# L'IPPOGRIFO

*Atti & documenti*

# LA PROVINCIA NEL BICCHIERE

## UNA RICERCA SUI PROBLEMI ALCOLCORRELATI E COMPLESSI

**A cura delle Associazioni dei Club degli Alcolisti in Trattamento**
**e del Servizio di Alcologia del Pordenonese**

L'IPPOGRIFO

*Atti & documenti*

# LA PROVINCIA NEL BICCHIERE

## UNA RICERCA SUI PROBLEMI ALCOLCORRELATI E COMPLESSI

A cura delle Associazioni
dei Club degli Alcolisti in Trattamento.
Partecipazione e patrocinio della Provincia di Pordenone,
del Servizio di Alcologia, Dipartimento Dipendenze,
dell'Azienda per i Servizi Sanitari n. 6
«Friuli Occidentale»

PRIMAVERA 2001

Questo volume è stato curato e pubblicato dalle Acat e dal Servizio di Alcologia della Provincia di Pordenone nella collana: «L'Ippogrifo *Atti & documenti*».

**Redazione**
Augusto Casasola, Paolo Cimarosti, Piergiorgio Rigolo, Mario Rigoni, Mario Sartor, Francesco Stoppa, Arturo Teni.

**Progetto grafico e impaginazione**
Studio Rigoni.

**Videoimpaginazione**
Anna Piva - Pordenone.

**Fotolito**
Fotolito Udinese - Udine.

**Stampa**
Tipografia Sartor - Pordenone.

**Immagine di copertina**
Caravaggio, *Bacco* (particolare). Firenze - Galleria degli Uffizi.

Le fotografie di Gianni Borghesan sono tratte dal volume: *Case, strade, persone, Spilimbergo* pubblicato dalle Arti Grafiche Friulane, Udine 1991.

Un ringraziamento all'Associazione «Enzo Sarli» promotrice del Quaderno «L'Ippogrifo - *La Terra vista dalla Luna*».

Stampato in Pordenone nel mese di aprile 2001.

*Autori e collaboratori:*

Gian Franco Araldi, operatore sociale.
Giuseppe Arivella, medico.
Remo Bagatella, alcolista in trattamento.
Elena Betteti, educatrice.
Gianpaolo Caccia, servitore-insegnante.
Bruno Chigiato, poliziotto stradale.
Paolo Cimarosti, medico.
Tarcisio Cimetta, alcolista in trattamento.
Alfredo Corsini, alcolista in trattamento.
Orietta Dal Pont, medico.
G. Battista De Stefano, alcolista in trattamento.
Antonella Franzo, medico.
Gruppi Alcolisti Anonimi e Al-Anon.
Gianpietro Nardelotto, medico.
Paolo Piazza, insegnante.
Guido Pippolo, alcolista in trattamento.
Anna Poletto, alcolista in trattamento.
Piergiorgio Rigolo, parroco.
Noemi Rossi, assistente sociale.
Pino Roveredo, scrittore.
Massimo Sacchetto, poliziotto stradale.
Danilo Salezze, frate francescano.
Federico Tavan, poeta.
Arturo Teni, volontario.
Alberto Vettor, poliziotto stradale.
Gigi Vian, sacerdote.
Paola Zaldera, medico.
Carmela Zuccarelli, sociologa.

**Questo volume viene pubblicato con il contributo di:**

coop Consumatori Nordest

**Fondazione Cassa di Risparmio di Udine e Pordenone**

BANCA DI CREDITO COOPERATIVO PORDENONESE

UNIPOL ASSICURAZIONI **Agenzie della Provincia di Pordenone**

CREDITO COOPERATIVO **BANCA DI CREDITO COOPERATIVO DI SAN GIORGIO E MEDUNO**

# Conoscere per prevenire

Elio De Anna

*Presidente della Provincia di Pordenone*

*Tra i fenomeni devianti che accompagnano lo sviluppo delle società contemporanee, un elemento di sofferenza è senza dubbio costituito dalla dipendenza alcolica, problematica complessa che ha in sé diverse sfaccettature: abitudinarie e comportamentali – di interesse medico e con risvolti psicologici – individuali – riguardanti l'uomo inteso come individuo – e collettive – in virtù di ciò che tale patologia riflette in ambito familiare e sociale. E l'area friulana, purtroppo, rappresenta una delle Regioni maggiormente influenzate da questa realtà che, da indagini epidemiologiche, si diffonde capillarmente ed interessa ogni strato del tessuto sociale locale.*

*Il presente volume, oltre a raccogliere i dati pervenuti dagli studi realizzati sul territorio, costituisce un ottimo strumento di conoscenza per tutti gli operatori impegnati nel settore ed una chiave interpretativa multidisciplinare utile a prevenire questo tipo di disagio sociale. L'opera consente anche al mondo della formazione scolastica di trarre elementi di stimolo sull'educazione alla salute e prevenire l'insorgenza di patologie sociali all'interno dei gruppi di aggregazione giovanile. La pubblicazione rappresenta, infine, una testimonianza molto importante del lavoro di équipe e della collaborazione di molti Enti territoriali che, con ruoli e competenze diverse, si occupano del fenomeno ed hanno saputo trovare efficaci sinergie nel produrre un modello interpretativo valido ed estensibile anche ad altre realtà.*

Giovanni Antonio Pordenone (scuola di), *Ballo campestre*, Pordenone - Museo Civico.

# Sinergie tra Servizi e volontariato

Giulio De Antoni

*Direttore Generale dell'A.S.S. n.6*

*La realizzazione di questo numero dell'*«Ippogrifo»*, dedicato alle problematiche correlate all'assunzione inappropriata di bevande alcoliche, rappresenta il felice completamento di un intenso ed impegnativo lavoro, frutto della collaborazione tra le realtà della Sanità, del Sociale e della Scuola, che hanno saputo integrarsi tra loro nell'affrontare al meglio le tante sfumature che caratterizzano l'alcolismo, in cui si intrecciano in vario modo abitudini alimentari e consuetudini sociali, retaggi culturali e tradizioni familiari, solitudini ed ansie, delusioni ed insuccessi, oltre a molto altro ancora.*

*Ed è proprio la complessità delle motivazioni che sono alla base dell'alcolismo che conferisce a questo particolare tipo di dipendenza la connotazione di un problema nel contempo sociale e sanitario assieme, da affrontare in quella che è la naturale sede territoriale, il Distretto Sanitario, dove hanno modo di incontrarsi e confrontarsi le diverse professionalità della Sanità e del Sociale. Sempre a livello territoriale, integrano la propria attività con quella dei vari Servizi distrettuali le Associazioni di Volontariato dei Club degli Alcolisti in Trattamento, con le quali da tempo è stato attivato un rapporto sinergico, che troverà sicuramente ulteriore sviluppo nel corso di questo anno, grazie all'avvio di una nuova realtà riabilitativa specificamente dedicata – il "Modulo Alcologico riabilitativo" presso la RSA di Sacile –, ma anche in virtù del potenziamento del Servizio di Alcologia di Pordenone, per il quale è previsto tanto l'adeguamento dell'organico, quanto il trasferimento in una sede nuova e più funzionale. L'impegno e l'attenzione dell'Azienda per i Servizi Sanitari n. 6 «Friuli Occidentale», ancorché si trovi ad operare in un contesto di contingente inadeguatezza di risorse, è dunque orientato su livelli costantemente elevati nei confronti di una problematica di rilievo quale quella legata all'alcolismo e, anche per tale ragione, non si può che esprimere soddisfazione e plauso per la felice realizzazione di questa iniziativa monografica dedicata a questo tema.*

*Questa pubblicazione, infatti, frutto di tante ricerche, analisi e partecipazione comuni, è una tangibile testimonianza delle sinergie che si sono sapute concretizzare intorno all'argomento e sicuramente, anche grazie al notevole ed inedito contributo statistico riferito alla realtà provinciale, fungerà da stimolo, da spunto e da guida per tutti gli operatori che sono quotidianamente impegnati in prima persona nell'affrontare una problematica di così grande rilievo.*

*È importante, dunque, che i contenuti della ricerca trovino ampia diffusione, per dare modo a questa esperienza di diventare confrontabile, oltre che replicabile, in altre realtà e, infine, perché possa costituire valido stimolo per una valutazione critica tra tutti coloro che sono impegnati sul terreno dell'educazione alla salute.*

# Un nuovo stile di vita

Fernando Marson

*Presidente Regionale dell'Arcat*

La presentazione di un lavoro, che è frutto dell'esperienza congiunta dei Club degli alcolisti in trattamento e degli esperti (medici, operatori e studiosi a diverso titolo), sta tra la documentazione ed una riflessione critica su una mia proposta che si è tradotta in realtà. Tutto ciò mi riempie di piacere e di gratitudine. L'articolazione in più capitoli è il segno evidente dell'impegno di molti a servizio delle famiglie per tutto ciò che è, nell'impatto con il disagio e la sofferenza per i problemi alcolcorrelati, la concreta speranza di un nuovo stile di vita.

In «Alcol e dintorni», il fenomeno si definisce comportamento a rischio e non, secondo stereotipi e pregiudizi, solo malattia o peggio vizio, ma va colto nella cultura dominante, in una tradizione consolidata in luoghi comuni ed in comportamenti dove non è estranea la logica di un consumo garantito dagli interessi e dalla pubblicità.

«Diagnostica alcologica» ci permette di cogliere ciò, che nelle conseguenze, misura la qualità del vivere che fa la differenza per condizioni e situazioni, nel rapporto che le famiglie e le persone hanno con se stesse, con gli altri e con l'ambiente, in un percorso che va dalla tutela della salute alla promozione della persona nel sociale.

«Spiritualità antropologica» a cura di padre Salezze coglie nella dignità della persona il valore ed il senso da dare alla vita nella capacità di amare e di essere amati, perché la vita è un bene da condividere in gratuità e solidarietà, nella fedeltà al Metodo Hudolin e nella fiducia negli uomini dando tempo al tempo per crescere insieme.

Giovanni Antonio Pordenone (scuola di), *Ballo campestre*, Pordenone - Museo Civico.

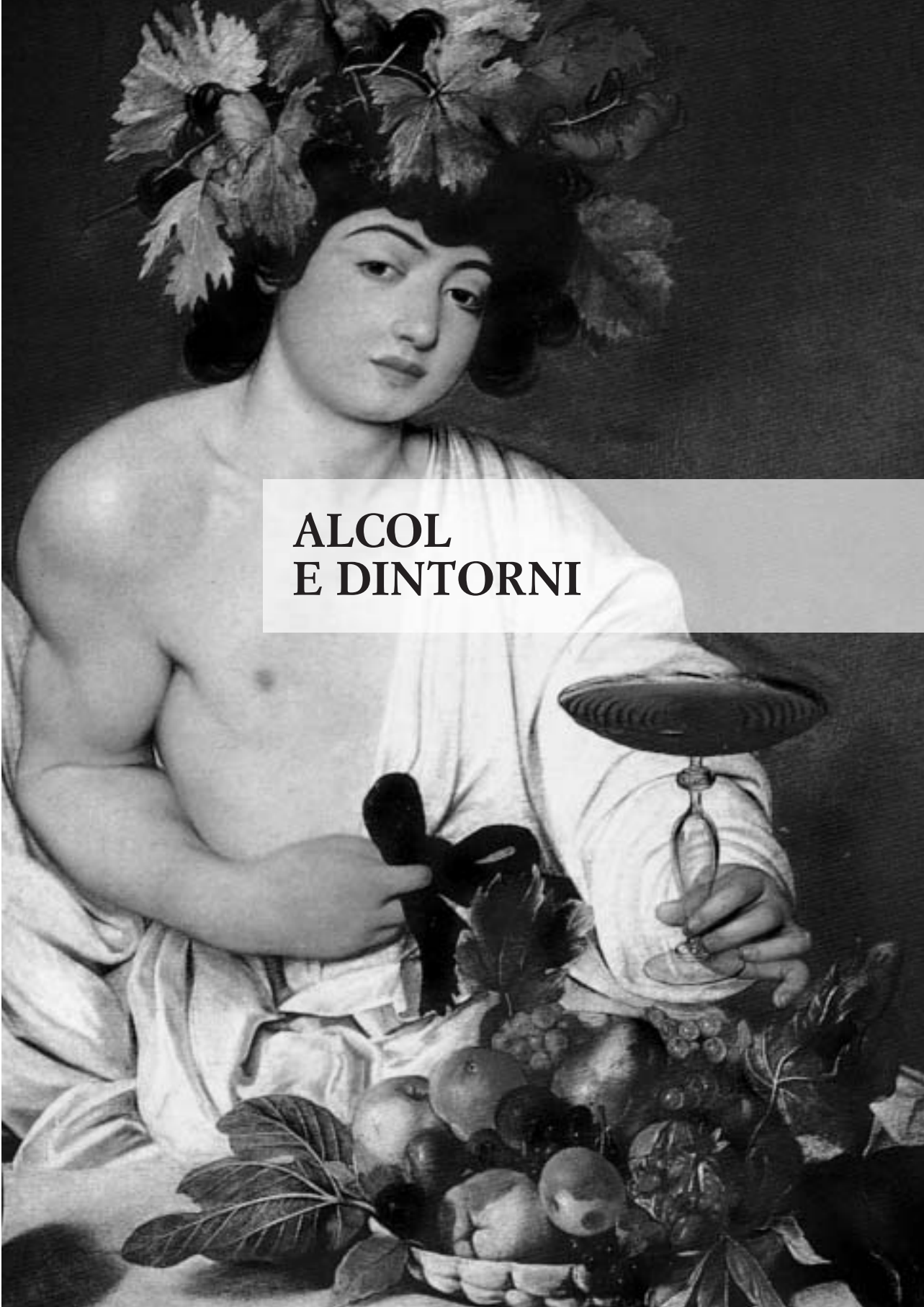
«Giovani e alcol», affronta uno dei problemi più drammatici dei nostri giorni, di fronte all'uso non solo di alcol, ma di sostanze che annullano, in una fuga dalla realtà, la prospettiva del futuro ed alimentano l'ingannevole cultura "dello sballo" o "del rischio" fine a se stesso. Sono problemi e sfide che i Club hanno affrontato da sempre nell'ambito della comunità locale e nella collaborazione con enti locali e istituzioni ai diversi livelli.

«Un'indagine in Friuli» sul fenomeno "alcolismo" (dai primi documenti del 1907) documenta anche sul piano epidemiologico il ruolo dei Club che si radicano in ogni comune della provincia.

Il lavoro, però non si riduce, a mio parere al dato della realtà conosciuta, ma rimanda ad ulteriori riflessioni sulla realtà sconosciuta e drammatica per persone e famiglie che vivono problemi alcolcorrelati, ostaggi della sofferenza ed a rischio di emarginazione. Il professor Hudolin indimenticabile amico e maestro ci insegnava che se si incide dell'uno per cento sulla popolazione di un territorio, si attua un cambiamento e la presenza dei Club è non solo testimonianza, ma anche volontà di cambiare.

In questa prospettiva l'informazione corretta sul fenomeno e la formazione permanente attraverso la settimana di sensibilizzazione, l'aggiornamento dei servitori i corsi monotematici ed i moduli della scuola territoriale sono una garanzia per dare qualità concreta agli interventi e partecipazione responsabile delle persone e delle famiglie nella reciprocità delle collaborazioni e nella distinzione anche professionale ma interdipendente dei ruoli per concorrere a creare i presupposti di una vita migliore nella pace e nella convivenza.

A conclusione si può capire di più il piacere di vedere realizzata questa fatica che si offre a quanti operano nel campo del sociale anche alla luce di nuove politiche sociali e sanitarie e leggi (Legge sull'assistenza, sull'alcol ecc., lo stesso piano regionale) che ci devono vedere protagonisti e partecipi.



# ALCOL
# E DINTORNI

# Il prestigiatore di bicchieri

Pino Roveredo

Era un prestigiatore di bicchieri, uno tra i più celebri e nominati della piazza. Lui, quei contenitori di vetro sapeva riempirli e vuotarli nello spazio di un respiro. Nelle serate eccezionali, poi, senza trucchi e senza inganni, riusciva ad esibirsi senza rete nell'acrobazia del sorso triplo. Altri tempi e altri esercizi, perché ormai tutto è finito: oggi non c'è più sorso e non c'è più spettacolo, oggi una stanchezza ha avvisato le gambe e la vita che bisogna pagare, sborsare per tutti i chilometri di sete.

Si, era un prestigiatore di bicchieri, uno che aveva la potenza delle piogge alcoliche chiuse dentro i gomiti, piogge incredibili che faceva entrare nella gola con la forza dei cacciavite. Per sfida, per scommessa o per pura esibizione, riusciva a succhiare i vetri, a inghiottire chiodi alcoIici e divorare il fuoco. Se lo poteva permettere, perché dalla sua sapeva vantare l'amicizia di una sete.

Ma oggi è diverso, la stanchezza ha tolto l'inventiva all'arsura e la fantasia non sa più creare, così, per riempire il repertorio, gli basta la misera povertà di due sorsi.

Quel giocoliere di cristallo, che frequentava i numeri speciali dei ritrovi, era anche un incredibile plagiatore di bottiglie e un compagno fidato dei sudori. Era uno che riusciva ad abbreviare le stagioni e a stravolgere gli umori, riuscendo a vivere tra un afoso inverno e una gelida estate sempre con lo stesso brivido. Ma ora non è più stagione e non è più umore. Oggi, sfinito e finito, gira dentro il circuito di un tremito inarrestabile.

Adesso è davvero finita. L'illusionista, da quando è perso dentro ai labirinti di vetro senza conoscere la fuga, non fa piu divertire nessuno. Ora è rimasto solo, solo con la sua esibizione peggiore, uno spettacolo di tremori ed emicranie che hanno poca voglia di teatro. Sì, è finita, via il pubblico e via l'applauso. Ora resta soltanto il monologo di un fiasco che prova a rotolare nel senso contrario, tentando di togliersi i sorsi e poi scambiarli con il respiro del passato.

Stamattina, carico di delirio e stanchezza, lo hanno ricoverato all'ultimo reparto, quello con una grande entrata e una piccola uscita, e sulla cartella clinica gli hanno scritto: «Ammalato di bicchieri». Lo hanno trascinato via che urlava, ce l'aveva su con il ladro dei suoi giorni e pretendeva la restituzione del maltolto, perché voleva viverlo. Nessuno è riuscito a spiegargli che quel tempo è diventato uno spazio sparso e scomparso, scappato con i gomiti bugiardi sopra una sete furiosa. Le ore, i giorni, i mesi si sono trascinati via gli amici migliori per gettarli dentro cronache infelici. I mesi, i giorni e le ore hanno congelato un cuore e tutte le rime assurde come amore, lasciandogli come unica consolazione il cerchio stretto della solitudine. Ora, in quel deserto che va tra gola e vita, rimane solo una verità, verità dispettosa che fregandosene del male picchia nella testa e continua a ripetere:

La vita è un fatto delicato, non si può trattarla a sorsi in faccia perché va a finire che si offende trasformandosi in un'arsura di vetro. I calici e le bottiglie di cristallo giocano con le braccia di un incauto prestigiatore e girano, girano, girano…

Fino a quando scelgono di scivolare dalle mani per frantumarsi come uno specchio sulla vita maltrattata dal gioco folle dei bicchieri.

Da *Una risata piena di finestre,* Edizioni Lint, 1997.

# Alcol, cultura, tradizioni e luoghi comuni

PIERGIORGIO RIGOLO

Quando si prepara un viaggio per visitare luoghi di cui si è sentito raccontare il fascino, già si provano grandi emozioni; come quando si vive l'attesa di incontrare una persona molto cara o di grande rilevanza; come quando ci si inserisce in grandi eventi. E si ritiene importante quel luogo e quella persona e quell'evento. D'accordo è vero tutto ciò: sono importanti i luoghi, le persone e gli eventi. Ma più importanti siamo noi, i sentimenti che proviamo di fronte a quei luoghi, a quelle persone, a quegli eventi!
Questo per sbarazzare il campo dall'idea che in questo volume ci si occupi di alcolismo, di alcolisti, di tossicodipendenze e di sistemi di trattamento come di "luoghi" e "persone" ed "eventi". Ci vogliamo occupare di noi, della nostra cultura e spiritualità.
Ci auguriamo che nessuno ritenga giusta la propria idea o modo di vivere e sbagliato quello altrui, che nessuno creda di aver ragione e sia convinto che gli altri hanno torto, o che nessuno sia "colpevole" ed altri "meritevoli" di salute, o che "ognuno ha la vita che si merita"…
Si sappia invece che c'è sofferenza, sofferenza dentro e attorno al vivere, acuita dall'abitudine al consumo di alcolici, e che ci sono persone che non stanno bene in famiglia e neppure nel paese e neppure nell'ambiente di lavoro o di svago, a motivo appunto della cultura favorevole al consumo di bevande alcoliche.
Siamo tanti singoli, certamente, ma siamo anche un "insieme": quanti più problemi ci sono dentro all'"insieme", tanto più aumenta la fatica, la sofferenza del vivere e del convivere!
Ci si trova in situazioni in cui è più arduo vivere che morire!
E si nasce, si vive, si muore, sempre dentro all'"insieme": siamo continuamente "innestati" e "disinnestati" in famiglia, nel parentado, nel borgo, nel paese.

VI RACCONTO UNA STORIA C'era un carcerato che, dopo un lungo periodo di giorni-notti trascorsi in cella, sognò e decise di volerne uscire. Lavorò tre mesi per scavare un tunnel che lo portasse fuori del carcere… E scavò con ansia e angoscia insieme, sognando. Finalmente uscì… in un cortile di una scuola elementare dove c'erano, in quell'ora, tanti bambini che giocavano e si rincorrevano. Sbalordito, lui si guardò attorno e comincio a saltare e a gridare d'emozione. Una bimba lo stava osservando, sorpresa per tutta questa esuberanza. «Lei è tutto felice – esclamò – io invece devo stare altri due anni chiusa in questa scuola».
Il bello della vita sta proprio nel poter essere felici…!, da qualunque situazione si parta.
Lev Nikolaevič Tolstoj (1828-1910), uno dei maggiori romanzieri e pensatori russi, affermava che l'uso di alcolici non è legato tanto, o non solo, al piacere, quanto al bisogno di assopire la coscienza, di nascondere sé a se stessi.
Il problema che si rischia di non rilevare, non è più l'ubriacone che dalla bottega del paese stentava a raggiungere la sua casa, o di chi, alla guida della propria autovettura, sembra affidi il volante al suo angelo custode. Tutto questo, con i suoi effetti, lo sappiamo già, o supponiamo di saperlo.
Ora è frequente e diffuso il bere solitario, proprio del vivere solitario, o in piccoli gruppi. Ma la sofferenza del vivere, che talvolta ne deriva, pesa inclemente sulla famiglia, e, via via, la confonde e la frantuma. Una sofferenza, un tormento senza dignità, perché non si riesce a parlarne, una complicazione crescente nelle comunicazione e nell'intesa. Come un tarlo che impietosamente corrode, tormenta ed umilia.
E non accade più in piazza, per le strade del paese, ma nelle stanze di casa.
Umiliazione. Violenza. Fallimento.
Il primo luogo comune è che l'alcol fa bene! Nel medioevo è stato battezzato come *"aqua vitae"*, il segreto di una lunga vita.

PERCHÉ SI BEVE? Perché fa freddo… perché fa caldo, perché si è soli, perché si è in compagnia, perché si è felici, perché si è tristi, perché è nato un bimbo, perché è morto un amico, perché mi è andata bene, perché… perché… perché… In definitiva, perché è nella tradizione, è a portata di mano e lo si decanta per le sue qualità… e tutti lo fanno! È vietato però negli ospedali, nelle scuole e negli ambienti di lavoro,

ed è ritenuto un pericolo per chi guida! Ogni anno l'alcol in Italia produce 30.000 morti.

L'ALCOL RISCALDA E PROTEGGE DAL FREDDO
L'alcol dilata i vasi sanguigni della pelle e questa assume un certo rossore e si riscalda. Ma è calore che si disperde all'esterno! È più frequente morire assiderati, al freddo, proprio per la dispersione di calore dovuta all'alcol. Meglio certamente una bevanda calda per scaldarsi!

L'ALCOL FA SANGUE
Anche ad una persona malata, pallida e anemica, si tende a suggerire l'alcol come sostanza terapeutica: «Ti tira su, ti dà un po' di colore!».
Per la medesima ragione di cui sopra, i vasi sanguigni cutanei dilatandosi per l'aumentata circolazione danno l'illusione di un volto colorito!

L'ALCOL DÀ FORZA
L'alcol produce una certa euforia, riducendo la sensazione di fatica e di stanchezza. In realtà le prestazioni cerebrali e motorie subiscono una riduzione, ottenendo così l'effetto contrario. Anzi, a lungo andare, l'alcol può produrre dei gravi danni alla muscolatura, quali la miocardiopatia e la polineuropatia tossica.
Agli sportivi, agli operai durante le ore di lavoro, agli insegnanti e studenti è vietato perché, appunto, produce l'effetto contrario.

L'ALCOL È UNO STIMOLANTE DEL SISTEMA NERVOSO CENTRALE
Data la sensazione euforica disinibitoria, illude, in quanto l'effetto progressivo è di diminuire tutte le funzioni proprie del sistema nervoso centrale. In realtà si perde il controllo di sé. Si deve cosi riconoscere che l'alcol è una sostanza psicoattiva come tante altre sostanze, legali o illegali che siano. Psicoattivo significa che ha la capacità di modificare il comportamento, la consapevolezza, il controllo di sé e delle reazioni a quanto accade e nei confronti degli altri.
Il rischio è di chiedere all'alcol quanto esso non può dare: il coraggio!

L'ALCOL DILATA LE ARTERIE CORONARICHE E QUELLE CEREBRALI
La pubblicità presenta l'alcol come un rimedio all'angina pectoris o contro l'infarto cardiaco.
L'alcol non ha mai avuto effetti positivi sui vasi coronarici né su quelli cerebrali. Anzi, può determinare una più precoce comparsa dei "dolori di petto"!

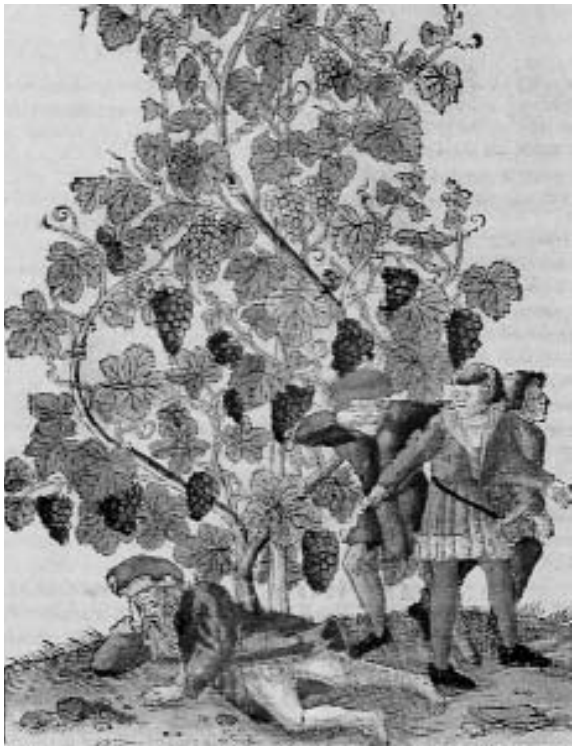


Immagine tratta dal volume Jeronimus Bock, *Kreüterbuch*, Strasburgo 1577.

L'ALCOL PROTEGGE DALLE MALATTIE CARDIOVASCOLARI E DALL'INFARTO
Già nel 1994 Hans Hemblad, direttore del PSA (*Programme on substance abuse*) dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, in una intervista, segnalava:
«Per quanto riguarda il possibile ruolo dell'alcol nella riduzione del rischio di malattie cardiovascolari, aspetto questo che è stato molto dibattuto negli ultimi tempi, gli studi scientifici disponibili dimostrano che solamente per consumi molto bassi dell'ordine di meno di un bicchiere al giorno, l'alcol è in grado di ridurre il rischio se messo a confronto con quello che corrono gli astinenti. E niente indica che un consumo superiore abbia un effetto di questo genere, mentre al di sopra di due bicchieri al giorno tale rischio sicuramente aumenta».
La ricerca dimostra che tale consumo di alcol assai moderato ha effetti positivi solo in fasce molto limitate della popolazione, cioè uomini di età superiore ai 35 anni e donne in postmenopausa.
«Ci sono altri mezzi – dice ancora Hans Hemblad – per ridurre il rischio di malattie cardiovascolari: non fumare,

fare attività fisica e mangiare meno grassi. Coloro che già stanno adottando questi comportamenti è ben difficile che possano ridurre ulteriormente il loro rischio bevendo molto moderatamente».

L'ALCOL DISSETA Nelle calde giornate estive si consuma una birra ghiacciata o un superalcolico con ghiaccio per togliere la sete.
L'alcol aumenta la diurèsi e quindi cresce il bisogno di bere.

L'ALCOL FA LATTE Maggiormente in passato alle donne che avevano partorito veniva consigliato di bere birra per favorire e aumentare la montata lattea. La donna ha bisogno non di birra per produrre latte, ma di liquidi, acqua, succhi di frutta e cibi nutrienti.
L'alcol, che la donna beve, passa come tale anche nel latte, ed il bimbo assumerà quindi un "latte corretto". Sarà un bimbo tranquillo, non perché sazio, ma perché intontito, poiché il bimbo non ha la capacità dell'adulto di eliminare l'alcol.

L'ALCOL AUMENTA LA VIRILITÀ Non è un afrodisiaco. Già ai tempi di Shakespeare lo si sapeva:

> MACDUFF E quali sarebbero in particolare le tre cose che il bere provoca?
>
> PORTIERE Perdiana, signore!, naso rosso, sonno e urina. La libidine, signore, la provoca e la sprovoca; sveglia il desiderio, ma fiacca l'esecuzione…

(Dal *Macbeth* atto Secondo, scena Terza)

Le persone di sesso maschile con numerosi e gravi problemi alcolcorrelati possono, tra l'altro, andare incontro a sterilità e femminilizzazione, così come per le donne sono possibili sterilità e problemi mestruali.

Giotto, *Nozze di Canaan*, (particolare). Padova Cappella degli Scrovegni.

L'ALCOL CONTRO L'INFLUENZA ED IL RAFFREDDORE In genere, latte e grappa, vengono consigliati come una soluzione miracolosa.
Si sa invece che il raffreddore e l'influenza sono causate da una infezione virale!

L'ALCOL PROTEGGE DAL CANCRO La scienza ha dimostrato l'associazione dell'alcol e dell'alcol più il tabacco con il cancro della cavità orale, del faringe, della laringe e dell'esofago, ed anche del fegato, e probabilmente per alcuni tumori del pancreas, del colon e del retto, ed anche con il cancro della mammella per le donne.
I tumori alcolcorrelati rappresentano oltre il 10% della totalità dei tumori maligni.
Recentemente si è diffusa la notizia di un ipotetico effetto antitumorale di una sostanza contenuta nella buccia degli acini d'uva. L'eventuale effetto positivo sarebbe minimo a fronte dell'accertato rapporto negativo tra alcol e tumori.

L'ALCOL AIUTA A DIGERIRE È vero che l'alcol determina, a basse concentrazioni, una prima stimolazione della produzione di saliva e di succo gastrico; ma è altrettanto dimostrato che esiste una azione lesiva diretta sulle pareti gastriche e intestinali.
In percentuali crescenti nello stomaco comporta una riduzione d'enzima chiamato pepsina, utile per i primi processi digestivi, e poi di tutta la secrezione gastrica. Un'alta concentrazione di alcol nello stomaco comporta una infiammazione delle pareti gastriche.

CHE SUCCEDE ASSOCIANDO ALCOL E FARMACI? Accadono numerose interferenze, sia nei

confronti dell'assorbimento intestinale dei farmaci, sia nei confronti della loro azione terapeutica: la moltiplica o la riduce, a seconda dei farmaci.
È già complessa l'azione dei farmaci sull'organismo; se si mescola anche alcol, la cosa si complica molto!

L'ALCOL TIENE SU, NUTRE Non è un alimento, ma una sostanza calorica (vuota).
– Un bicchiere di vino – 88 calorie
– Un bicchiere di birra – 84 calorie.
L'alcol produce energia (un po' meno dei grassi ed un po' più degli zuccheri e proteine). È però un pessimo carburante per il nostro corpo perché brucia molto velocemente trasformandosi solo in calore che, tra l'altro, va in parte disperso con la dilatazione dei vasi cutanei.

## Allora la nostra cultura del bere è tutta da cambiare!

Ognuno può farsi la diagnosi circa la problematicità del consumo di bevande alcoliche rispondendo alle seguenti quattro domande:

1. Ha pensato recentemente alla necessità di diminuire il bere? SI ☐ NO ☐

2. Si è infastidito/a a motivo delle osservazioni che le sono state fatte nel suo ambiente di vita riguardo il bere? SI ☐ NO ☐

3. Si è sentito/a in colpa per quanto riguarda il suo bere? SI ☐ NO ☐

4. Ha consumato bevande alcoliche al mattino presto per alzarsi o iniziare il lavoro quotidiano? SI ☐ NO ☐

Già due risposte affermative depongono per una situazione problematica di cui occuparsi seriamente.

ED ORA VI RACCONTO UN'ALTRA STORIA Una madre si era recata da Gandhi dicendosi molto preoccupata per la propria figlia che aveva la pessima abitudine di abbuffarsi di dolci. Lo scongiurò: «Per favore, parla tu con mia figlia in modo da persuaderla a smettere con questo vizio».
Gandhi rimase un attimo in silenzio, poi concluse: «Riporta qui tua figlia fra tre settimane, e allora parlerò con lei. Non prima».
La donna se ne andò perplessa, ma senza replicare. Tornò come le era stato proposto, tre settimane dopo, assieme alla figlia golosa. Stavolta Gandhi prese in disparte la ragazza e le parlò dolcemente, con parole semplici e persuasive. E la convinse a una maggiore sobrietà.
La madre allora, dopo averlo ringraziato, nel salutarlo, gli domandò:
«Toglimi una curiosità. Mi piacerebbe sapere perché non hai detto queste cose a mia figlia tre settimane fa…».
«Tre settimane fa – rispose tranquillamente Gandhi – il "vizio" di mangiare dolci ce l'avevo anch'io!».

# Diagnostica alcologica

Paolo Cimarosti

*L'allegra compagnia*,
Nicolò Frangipane
(Tarcento 1555-1600).

Uno dei colleghi medici conosciuto negli ultimi anni, noto primario di una divisione ospedaliera, amava porre al posto della diagnosi di cirrosi epatica alcolica, la diagnosi di "cirrosi epatica nutrizionale", ottenendo in questa maniera due piccioni con una fava: porre una diagnosi esatta di cirrosi, ma, contemporaneamente, riferire elegantemente e senza compromettersi alla causa come una fantomatica nutrizione. Seguiva, nelle prescrizioni, oltre alla terapia farmacologica il blando consiglio di astenersi dall'uso di alcolici.

È questo, uno dei tanti meccanismi messi in pratica dai medici per non inimicarsi il cliente per una problematica che sembrava avere poco di medico e contro la quale comunque non c'erano possibilità di intervento.

A difesa della categoria, va comunque detto che non sempre le situazioni patologiche sono chiaramente riferibili all'alcol, mi riferisco in particolare a quei casi sfumati in cui l'alcol è responsabile primario, ma appare come modesto corollario di una situazione, definita nell'alleanza medico-paziente. Sono casi che si ritrovano regolarmente in psichiatria e in cui lo psichiatra di turno pone altrettanto regolarmente una diagnosi di patologia psichiatrica anche se in realtà l'uso di alcol è responsabile principale della crisi; in altri casi, l'uso di sostanze compreso l'alcol, influenza grandemente il "terreno" psichiatrico e viceversa, in particolare nel caso dei disturbi di personalità, agendo sull'esordio dell'uso della sostanza, sulla risposta al trattamento, sul decorso ed *outcome* e sulla mortalità. Tanto da definire la comorbilità psichiatrica e l'alcolismo in percentuali che vanno dal 18.61% (Lastrico ed al.) al 67% (Tomasson ed al.). In ogni caso, il trattamento dell'alcolismo permette il miglioramento di entrambe le problematiche. Inoltre va tenuta in grande considerazione anche la relazione tra la demenza ed uso di alcol, motivo ricorrente di gravi difficoltà nella gestione del paziente demente.

Anche se non è così, penso che chi conosce la psichiatria, di qualsiasi orientamento esso sia, debba conoscere anche gli effetti dell'alcol, così come il chirurgo deve conoscere che la pancreatite cronica recidivante è causata dall'alcol e quindi inviare il paziente al trattamento alcologico.

D'altro lato, chi si occupa di Alcologia deve conoscere la medicina interna e la neurologia, per le complicanze internistiche dell'alcolismo (epatopatie, neuriti, sindromi astinenziali); deve conoscere la psichiatria per sapere quando lavorare con lo psichiatra; deve conoscere la chirurgia per accogliere gli alcolisti dopo gli interventi chirurgici; ma soprattutto deve conoscere gli stili di vita per cambiarli.

Il processo di alcolizzazione dell'individuo non è un processo consapevole, ma lento e subdolo, fino a che l'individuo stesso o qualcuno dei famigliari si accorge che c'è qualcosa che non funziona nelle relazioni famigliari e sociali o nello stato di salute; in questo caso si può già definire la situazione.

Alcolismo perché soddisfa i tre parametri generali della salute, ovvero il benessere fisico, psichico e sociale. Il modello della malattia ha permesso di togliere all'alcolista la responsabilità della propria condizione mantenendo responsabile la sostanza. Ben presto, però, ci si è accorti che que-

sta definizione non era sufficiente perché non comprendeva una serie di condotte legate al bere che provocavano comunque problemi.
Si è preferito parlare quindi di Bere Problematico *(drinking problems)* o meglio ancora di Problemi Alcolcorrelati (PAC) come definizione onnicomprensiva del fenomeno: dall'incidentistica stradale per colpa della guida in stato di ebbrezza, allo scompenso psicotico per uso anche minimo di alcol, all'alcolismo vero e proprio.
La diagnostica alcologica non può prescindere dalla metodologia tradizionale che prevede: l'anamnesi, anche tossicologica generale, in particolare se riferita a soggetti giovani con alte probabilità di uso anche di altre sostanze, con particolare riguardo ai primi segni o sintomi di dipendenza e di calo della tolleranza; l'obiettività, con attenzione clinica ai segni e sintomi delle complicanze (epatomegalia, ittero, tremori, eretismo psichico, flapping tremor ecc.); ed infine la biochimica di laboratorio.
Non è attualmente disponibile un *marker* ideale per la diagnosi di alcolismo o di problematiche alcolcorrelate (PAC), pur tuttavia alcuni indici, in particolare se considerati assieme, possono indirizzare in maniera altamente positiva; tra questi vanno considerati:
1. Gamma GT: enzima che tende ad aumentare anche in maniera cospicua se indotto dall'alcol, ma che può aumentare anche in corso di malattie colostatiche o per uso di farmaci (es. barbiturici); con l'astinenza dall'uso di alcolici rientra nella norma in un periodo variabile da uno a quattro mesi.
2. MCV: indice un po' meno sensibile del precedente, legato nella popolazione alcolista alla carenza di folati che causa anemia macrocitica; anch'esso rientra nella norma in massimo quattro mesi (periodo necessario per il turn-over degli eritrociti).
3. Transaminasi: l'aumento segnala in genere un danno epatico con necrosi degli epatociti.
4. Alcolemia: è in rapporto ovviamente con l'uso di alcolici nelle ore precedenti, molto significativo se si rileva un'alcolemia positiva al momento del prelievo di routine (al mattino e a digiuno).
Molto utili si sono rivelati anche i questionari; tra quelli esistenti vanno sicuramente citati il CAGE (autosomministrabile, utile per far riflettere i potenziali alcolisti in corso di campagne di sensibilizzazione), il MAST breve con dieci items (quando l'anamnesi, l'obiettività e il laboratorio non ci aiutano), il MALT, e l'MMPI.

## Bibliografia

V. Hudolin, *Manuale di alcologia*, Edizioni Erickson, Trento, 1992.

Aa.Vv., *Dal club alla comunità e ritorno – Atti del convegno*, Edizioni Erickson, Trento, 1991.

L. Colaianni, *La multidimensionalità della sofferenza umana*, Edito in proprio, 1994.

M. Ceccanti, *Alcol e dintorni*, Edizioni «Momento Medico» srl, Salerno, 1989.

V. Hudolin e al., *Verso un concetto ecologico di salute*, Edizioni Erickson, Trento, 1992.

F. Madeddu, *La comorbilità Psichiatrica nell'Alcoldipendenza*, Atti del convegno, Zevio (Verona), 2000.

Lastrico e al., *Abuso-Dipendenza da alcol e comorbilità psichiatrica*, Minerva Psichiatrica, 37 (2): 59-67, 1996.

K. Tomasson & P. Vaglum, *Psychopatology and Alcohol Consumption among treatment-seeking Alcoholics: A prospective Study, Addiction*, 91 (7), 1019-1030, 1996.

# Metodo Hudolin. Approccio ecologico-sociale ai problemi alcolcorrelati e complessi

ANNA POLETTO E ALFREDO CORSINI

PREMESSA Apprestarci a descrivere il metodo con cui le nostre famiglie e noi ci siamo riabilitati dalla sofferenza alcolcorrelata, è un compito gravoso, perché corriamo il rischio di alterare il rigore scientifico con le emozioni prodotte dalla personale esperienza.
Speriamo, quindi, di essere perdonati se in questa esposizione non sempre riusciremo ad assumere un atteggiamento distaccato.
I frequenti riferimenti a quanto detto o scritto dal professor Hudolin, sono necessari non essendo, infatti, possibile prescindere dalla lucidità e dalla ricchezza della sua terminologia per inquadrare il problema nella dimensione esatta, per valutarlo e per descrivere il metodo di trattamento che lui stesso ha proposto.

Interno di osteria.
*Foto Gianni Borghesan.*

INTRODUZIONE Fino al 1960, gli alcolisti erano considerati appannaggio quasi esclusivo della psichiatria, anzi, in molte realtà, erano una categoria emarginata nella e dalla psichiatria stessa.
Nel 1960, all'affermarsi dell'esperienza degli Alcolisti Anonimi, ed in virtù di questa, Jellinek poté definire l'alcolismo una malattia. Grazie a ciò, gli anni successivi videro affluire gli alcolisti nei reparti di medicina, dove si consolidò l'idea di un alcolismo sempre più influenzato dalle fasi di remissione del problema e della successiva ricaduta. Dalla primitiva diagnosi di psicosi alcolica, si è gradatamente giunti a quella d'alcolismo e quindi si è iniziato a parlare d'alcologia. Elaborata in termini multidisciplinari, l'"alcologia" è stata identificata da Fouquet (1967) che così la definisce: «Disciplina consacrata a tutto quanto concerne l'alcol etilico, produzione, conservazione, distribuzione, consumo normale e patologico con le implicazioni di questo fenomeno, cause e conseguenze, sia a livello collettivo: nazionale e internazionale, sociale, economico, giuridico, sia a livello individuale: spirituale, psicologico e somatico. Questa disciplina autonoma presta i suoi strumenti di conoscenza alle principali scienze umane, economiche, giuridiche e mediche, ritrovando, nella sua dinamica evoluzione, le sue leggi». Tale definizione, pur comprendendo alcune affermazioni non condivisibili (esempio consumo normale e patologico), ha il pregio di aver definito una disciplina autonoma.
Questo è stato il punto di partenza per giungere all'approccio bio-psico-sociale della psichiatria sociale e quindi all'approccio ecologico (Hudolin 1985).
Parlando di famiglie con problemi alcolcorrelati, potremmo essere tentati di ritenere che il programma di riabilitazione, sottintenda un reinserimento di queste nelle loro comunità. Ciò significherebbe dare per scontata o una precedente esclusione, oppure una auto esclusione delle famiglie dai rapporti sociali, o una disomogeneità con la comunità. Sarebbe assolutamente fuorviante.
Infatti, la famiglia, come soggetto sociale e somma d'individualità, pur se in stato di sofferenza, è già inserita nella comunità; è già, ed in ogni caso, parte integrante della comunità. È la percezione dello stato di sofferenza che ne determina l'impatto sociale. La comunità e la sua cultura devono porre la famiglia in una condizione di vita non alienata, mantenendola nell'ambito dei rapporti umani ed evitandole, quindi, l'emarginazione ed il rifiuto.
Dalla condivisione di quest'enunciazione, nasce il convincimento che solo attraverso e contestualmente al cambia-

mento dello stile di vita, della cultura sanitaria e sociale della comunità, si potrà operare per il conseguimento degli stessi obiettivi con un singolo soggetto o con una famiglia.
È nel sistema bio-sociale, che si devono mettere in atto le strategie riabilitative!
In quest'ottica, è di fondamentale importanza, per la positività del trattamento, il ruolo della famiglia (sensibilizzata), quale sistema sociale principale, all'interno della quale interagiscono persone affettivamente coinvolte.
Altrettanto importante è il costituirsi e lo svilupparsi di una cultura sociale che permetta di ritenere le problematiche riabilitative non un'esclusiva del "malato", bensì una richiesta di cambiamento e di crescita dell'intero sistema – "malato", famiglia e comunità – che, pertanto assume una responsabilità soggettiva nei confronti dei problemi alcolcorrelati.
Il professor Hudolin prosegue sostenendo che «la salute dipende dalla cultura sanitaria e generale della comunità. La cultura mediterranea ammette il bere come comportamento accettabile (accettato), molte volte desiderabile (desiderato)».
È questo l'atteggiamento che crea una differenza tra il bere così detto normale e l'abuso, in altre parole si difende il bere "moderato".
Nel lavoro pratico questa cultura comporta grandi difficoltà. Infatti, senza parlare del bere non si può parlare dei problemi alcolcorrelati, e, senza il cambiamento della cultura esistente, non può essere organizzata una rete territoriale dei punti d'appoggio nel controllo dei problemi alcolcorrelati e complessi.
Dal 1964 Hudolin sviluppò il metodo ecologico-sociale, che inizialmente chiamò psico-medico-sociale e che, solo dopo il 1985 definì nella sua forma attuale.
Il metodo ecologico-sociale per il controllo dei problemi alcolcorrelati si dilatò alle complessità, potendosi applicare con minime modificazioni a tutte le sofferenze comportamentali, anche se il consumo di bevande alcoliche ed i problemi alcolcorrelati sono accettati e presenti nella cultura sociale, e non sviluppano, per gli alcolisti, l'emarginazione e l'alienazione sociale tipica, ad esempio, delle problematicità droga correlate o dei disturbi psichiatrici.
«La teoria ecologico-sociale si basa sull'attività dei Club degli Alcolisti in Trattamento» (Hudolin), che sono «realtà dinamiche (si cresce insieme), problematiche (nulla è scontato), dialettiche, (dove) il sapere critico integra il sapere teorico e vissuto […]. Il Club si pone in un sistema aperto al cambiamento, nello specifico dai problemi alcolcorrelati e complessi, il cui impatto nelle famiglie e nella società è causa di disagio e di sofferenza, con fenomeni d'emarginazione o auto emarginazione, d'esclusioni o auto esclusioni che vanno combattute» (Floramo).
Nei Club, secondo il concetto ecologico-sociale, i problemi alcolcorrelati e complessi sono considerati disturbi del comportamento, stili di vita – «Questo stile di vita, questo legame che esiste fra il bere alcolico e l'individuo, la famiglia o la comunità, nasce dalla cultura che accetta il bere sotto un gran numero d'influssi interni, esterni o ambientali» (Hudolin) – che possono essere causa di molti disagi.
Non, quindi, una malattia, anche se questa può essere presente o verificarsi quando appaiono lesioni organiche o psicopatologie.

