

Spunti di riflessione da un percorso di ricerca promosso dai CAT del Friuli-Venezia Giulia

La cooperazione pubblico-privato nella gestione dei problemi alcolcorrelati

Sergio Cecchi
Università di Verona

Il presente articolo si propone di riflettere sull'importanza della cooperazione tra gli operatori professionali della salute e le organizzazioni di auto/mutuo aiuto nel campo dei problemi alcolcorrelati partendo dall'analisi dei dati di una ricerca quantitativa promossa dall'Associazione regionale dei Club degli Alcolisti in Trattamento del Friuli-Venezia Giulia. Dopo aver delineato sinteticamente il quadro epidemiologico, nazionale e internazionale, dei problemi legati all'uso di bevande alcoliche, l'articolo mette in evidenza come il grande numero di persone coinvolte in queste problematiche e la necessità di prevedere percorsi di trattamento strutturati su lunghi periodi richiedano la creazione di una solida partnership tra servizi pubblici e organizzazioni del privato sociale, in particolare di quelle che promuovono gruppi e iniziative centrate sui processi di auto/mutuo aiuto. I dati presi in esame in questo contributo mettono in evidenza come questa collaborazione vada a beneficio delle persone con problemi alcolcorrelati, ma mostra anche alcuni nodi problematici, tra i quali quelli legati al poco peso rivestito dai servizi sociali territoriali in fase di invio ai programmi alcologici dei Club.

Parole chiave:

Problemi alcolcorrelati – Auto/mutuo aiuto – Partnership – Cooperazione.

I problemi legati all'uso di bevande alcoliche rappresentano, per l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) (2011), la terza causa di morbilità e mortalità a

livello mondiale. Secondo l'OMS, ogni anno nel mondo muoiono almeno 2 milioni e mezzo di persone per le conseguenze legate al consumo di bevande alcoliche, inclusi circa 320.000 giovani tra i 15 e i 29 anni (Curzio et al., 2012). Infatti, l'alcol è correlato con le principali cause di morte dei giovani: incidenti stradali, infortuni, suicidi e altri incidenti (Istituto superiore di sanità – ONA, 2015).

Un sguardo sul fenomeno

I problemi alcolcorrelati hanno un grave impatto sulla salute nei Paesi economicamente più sviluppati. Ad esempio, negli Stati Uniti (Krishnan-Sarin, O'Malley e Krystal, 2008) si stima che ogni anno muoiano almeno 85.000 persone e si produca un danno economico per la collettività di almeno 185 miliardi di dollari (McKay e Hiller-Sturmhöfel, 2011). In Inghilterra, nel biennio 2009/2010, si è calcolato che un milione di persone siano state ricoverate per problemi alcolcorrelati con un costo economico complessivo che si aggira tra i 18 e i 20 miliardi di sterline, anche se i costi sociali — sulla famiglia, sulle reti amicali e sui luoghi di lavoro — sono considerevolmente più alti (Purshouse et al., 2013). In generale, in Europa si pensa che esistano almeno 11 milioni di persone che rientrano tra i criteri diagnostici per la dipendenza da alcol (così come previsto dal DSM-IV) e altri 23 milioni con almeno un problema alcolcorrelato (Rehm et al., 2015). Nel continente europeo, l'alcol è responsabile del 14% di tutte le morti degli uomini e dell'8% delle morti delle donne (O'Donnell et al., 2014). Per quanto riguarda l'Italia, si stima che l'alcol sia responsabile di almeno il 6,23% di tutte le cause di morte per gli uomini e del 2,45% per le donne, con un numero complessivo di decessi che si aggira sui 25.000 all'anno (Scafato 2008; Allamani, Beccaria e Voller, 2010).

Questo quadro ci conferma l'ampia diffusione dei problemi alcolcorrelati nella popolazione, costituendo un grave pericolo per la salute collettiva e per il bilancio pubblico; i danni da essi prodotti riguardano una vasta area di problematiche mediche, psicologiche, familiari e sociali. Va notato, però, che, in tutto il mondo, è relativamente ridotto il numero di persone che si affidano ai servizi professionali (pubblici e privati) della salute per affrontare un problema alcolcorrelato rispetto alla vasta platea di coloro che ne avrebbero bisogno. Ad esempio, due studi condotti tra il 2001 e il 2013 in Europa hanno rilevato che l'utenza con problemi alcolcorrelati che si affida a un intervento professionale rappresenta soltanto poco più dell'8% di tutte le persone con tali problematiche (Rehm et al., 2015). Ciò vale anche per gli Stati Uniti dove, su più di 20 milioni di persone con problemi di alcol, soltanto un milione e mezzo (8,1%) riceve un trattamento specialistico (La Paglia, 2011) e, complessivamente, tra tutte le persone che hanno avuto problemi alcolcorrelati solo poco più del 14% ha beneficiato di un trattamento professionale nel corso della propria vita (Huebner e Kantor, 2011). Analogo quadro si può ritrovare in Italia dove, prendendo in considerazione soltanto un milione circa di persone diagnosticabili per problemi di alcolismo (Scafato et al., 2014), sono solo 60 mila (meno del 5%) gli utenti che si affidano ai servizi pubblici della salute (Ministero della Salute, 2012).

Inoltre, come possiamo vedere nella figura 1, tra questi 60 mila utenti dei servizi (o dei gruppi operativi) di alcologia la maggior parte (quella in crescita fino al 2009) è rappresentata da persone che, in passato, avevano già avuto almeno un altro accesso al servizio pubblico, a conferma del fatto che i problemi alcolcorrelati sono caratterizzati da recidive che necessitano di strategie di trattamento di lungo periodo analoghe a quelle dei problemi a carattere cronico (McKay e Hiller-Sturmhöfel, 2011).

