

Fare Cura attraverso la rete: il caso di Eleonora

Annamaria Martinelli[^], Margarita Tyropani^{*}, Andrea Materzanini[°]

Poiché la disperazione era un eccesso che non gli apparteneva, si chinò su quanto era rimasto della sua vita, e riiniziò a prendersene Cura, con l'incrollabile tenacia di un giardiniere al lavoro, il mattino dopo il temporale.

Alessandro Baricco, *Seta*, 2007

Publicato online: 08/07/2021

L'équipe multidisciplinare dei servizi delle Dipendenze del DSMD della Franciacorta nel corso degli anni ha sviluppato una capacità di prendersi Cura del soggetto dipendente attraverso una prassi integrata, per la quale le attività riabilitative sono di volta in volta e caso per caso pianificate sulla base dei reali bisogni del paziente e ben delimitate nelle loro competenze (Materzanini, 2018).

Nel corso degli anni, infatti, ci si è resi conto che le soluzioni "a pacchetto" imposte agli utenti di un servizio mal si conciliano con una mentalità integrativa.

Il personale dei Ser.D ha acquisito una specializzazione che ha permesso di delineare il piano ed il confine del proprio operare.

In assenza di limiti e di consapevolezza del proprio ruolo, è immanente tanto il rischio di bombardare in modo disordinato il mondo interno ed esterno del paziente, quanto il rischio di agire inconsciamente, non riuscendo ad essere équipe che cura (Freni, 2000).

Il caso di Eleonora che andremo a descrivere ne è un esempio. In questi ultimi anni sono molto diffusi i concetti di *integrazione e multidisciplinarietà*, in genere ritenuti utili ed euristicamente validi rispetto alla possibilità di fornire una risposta più creativa ed efficace nella cura degli stati di dipendenza.

L'*integrazione* implica un complesso processo dialettico che presuppone una chiara *differenziazione* dei vari elementi ad esso inerenti e la *consapevolezza* degli elementi osservazionali, con l'aspettativa del *cambiamento* e della Cura.

Inoltre, rispetto alla cura, si presume esista una *équipe multidisciplinare* che sul piano operativo sia coinvolta in un'integrazione composta dall'articolazione di risposte che i Servizi delle Dipendenze sono chiamati a dare, nel riconoscimento e trattamento delle condizioni cliniche in un contesto sociosanitario contemporaneo.

Tale contesto è però sempre più condizionato da indiscutibili preoccupazioni economico-aziendali che mal si conciliano con le soggettività chiamate in campo dal disagio mentale correlato alle dipendenze.

[^] Responsabile U.O.S.D. Dipendenze.

^{*} Dirigente Medico Ser.D. Orzinuovi.

[°] Direttore del Dipartimento per la Salute Mentale e Dipendenze – D.S.M.D. ASST Franciacorta, Brescia.

Ancor oggi, il destino di un individuo dipende in larga misura dalla capacità di contenimento e Cura di famiglia, comunità, operatori e servizio con cui viene a contatto.

L'approccio integrato nella diagnosi e nel trattamento della dipendenza dovrebbe essere una questione di *umiltà* e di *Rispetto per l'Altro* (Freni, 2000).

Il caso di Eleonora

Il caso di Eleonora (nome di fantasia) è risultato complesso dal momento che ha richiesto una fitta integrazione tra la rete territoriale e il Servizio Ser.D., dovuta all'attivazione di programmi multidisciplinari e alla risoluzione di problematiche anche burocratiche che sono emerse nel corso della presa in carico.

L'attivazione della rete territoriale ha coinvolto l'assistente sociale del comune di residenza che ha predisposto l'invio al servizio su richiesta insistente dei familiari, gli operatori della Tutela Minori, i 3 medici curanti MMG che si sono susseguiti nella presa in carico della paziente, gli operatori della U.O. di Disabilità Adulti, il medico dell'Hospice del POT (Presidio Ospedale Territorio) di Orzinuovi, il neurologo, i colleghi della divisione di Medicina Interna dell'Ospedale di Iseo e Chiari, i colleghi delle U.O di Alcolologia coinvolte e gli operatori della comunità terapeutica, e il CAF.