L'APPROCCIO ECOLOGICO-SOCIALE La considerazione che i problemi alcolcorrelati e complessi sono inscindibili dalla cultura del bere delle comunità e che a questa sono connesse le scelte di vita, può considerarsi una rivoluzione, in senso culturale, negandosi l'esistenza dell'alcolismo come malattia.
L'approccio ecologico-sociale, pur non sottovalutando l'importanza della dimensione biologica del problema alcolcorrelato e complesso ed il conseguente utilizzo della farmacologia, è "rivoluzionario" nell'enunciazione dello "stile di vita" alcolcorrelato e nel considerare il problema alcolcorrelato e complesso nel suo aspetto sistemico, ove cioè i comportamenti della persona, della famiglia, della comunità ed il tipo di rapporto con il bere della persona, della famiglia, della comunità, sono la sintesi del sistema dove la persona e la famiglia vivono, ed ove svolgono la loro vita.
Ne deriva che l'approccio alle problematiche non può essere che sistemico, nel senso che deve riguardare circolarmente l'individuo, la famiglia, la comunità.
Con la negazione che le problematicità da alcolismo siano una patologia (patologiche sono le sue complicanze), e che, pertanto, queste non possono essere interpretate dalla medicina tradizionale, s'induce la necessità di un cambiamento radicale dell'approccio della comunità alla salute.
Il trattamento proposto si fonda sull'interazione emotiva e comunicativa, prolungate nel tempo, perché possa essere modificato uno stile di vita ormai consolidato.
È quindi un processo di crescita di cui l'esigen-

za è sentita e che rappresenta l'aspirazione di ciascun soggetto della comunità, ma, coinvolgendo la sfera dell'educazione e quindi della cultura, abbisogna di tempi molto lunghi,
Hudolin ipotizza che con la presenza dell'uno per cento dei suoi componenti, sensibilizzati a questo tipo d'approccio ai problemi alcolcorrelati e complessi, si possa già individuare nella comunità, l'inizio di una modificazione della cultura della salute nel senso ecologico sociale. (Comunità, non dimentichiamo, di cui l'alcolista e la sua famiglia hanno scelto un comportamento – quello alcolcorrelato – accettato).
Questo progetto di crescita, potrebbe essere catalizzato dalla medicina di base, ma, derogando dalla medicina tradizionale, lo vediamo sviluppato solo individualmente e non istituzionalmente, da sensibilità personali educate a tale scopo o in questa visione.
Risulta evidente, pertanto, che i sistemi di prevenzione primaria e terziaria, non possono essere delegati alla "medicina", non essendo, come abbiamo visto, specifici processi medici, perciò debbono coinvolgere ogni cittadino educato all'auto-protezione della salute.
Auto-protezione della salute che, per definirsi deve essere un processo sia soggettivo sia oggettivo, riguardando, infatti, trasversalmente, la persona e la sua comunità.
Strumenti di base per questo cambiamento sono le famiglie con problemi alcolcorrelati (e complessi) inserite nei Club ed il servitore-insegnante, di cui definiremo successivamente la figura, che hanno il ruolo di catalizzare, facilitare nella comunità, questo procedere d'auto educazione alla salute

La multidimensionalità della sofferenza Affrontando il trattamento dei problemi correlati all'uso di sostanze alcoliche, dobbiamo tenere presente che nei gruppi d'auto-protezione e d'educazione alla salute, s'inseriscono famiglie che combinano questi con altri disagi: uso d'altre sostanze, problemi psichici, comportamenti aggressivi, a rischio o cronici, alcolisti senza dimora, persone con gravi problemi somatici. Questa, pur con le difficoltà che può comportare, è la multidimensionalità della sofferenza e la si affronta nei Club in quanto specchio della società, nella convinzione che una risposta positiva può essere fornita attraverso il senso della condivisione sviluppandosi tra i componenti del Club un atteggiamento "empatico" *(empatia = capacità di comprendere lo stato d'animo e la situazione emotiva di un'altra persona, in modo immediato, prevalentemente senza ricorso alla comunicazione verbale. Più in particolare il termine indica quei fenomeni di partecipazione intima ed immedesimazione attraverso cui si realizzerebbe la comprensione estetica, nel senso di rapporto armonico).*

L'etica e la spiritualità antropologica «I programmi per i problemi alcolcorrelati e complessi devono attenersi ad un'etica del lavoro che richiede la responsabilità non solo verso gli individui, ma anche verso le famiglie, le comunità e la società intera, e che richiede un'ecologia e una giustizia sociale» (Hudolin).
Ancora: «Tutta la società si trova in una crisi profonda che non può essere risolta con una proclamazione ecologica formale. Bisogna coltivare l'amicizia, l'amore, la solidarietà, la convivenza armoniosa, la compartecipazione (condivisione). Bisogna assicurare che ognuno cambi profondamente nella mente e nel cuore, per far crescere una antropo-spiritualità che non riguarda solamente la dimensione religiosa» (Hudolin).
Si può facilmente comprendere che questo tipo di cambiamento della società, non può ottenersi attraverso una terapia in senso tradizionale, ma attraverso l'apporto di un volontariato che può essere professionale o non professionale.
L'auspicio, per il conseguimento dei risultati migliori, ovviamente, sarebbe quello di poter costituire una sinergia, una co-organizzazione tra la medicina di base ed il volontariato, ma per far questo gli operatori del servizio pubblico, dovrebbero aver maturato queste convinzioni, attraverso la sensibilizzazione, la formazione e l'aggiornamento.
Convinzioni che considerino non alternativo alla crescita e maturazione dell'individuo, della famiglia e della società, il mutamento, simbiotico, dello stile di vita dello stesso individuo, della famiglia e della comunità.
Tutto il sistema sociale, e quindi tutti i cittadini, debbono confrontarsi con la centralità della famiglia – sommatoria d'individui ed unità morale – e delle sue sofferenze.

Il Club degli Alcolisti in Trattamento (Cat) Ricordavamo poc'anzi, e riteniamo utile ripeterlo: la famiglia che entra in un Club, non si riabilita agli occhi della comunità che accetta il bere come valore sociale, ma apprende un nuovo stile di vita, tanto che Hudolin, sostituisce molto spesso il termine "riabilitare" con "abilitare", nel senso che nel Club si acquisisce

uno stile di vita completamente nuovo, rispetto a quello del senso comune che ha insita l'accettazione del bere moderato.

Cos'è, quindi, il Club degli Alcolisti in Trattamento? «È una Comunità, non un gruppo terapeutico alienato, che fa parte della comunità ed i cui risultati non si rispecchiano solamente nell'astinenza, ma, prima di tutto nella qualità delle comunicazioni ed interazioni nella famiglia e nella comunità» (Hudolin).

Commerciante di vini.
*Foto Gianni Borghesan.*

I Club sono l'espressione del metodo ecologico-sociale. L'idea che ne sta alla base esalta i fattori sociali e culturali della multifattorialità delle cause e dei meccanismi dei comportamenti disturbati e vi è sviluppato l'interesse sull'interazione emotiva tra i componenti la comunità multifamigliare. Ciò, non trascurando il momento educazionale e lo sviluppo della conoscenza (scuole alcologiche territoriali).

Con la costituzione dei Club, si è voluto liberare gli alcolisti dall'approccio medico classico, cercando di inserire il trattamento di disturbi alcolcorrelati e complessi dell'alcolista e della sua famiglia nel sistema sociale della loro comunità, nell'organizzazione di lavoro, ecc.

La convinzione della necessità del ricovero ospedaliero è ancora molto diffusa ed accettata anche da noi, almeno inizialmente, ma solo in caso di patologie gravi. L'esperienza dimostra, infatti, che, appena dimesso, l'alcolista riprende il consueto modello di vita, perché la struttura ospedaliera non può essere, per la sua tipicità, in grado di seguirne il percorso e lascia l'alcolista e la sua famiglia al loro destino, fino al successivo ricovero.

È evidente che le figure istituzionali, il medico di base e la struttura sociale, avrebbero, quale presenza sul territorio, la possibilità di incidere profondamente sulla "terapia-prevenzione", ma, sia per cultura o mancanza d'idoneo aggiornamento, molto spesso, anche queste preferiscono il metodo classico dell'ospedalizzazione, sia per motivi contingenti (lunghezza dei tempi d'intervento) sono nell'impossibilità pratica di attuare un convincente programma di riabilitazione.

L'esperienza, infatti, ci fa ritenere che per un alcolista è necessaria un'attività di Club lungo tutto l'arco della vita. I primi 5-10 anni, servono all'identificazione delle proprie situazioni problematiche ed alla ricerca degli strumenti per un nuovo stile di vita.

Il Club, in ogni caso (ed è un concetto che dobbiamo sempre tenere presente), non è il luogo esclusivo per la riabilitazione dell'alcolista e della sua famiglia, perché questa si concreta nella realtà sociale.

Per questo, bisogna assolutamente evitare che l'alcolista e la sua famiglia sfruttino unicamente la propria astinenza e l'attività del Club per dimostrare che si sono riabilitati: «La riabilitazione sociale è determinata in base alla reale interazione familiare e sociale dell'alcolista e non dalla sua interazione nel Club» (Hudolin).

Infatti, se i componenti del Club si considerano una società nella società o una comunità avulsa dalla comunità, porrebbero lo stesso alla stregua di un ospedale mentale aperto che servirebbe solo a creare una sorta di nuova alienazione dell'alcolista e della sua famiglia.

Debbono, invece, recepire la consapevolezza d'essere indipendenti dalla sostanza alcolica così come dal Club e dal servitore-insegnante.

Precisata la fisionomia del Club, individuiamo i "valori" che vi si riscoprono o vi si propongono.

Premettendo che l'atteggiamento tra quanti costituiscono questa comunità deve essere

improntato all'empatia, i "valori" che lo caratterizzano sono:
– L'accettazione delle persone o delle famiglie in difficoltà.
– La solidarietà, (o meglio la condivisione).
– La pazienza e l'attesa attive, non passive, nella ricerca e nella proposta.
– L'ottimismo per un avvenire migliore, dimenticando, non ignorando il passato.
– La convinzione che il cambiamento si ottenga partendo dal proprio comportamento nei confronti della salute, dei rapporti umani interfamigliari e verso la comunità, secondo il principio della ricerca della crescita comune per giungere alla crescita personale.
– Il coinvolgimento della famiglia e la riscoperta della funzione centrale di quest'istituto sociale.
– La sincerità prima con sé stesso e contestualmente con gli altri.
– La visita domiciliare, quale segno d'avvicinamento, d'offerta, se pur non richiesta, d'aiuto e di condivisione.

Circa il metodo di lavoro dei Club, possiamo elencare alcuni momenti (principi) presenti nell'approccio al sistema multifamigliare per altro osservati anche nelle comunità terapeutiche famigliari o multifamigliari:
– «Qui ed ora»: estemporaneità nell'affrontare i problemi, subito ed in questo luogo. Azione, anziché descrizione dei comportamenti (S. Minuchin e H. Fishman).
– «Io sono io e tu sei tu»: processo d'individualizzazione e responsabilizzazione (F. Perls e G. Houston).
– «Dal perché al come»: non si ricercano le cause di un determinato comportamento o disagio, ma si discute sulla qualità delle nostre attuali interazioni. (M. Sforzina).

Abbiamo precedentemente accennato all'introduzione, da parte del professor Hudolin, del concetto di "abilitazione" in sostituzione di quello di "riabilitazione".
Strumento di questo percorso sono le Scuole Alcologiche Territoriali le quali introducono le famiglie nel sistema del cambiamento dello stile di vita oltre che soggettivo, anche verso una dimensione oggettiva. Nel senso che si fanno portatrici di un messaggio, rivolto alla comunità, di diverso approccio oltre che al problema del bere, anche e soprattutto, a quello di un nuovo concetto di salute (Famiglia Insegnante).
Sicuramente, nei Club sono presenti momenti di riabilitazione funzionali, potremmo dire secondari, al cambiamento di stile di vita, dal momento che le persone, o meglio le famiglie con problemi alcolcorrelati, così come le persone portatrici di un disturbo psichico, avevano pregressa una "spirale viziosa" di desocializzazione con conseguente perdita di ruolo sociale ed emarginazione.
L'attività dei Club tende a percorrere a ritroso tale spirale con un processo di socializzazione.
I Club sono, come si è visto, un'espressione del territorio e si estrinsecano nel territorio.
Questo comporta la necessità che tutte le componenti presenti nel territorio siano sensibilizzate al problema della sofferenza e quindi della prevenzione, della cura, della riabilitazione, e del mantenimento dello stato di salute.
Questa peculiare visione del sistema di rete, fa si che sempre con maggiore frequenza si abbia la richiesta d'inserimento nei Club da parte di famiglie con sofferenze complesse: alcol-disagio psichico, alcol-droga ecc., o viceversa, nel senso che il problema alcolcorrelato può essere primario o secondario. Questo, portò Hudolin a definire, un ambito disciplinare che chiamò «alcologia psichiatrica» o «psichiatria alcologica»

Interno di osteria.
*Foto Gianni Borghesan.*

che riguarda «i problemi incrociati, cioè quelle situazioni in cui un problema psichico viene complicato da un problema alcolcorrelato o viceversa» (Hudolin).
Dal fallimento del modello medico che riduce il fenomeno dell'alcolismo al solo elemento organico, e dall'affermazione del metodo ecologico-sociale che pur tenendo vivo il principio dell'auto-mutuo-aiuto va evolvendosi verso la solidarietà sociale, si è reso necessario elaborare il concetto d'alcologia in termini multidimensionali con il conseguente allargamento a tutte le componenti relative ai problemi alcolcorrelati.

LE FAMIGLIE Premesso che la famiglia ha un ruolo di primaria importanza in tutta la vicenda della problematicità da alcol di un suo membro – in famiglia normalmente si è iniziato a bere, in famiglia si apprende il modello o la cultura del bere moderato, ed è in famiglia che si manifestano i maggiori disturbi di comportamento o le conseguenze determinate dall'uso d'alcolici – l'esperienza ha dimostrato che solo dalla ritrovata interazione tra i componenti di questo nucleo e dal loro ingresso nel sistema evolutivo, si possono ottenere risultati ottimali.
Necessita precisare che durante il lasso di tempo in cui evolvono i problemi correlati all'alcolismo, nella famiglia si è sviluppato un lento processo di degrado: micro e macro conflittualità, alleanze transgenerazionali, emarginazione dell'alcolista, sovvertimento dei ruoli interni. La situazione che si va formando gradualmente, tende a ristagnare e perdurare, senza che si possano produrre cambiamenti sostanziali, salvo, in certi momenti, brevi accenni alla speranza per una svolta definitiva, mentre poi, nella realtà resta come prima.
Quest'equilibrio che la famiglia raggiunge, quasi senza accorgersene, tende a creare una situazione di cristallizzazione ed una serie di resistenze al cambiamento. L'intensa sofferenza, il senso dell'umiliazione, le emozioni negative, la vergogna, producono una ricerca d'autodifesa verso l'esterno. Per conseguire questo risultato, la famiglia ha la tendenza a chiudersi ed escludersi, acquisendo un atteggiamento d'assoluto riserbo circa i propri problemi e scivolando, pertanto, verso una marginalizzazione nei confronti della comunità.
Interrompere questa spirale e rendere consapevole la famiglia che questo è un atteggiamento alcolcorrelato da modificare attraverso un sistema di apertura verso la comunità, non è certamente agevole.
L'approccio sistemico-famigliare ha comportato un radicale spostamento dall'obiettivo tradizionale – secondo cui si considerava l'astinenza come un fine e dove i famigliari servivano esclusivamente da supporto – alla cultura per cui l'astinenza è un mezzo per avviare quel processo di crisi famigliare atto ad innescare un cambiamento delle interazioni, come dicevamo, sia all'interno della famiglia stessa che nei confronti dei sistemi di appartenenza (parenti, amici, comunità, lavoro, scuola, ecc).
Può apparire contraddittorio parlare di crisi; dobbiamo considerare, però, che l'approccio famigliare cui facciamo riferimento, non è un mezzo per tenere unite le famiglie, ma un processo che destabilizza la staticità di un comportamento pregresso, determinato da una situazione di disagio, subìta o accettata, entrata a fare parte integrante della vita e del costume ai quali la famiglia si è uniformata.
Da qui la necessità che la famiglia partecipi totalmente alla comunità multifamigliare dove si ripropongono l'insieme delle comunicazioni e delle interazioni che debbono intercorrere tra i singoli, tra questi e la famiglia, tra le famiglie, tra queste e la comunità, cui il Club è radicato e viceversa.
Talvolta le situazioni interfamigliari sono talmente compromesse da necessitare di un intervento di terapia famigliare fin quando non scatti il meccanismo d'autoprotezione. Per questo, il Club, consiglia la famiglia di non prendere decisioni importanti all'inizio del trattamento. Solo in un secondo momento, con i primi sintomi di cambiamento dello stile di vita della famiglia, queste saranno richieste e suggerite.
Inserita nella comunità, la famiglia può constatare che è in presenza di persone che hanno avuto o hanno lo stesso problema, con cui può confrontarsi e raccontare le proprie esperienze, può essere sostenuta nei momenti di difficoltà, può essere anche criticata e messa in discussione, ma sempre in un clima d'accettazione e nella prospettiva di perseguire un miglioramento.
Esponendo il dramma derivante dal suo disturbo, la famiglia riceve la solidarietà e condivisione delle altre famiglie. Al Club si riaprono dialoghi interpersonali, spesso fino ad allora interrotti, interni o esterni alla famiglia e tra questa e la propria comunità.

L'ALCOLISTA Premettiamo che è errato distinguere l'"alcolista" dal suo ambiente famigliare e sociale, ed altrettanto impropria è la definizione "alcolista".

Più corretto, come abbiamo visto, è parlare di famiglia o persona con problemi alcolcorrelati, ma la cultura corrente e la tradizione includono ancora il termine alcolista per individuare una tipologia di "sofferenza" individuale.
Sintetizziamo il processo di formazione della definizione attuale.
Nel 1951 l'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità) afferma che viene considerato alcolista colui il quale consuma alcolici in misura eccessiva e che, per questo motivo, sviluppa una dipendenza psichica e fisica dall'alcol e manifesta disturbi psichici e/o fisici e/o comportamentali che rivelano alterazioni della salute fisica e psichica, difficoltà nelle relazioni interpersonali e problemi della sfera sociale. (Questa definizione è molto simile a quella che sarà proposta dallo stesso gruppo d'esperti per le tossicodipendenze da sostanze illegali).
Molto presto, ci si rese conto che questa definizione aveva numerosi aspetti negativi.
Per ben comprendere, definiamo la dipendenza fisica e quella psichica: la prima riguarda la capacità di controllo sul bere; la seconda comporta la perdita della capacità di astenersi (Jellinek).
Il professor Hudolin, precisa, inoltre, che quando si perde la capacità di astenersi, più probabilmente si tratta di dipendenza fisica, accompagnata, di solito, a dipendenza psichica; quando si conserva, invece, la capacità di astenersi, ma non la possibilità di controllo sul bere, si tratterà di dipendenza psichica.
Attualmente, l'OMS si è orientata a definire il problema come "disturbo alcolcorrelato" e, di conseguenza, individui o famiglie con disturbi alcolcorrelati.

Il servitore-insegnante È la terza figura presente ed operante nel Club.
È il catalizzatore delle relazioni positive che debbono instaurarsi all'interno della comunità multifamigliare e tra questa ed il contesto sociale in cui vive la stessa, le famiglie o i singoli che la compongono.
Per questo, deve avere la disposizione personale, una formazione culturale ed un aggiornamento specifico tali da sviluppare empatia nella disponibilità personale e nel rapporto umano con le famiglie.
Anche se questo processo di crescita è di difficile realizzazione sia per operatori professionali sia per volontari non professionali (risulta, infatti, oggettivamente difficoltoso comprendere profondamente la sofferenza di un'altra persona), si può sostenere che ognuno può imparare una migliore comunicazione ed interazione con gli altri e che, questa necessità interiore, significa già porsi in modo empatico.
Il servitore-insegnante, deve aver ben presente che "il trattamento" si avvale delle tecniche di gruppo e dei principi dell'auto-mutuo-aiuto; deve inoltre stimolare l'educazione sanitaria e la partecipazione alle attività che sviluppino una nuova cultura della salute della persona, del gruppo e della comunità.
Partecipando in atteggiamento empatico alle riunioni del gruppo multifamigliare, egli lavora e favorisce l'attività nel presente per dare in prospettiva possibilità di un vivere migliore. Egli sa che questo "trattamento", richiede la partecipazione attiva di tutti i membri al programma, e che solo in questo caso si stabilisce una positività contagiosa che deve, pertanto, stimolare, in quanti si vanno affrancando dall'uso degli alcolici o dalle negatività correlate, la cura di sé e dei problemi altrui, sviluppando la convinzione che il disagio non è una situazione da oggettivare, consegnandolo alle cure mediche, ma è un qualcosa di soggettivo che appartiene ad ognuno di noi, pur se ha trovato e trova la sua evoluzione nel contesto famigliare e sociale.
Chi opera in un Club, deve aiutare a riconoscere il disagio e indurre la ricerca degli strumenti perché possa essere risolto o allontanato, stimolando la convinzione che non si è soli in questa ricerca, ma siamo un insieme con i famigliari e con gli altri individui.
Il servitore-insegnante deve anche essere preparato alle inevitabili crisi, soprattutto quando si devono ricercare i nuovi equilibri famigliari, alle probabili ricadute e quindi alle delusioni che s'instaurano sia a livello personale, sia famigliare che di gruppo.
Deve sensibilizzarsi e formarsi la cultura dell'accettazione sempre e comunque, avendo presenti quali precarietà ciascuno incontra nel cammino verso la sobrietà, partendo da una situazione di difficoltà.
Deve aggiornarsi nella consapevolezza che le sofferenze non sono momenti statici, ma dinamici e mai sovrapponibili.
La funzione di catalizzatore del cambiamento, della crescita e della maturazione delle famiglie del Club, individua anche la collocazione del servitore-insegnante all'interno del Club stesso: egli è *interno*, in quanto facente parte a tutti gli effetti, ma al tempo stesso *esterno*, perché deve far crescere gli altri.
Solo in *maniera indotta*, il servitore-insegnante cresce anch'esso.

# La spiritualità antropologica

DANILO SALEZZE

Dal 1992 il professor Vladimir Hudolin ha proposto a tutto il sistema dei Club degli Alcolisti in Trattamento un approfondimento teorico e pratico circa la "spiritualità antropologica", intesa non come approccio mistico o religioso alla realtà, ma innanzi tutto come incontro consapevole con «la cultura umana generale esistente» (Hudolin, Assisi 1993) e con la "multidimensionalità della sofferenza" che caratterizza l'interiorità non materiale della persona umana. Non si è trattato, come qualcuno ha insinuato, di una svolta religiosa nel professor Hudolin, il quale «è stato sempre credente» (Visnja Hudolin, Assisi 1999), ma del massimo riconoscimento della dignità della persona cui un professionista può arrivare e cioè restituirle il diritto di esistere in pienezza e di prendersi cura di sé stessa, ritrovando in sé le risorse per poterlo fare.
Nei Club abbiamo imparato a sentirci responsabili di una cultura umana (uno star bene umano) da proteggere, da risanare nelle sue eventuali deficenze o imbarbarimenti, da promuovere a vantaggio della pace e del benessere delle comunità e delle generazioni a venire.
E abbiamo imparato a chinarci con rispetto sulle dimensioni non superficiali della persona umana, che una realtà complessa, variegata, anche contraddittoria, appunto multidimensionale.
Due testi del professor Hudolin illustrano bene tutto questo.
«La cultura sanitaria e generale rappresenta quello che di organico, materiale e spirituale entra a far parte della vita individuale, famigliare e sociale umana. Guardando così, la cultura sociale può essere vista come spiritualità antropologica, vale a dire composta da una parte materiale, organica e una parte spirituale, tutte e due strettamente collegate, facendo una unità indivisibile» (Hudolin, Assisi 1995).
«Non si può più parlare solo dei problemi alcolcorrelati, ma di una complessità della sofferenza nella quale un posto tutto particolare, dovrebbe avere l'approccio antropo-spirituale che vede la spiritualità antropologica come un insieme della cultura sociale umana. I problemi […] sono sempre multidimensionali: combinazione dei problemi alcolcorrelati con le difficoltà psichiche, con l'uso di altre sostanze, con i comportamenti "a rischio" asociali e antisociali, con i disagi spirituali ed esistenziali» (Hudolin, Assisi 1996).
In questo decennio abbiamo progressivamente dismesso un concetto di spiritualità intesa come mondo astratto, vago ed impersonale, sfuggente, scollegato con la realtà, riducibile alla sfera dell'opinabile, dell'emozionale, e in qualche modo dello stravagante.
Molti di noi, famiglie e insegnanti, accettiamo ormai di accettare la spiritualità come la principale caratteristica della persona umana che la distingue dagli altri esseri viventi in quanto la persona "è consapevole" (è coscienza), "è capace di scelte libere" (è progetto aperto), "può decidere di coinvolgersi" (è eros = desiderio di amare), "può mettersi a servizio" (è ri-conoscenza e rispetto dell'altro) è capace insomma di auto-trascendimento.
La scienza non possiede, suo malgrado, una terminologia adatta per quantificare questi elementi e per definire la loro importanza nella vita reale/materiale ed integrale della persona concreta e delle comunità, ma rimane vero che senza accettare il concetto di autotrascendenza non riusciamo a capire termini come "cambiamento", "sobrietà", "servitore-insegnante", "interdipendenza", ecc. così come il professor Hudolin li ha descritti cercando di vincere la nostra riluttanza a metterci in crisi di fronte ad una terminologia che chiaramente pone in discussione la nostra personale spiritualità (i nostri codici etici di riferimento).
Al tema della spiritualità antropologica e della ecologia sociale (due temi strettamente connessi) il professor Hudolin ha dedicato sei congressi, cinque ad Assisi ed uno a Padova con regolare scadenza annuale dal 1993. La sua dipartita da questo mondo non ha fermato questi congressi che sono arrivati nell'anno 2000 alla ottava edizione e che radunano un numero sempre più grande di famiglie e insegnanti.

PERCHÉ ASSISI? Assisi è la terra di Francesco e dei francescani, la cui tradizione filosofica e teologica ha testimoniato e difeso nei secoli una

antropologia unitaria (corpo, anima, spirito come un tutt'uno) e rispettosa dell'uomo concreto, a partire dal dato fondamentale nella cultura antropologica occidentale *"Verbum caro factum est"*, cioè «Dio si è fatto uomo» (Gv 1,14), cioè si è fatto evidente, toccabile (I Gv 1,1).
Dal canto suo Francesco d'Assisi fu messo in crisi e profondamente cambiato (nei suoi riferimenti etici) da un lebbroso (FF- 2 Cel. 9), e non da una "illuminazione" né da una emozione poetica o estetica.
L'impatto con uno svantaggiato ha costretto Francesco a sentirsi semplicemente responsabile e coinvolto, oggi diremmo che comprese il valore dell'interdipendenza.
Ha avuto il coraggio di guardare un altro uomo all'altezza del volto e di essere giudicato dalla situazione concreta e non da una idea astratta di sofferenza.
Per Hudolin, scienziato e amico di San Francesco e della gente sofferente, spiritualità non era mai – è bene ripeterlo più volte – spiritualismo evanescente, ma lettura seria e scientifica della realtà più evidente dell'uomo, cioè la sua complessità bio-psico-spirituale che lo fa unico tra gli esseri esistenti e lo rende in qualche modo non afferrabile, non riducibile ad un solo suo aspetto, oppure ad un suo sintomo organico o psichico (non è mai "da curare").
Consapevole di lavorare su un terreno spesso conteso tra medicina, psichiatria o religione, il professor Hudolin si sforzava di sperimentare una terminologia adatta ad esprimere in modo antropologicamente "laico", o ecumenico se vogliamo, la complessità umana, e riteneva necessario ricercare strumenti per rendere indagabile e in qualche modo misurabile le dimensioni non appariscenti, ma importantissime della interiorità della persona, indicando una pista di ricerca ulteriore per noi nei programmi: «La spiritualità antropologica come l'abbiamo descritta ad Assisi nel 1993 può essere immaginata come la complessità della cultura sociale esistente basata sui codici di comportamento incisi nella personalità umana e che rappresentano un'etica ecologica sociale. Ma a parte questi codici, sulla spiritualità umana agiscono anche molti altri fattori interni ed esterni che possono deformare la spiritualità come si può vedere nella vita quotidiana. Questo significa che la spiritualità antropologica ha un aspetto etico molto importante. Infatti senza etica, non c'è spiritualità e viceversa» (Hudolin, Assisi 1994).
Spiritualità quindi come consapevolezza di un cammino filogenetico ed ontogenetico (un venire da molto lontano, attraverso generazioni e generazioni), cammino segnato da tratti di progresso culturale e civile che si esprime in una cultura umanistica e creativa (in cui si sta bene), ma anche cammino segnato dalla possibilità di regresso, di imbarbarimento, quasi di morte di una cultura e di una civiltà e quindi anche della spiritualità stessa delle persone e dei popoli.
Il dramma della sua terra costretta ad una guerra, dava a Hudolin, giorno per giorno, lo spunto per parlare del disagio spirituale ed esistenziale che «non è specifico delle persone con problemi alcolcorrelati e complessi ma si riscontrano nella situazione odierna di molte persone nelle comunità di tutto il pianeta. Bisogna diagnosticarlo precocemente e non confonderlo con altri problemi psichiatrici o somatici. In Croazia abbiamo visto come la guerra può produrre problemi antropospirituali…» (Hudolin, Assisi 1995).
Ma il disturbo spirituale, che i servitori-insegnanti devono «captare precocemente» (Hudolin Assisi 1994) si manifesta «nella non accettazione di se stessi, del proprio comportamento, del proprio ruolo nella comunità, nella cultura sociale esistente… Disagio accompagnato da un senso di impotenza e di incapacità di interpretarlo» (Hudolin 1994).
I Club devono dare ampio spazio alla verbalizzazione del disagio spirituale, e non di mala voglia, ma rispondendo ad uno stimolo, alla crescita e alla maturazione continua.
Alcuni tra i più tragici disturbi spirituali in Europa e nel mondo sono stati causati nei secoli passati (forse anche adesso) dalle discordie religiose e dalle violenze che ne hanno fatto seguito di cui le Chiese oggi chiedono perdono all'umanità.
Hudolin ha aiutato a distinguere la spiritualità umana dalla religiosità, riconoscendo giustamente quest'ultima nel più vasto orizzonte della spiritualità umana, e non realtà con diritto di sovrastare le altre dimensioni della persona.
La spiritualità coinvolge allora la cultura, la tradizione viva di appartenenza, il bagaglio di valori religiosi ed etici personali e condivisi con una comunità, il vivere quotidiano, ecc., e si esprime nel superamento di sé o cammino di trascendenza (Hudolin, Assisi 1996).
Il termine trascendenza – che per Hudolin non significa immediatamente o solo relazione religiosa – dice che la persona è in grado di percepire la propria dignità e i propri diritti e doveri; dice che una civiltà può impegnarsi a superare il proprio livello evolutivo e magari recuperare va-

lori sopiti o traditi. Il concetto di trascendenza dice anche che tutte le nostre comunità (e non solo le singole persone) sono responsabili nell'attivarsi in una interdipendenza e in una cooperazione per il massimo bene comune possibile (Hudolin, Padova 1993), al di sopra di ogni interesse particolare. Qui non possiamo non ricordare a quanti percepiscono la trascendenza in termini religiosi che il loro cammino non può e non deve essere "contro" chi non la pensa come loro, ma semplicemente "accanto" e che deve attuarsi in un contesto di "simpatia" rispetto a tutte le altre visioni del mondo e della storia.
La spiritualità antropologica non coincide quindi con la religiosità in sé, né coincide con l'espressione cristiana o cristiano-cattolica in particolare, o con un'altra tra le tante cosiddette "spiritualità religiose", bensì accoglie e armonizza nel suo orizzonte anche il fatto religioso che del resto è caratteristico dell'uomo in quanto tale e riscontrabile presso ogni cultura.
Hudolin non era estraneo al fatto religioso (Visnja Hudolin, Assisi 2000), ma vi apparteneva, a mio avviso, col suo senso innato di scopritore curioso e meravigliato, costantemente teso al cambiamento qualitativo di sé e del mondo, consapevole di una vocazione a condurre sé stesso e gli altri ad una apertura al vero e al bello la più grande possibile.
Hudolin insisteva, qualche volta ancora inascoltato, su una formazione delle famiglie e dei servitori-insegnanti che permettesse di sviluppare un'etica di lavoro veramente rispettosa della persona umana riconosciuta capace di "massima apertura di sé", dove nessuna dimensione umana è preclusa.
Il servitore-insegnante può anche non essere o non professarsi religioso, ma non può restare neutrale rispetto ai problemi religiosi in generale né può essere incapace di capire e di catalizzare positivamente le spinte anche religiose delle persone nel Club, ovviamente senza mai diventare un operatore pastorale.
Per Hudolin il massimo risultato di una spiritualità veramente umana, cui devono contribuire tutte le tensioni umane (anche quelle religiose), è la pace: pace come cultura, pace come vissuto quotidiano del cuore, pace nel Club e nella famiglia, pace come ricerca assidua di una comunità impegnata nel servizio all'uomo.
In quasi tutti i corsi formativi il professor Hudolin proponeva, a lato ma in connessione con il programma, la partecipazione alla celebrazione della Santa Messa. Naturalmente il suo scopo non era di portare i corsisti alla Chiesa cattolica, gli bastava che i corsisti (liberamente) si accostassero – in meditazione – ad un momento importante della loro cultura umana di secoli. Della meditazione argomento che molti oggi riconsiderano, si è parlato a lungo nel Congresso di Assisi del 1997.
Hudolin considerava la meditazione come la strada del cambiamento, in quanto momento in cui la persona, senza astrarsi dalla realtà, la ripensa alla luce dei valori positivi che sente di possedere dentro (etica) e che condivide con tanti altri. La meditazione permette un raccordo pratico con questi valori, una loro ri-vitalizzazione e ri-appropriazione.
Hudolin ha dato un grande contributo ad una spiritualità veramente umana e planetaria a servizio della pace alla quale anche la religiosità può e deve dare un importante contributo e alla quale tutti gli uomini e le donne sono chiamati a partecipare a prescindere dalle loro più svariate appartenenze.
Vorrei proporvi, a conclusione, due testi sui quali credo tutti possiamo essere d'accordo, qualunque sia la nostra posizione filosofica o religiosa, uno del professor Hudolin, e uno – caro al professore – di Francesco d'Assisi.
«La vita, un mistero che può essere visto sia come evoluzione spontanea dal materiale organico presente nell'universo, o come dono di Dio; un dono di Dio o della natura. In entrambi i casi non è esclusivamente una semplice proprietà privata, anzi si potrebbe dire che ci sia stata data in prestito dalla natura o da Dio.
In ogni caso, nonostante siamo liberi nell'usarla, da un punto di vista etico non siamo liberi di danneggiarla intenzionalmente o di distruggerla» (Hudolin, Assisi 1995).
«Signore fammi strumento dell'amore e della pace: dove c'è odio, ch'io porti l'amore; dove c'è discordia, ch'io porti l'unione; dove c'è l'errore ch'io porti la verità; dove c'è la tenebra, ch'io porti la luce; dove c'è la sofferenza, ch'io porti la gioia. Amen» (Francesco d'Assisi).

# La multidimensionalità della sofferenza

GIAMPAOLO CACCIA E GIUSEPPE ARIVELLA

«Quando si parla di multidimensionalità della sofferenza ci riferiamo ai disagi alcolcorrelati combinati con l'uso di altre sostanze psicoattive, con sofferenze psichiche, con problemi economici ed esistenziali, con problemi spirituali, con problemi legati al comportamento violento ed altri» (Visnja Hudolin, ne *Il cambiamento nel lavoro dei CAT*, 1997).
«Se la sofferenza è parte della vita ed ognuno ne è consapevole, allora possiamo guardare con altri occhi la sofferenza a molte facce – a molte dimensioni – non legate solamente al consumo di sostanze legali o illegali, ma a molte altre sofferenze quali il disagio psichico, l'handicap, la solitudine, l'emarginazione, la povertà, i carcerati, i malati terminali, e alle molteplici avversità della vita. Se riconosco le differenze e le accetto, allora non sarò più indifferente all'altro, ed è importante riconoscere ed accettare uno stile di vita diverso dal tuo, solo così posso aiutare l'altro a cambiare se lo desidera» (Ivana Stimamiglio, Assisi 1995).
Poche parole che racchiudono in se concetti fondamentali non solo per il lavoro nel Club. «Se riconosco le differenze e le accetto…».
Ma perché parlare di sofferenza e perché parlare di multidimensionalità della sofferenza?
Lev Tolstoj dice: «Tutte le famiglie sono felici alla stessa maniera, ogni famiglia è infelice alla sua maniera».
Quando si lavora con le famiglie – non parlo solo del lavoro nei Club – non si può non notare la profonda complessità dei rapporti tra le persone, la diversità di queste, il numero e la frequenza di problemi e sofferenze che si presentano. L'uso di alcol, l'uso di droghe illegali, il disturbo psichico, il comportamento antisociale o violento, i problemi di ordine legale, ecc., se pur in assoluto non frequentissimi, spesso si presentano contemporaneamente in uno o più membri della stessa famiglia. Non è casuale che a disagio si aggiunga disagio, che a sofferenza si sommi sofferenza. Talvolta non vi è relazione tra i singoli problemi, altre volte esiste un preciso rapporto di causa-effetto – padre alcolista, figlio tossicodipendente; la stessa persona con problemi alcol-drogacorrelati – quasi a sottolineare una spirale progressiva verso il basso. E non dimentichiamo le "piccole sofferenze", quelle legate alla vita quotidiana, alla reiterazione dei comportamenti e delle reazioni che, in quanto ripetitivi, diventano "normali" e "accettati". Non dimentichiamo quel malessere generalizzato che contraddistingue queste famiglie e che diventa visibile solo nel confronto con altre realtà. Cose di cui non ci si rende conto finché non si è cambiato in meglio il proprio stile di vita.
Noi, servitori-insegnanti di Club, abbiamo scelto di lavorare con famiglie che la sofferenza la hanno provata e la provano tutt'ora. Negli anni abbiamo "imparato" – noi insegnanti (?) – dalle famiglie che la sofferenza non è solo quella direttamente o indirettamente legata all'uso dell'alcol. A questa spesso, fin troppo spesso, si legano altri tipi di disagio. Alcuni di questi sono riportati nella frase iniziale della Stimamiglio. Altri se ne possono aggiungere e, in una società in trasformazione, altri ancora se ne aggiungeranno. Basti pensare a tutte le problematiche legate al fenomeno dell'immigrazione: lontananza dalla famiglia, precarietà di vita, isolamento culturale, pregiudizi…
E allora cosa fare? Rifiutarsi di parlare di ciò che non è legato all'alcol, facendo finta che non esista? Chiudere gli occhi, ignorare, sorvolare, riprodurre quel comportamento del "fuori dal Club" che contraddice le regole dell'amicizia, amore e solidarietà di cui spesso si parla ma raramente si applica? Dare una risposta razzista (se è alcolcorrelato: si; se non è alcolcorrelato: no) a richieste di ascolto e di comprensione quando il problema alcolcorrelato non è l'unico e neppure quello che produce maggiore sofferenza?
Nel 1958 Bill Wilson, assieme a Bob Smith fondatore degli Alcolisti Anonimi, scriveva che i gruppi dovevano essere riservati ai soli alcolisti. Se questo è teoricamente possibile in un gruppo di Anonimi, la cosa diventa impossibile in un CAT.
Anche volendo non possiamo estromettere un figlio tossicodipendente, una moglie con disturbi mentali, un altro membro della famiglia con problemi legali.

La risposta è stata data da Hudolin stesso che, nell'ormai lontano 1986, a Zagabria iniziò a introdurre famiglie con problemi drogacorrelati nei Club. Quando nel 1979 i programmi furono introdotti in Italia i CAT erano riservati alle famiglie con "solo" problemi alcolcorrelati, ma presto ci si accorse che il metodo Hudolin poteva dare una risposta adeguata anche ad altri tipi di problemi. Prima l'ACAT di Portogruaro, in seguito altre ACAT iniziarono questa esperienza che, non senza difficoltà e pregiudizi, si sta diffondendo in tutta la realtà nazionale.
Persone con disturbi mentali sono sempre state accolte nei Club e in non pochi casi si è anche avuto un miglioramento della malattia o, almeno, una più facile integrazione sociale.
Precondizioni per l'ingresso di famiglie con problemi drogacorrelati o complessi nel CAT sono:
– La famiglia deve rendere edotti gli altri membri di Club del proprio problema.
– Il servitore-insegnante deve essere aggiornato sul problema.
– Il Club deve accettare la famiglia con problemi drogacorrelati.
– La famiglia deve accettare tutti gli impegni che derivano dall'inserimento al Club.
– In un Club di dodici famiglie non possono essere inserite più di due famiglie con problemi complessi.
Viene da sé che la famiglia deve accettare di astenersi dall'alcol, da farmaci psicoattivi, compreso il metadone, e dalle droghe illegali e, naturalmente, che all'interno del Club ha gli stessi diritti delle altre famiglie.

# GIOVANI E ALCOL

## Chase Henry

In vita ero l'ubriacone della città;
quando morii il prete mi negò sepoltura
in terra consacrata.
Ciò mi portò fortuna.
Perché i Protestanti comperarono questo pezzo di terra,
e ci seppellirono il mio corpo,
accanto alla tomba del banchiere Nicholas
e di sua moglie Priscilla.
Prendete nota, anime prudenti e pie,
delle controcorrenti del mondo
che dànno onore ai morti vissuti nell'onta.

## Il diacono Taylor

Appartenevo alla chiesa,
e al partito proibizionista,
e i concittadini mi credettero morto per aver mangiato
un popone.
In verità avevo la cirrosi epatica,
perché ogni pomeriggio, per trent'anni,
sgattaiolavo dietro il divisorio delle ricette,
nella farmacia di Trainor
e mi versavo una generosa dose
della bottiglia segnata
«*Spiritus frumenti*».

Tratte da *Antologia di Spoon River*
di Edgar Lee Masters

# Terza Conferenza sulle Tossicodipendenze

*Genova 28-30 novembre 2000*

GRUPPO DI LAVORO SULLE DROGHE LEGALI

Nel corso di un ampio dibattito è emersa l'evidenza scientifica che l'uso di alcol e di tabacco rappresentano un dato di realtà per quanto riguarda la popolazione giovanile ed una priorità dell'esigenza di tutela e promozione della salute per la popolazione generale. È stato inoltre evidenziato che:

1. L'uso di alcol e l'uso di tabacco costituiscono una modalità frequente ed importante come "porta di ingresso" per il consumo delle altre sostanze legali ed illegali.
2. Esiste una distribuzione disomogenea sul territorio nazionale di servizi e programmi finalizzati alla prevenzione ed al trattamento dei problemi correlati al consumo di alcol e tabacco.
3. Molto spesso le iniziative sono demandate alla disponibilità dei singoli piuttosto che ad un quadro normativo preciso.
4. Le buone pratiche fin qui realizzate in alcune regioni possono rappresentare un punto di riferimento.

L'evidenza epidemiologica dimostra un trend crescente nella prevalenza dei consumatori di alcol e dei fumatori con particolare riguardo alla popolazione giovanile.

PER QUANTO RIGUARDA L'ALCOL Il danno provocato dall'alcol impone un carico economico significativo sugli individui, le famiglie e la società attraverso costi sanitari, perdita di produttività dovuta all'aumento della morbilità, costi dovuti ai danni alla proprietà, e perdita di reddito dovuta a mortalità precoce.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità stima che i costi dell'alcol per la società rappresentino il 2-5% del Prodotto Interno Lordo (PIL). Sempre secondo tali fonti i prodotti alcolici sono responsabili di circa il 9% del carico totale di malattie nella Regione europea. Il consumo di alcol e la frequenza del bere eccessivo sono associati ad un aumento del rischio di incidenti, inclusi quelli stradali, violenza intenzionale sia verso sé stessi che verso gli altri, suicidi, violenza famigliare, crimini violenti, comportamenti criminali e danni prodotti alle persone in quanto vittime, inclusi il furto e lo stupro. Nel 1995, la Conferenza europea su «Salute, Alcol e Società» a Parigi ha adottato la Carta europea sull'alcol. La Carta, che stabilisce principi etici e strategie che i Paesi possono usare per sviluppare politiche e programmi sull'alcol, è stata sottoscritta da tutti gli Stati membri nella Regione europea dell'«OMS Salute 21», il documento dell'OMS per la Regione europea «21 obiettivi per la salute». Il target 12 recita che «entro l'anno 2015, gli effetti negativi per la salute derivanti dal consumo di sostanze che producono dipendenza come il tabacco, l'alcol e le droghe psicoattive dovrebbero subire una riduzione significativa in tutti gli Stati membri».

L'obiettivo principale del Piano di Azione Europeo sull'alcol per il periodo 2000-2005 è prevenire e ridurre il danno provocato dall'alcol in tutta la Regione europea individuando dieci aree di intervento strategiche e misure riguardanti:

– Informazione ed educazione.
– Ambienti pubblici, privati e lavorativi.
– Alcol e guida.
– Disponibilità di prodotti alcolici.
– Trattamento.
– Promozione delle bevande alcoliche.
– Responsabilità dell'industria di bevande alcoliche e del settore della distribuzione e della vendita.
– Capacità della società a dare risposte ai danni alcolcorrelati.
– Le organizzazioni non governative.
– Formulazione.
– Realizzazione e monitoraggio delle politiche.