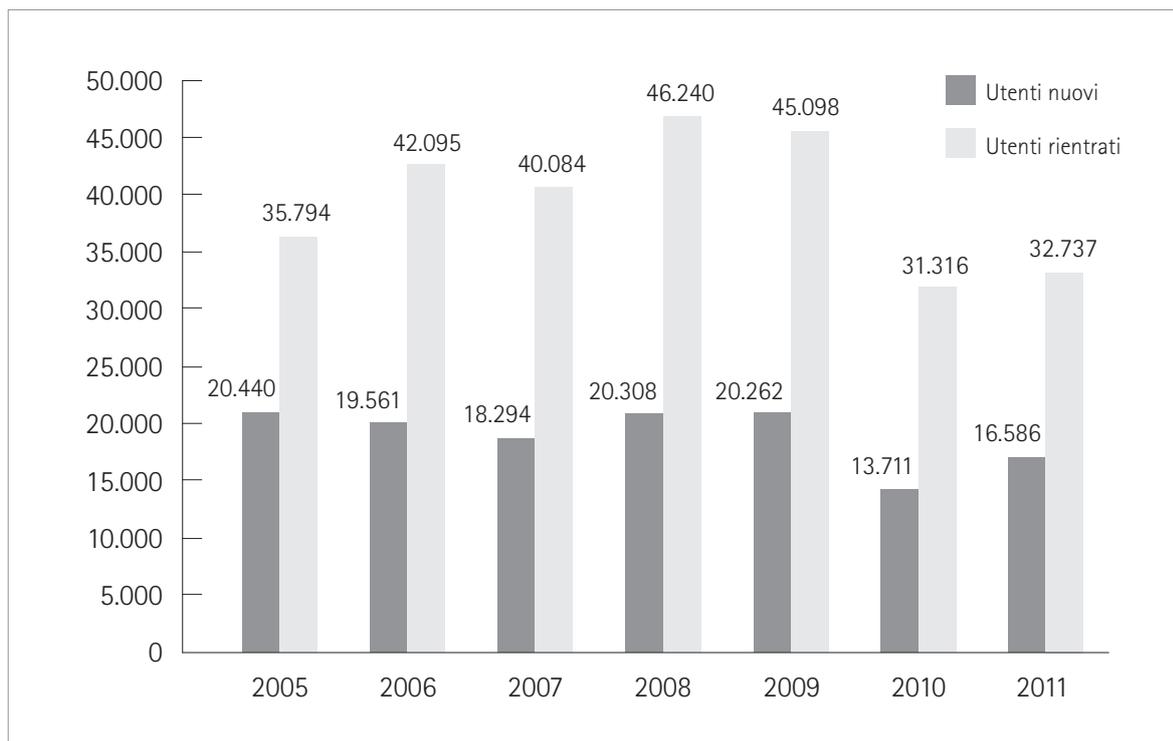


Fig. 1 Suddivisione degli utenti dei servizi di alcologia italiani in «nuovi» e «rientri», periodo 2005-2011. Fonte: elaborazione dei dati contenuti nella relazione del Ministro della Salute al parlamento il 14.12.2012.

Il fatto che i servizi professionali riescano a intervenire soltanto su quote molto piccole della popolazione con problemi di alcol è legato a un insieme di fattori che non è possibile qui analizzare. Tra le diverse cause, accenniamo al fatto che la grande diffusione e accettazione sociale delle bevande alcoliche determina anche un basso livello di attenzione nei confronti di una platea di problemi che interessano ampie fasce della popolazione e che vengono percepiti come non particolarmente allarmanti, come, ad esempio: la conflittualità familiare; le assenze dal lavoro; gli incidenti stradali (anche non gravi); l'aggressività verbale e fisica nei luoghi di aggregazione (nei bar, nei luoghi di divertimento o durante le manifestazioni sportive); alcuni problemi di salute fisica (le gastriti o le ulcere, i problemi epatici). Allo stesso tempo, però, l'etichetta di «alcolista» viene attribuita ai soggetti che si trovano al limite di situazioni di marginalità sociale e che presentano gravi problemi di tipo fisico e/o psicologico e/o relazionale, tanto da risultare una definizione difficile da accettare anche da chi soddisfa i criteri diagnostici per l'alcolismo ed è addirittura entrato in un programma di trattamento

per questo problema (Pantalone, 2013). Tutto ciò rende più difficile l'accesso precoce ai servizi pubblici, allungando i tempi di richiesta di un intervento professionale che, in Italia, avviene circa verso i 50 anni di età (Ministero della Salute, 2012). È anche per questo che il quadro clinico complessivo degli utenti dei servizi di alcologia sembra connotarsi per l'elevata presenza di situazioni multiproblematiche sulle quali è più difficile intervenire (Ministero della Salute, 2012; Cecchi, 2014a).

Visti i limiti che gli interventi professionali dimostrano nell'affrontare il fenomeno, la letteratura professionale in gran parte concorda sulla necessità di instaurare una solida *partnership* tra il sistema professionale pubblico e le organizzazioni di auto/mutuo aiuto. Tale cooperazione, laddove ha trovato attuazione (come in Italia), ha dato risultati positivi in termini di aumento della popolazione con problemi di alcol inserita nei programmi per la risoluzione dei problemi alcolcorrelati.

I processi di auto/mutuo aiuto nel campo dei problemi legati all'alcol

Se, come abbiamo visto, gli interventi professionali riescono a occuparsi soltanto di una piccola frazione di utenza, le organizzazioni di auto/mutuo aiuto — formate da privati cittadini che presentano questa sofferenza e che decidono di affrontarla autonomamente — sono invece molto diffuse. Ad esempio, negli Stati Uniti, Alcolisti Anonimi (AA) conta su quasi 53.000 gruppi con un coinvolgimento di più di un milione di persone con problemi di alcol (Kelly e Yeterian, 2011). In Europa, il quadro è certamente più variegato e le organizzazioni di auto/mutuo aiuto, che presentano caratteristiche metodologiche e finalità differenti da AA, giocano anch'esse un importante ruolo nel trattamento dei problemi legati all'alcol (Room, 1998). A differenza del modello nord-americano, nel quale AA svolge intenzionalmente un'azione autonoma rispetto agli interventi professionali, in Europa molti movimenti di auto/mutua protezione sono nati dallo stimolo di operatori professionali mantenendo, nel tempo, una positiva cooperazione con i sistemi pubblici della salute (Room, 1998; Cecchi, 2002).

