

L'efficacia del trattamento comunitario delle dipendenze. Analisi di follow-up nella comunità "Casa di Giano" di Trento

Antonio Simula*, Laura Lunesu**

SUMMARY

■ **Introduction.** *The issue of assessing effectiveness is attracting more and more interest in those who work in the addiction field. From an economic point of view, there is now a need to keep public expenditure as low as possible. All states need to find the best possible treatment in terms of maximum effectiveness at a minimum cost, which means spending the money allocated in the best possible way. In order to make this possible, it seems necessary to think of an effective type of intervention defined as such when it reaches the objective for which it was implemented.*

Materials and method. *The purpose of the study is to evaluate the effectiveness of therapeutic programs activated at the therapeutic community "Casa di Giano" of a sample of 48 subjects who have carried out a therapeutic path in the period between 2014 and 2018. To carry out the follow-up, a structured questionnaire has been developed, consisting of 44 questions, administered by telephone interview.*

Results. *The majority of the subjects who have carried out a therapeutic path in "Casa di Giano" are mostly males and in almost three-quarters of cases, the sending to "Casa di Giano" by the local services was requested for a problem related to an alcohol addiction. Those who enter the community have a low level of education, are unemployed and have no stable relationship. Age differences are observed in genders with a male population tending to be younger than the female population.*

Conclusions. *The results of the study made it possible to clearly outline the characteristics of the respondents and to investigate their condition of well-being in the period following the conclusion of the therapeutic program at "Casa di Giano" highlighting that the maintenance of abstinence in the post-community period is associated with the completion of residential treatment, the duration of treatment and participation in another therapeutic program of recovery from addiction (e.g. Ser.D., A.A., C.A.T. etc.).* ■

Keywords: *Addiction, Follow-up, Quality of life, Effectiveness, Recovery.*

Parole chiave: *Dipendenze, Follow-up, Qualità della vita, Efficacia, Recovery.*

In questo studio vengono presentati i risultati del follow-up realizzato a "Casa di Giano", una comunità terapeutica con sede a Santa Massenza nella Valle dei Laghi (TN), gestita dal Centro Trentino di Solidarietà Onlus, rivolta a soggetti con disturbi psichici coesistenti con disturbi correlati a sostanze.

Sono proposti due percorsi di cura: il modulo "Doppia Diagnosi" caratterizzato da una forte impronta terapeutica in senso clinico, in cui è possibile accedere previa diagnosi di disturbo da uso di sostanze e concomitante disturbo psichico primario o secondario all'uso di sostanze; il modulo "Sobrietà" un modulo specifico per persone con diagnosi di disturbo alcol-correlato, cocainismo e gioco d'azzardo.

* *Sociologo responsabile organizzativo del Centro "Ricerca & Studio" del Centro Trentino di Solidarietà.*

** *Laureata in Metodologia, Organizzazione e Valutazione dei Servizi Sociali presso l'Università degli Studi di Trento. Collabora con il Centro Ricerca & Studio del Centro Trentino di Solidarietà.*

Nel primo modulo il progetto riabilitativo prevede un percorso della durata massima di 18 mesi, il secondo invece ha una durata media di 6 mesi prorogabili a seconda delle esigenze valutate caso per caso.

L'intervento terapeutico si diversifica a seconda delle problematiche diagnosticate: utenza che necessita di un intervento contenitivo ad indirizzo emotivo-comportamentale, utenza che necessita prevalentemente di trattamenti supportivi.

L'accesso al trattamento avviene attivando l'UVM (unità di valutazione multidisciplinare) per la valutazione del paziente e la successiva presa in carico.

In sede di UVM se la valutazione e la diagnosi effettuata identifica la Comunità di Giano quale comunità appropriata rispetto alle problematiche e gli obiettivi per una presa in carico, il paziente accede al percorso terapeutico residenziale.

Questa fase, della durata approssimativa di circa due mesi, è la cosiddetta fase conoscitiva (anamnesi).

Si tratta di acquisire tutte le informazioni relative al paziente che inizia un percorso riabilitativo: situazione familiare, storia del

sintomo, terapia farmacologica assunta, i bisogni espressi, le difficoltà ma anche le risorse.

L'obiettivo è quello di individuare la risposta terapeutica più efficace ed adeguata ad ognuno, come definito insieme all'équipe multidisciplinare.

Successivamente alla fase conoscitiva segue la valutazione psicodiagnostica in cui vengono attualmente somministrati i seguenti test:

- SCL 90-R entro sette giorni dall'ingresso;
- MMPI entro dieci giorni dall'ingresso;
- Batteria ENB, Matrici Progressive di Raven, TIB;
- eventuali altri test ritenuti utili (disegno della Famiglia, disegno dell'Albero, disegno della Figura Umana, test di Rorschach).

Tutti i test vengono somministrati e refertati da uno psicologo abilitato.

La presa in carico comporta la definizione e l'avvio di un progetto terapeutico coerente con la valutazione diagnostica effettuata nella fase di accoglienza e rispondente alla domanda di aiuto della persona.

