggetto della stessa progettazione e gestione dei servizi.¹⁶²

La famiglia non è più solo "*un oggetto*" da riparare ma il "*sistema*" da implementare per il raggiungimento di obiettivi e programmi terapeutici.¹⁶³

Ho cercato attraverso il presente lavoro se l'idea di famiglia come RISORSA corrisponde a quello che la persona alcolista in trattamento effettivamente percepisce e l'esperienza che ne consegue.

Ho inoltre voluto indagare su quali siano le risorse che i Servizi Sociali possono attivare tramite gli assistenti sociali e programmi utili rispetto alla famiglia dell'alcolista.

Non è bene, infatti, che "*l'abitudine*", come evidenzia la Ferrerio, dell'assistente sociale a cogliere e ad analizzare prioritariamente le difficoltà possa spingere quest'ultimo a non vedere le risorse possibili o addirittura a renderle invisibili.¹⁶⁴

Al fine di verificare cosa e come per l'utente alcolista rappresenta la famiglia in termini di aiuto/ostacolo ed è visto il rapporto con la propria famiglia in termini di cambiamento positivi e/o negativi, si è proposto un questionario all'alcolista in trattamento e si sono analizzati i verbali delle sedute di Club in cui partecipa anche la famiglia.

In questo modo si è voluto evitare dispersioni e successivi incontri spesso difficili da concordare visti gli impegni di lavoro e le difficoltà logistiche di molti aderenti.

Per il raggiungimento degli obiettivi della ricerca ovvero, la validazione della famiglia come risorsa per la cura e la prevenzione all'alcolismo, nella somministrazione del questionario è stato richiesto all'alcolista in trattamento di descrivere quali potessero essere, riguardo alla propria famiglia principi di:

¹⁶² M. Dal Pra Ponticelli, *Dizionario di Servizio Sociale*, Carrocci Faber, Urbino, 2009, pag. 229

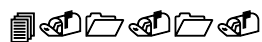
¹⁶³ Ivi, *Ibidem*

¹⁶⁴ F. Ferrerio, *Le dimensioni dell'intervento sociale un modello unitario centrato sul compito*, Carrocci, 2000, pag 110

- Forza
- Causa
- Strategia di appianamento e/o superamento dei problemi

Inoltre, la ricerca estendendosi all'interno di tre Club di alcolisti in trattamento si pone un ulteriore obiettivo:

- La verifica se per l'alcolista tale realtà possa eventualmente compensare e/o sostituire la mancanza della presenza della famiglia.



Strumenti

La ricerca si è svolta sul territorio Udinese e ha coinvolto tre Club di Alcolisti in Trattamento (CAT) che identificherò con i nomi di C1, C2 e C3.

I CAT cui mi sono rivolta possono definirsi come comunità multifamiliari costituite da famiglie e da un operatore dedicato, il Servitore Insegnante che d'ora in poi indicheremo con SI di cui abbiamo già parlato in precedenza.

Nella ricerca sono stati coinvolti ventuno alcolisti che si riuniscono settimanalmente durante tutto l'anno settimanalmente per un tempo che varia dall'ora e mezza alle due ore.

Strumenti operativi della ricerca sono stati:

- Il questionario
- Il verbale

Il questionario

Il questionario è uno strumento diffusamente utilizzato in campo sociologico e psicologico perché permette di raccogliere, analizzare, confrontare dati, dichiarazioni ed espressioni. Anche nel nostro caso lo abbiamo scelto come strumento idoneo alla rilevazione dati inerenti alla nostra ricerca ed anche perché di semplice somministrazione e decodificazione.

Il questionario è stato preventivamente e strutturalmente formulato proponendo una serie di domande scritte uniformi cui l'alcolista in trattamento doveva rispondere nonché delle dichiarazioni anagrafiche e biografiche dello stesso, come riportato negli allegati.

Le domande hanno riguardato il contesto di vita familiare dell'utente e l'ambito sociale del Club di riferimento dello stesso e sono state di due tipi:

- quelle chiuse che hanno previsto risposte con crocette
- quelle aperte per dare la possibilità all'intervistato di far emergere il proprio personale vissuto e spontaneità espressiva

Al fine di dare maggiore conoscenza, chiarezza e trasparenza del lavoro oggetto della tesi e degli strumenti utilizzati, è stato programmato un incontro spiegazione specifico per ognuno dei tre Club considerati, svolto poi nelle giornate del 20 e 21 novembre 2013.

Si è proceduto, in seguito, alla distribuzione dei questionari ai soli alcolisti in trattamento chiedendo la compilazione e la restituzione degli stessi al termine dell'incontro. Tale scelta è stata fatta per evitare la dispersione di dati e dello strumento stesso, anche se l'assenza per malattia di alcuni o per impegni personali inderogabili ha ridotto il numero dei partecipanti a ventuno.

I verbali

Siccome il questionario indaga su quello che è il percepito dell'alcolista, quindi su quello che nel suo oggi pensa e crede, si è scelto il verbale sia per confrontare la percezione attuale dell'alcolista rispetto quella passata.

Il verbale è un documento scritto a ogni seduta dei CAT da un membro scelto all'interno del gruppo, utilizzato per annotare gli argomenti trattati all'incontro e/o per registrare le decisioni prese da un singolo membro o da tutto il club.

Da qui discende la funzione di tale documento che è creare memoria, tracciare la storia del Club e permettere una continuità tra le differenti sedute.

Nel verbale sono conservate le storie delle persone, i concetti esistenziali emersi dalle discussioni e comportamenti - modi di essere e vivere e vedere la quotidianità.

I verbali presentano caratteristiche soggettive come ad esempio i saluti, la firma e incoraggiamenti a fine testo, ma si accomunano per la presenza di stessi elementi costitutivi, quali date, elenco dei presenti e corpo del testo (riassunto dell'incontro).

In questo modo il verbale facilita ai membri e a eventuali persone esterne di:

- partecipare poiché attraverso la lettura del documento tutti sono a conoscenza della discussione e quindi sono predisposti a essere attivi
- aprire l'assemblea perché gli argomenti, chiamati alla memoria dalla lettura del verbale della seduta precedente, consentono di riprendere quelli lasciati in sospeso o aiutano ad affrontarne di nuovi grazie alle riflessioni-stati d'animo suscitate.

Per la ricerca ci si è potuti servire solo dei verbali del C2 e C3 poiché il C1 ha ritenuto i contenuti del loro verbale troppo personali e intimi per permetterne la lettura a esterni del club non partecipanti.

I verbali utilizzati sono stati prodotti dai CAT nell'anno 2012-2013.

Il metodo

Lo studio in esame è sperimentale di tipo osservazionale trasversale analitico che si è condotto nell'arco di quattro mesi (Ottobre - Gennaio) presso l'area Udinese all'interno di tre CAT.

Nella prima fase dello studio è stato costruito il questionario (si veda la parte riguardante gli strumenti) e in seguito è stato somministrato agli alcolisti in trattamento.

La seconda fase ha previsto il reperimento dei verbali prodotti dai CAT C2 e C3 nell'anno 2012-2013.

In seguito si è proceduto nell'analisi dei contenuti riguardanti i due strumenti d'indagine.

Al fine di condurre lo studio è stato importante definire il contenuto dei verbali all'interno di due categorie:

- 1) categoria "A", contenente frasi dei verbali che mettono in risalto sentimenti, stati d'animo, emozioni proprie dell'alcolista nella relazione con la famiglia e il club, dinamiche cosce e inconse che l'alcolista in trattamento manifesta nel club nei confronti della famiglia e membri del club, es. gioia, e la risposta emotiva, es. rabbia.
- 2) Categoria "B", contenente frasi dei verbali che evidenziano l'aspetto esperienziale dell'alcolista in trattamento, come il concetto di famiglia e il club, legato al valore e ai significati che l'alcolista in trattamento assegna rispetto al suo senso di vita e alla sua esperienza.

Il metodo per individuare la frequenza dei dati si è basato sul conteggio di alcune delle domande chiuse dei questionari, quale, per esempio, "*la famiglia è una risorsa? Sì, No*" e sull'individuazione di una parola "*chiave*" riportata nei questionari e nei verbali, quale amore, serenità, ascolto ecc. e/o sul significato della frase scritta dall'alcolista in trattamento, come ad esempio:

- "*La famiglia è relazione stretta di parentela: io, lei; relativi genitori (nomi dei nostri figli); parenti reciproci, fratelli e sorelle*" (LEGAME)
- "*Serena vorrebbe che Edi, suo figlio, non si lasciasse trasportare dalle illusioni senza concretizzare nulla di buono per la sua vita*" (CAMBIAMENTO)

E' stata poi costruita una tabella riassuntiva in cui si sono riportate le frequenze dei singoli dati, per verificare quali fossero i più frequenti e in conformità a ciò stabilirne la significatività.

Risultati e discussione degli stessi

Caratteristiche del campione analizzato nel questionario.

Il campione analizzato ha coinvolto 21 alcolisti in trattamento appartenenti a tre CAT diversi per numero di famiglie:

- C1, composto di sei famiglie
- C2, composto di otto famiglie

- C3, composto di sette famiglie

La popolazione presa in esame si presenta eterogenea.

È prevalente il sesso maschile, corrispondente a circa i 2/3 del campione considerato, che conferma, pur nella non significatività statistica della propria indagine, come l'alcolismo, a livello più generale, sia diffuso più tra i maschi che tra le femmine.

Se si considera l'età degli intervistati, si osserva che essa varia dai 20 - 30 anni fin oltre i 60 anni, anche se la maggioranza dei partecipanti si colloca oltre i 50 anni e con un grado di istruzione medio basso, con la particolarità, inoltre, che tra loro non sono presenti né analfabeti, né laureati. Quasi tutti lavorano più o meno stabilmente o risultano pensionati, anche se è presente un 14% di disoccupati, mentre non ci sono studenti.

La maggior parte di essi ha o ha avuto esperienze matrimoniali, anche se c'è più di un 40% di questi che vive da solo, mentre solo una persona, rispettivamente, vive in comunità o ha una particolare situazione abitativa.

Valutazione dei dati affioranti dal questionario e dai verbali

Si è spiegato, in precedenza, come sono stati selezionati i dati qualitativi. Tuttavia il ridurre i dati a categorie toglie molto della ricchezza emotiva e umana di quanto espresso più compiutamente con le parole del soggetto, che, talvolta, sottace sentimenti o esperienze che meriterebbero un approfondimento, soprattutto per aiutare sia la persona che si ha di fronte sia chi gli sta vicino e che cercherò di esprimere successivamente.

Il concetto di famiglia è un valore positivo per la quasi totalità delle persone nella quale però non mancano aspetti negativi legati soprattutto a problemi di comunicazione e di chiusura.

Lo stesso alcolista sente, per il suo stesso problema, in parecchi questionari, di non essere né accolto né compreso, anche se esiste un occasionale, per una gran parte, difficile dialogo.

Quest'ultima cosa trova conferma anche nei verbali del club, dove tra gli aspetti emotivi della famiglia, il problema dell'accoglienza e del disagio fa capolino.

Nella famiglia esistono tensioni e risulta forse un limite di questo questionario non avere tenuto in considerazione la frequenza dei litigi in famiglia, anche se, data la delicatezza dell'argomento, per il suo affronto, sarebbe, comunque, stata necessaria una presenza più continua della sottoscritta. I tentativi di superare positivamente queste tensioni ci sono; lo si avverte sia nei questionari che nei verbali, ma non mancano, comunque, reazioni negative quali paura o fuga o comportamenti, quali la sopportazione per esempio, che non dicono se il problema sia stato alla fine risolto.

Comunque sia, per l'alcolista, la famiglia è stata ed è, soprattutto nel presente, una risposta.

Si rileva soprattutto dai questionari che, se la famiglia rimane sempre un punto di sostegno dell'individuo, la capacità dell'alcolista stesso di affrontare il suo problema fa uscire nel presente, concetti nuovi, quali stima e fiducia prima non riscontrati.

Sicuramente il Club rimane un punto di riferimento importante sia nella vita della persona che in quella della famiglia dell'alcolista.

Se dai verbali, a livello emozionale, sul Club può emergere qualche tensione o sensazione negativa, a livello esperienziale, non si è rilevato alcun aspetto negativo e ciò è una cosa straordinaria in considerazione anche del periodo, un anno, preso in esame.

Quanto detto trova una sua indiretta conferma anche nei questionari somministrati dove tutti i partecipanti hanno considerato il Club come un aiuto per l'alcolista.

Ultimo aspetto importante che emerge, sempre dai questionari, è che, se comunque il Club è sentito come un aiuto importante per l'alcolista, non sostituisce comunque la famiglia o se la sostituisce è perché la persona ne sente la mancanza.

L'aiuto del Club è avvertito soprattutto come sostegno psicologico, portato avanti, qualche volta, utilizzando anche lo strumento del telefono.

Alla fine della tesi, tra gli allegati, sono mostrati i dati rilevati dai questionari e dai verbali.

Nella tesi si è messo in luce che l'alcolismo è una problematica attuale e che, nonostante sia in calo, coinvolge e crea disagi, sebbene a livelli diversi, l'intera popolazione. Nella ricerca si è poi constatato che, per affrontare l'alcolismo, il bevitore fa riferimento a diversi soggetti quali, famiglia, SI o ancora al Club di cui è membro. A fronte di ciò mi è sembrato utile ideare un progetto che si ponga come possibile risposta all'alcolismo ma, che allo stesso tempo si possa integrare con l'attuale metodologia di lavoro per il superamento di tale problematica, ossia il lavoro di rete.

4.2. Il progetto: una proposta a sostegno dell'alcolista e della sua famiglia

Durante il tirocinio e nella mia esperienza di club ho potuto constatare come sia necessaria la creazione di sinergie d'intervento di supporto quali il medico di base, l'assistente sociale, il familiare ecc. ovvero la rete sociale per far fronte alle problematiche legate alle tossicodipendenze e alle disabilità psico-fisiche.

Infatti, come messo in luce dalla tesi, il problema e/o un certo tipo di bisogno non interessano mai una singola sfera fisica, psichica, spirituale, comportamentale del soggetto ma l'intersecarsi, a vario grado, delle stesse nell'individuo inserito nel proprio nucleo familiare, lavorativo, ambientale determinato da rapporti, relazioni, comunicazione, in altre parole il sistema sociale.

Se, ad esempio, si considera l'alcolismo, si può riscontrare come tale problematica sia legata tanto al bevitore quanto alla sua famiglia, alla comunità e alle istituzioni alle quali egli appartiene. I danni che l'alcolismo genera hanno una ricaduta sociale in termini di spese pubbliche, quali ricoveri ospedalieri visite specialistiche, ecc. e vite umane, quali morti bianche, incidenti stradali ecc.

Dall'esempio fatto risulta evidente come la rete sociale rappresenti il punto d'incontro delle relazioni:

- Formali ossia i rapporti con istituzioni

- Informali ossia rapporti tra padre, madre, amici ecc

La rete diventa il collegamento degli ambiti istituzionali, comunitari, familiari e personali che definiscono le dimensioni del sistema sociale.

Pertanto la rete sociale permette agli attori delle diverse dimensioni di entrare in relazione per conoscersi, condividere, costruire e avviare un cammino di cambiamento.

Sebbene, l'importanza del concetto di rete sia stata colta, favorita dalla L.328/2000 che ha facilitato il proliferare di reti di solidarietà, d'indirizzo terapeutico e ancora di crescita, quali il social networking e il community care, è altrettanto condiviso e riconosciuto che i risultati da esse prodotti non sono ottimali, infatti, problemi contingenti come difficoltà economiche, disoccupazione, disagio nell'assistenza ai non autosufficienti ecc, rimangono irrisolti.¹⁶⁵

Questo a causa di un verosimile non efficace funzionamento di esse.

Anche nell'ambito della problematica dell'alcolismo il "*problema d'inefficacia della rete*" è sentito.

Il progetto vuole configurarsi come una proposta per sostenere la predisposizione di una strategia di rete, ossia un ipotetico modello di co-costruzione, finalizzato ad affrontare l'alcolismo, data anche la sua ampiezza e diffusione, con un approccio più unitario e relazionale.

In questo modo si può ipotizzare un maggiore successo terapeutico e, quindi, con un conseguente effetto positivo di ricaduta a livello sociale più generale.

Definizione e analisi del problema

Nel ruolo di SI ho potuto verificare una mancanza di comunicazione tra i diversi nodi della rete, persona, famiglia, comunità e istituzione.