L'efficacia dei processi di auto/mutuo aiuto nel campo dei problemi alcolcorrelati è dimostrata da molti studi valutativi. Ad esempio, Kelly e Yeterian (2011), in una panoramica sugli studi scientifici condotti su AA negli Stati Uniti, mettono in evidenza come la popolazione che frequenta questo programma da un periodo di tempo compreso tra uno e tre anni presenti una percentuale di astensione dalle bevande alcoliche di circa il 50% a fronte di un 25% di chi partecipa a un programma professionale. In Italia, Curzio e collaboratori (2012), in un'analisi delle schede autosomministrate a una popolazione di circa 7.500 persone con problemi alcolcorrelati che nel 2006 frequentava i Club degli Alcolisti in Trattamento, hanno rilevato che, nei 12 mesi precedenti l'intervista, circa il 70% dei rispondenti aveva dichiarato di non aver mai bevuto, mentre questa percentuale saliva al 90% relativamente all'astinenza dichiarata nei 30 giorni precedenti l'intervista. Cecchi (2014b), in uno studio longitudinale di 12 mesi condotto su 150 alcolisti frequentanti i Club degli Alcolisti in Trattamento del Friuli-Venezia Giulia, ha

rilevato che il 60% degli intervistati ha continuato a frequentare il programma dopo 12 mesi e che l'80% di essi dichiarava di aver smesso del tutto di bere alcolici.¹

L'efficacia dell'auto/mutuo aiuto dipende da diversi fattori che vengono messi in gioco nelle relazioni di gruppo tra pari. Ad esempio, queste organizzazioni forniscono supporto — emotivo e materiale — durante tutti i momenti della giornata, anche in periodi dell'anno particolarmente delicati per i pericoli di ricaduta alcolica (come le feste o le vacanze) mentre, in generale, gli operatori professionali tendono a non incoraggiare il rapporto con gli utenti al di fuori del *setting* istituzionale. Inoltre, la partecipazione a questi gruppi favorisce la creazione di *network* relazionali che sono utili per il mantenimento dell'astinenza (Kelly e Yeterian, 2011), ma che servono anche per una ridefinizione positiva dell'immagine di sé e per un successivo rafforzamento delle relazioni amicali anche al di fuori dei gruppi stessi (Cecchi, 2014b; Tronca, 2014). Tutto ciò si somma ai processi di cambiamento, innescati da queste organizzazioni, incentrati sul principio dell'*Helper Therapy* (Riessman, 1965), attraverso cui le persone con problemi di alcol sperimentano gli effetti positivi legati all'azione di cura esercitata nei confronti di altri componenti il gruppo. Infine, da un punto di vista sociale, non va trascurato il fatto che i movimenti di auto/mutuo aiuto rappresentano una delle poche esperienze di socializzazione comunitaria di un problema — che può essere individuale e/o familiare — stimolando così dei processi che si oppongono all'individualismo e privatismo tipici della cultura sociale contemporanea (Giarelli, 2012), e ciò ha una ricaduta positiva anche rispetto al miglioramento degli indicatori di capitale sociale dei partecipanti all'esperienza (Folgheraiter e Pasini, 2009).

I Club degli Alcolisti in Trattamento: dall'auto/mutuo aiuto all'ecologia sociale

I dati analizzati in questo contributo riguardano il programma dei Club degli Alcolisti in Trattamento² (CAT) del Friuli-Venezia Giulia, un programma ideato da Vladimir Hudolin, psichiatra croato, a partire dal 1964 in Croazia e successivamente sviluppato in Italia dal 1979 e in altri 35 Paesi del mondo.

I Club rappresentano il perno di un sistema per il controllo dei problemi alcolcorrelati secondo le linee concettuali e operative di quello che Hudolin ha definito «l'approccio ecologico-sociale ai problemi alcolcorrelati e complessi» (Hudolin, 1990).

¹ Naturalmente, questi studi richiederebbero ulteriori approfondimenti per valutare se, in gruppi più estesi e per periodi più lunghi, si confermano, o meno, i risultati in termini di astensione dalle bevande alcoliche e di miglioramento della qualità di vita

² A partire dal 2011 la maggioranza dei Club italiani ha deciso di cambiare il proprio nome in «Club Alcolologici Territoriali», mantenendo lo stesso acronimo CAT ma togliendo i termini riferiti all'alcolismo e al trattamento, giudicandoli troppo ancorati a una visione medicalizzata dei problemi alcolcorrelati e inadatti a rappresentare un problema che non viene considerato una malattia e che non è un disagio soltanto individuale ma anche familiare e sociale. In Friuli-Venezia Giulia e in altre realtà italiane si è deciso di continuare a usare il nominativo ideato dal «padre» dei Club, il prof. Vladimir Hudolin. Complessivamente, il sistema italiano conta circa 1.700 Club sparsi su tutto il territorio nazionale.

Secondo tale approccio, per spiegare l'eziologia dei problemi alcolcorrelati non vengono privilegiate le classiche interpretazioni causali di tipo individuale (come il ruolo esercitato dalla predisposizione genetica e/o dalle strutture di personalità), ma viene enfatizzata la componente culturale, ovvero l'azione determinante giocata dalla cultura sociale che, promuovendo l'uso delle bevande alcoliche, ne aumenta la diffusione e contribuisce ad abbassare il livello di attenzione sui rischi alcolcorrelati. Per Hudolin, la pressione che la cultura sociale esercita sulle persone relativamente al consumo di bevande alcoliche³ si lega agli altri fattori di rischio i quali, però, senza l'assunzione di alcol, non potrebbero innescarsi.