L'urgenza di azioni riguardanti l'alcol, ed in particolare l'alcol ed i giovani, saranno oggetto di una «Dichiarazione sui Giovani e l'Alcol» che verrà ratificata a Stoccolma da 51 Ministri della Regione europea dell'Organizzazione Mondiale della Sanità nel febbraio 2001 in occasione della *Ministerial Conference on Young People and Alcohol*.

In considerazione di quanto descritto si richiedono al Governo le seguenti iniziative:

1. Si sollecita la puntuale attuazione della normativa delineata dall'art. 3 septies del D.L. 229/99, dell'Accordo Stato-Regioni del gennaio 1999 e dell'Atto d'Intesa Stato-Regioni dell'agosto 1999. In particolare si chiede che

nel previsto Atto di indirizzo e coordinamento Sanità/Affari Sociali, di cui all'art. 3 septies del citato D.L. venga attuato l'inserimento delle prestazioni sociosanitarie ad alta integrazione sanitaria relative alle dipendenze da alcol e farmaci nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza erogati dalle Aziende Sanitarie.
2. Devono essere previste adeguate risorse nel Fondo Sanitario Nazionale per il finanziamento degli interventi relativi all'alcol.
3. Deve essere prevista l'individuazione di percorsi specifici per soggetti con problematiche particolari, quali minori, soggetti con patologie mentali, disabili, soggetti con grave disagio sociale, immigrati, popolazione carceraria.
4. Si richiede una politica chiara e mirata alla riduzione del consumo delle bevande alcoliche nella popolazione generale, una decisa strategia di contrasto alle lobby che ne controllano il mercato ed una rapida approvazione della Legge Quadro che è ritenuta indispensabile soprattutto per la regolamentazione della pubblicità, dell'informazione, della distribuzione e della vendita, dei controlli della guida e negli ambienti di lavoro.
5. Si chiede al Governo di riconoscere, potenziare e sostenere i processi che aumentano i livelli di conoscenza e competenza dei cittadini nelle azioni di tutela e promozione della salute in campo alcologico.
6. Si chiede che possano essere finanziati ai sensi della Legge 45/99 i progetti relativi a problematiche alcologiche, indipendentemente dalla loro "correlazione" con problemi droga-correlati.
7. Si chiede che venga organizzata la Conferenza nazionale sull'alcol in attuazione dell'impegno preso a Napoli nel 1997 durante la Seconda conferenza nazionale.
8. Si chiede che le conclusioni di questa sessione relativamente all'alcol rappresentino un punto di riferimento per la stesura del documento della delegazione italiana alla Conferenza Ministeriale Europea su *Alcol e Giovani* che si terrà a Stoccolma dal 19 al 21 febbraio 2001.

PER QUANTO RIGUARDA IL TABACCO I dati ISTAT riportano che la prevalenza dei fumatori maschi è del 33% e la prevalenza nelle donne è del 17,3%. La stima dell'Istituto Superiore di Sanità riferisce che i fumatori maschi e femmine sono complessivamente 18.000.000, pari al 36,4%. Il fumo causa un sesto del totale dei decessi, ed il 30% dei decessi in età media, con perdita di aspettativa di vita di 20-25 anni e relativi costi. In considerazione di quanto descritto si richiedono al Governo le seguenti iniziative:
1. La proposta di legge "Veronesi" attualmente in discussione, è un elemento di estrema rilevanza per il controllo dei danni da tabacco: essa andrebbe integrata con chiare indicazioni relative agli interventi per la prevenzione e la cura del tabagismo.
2. Il Sistema Sanitario Nazionale, come riconosciuto nel Piano Sanitario Nazionale 1998-2000, deve farsi carico della prevenzione e cura del tabagismo, valorizzando le esperienze già in atto e promuovendo ulteriori forme di intervento, anche con Unità dedicate che agiscano in un'ottica di collaborazione e lavoro di rete.
3. Si richiede di conseguenza che adeguate e specifiche risorse vengano previste nel Fondo Sanitario Nazionale per il finanziamento di tali interventi.

IN CONCLUSIONE Le sostanze legali (alcol, tabacco e farmaci) hanno una loro specificità rispetto alle sostanze illegali. Pertanto si richiede al Governo la creazione di un tavolo formale di dibattito e di coordinamento specificamente dedicato alla valutazione di bisogni e delle priorità emerse a livello nazionale regionale e locale finalizzato a identificare e sostenere i relativi programmi e interventi.
Tale coordinamento, analogamente alle esperienze relative alle tossicodipendenze, dovrà essere formato dagli Enti Locali, dalle Regioni, dal Ministero della Sanità, dal Dipartimento Affari Sociali e da rappresentanti di altre organizzazioni quali società scientifiche e associazioni di cittadini.
Si chiede inoltre che venga inserita nei percorsi curricolari di tutte le figure professionali sociali e sanitarie una formazione adeguata e specifica su alcol e tabacco.

# Droghe dell'anno 2000: alcuni spunti di riflessione

Paola Zaldera

L'uso di sostanze psicotrope è un fenomeno ricorrente nella storia, ma diversi sono i significati e le valenze che la cultura e la legislazione delle varie popolazioni assegnano di volta in volta ad ogni specifica molecola. Si può così verificare che lo stesso principio attivo sia considerato illegale e d'abuso in una determinata zona ed epoca storica ed invece legale e di uso creativo in altre circostanze storiche e geografiche. Alcuni esempi: l'alcol, legale in quasi tutte le società, è proibito nel mondo islamico; la cocaina, nella forma della foglia masticabile, è accettata e di uso comune nei paesi andini; i derivati della cannabis, in alcuni paesi, godono di una relativa libertà di uso, e così via. Ancora diverso è, al momento attuale il panorama per quanto riguarda le cosiddette "nuove droghe" o "droghe ricreative": illegali per la legislazione, suscitano tuttavia meno timore delle "droghe" classiche, sia tra consumatori che tra il pubblico.

Quindi, al di là di specifici fattori culturali e religiosi (quale può essere ad esempio l'uso di funghi allucinogeni in alcune culture sciamaniche), quali sono i parametri che più influenzano la diffusione di una sostanza o il suo declino all'interno delle società occidentali?

Premesso che anche nel mondo della tossicodipendenza, così come in altri settori, si verificano fenomeni legati alle mode ed alla loro diffusione (e quindi quello che adesso è "trendy" negli Stati Uniti prima o poi approderà anche da questa parte dell'Oceano), l'appetibilità di una sostanza ed i corsi e ricorsi storici nell'uso di alcune droghe possono essere spiegati sulla base di alcune considerazioni di carattere generale, che riguardano un po' tutto il mondo delle nuove generazioni e dell'informazione di massa. Quando una nuova sostanza viene immessa sul mercato, le informazioni che i potenziali consumatori ricevono arrivano ovviamente da chi ha già "sperimentato" il prodotto, ed inevitabilmente le notizie sui potenziali benefici viaggiano molto più velocemente rispetto a quelle sui possibili effetti collaterali, che oltretutto possono tardare anche considerevolmente nel manifestarsi, nell'essere percepiti e collegati alla sostanza e nel venire divulgati. Quindi una nuova molecola che si affacci nel panorama delle droghe gode di una sorta di "periodo di grazia", durante il quale i supposti benefici sono ampiamente pubblicizzati, mentre le conseguenze dell'uso ancora sono sconosciute. A mano a mano che le informazioni anche sugli effetti collaterali diventano più numerose ed attendibili, si ha un progressivo calo nell'utilizzo del principio attivo salvo il verificarsi a distanza di anni di una "riscoperta" di droghe che già hanno avuto il loro momento di picco in passato (un esempio classico è l'LSD, molto popolare alla fine degli anni '60, poi quasi del tutto abbandonato ed ora nuovamente sulla scena). Gli americani chiamano questi ritorni *generational forgetting* (smemoratezza generazionale) in quanto la consapevolezza del rischio collegato a determinate sostanze è strettamente correlata ad una corretta informazione e conoscenza, che però vengono rapidamente "dimenticate" dalle generazioni successive, portando così ad una specie di riscoperta della droga in questione.

Anche per questo una delle strategie possibili di prevenzione, quella basata sull'educazione ed informazione delle giovani generazioni, non deve mai essere generalizzata e demonizzante nei confronti delle droghe in massa, ma specifica e mirata sostanza per sostanza, in quanto la conoscenza dei possibili pericoli collegati all'uso di una molecola non porta necessariamente alla sospensione dell'uso di altri principi attivi, e soprattutto l'informazione deve essere veritiera e scientificamente corretta: cedere alla tentazione di enfatizzare gli effetti negativi per spaventare i giovani porterà piuttosto ad una perdita di credibilità che non ad un freno nell'uso di sostanze, in quanto le notizie non corrette verranno rapidamente smentite all'interno del gruppo dei pari, portando alla squalifica del messaggio nel suo complesso. Nel panorama delle sostanze d'abuso figurano quindi con maggiore o minore intensità d'uso a seconda dei cicli, un po' tutte le varie "droghe", siano esse legali (alcol, tabacco, psicofarmaci, o illegali, molto spesso utilizzate in contemporanea, in mix intesi a mitigare gli effetti di alcuni principi attivi o a potenziare e/o prolungare l'azione di altri.

Sicuramente la diffusione dell'AIDS (e soprattutto la consapevolezza del rischio di contagio collegato all'assunzione per via endovenosa di alcune sostanze) ha contribuito non poco a modificare il quadro generale, favorendo soprattutto la diffusione di molecole attive per via orale (vale a dire tutto il fenomeno delle "club drugs") ma anche un cambiamento delle vie di assunzione delle droghe per così dire classiche, cioè eroina e cocaina (preferibilmente quindi via endonasale o inalatoria).

Otto Dix, *Sylvia von Harden*, Parigi - Museo Nazionale d'Arte Moderna.

Inoltre, per quanto il fenomeno della politossicodipendenza non sia certo nuovo (ben noti ai servizi specialistici sono infatti quei pazienti consumatori abituali di eroina, psicofarmaci ed alcol per fare un esempio) si verifica attualmente sempre più spesso un uso di alcol associato ad altre sostanze, sia per accelerare la comparsa degli effetti desiderati, sia per diminuire la fase del "down".

Nei consumatori di "nuove droghe", ad esempio, è abituale un cospicuo uso di alcol in preparazione alla serata in discoteca o comunque con il gruppo, sia per iniziare ad elevare il tono dell'umore che per favorire una maggior velocità di azione delle pastiglie che verranno in seguito assunte; per motivi economici l'uso di alcol inizia prima dell'ingresso in discoteca, in quanto all'interno di questi locali il prezzo delle consumazioni è elevato, ed è quindi preferibile fare alcuni giri di bevute presso i bar adiacenti o anche in macchina, durante il tragitto. Quando poi l'effetto delle sostanze inizierà a calare, una ulteriore assunzione di bevande alcoliche potrà in parte mitigare gli effetti negativi in termini di caduta del tono dell'umore, senso di affaticamento e malessere generale, restituendo un poco dello sprint perduto. Naturalmente, da un punto di vista clinico, l'azione dell'alcol sommata agli effetti delle varie sostanze eccitanti non può che peggiorarne gli effetti nocivi, portando ad esempio ad un aumentato rischio di colpo di calore (legato da un lato all'aumento della temperatura corporea indotto dagli amfetamino-simili e dall'altro alla vasodilatazione prodotta dall'alcol oltre che al movimento fisico in ambienti sovraffollati), una maggiore incidenza di incidenti stradali dovuti a diminuzione dei riflessi, dispercezione, sensazione di euforia ed onnipotenza, diminuita consapevolezza del rischio, soltanto per citare un paio di possibili conseguenze immediate.

Anche fra i consumatori di cocaina si registra un cospicuo utilizzo di bevande alcoliche, soprattutto a seguito dei cosiddetti "binge" (abbuffate), ed anche in questo caso per alleviare lo stato generale di malessere conseguente al *down* della cocaina.

Al di là comunque dell'associazione con altri tipi di sostanze, l'uso di alcol fra i giovani è molto diffuso anche come sostanza d'abuso primaria, con modalità di consumo compulsivo, soprattutto concentrato nei fine settimana, più vicine però alla tossicodipendenza classica che alla malattia alcolica così come conosciuta fino ad oggi.

Ritornando al campo delle cosiddette "club drugs", vi sono poi alcune annotazioni significative in particolare su due sostanze, GHB e Flunitrazepam, suscettibili di due diverse modalità di utilizzo, già molto diffuse nei paesi anglosassoni e negli Stati Uniti anche se forse non ancora molto evidenti in Italia, ma probabilmente destinate, come già altre mode, a diffondersi anche da noi. Il Flunitrazepam, molto conosciuto con il nome commerciale di Roipnol, è stato oggetto di abuso per generazioni di tossicodipendenti e non necessita quindi di particolari approfondimenti, mentre il GHB, nome commerciale Al-

cover, relativamente giovane come prodotto, nasce dall'industria farmaceutica come presidio terapeutico per la dipendenza alcolica, ma diviene ben presto sostanza d'abuso, nota anche con il nome di "ecstasy liquida" (si presenta infatti come un liquido incolore, insapore e inodore, da cui la facilità di spaccio per la possibile confusione con l'acqua). Entrambe le molecole però, oltre che per consumo personale, possono venir utilizzate, data la facile mescolabilità con le bevande e l'assenza di sapore specifico, per rendere inoffensive le possibili vittime di furti e/o abusi sessuali, da cui la definizione americana di *"date rape drugs"*: poiché infatti entrambe le sostanze provocano amnesia per quanto avviene durante tutta la loro durata d'azione, le vittime non saranno in grado di descrivere i loro aggressori né di fornire alcun particolare se non impressioni molto confuse su quanto accaduto loro dopo l'assunzione inconsapevole della sostanza. Va da sé che il fatto stesso di somministrare un farmaco ad un soggetto ignaro, di cui non si conosce assolutamente la tolleranza individuale né la possibile presenza di patologie e con la necessità di ottenere un effetto sicuro, calcando quindi probabilmente la mano con il dosaggio, espone al rischio di morte per overdose, di cui già vengono riportate in letteratura alcune segnalazioni.

Sempre parlando di popolazione giovanile, appare abbastanza diffuso, soprattutto fra le classi sociali più disagiate e le fasce di età più giovani, l'uso di inalanti, intesi come qualsiasi gas o vapore che possa venir inalato per ottenere effetti inebrianti: si tratta quindi di sostanze di facile accesso, in quanto includono prodotti ampiamente diffusi e perfettamente legali, e di basso costo, quali solventi per lo smalto, benzina, colla per modellismo, nonché i propellenti di alcune confezioni di prodotti spray.

Infine, ancora fra la popolazione giovanile ma in questo caso di sesso quasi esclusivamente maschile, sta diffondendosi un uso non terapeutico degli steroidi anabolizzanti (da noi già noti per l'impiego come doping in varie "attività" sportive), non ovviamente per ottenere effetti psicoattivi, in questo caso assenti, ma per migliorare lo sviluppo muscolare ed in definitiva per modificare la propria immagine corporea nel senso di aumentare la prestanza fisica.

Parlando di inalanti, abbiamo fatto un accenno alle possibili implicazioni della classe sociale di appartenenza rispetto all'uso di sostanze: da qualunque parte lo si voglia esaminare, tale fenomeno "resta" imprescindibilmente legato, oltre che a fattori psicologici individuali e difficoltà famigliari, ad una serie di fattori sociali di vulnerabilità alle dipendenze che annoverano un precoce abbandono scolastico, situazioni di devianza, condizioni ambientali sfavorevoli, quali l'appartenenza alle classi svantaggiate. Molto spesso, inoltre, questi fattori sociali si sommano, poiché è evidentemente più frequente l'abbandono scolastico fra i giovani dei ceti poveri, che sono anche molto spesso i più esposti a situazioni a rischio di devianza.

Questo quindi significa che gli interventi di prevenzione non possono limitarsi a campagne informative centrate sulla sostanza e rivolte alla popolazione in generale o alla popolazione studentesca soltanto, ma che occorrono interventi mirati a limitare l'incidenza dei fattori di rischio sociale ed iniziative specifiche rivolte alle categorie a maggior rischio, concentrate principalmente nell'area dello svantaggio e dell'emarginazione.

## Bibliografia

National Institute on Drug Abuse, *Monitoring the future: natiotial results on adolescent drug use - Overview of key findings, 1999* - US. Department of health and human services.

Gian Paolo Guelfi, *Uso, abuso e dipendenza da sostanze: i percorsi della droga* - Atti del Convegno *Tra rischio e piacere: i giovani e le relazioni pericolose*, Rapallo, 1999.

Fabrizio Schifano, *Eccitanti e psichedelici del sabato sera* - Atti del Convegno *Tra rischio e piacere: i giovani e le relazioni pericolose*, Rapallo, 1999.

P. A. Harrison et at., *The relative importance of social versus commnercial sources in youth access to tobacco, alcohol and other drugs* - Prev. Med- 2000 Jul; 31 (1): 39-48.

S. Magura et al., *Modulating effect of alcohol use on cocaine use* - Addict Behav 2000 Jan-Feb; 25 (1): 117-22.

M. E. Benett et al., *Drinking, binge drinking and other drug use among southwestern undergraduates: three-year trends* - Am J. Drug Alcohol Abuse 1999 May; 25 (2): 331-50.

# Una generazione stand-by

Anna Poletto e Alfredo Corsini

L'esclusione sociale Dagli inizi degli anni Novanta, si è introdotta la questione dell'esclusione sociale (precedentemente si connotavano situazioni di nuove povertà intese come povertà relazionale e di opportunità) quale fenomeno caratterizzato dalla sempre più frequente estraneità dal tessuto sociale e dall'isolamento.
L'esclusione sociale, non descrive una condizione, ma un processo attraverso il quale si perviene ad una condizione di "esclusione dai circuiti dello scambio sociale", che si manifesta attraverso la progressiva degradazione della posizione sociale del singolo in rapporto ad una posizione anteriore,
Questa forma di patologia degenerativa, per la sua fisionomia dinamica, può essere affrontata, per tanto, basandosi non sul controllo degli effetti, ma sulla gestione del processo che li determina, attraverso la prevenzione.
Trascurando il fattore povertà, che nei nostri paesi ha una scarsa rilevanza, osserviamo che l'esclusione sociale riguarda la condizione di vita in relazione a due aspetti fondamentali: l'integrazione sociale e l'integrazione nel mercato del lavoro, in modo tale da poter essere riferita essenzialmente alla natura multidimensionale dei fenomeni, in conseguenza dei quali, individui o gruppi d'individui sono esclusi dallo scambio sociale e dai rapporti attraverso i quali si sostanziano i diritti sociali.

Il disagio giovanile Si intende, per disagio giovanile, una particolare situazione della vita in cui si manifestano sintomi di sofferenza, di disadattamento, di frustrazione che portano squilibrio nel vissuto personale del giovane e nella sua vita relazionale.
La società che si prospetta ai giovani, quando dalla fanciullezza passano all'adolescenza, è un divenire in continuo cambiamento, che pertanto non offre modelli stabili e punti di riferimento, rendendo difficile la creazione di un progetto chiaro e definito di costruzione del proprio futuro. Questo fenomeno è definito dalla sociologia «disorganizzazione sociale», cioè un contesto in cui diminuisce l'influenza delle regole sociali sul comportamento dei membri di una società.
Non possiamo, tuttavia, considerare la disorganizzazione come una patologia distruttiva, ma, al contrario, come passaggio obbligato nei periodi in cui una società cerca, attraverso il proprio cambiamento, un diverso ordine sociale. Il problema, quindi, è di riuscire a gestire la transizione.
Con i giovani, questo, è particolarmente complesso, in quanto essi sentono la necessità dei cambiamenti, rifiutano le "vecchie" norme, ricercano altri valori, adottano nuovi atteggiamenti, ma contestualmente, in una situazione d'instabilità sociale e di un orizzonte incerto ed insicuro privo di prospettive che siano e diano certezza, sono i più smarriti ed i più inquieti.
Questo ha portato alla costruzione di due modelli: l'uno per i giovani, che hanno dimostrato il loro desiderio d'autonomia dal passato attraverso nuove forme di espressione (moda, linguaggio, ecc.) e di estetica, tanto da farlo catalogare come cultura giovanile; l'altro per gli adulti.
Questo, è pericoloso ed illogico, in quanto per cogliere la specificità delle caratteristiche ed i comportamenti dei giovani, non si può prescindere dalle diverse condizioni e dalle ambiguità in cui noi adulti li abbiamo posti. Per esemplificare: chiediamo loro "di essere responsabile delle proprie scelte", non offrendo loro una reale autonomia e facoltà di decisione, ponendoli in una situazione di attesa e di dipendenza che spesso si trasforma in emarginazione o esclusione; chiediamo di "essere migliori" senza interrogarsi su come si può chiedere ad un giovane di essere migliore rispetto ad un mondo che gli adulti hanno costruito ed in cui i valori dominanti che vengono proposti sono l'individualismo (non il valore dell'individuo), la competizione esasperata (non il rispetto delle differenze), l'edonismo, l'accaparramento dei beni materiali (non la equa distribuzione), la febbre omologante del consumo (non la personale e culturalmente libera scelta), mentre si trascurano o si tacciono o si vituperano la solidarietà, la comprensione per gli altri, il rispetto del bene pubblico!
Un'altra banalità è quella di considerare la condizione giovanile come fatto unitario, come se i

giovani fossero una massa informe, non una somma di individualità, ma una categoria specifica, e come tale soggetto del mercato.
Per fortuna, i giovani non sono come noi, generalizzando per mero interesse, li costruiamo: se sono una categoria unitaria, sono differenziati al suo interno tanto che per alcuni la vita è più bella, più comoda, mentre per altri è meno bella o più scomoda.
L'unica caratteristica che possiamo rilevare essere pressoché comune, è l'incertezza sul loro ruolo – presente futuro – nella società, che denota la sua crisi, proporzionale allo stato di disagio e di disorientamento in cui si trovano le nuove generazioni, a causa della inadeguatezza delle sue agenzie di socializzazione: famiglia, scuola, associazionismo laico o religioso, rete dei servizi, istituzioni politiche.
Mancando i punti di riferimento, i sistemi di valori, lo stimolo a scelte personali e quindi alla propria collocazione esistenziale, i giovani tendono a dimensionare la propria esistenza sul quotidiano, pragmatizzando il "presente", senza concedere attenzione o importanza alla progettualità per la costruzione di un futuro che compendi il se stesso e la società in maniera sistemica.
La filosofia della vita che si concreta nel contingente, nel "qui ed adesso", nel "mordi e fuggi", il consumo come mito: questo è il terreno dove germogliano i semi della devianza
Esemplificando, non è più la molla della curiosità che spinge i giovani verso l'alcol e la droga, ma il desiderio di emulare uno stile di vita che corra fuori dal binario delle norme tradizionali, per superare con l'effimero le delusioni o le disillusioni quotidiane, per realizzare modelli di successo, per la mancanza o la banalizzazione di un progetto alternativo.
Il disagio che tendenzialmente coinvolge un'intera generazione, ha, a nostro parere, le sue radici nelle inadempienze, nei ritardi, nelle incomprensioni di cui i giovani sono oggetto da parte di una società che mostra la propria incapacità a rispondere all'esigenza ed alla richiesta di crescita, d'auto-realizzazione, d'inserimento sociale.
Il disagio diviene patologico per i giovani più emarginati, per quelli che mancano totalmente di punti di orientamento, in presenza di situazioni o condizioni famigliari problematiche, ed in quei casi in cui l'assenza di modelli positivi e quindi da seguire, crea una situazione di sofferenza psicologica e sociale e quindi l'emarginazione e l'auto-emarginazione.
L'instabilità che consegue questa patologia, la frequentazione di modelli di devianza e di violenza creano l'ingannevole sensazione di poter sopperire in tal modo al disagio.
Violenza e devianza che non necessariamente si riscontrano nella vita reale, ma che possono essere somatizzati attraverso un vissuto virtuale recepito attraverso i mass media.

Adolescenza: il pianeta delle contraddizioni Il concetto di adolescenza, è abbastanza recente, possiamo farlo risalire al XVIII secolo, quando G. G. Rousseau *(Emilio o Sull'educazione)* parlò dei cambiamenti che si presentano nell'adolescenza. Da allora, passando per Stanley G. Hall che nel 1904 pubblicò il libro *Adolescenza, sua psicologia e suoi rapporti con la fisiologia, l'antropologia, la sessualità, la delinquenza, la religione e l'educazione*, molti studi sono stati pubblicati, dando a questa tematica dignità accademica, ma non si sono dissipati dubbi e difficoltà nell'uso di questo termine.
Fino a qualche tempo fa, inoltre, si usava parlare di "condizione giovanile" che sottintendeva il rischio adolescenza-disagio-devianza. Oggi, si è sviluppata una rappresentazione dell'adolescenza come periodo normale dello sviluppo, inscritto in un continuo evolutivo che procede dall'infanzia e si affaccia all'età adulta. Questa visione teorica, ha fatto sì che non si parlasse più di condizione giovanile, ma si è iniziato a ricercare sulle diverse "adolescenze", sui diversi modi di vivere l'adolescenza e le sue diversificazioni. Questo ha comportato la necessità di «strutturare una rete di servizi in grado di rispondere ai bisogni quotidiani e "normali" dei giovani e riuscire ad individuare preventivamente le ragioni di disagio e di malessere sociale su cui i percorsi di crescita individuale e di gruppo possono divenire accidentali, difficili e caratterizzati da un malessere che può distorcere la prospettiva temporale futura declinando una progettualità asfitticamente schiacciata sul tempo presente oppure attivamente orientata in opposizione all'autorità formale» (Ines Rielli).
A differenza dell'infanzia, per l'adolescenza è difficile fissare un periodo temporale, in quanto si può stabilire con una certa precisione quando inizia, ma non quando finisce, in quanto i cambiamenti vissuti in questa fase sono di difficile generalizzazione. Scrive Augusto Palmonari: «Per l'adolescente le delimitazioni spazio-temporali si allargano fino ad essere, in alcuni momenti ed in corrispondenza di certi sentimenti, aperte sull'infinito». Alla determinazione dell'adolescente come individuo, con-

corrono molte variabili connesse alla personalità, alla famiglia, all'educazione, alla cultura, alla società. Mentre il bambino è tutto preso dalla realtà limitata del suo mondo esterno e dei suoi fenomeni, l'adolescente è orientato a sviluppare, soprattutto, una vita interiore mediante una spiccata capacità d'introspezione e d'auto-esplorazione. Ecco quindi l'adolescenza: come l'età delle tempeste emozionali, delle infatuazioni e degli amori passionali; delle tensioni e dell'odio; dei facili entusiasmi e della disperazione; della fiducia smisurata nelle proprie forze e della consapevolezza dei propri limiti; della volontà esasperata di potenza e del baratro della depressione; dell'abnegazione e dell'egoismo; delle crociate e delle rinunce volontarie; del solidarismo e della violenza; dell'ansia intellettuale e dell'autodistruzione.

ADOLESCENZA: UNA DEFINIZIONE PROVVISORIA Possiamo considerare l'adolescenza come quella fase dell'esistenza umana caratterizzata dal «processo d'individuazione del carattere psicologico che inizia con i cambiamenti fisiologici della pubertà (caratteri sessuali secondari, prima mestruazione o menarca nelle ragazze; cambiamento della voce e prima polluzione nei ragazzi) e termina con il consolidamento del pieno stato sociologico dell'adulto». Sebbene i cambiamenti fisiologici possano costituire un valido aiuto per stabilire l'inizio dell'adolescenza (10-12 anni), il raggiungimento dell'età adulta, come si diceva, non presenta limiti tanto chiari. Parametri cognitivi che potrebbero riassumersi così:
a) differenti criteri culturali circa la valutazione d'adattabilità alla vita adulta nei vari Paesi e società;
b) evoluzione della vita economico-sociale nel corso della storia.
Certamente uno degli obiettivi dell'adolescente è raggiungere l'indipendenza affettiva ed economica dai propri genitori. Fino a che punto genitori e società lo permettono? In Italia il 75,4 % dei giovani continua a vivere nel nucleo famigliare d'origine (tabella 1) e non sempre per libera scelta. Abbiamo rilevato che questa è condizionata da:
– la complessità tecnologica del mondo lavorativo che esige una maggiore e quindi prolungata preparazione intellettuale e professionale, anche se la preparazione scolastica non sempre è utile e la preparazione professionale è talvolta una meta irraggiungibile;
– il prolungamento della vita media delle persone che "rallenta" il ricambio generazionale nell'ambito del lavoro;
– le condizioni economiche, nel senso che il giovane/adolescente è considerato adulto nel momento in cui il suo lavoro si rivela necessario;
– la concorrenza con i lavoratori adulti, induce il giovane a scelte obbligate sviluppando un forte senso di rivendicazione e sentimenti di ribellione per un lavoro non soddisfacente.

## Osservatorio su giovani nati tra il 1975 ed il 1985

DISAGIO PSICHICO La prima immagine che emerge e che viene confermata dai dati raccolti, dagli incontri con gruppi scolastici e singoli, è quella di una generazione brutalmente scaricata sulle sabbie mobili dell'instabilità affettiva, emotiva, sessuale, economica e sociale.
Una generazione "parcheggiata in un'area di rimessaggio, senza tensioni e forti emozioni, più politicizzata, forse, della generazione precedente in quanto appare lucidamente critica verso la società, ma non abbastanza non essendo né recettiva né portatrice di ideali, ma tesa al perseguimento di una finalità di "evitamento" onnipo-

| | Maschi | Femmine |
|---|---|---|
| Con entrambi i genitori | 15,4 | 13,5 |
| Con un genitore | 9,3 | 10,6 |
| Con entrambi i genitori e con fratelli/sorelle | 45,9 | 48,8 |
| Con i genitori più altri parenti | 9,6 | 8,5 |
| In coppia | 8,0 | 7,2 |
| In coppia con figli | 4,5 | 7,3 |
| Con altri parenti | 3,3 | 3,0 |
| Da solo/a | 2,6 | 2,2 |

**Tabella 1 Convivenza**

tente (dinamica psicologica assai importante nella pratica analitica) e dunque piena di macroscopiche contraddizioni. Le contraddizioni di un adolescente che fatica ad orientarsi ed a trovare il proprio centro in un mondo d'incertezze. Ha paura dell'avvenire ma snobba la politica spiccia; cerca il grande amore, ma è fedele più all'idea che nella pratica della fedeltà; insegue un ruolo e l'autonomia ma evita il sacrificio e l'impegno e finisce con l'imitare i grandi. Si sente "capito" dal gruppo e finisce per sacrificargli la sua identità; cerca informazioni, rivendica un'educazione alla sessualità ed evita ogni precauzione per la salvaguardia della salute (rapporti a rischio di contagio o di gravidanze indesiderate, condotte suicidarie, uso d'alcol, droga e violenza); corre in moto o in macchina e tra i fumi delle sigarette di un mega locale di ritrovo, nel frastuono delle macchinette e di certa musica assordante, sperimenta il senso di solitudine e di abbandono quale disagio psichico (tabella 2).

SOGNI, BISOGNI, FAMIGLIA E SENSO DELLA VITA Questa realtà si costata in un quadro di sfilaccia-

| | Maschi | Femmine | Totale |
|---|---|---|---|
| Essere costantemente nervosi e tesi | 43,5 | 60,2 | 51,8 |
| Sentirsi infelici o depressi | 46,3 | 51,6 | 48,9 |
| Non sentirsi contenti | 45,0 | 54,4 | 49,7 |
| La vita è una lotta costante | 45,5 | 48,3 | 46,9 |
| Senso costante di stress | 39,3 | 45,2 | 42,2 |
| Non superamento delle difficoltà | 41,4 | 38,9 | 40,1 |
| Sensazione che tutto crolli addosso | 39,6 | 38,4 | 39,0 |
| Notti inquiete e disturbate | 35,1 | 37,0 | 36,0 |
| Insonnia per preoccupazioni | 32,7 | 35,3 | 34,0 |
| Incapacità di concentrazione | 29,8 | 34,6 | 32,2 |
| Prendere le cose troppo sul serio | 27,6 | 36,5 | 32,0 |
| Sfiducia in se stessi | 29,1 | 27,5 | 28,3 |
| Incapacità di affrontare i problemi | 25,4 | 27,6 | 26,5 |
| Sensazione di non fare bene | 25,2 | 24,5 | 24,8 |
| Incapacità di fare bene le cose | 24,4 | 23,2 | 23,8 |
| Non svolgere l'attività quotidiana | 27,2 | 20,0 | 23,6 |
| Non provare sentimenti di affetto | 23,6 | 21,5 | 22,5 |
| Incapacità decisionale | 20,4 | 22,1 | 21,2 |
| Sentirsi senza valore | 18,5 | 23,4 | 20,9 |
| Non far niente perché nervosi | 16,3 | 18,0 | 17,1 |
| Rapporti interpersonali difficili | 15,8 | 17,2 | 16,5 |
| Non essere attivi ed impegnati | 13,5 | 18,0 | 15,7 |
| Scarsi rapporti interpersonali | 12,2 | 16,0 | 14,1 |
| Vita indegna di essere vissuta | 11,6 | 15,8 | 13,7 |
| Mancanza di speranza per il futuro | 12,2 | 12,5 | 12,3 |
| Provare spavento e terrore | 11,5 | 12,0 | 11,2 |
| Sfiducia nella vita | 10,6 | 11,1 | 10,8 |
| Sensazione di inutilità | 9,5 | 10,3 | 9,9 |
| Non aver voglia di uscire di casa | 8,5 | 11,0 | 9,7 |
| Insoddisfatti delle proprie azioni | 8,0 | 9,7 | 8,5 |

**Tabella 2 La scala del disagio psichico** (secondo il General Health Questionnaire)

mento della famiglia, con genitori dimissionari (non tanto in senso fisico, quanto in quello morale) ed incapaci di promuovere, di adottare e far rispettare la legge dell'autorità "paterna". Una famiglia dove, guarda caso, si continua a perseguire una finalità di evitamento del confronto ed a bandire a tutti i costi, l'idea del conflitto.
Una famiglia che si caratterizza per l'atteggiamento narcisistico dei genitori che trascurano la presenza affettiva ed educativa e l'assunzione della propria responsabilità di persone adulte per privilegiare il proprio investimento (nella carriera, ecc.) e sulla propria immagine di eterni giovani, eventualmente più "amici" dei figli che non padri e madri. Peccato, perché nella scala dei valori la famiglia è indicata al primo posto, seguita dall'amore e dall'amicizia (tabella 3).
La famiglia si presenta come il luogo dell'"allevamento" e del parcheggio dei giovani, dalla quale non ricevono una vera educazione umana quale trasmissione di una visione del mondo che li doti di valori, criteri di conoscenza e di comportamento.
Il sentimento che domina nella maggior parte dei giovani e si concreta nella soddisfazione dei bisogni naturali, comporta loro un senso di frustrazione perenne perché ci sarà sempre chi può "consumare, spendere di più".
La domanda di senso della vita, l'unica in grado di dare appagamento, tranquillità e autentica solidarietà, viene continuamente evasa o ingnorata non solo dai genitori, ma dalla "cultura" sociale nel suo complesso.
Quanto detto, spiega, con buona approssimazione, la frequentissima fantasia di "farla finita" (tabella 4) e, purtroppo, la realizzazione di questa attraverso il suicidio.
Si intravede, in questo atteggiamento di autolesionismo; la risposta alla domanda di "senso" della vita e della motivazione che giustifichi il viverla. Risposta che questa società orientata all'unico appagamento consumistico del bisogno materiale, non sembra in grado di offrire.
Pur avendo, gli adolescenti abbastanza fiducia nei genitori, dai quali si sentono ricambiati (tabella 5), il confronto resta difficile o impossibile, come, per altro da sempre.
Analizzando la figura paterna, che è quella che, in questa fascia di età ha una forte rilevanza, possiamo dire che il padre, oggi, generalmente, non svolge, per i figli, la sua funzione di ponte tra la famiglia e la società, e, in particolare non rappresenta più un modello per la ricerca di identità. Con gli sconvolgimenti portati dalle due Guerre mondiali, si è assistito alla progressiva prevalenza della figura materna anche in quei ruoli normalmente riservati al padre (iniziazione sessuale dei figli maschi) e la delega alle donne della quasi totalità del sistema educativo (scuola, professioni d'aiuto, assistenza psicologica, ecc.). Questo fenomeno, che ha portato all'interruzione della trasmissione della cultura materiale ed istintuale maschile, non potendo questa, ovviamente, essere trasmessa dalle donne ha comportato l'interruzione di una soluzione di continuità e l'indebolimento dell'identità maschile di cui quella cultura è elemento fondante.
Dato che i giovani non ricevono più alcuna iniziazione maschile dalla figura paterna (padre biologico, educatore, istruttore militare, spirituale ginnico) e che pertanto il concetto di "prova" non viene più accettato essendo sostituito dallo sviluppo delle "abilità e conoscenze" a fini di utilità (guadagno-consumo), essi cercano, magari in maniera sconosciuta di iniziarsi da soli: questa è la funzione del "branco"(tabelle 6, 7). La violenza del branco è quella caratteristica della psiche maschile, che la società moderna (politically correct e "morte del padre") non riconoscendola, ne manca anche di strumenti di educazione. Ecco nascere la violenza del gruppo che è quella personale, l'energia maschile, fallica, abbandonata a se stessa che diviene distruttività, stupro, atti suicidari.
Gli adolescenti, sono coloro che hanno la maggior percezione sia inconscia che consapevole (livello di disoccupazione giovanile) che l'economia del mondo (occidentale) è in una fase di ristagno se non di riduzione di risorse da ridistribuire in maniera equa (le concentrazioni sono comunque uguali o maggiori). Questo li porta ad un'evidente insoddisfazione della società attuale (tabella 8), e soprattutto verso quella che intravedono nel loro futuro: razzista, egoista, violenta.
Temono l'avvenire, i ragazzi del 2000. Vedono nel loro futuro la disoccupazione, la guerra, la povertà, mentre hanno relativamente poco timore delle malattie, non essendo, come abbiamo visto particolarmente attaccati alla vita (tabella 9). Quest'insicurezza, l'avvertire questo disagio verso una progettualità, si manifesta anche con la fiducia-sfiducia verso le istituzioni ed alcuni ruoli professionali (tabella 10).
Hanno, come si può osservare, completa sfiducia nei politici e nei sindacalisti, perché avvertono che l'impegno che queste categorie profondono, è rivolto al soddisfacimento delle necessità materiali e non è altrettanto orientato a fornire risposte alla domanda ben più

| | 15-17 | | 18-20 | | 21-25 | | Totale |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Mas | Fem | Mas | Fem | Mas | Fem | |
| La famiglia | 83,5 | 84,2 | 81,3 | 83,6 | 82,0 | 84,1 | 83,1 |
| L'amore | 80,2 | 83,5 | 81,7 | 85,4 | 79,2 | 81,6 | 81,9 |
| L'amicizia | 75,2 | 77,0 | 74,5 | 76,6 | 75,4 | 78,2 | 64,5 |

**Tabella 3 La scala dei valori**

| | 15-17 | 18-20 | 21-25 |
|---|---|---|---|
| Si, ne ho avute | 4,5 | 10,3 | 10,1 |
| Si, ne ho attualmente, | 2,3 | 3,5 | 4,0 |
| No | 83,6 | 77,2 | 75,0 |
| Non risponde | 9,6 | 9,0 | 10,5 |

**Tabella 4 Fantasie e tendenze suicidarie**

| | 15-17 | | 18-20 | | 21-25 | | Totale | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Si | No | Si | No | Si | No | Si | No |
| Li capiscono | 55,5 | 44,5 | 52,4 | 47,6 | 52,3 | 47,7 | 53,4 | 46,6 |
| Che non si interessano dei loro problemi | 40,7 | 59,3 | 41,7 | 58,0 | 35,6 | 64,4 | 39,3 | 60,7 |
| Abbiano fiducia in loro | 59,2 | 40,8 | 45,0 | 55,0 | 52,0 | 48,0 | 52,0 | 47,9 |

**Tabella 5 Pensano che i genitori**

| | Maschi | Femmine |
|---|---|---|
| Si, ho un gruppo di amici | 80,5 | 75,4 |
| No, non ho un gruppo di amici | 19,5 | 24,6 |

**Tabella 6 Le amicizie**

| | 15-17 | 18-20 | 21-25 |
|---|---|---|---|
| A scuola | 22,4 | 30,1 | 21,2 |
| In famiglia | 28,5 | 23,7 | 18,4 |
| Dagli amici | 47,1 | 39,5 | 51,1 |
| Al lavoro | 1,0 | 3,3 | 9,3 |
| Senza opinione | 1,0 | 3,4 | – |

**Tabella 7 Dove riescono ad esprimersi meglio e si sentono capiti**

| | 15-17 | 18-20 | 21-25 |
|---|---|---|---|
| Si | 16,4 | 14,8 | 11,5 |
| Molto | 4,2 | 3,5 | 3,0 |
| Poco | 44,1 | 42,6 | 49,3 |
| No | 35,3 | 39,1 | 36,2 |

**Tabella 8 Grado di soddisfazione della società attuale**

profonda di senso e di valori che vadano oltre all'immediato ed al personale. Percepiscono che la classe dirigenziale, incapace di riconoscere e gestire la diminuzione e l'anomala distribuzione delle risorse, non offre prospettive di certezza. Pertanto gli adolescenti agognano il posto e lo stipendio fisso (tabella 11). Sanno anche che questa società li alleva con il preciso intento di alimentare i loro bisogni e richieste a fini d'interesse di pochi. La certezza che non

| | 15-17 | 18-20 | 21-25 | Totale |
|---|---|---|---|---|
| La disoccupazione | 39,5 | 47,7 | 51,9 | 46,4 |
| La guerra | 21,7 | 18,2 | 11,5 | 17,1 |
| La povertà | 15,3 | 10,5 | 10,6 | 12,1 |
| La solitudine | 8,8 | 6,4 | 13,4 | 9,5 |
| Le malattie | 5,2 | 10,6 | 9,4 | 8,4 |
| Il razzismo | 7,5 | 4,8 | 3,2 | 5,2 |
| Senza opinione | 2,0 | 1,8 | – | 1,3 |

**Tabella 9 Cosa, nell'avvenire, preoccupa di più**

| | Molta | Abbastanza | Poco | No | Senza opinione |
|---|---|---|---|---|---|
| Magistrati | 5,3 | 16,0 | 28,2 | 20,5 | 30,0 |
| Uomini politici | 2,0 | 9,5 | 38,4 | 47,6 | 2,5 |
| Sindacalisti | 0,5 | 2,1 | 45,2 | 50,2 | 2,0 |
| Forze dell'ordine | 13,5 | 23,2 | 25,2 | 17,1 | 21,0 |
| Sacerdoti | 10,4 | 25,2 | 30,5 | 18,3 | 15,6 |
| Insegnanti | 7,2 | 23,5 | 30,9 | 10,8 | 25,6 |
| Industriali | 6,8 | 28,6 | 31,5 | 15,7 | 17,4 |
| Giornalisti | 7,3 | 20,5 | 35,8 | 16,3 | 20,1 |
| Funzionari pubblici | 1,5 | 15,6 | 50,2 | 31,5 | 1,2 |
| Medici | 7,0 | 24,2 | 38,8 | 15,5 | 14,5 |
| Scienziati | 13,0 | 31,8 | 25,3 | 10,5 | 19,4 |

**Tabella 10 Fiducia nelle istituzioni ed in alcune categorie professionali**

| | 15-17 | 18-20 | 21-25 |
|---|---|---|---|
| La sicurezza del posto | 40,5 | 48,3 | 51,6 |
| L'assunzione di responsabilità | 28,6 | 23,2 | 22,5 |
| Una forma di reddito | 20,2 | 18,4 | 10,3 |
| L'assunzione di una identità e di un ruolo sociale | 10,7 | 10,1 | 15,6 |

**Tabella 11 Che cosa cercano nel lavoro**

| | Maschi | Femmine |
|---|---|---|
| Tutte le sere o quasi | 13,3 | 10,6 |

**Tabella 12 Frequenza delle uscite serali per proprio conto**

| | 15-17 | | 18-20 | | 21-25 | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Mas | Fem | Mas | Fem | Mas | Fem |
| Sport | 59,2 | 48,3 | 46,6 | 34,8 | 23,5 | 18,9 |

**Tabella 13 Pratica sport e palestre almeno una volta alla settimana**

potranno soddisfare a lungo queste necessità, li spinge verso il rancore ed il disprezzo.
Molti di loro, circa il 30% frequentano sette o gruppi occulti, perché nel mistero trovano la corrispondenza al loro bisogno, alla loro domanda di darsi un "senso". La convinzione che questa possa avvenire solo dalla scoperta del trascendentale, li spinge in questa direzione, non fornendo più, neppure la Chiesa cattolica, fortemente secolarizzata e razionalizzata, risposte a questo intima necessità. Paradossalmente, mentre da un lato si

| | 15-17 | | 18-20 | | 21-25 | | Totale |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Mas | Fem | Mas | Fem | Mas | Fem | |
| Cinema | 40,0 | 45,1 | 50,6 | 54,3 | 55,5 | 60,7 | 51,0 |
| Discoteche | 48,3 | 45,7 | 51,4 | 47,1 | 49,3 | 44,1 | 47,6 |
| Sale da giuoco | 40,1 | 18,5 | 45,4 | 22,1 | 43,3 | 21,2 | 31,7 |
| Concerti | 28,6 | 29,3 | 33,2 | 31,0 | 30,6 | 29,3 | 30,3 |
| Manifestazioni sportive | 30,4 | 15,0 | 40,5 | 21,0 | 35,2 | 19,0 | 26,8 |
| Teatro | 11,5 | 15,5 | 18,2 | 21,3 | 18,1 | 24,2 | 18,1 |
| Pub | 15,3 | 11,4 | 15,5 | 12,1 | 18,3 | 15,2 | 14,6 |

**Tabella 14 Frequenza discoteche, concerti, sale da gioco e altro**

| | 15-17 | | 18-20 | | 21-25 | | Totale | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Mas | Fem | Mas | Fem | Mas | Fem | Mas | Fem |
| Crisi depressive | 18,3 | 20,5 | 23,4 | 24,0 | 25,0 | 25,7 | 22,2 | 23,4 |
| Senso di solitudine e abbandono | 33,5 | 35,2 | 27,6 | 30,5 | 24,9 | 27,2 | 28,7 | 31,1 |
| Noia | 34,8 | 33,7 | 36,9 | 33,7 | 31,4 | 31,5 | 34,4 | 33,0 |
| Disistima e sfiducia | 13,4 | 10,6 | 12,1 | 11,8 | 18,7 | 15,6 | 14,7 | 12,6 |
| Risposte pari al 45,7% del campione | | | | | | | | |

**Tabella 15 Depressione e solitudine**

può osservare la forte domanda di partecipazione al gruppo [esce quasi tutte le sere, frequenta uno sport o una palestra, va in discoteca ed ai concerti, al pub, nelle birrerie, ai rock-caffè (tabelle 12-13-14)] ciò nonostante, l'adolescente si sente solo, si annoia, è terrorizzato dall'abbandono (tabella 15). La correzione di questo senso della solitudine dovrebbe essere compito della famiglia, dello Stato, della Chiesa, ma nessuno di questi soggetti fornisce sicurezza.
Questi giovani, dichiarano di non avere un ideale per cui battersi. Hanno rapporto con il sesso in forma occasionale e, per lo più, in maniera non protetta (tabella 16), al punto da apparire che il problema AIDS non li coinvolga Un'ipotesi di risposta, potrebbe esser data dalla ricerca dell'anestesia, dalla convinzione fatalistica, dal gusto del rischio, dalla trasgressione e dall'esorcizzare la morte.
Considerano normali e non prevaricanti il concetto dell'amore, l'infedeltà e la pornografia, tornando ai costumi più liberi che hanno preceduto la modernità, pur sognando un rapporto stabile con la stessa persona (tabella 17), e dichiarandosi innamorati dell'amore (81,9%).

