

## Alcolisti anonimi

ALLAMAN ALLAMANI

*Centro Alcolologico Integrato, Azienda Sanitaria Fiorentina, Policlinico di Careggi, S. Luca - Firenze*

Alcolisti Anonimi, nata negli Stati Uniti d'America nel 1935, è una risorsa fondamentale nel trattamento della dipendenza alcolica in tutto il mondo occidentale, ed è il metodo a tutt'oggi più utilizzato per il recupero di soggetti con problemi alcol-correlati. La sua efficacia pragmatica si è consolidata in più di 60 anni, mediante la diffusione in diverse culture. In Italia è uno dei due grandi sistemi di trattamento non governativi oggi in grado di collaborare con e integrare i servizi pubblici. Il decreto del Ministero della Sanità del 1993 e alcune norme e azioni regionali promosse negli anni 90 e che hanno raccomandato o deciso forme specifiche di prevenzione e di trattamento, hanno poi menzionato i gruppi di volontariato e di mutuo aiuto necessari per il successo della riabilitazione. Di fatto AA italiana chiede oggi al Servizio Sanitario Nazionale di essere tenuta nella sua giusta considerazione come risorsa nella riabilitazione del trattamento degli alcolisti

### La storia di AA in Italia

Alcolisti Anonimi Italiana ebbe luce a Roma nel 1972, quando un alcolista italiano entrò nel gruppo romano di lingua inglese. Ma il primo gruppo italiano ufficiale venne fondato solo due anni dopo, nel luglio 1974 a Firenze, accompagnato dalla prima conferenza pubblica su AA in Italia. Il messaggio di AA riuscì poi a diffondersi a Milano e in altre città dell'Italia settentrionale. In principio lo sviluppo fu promosso soprattutto da alcolisti, mentre il mondo sanitario, quand'anche informato di questa presenza, si mostrò generalmente tiepido salve alcune eccezioni. Per alcuni anni i gruppi furono pochi, e di solito guidati da persone di lingua inglese. I primi italiani che cercavano aiuto erano costretti a lunghi viaggi, come da Firenze a Roma o, addirittura, in Svizzera.

L'inizio a Firenze è stato vividamente raccontato da Renato, membro di AA italiana. Nel luglio del 1974 Carlo Coccioli, uno scrittore fiorentino che attualmente vive in Messico, autore tra l'altro di un best seller su AA "Uomini in fuga", tenne una riunione di informazione pubblica su AA nel palazzo di una famiglia patrizia assieme a Juan Hector, un alcolista anonimo messicano. Secondo Renato: "erano presenti alla riunione alcuni curiosi fiorentini e pochi turisti francesi che sorseggiavano del vino bianco fresco da una fiaschetta d'argento. Poi, nel sole apparve Silvano: un'elegante figura - quasi un fantasma - vestito di bianco. Il giorno seguente, Silvano si trovava con Juan Hector accanto al letto di un alcolista ricoverato nell'ospedale psichiatrico. In seguito, Silvano divenne il decano degli A.A. di Firenze".

Negli anni '70 il numero dei gruppi crebbe lentamente, in parallelo col disinteresse dell'opinione pubblica e della comunità scientifica nei confronti dei problemi correlati all'abuso di alcol. Secondo i Servizi Generali di AA italiana nel 1980 esistevano 55 Gruppi, mentre tra il 1980 e il 1990 ne furono aperti altri 285, ciò coincidendo con l'attenzione che verso i danni da alcol ora stava crescendo presso il pubblico e gli specialisti. Negli anni '90 l'espansione è continuata con una crescita media di venti gruppi l'anno, fino a totalizzarne circa 500 alla fine del 1997.

Per le caratteristiche organizzative di AA, e in particolare per l'anonimato e la libertà che i partecipanti hanno di frequentare o meno più riunioni settimanali, non si hanno attualmente statistiche di quanti partecipano ai gruppi e con che frequenza. Tuttavia non si sarà lontani dall'esattezza se si stima che AA in Italia sia oggi frequentata da almeno diecimila alcolisti.

