

Il paziente DUA nella Comunità Dianova di Cozzo (Pavia). Metodologia e strategie di intervento

Antonino Denaro*, Eugenia Luraschi**

Introduzione

L'obiettivo di questo articolo è illustrare una modalità di trattamento residenziale per pazienti alcolisti e/o polidipendenti spiegando gli strumenti utilizzati nell'attività terapeutica e descrivendo i dati raggiunti in termini di risultato nell'arco di tre anni.

Questo modello di percorso terapeutico è applicato presso la struttura di Cozzo (PV) afferente a Dianova Cooperativa Sociale arl.

Quindici anni fa l'équipe della struttura ha partecipato ad un percorso formativo specifico realizzato con operatori di diverse strutture residenziali e con professionisti del settore pubblico (rappresentato dai servizi specifici per l'alcol-dipendenza istituiti dalla Regione Lombardia ovvero i Nuclei Operativi Alcolologici – NOA) e privato studiando un modello di intervento per gli alcolisti all'interno del contesto residenziale.

Da questo confronto parte il modulo strutturato specifico per alcolisti e polidipendenti nella Comunità Dianova di Cozzo che comprende quattordici posti all'interno di una organizzazione molto più numerosa con trentatré posti accreditati dalla Regione Lombardia (modulo pedagogico-riabilitativo e pronta accoglienza).

Il modello che verrà illustrato è frutto di un lavoro che di anno in anno viene costantemente valutato ed aggiornato attuando i cambiamenti che si ritengono opportuni in un confronto continuo con i servizi esterni (in particolare i NOA di Milano).

Questo modello di intervento (definito Servizio Specialistico per Alcol e Polidipendenti - dgr 12621 del 07/04/2003 Regione Lombardia) prevede una forte sinergia nell'intervento con i servizi pubblici (Ser.D. e quando presenti NOA) o privati accreditati (SMI) e mette al centro del percorso l'utente lavorando in modo circolare e sinergico con tutti gli strumenti delle diverse aree (educativa, psicologica, sanitaria e sociale), funzionali alla realizzazione degli obiettivi individuali nel rispetto dell'autonomia possibile (Pasqualotto et al, 2020).

L'ingresso in comunità si inserisce in una fase successiva della presa in carico del paziente DUA fatta dal NOA o da un Ser.D. con équipe alcolologica che, dopo aver fatto una valutazione e, ove necessario, una disintossicazione, invia nella nostra Comunità Terapeutica (CT).

* *Dottore in scienze politiche, specializzazione in patologie alcol correlate complesse, educatore, Dianova Coop. Soc. arl - sede di Cozzo (PV).*

** *Psicologa, psicoterapeuta, terapeuta EMDR, Dianova Coop. Soc. arl - sede di Cozzo (PV).*

Il percorso pertanto si pone come obiettivo lo sviluppo di un percorso di cura comprendendo e lavorando sui motivi sottostanti il comportamento dipendente e comprendere poi come “vivere” senza l'uso di alcol.

L'intervento residenziale oltre ad avere specificità comuni a qualunque intervento terapeutico, come la relazione di aiuto o l'alleanza terapeutica, ne ha altre più legate alla residenzialità.

I pazienti sperimentano, ad esempio, la possibilità di esprimere risposte differenti al proprio comportamento attraverso il confronto con il gruppo dei pari e degli operatori che permette di osservare come l'espressione dei propri sentimenti e pensieri può suscitare risposte diverse da quelle a cui si è sempre stati abituati.

Si cerca di promuovere un cambiamento fondato sull'esperienza come illustrava Stern (il cambiamento sia fondato sull'esperienza vissuta) pertanto la quotidianità diventa strumento e oggetto di lavoro terapeutico.

Strumento educativo nel qui e ora per sperimentare nuovi modi di ad es. di relazionarsi e più psicologico andando a comprendere dove si origina quel determinato modo di comportarsi.

Inoltre è importante tenere in considerazione come la persona dipendente da alcol, nel corso del tempo, ha stabilito con la sostanza una “relazione affettiva” e di sostegno con una valenza molto forte e decidere di rinunciarvi significa vivere lo spazio che occupava l'alcol e lavorare per riempirlo con qualcosa di nuovo.

L'alcol copre il dolore ma la persona senza quel dolore non è se stessa e ci sono pazienti che non possono abbandonare il dolore interno perché il vuoto che si viene a creare è intollerabile. Sperimentare, anche se in un contesto protetto come la comunità, il vuoto e il dolore consente all'alcolista di iniziare a ragionare intorno ai propri bisogni e desideri sopiti dalla sostanza e che da tempo attendono di essere appagati.

Gli obiettivi del percorso vengono perseguiti attraverso la massima costanza e coerenza nelle relazioni interpersonali facendo vivere ai pazienti una differenza rispetto a quanto avviene nel contesto da cui provengono, caratterizzato da disfunzionalità e patologia.