Sia nel modulo "Doppia Diagnosi" che nel modulo "Sobrietà", sono previsti la disintossicazione "drug free", i colloqui individuali motivazionali e gruppi di sostegno ai familiari, i colloqui di sostegno psicologico e psicoterapia individuale, le attività comunitarie ergoterapiche e laboratoriali e i gruppi terapeutici, incontri informativi e culturali, attività di trekking terapia e attività fisica e sportiva, l'educazione sanitaria, l'assistenza sociale e l'accompagnamento al reinserimento sociale e lavorativo ove ci siano le condizioni.

Il solo modulo "Sobrietà" invece, prevede anche l'accompagnamento ai gruppi alcolici territoriali (CAT) o gruppi territoriali di Ecologia Familiare (CEF) e il coinvolgimento familiare durante tutto il trattamento residenziale nei gruppi multifamiliari per la condivisione e il sostegno della persona.

Tali gruppi vedono la partecipazione sia dell'utente direttamente interessato che dei familiari e delle persone significative.

La ricerca prende in esame un campione di 48 soggetti che hanno svolto un percorso terapeutico a "Casa di Giano" nel periodo compreso tra il 2014 e il 2018 e che vi sono rimaste per un periodo di almeno tre mesi.

Lo studio effettuato sulla valutazione dei programmi terapeutici attivati a "Casa di Giano", ha l'obiettivo generale di valutare l'efficacia dei vari processi terapeutico-riabilitativi, mettendola in relazione con le condizioni cliniche di partenza dei soggetti.

La valutazione ha inoltre permesso al Centro Trentino di Solidarietà Onlus di individuare la presenza di eventuali punti deboli dei propri programmi terapeutici, allo scopo di implementare il proprio lavoro, nello specifico con riferimento alle aree in cui è emersa una scarsa efficacia e di migliorare la qualità dell'offerta terapeutica.

Introduzione

In Italia i notevoli cambiamenti intervenuti nell'area del consumo hanno portato alla nascita delle comunità terapeutiche, quale modello di intervento per contenere il problema della tossicodipendenza (Peroni e Clerici, 2015).

Nel corso del tempo il sistema di cura delle dipendenze infatti ha visto una crescita sostanziale di possibilità, di modelli, di tipologia di servizi, mettendo in discussione quelli che erano i tradizionali strumenti e modelli di cura delle dipendenze (Sollini, 2018).

La dipendenza da sostanze comporta un notevole onere economico alla società dal punto di vista dei costi sanitari (servizi di

prevenzione, trattamenti specifici e prestazioni sanitarie) e dei bilanci di spesa (di assistenza previdenziale e di natura legale).

Per combattere gli sprechi appare necessario impiegare le risorse nel modo migliore, coniugando efficacia ed economicità attraverso dispositivi trattamentali e organizzativi sostenibili (Selle, 2014).

La sfida è quella di migliorare il livello di soddisfazione dell'utente in presenza di una contrazione di risorse finanziarie disponibili.

Per rendere possibile ciò risulta necessario esaminare il benessere e la qualità della vita dopo il trattamento in CT valutando le misure di esito, l'astensione e il ruolo del supporto continuativo (Dekkers *et al.*, 2020).

Le CT infatti, hanno meriti significativi nella promozione del *recovery*, del reinserimento e dell'integrazione sociale.

È indispensabile considerare la guarigione come un processo di lunga durata, in cui il supporto continuativo è fondamentale (Vanderplasschen *et al.*, 2013).

Il *recovery* non si limita all'astensione o all'assenza di sintomi, ma consiste in un processo di cambiamento personale delle proprie attitudini, valori, sentimenti, obiettivi, capacità e/o ruoli (Anthony, 1993).

È un modo di vivere una vita produttiva anche con i limiti che l'uso di sostanze comporta.

Il termine *recovery* infatti, può essere tradotto con "guarigione funzionale", ovvero, il raggiungimento di una condizione di equilibrio con la malattia, che si integra con il concetto di "guarigione clinica" centrato sulla assenza di sintomi.

Come scrivono Coletti e Grosso (2011, p. 405) "una comunità non alimentata e non continuamente orientata da un pensiero critico e comune, periodicamente verificato anche da 'occhi esterni' è una comunità molto a rischio, per i pazienti e anche per gli operatori. La valutazione costante di quanto si fa è una necessità imprescindibile, un must professionale, un dovere morale".

Nella valutazione dei progetti terapeutici rivolti a persone con una o più dipendenze, è fondamentale tenere presente che non sempre è possibile identificare un rapporto diretto e di semplice lettura fra trattamento effettuato e risultati ottenuti: spesso quest'ultimo si somma a una serie di interventi antecedenti e dipende da diverse variabili (Di Clemente, 1993); è dunque evidente come, nella valutazione dell'efficacia del trattamento delle dipendenze, non sia possibile applicare lo stesso metodo che si utilizza per dimostrare l'efficacia di un farmaco, in cui la correlazione di causa-effetto è chiara ed epurata dalla eventuale presenza di fattori confondenti (Hansen *et al.*, 2002).