¹⁶⁵ M. Dal Pra Ponticelli, *Dizionario di servizio sociale*, Carrocci Faber, Urbino, 2009, pag 307 e 467

La rete, costruita per fronteggiare l'alcolismo e la complessità degli aspetti che la condizione di dipendenza causa nel suo definirsi come sofferenza multidimensionale che si estende dal bevitore alla comunità sociale, ha un problema d'interazione.

Questa disfunzione si traduce in:

- 1) Distanza (e/o allontanamento) della comunità dalle istituzioni e dalle famiglie-individui
- 2) Distanza (e/o allontanamento) dell'individuo - famiglia dall'istituzione
- 3) Distanza (e/o allontanamento) dell'individuo dalla famiglia (e viceversa)
- 4) Distanza (e/o allontanamento) delle istituzioni dalle famiglie-individuo

Nello specifico tale distanza (e/o allontanamento) si definisce con:

- 1) Una comunità poco attiva alla lotta contro il bere e indifferente alle campagne di sensibilizzazione nonché ai problemi dell'individuo-famiglia.
- 2) I percorsi di mutuo aiuto, campagne di sensibilizzazione e interclub organizzati dall'ACAT sempre meno seguiti, mentre, l'adesione a eventi che promuovono l'alcol, quali Friuli doc e la festa della birra, contano su una presenza sempre alta.
- 3) L'individuo e la famiglia che sono e si sentono staccati dalle istituzioni; al club si riscontrano lamentele per un ascolto carente dovuto a una generale difficoltà nel raggiungere non solo, ad esempio, telefonicamente, ma soprattutto empaticamente, gli operatori delle istituzioni percepiti indifferenti ai loro problemi.
- 4) L'individuo e la famiglia sempre meno uniti.
- 5) La scarsità, nella maggioranza dei CAT, della presenza della famiglia; il numero dei single al club è superiore a quello delle famiglie; anche nel caso che la persona sia accompagnata dalla famiglia si osserva l'arrivo dei soggetti con mezzi, orari diversi, la postazione logistica particolare, quali sedersi lontani, o non riservare il posto vicino, ecc. Il tutto è vissuto in maniera rigorosamente individualistica.
- 6) Le istituzioni tese a chiudersi nelle proprie esigenze di risparmio, efficienza, produzione e altro, dimenticandosi di coltivare la relazione

con i propri utenti (quante lamentele e malcontento sui pochi risultati raggiunti nonostante l'investimento di tempi e risorse, sullo scarso riconoscimento, sull'affluenza a percorsi alcolologici, sulla riduzione dei CAT, ecc.).

A fronte di tale situazione si delinea, a mio avviso, la necessità di una valorizzazione della dimensione comunicativa e del recupero del Senso del Noi.

Quest'ultimo al pari del dialogo urge essere riscoperto poiché necessario per non perdersi.

La lotta all'alcolismo come il non bere sono paragonabili a una città che per essere edificata ha bisogno di condivisione e co-costruzione e che quindi esige senso di appartenenza, comunione e reciprocità (in sintesi di senso del noi e dialogo).

Nell'attuale situazione dove incontrarsi è difficile perché si è sempre di più ancorati a se stessi e alle proprie difficoltà, per una rivalorizzazione della rete occorre individuare una figura che si faccia da ponte tra i diversi nodi e che quindi favorisca l'incontro, ossia, faccia in modo che i punti di collegamento della rete non si percepiscano come entità astratte (nodi) ma come un io che messo in relazione con un altro io (tu) crea un noi.

Questo è necessario perché, come sostiene il Bauman, la rete di oggi sono i legami svuotati di quei valori di fratellanza derivanti da una storia: la famiglia, il quartiere, la nazione si caratterizzano per dei legami flessibili e liquidi, dati da una semplice comunanza di qualcosa e non più da un'identità frutto di un'appartenenza che la precede.¹⁶⁶

Nella ricerca di cui sopra emerge che la maggioranza degli intervistati avverte, spesso, la famiglia come un legame, nello specifico un legame tecnico, ossia di semplice parentela.

Tale sensazione, rapportata alla rete a sostegno invece, fa sì che il tipo di lavoro debba cambiare continuamente in relazione al cambiamento degli attori (si pensi solo

¹⁶⁶ <http://www.ilmandorlo.org/G.Polimeni>, "Vita liquida"

all'alcolista che, cambiando la famiglia, moglie/marito/figli, acquisendo così nuove relazioni, vede minata la continuità e stabilità del percorso terapeutico).

Le relazioni e le comunicazioni che si realizzano all'interno di famiglia, individuo, comunità, istituzione si affievoliscono prima ancora che la terapeuticità propria delle stesse possa produrre risultati duraturi di alleanza, benessere, collaborazione e confronto in tutti gli ambiti di vita sociale.

Anche nel caso dell'alcolismo il percorso di disintossicazione e astinenza si avvale quindi di supporti fragili e complicati in famiglie molto spesso disgregate.

In altre parole si sta smarrendo quella reciprocità che crea legame, unisce, dà forza e trova la sua essenza in quella che dovrebbe essere la rete sociale. Si sta affievolendo quel noi che si genera da più io (nodi) che, a seguito di un'identità solida, si riconoscono responsabili per se stessi e per l'altro io (tu) e diventano capaci di creare uno spazio comune il noi rete sociale, capace di avvicinare e unificare i progetti dei singoli nodi (ACAT, famiglie, assistenti sociali ecc).

Per l'esperienza svolta in quest'ultimo anno, ritengo che, una delle figure più indicate per rompere l'attuale impasse comunicativa e rendere possibile la realizzazione di un noi ancora poco affermato, sia il Servitore Insegnante che, d'ora in poi, indicheremo con la sigla SI.

Il SI essendo quella persona che ha contatti con:

- le famiglie e l'individuo per gli incontri settimanali al club
- le istituzioni per gli incontri di aggiornamento, incontri mensili-annuali con l'alcolologia e ACAT
- la comunità per gli incontri con i Servitori Insegnanti della sua zona e interzona per le campagne di sensibilizzazione e interclub,

potrebbe essere quella che può meglio esercitare la funzione di unificatore, ovvero facilitatore che favorisce lo scambio di opinioni, problemi ma anche di comunicazioni.

Molto spesso le famiglie e le persone si lamentano d'informazioni poco chiare da parte delle istituzioni e le stesse, dal canto loro, soffrono per una mancanza di conoscenza di bisogni di cui il SI, invece, è informato per lo scambio settimanale con le famiglie - persone nel club e la comunità - istituzioni per gli incontri mensili della zona.

La figura del SI, da intendere come facilitatore dei processi di collegamento fra famiglie di Club, comunità, persone e istituzioni, rappresenterebbe, pertanto, l'attore ideale della rete sociale da utilizzare per favorirne l'efficacia e l'efficienza operativa.



L'obiettivo principale del progetto è migliorare l'efficienza operativa dell'attuale rete sociale predisposta ad affrontare la problematica dell'alcolismo.



Obiettivi

progetto è migliorare dell'attuale rete sociale problematica dell'alcolismo.

La co-costruzione va qui intesa come frutto di uno scambio, di una vicinanza e di un equilibrio tra le relazioni dei nodi della rete sociale all'alcolismo.

La co-costruzione è quindi un obiettivo generale da raggiungere attraverso la concretizzazione dei seguenti obiettivi operativi:

- sostenere
- conoscere
- capire
- scegliere per co-costruire

Sostenere:

E' necessario per la co-costruzione lo sviluppo di un ambiente collaborativo tra i diversi nodi per permettere l'incontro dei diversi attori della rete e pertanto strutturare una relazione che faccia da base portante alla co-costruzione.

Per creare tale relazione diventa però indispensabile attivare tra i nodi la fiducia, oggi, assai carente.

L'acquisizione di fiducia diviene necessaria perché realizza le condizioni per superare idee erranee (come quella delle famiglie sugli operatori disinteressati a loro) e paure (come quella delle Istituzioni che temono che altre istituzioni impieghino minori energie e nascondano alla rete risorse, come quelle economiche, non permettendo così la sua implementazione), dando quindi qualità alla relazione e di riflesso al lavoro della rete.

Conoscere:

E' indispensabile un lavoro di presa di coscienza di tutte le problematiche, difficoltà, ma anche delle intenzioni (progetti dei singoli nodi).

Far sì che le reti dei nodi della rete sociale si conoscano tra di loro è il primo passaggio perché si possano mettere in discussione e quindi creare un cambiamento costruttivo e un canale unico dove convogliare tutte le energie .

Capire:

La storia di ogni singolo nodo presenta delle peculiarità che danno un significato all'obiettivo attuale della rete sociale (benessere del soggetto inteso, sia come frutto di una stabilità psichica, fisica e sociale, secondo le indicazioni dell'OMS, sia di un affrancamento dall'alcolismo).

Recuperare i progetti, i bisogni, i risultati e il vivere il percorso per la sobrietà quotidiana di ogni attore della rete diventa un momento di svolta.

Il percorso di ACAT, CAT, Dipartimento delle dipendenze, famiglie, alcolisti in trattamento e comunità contiene tappe diverse ed essenziali da rivedere e capire per dare un significato alle insufficienze della rete e costruire insieme sviluppi nuovi.

Scegliere per co-costruire:

Quando si è riusciti a incontrarsi per guardare agli eventi con maggiore obiettività si sono formate le premesse (dialogo e senso del noi) per poter operare la scelta di una

co-costruzione che mira all'obiettivo ultimo dell'astinenza, quindi anche del benessere.

Soggetti coinvolti

Alcolista in Trattamento

È il soggetto cardine in quanto principale beneficiario del lavoro della rete e principale appoggio per la prevenzione. Attraverso il racconto della sua esperienza agli interclub (incontro su di uno specifico tema, organizzato dai CAT per la comunità locale) e ai CAT sensibilizza all'alcolismo e invita tutti a confrontarsi e intraprendere un percorso comune di sobrietà e riflessione ai problemi alcolcorrelati.

167

Rappresenta anche una potenziale risorsa della stessa rete sociale, poiché una volta raggiunto un equilibrio e superate le sue più grandi difficoltà può decidere di mettersi a disposizione della rete diventando SI.

Famiglia

Attore indispensabile è la famiglia poiché si pone sempre di più come soggetto attivatore di risorse naturali, capaci d'influenzare gli individui e i loro stili di adattamento, capace dunque di potenziarne le capacità e di ammortizzare stress e malessere.

Si ricorda che la ricerca ha appurato che la famiglia è stata ed è per sé una risorsa per l'alcolista proprio perché in grado di attutire la difficoltà dell'alcolista nel percorso di uscita dalla dipendenza.

In modo particolare la famiglia è efficace per il progetto poiché sono generative d'identità, quell'identità che serve alla rete sociale.

La relazione familiare è difatti capace di creare un clima caratterizzato dagli elementi fondanti la co-costruzione, ossia fiducia, cooperazione e reciprocità. Senza il clima familiare le virtù personali che portano alla felicità individuale e quelle sociali che portano alla felicità pubblica (insieme tutte due capaci di recuperare il noi) diventano difficili e a volte impossibili da mettere in pratica.¹⁶⁸

¹⁶⁷ OMS con la collaborazione di V. Hudolin, *Alcolismo*, Marioni, Udine, 1989, pag 32

¹⁶⁸ P. Donati, *La famiglia il genoma che fa vivere la società*, Rubbettino, Catanzaro, 2013, pag 189 e 193

Non a caso gli alcolisti hanno indicato il clima di comprensione e amore caratteristico della propria famiglia come uno dei punti forza nella famiglia.

Dipartimento delle Dipendenze, Alcologia

Una persona che soffre di alcol dipendenza difficilmente riesce a superare il problema senza l'aiuto di un'equipe multi professionale di riferimento esperta. I volontari non possiedono le competenze, derivanti da studi approfonditi, per la gestione di un problema alquanto complesso come l'alcol e gli alcolcorrelati.

E' da considerare, però, che un servizio, se, non inserito nella rete territoriale e sociale, è inefficace, è una "*cattedrale nel deserto*", ossia, rischia sia di non rispondere e fornire all'utenza tutti i supporti di cui ha bisogno sia di non provvedere a esplicitare a pieno la propria attività socio-sanitaria.¹⁶⁹ Diventa, pertanto, inevitabile la sua presenza tra i soggetti della rete sociale.

ACAT

La presenza dell'associazione tra gli attori con le sue risorse umane, SI e CAT, garantisce un supporto all'Alcologia che trova in essa un prezioso alleato per l'implementazione di campagne e progetti a favore del benessere della popolazione e affrancamento dell'alcolismo.



È, inoltre, indispensabile sia per l'organizzazione tecnica dei CAT e delle loro famiglie, sia per supportare il SI il quale può, talvolta, trovarsi in difficoltà con la gestione del suo CAT o impreparato ad accogliere bisogni e/o problemi che gli possono venire esposti dagli alcolisti e dalle relative famiglie.

Comunità

Per la rete sociale a supporto dell'alcolista in trattamento la Comunità rappresenta un attore che è basilare per l'integrazione. Questo perché rappresenta lo sfondo in cui si attuano le politiche socio-sanitarie e poiché ambito nel territorio in cui tutti i cittadini e in maniera particolare l'alcolista e le sue famiglie sono chiamati a vivere e

¹⁶⁹ P. Gini, M R. Rossin, Mg. Giunta, B. Longoni, *IL PROBLEMA ALCOOL, Comprendere e aiutare chi beve troppo*, Ambrosiana, Milano, 2010, pag.108

confrontarsi. Non si deve dimenticare, poi, che la realizzazione di programmi per la protezione e promozione della salute, necessita di un elevato numero di operatori volontari che si possono rintracciare solo nella comunità locale.

Quest'ultima, infatti, può, attraverso i suoi volontari che garantiscono una serie di servizi quali, ad esempio l'apertura dei CAT, offrire un punto d'appoggio per il miglioramento alla qualità della vita.¹⁷⁰ La sua presenza nella rete, inoltre, consentirebbe una lettura ragionata dei bisogni di salute e di benessere delle persone.

Come tale si configura anche come strumento di supporto, in particolar modo all'alcolologia e, a cascata, a tutti i soggetti coinvolti, per l'individuazione di criticità quali pregiudizi di taluni verso l'alcolista e la sua famiglia, persone poco aggiornate e sensibili verso il bere che potrebbero ostacolare sia il reinserimento sociale del bevitore, sia compromettere campagne di prevenzione.

Club

La famiglia, come la persona, per funzionare e dare risultati ha bisogno di lavorare su stessa e quindi poter a sua volta crescere.

Il club è finalizzato a questo e a ricordare alle famiglie - persone che sono all'interno di un percorso che ha l'obiettivo dell'astinenza, astinenza che si mantiene attraverso una rielaborazione, un confronto, una condivisione e una messa in discussione della propria vita, una crescita continua che si deve estendere alla comunità dove vivono e lavorano. Questi elementi vanno così a essere la palestra per la costruzione di una relazione "*pulita*" quella che serve alla nuova rete sociale.

Inoltre i Cat, attraverso il SI, collaborano con le Istituzioni e ciò da modo di mettere in comunicazione diversi servizi al fine di seguire totalmente le persone e quindi co-costruire benessere.

Servitore Insegnante

¹⁷⁰ V.Hudolin, *Sofferenza multidimensionale della famiglia e Disagi alcol correlati: vecchi problemi umani*, Associazione per lo studio e la prevenzione delle dipendenze Eurocare Italia Arcat Lombardia, 2010, Udine, pag. 219

Il SI diventa l'attore principale per realizzare gli obiettivi operativi indicati prima: Sostenere, conoscere, capire e scegliere per co-costruire. Inoltre permette di verificare il raggiungimento degli obiettivi del programma tramite l'individuazione di momenti di riflessioni.

Può poi, se necessario, individuare ulteriori momenti di confronto e approfondimento con i responsabili dei diversi nodi della rete sociale per alcune tematiche, favorendo così lo scambio, l'unione e la partecipazione allo stesso progetto comune che è implementare benessere e contrastare l'alcolismo.

Strumenti, metodi e tempi

Modalità

Il raggiungimento dell'obiettivo generale è possibile solo attraverso una modalità di lavoro a rete che però necessita dell'individuazione di una figura che metta in comunicazione i diversi soggetti coinvolti.

Tale figura può essere il SI che conoscendo i bisogni delle famiglie, individui, Club alcolisti in trattamento (CAT), comunità locale, ACAT e dipartimento delle dipendenze, alcologia può rappresentare il punto di collegamento tra le diverse realtà in maniera unitaria.