Tale rete è stata importante nella gestione della complessa situazione della paziente.

La sig.ra Eleonora, nata all'inizio degli anni ottanta, si è presentata al Servizio delle Dipendenze nel marzo 2020, in piena pandemia Covid-19, per problematiche legate all'uso di alcool.

Ogni volta che la paziente si è presentata in servizio, lo ha fatto sotto effetto di alcool, non curata nell'aspetto e nell'igiene personale, disorientata nei parametri spazio temporali e già compromessa per una polineuropatia esotossica nella deambulazione tanto da dover essere sostenuta ed accompagnata dai familiari.

L'accesso non è mai stato spontaneo per la scarsa consapevolezza delle problematiche alcolcorrelate e la scarsa capacità di critica e di giudizio nei confronti della propria condizione di malattia.

Dalla cartella clinica si evince che: “I colloqui risultavano difficili a causa dell’intossicazione da alcool. La paziente, infatti, alternava momenti di risa con momenti di piagnucolio. Data la continua intossicazione, ogni inferenza riguardante i suoi stati mentali, ne era inficiata. Il suo corso di pensiero risultava rallentato, ed è stato dunque impossibile valutare alterazioni delle sensopercezioni”.

Dai colloqui con la paziente e dai contatti effettuati con l’operatore del servizio inviante, l’assistente sociale del Comune di residenza, emergeva una situazione di gravità, dal punto di vista personale, familiare, sociale e lavorativo.

Eleonora beveva quotidianamente, il compagno, nel marzo 2020, ha lasciato l’abitazione tornando a vivere con i suoi genitori e portando con sé il figlio di 8 anni.

Precedentemente, nel febbraio 2020, date le assenze continue ed ingiustificate dal lavoro, Eleonora è stata licenziata.

A settembre 2020 il compagno ha ottenuto l’affido esclusivo del minore.

Eleonora al momento del contatto con il servizio viveva sola, avendo perso entrambi i genitori per malattia in giovane età.

Il fratello, di 32 anni, vive nello stesso paese di residenza di Eleonora, ma non risulta che abbiano un rapporto significativo.

Come figure rilevanti nella vita della paziente, sono state segnalate una zia e un’amica della madre, che Eleonora considera vicina quanto una zia.

La signora M., infatti, ha sempre tenuto i rapporti con i vari operatori con cui è venuta a contatto (Ser.D., medico curante, A.S. del Comune).

La paziente ha riferito di aver cominciato l’utilizzo di alcool a 16 anni, inizialmente solo il fine settimana in compagnia.

Dal 2012, ha incrementato l’uso di alcool, pare dopo la nascita del figlio e, al momento della prima visita, beveva giornalmente circa 6-7 lt di vino.

Per questo motivo, è stata formulata diagnosi di “Dipendenza da alcool continua”.

La terapia con sodio oxibato, 30 ml/die, impostata per Eleonora ad aprile 2020 non ha avuto beneficio per la scarsa collaborazione della signora nel programma di disintossicazione ambulatoriale.

Si sono alternati momenti in cui la paziente mostrava di accettare passivamente gli interventi proposti con momenti in cui la paziente si mostrava poco propensa nei confronti di un percorso di cura e recupero.

Sono stati segnalati diversi accessi al PS per cadute in seguito ad intossicazione acuta da alcool. Vista l’emergenza Covid-19, e i frequenti accessi al PS, Eleonora, con l’approvazione della signora M., ha consentito al suo inserimento in un contesto comunitario, previa disintossicazione dall’alcool.

A giugno 2020, la paziente è stata ricoverata presso il reparto di alcologia dell’Ospedale di Palazzolo (BS) ed è stata successivamente trasferita presso la Medicina Interna dell’Ospedale di Iseo per epatopatia acuta esotossica su epatopatia severa. Dopo alcuni giorni, la paziente si è autodimessa senza concludere l’iter diagnostico proposto dai colleghi e sottovalutando le sue condizioni fisiche.