Il disagio, la socializzazione e l'integrazione Una buona percentuale di adolescenti (22%) ha difficoltà nel crearsi amicizie, integrarsi e socializzare ed almeno altrettanti (30%) lamentano condizioni di solitudine e di abbandono (tabella 15).
Spesso l'adolescente si chiude nella solitudine per paura o depressione, perché è angosciato, insicuro, sfiduciato. Talvolta la sua reazione è d'aggressività ed invidia per:
– Dispute e tensioni con i genitori. Sono fonte d'inquietudine e generano un aumento dell'instabilità.
– Disaccordi e dispute con gli amici. Essendo l'amicizia una necessità fondamentale nella vita adolescenziale, se non risulta soddisfacente, si evidenzia un gran vuoto nello sconcerto e nella destabilizzazione psicologica.
– Insuccessi scolastici. Perché non riesce a raggiungere l'aspettativa dei genitori.
– Delusioni amorose. Lasciano un senso d'amarezza e tristezza difficilmente superabile.
– Rifiuto della propria immagine sia fisica sia spirituale, sia intellettuale o sociale.
I valori morali ed i sentimenti che spingono l'adolescente alla ricerca di un amico o degli amici, si possono condensare in tre aspetti:
– Sociale, quando insorge la necessità di uscire dall'egocentrismo e dalla solitudine, in quanto il rapporto amicale si costruisce sulla compagnia e nella relazionalità.
– Affettivo, perché è con gli amici che si formano e si sviluppano gli stimoli per la sua ne-

cessità di condivisione e di aiuto. o si affrontano disagi ed inquietudini.
– Dinamico, per la realizzazione di progetti ed iniziative comuni.
Per gli adolescenti, la possibilità o la facoltà di comunicare con gli altri è fondamentale, dato che, allontanandosi dai genitori, è imprescindibile che faccia riferimento agli amici e quindi sentirsi integrato nel gruppo.
Secondo la loro naturale inclinazione e la loro capacità di comunicazione, possiamo definire gli adolescenti secondo i seguenti caratteri:
– Estroversi: comunicativi e molto aperti.
– Introversi: timidi e con tendenza ad atteggiamenti di isolamento e riservatezza.
– Attivi: quando possiedono naturali doti di cordialità, simpatia, dinamismo.
– Docili: obbedienti a recepire regole e influenze esterne.
– Dominatori: forti e sicuri di avere la meglio sugli altri (spesso è forte con i deboli e debole con i forti).
Un altro aspetto dell'amicizia, tra gli adolescenti, è dato dall'egocentrismo che può, talvolta, compromettere un autentico sentimento amichevole. Difficilmente si può parlare d'amicizia se prescindiamo dalla certezza d'essere individualità di fronte ad altre individualità con le quali occorre stabilire un rapporto.
Quando l'adolescente è in possesso delle capacità di rendere concettuale il proprio pensiero e quello delle altre persone, è, anche, in grado di superare l'egocentrismo.
Le caratteristiche più evidenti dell'amicizia, nell'adolescente, sono:
– La dinamicità attiva e diversificata, non essendo normalmente il gruppo d'amici restrittivo, non pone divieti a nuovi ingressi.
– La poca esteriorità, anche se gli adolescenti sono sensibili a forme di affettuosità ed accoglienza.
– La non esclusività, per cui si possono condividere amicizie diverse.
– La fragilità, in quanto è facile la disaffezione o la rottura delle amicizie se non vengono alimentate continuamente.
Una percettibile differenza, esiste tra il comportamento maschile e femminile nei confronti dell'amicizia. Le ragazze, a differenza dei loro coetanei maschi, hanno la tendenza a chiudersi in un cerchio molto ristretto, fino a crearsi una sola amica preferita. Inoltre:
– La loro amicizia dipende da un sentimento di simpatia, quindi distante dall'attività pratica (studio, divertimento, ecc.).
– I dettagli e le attenzioni reciproche sono fondamentali.
– Possiedono un'attitudine alla comunicazione e al dialogo molto più sviluppata, ed alla possibilità di scambiarsi le angosce, i tormenti, le delusioni patite, ma anche sentimenti positivi come l'amicizia.
Quella maschile, di contro, è basata sull'interesse comune, l'hobby, il tifo, il gioco.
Un'ulteriore difficoltà, per i genitori, è rappresentata dalle "uscite serali", perché, crea la sensazione di esclusione da parte del figlio.
Questo normale desiderio di distacco dalla famiglia per inserirsi nel gruppo di amici, viene vissuto dai genitori in maniera spesso traumatica, mentre dovrebbe essere facilitato o guidato in modo tale da creare la possibilità di sviluppo

| | 15-17 | | 18-20 | | 21-25 | | Totale | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Mas | Fem | Mas | Fem | Mas | Fem | Mas | Fem |
| No | 37,5 | 41,5 | 26,9 | 23,2 | 23,5 | 17,5 | 29,3 | 27,4 |
| Coito interrotto | 25,3 | 23,6 | 27,5 | 24,7 | 25,2 | 19,2 | 26,0 | 22,5 |
| Preservativo | 13,7 | 10,5 | 21,9 | 21,3 | 28,6 | 22,8 | 21,4 | 18,2 |
| Pillola | – | 1,5 | – | 6,5 | – | 11,7 | – | 6,6 |
| Altri/Non indica | 23,5 | 22,9 | 23,7 | 24,3 | 22,7 | 28,8 | 23,3 | 25,3 |

**Tabella 16 Uso dei contraccettivi per sesso e fasce di età**

| | Maschi | Femmine |
|---|---|---|
| Occasionali | 16,5 | 14,3 |
| Stabili, ma con la stessa persona | 49,8 | 55,2 |
| Stabili, ma con persone diverse | 33,7 | 30,5 |

**Tabella 17 Relazioni sessuali preferite**

| | 15-17 | 18-20 | 21-25 |
|---|---|---|---|
| Favorevole | 13,3 | 18,5 | 17,8 |
| Contrario | 76,9 | 70,2 | 70,2 |
| Senza opinione | 9,6 | 11,3 | 12,0 |

**Tabella 18 L'atteggiamento nei confronti della legalizzazione della droga**

| | 15-17 | | 18-20 | | 21-25 | | Totale | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Mas | Fem | Mas | Fem | Mas | Fem | Mas | Fem |
| Leggera | 21,4 | 18,7 | 30,9 | 21,5 | 31,0 | 23,4 | 27,8 | 21,2 |
| Pesante | 8,8 | 5,5 | 16,2 | 10,0 | 20,5 | 13,7 | 15,5 | 9,7 |
| Occasionale | 8,0 | 6,5 | 10,1 | 8,3 | 12,7 | 8,5 | 10,2 | 7,8 |
| Nessun contatto | 61,8 | 69,3 | 42,8 | 60,2 | 35,8 | 54,4 | 48,6 | 61,3 |

**Tabella 19 Contatto con la droga**

| | 15-17 | | 18-20 | | 21-25 | | Totale | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Mas | Fem | Mas | Fem | Mas | Fem | Mas | Fem |
| Si, abitualmente | 11,5 | 5,0 | 21,7 | 12,1 | 28,8 | 14,0 | 20,6 | 10,4 |
| Si, occasionalmente | 25,5 | 14,7 | 38,3 | 25,5 | 41,3 | 22,2 | 34,9 | 20,8 |
| No | 63,5 | 80,3 | 40,0 | 63,4 | 29,9 | 63,8 | 44,5 | 68,8 |

**Tabella 20 Contatto con l'alcol**

da parte dell'adolescente delle abilità sociali.
I genitori, spesso, sono ossessionati dalle "regole", dalle "norme disciplinari", dal profitto scolastico, dall'educazione comportamentale, ma dimenticano di rendere i rapporti vivi, ricchi, interessanti, non solo con i figli, ma in tutto il nucleo famigliare.
Se non sono "assenti", generalmente intervengono per giudicare, vietare, rimproverare, raccomandare, punire.
Questo, che è l'eterno problema genitori-figli, dovrebbe evolversi verso il dialogo, la comprensione, la pattuizione, conformando il proprio atteggiamento non solo all'età dell'adolescente, ma alle situazioni, ai momenti che sta vivendo, alle abitudini che si vanno creando.
Le regole famigliari devono essere flessibili, ragionate e ragionevoli e soprattutto devono essere pattuite con l'adolescente, considerando i suoi punti di vista e le sue necessità. Fargli capire che se fa tardi, fare una semplice telefonata non è esaudire un tentativo di controllo, ma un mezzo per tranquillizzare e quindi mantenere armoniosi i rapporti, evitando i conflitti.
Una delle attività che dovrebbe essere sviluppata ed incentivata sia da parte dei genitori sia delle strutture sociali, è la pratica sportiva, perché fornisce un importante valore educativo, che potremmo così sintetizzare:

– Conoscenza di se stesso, dei propri limiti e capacità.
– Comprensione degli altri e delle loro difficoltà.
– Conoscenza dei mezzi sociali e della loro differenza.
– Tirocinio su nozioni d'igiene, dietetica, sistema di vita e pronto soccorso.
– Acquisizione del senso di responsabilità.

Dipendenza da alcol e droga La stragrande maggioranza degli adolescenti è contraria alla legalizzazione della droga (tabella 18), anche se, tra i 15 e 17 anni uno su tre ha avuto una esperienza con la droga, anche se in maniera occasionale (tabella 19), ed altrettanti l'hanno avuta con l'alcol (tabella 20).
Possiamo dire che i motivi di questi atteggiamenti sono tanti quanti gli stessi adolescenti, ma possiamo sintetizzare quelli più ricorrenti:
– Curiosità per gli effetti e le sensazioni che producono alcol e droga.
– Voglia di trasgredire.
– Onnipotenza e la convinzione di poter smettere in qualsiasi momento, secondo la propria volontà.
– Insicurezza e debolezza caratteriale.
– Solitudine, noia, senso di inadeguatezza, frustrazione ed abbandono.

– Fuga dai problemi personali, scolastici, famigliari.
– Imitazione.
– Appartenenza al gruppo.
– Autonomia ed indipendenza.
– Sfida contro genitori ed adulti.
– Evitamento del dolore mentale.

Da non trascurare la relativa facilità dell'accesso alla droga e l'assoluta disponibilità e reputazione sociale degli alcolici.

Viene, ormai, dato per certo che tra l'uso di alcolici e gli aspetti socializzanti vi sia una stretta correlazione, ed è possibile segnalare che, mentre una gran parte di alcolisti inizia a bere in ambito domestico, le persone che iniziano in gruppi di coetanei in locali pubblici, tendono ad essere bevitori più tenaci, con atteggiamenti più ostili verso l'autorità e la generazione precedente.

A volte l'adolescente, mimando una concessione verso la quale, spesso si orientano anche gli adulti con l'uso di alcolici, tabacco e psicofarmaci, "stappano" per uscire dalla "bonaccia" (Donald W. Winnicott), oppure annunciano con piacere di volersi ubriacare ("andar fuori di testa") e non sempre in gruppo, ma anche da soli: «Questa sorta di fuga dalla mente – dice W. R. Bion – ha luogo non come conseguenza malaugurata di un uso di alcolici rilassante, ma con lo scopo di distaccare il Sé dal pensiero, dall'emozione, per i quali si prova un certo odio. A volte un gruppo di adolescenti ubriachi occupa uno spazio, come il centro di una città, in modo invadente per gli altri cittadini. Questo comportamento fa pensare alla mentalità del gruppo; in assunto di base, che comprende sia la piacevole fuga dalla vita mentale individuale sia un certo grado di ingresso forzato "aggressivo" dentro lo spazio di gruppi più stabili della società».

Il cammino che porta al consumo d'alcol, droga e tabacco, è caratterizzato da due momenti chiave: iniziazione e consolidamento.

Così vengono descritti dallo psicologo spagnolo Bernabé Tierno Jiménez: «La prima fase, quella dell'iniziazione consiste semplicemente nel "provare" la droga; la seconda del consolidamento o del consumo abituale, si verifica quando già esiste una dipendenza, maggiore o minore. Lo stesso avviene con il problema dell'alcol. La prima fase, come ben si sa, avviene in età molto precoce, quando la persona non ha la maturità sufficiente per prendere decisioni. Per esempio, nel caso dell'alcol, ci sono genitori che lo permettono ai figli, anche per scherzare, a quattro o cinque anni. Naturalmente, questi bambini, verso i dodici o tredici anni, consumano alcol normalmente perché in casa lo si beve quasi come l'acqua, ed il bambino, che imita tutto, non tarda a provare ciò che con tanta insistenza e gusto beve suo padre e forse anche sua madre. Con il tabacco avviene qualcosa di simile. Il bambino cerca di imitare l'adulto verso gli otto o dieci anni e fuma di nascosto le prime sigarette. Inizia a provare lo "spinello" intorno a questa stessa età o un paio d'anni più tardi. E tra i 15 e 17 anni ben due ragazzi su dieci usano droghe così dette leggere».

«L'uso di droghe leggere – secondo l'adolescentologa inglese Beta Copley – comprende:
– l'inalazione di sostanze solventi volatili, soprattutto da parte dei più giovani;
– l'uso di stimolanti che danno "euforia", presi individualmente o in gruppi;
– droghe come l'LSD, che produce cosidette "esperienze" interne;
– cannabis, che rilassa e può portare a sentirsi "fatti";
– stupefacenti che danno dipendenza.

Alcune forme d'abuso, come quello di sedativi e tranquillanti, si sovrappongono o hanno un parallelismo con quelle della popolazione adulta, nell'ottundere l'esperienza del dolore personale. Altre sostanze possono essere usate in modo simile: rimpizzarsi di cibo può drogare il corpo e farlo sentire pieno, camuffando un senso di vuoto mentale interno. L'uso di droghe può creare la falsa sensazione d'essere adulti, mascherando il dolore di sapere che non è vero. L'abuso può a volte conformarsi ad un modello famigliare già presente, ma è spesso apertamente diretto contro i genitori; può far parte di una certa cultura di gruppo adolescenziale ed essere persino un requisito per l'appartenenza.

Mentre l'alcol e l'uso di droghe, da un certo punto di vista, possono essere collegati a momenti di svago sociale, sono, anche, spesso usati per evitare il dolore mentale che necessariamente comporta il fatto di vivere come persona intera. Offrono false alternative per oltrepassare la verità della vita mentale, e possono portare a vari gradi di rischio mentale e fisico e a sofferenze per se stessi e per gli altri. Oltre ai pericoli fisici, c'è un grave pericolo psicologico: l'uso e la possibile dipendenza mentale o fisica da una sostanza come se fosse un oggetto buono o ideale, invece che un falso dio. La "falsità" viene confusa con la "bellezza"».

Le statistiche sono state rilevate dall'ACAT «Del Livenza» (1998-1999-2000), Quarto Rapporto ASPER (1998), Ministero della Sanità (1986-87).

# L'ALCOLISMO IN FRIULI CENTO ANNI FA: UN'INCHIESTA DEL 1907

(Ndr) In questo capitolo riproduciamo *L'alcoolismo in Friuli*, inchiesta svolta nel 1907 e pubblicata in Udine con i tipi della Tipografia A. P. Cantoni. Le pagine, riprodotte dall'originale del 1907, riguardano la parte introduttiva, la relazione dell'inchiesta e i rapporti sui Comuni per distretto dell'odierna provincia di Pordenone, escludendo quelli, oggi, in provincia di Udine.

# L'ALCOOLISMO IN FRIULI

## LAVORO

DELLA

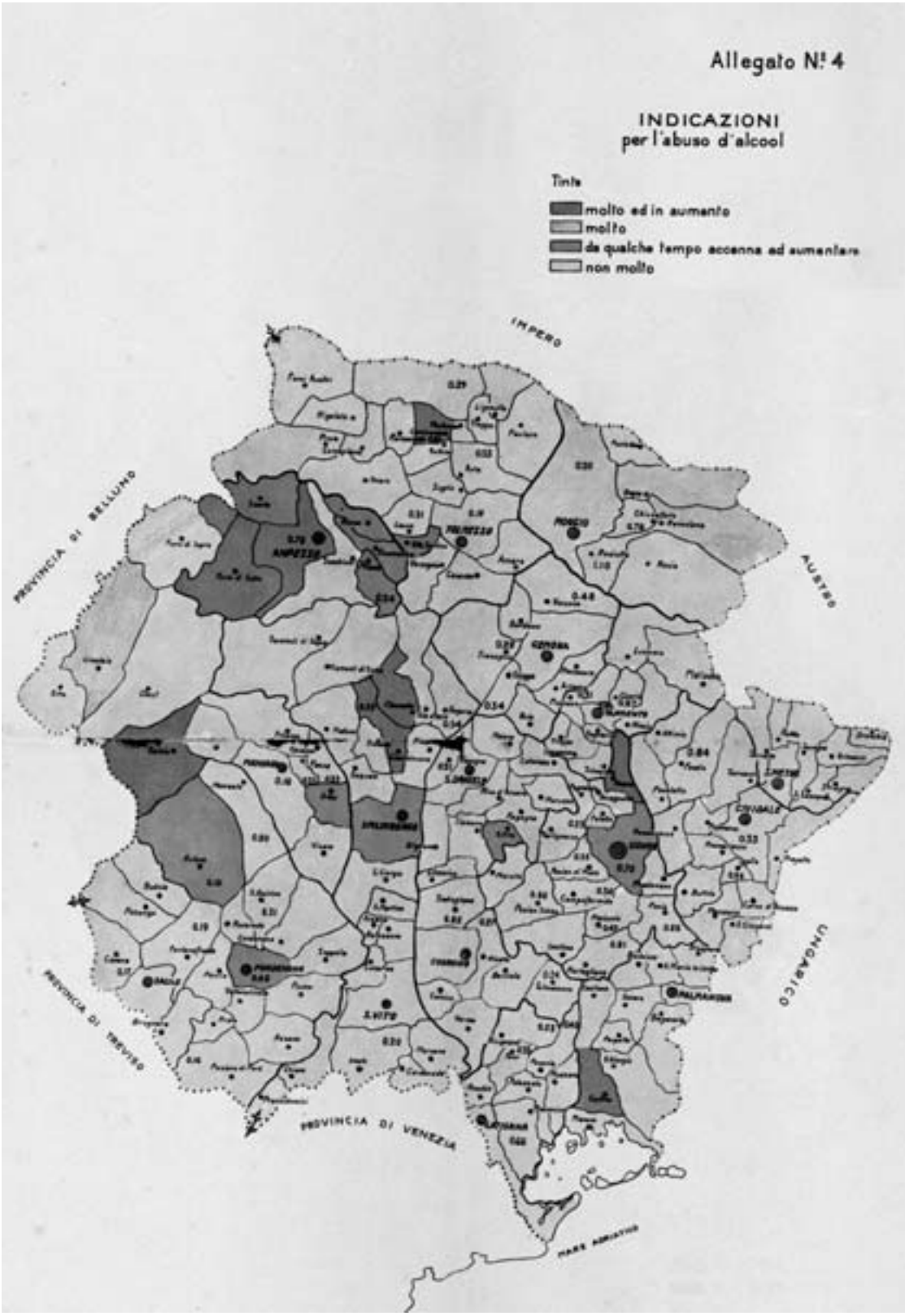
## COMMISSIONE D'INCHIESTA

*COMPOSTA DEI SIGNORI:*

Prof. Cav. GIUSEPPE ANTONINI
*Direttore del Manicomio provinciale*
RELATORE
Prof. Cav. FORTUNATO FRATINI
*Medico provinciale*
Dott. GIUSEPPE PITOTTI
*Membro Medico del Consiglio Prov. Sanitario*

Con due tavole in cromo-litografia

UDINE
TIPOGRAFIA A. P. CANTONI
1907.


Allegato N.º 4
INDICAZIONI
per l'abuso d'alcool
Tinte
molto ed in aumento
molto
da qualche tempo accenna ad aumentare
non molto
IMPERO
PROVINCIA DI BELLUNO
AUSTRIA
UNGHERIA
PROVINCIA DI TREVISO
PROVINCIA DI VENEZIA
MARE ADRIATICO

# L'azione del Consiglio Sanitario Provinciale di Udine

Il 24 Febbraio 1904 il Consiglio Provinciale Sanitario di Udine presieduto dal Prefetto Comm. Doneddu deliberava la nomina di un Comitato permanente composto di sette Membri (Vedi Allegato N. 1) con facoltà di aggregare persone all'infuori del Consiglio, e coll'incarico di studiare quale fosse l'estensione e la gravità dell'alcoolismo in Friuli, allo scopo di proporne le misure atte a porre un freno al dilagare del male.

Il Comitato, aggregatosi il Prof. Antonini, Direttore del Manicomio, compilò un questionario di 28 quesiti divisi in 7 capitoli (Vedi Allegato N. 2) da inviarsi a tutti gli Ufficiali Sanitari della Provincia, per un'inchiesta generale sulle condizioni dell'alcoolismo nel Friuli, la quale dovesse servire di base ai provvedimenti da sottopporsi alla discussione del Consiglio Provinciale Sanitario.

Per lo spoglio e lo studio dei questionari il Comitato nominò nel suo seno una Commissione composta dal Prof. Fratini, medico provinciale, dal Dott. Pitotti e dal sottoscritto relatore.

Il Comitato nel frattempo procurò con pubblicazioni sui giornali quotidiani e con conferenze di tener desta la propaganda e l'agitazione contro l'alcoolismo.

Si istituirono in Provincia due importanti Leghe o Società antialcooliche, l'una ad Udine, l'altra a Forni di Sopra in Carnia, le quali attendono ora la direttiva che indicherà a loro il Consiglio Sanitario per agire colla massima energia ed estendere la loro benefica azione anche fuori dell'ambito ristretto delle loro sedi. Si occuparono del grave argomento diversi Consigli Comunali, fra cui quello di Udine, e lo stesso Consiglio Provinciale stanziò per la lotta contro questa piaga lire 500.

Presentato nella seduta del Consiglio Provinciale Sanitario del 18 Febbraio 1907 il riassunto dell'inchiesta e due carte topografiiche a colori, rappresentanti l'una la distribuzione dell'alcoolismo in Friuli secondo i dati esposti nel questionario, l'altra quella degli alienati accolti nell'ultimo triennio per alcoolismo nel Manicomio Provinciale di Udine, il Consiglio Provinciale Sanitario, dopo matura discussione alla quale presero parte oltre il Prefetto Comm. Brunialti, il Prof. Fratini, il Dott. Pitotti il Comm. Celotti, il Prof Pennato, il Cav. Trabucchi Procuratore del Re, gli Avvocati Plateo e Pollis, il Relatore ed altri, con voti unanimi approvava il seguente:

ordine del giorno:

«Il Consiglio Sanitario Provinciale, udita la esposizione fatta dalla Sotto-

Commissione per la lotta contro l'alcoolismo dei risultati dell'inchiesta prefettizia sull'alcoolismo in Provincia di Udine;

Esaminate la carte semi-schematiche da questa presentate, che col porre in rilievo quali sieno i centri più colpiti dal male possono utilmente servire a spronare le energie locali a prendere provvedimenti in proposito;

Convinto che il mezzo più sicuro per istituire la profilassi dell'alcoolismo sia la diffusione della conoscenza dei danni che l'alcoolismo stesso induce nelle popolazioni;

Delibera la pubblicazione di una Relazione elaborata dalla Sotto-Commissione sui risultati dell'inchiesta in parola, Relazione documentata dai quadri riassuntivi dell'inchiesta e dalle carte geografiche della distribuzione dell'acoolismo nella Provincia, e di curarne l'invio a tutti i Sindaci e Autorità della Provincia e di porla in vendita a modico prezzo a scopo di propaganda;

Fa voti inoltre che sorgano le Società di Temperanza e le Leghe contro l'alcoolismo, le quali si facciano centro di diffusione della propaganda antialcoolica, appoggiate nella loro azione da tutte le Autorità politiche e amministrative;

Che vengano difficultate le concessioni delle licenze per gli spacci di vini e liquori a diminuirne il numero;

Che siano esattamente e rigorosamente applicate le vigenti disposizioni contro l'ubbriachezza e contro i venditori di vino e liquori a dosi tossiche coll'applicazione degli articoli 488 e 489 del Codice penale;

Che sieno istituiti Stabilimenti speciali per bevitori;

Che nell'attesa, per facilitare il trattamento degli alcoolisti nei Manicomi, se ne autorizzi la sequestrazione senza che questa importi in ogni caso necessariamente la perdita dei diritti civili, ostacolo alla loro permanenza nell'Istituto;

Che vengano istituiti i Caffè di temperanza, in cui sia esclusa la vendita di bibite alcooliche.

Si approvò pure la raccomandazione del Comm. Celotti per la sorveglianza degli spacci di liquori, e quella del Prof. Pennato per includere nei capitolati delle condotte mediche l'indicazione dell'obbligo della propaganda antialcoolica agli Ufficiali Sanitari.»

* * *

# RELAZIONE

## Intendimenti e metodi dell'inchieta

Anche in Italia da qualche anno la lotta contro l'alcoolismo si è organizzata e sorsero, per benemerita iniziativa di pochi apostoli ferventi, Leghe e Comitati antialcoolici e si chiamarono a Congresso i volonterosi che convinti esser tempo di porre riparo al dilagare del male, si affiatassero per imprimere un salutare impulso al movimento di propaganda contro questo obbrobrioso vizio e prevenire e curare la malattia.

Ma gli sforzi degli igienisti, dei sociologi, dei legislatori sembra si spuntino contro una fatalità miseranda del bisogno di ricorrere all'eccitante che inebbria, che dà la parvenza della forza ai muscoli, dell'agilità al pensiero, dell'oblio ai miseri; ma che indubbiamente e sicuramente conduce a rovina l'individuo e la

razza.

Quantunque i medici e gli alienisti e i nevropatologi in ispecie abbiano da tempo ammonito sui gravissimi danni dell'alcool, sì che fra le persone che abbiano anche mediocre coltura debbono esser noti i perniciosi effetti dell'uso e dell'abuso, il risultato ottenuto si può dir nullo, e vediamo continuare ad usare, non solo del vino, ma dei liquori anche la massima parte della persone colte. È indispensabile ripetere, specificare, illustrare tutti i danni individuali e sociali dell'alcoolismo, non già colle affermazioni che possono esser tacciate di opinioni personali, ma con dati statistici e con studi sperimentali, coi fatti, da cui sorga evidente l'insegnamento e il consiglio. Poichè se è d'uopo conoscere e istituire l'assistenza degli alcoolizzati, la terapia del male, in questa materia debbono gli sforzi esser rivolti essenzialmente a togliere o a diminuire le cause del male stesso, ed alla profilassi devono essere intese le maggiori nostre cure. E la miglior profilassi individuale è quella che verrà fatta esponendo in tutta la sua cruda realtà i danni che ci prepara l'alcoolismo.

Per questo la pubblicazione integrale di tutto il Questionario sarebbe molto opportuna, perchè dalla voce dei singoli medici condotti si riceverebbe, per un gran numero di Comuni della Provincia, una impressione vivissima del grave stato in cui l'abitudine eccessiva del vino e dei liquori ha condotte le popolazioni.

Ma l'opera riuscirebbe molto voluminosa e si perderebbe la possibilità di formarsi un concetto sicuro dello stato d'insieme delle condizioni generali della Provincia, ond'è che credemmo conveniente di procedere ad un riassunto del questionario, sintetizzando le risposte dei Medici in poche linee; espressione però del loro singolo giudizio e di comporre le tavole dimostrative che alleghiamo, come documento fondamentale. (Vedi Allegati N. 3 e N. 4).

Per poter poi avere graficamente l'espressione dei valori statistici e della loro distribuzione topografica mi sono valso di carte semischematiche della Provincia colla divisione per Comuni, nelle quali venne segnata con colori convenzionali la diversa intensità dell'alcoolismo.

Queste carte riescono per le stesse eloquenti e di facile lettura, e possono meglio di qualunque altro metodo diagrammatico riescire a dare una rappresentazione grafica complessiva degli elementi correlativi che si vogliono raffigurare, poichè a chi abbia conoscenza della geografia provinciale il nome segnato del Comune e la sua esposizione, rispettivamente ad altri vicini o lontani, basta a suscitare tutto un complesso di cognizioni da mettersi in relazione col fenomeno preso in esame, senza che vi sia sforzo mnemonico. Gioverà tuttavia gettare uno sguardo alle condizioni in cui si svolgono gli aggregati sociali nella nostra Provincia e fissare alcune nozioni sulla struttura fisica, economica, morale di essa, considerarne cioè il territorio e la popolazione, poichè la piaga dell'alcoolismo ripete, come ogni altro fenomeno patologico, le sue origini da una quantità di fattori, ciascuno dei quali deve essere poi considerato nei riguardi della profilassi.

***

## I fattori fisici e sociali della degenerazione e dell' alcoolismo

Se noi guardiamo complessivamente la carta della Provincia di Udine e pensiamo alle condizioni agricole del suo territorio, ci verrà fatto di divi-

derla in tre regioni ben distinte; quella delle montagne, quella delle colline e dell'altipiano, e quella della bassa pianura. La vasta cerchia di monti dal Cavallo al Mataiur racchiude le valli del Cellina e del Meduna, la Carnia, il Canal del Ferro e le altre minori dell'Arzino del Torre e del Natisone, che nei rapporti delle condizioni climatiche e telluriche si possono adun dispresso considerare appartenenti ad una stessa regione. Però le valliche si svolgono sulla sinistra del Tagliamento per essere in condizioni dipiù difficile viabilità e in clima più rigido formano un gruppo differenziato ed a sè, a caratteristiche proprie.

In tutta la regione alpestre però la proprietà comunale abbraccia la maggior parte della superficie dei boschi, e nella vera zona agricola la proprietà privata è invece suddivisa, potendosi calcolare in massima che la terra vi sia coltivata dallo stesso proprietario.

La zona agricola propriamente detta costituisce la parte minore, nel basso della valle e circondante le abitazioni. Nella zona dei pascoli estivi estesissima sono disseminate rare e meschi abitazioni per i pastori e il greggie vi soggiorna nella maggior parte all'aperto.

Nel piano della valle il gelso, il granoturco, la patata, la segale, il frumento cominciano a comparire, e quì e nelle basse pendici coltivate appare in modo evidente quanto possa il lavoro dell'uomo contro la natura. Fu ed è una lotta continua dell'attività umana contro gli elementi. Campicelli che formano un vero mosaico sul dorso delle montagne, sovra roccie scoperte e portatavi a braccia da lontano striscie di terra vegetale sostenuta da muriccioli. Quivi ogni lavoro, vangatura, seminagione, raccolto importa fatica per la distanza e l'ascesa.

È con vero amore, con un culto quasi che il valligiano s'adopra a render fertile il meschino ed arido suolo roccioso e trasformare in terriccio vegetale le sgretolate arenarie.

Eppure malgrado la diligentissima coltivaziane del piano e delle pendici bene esposte, la zona agricola delle montagne non può provvedere tutta la quantità di grano che occorre al consumo; e gli abitanti delle valli debbono di necessità importare dalla pianura i cereali, esportando però in compenso legnami da costruzione e da ardere, e bestiame. Un commercio che occupa molte persone, ma che le obbliga a fatiche esaurienti ed a strapazzi d'ogni sorta è quello del carbone.

Ma tutte le risorse economiche delle popolazioni alpine del Friuli non giungono a soddisfare ai bisogni di esse, e da tempi antichissimi la montagna ha dovuto cercare nell'emigrazione le sorgenti di lucro ed il pareggio del proprio bilancio.

L'emigrazione della montagna è ben diversa però da quella che specialmente in questi ultimi anni si è visto estendersi come sintomo di disagio economico al piano. Essa è esclusivamente temporanea, organizzata, ha una meta prefissa. Si scelgono e si imparano date professioni coll'intenzione già di emigrare per la certezza di trovare appoggio nei capi mestieri che hanno già precedentemente emigrato ed hanno aziende avviate altrove. E il sogno dell'emigrante montanino non è già di abbandonare la patria in cerca di una migliore, ma di farvi ritorno, se non arricchito, con qualche peculio, e terminare i suoi giorni, agiato, all'ombra del campanile del paesello natio, ricostrutta la casa paterna e migliorato il podere famigliare.

Ma questa emigrazione ha pure in se gli elementi più perniciosi per la determinazione dell'alcoolismo. Il ritorno periodico in patria, che molti emigranti fanno nei mesi d'inverno,

origina, sia per le abitudini acquisite sul lavoro nei paesi nordici, dove la temperatura è maggior consigliera dell'uso di alcoolici, sia perchè in attesa del ritorno all'estero e per la mancanza di lavoro, in quel periodo invernale in paese, l'emigrante si considera in periodo quasi di vacanza è ben provveduto di denaro in contanti frutto dalla laboriosa stagione passata fuori, origina l'abitudine di frequentare le osterie e di darsi all'ozio, ed è quindi fomite di alcoolismo.

La regione di mezzo della Provicia, quella dei colli e dell'altipiano, è senza dubbio la più popolata, la più varia per disparità di classi sociali, per condizioni topografiche, per l'esistenza di centri commerciali, industriali ed agricoli.

Essa comprende la ridente zona dei colli friulani che si sviluppano da S. Daniele a Tarcento, e l'altipiano pedemontano che da Caneva di Sacile per Aviano, Spilimbergo, raggiunge Udine e Cividale al di sopra della linea ferroviaria di Venezia. Questa regione è una delle più pittoresche ed amene e meglio esposte delle prealpi, e nei suoi colli che dominano il vasto piano friulano degradante al mare, chiusi dal semicerchio immenso delle Alpi, troviamo salubrità di clima, bellezza di paesaggio, borghi e villaggi numerosissimi, l'un l'altro continuatesi, dovunque disseminate ville signorili e case coloniche a brevi intervalli, comignoli fumanti annunzianti le industrie in fiore in Pordenone, in Udine, in Tarcento, campi di cereali e viti e gelsi dappertutto verso i colli, e le immense praterie da Sacile a Codroipo.

È da notarsi la coesistenza, la sovrapposizione presso Pordenone ed altrove, dell' elemento industriale, manifatturiero all'elemento agricolo. Ond'è che qui convenga considerare la popolazione agricola distinta da quella industriale.

Le risorse economiche del salario industriale danno un incentivo all'alcoolismo, e se l' industria libera dalla pellagra e dalla cattiva alimentazione l'operaio, induce altre cause di degenerazione che preparano un contingente non indifferente per l'alcoolismo.

Gli ambienti mal ventilati, gli orari prolungati, le qualità del materiale, l'età dei lavoratori le posizioni obbligate, l'inspirazione di polveri, la temperatura del materiale e dell'ambiente ecc., sono altrettante concause che alterano e danneggiano la salute dei lavoratori e agiscono su tutta la popolazione, producendo un lento ma progressivo deperimento della razza.

La classe operaia infatti presenta una minor resistenza alle malattie e la sua mortalità proporzionalmente supera quella del resto della popolazione. Quindi maggiori danni produrrà l'abuso dell'alcool.

Ol ogni modo se il fattore industriale interviene a sollevare la miseria agricola e non imprime generalmente parlando una fisonomia particolare alla patologia della regione, pure è fomite all'alcoolismo degli uomini e del diffondersi della neurastenia nelle donne e nei fanciulli e di un affievolimento dei vincoli famigliari e dei principi etici.

Occorre poi tener presente che in questa zona esistono i centri urbani maggiori, Udine, Pordenone, S. Daniele, Cividale, dove abbondano più che nella campagna gli spacci delle bevande alcooliche e più frequenti sono gli allettamenti all'intemperanza.

La terza ed ultima zona che dobbiamo e esaminare è quella della bassa pianura meridionale della Provincia. Al disotto della linea ferroviaria Udine- Codroipo- Pordenone si va gradatamente incontrando la grande coltura e gli estesi tenimenti dove vi sono molte praterie e abbondanza di acque superficiali, e l'organismo agricolo si avvicina a quello industriale per la necessità del coltiatore sala-

riato, colla differenza che vi è mantenuta l'inferiorità economica dal basso prezzo delle mercedi. Per valutare l'azione che il coefficiente economico può esitare su di un contadino della bassa dovremo tener esatto calcolo del posto che esso occupa nella gerarchia dei lavoratori della terra.

La classe che è in condizioni più sfavorevoli è certo quella dei coloni e contadini avventizi, che non possono neppure usufruire del benefizio dei prodotti migliori del suolo, ma sono obbligati ad accettare o a ricercare essi stessi per l'alimentazione il granoturco scadente.

È qui che la pellagra ha maggior sviluppo, e quì si hanno quelle forme sovrapposte di pellagra ed alcoolismo che si presentano gravissime.

Però la minore emigrazione temporanea, il minor numero di centri abitati, la scarsità delle industrie, la deficenza di denaro circolante, il clima migliore meno rigido d'inverno sono condizioni meno propizie per lo sviluppo dell'alcoolismo.

***

## La distribuzione topografica dell'Alcoolismo in Friuli

Esaminiamo ora la carta N. 1, nella quale con quattro diverse gradazioni di colori sono segnati i Comuni in rapporto alla intensità dell'alcoolismo. Con colore a tinta più forte ho segnato quei Comuni nei quali l'inchiesta dichiarava essevi molto alcoolismo non solo, ma che esso vi è in aumento progressivo. Col secondo grado quelli dove l'alcoolismo è molto sviluppato, senza assumere un aspetto allarmante. La terza gradazione è per i comuni, che senza essere stati notificati nell'inchiesta come fortemente colpiti dalla piaga, vi si scorge però una tendenza all'aumento. Col quarto colore, il meno intenso, quelli dove non si può parlare di alcoolismo generalizzato.

Or bene i Comuni più colpiti sono: Udine, Pordenone, Spilimbergo S. Vito di Fagagna, Sauris e Cercivento, che ci rappresentano il centro di zona di diffusione dove l'alcoolismo è molto sviluppato. Infatti da Udine si partono una ininterrotta serie di Comuni disegnanti una C aperta verso Meretto, Coseano, S. Odorico, S. Giorgio della Richinvelda immuni da alcoolismo, e questa C di Comuni a sud-ovest raggiunge Codroipo, ed a nord-ovest S. Daniele e Spilimbergo. Da qui si staccano due altre zone colpite; a monte il gruppo di Frisanco, Maniago, Montereale, Aviano, a valle Cordenons e Pordenone.

Nella montagna le valli confluenti al Tagliamento da Forni Avoltri, Rigolato, Ovaro, Ligosullo, Treppo, Arta, Zuglio, Paularo a Tolmezzo e da Forni di Sopra, Forni di Sotto ad Ampezzo figurano molto colpite dall'alcoolismo.

Aree staccate si hanno verso Tarcento, Nimis, Ciseriis, Artegna, Montenars, e da Chiusaforte, Resiutta e Resia. E nella pianura Gonars, Porpetto Bagnaria, S. Giorgio di Nogaro, Carlino.

Immune rimane la zona alla destra del Tagliamento: Tramonti di Sopra e di Sotto, Forgaria, Trasaghis; tutto il Distretto di Sacile e di S. Vito, di Latisana e di S. Pietro. Gemona, Venzone, Amaro e Moggio sono pure immuni.

Però questa distribuzione che si è desunta dai dati dell'inchiesta è il risultato di un apprezzamento soggettivo del Sanitario che ha compiuto la ricerca, e questa per la varietà dell'indirizzo diagnostico non può avere un valore assoluto.

Ho pensato di aggiungere nella Carta N. 2 i dati invece desunti dall'osservazione manicomiale per le psicosi alcooliche, i quali, dati sebbene

limitati per numero e non comprendenti le forme leggere, dove non vi sia lesione delle facoltà psichiche, sono sicuri, per la osservazione lunga ed accurata che si è potuto fare dei soggetti, e soddisfano a quell'unità di indirizzo che è indispensabile per poter accettare senza titubanza un diagnostico, non sempre facilmente rilevabile.

Se vi è però alcoolismo senza disordini mentali, è indubitato il nesso fra l'abuso cronico dell'alcool e la pazzia, ed è noto che le forme di frenosi alcooliche sono straordinariamente frequenti nei Manicomi delle nazioni nordiche, dove si fa un generale uso più abbondante di alcool da tutta la popolazione. Perciò non cadremo in errore ritenendo che la maggiorparte degli alcoolizzati impazziti, e quindi accolti nell'ospizio, provengano dai paesi dove l'uso di bevande alcooliche siasi reso più generale, e perciò questa seconda Carta integrerà la prima e potrà essere una prova dell'attendibilità della inchiesta.

Infatti noi vediamo che tutti o quasi tutti i Comuni segnati nella seconda Carta, e cioè quelli che hanno dato nel trennio alienati per l'acoolismo al Manicomio, sono gli stessi che nella prima Carta figurano come fortemente colpiti dal male. Questa Carta è come una riproduzione più concentrata della prima, ed è conferma della esattezza dell' inchiesta.

Sapremo così da questa topografia dell'acoolismo in Friuli dove più urga il bisogno di agire e quali sieno i Comuni dove occorra convergere gli sforzi della propaganda.

***

## I mezzi di difesa e l'organizzazione della lotta anti-alcoolica

Allo scopo però di indicare le linee principali dell'azione contro l'alcoolismo, sembra alla Commissione utile di esporre alcuni concetti generali intorno ai mezzi che essa ritiene migliori per la lotta, e di riassumere brevemente i danni dell'alcoolismo.

L'uso abituale ed eccessivo delle bevande spiritose produce un complesso di alterazioni che colpiscono la massima parte delle funzioni organiche. Queste alterazioni che dapprima possono essere semplicemente funzionali e transitorie finiscono col diventare organiche e permanenti. Per giungere all'alcoolismo cronico non occorre passare necessariamente attraverso numerosi attacchi di alcoolismo acuto. Sono molto numerosi i casi di persone che non si ubbriacano mai, sia per una tolleranza speciale all'alcool, sia perchè lo introducono in piccole quantità ad intervalli distanziati. Ma anche preso l'acool sotto questa forma, impregna continuamente i tessuti, perchè non si dà tempo alla eliminazione della quantità ingerita quando se ne introduce la nuova, cosicchè nell'organismo circola sempre una quantita di alcool.

***

## I danni dell'alcool

Le bevande alcooliche producono i primi effetti sulla mucosa boccale, faringea, e sull' esofago, cagionando una sensazione di bruciore, arrossamento anormale della bocca e della faringe, uno stato dispetico, l'anoressia è completa, il cibo ispira uno forte ripugnanza e la propensione per le sostanze acide e per le droghe.

Anche quando il malato obbedendo alle sue sensazioni si mantiene in dieta assoluta, ha nausee, vomiti, specie al mattino. Questa è l'ora in cui il malessere dell'alcoolizzato è maggiore. Il vomito mattutino può essere anche biliare. Se non si riconduce alla

Sobrietà forzata il malato, i sintomi si aggravano in una vera gastrite cronica, nessun alimento può più essere digerito, nè ingerito. All'autopsia si riscontrano ulcerazioni, indurimenti retrazione. della mucosa L' intestino reagisce con diarrea alternata a stitichezza, si determina una enterite cronica.

Il fegato è uno degli organi che con frequenza viene leso nell'alcoolismo cronico. Ogni accesso alcoolico produce una congestione momentanea nel fegato e determina poi uno stato di iperemia permanente della glandola. Si ritiene in generale che il fegato grasso sia specialmente la conseguenza di abusi di bevande concentrate, liquori ed acquavite, e che la cirrosi epatica sia invece più comune nei bevitori di vino. La condizione patologica del fegato induce una quantità di disturbi e di lesioni negli altri organi, che la clinica medica ha ormai ben definiti e sui quali sorvoleremo.

L'azione dell' alcool sui reni può determinare anche una nefrite acuta, sempre a lungo andare la nefrite parenchimatosa, la degenerazione grassa. Specie nei bevitori di birra si osservano le lesioni renali.

L'apparecchio respiratorio presenta una speciale morbilità negli alcoolisti. Gran parte dell'alcool ingerito viene eliminato per via respiratoria, frequenti i catarri bronchiali e laringei, la pneumonite offre una gravitá speciale per le condizioni fatte al cuore. Non è più da porsi in dubbio la frequenza della tubercolosi polmonare negli alcoolizzati. La voce di un alcoolizzato diventa rauca, gutturale, talvolta afona pel propagarsi delle lesioni infiammatorie alla laringe. Notevolissime sono le lesioni degli organi della circolazione. L' adiposi del cuore non è rara negli alcoolizzati. L' arterio-sclerosi è determinata precocemente e puó raggiungere un grado altissimo, cosichè le emorragie cerebrali sono frequenti. I capillari, specie quelli della faccia, permangono in uno stato di permanente dilatazione, che dà all' alcoolizzato una maschera caratteristica, unitamente all'acne rosacea. Frequente è l'impotenza nei bevitori provvidenziale per diminuirne i dannosi effetti nella prole, coll' idiozia, l'epilessia, la criminalità, la pazzia.

Non sarà mai abbastanza condannato l'uso dei liquori. È qui dove la lotta contro l'acoolismo si deve fare più intensa, sia perchè maggiori e più rapidi danni ne derivano all'organismo, sia perchè il veleno si introduce quasi senza saperlo e si hanno gli alcoolizzati di occasione. Tutte le bevande spiritose, i liquori sono pin tossici dell' alcool; è più dannoso pei centri nervosi assorbire uno o due bicchierini di liquori, che una quantità di alcool corrispondente; eppure la moda e l'uso dell' assenzio, del vermouth, della chartreuse si infiltra anche nelle famiglie più severe, che non ammetterebbero nella loro societa un bevitore immoderato di vino. Si preparano anche nelle più modeste famiglie, come un esercizio divertente e senza conseguenza, i liquori aromatizzati con veleni vegetali ancora sconosciuti in tossicologia. Tutti i profumi, gli aromi che si associano a caso a dare all' acool delle nuove se duzioni pei capricci del gusto, sono un'aggravante che si aggiunge ai misfatti dell'alcoolismo. Si potrebbe a ragione parlare di un alcoolismo semplice e di quello aromatico. Meriterebbe veramente di essere più studiata di quello che non sia finora l'azione delle sostanze aromatiche nella determinazione dei danni dell'alcoolismo.