L'approccio ecologico-sociale considera, quindi, i problemi alcolcorrelati non come il sintomo di un problema sottostante, ma piuttosto come il risultato di un'interazione sistemica tra dimensioni individuali, familiari e sociali. Ed è anche per questo motivo che, a partire dal 1984, Hudolin propone di considerare l'alcolismo — e tutti gli altri problemi alcolcorrelati — non come una malattia ma come un modello comportamentale — uno stile di vita — che è, allo stesso tempo, individuale, familiare e sociale. L'individuo, sotto la pressione della cultura sociale, impara a usare bevande alcoliche fin dai primi anni della sua vita, spesso attraverso l'esempio dei genitori, senza che i sistemi sanitari (influenzati anch'essi dalla cultura sociale) esercitino un'adeguata azione di prevenzione. Così, nel corso del tempo, una parte della popolazione svilupperà una vasta tipologia di problemi legati all'alcol, tra i quali l'alcolismo; concetto, quest'ultimo, messo radicalmente in discussione rispetto al suo tradizionale significato medico. Infatti, secondo l'approccio ecologico-sociale, questo disturbo non può essere ridotto esclusivamente al legame tra una persona (il cosiddetto alcolista) e l'alcol, ma viene visto come un insieme di problemi che caratterizzano il sistema di relazioni esistenti tra questa persona e i suoi sistemi familiari e sociali. È la struttura, la qualità delle relazioni interpersonali a essere modificata dai problemi alcolcorrelati che, nel sistema familiare, si esprimono attraverso modelli comportamentali disfunzionali costruiti e agiti da tutti i suoi componenti nel corso degli anni. Pertanto, secondo Hudolin, un programma che si pone l'obiettivo di trattare efficacemente i problemi alcolcorrelati e l'alcolismo non può fermarsi a perseguire l'astinenza, ma deve favorire un miglioramento delle qualità relazionali della famiglia.

I Club hanno, quindi, il compito di sostenere le famiglie nel ristrutturare il proprio sistema di relazioni interne ed esterne, sviluppando nuovi modelli comportamentali, un nuovo stile di vita. I Club non vengono definiti gruppi di auto/mutuo aiuto ma «comunità multifamiliari autonome inserite nella comunità locale» (Hudolin, 1990),⁴ per enfatizzare il fatto che tra le famiglie dei Club dovrebbero svilupparsi quelle componenti relazionali che sono tipiche dei legami comunitari, ossia relazioni dense di

³ La forza di questa pressione si può cogliere bene in molti riti sociali, durante i quali le bevande alcoliche assumono una valenza centrale per enfatizzare il significato della celebrazione, come avviene, ad esempio, nei festeggiamenti per una nascita, per un matrimonio, per un successo scolastico o lavorativo, per un pensionamento, per un funerale, per una vittoria sportiva.

⁴ Infatti, è tutto il nucleo familiare a essere coinvolto nel programma dei Club, compresi i bambini di tutte le età. Inoltre, la famiglia è invitata a frequentare un Club collocato nella comunità locale di appartenenza della famiglia stessa.

emozionalità, di solidarietà, di amicizia e — afferma testualmente Hudolin — anche di amore. Come elaborato in questi ultimi decenni dai comunitaristi americani (si vedano Etzioni, 1998; Bagnasco, 1999), ciò che rende specifico un legame comunitario rispetto ad altre relazioni (pensiamo, ad esempio, ai rapporti di lavoro, a quelli politici e di affari, alle relazioni sui *social media*) è il fatto che le persone che vi sono coinvolte sentono — emozionalmente, culturalmente, spiritualmente — di appartenere a un sistema di rapporti che è costitutivo dell'identità individuale e che vincola ognuno in una rete di corresponsabilità che nasce da componenti pre-razionali. Il prototipo di un legame comunitario è la famiglia, nella quale le vicende individuali si sviluppano in un intreccio di elementi emozionali e simbolici che poco hanno a che fare con le scelte razionali.

Queste brevi considerazioni ci aiutano a comprendere come Hudolin abbia voluto sottolineare che nei Club non si «sceglie» di «aiutare» qualcuno, ma si partecipa attivamente per un cambiamento personale e familiare e che questo processo può avvenire attraverso la creazione di rapporti solidali e di mutua responsabilità tra le famiglie con problemi alcolcorrelati. Secondo questo approccio, il processo di cambiamento degli stili di vita familiari non si esaurisce all'interno del Club ma si attua quotidianamente all'interno della famiglia e nei vari sistemi sociali di appartenenza (mondo del lavoro, della scuola, dell'impegno politico e sociale, dello sport, ecc.). Il Club ha il compito di accelerare e sostenere tale processo di cambiamento dei modelli relazionali, permettendo alla famiglia di perseguire una ristrutturazione autonoma delle relazioni e degli equilibri sistemici al proprio interno e con i sistemi sociali di appartenenza. Questo processo viene sostenuto anche dall'azione, nel Club, di un catalizzatore — che può essere un operatore professionale o un volontario — adeguatamente formato e aggiornato (il «servitore-insegnante»), che ha il compito di facilitare le interazioni tra le famiglie. Inoltre, il trattamento viene accompagnato da un costante sistema di formazione e aggiornamento nel quale sono inserite sia le famiglie che i servitori di Club.

L'efficacia del programma dei CAT

Anche se i Club sono presenti in Italia da più di 36 anni, sono relativamente pochi gli studi di tipo valutativo sui risultati del loro lavoro. Negli ultimi anni, spicca soprattutto il contributo dato da Curzio e collaboratori (2012) nell'analisi dei dati relativi a circa 7.500 alcolisti in trattamento che frequentavano i Club nel 2006 (il 75% di tutti gli alcolisti presenti nel programma in quell'anno). Rispetto al raggiungimento dell'astensione dalle bevande alcoliche (anche se manca il dato relativo a quante persone hanno abbandonato il programma nel corso dell'anno considerato), solo poco più del 20% degli intervistati aveva dichiarato di aver bevuto almeno una volta durante i 12 mesi precedenti l'intervista e soltanto poco più del 5% aveva affermato di aver bevuto nel corso dell'ultimo mese. Rispetto alla durata della permanenza nel programma, la ricerca ha verificato che — all'anno 2006 — coloro che avevano dichiarato di partecipare da più di tre anni costituiva il 47,7% dei rispondenti.

Cecchi (2014b), in uno studio longitudinale di 12 mesi su un gruppo di 150 alcolisti frequentanti i Club del Friuli-Venezia Giulia, ha verificato che, dopo un anno di frequenza, rimaneva nel programma poco più del 60% di chi aveva iniziato e, tra questi, oltre l'80% dichiarava di non aver mai bevuto durante il primo anno di trattamento.