Il gruppo dei pari con i quali gli alcolisti vivono e condividono la giornata rappresenta lo specchio di parti, comportamenti e frammenti di storia personale che il soggetto può avvertire come risonanti facilitando la consapevolezza di alcuni aspetti della sua storia per darne anche un nuovo significato. Le figure professionali svolgono il ruolo di “base sicura” perché vi è la necessità di una stabilità relazionale riparativa (Liotti, a cura di, 1993) che trova nelle figure professionali il costituirsi di una base sicura capace di ac-

cogliere e rimodulare sia i significati che le strategie comunicative.

Il percorso terapeutico porta gli operatori a prendersi carico della “paura” che il paziente ha quando non assume più alcol per curare il dolore interno.

Solo così il paziente potrà usufruire dell'affidabilità e dell'empatia dell'operatore come catalizzatore relazionale per esperienze emozionali correttive che possano fungere da luogo di interconnessione di frammenti di vita mai raccontati prima.

Inoltre il paziente ha a disposizione modelli identificatori alternativi a quelli carenziali o patologici con cui si è confrontato fino ad ora.

Gli strumenti per un contesto terapeutico integrato

Una delle caratteristiche principali dei contesti residenziali è la quotidianità che non può essere interpretata esclusivamente nel suo carattere di mera organizzazione del tempo e dello spazio ma attraverso il continuo “ripensamento” di tutte le interazioni che si manifestano in quello spazio fisico e mentale, un vero e proprio setting specifico, che definisce la comunità nell'arco della giornata. All'interno di questo setting le diverse figure che vi operano hanno a loro disposizione una serie di strumenti che concorrono alla continua ricerca di senso e di significato della presenza del paziente all'interno del percorso terapeutico.

Di seguito, nella Tabella 1, vengono elencati gli strumenti che costituiscono il programma terapeutico che vede al centro il paziente e i suoi bisogni.

Nella Tabella 2 viene descritto un percorso tipo individualizzato che il paziente svolge durante la sua permanenza all'interno della struttura e che viene condiviso e concordato a cadenza trimestrale con il paziente stesso.

La struttura situata a Cozzo è una comunità molto numerosa, si sono organizzati, come si evince dalla Tabella 2, interventi di grande gruppo e di piccolo gruppo.

Nel grande gruppo sono presenti tutti gli ospiti della comunità mentre il medio gruppo ha composizioni diverse a seconda della tipologia e vi partecipano pazienti con lo stesso o con diverso periodo di permanenza.

Un paziente che entra in questa comunità, durante i primi dieci giorni di permanenza viene affiancato da un altro paziente che lo accompagna nell'inserimento.

Nel primo mese di permanenza il paziente viene preso in carico dagli operatori dell'équipe multiprofessionale per una prima conoscenza sua e della sua storia attraverso colloqui psicologici, psichiatrici, educativi; partecipa una volta alla settimana al gruppo primi passi e al gruppo slide. Quotidianamente inizia a partecipare all'incontro del “come stai” e viene inserito nei diversi laboratori accompagnata da un pari.

Insieme agli operatori viene scelto un laboratorio specifico in cui si inserirà per un mese circa.

Nella restante parte della giornata partecipa ad attività varie di tempo libero o strutturato.

Al termine del primo mese l'équipe multidisciplinare in accordo con il paziente delinea un Progetto Educativo ed un Piano educativo Individualizzato della durata di due mesi dove si definiscono, per ogni area, gli obiettivi specifici e gli indicatori osservabili e misurabili nel quotidiano e nell'attività dei laboratori.

Tab. 1 - Suddivisione strumenti per area

Progetto individuale co costruito con il paziente					
Strumenti					
Area sociale	Area educativa			Area psicologica	Area sanitaria
Colloqui	<p><i>Schede</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Settimanali • Mensili 	<p><i>Gruppi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Come stai • Casa 	<p><i>Gruppi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Primi passi • Fascia • Laboratorio intensivo • Reinserimento • Tematici • Esperienziali 	<p><i>Colloqui</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Individuali • Con famigliari <p><i>Gruppi alcol</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Slide • Fase avanzata 	<ul style="list-style-type: none"> • Colloqui psichiatra • Visite mediche
	<ul style="list-style-type: none"> • Ruoli di responsabilità • GAC gruppo aiuto casa • Animazione 	<p><i>Laboratori</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Cucina • Igiene e lavanderia • Manutenzione casa • Arti decorative • Panificazione • Dispensa alimentare • Giardini e orto 			
	<ul style="list-style-type: none"> • Uscite esterne • Rientri su territorio di provenienza • Montagna terapia • Attività di tempo libero (palestra, sport) 				

