



ARS TOSCANA
agenzia regionale di sanità

Raccolta di scritti per il convegno

DIPENDERE



sabato 19 Gennaio 2019

Istituto Stensen, viale Don Minzoni n.25/C, Firenze

Si ringrazia le persone che hanno contribuito a questa raccolta

Agenzia regionale di sanità della Toscana

Villa La Quiete alle Montalve

Via Pietro Dazzi,1

50141 Firenze

www.ars.toscana.it

Raccolta di scritti per il convegno

“DIPENDERE”

Presentazione

Fabio Voller p.2

Dipendere ieri

I- Le esperienze di auto aiuto e volontariato nel '60-'80:

1. I primi passi di Alcolisti Anonimi in Italia
 - Tracce di A.A. in Italia negli anni '60 e i primi italiani frequentatori del gruppo di Roma negli anni '70 p.3
 - La prima informazione pubblica italiana su A.A. secondo la prima Alcolista Anonima: Jocelyn p.3
 - Alcolisti Anonimi si estende a Milano e altrove (1976 e oltre): Gabriella p.4
 - La nascita degli altri gruppi dei 12 passi in Toscana (Al-Anon, N.A., O.A.,) p.6
2. I primi Club degli Alcolisti in trattamento a Firenze: Anna Cantini, Ugo Romualdi p.9
3. Gli inizi del Centro di solidarietà – CeIS - di Firenze, Giacomo Stinghi p.11

II- Professionisti, istituzioni e dipendenze: nascita e sviluppi nei decenni '70 - '80

1. Il “territorio”: l'incontro dei medici di medicina generale con le dipendenze: A.Panti, F.Godi p.12
2. L'“ospedale”: i primi programmi di cura per le dipendenze
 - La Gastroenterologia ospedaliera e la sua filiazione alcolologica a Firenze: A.Allamani, F. Cipriani, S. Innocenti, L. Belloni, A. Centurioni, I. Basetti Sani, G.Fusi p.14
 - Cura e riabilitazione degli alcolisti ad Arezzo: Donato Angioli p. 16
 - La Gastroenterologia universitaria fiorentina e il territorio regionale: C. Surrenti, V. Patussi p. 16
 - La Tossicologia di Firenze: F. Gambassi, A. Pistelli , B.Occupati, A. Ieri , A. Missanelli, C. Baccaro, C. Lanzi, G. Mannaioni p. 19

Dipendere oggi e domani

1. Dipendere dalla cura: Laura Belloni p. 21
2. Il trattamento per le persone con problemi di dipendenza: Antonella Manfredi p. 22
3. I Servizi per le Dipendenze, il futuro: Guido Intaschi p. 24
4. Collaborazione tra auto aiuto e professionisti:
 - Il punto di vista di Alcolisti Anonimi: Segretario nazionale A.A. p. 25
 - Il punto di vista dei nuovi gruppi dei 12 passi: CodA p. 26
 - Cooperazione tra Club degli Alcolisti In Trattamento e Servizi Pubblici e Privati: non una scelta ma una necessità: Guido Guidoni p. 26
 - Collaborazione tra privato sociale e settore socio-sanitario, il punto di vista del CeIS: Patrizia Borchi p. 29

Appendice

- Alcolisti Anonimi: Giulio Giustiniani p. 31
- Carlo Coccioli: Leopoldo Gori p. 33
- Hector Mendez e le sue testimonianze fiorentine: storia di una nascita di Alcolisti Anonimi, a cura di Allaman Allamani p. 33

Questa breve pubblicazione nasce dal lavoro di raccolta e di selezione delle esperienze in essa contenute da parte dei responsabili scientifici del Convegno, dietro esplicita autorizzazione da parte degli autori e con finalità didattiche e non commerciali.

L' Agenzia Regionale di Sanità (ARS) della Toscana non è responsabile dei comportamenti non conformi alla normativa vigente in diritto d'autore.

Presentazione

Le esperienze di auto mutuo aiuto sono nate nel mondo occidentale in risposta alle sempre più dure condizioni di vita imposte dalla rivoluzione industriale per arrivare poi, in tempi più recenti, al crescente interesse per il lavoro terapeutico in gruppo, che si sviluppa a partire dai primi decenni del secolo scorso.

L'esperienza negli Stati Uniti degli Alcolisti Anonimi, sviluppatasi a partire dal 1935, viene fatta coincidere con l'inizio dei gruppi di auto-mutuo aiuto. I fondatori, basandosi sui principi del movimento Oxford Group, pensarono che le aggregazioni di persone accumulate da uno stesso problema, i gruppi appunto, rappresentassero lo strumento più adeguato per intraprendere e un percorso di lotta e liberazione dalla dipendenza da alcol.

Da allora il modello originario ha trovato applicazione in un numero sempre maggiore di situazioni di dipendenza e di crisi o difficoltà di vita.

Nel 1974 in due eventi tenutisi a palazzo Capponi e allo Stensen in Firenze la efficacia di Alcolisti Anonimi viene pubblicamente resa nota alla città, e così in Italia, a partire dagli anni '70, si assiste alla crescita di gruppi di auto-mutuo aiuto soprattutto nell'ambito delle dipendenze.

In quel tempo, e subito dopo, furono concepiti e realizzati nel nostro paese e in Toscana in particolare i programmi del CeIS per le tossicodipendenze e i Club degli Alcolisti in Trattamento, così come vennero alla luce le prime iniziative di trattamento medico-sociale delle persone affette da dipendenza alcolica o da droghe illegali.

Questo insieme di contributi che viene presentato a corredo del convegno "Dipendere" del 17 gennaio 2019 a Firenze, ripercorre le esperienze di auto aiuto e volontariato, e la loro cooperazione con gli interventi dei professionisti, nel campo delle dipendenze a partire dagli anni '70 in Italia, ma in particolare in Toscana, provando a confrontarle con il ruolo che queste esperienze hanno ai nostri giorni, sperando di restituire alla discussione sul tema il forte valore che rappresenta la memoria storica.

Fabio Voller
Coordinatore Osservatorio di Epidemiologia
Agenzia Regionale di Sanità della Toscana

DIPENDERE IERI – GLI INIZI NEGLI ANNI '70 E '80

LE ESPERIENZE DI AUTO AIUTO E VOLONTARIATO

I primi passi di Alcolisti Anonimi (A.A.)

Tracce di A.A. in Italia negli anni '60 e i primi italiani frequentatori del gruppo di Roma negli anni '70

(da: Storia di Alcolisti Anonimi in Italia, A.A.)

Negli anni '60 sono sorti alcuni gruppi che si rifacevano ad A.A. a Milano e a Torino, di cui si ha segnalazione anche in una pubblicazione (De Antonellis G. *Il dio alcool : il primo rapporto organico sull'alcolismo in Italia, verifica del fenomeno, prevenzione e terapia*, Milano: Bramante, 1969).

Nell'Annuario americano di Alcolisti Anonimi si parla di A.A. in Italia per la prima volta nel 1970, menzionando un certo Riccardo che aveva tentato di aprire un gruppo a Milano, ma che non compariva più l'anno successivo (Roberto C.)

Roma aveva già agli inizi degli anni 60 un gruppo di lingua inglese in via Napoli, che era stato aperto nel dopoguerra dai soldati americani. Nel 1972 Giovanni ed Ermanno approdarono a tale gruppo dove trovarono Mya e Jolanda, membri bilingui del gruppo americano; nel maggio 1972 vi si aggiunse Carlo C. Le prime riunioni in lingua italiana si svolsero verosimilmente nel luglio 1972, e su esse fece un articolo Sandro Cova sul Messaggero del 9 novembre 1972 col titolo "Non bere, parla"

Nel marzo del 1975 entrò a far parte del gruppo romano Roberto C. che raggiunse la sobrietà e diede una grande spinta alla crescita di A.A.

La prima informazione pubblica italiana su A.A. secondo la prima Alcolista Anonima

Jocelyn, A.A. Firenze

Ero arrivata a Firenze alla fine del 1969, con un anno di sobrietà, venendo come cittadina inglese da Londra, dove avevo frequentato A.A., in particolare un gruppo per giovani, per allora una novità, seppur con pochi partecipanti. I gruppi A.A. avevano sede presso le chiese protestanti, per tradizione le più informate, e là ero andata, anche se la mia famiglia è di origine cattolica. Non essendoci allora A.A. a Firenze, mi recavo a volte al gruppo di lingua inglese di Roma, dove di italiani ce n'erano solo alcuni, che abitavano negli Stati Uniti o li frequentavano, insieme con vari attori di Cinecittà.

Ma poiché abitavo a Firenze, fidanzata con un italiano, cercai di farvi partire un gruppo A.A., con l'interesse di non essere costretta di andare sempre a Roma. Così mi ero rivolta ai luoghi e alle persone che immaginavo avessero più attenzione alla cosa, ma fu un insuccesso. Alla chiesa episcopale americana di Saint James di via Rucellai, il reverendo responsabile sentenziò che a Firenze non c'erano problemi di alcolismo (in seguito seppi che lui stesso aveva questo problema); e simile risposta ebbi dal reverendo della chiesa inglese di Saint Mark in via Maggio. Nessuna risposta mi venne poi dopo l'annuncio che avevo messo sia al consolato britannico sia a quello americano, che chi fosse interessato ad aprire un gruppo A.A. in città mi contattasse. Nel 1971 ebbi anche una visita dal professor Antonio Morettini, noto per essere un esperto nel campo, e amico di mia suocera. Il professore negò che io, donna così giovane, potessi essere un'alcolista, e anzi mi consigliò di limitarmi a bere un solo bicchiere di vino a pasto. Non gli credetti e non ricominciai a bere.

Dato che nell'International Directory il mio nome e telefono era indicato come di un' A.A. solitaria di Firenze, mi restavano gli incontri con membri A.A. di passaggio in città che mi contattavano. Inoltre, talvolta alcuni A.A. di Roma mi venivano a trovare a Firenze, e nelle occasioni in cui la mia sponsor londinese si recava in Francia, andavo a farle visita. Insomma, in A.A. non rimanevo sola.

Alla fine, il pomeriggio del 4 luglio del 1974, nel palazzo Capponi, in via Gino Capponi a Firenze, si ebbe prima riunione pubblica di A.A. in Italia. La riunione si doveva a Carlo Còccioli e a Juan

Hector, che organizzarono anche una seconda riunione all'istituto Stensen il successivo 14 luglio dello stesso anno. Còccioli, dopo la sua appassionata esperienza messicana sugli Alcolisti Anonimi, pubblicata l'anno prima nel libro *Uomini in Fuga*, era intenzionato a far partire A.A., e mi aveva telefonato per fare una testimonianza, avendo ricevuto il mio numero dal gruppo di Roma. Lui, che aveva casa a Firenze e scriveva sulla *Nazione*, aveva diverse conoscenze in città e riuscì ad attrarre molta gente.

Nella riunione allo Stensen c'era una varietà di giornalisti, medici e infermieri, nonché alcuni turisti. Ero al tavolo degli oratori, unica donna in tutta la sala, incinta al sesto mese; raccontai della mia storia, per quanto potessi in quel luogo pubblico, trasmettendo che ero felice di essere entrata in AA. Verso la fine dell'incontro, apparve una persona con un impermeabile bianco – insolito, vista la stagione. Hector mi diede di gomito, e poi lo raggiunse. Era l'alcolista Silvano, in seguito il decano di AA, con cui Hector ebbe un rapporto di sostegno e vicinanza, e con cui ha fatto i primi dodicesimi passi nei confronti degli alcolisti fiorentini.

Dopo quelle due prime riunioni, e con l'entusiasmo e la determinazione che lo contraddistingueva, Coccioni insistette perché tornassi alla chiesa americana di Saint James, in via Rucellai 9, nonostante il mio precedente fallimento. Ebbe ragione: stavolta c'era un altro sacerdote, padre Lee, che assenti immediatamente alla richiesta di una stanza per AA, e in mise a disposizione i locali della chiesa per una preliminare riunione pubblica. Questa si svolse nel seminterrato della chiesa verso la fine di quel luglio 1974, con la presenza di poche persone, alcune di lingua inglese (Malcolm, John) e altre italiane (Silvano). Io facevo la traduzione.

Così partì il primo gruppo fiorentino, fatto di italiani e di inglesi/americani. Al seminterrato si accedeva dal giardino, poco illuminato, attraverso una scaletta sulla sinistra della chiesa. Il sagrestano, e in particolare la moglie Primetta, accompagnavano i primi venuti e talvolta origliavano alla porta, curiosi di questo insolito tipo di incontri. Le mogli accompagnatrici degli alcolisti a volte volevano restare al gruppo, ma finimmo per tenerle fuori. Mi ricordo che all'inizio le persone che accedevano per la prima volta mostravano di non aver chiaro se si trattasse di gruppi legati alla chiesa oppure a movimenti politici, dato che risultava piuttosto nuova l'idea di creare un gruppo per affrontare insieme un problema comune.

Nel gennaio 1975 gli italiani erano divenuti capaci di far da sé, cosicché la riunione da bilingue divenne monolingua, una italiana e una inglese, in giorni diversi. Il gruppo italiano si chiamava Firenze '74', ma da tutti era detto 'Gruppo Rucellai'. Si facevano anche i dodicesimi, anche a casa delle persone, in cui Silvano era assai attivo. Quando si recava da alcoliste donne, andavo con lui. Così incontrammo, tra le altre, la prima alcolista fiorentina, Clara.

Oggi continuo a frequentare il gruppo di lingua inglese presso la stessa chiesa americana. Abbiamo adesso sei riunioni settimanali, e siamo presenti on line: Molti sono i turisti che si presentano volentieri alle nostre riunioni durante il loro soggiorno fiorentino. Infatti, fare il turista a Firenze può essere stressante, e trovare un gruppo come il nostro è di grande sollievo. L'alcolismo è una lingua parlata da tutti noi, e la forza e il sostegno che diamo l'un l'altro sono preziosi e insostituibili.

Alcolisti Anonimi si estende a Milano e altrove (1976 e oltre)

Gabriella, A.A. Milano

Quando nacque il gruppo AA a Milano nel 1976, ci fu entusiasmo iniziale, e gratitudine per Carlo e Roberto di Roma che venivano a Milano per portarci la letteratura e per darci il coraggio di non mollare mai, anche se eravamo ancora in pochi e pochissimi sobri ed avevamo il timore che anche quei pochi potessero non fermarsi nel gruppo.

Appena fummo almeno in 6 ad essere sobri sentimmo proprio di nuovo l'entusiasmo di poter farci conoscere, per trasmettere il messaggio, nelle altre città della Lombardia, del Piemonte, dell'Emilia e della Liguria.

Nel 1982 l'incontro a Firenze nella Chiesa americana con il pioniere Silvano ed altri membri dei gruppi di altre regioni fu una specie di primo intergruppo in cui ci confrontammo relativamente ai nostri avanzamenti ed alle nostre difficoltà, e ci fece sentire finalmente "famiglia allargata".

Mi trovai poi, negli anni successivi, a "combattere" per far valere il concetto di "mente aperta".

Come tutto si evolve, anche AA doveva, mantenendo sempre i suoi 12 passi e 12 tradizioni, evolversi avendo il coraggio di rendersi conto che gli amici nuovi che entravano nelle stanze avevano anche la dipendenza da droghe. Gli alcolisti cosiddetti "puri" non volevano nel gruppo chi aveva anche problema con le sostanze.

Essendo io ed altri 4 amici del gruppo alcolisti e tossicodipendenti, sentimmo la necessità di aprire nel 1989 un'altra fratellanza: NA (Narcotici Anonimi). Milano tenne le sue prime riunioni accogliendo un tossicodipendente di Monza che incontrammo in un seminario di Rimini, praticamente "disperato" perchè non aveva un gruppo di NA da frequentare.

Seguirono poi altre fratellanze per altre dipendenze.

Inoltre, da tempo avevamo notato che gli amici che entravano nelle stanze avevano un'età sempre più giovane. Il programma è sempre uguale per tutti, ma non dobbiamo mai dimenticare che il nostro scopo principale come A.A. è trasmettere il messaggio. Il linguaggio, il modo di vivere dei giovani sono diversi da quelli delle persone più avanti con gli anni. Ecco quindi l'ennesima "battaglia" per far sì che i giovani di età potessero avere uno spazio per condurre riunioni per loro, che sono iniziate dieci anni fa. Agli inizi era sempre presente un anziano del gruppo per aiutare nel coordinamento delle riunioni. Sarà che queste riunioni sono sempre così belle e piene di iniziative che adesso anche i "non più giovani di età" hanno cominciato a parteciparvi. Ora siamo ad un'ottima interazione tra giovani e anziani nelle riunioni di servizio mensili. E così viene precisato nelle loro riunioni "per giovani di età e giovani di cuore".

(da: Storia di Alcolisti Anonimi in Italia, A.A.)

Nel 1977 ottima fu la possibilità, attraverso il settimanale "EPOCA", di descrivere brevemente in un articolo che cosa fosse Alcolisti Anonimi.

Nel 1979 avvenne poi il miracolo dell'espansione della conoscenza di A.A. in tutta Italia: la trasmissione del programma "L'Inferno dentro" sulla RAI in prima serata. Come conobbi il regista Silvio Maestranzi? Mi telefonò per incominciare a conoscere me ed avere elementi per realizzare il suo programma televisivo. Lo invitai a casa mia e, seduti l'una di fronte all'altro, unimmo la professionalità "sensibile" di Silvio al mio "entusiasmo ed incredibilità" di farci conoscere a livello nazionale. La sua dolcezza e fermezza nel parlarmi di ciò che sapeva del problema dell'alcolismo e la mia irruenza nel concretizzare al più presto il programma televisivo fecero sì che bastò quel solo incontro di poche ore per già pianificare la realizzazione pratica. Dove girare il filmato? Chi scegliere del Gruppo di Milano per dare una breve testimonianza? Con l'assicurazione da parte di Maestranzi sull'anonimato della mia abitazione, sfruttammo il grande soggiorno dell'appartamento dove allora abitavo ed il tavolo rotondo attorno al quale si potevano dare le testimonianze. Maestranzi mi chiese se c'era un'altra alcolista donna, oltre a me, che potesse dare la sua esperienza in A.A. in Milano. Subito: eccola lì sul piatto d'argento: Silvia una giovanissima di 21 anni che era sobria da pochi mesi. Mi ricordo che scegliemmo anche un alcolista uomo. Era tutto concordato: il giorno della registrazione e la disposizione dei mobili nel salone di casa mia. Eravamo entusiasti. Ma io come potevo spiegare l'ingresso delle telecamere in casa mia? (abitavo in un condominio). Alla portiera cosa potevo dire, dato che dovevo coinvolgerla per aprire una porta necessaria per il lavoro dei tecnici? Inoltre, Maestranzi aveva l'esigenza di riprendere dall'altro lato della strada anche le finestre del 5° piano della mia abitazione. Soluzione: alla portiera (di nome e di fatto e che anche mostrava qualche volta nel suo lavoro di aver bevuto qualche bicchierino di troppo) dissi che la RAI intervistava me ed alcuni miei amici perché facevamo parte di una Associazione di aiuto per la salute. Tutto filò liscio, si registrò, andò in onda anche il nostro pezzo di Milano ed i miei vicini di casa da allora mi salutarono con un sorriso in più.

La nascita degli altri gruppi dei 12 passi: Al - Anon, NA, OA, in Toscana

I gruppi familiari Al-Anon/Alateen in Toscana

Associazione Gruppi Familiari Al-Anon Toscana

La nascita dei gruppi

Mentre il primo gruppo Al- Anon in Italia nasce nel 1976, in Toscana Il primo Gruppo Al-Anon si forma già negli anni '70, ma il primo "ufficiale" nasce a Firenze nel settembre 1980 e si riunisce presso la Chiesa di St James in via dei Rucellai, prendendo il nome dalla strada in cui la chiesa si trova.