L'obiettivo dell'indagine è pertanto quello di monitorare l'evoluzione dello stato clinico di ciascun ospite e valutare l'efficacia stessa del trattamento in essere.

Purtroppo nel nostro Paese la ricerca valutativa dei processi di erogazione dei servizi nell'ambito delle tossicodipendenze e degli esiti di trattamento è ancora molto limitata, mentre negli Stati Uniti d'America da oltre trent'anni sono state realizzate ricerche valutative su scala nazionale (De Angeli e Serpelloni, 2005).

A partire dalla revisione della letteratura, l'indagine di follow-up realizzata dal Centro Trentino di Solidarietà Onlus si pone l'obiettivo di confrontare la condizione di vita rilevata prima dell'ingresso a "Casa di Giano" con quella osservata dopo l'uscita dalla comunità terapeutica.

Nonostante i risultati suggeriscano significativi miglioramenti nell'uso di sostanze tra i soggetti che hanno seguito un trattamento terapeutico a "Casa di Giano", lo studio non è in grado di dimo-

strare l'efficacia del trattamento in CT dal momento che si sono riscontrati situazioni di ricaduta e tassi di recidiva notevoli.

È chiaro che si tratta di un primo tentativo di fare una valutazione, ma che di per sé risulta essere ancora molto lontano da tale concezione.

Materiale e metodo

Lo strumento a cui si è ricorsi è il questionario strutturato, elaborato grazie alla collaborazione del Ser.D. e del Servizio di Alcolologia di Trento, e del Centro Ricerca & Studi del Centro Trentino di Solidarietà Onlus.

Il questionario si struttura in due parti:

- Nella prima parte vengono raccolte tutte le informazioni relative alle caratteristiche sociali e demografiche degli intervistati.
- La seconda parte, invece, riguarda alcune dimensioni, quali:
 - stato di benessere, misurato con sette domande: una riferita alla salute fisica, una allo stato emotivo e cinque al benessere psico-fisico. Per effettuare la valutazione del benessere, ci si è avvalsi dello strumento WHO – 5 (*Who – Five – Well – Being – Index*), un breve questionario che misura il benessere psicologico con riferimento alle due settimane precedenti.
 - Assunzione di sostanze, misurata con due domande: la prima riferita all'assunzione di sostanze nel periodo seguente al percorso in comunità terapeutica e la seconda riferita al momento dell'intervista.
 - Condizione lavorativa misurata con una domanda che fa riferimento allo stato occupazionale attuale, ovvero al momento dell'intervista.
 - Condizione abitativa misurata con una domanda relativa al vivere da soli o con qualcuno nella fase successiva alle dimissioni.
 - Relazioni sentimentali, indagata con una domanda riferita alla presenza/assenza di un compagno/a stabile al momento dell'intervista.

Il questionario è stato elaborato dopo aver esaminato e valutato strumenti analoghi già impiegati da altre realtà impegnate nel settore delle dipendenze patologiche, allo scopo di rendere la ricerca confrontabile con altre situazioni, ad esempio è stata prestata particolare attenzione all'ultima versione disponibile in Italia dell'*Addiction Severity Index* (ASI).

La somministrazione del questionario è avvenuta tramite intervista telefonica (CATI: *Computer – Assisted Telephone Interviewing*) nel periodo compreso tra marzo e ottobre 2018.

La popolazione di riferimento qui considerata è costituita dai pazienti che hanno fatto ingresso a "Casa di Giano" nel periodo 2013-2017 e sono rimasti presso la comunità per un periodo di almeno tre mesi.

Rispetto alla popolazione descritta, sono 48 le persone che hanno portato a termine l'intervista, pari al 46,2% del totale e il tasso di caduta, calcolato come il rapporto tra i soggetti che per qualsiasi motivo non è stato possibile intervistare e la popolazione di riferimento, è pari al 53,8%.

Risultati

Al momento della somministrazione del questionario il gruppo degli intervistati era composto da 40 maschi di 43,6 anni e 8 femmine di 44,5 anni.

Nel complesso la maggior parte dei soggetti ha un'età media inferiore a 51 anni (N: 37-77,1%).

Dalla raccolta dei dati è emerso come la maggioranza dei soggetti abbia un livello di scolarità medio-basso.

Infatti, su 48 persone (tot.), 30 (62,5%) hanno una "scolarità bassa", mentre 17 (35,4%) ne hanno una "alta" e di questi solo uno afferma di aver conseguito la laurea e nel restante caso il dato non è noto.

Trentaquattro soggetti (70,8%) (29 m e 5 f) erano celibi o nubili, 6 (12,5%) erano coniugati, 7 (14,6%) erano divorziati, 1 (2,1%) era vedovo.