In uno studio retrospettivo sull'attività dei Club del Trentino nel periodo 1984-1994 (Pellegrini e Zorzi, 2000), a un anno di trattamento rimaneva nel programma circa il 70% delle famiglie, mentre tale percentuale scendeva al 56,5% a due anni, al 44,7% a tre anni, al 35% a quattro anni e al 29% a cinque anni. La percentuale di alcolisti che aveva dichiarato di non aver mai bevuto nel corso di tutto il primo anno di trattamento era del 67,1%, per scendere leggermente, al 60,2%, per gli astinenti a due anni, al 55,3% a tre anni, al 51,9% a quattro anni e al 48,7% a cinque anni.

Da un primo e sommario confronto tra questi studi, possiamo affermare che le tre ricerche prese in considerazione confermano che il programma dei CAT dimostra una buona efficacia — in termini di ritenzione degli alcolisti e per il raggiungimento dell'astensione dalle bevande alcoliche — nel primo anno di trattamento (l'unico che possiamo confrontare in tutti e tre le studi), anche se il numero di *drop out* oscilla tra il 30% e il 40% dei partecipanti. A questo proposito, però, va detto che gli studi di Cecchi e quello curato da Curzio hanno entrambi verificato una significativa presenza di alcolisti e di nuclei familiari con diagnosi doppia o tripla, con una forte incidenza soprattutto di problemi psichiatrici e/o problemi con altre droghe e/o problemi con il gioco d'azzardo. Nello studio curato da Curzio la percentuale di problemi multipli era di poco più del 14% complessivo del campione, invece nella ricerca di Cecchi tale percentuale saliva al 22% per coloro che dichiaravano un'associazione con problemi psichici, mentre un altro 7,5% affermava di avere gravi problemi con la giustizia (in genere problemi relativi alla limitazione o sospensione della responsabilità genitoriale da parte del Tribunale per i Minorenni), il 5,5% problemi di gioco d'azzardo e il 3,5% problemi con l'uso di droghe. Questa rilevante presenza di problemi incrociati aumenta la quota di persone che abbandonano i Club e/o che hanno maggiori problemi a mantenere l'astensione dall'uso delle bevande alcoliche.

Sulla tipologia di famiglie con problemi alcolcorrelati che entrano nei CAT (caratteristiche socio-demografiche, tipo e durata dei problemi) pesa molto anche la struttura di relazione che questa organizzazione ha allacciato con il sistema dei servizi professionali socio-sanitari, come cercheremo di illustrare nel seguente paragrafo.

La cooperazione tra i Club e il sistema dei servizi professionali: luci e ombre

Secondo Hudolin (1990), i Club sono un nodo della rete territoriale di protezione e promozione della salute, attraverso la quale i privati cittadini, ossia le famiglie con problemi alcolcorrelati e i servitori-insegnanti, instaurano una collaborazione con i sistemi sociali e sanitari della salute. Tale cooperazione, che viene considerata indispensabile per creare un'alleanza per la salute comunitaria, in molte Regioni italiane si è realizzata stabilmente, rappresentando uno strumento non solo per aumentare il

numero dei Club sul territorio, ma anche per rafforzare la rete dei servizi pubblici di alcologia. Ad esempio, sia in Friuli-Venezia Giulia sia in Veneto e in Trentino (le prime tre realtà nelle quali il metodo ecologico-sociale per i problemi alcolcorrelati e complessi ha avuto un ampio «consenso» professionale), l'attività dei CAT ha contribuito a stimolare la nascita dei primi reparti e/o servizi pubblici nel campo dell'alcologia, mentre il numero dei Club è cresciuto costantemente fino alla fine degli anni Novanta, fino a superare il numero complessivo di mille CAT nelle tre Regioni citate.

Con la fine degli anni Novanta, il quadro complessivo del sistema dei servizi sanitari muta profondamente, soprattutto sotto la spinta delle riforme sanitarie, che hanno operato una riduzione costante delle risorse economiche, tecniche e professionali con l'intento di controllare le dinamiche di crescita della spesa sanitaria italiana (Ferrera, 2012). Ciò ha avuto un impatto negativo anche sul sistema dei Club italiani, che sono entrati in una fase prima di stasi e poi di decrescita.

Analizzeremo ora i dati relativi alle persone con problemi di alcol riportate nel registro dell'associazione regionale dei Club degli Alcolisti in Trattamento del Friuli-Venezia Giulia nel 2012 per cercare di approfondire la qualità del rapporto tra Club e servizi professionali e le caratteristiche delle persone indirizzate ai Club da parte dei professionisti.

Descrizione socio-demografica del campione

Il campione studiato è composto da 1.081 persone (74,8% maschi e 25,2% femmine) con un'età media di 57,3 anni.⁵ Complessivamente, il gruppo di intervistati dimostra un buon livello di integrazione sociale (solo poco più del 7% è disoccupato, mentre quasi il 50% è coniugato e circa il 60% abita con coniuge/partner e/o figli), con un elevato numero di pensionati. Lo status socio-economico sembra piuttosto modesto, con due terzi degli intervistati che hanno dichiarato una bassa scolarità. Pur essendo il programma del Club centrato sul coinvolgimento di tutto il sistema familiare, possiamo vedere che gli intervistati che hanno dichiarato di frequentare da soli sono poco più del 41% del campione, anche se più della metà dei «soli» (il 60%) è rappresentata da persone che frequentano il Club da più di cinque anni.⁶ Rispetto agli anni di frequenza del Club, possiamo osservare come il campione si distribuisca abbastanza equamente sulle quattro categorie indicate nella tabella 1, con una metà complessiva di intervistati che frequenta il Club da meno di cinque anni e l'altra metà da più di cinque anni. Va detto che la frequenza più elevata di rispondenti, il 29,4%, la troviamo nella prima fascia di anni di Club (meno di 2 anni), con una diminuzione nella successiva fascia di età (da 2 a 5 anni), a indicare che i primi anni di programma sono molto delicati e decisivi per assicurarsi — o meno — l'adesione della famiglia alla proposta del Club.

⁵ Deviazione standard: $\pm 11,2$ anni; *range* di età: 21-87 anni.

⁶ Nello specifico, il 23% dei soli frequenta il Club da cinque a meno di dieci anni e il 36% frequenta da oltre dieci anni.