Nel settembre 1985 apre a Firenze un ambulatorio alcolico nell'Unità Ospedaliera di Gastroenterologia di Careggi che offre ai pazienti e loro familiari sia visite mediche che anche un programma di informazione alcolica: s'intensifica così la già esistente collaborazione (da fine anni '70) con l'Associazione Al-Anon/Alateen per Familiari e Amici di Alcolisti. E' da allora che i membri Al-Anon portano le loro testimonianze ed esperienze all'interno dei gruppi motivazionali rivolti ai pazienti e loro familiari all'interno delle istituzioni sanitarie.

A Pistoia si ha notizia di un primo Gruppo Al-Anon, "Il Tempio", già agli inizi degli anni '80; il 4 novembre 1987 nasce un secondo Gruppo, "La Liberazione".

Ad Empoli il Gruppo Al-Anon "Europa" si costituisce il 18 dicembre 1988, presso un locale concesso dal Comune in Piazza Ristori, in contemporanea al Gruppo Alcolisti Anonimi "Vinci".

Il Gruppo Al-Anon di Prato "Il Messaggio", viene fondato il 16 novembre 1989, proprio lo stesso giorno in cui nella stessa sede si riunisce per la prima volta anche il Gruppo di Alcolisti Anonimi.

Lo sviluppo in Toscana

E' negli anni '90 che si ha una accelerazione nella formazione dei gruppi. Il 16 dicembre 1991 nasce a Firenze il Gruppo dei Figli Adulti "Le Mimose", inizialmente denominato "Gruppo ACA (Adult Children Adults) Le Mimose" in sintonia con i gruppi americani di cui aveva grande esperienza una delle co-fondatrici. Tra la fine del 1996 e gli inizi del 1997 nascono due gruppi Alateen, parte integrante di Al-Anon, ma rivolti a figli, familiari e amici di alcolisti in età adolescenziale, 15-19 anni: uno a Pistoia, l'altro a Firenze. Nella primavera del 1992 nasce ufficialmente il Gruppo Al-Anon "San Giuseppe" di Pisa. A Siena si forma un Gruppo nel 1994 che rimane aperto fino al 1997. Bisogna aspettare il 2018 per la nascita di un nuovo gruppo. Nel novembre 1994 apre il Gruppo Al-Anon "La Magnolia" di Firenze, ospitato oggi nella chiesa di St James. Il 7 dicembre 1995 viene fondato a Lucca il Gruppo Al-Anon "Rinascita" ancora oggi attivo. Il Gruppo Al-Anon "Il Timone" di Livorno nasce nell'ottobre 2000 e rimane attivo fino al 2006 per poi chiudere definitivamente nel 2009, mentre il periodo di attività del Gruppo Al-Anon di Follonica "via della Speranza" - aperto solo nei mesi estivi - si è esteso dall'autunno 2002/primavera 2003 fino all'estate 2008. Agli inizi degli anni 2000 prende vita il gruppo di Arezzo. Il 6 novembre 2003 nasce a Viareggio il Gruppo Al-Anon "L'ancora" che ha collaborato per un certo periodo con il Reparto Psichiatrico dell'Ospedale Unico della Versilia. Il 9 giugno 2006 si costituiscono il Gruppo "La Farfalla" e il Gruppo in lingua inglese, "Tools St. James", entrambi di Firenze.

La frequentazione dei gruppi Al-Ateen, dal gennaio 2005 quando ripartono lentamente, ha un'impennata dal 2006. e prosegue l'attività fino all'estate 2008. Attualmente se ne sta progettando la rinascita.

I gruppi Al-Anon/Alateen oggi

Oggi complessivamente i Gruppi in Toscana sono 12, di cui 1 in lingua inglese.

Fino al 1994 i Gruppi Al-Anon della Toscana erano coordinati dal Distretto dell'Emilia-Romagna. A fine 1994 fu costituita l'Area Toscana Liguria con i due Distretti, Toscana e Liguria.

Negli ultimi anni i gruppi toscani sono diventati più propositivi e dinamici e i servitori, a livello di Area Toscana e Liguria, sono rappresentativi dell'intera Toscana e non provengono più quasi esclusivamente dai gruppi fiorentini.

Dal 1994 prende inizio e si instaura una assidua presenza di familiari in recupero agli incontri motivazionali presso il Centro Alcolologico Integrato (CAI) di Firenze.

L'associazione è impegnata attualmente nella messa a punto di un protocollo d'intesa da sottoscrivere con le ASL della Toscana.

Una testimonianza

“Sono arrivata al Gruppo Rucellai a fine anni '80. Era stato il medico del Centro Alcolologico di Firenze, che seguiva mio marito alcolista, a spingermi, ma io non ne capivo il perché. Mi ritrovai in una casa mezza diroccata e, dopo aver fatto una lunga scala buia, entrai in una piccola stanza con un tavolo al quale sedeva una decina di persone. Mi accolsero con familiarità: di alcune di loro poi sono divenuta amica. Mi chiesero se volevo parlare. Mi dissi: perché devo raccontare a questi estranei tutto quello che avevo dentro e che non avevo mai rivelato a nessuno? Iniziai a piangere disperatamente e i presenti, tranquilli, aspettarono che io finissi. Alla fine di questa prima riunione uscimmo e ci soffermammo in un giardinetto davanti alla casa. Gli altri ridevano e scherzavano. Mi sembrarono tutti matti: come potevano fare così con i problemi in cui vivevano? Decisi comunque di ritornare e dopo 3 o 4 riunioni capii che quello era il posto di cui io avevo bisogno. C'era un solo libro, che lessi avidamente, e che poi ho letto e riletto per anni. Comprendendo che la dipendenza di mio marito dall'alcol non era un vizio ma una malattia, mi liberai dal senso di colpa. Da lì è cominciata la mia rinascita.”

Narcotici Anonimi (N.A.)

Gandolfo e Giorgio, N.A. Toscana

In Italia il primo gruppo N.A. si tenne a Roma nell'81, con Luisa, che veniva da Londra. Poi Brescia, Milano, Genova subito a seguire. Ricordo i chilometri fatti dai membri che si spostavano in continuazione per aiutare la nascita dei gruppi.

Ga. (così come Gio.) entrò nelle stanze di A.A. nel maggio 1991, dopo che era stato ricoverato in ospedale per la sua dipendenza; qui conobbe Luca, che frequentava i gruppi di alcolisti, e che aveva avuto, anche lui, problemi anche con le droghe. Insieme decisero di aprire un gruppo di N.A. a Firenze e così, con l'indispensabile e importante sostegno di A.A., la prima riunione ebbe inizio il 27 luglio 1991 nella storica stanza di via della Dogana.

Dopo alcuni mesi si sono uniti nuovi membri e siamo riusciti ad avere la prima -poca ma essenziale- letteratura che la fratellanza italiana poteva offrire. L'arrivo di Ivan, altro membro che così come Luca, ci ha lasciato per una malattia incurabile, ma anch'egli da pulito, ha contribuito allo sviluppo dei gruppi, facendo aprire un gruppo a Barberino del Mugello, alla fine degli anni '90, poi trasferitosi alle Piagge.

Il supporto dei professionisti, e soprattutto un amorevole *Potere Superiore*, hanno contribuito all'espansione del gruppo. Tutto questo ha permesso di passare da una riunione alla settimana a due, ed infine, nel giro di un anno, a tre riunioni settimanali. Negli anni successivi l'impegno e la volontà di donare ad altri dipendenti ciò che è ci era stato gratuitamente donato ha permesso, nel tempo, di aprire gruppi in diverse città toscane, ciascuno dei quali con una o più riunioni settimanali.

E' stata dura all'inizio capire il giusto approccio al programma, con la prima - poca ma essenziale - letteratura che la fratellanza italiana poteva offrire.

Oggi in Toscana il rapporto con i professionisti è generalmente buono. Si stanno aprendo delle possibilità con le comunità del CEIS, dove la possibilità di una continuazione nel recupero una volta usciti dalla struttura dona una nuova speranza ai dipendenti.

In Italia oggi l'espansione è continua, recentemente allargandosi anche al sud (Pescara, S. Benedetto del Tronto, Napoli, Bari, Cosenza..). E' in divenire un gruppo a Catania.

Produttive sono le riunioni Skype per i membri che sono lontani dai gruppi fisici.

Mangiatori compulsivi, o Overeaters Anonymous - O.A.

Carlo, O.A. Prato

Overeaters Anonymous (O.A.) - Mangiatori Compulsivi Anonimi - ha tenuto la sua prima riunione a Los Angeles, California. OA è un'Organizzazione mondiale che ha trovato una soluzione ai problemi derivanti dal mangiare in modo eccessivo. Esistono oltre 6.700 riunioni di gruppo in circa 75 Paesi. Non si tratta di un'organizzazione religiosa e non si promuove alcuna dieta particolare. Per maggiori dettagli consultate il sito www.oa.italia.it

O.A. è un'associazione di uomini e donne che, condividendo le proprie esperienze e sostenendosi reciprocamente, vivono il recupero dal mangiare compulsivo. Diamo il benvenuto a chiunque voglia smettere di mangiare in modo compulsivo. Non ci sono quote od imposte da pagare per essere membri; siamo autosufficienti attraverso le nostre contribuzioni e non sollecitiamo né accettiamo donazioni esterne. O.A. non è affiliata ad alcuna organizzazione pubblica o privata, movimento politico, ideologia o dottrina religiosa; non prendiamo posizione su controversie esterne. Il nostro scopo primario è di astenerci dal mangiare compulsivo e di portare questo messaggio a quelli che ancora soffrono.

In Italia OA nacque negli anni '80 a Roma in lingua inglese, ma il primo gruppo in Italiano fu a Pesaro nel luglio 1988 grazie a Patrizia e Rita di Pesaro. Patrizia, con le sue conoscenze americane, è stata per molti anni il punto di riferimento per lo sviluppo di OA in Italia, e le si devono i primi contatti con il WSO e le prime traduzioni che circolavano su ciclostile. Nel 1989 O.A. si diffuse anche a Roma, Milano, Bologna e Dolo. Nel dicembre del medesimo anno fu fondato un gruppo anche a Firenze da Carlo, membro di Al-Anon, dopo un incontro di pubblica informazione di O.A. a Rimini, tenutosi nell'ottobre 1989 all'interno di un raduno di AA, e a cui parteciparono i membri di OA di varie sedi, e Carlo stesso.

Allora ci fu un'intensa attività di informazione su O.A. che era sostenuta dai media - stampa, televisione - e, anche in Toscana, attraverso alcuni incontri con medici ed operatori sanitari quali dietiste, medici e altri professionisti, avvenuti a Firenze, Arezzo, Siena. Gli O.A. toscani fecero testimonianze anche a Savona, a Ferrara, e recentemente a Todi in Umbria. Tra il 1999 al 2007 vi è stata una collaborazione tra il gruppo Alcológico dell'Azienda Sanitaria di Firenze ed il programma di O.A. per persone con disturbi del comportamento alimentare.

Il primo gruppo toscano era stato aperto grazie alla collaborazione con gli A.A. fiorentini e le riunioni si tenevano il mercoledì sera nel quartiere dell'Isolotto e nella stanza di Al-Anon, contemporaneamente al gruppo di A.A.; in seguito fu aperto un altro gruppo il sabato pomeriggio presso le ex cappelle del commiato dell'ospedale di Careggi, anche per permettere alle persone - spesso donne - di venire con più agio da luoghi lontani come Pisa, Piombino, Arezzo. Nel 1992 fu inaugurato il gruppo di Prato, che dopo uno stentato inizio si è ingrandito notevolmente. Attualmente in Toscana ci sono quattro gruppi: due a Firenze, un gruppo a Prato ed un gruppo a Pisa. Inoltre, in tutta la Toscana vi sono membri che seguono le riunioni tramite il telefono, utilizzando le riunioni che si svolgono durante il corso della giornata iniziando alle 07,30 del mattino, con una media di cinque incontri quotidiani. Attraverso i nuovi mezzi tecnologici i gruppi oltre ad usare il telefono, sono in contatto tramite chat con WhatsApp, così da essere in continuo contatto tra di loro.

I primi Club degli Alcolisti in trattamento a Firenze

Anna Cantini - Club Alcolisti in Trattamento, Firenze

Cosa porta a diventare dipendenti da sostanze, ancora ce lo chiediamo?

Qui a Firenze, come Club di alcolisti in trattamento, ci demmo una risposta a partire dai primi anni '80, guardandoci intorno e prendendo molte esperienze da altri che si erano già fatti queste domande. Il primo punto disponibile a prendere visione della dipendenza dell'alcool è stato un dispensario all'ospedale Santa Maria Nuova diretto dal dottor Romualdi e Ivan Pieri questo era nel 1984 erano in contatto con alcuni gruppi in Veneto. Nel 1985 7 professionisti hanno fatto un corso all'ospedale di Castellerio ed hanno preso visione del metodo del professor Hudolin. Sono iniziati a nascere i primi club di auto aiuto per famiglie. Il primo ha trovato accoglienza alla fratellanza militare di Santa Maria Novella e cinque famiglie con il dottor Romualdi hanno dato i primi pomeriggi di ascolto. Fin dai primi momenti sono iniziate a frequentare famiglie di Prato, Pistoia,

Val di Nievole, Val d' Arno. In pochi mesi il numero è aumentato e dal primo club ne sono nati due, tre e via via sempre di più con un passaparola trovando accoglienza e solidarietà è arrivato a formare un'associazione regionale e a collaborare con volontari e professionisti con gruppi sempre più coinvolti a mettere le proprie esperienze a disposizione delle nuove famiglie e del territorio. Tanto è stato fatto dalle prime famiglie che sono uscite dal problema ed hanno portato con l'esempio che possiamo migliorare la propria vita e la crescita dei propri figli questo è l'inizio e nelle mani dei futuri beneficiari che ciò che è stato fatto con il cuore e emozione.

Tanti cari auguri a chi crederà in ciò.

Ugo Romualdi – psicologo, psicoterapeuta

Il primo intervento per il contrasto e la cura dell'alcolismo ,realizzato in una struttura sanitaria pubblica in Toscana, si sviluppò all'interno dell'Ospedale di S. Maria Nuova di Firenze dove ha avuto inizio il primo *Dispensario Alcologico*.

Il Dispensario nacque nel 1983 nell'ambito di una divisione ospedaliera di medicina, ma all'interno dei servizi di psichiatria e di psicologia dell' USL 10/A che predisposero una fattiva collaborazione fra i propri operatori sanitari (psicologi,medici,infermieri e assistenti sociali). Nacque quindi da una esperienza che definiremmo più psico-sociale che medica, in quanto investiva in prima persona il dipartimento di salute mentale e la psicologia. Responsabile del dipartimento era la professoressa Graziella Magherini e la psicologia aveva come referente il dottor Ugo Romualdi.

Dai ricoveri “incongrui” che affluivano anche al Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (S.P.D.C.) di S.M. Nuova, si sviluppò così tutta una riflessione sul problema alcol, che venne a coinvolgere vari operatori sanitari e focalizzò come possibile soluzione un percorso terapeutico innovativo, che già allora si svolgeva nel reparto di Renzo Buttolo presso l'ospedale di Udine, divenuto il prolungamento italiano degli studi e delle applicazioni di Vladimir Hudolin dell'università di Zagabria.

Da questo scambio e confronto di esperienze si approfondirono dibattiti interni , ed i percorsi di formazione in loco, per attivare anche a Firenze la nascita di una sezione toscana dei Gruppi di auto -aiuto (Club Alcolisti in trattamento, o CAT) sul modello hudoliniano.

Questo innovativo percorso terapeutico dei CAT venne definito anche mediante un atto notarile a cui parteciparono anche operatori delle tossicodipendenze dell'USL 10/C oltre ad Andrea Devoto, studioso del tema e uno dei più attivi animatori di iniziative e nei contatti con Hudolin.

A questo punto nacque in contemporanea il Dispensario Alcologico (D. A.) presso la sede degli ambulatori di S. Maria Nuova che fu affidato al sottoscritto.

La psicoterapia attraverso il modello familiare, su cui si basa il programma di Hudolin, divenne così il modello principe dell'intervento, che trovava nel sanitario, tramite le lezioni sui danni organici dell'alcool e nel supporto del sociale, la capacità di integrare ed accompagnare le finalità essenziali della cura: ovvero un cambiamento di stile di vita, una rivisitazione/rilettura dei ruoli familiari e dei conflitti individuali e relazionali.

Ritengo che l'esperienza del D.A. sia stata unica sul territorio, in quanto si è imposta da subito come un centro di aggregazione terapeuticamente specifico e completo. Uno dei meriti principali del Dispensario è stato quello di aver riunito in Firenze, in un solo punto, quello che in altre esperienze erano un insieme di “corpi separati” e discontinui tra loro: medici, gruppi, istituzioni, attività di tipo privatistico e quanto altro.

Il passaggio dall'una all'altra istituzione non permetteva evidentemente ne' il controllo dell'intervento ne' la sua intensità'. La complessità degli aspetti psicologici, medici e sociali hanno trovato nel D.A. il perno di un protocollo di intervento che prevedeva un iniziale approccio intensivo (le riunioni erano anche tre volte a settimana per almeno 2/3 mesi), per poi senza soluzione di continuità, arrivare ad una cura di continuo sostegno nel tempo, (almeno 5 anni!).

Questo avveniva con il passaggio alla partecipazione ai C.A.T., gruppi di auto /aiuto territoriali, totalmente autogestiti e capaci quindi di ridare voglia e capacità di autostima, e che erano comunque ,in caso di gravi ricadute, in uno stretto rapporto con il D. A., dove il soggetto veniva ripreso in carico per un tempo determinato.