Eleonora ha ripreso l’uso di alcool ed è stata nuovamente accompagnata nell’agosto 2020 al PS per verosimile caduta accidentale.

In seguito, è stata ricoverata nel reparto di medicina Interna di Chiari per riscontro di anemia e insufficienza renale con globo vescivale, dove è stata sottoposta a trasfusione di EC.

La paziente si è dimessa nuovamente contro il parere dei sanitari.

La diagnosi alle dimissioni corrisponde con quanto segue: “Anemia grave da perdita gastroenterica, gastrite microemorragica, esofagite, multipli focolai di ESA post traumatici, insufficienza renale acuta, ritenzione acuta urina, infezione delle vie urinarie, epatopatia alcolica a evoluzione cirrotica”. Eleonora pian piano ha perso l’autonomia personale e le persone a lei vicine hanno segnalato difficoltà nella cura dell’igiene con perdita della capacità di controllo degli sfinteri, difficoltà nell’alimentazione e difficoltà nella deambulazione.

A settembre 2020, non è stato possibile effettuare ricovero presso la Alcologia di Arco, la paziente non era autonoma, si è presentata in carrozzina, indossando il pannolone.

Nel frattempo, è stata ricoverata in Medicina Interna dell’Ospedale di Iseo.

Ad inizio ottobre 2020 è stata dimessa con diagnosi di infezione delle vie urinarie da enterococco faecum, intossicazione acuta da alcool, disidratazione con peggioramento acuto della funzione renale, ipo natriemia e potassiemia, malnutrizione calorico-proteica ed anemia (terapia trasfusionale).

Nel frattempo, è stata contattata l’Alcologia dell’Ospedale di Rivolta d’Adda ed è stato fissato un ricovero per metà dicembre 2020.

Ad ottobre 2020 Alessandra è stata ricoverata presso la comunità terapeutica di Paitone dove è rimasta per meno di 24 ore.

Alessandra ha riferito che sentiva la mancanza della propria casa e del figlio e ha abbandonato la comunità terapeutica.

Nel novembre 2020 subisce osteosintesi omerale destra in seguito a caduta accidentale.

Le pratiche per la nomina dell’AdS (amministratore di sostegno) prendono inizio al mese di ottobre e si concludono a marzo 2021 con la nomina della zia N.

A dicembre 2020 decide di non accettare il ricovero presso l’Alcologia di Rivolta d’Adda. Vengono fissati alcuni appuntamenti presso il Ser.D., l’ultimo dei quali risulta nei pochi giorni prima di Natale del 2020, durante il quale Alessandra accetta la proposta di ricovero presso “Villa Napoleon”, casa di cura psichiatrica con una sezione di Alcologia a Mestre.

Il ricovero viene fissato nella seconda decade di gennaio 2021. In prossimità al ricovero si apprese che la struttura non accetta pazienti non autonomi.

Per tale motivo, Eleonora rinuncia alla possibilità del ricovero nell’immediato, viste le sue gravi difficoltà nell’autonomia personale e vista la necessaria assistenza continua negli atti quotidiani. Si contatta la “Casa di cura Beato” di Palazzolo, che accetta pazienti non completamente autonomi.

Eleonora viene messa in lista d’attesa.

A fine gennaio 2021 Eleonora viene inizialmente ricoverata nel reparto di medicina interna dell’Ospedale di Iseo, poi in Terapia Intensiva dell’Ospedale di Chiari, successivamente nel reparto di Neurologia dove viene diagnosticata encefalopatia di Korsakoff-Wernicke e dalla RMN si riscontra mielinolisi pontina.

Successivamente viene trasferita all’Hospice di Orzinuovi per il riconvertimento del reparto di neurologia in reparto per pazienti Covid-19.