Dall'analisi inoltre emerge come soltanto una minoranza di rispondenti (N: 4) sia uscita dal nucleo familiare di origine, mentre una quota consistente (N: 14) afferma di vivere ancora con i propri genitori.

Oltre la metà delle persone assistite asserisce che la sostanza primaria per cui è stato richiesto il trattamento in CT è l'alcol (N: 33; 68,7%), seguita da eroina (N: 8; 16,7%), cocaina (N: 3; 6,2%) e cannabis (N: 3; 6,2%).

Una sola persona (2,1%) riporta di avere problemi legati al gioco d'azzardo patologico (GAP).

Dall'analisi è emerso che 10 persone (20,8%) hanno una dipendenza da 1-5 anni, seguite da coloro che fanno uso da 6-10 anni (N: 6; 12,5%).

La maggioranza delle persone (N: 11-22,9%), invece, ha una problematica da 11-15 anni, 9 soggetti da 16-20 anni (18,7%), 8 individui da 26 anni e più (16,7%) e 1 persona (2,1%) da 21-25 anni.

Nei restanti 3 casi (6,3%) il dato non è presente.

Ai fini del follow-up è, inoltre, importante capire quante di queste 48 persone hanno avuto altre precedenti esperienze a "Casa di Giano" e viceversa.

A tale proposito, da un'osservazione dei percorsi terapeutici è possibile rilevare che 31 intervistati (64,6%) hanno seguito un solo percorso in comunità, mentre i restanti 17 (35,4%) due o più percorsi.

Bisogna inoltre tenere presente che non esiste un trattamento universale valido per la cura della tossicodipendenza, ma è necessario combinare tra loro diversi trattamenti nel corso del tempo. Prima dell'inizio del percorso terapeutico a "Casa di Giano" 16 (33,3%) delle persone intervistate (tot. 48) non avevano mai avuto precedenti esperienze di altri programmi terapeutici di recupero dalla dipendenza, 12 (25,0%) frequentavano il Ser.D., 11 (22,9%) avevano fatto esperienze in altre comunità terapeutiche, 4 (8,3%) frequentavano i club alcolologici territoriali, 2 (4,2%) i programmi ospedalieri, 1 (2,1%) gli Alcolisti Anonimi e in 2 casi (4,2%) non è stato possibile rilevare il dato poiché non presente.

Dal confronto tra situazione lavorativa prima di iniziare il percorso in comunità e il momento attuale, nella maggior parte dei casi (N: 29) la situazione è rimasta invariata: più specificamente 22 persone hanno mantenuto la condizione di disoccupazione o sottoccupazione, 6 continuano ad avere un lavoro stabile e 1 sta proseguendo con gli studi.

Rispetto ai 48 intervistati complessivi, 9 hanno trovato un nuovo lavoro mentre 8 l'hanno perso e in 2 casi i soggetti hanno preferito non dare una risposta.

Si è inoltre deciso di confrontare la condizione abitativa antecedente l'ingresso a "Casa di Giano" con quella attuale.

Dai dati raccolti è emerso come in 36 casi (75,0%) la condizione abitativa sia rimasta invariata: più nel dettaglio, 19 intervistati (52,7%) continuano a coabitare con qualcuno, viceversa 17 (47,2%) continuano a vivere soli.

Per indagare la condizione di astinenza dei rispondenti, si è deciso di formulare due items specifici e di confrontarli con due periodi temporali differenti: il periodo seguente la conclusione del programma terapeutico e il momento dell'intervista.

Rispetto al primo periodo, più della metà delle persone (N: 30) afferma di non essere tornata a fare uso di sostanze dopo la conclusione del programma a "Casa di Giano", le restanti 18 (37,5%) dichiarano, invece, di avere avuto una o più ricadute. La sostanza assunta più frequentemente è l'alcol, a cui seguono cocaina ed eroina.

Con riferimento al momento dell'intervista 24 persone hanno mantenuto la condizione di astinenza, 15 intervistati hanno ridotto progressivamente il consumo di sostanze fino ad eliminarlo completamente, dichiarando di essere attualmente astinenti (miglioramento), nonostante 6 soggetti dichiarino di essere rimasti astinenti dopo il percorso in comunità ma di non esserlo attualmente (peggioramento).

In merito alla condizione di benessere nelle ultime due settimane, si è ricorsi all'utilizzo dell'indice di benessere dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), ottenuto sommando il punteggio dato a ciascuna domanda, ricavando dei punteggi complessivi totalizzati sulle 5 domande inerenti al benessere degli intervistati (punteggio da 0 a 25).

Se il punteggio grezzo è inferiore a 13 o se il/la paziente ha risposto con 0-1 a una delle cinque domande, l'Organizzazione Mondiale della Sanità consiglia di somministrare un questionario diagnostico della depressione (ad es. il Major Depression (ICD-10) Inventory), poiché un punteggio inferiore a 13 indica uno scarso stato di benessere.