Gli inizi del Centro di solidarietà – CeIS - di Firenze

Giacomo Stinghi - Presidente CeIS, Firenze

Il venerdì 31 agosto 1979 il vescovo Benelli mi disse che Firenze tra tanti problemi ne aveva uno particolarmente inquietante: la droga. I servizi pubblici facevano poco, i cristiani non potevano chiamarsi fuori e lui doveva dare una risposta concreta alle famiglie disperate, che, sempre più numerose, gli chiedevano aiuto. Mi disse che un programma l'aveva e per concretizzarlo aveva già mandato a Roma, al Ceis di don Picchi, un prete, che, però, vi aveva resistito quindici giorni. Sapeva che negli anni passati io avevo accolto in casa mia diversi ragazzi con problemi di dipendenze e non aveva cestinato una mia lettera, nella quale gli proponevo di utilizzare come comunità terapeutica la casa canonica e i campi di una parrocchia, rimasta libera per la morte del titolare. Mi chiese allora di assumermi la responsabilità di fondare una consistente esperienza di riabilitazione, col sostegno convinto e diretto dell'intera Chiesa fiorentina. La proposta mi spiazzò completamente. L'idea mi piaceva; sicuramente di una simile iniziativa a Firenze c'era bisogno, ma mi chiesi se fossi adeguato. Allora iniziative simili erano rare e i loro titolari apparivano pionieri coraggiosi. Presi tempo per una risposta. Mi consultai, andai a Torino e a Roma per incontrare don Ciotti e don Picchi. Poi scrissi al Vescovo per chiarire alcuni dubbi. Temevo che quel servizio disinteressato rivolto ai più bisognosi di quel periodo potesse essere utilizzato per mostrare al mondo laico e della politica un'immagine di Chiesa efficiente e presente nel sociale, di cui la Diocesi potesse vantarsi un domani. La mia seconda preoccupazione era mantenere all'iniziativa la caratteristica di una sana laicità, intesa come sereno rispetto della coscienza altrui, attenta a non inserire la proposta religiosa nel programma di riabilitazione. E questo per motivi di principio, oltre che di opportunità sociale: bisognava dimostrare di credere che ogni essere umano, anche il più decaduto, in quanto creatura di Dio, conserva valori profondi, da rispettare e non necessariamente da "battezzare", e che ogni itinerario riabilitativo è di per sé storia di salvezza. C'era poi il problema del rapporto del futuro Centro con la realtà ecclesiale. Era mio parere che questa non dovesse esaurire il proprio impegno in un sostegno economico, delegando a noi attivi nel Centro la soluzione di un problema, che era di tutti. I credenti potevano essere stimolati e arricchiti dal contributo scomodo e profetico di quelle persone, che Gesù mise al primo posto e che il mondo relega all'ultimo, ma soprattutto dovevano comprometterci accanto a loro in prima persona. La risposta del Vescovo non si fece aspettare: era d'accordo su tutto. Mi scrisse che l'iniziativa avrebbe richiesto locali e che la Chiesa avrebbe dovuto fornirli; ci sarebbe stato bisogno di molto denaro: non doveva darlo lui o la cassa diocesana, ma direttamente, come mi scrisse, *"tutti i membri delle nostre comunità ecclesiali, che vogliono e devono fare la propria parte, rinunciando a qualcosa del loro per destinarlo a quest'opera. Voi opererete in prima linea, ma alle vostre spalle ci sarà tutta la Comunità diocesana, il Vescovo per primo, che vi segue, che si impegna e che prega"*. Per tutti gli altri miei dubbi, mi chiedeva fiducia: lui la dava a me, io dovevo averla in lui. Così l'avventura cominciò. La prima necessità fu la mia formazione professionale. La scelta del programma riabilitativo era caduta sul «Progetto Uomo» di don Picchi, che aveva avuto inizio a Roma dai primi anni '70. Così partii per Roma, dove mi trattenni per otto mesi. Fui tentato di rinunciare, come il mio predecessore. Il Vescovo mi scrisse soltanto una volta, ma lo sentivo vicino. Si manteneva in contatto con don Picchi per avere mie notizie, e intanto lavorava con determinazione alla nascita del *"Centro di Solidarietà di Firenze"*, dandosi da fare col suo solito piglio, che non ammetteva rifiuti e si indispettava per qualunque ritardo. Trovare gli ambienti idonei fu il primo traguardo tutt'altro che facile. Il cardinale in via provvisoria ottenne dalle associazioni cattoliche una stanza, poi due, in via dei Pucci. Ma per l'attività del Centro, che ebbe un avvio veloce, ci voleva ben altro. Per fargli conoscere da vicino le nostre necessità, un giovedì sera lo invitai alla riunione dei genitori, stipati in una delle due stanze che erano tutto il Centro. Rimase molto colpito sia della folla che della serietà dei lavori. Mi scrisse: *"Ne sono uscito commosso e felice, anche con una certa "fierezza", per quello che si sta attuando. Bravi! State facendo un'opera meravigliosa nel ridare speranza a tanta gente. Sembrava un sogno ascoltare quei genitori confessarsi in pubblico, desiderosi di trovare una via di salvezza"*. E intensificò la ricerca di spazio. Insistè con la Misericordia, per avere dei locali, che ristrutturò completamente; dalla

parrocchia *Madonna della Tosse* e dall'*Opera Madonnina del Grappa* ottenne altri ambienti per le attività, che aumentavano senza sosta. Poi piano piano trasferì le varie associazioni cattoliche in altra sede e consegnò al *Centro* vari locali dello storico Palazzo Pucci. Mi scrisse ancora: *“Anche dal letto (sono un po' malato) sto facendo acrobazie per darti i locali della ex-vetreria”*. Accanto al problema dei muri, c'era quello decisivo della scelta e della formazione dei primi operatori. Dagli Stati Uniti due esperti erano disposti a venire da noi per due anni (infatti non esisteva in Europa nessuna forma di comunità terapeutica), ma la spesa era rilevante. Il vescovo non si arrese: voleva la professionalità del suo *Centro* e i due arrivarono a Firenze. Dal mio primo incontro col Vescovo Benelli alla sua morte passarono solo tre anni, il tempo sufficiente per progettare, avviare e far decollare una delle iniziative più consistenti della Chiesa fiorentina in questi ultimi anni. Senza un uomo come lui l'impresa non sarebbe assolutamente andata in porto. Ricordo la sua voglia di non perdere tempo, quasi sentisse imminente la sua partenza. Di quel periodo conservo un carteggio prezioso: si tratta di un centinaio di lettere mie e sue, alcune lunghe, altre brevi e asciutte, e di biglietti, telegrafici ma sempre calorosi, talvolta utilizzati per inviarmi somme di qualche milione o solo di 32.000 lire (accompagnate da queste parole: *“Mi sono frugato le tasche: non ho altro!”*). Mi fu accanto nel modo più utile e rispettoso, facendo la sua parte e incoraggiandomi, senza mai prevaricare. A una mia ennesima e scherzosa richiesta di aiuto (*“Se nei momenti difficili un Vescovo non si decide ad essere proprio lui la mano della Provvidenza, che ci sta a fare nella Chiesa?”*), mi ripagò con gli interessi: *“Nonostante la tua provocazione, non riuscirai mai a distogliermi dal darti retta, quando le richieste, pur allarmanti, sono ragionevoli e soprattutto motivate”*. E ci teneva a rassicurarci che l'impegno a sostenerci non era momentaneo né preso a titolo personale: *“Sono contento del riconoscimento di ente ausiliario, dato dalla Regione al tuo Centro, ma non consentirò mai che la Chiesa si butti dietro le spalle un impegno al quale finalmente si è dimostrata sensibile”*. Perciò decise che la seconda domenica di Avvento tutte le chiese della diocesi celebrassero la giornata per il *Centro*, non solo per trovare denaro, ma soprattutto per tenere sveglia l'attenzione dei cristiani su questo problema sociale. La prima di quelle domeniche lui stesso, durante la messa in cattedrale, scese in mezzo alla gente per raccogliere di persona in un cesto di vimini le offerte per il «suo» *Centro*. La sua vicinanza al nostro difficile lavoro non era di maniera. Quando il Vescovo Benelli morì, il *Centro* aveva appena due anni, ma era ormai già in grado di camminare da solo. Nonostante quello che fece per questa iniziativa e l'affetto, che lo legava a noi, il Vescovo si tenne il più possibile nell'ombra e venne da noi meno del sindaco e del presidente della Regione, fedele a una sua promessa: *“Finché le cose continueranno ad andare come vanno, la Chiesa di Firenze ed io continueremo a considerare l'opera come totalmente nostra, anche se cercheremo di apparire il meno possibile”*.

Il Centro di Solidarietà aprì a Firenze il 1° ottobre 1980 e nei primi anni si realizzarono:

1. “Attività di accoglienza diurna”, preliminare all'ingresso nella Comunità residenziale, nei locali di v. de' Pucci n. 2, di durata variabile, a seconda delle esigenze e delle caratteristiche della persona;
2. “Comunità residenziale”, nella struttura di Giogoli, di durata triennale, compreso la fase di
3. “Attività di reinserimento sociale”, che constava di tre parti: a) residenziale; b) attività giornaliera sempre più autonome con rientro serale nella struttura; c) ritorno nella propria famiglia con attività di studio o di lavoro, nella prospettiva di una piena autonomia.

La novità assoluta all'interno della FICT (Federazione Italiana delle Comunità Terapeutiche), realizzata solo a Firenze, fu la creazione, verso la metà degli anni Ottanta, della “Comunità Diurna” (di durata variabile, proporzionata alle problematiche dei singoli) in via Faentina, in alcuni locali della Parrocchia “Madonna della Tosse”, concessi in comodato gratuito dal parroco don Angelo Chiaroni: le persone, che partecipavano a tale progetto, dal lunedì al venerdì, in orario 9 – 19, incontravano periodicamente lo psicoterapeuta singolarmente e in gruppo, gestivano autonomamente la struttura, preparavano in pasti del giorno, svolgevano attività manuali di vario tipo.

PROFESSIONISTI, ISTITUZIONI E DIPENDENZE: NASCITA E SVILUPPI NEI DECENNI '70-'80

Il "territorio": l'incontro dei medici di medicina generale con le dipendenze

Flavio Godi - medico, già dirigente SerT

Nel 1975, laureato da qualche anno, avevo avuto l'incarico come medico condotto nel comune di Firenze e facevo anche il medico generico (allora "medico delle mutue"). Fu in quel periodo che con altri medici condotti dipendenti del Comune fui contattato da Mario Santi e Corrado Coradeschi, psicologi del Comune di Firenze che avevano per primi iniziato a fare un progetto sul problema della tossicodipendenza.

Il diffondersi della tossicodipendenza da eroina e il crescere delle morti per overdose unitamente al crescere degli episodi illegali come scippi, furti e spaccio era seguito dai mass media e colpiva la sensibilità dell'opinione pubblica. La legge fino al Dicembre 1975 considerava il consumatore di droghe e tossicodipendente come una persona che compiva un reato e per questa doveva essere soggetto a punizioni.

Il primo medico a Firenze che ebbe la sensibilità di considerare il tossicodipendente da eroina un malato e non un criminale fu il professor Pierfrancesco Mannaioni, farmacologo, che nell'ambulatorio di Tossicologia iniziò a somministrare il metadone come farmaco sostitutivo e riuscendo ad aggirare la legislazione vigente sulla scorta dell'esperienze già in atto negli Stati Uniti.

Egli definiva la tossicodipendenza come "sociopatia cronica recidivante" e questa definizione fu elemento di appassionati dibattiti tra i vari esperti nel settore.

Mario Santi e Corrado Coradeschi si spinsero oltre nella convinzione che fare emergere dalla clandestinità e quindi dai ricatti dei fornitori-spacciatori i tossicodipendenti fosse l'obiettivo prioritario per poter avviare poi interventi sociali e/o d'inserimento lavorativo. Il progetto prevedeva la creazione del C.M.A.S. (centro medico di assistenza sociale) dove doveva essere fatta la diagnosi di tossicodipendenza e dove con un piano terapeutico veniva stabilita la dose di morfina che il tossicodipendente si poteva autoiniettare ogni giorno o più volte al giorno al posto dell'eroina di strada, riducendo così i rischi da eccessivi dosaggi e da sostanze tossiche contaminanti.

Paolo Galli tossicologo e medico generico fu uno dei promotori e attori di questo progetto e costituì il riferimento per i medici generici che volontariamente e gratuitamente, singolarmente o associati in gruppo (ricordo il gruppo 80 che aveva la sede nella casa del popolo di piazza dei Ciompi) aderirono al progetto. Molti furono i medici che si resero disponibili a prescrivere la morfina, cercando di instaurare con la persona tossicodipendente una relazione volta a stimolare l'abbandono graduale del farmaco, impresa decisamente non facile e fonte di frequente conflittualità.

Per rendere possibile questo progetto fu fondamentale l'appoggio dell'Ordine dei Medici di Firenze e del suo presidente, il dottor Antonio Panti, ma anche dell'Ordine dei Farmacisti con il dottor Torricelli. Il coordinamento con la Procura della Repubblica di Firenze con Silvia della Monica e Margherita Cassano, con il professor Francesco Mari e la dottoressa Elisabetta Bertol della Tossicologia Forense permise di condividere lo spirito del progetto: cercare per prima cosa di togliere dal mercato clandestino il tossicodipendente e successivamente aiutarlo a percorrere percorsi volti a superare la tossicodipendenza.

Questo fu fonte di accesi dibattiti con gli operatori di Comunità Terapeutiche che operavano a Firenze, e che proponevano interventi riabilitativi con esclusione dell'uso di farmaci, soprattutto di quelli sostitutivi.

In quel periodo era maturata la legge 685 del Dicembre 1975 che finalmente depenalizzava il consumatore e che introdusse il concetto della modica quantità. Il 1978 con la legge 833 vide la nascita il Servizio Sanitario Nazionale. Il rapido diffondersi della tossicodipendenza da eroina e la sensibilità politica degli amministratori locali contribuì in Firenze e nella Regione Toscana allo sviluppo di una rete di servizi territoriali multidisciplinari nei quali i medici lavoravano a fianco di infermieri, assistenti sociali psicologi ed ed educatori. Si chiamavano GOT (gruppi operativi tossicodipendenze) ed erano distribuiti sul territorio (1984), anticipando i Ser. T. istituiti su tutto il territorio nazionale nel 1990 con la legge Jervolino-Vassalli - che in qualche modo tornava a

sanzionare il consumatore anche se non penalmente ma amministrativamente. Da allora i medici impegnati in questo settore hanno operato nei Ser.T. o come consulenti in alcune Comunità Terapeutiche.

La tossicodipendenza "ieri" era prevalentemente una tossicodipendenza da oppiacei, con prevalente via di somministrazione endovenosa, e solo successivamente si è andato diffondendo sempre più l'uso di stimolanti, dalla cocaina alle cosiddette nuove droghe accompagnata dall'abuso di alcol e dal dilagare del consumo dei cannabinoidi.

Antonio Panti - già presidente dell'Ordine dei Medici di Firenze

Negli anni settanta anch'io svolgevo la funzione di medico condotto interino, cioè non titolare, ma la massima parte della mia attività era dedicata alla medicina generale. Ero anche consigliere dell'Ordine dei Medici di Firenze che ho presieduto in seguito per trenta anni consecutivi, dal 1987 al 2017. Negli anni settanta era Presidente il Dr. Giovanni Turziani, personalità notevole di antifascista, ex partigiano, molto sensibile ai problemi sociali e alla salvaguardia dei diritti civili. Così ebbi l'incarico di collaborare ad un gruppo di lavoro, sotto l'egida della Prefettura e della Procura della Repubblica, cui partecipavano alcuni esperti, tra i quali il collega Flavio Godi, e io stesso in rappresentanza dell'Ordine.

Anch'io ricordo Silvia Della Monica, Margherita Cassano, il viceprefetto Lattarulo e i colleghi Sarti, Coradeschi, Godi, Borzoni e tanti altri precursori e antesignani di un impegno fra i maggiori della medicina moderna. Fu un'esperienza importante e entusiasmante. Eravamo pieni di curiosità umana e scientifica di fronte a quel fenomeno così drammatico che allora si andava addensando sul nostro paese, con modalità allora relativamente semplici ma assai difficili e complesse ad affrontare. Sentivamo che la cultura dominante era del tutto inadeguata di fronte al dramma individuale e sociale della droga. Capivamo come fossero da cambiare non solo le leggi ma una mentalità diffusa.

Quando divenni presidente dell'Ordine, nel 1987, una delle mie prime iniziative fu quella di cercare di capire come i medici vivessero e cosa sapessero della droga. Solo il 15% dei medici fiorentini possedeva e usava il celebre ricettario ministeriale per la prescrizione di stupefacenti e solo pochissimi prescrivevano morfina. L'Università ci insegnava (e le cose non sono poi tanto cambiate) che la prescrizione di morfina poteva condurre all'assuefazione e che non si doveva più che tanto attenuare il dolore. Esattamente l'opposto di quel che sappiamo oggi, ma siamo realmente certi che la cultura della droga sia sufficientemente mutata? Oggi il problema è reso ancor più complicato dall'ingresso nel mercato di nuove sostanze, spesso preparate in officine clandestine con metodi che ne rendono ardua perfino la classificazione. Ma in quegli anni vivevamo ancora l'epoca della speranza e dell'impegno a favore degli interessi della collettività. Una forte tensione spirituale che è successivamente scomparsa dal nostro costume. Insomma erano tempi eroici in cui abbiamo tentato di risolvere problemi forse irrisolvibili oppure troppo mutevoli nel tempo e assai poco compresi dalla società e dalla politica che ne è lo specchio.

Ricordo un curioso episodio significativo di un clima. Il professor Mannaioni, ordinario di farmacologia, fu il primo a tentare di disassuefare i tossicomani mediante l'uso del metadone a scalare. Fu accusato da alcuni che, come succede ancora oggi, scambiano la tutela delle moralità con la repressione, tra l'altro ignari che uno dei pilastri della medicina è la riduzione del danno, di essere uno spacciatore, oltre che di tradire il giuramento di Ippocrate. Con grande intelligenza il magistrato chiese all'Ordine di pronunciarsi sul piano deontologico e scientifico. Ricordo bene che il Consiglio, ne facevo già parte negli anni settanta, rispose al magistrato assicurando sulla scientificità dell'uso del metadone per disassuefazione, tuttora prescritto in ogni parte del mondo, e sull'eticità del comportamento del collega. Un esempio raro di collaborazione tra istituzioni che portò a un chiarimento assai rilevante per la medicina pubblica nei cui servizi si avviò la disassuefazione con metadone.

Alla fine di quel decennio la contemporanea promulgazione delle legge Basaglia e della legge 833, di istituzione del servizio sanitario nazionale, sembrò allargare la visuale della medicina italiana ai problemi sociali oltre che a quelli sanitari e al rispetto dei diritti civili. In alcuni campi, purtroppo anche in quello delle tossicodipendenze, i fatti non hanno seguito le promesse. Certamente è

cambiato il cosiddetto mercato, la tipologia del consumatore e l'atteggiamento della società. Insomma molte illusioni avevamo e molte disillusioni abbiamo dovuto subire. Ma una visione retrospettiva serena e consapevole ci fa ritenere di aver contribuito a costruire alcune risposte sanitarie e alcuni chiarimenti per cui possiamo sicuramente dare un giudizio positivo su quella stagione di impegno medico e sociale.

In conclusione oggi preoccupa la diffusione di un fenomeno nocivo e di sempre più difficile controllo, la comparsa di nuove droghe, comprese la ludopatia e la dipendenza da computer, il tutto in un clima di esasperato individualismo, contrario all'impegno sociale. Lo sforzo evidente e apprezzabile dei servizi pubblici e di quel poco di volontariato residuo dà certamente risultati positivi. Forse dovremmo ritrovare quella spinta ideale che caratterizzò il primo eroico periodo della lotta alla droga.

I primi programmi di Cura Ospedalieri per le Dipendenze

La Gastroenterologia ospedaliera e la sua filiazione alcolica a Firenze

*Allaman Allamani, Laura Belloni, Francesco Cipriani, Stefano Innocenti, Alberto Centurioni, Ilaria Basetti Sani, Ginetta Fusi
già Centro Alcolologico Integrato, Firenze*

All'inizio degli anni '70 erano sorte in Italia le specialità della epatologia e gastroenterologia, dove afferivano specificamente i malati di cirrosi epatica alcolica, e di altre malattie alcol-correlate dell'apparato digerente. Tali pazienti erano curati organicamente, ma rivelavano l'impotenza della medicina quando si doveva affrontare il problema del bere, causa della loro patologia, per cui erano frequentissime le ricadute e le correlate riospedalizzazioni. Fin allora gli alcolisti erano usualmente trattati ai Pronto soccorso, dove venivano legati e poi spesso inviati al manicomio; ma l'introduzione della legge Basaglia del 1978 chiuse gli ospedali psichiatrici, ed ebbe l'effetto di abolire la trasformazione degli alcolisti in malati mentali. Così il professor Antonio Morettini a Firenze, contemporaneamente a qualche altro gastroenterologo italiano - Remo Naccarato a Padova, e Donato Angioli ad Arezzo, nonché a Renzo Buttolo, responsabile della Lungodegenza a Castellerio presso Udine- ebbe l'acume e la sensibilità di cercare le soluzioni possibili per i nuovi problemi che emergevano in quest'ambito. Nacquero allora le prime esperienze di trattamento medico e sociale delle persone con alcolodipendenza, a cui contribuirono anche altri professionisti e altre strutture - Luigi Gallimberti e Mauro Cibin con il Servizio di Dipendenze a Dolo, Ettore Pasculli nella psichiatria di Massa, Calogero Surrenti nell'Università di Firenze. Sempre a Firenze, era attiva la Tossicologia di Pierfrancesco Mannaioni e del suo gruppo. Si diede mano anche ad alcune ricerche: la prima fu un studio compiuto nel 1977 sui consumi alcolici con test ematici della popolazione generale di 4 aree della provincia fiorentina, coordinata da Morettini e con la collaborazione di Sciagrà, Bozza, Sirigatti.