Strumenti e tempi

Le procedure di lavoro prevedono l'utilizzo di alcuni strumenti:

- 1) Incontri trimestrali (con Comunità e Istituzioni)
- 2) Incontri mensili (con una seduta al mese di club dedicata ad affrontare le problematiche delle famiglie-individui con la comunità e le istituzioni)
- 3) Incontri ogni 1 o 2 mesi tra i SI di zona a ricordare le diverse problematiche ma anche a registrare gli sviluppi degli eventi
- 4) Momenti di convivialità; Predisporre momenti di festa (es. Natale, Pasqua) per permettere la creazione di buone relazioni che nascono all'interno di una dimensione amicale necessaria per sperimentare e aggiungere valore al noi e alla comunicazione.

Per avere una ricaduta in termini concreti sulla rete sociale derivante dal lavoro di rete si rendono necessarie alcune azioni:

- 1) Individuare, tra i SI delle varie zone, referenti che si facciano da portavoce all'Acat e al Dipartimento delle Dipendenze, Alcologia
- 2) Individuare all'interno del Dipartimento delle Dipendenze un'assistente sociale che, come sostiene la Neve¹⁷¹, in "*qualità di professionista delle relazioni sociali guarda ai problemi e alle persone nella loro globalità e continuità individuale - sociale*" e si renda disponibile come referente a supporto di tutti i SI. Questo per:
 - 1) interrompere la distanza tra famiglie - individui - comunità
 - 2) per la gestione di problemi sempre più complessi che richiedono una competenza specifica
 - 3) facilitare e implementare l'accoglienza di persone e famiglie che richiedono una presa in carico (nei club di paese le famiglie - persone arrivano sempre più dalla comunità che dal servizio)
 - 4) per la predisposizione di campagne di sensibilizzazione che devono vedere l'assistente sociale come figura che cura i rapporti con la comunità e realizza l'integrazione attraverso il reinserimento socio-lavorativo.

A tal scopo è indispensabile che il SI, mediante colloqui, anche usando lo strumento telefonico, mail, e incontri agisca su tre dimensioni diverse:

- Istituzione (ACAT e Dipartimento delle Dipendenze)
- CAT (Famiglie e Alcolisti in Trattamento)
- Comunità (tutti i cittadini)

Valutazione

La valutazione è un elemento essenziale nel progetto perché è l'entità di analisi dello stesso. Tramite questa è possibile vedere in che misura gli obiettivi sono stati raggiunti ma anche per facilitare il confronto tra i soggetti della rete e quindi aumentare la validità e l'attendibilità delle inferenze.¹⁷²

¹⁷¹ E. Neve docente di Principi e fondamenti del servizio sociale presso il corso di laurea in Scienze del Servizio Sociale dell'Università di Verona e responsabile dei tirocini della laurea specialistica presso la stessa università

¹⁷² U. De Ambrogio, T. Bertotti, F. Merli, *L'assistente sociale e la valutazione esperienze e strumenti*, Carrocci Faber, Roma, 2010 pag 43 - 45 e 46

Qui di seguito vengono indicate le modalità con le quali s'intende procedere per essere in grado sia di ricostruire gli obiettivi e riflettere sul loro grado di conseguimento, per, eventualmente, intervenire sulle attività nel caso si rilevi una difficoltà nel loro raggiungimento, sia per verificare l'efficacia del progetto sulla base dei risultati raggiunti.

Per la valutazione del progetto ex ante ossia, relativa alla fattibilità e implementazione dello stesso si prevede:

- La somministrazione di un iniziale questionario e di una scheda nei CAT, ACAT e Dipartimento delle Dipendenze al fine di indagare su risorse, alleanze, aspettative, bisogni ecc. e raccogliere primi elementi che contribuiscano a delineare ulteriori attività e a determinare la definizione delle problematiche presenti sulla rete

Per la valutazione del progetto in itinere ossia, il monitoraggio si prevede:

- La predisposizione d'incontri durante l'avvio del progetto per permettere ai nodi della rete di confrontarsi sull'andamento dello stesso e per verificare il grado di partecipazione
- La creazione di una casella mail gestita dall'assistente sociale o del referente del progetto, in quanto figura indicata per la valutazione della qualità della rete, dove tutti i soggetti coinvolti possono in ogni momento riferire delle loro attività e sono chiamati a inviare periodicamente una scheda inerente a determinati eventi e azioni che si sviluppano in corso del progetto
- La predisposizione di un registro di presenze per i cittadini a ogni campagna di sensibilizzazione proposta alla comunità

Per la valutazione del progetto ex post ossia, relativa all'efficacia del progetto concluso si prevede:

- La somministrazione a termine del progetto di un questionario e di una scheda di gradimento sul progetto concluso
- La somministrazione a distanza di tempo di un questionario volto a valutare lo stato di funzionamento della rete sociale e i risultati raggiunti dalla stessa a termine del programma

Per l'attuazione della valutazione si prevede:

- Una prima fase in cui si dà avvio al percorso valutativo tramite la somministrazione del questionario e della scheda a tutti i nodi della rete;

successivamente si delinea il profilo del valutatore e i compiti specifici in comune accordo; alla fine si stende il budget tenendo conto dei costi da sostenere e delle risorse disponibili, rilevate anche dal questionario iniziale dove troverà

La rete a supporto dell'alcolista e la sua famiglia



uno spazio dedicato in modo da permettere una analisi costi-benefici relazione agli interventi proposti

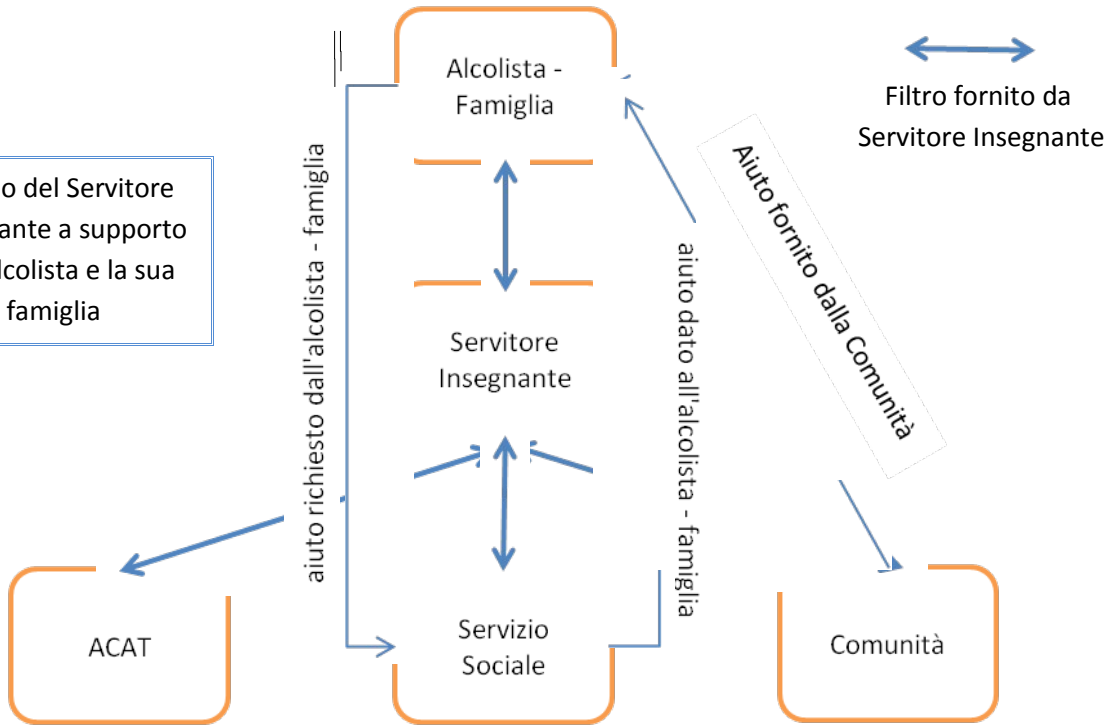
in obiettivi

- Una seconda fase riconducono inerenti al progetto-programma con rilevazione sistematica dei problemi tramite la casella di posta elettronica e gli incontri
- Una terza fase che prevede un follow up e che tramite il questionario finale e le schede di gradimento raccolga e spieghi gli esiti del progetto e misuri il contributo netto dell'intervento realizzato

fase cui si tutte le attività controllo del



Il ruolo del Servitore Insegnante a supporto dell'alcolista e la sua famiglia



Filtro fornito da SI

Conclusioni

Nonostante la crisi economica che ha ridotto di fatto il reddito e di conseguenza la propensione al consumo di beni non necessari quali le bevande alcoliche, l'alcolismo rimane una delle dipendenze più diffuse.

L'approfondimento teorico mi ha aiutato sicuramente ad aumentare la conoscenza su questo problema dandomi in più quella consapevolezza e quegli approfondimenti necessari per sostenere anche quelle problematiche come SI.

Di riflesso affrontare la famiglia come problema e risorsa mi ha permesso soprattutto sia di capirne i suoi limiti ma anche le sue potenzialità, sia di fare esperienza del metodo Hudolin.

Come detto, svolgo la figura di SI del mio Club anche se, nel corso dell'anno, con l'attività d'incontri e sostegno continuo agli alcolisti in trattamento era finora mancato un momento di verifica approfondita di quanto effettivamente svolto.

Certo le cose, le sensazioni, le motivazioni, come le presenze o le stesse assenze delle persone si notano e per questo è stato importante avere una verifica su quanto portato avanti.

All'inizio mi ero proposta di svolgere, rispetto alla famiglia, uno studio teorico e descrivere alcune esperienze in atto, ma l'incontro con varie persone, il confronto diretto con l'alcolista e le loro difficoltà, lo stimolo ricevuto da molti mi hanno portato a sviluppare anche un aspetto pratico e a proporre un'ipotesi di progetto e/o lavoro.

Per questo ho cercato di approfondire le conclusioni focalizzandole sulla ricerca e sull'ipotesi di progetto prima presentate.

La ricerca, fin qui svolta, mi ha permesso d'indagare sull'aspetto importante delle attività dei Club di Alcolisti in trattamento e del metodo Hudolin.

Nel svolgerla mi sono resa tuttavia conto che essa ha presentato alcuni limiti che qui di seguito evidenzio:

- soggettività degli intervistati; utilizzando il percepito dell'alcolista in trattamento, il rischio che la persona alteri, sulla base di proprie emozioni o modi di vedere l'alcolismo, gli eventi è alto
- soggettività dei verbali che, a causa delle condizioni psico-fisiche o socio-culturali, può aver riprodotto errori sia di tipo formale che di tipo interpretativo
- mancanza dei verbali del C3 che ha limitato l'acquisizione di dati utili e il controllo degli stessi tramite il percepito del familiare.
- utilizzo di un campione d'indagine piuttosto ristretto che rende pertanto difficile la generalizzazione dei risultati; per esempio, questo campione, composto da persone con età superiore ai venti anni, non permette di affrontare l'aspetto non indifferente dell'alcolismo giovanile - famiglia

anche se ci sono alcuni aspetti che vale la pena ricordare quali:

- aver raccolto dati che possono dar spunto a nuove ricerche
- aver aperto un campo d'indagine su aspetti quali, la conoscenza di punti di forza e meno nella famiglia, strategie familiari di resilienza
- aver confermato che è necessario sia per la famiglia e sia per l'alcolista di essere aiutati e sostenuti per essere efficaci l'uno per l'altro
- evidenziare, soprattutto dal questionario, che l'interazione tra Club e famiglia è sentita ma ancora non espressa in modo chiaro e coerente.

Sono stati analizzati gli aspetti emozionali, comportamentali, sociali, intrapsichici e interpersonali dell'alcolista in famiglia ma anche nel club, costituenti la categoria "A".

Quello che emerge dalla ricerca direttamente, più che dai meri dati, è il persistere, per una parte rilevante delle persone, di un filo conduttore comune che riconosce l'amicizia, come un legame vincolante dell'alcolista in trattamento al club, la stima e la fiducia e gli elementi di coesione dei rapporti personali.

A riguardo cito questa testimonianza:

"Giulia scrive che vede Michele sempre più contento, cammina in centro a testa alta e che questo gli fa bene all'animo e che da un po' di tempo Francesco, solitamente pessimista, non dice più sempre peggio."

Questo poi si riflette positivamente come segue:

"Edoardo si dice contento perché si sente voluto bene e perché finalmente ha ritrovato il fratello."

"Stefania scrive che finalmente Marco riesce a espellere la malinconia che ha dentro e questo lo porta a essere più sereno."

Certo non tutto è sempre roseo e gli elementi negativi o gli insuccessi non mancano e questi tendono a riflettersi sia in famiglia sia nel Club.

Riporto a supporto di ciò solo alcune frasi di verbale che ritengo indicative:

"Michele dice di sentirsi abbandonato dal club perché ignorato durante la settimana: "prima mi chiamavate, adesso no! Perché questi comportamenti?"

"Elia dice che con la moglie non c'è condivisione che è ritornata a fare la bambina e questo lo riempie di risentimento."

"Monica si sente aggredita dal gruppo perché ascoltano solo il marito e non lei."

Tuttavia il metodo stesso dei verbali che permette di non edulcorare la realtà, rappresenta anche il punto di partenza corretto per ripartire sempre per un cambiamento.

Rimane, comunque, importante da verificare la necessità e le modalità di un eventuale supporto esterno all'attività stessa del Club che, però, non è stato oggetto di questa ricerca.

Dall'indagine fatta sui verbali, emerge, tuttavia, che l'ansia e la tristezza scompaiono appena il processo di cambiamento fornisce i risultati sperati quali, la non ricaduta dell'alcolista, la sincerità che si sostituisce a un rapporto basato su bugie (l'alcolista non mente più sulle uscite, sulle spese e di contro il familiare non è costretto a nascondere oggetti di valore e pensieri e così via) lasciando spazio alla gioia e all'allegria.

"Giulia scrive che la tranquillità e l'armonia arrivano piano piano per tutti, quando i vecchi atteggiamenti scompaiono."

"Nicola dice di essere più sereno nonostante Monica gli dia ancora pensieri. Crede che questa tranquillità derivi dal fatto che parlano e si fidino di più l'uno dell'altro."

Per quanto riguarda la comunicazione la ricerca evidenzia che è l'elemento centrale per il funzionamento del nucleo familiare.

La comunicazione e il dialogo, come emerge anche dai questionari, sono gli strumenti con cui le persone interagiscono e possono imparare a superare il litigio dovuto a una situazione esasperante, a sentimenti di rabbia, frustrazione e vergogna che possono sempre prendere il sopravvento sulla lucidità del pensiero e quindi delle parole.

Su ciò, molti alcolisti, ma anche famigliari in club, riferiscono di aver detto frasi che non volevano pronunciare e che non pensavano proprio.

Tuttavia sono proprio gli stessi alcolisti a volere essere protagonisti del loro cambiamento proponendo, come strategie di risoluzione dei problemi, la comunicazione degli stati emotivi e questo è la dimostrazione della validità del metodo Hudolin.

Sulla categoria "B", ossia quella contenente gli aspetti tipicamente umani dell'alcolista come, per esempio, la concezione di famiglia, si è evidenziato che elementi di empowerment, quali empatia, forza, comprensione, aiuto ecc. sono quelli maggiormente presenti.

La famiglia è responsabile di empowerment, ossia rende forte il proprio membro perché fornisce aiuto, elemento che compare più volte in diverse risposte dei questionari e nei verbali.

Da ciò discende che la fiducia e la speranza per il futuro diventano elementi essenziali per permettere l'uscita dalla dipendenza oltre che il mantenimento dell'astinenza.

Risulta evidente che la gran parte delle persone senza l'appoggio familiare e la fiducia fattiva da essa mostrata, non avrebbe:

- a) mai messo in atto il cambiamento del proprio stile di vita
- b) continuato il suo percorso di astinenza, nonostante i suoi momenti di debolezza
- c) potuto sperare in dei cambiamenti.

L'empowerment assume all'interno del club un significato diverso da quello visto per la famiglia.

Questo è percepito come opportunità e processo di crescita che avviene attraverso l'elaborazione della sofferenza e l'apprendimento di tattiche nuove e diverse per affrontare le difficoltà.

È così che il club si trasforma un pò nella scuola della vita.

Tale scuola che crea molte opportunità di apprendimento per tutti quelli che reagiscono alle difficoltà e permette di apprendere dagli altri, rende i soggetti, attivi, protagonisti del proprio cambiamento, con nuove capacità sviluppando nuovi punti di forza.