Tab. 2 - Strumenti suddivisi per periodo di percorso

Percorso					
Progetto individualizzato					
Fase di trattamento	Area sociale	Area educativa e psicologica			Area sanitaria
		Strumenti			
		Grande gruppo	Medio gruppo	Individuali	Individuali
Ingresso stabilizzazione 0-1 mese	<ul style="list-style-type: none"> • Colloqui anamnesi sociale 	<ul style="list-style-type: none"> • “Come stai” • Riunione casa 	<ul style="list-style-type: none"> • “Primi passi” • Laboratorio 	<ul style="list-style-type: none"> • Colloqui psicologici educativi • Schede settimanali • Schede mensili • Firma Progetto Individuale 	<ul style="list-style-type: none"> • Colloqui psichiatra • Visite mediche
Inquadramento 2-3 mesi		<ul style="list-style-type: none"> • “Come stai” • Riunione casa 	<ul style="list-style-type: none"> • Gruppo fascia • Gruppo laboratorio • Gruppo slide 	<ul style="list-style-type: none"> • Colloqui psicologici educativi • Schede settimanali • Schede mensili • Condivisione progetto individuale 	<ul style="list-style-type: none"> • Colloqui psichiatra • Visite mediche in base a necessità
Centrale 3-12 mesi		<ul style="list-style-type: none"> • “Come stai” • Riunione casa 	<ul style="list-style-type: none"> • Gruppo fascia • Gruppo slide/ avanzata • Gruppo laboratorio • Gruppo “intensivo” • Esperienziali 	<ul style="list-style-type: none"> • Colloqui psicologici educativi • Schede settimanali • Schede mensili uscite esterne rientri • Condivisione progetto individuale con cadenza trimestrale 	<ul style="list-style-type: none"> • Colloqui psichiatra • Visite mediche in base a necessità
Reinserimento 12-18			Gruppo reinserimento	<ul style="list-style-type: none"> • Colloqui psicologici educativi • Scheda settimanale programmazione 	<ul style="list-style-type: none"> • Colloqui psichiatra • Visite mediche in base a necessità

Successivamente il paziente termina di partecipare ai gruppi primi passi ed accede al gruppo fascia composto da persone di pari periodo di permanenza.

Al termine del terzo mese si verificano gli obiettivi raggiunti insieme al paziente e sempre con la stessa modalità si procede con un ulteriore Progetto Individuale e Piano Educativo. Il paziente proseguirà con la partecipazione ai colloqui di diverso tipo, al gruppo Fascia, ai gruppi e riunioni laboratorio ed entrerà nel gruppo alcol avanzato. Insieme alla psicoterapeuta verrà concordato un primo colloquio di allargamento con i familiari che proseguirà a cadenza mensile. Dopo un lavoro specifico sulle proprie criticità parteciperà al gruppo Intensivo e, gradualmente, gli verranno assegnati incarichi di responsabilità (ad es. responsabilità della riserva tabacco, responsabilità di un gruppo di laboratorio,

utilizzo del cellulare personale), i primi rientri sul territorio e le prime uscite dalla comunità in autonomia.

I progetti individuali, dopo le verifiche previste, sono rinnovati ogni trimestre. Di seguito la descrizione delle singole tipologie di gruppo riportate nelle Tabelle 1 e 2.

L'attività grupपाल può essere distinta in due grandi macro aree una che fa riferimento al “grande gruppo” che coinvolge la totalità degli ospiti, l'altra fa riferimento al piccolo gruppo, ovvero piccoli gruppi con obiettivi e finalità differenti.

Ciò che le unisce è la sollecitazione del paziente a sviluppare un graduale senso d'appartenenza, transitando lo stesso da una posizione passiva di mero fruitore di un servizio ad attore che gradualmente assume la veste di attore e protagonista del suo percorso individuale di cambiamento.

Le attività del grande gruppo

Le attività di grande gruppo prevedono la partecipazione di tutti i componenti della comunità, che in sede plenaria prendono in carico l'intero sistema comunità attraverso momenti di confronto e discussione al fine di giungere collettivamente al considerare la comunità come un corpo unico dove le disfunzionalità di una parte di essi hanno una ricaduta sull'intero funzionamento di tutti.

Quanto detto sollecita i pazienti a transitare da una visione egoistica dell'io come centro unico d'interesse al Noi come concetto determinante come strategia di cambiamento ponendo le basi del concetto di auto-mutuo-aiuto, pertanto passando da una modalità prettamente egoistica- infantile ad una dimensione del noi maggiormente rispondente alla dimensione di adulti maggiormente consapevoli.

Il "come stai": condotto tutte le mattine da un educatore, per una durata di circa venti minuti. Rappresenta il primo momento di connessione interna, con la condivisione in sede plenaria di un micro obiettivo quotidiano.