A causa della grave compromissione cognitiva, della sindrome da allettamento e delle difficoltà nell'alimentazione è risultato impossibile dimettere a domicilio la paziente.

La soluzione ideale sarebbe stata la collocazione in una RSD. In integrazione, i servizi si sono attivati per la richiesta di inserimento presso la struttura per disabili psichici della fondazione di Soncino (CR).

Il tutto per una più idonea presa in cura di Eleonora.

All'inizio di marzo 2021, viene effettuata riunione tra gli operatori del Ser.D. e gli operatori della Tutela Minori, che hanno in carico la situazione del minore, nella quale questi ultimi vengono informati circa le condizioni della paziente e gli eventuali percorsi terapeutici attivabili.

L'assistente sociale del Ser.D. sollecita diverse volte i familiari della paziente per espletare le pratiche della richiesta di pensione di invalidità.

Il Ser.D. si fa da intermediario con la commissione invalidi della ASST Franciacorta con la richiesta di valutare urgentemente i criteri di gravità per procedere all'inserimento in struttura residenziale per disabili.

In data 11/03/2021, viene effettuata una riunione tra gli operatori del Ser.D., il medico del reparto Hospice, gli operatori della disabilità, l'A.S. del territorio e l'A.S. del comune per definire la struttura più idonea ad accogliere Eleonora, provvedendo alla ridefinizione del servizio capofila della situazione e del ruolo dei servizi socio-sanitari in rete.

In data 19/03/2021 Eleonora ottiene la pensione di invalidità con assegno di accompagnamento.

Il giorno dopo si apprende il decesso di Eleonora dovuto ad una crisi respiratoria acuta.

Conclusioni

Il trattamento della dipendenza da alcol presenta livelli di efficacia elevati sia in termini di astensione dall'uso che di benessere personale, soprattutto se si riesce ad intervenire prima dell'insorgere delle maggiori complicazioni fisiche e sociali.

Questi buoni livelli di efficacia si possono ottenere, innanzitutto, mediante le risorse dei servizi attraverso interventi di aggancio precoce e applicazione delle strategie di rete e strumenti terapeutici integrati, sia di tipo farmacologico che psicologico.

Il trattamento del Disturbo da uso di Alcol è in gran parte *territoriale*.

Periodi di degenza in ospedale o comunità terapeutiche si rendono necessari allo scopo di affrontare i disturbi di astinenza, di effettuare una diagnosi in condizioni alcool-free, di impostare il successivo programma terapeutico.

La corretta dinamica tra i diversi luoghi di trattamento integrati che costituiscono i nodi della rete territoriale è un elemento fondamentale sia rispetto alla efficacia dei programmi, sia per un corretto impiego delle risorse (Cibin, Hinnenthal, 2012).

La storia di Eleonora si iscrive in un periodo di sofferenza dei Servizi delle Dipendenze e di quelli sociosanitari coinvolti nella cura per la pandemia da Covid-19 in corso.

Tutto ciò ha accelerato il già repentino aggravarsi delle condizioni cliniche della sig.ra, la grave disabilità manifestata e la sua dipartita.

L'atteggiamento mentale della équipe curante in rete è stato quello di oscillare, secondo un modello bi-modale, da una posizione attiva, volta a fornire le indicazioni ritenute valide al momento, ad una passiva-ricettiva, volta a comprendere il mondo interno ed esterno di Eleonora, il suo modo di porsi nel qui ed ora della relazione.

Data la situazione, è stato complicato intendere la "diagnosi" "come processo volto alla progettazione dell'intervento più efficace.

Sappiamo bene però che definiamo pazienti gravi proprio quelli che attaccano distruttivamente qualsiasi relazione o legame, poco suscettibili a qualsiasi trattamento.

Il compito difficile è quello di riportare all'interno di una pratica clinica integrata quella "frammentazione, disorganizzazione psichica, familiare e sociale" che abbiamo riscontrato in Eleonora (Vender *et al.*, 1997).