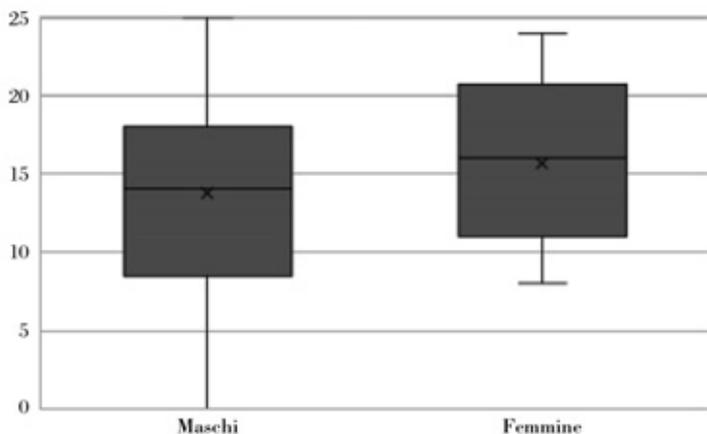
Rispetto al benessere secondo il genere, nel box plot (graf. 1) si nota come il livello di benessere delle donne sia tendenzialmente maggiore rispetto a quello degli uomini.

Il valore mediano, ossia quello che divide a metà la distribuzione, infatti, è superiore nella scatola di destra rispetto a quella di sinistra.

Da un'attenta osservazione, inoltre, è possibile notare come nel genere femminile la scatola sia più simmetrica rispetto a quella del genere maschile e ciò sta a significare che i maschi assegnano punteggi più eterogenei rispetto alle femmine.

Con riferimento alla lunghezza dei baffi, dal grafico è possibile dedurre come nel caso dei maschi ci sia una maggiore dispersione dei dati, dovuta all'eterogeneità dei punteggi assegnati da questi.

Graf. 1 - Benessere e genere a confronto ("Doppia Diagnosi" e "Progetto Sobrietà")

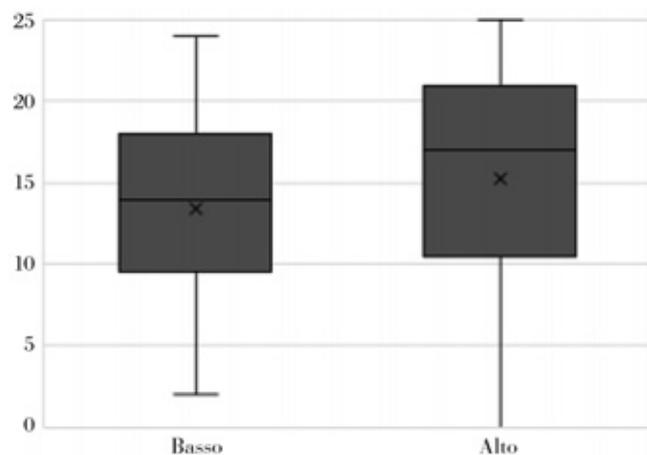


Dalla rappresentazione grafica a seguire (graf. 2), è possibile notare come ad un alto livello di scolarizzazione corrisponda una migliore condizione di benessere, e viceversa, ad un basso livello una peggiore condizione di benessere.

Considerando il valore che divide la distribuzione in due metà uguali (mediana), esso è superiore nelle persone con una scolarità maggiore rispetto a quelle con un livello di istruzione minore.

La grandezza delle scatole, inoltre, appare differente nella rappresentazione di sinistra rispetto a quella di destra: è infatti possibile dedurre come il 50% degli intervistati con un'alta scolarizzazione assegni un punteggio superiore (compreso tra 10,5 e 21), mentre il 50% dei pazienti con un basso livello di istruzione ne assegni uno inferiore (compreso tra 9,5 e 18).

Graf. 2 - Benessere e titolo di studio ("Doppia Diagnosi" e "Progetto Sobrietà")



Dal grafico (graf. 3) è possibile notare che gli intervistati che sono coniugati stiano meglio rispetto a quelli che sono celibi/nubili o divorziati.

Nel primo caso infatti, il valore della mediana è nettamente superiore rispetto agli altri due casi e in ragione a ciò è possibile dedurre come il 50% degli ex pazienti assegni un punteggio più elevato al proprio benessere, compreso tra 12,5 e 22,75.

Con riferimento alla lunghezza dei baffi, inoltre, è possibile comprendere che ci sono delle differenze tra i tre gruppi.