"Sentire e vedere Giulia che ce la fa mi da forza sia per la sua storia nel club, sia per gli ormai anni di astinenza che conta! Questo sprona e spinge a riflettere prima di fare sciocchezze, vorrei arrivare a questi livelli".

Se qualcosa che l'assistente sociale dovrebbe imparare proprio da queste esperienze è il riconoscimento dei sentimenti positivi e negativi che risiedono nei legami parentali per poi promuovere quelli positivi.

Diventerebbe utile per l'assistente sociale seguire dei corsi che lo portino ad acquisire e sviluppare tali strumenti.

Dalla ricerca si sono poi acquisiti (si veda la tabella) ulteriori elementi su cui appoggiarsi per l'utilizzo della famiglia come risorsa e su cui lavorare per trasformare la famiglia in sostegno al PAI.

Importante è stato vedere che tipo di strategie gli alcolisti e le loro famiglie mettono in atto per risolvere i loro problemi.

Se l'assistente sociale è a conoscenza di ciò, può aiutare in un colloquio a porre le giuste domande come ad esempio, "*In famiglia i problemi vi portano a un confronto o a uno scontro?*" o a chiedere proprio delle strategie che utilizzano.

Se viene indicata che la miglior strategia è la fuga dal problema o il lasciarsi o ancora il chiedere aiuto esterno, l'assistente sociale sa che dovrà lavorare sulla motivazione e sulla promozione dell'empowerment del nucleo mentre, se al contrario, sa che la strategia che attuano in famiglia è il dialogo, il suo compito dovrà essere quello di indagare sulla relazione familiare per poi, se riscontra o intuisce una sua compromissione, far supportare la famiglia da uno psicologo.

Nella ricerca è emerso poi che la più grande paura e difficoltà è l'abbandono e l'isolamento, sia per l'alcolista sia per i familiari dello stesso. Tenendo in considerazione questo il club, essendo un luogo di ritrovo e di confronto, diventa una risorsa per sopperire alle sopra citate paure. In merito a ciò, secondo me, l'assistente sociale dovrebbe essere chiamato a conoscere e sfruttare il Club, specialmente nelle fasi d'inizio trattamento, come consigliato da un alcolista in trattamento nel suo questionario.

Sono dell'idea che se si vuole utilizzare la famiglia come risorsa bisogna:

- 1) aiutare le persone a recuperare, in primis, il significato di famiglia; tale significato può essere ritrovato solo richiamando le persone a ripensarsi all'interno della famiglia e invitandole, attraverso il riappropriamento dello stare insieme, ad esempio momenti dei pasti, a maggiori esperienze di vita familiare
- 2) fare sì che l'assistente sociale si fortifichi nella gestione della relazione d'aiuto attraverso tattiche e strategie sempre nuove; è importante quindi la formazione e l'aggiornamento sulla gestione della comunicazione e dell'interazione familiare; acquisire un occhio professionale all'interno delle dinamiche relazionali semplificherebbe il lavoro soprattutto su quelle problematiche che spesso le famiglie per vergogna tendono a nascondere

- 3) intervenire per rendere la famiglia consapevole della sua importanza per l'alcolista e per promuoverne la crescita in modo di rendere più efficace la sua presenza; nel club l'alcolista può trasmettere, attraverso il racconto di se agli altri, alla famiglia l'importanza che ha e ha avuto nell'alcolismo e la famiglia fortificata da tale riconoscimento è motivata alla crescita che viene comunque messa in atto dalla help therapy.

A testimonianza di quanto sopraddetto si presenta tra gli allegati un'intervista che riassume tutti gli aspetti emotivi umani, l'insieme di eventi, sentimenti, problemi ecc, che compaiono anche negli aspetti percepiti degli alcolisti in trattamento analizzati e che avrebbero meritato una maggiore esplicitazione.

L'intervistato è Giuseppe che racconta, come nel ruolo di guerriero, ha affrontato l'alcoldipendenza.

È un'intervista che parla di una vita conquistata in uno scontro difficile e di una conseguente vittoria con autentica consapevolezza: il riconoscersi risorsa per la battaglia fronteggiata, l'alcolismo.

Parlare di progetto può sembrare pretestuoso, soprattutto in un momento di crisi economica, con risorse umane e finanziarie sempre più tagliate o ridotte.

La nostra Regione, Friuli Venezia Giulia, nella L.R. n. 27/2013 "*Disposizioni per la formazione del bilancio pluriennale e annuale della regione autonoma Friuli Venezia Giulia (legge finanziaria anno 2014)*", ha previsto tagli in tutti i settori incluso quello socio - sanitario.

In più dichiarazioni da parte del governo regionale e dei suoi esponenti più importanti tra cui l'Assessore alla Sanità, oltre al blocco della precedente riorganizzazione prevista dalla vecchia maggioranza, si prevede l'avvio di una ristrutturazione del settore socio - sanitario, ma le cui modalità, linee sono ancora sconosciute ai più.

Si parla di Area Vasta, tagli alle strutture ospedaliere più piccole ma senza alcuna effettiva chiarezza, per cui è facile leggere, nei quotidiani locali, incertezza tra gli stessi Amministratori che non sanno come verranno gestiti i servizi e/o se saranno

tagliati e mobilitazioni di comunità locali, già provate da una pesante crisi economica come quella attuale, impaurite per un depauperamento anche di servizi sociali.

Nel secondo capitolo si sono viste le problematiche e le potenzialità delle famiglie chiamate, in questo periodo, vista la crisi finanziaria dello Stato, a sostituirlo, per esempio, nell'aiuto agli anziani, a fare da ammortizzatore sociale, in molti casi, alla disoccupazione, soprattutto giovanile, vedendo, nello stesso tempo, ridursi aiuti e benefici e aumentare la pressione fiscale.

Questo ha finito per stremare la famiglia. L'Istat segna drammaticamente un aumento della povertà, mentre il Volontariato comincia a essere in difficoltà nell'aiutare le persone.

Prendiamo esempio dal Banco Alimentare del Friuli Venezia Giulia. Questi, nella presentazione della giornata della colletta alimentare del 2013, ha comunicato, vista la forte riduzione di contributi UE per la sua attività, la difficoltà, se non impossibilità, di accogliere nuove richieste di aiuto.

In questa situazione si collocano l'alcolista e la sua famiglia.

Porre un'ipotesi di progetto come sopra presentato, vuol fare presente che è urgente e, secondo me un dovere, un obbligo, più che mai, la necessità di una valorizzazione e di un sostegno tra privato e pubblico, tra operatore professionale e singolo cittadino, in ragione anche di una migliore allocazione e utilizzo delle sempre più scarse risorse finanziarie a disposizione.

Si sente, infatti, più che mai l'urgenza di una rete sociale integrata che sostenga in modo fattivo, proprio le persone che in questo momento di crisi possano sostenere i soggetti deboli, in questo caso l'alcolista e la sua famiglia.

Si sono individuati tanti soggetti, ma nello specifico caso, si è voluto mettere in luce soprattutto lo specifico ruolo del SI.

L'aver posto il SI come soggetto di riferimento è evidenziare che quest'ultimo, senza incidere più di tanto finanziariamente, potrebbe essere un punto di riferimento, aiuto,

filtro per l'Istituzione pubblica che sarebbe coinvolta solo per i casi più pressanti o eclatanti.

È ovvio che il SI necessita di supporto, formazione e a sua volta trovare punto di riferimento nell'Istituzione pubblica ed in particolare nei suoi operatori.

La sinergia tra le due realtà può avere, secondo me, una ricaduta positiva proprio sull'alcolista e la sua famiglia che si vedono così seguite, non abbandonate a sé stesse, e trovano un appoggio al di fuori del formale e burocratico "*orario per l'utenza*" più vicino al loro sentire e vivere comune.

Tale fatto aiuterebbe in modo significativo queste persone permettendo loro di valorizzare meglio quelle capacità insite nell'alcolista e nella sua famiglia e che il metodo Hudolin vuole proprio fare emergere.

D'altra parte l'azione a favore di questi ultimi potrebbe diventare più mirata e calibrata alle effettive esigenze della persona, con un risparmio in termini di tempo, stress e risorse per gli operatori coinvolti.

È evidente che ci sono alcune criticità che si possono riassumere come segue:

- Sovraccarico di compiti affidati a un volontario qual è il SI; va ricordato infatti che il suo ruolo è quello di facilitatore delle relazioni.
- Sovra richieste specifiche al SI rispetto a contenuti personali e intimi. Questo, infatti, non possiede sufficienti competenze relazionali e di gestione-valutazione del bisogno
- Assenza nell'attuale rete sociale di un professionista incaricato del controllo di qualità del lavoro della rete sociale e in modo particolare dell'operato del SI.

Tuttavia a fronte di esse si propone anche:

- L'individuazione dell'assistente sociale come figura responsabile del controllo di qualità del lavoro della rete sociale e come tutor del SI per la gestione-valutazione dei bisogni dei nodi della rete.
- Strutturazione sistematica di focus group gestiti dai professionisti dell'aiuto organizzati per zona di CAT rivolti ai SI.

- Creazione di uno spazio famiglia, ossia, momenti periodici gestiti da psicologi per dare alle famiglie degli strumenti come, tecniche di comunicazione per gestire emozioni e, in modo particolare, la comunicazione che dalla mia ricerca risulta essere l'ostacolo all' utilizzo della famiglia come risorsa all'alcolismo.

È normale che si possono trovare, nel presentare tale proposta, resistenze e difficoltà negli stessi operatori e volontari.

Le ragioni possono essere molteplici, quali tempistica d'avvio del progetto, maggiori tempi, impegno e disponibilità richieste ai soggetti partecipanti, resistenze nel modificare proprie convinzioni e/o metodi lavoro, diffidenze reciproche, non abitudine al dialogo e comunicazione tra i singoli soggetti coinvolti, demotivazioni varie e si potrebbe continuare.

Tuttavia, per affrontare le problematiche delle persone alcol dipendenti e delle loro famiglie, a fronte di una già avviata, ma insufficiente, soprattutto per l'ampiezza del fenomeno considerato, modalità di lavoro a rete, il seguente progetto potrebbe rappresentare una possibile concreta proposta per migliorare i risultati finora raggiunti.

Allegati

Alcuni dati sul problema alcolismo in Italia

**14 anni e più per consumo di bevande alcoliche nell'anno, tutti i giorni, occasionalmente e fuori pasto, sesso e classe d'età.
2008 - 2012 (per 100 persone di 14 anni e più dello stesso sesso e classe d'età)**

CONSUMO DI BEVANDE ALCOLICHE	14-17		Var. su 2008	18-24		Var. su 2008	25-44		Var. su 2008	45-64		Var. su 2008	65 e più		Var. su 2008	Totale	
	2008	2012		2008	2012		2008	2012		2008	2012		2008	2012		2008	2012
MASCHI																	
	47,3	35,4	-11,9	79,1	78,6	-0,5	85,6	84,4	-1,2	87,5	85,2	-2,3	81,8	79,6	-2,2	82,9	80,9
ni	3,9	2,1	-1,8	16,2	13,5	-2,7	34,5	27,4	-7,1	53,5	46,1	-7,4	59,3	55,2	-4,1	42,1	36,5
lmente	43,3	33,3	-10,0	62,9	65,1	2,2	51,1	57,0	5,9	34,0	39,1	5,1	22,5	24,3	1,8	40,8	44,4
o	22,7	18,5	-4,2	49,4	50,7	1,3	45,4	48,6	3,2	37,8	37,0	-0,8	23,8	24,0	0,2	38,0	38,0

		FEMMINE																
		36,5	27,4	-9,1	61,9	61,0	-0,9	63,4	59,2	-4,2	61,3	55,8	-5,5	49,2	45,2	-4,0	57,9	53,0
ni		0,8	0,6	-0,2	3,3	2,0	-1,3	10,8	8,0	-2,8	19,6	15,9	-3,7	22,7	20,1	-2,6	15,4	12,0
lmente		35,7	26,8	-8,9	58,6	59,0	0,4	52,6	51,2	-1,4	41,7	39,8	-1,9	26,4	25,1	-1,3	42,5	40,0
o		14,4	11,7	-2,7	33,5	36,6	3,1	20,9	23,4	2,5	12,7	12,9	0,2	5,3	5,7	0,4	15,2	16,0

		MASCHI E FEMMINE																
		42,0	31,3	-10,7	70,7	70,2	-0,5	74,6	71,8	-2,8	74,2	70,2	-4,0	62,9	59,9	-3,0	69,9	66,0
ni		2,4	1,3	-1,1	9,9	8,0	-1,9	22,7	17,7	-5,0	36,3	30,7	-5,6	38,1	35,1	-3,0	28,3	24,0
lmente		39,6	30,0	-9,6	60,8	62,2	1,4	51,9	54,1	2,2	37,9	39,5	1,6	24,8	24,8	0,0	41,7	42,0
o		18,7	15,1	-3,6	41,6	44,0	2,4	33,3	36,0	2,7	25,0	24,7	-0,3	13,1	13,5	0,4	26,2	26,0

14 anni e più per consumo di bevande alcoliche nell'anno, per tipologia. Anni 2008 e 2012 (per 100 persone di 14 anni e più dello stesso sesso e classe di

CATEGORIA	DI	14-17		Var. su 2008	18-24		Var. su 2008	25-44		Var. su 2008	45-64		Var. su 2008	65 e più		Var. su 2008	Totale		
		2008	2012		2008	2012		2008	2012		2008	2012		2008	2012		2008	2012	
MASCHI																			
e birra		14,9	10,7	-4,2	14,3	15,7	1,4	18,7	16,0	-2,7	27,8	27,2	-0,6	47,0	40,9	-6,1	26,5	24,0	
ni con o senza vino e birra		27,8	23,6	-4,2	62,5	62,1	-0,4	65,3	68,1	2,8	57,9	57,8	-0,1	33,5	38,4	4,9	54,6	56,0	
FEMMINE																			
e birra		9,5	5,8	-3,7	13,4	11,4	-2,0	24,2	19,2	-5,0	32,0	27,9	-4,1	36,3	32,6	-3,7	28,1	24,0	
ni con o senza vino e birra		19,7	20,7	1,0	44,1	48,9	4,8	35,2	39,4	4,2	25,9	27,4	1,5	9,9	12,3	2,4	26,1	28,0	
MASCHI E FEMMINE																			
e birra		12,2	8,2	-4,0	13,9	13,7	-0,2	21,4	17,6	-3,8	29,8	27,5	-2,3	40,9	36,1	-4,8	27,3	24,0	
ni con o senza vino e birra		23,9	22,1	-1,8	53,4	55,8	2,4	50,4	53,8	3,4	41,5	42,3	0,8	19,9	23,4	3,5	39,7	41,0	

Persone di 11 anni e più che hanno consumato almeno una bevanda alcolica nell'anno e consumo giornaliero per sesso e classe d'età.
Anno 2008 - 2012 (per 100 persone di 11 anni e più dello stesso sesso e classe d'età)

CLASSI DI ETA'	2008						2012								
	Consumo di bevande alcoliche						Consumo di bevande alcoliche								
	Maschi		Femmine		Maschi e femmine		Maschi		Var. su 2008	Femmine		Var. su 2008	Maschi e femmine		Var. su 2008
	Nell'anno	di cui tutti i giorni	Nell'anno	di cui tutti i giorni	Nell'anno	di cui tutti i giorni	Nell'anno	di cui tutti i giorni		Nell'anno	di cui tutti i giorni		Nell'anno	di cui tutti i giorni	
11-15	19,7	1,4	15,3	0,5	17,6	0,9	11,2	0,4	-8,5	9,7	0,4	-5,6	10,5	0,4	-7,1
16-17	59,9	5,5	44,7	0,9	52,7	3,3	49,8	3,0	-10,1	35,0	0,4	-9,7	42,3	1,7	-10,4
18-19	74,7	9,0	58,0	2,0	66,0	5,4	69,6	9,1	-5,1	56,8	2,0	-1,2	63,5	5,7	-2,5
20-24	80,8	18,9	63,6	3,9	72,6	11,7	82,0	15,2	1,2	62,6	2,0	-1,0	72,8	8,9	0,2
25-29	84,7	23,2	62,8	5,9	74,0	14,7	85,1	20,8	0,4	61,0	5,1	-1,8	73,2	13,0	-0,8
30-34	85,3	32,5	64,1	10,3	75,0	21,7	83,5	23,7	-1,8	59,2	7,1	-4,9	71,3	15,3	-3,7
35-44	86,1	39,5	63,3	12,6	74,6	25,9	84,6	31,1	-1,5	58,6	9,3	-4,7	71,6	20,2	-3,0
45-54	87,7	50,2	63,8	17,5	75,4	33,4	84,5	41,5	-3,2	57,1	13,4	-6,7	70,7	27,4	-4,7
55-59	86,4	54,6	59,0	19,1	72,5	36,6	86,4	48,9	0,0	55,1	17,3	-3,9	70,1	32,5	-2,4
60-64	88,4	59,9	58,1	25,3	73,2	42,6	85,9	54,6	-2,5	53,4	20,4	-4,7	69,0	36,8	-4,2
65-74	84,5	60,1	53,1	24,4	67,5	40,8	82,7	56,7	-1,8	51,1	22,4	-2,0	66,1	38,7	-1,4
75 e più	77,8	58,0	45,0	20,9	57,5	35,0	75,3	53,2	-2,5	39,9	18,0	-5,1	53,2	31,3	-4,3
Totale	80,5	40,7	56,3	14,9	68,0	27,4	78,3	35,6	-2,2	51,8	12,5	-4,5	64,6	23,6	-3,4
Friuli-V.G.	82,7	41,8	62,1	19,0	72,0	30,0	81,3	36,6	-1,4	59,2	15,3	-2,9	69,9	25,6	-2,1