Obiettivo generale, attività di centratura nelle coordinate spazio temporali del qui e ora.

La "riunione casa": gruppo condotto da un educatore con cadenza settimanale, della durata di circa un'ora e trenta.

L'oggetto del gruppo è la comunità ed il suo andamento, attraverso l'esposizione ed il confronto con tematiche di carattere generale.

L'obiettivo è quello di stimolare il paziente nel transito da passivo fruitore di un servizio verso la costruzione di un senso di appartenenza assumendo gradualmente il ruolo di attore protagonista attivo all'interno del gruppo.

Percorso di sollecitazione verso l'idea che il cambiamento ed il superamento delle criticità passi attraverso la rivalutazione delle risorse interne all'individuo.

Le attività del "Piccolo gruppo"

Il gruppo "primi passi": condotto da un educatore con cadenza settimanale della durata di circa 1 ora.

I partecipanti hanno una permanenza in struttura di circa 1 mese.

L'obiettivo di questi incontri è quello di accompagnare l'ospite nel percorso di "spoliazione" raccogliendo il disagio nel percorso di separazione dal "mondo esterno al mondo interno della comunità.

Si inizia a familiarizzare con lo strumento gruppale sostenendo gli stessi nel rapporto con il sistema normativo presente in CT.

In questa fase viene somministrato il test MAC (Guelfi, et al 1994).

Il gruppo "laboratorio": condotto dall'educatore di riferimento con cadenza quindicinale, per una durata di circa un'ora.

La composizione del gruppo è trasversale e prevede una diversa distribuzione delle responsabilità in stretto riferimento al progetto individuale.

Obiettivo generale applicazione del progetto individuale e corretta relazione con il gruppo, attraverso i principi base del auto-mutuo aiuto.

Il gruppo "fascia": condotto dal case manager con cadenza settimanale della durata di circa 90 minuti.

Il paziente viene inserito in questo gruppo, dopo la valutazione di idoneità al programma.

È un gruppo chiuso con il compito di facilitare il processo fiduciario e la condivisione dei vissuti e le difficoltà del quotidiano (relazionali, di convivenza motivazionali) quotidiani.

I passaggi possono essere sintetizzati:

- Formazione del gruppo.
- Comunicazione/traduzione dei significati.
- Maturazione del gruppo.
- Maturazione dell'individuo.

La fase iniziale il gruppo dipende dal case manager con una modalità adulto-bambino.

Nella fase intermedia il punto di riferimento è il gruppo il modello di comunicazione è orizzontale. In questa fase entrano in gioco le risonanze il rispecchiamento e l'esperienza emotiva attivando il processo di cambiamento.

Nella fase finale i componenti del gruppo si riappropriano della loro individualità transitando in un modello relazionale adulto-adulto, e con il case manager avviano la fase di progettazione con obiettivi esterni per la fase di reinserimento sociali.

I gruppi specifici sulla tematica alcolica

Il gruppo informativo sull'alcol: questo gruppo ha come obiettivi formare ed informare rispetto ai fattori correlati all'uso di sostanze.

I temi trattati riguardano i fattori sanitari, culturali (tra cui l'impatto della specificità della sostanza alcol presente in molteplici contesti), sociali e clinici.

Viene condivisa la definizione dell'OMS e del DSM-5 (American Psychiatric Association, tr. it. 2014) sul tema delle sostanze e del circuito della tossicodipendenza dibattendo anche sugli stereotipi e pregiudizi che vedono l'alcol come un vizio.

Vengono illustrate le complicazioni, sia fisiche che psicologiche, legate al bere.

Avviene poi una condivisione e un confronto sulle diverse esperienze dei pazienti che partecipano. In Comunità Terapeutica l'attenzione alla tematica alcol è molto presente.

L'alcol non viene utilizzato in cucina e anche ai pazienti non dipendenti da alcol l'équipe richiede l'astinenza nei rientri dopo le uscite sul territorio con l'obiettivo di sollecitare una riflessione su questa sostanza che spesso viene scelta al posto della sostanza primaria con il rischio di passare da una dipendenza all'altra.

Il gruppo di fase avanzata: dopo il gruppo "Informativo sull'alcol" che ha una durata di due, tre mesi i pazienti iniziano una fase successiva definita "avanzata" che ha come obiettivo le strategie per il mantenimento dell'astinenza.

Le tematiche trattate riguardano la comprensione individuale e di gruppo della propria dipendenza con "doppia intervista" fatta dai partecipanti che si interrogano sulla dipendenza dell'altro e riportano al gruppo le proprie osservazioni.

Vengono inoltre individuati le risorse e i limiti personali, gli automatismi disfunzionali, i comportamenti e le strategie alternative per l'astinenza anche in un contesto non protetto.

Viene inoltre utilizzata la “scultura” di gruppo, proposta da Caillé (Caillé *et al.*, 2005) con alcuni adattamenti.