La diffusione dei gruppi, ciascun dei quali di solito si incontra due volte la settimana, è maggiore nel nord e nel centro Italia, tanto che nelle principali città ogni giorno è possibile scegliere tra diverse riunioni contemporanee. Nel sud e nelle isole i gruppi distano anche centinaia di chilometri l'uno dall'altro e questo rende difficile la partecipazione degli alcolisti. I Gruppi sono dislocati presso parrocchie, Unità sanitarie, edifici pubblici.

Così come negli altri paesi, AA italiana è organizzata in aree (pressappoco corrispondenti alle regioni) i cui delegati convergono a una conferenza annuale ed eleggono i fiduciari dei Servizi Generali,

collocati a Roma; a livello regionale e nazionale sono costituiti dei comitati, tra cui ricordiamo quelli per l'informazione pubblica e per i rapporti con le istituzioni. Un interessante segnale di svolta è stata l'elezione nel 1997 del primo fiduciario non alcolista, che in questo senso adegua l'Italia alla prassi di altre nazioni. Sei volte l'anno viene pubblicata la rivista *Insieme*, che contiene informazioni sulle riunioni e storie di alcolisti in recupero. Tutta la letteratura italiana di AA è comunque disponibile presso la sede nazionale di via Torrerossa 35 a Roma; in massima parte è traduzione di quella ufficiale in inglese.

### **Altre Associazioni dei dodici passi**

Il programma di AA è stato la base per la crescita di altre associazioni, che sono sorte negli Stati Uniti e poi diffuse al di qua dell'oceano. In Italia esistono le seguenti:

- Alanon (Familiari di Alcolisti);
- Alateen e Achoa (figli adolescenti e adulti di alcolisti);
- NA (Narcotici Anonimi);
- OA o Overeaters Anonymous (mangiatori compulsivi);
- Codipendenti emotivi (Coda).

Ciascuna di queste associazioni si riunisce di regola separatamente dalle altre. Ad esempio, i gruppi di Familiari hanno proprie riunioni e anche proprie stanze, indipendenti da AA. In Italia, il primo Gruppo Al-Anon fu aperto a Roma nel 1976.

Secondo i Servizi Generali di Al-Anon italiana nel 1979 c'erano nove Gruppi che crebbero a 206 nel 1989. Nel luglio 1997 c'erano 341 Gruppi Al-Anon, 35 Gruppi Alateen e 18 Gruppi AChoa.

### **Le caratteristiche di AA**

AA è un'associazione autonoma e autofinanziantesi, che non vuole aderire od affiliarsi a nessun'altra organizzazione sia essa politica, religiosa o privata. Il suo programma si basa su (cfr. Jean e coll., 1998):

- a) le riunioni di gruppo: vi partecipa chiunque desideri smettere di bere; possono essere chiuse, aperte, di commento di uno dei 12 passi, di testimonianza;
- b) l'affiliazione al gruppo, a cui si chiede aiuto partecipando alle riunioni; l'aiuto può essere esteso anche a tutta la giornata, attraverso telefonate e incontri a latere dei gruppi. L'affiliazione è rafforzata dalla possibilità di disporre di uno sponsor, cioè un alcolista recuperato da un certo tempo e prescelto dal nuovo arrivato, che si rende disponibile per colloqui e condivisioni della propria esperienza;
- c) i 12 passi, che sono il nucleo del programma di recupero individuale. Si sviluppano dal primo passo, in cui si ammette la propria impotenza di fronte all'alcol, fino a giungere al dodicesimo, in cui si porta la propria testimonianza a un altro alcolista in fase attiva;
- d) le 12 tradizioni, modalità di funzionamento e organizzazione dei gruppi. Tra esse ricordiamo i principi dell'autonomia dei gruppi, del rifiuto di contributi economici esterni, del comune benessere, della trasmissione del messaggio a chi ancora soffre nell'alcol, e dell'unico requisito richiesto per partecipare ed essere membri di AA: il desiderio di smettere di bere;
- e) i dodici concetti, che sono i principi inerenti alla struttura del servizio e al comportamento che la conferenza e i servizi generali devono tenere nelle decisioni da prendere riguardo l'attività di AA.