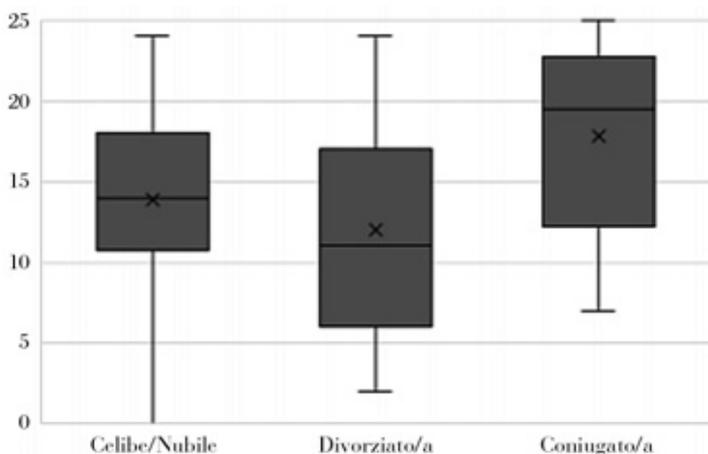
Mentre nel gruppo dei celibi/nubili e dei divorziati i baffi sono più lunghi e pertanto le risposte più eterogenee (da valore minimo a valore massimo), in quello dei coniugati i baffi sono più corti e di conseguenza le risposte si concentrano maggiormente (punteggio che va da 7 a 25).

Questo dato conferma quanto emerge dalla letteratura: le relazioni interpersonali rivestono un importante fattore di gratificazione e ricoprono una fondamentale funzione evolutiva nell'uomo.

In merito al confronto tra benessere e percorso terapeutico intrapreso, il box plot (graf. 4) mostra che il livello di benessere degli intervistati che hanno seguito un percorso in "Doppia Diagnosi" è tendenzialmente superiore rispetto a quello riferito dagli utenti del "Progetto Sobrietà".

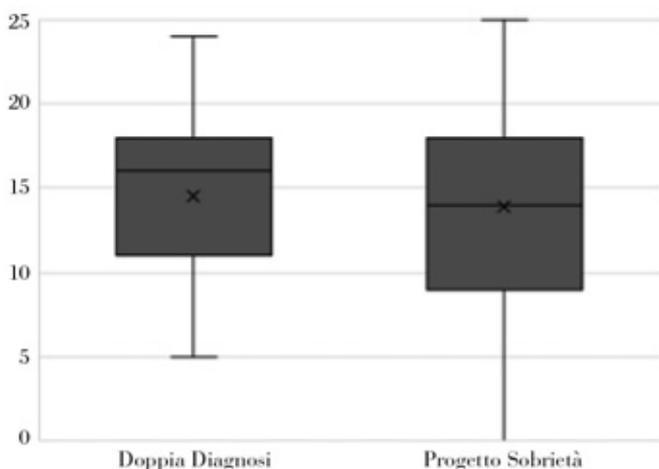
Il valore mediano è infatti superiore nei primi rispetto ai secondi: se si osservano le grandezze delle "scatole", si può inoltre comprendere che il 50% degli intervistati di "Doppia Diagnosi" riferisce un benessere compreso tra i valori 11 e 18 mentre per gli utenti del "Progetto Sobrietà" il 50% si colloca tra i valori 9 e 18.

Graf. 3 - Benessere e stato civile (“Doppia Diagnosi” e “Progetto Sobrietà”)



Infine, anche la lunghezza dei baffi è differente nei due gruppi, segnalando che nel “Progetto Sobrietà” le risposte sono più eterogenee (arrivano infatti fino ai valori minimo e massimo previsti) mentre nei pazienti in “Doppia Diagnosi” le risposte sono maggiormente concentrate.

Graf. 4 - Benessere e percorso terapeutico: il programma “Doppia Diagnosi” e il programma “Progetto Sobrietà” a confronto



Come ben documentato in letteratura la condizione di astinenza/ricaduta è correlata alla condizione di benessere generale (Cibin *et al.*, 2018).

Le persone che hanno deciso di autodimmettersi infatti assegnano un punteggio più basso alla propria condizione di benessere rispetto a quelle che sono state dimesse, le quali ne assegnano uno più alto.

Sempre con riferimento all’uso di sostanze nel periodo successivo al programma residenziale, gli intervistati che hanno riiniziato ad assumerle percepiscono una peggiore condizione di benessere (N: 14).

In merito, invece, alle persone che dichiarano di aver mantenuto una condizione di astinenza nel periodo post “Casa di Giano” e che hanno dato una valutazione positiva al proprio benessere, esse sono complessivamente 24.

Si è scelto di mettere in relazione anche il benessere con la presenza di eventuali altri trattamenti terapeutici di recupero dalla dipendenza.

Dal confronto è emerso che gli intervistati che hanno scelto di sottoporsi ad altri programmi dopo l’uscita da “Casa di Giano” affermano di stare meglio, rispetto a coloro che invece hanno deciso di non frequentare nessun altro programma, che invece asseriscono di stare peggio.

Conclusioni

In conclusione, dal follow-up sono emersi alcuni dati significativi, grazie ai quali è stato possibile offrire una prima misura, seppur semplice, dell’efficacia dei trattamenti terapeutici (“Doppia Diagnosi” e “Progetto Sobrietà”) attivati dal Centro Trentino di Solidarietà Onlus a “Casa di Giano”, i quali sono stati sintetizzati in una serie di punti.