Si ricostruisce infine la storia individuale e familiare attraverso la tecnica della “spirale” allo scopo di riprendere e focalizzare gli aspetti rilevanti della storia di vita con quelli di dipendenza di ogni singolo componente.

La tecnica prevede due fasi: nella prima fase del lavoro si chiede ai partecipanti di definirsi secondo due macro aree ovvero emotivi (ossia che tendono a vivere le situazioni di “pancia” e a reagire sull’onda dei vissuti) e razionali (ossia che tendono a tenere a distanza gli aspetti emotivi e a reagire razionalizzando le esperienze).

Sulla base di tale suddivisione il gruppo si divide in due sottogruppi emotivi e razionali ma chi si è definito emotivo viene inserito nel sottogruppo dei “razionali” e viceversa.

A questo punto viene data come consegna di impegnarsi, nello svolgimento dell’esercizio che seguirà, a fare interventi utilizzando il canale per ognuno meno automatico ed abituale.

La seconda fase prevede la ricostruzione della propria storia con la specifica consegna di selezionare e condividere le informazioni, gli eventi, le situazioni più rilevanti che hanno capito essere collegate all’insorgere della dipendenza nonché alle loro criticità cercando di narrarla con il canale (emotivo o razionale) meno automatico per se stessi.

Parallelamente gli altri componenti del gruppo intervengono con richieste di approfondimento cercando sia di aiutare chi narra a seguire la consegna sia applicando loro stessi questa indicazione.

L’intervento psicologico

L’intervento psicologico che si svolge in questa Comunità con i pazienti DUA e con i loro familiari si inserisce dentro il paradigma di riferimento sistemico-relazionale e partendo da un’accurata raccolta anamnestica si pone come primo obiettivo quello di comprendere le motivazioni che hanno portato il paziente alla dipendenza alcolica e la messa a fuoco delle sue caratteristiche di personalità per definire il percorso introspettivo da proporgli.

Si ritiene importante comprendere il funzionamento del paziente, entrare in contatto con la sua sofferenza e parlare del dolore interno che lo tortura da anni.

All’alcolista viene proposto di leggere il disturbo da uso di alcol attraverso la visione del sintomo come simbolo di un disagio che deve essere contestualizzato e interpretato anche all’interno della trama delle relazioni famigliari in cui è inserito.

Per questo motivo al lavoro educativo è affiancato il lavoro psicologico con uno sguardo sul significato che il sintomo ha avuto nella storia del paziente.

Questo lo aiuta a leggere, a significare i suoi comportamenti e i suoi agiti e a ripercorrere come si è strutturata la sua storia di dipendenza oltre a comprendere quali siano le difficoltà personali e relazionali su cui lavorare.

Si procede con un processo sincrono sul qui ed ora alternato ad uno diacronico sulla storia relazionale del paziente e sulle radici della sua sofferenza (Rossin *et al.*, 2021).

All’interno di questi macro obiettivi si lavora, secondo le capacità del paziente, con diverse tipologie di colloqui (di

supporto, di psicoterapia, psicoterapia EMDR – Eye Movement Desensitization and Reprocessing –, di allargamento famigliare seguendo il modello sistemico) e strumenti clinici per accompagnarlo a prendere consapevolezza dello sviluppo e della genesi della sua dipendenza per approfondire ed elaborare, ove possibile, almeno alcune esperienze traumatiche che l’alcolista ha vissuto e che hanno condizionato il suo percorso di vita.

Una definizione in cui ci si ritrova rispetto alla modalità che si sta utilizzando viene descritta in una recente pubblicazione (Cambiaso *et al.*, 2018) di Cambiaso e Mazza, in cui si afferma che il cambiamento: “... non si genera solo ricostruendo ‘verità storiche’ ma assemblando reperti del passato a vicissitudini del momento in un clima di forte empatia ed emotività in grado di favorire un particolare e nuovo tipo di apprendimento che dia senso, illumini una vicenda intergenerazionale, e aiuti a riconoscere la disfunzionalità attuale delle antiche strategie relazionali”.

Non va dimenticata la difficoltà a raccogliere dati attendibili nella loro storia perché, come dice Selvini, i dati di fatto spesso sono scarsi perché nei pazienti mancano i presupposti relazionali, di stabilità emotivo-cognitiva e psicofisiologica essendo presenti deficit nella competenza autobiografica. Quindi l’osservazione del comportamento quotidiano permette di cogliere piccole sfumature utilissime per comprendere e completare l’ipotesi di funzionamento che gli strumenti più standardizzati, quali test e colloqui, vanno delineando nel corso dei mesi. È inoltre “un luogo dove avviene la riagggregazione di un’individualità, di una storia e di uno stato di coscienza frammentato” (Zanusso *et al.*, 1998).