*
* *

## Legislazione e Profilassi

Circa le misure profilattiche contro l'alcoolismo è indubitato che in linea

generale occorra l'intervento dello Stato a moderare il consumo dell' acool, e che un maggior rigore contro chi si renda colpevole di ubbriachezza potrà condurre a ottenere qualche vantaggio. Non già che noi crediamo che la pena possa impedire il reato, pell'acoolismo come pella criminalità agiranno ben più i sostitutivi penali che non l'inasprimento delle misure coattive e proibitive.

Per nessun decreto di principe o di assemblea la criminalità, la prostituzione, l'alcoolismo vennero estirpati fra i popoli. Ma la lenta azione correttiva sopra diverse generazioni delle misure penali, minacciate dal codice servirà almeno a tener lontani gli onesti dal cadere in un'abitudine pericolosa, quando questa venga considerata reato.

E se passiamo a riassumere quanto in fatto di legislazione si è attuato e proposto all'estero, vediamo che i rimedi repressivi sono i più comuni, i più facili, ma anche i meno efficaci. Tutti i paesi imitando l' Inghilterra hanno comminate pene per gli ubbriachi, per i venditori di bevande alcooliche e per i fabbricanti di alcool. Ma è, come afferma il Ferri, inutile colpire gli effetti quando non si eliminano le cause. I rimedi fiscali, che i Ministri delle Finanze di tutti i paesi hanno molto allegramente accettato, hanno però data origine ad un nuovo reclamo, e cioè alla frode ed alla distillazione e fabbricazione clandestina, ed all' impiego di alcool industriali più dannosi, e si resero enormemente più tossiche le bevande alcooliche, deteriorandone la qualità.

Il monopolio di Stato in Svizzera ed un Russia non ha giovato a diminuire il consumo dell' alcool. I rimedi di polizia, le misure restrittive contro gli spaci di bevande alcooliche, non giungono a ridurre la quantità dell'alcool consumato in un anno per persona. Invece che nella bettola si beve in casa. I meno inutili sono i rimedi psicologici, la propaganda, la diffusione della conoscenza dei danni dell'alcoolismo, la trasformazione delle bettole in caffè di temperanza, col miglioramento delle condizioni economiche e morali, insomma coi rimedi sociali.

***

## La Cura

Circa il trattamento da istituirsi per gli alcoolizzati accenneremo al riposo, alla soppressione delle bevande alcooliche e alla somministrazione di diuretici, alcalini. Un tempo si usava ricorrere metodicamente alla stricnina ed all'oppio.

Si cercherà di calmare il malato coi bagni tiepidi prolungati e compresse fredde al capo. Se l'insonnia è tenace i migliori sedativi sono ancora il bromuro e il cloralio. La dieta preferibilmente lattea al duplice scopo diuretico e alimentare. Se vi siano lesioni psichiche sarà ottimo provvedimento l'invio al Manicomio.

Sarebbe salutare l'invio dell'alcoolizzato in Case di salute speciali; ma nelle Case di salute come possono funzionare da noi, dove non si è autorizzati a trattenere contro la volontà del paziente i malati, la cura viene ad essere impossibile perchè di troppo breve durata, e in Italia nei Manicomi dopo il periodo di osservazione, se constatato il bisogno di un lungo ricovero, il soggetto viene a perdere i diritti civili, poichè gli viene di ufficio nominato il curatore provvisorio, o si passa al giudizio di interdizione. E questo procedimento, non desiderato dai parenti stessi del malato, fa sì che molti alcoolisti sfuggano alla cura manicomiale, la sola efficace e possibile in Italia, nè sempre questo provvedimento è necessario ed opportuno. Parecchi che hanno bisogno di essere forzatamente sottratti all'azione

dell'alcool, sono però in condizioni da provvedere ottimamente ai propri interessi. Commercianti, industriali, impiegati ecc., che fatalmente sono stati trascinati all'abuso di alcoolici, passato il periodo delirante, ritornano in piena consapevolezza della condizione morbosa originata dell'alcool, si sottopongono di buon grado ad una continuazione della cura. Ma esigono di provveder loro stessi all'andamento delle loro aziende. Il Direttore deve però procedere ad ottenere il decreto di ricovero definitivo con le sue conseguenze legali, ed ecco che allora dal Tribunaleverrà promòsso quel giudizio di interdizione che sarà osteggiato non solo dal malato ma parenti, ed in allora questinon dai vorrannopiù attenersialle struzioni del medico, ma cambiato parere, promuoveranno la dmissione del ricoverato.

Occorre dunque che in Italia, se si vuole energicamente e utilmente provvedere al trattamento dell'alcoolista o in manicomi od in asili speciali, si venga ad una modificazione, almeno in via di transazione, della legge sugli alienati, col considerare secondo l'indicazione dei medico — direttore il ricoverato alcoolista non allo stretto rigore della legge e del regolamento, ma caso per caso, sospendendo il giudizio di interdizione quando si sia dichiarato che il soggetto non ne necessiti, epperò venga autorizzata egualmente la sua sequestrazione nello Stabilimento. Si tratterebbe insomma di non rendere indispensabile il giudizio di interdizione col decreto di ricovero definitivo. Si dovrebbe in una parola annettere a richiesta del Direttore al continuazione per l'alcoolista convalescente, della capacità giuridica.

* * *

## Propaganda di temperanza

Però astrazion fatta dalla istituzione di Asili per bevitori e da Leggi dello Stato si deve molto far calcolo sulla propaganda per opera delle persone di coltura elevata, e che sappiano accaparrarsi la fiducia pubblica. Si comprende come la massa del popolo possa esser vittima incosciente di tutti gli allettamenti coi quali si cerca di coonestare il commercio dell'alcool. L'industria è interessata alla cristallizzazione dell'uomo nella semplicità dell'ignoranza, e a far perdurare i pregiudizi del passato. Ma il pubblico non segue certo il solitario apostolo che, novello Gionata, predichi la distruzione della società, se venga concesso l'uso di una tazza di birra o di un bicchier di vino. Il predicatore dell' astinenza completa per tutti non porterà, a nostro avviso, vantaggio alcuno alla grande maggioranza dei bevitori. Già alcune voci sorsero anche nel campo puramente scientifico a combattere l'esagerazione dei danni derivati dall'uso moderato dell'alcool, ed è qui opportuno ricordare quanto al Congresso sulle Malattie del Lavoro, tenutosi nel 1906in Milano, un grande fisiologo ebbe a dichiarare.

La Relazione dell' Albertoni e dell' allievo suo F. Lussana sugli effetti dell' alcool sul lavoro muscolare porta le seguenti conclusioni:

1. L' alcool ha una influenza sfavorevole sopra il lavoro muscolare, perchè se anche in chi è assuefatto ad esso, vi è un leggero aumento di lavoro subito dopo l'ingestione, questo aumento è fugace, e scompare per dar luogo a una depressione notevole e di lunga durata.

2. L' alcool perciò è da sconsigliarsi a tutti coloro che devono ottenere il massimo rendimento dal sistema muscolare, è cioò da evitarsi prima dei grandi sforzi.

3. L'alcool é pericoloso a tutti coloro che lavorano in condizioni di temperature molto basse, come avviene nei paesi freddi, nell'inverno, e nell'alta montagna.

4. L'alcool per l'uomo che deve compire quotidianamente un medio lavoro, senza avere a propria disposizione un'alimentazione sovrabbondante e ridercata, usato durante i pasti, sotto forma di vino e in modica quantità, costituisce un aiuto notevole:

*a)* perchè mentre possiede un valore termodinamico assai elevato, brucia totalmente in seno all'organismo al posto di isodinamiche quantità di alimenti, rendendo così possibile, a seconda dei casi, di risparmiare il grasso e l'albumina corporea, oppure di risparmiare e accumulare le equivalenti quantità di sostanze alimentari;

*b)* perchè senza previo lavoro digestivo fornisce le calorie che esso contiene:

*c)* perchè colla sensazione subbiettiva di benessere e di euforia, rende meno gravoso e meno ingrato il lavoro quotidiano a chi ogni giorno deve lavorare per vivere.

***

## La funzione del medico nella lotta anti-alcoolica

---

Occorre invece secondo noi che la propaganda venga incessantemente esercitata dai Medici, che sono le persone più adatte per divenire i protagonisti nella lotta. Sarà utile che il medico sia astimente perchè chi predica bene non deve razzolar male.

Ma il suo insegnamento si limiti pure alla temperanza. Ma faccia conoscere tutti i danni dell'alcool, anche se non si raggiunga lo stato di ebrietà, dimostri tutta l'insidia contenuta nei liquori, nel vermouth, nelle acqueviti. Colpisca la fantasia dei suoi clienti colla narrazione di tutti i casi, in cui la causa determinante od occasionale delle malattie che cura è riposta nell'uso e nell'abuso di bevande alcooliche; non sopporti di rendersi complice dell'alcoolizzazione dei suoi malati colla prescrizione di un prodotto che non è mai indicato come agente terapeutico, continuato.

L'alcoolismo è un male profondo che ha resistito a tutti gli attacchi fino ai nostri giorni. Occorre che, come in tempi di grandi calamità pubbliche si faccia nascere una coscienza novella di dovere, di sacrificio, di responsabilità in tutti i buoni cittadini. Si raggruppino quindi, a dimostrare che il pericolo esiste e che urge provvedervi, tutti gli eletti a dar l'esempio della astinenza, per ottenere nella massa la temperanza per dovere di solidarietà, a suscitare il desiderio di dare il buon esempio.

Lo Stato può e deve intervenire; ma lo Stato non è che l'emanazione della coscienza nazionale. Nessuna misura legislativa sarà efficace se essa non sia voluta fortemente dall'opinione pubblica. Lo Stato dell'oggi è impossibile abbia a suicidare la propria finanza abolendo il commercio dell'alcool. Gli industriali continueranno ad avvelenarci perchè hanno i loro difensori nel Parlamento. Non dobbiamo cominciare dal capo, ma dalla coda. Occorre che una nuova coscienza si formi. E questo lavoro lo dobbiamo compiere noi, che già siamo convinti dei danni dell'alcoolismo. Auguriamoci che i Medici tutti si pongano alla testa di questo movimento di salutare riforma.

# Distretto di Maniago.

## (Regione montuosa e piana)

### *Comune di* Maniago.

*Generalità.* — L'abuso delle sostanze alcooliche si può dire comune.

*Spacci di vino e liquori ecc.* — Dei liquori è preferita la grappa. Più abuso di vino che di liquori. Vi sono 5 alberghi, 3 trattorie, 25 osterie, 6 liquorerie, 2 caffè.

*Consumo personale.* — Non è possibile fare una media.

*Danni.* — Nel 1903 vi furono 99 morti, dei quali 48 maschi e 51 donne. Di questi, 16 abbreviarono l'esistenza per l'abuso dell'alcool. Si notano poi diversi casi con segni manifesti di alienazione, specialmente deficienti e degenerati fisicamente. Diversi bambini morti per meningite. Nell'ultimo quinquennio vennero inviati al Manicomio 8 individui per alcoolismo.

*Alcoolismo.* — L'abuso dell'alcool non si riscontra che negli adulti e di tutte le arti e mestieri senza distinzione.

*Pregiudizii.* — In via generale, l'alcool è ritenuto rinforzante, e nessun altro pregiudizio.

*Provvedimenti.* — Una migliore comunicazione coi Centri ferroviarii onde ottenere una diminuzione dei prezzi di 1ª necessità potrebbe influire a diminuire l'uso e l'abuso delle bevande alcooliche.

### *Comune di* Andreis.

*Generalità.* — L'abuso dell'alcool si riduce ad una ventina d'individui, che finora non ne risentirono alcun danno.

*Spacci di vino e liquori ecc.* — Si abusa quasi egualmente dell'uno e dell'altro. La grappa è il liquore usuale. Nell'interno del paese vi sono 5 spacci di vino e liquori e 2 in una vicina borgata.

*Consumo personale.* — La quantità approssimativa giornaliera personale negli adulti alcoolisti, per i liquori è di circa 2 decilitri e ½, per il vino di circa 1 litro ½.

*Danni.* — Nel 1903, e in un solo caso l'alcoolismo provocò una tubercolosi, che lo condusse a morte.

*Alcoolismo.* — Nell'età adulta e in generale in quelli che esercitano mestieri che permettano loro di guadagnare, senza bisogno di recarsi all'estero (qualche falegname, scalpellino, ecc).

*Pregiudizii.* — In via generale l'alcool è ritenuto un benefico ricostituente.

*Provvedimenti.* — Aumentare il prezzo dei liquori, ed obbligare gli esercenti a non servire più di una certa quantità di liquori o di vino per individuo.

### *Comune di* Arba.

*Generalità.* — L'abuso dell'alcool è esteso. Negli ultimi 5 anni andò aumentando.

*Spacci di vino e liquori ecc.* — Si abusa nel bere vino ed anche liquori di infima qualità. Su 2000 abitanti sette osterie con spaccio di

liquori e due sole di vino.

*Consumo personale.* — La media di consumo di vino per ogni persona è di tre litri al giorno, senza poter precisare il consumo dei liquori.

*Danni.* — 46 morti nel 1903 contro 93 nel 902 e 15 nel 901. Diversi sifilitici ed alcoolizzati. La prole deficientissima di sviluppo fisico e morale. Varie famiglie rovinate per l'alcoolismo.

*Alcoolismo.* — Sotto all'età dei 20 anni, si riscontrarono degli alcoolisti negli emigranti.

*Pregiudizii.* — L'alcool è ritenuto un benefico ricostituente.

*Provvedimenti.* —

## *Comune di* Bartis.

*Generalità.* — Si abusa dell'alcool e nei 5 ultimi anni andò aumentando.

*Spacci di vino e liquori ecc.* — Uso di vino; e dei liquori il preferito è la grappa. Vi sono 12 osterie.

*Consumo.* — La media di consumo di vino giornaliero di ogni individuo è di un litro; e di un decilitro di grappa.

*Danni.* — Nessuno; solo uno nell'ultimo quinquennio venne inviato al manicomio per mania alcoolica.

*Alcoolismo.* — Ci sono 5 donne affette da alcoolismo.

*Pregiudizii.* — È ritenuto dalla generalità che l'alcool sia dannoso alla salute.

*Provvedimenti.* — Far aumentare il prezzo dei liquori ed impiantare qualche Industria che dia lavoro agli uomini obbligati all'ozio forzato.

## *Comune di* Cavasso Nuovo.

*Generalità.* — Poco uso di liquori.

*Spacci di vino e liquori ecc.* — Consumo di vino; piccolo consumo di grappa e slivovitz. In totale le osterie sono 14, di cui 4 nelle frazioni.

*Consumo.* — Si può calcolare 1 litro e ½ di vino a testa e due decilitri di liquori.

*Danni.* — Fu inviato al Manicomio un adulto per mania alcoolica.

*Alcoolismo.* — Negativo.

*Pregiudizii.* — Si ritiene dal popolo che l'uso non l'abuso dei liquori sia benefico.

*Provvedimenti.* — Commendevole sarebbe l'istituzione di leghe antialcooliche e conferenze popolari in proposito.

## *Comune di* Cimolais.

*Generalità.* — Uso molto limitato.

*Spacci di vino e liquori ecc.* — Consumo più di vino che di alcool. Vi sono 5 spacci di vino e liquori. In piccola parte si beve la grappa e slivovitz.

*Consumo.* — Giornalmente un alcoolista adulto consumerà circa ¼ di litro di alcool con ½ litro di vino.

*Danni.* — Durante il 1903, un solo accelerò la sua fine per abuso di alcool.

*Alcoolismo.* — Gli alcoolisti si notano specialmente negli emigranti.

*Pregiudizii.* — La popolazione non tiene in alcun concetto l'azione dell'alcool.

*Provvedimenti.* — A questa buona gente non manca che una buona strada, che li metta a contatto con il mondo civile.

## *Comune di* Claut

*Generalità.* — L'alcoolismo è alquanto esteso.

*Spacci di vino e liquori.* — Si abusa più specialmente di liquori. Preferita la grappa. Vi sono 14 Osterie di vino e liquori.

*Consumo.* — Si può calcolarlo per persona in decilitri 2 e ½ di alcool ed 1 litro e ½ di vino.

*Danni.* — Su 59 decessi nel 1903 otto affrettarono la morte per abuso d'alcool.

*Alcoolismo.* — Si riscontrano una

— 28 —

trentina di donne alcoolizzate; fra i dieci e vent'anni ve ne saranno circa 25. L'abuso dell'alcool è in tutti gli individui, boscaioli, ecc.

*Pregiudizii.* — Il popolo considera l'alcool come benefico, ricostituente, antisettico.

*Provvedimenti.* — Bisognerebbe provvedere vino migliore e più a buon mercato.

### *Comune di* Erto Casso

*Generalità* — Si fa molto uso d'alcool.

*Spacci di vino e liquori.* — Si abusa di vino e liquori. Vi si trovano nove esercizi di spaccio vini ed alcool.

*Consumo.* — È in media di ¼ di litro giornaliero di liquori. Delle giornate di pausa, succeddono poi 2-3 giorni di ubbriacature.

*Danni.* — Vi sono dei bambini con accessi epilettici, dementi; molti i morti di meningite.

*Alcoolismo.* — Negli operai che passano l'intero inverno nell'ozio, mentre le donne lavorano.

*Pregiudizii.* — Il popolo considera l'alcool come benefico, ricostituente antisettico.

*Provvedimenti.* — Proibire il giuoco delle carte e quello della mora e costringere gli esercenti a chiudere assai presto.

### *Comune di* Fanna

*Generalità.* — Vari i dediti alle bibite alcooliche.

*Spacci di vino e liquori ecc.* — Si abusa più di vino che di liquori, si beve però anche grappa e slivowitz. Osterie ve ne sono 18.

*Consumo.* — Si calcola a 2 decilitri di liquori e ad 1 litro e ½ di vino.

*Danni.* — Su 54 morti nel 1903, 2 soli morirono per effetto dell'alcool.

*Alcoolismo* — Negativo

*Pregiudizii.* — In generale ritiensi che l'alcool sia un rinforzante ed eccitante la digestione.

### *Comune di* Frisanco

*Generalità.* — Condizioni abbastanza deplorevoli.

*Spacci di vino e liquori ecc* — Si fa molto uso di vino, poi grappa, sliwovitz, fernet. Osterie 19.

*Consumo.* — Per gli adulti si può calcolare 4 litri al giorno: di liquori 5 decimi.

*Danni* — Su 54 morti nel 1903 sei si possono considerare per abuso di liquori.

*Pregiudizii* — L'alcool si ritiene un rinforzante eccitante la digestione.

*Provvedimenti.* — Meno accondiscendenza nel concedere licenze per spacci vini e liquori.

### *Comune di* Vivaro

*Generalità.* — Moderato in paese.

*Spacci di vino e liquori ecc.* — Preferenza al vino. Vi sono forti bevitori di grappa. Su 9 osterie, 8 spacciano grappa.

*Consumo.* — Taluni bevono anche 5 decilitri di grappa, e la media dei bevitori di vino toccano i tre litri al giorno.

*Danni.* — Su 2700 abitanti morirono 39 individui; tre per abuso alcoolico. Tre bevitori di grappa vennero inviati al Manicomio.

*Alcoolismo.* — Pochi casi, di cui uno finito col suicidio.

*Pregiudizii.* — L'alcool si ritiene un rinforzante, eccitante la digestione.

*Provvedimenti.* — Conferenze contro l'alcoolismo. Distribuzione di opuscoletti che dimostrino le tristi conseguenze dell'alcoolismo.

*Comune di* Trivignano

*Generalità.* — È molto diffuso l'alcoolismo.

*Spacci di vino e liquori ecc.* — Si beve più vino, poi grappa.

*Consumo.* — La media è di 1 litro, e di 1 decilitro di grappa per bevitore.

*Danni.* — Nessuno.

*Alcoolismo.* — Negativo.

*Pregiudizii.* — Crede al potere nutriente, riscaldante dell'alcool.

*Provvedimenti.* — Aumentare il dazio sull'alcool e diminuire gli esercenti.

# Distretto di Pordenone.

## (Regione piana e collinare)

### *Comune di* Pordenone

*Generalità.* — Pessima, sempre in aumento.

*Spacci di vino e liquori ecc.* — Si abusa in modo straordinario di tutti i liquori, specie grappa. In tutto, capoluogo e frazioni, esercizi 104.

*Consumo* — Impossibile rispondere.

*Danni.* — Nel 1903 i morti per abuso di alcool si calcolano a 20. Inviati al manicomio 12, frequenti risse.

*Alcoolismo.* — Nelle donne raramente; si osservano casi di ubbriachezza nei ragazzi sotto i 10 anni accompagnati dai genitori nelle osterie.

*Pregiudizii.* — Non si va senza la macchina riscaldata, per farla andare ci vuol carbone, senza di questo quindi non si può lavorare.

*Provvedimenti.* — Chiusa al più presto alla sera le osterie, e più ancora chiusura permanente di quegli esercizi, il di cui padrone somministra da bere ad ubbriachi.

### *Comune di* Aviano

*Generalità.* — È molto pronunciato; tende a diminuire.

*Spacci di vino e liquori ecc.* — Fra capoluogo e frazioni 40 esercizi; più di una metà con vini e liquori e solo liquori. Preferita la grappa.

*Consumo.* — I bevitori non bevono vino; abusano di grappa, 10, 15 decilitri al giorno: in media 4 decilitri.

*Danni* — Nel 1908, per effetto dell'alcool, morirono 3 individui, 5 furono inviati al manicomio. Molte famiglie rovinate. Qualche ferimento.

*Alcoolismo.* — Gli operai si distinguono nel consumo dell'alcool.

*Pregiudizii* — Medesima opinione.

*Provvedimenti.* — Aumentare il dazio sull'alcool, limitare le ore degli spacci.

### *Comune di* Azzano X.°

*Generalità.* — Non molto disastrosa.

*Spacci di vino e liquori, ecc.* — Capoluogo e frazioni 25 osterie con liquori. Si beve vino, ma gli agricoltori preferiscono la grappa.

*Consumo.* — Un alcoolista consuma in media 2 litri vino, ed 1 d'acquavite. In circostanze eccezionali ne beve 4 di vino e 2 di grappa.

*Danni.* — Non si riscontrano danni: uno è stato fulminato dall'alcool. Spesso risse sanguinose.

*Alcoolismo.* — Bevono anche le donne. Gli alcoolizzati gravi sono 5

7. L'emigrazione aumenta la tendenza all'alcool.

*Pregiudizii.* — L'uso dell'alcool è considerato rinforzante, ricostituente.

*Provvedimenti.* — Richiama e gli agenti dell'ordine a far rispettare dagli esercenti la legge sulla distribuzione di liquori ai già bevuti.

### *Comune di* Cordenons

*Generalità.* — Pessime negli uomini, donne, ragazzi.

*Spacci di vino e liquori ecc.* — Si abusa di vino e liquori. 13 osterie miste e 6 solo liquori.

*Consumo.* — Si può calcolare dai 5 ai 6 litri di vino da 5 a 6 decilitri di liquori.

*Danni.* — Nel 1903 morti 6; al manicomio 5. Le famiglie rovinate 3. Alcoolizzati gravi trenta circa.

*Alcoolismo.* — Uomini, donne, ragazzi, operai e contadini tutti esorbitano.

*Pregiudizii.* — La ritengono rinforzante, ricostituente.

*Provvedimenti.* — Chiudere molte osterie e spacci di liquori.

### *Comune di* Fiume

*Generalità.* — Moderati.

*Spacci di vino e liquori ecc.* — Capoluogo e frazioni 45 esercizi vino e liquori, si abusa più di vino.

*Consumo.* — I pochi consumano da 3 a 4 litri vino, 4 a 5 decilitri grappa.

*Danni* — Non si conosce che uno che subì condanne.

*Alcoolismo.* — Negativo.

*Pregiudizi* La grappa taglia l'aria, uccide i microbi

*Provvedimenti.* — Stante la classe che è dedita all'alcool, ogni provvedimento approderebbe a poco.

### *Comune di* Fontanafredda

*Generalità.* — Moderati.

*Spacci di vino e liquori ecc.* — Capoluogo e frazioni 15 osterie miste e 3 solo liquori, cognac, e grappa preferiti.

*Consumo.* — Varia da $^1/_2$ ad un litro al giorno.

*Danni.* — Non degni di nota.

*Alcoolismo.* — N. 5 donne e gravi alcoolizzati due adulti.

*Pregiudizii.* — La grappa taglia l'aria, uccide i microbi.

*Provvedimenti.* — Arresto degli ubbriachi, multe agli osti che somministrano a quelli bibite.

### *Comune di* Montereale

*Generalità.* È molto sviluppato

*Spacci di vino e liquori ecc.* — 27 spacci fra capoluogo e frazioni di vino e liquori, uno di sola grappa, che occupa il primo posto.

*Consumo.* Non si può precisare, si riscontra una media eccezionale di 5 6 litri vino ed uno di grappa.

*Danni.* — Non si può precisare.

*Alcoolismo.* — Esistono ma non si può precisare il numero.

*Pregiudizii.* — La grappa taglia l'aria, uccide i microbi.

*Provvedimenti.* — Limitare il numero degli spacci e dell'orario di chiusura.

### *Comune di* Pasian di Pordenone.

*Generalità.* — Abbastanza diffuso.

*Spacci di vino e liquori ecc.* — Osterie 27 fra Capoluogo e frazioni. Si beve più liquori che vino.

*Consumo.* — Circa 5 litri di vino e $^1/_2$ litro acquavite.

*Danni.* — Tre morti durante il 903 e 3 al Manicomio.

*Alcoolismo.* — Anche nelle donne e qualcuno nei giovani dai 10 ai 20 anni.

*Pregiudizii.* — Sembra che sia benefico e per nulla dannoso.

*Provvedimenti.* — Istruzione e conferenze popolari.

### *Comune di* Porcia.

*Generalità.* — In condizioni non tanto cattive.

*Spacci di vino e liquori ecc.* — Maggiore pei liquori 3 osterie vendita vino; con le frazioni 10 spacci misti.

*Consumo.* — Impossibile una risposta categorica.

*Danni.* — Negativo.

*Alcoolismo.* — Negativo.

*Pregiudizii.* — Sembra che sia benefico e per nulla dannoso.

*Provvedimenti.* — Diminuire il prezzo del vino.

### *Comune di* Prata di Pordenone

*Generalità.* — Condizioni allarmanti.

*Spacci di vino e liquori ecc.* — Preferiti, grappa, cognac, anice. Comprese le frax. 11 osterie e 5 spacci liquori.

*Consumo.* — Impossibile una risposta categorica.

*Danni.* — Due nel 1903 furono le vittime dell'alcool.

*Alcoolismo.* — Negativo.

*Pregiudizii.* — Sembra che sia benefico e per nulla dannoso.

*Provvedimenti.* — Come per gli altri Comuni.

### *Comune di* Roveredo.

*Generalità.* — Moderati.

*Spacci di vino e liquori ecc.* — Osterie 5, consumo maggiore di grappa

*Consumo.* — Approssimativo dai 2 ai 3 litri Vino; ¼ grappa.

*Danni.* — Negativo.

*Alcoolismo.* — Negativo.

*Pregiudizii.* — Sembra che sia benefico e per nulla dannoso.

*Provvedimenti.* — Come per gli altri Comuni.

### *Comune di* S. Quirino.

*Generalità.* — Poco buono ed in aumento.

*Spacci di vino e liquori ecc.* — Abuso di tutto. Oltre 12 spacci vino e liquori comprese le frazioni, 3 Pizzicagnoli smerciano liquori.

*Consumo.* — 4 - 5 litri di vino in media, uno a due quinti grappa.

*Danni.* — Durante il 903, due accelerarono la morte per abuso di alcool.

*Alcoolismo.* — Negativo.

*Pregiudizii.* — Sembra che sia benefico e per nulla dannoso.

*Provvedimenti.* — Come per gli altri Comuni.

### *Comune di* Vallenoncello.

*Generalità.* — Soddisfacente.

*Spacci di vino e liquori ecc.* — 8 osterie con vendita liquori. Non si abusa.

*Consumo.* — Insignificante.

*Danni.* — Negativo.

*Alcoolismo.* — Negativo.

*Pregiudizii.* — Non si dà alcun valore al beneficio dell'alcool.

*Provvedimenti.* — Nessuno.

### *Comune di* Zoppola.

*Generalità.* — Limitato.

*Spacci di vino e liquori ecc.* — Più al vino, poi alla grappa. 19 Osterie fra Comune e frazioni.

*Consumo.* — 2 litri vino ½ grappa.

*Danni.* — Uno, nel 903 morì per effetto dell'alcool. Però si registrano 4 ferimenti.

*Alcoolismo.* — 3 donne alcooliche; i contadini consumano la grappa.

*Pregiudizii.* — Lo si ritiene benefico nel vero senso della parola.

*Provvedimenti.* — Il medesimo giudizio, che per gli altri Comuni.

# Distretto di Sacile.

## (Regione collinare e piana)

### *Comune di* Sacile.

*Generalità.* — È limitato.

*Spacci di vino e liquori ecc.* — Si beve vino, poco uso di grappa. 47 esercizi, due solo liquori.

*Consumo.* — Due tre litri vino, poca grappa.

*Danni.* — Nessuno.

*Alcoolismo.* — Nessuno.

*Pregiudizii.* — Il vino lo riconoscono per un benefico liquore che fa buon sangue.

*Provvedimenti.* — Basterebbe dare esecuzione alle leggi esistenti.

### *Comune di* Brugnera.

*Generalità.* Non è molto forte l'uso dell'alcool.

*Spacci di vino e liquori ecc.* — Vino e grappa. Colle frazioni 9 osterie. Dai fabbricanti si vendono liquori.

*Consumo.* — Limitato nei giorni feriali, molto nei festivi benchè non si abusi.

*Danni.* — Nessuno.

*Alcoolismo.* — Nessuno.

*Pregiudizii.* — Il vino lo riconoscono per un benefico liquore che fa buon sangue.

*Provvedimenti* — Basterebbe dare esecuzione alle leggi esistenti.

### *Comune di* Budoia.

*Generalità.* — Ottime.

*Spacci di vino e liquori ecc.* — Limitati nei vini e liquori. Il Esercizi.

*Consumo.* — Insignificante.

*Danni.* — Nessuno.

*Alcoolismo.* — Nessuno.

*Pregiudizii* — Nessuna opinione

*Provvedimenti.* — Nessuno.

### *Comune di* Caneva di Sacile.

*Generalità.* — Non è allarmante in questo Comune.

*Spacci di vino e liquori ecc.* — Più vino che liquori. Nel comune e frazioni 21 osterie, i pizzicagnoli in 20 spacciano liquori.

*Consumo.* — 8 litri di vino e ½ di liquori, in media.

*Danni.* — Nessuno.

*Alcoolismo.* — Nessuno.

*Pregiudizii.* — Vino o liquori li ritengono una potenza benefica.

*Provvedimenti.* — Bisogna educare moralmente.

### *Comune di* Polcenigo.

*Generalità.* — Limitato.

*Spacci di vino e liquori ecc.* — Osterie 32 colle frazioni. In generale si fa uso del vino.

*Consumo.* — Rari bevitori d'alcool, si calcola facciano consumo da ½ ad 1 litro di grappa e 2-3 litri di vino.

*Danni.* — Nessuno.

*Alcoolismo.* — Nessuno.

*Pregiudizii.* — Vino e liquori li ritengono una potenza benefica.

*Provvedimenti.* — Bisogna educare moralmente.

bini la grappa.

*Provvedimenti.* — Diminuire dazio caffè e zucchero, limitare l'orario di chiusura.

### *Comune di* Savogna.

*Generalità.* — Non esiste.

*Spacci di vino e liquori ecc.* — Si usa vino e liquori, osterie 15, liquorerie 4.

*Consumo.* — Non si misura.

*Danni.* — Nessuno.

*Alcoolismo.* — Nessuno.

*Pregiudizii.* — Ricostituente e riscaldante, uccida i microbi.

*Provvedimenti.* — Proibire agli Esercenti di dar bevande agli ubbriachi sollevando contravvenzioni.

### *Comune di* Stregna.

*Generalità.* — Non molto diffuso

*Spacci di vino e liquori ecc.* — Vino, grappa, slivovitz. 16 osterie, una solo vino.

*Consumo.* — 3 litri vino e $^1/_{10}$ di grappa in media.

*Danni.* — 4, 5 epilettici, un deficiente, risse non gravi.

*Alcoolismo.* — Nessuno.

*Pregiudizii.* — Ricostituente e riscaldante, uccide i microbi.

*Provvedimenti.* — Diminuire dazio caffè e zucchero, limitare l'orario di chiusura.

### *Comune di* Tarcetta.

*Generalità.* — Buone.

*Spacci di vino e liquori ecc.* — 11 osterie, vino, liquori.

*Consumo.* — Non si può indicare.

*Danni.* — Nessuno.

*Alcoolismo.* — Nessuno.

*Pregiudizii.* — Ricostituente e riscaldante, uccide i microbi.

*Provvedimenti.* — Diminuire il numero delle osterie.

## Distretto di S. Vito al Tagliamento.

### (Regione piana)

### *Comune di* S. Vito al Tagl.

*Generalità.* — Condizioni non gravi.

*Spacci di vino e liquori ecc.* — Capoluogo e frazioni 71 osterie e 8 liquorerie. Preferito il vino; si consuma anche grappa.

*Consumo.* — Litri 8 vino e $^1/_{10}$ di litro di liquori.

*Danni.* — Nel 903 vi furono un'omicidio e 4 ferimenti gravi.

*Alcoolismo.* — Nessuno.

*Pregiudizii.* — Mette buon umore e rinforza.

*Provvedimenti.* — La disoccupazione è fonte di vizio. Provvedere quindi a dar lavoro all'operaio.

### *Comune di* Arsene.

*Generalità.* — Condizioni non gravi

*Spacci di vino e liquori ecc.* — Osterie 17. Si beve più vino.

*Consumo.* — Non essendovi bevitori non si può far media.

*Danni.* — Nessuno.

*Alcoolismo.* — Nessuno.

*Pregiudizii.* — Nessuno.

*Provvedimenti.* —

### *Comune di* Casarsa.

*Generalità.* — Si abusa di vino e

liquori.

*Spacci di vino e liquori ecc.* — Si beve molto vino, grappa, slivovitz Vi sono 29 osterie e liquorerie.

*Consumo.* — 5 litri di vino e $^{3}/_{10}$ di liquori in media.

*Danni.* — 8 nel 1903 morti per effetto dell'alcool e 3 al Manicomio. 10 famiglie rovinate.

*Alcoolismo.* — Braccianti, ferrovieri, falegnami e fabbri.

*Pregiudizii.* — Rinforzanti e contro le malattie in genere.

*Provvedimenti.* — Far uso dei poteri del Governo, applicandoli con imparzialità ed energia.

## *Comune di* Chions.

*Generalità.* — Poco pronunciato.

*Spacci di vino e liquori ecc.* — Non si abusa. In totale 12 osterie e liquorerie.

*Consumo.* — I pochi consumano 2-3 decil. grappa.

*Danni.* — Nessuno.

*Alcoolismo.* — Nessuno.

*Pregiudizii.* — Rinforzanti e contro le malattie in genere.

*Provvedimenti.* — Assegnare premi agli alcoolisti, che a fine d'anno si modificassero nel bere.

## *Comune di* Cordovado.

*Generalità.* — Mediocre.

*Spacci di vino e liquori ecc.* — Si abusa più di liquori che di vino. Esercizii di vino 8, liquori 4.

*Consumo.* — Qualcheduno consuma $^{1}/_{2}$ litro e più di acquavite al giorno.

*Danni.* — Nessuno.

*Alcoolismo.* — 10 alcoolizzati maschi e 2 donne.

*Pregiudizii.* — Rinforzanti e contro le malattie in genere.

*Provvedimenti.* — Limitare l'orario di apertura e di chiusura degli esercizi.

## *Comune di* Morsano.

*Generalità.* — Moderati.

*Spacci di vino e liquori ecc.* — Si abusa più d'acquavite che di vino. Capoluogo e frac. contano 18 osterie e liquorerie.

*Consumo.* — Tre individui che bevono $^{1}/_{10}$ di grappa, altri 1 bicchierino, poco vino.

*Danni.* — Nessuno.

*Alcoolismo.* — Nessuno.

*Pregiudizii.* — Rinforzanti e contro le malattie in genere.

*Provvedimenti.* —

## *Comune di* Pravisdomini.

*Generalità.* — Non si lamenta una forte abitudine,

*Spacci di vino e liquori ecc.* — Più liquori che vino, fra comune e frazioni 9 spacci vino e liquori.

*Consumo.* — Un alcoolista beve 2 litri vino e $^{2}/_{10}$ di liquori.

*Danni.* — 2 morti nel 1903 per alcoolismo. Risse gravi alla festa.

*Alcoolismo.* — Negli agricoltori donne 3, uomini 20.

*Pregiudizii.* — Benefico alla salute e rinforzante.

*Provvedimenti.* — Si ommette, non essendovi qui la piaga dell'alcoolismo.

## *Comune di* S. Martino.

*Generalità.* — Non esistono casi di alcoolizzati abituali.

*Spacci di vino e liquori ecc.* — Moderati. Comune e Frazioni, osterie 8, liquorerie 1.

*Consumo.* — Non si può far media

*Danni* — Nessuno.

*Alcoolismo.* — Nessuno.

*Pregiudizii.* — Non se ne riscontra

*Provvedimenti.* — Si ommette

### *Comune di* Sesto al Reghena.

*Generalità.* — Non è molto diffuso 15-16 alcoolisti.
*Spacci di vino e liquori ecc.* — Moderatamente. Osterie 8, liquorerie 6.
*Consumo.* — Non si può far media.
*Danni.* — Nessuno.
*Alcoolismo:* — Nessuno.
*Pregiudizii.* — Il vino supplisce la polenta.
*Provvedimenti.* — Si omette.

### *Comune di* Valvasone.

*Generalità* — Pochissimo alcool.
*Spacci di vino e liquori ecc.* — Più vino che liquori. 12 osterie, liquorerie 4.
*Consumo.* — Non si può far media.
*Danni.* — Nessuno.
*Alcoolismo.* — Nessuno.
*Pregiudizii.* — Il vino supplisce la polenta.
*Provvedimenti.* — Si omette.

## Distretto di Spilimbergo.

**(Regione montuosa e piana)**

### *Comune di* Spilimbergo.

*Generalità.* — E' in via ascendente.
*Spacci di vino e liquori ecc.* — Vino, grappa, cognac, alkermes. Capoluogo e frazioni 46 osterie e 6 liquorerie.
*Consumo.* — Popolazione 6705 abitanti. Nel 903 si consumarono Ett. 8715 vino, 181 liquori, 240 birra.
*Danni.* — Su 116 morti nel 903 14 per abuso d'alcool e 3 al Manicomio.
*Alcoolismo.* — Negli operai e calzolai in ispecie.
*Pregiudizii.* — Ricostituente e riscaldante, uccide i microbi.
*Provvedimenti.* — Mortificarli, col prendere loro delle istantanee quando sono ubbriachi ed esporli al pubblico.

### *Comune di* Castelnuovo.

*Generalità.* — Stazionaria.
*Spacci di vino e liquori ecc.* — 13 esercizi. Vino e liquori.
*Consumo.* — Da 2 litri vino ed 1/10 grappa.
*Danni.* — Nel 906 furono 6 i morti alcoolizzati che hanno accresciuto il numero; 1 al Manicomio.
*Alcoolismo.* — Una quindicina nei maschi. Alcoolizzati gravi circa 12.
*Pregiudizii.* — Ricostituente, riscaldante, uccide i microbi.
*Provvedimenti.* — Non si suggeriscono dei provvedimenti

### *Comune di* Clauzetto.

*Generalità.* — Aumento notevole.
*Spacci di vino e liquori ecc.* — Si abusa in tutto. 5 osterie, più d'inverno.
*Consumo.* — 4, 5 litri di vino e 1/8 litro di liquori.
*Danni.* — Uno al manicomio per paralisi progressiva.
*Alcoolismo.* — Negli emigranti.
*Pregiudizii.* — Ricostituente, riscaldante, uccide i microbi.
*Provvedimeti.* — D' inverno, conferenze contro l'alcoolismo.

### *Comune di* Forgaria

*Generalità.* — Limitato.

*Spacci di vino e liquori ecc.* — 14 osterie. Si beve tanto vino che liquori.

*Consumo.* — 1 litro di vino e ¾ liquori.

*Danni.* — Nessuno.

*Alcoolismo.* — Nessuno.

*Pregiudizii.* — Ricostituente, riscaldante, uccide i microbi.

*Provvedimenti.* — Impedire la vendita degli alcool.

## *Comune di* Meduno

*Generalità.* — Condizioni floride Andò aumentando.

*Spacci di vino e liquori ecc.* — Più vino. Capoluogo e frz. 33 osterie 1 liquoreria.

*Consumo.* — 2, 3 litri vino e da ½ a ¾ di liquori.

*Danni.* — Nel 903, quattro morirono per l'alcool, due donne al Manicomio.

*Alcoolismo.* — 4 donne alcooliche. Poi arrotini, salnolai, noleggiatori, affaristi.

*Pregiudizii.* — Ricostituente, riscaldante, uccide i microbi.

*Provvedimenti.* — Non concedere con facilità l'apertura di nuovi spacci.

## *Comune di* Pinzano.

*Generalità.* — Abuso tanto di vino che di liquori.

*Spacci di vino e liquori ecc.* — 21 spacci di vino e liquori.

*Consumo.* — Da 2 a 4 litri vino e 1 a 8 decilitri di liquori.

*Danni.* — 8 morti nel 1903.

*Alcoolismo.* — Nelle donne

*Pregiudizii.* — Ricostituente, riscaldante, uccide i microbi.

*Provvedimenti.* — Diminuire i dazi sul caffè, zucchero ecc.

## *Comune di* S. Giorgio della Rich.

*Generalità.* — Non esiste il vero alcoolismo.

*Spacci di vino e liquori ecc.* — Si abusa di vino, assai di rado liquori. Esercizi 18.

*Consumo.* — Non si può far media.

*Danni.* — Nessuno.

*Alcoolismo.* — Nessuno.

*Pregiudizii.* — Nessuno.

*Provvedimenti.* — Educare moralmente la popolazione.

## *Comune di* Sequals.

*Generalità.* — Non esiste.

*Spacci di vino e liquori ecc.* — Si abusa di rado. Esercizi vino 16, liquoreria 5.

*Consumo.* — Non essendovi ufficio daziario non si può farne esatta media.

*Danni.* — Nel 1903, tre si attribuissero morti per alcool, uno al Manicomio.

*Alcoolismo.* — Nei braccianti.

*Pregiudizii.* — Un bicchierino di grappa al mattino è un buon stomatico.

*Provvedimenti.* — Limitare l'orario. Proibire agli osti di vendere liquori, abusando di questi dopo il vino

## *Comune di* Tramonti di sopra.

*Generalità.* — Nelle giornate festive, però non è molto diffuso.

*Spacci di vino e liquori ecc.* — Vino primo posto, poi i liquori. Esercizi 6.

*Consumo.* — 4, 5 litri vino pei bevitori e 10, 15 bicchierini grappa nei giorni festivi.

*Danni.* — Non se ne hanno a lamentare.

*Alcoolismo.* — Nessuno.

*Pregiudizii.* — Aiuta la digestione e rinforza l'organismo.

*Provvedimenti.* — Premiare gli spacciatori onesti e punire gli altri che smerciano bibite adulterate.

## *Comune di* Tramonti di sotto.

*Generalità.* — Non presenta condizioni di speciale rilievo.

*Spacci di vino e liquori ecc.* — Si preferisce il vino. Esercizi 14.
*Consumo.* — Non si può far media, perchè si emigra in gran parte.
*Danni.* — Nessuno.
*Alcoolismo.* — Nessuno.
*Pregiudizii.* — Aiuta la digestione e rinforza l'organismo.
*Provvedimenti.* — Punire gli ubbriachi con ammenda, come si usa in America.

### *Comune di* Travesio.

*Generalità.* — Non eccessivamente diffuso.
*Spacci di vino e liquori ecc.* — Non si abusa, osterie e liquorerie 7.
*Consumo.* — Non si può fare un calcolo approssimativo.
*Danni.* — Negativo.
*Alcoolismo* — Negativo.
*Pregiudizii.* — Negativo.
*Provvedimenti.* — Si ommette qualsiasi proposta.

### *Comune di* Vito d'Asio.

*Generalità.* — Non è diffuso.
*Spacci di vino e liquori ecc.* — Si usa molto di vino. Esercizi vino e liquorerie 21.
*Consumo.* — Non si può fare un calcolo approssimativo.
*Danni.* — Nessuno.
*Alcoolismo.* — Nessuno.
*Pregiudizii.* — Nessuno.
*Provvedimenti.* — Si ommette qualsiasi proposta.

## Distretto di Tarcento.

(Regione montuosa e collinare)

### *Comune di* Tarcento.

*Generalità.* — Non vi si abusa eccessivamente.
*Spacci di vino e liquori ecc.* — Si usa vino, poco liquori. Osterie 55 e 28 liquorerie, 3 caffè.
*Consumo.* — Due o tre alcoolisti non hanno misura ed abusano di tutto.
*Danni.* — Nell'ultimo quinquennio, uno al Manicomio.
*Alcoolismo.* — Una donna e tre maschi operai.
*Pregiudizii* — Per giusta misura lo si ritiene necessario.
*Provvedimenti.* — Si ommette qualsiasi proposta.

### *Comune di* Cussacco.

*Generalità.* — Non è diffuso.
*Spacci di vino e liquori ecc.* — Vi sono bevitori di vino e liquori. Osterie 17, liquorerie 4.
*Consumo.* — Per gli alcoolisti è di 3 litri di vino, 5 decilitri grappa.
*Danni.* — Nessuno.
*Alcoolismo.* — Nessuno.
*Pregiudizii.* — Lo si ritiene necessario, in giusta misura.
*Provvedimenti.* — Premiare gli spacciatori onesti e punire chi smercia bibite adulterate.

### *Comune di* Cisarilis.

*Generalità.* — Par troppo esteso.
*Spacci di vino e liquori ecc.* — Vino e liquori, 21 osterie, qualcuna con liquori.
*Consumo.* — Ve ne sono che bevono da 4 a 6 litri vino, uno grappa.

Allegato N. 1.