TABELLA 1
Caratteristiche del campione studiato

Variabili	Categorie	Valori % (n = 1.081)
Sesso	Maschio	74,8
	Femmina	25,2
Età (anni)	Meno di 45	12,9
	Da 45 a 64	59,9
	65 o più	27,2
Scolarità	Bassa	67,5
	Media	30,7
	Alta	1,8
Occupazione	Occupato	36,6
	Disoccupato	7,8
	Pensionato	42,3
	Casalinga	7,4
	Altro	5,9
Stato civile	Single	25,1
	Coniugato	49,6
	Separato/Divorziato	15,2
	Vedovo	10,1
Abita con	Solo	25,6
	Partner e/o figli	59,9
	Genitori e/o altri parenti	12,9
	Altro	1,6
Frequenta il Club con	Solo	41,1
	Famiglia nucleare	45,3
	Genitori	6,4
	Altri	7,2
Durata della frequenza (anni)	Meno di 2	29,4
	Da 2 a 4	21,6
	Da 5 a 9	21,6
	10 o più	27,4

Rispetto alla presenza di situazioni multiproblematiche, l'8,4% del campione ha dichiarato che, prima di cominciare la frequenza del Club, oltre al problema alcolcorrelato aveva anche un secondo problema (6,3%), o un terzo problema (1,7%), o più

di tre problemi (0,4%). I problemi incrociati con l'alcol più rappresentati sono l'uso di psicofarmaci non prescritti dal medico e l'uso di altre droghe. Infine, è da sottolineare che quasi l'80% dei rispondenti ha dichiarato di frequentare un Club attivo entro i cinque km dalla propria abitazione, fatto questo che ci conferma la grande estensione della rete dei CAT in Regione e la facilità di accesso al programma per le famiglie con problemi alcolcorrelati.

Il ruolo dei servizi professionali nella scelta del programma alcologico dei CAT

Complessivamente, quasi un terzo degli intervistati è stato indirizzato al Club o da un Servizio per le Tossicodipendenze (22,3%) o da un Servizio di alcologia (8,1%). Se sommiamo a questi intervistati quelli indirizzati al Club da un reparto ospedaliero (15,3%), possiamo osservare come poco meno della metà di tutti gli intervistati (45,7%) sia stata inviata al Club da un Servizio sanitario. Inoltre, sempre in campo sanitario, abbastanza significativa appare anche l'azione dei medici di medicina generale, i quali hanno stimolato l'entrata del 12,6% degli intervistati nei Club della Regione. Non trascurabile, in fase di invio, appare anche il ruolo esercitato dalle reti familiari (11,2%) e amicali (11,4%), così come significativa è l'azione esercitata dagli stessi Club nel favorire l'entrata delle famiglie con problemi alcolcorrelati (10,7%). Il fatto che i Servizi sanitari siano così fortemente rappresentati tra gli invianti al Club, nel Friuli-Venezia Giulia, è sicuramente un elemento positivo che testimonia la grande accettazione professionale di un programma che è riuscito a creare una solida *partnership* con il sistema dei Servizi pubblici della salute, dando vita a un modello di *Welfare Community*; modello che, dalla metà degli anni Ottanta, Folgheraiter (1991) contribuì a diffondere in Italia.

Esiste, però, anche un aspetto di criticità legato a questa forte presenza degli interventi sanitari in campo alcologico, rappresentato dal fatto che l'azione dei Servizi sanitari viene spesso attivata in una fase già avanzata della situazione problematica, ovvero quando si manifesta un rilevante problema fisico e/o psicologico. Ad esempio, nella ricerca di Cecchi (2014b) emergeva come, tra le 150 persone con problemi alcolcorrelati entrate nei Club del Friuli-Venezia Giulia tra il 2011 e il 2012, ben il 38% aveva dichiarato che, per cercare di risolvere i problemi di alcol, negli anni passati era stato ricoverato (senza successo) in reparti ospedalieri, un altro 9% aveva frequentato i Servizi per le tossicodipendenze, il 7% era stato sottoposto a farmacoterapie e il 5% aveva svolto dei programmi psicoterapici. Tutto ciò ci conferma che l'approccio medico, centrato sulla cura ospedaliera e sull'intervento professionale nei servizi sanitari territoriali, spesso si attiva dopo molti anni segnati dalle conseguenze dei problemi legati all'alcol, riducendo talvolta le possibilità di recupero.

Un discorso a parte merita il commento al dato relativo agli invii fatti dai Servizi sociali dei Comuni del Friuli-Venezia Giulia e che conta soltanto 35 persone su 1.066 intervistati,⁷ corrispondente al 3,3% del campione. Vista la grande diffusione dei problemi alcolcorrelati nella popolazione e considerati i danni da essi provocati nelle

⁷ 15 persone non hanno risposto alla domanda su chi li ha indirizzati al Club.

sfere relazionali (soprattutto familiari), ci si sarebbe aspettati di trovare una quota maggiore di persone inviate ai Club dagli assistenti sociali del territorio. Infatti, le bevande alcoliche rappresentano uno dei maggiori fattori correlati alla disoccupazione e all'indebitamento delle persone, così come all'incuria, alla povertà e alla violenza nei confronti dei bambini da parte dei genitori (Room, 1998; Rehm, 2011; Thompson, Alonzo e Grant, 2013).