Le specificità di AA sono state evidenziate da vari studi, di cui il più recente esplora le sue caratteristiche in otto paesi (Maekela e coll., '96). In Italia è stata oggetto di una ricerca sociologica a Firenze compiuta da Paolo Pini ('95) che ha portato ad alcune conclusioni che qui si riportano con alcune modificazioni:

- AA cerca la ricostruzione delle personalità dei suoi membri, che divengono permeati dall'"ideologia" di A.A.;
- AA si interessa unicamente dei problemi vissuti dagli alcolisti che sono intesi come problemi che li contrassegnano vita natural durante;
- AA implica un coinvolgimento di lungo e indefinito periodo col gruppo e sostiene che "non si può guarire dall'alcolismo";
- AA ritiene l'alcolismo una malattia, in linea con alcune definizioni dell'OMS e con la classificazione del Manuale diagnostico-statistico dei disturbi mentali (DSM) dell'Associazione psichiatrica americana, dove trovano posto sia la dipendenza da alcol sia l'abuso di alcol.

Infine, una prima inchiesta nazionale compiuta nel 1996 dai Servizi Generali di AA su 1813 partecipanti ai gruppi che hanno risposto a un questionario postale anonimo, ha dato informazioni sufficienti per tracciare un primo profilo di chi partecipa ad AA (Cibin e coll., 1997):

- le donne sono poco meno della metà degli uomini;
- l'età media è 40 anni;
- il 71% è coniugato o convivente, il 10% separato o divorziato;
- il 61% è occupato, il 10% è disoccupato;
- la maggioranza ha licenza elementare o media.

### **AA e le Istituzioni Sanitarie in Italia**

AA è rimasta a lungo distaccata dalle istituzioni sanitarie o ha limitato la sua cooperazione con esse, e le reciproche relazioni sono state lungi dall'essere ottimali; ciò era presumibilmente dovuto sia alle tradizioni di anonimato di AA e alla sua iniziale relativa chiusura verso l'esterno, sia allo scetticismo dei medici che non erano attratti dalla spiritualità del Programma dei Dodici Passi. Non ci si può certo sorprendere se nel 1980 un'indagine sui servizi di pubblica sanità a Firenze ha mostrato che alcuni importanti primari ospedalieri non erano a conoscenza dell'esistenza di AA dopo 7 anni che la sua attività era cominciata (Cipriani 1982).

Tuttavia, grazie alla maggiore informazione resa disponibile dai mass-media e alla attuale maggiore accettazione di principi spirituali nella cultura italiana, almeno dall'inizio degli anni '90 AA è ora meglio conosciuta tra i medici, i politici e la gente comune.

Attualmente non solo i singoli professionisti (medici o psicologi) ma anche varie strutture sanitarie inviano i loro pazienti ad AA, aggiungendosi a quelle già operanti da più tempo.

I diversi tipi d'interazione tra le istituzioni sanitarie e AA possono essere descritte nel seguente modo:

- in alcuni ospedali i ricoverati per alcolismo sono invitati a incontrare un membro AA che lo introduca al programma;
- in altri ospedali, AA può utilizzare una stanza dove i suoi membri restano disponibili per chi lo richieda, e ove si svolgono le riunioni a cui possono partecipare i pazienti;
- in servizi aventi al loro interno gruppi di motivazione al trattamento cui partecipano pazienti alcolisti e famiglie, gli AA presentano le loro testimonianze;
- un'altra interazione consiste nell'invio di un utente dimesso dall'ospedale o dal servizio alcologico ad un gruppo AA.