# Comitato Permanente

## CONTRO L'ALCOOLISMO IN FRIULI

Si compone di 8 membri, dei quali 7 nominati in seno al Consiglio Provinciale Sanitario, con facoltà di aggregarsi persone estranee:

**Membri eletti in seno al Consiglio Prov. Sanitario**

1) *Cantarutti Ing. Cav. Uff. Gio: Batta.*
2) *Fratini Cav. Prof. Fortunato.*
3) *Pennato Prof. Cav. Uff. Papinio.*
4) *Pitotti dott. Giuseppe.*
5) *Plateo Avv. Cav. Arnaldo.*
6) *Scoccianti Prof. Leonardo.*
7) *Romano Cav. Uff. Dott. Gio: Batta.*

**Membri aggregati**

8) *Antonini Prof. Cav. Giuseppe, Direttore del Manicomio Prov. di Udine.*

Allegato N. 2.

# QUESTIONARIO

PER LA

## INCHIESTA SULL'ALCOOLISMO IN PROVINCIA D'UDINE

*promossa dal* **Comitato contro l'Alcoolismo** *nominato dal Consiglio Prov. Sanitario nella seduta del 25 febbraio 1904*

---

**Generalità**

1. In quali condizioni si trova presentemente in codesto comune l'alcoolismo?

2. Negli ultimi 5 anni il male fu stazionario od andò aumentando?

**Spacci di vino, liquori ecc.**

3. In codesto comune si abusa più specialmente di vino o di liquori alcoolici?

4. Fra i vari liquori alcoolici, quali sono i preferiti in codesto comune? (*grappa, fernet, assenzio, cognac, slivovitz*).

5. Quante sono in codesto comune le ordinarie osterie (compresi gli alberghi) dove si fa principalmente spaccio di vino? (*dati il più possibile precisi, meglio se divisi per frazioni*).

6. Quanti sono in codesto comune gli spacci di soli liquori (senza vino) annessi o meno ai negozi di pizzicagnolo, ai caffè ecc.? (escluse però le osterie).

7. Quali sono le condizioni igieniche generali dei locali ove si spacciano liquori alcoolici in codesto comune?

8. Quali notizie può dare la S.V. circa i prezzi, in uso in codesto comune relativamente ai liquori alcoolici? Si nota a tal proposito una certa concorrenza fra i vari spacciatori?

9. Quale uso si fa generalmente, in codesto comune, del caffè cosi nelle famiglie, come nei pubblici esercizi?

**Consumo personale degli alcoolici**

10. Quale è in cotesto comune la quantità approssimativa giornaliera e personale del consumo di liquori alcoolici e di vino negli alcoolisti adulti? (*a litri pel vino, a decilitri pei liquori alcoolici*).

11. Idem, come sopra, le quantità massime in circostanze eccezionali

**Danni dell'alcoolismo**

12. Quanti furono in codetto comune i morti in generale nel 1903? (*dati precisi tolti in municipio*) Dei morti del 1903 in quanti si può ritenere che l'alcoolismo abbia affrettato la catastrofe, sia col provocare direttamente la malattia che ne fu la causa, sia col rendere incurabili le malattie comuni che, senza l'alcoolismo sarebbero guarite? (*cirrosi epatiche, certe emorragie cerebrali, certe polmoniti, certe cardiopatie, ecc.?*)

13. Nei figli degli alcoolizzati di questi ultimi dieci anni, si notano segni manifesti di degenerazione o speciali forme morbose da doversi far dipendere dall'alcoolismo di chi li ha generati? (*epilettici, deficienti, pervertiti, degenerati fisicamente, con tendenza precoce all'abuso degli alcoolici, morti per*

*menengiti, ecc?)*

14. Nell'ultimo quinquennio, quanti furono gl'inviati al manicomio per alcoolismo, mania alcoolica, o forme comunque dipendenti dall'alcoolismo?

15. Ricorda la S. V. delle famiglie che in questo ultimo decennio, causa l'alcoolismo del capo di casa, siano state economicamente rovinate? Potrebbe dare una cifra anche approssimativa delle famiglie rovinate o comunque per ciò disagiate.?

16. Quale sarebbe in codesto comune la influenza dell'alcoolismo e specialmente dell'ubbriachezza acuta sulla criminalità? *(citare possibilmente dei fatti, anche non recenti).*

17. In quali giorni della settimana sono più frequenti costì le risse e i fatti di sangue?

18. In quali giorni della settimana sono più frequenti le ubbriacature acute?

**Alcoolismo**
**secondo l'età, professione, ecc.**

19. Esistono attualmente in codesto comune casi di alcoolismo (oltre che negli adulti maschi) nelle donne, e quanti presso a poco?

20. Esistono casi di alcoolismo nei ragazzi sotto i dieci anni, e quanti presso a poco?

21. Esistono casi di alcoolismo nei giovani dai 10 ai 20 anni, e quanti presso a poco?

22. Vi sono in codesto comune casi di persone alcoolizzate che arrivarono, ciò nonostante, ad una tarda età? Quali le cause presumibili di così eccezionale resistenza?

23. In quali persone, in codesto comune, si verifica maggiormente l'abuso dell'alcool a seconda delle professioni?

24. Le emigrazioni temporanee all'estero hanno aumentata o diminuita la tendenza all'abuso degli alcoolici?

25, Si potrebbe avere una cifra anche approssimativa, circa il numero complessivo degli alcoolizzati gravi, incurabili, esistenti attualmente in codesto comune?

**Pregiudizii popolari sull'alcool**

26 Quali concetti ha costì il popolo in generale circa l'azione fisiologica dell' alcool sull' organismo? Crede, cioè, o meno ad un supposto potere nutriente, riscaldante, rinforzante, ecc.? *(citare possibilmente fatti, o espressioni o frasi del popolo che ciò chiariscano.)*

27. Vi hanno altri pregiudizii, che contribuiscano a far perseverare nell'abuso degli alcoolici, in codesto comune?

**Provvedimenti**

28. Quali provvedimenti la S. V. stimarebbe utili, in codesto comune, onde combattere efficacemente la piaga dell'alcoolismo? *(La S. V. è libera di fare tutte quelle proposte che meglio crederà).*

Allegato N. 3.

# ELENCO ALFABETICO

## dei Comuni della Provincia di Udine

## in relazione al numero dei rispettivi abitanti

(Censimento 10 Febbraio 1901)

| N. progr. | COMUNI | Numero degli abitanti | N. progr. | COMUNI | Numero degli abitanti |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Amaro | 1266 | 44 | Coseano | 2653 |
| 2 | Ampezzo | 2546 | 45 | Dignano | 2570 |
| 3 | Andreis | 1525 | 46 | Dogna | 1420 |
| 4 | Arba | 1742 | 47 | Drenchia | 1389 |
| 5 | Arta | 3029 | 48 | Enemonzo | 2124 |
| 6 | Artegna | 3806 | 49 | Erto Casso | 2024 |
| 7 | Arzene | 1616 | 50 | Faedis | 4641 |
| 8 | Attimis | 3690 | 51 | Fagagna | 5072 |
| 9 | Aviano | 9229 | 52 | Fanna | 2815 |
| 10 | Azzano Decimo | 6972 | 53 | Feletto Umberto | 2736 |
| 11 | Bagnaria Arsa | 2830 | 54 | Fiume | 4807 |
| 12 | Barcis | 1755 | 55 | Fontanafredda | 5218 |
| 13 | Bertiolo | 3105 | 56 | Forgaria | 3474 |
| 14 | Bicinicco | 1586 | 57 | Forni Avoltri | 1387 |
| 15 | Bordano | 1228 | 58 | Forni di Sopra | 2180 |
| 16 | Brugnera | 3477 | 59 | Forni di Sotto | 1816 |
| 17 | Budoia | 3631 | 60 | Frisanco | 3073 |
| 18 | Buia | 8581 | 61 | Gemona | 9067 |
| 19 | Buttrio | 2240 | 62 | Gonars | 3647 |
| 20 | Camino di Codroipo | 1911 | 63 | Grimacco | 1570 |
| 21 | Campoformido | 2744 | 64 | Ipplis | 1041 |
| 22 | Caneva | 5821 | 65 | Latisana | 5472 |
| 23 | Carlino | 957 | 66 | Lauco | 2884 |
| 24 | Casarsa della Delizia | 4279 | 67 | Lestizza | 4939 |
| 25 | Cassacco | 2770 | 68 | Ligosullo | 568 |
| 26 | Castelnuovo del Friuli | 3372 | 69 | Lusevera | 2645 |
| 27 | Castions di Strada | 2856 | 70 | Magnano in Riviera | 2573 |
| 28 | Cavasso Nuovo | 3181 | 71 | Maiano | 6806 |
| 29 | Cavasso Carnico | 1737 | 72 | Maniago | 6068 |
| 30 | Cercivento | 1198 | 73 | Manzano | 3399 |
| 31 | Chions | 3159 | 74 | Marano Lagunare | 1319 |
| 32 | Chiusaforte | 1307 | 75 | Martignacco | 4276 |
| 33 | Cimolais | 992 | 76 | Meduno | 4196 |
| 34 | Ciseriis | 3707 | 77 | Meretto di Tomba | 3509 |
| 35 | Cividale | 9041 | 78 | Moggio Udinese | 4497 |
| 36 | Claut | 2123 | 79 | Moimacco | 1253 |
| 37 | Clauzetto | 2557 | 80 | Montenars | 2166 |
| 38 | Codroipo | 5792 | 81 | Montereale Cellina | 4827 |
| 39 | Colloredo di Montalb. | 2474 | 82 | Morsano al Tagliamento | 3171 |
| 40 | Comeglians | 1872 | 83 | Mortegliano | 4594 |
| 41 | Cordenons | 7148 | 84 | Moruzzo | 2001 |
| 42 | Cordovado | 1903 | 85 | Muzzana del Turgnano | 1423 |
| 43 | Corno di Rosazzo | 1624 | 86 | Nimis | 5211 |

| N. progr. | COMUNI | Numero degli abitanti | N. progr. | COMUNI | Numero degli abitanti |
|---|---|---|---|---|---|
| 87 | Osoppo | 2888 | 134 | S. Giorgio della Richin. | 4320 |
| 88 | Ovaro | 3468 | 135 | S. Giovanni di Manzano | 2708 |
| 89 | Pagnacco | 2353 | 136 | S. Leonardo | 2633 |
| 90 | Palazzolo dello Stella | 1833 | 137 | S. Martino al Tagliam. | 1874 |
| 91 | Palmanova | 4311 | 138 | S. Pietro al Natisone | 3313 |
| 92 | Paluzza | 3390 | 139 | S. Quirino | 3216 |
| 93 | Pasian di Prato | 2810 | 140 | S. Vito al Tagliamento | 10160 |
| 94 | Pasiano di Pordenone | 6126 | 141 | S. Vito di Fagagna | 1716 |
| 95 | Pasian Schiavonesco | 4998 | 142 | S. Maria la Longa | 2490 |
| 96 | Paularo | 2939 | 143 | Sant' Odorico | 1772 |
| 97 | Pavia | 4550 | 144 | Sauris | 844 |
| 98 | Pinzano | 2355 | 145 | Savogna | 2078 |
| 99 | Platischis | 3255 | 146 | Sedegliano | 4885 |
| 100 | Pocenia | 2343 | 147 | Segnacco | 1904 |
| 101 | Polcenigo | 5611 | 148 | Sequals | 3388 |
| 102 | Pontebba | 2694 | 149 | Sesto al Reghena | 4931 |
| 103 | Porcia | 4414 | 150 | Socchieve | 2313 |
| 104 | Pordenone | 13409 | 151 | Spilimbergo | 6705 |
| 105 | Porpetto | 1902 | 152 | Stregna | 1805 |
| 106 | Povoletto | 4005 | 153 | Suttrio | 1578 |
| 107 | Pozzuolo del Friuli | 4219 | 154 | Talmasson | 4001 |
| 108 | Pradamano | 1713 | 155 | Tarcento | 4867 |
| 109 | Prata di Pordenone | 3738 | 156 | Tarcetta | 2130 |
| 110 | Prato Carnico | 3090 | 157 | Tavagnacco | 1901 |
| 111 | Pravisdomini | 2172 | 158 | Teor | 2817 |
| 111 | Precenicco | 1506 | 159 | Tolmezzo | 5327 |
| 113 | Premariacco | 2765 | 160 | Torreano | 3151 |
| 114 | Preone | 804 | 161 | Tramonti di Sopra | 2198 |
| 115 | Prepotto | 2247 | 192 | Tramonti di Sotto | 2851 |
| a16 | Raccolana | 1673 | 163 | Trasaghis | 4347 |
| 117 | Ragogna | 4660 | 164 | Travesio | 1752 |
| 118 | Ravascletto | 1421 | 165 | Treppo Carnico | 1441 |
| 119 | Raveo | 720 | 166 | Treppo Grande | 2513 |
| 120 | Reana del Roiale | 4133 | 167 | Tricesimo | 4843 |
| 121 | Remanzacco | 3238 | 168 | Trivignano | 2406 |
| 122 | Resia | 3952 | 169 | Udine | 36899 |
| 123 | Resiutta | 943 | 170 | Vallenoncello | 1233 |
| 124 | Rigolato | 2271 | 171 | Valvasone | 2178 |
| 125 | Rive d'Arcano | 2671 | 172 | Varmo | 3776 |
| 126 | Rivignano | 3911 | 173 | Venzone | 4186 |
| 127 | Rivolto | 3641 | 174 | Verzegnis | 1842 |
| 128 | Rodda | 1649 | 175 | Villa Santina | 1220 |
| 129 | Ronchis | 2024 | 176 | Vito d' Asio | 3464 |
| 130 | Roveredo in Piano | 1756 | 177 | Vivaro | 2620 |
| 131 | Sacile | 6042 | 178 | Zoppola | 5233 |
| 132 | S. Daniele | 6522 | 179 | Zuglio | 1285 |
| 133 | S. Giorgio di Nogaro | 4642 | | | |

# LE ASSOCIAZIONI DEI CLUB DEGLI ALCOLISTI IN TRATTAMENTO

# Non sono un esperto di alcol: bevevo

Federico Tavan

Non molto, solo due volte al mese.
30 cognac, 40 grappe, 60 birre, ma
solo due volte al mese. Non essendoci stata
continuità non sono sicuro
di essere stato un alcolizzato,
di quelli veri, che vedi al bar,
quelli disperati, con la faccia
rossa e blu e le mani che suonano
il pianoforte sul bicchiere.
Mi piaceva bere per il gusto di bere,
per allegria, per impazzire, per
non voler sapere niente, né
dov'ero né che ora era.
E ho continuato finché il fegato,
a un certo punto, non ha più voluto.
Maledetto FEGATO, ANARCHICO
E ARROGANTE.
Così mi sono detto: «Chi se ne frega
se morirò, tanto non lascerò NESSUNO»
e ho smesso.
Ho smesso improvvisamente,
così, come ho iniziato, io faccio
sempre così, decido in un secondo
tutto quello che devo fare e dimentico.
Ma niente club, non è roba per
me, non voglio prediche, non
voglio smettere un giorno sì
e un giorno no, non ho mai
avuto tessere o appartenenze,
figuriamoci se vado a raccontare
i fatti miei a degli sconosciuti
che, per colpa del bere, sono stati
licenziati dal datore di lavoro
e dalla moglie. Io, quando
bevevo, non ho perso niente,
né amici né lavori né figli né morose.
Mi dispiace, ma è così, ho voluto
smettere ma ho RIFIUTATO I PIAGNISTEI.

*Domenica 18 marzo 2001*

# Una storia vera

## *Storia dell'ACAT in provincia di Pordenone*

NOEMI ROSSI

Avrei potuto scegliere di fare una descrizione cronologica ed asettica degli avvenimenti e delle persone che, dal '79 in poi, hanno avuto un ruolo nella costruzione di questa storia. Fatti e persone sono però tanto numerosi, che correrei il rischio di non citarne qualcuno solo per qualche scherzo della memoria.

ACAT SUD
Associazione Club Alcolisti in Trattamento

Meglio quindi descrivere in forma di racconto, iniziando con… C'era una volta un ospedale, dentro l'ospedale c'erano gli Ammalati e le persone che dovevano prendersi cura di loro. Tra questi Ammalati c'erano gli Alcolisti, definizione diagnostica utilizzabile solo tra gli addetti ai lavori, talmente "vergognosa" che non la si poteva nemmeno riportare sulla documentazione clinica, pena il mancato rimborso delle spese di ricovero da parte delle "mutue". Gli Alcolisti non avevano patologie di poco conto ed erano frequentemente gli stessi che, nel corso dello stesso anno, venivano ricoverati più volte ed alla dimissione, invariabilmente e con tono più o meno paterno, venivano invitati a bere "moderatamente". Alcolisti che, successivamente, sarebbero rientrati in condizioni di salute sempre più critiche.

C'erano poi alcuni Alcolisti che periodicamente accedevano al Pronto soccorso, dopo essere stati raccolti per strada su chiamata di passanti che li credevano in fin di vita, invariabilmente e teatralmente si rimettevano in piedi ed il loro stato di ebbrezza alcolica li trasformava in "clown"; erano Alcolisti, per cosi dire, storici, con una vena artistica che permetteva loro di intrattenere il personale con degli *show* che provocavano l'ilarità negli astanti ma ogni volta la perdita di frammenti di dignità negli "attori".

C'erano una volta i letti dell'ospedale, letti senza spondine laterali, (perché ancora non si usavano), letti nei quali giacevano, immersi nel loro sudore, gli Alcolisti in delirio, assicurati al letto con teli che bloccavano loro gli arti, confabulanti, terrorizzati, quasi sempre da soli perché la famiglia, il più delle volte, si era oramai disgregata… e spesso morivano.

C'erano una volta gli Alcolisti che, per la loro aggressività esasperata spesso dal contesto relazionale, venivano inviati per ricovero "coatto" all'Ospedale psichiatrico, dove iniziavano una carriera che li conduceva alla demenza alcolica.

In ospedale c'erano naturalmente persone che, come me, avrebbero avuto il compito istituzionale di "prendersi cura" degli ammalati, anche degli Alcolisti, ma quello che si riusciva a fare non era molto efficace, non dava risultati duraturi, soddisfacenti. Quello che provavo, osservando i fallimenti dei tentativi di cura, erano sentimenti di rabbia, di impotenza, di sgomento davanti a tanta sofferenza.

Ricordo che gli Alcolisti ricoverati venivano "segnalati" al Servizio Sociale Ospedaliero (eravamo due assistenti sociali) solo quando la patologia alcolcorrelata giungeva alla fase di irreversibilità. In quella fase l'Ammalato di patologia alcolcorrelata avrebbe necessitato, alla dimissione dall'ospedale, di avere qualcuno disposto ad accudirlo, avendo perduto ogni capacità di provvedere a se stesso. Umanamente e professionalmente era uno stato di cose inaccettabile.

Nel 1979 arrivarono dalla Croazia notizie sorprendenti ed incoraggianti: si sarebbe potuto tentare qualcosa che, in quella terra, aveva dato risultati efficaci.

Il professor Hudolin, la dottoressa Hudolin sua moglie, la carissima assistente sociale Slavica Jauk, il dottor Lazic e tanti altri, durante la prima "settimana di sensibilizzazione al trattamento dei problemi alcolcorrelati" svoltasi presso l'ospedale di Udine nell'autunno di quell'anno si sono prodigati a tra-

> Tutti abbiamo una ferita segreta per riscattare la quale combattiamo…
> (Da *Il sentiero dei nidi di ragno* di Italo Calvino).

smettere ad una comunità di operatori sanitari e sociali, a volontari, a famigliari ed alcolisti la loro esperienza, con umiltà, semplicità, chiarezza. Esperienza diventata il «Metodo Hudolin per il trattamento medico-psicosociale dell'alcolismo». Avevamo quindi iniziato a guardare all'alcolismo da un punto di vista diverso, dal quale potevamo osservare, oltre all'"alcolista", innanzitutto noi stessi ed il nostro rapporto con l'alcol ed i contesti relazionali dentro ai quali nasceva e si sviluppava la patologia alcolcorrelata; soprattutto avevamo iniziato ad intravedere la possibilità di "fare qualcosa" che, come ripeteva il professor Hudolin agli increduli «è meglio che non fare nulla».
Il bisogno che il Servizio Sociale Ospedaliero aveva di trovare una modalità di approccio efficace per il disagio sociale conseguente ai problemi alcolcorrelati, aveva quindi trovato, nel messaggio del professor Hudolin, il percorso tracciato.
Non ricordo quanti eravamo durante quel primo "Seminario", venivamo da tutto il Friuli Venezia Giulia e qualcuno da altre regioni, so che in seguito, dapprima con molte insicurezze, dubbi, poi con grande entusiasmo, è stato tutto un fiorire di Club, in tutta la regione: i Club degli Alcolisti in Trattamento.
Ma torniamo nuovamente all'ospedale di Pordenone. Era la primavera dell'81: riuniti in una stanza in disuso, con sedie prese a prestito, disegnando un circolo fatto di persone, un cerchio la cui circonferenza continuava ad allargarsi col passare delle settimane, per incontri trisettimanali che allora chiamavamo "dispensario" è iniziata la storia dell'ACAT a Pordenone. In questi cerchi vi erano un medico e le due assistenti sociali, ma c'erano soprattutto persone che avevano accettato (ed erano in grado) di lasciare il letto di degenza per scendere "nel gruppo", per parlare di sé, delle proprie difficoltà e che hanno successivamente accettato di continuare a parlarne nel primo Club, aperto durante l'estate di quello stesso anno, ed ancora nei Club che successivamente si sono moltiplicati andando a fondare/formare l'Associazione dei Club degli Alcolisti in Trattamento del Pordenonese.
Di quel periodo mi rimane il ricordo delle emozioni condivise nei gruppi, la sofferenza e le delusioni, il pianto, i momenti di gioia, le risate, il groppo che saliva spesso alla gola e gli occhi che diventavano lucidi. Ricordo soprattutto la condivisione della libertà dalla dipendenza dall'alcol, i tentativi e le esperienze messe in atto ricercando una qualità delle relazioni famigliari e sociali tale da riscattare da lunghi periodi di sofferenza.
Considerando tutto questo, credo che sia poco importante sapere chi sia stato a fare che cosa perché, una volta iniziato, siamo cresciuti strada facendo e la storia di ciascuno di quelli che sono entrati in questa storia è dentro alla storia di ogni altro che ne abbia fatto parte, perché questa storia l'abbiamo scritta insieme.
Ciò che veramente conta, è che sia una storia vera.

(Ndr) Da allora si sono sviluppati 35 Club con una media di sei famiglie per Club, che hanno generato tre ACAT (PN Nord, PN Centro, PN Sud) sul territorio.

## Il mio papà era dottore

Curava le persone, persone non ricche, che spesso non lo pagavano ma gli offrivano un bicchiere in cambio, perché al mio papà piaceva bere un sorso, parecchi sorsi anche, e la sera, quando ritornava era molto stanco. A volte diceva che avrebbe ammazzato la mamma, e poi anche me, perché ero il primogenito e non ero il suo preferito.
Non era cattivo, soltanto un po' matto quando aveva bevuto molto.
Non ha mai ammazzato nessuno lui, si vantava mio papà. Anzi, ha impedito a molta gente di morire.
Con la sua macchina, ha rischiato di uccidere della gente, ma soltanto rischiato. Ha investito molte galline e qualche anatra. Non ha mai investito mucche, soltanto pecore.
Un giorno, è andato a sbattere contro un gregge con la sua Citroën. Ha rovinato alcune pecore, ma non ha investito il pastore, si è fermato appena in tempo.

Da *Non ha mai ammazzato nessuno il mio papà* di Jean Louis Fournier – Salani Editore, 1999.

# La nostra battaglia contro l'alcolismo

*Breve storia dell'ACAT «Del Livenza»*

Remo Bagatella

**ASSOCIAZIONE CLUB ALCOLISTI IN TRATTAMENTO «DEL LIVENZA»**

Come tutte le cose fatte per bene, anche l'ACAT «Del Livenza» ha un proprio Atto costitutivo dal quale risulta che, il 6 ottobre 1983, D. C., infermiera generica; C. G., direttore didattico e B. P., psicologa, davanti a Pier Luigi Comelli, notaio in Udine, hanno costituito una associazione civile denominata «Associazione dei Club per Alcolisti in Trattamento» dell'USL n. 12 «Livenza» (ACAT «Del Livenza») con sede in Sacile, piazza Manin. All'articolo 2 dell'Atto costitutivo si precisa che esiste un Consiglio direttivo formato dai tre suindicati e da Nardelotto Giampietro, classe 1949, da Sacile, medico. All'incirca in quel periodo, presso tutte le USL della regione Friuli Venezia Giulia erano sorte analoghe associazioni. Era accaduto che nel 1989 un signore da Trieste si recava a Zagabria, dove un certo professor Hudolin aveva perfezionato un metodo per curare gente che aveva problemi legati all'abuso di alcol. Il signore triestino non solo ha smesso di bere, ma, da neofita, si è fatto "apostolo" nel senso che, una volta a Trieste, attorno a se, nella propria casa, ha raccolto amici con lo stesso problema. Nasceva così il primo Club Alcolisti in Trattamento in Italia. La "buona novella" ha attecchito tanto rapidamente nella nostra Regione, da creare, come si è detto, a macchia d'olio, tutta una rete di associazioni locali, che si sono valse degli insegnamenti del professor Hudolin per preparare personale in grado di propagandare il metodo e gestire le nuove strutture d'alcologia. Per tale motivo, a metà 1983, il dottor G. P. Nardelotto, in forza alla Seconda Medica dell'Ospedale Civile di Sacile, saliva a Vallesella di Domegge di Cadore dove si teneva un Corso di Sensibilizzazione per Operatori d'Alcologia gestito direttamente da Hudolin, imparando il mestiere. Tanto che l'11 ottobre 1983 ha iniziato a funzionare anche presso il nostro ospedale il servizio d'alcologia. A dire la verità (che emerge da documenti dell'epoca) l'inizio non è stato esaltante: il dottor Nardelotto, quella sera, ha avuto come interlocutore un solo alcolista e la seduta si è tenuta in un locale di ripiego. A disposizione, avevano delle panche sino al tempo in forza al servizio manicomaniale. Perché è storia, la nostra storia, si dirà che il primo alcolista in trattamento curato a Sacile si chiamava G. B.; ha frequentato le riunioni solo fino al 21 dicembre successivo.

Già dall'inizio, il dottor Nardelotto è stato affiancato da due validissimi collaboratori.

A questo punto, prima di raccontare oltre dell'ACAT nostra, meglio, del Servizio di Alcologia, (le due cose vanno di concerto, per ben funzionare entrambi), diremo che, dal febbraio '83, funzionava a Sacile il Club 90, emanazione dell'ACAT di Pordenone, perché i soci provenivano prevalentemente da quel Dispensario.

A metà febbraio 1984 i soci erano venticinque e ancora nessuno aveva lasciato la "terapia" dispensariale. Ma i tempi erano maturi perché potesse nascere il primo Club tutto sacilese. Come sappiamo, ogni Club porta un numero distintivo. Per chi ignora il meccanismo della numerazione, si dirà che è l'ARCAT del Friuli Venezia Giulia che coordina il tutto e che assegna un numero progressivo man mano che inizia a funzionare un nuovo gruppo. Ebbene, il primo Club frutto del lavoro del nostro Dispensario è entrato in funzione a Caneva il 23 febbraio '84 e gli si è dato il nome convenzionale de «il Castello» e il numero progressivo 138. Nel mese di marzo, ai primi di marzo '84, a Cavolano, ha iniziato l'attività il Club 139. Ma l'ACAT «Del Livenza» funzionava solo sulla carta, come Associazione, perché eravamo in pochi e perché inesperti. Nel frattempo uno di noi, (ancora in attività) andava alle riunioni del Direttivo dell'ACAT di Pordenone ad imparare il mestiere di segretario-cassiere. A fine novembre il Club di Caneva (forte ormai di ventiquat-

tro alcolisti, una cinquantina, con i famigliari) esplode e nascono il 111 di Sarone e il 140 di Polcenigo. A sua volta, il 139 di Cavolano si scinde, dando vita al 166 di Sacile e al 167 di Brugnera (si dice bene: Brugnera e non Gaiarine, dove si è spostato successivamente, quando si è sentita la necessità di una nostra presenza anche colà). Siamo oramai ad un numero di Club e di soci tali da consentirci di camminare con le nostre sole gambe: come a dire che, con l'anno nuovo il 1985, l'ACAT «Del Livenza» inizia in proprio l'attività operativa, separata da Pordenone.

Come primo presidente dell'ACAT, in una memorabile riunione di interclub cui ha partecipato anche il padre fondatore del Metodo, il professor Hudolin, viene eletto il sindaco di Caneva, al tempo, politico di spessore a livello regionale.

Per ritornare ai collaboratori del dottor Nardelotto, diremo che uno dei medici non si è più interessato direttamente di alcolisti in trattamento abbastanza presto, mentre l'altro trasmigrava verso altri lidi, (leggi Alcologia di Conegliano), salvo poi riprendere la strada di casa, come ben sappiamo.

Intanto il numero dei Club aumentava con rapidità, segno evidente della bontà della terapia. Il periodo di massima espansione numerica e geografica dell'ACAT, si ha nel 1990 quando i Club sono 19, di cui 5 in provincia di Treviso.

Gradatamente avviene una implosione: i Club diminuiscono per due motivi: i Club di Cappella Maggiore e Godega Sant'Urbano decidono di associarsi all'ACAT di Conegliano; i Club 211-265 e 274 si autoestinguono perché l'esiguo numero di soci giustifica la loro soppressione, speriamo temporanea. Anche il 236 di Budoia e il 219 di Orsago avevano smesso di funzionare, ma ultimamente hanno ripreso l'attività.

Il 4 aprile 1992 l'ACAT passa di mano: il sindaco di Caneva cede le redini al professor Paolo Brugnacca, preside della scuola media Ippolito Nievo di Sacile.

Ma una bufera, preannunciata ma per questo non meno devastante, si abbatte sull'ACAT. Ad un incontro di zona in corso a Cappella Maggiore, a fine gennaio 1994, il dottor Nardelotto annuncia che il Servizio d'Alcologia, da lui diretto, da subito cessa di esistere. Ci sentiamo come acefali; l'associazione, affiancata da quasi tutti i sindaci del Mandamento, minaccia il finimondo, promuove assemblee pubbliche, dibattiti, ma poi ci si deve inchinare alla realtà: il problema alcolismo passa di competenza del SERT (Servizio Territoriale) che era nato per interessarsi delle tossicodipendenze. Il dottor Nardelotto viene sostituito dallo psichiatra del SERT. Il passaggio non è indolore. Anche l'ospedale di Sacile entra nell'occhio del ciclone, viene pressoché azzerato e noi come associazione ci sentiamo come strozzati, perché la materia prima, gran parte dei nuovi soci, vengono "reclutati" dai ricoverati nei vari reparti, ora soppressi. Regna incomprensione tra noi associazione privata e il servizio pubblico, che non sentiamo più come nostro… referente. Ma tutto passa. Assieme allo psichiatra del SERT diventa operativo un altro medico profondo conoscitore della realtà.

Siamo ai giorni attuali.

Il 2 ottobre 1998, come preannunciato da tempo, il presidente Paolo Brugnacca e il segretario-cassiere Remo Bagatella si presentano dimissionari. Alla presidenza viene chiamato il socio Alfredo Corsini ed alla segreteria Arturo Teni; alla cassa, rimane il cavaliere Bagatella.

Come ben sappiamo, i Club si reggono anche sulla figura del servitore-insegnante. Vorremmo citarli tutti, onoriamo una per tutti, la decana di tali persone, la servitrice-insegnante Giovanna Franco Gottardo, sulla breccia dalla prima riunione dispensariale, ottobre 1983.

Abbiamo parlato di "nostra battaglia". Possiamo ribadire che è stata una battaglia vittoriosa, la nostra, anche se la guerra contro l'alcolismo è destinata a durare chissà quanto ancora.

# Non è mai tardi

## *Cronaca dell'ACAT «Maniaghese-Spilimberghese»*

G.Battista De Stefano

Tra il 1980 ed il 1981 alcune persone iniziano una nuova esperienza di trattamento per i problemi alcolcorrelati (Metodo Hudolin, dal nome del suo ideatore). La prima persona ad usufruire di questo nuovo metodo, nella nostra zona, è Livio Brosolo in data 11 gennaio 1981, e quindi tramite lui nasce a Pinzano al Tagliamento il primo Club degli Alcolisti in Trattamento (CAT) n. 44 in data 21 maggio 1981, distaccandosi da San Daniele del Friuli. È chiaro che l'apertura del Club a Pinzano al Tagliamento non ha provocato, a quel tempo, sensazioni di particolari gioie e contentezza nella popolazione del luogo, ma invece sospetto e indifferenza almeno i primi tempi.

A.C.A.T.
MANIAGHESE - SPILIMBERGHESE
Associazione Club Alcolisti in Trattamento

Successivamente venivano fondati altri Club, sparsi nei comuni dei mandamenti di Maniago e Spilimbergo, fino agli attuali venti di cui uno nella Casa di riposo a Spilimbergo.

Nell'ottobre del 1983, veniva fondata anche l'Associazione dei Club degli Alcolisti in Trattamento (ACAT) del Maniaghese-Spilimberghese; associazione di volontariato di auto-mutuo-aiuto, finanziandosi con contributi da parte dei propri iscritti e di enti o privati.

La caratteristica fondamentale dell'azione del volontariato è data dalla ricchezza delle risorse che possono essere attivate.

Dal primo aprile 1985 diventava operativo, anche nella USL n. 10 di allora, il Dispensario alcologico sia presso l'Ospedale civile di Maniago che di Spilimbergo.

Quella che all'inizio sembrava essere una vera utopia, soprattutto considerando la realtà locale come refrattaria alle innovazioni e storicamente ancorato ad abitudini quali quella dell'assunzione di bevande alcoliche, si è trasformata in una incredibile realtà man mano che i Club aumentavano di numero.

Il Club, non togliendo l'alcolista né dalla sua famiglia né dalla propria comunità, ma favorendo il coinvolgimento delle famiglie e della comunità stessa, li coinvolge nello sviluppo dei problemi alcolcorrelati.

Con la loro presenza i Club effettuano, all'interno della comunità, un'efficacissima azione protettiva. Questi gruppi, con la loro semplicità ed umiltà, concorrono ad abbattere tanti muri di perplessità, indifferenza ed inutile ostilità.

Dalla sua fondazione, l'associazione ha fatto quattro Corsi di sensibilizzazione ai problemi alcolcorrelati, per la formazione di nuovi servitori-insegnanti di Club.

Per festeggiare i cinque anni di fondazione dell'associazione, dal 26 al 27 novembre 1988, presso Villa Savorgnan a Lestans di Sequals, è stato fatto un convegno sul tema: «La rete territoriale nel controllo dei problemi alcolcorrelati», con la partecipazione del professor Hudolin, dell'Assessore alla sanità della regione Friuli Venezia Giulia e di altri relatori nazionali, esperti del problema.

Contemporaneamente è stata aperta anche una mostra di lavori (che ha avuto ottimo successo) fatti sia dai singoli alcolisti che dai loro famigliari.

Nell'occasione, è stato presentato anche un libro *Alcolismo ed età evolutiva* fatto dal Club 102 «Uniz par vivi mior» di Spilimbergo. Con questa pubblicazione il Club ha voluto presentare l'esperienza di educazione sanitaria e prevenzione, scaturita da un Interclub zonale a cui erano stati invitati i ragazzi delle scuole elementari di Tauriano di Spilimbergo, 3ª, 4ª e 5ª. Su questa pubblicazione ci sono testimonianze dì vita, impressioni di bambini, stupefacenti per la loro lucidità e chiarezza.

Pubblichiamo una piccola poesia, dei bambini della 3ª classe.

*La canzone del vino*

Il bicchiere di vino canta:
quando ne assaggi uno,
questo tira l'altro
è cosi buono che ne prendi
un altro e…
diventi alcolizzato.
Il vino pesca e le persone
abboccano.

Ma perché seguire la strada del vino?
Perché cadere nell'oblio più completo?
Perché dimenticare ed essere dimenticati?
NON È MAI TARDI PER INIZIARE
UNA NUOVA VITA.

Nel 1992, in collaborazione con l'USL n. 10 del Maniaghese e Spilimberghese, con il professor Hudolin e i dottori Geppini e Zanon, l'associazione ha pubblicato un secondo volume dal titolo: *Verso un concetto ecologico di salute*.
Anche questo libro ha avuto un ottimo successo presso tutta la popolazione locale e nazionale. Vengono fatte delle Scuole di Primo Modulo per le nuove famiglie che entrano ai Club, Scuole di Secondo Modulo, aggiornamento, per le famiglie che sono ai Club da diverso tempo e Scuole di Terzo Modulo per tutta la popolazione e pure serate di sensibilizzazione.
Inoltre, annualmente, viene fatta una gara di pesca aperta a tutti, ed a Spilimbergo una bancarella con lavori fatti dagli alcolisti e dalle loro famiglie (metà del ricavato viene donato ad una associazione benefica di Spilimbergo).
Nell'ottica del benessere delle singole persone e della comunità, dallo scorso anno la scrivente associazione ha intrapreso anche dei Corsi di disassuefazione dal fumo di tabacco (quattro per anno), con un buon esito di persone che riescono a smettere di fumare.

## Papà e il prete

Abbiamo tentato tutto perché papà non bevesse più: preghiere, novene, messe… Abbiamo persino provato con un prete. Era un giovane prete molto simpatico. Si chiamava don Lesage. Accompagnava papà nelle sue visite, leggeva il breviario in macchina aspettando che papà finisse e, la sera, riportava papà a casa. All'inizio, papà non osava andare troppo al bar a causa del reverendo. In ogni caso, ci andava di meno. Il reverendo e papà erano diventati buoni amici. Papà faceva ridere il reverendo, lo chiamava grande corvo. Dopo ha voluto portare il reverendo al bar. Il reverendo sulle prime ha resistito. Poi ha pensato che fosse meglio restare vicino a papà e ha accettato. Beveva limonate mentre papà beveva vermut. Un giorno, il reverendo se n'è andato. Doveva averne abbastanza di limonate. Papà invece è rimasto. Non ne aveva ancora abbastanza dei vermut.

## Papà parla latino

Quando papà non c'era ed era la mamma ad aprire, i clienti le chiedevano spesso consigli. Quando non erano cose complicate, li ragguagliava; quando erano cose divertenti, ce le raccontava.
Una volta, una cliente è venuta a spiegare alla mamma che il marito non aveva voluto mangiare le sanguisughe che papà aveva segnato sulla ricetta, eppure gliele aveva tagliate a fettine e le aveva fatte cuocere con burro e prezzemolo.
Un'altra volta, la mamma apre la porta a una cliente che non sembra molto contenta. È arrabbiata con papà, perché ha detto che suo marito aveva "un didietro tremendo". Lei dice che non è vero.
La mamma non capisce bene, ma vuole tranquillizzare la cliente, le dice che deve aver capito male, non è da papà dire cose del genere. Però alla mamma viene da ridere…
Papà aveva detto che il marito aveva il *delirium tremens*. È latino, vuol dire "delirio tremolante" ed è una malattia molto grave, una specie di follia che colpisce gli alcolizzati.
Capivo la cliente. Sono sicuro che neppure alla mamma avrebbe fatto piacere che suo marito avesse un didietro tremendo.

Da *Non ha mai ammazzato nessuno il mio papà* di Jean Louis Fournier – Salani Editore, 1999.

# La prima casa

## *Storia dell'ACAT «Sanvitese»*

GUIDO PIPPOLO E TARCISIO CIMETTA

**ASSOCIAZIONE CLUB ALCOLISTI IN TRATTAMENTO «DEL SANVITESE»**

San Vito al Tagliamento è un paesotto, o meglio una cittadina, di più o meno 13.000 abitanti, ove la "cultura" del vino è simile a quella diffusa un po' in tutto il Friuli. E, facilmente intuibile, anche con le analoghe e devastanti conseguenze. Evidentemente, i disagi per problemi alcolcorrelati erano presenti anche da noi, ma non si conosceva alcuna terapia. Provvidenziale, a questo punto, fu la nascita del primo Club (CAT) nella vicina Casarsa, nel giugno 1984.
Non ci volle molto perché l'iniziativa ed ancor più la notizia dei primi incoraggianti risultati colà registrati, suggerisse ad alcune persone di buona intuizione l'idea di tentare qualcosa di simile anche qui da noi, ossia in San Vito al Tagliamento. Fu così che nel 1985 vide la luce il CAT n. 215 «Incontriamoci» di San Vito al Tagliamento.
Fu probabilmente il numero di adesioni a questi due Club che spinse San Vito a costituirsi in ACAT autonoma. Fino ad allora, infatti, figuravamo affiliati all'ACAT di Pordenone.

NASCITA DELL'ACAT SANVITESE Nell'archivio della nostra attuale sede è conservata copia conforme all'originale dell'Atto notarile che sancisce la costituzione dell'Associazione Club Alcolisti in Trattamento del Sanvitese denominata ACAT «Sanvitese».
Il documento, redatto dal notaio Giovanni Pascatti, reca la data del 21 febbraio 1986 ed è controfirmato da membri di quel Club, di cui omettiamo le generalità.
Dal citato documento, apprendiamo che primo presidente dell'ACAT «Sanvitese» fu R. C., a quella data di 50 anni, affiancato dai suoi collaboratori, vicepresidente, segretario, tesoriere. Seguono poi i nomi dei consiglieri in numero di sei, e quelli di tre revisori dei conti.
Vi si afferma il carattere apolitico ed aconfessionale della stessa, in quanto si propone scopi esclusivamente sociali e terapeutici…!
Allegato, dell'ampiezza d'una facciata di protocollo, vi troviamo lo Statuto sociale, condensato in sei precisi articoli, tutti improntati sullo stile hudoliniano che ben conosciamo.
Da questo testo, peraltro importante come atto di nascita, non ci è dato conoscere il numero dei Club aderenti in quell'epoca, supponendo che alcuni di essi siano spuntati successivamente; infatti, oggidì, fanno capo all'associazione distrettuale dieci Club, come diremo più avanti. Un dettaglio da precisare: in quella carta, si fa spesso riferimento alla USL n. 9 di Pordenone, oggi rappresentata dall'ASS n. 6.

LA PRIMA CASA Quando nacque, l'ACAT «Sanvitese» mosse i suoi primi passi, forse un po' incerti, nell'antica sede del Falcon Vial (un'istituzione locale che negli anni fu adibita a varie iniziative culturali, assistenziali e religiose…) e che tuttora permette le riunioni settimanali del Club n. 249 «Il Sole». Si trova nell'omonima via.
Solo più tardi, la sede dell'ACAT si trasferì nell'attuale, in piazza del Popolo 44/c, ove opera il CAT n. 215 «Incontriamoci».
È qui che si svolgono puntualmente le riunioni del Consiglio direttivo, dei presidenti di Club, dei servitori-insegnanti, per programmazione ed aggiornamento mensile, nonché per convocazioni straordinarie.

ATTIVITÀ ED INIZIATIVE La vita di questa ACAT si svolge secondo i ritmi che sono propri di ogni altra analoga associazione operante nel settore specifico di prevenzione e del recupero secondo i programmi ormai collaudati del nostro metodo.
È altresì scontato che si metta in primo piano la "fedeltà" alle direttive ed ai suggerimenti che possiamo attingere negli incontri mensili con i responsabili, a Pordenone e ad Udine (ARCAT).

Parlarci ed ascoltarci a quel livello si è sempre dimostrato assai proficuo, vuoi per la soluzione di alcuni interrogativi o problemi, vuoi per fare proprie alcune iniziative già da altri collaudate… Siamo pure convinti, d'altro canto, che non si può vivere nella solita "routine"… Che è estremamente necessario reperire nuove motivazioni e stimoli nuovi perché l'associazione goda di una sua propria vivacità!
Ferme restando alcune "sacre e tradizionali priorità", quali sono la Scuola territoriale (nei suoi diversi livelli) o i programmi di Sensibilizzazione aperti al pubblico, ecc., è quanto mai arricchente proporsi altre iniziative in grado di interessare e coinvolgere un po' tutti i membri, quantomeno idealmente, al buon esito delle stesse.
C'è chi la gestisce in prima persona, ma è bene che tutti siano resi partecipi, attraverso un dettagliato rendiconto (riferire circa) dell'esperienza vissuta dai protagonisti.
La nostra ACAT ha potuto così organizzare degli incontri informativi e formativi nelle scuole superiori, con relativo dibattito sul problema, così come rispondere per circa due anni all'impegno d'una lezione settimanale presso il locale Dispensario, secondo le linee della Convenzione concordata con l'Azienda per i Servizi Sanitari del Friuli Occidentale n. 6. Siamo sempre stati presenti, non solo con chi doveva tenere la "lezione", ma anche con un intero Club dei nostri, secondo un calendario a rotazione, in modo che ogni Club assistesse alle due sedute settimanali, portando anche il proprio contributo di esperienza vissuta. È stata un'avventura coinvolgente e preziosa… Si sa che non si può dare ad altri ciò che non si possiede neppure per sé stessi!

## Al bar con papà

Una domenica, papà mi ha portato con lui in un bar e mi ha offerto l'aperitivo come a un grande. Però io avevo undici anni. Era proprio un giorno di festa.
Ho preso un Martini, perche il Martini è un po' dolce. C'era un pezzetto di scorza di limone che galleggiava sopra. Me l'hanno servito in un bicchiere molto spesso che faceva da lente d'ingrandimento, dando l'impressione che ci fosse molto Martini dentro. Non era vero, si arrivava molto in fretta al fondo del bicchiere.
Ero orgoglioso di essere da solo con papà. Tutti venivano a salutarlo e lui mi presentava. Ero il figlio maggiore.
Mi sentivo bene, avevo un po' caldo alle orecchie col Martini, trovavo tutti gentilissimi.
Si sta bene in un caffè, si occupano di voi. Quando avete voglia di qualcosa, voi dite il nome della cosa e quella vi arriva davanti, come nelle fiabe. Papà era capace di dire venti volte «Martini» durante la giornata, e venti volte c'era un Martini che arrivava.
Quel giorno, papà si è interessato a me. Mi ha chiesto cosa volevo fare dopo. Gli ho detto che volevo fare teatro. Credo che mi abbia detto che non era un vero mestiere. Mi parlava come a un uomo.
Poi, papà ha ripetuto «Martini» varie volte e tutto è diventato meno bello.

## Un giorno papà è morto sul serio

Molto presto una mattina, mamma è venuta nella mia camera, mi ha detto:
«Credo che tuo padre sia morto».
Mi ricordo, ho detto: «Ancora…».
Non volevo alzarmi, ero stanco, e mi sono ricacciato sotto le lenzuola.
L'avevo già visto tante di quelle volte ubriaco fradicio che non credevo che a furia di ubriacarsi da morire sarebbe morto sul serio. E poi papà era un medico, un medico non poteva mica morire.
Mamma mi ha detto:
«Questa volta è vero. Su, alzati».
Mi sono alzato. Sono stato nella sua camera. Era caduto accanto al letto, aveva la bocca piena di sangue. Non mi ha sgridato, era morto sul serio.