Persone di 25 anni e più che hanno consumato almeno una bevanda alcolica nell'anno e consumo giornaliero per titolo di studio, sesso e classe d'età.
Anno 2008 - 2012 (per 100 persone di 25 anni e più con lo stesso titolo di studio, sesso e classe d'età)

		2008						2012								
CLASSE DI ETÀ E TITOLO DI STUDIO		Consumo di bevande alcoliche						Consumo di bevande alcoliche								
		Maschi		Femmine		Maschi e femmine		Maschi		Var. su 2008	Femmine		Var. su 2008	Maschi e femmine		Var. su 2008
		Nell'anno	di cui tutti i giorni	Nell'anno	di cui tutti i giorni	Nell'anno	di cui tutti i giorni	Nell'anno	di cui tutti i giorni		Nell'anno	di cui tutti i giorni		Nell'anno	di cui tutti i giorni	
25-44	Laurea	85,8	25,7	73,6	10,9	79,0	17,4	88,7	21,3	2,9	69,3	9,2	-4,3	77,4	14,2	-1,6
	Diploma superiore	87,6	30,7	65,5	9,8	76,4	20,1	85,8	24,6	-1,8	61,1	7,1	-4,4	73,5	15,8	-2,9
	Licenza media	85,5	40,4	58,4	11,9	72,9	27,2	82,0	32,1	-3,5	51,7	8,0	-6,7	68,1	21,0	-4,8
	Licenza elementare	67,8	38,1	45,4	10,9	56,6	24,5	77,5	34,9	9,7	48,0	10,9	2,6	63,4	23,4	6,8
45-64	Laurea	89,3	45,9	72,3	19,9	81,4	33,9	89,1	40,2	-0,2	68,3	16,4	-4,0	78,6	28,1	-2,8
	Diploma superiore	88,8	49,5	67,1	18,9	78,1	34,4	87,3	43,4	-1,5	62,8	17,4	-4,3	75,3	30,7	-2,8
	Licenza media	87,4	55,8	62,1	18,7	75,3	37,9	83,8	47,9	-3,6	52,9	14,8	-9,2	68,5	31,5	-6,8
	Licenza elementare	84,8	58,9	50,5	21,6	64,1	36,4	81,5	51,7	-3,3	43,7	15,9	-6,8	59,0	30,4	-5,1
65 e più	Laurea	80,7	56,3	67,3	30,9	75,9	47,2	85,2	53,1	4,5	56,0	23,2	-11,3	74,4	42,0	-1,5
	Diploma superiore	81,3	53,5	61,2	23,8	71,7	39,3	83,0	54,4	1,7	61,0	26,3	-0,2	72,4	40,9	0,7
	Licenza media	83,8	56,8	57,4	25,4	70,4	40,9	80,3	54,5	-3,5	49,1	19,4	-8,3	64,6	36,9	-5,8
	Licenza elementare	81,3	61,7	45,3	21,7	58,7	36,6	77,4	56,2	-3,9	41,0	19,1	-4,3	54,3	32,7	-4,4
Totale	Laurea	86,3	37,0	72,7	15,1	79,5	25,9	88,4	32,6	2,1	68,0	12,5	-4,7	77,5	21,9	-2,0
	Diploma superiore	87,4	39,2	59,8	14,0	76,5	26,6	86,0	35,2	-1,4	61,7	13,1	1,9	74,0	24,3	-2,5
	Licenza media	86,0	48,8	65,7	16,7	73,5	33,5	82,5	42,5	-3,5	51,8	13,1	-13,9	67,7	28,3	-5,8
	Licenza elementare	81,2	59,0	46,7	21,1	60,1	35,8	78,4	53,3	-2,8	42,0	18,0	-4,7	56,0	31,6	-4,1

	rischio 2008	moderato	giornaliero non moderato solo a pasto		rischio 2012	2008	moderato	2008	giornaliero non moderato solo a pasto	2008		2008
--	-----------------	----------	---	--	-----------------	------	----------	------	---	------	--	------

MASCHI

11-15 (*)	19,7	1,4	36,3	1,5	11,2	-8,5	0,4	-1,0	37,3	1,0	1,5	0,0
16-17	14,9	5,5	44,5	10,6	15,2	0,3	3,0	-2,5	27,2	-17,3	13,7	3,1
11-17	18,2	2,6	41,6	4,3	12,4	-5,8	1,1	-1,5	29,8	-11,8	4,9	0,6
18-19	22,1	2,6	33,0	21,5	19,2	-2,9	0,5	-2,1		-33,0	18,9	-2,6
20-24	24,3	3,5	25,4	22,4	21,7	-2,6	2,4	-1,1	23,7	-1,7	20,6	-1,8
18-24	23,7	3,3	27,0	22,1	21,0	-2,7	1,9	-1,4	22,0	-5,0	20,1	-2,0
25-29	23,8	4,2	17,3	21,7	21,2	-2,6	2,4	-1,8	14,3	-3,0	19,9	-1,8
30-34	21,5	6,0	17,2	18,8	19,2	-2,3	3,0	-3,0	17,2	0,0	17,7	-1,1
35-44	18,8	8,0	32,6	14,3	16,7	-2,1	5,0	-3,0	25,6	-7,0	13,7	-0,6
25-44	20,4	6,8	27,3	16,9	18,1	-2,3	4,1	-2,7	22,9	-4,4	15,8	-1,1
45-54	20,5	11,8	33,5	12,7	15,5	-5,0	6,9	-4,9	28,9	-4,6	11,3	-1,4
55-59	18,6	13,3	41,3	8,7	16,4	-2,2	9,6	-3,7	28,2	-13,1	9,6	0,9
60-64	22,4	16,7	40,4	10,3	15,0	-7,4	11,0	-5,7	38,2	-2,2	6,6	-3,7
45-64	20,5	13,3	37,4	11,2	15,6	-4,9	8,5	-4,8	31,4	-6,0	9,9	-1,3
65-74	48,1	46,6	61,3	5,3	42,9	-5,2	41,6	-5,0	57,9	-3,4	4,9	-0,4
75 e più	43,0	42,6	69,9	2,3	37,7	-5,3	37,1	-5,5	69,6	-0,3	2,6	0,3
65 e più	46,0	45,0	64,6	4,1	40,7	-5,3	39,7	-5,3	62,6	-2,0	3,9	-0,2
Totale	25,5	15,4	51,1	12,1	21,7	-3,8	12,2	-3,2	50,8	-0,3	11,1	-1,0

FEMMINE

11-15 (*)	15,3	0,5	100,0	1,7	9,7	-5,6	0,4	-0,1	43,5	-56,5	1,0	-0,7
16-17	4,7	0,9	50,8	3,9	5,2	0,5	0,4	-0,5	4,8	-46,0	4,8	0,9
11-17	12,2	0,6	78,9	2,3	8,4	-3,8	0,4	-0,2	32,6	-46,3	2,2	-0,1
18-19	6,0	0,5	41,1	5,8	11,5	5,5	1,2	0,7	36,6	-4,5	10,6	4,8

20-24	7,1	0,7	54,4	6,8	8,8	1,7	0,7	0,0	47,3	-7,1	8,5	1,7
18-24	6,8	0,6	51,0	6,5	9,5	2,7	0,8	0,2	43,2	-7,8	9,1	2,6
25-29	6,4	0,8		5,8	7,1	0,7	1,0	0,2	47,3	47,3	6,3	0,5
30-34	5,2	1,0	47,0	4,5	5,6	0,4	0,6	-0,4	27,8	-19,2	5,3	0,8
35-44	3,8	1,1	60,9	2,9	4,1	0,3	1,0	-0,1	36,6	-24,3	3,5	0,6
25-44	4,6	1,0	48,9	3,8	5,0	0,4	0,9	-0,1	37,4	-11,5	4,5	0,7
45-54	4,9	2,2	52,5	3,0	3,6	-1,3	1,1	-1,1	67,8	15,3	2,6	-0,4
55-59	4,2	2,1	56,2	2,6	3,6	-0,6	1,7	-0,4	65,3	9,1	2,1	-0,5
60-64	4,6	3,6	65,6	1,2	3,1	-1,5	1,5	-2,1	68,5	2,9	1,7	0,5
45-64	4,7	2,5	57,5	2,5	3,5	-1,2	1,4	-1,1	67,3	9,8	2,3	-0,2
65-74	13,1	12,5	80,6	0,9	11,6	-1,5	10,8	-1,7	81,4	0,8	1,2	0,3
75 e più	9,3	8,8	89,2	0,6	8,7	-0,6	8,3	-0,5	91,6	2,4	0,6	0,0
65 e più	11,2	10,7	84,1	0,8	10,1	-1,1	9,5	-1,2	86,1	2,0	0,8	0,0
Totale	7,0	3,8	75,5	2,8	6,4	-0,6	3,2	-0,6	78,2	2,7	3,1	0,3

MASCHI E FEMMINE

11-15 (*)	17,6	0,9	53,2	1,6	10,5	-7,1	0,4	-0,5	40,2	-13,0	1,3	-0,3
16-17	10,1	3,3	45,4	7,4	10,1	0,0	1,7	-1,6	24,7	-20,7	9,2	1,8
11-17	15,3	1,7	48,5	3,3	10,4	-4,9	0,8	-0,9	30,5	-18,0	3,6	0,3
18-19	13,8	1,5	34,5	13,3	15,5	1,7	0,8	-0,7	25,1	-9,4	15,0	1,7
20-24	16,0	2,2	29,7	14,9	15,6	-0,4	1,6	-0,6	28,8	-0,9	14,8	-0,1
18-24	15,4	2,0	30,8	14,4	15,6	0,2	1,4	-0,6	28,2	-2,6	14,8	0,4
25-29	15,3	2,5	14,7	14,0	14,2	-1,1	1,7	-0,8	23,5	8,8	13,2	-0,8
30-34	13,6	3,6	21,2	11,8	12,3	-1,3	1,8	-1,8	19,0	-2,2	11,5	-0,3
35-44	11,2	4,5	36,1	8,5	10,4	-0,8	3,0	-1,5	27,4	-8,7	8,7	0,2
25-44	12,6	3,9	30,2	10,4	11,6	-1,0	2,5	-1,4	25,5	-4,7	10,2	-0,2
45-54	12,5	6,9	36,5	7,7	9,5	-3,0	4,0	-2,9	34,4	-2,1	6,9	-0,8
55-59	11,3	7,6	43,4	5,6	9,8	-1,5	5,5	-2,1	34,2	-9,2	5,7	0,1

Persone di 11 anni per sesso, frequenza con cui vanno in discoteca e classe d'età.

Anno 2008 - 2012 (per 100 persone di 11 anni e più con lo stesso sesso, frequenza con cui vanno in discoteca e classe d'età)

SESSO, FREQUENZA CON CUI VANNO IN DISCOTECA CLASSE DI ETÀ'	Almeno un comportamento di consumo a rischio 2008	Tipo di comportamento a rischio nel consumo di bevande alcoliche 2008				Almeno un comportamento di consumo a rischio 2012	Tipo di comportamento a rischio nel consumo di bevande alcoliche 2012															
		44,8 giornaliero non moderato	di cui (a)		8,8		6,1 Var. su 2008	4,0 giornaliero non moderato	42,2 Var. su 2008	di cui (a)		4,0 Var. su 2008	-1,8 Binge drinking	Var. su 2008								
			5,8 giornaliero non moderato solo a pasto	3,0						2,6 giornaliero non moderato solo a pasto	3,0											
60-64	13,5	44,8	5,8	3,0	8,8	6,1	4,0	42,2	2,6	3,0	4,0	-1,8										
45-64	12,4	40,7	6,7	3,4	20,2	2,8	3,0	36,6	4,0	2,7	6,0	-0,8										
65-74	29,1	28,1	65,9	2,5	26,5	-2,6	-2,6	63,2	-2,7	3,0	0,1											
MASCHI																						
75 e più	22,1	21,6	74,8	1,2	52,3	1,0	-2,5	10,2	19,1	-2,7	-2,5	0,6	75,5	0,7	22,9	1,3	-29,4	0,1	3,8	-6,4		
65 e più	25,9	25,2	69,4	3,8	2,2	14,7	11,2	23,2	-2,7	15,6	22,2	0	1,7	68,2	-1,1	30,7	2,2	16,0	0,0	14,5	-1,1	
25-44		16,0	7,1	30,8	12,0	15,5	-0,5	4,1	-3,0	28,4	-2,4	12,9	-2,6									
Totale	45,9	9,4	56,1	3,2	7,3	38,1	10,8	19,8	-2,1	14,8	7,5	0	8,4	56,7	0,6	32,1	6,9	-6,0	0,4	9,0	-5,8	
65 e più		45,3	44,4	65,9	3,8	40,3	-5,0	39,3	-5,1	63,6	-2,3	3,8	-36,5									
Totale		24,2	17,8	54,3	8,6	20,8	-3,4	13,5	-4,3	53,6	-0,7	8,9	-11,9									
(*) per le persone di 11-15 anni si considera a rischio il consumo di almeno una bevanda alcolica nell'anno.																						
11-17		29,8	4,4	44,4	9,6	19,9	-9,9	2,9	-1,5	35,1	-9,3	9,0	-10,9									
18-24		23,3	3,1	31,8	21,7	28,1	4,8	2,2	-0,9	11,8	-20,0	27,4	-0,7									
(a) per 100 persone di 11-12 volte più con consumo giornaliero non moderato di bevande alcoliche dello stesso sesso e classe d'età																						
45-64		24,7	14,0	35,3	14,8	19,2	-5,5	8,4	-5,6	27,7	-7,6	13,9	-5,3									
65 e più		60,3	58,4	50,8	10,0	46,3	-14,0	44,9	-13,5	50,0	-0,8	6,3	-40,0									
Totale		32,6	15,7	26,9	3,4	20,1	35,6	20,3	30,6	-2,0	24,7	14,3	-0,8	7,0	38,9	12,0	30,5	17,1	-5,1	-3,0	19,3	-5,4
11-17		37,1	7,8	26,3	11,3	-25,8	-7,8	0,0	-11,3													
18-24		40,5	5,8	66,8	2,9	5,0	36,5	37,7	4	40,3	3,5	-1,7	0,2	74,8	7,7	8,0	3,5	-36,5	-1,5	40,3	0,0	
25-44		33,0	7,1	0,4	30,2	34,2	1,2	3,7	-3,4	8,6	10,1	-0,4	-2,2	33,2	-1,0							
45-64		21,1	10,2	21,8	16,2	12,0	18,6	-2,5	35,0	13,2	-1,2	15,4	-0,8	46,1	8,6	35,6	10,1	9,0	-2,2	27,1	-7,9	
65 e più		49,5	49,5	42,6	5,9	53,1	3,6	53,1	3,6	3,5	-39,1	0,0	-53,1									
Totale		35,1	10,2	24,7	28,1	35,6	0,5	7,7	-2,5	13,2	-11,5	29,8	-5,8									
11-17		18,2	2,6	41,6	4,3	12,4	-5,8	1,1	-1,5	29,8	-11,8	4,9	-7,5									
18-24		23,7	3,3	27,0	22,1	21,0	-2,7	1,9	-1,4	22,0	-5,0	20,1	-0,9									
25-44		20,4	6,8	27,3	16,9	18,1	-2,3	4,1	-2,7	22,9	-4,4	15,8	-2,3									
45-64		20,5	13,3	37,4	11,2	15,6	-4,9	8,5	-4,8	31,4	-6,0	9,9	-5,7									
65 e più		48,0	45,0	64,6	4,1	40,7	-5,3	39,7	-5,3	62,6	-2,0	3,9	-36,8									
Totale		25,5	15,4	51,1	12,1	21,7	-3,8	12,2	-3,2	50,8	-0,3	11,1	-10,6									