In questo senso, integrando il lavoro psicologico con quello educativo in un’ottica circolare, si cerca di comprendere in setting di colloquio e/o di gruppo, la disfunzionalità delle vecchie strategie e la funzionalità delle nuove.

Nella nostra casistica abbiamo riscontrato la presenza di storie personali di neglect, trascuratezza, abbandoni e abusi, spesso di altre forme di dipendenza (per fare alcuni esempi alimentare, affettiva) oltre a dipendenze da sostanze o da gioco magari compresenti (poliassuntori) o magari presenti nel passato quindi osservando una trasmigrazione da una sostanza all’altra.

Questa osservazione ci ha portati a cercare di dare il più possibile una lettura condivisa con il paziente del proprio funzionamento e delle risposte che questi pazienti hanno cercato attraverso le dipendenze consapevoli che di fronte ad una tale complessità non tutto si può affrontare e trattare durante il percorso ma che è importante magari inviarli successivamente al servizio per un continuo del percorso psicologico in un’ottica di lavoro di rete tra noi e i servizi.

Come già enunciato “l’alcol copre il dolore” pertanto una volta che esso non è più lo strumento elettivo riemerge una sofferenza importante, ad esempio il trauma, ed è importante la messa in sicurezza degli stessi prima di affrontare un lavoro approfondito, come si evince nell’ultima pubblicazione di Selvini (“Il terapeuta inizia aiutando il paziente a riconoscere il suo stato mentale, mentre il riconoscimento dei fatti e dell’impatto di quei fatti potrà arrivare successivamente, dopo un progresso della stabilizzazione e messa in sicurezza” (Selvini *et al.*, 2022).

Il lavoro con le famiglie

L'alcol spesso è parte della vita familiare (senza necessariamente avere una familiarità con l'alcolismo), e partendo da una prospettiva sistemico-relazionale possiamo osservare il paziente con disturbo da uso di alcol come il portatore di un disagio che deve essere contestualizzato e interpretato nella trama delle relazioni familiari in cui è inserito ed è quindi fondamentale coinvolgere la famiglia.

Il coinvolgimento della famiglia, da parte della Comunità, si propone quindi di allargare l'informazione sulle problematiche alcoliche ai familiari dei pazienti e di mettere a fuoco i problemi che il nucleo ha costruito, nel tempo, creando disfunzionalità o patologia.

Il lavoro sul significato e sul ruolo dell'alcol all'interno della famiglia è necessario anche per una migliore comprensione dei cambiamenti del paziente.

Si cerca di evitare che dopo il percorso si inneschino dinamiche di irrigidimento sui cambiamenti che il paziente ha attuato e che, inevitabilmente, modificano i ruoli nel sistema familiare.

È doveroso segnalare situazioni in cui il lavoro proposto con la famiglia non si è potuto attuare o sviluppare per diversi motivi.

In tali casi si cerca di portare il paziente ad accettare questa situazione e questa non disponibilità a volte con buoni risultati mentre è importante evincere che a volte invece per la non collaborazione si sono verificati anche casi di pazienti in cui il rientro in famiglia si è rivelato negativo e ha portato ad una ricaduta.

In queste situazioni è stato necessario attivare un supporto e un sostegno maggiore ad opera dei servizi territoriali.

Siamo consapevoli come sia importante avere delle risorse esterne non solo professionali (i servizi e gli operatori) pertanto di fronte a nuclei familiari in cui non vi è possibilità di collaborazione e quindi di cambiamento si cerca di individuare con il paziente altre figure, ad esempio amicali, che possono essere punti di forza e fattori di protezione.

Questi esempi sono volti ad indicare che, a nostro parere e per l'esperienza fin qui sviluppata, l'importanza che riveste il nucleo familiare nello sviluppo e mantenimento di un buon percorso al termine della fase residenziale.

In tutti gli strumenti illustrati seppure con le specificità proprie di ogni strumento si può ritrovare come filo conduttore il fatto che il paziente è stimolato a mettersi in gioco attraverso la realizzazione dei propri obiettivi per cercare di riflettere sui comportamenti disfunzionali e magari riuscire a modificarli in un lavoro costante di andirivieni tra passato e presente.

Ad esempio attraverso l'uso del rimando da parte degli operatori e del confronto con gli altri, il paziente DUA è stimolato ad osservarsi e aiutato a vivere frustrazioni che lo aiutino a vedere i nodi critici connessi al dolore interno.

Nei laboratori la presenza di ruoli e competenze, di specifiche schede dove il paziente evidenzia gli aspetti positivi e gli aspetti critici nel quotidiano, offrono la possibilità di costruire, gradualmente, un bilancio della giornata, facendo riferimento agli obiettivi del Piano Educativo Individuale.