Per valutare l’efficacia dei due programmi si è ricorsi a due macro aree:

- la sospensione prolungata o la riduzione del consumo di sostanze psicoattive;
- il miglioramento complessivo della qualità della vita del soggetto sottoposto al trattamento (De Angeli e Serpelloni, 2002; Gianotti, 2003; OMS, OEDT, UNDCP, 2006; Serpelloni e Simeoni, 2003; Ugolini, 2005; Broekaert *et al.*, 2017).

Si è deciso di analizzare i possibili fattori predittivi determinanti tali percentuali di successo e tentare di individuare così le variabili che possono influenzare il raggiungimento di un esito favorevole del trattamento.

A tale proposito, è stato possibile formulare le seguenti valutazioni:

1. il completamento del trattamento residenziale è un fattore predittivo di astinenza: la conclusione positiva del programma terapeutico (dimissione) è correlata ad una sospensione dell’uso di sostanze (astinenza), nonché ad un miglioramento della qualità di vita dopo il trattamento. Dai dati è emerso che gli intervistati che decidono di autodimmettersi dopo l’uscita da “Casa di Giano” ritornano a fare uso di sostanze più frequentemente rispetto, invece, a quelli che vengono dimessi, i quali rimangono perlopiù astinenti.

2. La durata del trattamento rappresenta uno dei fattori in grado di predire un esito post-cura favorevole.

Secondo alcune recenti revisioni della letteratura internazionale (Malivert *et al.*, 2011; Vanderplasschen *et al.*, 2013) numerosi studi mostrano come vi sia una correlazione positiva fra il tempo trascorso in trattamento e il mantenimento della condizione di astinenza (Molin *et al.*, 2015).

Appare evidente che rimanere aderenti al trattamento presso una comunità è segno di consapevolezza.

Anche nel follow-up effettuato emerge come periodi più lunghi in trattamento siano connessi a risultati migliori in termini di astinenza.

L’esito del programma incide sul ritorno all’uso di sostanze: dall’indagine infatti è stato possibile dedurre che le persone che riiniziano a fare uso di sostanze sono per la maggior parte quelle che hanno concluso il percorso in modo insoddisfacente (insuccesso), mentre quelle che rimangono astinenti sono quelle che lo hanno portato a termine in modo discreto o buono (successo parziale e successo).

3. La correlazione tra astinenza e partecipazione ad un altro programma terapeutico di recupero dalla dipendenza nel periodo post “Casa di Giano” appare significativa.

Gli intervistati che dopo il termine del programma terapeutico si sono sottoposti ad un altro trattamento di recupero dalla dipendenza hanno mantenuto una condizione di astinenza,

al contrario, gli intervistati che affermano di non aver intrapreso alcun percorso terapeutico dopo il programma a "Casa di Giano", dichiarano di essere tornati a fare uso delle sostanze. Dallo studio sono emersi risultati interessanti, nonostante siano emersi alcuni limiti.

Tra le criticità emerse dallo studio vi sono:

- il problema della rispondenza, ancora decisamente scarsa e tale da impedire generalizzazioni dei risultati.
- L'impossibilità di distinguere il percorso "Doppia Diagnosi" da "Progetto Sobrietà", vista la scarsità di soggetti che hanno deciso di partecipare al follow-up, analisi che si sarebbe rivelata interessante con una popolazione di riferimento più numerosa per operare un confronto tra le caratteristiche dei pazienti che intraprendono il programma "Doppia Diagnosi" e quelli che intraprendono "Progetto Sobrietà".
- L'alta percentuale di rifiuti al follow-up, dovuta probabilmente ad una difficoltà da parte degli ex-pazienti a ripensare all'esperienza in comunità o ad una mancata risoluzione della problematica iniziale, non ha permesso di indagare la condizione di benessere di tutti i pazienti individuati inizialmente e quindi di doversi limitare ai soli rispondenti, senza comprendere fino in fondo quanto il trattamento a "Casa di Giano" incida su una migliore qualità di vita.

I risultati dello studio oltre che confermare ricerche precedenti hanno permesso di delineare le caratteristiche dei pazienti che accedono a "Casa di Giano", individuando in maniera più specifica la dimensione psicologica e lo stato di benessere nel periodo successivo alla conclusione del programma terapeutico. Tale affermazione è confermata dalla letteratura stessa, secondo cui "la dimensione psicologica del tossicodipendente è associata a particolari tratti di personalità preesistenti oltre che ad uno stile cognitivo orientato internamente tendente ad amplificare le sensazioni ed incapace di esprimere le proprie emozioni" (Savron *et al.*, 2001, p. 86).

Attraverso puntuali ricerche di *follow-up* le Comunità terapeutiche possono riformulare i propri programmi riabilitativi per far fronte alle problematiche derivanti dalla cronicizzazione e dalla disabilità, rivestendo un ruolo di primo piano non solo gestionale ma anche progettuale rispetto al paziente e ai Servizi inviati.