Già dagli anni '80 o anche prima si è avuta una buona collaborazione tra AA e i servizi sanitari nelle regioni della Toscana e della Lombardia, a Senigallia (Marche) e a Roma. In Lombardia e a Milano AA si è notevolmente espansa dopo il progetto regionale del 1990. A Senigallia le riunioni AA si tengono due volte alla settimana nei locali di una casa di cura dove vengono ricoverati alcolisti e malati di mente. A Roma nel 1994 si è aperto un centro di trattamento per alcolisti e tossicodipendenti che utilizza il metodo Minnesota, cioè un approccio multidisciplinare psico-socio-riabilitativo di matrice anglosassone basato sul Programma dei Dodici Passi (Fanella 1996). A Firenze è stato ideato un gruppo di motivazione dei pazienti/famiglie in carico al Centro Alcologico Integrato in cui gli alcolisti e i familiari in recupero presentano la loro testimonianza.

Il caso di Firenze (Allamani e coll., 1995) è forse il più antico in Italia, in quanto una forma di rapporto tra il settore alcologico della Unità di Gastroenterologia di Careggi e AA esiste dalla metà degli anni '70. Allora uno o due membri di AA frequentavano occasionalmente l'ospedale ed erano disponibili a condividere le loro esperienze con alcuni alcolisti in degenza. Talvolta essi portavano dei pazienti per farli ricoverare. Il personale dell'ospedale veniva invitato alle inaugurazioni di AA e questa pratica si è conservata fino ad oggi. Dal settembre del 1985, l'Unità di Gastroenterologia ha iniziato un ambulatorio, e poi un Centro per un programma di trattamento di pazienti alcolisti in dimissione e nel 1993 una legge regionale toscana ha formalizzato un Centro Integrato di Alcologia a Firenze (oltre che a Massa e ad Arezzo), con le funzioni di diagnosticare, trattare e prevenire i problemi alcol-correlati. Con gli anni '90 la cooperazione tra il Centro e i membri di AA è divenuta più consistente. In quel periodo il programma di trattamento del Centro Alcologico Integrato di Firenze ha preso la forma che ha tuttora, ed è diviso in due fasi. La prima fase inizia con un incontro tra gli addetti del Centro e il paziente con i suoi familiari.

Subito dopo, questi ultimi sono invitati a partecipare ad un corso multi - familiare che consta di dieci incontri di due ore ciascuno tre volte alla settimana, condotto da un educatore e frequentato, in genere, da 15 - 20 pazienti e familiari. Alcolisti in recupero di AA (e talvolta conduttori/servitori di CAT) partecipano come testimoni a questi incontri condividendo le loro esperienze personali, e consentono ai pazienti di identificarsi con loro aiutandoli così a spezzare le loro barriere negative verso i loro problemi con l'alcol. Nella seconda fase del programma, il paziente e la sua famiglia entrano nei Gruppi A.A./Al-Anon o nei Cat; un alcolista in recupero può accompagnare il paziente alla sua prima riunione nel gruppo. In ogni caso, dopo 1-6 mesi si ha una visita di controllo presso l'ambulatorio del Centro (cfr. Allamani e coll., 1995).

### L'interscambio tra Istituzioni Sanitarie e AA

A seguito del paragrafo precedente, vengono le domande: quanti alcolisti giungono ad AA dalle Istituzioni sanitarie, e quanti alle Istituzioni sanitarie da AA? Le risposte a queste domande, che ci danno tre differenti studi italiani, possono darci informazioni sull'attuale interscambio tra i due sistemi.

Una prima inchiesta fu realizzata con i partecipanti a gruppi AA di Firenze, Pistoia ed Empoli in due momenti, nel 1990 e 1992 (Allamani e coll., 1994). Centotrentotto alcolisti risposero a un breve questionario anonimo allestito dal Centro Alcológico Integrato di Firenze e presentato ad alcune riunioni di AA. Meno di un terzo dei rispondenti disse di essere stato indirizzato ad AA da professionisti socio-sanitari e raramente dal medico di famiglia. Due terzi - in particolar modo le donne - erano state informate da altri alcolisti o da familiari. Meno di un terzo disse che avrebbe consigliato ad un alcolista ricaduto di rivolgersi ad aiuti non professionali e circa il 20 % gli avrebbe suggerito un aiuto professionale (sanitario o sociale) Circa la metà dei rispondenti disse di aver ottenuto sufficienti informazioni sul programma di recupero di AA da parte del sistema sanitario pubblico.