Scontando il fatto che una parte degli intervistati potrebbe essere stata inviata dal Servizio sociale a un Servizio per le Tossicodipendenze o a un Servizio di Alcologia (che poi potrebbero essere stati indicati come gli inviati al Club), rimane il fatto che la percentuale di assistenti sociali indicata dagli intervistati come «soggetto inviante» a un programma alcologico risulta bassa rispetto alla vastità del fenomeno considerato. Anche se la struttura della raccolta dati qui analizzata non ci permette di approfondire ulteriormente le variabili legate a questa sottorappresentazione del servizio sociale, potremmo avanzare le seguenti ipotesi di riflessione, da sviluppare con ulteriori studi:

1. Nei Servizi sociali dei Comuni, dove si avverte il peso della riduzione delle risorse professionali ed economiche, gli assistenti sociali devono far fronte a un maggior numero di compiti professionali su aree di intervento molto complesse e diversificate. Negli ultimi anni, molti assistenti sociali lavorano come dipendenti presso cooperative di servizi con minori garanzie e tutele professionali rispetto ai colleghi dipendenti dai servizi pubblici. Tutto ciò forse potrebbe rendere loro più difficile la possibilità di riflettere sul proprio agire professionale e di aggiornarsi sui problemi alcolcorrelati, rendendo più debole la loro capacità di valutazione diagnostica.
2. Bisognerebbe valutare se la riorganizzazione dei servizi socio-sanitari, in seguito alle riforme restrittive avviate a partire dagli anni Novanta, abbia comportato un minore investimento in progetti di formazione e operatività congiunta tra operatori sanitari e sociali, rendendo così più difficile una valutazione integrata e multidimensionale rispetto ai problemi alcolcorrelati in tutti i loro aspetti, non solo in quelli di tipo diagnostico medico.
3. Non va, inoltre, dimenticato che le Regioni del Triveneto hanno rappresentato — a partire dalla fine degli anni Settanta e fino alla metà degli anni Novanta — un'esperienza di proficua cooperazione tra i servizi socio-sanitari e il mondo dei Club (si veda AICAT, 1992). Tutto ciò ha dato la possibilità a centinaia di operatori professionali di ricevere una formazione di base e, per chi decideva di lavorare nei Club, un aggiornamento continuo nel campo dell'alcolismo e dei problemi alcolcorrelati, contribuendo a perfezionare le capacità di diagnosi precoce dei professionisti della salute. Negli ultimi anni, la contrazione delle risorse umane, tecniche e finanziarie potrebbe aver ridotto significativamente il numero di professionisti socio-sanitari coinvolti nei processi di formazione continua offerta dai Club, contribuendone a ridurre la sensibilità diagnostica e le possibilità di trattamento.

4. Infine, potrebbe emergere anche una necessità di affinare la formazione universitaria e l'aggiornamento professionale degli assistenti sociali sulle tematiche della valutazione e del trattamento dei problemi alcolcorrelati.

Conclusioni

I dati fin qui illustrati ci confermano che la cooperazione tra il sistema dei servizi pubblici della salute e le organizzazioni dei CAT continua a rappresentare una grande risorsa per le persone e le famiglie con problemi alcolcorrelati. Il Club è uno strumento facilmente attivabile, di bassissimo costo e che sta dimostrando — anche nella ricerca valutativa — di possedere le caratteristiche metodologiche per affrontare efficacemente i problemi alcolcorrelati, anche se manca ancora un vasto progetto di ricerca valutativa.

Rispetto al ruolo esercitato dai servizi professionali relativamente all'invio al Club, possiamo affermare che il sistema sanitario continua a rappresentare un valido partner nei programmi alcologici territoriali, anche se gli interventi sanitari spesso vengono attivati in situazioni diagnostiche gravi, soprattutto in ambito ospedaliero. Va detto che il tradizionale approccio medico centrato sull'azione di cura in campo alcologico era già stato messo in discussione dal movimento dei CAT a partire dagli anni Ottanta, quando Hudolin (1990) affermò che il sistema ecologico-sociale aveva l'obiettivo di deistituzionalizzare l'alcolismo togliendolo dai reparti ospedalieri e manicomiali per restituire le responsabilità di tutela della salute ai cittadini, alle famiglie e alle comunità locali, in stretta cooperazione con gli operatori professionali.

Per quanto riguarda il ruolo dei servizi sociali, abbiamo visto che la marginalità degli invii professionali ai Club segnala probabilmente una minore capacità degli assistenti sociali — rispetto al passato — di lettura e di valutazione del problema e conseguentemente di adozione di efficaci percorsi di intervento in campo alcologico, specchio questo di un sistema formativo e professionale che presenta probabilmente degli elementi di criticità rispetto a una problematica che, invece, interessa molto la pratica quotidiana degli assistenti sociali.

Abstract

This article aims to reflect on the cooperation between health professionals and organizations for self-help in the field of alcohol-related problems, by analyzing data of a quantitative research promoted by the regional Clubs of Alcoholics in Treatment of Italian region Friuli-Venezia Giulia. After describing the epidemiological data of alcohol-related problems, the article highlights the need to create a strong partnership between public and private social organizations, particularly those that promote groups and initiatives focused on the processes of self-mutual help.

Keywords:

Alcohol addiction – Self-mutual help – Partnership – Cooperation.