I trattamenti sanitari furono fin dall'inizio spesso attuati in collaborazione con i nascenti gruppi di mutuo aiuto, che attivamente cominciarono a presentarsi alle strutture sanitarie proponendo il loro aiuto. Nella Gastroenterologia ospedaliera di Careggi, i primi contatti, o testimonianze, di Alcolisti Anonimi o A.A. (in gergo "dodicesimi") con i degenti che erano nel problema dell'alcol occorsero a partire dai primi anni '80. Ricordiamo qui con gratitudine Oreste, Alessandra, Umberto, Pierino, Bruno e poi Paola, Renato, Antonio, Lido, e Franco, Antonio, Luciano; e altri, anche dei gruppi dei familiari Al-Anon quali: Vanna, Leda, Gabriella, ma pure qualche membro dell'area dell'Emilia-Romagna, all'inizio aggregata alla Toscana - Rossana, Maria, Roberta. Per un certo periodo furono anche attivate delle riunioni aperte di alcolisti ricoverati in reparto.

Noi professionisti cominciammo a osservare quella che A.A. chiama *attrazione* e che si manifestava come una subitanea empatia che di frequente scorreva tra l'A.A. e il ricoverato, in contrasto con la fatica, le tergiversazioni, le bugie che a noi rendevano difficile una relazione col paziente. E pertanto avvenne in reparto un'esperienza che si può definire trasformativa: il professor Morettini, esponente della medicina pubblica e del pensiero marxista e materialista dell'epoca, nonché consigliere comunale comunista, nutrito di avversità verso le associazioni

private e verso l'idea della spiritualità, tipica di A.A., cambiò idea, e la cambiarono i professionisti che là operavano. Gli A.A. si dimostrarono, si diceva, 'persone oneste e senza secondi fini', riuscivano a rapportarsi con coloro che erano loro pari nel problema del bere, e di frequente a convincerli di frequentare i loro gruppi e di smettere di bere. Quel posto restò per molto un'isola felice: una tesi prodotta da Francesco Cipriani nel 1982 dimostrò quanto poco conosciuta fosse A.A. dai più rinomati clinici fiorentini.

Infatti l' "avvicinamento" tra la persona nel problema e chi porta la testimonianza del percorso fatto nel gruppo dei dodici passi, avviene attraverso un meccanismo psicologico di Identificazione, in cui viene prospettata la domanda: se ce l'ha fatta lui (lei), perché non io? Il processo di *attrazione* - "Sì, è successo anche a me!"- funzionò anzitutto tra Bill e Bob al momento della costituzione di A.A. nel giugno 1935 ad Akkron, negli Stati Uniti, e poi in tantissime altre occasioni. Lo studioso Ernst Kurtz la chiama la condivisione delle differenti limitazioni e debolezze all'interno di una comune umanità (Kurtz, 2008).

Nel luglio 1985 aprì un ambulatorio alcologico nel padiglione di San Luca a Careggi, integrato nel luglio 1986 da riunioni alcologiche educative, consistenti in incontri di gruppo, inizialmente monosettimanali, poi bisettimanali e, nel 1987, trisettimanali. Il programma prevedeva la frequenza di 10 incontri che venivano condotti da un educatore o da un medico o infermiere, e con la indispensabile presenza di testimonianze di persone recuperate dalla dipendenza appartenenti ai gruppi dei 12 passi o ai Club degli Alcolisti in Trattamento. Il programma era rivolto ai pazienti ricoverati e famiglie, e in seguito agli esterni, e fu elaborato per motivare la transizione dalla fase del trattamento sanitario acuto a quella del trattamento a lungo termine, affidato ai gruppi di mutuo aiuto, durante la quale i professionisti mantenevano un follow-up periodico. Le testimonianze si mostrarono un mezzo potente nella motivazione al cambiamento per i pazienti e per i familiari. Dal 1998 gli ambulatori e le attività di prevenzione e ricerca furono spostate a Villa Ognissanti a Careggi, e dall'anno 2000, quando gli assistiti, senza contare i loro familiari, superavano il numero di 2.000, furono collocati nell'ambito del territorio della ASL, in centro città, a Villa Basilewsky.

I principi su cui si basava il programma alcologico erano che l'alcolismo è problema non solo medico, ma anche psicologico e sociale; che è un problema familiare, cosicché anche i familiari devono essere aiutati ad affrontare i propri problemi; e che nell'affrontarlo le risorse essenziali sono sia l'approccio multi-disciplinare e la continuità dell'assistenza, sia il contatto con le persone in recupero e con i loro gruppi di mutuo aiuto.

Con gli anni '90, per la concomitanza nelle persone con alcol-dipendenza di poli-dipendenze e di problemi alimentari, il programma si occupò anche di casi con tossicodipendenza e con disturbi del comportamento alimentare (DCA), il che accrebbe la collaborazione con membri di Al-Anon, o Familiari di alcolisti, con Narcotici Anonimi, con Overeaters Anonymous e, sul versante professionale, con le dietiste del servizio pubblico. Con queste ultime e con O.A. fu attuato uno specifico programma dal 1995 al 2007 che ha preso cura di decine di individui con DCA e loro famiglie.

Se pure le interazioni che i membri delle associazioni di mutuo aiuto avevano con medici, infermieri, e altri professionisti creavano a volte frizioni, hanno avuto però la forza e l'effetto di rendere questi ultimi più attenti ai problemi delle persone malate. Hanno permesso, in altri termini, una maggiore consapevolezza della funzione dell'operatore nei confronti dell'altropaziente, "vaccinandolo" contro la sindrome dell'autoriferimento professionale. D'altro lato l'insieme (a) ambulatorio medico-familiare (b) gruppi motivazionali (c) gruppi di mutuo aiuto si è dimostrato sia efficace sia economico per migliorare la condizione delle persone con dipendenza.

Nota bibliografica

Alcool aspetti economici, sociali, medici, psicologici (1980) Atti Nuova Serie/6, Regione Toscana.

Allamani A., A.Antonini, L.Calviani, S.Tanini (1995): Problemi alcol-correlati e rete di intervento *Ecologia della Mente* 1,95: 71-83.

Allamani A., D.Orlandini, G.Bardazzi, A.Quartini, A.Morettini (a cura di) (2000-2004) *Libro*

Italiano di Alcologia. SEE Editrice, Firenze, voll 2.

Kurtz E. (1991) Not-God. A History of Alcoholics Anonymous. Hazelden, Center City.

Zavan V. & Scuderi P. (2013) Autoaiuto e Spiritualità nel trattamento dell'alcolismo in Italia: opinioni ed atteggiamenti dei professionisti del sistema delle dipendenze. *Mission - Newsletter "Clinica dell'Alcolismo"* 39/ 15.: VIII-.IX../.26-29.

Esperienza nella cura e riabilitazione degli alcolisti nel comprensorio aretino

Donato Angioli - già primario di Gastroenterologia, Arezzo

L'esperienza nasce nel 1979 nel poliambulatorio ospedaliero dalla collaborazione multidisciplinare e multi-professionale di quattro gruppi di operatori: gastroenterologi ospedalieri, medici psichiatri, infermieri ed assistenti sociali.

La convergenza di figure multi-professionali trovò facile applicazione in una città che era stata al centro di un ampio dibattito sulla chiusura degli ospedali psichiatrici e la contemporanea organizzazione di servizi di psichiatria territoriale. In prima applicazione furono arruolati i pazienti dimessi dal reparto ospedaliero di gastroenterologia affetti da patologia alcool-correlata importante, prevalentemente cirrosi epatica, più volte riammessi in ospedale e che avevano persistito ad assumere alcool in quantità eccessiva spesso aggravata dalla coesistenza di un progressivo degrado familiare e sociale.

Fin dall'inizio il lavoro si orienta su due indirizzi:

1. Il gruppo di operatori che lavorando insieme integrano la loro professionalità calibrata sull'utente
2. Organizzazione di un follow-up volto al raggiungimento stabile dell'astinenza attraverso la presa in carico della persona e talora, nei casi più complessi, della famiglia.

Il metodo di lavoro fu definito fin da questo momento psico-medico-sociale. Dalle prime osservazioni emerse chiaramente la quasi totale scomparsa delle sindromi psico-organiche: epilessia alcolica e delirium tremens; in progress si rilevava una riduzione delle complicanze della cirrosi e della patologia correlata, nonché una riduzione della conflittualità intra ed interpersonale negli astinenti.

Il primo campione di 100 alcolisti: 88 uomini, 12 donne; età media 52 anni, 73% coniugati (i quali sembrano avere una maggiore possibilità di remissione nei confronti delle persone sole).

Dopo di follow-up gli astinenti si attestano intorno al 70%, mentre continuano ad assumere alcool, anche se in misura ridotta, il 30%.

Dal 1979 e fino al 1984 veniva registrato un arruolamento annuale di circa 60 alcolisti, tanto da rendere difficile una gestione ambulatoriale finché nel 1985 con l'apertura del primo club degli alcolisti secondo la metodologia Hudolin fu reso possibile questo approccio prevalentemente territoriale ai problemi alcol-correlati e complessi.

Nota Bibliografica

Alcool aspetti economici, sociali, medici, psicologici (1980) Atti Nuova Serie/6, Regione Toscana

Angioli D. e P. E. Di Mauro (2000) *Manuale di alcologia*, Editrice Le Balze

Storia dell'alcologia in Toscana: ruolo della Gastroenterologia Universitaria

Calogero Surrenti - Professore emerito della Università degli studi di Firenze; Valentino Patussi -

Direttore SOD di Alcologia della Azienda Ospedaliero Universitaria di Firenze; Tiziana Fanucchi -

SOD di Alcologia della Azienda Ospedaliero Universitaria di Firenze

1982 Viene istituita la Sezione Toscana della Società Italiana di Alcologia, presidente professor Antonio Morettini, segretario dottor Stefano Innocenti.

1983 Viene aperto il primo Club Alcolisti in Trattamento a Firenze.

1984 A seguito della riforma dell'ordinamento didattico della Facoltà di Medicina viene istituito l'insegnamento di Gastroenterologia. Il programma didattico prevede per la prima volta l'illustrazione estesa dei problemi alcol-correlati dal punto di vista epidemiologico, diagnostico, terapeutico e preventivo utilizzando lezioni frontali, seminari ed esercitazioni. Analogamente la

scuola di specializzazione in gastroenterologia da' ampio spazio nel percorso formativo ai problemi alcol correlati. Vengono presentate varie tesi di laurea e di specializzazione dedicate ai problemi alcol correlati. Si comincia in quegli anni a costituire un gruppo di medici sensibili alla patologia alcolcorrelata e competenti nell'identificazione del consumo a rischio alcol.

1984 Nascita della prima associazione Associazione Regionale dei Club in Toscana.

1985 Nasce presso la USL 10 E un Gruppo Trattamento Alcolisti (GTA) presso il GOT (Gruppo Operativo Tossicodipendenze) su iniziativa della Dott.ssa Baldini Devoto. Nello stesso anno si organizza il primo Corso di sensibilizzazione con Hudolin, organizzato dal Dott. Andrea Devoto a Firenze.

1986 Il modello alcologico 'ospedale-ambulatorio-territorio-gruppi di auto-aiuto' viene proposto alla Regione Toscana dalla Sezione Toscana della Società Italiana di Alcolologia a Firenze, a cura di A. Morettini e C. Surrenti; presso i poliambulatori presso i locali dell'Istituto di Malattie Nervose e Mentali della AOUC (Prof. A. Pazzagli e Prof. L. Cabras) sotto il coordinamento del Dott. G. La Malfa e Dott. V. Patussi, Clinica Gastroenterologica Universitaria, viene aperto prima un ambulatorio filtro e poi un mini reparto con possibilità di ricovero con quattro posti letto. Nel 1986 nasce anche la Cooperativa Ricerche e Interventi Operativi Sociosanitari che nel 1988 otterrà una convenzione con la USL/10E per la realizzazione di un ambulatorio e un dispensario per il problemi e paologie alcolcorrelate; gli operatori che la costituirono erano A. Bianchi, L. Matteini, V. Patussi, D. Poli, S. Rosetti, R. Simoncini, A. Vanturini.

1987 Nasce l'A.C.A.T. fiorentina, col direttivo composto da: f. Boggiano Pico (familiare), O. Cantini (alcolista), E. Cecconi (alcolista), L. Deoni (alcolista), G. La Malfa (operatore), V. Patussi (operatore), V. Righi (alcolista), C. Rinaldelli (alcolista), L. Scali (operatore), A. Venturini (operatore).

1988 Nasce una seconda Cooperativa la C.I.P.S. (Cooperativa di Intervento Psico-Sociale) costituita da: A. Iozzi, G. Guidoni, O. Granati, P. Trotta, M. Sacripante, L. Sorice. Nello stesso anno si realizza Convegno Regionale "Alcolologia: esperienze a confronto" presso il Centro Studi della C.I.S.L., organizzato dalla Cooperativa C.R.I.O.S. ed dalla Usl 10 /E con la collaborazione dell'A.C.A.T. fiorentina e dalla Sezione Regionale della SIA. Sempre nel 1988 viene attivato il Corso di Dottorato di Ricerca in "Biologia e Clinica dell'Alcolismo" presso l'Università degli Studi di Firenze con una collaborazione tra la Gastroenterologia (Prof. C. Surrenti) e la Tossicologia (Prof. P.F. Mannaioni) della Università degli Studi di Firenze.

1991 La Gastroenterologia universitaria partecipa al Progetto Finalizzato "Consumi di alcol, in particolare di vino, negli utenti del Servizio Sanitario Nazionale ed implicazioni per una corretta educazione sanitaria". Indagine clinico-epidemiologica riguardante un campione rappresentativo la città di Firenze di oltre 1900 soggetti. Nello stesso anno 1991 la Gastroenterologia Univ. realizza la ricerca: "Alcol '91 MG-PT" in collaborazione con i medici di Medicina Generale di Pistoia. Indagine clinico-epidemiologica su un campione di utenti gli ambulatori di medicina generale della provincia di Pistoia costituito da oltre 4000 soggetti.

1993 Viene istituito Corso post-laurea di perfezionamento in "Patologie e Problemi Alcolcorrelati presso il Dipartimento di Fisiopatologia Clinica della Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università degli Studi di Firenze; che nel 2002 diviene "Master di I Livello in Alcol e Tabacco: Stili di vita e patologie correlate" ad oggi attivo; negli anni sono stati formati e sensibilizzati circa 300 professionisti laureati in medicina, psicologia, scienze infermieristiche, educatori e assistenti sociali.

1994 Consensus Conference sull'alcol (1994-1995) tenutasi nella provincia di Siena, venne attestato che i problemi alcol correlati sono tutte quelle situazioni di disturbo riconducibili all'uso episodico e/o protratto di bevande alcoliche, e che l'alcolismo è un disturbo a genesi multifattoriale associato all'assunzione protratta (episodica o cronica) di alcol.

1998 L'Azione Programmata 'Organizzazione dei servizi alcologici' (delibera n. 281 del 15/09/1998 della Regione Toscana) riorganizza l'alcolologia toscana e crea il Centro di Riferimento Alcolologico Regionale (CAR), coordinatore Mario Santi (2000-2002), composto da: a) Struttura operativa del Dipartimento Dipendenze della ASL di Firenze, già costituito come CAI (dott. A. Allamani); b) Tossicologia (Prof. P.F. Mannaioni, Gastroenterologia Ospedaliera e Universitaria

(Prof. C. Surrenti), e Psichiatria di Careggi (Prof. P.L. Cabras) Tali strutture continueranno comunque la loro attività di “diagnosi, cura e riabilitazione di alta specialità”. Con funzioni di: Epidemiologia, come osservatorio dei problemi alcol correlati regionali nel rispetto della legge istitutiva dell’Agenzia Regionale di Sanità; Prevenzione, come pianificazione, sperimentazione e validazione di nuovi modelli d’intervento nell’elaborazione di linee guida per le équipes alcoliche dei SerT; Formazione degli operatori, in collaborazione con altre realtà regionali; Ricerca clinica, biologica e sociale.

2001 In Italia viene promulgata la legge 125/01: “Legge quadro in materia di alcol e di problemi alcolcorrelati”, la presente legge reca norme finalizzate alla prevenzione, alla cura ed al reinserimento sociale degli alcolodipendenti, con lo scopo di: a) tutelare il diritto delle persone, ed in particolare dei bambini e degli adolescenti, ad una vita familiare, sociale e lavorativa protetta dalle conseguenze legate all’abuso di bevande alcoliche e superalcoliche; b) favorire l’accesso delle persone che abusano di bevande alcoliche e superalcoliche e dei loro familiari a trattamenti sanitari ed assistenziali adeguati; c) favorire l’informazione e l’educazione sulle conseguenze derivanti dal consumo e dall’abuso di bevande alcoliche e superalcoliche; d) promuovere la ricerca e garantisce adeguati livelli di formazione e di aggiornamento del personale che si occupa dei problemi alcolcorrelati; e) favorire le organizzazioni del privato sociale senza scopo di lucro e le associazioni di auto-mutuo aiuto finalizzate a prevenire o a ridurre i problemi alcolcorrelati.

2002 Nasce a Firenze il Mese di Prevenzione Alcolologica in Italia con il supporto del Comune di Firenze e della Regione Toscana al Salone Brunelleschi al Palagio di Parte Guelfa. Con due convegni: il primo nazionale su “Prevenzione dei problemi legati al consumo di bevande alcoliche” con partecipazione del ministro della salute G. Sirchia e del lavoro e politiche sociali R. Maroni, il secondo regionale sugli “Interventi di prevenzione alcolologica in Toscana” con tavola rotonda conclusiva. Coordinamento del Mese di prevenzione a livello nazionale erano: I. Londi, A. Quartini, V.Patussi. Da questa iniziativa nacque l’Alcol Prevention Day dell’Istituto Superiore di Sanità.**2003** Il CAR è trasferito con sede nell’ Azienda Ospedaliera Careggi e svolge funzioni di Centro Alcolologico Regionale Toscano (CART) coordinatore C. Surrenti (2003-2011), V.Patussi (2011-). Nel 2003 Il CAR coordina a livello nazionale il Progetto integrato di prevenzione dell’alcol dipendenza. Identificazione precoce, intervento breve e valutazione di efficacia delle strategie di intervento preventivo in Primari Health Care finalizzato alla riduzione del rischio socio Sanitario da alcol nella popolazione. Progetto dell’Istituto superiore di Sanità.

2005 Il CAR fa parte nel gruppo tecnico sul monitoraggio della Consulta nazionale sull’alcol e sui problemi alcolcorrelati secondo la Legge 125 30 marzo 2001 sul monitoraggio delle PPAC.

2007 Esce il Piano Nazionale Alcol e Salute (PNAS), proposto dal Ministero della Salute e approvato dal Governo con il Decreto del Pres. del Consiglio dei Ministri il 4 maggio 2007, in accordo con le Regioni e Province autonome, che vuole promuovere stili di vita che contrastino il peso delle malattie croniche e favoriscano l’allungamento della vita dei cittadini. Insieme all’alimentazione, all’attività fisica e al fumo, il programma prevede anche interventi finalizzati a ridurre i rischi alcolcorrelati.

2008 Delibera della Regione Toscana n°89 dell’11/02/2008 “Linee di indirizzo relative alla valutazione dell’idoneità alla guida per violazione dell’art. 186 del Nuovo Codice della strada”, nelle quali vengono individuati i Centri di Consulenza Alcolologica (CCA) per la realizzazione di valutazioni specialistiche a completamento e supporto dell’attività delle Commissioni Medico Locali Patenti di Guida (CML).

2011 Il CAR entra a far parte dell’Osservatorio regionale sugli Incidenti Stradali.

2012 Realizzazione del progetto su tutto il territorio regionale “Prevenzione dei rischi legati al consumo di alcol e promozione della salute nei contesti sanitari primari” finalizzato a promuovere e diffondere tra gli operatori dell’assistenza sanitaria primaria la metodologia dell’Identificazione Precoce e dell’Intervento Breve che nasce nell’ambito progetto internazionale Early Identification and Brief Intervention (EIBI) dell’OMS.