Un'altra inchiesta, come sopra detto, è stata compiuta nel 1996 dai Servizi Generali di AA su un campione nazionale di 1813 partecipanti ai gruppi di AA che hanno risposto a un questionario postale. Secondo i rispondenti, il 27% è arrivato ad AA inviatovi da strutture sanitarie, e il 30% si è rivolto a professionisti anche dopo l'approdo in AA (Cibin e coll., 1997).

Una terza inchiesta è stata realizzata da sei strutture sanitarie italiane da più o meno tempo collaboranti con AA (Servizio Sperimentale di Alcologia, Dolo (VE); Divisione di Medicina Interna 2, Ospedale S. Corona, Garbagnate Milanese; Villa Silvia, Senigallia (AN); Centro Alcológico integrato, Firenze.; Centro Semiresidenziale La Promessa, Roma; SERT, Azienda Sanitaria Locale RM E, Roma) che si sono accordate nell'effettuare uno studio multicentrico sui flussi di utenti tra il proprio servizio ed AA (Jean e coll.,1998). Nella tabella 1 viene evidenziata la casistica gestita dai 6 centri in termini di invio / provenienza rispetto ai gruppi AA durante l'anno 1995.

Tab. 1 - Ingressi ed invii ad AA nel 1995					
Ingressi 1995	tot.	480*	Inviati ad AA	tot.	297 (62%)
	M	316 (66%)		M	192 (65%)
	F	164 (34%)		F	105 (35%)
* di cui il 20% inviati da AA					(da Jean e coll.,1998)

Dei 480 alcolisti 161 (20%) erano in contatto con i gruppi AA, da cui sono stati consigliati a recarsi ai servizi alcolologici per la gravità delle patologie o l'incapacità a cessare il potus. Dall'altro lato gli stessi servizi coinvolti nello studio hanno consigliato ai loro pazienti la frequenza di AA nel 62% dei casi. Nel 38% dei casi l'invio ad AlAnon è stato esteso anche ai familiari. Il rapporto M/F nel campione totale è 2:1 e tale rapporto permane nel gruppo "inviati ad AA".

La tabella 2 esprime i dati in rapporto alla permanenza / uscita dal trattamento dopo 6-12 mesi dall'ingresso durante il 1996. Dei 480 pazienti entrati in trattamento nel 1995 il 54% era ancora in contatto coi servizi nel 1996, ma di questi quelli che erano stati inviati ad AA nel 1995 erano per il 70% ritenuti nel sistema "servizio-programma AA", mentre chi era stato assegnato ad altri programmi aveva una ritenzione minore e conseguentemente un drop-out maggiore. Questi ultimi risultati sono in realtà una descrizione interna all'insieme di questi 6 servizi, e non possono considerarsi un vero confronto tra

due programmi di trattamento dato che i servizi stessi hanno per tradizione particolarmente valorizzato il ruolo di AA rispetto agli altri tipi di intervento.

Tab. 2 - Ritenzione nel follow-up secondo il programma di trattamento dopo 6-12 mesi ('96) - (da Jean e coll., 1998)

	Invio di pazienti al programma (1995)	Ritenzione al follow-up dopo 6-12 mesi (1996)	Drop-out
Programma AA	297 (100%)	208 (70%)	89 (30%)
Altri programmi	183 (100%)	52 (28%)	131 (72%)
Totale	480 (100%)	260 (54%)	220 (46%)

In conclusione i tre studi indicano che :

- quasi un terzo dei partecipanti ai gruppi di AA vi è stato inviato dai professionisti del mondo socio-sanitario; l'invio è certamente maggiore nel caso di strutture collaboranti con AA;
- un'elevata percentuale di coloro che vengono inviati ad AA resta in rapporti sia col gruppo che col Servizio, ma ciò è probabilmente connesso alla collaborazione delle suddette strutture con AA;
- AA invia ai servizi sanitari presumibilmente un quinto dei suoi partecipanti; ma tale dato si riferisce ai centri che hanno stabilito una forma di relazione con AA.