Da *Non ha mai ammazzato nessuno il mio papà* di Jean Louis Fournier – Salani Editore, 1999.

# Breve storia degli Alcolisti Anonimi

Correva l'anno 1935 quando due uomini, considerati bevitori irrecuperabili, si incontrarono e capirono che condividendo le personali sofferenze potevano, con minor fatica, rinunciare all'alcol: senza volerlo formarono il primo gruppo di alcolisti anonimi.
Da quel 10 giugno, l'agente di borsa Bill Wilson e il medico chirurgo Bob Smith, si attivarono a trasmettere questa loro "intuizione" a tutti i bevitori – problema delle rispettive città di New York e di Akron, convinti dalla prova dei fatti che se volevano conservare la propria sobrietà dovevano "passarla" agli altri sofferenti.
Nel 1939 viene pubblicato il libro *Alcolisti Anonimi* la cui prefazione terminava dicendo: «Noi vorremmo semplicemente aiutare coloro che soffrono di alcolismo».
Con questo spirito di umiltà e semplicità, tutt'ora praticato, l'associazione si è dilagata radicando i suoi gruppi di auto aiuto in tutto il mondo.
– In Italia il primo gruppo si forma a Roma, poi a Firenze e Milano; siamo nei primi anni del 1970. In Friuli il primo gruppo nasce a Udine nel 1979, a ruota seguono i gruppi di San Vito al Tagliamento e di Azzano Decimo, nel 1980 Pordenone forma il suo primo gruppo; di pari passo vanno le province di Trieste e di Gorizia.
– Nell'ottobre 1989 Alcolisti Anonimi entra a far gruppo nel carcere di Pordenone.
– Attualmente nel mondo ci sono 98.000 gruppi di Alcolisti Anonimi. In Italia attualmente se ne contano 470.
– I servizi generali degli Alcolisti Anonimi sono a Roma in via Torre Rossa, 35. Con numero di telefono 06 663.66.29.

L'enunciato degli Alcolisti Anonimi Alcolisti Anonimi è una associazione di uomini e di donne che mettono in comune la loro esperienza forza, e speranza al fine di risolvere il loro problema comune e di aiutare gli altri a recuperarsi dall'alcolismo.
L'unico requisito per divenirne membri è il desiderio di smettere di bere. Non vi sono quote o tasse per essere membri di Alcolisti Anonimi, noi siamo autonomi mediante i nostri propri contributi.
Gli Alcolisti Anonimi non sono affiliati ad alcuna setta, confessione, idea politica, organizzazione o istituzione, non intendono impegnarsi in alcuna controversia né sostenere od opporsi ad alcuna causa. Il nostro scopo primario è rimanere sobri e aiutare altri alcolisti a raggiungere la sobrietà.

# Gruppi famigliari Al-Anon /Alateen

Presentazione I Gruppi famigliari Al-Anon (Alcolisti Anonimi) sono un'associazione di famigliari e amici di alcolisti, che si riuniscono per condividere esperienze, forza e speranza allo scopo di risolvere il problema comune. Noi crediamo che l'alcolismo sia una malattia che coinvolge tutta la famiglia e che un cambiamento di atteggiamenti possa favorire il processo di recupero. Al-Anon non è affiliata ad alcuna setta,

fede, partito politico, organizzazione o istituzione, non si impegna in alcuna controversia, né appoggia o oppone ad alcuna causa. Non vi sono quote da pagare per essere membri di Al-Anon. Il nostro mantenimento è autonomo e avviene attraverso i nostri contributi volontari.
Al-Anon ha un solo scopo: aiutare le famiglie degli alcolisti. Questo fine lo realizziamo mettendo in pratica i Dodici Passi, offrendo accoglienza e conforto alle famiglie degli alcolisti, e dando comprensione e incoraggiamento all'alcolista.

La storia inizia negli Stati Uniti

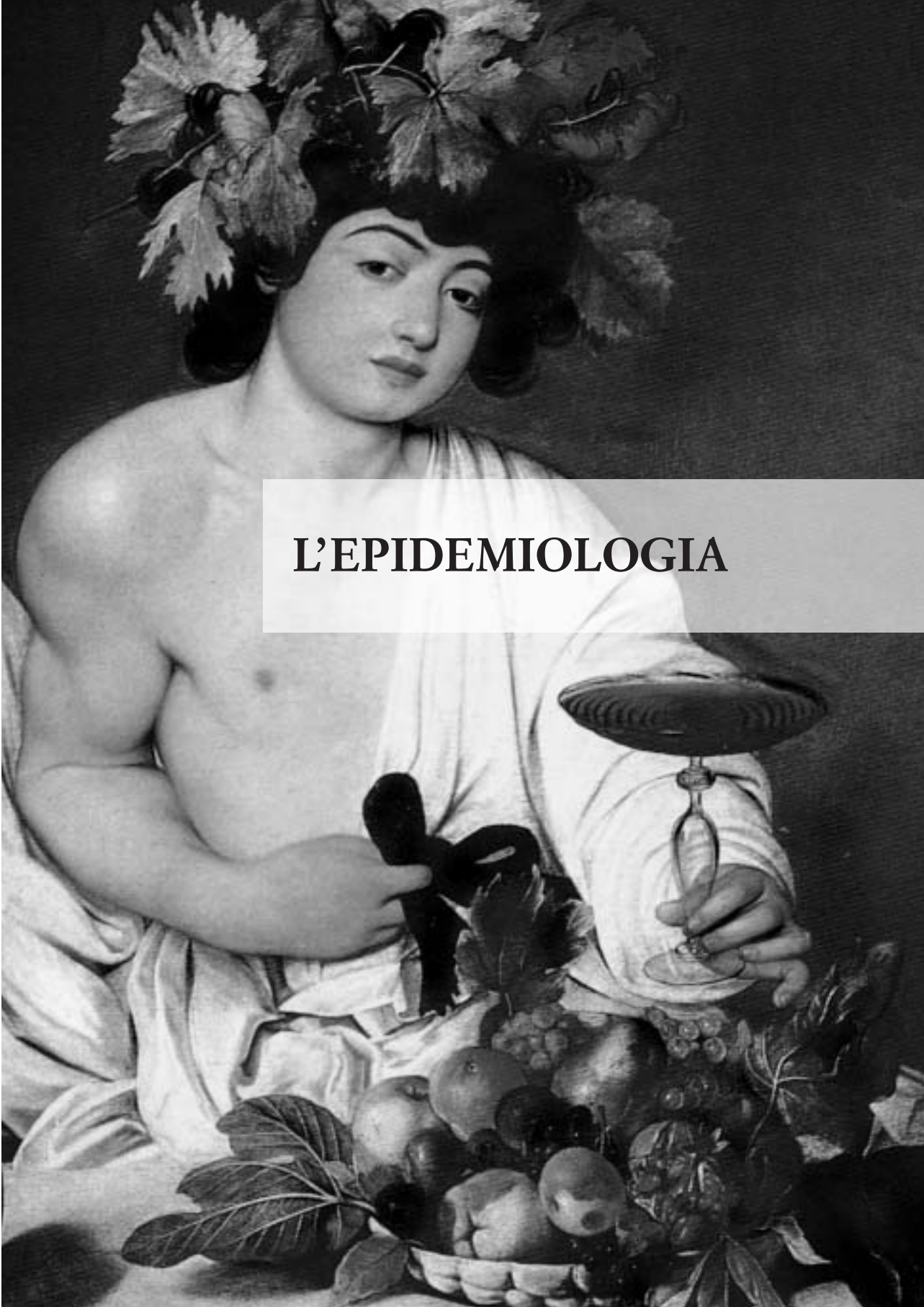
1935 Lois W., moglie di Bill Wilson, co-fondatore di Alcolisti Anonimi, si rende conto di aver bisogno di un programma per sé stessa.

29 giugno - Lois W. incontra Anne S., moglie del dottor Bob Smith, co-fondatore di Alcolisti Anonimi.

1939 Iniziano a costituirsi i Gruppi famigliari.

1998 gennaio - Ci sono 31.500 gruppi Al-Anon e Alateen registrati presso l'USM e presenti in 112 paesi. La letteratura approvata dalla Conferenza è pubblicata in 30 lingue.

Al-Anon Italiana I nostri amici del 1976, quelli che hanno letto e tradotto il primo libro, hanno aperto il primo gruppo in via Napoli, 58 a Roma.
Nel 1996 i gruppi erano 358. Nel 1999 sono arrivati a 372 gruppi.



# L'EPIDEMIOLOGIA

# Oratio de hominis dignitate

Pico Della Mirandola

*Nec certam sedem, nec propriam faciem, nec munus ullum peculiare tibi dedimus, o Adam; ut quam: sedem, quam faciem, quae munera tute optaveris, ea, pro voto, pro tua sententia, habeas et possideas. Definita ceteris natura in tra praeciptas a nobis leges coercetur. Tu, nullis angustiis coercitus, pro tuo arbitrio, in cuius manu te posui, tibi illam praefinies. Medium te mundi posui, ut circumspiceres inde commodius quicquid est in mundo. Nec te caelestem neque terrenum neque immortalem neque immortalem fecimus, ut tui ipsius quasi arbitrarius honorariusque plastes et fictor, in quam malueris tute formam effingas…*

Non ti diedi né volto, né luogo che ti sia proprio, né alcun dono che ti sia particolare, o Adamo, affinché il tuo volto, il tuo posto e i tuoi doni tu li voglia, li conquisti e li possieda da solo. La natura racchiude altre specie in leggi da me stabilite. Ma tu che non soggiaci ad alcun limite, col tuo proprio arbitrio al quale ti affidai, tu ti definisci da te stesso, Ti ho posto al centro del mondo affinché tu possa contemplare meglio ciò che esso contiene. Non ti ho fatto né celeste né terrestre, né mortale né immortale, affinché da te stesso, liberamente, in guisa di buon pittore o provetto scultore, tu plasmi la tua immagine.

# La conoscenza e l'uso di bevande alcoliche e sostanze psicoattive fra gli studenti

A cura della Piccola Comunità di Conegliano

Riassunto La presente ricerca indaga sull'uso di sostanze psicotrope su un campione di 1820 studenti: 470 delle scuole medie e 1820 delle scuole superiori. Dai risultati emergono abitudini nocive, soprattutto se si considera l'età del campione intervistato, e conoscenze inadeguate sugli effetti. L'analisi dei risultati ci conferma inoltre la necessità di sviluppare interventi di informazione adeguati e di carattere permanente, sviluppando una vera cultura della "educazione alla cura".

Introduzione Il lavoro di seguito descritto è stato realizzato dal Centro Studi della Piccola Comunità di Conegliano diretta da don Luigi Vian. Una seppur non esaustiva sorveglianza epidemiologica, indirizzata alla puntualizzazione del fenomeno della conoscenza e dell'uso di sostanze psicoattive accompagnata da un costante monitoraggio assume una fondamentale importanza per progettare ed attuare una efficace programmazione preventiva.
Le ultime ricerche realizzate segnalano una preoccupante abitudine al consumo di alcolici e di altre sostanze psicoattive in età evolutiva ed un cambiamento nello stile di bere che viene sempre più spesso abbinato all'uso ed abuso di cannabis, ecstasy, popper e acidi.
Il gruppo di ricerca è costituito dalla dottoressa Viviana Lotti, dal dottor Paolo Piazza, dalla dottoressa Elena Betteti e coordinati da Gian Franco Araldi.
Si ringraziano tutti coloro che hanno collaborato a vario titolo per la realizzazione di questa iniziativa; nello specifico ai presidi, ai docenti referenti delle scuole partecipanti alla ricerca ed agli studenti interessati.

Contenuti della ricerca Il programma di ricerca si compone di varie fasi, tra di loro integrate:
1. Individuazione di alcuni istituti scolastici dove effettuare le indagini ed i successivi interventi di prevenzione.
2. Effettuazione di inchieste su consumi, atteggiamenti e conoscenze nei confronti delle sostanze d'abuso da parte di giovani studenti.
3. Utilizzazione dei risultati per la programmazione di interventi

## Metodi della ricerca

Inchieste mediante questionario Gli studenti sono stati intervistati mediante un questionario anonimo composto da 47 item elaborato dal Centro Studi e proposto a cura degli operatori con la collaborazione del personale scolastico dopo una sintetica spiegazione sulle modalità di autoamministrazione da parte degli studenti. La durata massima per la compilazione è stata fissata in 45 minuti.
I questionari raccolti sono stati sottoposti ad elaborazioni statistiche descrittive e analitiche al fine di evidenziare anche eventuali associazioni tra i consumi delle sostanze e fattori legati all'ambiente e allo stile di vita dei giovani.

Questionari Gli strumenti di rilevazione dei dati sono costituiti da tre questionari anonimi, uno rivolto agli studenti di scuola media inferiore, uno agli studenti di scuola media superiore ed uno ai genitori.
Sono presi in considerazione consumi, atteggiamenti e conoscenze relativi alle sostanze psicotrope nonché atteggiamenti comuni nel modo giovanile.

## Risultati previsti

1. Studiare comportamenti, atteggiamenti e conoscenze dei giovani nei confronti delle sostanze d'abuso.
2. Analizzare i risultati di queste inchieste per la programmazione di interventi educativi nelle scuole.
3. Stimolare i giovani a prendere conoscenza dei potenziali effetti dannosi legati all'abuso di alcol.
4. Diminuire i consumi eccessivi tra i giovani.
5. Analizzare le correlazioni tra consumo di alcol e fattori demografici, socio-economici, famigliari e comportamentali (età, sesso, residenza, consumi in famiglia e tra gli amici, livello di istruzione ed atteggiamento dei genitori, consumi di altre sostanze).

6. Programmare in maniera idonea interventi educativi nella scuola.
7. Preparare un nucleo di operatori socio-sanitari e culturali nel campo dell'alcologia e della prevenzione dei problemi alcolcorrelati e tabaccocorrelati.

## Il programma di ricerca (tabella 1)

## I risultati della ricerca

Analisi descrittiva Sono stati intervistati 470 studenti della scuola media inferiore (51% femmine e 49% maschi) e 1820 studenti delle scuole superiori (16% femmine e 84% maschi. Il rendimento degli studenti viene da loro definito in modo buono/ottimo per il 57,2% e sufficiente per il 42,8%. Sul piano delle relazioni con il mondo adulto il 63% afferma che i loro genitori sono comprensivi. La maggioranza dei giovani intervistati si dichiara sereno e soddisfatto (63,8%) e fiducioso del proprio futuro 74,4%.

Abitudini di vita Dall'analisi sull'approccio e sul rapporto che i giovani hanno con le bevande alcoliche si evince come il Prosecco e la birra siano le bevande più usate.
La maggioranza dei ragazzi di età compresa tra 12 e 14 anni ha già avuto esperienze con le bevande alcoliche, mentre l'età del primo assaggio è mediamente a 10 anni.
Alla domanda: «Che cosa si beve di solito a casa tua durante i pasti?» gli studenti rispondono: il 73,4% dei padri e il 44,6% delle madri bevono vino, il 9,2% dei padri e il 4,9% delle madri beve birra.
Il 78% dei genitori permette ai figli l'uso di bevande alcoliche; solamente il 22% del campione non beve mai nella propria abitazione.
Il 54,2% dei ragazzi dichiara di bere senza una motivazione particolare, il 21,6 lo fa per sentirsi più adulto (tabella 2).

Riguardo all'assaggio delle bevande alcoliche *Vino:* nelle prime classi il 72,9% dei maschi e il 61,5% delle femmine ha assaggiato

| | Paese | Numero classi | Numero studenti |
|---|---|---|---|
| Istituto Tecnico Industriale | Conegliano | 42 | 1047 |
| Liceo Scientifico | Conegliano | 8 | 168 |
| Ipsia | Brugnera | 10 | 213 |
| Ipsia | Sacile | 10 | 233 |
| Ragioneria Collegio Balbi | Pieve di Soligo | 3 | 59 |
| Scuola Media Collegio Balbi | Pieve di Soligo | 3 | 54 |
| Scuola Media | Treviso | 3 | 65 |
| Scuola Media | Paese | 6 | 121 |
| Scuola Media | Vittorio Veneto | 9 | 230 |

**Tabella 1 Il programma di ricerca**

| | Mai (%) | Qualche volta (%) | Sempre (%) |
|---|---|---|---|
| Al bar da solo | 86 | 12 | 2 |
| Al bar con gli amici | 13 | 55 | 22 |
| In parrocchia | 56 | 38 | 6 |
| Nella propria casa | 22 | 49 | 29 |
| In casa di parenti | 16 | 81 | 3 |
| In casa di amici | 12 | 82 | 6 |
| In gita (scolastica, con amici) | 6 | 35 | 59 |
| In associazioni e circoli vari | 21 | 66 | 3 |
| In discoteca | 4 | 23 | 73 |

**Tabella 2 Dove ti capita di bere più spesso?**

| | Non la conosco | Non è una droga | È una droga leggera | È una droga pesante |
|---|---|---|---|---|
| Hashish | | 4% | 94% | 2% |
| Marijuana | | 40% | 58% | 2% |
| Acidi | 2% | | 12% | 86% |
| Crack/ base libera | 2% | | | 98% |
| Ketamina | 36% | 12% | 2% | 50% |
| Ecstasy | | | 56% | 44% |
| Superalcolici | | 76% | 22% | 2% |
| Cocaina | | | 21% | 79% |
| Popper | 12% | 37% | 45% | 6% |
| Psilocibina - (funghetti) | 63% | 6% | 21% | 10% |
| Allucinogeni vegetali - Peyote | 34% | 25% | 23% | 18% |

**Tabella 3 Conosci le sostanze di questo elenco? Secondo te, sono droghe?**

| | No nessuno | Si qualcuno | Si parecchi |
|---|---|---|---|
| Hashish | 15 | 25 | 60 |
| Marijuana | 5 | 12 | 83 |
| Acidi | 86 | 11 | 3 |
| Crack/ base libera | 65 | 29 | 6 |
| Ketamina | 70 | 23 | 7 |
| Ecstasy | 33 | 26 | 41 |
| Superalcolici | 5 | 32 | 63 |
| Cocaina | 63 | 28 | 9 |
| Popper | 56 | 28 | 16 |
| Psilocibina - (funghetti) | 79 | 20 | 1 |
| Allucinogeni vegetali - Peyote | 65 | 26 | 9 |

**Tabella 4 Nel giro dei tuoi amici/compagni, conosci qualcuno che usa queste sostanze?**

vino; nelle quinte aumenta la percentuale di chi ha assaggiato vino: i maschi sono ora il 96,4% mentre le femmine il 90,2%.
*Superalcolici:* la percentuale di chi ha assaggiato superalcolici è nei maschi di prima il 54,7% mentre nei maschi di quinta è il 91,2%; nelle femmine di prima il 35,7%, in quinta il 61,4%.

L'ETÀ DEL PRIMO ASSAGGIO Il 21,4% dei maschi che frequentano la prima e il 19,2% delle femmine ha assaggiato per la prima volta vino tra i 7 e i 10 anni; questo è confermato dal campione della seconda media inferiore.
Normalmente l'età della prima volta delle bevande alcoliche è compresa tra 11-14 anni.
Per quanto riguarda la frequenza d'uso di vino o birra negli ultimi 12 mesi il 53% dei maschi e il 21,6% delle femmine beve quotidianamente, il 73,2% dei maschi e il 59,9% delle femmine lo beve occasionalmente nelle classi quinte.

## Conclusioni

È interessante notare come i giovani abbiano una conoscenza delle sostanze d'abuso molto relativa, e come sottovalutino la pericolosità di molte sostanze (tabella 3).
Il fatto che il 76% non consideri l'alcol una droga è senza dubbio grave e sintomatico di una cultura diffusa, ma sorprende forse maggiormente il dato relativo alla marijuana (40%), al popper ed agli allucinogeni di origine vegetale.
Lasciano perplessi ed allarmano anche i dati re-

lativi alla conoscenza di amici e/o conoscenti che usano sostanze psicotrope (tabella 4).
Il campione intervistato, per l'83% dichiara di conoscere parecchi amici che consumano marijuana, contro il 63% che consumano superalcolici.
Dalle risposte sembrerebbe che l'uso, sia saltuario ed occasionale, sia continuativo di marijuana si assesti sulle stesse percentuali di consumo degli alcolici, e che probabilmente si assommi.
Si è osservata inoltre un livello basso di conoscenze sui rischi legali all'uso di alcol e di altre sostanze psicotrope.
Da sottolineare il fatto che il 53,4% degli intervistati dichiara che l'alcol è il fattore-causa di incidenti stradali, però il 64,6 ritiene che si possa comunque bere prima di mettersi alla guida.
In relazione al bere giovanile si conferma la forte influenza delle famiglie, degli amici, e soprattutto di una "cultura" che incentiva l'uso di bevande alcoliche e delle sostanze così dette leggere. Per questi motivi si rende sempre più necessario intervenire con progetti di promozione della salute che equilibrino le mode culturali e le spinte determinate da interessi economici.
Per ottenere risultati è necessario non procedere, come si è fatto sino ad ora, in modo disarmonico ed occasionale. Occorre costruire una vera e propria struttura permanente che si faccia carico dell'educazione alla salute in ambito scolastico e sociale usando tutte le sinergie possibili tra Pubblico e Privato sociale.

I dati raccolti disegnano una gioventù in grave rischio e non può più essere sopportato il disinteresse o il pressappochismo che in genere avvolgono l'argomento che viene rimarcato solamente a fronte di episodi eclatanti.
Anche il silenzio è colpevolezza, abbiamo il dovere di agire.

# Come fanno la diagnosi i medici?

Gianpietro Nardelotto, Orietta Dal Pont e Carmela Zuccarelli

Il corso di studi che permette di conseguire la laurea fornisce allo studente di medicina svariate nozioni cliniche e teoriche riguardanti la patologia derivante dall'uso di bevande alcoliche. Pertanto non si può affermare che il problema alcolismo non sia sufficientemente affrontato in medicina. È vero invece che l'argomento è talmente vasto e presenta tali e tante sfaccettature che viene suddiviso in molte altre "malattie", in relazione al contesto specialistico in cui viene preso in esame. La medicina interna affronta spesso la patologia alcolcorrelata curandosi soprattutto delle malattie del tratto digerente (dalla gastrite alla cirrosi); l'oncologia evidenzia la correlazione alcol+fumo e neoplasie; la neurologia enfatizza la tossicità sia a livello centrale (epilessia) che periferico (polineuriti); la chirurgia chiama in causa l'alcol in caso di sofferenza acuta del pancreas; infine la psichiatria si occupa degli squilibri mentali e comportamentali che l'intossicazione slatentizza e rende drammatici. Gli esempi sarebbero molti di più, ma questo breve *excursus* vuol solo significare che il medico generico e specialista deve sempre confrontarsi con l'abuso di sostanze alcoliche, a maggior ragione in Friuli Venezia Giulia, dove esiste radicato il culto del bere.

L'atteggiamento personale di ognuno, medico compreso, nei riguardi dell'assunzione di bevande alcoliche non è quello che deriva dallo studio degli effetti dell'alcol sulla salute fisica, sui comportamenti umani e sulle relazioni sociali; esso deriva dall'educazione infantile che ognuno assorbe osservando gli usi e costumi famigliari ed ambientali e soprattutto dalle emozioni permeate dai modelli genitoriali. Per cui il medico, anche se superspecialista, ha difficoltà a staccarsi dal modello comportamentale acquisito fin dall'infanzia e di conseguenza applica tale parametro, dapprima su sé stesso, e di conseguenza su ogni soggetto che si presenti a lui con disturbi legati all'uso di alcol.

La somministrazione di un questionario ad un gruppo di medici ospedalieri dimostra infatti che il problema dell'alcolismo è noto a tutti e si presenta loro ogni giorno. L'incidenza del fenomeno è in effetti sottostimata, essendo ampiamente superiore al 10% indicato. Se, usando un progetto utopico, si potesse azzerare la patologia imputabile all'alcol, non occorrerebbero molti degli ospedali e delle cliniche universitarie esistenti sul territorio nazionale con buona pace di chi regge le sorti della Sanità (tabella 1).

Più del 50% ritiene di porre facilmente e correttamente diagnosi di patologia alcolcorrelata e per far questo si affida principalmente all'anamnesi (consumo di bevande e patologia pregressa) ed alla storia famigliare (disagio, disoccupazione, infortuni, etc) oltreché all'esame clinico ed al laboratorio (tabella 2).

I parametri tradizionali che si alterano in caso di abuso alcolico (transaminasi, yGT, MCV) sono arcinoti; meno impiegato il dosaggio dell'alcolemia, che è ancora gravato di tabù nel suo utilizzo. Il dosaggio dell'alcol ematico non ha senso a distanza di 24 ore dall'evento, ma è discriminante nella fase acuta anche per escludere, in caso di negatività, responsabilità individuali soprattutto quando si osservano incidenti di lavoro o di traffico o casi di violenza tra individui.

Un'alcolemia elevata occasionale non significa alcolismo, ma indica un uso non corretto della so-

| Reparto | Medico | % | Chirurgico | % | Specialistico | % | Totale | % |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NR | 2 | 9,5% | 1 | 7,1% | 0 | 0,0% | 3 | 6,3% |
| < del 2% | 0 | 0,0% | 1 | 7,1% | 0 | 0,0% | 1 | 2,1% |
| fra 2% e il 5% | 8 | 38,1% | 3 | 21,4% | 6 | 46,2% | 17 | 35,4% |
| > del 5 % | 11 | 52,4% | 9 | 64,3% | 7 | 53,8% | 27 | 56,3% |
| **Totale intervistati** | **21** | | **14** | | **13** | | **48** | |

**Tabella 1 Quale pensa sia la percentuale di alcolisti nella popolazione adulta del Friuli Venezia Giulia?**

| Reparto | Medico | % | Chirurgico | % | Specialistico | % | Totale | % |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NR | 0 | 0,0% | 1 | 7,1% | 1 | 7,7% | 2 | 4,2% |
| SI | 18 | 85,7% | 2 | 14,3% | 5 | 38,5% | 25 | 52,1% |
| NO | 3 | 14,3% | 11 | 78,6% | 7 | 53,8% | 21 | 43,8% |
| **Totale intervistati** | **21** | | **14** | | **13** | | **48** | |

**Tabella 2 Sulla base della sua esperienza viene formulata una diagnosi completa?**

| Reparto | Medico | % | Chirurgico | % | Specialistico | % | Totale | % |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Un problema medico | 13 | 61,9% | 7 | 50,0% | 2 | 15,4% | 22 | 45,8% |
| Un problema psichico | 15 | 71,4% | 9 | 64,3% | 2 | 15,4% | 26 | 54,2% |
| Un problema sociale | 19 | 90,5% | 13 | 92,9% | 11 | 84,6% | 43 | 89,6% |
| Altro | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% |
| **Totale intervistati** | **21** | | **14** | | **13** | | **48** | |

**Tabella 3 Come definirebbe le problematiche relative all'alcolismo?**

| Reparto | Medico | % | Chirurgico | % | Specialistico | % | Totale | % |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| A un medico della medicina | 2 | 9,5% | 12 | 85,7% | 7 | 53,8% | 21 | 43,8% |
| A un medico della neurologia | 0 | 0,0% | 0 | 0,0% | 2 | 15,4% | 2 | 4,2% |
| A uno psicologo del DSM | 3 | 14,3% | 1 | 7,1% | 1 | 7,7% | 5 | 10,4% |
| A un medico del DSM | 1 | 4,8% | 1 | 7,1% | 1 | 7,7% | 3 | 6,3% |
| A un medico del SerT | 19 | 90,5% | 6 | 42,9% | 4 | 30,8% | 29 | 60,4% |
| **Totale intervistati** | **21** | | **14** | | **13** | | **48** | |

**Tabella 4 Nel caso che si sospetti la diagnosi di alcolismo a chi chiederebbe la consulenza?**

stanza; una positività negata, ma rilevata ripetutamente (per esempio durante gli esami di routine al mattino a digiuno all'atto del ricovero) deve far riflettere ed indurre ad affrontare il problema. Questa è la fase più delicata del processo, perché il medico deve decidere il da farsi. Se è convinto in base a scienza e coscienza che la persona che ha in esame, accanto alla pancreatite, all'ipertensione o alla polineurite, presenta soprattutto problemi derivanti dal suo bere, allora deve decidere: parlarne o no?
Si deve chiarire la situazione con l'individuo, usando tutto l'ascendente e la comprensione del buon medico che dispensa consigli o si deve anche coinvolgere il gruppo famigliare, impegolandosi in un inevitabile dramma fatto di accuse, rimpianti, promesse e rifiuti, che inevitabilmente turba l'emotività di chiunque vi partecipi ? A questo punto la via di uscita più comoda e meno coinvolgente è scrivere "astensione dagli alcolici" nella lettera di dimissione, ben sapendo che la birra ed il "buon vino fatto in casa" non verranno mai annoverati tra i famigerati "alcolici" (tabella 3). Da una ventina d'anni il medico ha imparato che può delegare ad altri il compito di affrontare il problema dell'alcolismo; solo da qualche tempo ha imparato a farlo bene. Non esiste un solo modo per cercare di risolvere il disagio, ma chi lo fa quotidianamente è in grado di fornire alla famiglia l'indirizzo che più le si confà (tabella 4).
Per concludere possiamo ragionevolmente affermare che il medico non trova difficoltà a porre diagnosi di patologia alcolcorrelata; talora invece gli risulta difficile la traduzione nei documenti diagnostici di quanto osservato nel caso clinico (paura inconscia di inimicarsi il cliente?), per cui spesso si rifugia negli eufemismi (es. "epatopatia tossica"). Un segno di crescita culturale auspicabile è quello di imparare a coinvolgere fin dall'esordio chi effettivamente ha gli strumenti per gestire le problematiche complesse, chiedendo il loro intervento precoce.

I questionari sono stati raccolti da: S. Paulon, E. Savoini, O. Dal Pont e D. De Giudici.

# La mortalità alcolcorrelata in provincia di Pordenone

Antonella Franzo e Paolo Cimarosti

Introduzione Molti studi hanno cercato di valutare le conseguenze sulla salute del consumo eccessivo di alcolici anche per stimarne il peso sociale e sanitario. Dall'analisi della letteratura epidemiologica emerge che l'assunzione di alcolici è un comportamento a rischio le cui conseguenze sulla salute sono modulate da fattori di varia natura (fattori genetici, sesso, età, modalità di assunzione, abitudini alimentari, altre patologie concomitanti) e che aumentando la quantità assunta e/o il tempo di assunzione – aumenta la probabilità di sviluppare determinate patologie.
Risulta tuttavia difficile stabilire con precisione le quote di morbosità e di mortalità imputabili al consumo di alcolici a causa dei seguenti problemi:
1. Difficoltà di conoscere l'incidenza degli esposti a determinati livelli di fattore di rischio (ammontare di alcol consumato da un soggetto, difficoltà dello stesso a ricordarlo e tendenza a dichiarare consumi minori di quelli effettivi).
2. Incertezza della relazione dose-risposta fra il consumo di definite quantità di alcol e il rischio di malattia.
3. Difficoltà di prendere in considerazione tutti i fattori di confondimento (es.: fumo, fattori nutrizionali e dietetici, infezioni virali, ecc.).
4. Difficoltà, legata alle precedenti, di conoscere il rischio relativo di tutte le condizioni alcolcorrelate (rapporto tra la probabilità che hanno i bevitori di sviluppare una certa malattia e quella che hanno i non bevitori).
Queste difficoltà, unite alla variabilità geografica nell'esposizione al fattore in esame, spiegano perché i criteri per calcolare la mortalità alcolcorrelata (MAC) proposti nella letteratura epidemiologica presentano differenze anche notevoli tra loro.
La MAC, cioè la quota di decessi dovuta ad un consumo eccessivo di alcol, è stata oggetto di studio fin dagli anni '80, quando il CNCDA (Comité National de la Défense contre l'Alcolisme), introdusse in Francia la formula di Perrin, definendo alcune cause di morte alcolcorrelate e per ciascuna di esse, la quota attribuibile all'alcol (QAA). Successivamente il CDC (Centre for Disease Control) negli Stati Uniti, adottò un approccio simile, ma più dettagliato e documentato ampliando la lista delle cause di morte interamente o parzialmente attribuibili all'alcol e fornendo stime più attendibili della proporzione di decessi (QAA) attribuibili all'alcol derivate da evidenze epidemiologiche o da dati clinici, autoptici o laboratoristici. Anche in Italia sono stati effettuati alcuni studi epidemiologici che hanno cercato di definire le cause di morte alcolcorrelate e le QAA più adatte alle specifiche realtà regionali (Osservatorio permanente sui giovani e l'alcol, 1999; Cipriani 1996).

Obiettivo dello studio Lo scopo di questo studio è di fornire una stima della mortalità alcolcorrelata nei residenti nella provincia di Pordenone, zona situata in un contesto geografico con lunga tradizione di produzione e consumo di bevande alcoliche.

Materiali e metodi Una corretta determinazione della MAC richiede che vengano preliminarmente selezionate le cause di morte totalmente o parzialmente attribuibili all'alcol e successivamente che sia definita per ognuna di esse la proporzione di decessi che può essere imputata al consumo di alcol (QAA) nello specifico contesto geografico e temporale dello studio.
Nel presente studio, in mancanza di QAA riferibili alla provincia di Pordenone, la MAC è stata calcolata sia utilizzando l'elenco di cause di morte alcolcorrelate e le corrispondenti QAA definite in precedenti studi epidemiologici italiani (Cipriani 1996) sia utilizzando l'elenco di cause (più estensive) e le corrispondenti quote definite dal CDC negli Stati Uniti (tabella 1).
Utilizzando i dati del Registro Regionale di Mortalità è stato calcolato il numero di decessi nel decennio 1989-1998 relativi ai residenti nella provincia di Pordenone per ciascuna causa di morte considerata alcolcorrelata. La MAC è stata quindi ottenuta moltiplicando il numero di decessi per ciascuna causa per le specifiche quote alcol attribuibili (ad esempio: numero di

| Gruppi di cause | Cause di morte (IX revisione) | QAA M "IT" | QAA F "IT" | QAA M "CDC" | QAA F "CDC" | ETÀ MIN. |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Altro | Tubercolosi (011, 012) | 33,0% | 33,0% | 25,0% | 25,0% | 35 |
| Tumori | Tumori maligni del cavo orale e faringe (140-149) | 66,0% | 66,0% | 50,0% | 50,0% | 35 |
| Tumori | Tumori maligni dell'esofago (150) | 66,0% | 66,0% | 75,0% | 75,0% | 35 |
| Tumori | Tumori dello stomaco (151) | 0,0% | 0,0% | 20,0% | 20,0% | 35 |
| Tumori | Tumori maligni del fegato e dei dotti biliari intra-epatici (155) | 33,0% | 33,0% | 15,0% | 15,0% | 35 |
| Tumori | Tumori maligni della laringe (161) | 33,0% | 33,0% | 50,0% | 50,0% | 35 |
| Altro | Diabete (250) | 0,0% | 0,0% | 5,0% | 5,0% | 35 |
| Altro | Psicosi alcolica (291) | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 15 |
| Altro | Sindrome da dipendenza alcolica (303) | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 15 |
| Altro | Abuso di alcol senza dipendenza (305.0) | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 15 |
| Altro | Polineuropatia alcolica (357.5) | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 15 |
| Altro | Ipertensione essenziale (401) | 0,0% | 0,0% | 7,6% | 7,6% | 35 |
| Altro | Cardiomiopatia alcolica (425.5) | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 15 |
| Altro | Malattie cerebrovascolari (430-438) | 0,0% | 0,0% | 6,5% | 6,5% | 35 |
| Altro | Polmonite e influenza (480-487) | 0,0% | 0,0% | 5,0% | 5,0% | 35 |
| Altro | Malattie dell'esofago, stomaco e duodeno (530-537 escluso 535.3) | 0,0% | 0,0% | 10,0% | 10,0% | 35 |
| Altro | Gastrite alcolica (535.3) | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 15 |
| Cirrosi e altre malattie fegato | Steatosi alcolica (571.0) | 51,6% | 58,4% | 100,0% | 100,0% | 15 |
| Cirrosi e altre malattie fegato | Epatite alcolica acuta (571.1) | 51,6% | 58,4% | 100,0% | 100,0% | 15 |
| Cirrosi e altre malattie fegato | Cirrosi alcolica (571.2) | 51,6% | 58,4% | 100,0% | 100,0% | 15 |
| Cirrosi e altre malattie fegato | Danno epatico da alcol non specificato (571.3) | 51,6% | 58,4% | 100,0% | 100,0% | 15 |
| Cirrosi e altre malattie fegato | Altre cirrosi e malattie croniche del fegato (571.4-571.9) | 51,6% | 58,4% | 50,0% | 50,0% | 35 |
| Altro | Pancreatite acuta (577.0) | 0,0% | 0,0% | 42,0% | 42,0% | 35 |
| Altro | Pancreatite cronica (577.1) | 0,0% | 0,0% | 60,0% | 60,0% | 35 |
| Altro | Eccessivo tasso di alcol nel sangue (790.3) | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 15 |
| Cause violente | Accidenti stradali e non da veicoli a motore (E810-E825) | 33,0% | 33,0% | 42,0% | 42,0% | 0 |
| Cause violente | Accidenti causati da cicli a pedali e da altri veicoli stradali (E826-E829) | 10,0% | 10,0% | 20,0% | 20,0% | 0 |
| Cause violente | Accidenti da trasporto acque (E830-E838) | 10,0% | 10,0% | 20,0% | 20,0% | 0 |
| Cause violente | Incidenti da trasporto aereo-spaziale (E840-E845) | 10,0% | 10,0% | 16,0% | 16,0% | 0 |
| Cause violente | Avvelenamento accidentale da alcol etilico non classificato altrove (E860.0, E860.1) | 10,0% | 10,0% | 100,0% | 100,0% | 15 |
| Cause violente | Cadute accidentali (E880-E888) | 10,0% | 10,0% | 35,0% | 35,0% | 15 |
| Cause violente | Accidenti causati da incendi e da fuoco (E890-E899) | 10,0% | 10,0% | 45,0% | 45,0% | 0 |
| Cause violente | Altre cause violente (E901, E911, E917-E920, E922, E980) | 10,0% | 10,0% | 25,0% | 25,0% | 15 |
| Cause violente | Annegamento e sommersione (E910) | 10,0% | 10,0% | 38,0% | 38,0% | 0 |
| Cause violente | Suicidi ed autolesione (E950-E959) | 25,0% | 25,0% | 28,0% | 28,0% | 15 |
| Cause violente | Omicidi e lesioni provocati intenzionalmente da altri (E960-E969) | 50,0% | 50,0% | 46,0% | 46,0% | 15 |

**Tabella 1 Cause di morte alcolcorrelate e corrispondenti QAA secondo criteri derivati da studi italiani (it) e dal CDC distinte per sesso.**

| | Femmine | | | | | Maschi | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Distretto** | **MAC (it)** | **MAC (CDC)** | **Decessi per tutte le c.** | **% MAC (it)** | **% MAC (CDC)** | **MAC (it)** | **MAC (CDC)** | **Decessi per tutte le c.** | **% MAC (it)** | **% MAC (CDC)** |
| Est | 47 | 91 | 1996 | 2,3% | 4,6% | 129 | 168 | 1955 | 6,6% | 8,6% |
| Nord | 82 | 150 | 3338 | 2,5% | 4,5% | 219 | 287 | 3228 | 6,8% | 8,9% |
| Ovest | 84 | 139 | 2776 | 3,0% | 5,0% | 173 | 225 | 2939 | 5,9% | 7,7% |
| Sud | 57 | 98 | 2094 | 2,7% | 4,7% | 158 | 199 | 2242 | 7,1% | 8,9% |
| Urbano | 152 | 218 | 4022 | 3,8% | 5,4% | 261 | 312 | 3866 | 6,8% | 8,1% |
| **Totale** | **422** | **695** | **14226** | **3,0%** | **4,9%** | **939** | **1192** | **14230** | **6,6%** | **8,4%** |
| Stima FVG 1990* | | | | 3,0% | | | | | 6,8% | |
| Stima Veneto 1990* | | | | 2,5% | | | | | 6,5% | |
| Stima Italia 1990* | | | | 2,0% | | | | | 4,6% | |

**Tabella 2 Mortalità alcolcorrelata calcolata con criteri derivati da studi italiani (it) e dal CDC: valore assoluto e percentuale rispetto ai decessi per tutte le cause. Periodo 1989-98, residenti in provincia di Pordenone.** * Cipriani 1996

decessi per tumori nell'esofago = 243; QAA per tumori nell'esofago = 66%; MAC per tumori nell'esofago = 246 x 0,66 = 160,38).
Sono stati inoltre calcolati i tassi grezzi di mortalità alcolcorrelata e gli anni di vita potenziali persi alcolcorrelati (Years Potential Life Lost - YPLL) fino a 70 anni.

RISULTATI Nel decennio 1989-1998, per i residenti nella provincia di Pordenone, applicando le formule derivate da studi epidemiologici italiani, si stimano 1361 decessi attribuibili all'alcol di cui 422 per le femmine e 939 per i maschi (tabella 2). Utilizzando i criteri del CDC, che considerano un elenco più ampio di cause di morte alcolcorrelate (ad esempio le malattie cardiovascolari, i tumori dello stomaco e la pancreatite) ed utilizzano QAA più elevate per alcune cause e più basse per altre, la MAC risulta notevolmente superiore: 1887 decessi (695 per le femmine e 1192 per i maschi).
La percentuale di MAC rispetto alla mortalità per tutte le cause risulta del 3,0% - 4,9% per le femmine e del 6,6% - 8,4% per i maschi (rispettivamente con criteri "italiani" e "CDC").
Il tasso grezzo medio annuo di MAC (con criteri "italiani") risulta di 29,6 decessi per 100.000 abitanti per le femmine e di 70,3 per 100.000 per i maschi, più elevato per entrambi i sessi rispetto ai tassi medi italiani riferiti al

| | Femmine | | Maschi | |
|---|---|---|---|---|
| **Distretto** | **Tasso (it)** | **Tasso (CDC)** | **Tasso (it)** | **Tasso (CDC)** |
| Est | 25,5 | 49,7 | 75,2 | 98,3 |
| Nord | 31,0 | 56,4 | 88,5 | 116,2 |
| Ovest | 30,3 | 50,0 | 66,4 | 86,6 |
| Sud | 22,9 | 39,0 | 65,4 | 82,4 |
| Urbano | 33,8 | 48,5 | 62,8 | 75,1 |
| **Totale** | **29,6** | **48,7** | **70,3** | **89,2** |
| Stima FVG 1990* | 34,2 | 88,2 | | |
| Stima Veneto 1990* | 21,5 | 64,9 | | |
| Stima Italia 1990* | 17,2 | 46,2 | | |

**Tabella 3 Mortalità alcolcorrelata calcolata con criteri derivati da studi italiani (it) e dal CDC: tassi grezzi medi annui per 100.000 abitanti per distretto di residenza e sesso. Periodo 1989-98, residenti in provincia di Pordenone.** * Cipriani 1996

| | Femmine | | | | Maschi | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Distretto** | **YPLL (it)** | **YPLL (CDC)** | **Media YPLL (it)** | **Media YPLL (CDC)** | **YPLL (it)** | **YPLL (CDC)** | **Media YPLL (it)** | **Media YPLL (CDC)** |
| Est | 416,4 | 539,7 | 8,9 | 5,9 | 1241,4 | 1514,8 | 9,6 | 9,0 |
| Nord | 678,2 | 887,6 | 8,2 | 5,9 | 2251,6 | 2913,5 | 10,3 | 10,2 |
| Ovest | 655,5 | 824,5 | 7,8 | 5,9 | 1909,0 | 2321,7 | 11,1 | 10,3 |
| Sud | 413,5 | 539,9 | 7,2 | 5,5 | 1839,9 | 2226,8 | 11,6 | 11,2 |
| Urbano | 963,4 | 1181,7 | 6,3 | 5,4 | 2755,5 | 3322,3 | 10,6 | 10,6 |
| **Totale** | **3127,0** | **3973,3** | **7,4** | **5,7** | **9997,5** | **12.299,0** | **10,6** | **10,3** |

**Tabella 4 Mortalità alcolcorrelata calcolata con criteri derivati da studi italiani (it) e dal CDC: anni di vita potenziali persi (YPLL) rispetto all'età di 70 anni per distretto e sesso. Periodo 1989-98, residenti in provincia di Pordenone.**

1990 (rispettivamente di 17,2 e 46,2). Il tasso di MAC più elevato per i maschi (88,5 per 100.000) si riscontra nel distretto Nord, invece per le femmine nel distretto Urbano (33,8 per 100.000). Con i criteri del CDC il tasso di MAC più alto per le femmine risulterebbe nel distretto Nord (tabella 3).

Nel decennio 1989-1998 si possono attribuire all'eccessivo consumo di alcolici (criteri "italiani") 3127 anni di vita potenziali persi rispetto all'età di 70 anni per le femmine e 9997 per i maschi, in media rispettivamente 7,4 e 10,6 anni per decesso alcolcorrelato (tabella 4).

Tra le cause di morte alcolcorrelate (criteri "italiani"), la cirrosi e altre malattie croniche del fegato rappresentano complessivamente il 47,6% della MAC nel sesso femminile seguite dai tumori (28,0%) e dalle cause violente (23,7%). Nei maschi i tumori incidono per circa il 50%, seguiti da cirrosi e altre malattie croniche del fegato (24,4%) e cause violente (23,7%) (tabella 5).

Per quanto riguarda l'andamento temporale, il tasso di MAC risulta tendenzialmente in calo nei maschi (-13,9% con criteri "italiani" e -13,4% con criteri "CDC") e stazionario o in aumento nelle femmine (-0,8% con criteri "italiani" e +6,0% con criteri "CDC"), anche si registrano differenze annuali di non trascurabile entità presumibilmente di natura fisiologica (tabella 6).

Conclusioni Anche se con i limiti metodologici sopra descritti, questo studio evidenzia che l'abuso di alcolici è responsabile di una quota rilevante di mortalità in provincia di Pordenone. Si stimano, infatti, con i criteri derivati da studi italiani 1361 decessi attribuibili all'alcol (422 per le femmine e 939 per i maschi) nel decennio 1989-1998. Il numero di decessi alcolcorrelati sale a 1887 (695 per le femmine e 1192 per i maschi) utilizzando i criteri più estensivi del CDC.

Rispetto alla mortalità generale, la MAC rappresenta il 3,0% - 4,9% dei decessi per le femmine e il 6,6% - 8,4% per i maschi (rispettivamente con criteri "italiani" e "CDC").