2013 Il CAR fa parte dell’Osservatorio regionale sugli Stili di Vita coordinato dalla A.R.S. Nello stesso anno cade la delibera Regione Toscana n. 1065 del 9 dicembre 2013 “Rischi Alcol correlati in ambiente di lavoro procedura per gli accertamenti sanitari di assenza di alcolodipendenza in

lavoratori addetti a mansioni che comportano particolari rischi per la sicurezza, l'incolumità e la salute di terzi".

2014 L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Careggi (AOUC) è il primo ospedale ad essere alcol free, con divieto di introduzione, somministrazione o vendita di alcolici; dal 2015 è ospedale, fra i primi in Italia, smoke free, libero dal fumo in tutta l'Azienda compresi viali e spazi esterni.

2015 Viene deliberata l'istituzione di una Struttura Organizzativa Dipartimentale (SOD) di Alcologia presso l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Careggi (Direttore Dott. V. Patussi).

2017 Il CAR partecipa al gruppo di lavoro nazionale per lo sviluppo, il management e l'aggiornamento di linee guida e di buone pratiche cliniche per il trapianto di fegato conseguente a disturbi da uso di alcol. Integrazione Ospedale-Territorio.

2018 Viene realizzata una FAD su Alcol e lavoro sulla sicurezza negli ambienti di lavoro nella Azienda Ospedaliera Universitaria di Careggi in una collaborazione tra la Medicina del Lavoro della AUOC, SOD di Alcologia della AUOC e il Centro Alcolologico Regionale Toscano all'interno del WHP.

Professionisti, istituzioni e dipendenze: nascita e sviluppi nei decenni '70- '80 in Toscana. La Tossicologia di Firenze

Francesco Gambassi¹, Alessandra Pistelli¹, Brunella Occupati¹, Alessandra Ieri¹, Andrea Missanelli¹, Cecilia Baccaro¹, Cecilia Lanzi¹, Guido Mannaioni^{1,2} - ¹SODc di Tossicologia Medica e Centro Antiveneni, Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi, ²Dipartimento NEUROFARBA Università degli Studi di Firenze

Sin dalla sua fondazione, da parte del professor Giusto Coronedi nel 1917, la allora denominata Clinica Tossicologica si è occupata per statuto delle intossicazioni acute e croniche non professionali. E' sotto la direzione del professor Mario Ajazzi-Mancini, direttore dal 1938 al 1958, che la Tossicologia fiorentina partecipa alla prima grande espansione epidemiologica delle intossicazioni acute e croniche non professionali, dai 262 ricoveri nel triennio 1938-40 fino ai 1201 nel triennio 1956-58. Già nel 1928 Mario Ajazzi-Mancini nel discorso di inaugurazione dell'anno accademico 1927-28 dell'Università di Camerino intitolato "*Le tossicomane come problema morale medico sociale*" affermava "...ed è lecito pensare che il sistema nervoso di questi abbia qualche tara grave per cui ha bisogno di stimoli chimici estranei", sottolineandone il recidivismo obbligato e centrandone l'origine nella alterazione della biochimica dei maggiori sistemi di neurotrasmissione allora sconosciuti. E' negli anni '60, sotto la direzione dei Professori Pietro Niccolini ed Alberto Giotti successivamente, che la Clinica Tossicologica inizia ad assumere la sua forma definitiva. Nel 1972, anche allo scopo di fronteggiare la crescente ondata epidemica della eroinopatia che si stava delineando a Firenze dagli inizi degli anni '70, venne istituito, sotto la direzione del professor Pier Francesco Mannaioni, il Servizio Autonomo di Tossicologia, in convenzione fra l'Università degli Studi di Firenze e l'Arcispedale di Santa Maria Nuova. In quel momento storico il Servizio Autonomo di Tossicologia ritenne etico e di fondamentale importanza medica e culturale occuparsi, oltre che delle intossicazioni acute, delle tossicomane maggiori (eroina ed alcol etilico in prevalenza), intervenendo appunto sulle "*tossicosi da stupefacenti e da sostanze psico-attive*" secondo la Tabella delle Malattie Sociali contenuta nel DPR 11/2/1961, N.249.

La Tossicologia Medica, volgarmente "*il tossicologico di Careggi*", risultava essere in questa fase storica, se non l'unica, una delle poche strutture clinicizzate in Italia per la prevenzione e la cura delle dipendenze, di cui si cominciavano a conoscere bene gli elementi costitutivi (*malattia cronica recidivante*) grazie all'opera di Mannaioni, all'avanguardia in materia e già noto per i suoi lavori scientifici, e dei suoi collaboratori.

La tossicodipendenza, sia da oppioidi che da alcol, inizialmente anedottica e per certi versi elitaria e di nicchia, iniziava a rivelare la sua portata epidemiologica sia con il costante incremento delle auto-presentazioni per la correzione della sindrome astinenziale, delle overdoses e delle fatalità, che del suo pesantissimo impatto sanitario, sociale e sul nucleo familiare. I ricoveri per

intossicazione acuta aumentavano e le richieste di ricovero per disintossicazione si facevano sempre più pressanti.

Nell'ambito di questa esperienza, medica, scientifica e drammaticamente umana, erano studiati, redatti, sviluppati e sperimentati numerosi protocolli farmacologici per il trattamento dell'eroinopatia e dell'alcol-dipendenza, sia per la disassuefazione rapida ed ultrarapida che a lungo termine, sia per la prevenzione del danno d'organo e della compulsione patologica (craving) e della recidiva, in regime di ricovero ed ambulatoriale. L'emergenza socio sanitaria dovuta al dilagare delle dipendenze diventava un problema crescente, relativamente ai derivanti aspetti di microcriminalità, di diffusione delle patologie correlate all'uso delle sostanze per via endovenosa (epatiti B e C, infezione da HIV) e dall'abuso di alcol (epatiti acute e croniche, cirrosi, traumi stradali) di cui la recidiva, determinante della cronicizzazione, è l'elemento costitutivo più difficile da trattare. Emerse allora l'importanza di aspetti terapeutici, come quelli psicologici ed educativi, che supportassero, integrandola, la terapia farmacologica, allo scopo del mantenimento prolungato della astensione dall'uso delle sostanze e della completa riabilitazione dei pazienti. Nacque quindi in tale contesto la collaborazione fra la Tossicologia Medica ed i nascenti Gruppi Operativi delle Tossicodipendenze (in seguito Ser.T ed ora Ser.D) delle allora Unità Sanitarie Locali, le strutture del volontariato sociale come il Centro Italiano di Solidarietà, l'Associazione Insieme ed i Narcotici Anonimi per quanto riguarda l'abuso di oppioidi, e con le associazioni degli Alcolisti Anonimi e dei Club per gli Alcolisti in Trattamento per quanto riguarda le problematiche alcol-correlate, aprendo la struttura al loro intervento con gli incontri di sensibilizzazione e di educazione dei pazienti ricoverati in Tossicologia Medica per un programma di disintossicazione. Tale collaborazione, pur considerando il fisiologico ricambio generazionale dei professionisti protagonisti, la necessità di adeguarsi alle mutate modalità di espressione delle tradizionali dipendenze e all'avvento delle Nuove Sostanze Psicoattive, si è consolidata e strutturata nel corso degli anni successivi a costituire una rete virtuosa di collaborazione paritaria e attiva, nel rispetto delle peculiari competenze professionali, allo scopo di fornire ai pazienti un percorso terapeutico integrato che garantisca le migliori possibilità di un riequilibrio tossicologico e di una riabilitazione duratura.

Un'idea della dimensione epidemiologica delle problematiche alcol correlate, per quanto riguarda la nostra area, è evidenziata dall'analisi dei dati dell'attività di ricovero della Tossicologia Medica della Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi che nel periodo 1973 - 2015 ha gestito dal punto di vista clinico-assistenziale 16.903 casi di intossicazione acuta, 661 sindromi astinenziali maggiori ed effettuato 5.164 programmi di detossicazione, spesso complicati da problematiche neurologiche (depressione del sistema nervoso centrale, coma), psichiatrico-comportamentali (agitazione psicomotoria, psicosi, delirium), d'organo alcol-correlate (epatopatie, pancreatiti, cardiomiopatie, polineuropatie) o da altre patologie (traumi, infezioni, abuso di farmaci etc.).

Questa esperienza di rete multidisciplinare, in parte rimodulata da esigenze di politica sanitaria, che ha sempre prontamente ed adeguatamente risposto alle richieste della popolazione interessata ed accumulato competenze e prodotto cultura scientifica, riveste tuttora un ruolo insostituibile nella gestione integrata delle tossicodipendenze, e va per questo tutelata in ogni sua articolazione.

DIPENDERE OGGI

Dipendere dal sistema curativo

Laura Belloni- psichiatra Responsabile Centro di Riferimento Regionale sulle Criticità Relazionali (CRCR) Direttore SODc Clinica delle Organizzazioni, Careggi, Firenze

In anni spregiudicati e dialettici di utopie democratiche visionarie, necessarie e vitali, il sistema sanitario pubblico ha offerto, nell'area della salute mentale e della mente sociale e nel non ancora precisato contenitore delle relazioni umane come spirito propulsore di eticità, organizzazioni curative che, ancora non consapevoli del proprio legame con il futuro, hanno rivoluzionato la visione classica della clinica stabilendone il contatto ravvicinato con la complessità e l'incertezza, attraverso il fenomeno, potremmo dire universale umano, della dipendenza e della frattura affettiva dipendenza /autonomia. La quale si presenta scissa oggi nelle due forme della sintomatologia espressa dalla fenomenologia "paziente famiglia dipendente" (da oggetti, piacere, cose, sostanze come espressioni di accumulo) e dalla fenomenologia di organizzazioni dai connotati di alta specialità e al contempo di chiusura sia legata alla difficoltà nel controbilanciare il fenomeno sociale della dipendenza, sia legata al fatto che tanto più la clinica si confronta con le gravi patologie mentali comportamentali, tanto più incorre nella possibilità di dipendere dagli oggetti della propria cura.

Nella prima forma il consenso (mediaticamente ragionevole) diviene oggi tacito ed oggetto acclamato di mercanzia, traverso cui sperimentare forse e assolvere comunque primitive colpevolizzazioni di comunità volutamente asociali nella loro dissoluzione affettiva e relazionale e dunque fragili, distruttive, aggressive, violente, accumulatrici. Dei cui sintomi occorre farsi carico rispondendo al loro significato di allerta sociale e crisi scolastico-educativa-culturale.

Nella seconda forma il sistema da un lato si è reso terapeuticamente esperto e innovativo, dall'altro si è reso in parte e nel tempo marcato da grandi cambiamenti sociali demografici ed economici, adesivo col sintomo diagnosticato nell'obbiettivo di esistere e avere una dimensione di identità marcabile riconoscibile e di significati che dessero senso e ordine al proprio operato di cura guarigione possibile, conoscenza. Tale sviluppo è legato alla scissione tra sistemi gestionali, burocratici, amministrativi della *cosa pubblica* e sistemi della *clinica* e dunque della ricerca e della conoscenza, i quali devono essere, per essere tali, liberi, autonomi, coscienti, consapevoli del proprio pensiero e operato.

Nota è la dinamica delle necessità identitarie personali, professionali, sociali, istituzionali. Le quali, nel proprio insieme, se non riposizionate in una prospettiva dialettica di autonomo pensiero morale ed etico e di apertura al grande tema della conoscenza e costruzione umana dove l'Uomo sia fine e non strumento, divengono gli elementi della cura trascurabile, ovvero del *come se organizzativo* riduzionista e determinista, preludio alla crisi entropica attuale dei sistemi curativi sposatisi inconsapevolmente alla delega del funzionalismo economicista, a propria volta sottoposto alla numerologia di dati che, non solo sono talvolta privi del dare, ma ignorano scrupolosamente la strumentalizzazione del dolore e della malattia e della morte attraverso un controllo antifiduciario che riposiziona professionisti, sistemi e oggetti di loro specialità, nel turbine borderline del non avere o essere né tempo né spazio di cura e accudimento.

Le forme del bisogno tradotto come "popolare" (vedi anche gioco d'azzardo, bullismo e le consuete tossicomanie), accudiscono le forme del bisogno "istituzionale" e le une dipendono dalle altre all'interno di una eteronomia che prelude alla dipendenza da ulteriori collaterali, discipline e varie altre forme del potere e del controllo.

Il sistema curativo pubblico dipende da se stesso, ma non sufficientemente come forma di auto-organizzazione. L'utilizzo del "sintomo paziente dipendente famiglia dipendente" nella forma cronica e critica della simbiosi istituzionale è divenuta necessaria alla perpetuazione del sintomo stesso. Dove l'istituzione tecnica, in carenza di autoriflessione, bensì compliant con i dirompenti fenomeni proiettivi (dall'esterno sociale all'interno), enuclea nuovamente se stessa dalla proprietà specifica della propria sofferenza/malattia. La quale ora richiede cura e ascolto, preludio alla nascita di nuove forme organizzative. Il sintomo invecchiamento della popolazione e l'insistenza sulle cronicità altro non parlano se non di istituzioni alla ricerca di nuove visioni e

progettualità future. Ma così è la curva gaussiana dei cicli vitali quando, all'acme della produzione ideica e ideale, non si è dato sufficiente ascolto alle intemperanze delle nuove allusioni e crisi che comunque resisteranno nella propria fame fino alla nuova alba (umana).

Sebbene l'antropomorfismo non sia né metafora, né possa avere supporti neuroscientifici, l'istituzione, come il corpo umano, facilmente assume nel proprio reticolo organizzativo orientato alla cura della salute, sistemi di difesa capaci di riorientare l'equilibrio diadico interno malattia/salute, buono/cattivo, giusto/ingiusto, bello/brutto, in relazione a squilibri o disordini interni/esterni cronici o acuti che siano. Conscio o inconscio il sistema immunitario provvede a difendere o ad attaccare il sistema stesso che lo produce, e tanto più il sistema è chiuso, tanto più diviene difficile o controproducente l'azione difensiva orientata al riequilibrio dello stato di salute (interno e quindi esterno). Il ciclo di vita e storico delle organizzazioni sociosanitarie pubbliche ha messo bene in evidenza che al calare della curva gaussiana, e quando le organizzazioni non sono state previsionali circa la propria vita e vitalità, nuovi impulsi progettuali legati sempre e comunque alla clinica e alla sua traduzione medica hanno ribaltato prognosi infauste. Questo è ben rappresentato dalla fase storica e culturale che ha visto chiudere i luoghi della segregazione manicomiale, la nascita dei primi servizi che contro ogni determinismo rivoluzionavano la presa di posizione coercitiva della dipendenza da sostanze tutelando nella cura. E in questo utilizzando l'interprofessionalità ed entrando di fatto nel nuovo paradigma dell'interdisciplinarietà e della salute come benessere biopsicosocioambientale quali elementi culturali imprescindibili dalla conoscenza e dunque dal sapere organizzato in post modernità.

Seguendo il ciclo storico dei cambiamenti organizzativi del sistema sanitario pubblico e sapendo che ad ogni apertura dei sistemi dinamici corrisponde una chiusura relativa, le rivoluzioni sopramenzionate e che in sostanza riguardavano l'aspetto mentale organizzativo dei macro e micro sottosistemi, sono state solo in parte accolte e sono ancora in divenire. E questo per almeno tre motivi. La difficoltà del cambiamento quando la crisi del sistema è di tipo entropico e l'elemento culturale del cambiamento è stato in parte disatteso e non sufficientemente diffusivo; l'aver organizzato il sistema pubblico moderno nella modalità statico meccanicistica senza prevederne (eccetto l'esempio del Sistema toscano) ulteriori letture dinamiche per sistemi Uomo-Uomo in antitesi a Macchina-Uomo; che i sistemi piramidali avendo in "output" l'elemento Uomo e dunque la sua soggettività, perdono di significatività sia nei percorsi trasversali sia nei percorsi longitudinali quando, per compensare dispersioni secondarie, vengano aumentate le funzioni di controllo sia attraverso ambienti dove spazio e tempo non sono riconosciuti dai professionisti come terapeutici, sia ricomponendo ulteriori verticalità, sia psichicamente attraverso la possibile rottura del patto fiduciario tra i molteplici soggetti del sistema, orientando lo stesso alla diffidenza e alla chiusura.

In questo senso la conoscenza storica dei successi e fatiche dei servizi dedicati al problema delle dipendenze, deve essere non solo riconosciuta e valorizzata, ma anche impegno di prosecuzione di un divenire che fa parte della costruzione umana in forte alleanza tecnico-politico- sociale.

Il trattamento delle persone con problemi di dipendenza

Antonella Manfredi – responsabile SerD, AUSL Toscana Centro

Il fenomeno delle dipendenze si è imposto all'attenzione della società italiana fin dalla metà degli anni '70. In quel periodo, con la diffusione del consumo di oppiacei, soprattutto fra le fasce giovanili delle principali aree metropolitane del paese, nasce l'esigenza di dare una risposta istituzionale ad un problema che fin dall'inizio ha evidenziato a livello comunitario un consistente impatto sociale e sanitario. Dopo le prime esperienze del Volontariato e le pionieristiche iniziative messe in campo dai Servizi di alcune grandi città, soprattutto negli anni '80, nasce a livello politico-istituzionale la consapevolezza di creare un sistema strutturato di intervento e cura a livello nazionale in grado di dare risposte al problema su tutto il territorio italiano.

Con il T.U. 309/90 vengono istituiti per la prima volta, all'interno delle allora Unità Sanitarie Locali (USL), i SerT (Servizi per le Tossicodipendenze) con compiti di prevenzione, cura e trattamento dei consumatori di droghe illegali. Specifiche normative regionali ne declineranno poi il

funzionamento e l'organizzazione. In particolare il sistema di intervento mira a dare risposte ai problemi sanitari, psicologici e sociali degli utilizzatori attraverso programmi integrati e personalizzati.

Con il trascorrere degli anni lo scenario del fenomeno cambia pian piano le sue caratteristiche originarie per diventare sempre più complesso ed articolato. Accanto all'eroina e ai derivati dell'oppio si diffondono altri tipi di sostanze come la cocaina e altri stimolanti (amfetamine, sostanze di sintesi ecc.). Nel frattempo l'organizzazione dei Servizi, in Toscana ma anche altrove, inizia a strutturarsi in modelli organizzativi dipartimentali che, attraverso la rete territoriale dei SerT e delle Comunità Terapeutiche, in larga parte gestite dagli Enti Ausiliari, cercano di adeguare l'offerta a bisogni sempre più complessi.

A partire dal 2001 il campo di intervento si allarga con l'istituzione presso i SerT dei Servizi Alcolologici finalizzati alla prevenzione, cura e trattamento delle problematiche alcolcorrelate. Anche in questo ambito diventa strategica la collaborazione con il modo del terzo settore, in special modo con i gruppi di auto-aiuto di AA (Alcolisti Anonimi) e dell'ACAT, promotori quest'ultimi dell'approccio terapeutico sviluppato dal Prof. V.Hudolin.

A metà degli anni 2000 i SerT vengono investiti anche delle problematiche relative al trattamento del tabagismo e della patologie tabacco correlate. Negli ultimi anni - infine -, soprattutto a partire dalla prima decade degli anni 2000, i Dipartimenti e i Servizi per le Dipendenze iniziano ad occuparsi anche di dipendenze comportamentali, in modo specifico delle problematiche relative ai disturbi collegati al gioco d'azzardo.

L'ultimo significativo cambiamento, a livello regionale è stato l'accorpamento, a partire dal 2016, delle 12 Aziende Sanitarie esistenti fino a quel momento, in tre nuove dimensioni aziendali, nate in base ad aggregazioni territoriali (Usl Toscana Centro, Usl Nord-Ovest, Usl Sud- Est).