Ci sembra importante terminare con un'osservazione che si rifà alla 10° tradizione di AA, che recita: "AA non ha opinioni su questioni esterne, di conseguenza il nome di AA non dovrebbe mai essere coinvolto in pubbliche controversie". L'associazione così persegue l'obiettivo di essere neutrale nei confronti di qualsiasi istituzione, e dunque una collaborazione con i professionisti e le istituzioni sanitarie basata sul principio del rispetto delle competenze professionali e della autonomia dei gruppi è, come visto, possibile ed anzi auspicabile in molte situazioni. Ciò tuttavia può avvenire tanto più, quanto più viene diffusa una obiettiva informazione sulla risorsa che AA costituisce per il trattamento degli alcolisti, in parallelo con altre risorse gruppali quali i CAT, perché ancora oggi AA viene al contrario vissuta come chiusa alle aperture verso il mondo professionale. Come si è sopra visto, l'associazione è assai disposta a interagire con la sanità. La presenza di due sistemi terapeutici così fondamentali per il buon successo dell'intervento socio-sanitario determina un trattamento più efficace delle diverse tipologie di pazienti, permettendo ai servizi alcologici, dove è il caso, di scegliere il programma più adatto ai bisogni e alle caratteristiche dei pazienti.

## Bibliografia

1. MAEKELA K., ARMINEN I., BLOOMFIEDL K., et al.: *Alcoholic Anonymous as a mutual self-help movement. A study in eight societies*. The University of Wisconsin Press, Madison.
2. "Alcolisti Anonimi" - trad. italiana. Bulzoni Ed., Roma 1980.
3. ALLAMANI A., ANTONINI A., CALVIANI L., TANINI S. *Problemi alcol-correlati e rete di intervento* - Ecologia della mente, 18, 71-83, 1995.
4. ALLAMANI A., Basetti Sani I., CENTURIONI A., PENNATI P.: *AA und professionelle Alkoholismustherapie\_ Ein Fallbeispiel aus Florenz*. Wiener Zeitschrift fuer Suchtforschung, 17, 1,2: 37-40,1994.
5. CIPRIANI F.: *Alcolismo cronico. Considerazioni critiche sulle reali prospettive terapeutiche, con particolare riguardo alle modalità d'intervento di Alcolisti Anonimi, e sue caratteristiche*. Tesi di Laurea in Medicina e Chirurgia, Università di Firenze. Anno Accademico 1981-82.
6. CIBIN M., ZAVAN M., ALLAMANI A., *Servizi Generali di AA: Relazione al Congresso nazionale SIA, Catania 1997*.
7. FANELLA F., FEDI R., CONTRERAS L., et al.: *Costrutti teorici e applicativi per il recupero di etilisti in struttura semiresidenziale: il metodo "La Promessa". Un contributo di studio*. Il seme e l'albero, 9, 73-77,1996.
8. Interventi per la prevenzione, cura e riabilitazione dell'alcoldipendenza e problematiche alcol-correlate. Modifica ed integrazione della legge regionale 30/4/1990. Legge Regionale 5 agosto 1993, n.51. Bollettino ufficiale della Regione Toscana, 24,50:9-15,1993.
9. JEAN G., CIBIN M., PINI P., ALIOTTA V., BOCCHIA M., ALLAMANI A., FANELLA F., FEDI R., CONTRERAS L., PERAZZA D., NUOVO M. *Interazione tra servizi alcologici e alcolisti anonimi*. In: Libro Italiano di Alcologia, a cura di A.Allamani, D.Orlandini, G.Bardazzi, A.Quartini, A.Morettini, SEE Firenze 1998.
10. Linee di indirizzo per la prevenzione, la cura, il reinserimento sociale e il rilevamento epidemiologico in materia di alcol-dipendenza. Decreto del Ministero della Sanità 3 agosto 1993. Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, 197:6-7, agosto 1993.
11. Norme per la prevenzione cura e riabilitazione delle alcoldipendenze. Bollettino Ufficiale della Regione Lombardia, quinto Supplemento ordinario al n.20: 2-45, maggio 1990.
12. PINI P. *Comunicazione personale*, 1996.