Bibliografia

- AICAT – Associazione Italiana dei Club degli Alcolisti in Trattamento (1992), *I club: una storia, un progetto*, Atti della prima assemblea nazionale AICAT, Salerno, 16-17 maggio 1992, Trento, Erickson.
- Allamani A., Beccaria F. e Voller F. (2010), *The puzzle of Italian drinking. Trends in alcohol consumption, harms and policy: Italy 1990-2010*, «Nordic Studies on Alcohol and Drugs», vol. 27, pp. 465-468.
- Bagnasco A. (1999), *Tracce di comunità: Temi derivati da un concetto ingombrante*, Bologna, il Mulino.
- Cecchi S. (2002), *I gruppi di auto/mutuo aiuto e di empowerment delle famiglie*. In P. Di Nicola (a cura di), *Prendersi cura delle famiglie*, Roma, Carocci.
- Cecchi S. (2014a), *La valutazione diagnostica e i problemi alcolcorrelati*. In S. Cecchi (a cura di), *La famiglia e l'alcolismo: Analisi dell'esperienza dei Club degli Alcolisti in Trattamento*, Roma, Carocci.
- Cecchi S. (2014b), *Modificazione delle configurazioni relazionali, qualità dei rapporti familiari e comunitari nei dodici mesi di frequenza del Club*. In S. Cecchi (a cura di), *La famiglia e l'alcolismo: Analisi dell'esperienza dei Club degli Alcolisti in Trattamento*, Roma, Carocci.
- Curzio O., Tilli A., Mezzasalma L., Scalese M., Fortunato L., Potente R., Guidoni G. e Molinaro S. (2012), *Characteristics of Alcoholics Attending «Clubs of Alcoholics in Treatment» in Italy: A National Survey*, «Alcohol and Alcoholism», vol. 47, n. 3, pp. 317-321.
- Etzioni A. (1998), *Nuovi comunitari: Persone, virtù e bene comune*, Casalecchio (BO), Arianna.
- Ferrera F. (a cura di) (2012), *Le politiche sociali*, Bologna, il Mulino.
- Folgheraiter F. (1991), *Community care: Teoria e pratica del lavoro sociale di rete*, Trento, Erickson.
- Folgheraiter F. e Pasini A. (2009), *Self-help Groups and Social Capital: New Directions in Welfare Policies?*, «Social Work Education», vol. 28, n. 3, pp. 253-267.
- Giarelli G. (2012), *L'associazionismo di cittadinanza nella nuova topografia dello spazio societario*. In G. Giarelli, D. Nigris e E. Spina, *La sfida dell'auto-mutuo aiuto: Associazionismo di cittadinanza e sistema sociosanitario*, Roma, Carocci.
- Hudolin V. (1990), *Manuale di alcologia*, Trento, Erickson.
- Huebner R.B. e Kantor L.W. (2011), *Advances in Alcoholism Treatment*, «Alcohol Research & Health», vol. 33, n. 4, pp. 295-299.
- Istituto Superiore della Sanità e Osservatorio Nazionale Alcol (ONA) (2015), *La mortalità alcol-attribuibile in Italia e nelle Regioni. Analisi delle cause di morte nei contesti territoriali e nelle differenti generazioni*, Roma, http://www.iss.it/binary/pres/cont/mortalit_.pdf.
- Kelly J.F. e Yeterian J.D. (2011), *The Role of Mutual-Help Groups in Extending the Framework of Treatment*, «Alcohol Research & Health», vol. 33, n. 4, pp. 350-355.
- Krishnan-Sarin S., O'Malley S. e Krystal J.H. (2008), *Using Neuroscience to Guide the Development of New Pharmacotherapies for Alcoholism*, «Alcohol Research & Health», vol. 33, n. 4.
- La Paglia D. (2011), *Challenges and Solutions of Adding Medications Treatment to Specialty Addiction Treatment Programs: A Review with Suggestions*, «Alcohol Research & Health», vol. 31, n. 4.
- McKay J.R. e Hiller-Sturmhöfel S. (2011), *Treating Alcoholism as a Chronic Disease. Approaches to Long-Term Continuing Care*, «Alcohol Research & Health», vol. 31, n. 4, pp. 356-370.

- Ministero della Salute (2012), *Relazione del ministro della salute al parlamento sugli interventi realizzati ai sensi della legge 30.3.2001 n. 125 «Legge quadro in materia di alcol e problemi alcolcorrelati»*, Roma.
- O'Donnell A., Anderson P., Newbury-Birch D., Schulte B., Schmidt C., Reimer J. e Kaner E. (2014), *The Impact of Brief Alcohol Interventions in Primary Healthcare: A Systematic Review of Reviews*, «Alcohol and Alcoholism», vol. 49, n. 1, pp. 66-78.
- Organizzazione Mondiale della Sanità (2011), *Global Status Report on Alcohol and Health*, Geneva, WHO Press.
- Pantalone M. (2013), *Alcohol-related problems and self-help groups: the situational construction of self-image*, «Italian Sociological Review», vol. 3, n. 2.
- Pellegrini L. e Zorzi C. (2000), *Le attività alcolologiche in Trentino dal 1984 al 1994*, «Documenti per la salute», n. 6, Provincia autonoma di Trento, Trento.
- Purshouse R.C., Brennan A., Rafia R., Latimer N.R., Archer R.J., Angus C.R., Preston L.R. e Meier P.S. (2013), *Modelling the Cost-Effectiveness of Alcohol Screening and Brief Interventions in Primary Care in England*, «Alcohol and Alcoholism», vol. 48, n. 2, pp. 180-188.
- Rehm J. (2011), *The risks associated with alcohol use and alcoholism*, «Alcohol Research and Health», vol. 34, n. 2, pp. 134-143.
- Rehm J., Allamani A., Aubin H.-J., Della Vedova R., Elekes Z., Frick U. et al. (2015), *People with Alcohol Use Disorders in Specialized Care in Eight Different European Countries*, «Alcohol and Alcoholism», vol. 50, n. 3, pp. 310-318.
- Riessman F. (1965), *The Helper Therapy principle*, «Social Work», vol. 10, n. 2, pp. 27-32.
- Room R. (1998), *Mutual Helps Movements for Alcohol Problems in an International Perspective*, «Addiction Research», vol. 6, pp. 131-145.
- Scafato E. (2008), *Consumi di alcol e impatto alcolcorrelato*, http://www.epicentro.iss.it/alcol/pdf/diapo_Scafato-ott08.pdf.
- Scafato E., Ghirini S., Gandin C., Galluzzo L., Martire S., Russo R., Parisi N., Scipione R. e Di Pasquale L. (a cura di) (2014), *Il consumo dannoso e l'alcoldipendenza in Italia*, <http://www.epicentro.iss.it/alcol/apd2014/OK%20SCAFATO%20FACTSHEET%20CONSUMO%20DANNOSO%20E%20UTENTI%20SERVIZI.pdf>.
- Thompson R.G., Alonzo D. e Grant B.F. (2013), *Parental Divorce, Maternal-Paternal Alcohol Problems, and Adult Offspring Lifetime Alcohol Dependence*, «Journal of Social Work Practice in the Addictions», vol. 13, n. 3, pp. 295-308.
- Tronca L. (2014), *I personal networks e il capitale sociale dei membri dei Club*. In S. Cecchi (a cura di), *La famiglia e l'alcolismo: Analisi dell'esperienza dei Club degli Alcolisti in Trattamento*, Roma, Carocci.

Cecchi S. (2015), *La cooperazione pubblico-privato nella gestione dei problemi alcolcorrelati. Spunti di riflessione da un percorso di ricerca promosso dai CAT del Friuli-Venezia Giulia*, «Lavoro Sociale», vol. 15, suppl. al n. 6, pp. 39-53, doi: 10.14605/LS22.