All'interno di questo nuovo assetto organizzativo, gli interventi di prevenzione cura e trattamento delle dipendenze sono stati collocati all'interno di una specifica Area del Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze. L'Area Dipendenze si struttura in una rete di cinque unità funzionali complesse:

- Empoli
- Firenze 1
- Firenze 2
- Pistoia /Valdinievole
- Prato

con proiezioni di personale nell'ambito delle Case Circondariali di Firenze (Sollicciano) Prato (La Dogaia) Pistoia (Santa Caterina)

I Servizi per le Dipendenze seguono un'utenza complessiva di circa 10.000 pazienti suddivisa per le diverse tipologie:

- tossicodipendenti
- alcoldipendenti
- disturbo da gioco d'azzardo
- tabagisti
- altro

Al di là dell'articolazione e della complessità degli interventi il trattamento delle persone con problemi di dipendenza si basa su alcuni denominatori comuni trasversali.

Per quanto attiene alla prevenzione risulta fondamentale la collaborazione con altre strutture aziendali relativamente alla promozione di stili di vita salutari.

Per il trattamento risultano invece fondamentali, oltre ad una diagnosi precisa e rigorosa che faccia riferimento ai quadri nosografici esistenti (ICD 9, DSM V), un approccio multidisciplinare, multimodale e multifase che sia in grado di elaborare e gestire programmi personalizzati sull'utente.

I Servizi per le Dipendenze: il futuro

Guido Intaschi - Responsabile U.F.S. Servizio Dipendenze, Azienda Usl Toscana Nord Ovest - Ambito territoriale Viareggio

Nella nostra società complessa, caotica ed in “crisi”, caratterizzata da bulimia dei consumi e anoressia dei valori, nessuna agenzia educativa (famiglia, scuola) e nessun servizio socio-sanitario, da soli, sono in grado di incidere in modo determinante sul processo di formazione delle nuove generazioni e su efficaci strategie di prevenzione, cura e riabilitazione delle dipendenze da e senza sostanze che affliggono sempre di più le famiglie delle nostre comunità. In una fase di rapida trasformazione dei contesti giovanili, degli stili di vita e delle scene dei consumi (anche, ma non solo, di sostanze psicoattive legali ed illegali), sembrano dilagare quelle che Spinoza chiamava le “passioni tristi” (senso pervasivo di impotenza e d'incertezza rispetto al futuro, mondo vissuto come minaccia che porta l'uomo moderno ad accartocciarsi su di sé). Emerge una forte contraddizione fra richiesta di prevenzione dei comportamenti d'abuso e cultura dominante orientata verso il rischio, l'azzardo, l'additivo come scorciatoia, il consumismo che favorisce le dipendenze non permettendo alla soggettività emotiva di esprimersi determinando l'analfabetismo delle emozioni. Le attuali condizioni di vita nelle società occidentali rendono di fatto indispensabile l'uso di sostanze psicoattive, senza le quali non pare più possibile far fronte all'intensificazione dei ritmi di vita (sia nel lavoro che nel tempo libero) e alla conseguente ansia sociale. Il fenomeno del consumo problematico dell'alcol e dei danni alcol-correlati rappresentano una delle maggiori cause di problematiche socio-sanitarie nella nostra società, sia in riferimento alla persona che alla famiglia ed alla comunità. Le principali tendenze attuali indicano infatti un sempre più precoce accostamento dei giovani all'alcol ed uno sviluppo dei modelli di consumo “ad alto rischio” come l'abuso e l'ubriachezza soprattutto da parte degli adolescenti e dei giovani adulti, così come il consumo concomitante di alcol con altre sostanze psicotrope (cannabinoidi, cocaina, benzodiazepine etc...). Come evidenziato dalle neuroscienze i giovani, non avendo ancora raggiunto una piena maturazione cerebrale, sono inoltre più vulnerabili ai danni psichici, emotivi e sociali causati dal proprio consumo di alcol o da quello di altre sostanze psicoattive; esistono infatti chiari legami tra eccessivo consumo di alcol e droghe illegali, violenza auto ed etero-diretta, comportamenti sessuali a rischio, incidenti stradali con invalidità permanenti. Bisogna pertanto aiutare i giovani e la popolazione generale a riflettere sull'importanza degli stili di vita come fattore determinante della salute e lavorare insieme in modo intersettoriale nelle nostre comunità sia come agenzie pubbliche che del III settore con l'obiettivo di rendere più facili e accessibili le scelte salutari che mirino a modificare quei comportamenti (abuso alcolico, fumo, scorretta alimentazione e inattività fisica) che favoriscono l'insorgere sia di malattie degenerative che di problemi acuti come gli incidenti stradali.

Appare, a mio parere, sempre più necessaria la creazione di un “sottosistema sociale” che deve promuovere collaborazione tra le differenti agenzie educative per una azione di sinergia (collaborazione tra “reti formali” e “reti informali” come ad esempio gruppi AA e NA che seguono il programma “12 passi” e gruppi CAT che seguono la “metodologia Hudolin” etc...) come ho cercato in questi anni di portare avanti nel territorio versiliese centrata sia sull'educazione che sulla trasformazione della cultura sociale dominante, con la consapevolezza che: I programmi di promozione della salute infatti hanno un maggiore successo se sono integrati nella vita quotidiana delle comunità, basati sulle tradizioni locali e condotti da membri della comunità stessa” (IUHPE Vancouver 2007).

Ritengo inoltre necessario per il futuro cambiare come operatori dei Servizi Dipendenze la nostra lente d'ingrandimento per far fronte a questa complessità in rapido aumento e vedere non solo la parte “malata” ma anche quella “sana” degli individui che assistiamo, cercando di stimolare il cambiamento delle persone con approccio motivazionale e vedere anche le famiglie ed i contesti come risorse da implementare con tecniche di auto-mutuo-aiuto e di tipo psicoeducazionale (collaborazione tra “esperti per professione” ed “esperti per esperienza” come suggerito da Ron Coleman). In base alla mia esperienza clinica maturata in una trentina di anni specie nei percorsi di cura e riabilitazione dei pazienti alcolisti con e senza comorbidità psichiatrica, sono convinto

che siano molti gli interventi che si sono dimostrati utili per sviluppare ed organizzare un programma efficace di cura ed è opportuno integrare i vari modelli teorici (come il modello del "supporto all'auto-cura", degli "Stadi di Cambiamento", della "recovery" etc...) per arrivare ad uno stile organizzativo dei Servizi Dipendenze di tipo "motivazionale" con uno spazio adeguato lasciato alla relazione terapeutica con l'utente, all'empatia ed all'ascolto riflessivo anche attraverso il counselling per accrescere la disponibilità al cambiamento senza mai dimenticare che: "Le persone si lasciano convincere più facilmente dalle ragioni che esse stesse hanno scoperto piuttosto che da quelle scaturite dalla mente degli altri" (Blaise Pascal). Al fine di migliorare il clima di lavoro dei nostri servizi ed i risultati degli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione delle dipendenze, che secondo il mio punto di vista non sono malattie curabili in modo passivo, dobbiamo coinvolgere attivamente, facendo proprio anche il loro punto di vista, sia il soggetto che il suo ambito familiare e la sua rete sociale sia nella correzione dei fattori di rischio che nel percorso di affrancamento dalla condizione di dipendenza.

Collaborazione tra auto aiuto e professionisti: il punto di vista di Alcolisti Anonimi:

Il segretario nazionale di Alcolisti Anonimi

Un cenno al passato è doveroso, se siamo consapevoli di quanto è accaduto. Dall'uscita del libro di Coccioli "uomini in fuga" (1973) e dal grido di dolore che lanciava vedendo gli Alcolisti Anonimi presenti da tempo in tutte le grandi nazioni, europee incluse, ed Italia esclusa, sono trascorsi degli anni in cui abbiamo cercato di colmare questo svantaggio. Abbiamo cercato di costruire un'Associazione fedele agli ideali dei suoi fondatori, che si ponesse con umiltà come una risorsa per quanti cercano aiuto e costruisce collaborazioni, con tutti coloro che nel mondo dei professionisti sociosanitari ma anche altrove sono disponibili. Ci siamo riusciti? Nella relazione 2017 sull'alcolismo al Parlamento presentata dal Ministero della Salute nella parte riservata alle Associazioni di auto aiuto c'è una tabella che riassume le nostre attività, largamente sottostimate in quanto molti gruppi fanno delle attività ma non le rendicontano. Sembra che facciamo moltissimo, ed in molti ambiti diversi. Collaboriamo con Servizi per le dipendenze, reparti ospedalieri, istituti sanitari di eccellenza, cliniche private, carceri, medici di famiglia, comunità di recupero, assistenti sociali, istituzioni di ogni livello. Facciamo informazione in scuole, parrocchie, ambiti sociosanitari, questure. Anche qui, nel sottolineare quanto abbiamo fatto di buono, non possiamo tacere gli errori, con la consapevolezza che cresciamo per prove ed errori, e che questi rappresentano nel bagaglio degli alcolisti un'autentica ricchezza. Alcuni dei nostri gruppi o membri non si sono sempre posti con quell'umiltà e spirito di autentica collaborazione che rappresentano i nostri principi, talvolta come Associazione abbiamo incolpato della nostra stagnazione la poca visibilità dataci dai media o la poca collaborazione delle istituzioni, preferendo guardare alle presunte mancanze altrui piuttosto che alle nostre responsabilità. Crescere è nostra responsabilità; così come avvenuto ovunque nel mondo la crescita non può prescindere dal prezioso apporto di tutti coloro che stanno fuori dai gruppi e magari non fanno il programma dei 12 passi ma non per questo non hanno esperienza forza e speranza da condividere con noi.

Ed ora? Cosa ci attende? Un capitolo del nostro libro "Alcolisti Anonimi" è intitolato "una prospettiva per voi". E' una miniera di riflessioni e di esortazioni a metterci all'opera per trasmettere il messaggio a chi è ancora nel problema. Ci dice: guardatevi attorno e vedrete sicuramente moltissime persone come eravate voi, molti di questi stanno cercando una risposta. I miei primi tentativi di trasmettere il messaggio li ho fatti nei bar che ancora frequentavo per abitudine nei primi tempi; i destinatari erano gli ubriachi che incontravo. Non ho avuto grande successo. Qualcuno mi ha fatto notare che il gruppo era molto più efficace del singolo nel trasmettere il messaggio; poi il mio sponsor mi ha portato un poco in giro per cliniche ospedali ed alcologie ed ovunque ho incontrato persone di buona volontà disposte ad ascoltare e collaborare con gli alcolisti anonimi.

Siamo disponibili alla collaborazione; aiutiamoci vicendevolmente a capire come farlo e diverremo molto più efficaci. Bill Il nostro fondatore dice che insieme possiamo fare quello che singolarmente non ci riuscirebbe.

Abbiamo scoperto che ci sono cose che sembrano funzionare meglio di altre. Una di queste sono i protocolli di collaborazione che abbiamo firmato (e siamo disponibili a firmare) con le sanità regionali. Sottoscriverli è facile, trasformarli in qualcosa che funziona davvero è un percorso faticoso ma realizzabile. L'esperienza positiva in questo senso che abbiamo fatto con la regione Emilia Romagna ci ha spinto a proporli ed a firmarli anche nelle Marche e recentemente in Friuli V.G. Di sicuro mettere insieme il linguaggio del legislatore, quello tecnico/scientifico dei professionisti e quello spirituale degli alcolisti anonimi non è stato facile. Nel linguaggio degli alcolisti anonimi non esistono per esempio le parole "formazione" e "prevenzione" ed in quello dei professionisti non ci sono "sponsor" o "risveglio spirituale" e di questi tempi nel linguaggio del legislatore sembra non esserci "impegnare risorse" (ricordo che la nostra Associazione non ha alcuna posizione sulle politiche sanitarie). Tuttavia possiamo capirci benissimo se rispettiamo vicendevolmente i nostri ruoli e ci impegniamo seriamente ad esprimere le nostre capacità. Tutto questo a vantaggio di quelli che in questo momento sono qui fuori a devastare le loro vite con l'alcool, ma che potrebbero essere qui domani a raccontarci che grazie al nostro aiuto ce la stanno facendo. Nei nostri gruppi durante le riunioni arde la fiamma di una candela, rappresenta la speranza. Auguro a tutti che questa non ci venga mai meno e che a questa si aggiunga la fiducia, fiducia che insieme faremo di più e meglio di quanto abbiamo fatto finora.

Collaborazione, Il punto di vista dei nuovi gruppi dei 12 passi: CoDA

Anna, segretario nazionale CoDA

L'associazione si è costituita ufficialmente con la registrazione dello statuto nel 2005, dall'unità dei diversi gruppi di auto aiuto italiani che applicano per il recupero dalla co-dipendenza affettiva-relazionale.

Il programma è mutuato da quello degli alcolisti anonimi: viene utilizzato nei gruppi un percorso articolato in 12 passi e 12 tradizioni che costituiscono il fondamento spirituale, non sono presenti facilitatori o figure professionali (psichiatri- psicoterapeuti o psicologi), vige la tutela dell'anonimato, dell'anonimato, della gratuità; Il mantenimento dei gruppi è data dai contributi volontari, così come sono gratuite le prestazioni dei membri dei gruppi, (per statuto non è possibile usufruire o chiedere contributi esterni. La condivisione, l'assenza di giudizio, il riferimento al programma, il sostegno reciproco, la sponsorizzazione consentono l'attivazione delle risorse personali e il rispetto dei tempi e dei modi individuali per giungere alla consapevolezza circa i propri bisogni, le proprie abilità, le proprie responsabilità i propri disturbi di relazione con se' e con gli altri.

La missione di CoDA si pone nell'ottica di un disegno di pubblica salute, benessere dell'individuo e prevenzione della violenza domestica.

Con gli altri gruppi di auto aiuto la collaborazione è già presente. Riguardo le istituzioni, collabora in Liguria a Genova con il SERT; in Emilia Romagna a Bologna con la ASL e a Reggio Emilia con il CeIS. CoDA si propone di portare a conoscenza la sua realtà e le risorse che mette a disposizione a più professionisti possibili e alle istituzioni educative."

Cooperazione tra Club degli Alcolisti In Trattamento e Servizi Pubblici e Privati: non una scelta ma una necessità'

Guido Guidoni - Responsabile UF Dipendenze, Zona Fiorentina Nord-ovest Az.USL Toscana Centro

L'approccio ecologico-sociale ai problemi alcolcorrelati e complessi, così come definito e sviluppato dal prof. Vladimir Hudulin a partire dal 1964 fino al 1996, anno della sua scomparsa, rappresenta il modello teorico su cui - si basa il lavoro pratico dei Club degli Alcolisti in Trattamento (CAT) e costituisce oggi in Italia il modello più diffuso di trattamento e prevenzione dei problemi alcolcorrelati. Psichiatra di fama mondiale, per circa trenta anni Direttore della Clinica di Psichiatria, Neurologia, Alcolologia e Altre Dipendenze presso l'Università di Zagabria, a

lungo consulente dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, il prof. Hudolin dedicò gran parte della vita allo studio dei problemi legati all'uso di alcol e di altre droghe fin dall'inizio degli anni '50.

Questo settore d'interesse per lui era parte di un più ampio programma di sviluppo di modelli di quella psichiatria sociale che in quegli anni muoveva i suoi primi passi e che trovò nella persona di Hudolin uno dei suoi più importanti esponenti. Infatti, pur essendosi formato attraverso esperienze di vario orientamento (fra cui anche quella di tipo psicoanalitico con Melanie Klein), aveva però trovato particolare sintonia ed interesse per l'opera di Maxwell Jones di cui aveva frequentato per un periodo le prime esperienze della Comunità Terapeutica presso l'Ospedale di Belmont. Particolare influenza ebbero poi sul pensiero anche l'esperienza dei club socioterapici sviluppati da Joshua Bierer ed i principali modelli psicoterapeutici di gruppo (Bion, Moreno, Foulkes); un grande riferimento culturale fu sicuramente la Teoria generale dei Sistemi che proprio in quegli anni si sviluppava a partire dall'opera di Von Bertalanffy. Cominciò così a progettare vari "modelli alternativi" per il superamento dell'istituzionalizzazione delle persone affette da disturbi psichici e fu nel campo dell'alcolismo che la sua opera diede i frutti più maturi ed il suo modello si sviluppò con notevole successo. Nel 1964 iniziò ad organizzare programmi sia ospedalieri sia ambulatoriali che si articolavano con piccoli gruppi d'alcolisti nella città di Zagabria, che chiamò Club degli Alcolisti in Trattamento e che poi si diffusero capillarmente a livello territoriale in tutta la ex-Jugoslavia. Basti pensare che prima che scoppiasse la guerra civile nel 1992 nella sola Croazia esistevano più di 1200 CAT.

L'aspetto rivoluzionario dell'approccio di Hudolin derivò dal fatto che non si occupava solo dell'alcolismo di poche persone ma del bere di tutti. Attraverso le settimane di formazione egli non solo forniva la metodologia di trattamento degli alcolisti e delle loro famiglie ma soprattutto metteva in discussione la nostra "cultura del bere" proponendo il suo modello che negli anni era andato definendosi come "approccio ecologico sociale ai problemi alcolcorrelati e complessi".

Questo interpreta l'alcolismo e gli altri problemi alcolcorrelati né come un "vizio" né come una malattia ma come un comportamento, uno stile di vita determinato è da molteplici fattori di natura biologica, psicologica, socio-culturale e antro-po-spirituale, ecc. tra i quali particolare importanza viene attribuita alla cultura del bere della comunità dove le persone vivono e lavorano. L'accento veniva così spostato dall'alcolismo al bere.

Una tappa molto importante per lo sviluppo di questa metodologia fu però sicuramente la fondazione del primo club in Italia nel 1979: è stato nel nostro paese che l'approccio del Prof. Hudolin ha conosciuto il suo massimo sviluppo con la creazione di oltre 2.200 club, la formazione di quasi tutto gli operatori dei servizi pubblici e privati del nostro paese in questo settore. Dopo la sua morte i club degli alcolisti in trattamento si sono diffusi dall'Italia in oltre 30 paesi del mondo. Il Club è un luogo in cui il cambiamento dello stile di vita delle famiglie avviene grazie alla condivisione, all'amicizia e alla solidarietà tra le famiglie stesse e il servitore-insegnante, ma lo scopo dei Club, così come ci è stato trasmesso dal Prof. Hudolin, è soprattutto quello di attuare un cambiamento nella cultura sanitaria e generale della comunità di cui i Club sono parte. Infatti l'incidenza e la prevalenza dei problemi alcolcorrelati dipendono proprio dal bere di tutta la comunità e quindi dalla cultura presente nelle nostre case, nei nostri quartieri e nelle nostre città. Se non cambia la cultura attuale, che considera il bere alcolici come un fatto "normale", se non addirittura salutare, possiamo intervenire sui problemi alcolcorrelati solo con trattamenti mirati alle persone quando queste hanno già sviluppato un problema alcolcorrelato ma non si può modificare né l'incidenza né la prevalenza di questi fenomeni.

Tuttavia, come affermava il Prof. Hudolin, cambiare la cultura generale e sanitaria è un processo molto difficile e lento. In parte il cambiamento della cultura avviene indirettamente attraverso la testimonianza dei membri dei Club all'esterno, nel territorio, i quali, proponendo uno stile di vita "sobrio" e astinente dall'alcol, compiono un'azione di prevenzione primaria indiretta, ma attuare un cambiamento nella cultura sanitaria rimane un processo impossibile da realizzare dai Club in maniera autonoma, con le loro sole risorse, senza contare sulla cooperazione con tutte le altre istituzioni pubbliche e private che si interessano dei problemi alcolcorrelati.

D'altro canto, tenendo conto della grandissima diffusione del bere e dei conseguenti problemi alcolcorrelati, non è neppure pensabile che le singole istituzioni possano realizzare autonomamente tale cambiamento.

Essere aperti alla cooperazione in particolare tra i sistemi pubblici e quelli privati, allora, non diventa più una scelta possibile ma un'esigenza dalla quale non è possibile esimersi. Generalmente ci si riferisce con il termine "pubblico" all'insieme dei sistemi specificatamente organizzati per soddisfare i bisogni di salute della comunità e con "privato" alle forme più o meno organizzate di associazioni di cittadini all'interno della comunità, nel nostro caso i Club.