Tutto ciò ci ha fatto ripensare ad alcuni aspetti clinici che avevano caratterizzato l'intervento. Ad esempio, un'importante idealizzazione da parte degli operatori nelle azioni terapeutiche erogate dal Servizio delle Dipendenze che è servita da contraltare all'angoscia dei familiari di fronte ai comportamenti autodistruttivi della paziente.

O ancora, il bisogno della zia e della sig.ra M. di trovare un posto dove collocare la loro congiunta, essendo ormai non più in grado di tollerare le sue ricadute, veniva in qualche modo non soddisfatto dalla scarsa *compliance* e motivazione ad aderire alle proposte terapeutiche. Accettare solo il trattamento farmacologico con sodio oxibato ha significato per i familiari aprire la strada ad un possibile ennesimo affidamento alle loro cure che però non si sentivano di fornire (Vender *et al.*, 1997).

Non si è riusciti a cogliere le ricadute nell'uso di alcool come un "processo che viene da lontano e che porta l'alcolista a compiere una serie di eventi apparentemente insignificanti" (Cibin, Hinnenthal, 2012), nel senso che Eleonora non ne ha riconosciuto il significato.

Ciò l'ha portata a situazioni di alto rischio, come le condizioni cliniche in repentino aggravamento, rendendola invalida al 100%, tanto da ottenere un assegno di accompagnamento poiché non in grado di compiere gli atti quotidiani e bisognosa di assistenza continua (Marlatt, Gordon, 1985).

Le condizioni di alto rischio che hanno portato Eleonora a ricadere nell'uso di alcol si inscrivono nei conflitti famigliari ed interpersonali quali l'allontanamento del figlio, il licenziamento, le condizioni di restrizione e di paura del propagarsi del Covid-19 e gli stati emotivi negativi che ne sono conseguiti con l'aumento esponenziale del *craving* per l'effetto di violazione della astinenza e la percezione che l'alcool fosse l'unica salvezza al tracollo.

Per dirla con parole sue "o bevo o muoio".

Eleonora, però, ci ha permesso, nonostante i pregiudizi culturali orientati ad un atteggiamento di fredda rassegnazione, di non smettere di sperare.

È la nostra speranza che riduce la ferita narcisistica del paziente, che attenua la condizione di avvilitamento e di mortificazione in cui si trova (La Moglie *et al.*, 1999).

Eleonora ci ha messo di fronte anche alla elaborazione del lutto di un nostro paziente grave e complesso e alla domanda che tutti gli operatori della rete si sono fatti: "cosa avremmo potuto fare per evitare che...?".

L'équipe territoriale composta da tutti gli attori coinvolti nel caso di Eleonora ha sviluppato il più possibile una mentalità curante umile, dedita e rispettosa della singolarità dei partecipanti alla cura e della gravità della situazione, dando anche un supporto ai famigliari che sono stati concretamente aiutati a più livelli, ponendo particolare attenzione ai fattori predittivi negativi quali: grave disagio psicosociale, co-morbilità, alta emotività espressa.

In sintesi, l'intervento integrato territoriale si è orientato anche nell'aiuto delle persone significative in relazione con Eleonora in termini professionali credibili, senza necessariamente considerarli patologici, attivando la possibilità di contributi economici e sostenuti nell'assumere un ruolo di attiva e continua collaborazione con l'équipe curante.

In conclusione, la cura sarà il risultato della integrazione di tutto ciò che la rete territoriale mette in campo e non la semplice sommatoria di vari atti tecnici.

Il territorio che è capace di Cura intesa nel suo senso alto di premura e devozione è in grado di fare accoglimento empatico, significazione, rispetto per l'altro inteso come individuo con le sue singolarità competenza.

Fare Cura attraverso una rete territoriale comporta dei modi di fare e di essere che in passato venivano descritti con termini quali come vocazione, dedizione o missione e che come corrispettivo metaforico, rimandano al modello delle cure materne.