Distribuzione delle diagnosi di dimissioni ospedaliere totalmente alcol attribuibili secondo il sesso - anno 2008

CAUSE DI DIMISSIONE		M	F	MF	M%	F%	% DIAGNOSI											
Sindrome psicotiche indotte da alcol	Mai	11-17	8,1	0,6	100,0	0,9	6,5	-1,6	0,3	-0,3	24,5	-75,5	1,5	-5,0				
		18-24	1,9	0,5	31,9	1,8	7,2	5,3	0,6	0,1	26,4	-5,5	7,1	-0,1				
		25-44	3.584	3,1	0,8	64,2	2,4	78,37%	3,9	21,68%	0,94	99%	0,0	31,8	-32,4	3,3	-0,6	
		45-64	4,6	2,4	61,9	2,4	3,1	-1,5	1,4	-1,0	65,3	3,4	1,8	-1,3				
		Totale	19.908	0,9	61,32	84,26	0,8	75,58%	9,9	24,42%	9,28	71%	1,1	87,1	3,1	0,9	-9,0	
Sindrome di dipendenza da alcol	Mai	11-17	7,097	21,2	3,004	100,0	101	4,9	70,26%	14,1	29,74%	0,1	1,01%	0,3	42,1	-57,9	4,0	-10,1
		18-24	7,4	0,5	100,0	6,9	11,5	4,1	0,6	0,1	-100,0	11,3	-0,2					
		25-44	1.380	7,6	1,3	24,2	1.768	6,6	78,05%	8,4	21,95%	0,8	1,93%	0,5	50,2	26,0	7,9	-0,5
		45-64	5,6	2,4	27,0	3,7	5,3	-0,3	1,0	-1,4	82,6	55,6	4,4	-0,9				
		Totale	381	22,3	22,3	83,2	0,6	86,99%	13,4	13,01%	13,3	0,48%	9,0	74,2	-9,0	0,1	-13,3	
Abuso di alcol	Si, 1-12 volte	11-17	9,3	1,8	53,5	5,8	9,0	-0,3	1,5	-0,3	63,8	10,3	6,7	-2,3				
		18-24	485	17,8	1,5	641	6,6	75,66%	0,0	24,34%	0,70%	2,9	0,0	0,0				
		25-44	15,4	1,4	15,4	32,1	16,7	18,3	16,9	100,0	100,0	13,8	-18,3					
		45-64	12,5	1,9	25,6	12,0	16,4	3,9	3,9	2,0	100,0	74,4	12,6	-3,8				
		Totale	4,3	3,7	36,2	0,6	24,2	19,9	-3,7	-36,2	24,2	0,0						

Steatosi epatica alcolica	5.662	1.868	7.530	75,19%	24,81%	8,21%
Epatite acuta alcolica	2.695	683	3.378	79,78%	20,22%	3,68%
Cirrosi epatica alcolica	25.588	6.529	32.117	79,67%	20,33%	35,01%
Danno epatico da alcol, non specificato	3.715	820	4.535	81,92%	18,08%	4,94%
Avvelenamento da antagonisti dell'alcol	13	2	15	86,67%	13,33%	0,02%
Effetti tossici dell'alcol	204	95	299	68,23%	31,77%	0,33%
Totale	70.712	21.023	91.735	77,08%	22,92%	100,00%

Questionario

SESSO: M F

ETÀ: 20 – 30 31 – 40 41 – 50 51 – 60 OLTRE 60

GRADO ISTRUZIONE: LICENZA ELEMENTARE LICENZA MEDIA
 SCUOLA PROFESSIONALE DIPLOMA SUPERIORE
 LAUREA

STATO CIVILE: CELIBE/NUBILE CONIUGATO/A VEDOVO/A
 SEPARATO/A DIVORZIATO/A

OCCUPAZIONE: STUDENTE DISOCCUPATO PENSIONATO
 OCCUPATO A TEMPO INDETERMINATO
 OCCUPATO A TEMPO DETERMINATO

SITUAZIONE ABITATIVA: FAMIGLIA D'ORIGINE SOLO/A
 FAMIGLIA PROPRIA COMUNITÀ
 ALTRO _____

FORNISCI UNA DEFINIZIONE DI FAMIGLIA:

INDICA ELEMENTI DI FORZA DELLA TUA FAMIGLIA:

INDICA ELEMENTI NON POSITIVI DELLA TUA FAMIGLIA:

IN FAMIGLIA TI SENTI NORMALMENTE (è possibile segnare più situazioni):

- COMPRESO ACCOLTO STIMATO SOSTENTUTO
 INCOMPRESO RIFIUTATO NON STIMATO ABBANDONATO
 ALTRO _____

LE DIFFICOLTÀ NEL DIALOGO IN FAMIGLIA SONO:

- QUOTIDIANI FREQUENTI OCCASIONALI

QUALI I MOTIVI DI SCONTRO (è possibile segnare più situazioni numerandole per ordine di prevalenza):

- RELAZIONALI ECONOMICHE COMPORTAMENTALI
 ESTERNE PERSONALI
 ALTRO _____

COME SUPERATE QUESTA SITUAZIONE:

LA FAMIGLIA HA COSTITUITO UNA RISORSA NEL FRONTEGGIARE LA DIPENDENZA DELL'ALCOL:

- SÌ NO

PERCHÉ:

LA FAMIGLIA COSTITUISCE UNA RISORSA NEL FRONTEGGIARE LA DIPENDENZA DELL'ALCOL: SÌ NO

PERCHÉ:

IL CLUB È STATO DI SOSTEGNO: SI NO

COME:

IL CLUB PUÒ DIVENTARE UN SOSTITUTO DELLA FAMIGLIA: SI NO

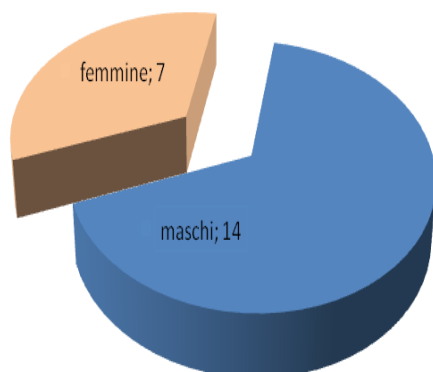
QUANDO:

IN CHE MODO:

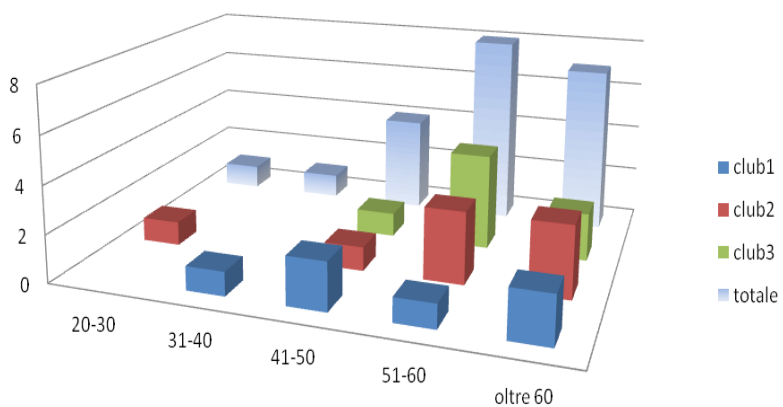
Dati Questionario

Il Campione

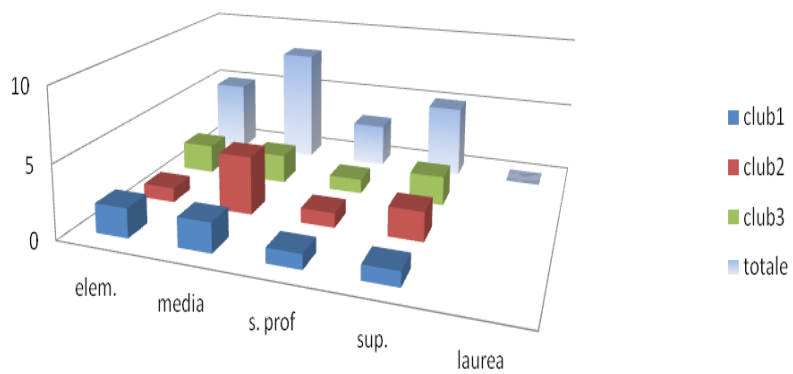
Maschi e Femmine



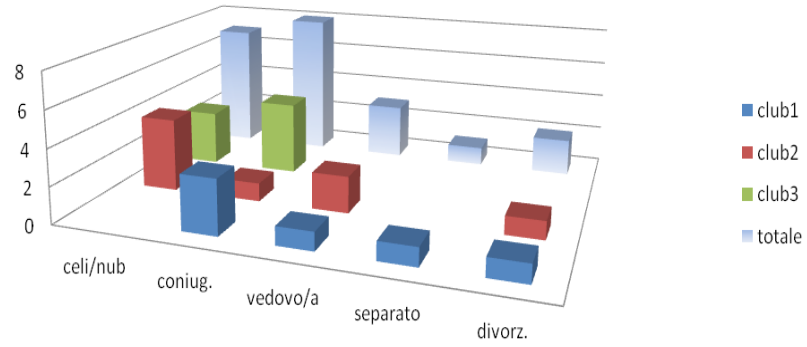
Età



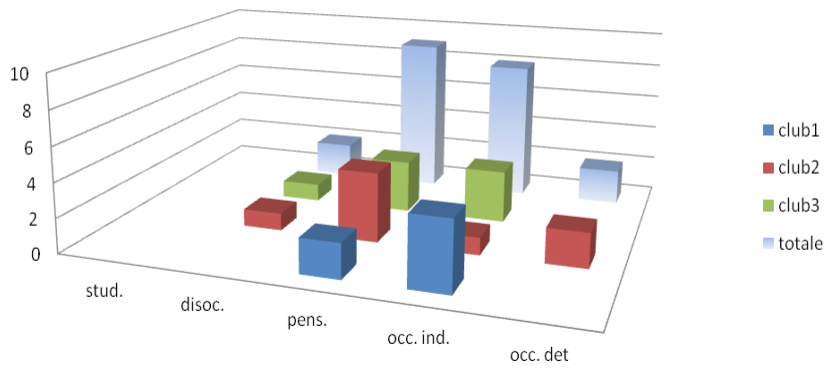
Grado istruzione



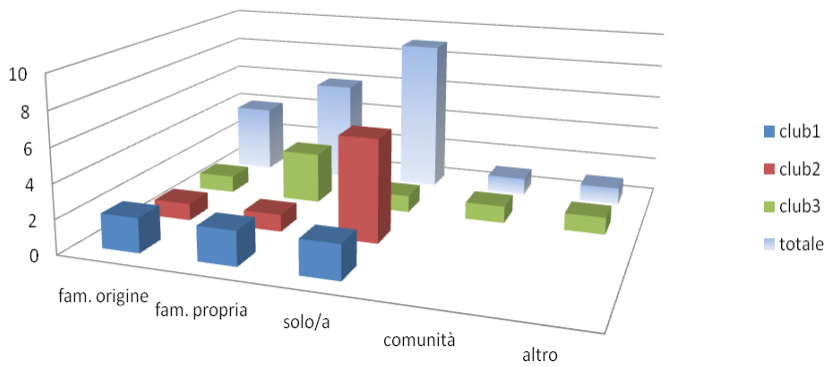
Stato civile



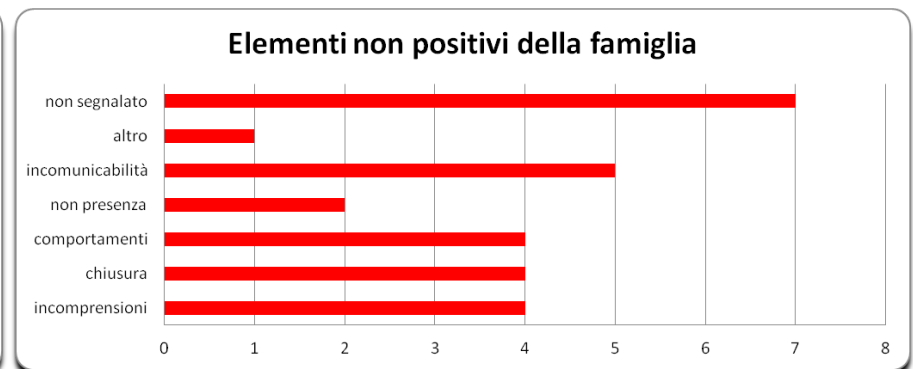
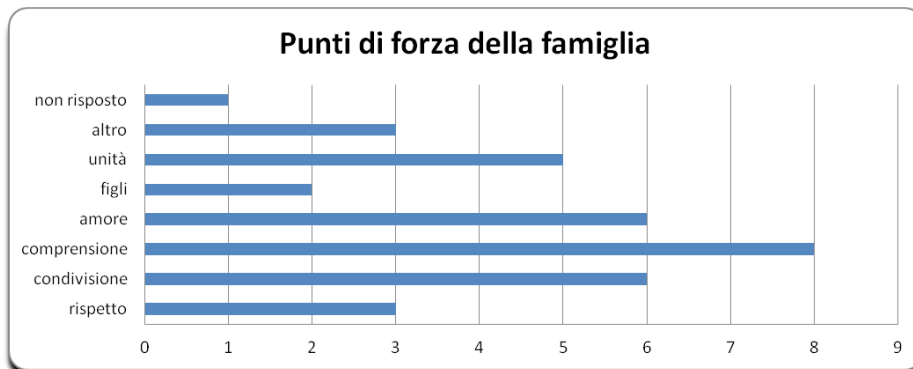
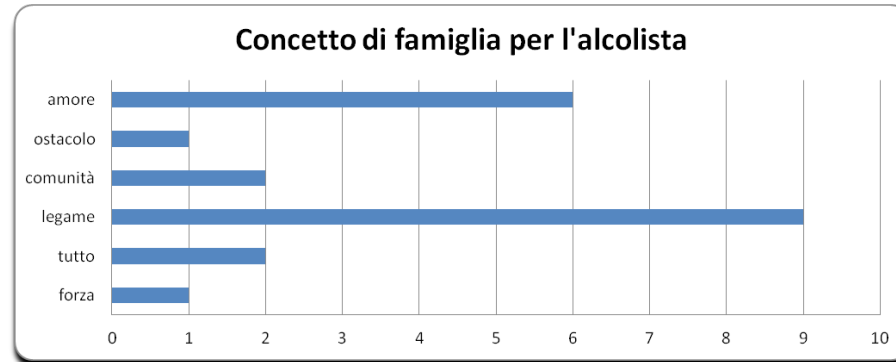
Occupazione