Nei colloqui psicologici periodici il paziente è invitato a portare le sue difficoltà per comprenderne l'origine e accrescere la propria competenza attraverso l'analisi delle emo-

zioni e delle sensazioni vissute, anche nelle difficili esperienze infantili, e dare significato alla sofferenza arrivando all'origine del malessere.

Anche nei gruppi "fascia" si è invitati a verificare l'andamento degli obiettivi portando esempi pratici e confrontandosi con i pari così da portare il paziente stesso a riflettere sul raggiungimento o meno di un obiettivo.

Nelle descrizioni degli strumenti emerge in modo preponderante l'utilizzo dei gruppi con i pazienti DUA e tale scelta è supportata da un'importante parte della letteratura sull'argomento: "... La costruzione della propria identità non può limitarsi al sé, ma deve svolgersi sullo sfondo di un orizzonte sociale, capace di conferirgli una rilevanza che vada oltre il proprio sé" (Byung-Chul H., 2021).

La funzionalità dei gruppi nella dipendenza da alcol è ormai ampiamente trattata in letteratura (Nettuno, 2008; Rossin *et al.*, 2008; Algisi *et al.*, 2010) partendo dalle caratteristiche teoriche alla base del lavoro di gruppo, attraverso due importanti autori come I. Yalom (Yalom, 1974) e K. Lewin (Lewin, 1948).

K. Lewin definisce il gruppo come "... qualcosa di più, o per meglio dire, qualcosa di diverso dalla somma dei suoi membri: ha struttura propria [...]. Quel che ne costituisce l'essenza non è la somiglianza o la dissomiglianza riscontrabile tra i suoi membri, bensì la loro interdipendenza. Esso può definirsi come una totalità dinamica. Ciò significa che un cambiamento di stato in una sua parte o frazione qualsiasi interessa lo stato di tutte le altre".

Infine l'esperienza esperita in questi anni di lavoro permette di ipotizzare che il gruppo possa creare quella condizione che Cirillo e altri autori nel libro "Entrare in terapia" (Cirillo *et al.*, 2016) definiscono come "cordata di sostegno" individuata nei familiari per supportare il paziente con disorganizzazione dell'attaccamento e che può trovare nel terapeuta e in questo caso nella Comunità stessa una "messa in sicurezza" o "base sicura" che permette di sviluppare il percorso residenziale.

L'équipe

L'équipe multidisciplinare funziona da specchio della multifattorialità del fenomeno bio-psico-sociale della dipendenza alcolica.

L'approccio che si cerca di perseguire nella Comunità Terapeutica Dianova di Cozzo è quello di "equipe come mente collettiva" (Selvini *et al.*, 1989).

Le diverse professionalità cercano di condividere le differenti competenze con un approccio il più possibile integrato lavorando insieme e pensando insieme.

In molti articoli scientifici e libri (Zanusso *et al.*, 1998; Pinkus, 1999; Nettuno, 2003; Lucchini *et al.*, 2008, Lucchini *et al.*, 2010) che trattano il contesto organizzativo della comunità terapeutica si parla del ruolo dell'équipe nel suo rapporto con l'utente in una dimensione individuale.

Dianova propone un'esperienza sulla potenzialità terapeutica dell'intervento circolare dell'équipe come strumento imprescindibile di lavoro (Cirillo *et al.*, 2016) caratterizzato dalla copresenza di due menti pensanti capaci di dialogare tra loro, di confrontare punti di vista, idee e risonanze emotive.

A. Nettuno illustra la specificità del lavoro di équipe in una comunità terapeutica: "... la presa in carico coinvolge una molteplicità di figure professionali e ne consegue l'importanza del lavoro in équipe per costruire delle condizioni 'efficaci nel generare la riduzione della sofferenza psichica o nel produrre cambiamenti stabili nelle condotte disadattative' (Fea, 2000, p. 19). Per assolvere questo compito, diventa essenziale la creazione di un gruppo di lavoro multidisciplinare, intendendo con ciò l'insieme degli operatori accumulati dall'orientamento su ogni singolo caso che devono sviluppare uno spazio, prima di tutto mentale, di diagnosi e di progettualità condivisa in cui il contributo di ciascuno sia valorizzato come risorsa terapeutica a beneficio del paziente... è evidente che per i nostri pazienti il terapeuta è costituito dal sistema curante più che dal singolo operatore, perciò diventa ancora più importante che siano curati con estrema attenzione tutti quegli aspetti dell'organizzazione e dei processi di erogazione delle prestazioni che concorrono a definire il sistema di cura".

Questa descrizione illustra chiaramente cosa sia un gruppo di lavoro multidisciplinare che nel contesto residenziale è l'équipe e il concetto di terapeuta inteso in senso lato come sistema curante che nella residenzialità indica non solo gli interventi prettamente terapeutici ma anche la quotidianità, la cura degli spazi ed i momenti informali.