Confrontando i dati emersi da questo studio

| | Femmine | | | | Maschi | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Gruppi di cause alcolcorrelate** | **Numero (it)** | **% (it)** | **Numero (CDC)** | **%(CDC)** | **Numero (it)** | **% (it)** | **Numero (CDC)** | **% (CDC)** |
| Tumori | 118 | 28,0% | 149 | 21,4% | 469 | 49,9% | 466 | 39,1% |
| Cirrosi ed altre malattie fegato | 201 | 47,6% | 198 | 28,5% | 229 | 24,4% | 277 | 23,2% |
| Cause violente | 100 | 23,7% | 180 | 25,9% | 223 | 23,7% | 319 | 26,8% |
| Altre cause alcolcorrelate | 3 | 0,7% | 168 | 24,2% | 18 | 1,9% | 130 | 10,9% |
| **Totale** | **422** | **100,0%** | **695** | **100,0%** | **939** | **100,0%** | **1192** | **100,0%** |

**Tabella 5 Mortalità alcolcorrelata calcolata con criteri derivati da studi italiani (it) e dal CDC: valore assoluto e percentuale per gruppi di cause e sesso. Periodo 1989-98, residenti in provincia di Pordenone.**

| | Femmine | | Maschi | | Totale | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Anno** | **Tasso (it)** | **Tasso (CDC)** | **Tasso (it)** | **Tasso (CDC)** | **Tasso (it)** | **Tasso (CDC)** |
| 1989 | 26,3 | 44,6 | 75,4 | 97,2 | 50,0 | 70,1 |
| 1990 | 28,2 | 47,4 | 76,5 | 100,1 | 51,5 | 72,9 |
| 1991 | 29,6 | 49,3 | 74,0 | 90,3 | 51,1 | 69,1 |
| 1992 | 31,0 | 49,0 | 67,4 | 84,4 | 48,6 | 66,1 |
| 1993 | 31,7 | 48,9 | 73,3 | 90,5 | 51,8 | 68,9 |
| 1994 | 31,7 | 54,4 | 68,1 | 86,9 | 49,3 | 70,1 |
| 1995 | 29,5 | 51,0 | 69,1 | 90,0 | 48,6 | 69,8 |
| 1996 | 31,5 | 49,2 | 71,4 | 92,4 | 50,8 | 70,1 |
| 1997 | 30,3 | 46,2 | 63,3 | 76,9 | 46,3 | 61,0 |
| 1998 | 25,9 | 47,3 | 64,9 | 84,2 | 44,8 | 65,1 |

**Tabella 6 Mortalità alcolcorrelata calcolata con criteri derivati da studi italiani (it) e dal CDC: valore assoluto e tassi per 100.000 abitanti per anno e sesso. Periodo 1989-98, residenti in provincia di Pordenone.**

con quelli di un precedente studio epidemiologico che ha analizzato la MAC nelle regioni italiane utilizzando gli stessi criteri, si può vedere che la provincia di Pordenone si colloca ai livelli più alti in Italia, in una posizione intermedia tra i valori del Friuli Venezia Giulia e quelli del Veneto, sia per i maschi che per le femmine.
I tumori rappresentano complessivamente la causa di morte alcolcorrelata più frequente (43,1% della MAC). Nel sesso femminile tuttavia la causa più frequente di MAC è rappresentata dalla cirrosi insieme alle altre malattie croniche del fegato (47,6% della MAC), seguita dai tumori (28%) e dalle cause violente (23,8%). Nei maschi invece i tumori incidono per il 50%, seguiti da cirrosi e altre malattie croniche del fegato (24,3%) e cause violente (23,8%).
Il decremento della MAC registrato nel sesso maschile nel periodo 1989-1998 è in linea con la riduzione dei consumi di alcol che emerge dai dati ISTAT. Più incerto, a causa della ridotta numerosità rispetto ai maschi, è il dato relativo all'andamento della MAC nel sesso femminile.

## Bibliografia


Cipriani F., Balzi D., Sorso B., Buiatti E., *Variabilità geografica della mortalità alcolcorrelata in Italia nel periodo 1980-1990.* «Epidemiologia e Prevenzione», 1996; 20: 328-38.

Cipriani F., Balzi D., Sorso B., Buiatti E., *Alcohol-related mortality in Italy.* Publ Health, 1998; 112: 183-8.

Comité National de Defense Contre l'Alcolisme. Paris, Statistiques 1984.

Commissione mista S.I.A., I.S.S., MIN. SAN.: *Consumo di alcol e mortalità alcol-attribuibile in Italia.* Primo rapporto speciale GESIA, ottobre 1996.

Corrao G., *Studi epidemiologici e stima dei rischi alcolcorrelati. Prima Consensus Conference sull'Alcol.* Ceccanti M., Patussi V. (eds). Scientific Press. Firenze, 1995a: 88-102.

Istituto Nazionale di Statistica. *Stili di vita e condizioni di salute. Indagine multiscopo sulle famiglie.* ISTAT, Roma, 1997.

Osservatorio permanente sui giovani e l'alcol, *Economie e diseconomie dell'alcol in Italia*. Edizioni Logica, Roma, 1996.

Ruggenini A., Gerbi V., Ceccanti M., Barcucci P., *Alcol e problemi correlati. Caleidoscopio Italiano.* Medical Systems Spa, Genova, Numero 114.

Schultz J., Rice D., Parker D., *Alcohol related mortality and years of potential life lost.* MMWR 1990, VOL: 39, P: 173.

# Alcol e ospedalizzazione in provincia di Pordenone

Antonella Franzo, Carmela Zuccarelli e Paolo Cimarosti

Introduzione L'alcol come ogni sostanza psicoattiva, modifica il funzionamento del nostro cervello e perciò la percezione della realtà. Produce di solito sensazioni soggettive di euforia, anche se in realtà è un sedativo del sistema nervoso centrale e rallenta i riflessi. La sua assunzione induce nel tempo tolleranza e può provocare dipendenza. Per questi motivi l'alcol è una droga e ad affermarlo è l'Organizzazione Mondiale della Sanità.
Gli effetti dell'alcol dipendono soprattutto dalla sua concentrazione nel sangue. Da un iniziale stato di euforia si passa, aumentando la quantità di assunzione, ad uno stato di ebbrezza, successivamente all'ubriachezza, ad una ubriachezza grave, al coma ed infine al pericolo di morte. L'alcol provoca danni fisici, danni psichici, danni neurologici, problemi relazionali.
Numerose ricerche hanno constatato che in Italia l'alcol uccide più che la droga. Le vittime dell'abuso di alcolici sono, infatti, nel nostro Paese 30 volte di più di quelle provocate dagli stupefacenti. La proporzione di decessi attribuibili all'alcol rispetto ai decessi totali nel 1994 è compresa tra il 6,6% e il 7,9% (GESIA, 1994): si tratta però di stime di massima perché gli alcolici non uccidono direttamente, ma attraverso patologie correlate al loro uso: epatite, cirrosi, malattie cardiocircolatorie. Indagini hanno dimostrato che il 10% dei ricoveri ospedalieri è dovuto a problemi alcolcorrelati e 1/3 degli incidenti stradali è causato da guida in stato di ebbrezza. Un morto della strada su tre è da imputarsi all'abuso di sostanze alcoliche. Secondo alcune stime il costo sociale complessivo indotto dall'abuso di alcol in Italia varia tra gli 11.000 e 13.000 miliardi di lire: circa il 20% di tale cifra concerne costi relativi a trattamenti sanitari, il 44% è rappresentato dalla perdita di produzione, mentre il restante 36% è rappresentato da costi secondari.
Un'indagine condotta dall'Eurispes fra gli alcolisti che frequentano diversi gruppi di recupero ha messo in luce che il primo bicchiere, quasi sempre di vino, si beve insieme ai propri cari, amici o familiari (80% dei casi). La ricerca mostra anche un'immagine dell'alcolista molto lontana dall'immagine tradizionale della persona palesemente ubriaca, ma, spesso, di una persona come tante altre con una casa, un lavoro, una famiglia e che trova come alibi la bottiglia per superare i problemi della vita quotidiana.

Obiettivi specifici dello studio Scopo essenziale della ricerca è identificare, attraverso l'analisi della diagnosi principale di dimissione e delle tre diagnosi ad essa associate, i soggetti ospedalizzati con patologia alcolica e/o alcolcorrelata nella provincia di Pordenone.

Materiali e metodi I dati utilizzati in questo studio sono relativi alle dimissioni con diagnosi di alcolismo nel periodo 1997-1998-1999, dagli ospedali della regione Friuli Venezia Giulia e dagli ospedali collocati fuori dalla regione, dei cittadini residenti nella provincia di Pordenone. (Fonte: base dati delle dimissioni ospedaliere regionali ed extra regionale).

| | 1997 | | | 1998 | | | 1999 | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Distretto** | **F** | **M** | **TOT** | **F** | **M** | **TOT** | **F** | **M** | **TOT** |
| Est | 21 | 69 | 90 | 20 | 57 | 77 | 24 | 59 | 83 |
| Nord | 79 | 182 | 261 | 75 | 175 | 250 | 56 | 162 | 218 |
| Ovest | 38 | 97 | 135 | 41 | 83 | 124 | 36 | 91 | 127 |
| Sud | 30 | 77 | 107 | 24 | 80 | 104 | 28 | 80 | 108 |
| Urbano | 43 | 133 | 176 | 49 | 148 | 197 | 49 | 128 | 177 |
| **Totale** | **211** | **558** | **769** | **209** | **543** | **752** | **193** | **520** | **713** |

**Tabella 1 Dimissioni con diagnosi di alcolismo per distretto – Anno 1997-1998-1999**

| | 1997 | | | 1998 | | | 1999 | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Distretto** | **F** | **M** | **TOT** | **F** | **M** | **TOT** | **F** | **M** | **TOT** |
| Est | 16 | 50 | 66 | 15 | 45 | 60 | 22 | 45 | 67 |
| Nord | 57 | 130 | 187 | 51 | 136 | 187 | 42 | 114 | 156 |
| Ovest | 33 | 71 | 104 | 33 | 66 | 99 | 29 | 73 | 102 |
| Sud | 25 | 63 | 88 | 21 | 67 | 88 | 22 | 65 | 87 |
| Urbano | 39 | 96 | 135 | 34 | 105 | 139 | 43 | 110 | 153 |
| **Totale** | **170** | **410** | **580** | **154** | **419** | **573** | **158** | **407** | **565** |

**Tabella 2 Soggetti ricoverati per distretto – Anno 1997-1998-1999**

| | 1997 | | | 1998 | | | 1999 | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Numero Ricoveri** | **F** | **M** | **TOT** | **F** | **M** | **TOT** | **F** | **M** | **TOT** |
| 1 | 143 | 321 | 464 | 127 | 339 | 466 | 132 | 329 | 461 |
| 2 | 20 | 57 | 77 | 14 | 53 | 67 | 19 | 52 | 71 |
| 3 | 5 | 19 | 24 | 6 | 17 | 23 | 5 | 22 | 27 |
| 4 | 1 | 8 | 9 | 2 | 6 | 8 | 2 | 2 | 4 |
| 5 | 0 | 1 | 1 | 3 | 2 | 5 | 0 | 0 | 0 |
| 6 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 0 | 1 | 1 |
| 7 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 0 | 1 | 1 |
| 8 | 0 | 2 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 9 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| **Totale** | **170** | **410** | **580** | **154** | **419** | **573** | **158** | **407** | **565** |

**Tabella 3 Frequenza per numero dei ricoveri – Anno 1997-1998-1999**

I ricoveri sono stati suddivisi tenendo conto del sesso, della classe d'età di appartenenza, del distretto di provenienza e dell'ospedale al quale sono afferiti i pazienti oggetto dello studio.
Sono state selezionate 21 categorie e sottocategorie diagnostiche utilizzando la classificazione internazionale delle malattie, traumatismi e cause di morte, nona revisione – comprendenti le diagnosi di alcolismo e/o diagnosi ad esse correlate. (Codici 265.2, 291, 291.0, 291.1, 291.2, 291.3, 291.4, 291.5, 291.8, 291.9, 303, 305.0, 305.9, 535.3, 571.0, 571.1, 571.2, 571.3, 980, 980.0, 980.9).

## Risultati

Nell'anno 1997 le dimissioni sono state complessivamente 769 (211 femmine e 558 maschi) (tabella 1); i pazienti ricoverati con diagnosi alcoliche e alcolcorrelate sono stati 580, di cui 170 femmine e 410 maschi (tabella 2); inoltre per 116 soggetti nell'anno in esame il ricovero si è ripetuto per almeno due volte (tabella 3) il che significa che queste persone sono state ricoverate in ospedale con queste diagnosi più di una volta.

L'anno 1998 registra un lieve calo nel numero delle dimissioni (752 di cui 209 femmine e 543 maschi); i dati raccolti relativi al numero di pazienti ricoverati con le diagnosi in esame sono stati 573, (154 femmine e 419 maschi tabella 2); inoltre per 107 soggetti il ricovero si è ripetuto per almeno due volte nel corso dell'anno in esame (tabella 3).

Nell'anno 1999 le dimissioni continuano a calare assestandosi a 713 (193 femmine e 520 maschi); i pazienti ricoverati sono stati 565 (158 femmine e 407 maschi) da come si evince dalla tabella 2, inoltre per 104 soggetti si è trattato di un ricovero ripetuto (tabella 3).

Conclusioni In sintesi il triennio esaminato registra una lenta ma progressiva diminuzione dei ricoveri con diagnosi alcolcorrelate in linea con l'attuale tendenza alla deospedalizzazione. La fascia d'età nella quale si verifica il maggior numero di ricoveri risulta essere quella compresa tra i 45-70 anni ed il distretto Nord (tabella 1) è sicuramente quello che presenta il numero di ricoveri più alto e ciò riteniamo che sia

| | 1997 | | | 1998 | | | 1999 | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Ospedale** | **F** | **M** | **TOT** | **F** | **M** | **TOT** | **F** | **M** | **TOT** |
| Cro di Aviano | - | - | - | - | 3 | 3 | - | 5 | 5 |
| Maniago | 39 | 85 | 124 | 30 | 66 | 96 | 18 | 46 | 64 |
| Pordenone | 80 | 187 | 267 | 90 | 207 | 297 | 74 | 190 | 264 |
| Policlinico San Giorgio | 21 | 91 | 112 | 20 | 73 | 93 | 28 | 82 | 110 |
| San Vito al Tagliamento | 21 | 80 | 101 | 20 | 64 | 84 | 24 | 58 | 82 |
| Sacile | 7 | 4 | 11 | 6 | 9 | 15 | 4 | 9 | 13 |
| Spilimbergo | 25 | 49 | 74 | 25 | 64 | 89 | 24 | 73 | 97 |
| Altri Ospedali Regionali | 10 | 32 | 42 | 7 | 27 | 34 | 9 | 28 | 37 |
| Extraregionali | 8 | 30 | 38 | 11 | 30 | 41 | 12 | 29 | 41 |
| **Totale** | **211** | **558** | **769** | **209** | **543** | **752** | **193** | **520** | **713** |

**Tabella 4 Dimissioni per ospedale – Anno 1997-1998-1999**

dovuto sia ad una maggiore predisposizione tradizionale e sociale dei paesi di montagna all'uso di bevande alcoliche sia all'attenzione a formulare una esatta diagnosi alcolcorrelata.
Inoltre, riferendoci al 1999, risulta che 713 dimissioni su 47.828, pari al 1,5% risultano avere come causa o concausa l'uso di alcolici (le 713 dimissioni corrispondono a 565 soggetti, in quanto 104 di questi pazienti pari al 18% del totale hanno presentato ricoveri ripetuti da 2 a 7 volte nel corso dell'anno). I dati stimati in letteratura e citati nell'introduzione, nonchè l'esperienza personale, ci portano a ritenere largamente inferiore alla realtà la percentuale del 1,5% sulle dimissioni totali.
Una attenta analisi della tabella 2, con riferimento al 1999, evidenzia che il rapporto tra maschi e femmine ricoverati non è come si potrebbe credere, molto elevato, ma, si va dai due maschi per ogni donna ricoverata del distretto Est, ai tre maschi per ogni donna ricoverata dei distretti Nord, Sud ed Urbano, con una media di 2,5 maschi per ogni donna. Segnale evidente che anche molte donne si ricoverano per problemi alcolcorrelati, pur rimanendo il problema più nascosto all'opinione pubblica.
Analizzando la tabella 4 possiamo vedere inoltre che la maggior parte dei ricoveri per diagnosi alcoliche e alcolcorrelate sono stati registrati nell'ospedale Santa Maria degli Angeli di Pordenone, nella Casa di cura San Giorgio e nell'ospedale di Spilimbergo, ospedali con il più alto numero di ricoveri in provincia. Però dai dati relativi al totale dei ricoveri negli ospedali summenzionati e riferiti al 1999, risulta che al policlinico San Giorgio ed all'ospedale di Spilimbergo le dimissioni alcolcorrelate rappresentano rispettivamente il 2,17% e il 2,32% del totale, mentre all'ospedale di Pordenone rappresentano solo una percentuale del 1,21.
Da questi dati si può concludere che lo stile di vita comune a quasi tutti noi, può influenzare la "salute" intesa come benessere fisico, psichico e relazionale e, di conseguenza, influire sui costi che la sanità pubblica deve sostenere per la collettività.

Bibliografia

P. Cimarosti, A. Casasola, *Alcol e ospedalizzazione*, Booksei, ASS n. 6, Quaderno n. 1.

V. Hudolin, *Sofferenza multidimensionale della famiglia*, Eurocase, Padova, 1995.

*Cifre preoccupanti sull'abuso dell'alcol*, Quotidiano. Net. 28 gennaio 2000.

A. Rossi, *Quando il paziente ha problemi con l'alcol*, Rivista Simg, dicembre 1999.

E. Zuppini, *Alcol & dipendenza, la sete inesauribile*, Sanità News.

S. Rossi, *L'alcolismo tra mito e patologia*, Danilo Pizzo Editore, Roma, 1991.

Fondazione Censis, *Economie e diseconomie in Italia*, Osservatorio permanente sui Giovani e l'Alcool, Roma, 1996.

Aa.Vv., «Alcologia», Rivista Quadrimestrale, Eurohealh Editors, Bologna, 1999.

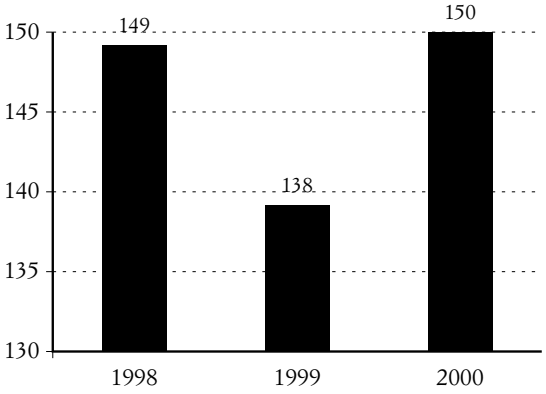
# Alcol e guida

Massimo Sacchetto, Bruno Chigiato e Alberto Vettor

La fenomenologia dell'infortunistica stradale connessa all'abuso di sostanze alcoliche e psicotrope ha raggiunto una notevole risonanza a livello media soprattutto negli ultimi dieci anni. Il particolare allarme sociale suscitato dalle così dette "stragi del sabato sera", ha portato alla ribalta dell'opinione pubblica la particolare violenza degli esiti di sinistri stradali ricondotti ai weekend giovanili trascorsi nelle discoteche delle varie aree geografiche con particolare concentrazione nell'Emilia Romagna, Veneto e Lombardia.
L'attuazione di particolari dispositivi di servizio tesi al controllo ed alla repressione della guida in stato di ebbrezza ed in stato di alterazione psicofisica derivante dall'assunzione di sostanze stupefacenti, ha consentito la mappatura del fenomeno in quasi tutte le sue componenti; età dei conducenti, orari e giornate particolarmente significative, itinerari, valori di alcolemia accertati, sesso dei trasgressori sono stati raccolti e formano oggetto di studio alla ricerca di possibili soluzioni. Certamente la guida in stato d'ebbrezza rappresenta una trasposizione attualizzata delle tradizioni, soprattutto contadine, dell'area geografica identificata come "Nord Est" dell'Italia, dove il bere non è mai stato considerato come trasgressivo ma piuttosto come momento di dimostrazione amicale ed obbligo nei confronti dell'ospite anche occasionale. Il momento conviviale ha sempre rappresentato l'ambiente ideale per la consumazione del rito alcolico, visto anche come strumento ideale per aumentare la giovialità dell'incontro e motivazione principe per auguri di varia natura. Parallelamente, si è sempre mantenuto sommerso o tollerato benevolmente il fenomeno dell'alcolismo, sia in famiglia che all'esterno, cercando di volta in volta varie giustificazioni dei comportamenti.
L'esperienza maturata nel Veneto ed attualmente in Friuli Venezia Giulia, per molti versi riveste notevoli analogie anche considerando la contiguità delle due regioni e le similitudini storiche ed alimentari.
Come evidenziato nelle tabelle comparative, riguardanti il fenomeno infortunistico nella sua generalità e nella particolarità connessa alla guida in stato di ebbrezza (art. 186 Nuovo Codice della Strada), tale incidenza può essere valutata in circa il 20% dell'intero ammontare dei sinistri, considerando che i dati dell'ultimo anno riguardano i soli sinistri rilevati dalla Polizia stradale di Pordenone ove sia stato accertato lo stato di ebbrezza (10% circa) e che le altre forze di Polizia stradale, presuntivamente, hanno la stessa percentuale di incidenza nella fenomenologia. Infatti i dati degli anni precedenti, dimostrano che il rapporto è pressoché costante a fronte di un continuo aumento degli accertamenti e contestazioni della guida in stato di ebbrezza obbligandoci a riflettere sul radicamento delle abitudini ed alla mancata percezione del reale pericolo rappresentato da questo tipo di violazione.
Giova inoltre ricordare la frequentissima connessione tra la guida in stato di ebbrezza e la velocità, frutto dell'allentamento dei freni inibitori e delle sensazioni euforiche derivanti dallo stato di ebbrezza.
Il nuovo Codice della Strada entrato in vigore nel gennaio 1993, ha introdotto il limite di 0,80 g/l che rappresentava il limite della Francia come presenza di alcol nell'aria alveolare espirata durante la prova strumentale. Successivamente la Francia ha portato il proprio limite a 0,50 g/l avvicinandosi sempre più agli altri paesi europei. Questo ci porta all'allargamento della prospettiva nell'ottica degli altri paesi europei ed extraeuropei che presentano le medesime problematiche nell'argomento specifico.
Un parametro non trascurabile è rappresentato dalle caratteristiche caratteriali e culturali delle varie popolazioni in relazione al fenomeno ed alle basi di partenza. Come già detto, l'Italia ha posto un limite esatto solo dal 1993, e fino a quel momento ci si è solo basati sulla valutazione sintomatologica comportamentale del soggetto, da parte dell'operatore di polizia. È indiscutibile che l'aver posto un valore limite numerico certo, ha consentito di agire più profondamente nella repressione delle violazioni anche se, considerando l'insieme dei paesi europei, potrebbe risultare molto più incisivo, porre un divieto asso-

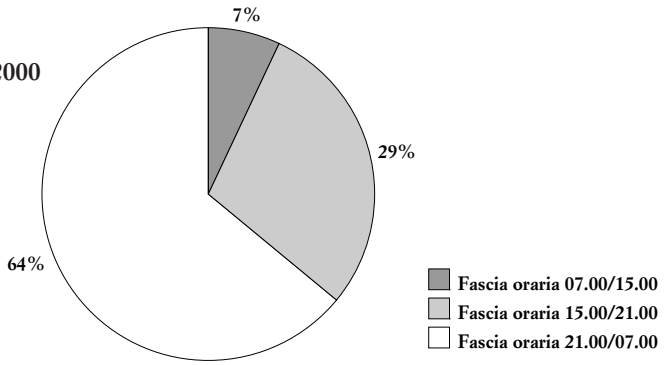
luto a carico di chi si trova alla guida di veicoli.
L'ipotesi potrebbe sembrare estremistica o inutile per frenare il fenomeno ma, potrebbe viceversa rappresentare sia un segnale inequivocabile del percorso scelto sia una semplificazione assoluta delle condizioni necessarie per porsi alla guida di un veicolo. Questa linea è comunque già seguita da vari stati europei ed extraeuropei dove il movimento veicolare non è certamente paragonabile a quello italiano.
Ricondurre il divertimento in massima parte all'assunzione di alcolici, come già detto, non deve assolutamente rappresentare l'unico fine, soprattutto avendo la possibilità di utilizzare mezzi di trasporto alternativi oppure di avere la presenza del guidatore non assuntore di bevande alcoliche.
Gli studi realizzati hanno dimostrato che già minime assunzioni iniziano a creare problemi per chi guida, soprattutto se questo viene associato ad uno stato di affaticamento derivato dall'ultima giornata trascorsa (al lavoro o diversamente) e dal particolare stato emotivo che normalmente si viene a creare nelle situazioni conviviali. Anche la conduzione con persone a bordo che contribuiscono a mantenere alto il tasso di giovialità, unito spesso all'età del gruppo, certamente contribuisce ad amplificare l'effetto ebbrezza prodotto dall'assunzione di bevande alcoliche. Non credo che l'esame congiunto di tutte queste situazioni contemporaneamente presenti, possa portare a risultati molto dissimili da quelli già evidenziati. Non bisogna nemmeno trascurare la realtà "migratoria", tipica del modo di divertirsi di questi ultimi anni; realtà favorita dalle disponibilità economiche attuali, dalla disponibilità di mezzi di spostamento e dalla presenza di una rete viabile che consente di raggiungere mete anche lontane con relativa facilità. Ma il fenomeno non può certamente essere circoscritto al mondo giovanile visto che i riscontri riguardano anche persone di età superiore che ritornano da cene o feste. Indubbiamente l'impatto emotivo è certamente superiore quando si hanno notizie di incidenti gravissimi dove restano coinvolti giovani anche perché, normalmente, il numero dei coinvolti è certamente superiore a quello di persone di età diverse.
Come già accennato prima, allo stato di ebbrezza si associa la velocità, o più precisamente, l'erronea percezione dei propri limiti e la sopravalutazione delle proprie capacità che porta come conseguenza l'esecuzione di manovre particolarmente pericolose che nella maggior parte dei casi consistono nell'effettuare sorpassi di altri veicoli senza valutare esattamente le velocità dei veicoli che provengono dal senso contrario, mancata percezione di eventuali presenze laterali a causa del restringimento del campo visivo causato dall'ingestione di sostanze alcoliche, errata percezione dello sviluppo della strada che si percorre ed errata valutazione della distanza tra i veicoli che si muovono sulla medesima direttrice. Prendendo in esame anche la parte sanzionatoria, bisogna considerare che la guida in stato di ebbrezza è rimasta una delle pochissime violazioni con risvolto penale ma, dal punto di vista amministrativo, la sospensione minima che normalmente viene applicata, risulta essere sproporzionata in minus rispetto alla gravità potenziale della situazione che deriva dall'assunzione di sostanze alcoliche.
Il legislatore ha ritenuto che lo stato di ebbrezza, a prescindere dal valore assoluto rilevato dalle apparecchiature o dall'esame del sangue, possa trovare riscontro equo nella sospensione della patente a partire da un minimo di quindici giorni e delegando al magistrato l'eventuale irrogazione di altre pene.
Viceversa, il superamento del limite di velocità imposto dall'ente proprietario della strada di oltre 40 km/h, viene sanzionato nella sospensione minima della patente per 30 giorni, anche qui a prescindere dalla situazione reale in cui avviene l'infrazione. Sarebbe auspicabile una revisione dei parametri soprattutto in funzione dell'effettiva pericolosità dell'infrazione, considerando varie situazioni standardizzate sia per luogo che per valore assoluto dell'infrazione, come avviene per esempio nel calcolo del superamento del carico consentito per tipologia veicolare e quantità di peso o percentuale dello stesso.
D'altronde, l'obiettivo che si è data l'Unione Europea per la riduzione del fenomeno infortunistico conseguente alla circolazione stradale, non potrà essere raggiunto senza un rafforzamento dell'attività d'intervento sia in sede preventiva che repressiva soprattutto per quanto concerne la realtà della guida in stato di ebbrezza con tutte le implicazioni che si sono accennate e la sua importanza dal punto di vista dell'allarme sociale ampliando lo scenario anche a tutte le altre realtà geografiche che attualmente non vengono ritenute interessanti o significative sotto questo aspetto.

## Statistica incidenti rilevati dalla Sezione della Polizia stradale di Pordenone




**Incidenti rilevati con guida in stato di ebrezza alcolica**

**Stato di ebrezza nelle fasce orarie - Anno 2000**



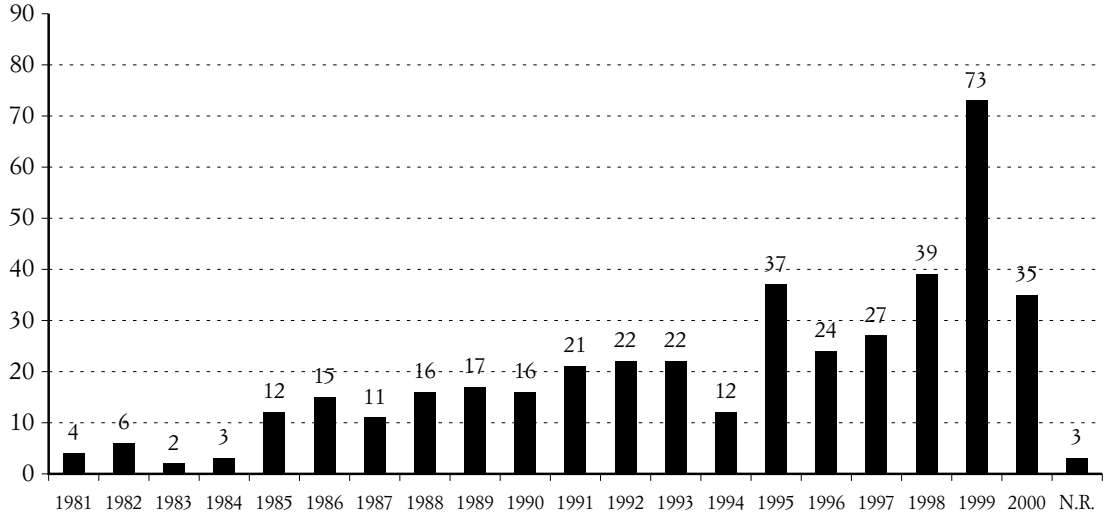

| | Anno 2000 | Anno 1999 | Anno 1998 |
|---|---|---|---|
| Incidenti mortali | 32 | 33 | 41 |
| Numero morti | 37 | 37 | 44 |
| Incidenti con lesioni | 630 | 647 | 850 |
| Numero feriti | 927 | 905 | 1201 |
| Incidenti con danni | 699 | 626 | 574 |
| Totale incidenti | 1361 | 1306 | 1465 |
| Fascia oraria 07.00/15.00 | 526 | 504 | 590 |
| Fascia oraria 15.00/21.00 | 510 | 475 | 516 |
| Fascia oraria 21.00/07.00 | 325 | 327 | 359 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Incidenti per articolo n.186 Nuovo Codice della Strada** | 150 | 138 | 149 |
| Incidenti con deceduti o gravi | 18 | 14 | 16 |
| Incidenti con feriti | 76 | 73 | 75 |
| Incidenti con danni | 56 | 51 | 58 |
| Fascia oraria 07.00/15.00 | 10 | 9 | 7 |
| Fascia oraria 15.00/21.00 | 44 | 42 | 53 |
| Fascia oraria 21.00/07.00 | 96 | 87 | 89 |

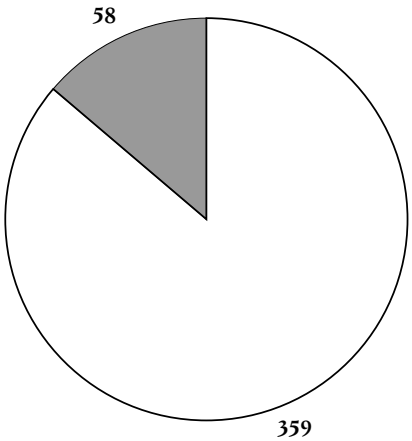
# Rapporto sui Club

Arturo Teni e G. Battista De Stefano

I dati che successivamente verranno esposti, si riferiscono a 74 Club diffusi sul territorio della Provincia di Pordenone.
I Club sono un laboratorio di sentimenti, di comunicazione, di solidarietà, ecc, aperto a tutti indistintamente; infatti, è molto importante e insostituibile la presenza di tutti i famigliari. Frequentare i Club vuol dire accomunare le diverse esperienze di vita ed essere tutti sullo stesso piano, al fine di modificare il proprio "stile di vita" e quindi si percepisce la voglia di riacquistare la dignità all'interno della Comunità e della propria famiglia. I dati presi in esame, si riferiscono al 30 giugno del 2000. Totale famiglie in trattamento 418, per complessive 673 persone di cui 353 maschi e 320 femmine.

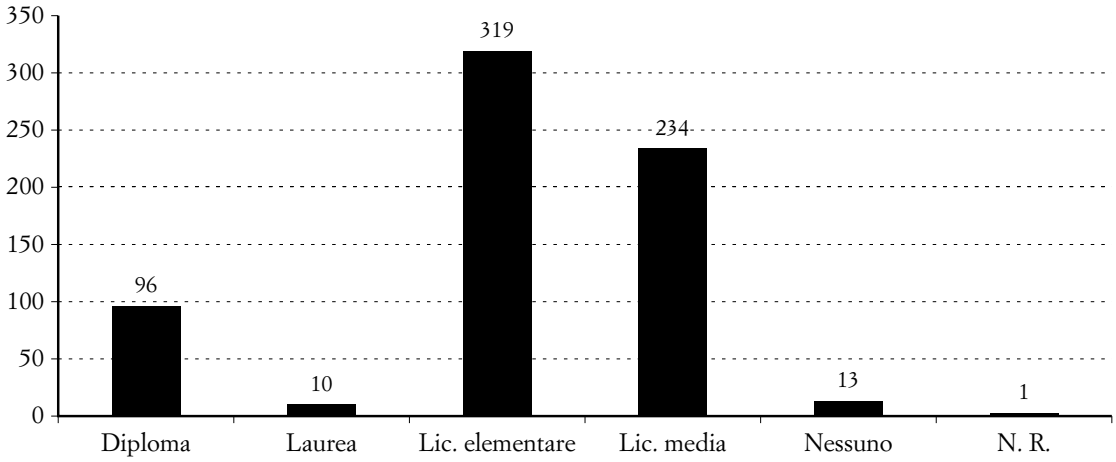


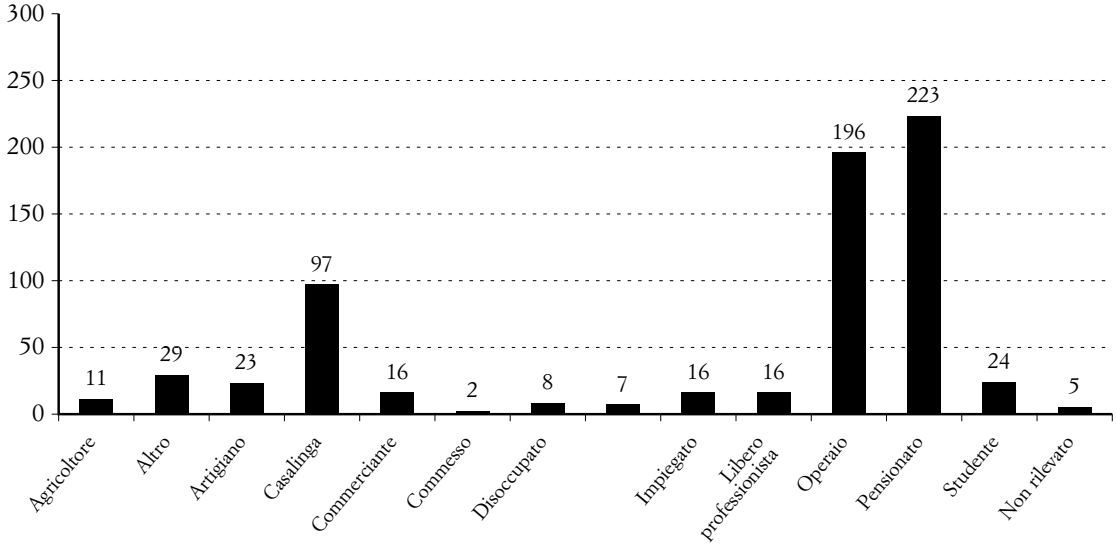

**Anno di inserimento. Nell'anno 2000 i dati sono rilevati fino al 30 giugno. Il movimento degli ingressi è la salute dei Club; però non bisogna fermarsi, in quanto il Club è in continua evoluzione. Infatti, circa un terzo dei presenti, è entrato da circa due anni. Ai Club entrano, non solo per problemi alcolcorrelati, ma anche per problemi complessi.**

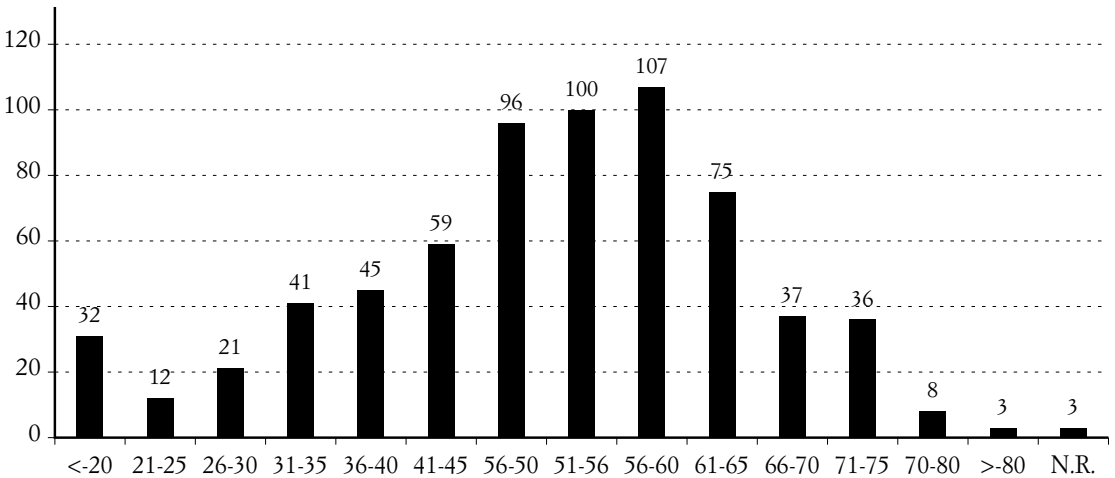



**Ricadute. Da questo dato si evince la positiva esperienza dei Club, visto il numero limitato di ricadute, in quanto all'inizio si coltivava l'astinenza, mentre ora ci si interessa di più ai rapporti di comunicazione, solidarietà, stile di vita, ecc. La ricaduta (in grigio nella torta), conferma la complessità del disagio e della sofferenza della persona che frequenta il Club, in quanto la stessa ha deciso di smettere di assumere bevande alcoliche. La ricaduta, all'interno del Club, viene considerata come un normale incidente di percorso e non interrompe la frequenza della famiglia al Club, in quanto fa parte dell'esperienza di questa evoluzione del cambiamento dello "stile di vita".**

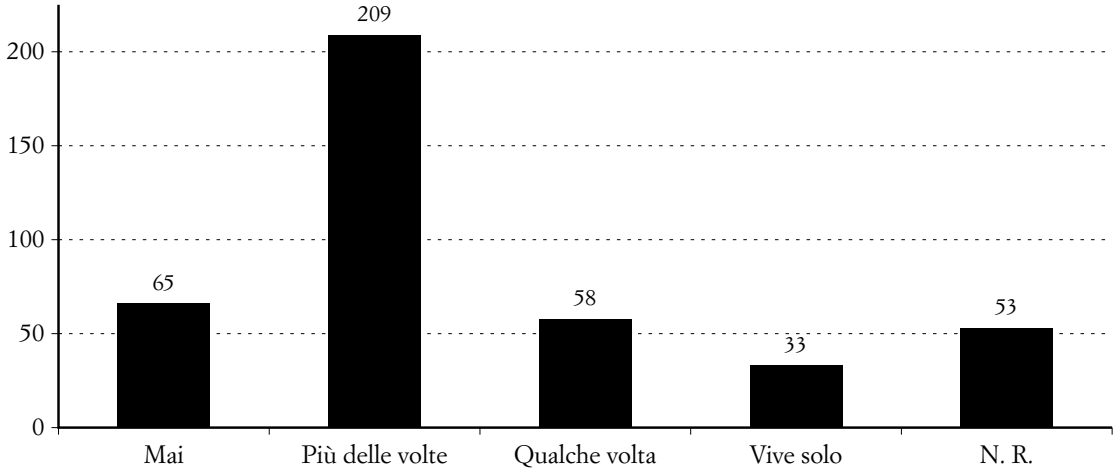
**I dati sono riferiti all'anno 1999. Totale: 417 persone.**



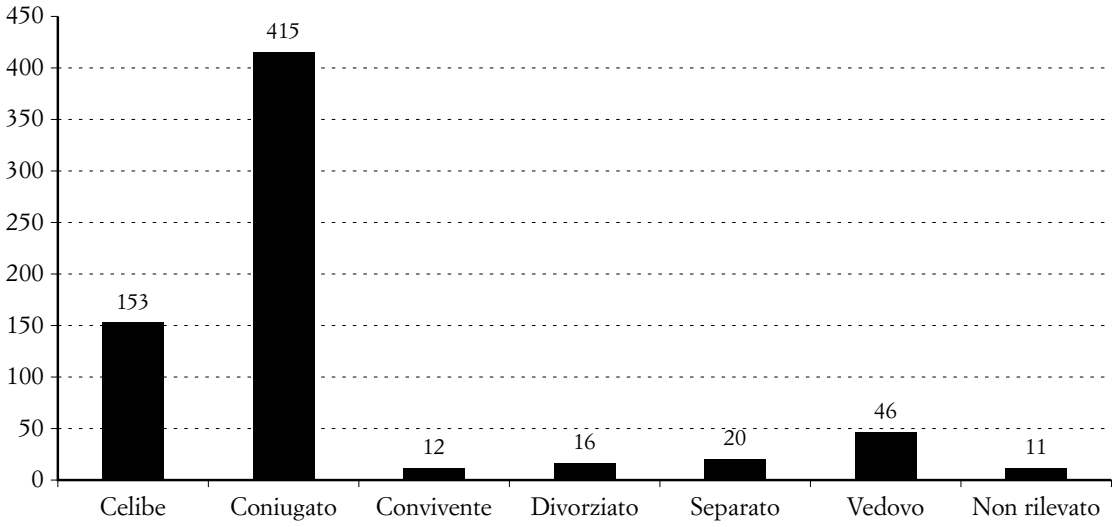




**Titolo di studio, qualifica, fasce di età. Questi dati dimostrano che tuttora i rapporti di comunicazione, di solidarietà, ecc. non riescono a vincere le barriere sociali esistenti tuttora nella nostra società.**




**Frequenza dei famigliari. La presenza dei famigliari tutti, bambini compresi, è importante e insostituibile perché questo nuovo "stile di vita" deve caratterizzare sempre più l'atteggiamento delle famiglie anche per il resto della settimana.**




**Stato civile.**

# INDICE


Conoscere per prevenire *di Elio De Anna*
PAGINA TRE

Sinergie tra Servizi e volontariato *di Giulio De Antoni*
PAGINA QUATTRO

Un nuovo stile di vita *di Fernando Marson*
PAGINA CINQUE

## LA PROVINCIA NEL BICCHIERE
### Una ricerca sui problemi alcolcorrelati e complessi

### Alcol e dintorni

Il prestigiatore di bicchieri *di Pino Roveredo*
PAGINA OTTO

Alcol, cultura, tradizioni e luoghi comuni *di Piergiorgio Rigolo*
PAGINA NOVE

Diagnostica alcologica *di Paolo Cimarosti*
PAGINA TREDICI

Metodo Hudolin. Approccio ecologico-sociale
ai problemi alcolcorrelati e complessi *di Anna Poletto e Alfredo Corsini*
PAGINA QUINDICI

La spiritualità antropologica *di Danilo Salezze*
PAGINA VENTIDUE

La multidimensionalità della sofferenza
*di Giampaolo Caccia e Giuseppe Arivella*
PAGINA VENTICINQUE

### Giovani e alcol

Chase Henry, Il diacono Taylor *di Edgar Lee Masters*
PAGINA VENTOTTO

Terza Conferenza sulle Tossicodipendenze *a cura del Gruppo di lavoro sulle droghe legali*
PAGINA VENTINOVE

Droghe dell'anno 2000: alcuni spunti di riflessione *di Paola Zaldera*
PAGINA TRENTUNO

Una generazione stand-by *di Anna Poletto e Alfredo Corsini*
PAGINA TRENTAQUATTRO

## L'alcolismo in Friuli cento anni fa

L'alcoolismo in Friuli. Indagine del 1907
PAGINA QUARANTASETTE

## Le Associazioni dei Club degli Alcolisti in Trattamento

Non sono un esperto di alcol: bevevo *di Federico Tavan*
PAGINA SETTANTOTTO

Una storia vera *di Noemi Rossi*
PAGINA SETTANTANOVE

La nostra battaglia contro l'alcolismo *di Remo Bagatella*
PAGINA OTTANTUNO

Non è mai tardi *di G. Battista De Stefano*
PAGINA OTTANTATRE

La prima casa *di Guido Pippolo e Tarcisio Cimetta*
PAGINA OTTANTACINQUE

Breve storia degli Alcolisti Anonimi
PAGINA OTTANTASETTE

Gruppi famigliari Al-Anon / Alateen
PAGINA OTTANTASETTE

## L'epidemiologia

Horatio de hominis dignitate *di Pico Della Mirandola*
PAGINA NOVANTA

La conoscenza e l'uso di bevande alcoliche
e sostanze psicoattive fra gli studenti
*a cura della Piccola Comunità di Conegliano*
PAGINA NOVANTUNO

Come fanno la diagnosi i medici?
*di Gianpietro Nardelotto, Orietta Dal Pont e Carmela Zuccarelli*
PAGINA NOVANTACINQUE

La mortalità alcolcorrelata in provincia di Pordenone
*di Antonella Franzo e Paolo Cimarosti*
PAGINA NOVANTASETTE

Alcol e ospedalizzazione in provincia di Pordenone
*di Antonella Franzo, Carmela Zuccarelli e Paolo Cimarosti*
PAGINA CENTODUE

Alcol e guida *di Massimo Sacchetto, Bruno Chigiato e Alberto Vettor*
PAGINA CENTOCINQUE

Rapporto sui Club *di Arturo Teni e G. Battista De Stefano*
PAGINA CENTOTTO

Il papiro egizio con i «consigli dell'Ani» contro l'abuso della birra (1500 a.C.)