L'eccesso di professionalizzazione e di tecniche oggi disponibili, tendono ad oscurare ed inaridire quelle altre caratteristiche legate alla qualità della persona prima che del professionista, alla sua soggettività, alla sua potenzialità creativa e a ciò che autori come Hillman chiamano "fare anima" (Freni, 2000).

Bibliografia

- Cibin M., Hinnenthal N. (2012). Trattamento integrato dell'alcolismo: Gli strumenti e i luoghi di intervento. *Noos. Aggiornamenti in Psichiatria*.
- Freni S. (2000). L'approccio integrato nella diagnosi e nel trattamento della psicosi: Una questione di umiltà e di rispetto per l'A(al)tro. *Psichiatria Oggi. Fatti e opinioni dalla Lombardia*.
- La Moglie A., Penati G., Longhini M. (1999). La cronicità nei servizi psichiatrici territoriali. *Società Italiana di Psichiatria*.
- Marlatt G.A., Gordon J.R. (1985). *Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors*. New York: Guilford Press.
- Materzanini A. (2018). Perché non bastano gocce e pastiglie. In: *I luoghi del possibile. Fare salute mentale oggi*.
- Vender S., Callegari C., Pedroni R., Poloni N. (1997). Terapie con nuovi farmaci e trattamenti integrati nelle patologie gravi. *Psichiatria Oggi. Fatti e opinioni dalla Lombardia*.

I gruppi di motivazione al cambiamento per gli alcolodipendenti

Martina Ceccarini*

Publicato online: 08/07/2021

Come le droghe, l'alcol agisce sul circuito della gratificazione dando un senso di soddisfazione che può divenire autonomo rispetto alle altre emozioni ed alle situazioni fisiologiche di gratifica (Koob, Volkow, 2016).

Il bevitore eccessivo ricerca nella sostanza degli effetti precisi: un senso di calore (fisico e psichico, cioè di una parvenza di calore da contatto con gli altri), il senso di soddisfazione (percezione di pienezza, di aver scacciato la propria inutilità, il vuoto, il proprio disagio), la riduzione dell'ansia (azione ipno-inducente) (Cerizza, Borella, 2004).

Il trattamento dell'alcolodipendenza richiede una forte componente attiva e partecipativa da parte dell'individuo: la percezione di sé come agente del cambiamento è essenziale nella risoluzione di questo tipo di disturbi. In tal senso, la motivazione è assolutamente fondamentale.

I Gruppi di Motivazione al Cambiamento nascono dall'unione di due modelli principali.

Il primo è il modello del colloquio motivazionale elaborato da Miller e Rollnick (1994), che consiste in una struttura generale d'approccio all'utente che favorisce il cambiamento.

Il secondo modello è il Modello Transteorico del Cambiamento (Prochaska, DiClemente, 1986).

Il colloquio motivazionale rappresenta una metodologia efficace per offrire supporto alle persone in difficoltà, aiutandoli a mettere a fuoco la propria situazione e ad agire rispetto a disagi presenti o solo potenziali.

Le modalità del colloquio motivazionale sono persuasive più che coercitive e garantiscono un maggiore sostegno alle risorse della persona in favore del suo cambiamento.

L'obiettivo è aumentare la motivazione interiore dell'assistito, in maniera che il cambiamento avvenga, possibilmente, da "dentro".

Tale processo risulta tanto più efficace quanto più la famiglia della persona è coinvolta.

Da un punto di vista psicologico, infatti, il processo di cambiamento è certamente mediato, facilitato od ostacolato anche dagli atteggiamenti adottati dalla sua famiglia e/o dalle altre relazioni sociali che spesso possono essere fonte di mantenimento del disturbo stesso, pur senza volerlo (Blasi, Casonato, 2005).

* Psicologa, psicoterapeuta, UOC Servizio Territoriale Dipendenze, DSMD - Dipartimento Salute Mentale e delle Dipendenze, ASST Melegnano e della Martesana - Città Metropolitana Milanese.