Bibliografia

- Anthony W.A. (1993). Recovery from mental illness: the guiding vision of mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabil Journal*, 16: 11-23.
- Broekaert E., De Maeyer J., Vandeveld S. *et al.* (2017). Quality of life in therapeutic communities for addictions: a positive search for wellbeing and happiness. *Journal Groups Addict Recover*, 12: 207-221.
- Chiamulera C., Cibir M. (2019). *Aftercare e post-prevention nelle addiction. Verso il benessere*. Edizioni Publiedit.
- Cibir M., Sgualdini E., Hinnenthal I.M. (2018). Il trattamento residenziale dei Disturbi da Uso di Sostanze. In: Lugoboni F., Zamboni L. (a cura di), *In Sostanza. Manuale sulle dipendenze patologiche*. Verona: Edizioni CLAD-Onlus, pp. 244-250.

- Coletti M., Grosso L. (2011). *La comunità terapeutica per persone tossicodipendenti*. Torino: Gruppo Abele.
- Davoli M., Amato L. (2011). La valutazione dell'outcome come strumento per migliorare la qualità delle cure. *Medicina delle Dipendenze*, 4: 32-37.
- De Angeli M., Serpelloni G. (2002). I progetti di ricerca sulla valutazione dell'outcome e del processo di trattamento nell'ambito delle tossicodipendenze: una revisione della letteratura scientifica. In: Serpelloni G., De Angeli M., Rampazzo L. (a cura di), *La valutazione dell'outcome nei trattamenti della tossicodipendenza*, Regione Veneto, pp. 113-152.
- De Angeli M., Serpelloni G. (2005). La valutazione dell'efficacia dei trattamenti nelle tossicodipendenze: una revisione internazionale della letteratura scientifica. In: Ugolini P. (a cura di), *op. cit.*, pp. 83-95.
- Dekkers A., De Ruyscher C., Vanderplasschen W. (2020). Perspectives on addiction recovery: focus groups with individuals in recovery and family members. In: *Addict Res Theory* (early online).
- Di Clemente C. (1993). Changing Addictive Behaviours: a process perspective. *Psychological Science*, 2: 101-106.
- Gianotti C. (2003). *Dipendenze: la qualità della cura dei Servizi*. Milano: FrancoAngeli.
- Hansen N.B., Lambert M.J., Forman E.M. (2002). The psychotherapy dose-response effect and its implications for treatment delivery services. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9: 329-343.
- Malivert M., Fateséas M., Denis C., Langlois E., Auriacombe M. (2011). Effectiveness of therapeutic communities: a systematic review. *European Addiction Research*, 18(1): 1-11.
- Molin V., Pellegrini G., Ferrucci R., Lovaste R. (2015). La recidiva tossicomane post comunitaria. Analisi di follow up degli inserimenti in C.T. 2004-2014 di pazienti con diagnosi di dipendenza da sostanze noti ai Ser.D. trentini. *Mission (FederSerd)*, 44: 63-72.
- OMS, OEDT, UNDCP (2006). Linee guida internazionali per la valutazione dei servizi e dei sistemi per il trattamento dei disturbi da uso di sostanze psicoattive.
- Serpelloni G., Macchia T., Mariani F. (a cura di). *Outcome. La valutazione dei risultati e l'analisi dei costi nella pratica clinica nelle tossicodipendenze*. National Outcome Project del Ministero della Solidarietà Sociale, pp. 21-52.
- Peroni D., Clerici M. (2015). *Doppie diagnosi in comunità terapeutica*. Milano: FrancoAngeli.
- Savron G., Tranquilli S., Bartolucci G. (2001). Caratteristiche psicopatologiche in un campione di tossicodipendenti ospiti in comunità terapeutiche. *Rivista di psichiatria*, 36(2).
- Selle P. (2014). Definizione dei concetti e delle tematiche riguardanti l'outcome da un'ottica aziendalistica. In: Bignamini E., Andreatta D., Liborio M., Carnino C., Faro G., Ferrari L., Gatti R., Manassero P., Somaini L., Teta E. (a cura di), *Outcome nelle dipendenze. Esiti della patologia esiti del trattamento*. Milano: CE.R.CO Edizioni.
- Serpelloni G., Simeoni E. (2003). La valutazione dell'outcome nei trattamenti delle tossicodipendenze nella pratica clinica. In: Serpelloni G., De Angeli M., Rampazzo L. (a cura di), *La valutazione dell'outcome nei trattamenti della tossicodipendenza*. Regione Veneto, pp. 19-62.
- Sollini R. (2018). Il futuro della comunità terapeutica. In: Lugoboni F., Zamboni L. (a cura di), *In Sostanza. Manuale sulle dipendenze patologiche*. Verona: Edizioni CLAD-Onlus.
- Ugolini P. (2005). *Qualità e outcome nelle dipendenze. Dibattito europeo e italiano, esperienze in Emilia Romagna*. Milano: FrancoAngeli.
- Vanderplasschen W., Colapert K., Autrique M., Rapp R.C., Pearce S., Broekaert E., Vandeveld S. (2013). Therapeutic communities for addictions: a review of their effectiveness from a recovery-oriented perspective. *The Scientific World Journal*: 1-22.