Questa modalità "privata" di occuparsi della salute può rientrare nelle così dette forme di autocura non professionale rispetto alle quali anche l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) già da tempo sostiene che: "L'autocura non professionale in anni recenti è stata riscoperta e rivalutata per il suo contributo effettivo e potenziale. Questo nuovo interesse per l'autocura nei paesi sviluppati riflette il cambiamento nei tipi di affezione, da condizioni acute ed infettive a condizione croniche e la necessità di una partecipazione non professionale alla cura della salute. Il costo dell'assistenza sanitaria professionale ha richiamato l'attenzione sull'utilizzo non necessario di risorse e sul potenziale connesso al rafforzamento del ruolo dei non professionisti nella cura della salute, in via complementare o sostitutiva. Sembra che la popolazione tragga effettiva soddisfazione dall'accrescere il personale controllo sulla propria salute grazie all'autocura." Infatti "tutti i sistemi sanitari comprendono necessariamente quattro livelli essenziali ed inevitabili: l'autocura non professionale, l'assistenza professionale di base, l'assistenza specialistica generale e l'assistenza super specialistica. All'interno di questa struttura, l'autocura non professionale costituisce la larga base di appoggio della piramide dell'assistenza sanitaria e ne rappresenta, da sempre, la parte più cospicua"(OMS, 1989)

L'OMS ha dedicato molti sforzi a sottolineare la necessità di sviluppare una cooperazione tra "prestatori" e "utenti di assistenza", famiglie e gruppi della comunità attraverso delle precise indicazioni contenute in vari documenti tra cui le più significative si possono trovare negli obiettivi 14, 29 e 30 del programma "Salute per tutti entro l'anno 2000".

La proposta del Prof. Hudolin che pensava a pubblico e privato che, congiuntamente, analizzano i bisogni della comunità e in qualche modo trovano le risposte sia per i programmi di trattamento che di prevenzione dei problemi alcolcorrelati, appare in linea e traduce in pratica l'ottica dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, di cui peraltro era parte. Naturalmente la possibilità di una reale collaborazione tra pubblico e privato. La *cooperazione* ("operare insieme con altri per il raggiungimento di un fine comune") deve rispettare le peculiarità, l'autonomia e le competenze specifiche di ogni parte. La cooperazione, così come l'intendeva Hudolin, rispetto agli interventi in ambito alcolologico può assumere avviene secondo diverse modalità:

1. una cooperazione informale, che si realizza nel fatto che molti membri dei club fanno parte di istituzioni pubbliche e quindi possono sensibilizzare quest'ultime e creare occasioni di cooperazione. Particolarmente importante in questo ruolo appare la figura del servitore-insegnante che, potendo avere una professionalità in ambito socio-sanitario, impersonifica, in questa duplice veste, un ponte concreto e quotidiano tra Club e servizi pubblici.
2. sviluppo di relazioni di collaborazione più o meno formalizzate tra club e servizi pubblici per i programmi di trattamento delle famiglie con problemi alcolcorrelati presenti sul territorio
3. sviluppo di collaborazioni formalizzate all'interno di specifici progetti di prevenzione, sensibilizzazione, formazione e ricerca di volta in volta sviluppate sui singoli territori
4. nascita di veri e propri Centri Alcolologici Funzionali Territoriali, secondo il modello proposto da Hudolin attraverso la formalizzazione e la realizzazione concreta di un sistema di coordinamento a livello di comunità delle diverse istituzioni pubbliche e private che, unite in un rapporto di stretta e costante cooperazione, realizzano programmi di protezione e promozione della salute, nel pieno rispetto i metodi di intervento delle singole parti.

Nota bibliografica

1. Guidoni G. e Nuti S, *Rivisitazione dei concetti di volontariato e di auto-mutuo-aiuto e sviluppo del concetto di solidarietà* in Corlito G. e Camici C., (a cura di). *Volontariato e lavoro di rete*, Atti del II Corso Monotematico dell'Amiata, 1998.
2. Guidoni G. e Cipriani A. "introduzione" in *Il Reo e il folle 2000*.
3. Hudolin VI, 1991, *Manuale di alcologia*. Trento. Erickson, 1991.
4. Organizzazione Mondiale della Sanità, Ufficio Regionale per l'Europa, *L'autocura e il ruolo dell'automedicalizzazione*. In *Quaderni di sanità Pubblica*. Anno XII Milano Centro per l'informazione sanitaria, 1989.
5. Hudolin VI., *Introduzione* in Hudolin VI., Ciullini A., Corlito G., Dellavia M., Dimauro P. E., Guidoni G., Lamberto S. (a cura di) *L'approccio Ecologico-Sociale ai problemi alcolcorrelati e complessi*. Trento. Ed. Erickson 1994
6. Guidoni G., Cipriani A., Tilli A., *La cooperazione tra club degli alcolisti in trattamento ed i servizi pubblici: il Centro Alcolologico Territoriale Funzionale*, in Interlandi G., Vanon G., Bellugi A., Papi P., Variara M., Guidoni G. (a cura di), "I Club degli Alcolisti in Trattamento della Toscana: a un passo dal 2000", *Atti del III Congresso Regionale dei Club degli Alcolisti in Trattamento, 11-12/9/1999: 63-69, , Siena (2001)*.

Collaborazione tra Privato Sociale e Settore Sociosanitario: il punto di vista del CeIS

Patrizia Borchì - vicepresidente del CeIS, Firenze

Prima di tutto occorre sottolineare che al centro dell'attenzione si devono porre la persona e i suoi bisogni; in tal senso si sono evoluti il sistema socio-sanitario e l'integrazione con il terzo settore ed il volontariato. La rete dei servizi pubblici, le strutture residenziali, la sostanziale pari dignità tra pubblico e privato, la promozione dei servizi a bassa soglia verso i nuovi bisogni e l'attenzione alle nuove dipendenze sono un terreno, in cui si misurano tutti gli operatori dei vari sistemi, che costituiscono una vera ricchezza sociale. Partendo dalla centralità della persona tossicodipendente, con l'introduzione dei servizi dei SERT, oggi SERD, e l'utilizzo del metadone, siamo arrivati ad interventi di integrazione sanitario-sociale. L'evoluzione del rapporto tra pubblico e privato è stata costante e di partecipazione, con riconoscimento di pari dignità, e nel 1998 è stato sottoscritto un patto di collaborazione tra Regione Toscana e il CEART (Coordinamento Enti Ausiliari della Regione Toscana), determinando i requisiti per l'autorizzazione al funzionamento e per l'accreditamento dei servizi privati di assistenza alle persone dipendenti da sostanze. L'evoluzione del rapporto tra pubblico e privato ha permesso di condividere un sistema di verifica e di valutazione dei bisogni degli utenti. Questo sistema integrato si può racchiudere nel principio che c'è bisogno di tutti, ognuno con il proprio ruolo e la propria identità, con la convinzione che la diversità non è un ostacolo, ma una ricchezza. Tutto ciò ha permesso l'avvio di un percorso di stabilizzazione degli interventi, destinati a tossicodipendenti in stato di grave marginalità e a forte rischio di esclusione sociale, di interventi di riduzione del danno, di programmi di rete e di centri a bassa soglia. Il Centro di Solidarietà ha così lavorato sempre più a stretto contatto con le sinergie del pubblico, adeguando il proprio programma alle necessità via via emergenti, nel tentativo di offrire una risposta adeguata ai bisogni degli utenti. In primo luogo la centralità della persona, il cui recupero merita sempre qualche sacrificio, anche economico, da parte della società. La lettura della tossicodipendenza come fenomeno bio-psico-sociale impone una serie di interventi articolati, per dare risposte in tutti e tre gli ambiti della sofferenza con interventi sanitari, finalizzati alla disintossicazione e al contenimento, che in seguito dovranno orientarsi ad affrontare le complesse problematiche personali e sociali, che spesso stanno alla base di una tossicodipendenza ostinata. Lo scambio tra pubblico e privato ha portato ad un linguaggio comune, alla concertazione degli interventi a tutela degli utenti, che sono i veri protagonisti del dramma droga. Il trattamento comunitario ha le peculiarità di un setting collettivo e intensivo e fornisce un codice materno (accoglienza e accettazione) e un codice paterno (norme e organizzazione); offre un ambiente dove le relazioni sono vissute in uno stato di consapevolezza, e la vita in comune diventa così uno strumento terapeutico. Il centro di solidarietà offre i seguenti interventi residenziali:

1) COD: Centro Osservazione e Diagnosi, che offre un programma integrato, per chi intende effettuare la disintossicazione fisica e un inquadramento diagnostico; il SERD invia i pazienti e definisce il loro progetto, con una necessaria collaborazione tra il servizio pubblico e gli educatori della comunità per raggiungere gli obiettivi prefissati. In questa fase la persona viene seguita mediante una serie di interventi di tipo non solo educativo, ma anche medico - psichiatrico della struttura, e psicologico, con colloqui settimanali. I contributi principali per questa attività diagnostica sono dati dall'anamnesi e dall'osservazione giornaliera da parte degli educatori. Al termine di questa fase viene inviata al SERD una relazione conclusiva di tale periodo. Il passaggio successivo può essere:

2) nella comunità pedagogica oppure 3) nella comunità terapeutica.

Nella prima si accolgono persone senza trattamento farmacologico specifico; i progetti sono personalizzati e attuati con terapie pedagogiche. La seconda accoglie pazienti in trattamento farmacologico sostitutivo. Entrambe hanno l'obiettivo di riattivare le risorse umane della persona e di farle riacquisire le competenze sociali, che permettono un processo di crescita interiore verso l'autonomia; si attuano progetti personalizzati, con interventi individuali e di gruppo, finalizzati al miglioramento della qualità della vita ed ad un pieno reinserimento sociale.

4) altro intervento è quello della "Comunità di doppia diagnosi", in cui è fondamentale la collaborazione col servizio psichiatrico e i SERD: in questa struttura si accolgono pazienti con disturbo non solo da uso di sostanze e particolari problematiche di gestione, ma con la compresenza di disturbi psichiatrici - psicotici o gravi disturbi di personalità.

Oltre a questi programmi residenziali, il centro di Solidarietà ha un programma diurno non convenzionato, il "Progetto Ponte Rosso" a bassa soglia, dove affluiscono persone del territorio, che provengono dalla marginalità, pazienti inviati dalla psichiatria e pazienti inviati dai SERD. In esso si offrono accoglienza e sostegno individuale.

APPENDICE

Alcolisti Anonimi

di Giulio Giustiniani – giornalista e scrittore

Sono passati più di quarant'anni, era il 4 luglio 1974. Ero un giovane giornalista della "Nazione", quando Carlo Coccioli, uno scrittore fiorentino che viveva in Messico, segnalò al giornale una nuova cura contro la dipendenza da alcol. Niente farmaci, niente sostanze sostitutive, niente isolamenti sociali, né sbarre alle finestre... Soltanto un gruppo di persone che ogni tanto si incontravano per parlare del problema e per sostenersi a vicenda.

Coccioli giurava che questa terapia di origine americana era efficace, che all'estero aveva già salvato moltissime persone. Tuttavia decidemmo che sarei andato a vedere di che si trattava più per rispetto verso lo scrittore che per convinzione.

L'appartamento, elegante ma quasi spoglio di mobili, era a Palazzo Capponi. I pazienti, una decina, erano seduti in cerchio. Raccontavano la loro esperienza, chiedevano consigli, alcuni dicevano di non bere più da qualche tempo, e spiegavano come ci fossero riusciti. Dopo qualche titubanza, quasi tutti avevano trovato il coraggio di lasciarsi andare, e riuscivano a parlare come se si conoscessero da tempo.

Sulle prime non furono loro a colpire la mia attenzione. Il padrone di casa, un giovane vestito con grande eleganza, continuava provocatoriamente a bere da un fiasco di vino, mentre la sua bellissima moglie, scalza e con un lungo abito bianco, lo guardava incantata. Una grande tartaruga andava e veniva pigramente sul pavimento cosparso di foglie di lattuga.

Quel signore milanese, sebbene scortese, non era un tipo qualsiasi. Qualche anno dopo avrebbe pubblicato sotto pseudonimo un libro di grande successo, e grazie all'incontro di quella sera io sarei riuscito a rintracciarlo, a svelare per primo la sua identità. Un grande scoop!

Quella sera, tuttavia, la scoperta fu l'atteggiamento dei neonati alcolisti anonimi fiorentini. Mi sembrò strano, ma non mostravano alcuna insofferenza verso le provocazioni del padrone di casa. Altro che crociate contro l'alcol! Gli sorridevano come se lo capissero, gli parlavano come se da tempo aspettassero soltanto lui.

Erano persone molto diverse tra di loro, ciascuna con la sua storia sofferta, ma a tutti bastava condividere il desiderio di non bere perché le distinzioni sociali, culturali, di sesso o di religione, non contassero più niente. Non aveva più importanza neppure la loro identità, e infatti chi voleva rimanere anonimo usava soltanto il nome di battesimo.

Alcuni contavano i giorni di astinenza dall'alcol minuziosamente, uno a uno: sessantatré, io centoquattro, io soltanto venti... Si dicevano consapevoli che la guarigione non sarebbe mai stata sicura del tutto, ma aggiungevano di essere certi, ormai, che fosse possibile. Possibile da un punto di vista fisico, tramite la disintossicazione naturale. Possibile soprattutto da un punto di vista psicologico, continuando ad affrontare e risolvere le cause più profonde della dipendenza.

Mi colpì la sintonia profonda e misteriosa che cresceva tra i presenti mentre parlavano. Chi aveva vinto la sua battaglia la rafforzava spiegando agli altri come percorrere la stessa via. Chi era ancora malato si lasciava incoraggiare dai successi altrui, e cominciava a sperare davvero nella guarigione.

Cominciai a pensare che anche questi ultimi, forse, avrebbero sconfitto il demone dell'alcol. Forse questa cura che a me sembrava antica, quasi un rito collettivo arcaico, poteva rivelarsi moderna. Per una strana associazione, mi tornò alla mente il costume di certi pastori protestanti olandesi, che un tempo facevano anche i medici. Vagabondando per i paesi, curavano l'anima insieme al corpo, perché dicevano che non c'è salute dell'una senza salute dell'altro e viceversa. In altre parole, pensavano che ogni cura efficace fosse anche, e sempre, "spirituale".

Negli anni trenta del Novecento, quando due alcolisti americani smisero di bere e cercarono di aiutarsi a restare sobri, nessuno pensava che avrebbero trovato milioni di seguaci in centinaia di paesi. Oggi, tuttavia, le terapie di gruppo conoscono diverse tipologie e coprono una grande varietà di malattie e disturbi.

Non tocca a un profano come me spiegare i loro meccanismi, semplici soltanto all'apparenza. Come persona comune, sento però di poter trarre una morale dalla bella fiaba dei due amici alcolisti, che spesso mi è ritornata alla mente nel corso della vita.

L'uomo è un animale sociale, è anzi l'animale sociale per eccellenza, ma spesso si trova terribilmente solo di fronte ai suoi problemi, alle sue angosce, ai suoi fallimenti. Ebbene, per salvarsi ha assoluto bisogno di recuperare un rapporto di reciproca "simpatia" e "compassione" con gli altri. Come dice l'etimologia di queste due parole, deve "sentire insieme" al suo prossimo. Ascoltarsi, parlarsi, confrontarsi, significa infatti rafforzare e moltiplicare l'esperienza di ciascuno di fronte alle difficoltà comuni. Le terapie di gruppo, tutte le terapie di gruppo, nascono dalla convinzione di quanto siano necessarie questa sintonia e questa solidarietà.

Ricordo che la lontana riunione a Palazzo Capponi non fugò tutti i miei dubbi. Alcuni dei presenti garantivano che in molti casi la terapia funzionava, eppure mi chiedevo quanto coraggio e umiltà occorressero per confessare in pubblico la propria debolezza, addirittura la propria malattia. Quanti ci potevano riuscire? Uno su cento? Uno su mille?

Mi sbagliavo. Dopo molti anni, forse troppi, ho capito che quel coraggio e quella umiltà non sono soltanto possibili, ma rappresentano l'unica alternativa alla più grave delle incoscienze. Quella di tenersi tutto dentro, quella di voler rimanere orgogliosamente e disperatamente soli con le proprie difficoltà, la propria sfiducia, la propria rassegnazione.

Dobbiamo saperlo: non siamo unici, checché ci dica il nostro orgoglio, bensì ripetibili negli altri. Dunque parlare con gli altri aiuta a capire che la nostra sofferenza è comune alla loro per il semplice fatto che appartiene alla condizione umana. E se quello che affligge noi assomiglia a quello che fa soffrire tanti altri, allora ciò che ha salvato altri può aiutare anche noi. Relativizzare se stessi è un passo umile e necessario per amare davvero se stessi e per affrontare davvero la vita.

A distanza di quarant'anni dall'incontro a palazzo Capponi, questa piccola, semplice, umana verità mi pare ancora più necessaria. Per chi è malato e anche per chi si crede sano. Internet è un'opportunità straordinaria, ma il conformismo della società informatica impone a tutti nuove solitudini, nuove sofferenze, perfino nuove ipocrisie, che a me paiono peggiori di quelle antiche. Siamo in balia di una deriva narcisistica che esige di mostrarsi agli altri sempre diversi e migliori di quello che si è: più belli, più giovani, più sani, più ricchi, più tutto.

Guardo i selfie delle mie figlie adolescenti, dei loro amici, e mi chiedo quanta sofferenza debba esserci nel sentirsi sempre inadeguati rispetto ai modelli irraggiungibili che la nostra società sta imponendo. Perché non apparire per quello che siamo? Perché non condividere con gli altri la nostra sofferta realtà e non soltanto i nostri sogni? Perché non aiutarsi reciprocamente a portare i nostri fardelli, che sono quasi sempre i pesi di tutti? Insomma, perché non uscire dall'ossessione infelice dell'io e del mio?

Credo che la cura della nostra società non dovrebbe essere molto diversa da quella adottata dagli alcolisti anonimi. Ancora una volta servirebbe una terapia di gruppo – in questo caso un gruppo immenso - fondata sul coraggio dell'umiltà, della condivisione, dell'altruismo. Diciamolo, se la parola non spaventa troppo, fondata sull'amore per sé e per gli altri.

Carlo Còccioli

di Leopoldo Gori, giornalista

“ L'Italia – non sono il primo che lo afferma – è forse un paese meraviglioso : ma è certo un paese vile. Eroi, santi, scienziati, navigatori, abbiamo inventato ogni cosa, dal papato alla televisione, dalla macchina per tagliare il burro all'America. Paese meraviglioso, l'Italia è un paese vile perché è uno dei rarissimi paesi del pianeta che non sappia o non voglia affrontare il dramma dell'alcolismo “.

Queste parole le scriveva Carlo Coccioni nel 1973 nella prima edizione di *Uomini in fuga – la grande avventura degli alcolisti anonimi*. Parole e frasi che, tirate fuori con la verve di una ragione di vita, mi ripeteva spesso anche qualche anno dopo quando – forse accomunati dall'amore per la verità – si parlò e si discusse quel tanto da fare amicizia.

Carlo Coccioli (scrittore e giornalista toscano di grandissima intelligenza, sensibilità e valore, morto da più di dieci anni) si era trasferito a Città del Messico, dove viveva gestendo una libreria e scrivendo – essendo poliglotta – sia per riviste messicane che straniere. In quel periodo scriveva molti articoli per il quotidiano “La Nazione” e una volta l’anno rientrava a Firenze e trascorrevano del tempo nella sua abitazione in Sdrucchiolo dei Pitti. Con la forza trascinatrice che lo distingueva, arrivava al giornale arrabbiato, perché quello che in America e altrove esisteva e funzionava, a Firenze (ma anche nel resto d’Italia) stentava ad essere capito. Quando aveva fatto proposte per la formazione di gruppi di Alcolisti Anonimi, medici e altri professionisti lo avevano preso in giro dicendo che le sue idee sulla cura dell’alcolismo erano americanate.