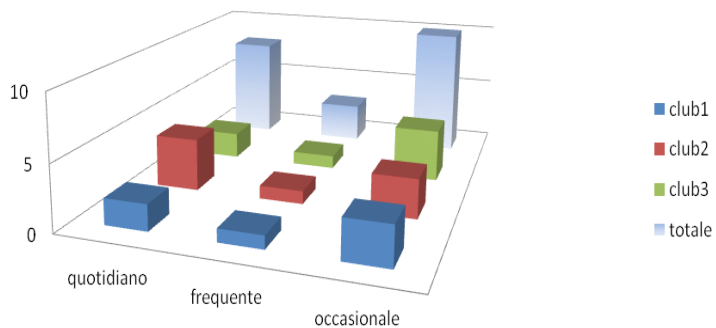
Situazione abitativa



L'alcolista e la Famiglia



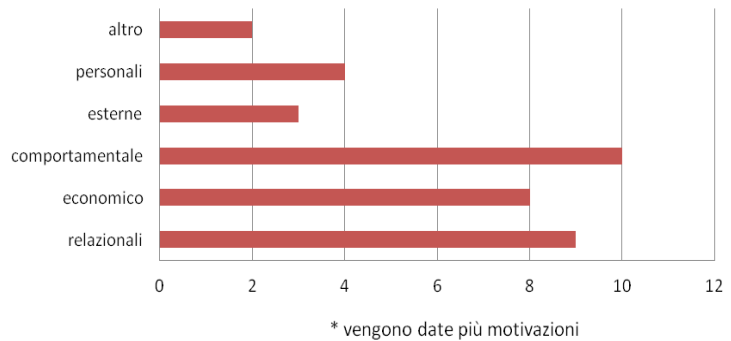
Difficoltà dialogo in famiglia



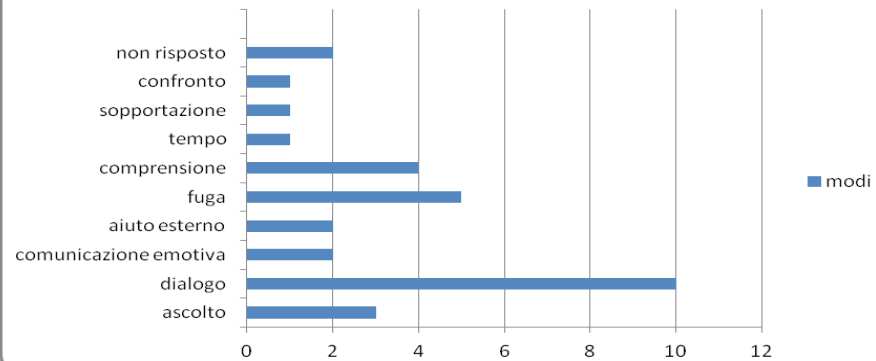
L'alcolista in famiglia si sente



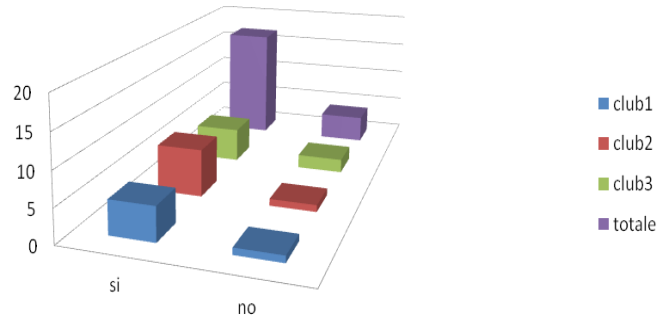
Motivazioni di scontro in famiglia



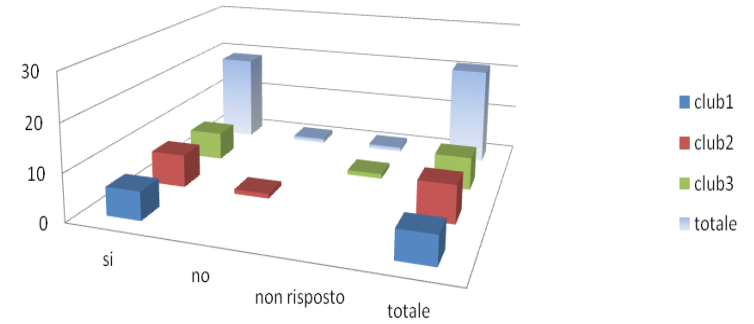
Strategie risolutive degli scontri in famiglia



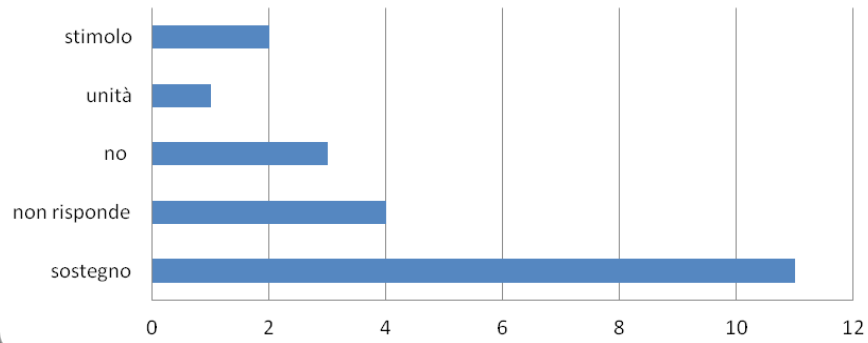
Famiglia è stata risorsa per l'addetta



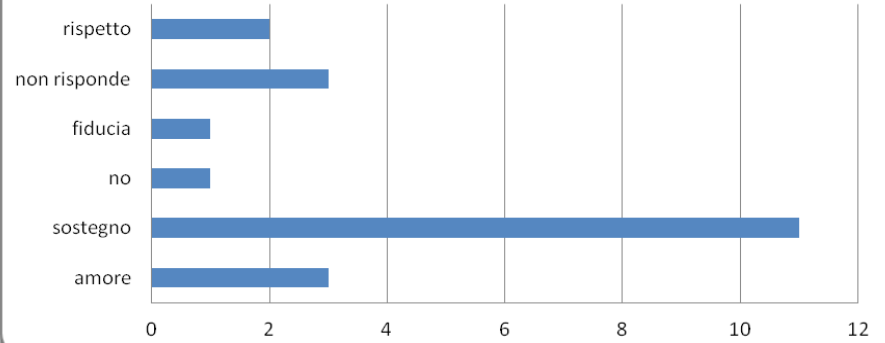
Famiglia è risorsa per l'alcolista



Perchè è stata risorsa

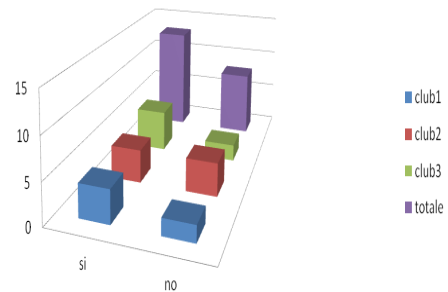


Perchè è risorsa

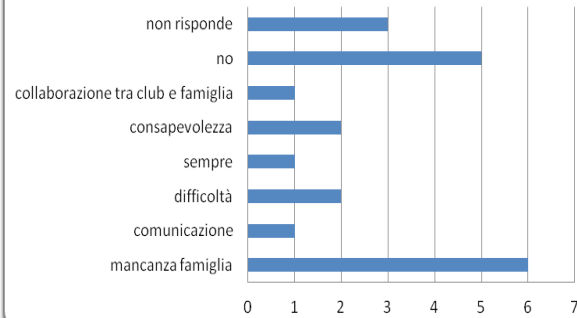


L'Alcolista e il Club

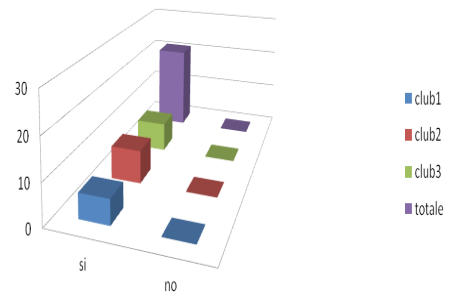
Club sostituto della famiglia dell'alcolista ?



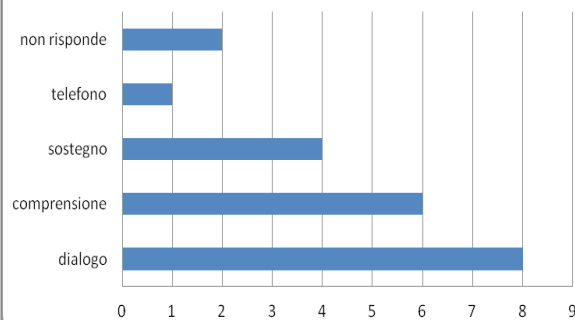
Quando sostituisce



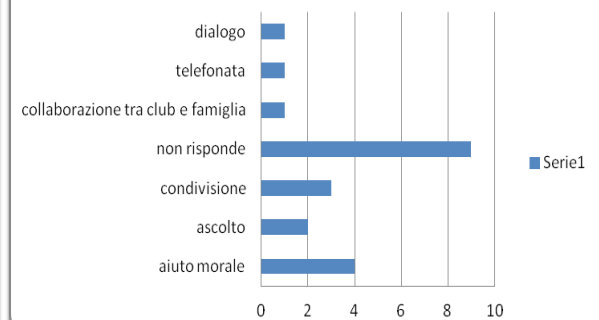
Club sostegno per l'alcolista?



Modalità di sostegno del club



Come sostituisce



I Verbali

CAT. "A" – EMOZIONALI	Famiglia	Club
gioia/serenità	34	11
Sostegno	21	5
Stima	11	
Accoglienza	10	
Sfiducia	10	
Comprensione	8	10
Aiuto	7	
insoddisfazione	7	
Crisi	6	
Paura	5	
incomprensione	4	
Confusione	3	
Affetto	3	
Equilibrio	2	
Abbandono	1	
Vicinanza		15
Disagio		5
Ascolto		1
Condivisione		6
Accettazione		2

non giudizio		2
rabbia		4
Tristezza		3
Totale	132	64

CAT. "A" - EMOZIONALI	Famiglia	%	Club	%
ASPETTI POSITIVI	96	72,7%	53	82,8%
ASPETTI NEGATIVI	36	27,3%	11	17,2%
TOTALE	132	100,0%	64	100,0%

CAT. "B" - ESPERIENZIALI	Famiglia	Club
comunicazione	21	3
Aiuto	15	15
Cambiamento	15	15
Legame	9	
Sostegno	9	
preoccupazione	8	
Comprensione	8	
Amore	6	
Gioia	6	
Fiducia	6	3
Ricaduta	6	
Paura	6	
Sofferenza	5	
Unità	5	
incomprensione	4	
Chiusura	4	
Forza	4	
Completezza	2	
Fallimento	2	
Gelosia	1	
Dono	1	
Lealtà	1	
Solidarietà	1	
Confronto		3
Amicizia		10
responsabilizzazione		7
Totale	144	56

CAT. "B" - ESPERIENZIALI	Famiglia	%	Club	%
ASPETTI POSITIVI	109	75,7%	56	100,0%
ASPETTI NEGATIVI	35	24,3%	0	0,0%
TOTALE	144	100,0%	56	100,0%

La Storia di Giuseppe

Come può un intossicato caduto nella dipendenza della sostanza uscire e addirittura diventare risorsa per la famiglia e per la comunità?

Secondo la mia personale esperienza non è facile.

Attraversato il percorso di disintossicazione e recupero dell'equilibrio si tratta di non fermarsi lì, ma di rientrare a tutti gli effetti nelle regole del vivere sociale della comunità.

Già questo è diventare risorsa poiché la rinascita alla vita dopo una caduta nella dipendenza è, di fatto, comunicare agli altri di essere sopravvissuto e "ritornato" sano. La mia storia parte con il momento dell'incontro con la Comunità alcolica nel 1991. Lì, vado per accompagnare un fratello in difficoltà con l'eccesso del bere. Mi viene però posta la condizione, per essergli di aiuto, che io debba considerare anche il mio comportamento e il mio bere, il mio uso di sostanze. Non sto molto a valutare questo fatto e accetto. Mi colpisce l'affermazione "*chi viene in comunità, e poi al club, ci viene per se medesimo*".

Accetto il percorso di trattamento e arrivo in breve al club dopo aver contattato la Servitrice Insegnante di allora. Per facilitarmi la frequentazione del Club ne scelgo uno vicino a casa. (*So che ci sono persone che vanno a cercare club distanti dal luogo di residenza con la scusa che non vogliono far sapere ai vicini o altro: non è buon segnale per un numero di eventualità di rischio che quella distanza verrà a creare: io volevo ridurle al minimo.*)

In quel momento ho una famiglia in difficoltà: il fratello alcolista convive con la mamma che è in cura al Centro di Salute Mentale (CSM) e si creano momenti di alta tensione. Io sono rientrato a casa dopo qualche anno di distanza, non ho lavoro e convivo (anch'io) nello stesso appartamento. Come mio fratello sono dipendente dall'alcol, ne faccio un uso eccessivo e smodato. Tutti, in casa, fumiamo, ed è un'altra dipendenza che intossica anche l'aria che respiriamo e immiserisce.

Considero che siamo vicini a una gravosa caduta nell'emarginazione sociale e nella peggiore povertà; è, a questo punto della storia, un ritorno per me agli anni '50 – '60 in una condizione che mi torna in memoria con orrore. Dovevo, a quel punto, trovare il modo per uscirne (dalla condizione di emarginazione e degrado) e il primo passo lo intravedo nell'inizio del percorso in comunità. Anche se avevo già messo in atto qualche azione per fermare la situazione.

I primi periodi al club sono carichi di domande; probabilmente perché appaio già determinato nelle scelte.

Accetto dei lavori, quelli che vengono, che sfrutto come ergoterapia: servono per la salute, più che per i pochi soldi che mi fruttano (sono poche ore e sempre sottopagati).

Accetto le regole del club; i verbali, il patronage, le cariche quando è il mio turno di ricoprirle. Non ho la patente – che è sequestrata – ma riesco a muovermi e fare tutto in bicicletta, a piedi e qualche volta con l'aiuto di altri (anche membri del club).

Tutto il primo anno è un periodo intenso, ovviamente faticoso, ma l'accettazione della situazione, delle regole e dell'agire verso obiettivi certi rende tutto superabile. E' utile.

Riesco così ad avvicinarmi con calma al CSM – dove prima andavo sempre irascibile, arrabbiato e con pregiudizio – e a essere utile a mia madre: la mia presenza fissa e attenta, la salute che riprende, la lucidità evidente e percepibile fa sì che i curanti di mia madre, vedendomi diverso, inizino a prestare a mia madre una migliore attenzione e cura. Non c'è un miglioramento immediato da parte di mia mamma, anzi.. le sue crisi vengono e si esprimono con violenza, solitamente autodistruttiva, (una schizofrenia con carica implosiva, la sua) ma io riesco a essere più presente, più tollerante, più comprensivo e questo modifica i rapporti: lei mi sente di più e ascolta quel che le dico quando ho la sensazione che sta per arrivare un momento critico.

Al CSM, dove qualche volta litigo, ma lo faccio lucidamente e con ragione (una volta chiamo addirittura i carabinieri per un'ingiustizia di servizio che vedo), iniziano ad avere una considerazione più seria anche di me. L'assistente sociale si rende conto dei miei cambiamenti e mi chiede di provare ad assistere una persona e di fare qualche piccolo lavoro per pazienti in cura lì.

Al finire del 1991 ho 274 giorni di astinenza con una bella e costante frequenza al club del quale seguo tutte le attività; con il CSM sto seguendo da vicino e direttamente mia madre ma anche altre persone; ho lavoretti per i quali arrivo ad accumulare uno stipendio mensile dignitoso che mi rende autonomo (prima mi aiutava mia madre); sto bene di salute; sto aiutando mio fratello; mi sono riappacificato con mia sorella e le sono vicino per le controversie di suo marito e per riavere vicina la figlia; non ho ancora ripreso la patente ma supero l'esame a gennaio e la riavrò un mese dopo.

E qui sarei già anche oltre alla fase che dicevamo sopra del "*rientro*" sano nella comunità. Dovremmo fare un gioco per rientrare nello schema delle famiglie normali, con normali problemi, per cominciare a considerare come, una volta consolidata l'accettazione delle regole del percorso, l'astinenza e la frequenza al club una persona possa diventare a sua volta risorsa per la famiglia, la sua comunità locale e la società.

In che termini la famiglia può costituire la "medicina" per la cura dell'alcolismo e come può essere intesa "il vaccino" per lo stesso?

La famiglia può costituire la medicina in quanto è il luogo naturale da dove è nato tutto e dove, anche però, si ritorna dopo un brutto viaggio.

Gli abusi e gli eccessi praticati con lo stile di vita dentro l'uso di sostanze hanno fatto saltare tutti i parametri esistenziali primari: non sono più riconosciuti i ruoli naturali: i genitori, o almeno uno dei due, sono diventati "*nemici*" che impedivano la libertà; fratelli-sorelle sono diventati via-via alleati, rifugio, sostegno alla sostanza (spesso coprono gli eccessi), sospette spie, alleati dei genitori e infine anch'essi nemici.

I comportamenti scelti e gli atteggiamenti assunti durante l'uso di sostanze sono passati da un inizio brillante a un'esplosione di volontà di potenza violenta alla decadenza tragica: sono nate e si sono espresse fisime, paure, fissazioni, allucinazioni, e si è riusciti a far credere che fosse tutto vero; chi ci stava intorno ha reagito al come noi eravamo e si è comportato come poteva.

Noi avevamo conti generazionali da risolvere e si sarebbero risolti semplicemente da soli, crescendo e avviandoci alla società.

La caduta nella dipendenza ha travisato tutto e anche fatto saltare tutto. Quindi: come il primissimo passo per uscire dalla dipendenza è riconoscere e ammettere di essere dipendenti (è un passo molto complesso e "difficile" per chi "c'è dentro"), il passo subito dopo è riconoscere e ritrovare il ruolo della famiglia e le sue naturali divisioni all'interno, dove si deve andare a riprendere il proprio posto smarrito e lasciato vuoto.

Arrivare qui è "medicina". Non è sempre una fase semplice e romantica: spesso coloro che hanno sofferto di quel vuoto e degli atteggiamenti violenti sono portati a "rifare i conti" ed è un passaggio di sofferenza; ma è terapeutico in quanto è necessario per ristabilire lo "0", il livello minimo comune da cui poter riprendere l'esistenza. E' in questo passaggio che è molto importante la presenza "tecnica" di un servizio che farà da mediatore e diviene fondamentale la frequenza a un gruppo d'insieme (il Club) con cui, attraverso cui, ammortizzare gli scompensi e condividere i successi dei piccoli progressi, delle piccole riconquiste consistenti nel graduale "riconoscimento del Sé" lì, in quella piccola-grande comunità originaria che è la famiglia.

Dal momento dei primi segni evidenti e sentiti di ripresa dei ruoli normali la famiglia comincia una metamorfosi in pari passo con il "reintegrato" (chiamiamolo così) e inizia a essere per lui anche il vaccino: mano a mano che si afferma la personalità sobria e l'insieme trova equilibrio, il reintegrato comincia a stare bene; si crea una distanza dal malessere – e relativi atteggiamenti – che è progressiva e dà al Reintegrato una nuova visione della vita; si nutre dei successi, degli affetti, dei riconoscimenti; ricompone i valori nei ruoli e nel proprio ruolo collettivo dentro alla Comunità della zona in cui vive: questo diventa il più efficace vaccino.

Nella tua esperienza la famiglia è stata la causa e l'uscita dalla dipendenza solo per l'aiuto che volevi dare a tuo fratello e a tua madre?

All'inizio sì in quanto non mi ritenevo "grave". Alcolista sì, alcolodipendente anche; ma mi ritenevo lucido e non così grave come in effetti da lì a poco avrei scoperto e ammesso.

La famiglia, ovvero la ripresa dei ruoli detti sopra, è stata la causa dell'inizio della metamorfosi.

C'era una situazione che a me appariva grave e, fattemi molte domande sul se fossi in grado di fare qualcosa, trovai motivo per iniziare a "essere" un aiuto sostanziale. L'inizio della comunità in alcologia avvenne perché ero andato ad aiutare mio fratello ma in seguito, a chiaro colloquio con il Prof. Buttolo, compresi bene che ci andavo per me: la tesi accettata e condivisa era che non potevo aiutare un altro se ero io stesso in difficoltà (non puoi andare a dire a uno di smettere di bere mentre tu stai bevendo). Quindi la famiglia fu lo spunto per partire in quella direzione, che intrapresi da me e per me.

Questo sarebbe servito allo scopo. E servì (fa parte dei successi)

L'aiuto però non poteva essere dato senza che tu iniziassi una vita all'insegna della sobrietà giusto?

No infatti: non sarei stato in grado di portare avanti tutto, anche per me stesso, se non avessi scelto e seguito fermamente la via verso l'astinenza e la sobrietà.

Mi potresti spiegare meglio in che termini la tua famiglia ti ha aiutato e ora ti aiuta a mantenerti astinente?

Non è solo per questo, qui andiamo oltre, in una situazione soggettiva, particolare, che dovrebbe mettere al centro il passato, i miei studi da autodidatta (anche se per un periodo sono stato seguito da professori autentici in vista di ottenere un diploma di scuola superiore), i miei interessi sociali, politici, culturali insomma l'aspetto intellettuale della mia vita.

Per ora sintetizziamo che nel percorso fatto per aiutare me, quindi la mia famiglia, ho trovato anche aiuto psicologico-psichiatrico e modo di trovare risposte a problemi esistenziali di cui mi facevo carico. Dunque la quasi necessità di far valere una figura sociale valida di me stesso non poteva non passare attraverso la riequilibratura – quali che fossero le condizioni in concreto – della mia completa situazione familiare. Devo ringraziare mia madre che, mentre la famiglia si ricomponeva e parlavo spesso con lei, mi ha completato un quadro dove ho potuto "vedere" bene tutta la situazione.

Ora mi aiuta come "*situazione da difendere*" e da valorizzare.

La "*cura*" non finisce mai – è cosa da comprendere bene quando si prende lo stile di vita della sobrietà dopo quel brutto viaggio – e l'equilibrio ricomposto è mutato da punto di arrivo a punto di partenza per altri obiettivi: ci sono i piccoli da accompagnare per i quali/per le quali si è sicura guida nella loro crescita (ricchi delle esperienze vissute); c'è il proprio modo di essere che deve essere coltivato e possibilmente accresciuto dato che l'immobilismo è un grosso rischio verso la decadenza a situazioni precedenti.

In questo modo, mantenendomi impegnato affettivamente, emotivamente, progettualmente e altro la famiglia – anche se diffusa – è di fatto aiuto e motivazione all'astinenza.

Hai avuto ricadute?

Si. Per quanto frivole e leggere nel nostro metodo sono pur sempre da considerare ricadute e lo sono.

Il motivo è stata l'assenza della tua famiglia?

Può essere possibile ma non basta. Di fatto ero in qualche modo "*indebolito*"; cioè ho lasciato cadere le difese. Ma devo ammettere che l'ho fatto da me. C'è stato un momento in cui volevo morire e non mi interessava più niente di ogni cosa. Poi mi sono ripreso.

L'assistente sociale ti ha aiutato a vedere nella famiglia un sostegno più che un problema?

La mia situazione personale è un po' diversa: sono stato io che ho fatto capire all'Assistente Sociale che con la mia famiglia potevamo essere reciprocamente risorsa e che la mia presenza in casa era proprio perché i problemi si risolvessero. Fu comprensiva, ricettiva, aperta alla novità del metodo Hudolin, che non conosceva, e fummo reciprocamente di aiuto. Ebbe fiducia in me e io sono sempre stato sincero con lei consentendole di comprendere i miei stati d'animo; cosa che andò a ulteriore vantaggio del rapporto, della mia cura e anche in parte della sua "crescita" professionale. (cosa riconosciuta da lei e sue colleghe). Ma oggi, a procedimenti già avviati (come appunto i club e varie iniziative di comunità terapeutiche), un'Assistente Sociale deve mettersi in grado di fare quell'aiuto. E' molto importante e spesso non è facile.

Qual è il motivo per cui ritieni che l'assistente sociale non ha saputo o sa valorizzare la famiglia?

Per non valorizzarla bastava che non fosse aggiornata e che praticasse ostinatamente un'assistenza "al minimo sindacale", diciamo (c'è chi fa così); bastava che si limitasse all'assistenza farmacologica ... Ma si era accorta che la stavo stimolando a fare di più e meglio. Ne venne fuori una bella collaborazione pluriennale (1991-2000, quando mia madre morì) non sempre tranquilla e pacifica ma con buoni risultati complessivi.

Grazie per la bella condivisione!

Spero ti possa essere utile. Se hai altro da chiedere sappi che ci sono.
Vogliti bene sempre!

Bibliografia

- A. Scola, *Famiglia risorsa decisiva*, Messaggero, Padova, 2012
- Ambra Cusin Zaccariotto, Articolo: *Figli degli alcolisti*
- Ambra Cusin Zaccariotto, Articolo: *La tossicomania alcolica come una modalità di fuga da un'evoluzione della femminilità*
- APCAT Trentino - Centro Studi, - *Il tuo bere la tua salute guida pratica per riflettere sul proprio bere - Alcool: conoscerti per scegliere*, APCAT Trentino – Centro Studi, Gardolo Tn, 2008
- APCAT Trentino - Centro Studi, *Alcol: conoscerti per scegliere, Il club degli alcolisti in trattamento*, Associazione Provinciale dei Club degli Alcolisti in Trattamento del Trentino Centro Studi, Trento, 2003
- Associazione Provinciale dei Club degli Alcolisti in Trattamento del Trentino, *Cara famiglia questo è il nostro Club. CLUB delle famiglie con problemi alcol correlati*, IRSRS APCAT CSDPA - Centro Studi e Documentazione sui Problemi Alcolcorrelati , Trento, 2000
- Benedetto XVI, *Omelia nella Santa Messa per il VII incontro mondiale delle famiglie*, Roma, 2012
- D. Del Boca, A. Rosina, *FAMIGLIE SOLE sopravvivere con un welfare inefficiente*, il Mulino, Bologna, 2009
- Documento preparatorio alla 47 Settimana Sociale dei Cattolici Italiani, *La famiglia speranza e futuro della società Italiana*, Torino, 2013
- Don Chino Pezzoli, Articolo: *Droga: Troppo amore fa male*, 2004
- F. Folgheraiter, *Teoria e metodologia del servizio sociale - La prospettiva di rete*, FrancoAngeli, Milano, 2003
- F. Turolfo, *Le malattie del desiderio*, Cittadella Editrice, Assisi, 2011
- Franca Ferrerio, *Le dimensioni dell'intervento sociale, un modello unitario centrato sul compito*, Carrocci, Urbino, 2000
- Froma Walsh, *La resilienza familiare*, Raffaello Cortina, Azzate (Varese), 2008
- G. Pieroni, M. Dal Pra Ponticelli, *Introduzione al servizio sociale - Storia, principi, deontologia*, Carrocci Faber, Roma, 2007
- G. Speltini, *Minori disagio e aiuto psicosociale*, il Mulino, Bologna, 2005
- J. C Sournia, *Alcolismo - storia e problemi*, Società Editrice Internazionale, Torino, 1991
- J. D. Levin, - *ALCOLISMO - Approccio bio-psico-sociale*, A. S. Macor, Udine, 1990
- K. R. MacKanzie, *Psicoterapia breve di gruppo, applicazioni efficaci a tempo limitato*, Erickson, Trento, 2002

- L. Giussani, *Si può vivere così? Uno strano approccio all'esistenza cristiana*, Biblioteca Universale Rizzoli, Bergamo, 1994
- M. A. Divona, *Disagio giovanile e problemi alcol correlati, mappa delle conoscenze Friuli Venezia Giulia, Veneto e Carinzia a confronto*, Progetto A. Dri. A, Austria, 2007-2013, 2011
- M. Cibin, M. Mazzi, L. Rampazzo, G. Serpelloni, *L'alcolologia nell'ambulatorio del medico di medicina generale*, Editing F. Lelli, Italia, 2001
- American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual Disorders*, fourth edition, Text revision, 2000
- DSM- IV- TR, V. Andreoli, G.B. Cassano, R. Rossi, American Psychiatric Association, *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali: text revision- 4*, ed. Italiana, Milano, 2002
- M. Dal Pra Ponticelli, *Dizionario di Servizio Sociale*, Carrocci Faber, Urbino, 2009
- M. Furlan, R.L. Picci, *Alcol alcolici alcolismo*, Bollati Boringhieri, Torino, 1990
- M. Pittalunga, - *L'ESTRANEO DI FIDUCIA - Competenze e responsabilità dell'assistente sociale*, Carrocci Faber, Roma, 2007
- M. Pizzi, *Dispensa di Sociologia della Famiglia*, Università degli studi di Trieste, a.a. 2011-2012
- M. Starano, *Manuale di criminologia clinica*, SEE Editrice, Firenze, 2003
- Olga Cellentani, *Manuale di metodologia per il servizio sociale*, FrancoAngeli, Milano, 2009
- OMS con la collaborazione di V. Hudolin, *Alcolismo*, Marioni, Udine, 1989
- P. Carozza, *Principi di riabilitazione psichiatrica, per un sistema di servizi orientato alla guarigione*, Franco Angeli, 2006
- P. Donati, *La famiglia il genoma che fa vivere la società*, Rubbettino, Catanzaro, 2013
- P. Gini, M.G. Giunta, M. G. Rossini, B. Longoni, *IL PROBLEMA ALCOL, Comprendere e aiutare chi beve troppo*, Ambrosiana, Milano, 2010
- R. M. Pavarin, V. Albertazzi, *Uso e abuso di sostanze*, Carrocci Faber, Roma, 2006
- Robin Norwood, *Donne che amano troppo*, Feltrinelli, Milano, 1996
- Sanfilippo B., Galimberti G.L., Lucchini A., *Alcol, alcolismi: cosa cambia?*, Franco Angeli, Milano, 2004
- APCAT Trentino, *Alcol 100 domande 100 risposte*, Trento, 2003
- U. De Ambrogio, T. Bertotti, F. Merli, *L'assistente sociale e la valutazione esperienze e strumenti*, Carrocci Faber, Roma, 2010
- V. Andreoli, A. Basile, *Alcool e famiglia*, Gruppo Abele, Torino, 1986

V. Hudolin, P. Gosparini, G. Guidoni, N. Kohal, H Kolstad, F. Macromini, F. Piani, G. Pitacco, M. Sforzina, *-Club degli alcolisti in trattamento- Manuale per il lavoro nei Club degli alcolisti in trattamento (Approccio ecologico sociale)*, Edizione italiana, Scuola Europea di Alcologia e Psichiatria Ecologica, Maniago (PN), 2001

Vladimir Hudolin, *Manuale di Alcologia*, Erickson, Trento, 1991

Vladimir Hudolin, *Sofferenza multidimensionale della famiglia e Disagi alcol correlati: vecchi problemi umani*, Associazione per lo studio e la prevenzione delle dipendenze, Eurocare Italia, Arcat Lombardia, Udine, 2010

SITOGRAFIA

<http://www.aci.it/>

<http://www.cedostar.it/>

<http://www.costellazionifamiliariesistemiche.it/>

<http://www.csdim.unical.it>

<http://www.cufrad.it/>

<http://www.dronet.org/>

<http://www.epicentro.iss.it/>

<http://www.eurispes.eu/>

<http://www.ilmandorlo.org/>

<http://www.istat.it/>

<http://www.neamente.it>

<http://www.osservatoriosullalegalita.org/>

<http://www.salute.gov.it/>

<http://www.treccani.it/>

Ringraziamenti

Innanzitutto ringrazio il dott. Carlo Beraldo, relatore di questa tesi che mi ha insegnato che la qualità di un lavoro si trasmette anche attraverso il dettaglio.

Un ringraziamento particolare va alla dott.ssa Annalisa Chiappa, correlatrice della tesi, che mi ha aiutato attraverso la sua esperienza-chiarezza professionale a crescere e a trovare in me quelle potenzialità che ho cercato di trasferire nel progetto finale.

Non posso non dimenticare il Dott. Michele Sforzina, una prima guida in questo lavoro e uno stimolo a studiare e aggiornarmi per quello del Club.

Un pensiero poi per il mio Club, *la Gnove Viarte*, da cui ho imparato, specialmente da Mariangela, che sono un sassolino nell'acqua ma in grado di produrre tanti cerchi.

Di cuore ringrazio la mia famiglia, in particolare, i miei fratelli Marco e Michele che con le liti mi hanno resa "*paziente*", qualità indispensabile per un'assistente sociale.

Grazie a Roberto "*il mio prestante braccio informatico*" e a tutte le persone come Giuseppe, Paolo, Giuliano e i CAT della ricerca che, condividendo vita e materiale di lavoro, hanno contribuito alla realizzazione di questo elaborato.

Desidero infine esprimere gratitudine agli amici più importanti:

Stefania, per avere sempre creduto nelle mie capacità, persino quelle matematiche!

Olga, "*mio lobo frontale e quadrifoglio*", perché m'insegna a combattere con dignità.

Eliana, perché a lei m'ispiro per trovare, nella fatica, la forza per continuare.

Giulia e Alessio, perché "*adottandomi*" con il loro calore e i nostri karaoke ecc ... "*in chel di Reane*", mi fanno mantenere quel sorriso che tutti, primo Cristian, apprezzano.

Michele, Aldir, Serena, Veronica D e B per, cantandovi Liga, "*i denti stretti, i difetti, le botte ... d'allegria*" e per ricordarmi che ho qualcosa che merita d'essere lodato.

Don Villa e Suor Paola per avermi insegnato che il sacrificio è la verità del desiderio e che ogni giorno, ogni decisione, ogni incontro, per quanto la vita è fatta di soli doveri, alcuni facili altri difficili, è un inizio.

Se ho dimenticato qualcuno o se con questo lavoro fossi riuscita ad annoiarvi, come dice il Manzoni al termine de *I Promessi Sposi*: "... *Credete che non s'è fatto apposta*".