Eppure i fatti parlano chiaro: Coccioli, in questo suo “paese vile” era riuscito a farci nascere il primo gruppo italiano di Alcolisti Anonimi, mosso sia dal desiderio di aiutare un suo amico che era nel problema che dalla necessità di portare un aiuto concreto nei difficili meandri della società italiana. Erano infatti avvenute – per sua integerrima volontà - le prime riunioni informative fiorentine e italiane a palazzo Capponi (il conte Capponi che la ospitò è morto da poche settimane) e all’istituto Stensen nell’estate del 1974. “La prima edizione italiana del mio *Uomini in fuga* era uscita da un anno – raccontava Carlo Coccioli - e fu la prima letteratura utile al primo gruppo di via Rucellai in quanto conteneva anche esperienze scritte di alcolisti anonimi messicani. Ma poi ho avuto anche l’onore di essere stato il primo a tradurre in italiano la letteratura ufficiale : i Dodici Passi, le Dodici Tradizioni , eccetera “.

Oggi migliaia di alcolisti italiani che hanno trovato la salvezza in A.A. sanno che la storia dell’Associazione comincia dall’amorosa caparbieta di un giornalista scrittore mezzo toscano e mezzo messicano. Al quale qualcuno avrebbe anche proposto che gli venga intestata una strada.

Hector Mendez e le sue testimonianze fiorentine: una nascita di Alcolisti Anonimi(materiale raccolto da Allaman Allamani –già coordinatore del Centro Alcolologico ASF

Hector: il suo alcolismo, i suoi ricoveri, il suo recupero (1967- 1973)

Hector M., giovane messicano che da un certo tempo abitava in Italia, nell’anno 1967 fu ricoverato per alcolismo nel manicomio di San Salvi di Firenze, una prima volta in estate e la seconda in inverno, e in ambedue i casi fu degente in un reparto di persone affette da demenza.

Nella Clinica neuropsichiatrica di Firenze, Hector era stato trasferito dall’accettazione psichiatrica, diretta dal professor Sacenti, parte del vecchio Spedale di Santa Maria Nova nel centro di Firenze. A quell’accettazione venivano portati tutti gli ubriachi, anche quelli raccolti per strada dai Fratelli della Misericordia, insieme ai folli bisognosi di un ricovero d’urgenza, oltre alle persone che avevano tentato il suicidio; a tutti, subito legati al letto, venivano somministrate larghe dosi di psicofarmaci per via intramuscolare, e catetere uretrale a permanenza così da non bagnare lenzuola e materassi. Gli ubriachi meno gravi venivano dimessi cessata la sbornia, tutti gli altri dopo un giorno o due venivano trasferiti nella clinica psichiatrica.

Hector da tempo era dedito all’alcol, e aveva fatto questa trafila perché aveva tentato il suicidio dopo essersi ubriacato. Il dottor Giuseppe Fioravante Giannoni, che stava frequentando il primo anno di specializzazione in clinica delle malattie nervose e mentali, ne parlava così:

“Un bel ragazzo, di carnagione scura, dai capelli corvini e riccioluti, riservato e schivo, dai modi gentili ed educati, le mani ben curate; però triste, molto triste. Gli era passata ormai l’ebbrezza alcolica ma non la tristezza. Camminava senza fare alcun rumore con le sue scarpette da casa di pelle scamosciata, e consumava i pasti piuttosto appartato, in silenzio. Parlai con lui perché incaricato di compilare la storia clinica. L’anamnesi: viveva a Firenze ma era sudamericano, in passato era stato anche studente, adesso gestiva un negozio di oggetti da regalo. Nel parlare, sempre in modo molto misurato, dei suoi problemi, aveva messo in secondo piano l’alcolismo mentre dava più importanza ai suoi problemi affettivi.

Andai nei giorni seguenti a far visita a Hector nel suo negozio, piccolo ma brioso e coloratissimo. Lui stava lì pensieroso ed inquieto, me lo confidò , e non aveva più voglia di attendere a quella

occupazione che odiava perché gli rammentava la sua vita con l'alcol; manifestava odio per quel negozio ma l'odio era rivolto a se stesso, si detestava. Volle farmi in dono un piccolo soprammobile di ceramica smaltata a colori vivacissimi. Lasciai Hector, convinto di una prossima bufera.

E venne la tragedia. Una notte, in preda ad ebbrezza sfrenata, Hector dapprima aveva quasi sfasciato la casa, urlando come un forsennato, coprendo tutti di ingiurie per poi tagliarsi le vene dei polsi: sangue dappertutto, ché sanguinante aveva corso per tutte le stanze, con l'arrivo dell'autoambulanza, la disperazione e l'impotenza. Il giorno dopo trovai Hector in Clinica, i polsi fasciati da bende. Quando mi vide cominciò a piangere, era veramente dispiaciuto per quello che aveva fatto.”

Hector ricorda che durante il ricovero non ricevette visita alcuna e che, per non deprimersi ulteriormente, si alzava alle quattro del mattino mettendosi a spazzare i corridoi del reparto, e poi lavava piatti e pentole per tutti. Tornato in Messico, qualcosa trasformò la sua vita: iniziò a frequentare Alcolisti Anonimi, e fu capace di diventare stabilmente sobrio, di superare depressione e sconforto, e di porre su basi nuove i rapporti con se stesso. Con gli amici alcolisti del Gruppo Valle de México, andava due volte alla settimana a parlare di A.A. coi ricoverati nell'ospedale psichiatrico. Inoltre, un suo caro amico e sponsor lo portava con sé all'ospedale per tubercolotici, e anche li “trasmettevano il messaggio di A.A.

Carlo Coccioli, scrittore e giornalista, suo intimo amico, e attentissimo osservatore delle esperienze di Hector nei gruppi di A.A., ricorda nella prefazione del suo *Uomini in Fuga* la propria “vicinanza amorosa” a tale persona “ammalata di alcolismo attivo: orrore mescolato con amore. Né con te né senza di te...credo siano stati diciassette gli interminabili anni dell'angoscia...era un'indifesa libellula che si trasformava in un giaguaro. Ma tanto la libellula quanto il giaguaro li tenevo in vita io....Poi un giorno apparve A.A. dopo un mio viaggio in Terra Santa...Vi andai per chiedere un miracolo – proprio così - al santo cabalista Isaac Luria, chiamato il Leone, vissuto secoli fa e sepolto nel remoto cimitero galileo di Safed...Il fatto più incredibile è che il ‘miracolo’ mi venne concesso. Tornato in Messico, e dopo gli ultimi brevi scoppi di furore, la persona entrò nel gruppo A.A. Valle de México, dove si salvò”.

Arrivo di Hector e di Carlo Còccioli a Firenze nel 1974

Hector tornò a Firenze nel 1974 grazie alla proposta di Carlo Coccioli di utilizzare per sé e per lui due biglietti aerei per l'Europa con ritorno a tre mesi, che si sarebbero potuti spendere nell'estate. Hector racconta che il caso volle che al lavoro, dov'era impiegato in Messico, gli concedessero inaspettatamente quel periodo così lungo di ferie perché un collega era disposto a sostituirlo. Così prese l'aereo, mentre Coccioli l'avrebbe seguito a breve. Mentre si trovava sul treno diretto in Italia, cominciò a pensare che non avrebbe voluto passare questo tempo senza frequentare un gruppo A.A.

Hector così descrive il seguito del viaggio. “[Poi] aprii un finestrino e vidi uno spettacolo meraviglioso: c'era la luna, e il sole che sorgeva dalla parte opposta. Allora ricordai quello che mi avevano detto i dottori a San Salvi le due volte che ero uscito dall'ospedale – ‘il vino rosso fa buon sangue, prendi ai pasti un bicchiere’, ‘bevi birra, non bere alcolici’ – e quando chiusi il finestrino, oh Dio, ecco la soluzione, ecco il mio compito. Andare a San Salvi per parlare con i medici e raccontare che non bevevo più. Dirgli che ero un alcolista anonimo. Le mie vacanze erano ormai scomparse, il mio scopo era parlare con gli alcolisti rinchiusi come me dentro il manicomio. Volevo dire loro che c'era una soluzione per evitar di bere, che c'era una vita migliore senza l'alcol, che l'alcolismo era una malattia; e volevo dire ai medici che non continuassero a ripetere agli alcolisti rinchiusi quello che mi avevano ripetuto anni prima, e raccontare quello che avevo imparato nei gruppi. Per fortuna portavo con me il Libro *Alcohólicos Anónimos* e i 12 Passi, in spagnolo”.

“Quando mi ripresentai al dottor Giuseppe Giannoni (che fu così il primo medico a favorire la nascita di A.A. in Italia), e gli raccontai quello che mi era accaduto in Messico, lui tutto sorpreso non mi credeva. Mi fece un sacco di domande. Prima credette che fossi lì per esser ricoverato di

nuovo, poi mi guardò e mi chiese se ero ancora brillo, ed io gli dissi 'no! Solo per oggi, no!' E mi domandò: 'Allora domani sarai ubriaco?' 'No!', e cercai di spiegargli come funziona A.A. Poi arrivarono altri medici, con più domande, nient'altro che domande. 'Sei forse un medico?' 'No, sono solo un alcolista'. 'Sei uno psichiatra come noi?' 'No, non lo sono'. 'E' propaganda americana?' 'No, il programma è nato negli USA, ma non è propaganda'. 'Quanto costa A.A.?' 'Niente, solo ognuno di noi contribuisce con quello che vuole nel gruppo'. 'Allora è una setta religiosa?' E così via tante domande alle quali grazie a Dio e senza cadere in contraddizione potei rispondere. Alla fine il dottor Giannoni mi incoraggiò: 'Come ti posso aiutare?' Allora gli chiesi il favore di mettermi in contatto con gente come me, malata e rinchiusa negli ospedali e mi rispose: 'Hai voglia!. Ce ne sono parecchi.' "

"Dopo due giorni il dottor Giannoni mi chiamò per comunicarmi che avevo il permesso di andare a parlare con quattro alcolisti. Così un bel pomeriggio, in una stanza del manicomio, e senza che fosse presente alcun operatore, facemmo un gruppo A.A. con Gigliola, Edoardo e altri due ricoverati, presumibilmente inviati da Giannoni. Era la prima volta a San Salvi, là si aprì il primo gruppo istituzionale A.A. in Italia - era l'estate 1974, probabilmente il mese di giugno. Io provvedevo a portare bibite e caramelle. A questo gruppo, dopo che nel luglio erano avvenute le due Pubbliche Informazioni a palazzo Capponi e allo Stensen, mi accompagnò anche Silvano L. Il gruppo durò fino alla mia partenza per il Messico; poi, mentre Silvano rimase come incaricato, i partecipanti in seguito confluirono nel gruppo di via Rucellai."

Hector riferisce che in quell'estate faceva *dodicesimi* anche nella clinica psichiatrica a Poggio Sereno, sotto Fiesole, grazie alla disponibilità del dottor Manfredo Baronti "Questi dodicesimi mi hanno molto aiutato. Il dottor Baronti era molto gentile e mi diede una mano ad occuparmi senza egoismi dei ricoverati d'alcolismo di quella clinica, al cui letto mi fermavo a parlare. "

Passato un po' di tempo arrivò Coccioli, che aveva casa a Firenze in Sdrucchiolo de' Pitti. Coccioli aveva timore di una ricaduta di Hector, non potendo immaginare che aveva già fatto esperienza nel trasmettere il messaggio negli ospedali psichiatrici di Città del Messico. Pensò comunque di promuovere l'apertura di A.A. a Firenze, e tutti e due organizzarono una riunione pubblica d'informazione su A.A. prima nel Palazzo Capponi, e successivamente all'Istituto Stensen. La gente, gli amici, gli dicevano "ma siete matti: qui a Firenze siamo 'gente per bene' mica degli ubriacconi: non ci saranno alcolisti, verranno forse solo degli americani."

Prima Pubblica Informazione a Firenze: 4 luglio 1974, Palazzo Capponi

Coccioli ed Hector scrissero un articolo sulla *Nazione*, giornale su cui Coccioli pubblicava, per invitare le persone alla prima Riunione Pubblica d'Informazione durante la quale fu presentata l'iniziativa di far sorgere l'attività di A.A. a Firenze. La riunione ebbe luogo nel palazzo Capponi in via Gino Capponi, il pomeriggio del 14 luglio 1974. Come racconta Hector, "la sala era bellissima, c'era il podio e tante sedie vuote, poi cominciai a passare il tempo, e non c'era quasi nessuno. Io con la testa bassa, dicevo la Preghiera della Serenità, ero l'unico alcolista e sedevo accanto a Coccioli. Avevo con me una piccola campana di argilla nera, e così cominciai la riunione. Un po' nervoso, forse anche troppo, non saprei, cominciai a leggere l'enunciato, e a parlare della storia di A.A. e del miracolo di vita di Bill e Bob, a cui nessuno pareva credere, e, attraverso la mia storia, di quello che A.A. aveva fatto per me. Poi Coccioli raccontò quello che aveva vissuto con me nei seguendomi nei gruppi messicani, e che aveva testimoniato in 'Uomini in Fuga'".

Secondo il ricordo del dottor Giannoni, che era presente, "fu un incontro anche caotico ed imbarazzante per la presenza beffarda di qualche turista francese, tra cui un intellettuale che si presentava con un fiaschetto di Chianti ed un bicchierotto a calice come usavano una volta, di vetro giallino col piede celeste attaccato alla coppa oblunga. Si mise ad offrirne a tutti, poi tirò fuori dalla tasca interna della giacca una fiaschetta schiacciata di argento piena di cognac anche questo offerto in giro."

Poi, ed è ancora Hector, "col passare del tempo arrivò più gente, anche dei medici, ed io divenni più tranquillo, e sentii la presenza di Dio. I medici posero le loro domande, e sembrava temessero che A.A. potesse rubar loro i malati di alcolismo. Alla fine diedi il mio numero di telefono, invitando chi aveva dubbi o vergogna a parlare e far domande, a farlo telefonicamente, e informai

dell'anonimato e del suo significato Una riunione che avrebbe dovuto essere di un'ora e mezza durò più di tre ore". Ed alla fine, attraverso una spera di sole, apparve come un 'ectoplasma', vestito di bianco, la figura di Silvano, che divenne poi un pioniere di A.A. (Roberto C.)E ancora Hector: "Tornai a casa un po' stanco e sudato, però contento di aver svolto il mio compito. Il telefono squillò diverse volte, e dopo un po' chiamò con una voce roca un uomo che mi voleva vedere all' indomani. Gli dissi di sì, e mi dette appuntamento a un bar in Piazza Beccaria. Andai a trovarlo verso le 5 di sera, ed era il mio primo dodicesimo in Italia. Silvano L. aveva il suo tavolino pieno di bicchieri, perché, come diceva, da 25 anni non poteva smettere di bere, e per lui era necessario bere. 'Io sono un derelitto' mi diceva. Gli raccontai della mia storia, del mio arrivo nel gruppo, delle 24 ore, insomma di tutto quello che si deve dire a un nuovo che sta chiedendo aiuto, ascoltando con attenzione, senza fretta, ed evitando di rimproverarlo perché stava bevendo. Avemmo giornalmente qualche altro appuntamento nello stesso luogo."

Seconda Pubblica Informazione a Firenze: 11 luglio 1974, Istituto Stensen

Dopo poco Carlo Còccioli, con Hector, organizzò una seconda riunione, che si tenne all'Istituto Stensen. Questa seconda riunione, fu ben preparata e pubblicizzata sulla *Nazione*, spiegava luogo, data e ora della riunione. Erano disponibili degli opuscoli di A.A. in italiano, da poco arrivati in mano ad Hector. Hector riferisce: "prima di cominciare ecco che apparvero, grazie a Dio, gli amici del gruppo A.A. americano di Via Napoli a Roma. Erano Carlo C. (l'onorevole) e una donna alcolista, Licia. Ci siamo presentati come alcolisti, e loro avevano letto il libro di Coccioi. Al tavolo dei relatori c'erano Carlo C., Licia, Carlo Coccioi e alcuni medici; io ero il coordinatore. Penso che tutto questo cominciò ad essere il miracolo. Quella sera durante la riunione, parlò Carlo C., e poi tra gli altri una donna inglese in attesa di un bambino, Jocelyn, la quale con voce dolce, e col suo accento inglese, raccontò parte della sua storia vissuta in Inghilterra" (Hector).E ancora Hector: "Tra i molti presenti c'era anche il dottor Manfredo Baronti, il medico amico di A.A., e un A.A. solitario, Malcolm, americano pensionato che abitava a Fiesole. In fondo alla sala si trovava anche Silvano L., che non vedevo da 10 giorni (avvolto, come riferisce Jocelyn, in un impermeabile bianco, insolito data la stagione, e che da vicino si mostrava però sporco), che alzò la mano, vincendo la barriera della 'vergogna'. Silvano, con la sua voce roca, affermò: 'Voi medici mi conoscete quasi tutti. Mi avete disintossicato parecchie volte, però mai mi avete detto come smettere di bere, invece grazie a questo giovane messicano sono 10 giorni che non bevo'. Io sentii la pelle d'oca, tutto si svolgeva mediante le domande della gente, dei medici, e con le testimonianze: ero tanto contento e felice di quello che ascoltavo. Al fondo alla sala un'altra mano: 'Sono il parroco della chiesa americana di via Rucellai, nel mio paese ci sono tanti di questi gruppi di A.A., li conosco; se volete avere una riunione oggi stesso, ecco, c'è un posto per voi, ci sono sedie e tavoli, caffè, zucchero e tazze, da oggi stesso potete fare lì le vostre riunioni!' In quel momento avevo gli occhi quasi pieni di lacrime, non credevo a tutto ciò che stava accadendo. Il miracolo della Trasmissione del Messaggio stava dando i suoi frutti."

Il primo gruppo A.A. a Firenze in via Rucellai (luglio 1974)

"Silvano diventò quasi subito il decano degli Anonimi toscani. Quello che univa queste persone era un improponibile miscuglio di sofferenza, bisogno, e improvviso, sconosciuto amore. La voglia di fare, impellente, fu subito all'opera, e qualche giorno di frenetico e confuso lavoro produsse una sede presso la Chiesa Americana di via Rucellai, alcuni opuscoletti in italiano stentato mutuato dagli A.A. della Svizzera Italiana, un gruppo disordinato di neo Servitori, ed una ferrea unione fra alcolisti fiorentini, romani, e altoatesini. Le Riunioni si tenevano a Firenze, Roma, e Bolzano. Si partiva in macchina e si andava. Si parlava di alcol e sobrietà, di angoscia e sorrisi, di riunioni e di nuovi ancora da avvicinare. E di catarsi.

Gia', le catarsi, considerate per lungo tempo il principale strumento di recupero, erano l'argomento preferito da Silvano che gli valse il soprannome di Catarsi. Non so se l'ha mai saputo, ma credo che non si sarebbe offeso. Quell'uomo intelligente e sensibile aveva anche uno spiccato senso dell'umorismo. " (Renato)

Bibliografia

- fonti orali:*
- conversazioni del 9 ottobre e del 4 novembre 2014 in via Toselli con membri di A.A. toscana Jocelyn, Renato, Luciano, Umberto, Cristian, Sisto ed Hector (per skype);
 - mia conversazione telefonica con Bruno G., A.A., 4 novembre 2014
 - conversazione con Renato, dicembre 2018
- fonti scritte:* Hector M (corrispondenza email mediante lettere elettroniche del 2014; anche attraverso Alcolisti Anonimi gruppo on-line in lingua italiana)
- Alcolisti Anonimi, area della Toscana (1999) *25 anni in Toscana*;
 - Roberto C., *Grato ad A.A. cronache e storie*, non pubblicato;
 - Carlo Coccioli (1973) *Uomini in fuga*, Rizzoli.