Nella routine quotidiana la cura degli spazi, i momenti informali, la cooperazione tra i terapeuti si pongono come modello di cooperazione per la famiglia (Cirillo *et al.*, 2016).

Nella Tabella 1 il modello di lavoro viene descritto con al centro il paziente e l'équipe costruisce percorsi sviluppando la co titolarità e la co progettazione con l'alcolista aiutandolo a costruire una capacità autocritica attraverso l'alleanza terapeutica, la chiarezza e la coerenza.

L'individualizzazione del progetto significa avere un'ipotesi di percorso flessibile che non prevede necessariamente il raggiungimento di tutti gli obiettivi per ogni singolo paziente ma vede la comunità come una parte del percorso che la persona decide di fare, iniziato nel Servizio di Alcolologia o al Ser.D., continuato in Comunità e poi ripreso nel servizio territoriale.

Risultati

Abbiamo preso in esame il campione degli ultimi tre anni (gennaio 2020-dicembre 2022) e analizzato nelle Tabelle 3,

4, 5 il numero di utenti, il genere, la durata del percorso e la tipologia di conclusione del percorso.

Il campione è composto dai pazienti che hanno fatto ingresso nella struttura con diagnosi DUA e di conseguenza hanno seguito il programma terapeutico specialistico per alcol e polidipendenti.

Come emerge dalle tabelle il campione è misto con una prevalenza di pazienti maschi.

Si riscontra come i drop out avvengano tendenzialmente nei primi mesi del percorso e diminuiscono quando il paziente si è inserito nella routine comunitaria.

Rispetto al tema drop out ci sembra importante brevemente illustrare l'importanza che si cerca di dare all'aggancio iniziale utilizzando le diverse porte di accesso (genitorialità, decreti rispetto ai figli, aspetti sanitari, ecc.) che il paziente ti offre per cercare di sviluppare una motivazione più autentica. In questa ottica anche far procedere in tandem gli obiettivi educativi con quelli psicologici spesso è difficile, molti sono i pazienti che in setting psicologico seguono e mostrano interesse e miglioramenti ma negli altri setting compresa la quotidianità spesso non vedono l'utilità e non mantengono lo stesso comportamento, in queste situazioni l'utilizzo di colloqui con formati diversi dove vi è la presenza di educatore e psicologo ad esempio cercano di mettere attenzione a questo dualismo nel tentativo di superarlo.

In un linguaggio più psicologico spesso si rimane nella fase di consultazione a lungo per lavorare proprio sulla domanda e sulla motivazione.

Il coinvolgimento del paziente e la tipologia di servizio offerto sono funzionali alla buona riuscita del trattamento.

La conclusione del percorso avviene tra i dodici e i diciotto mesi data la complessità dei pazienti e la presenza, spesso, di comorbidità.

La compresenza nella comunità di persone con dipendenza da sostanze e di alcolisti, pur considerando un numero non trascurabile di pazienti poliassuntori, si è rivelata utile per le differenti categorie dei pazienti (alcolisti e tossicodipendenti) per sviluppare una riflessione più ampia.

Nello specifico per i tossicodipendenti si è aperta una riflessione sull'utilizzo eccessivo della sostanza alcol durante la dipendenza da sostanze con il possibile rischio di una sostituzione della droga con la dipendenza alcolica (trasmigrazione da una sostanza all'altra) e anche per gli alcolisti spesso emerge il tema dell'uso magari in adolescenza di altre sostanze ed una riflessione quindi più consapevole di come quello fosse già un elemento di rischio spesso sottovalutato.

Tab. 3

2020					
Totale pazienti alcolisti presenti nell'anno 2020	Nuovi ingressi			Esiti percorsi conclusi	Ancora in trattamento
32* * di cui 14 già in trattamento	18 2 femmine 16 maschi	2020	5	<ul style="list-style-type: none"> • 3 abbandoni • 1 rinvio • 1 fine percorso 	13
		2019	8	<ul style="list-style-type: none"> • 5 fine percorso • 2 trasferimento in altre sedi • 1 allontanamento 	
		2018	2	<ul style="list-style-type: none"> • 2 fine percorso 	

Tab. 4

2021					
Totale pazienti alcolisti presenti nell'anno 2021	Nuovi ingressi			Esiti percorsi conclusi	Ancora in trattamento
34 *di cui già in trattamento	20 3 femmine 17 maschi	2021	8	<ul style="list-style-type: none"> • 5 abbandoni • 3 fine percorso • 1 allontanamento 	14
		2020	11	<ul style="list-style-type: none"> • 6 fine percorso • 1 trasferimento in altre sedi • 2 allontanamento • 2 abbandoni 	
		2018	1	<ul style="list-style-type: none"> • 1 fine percorso 	

Tab. 5

2022					
Totale pazienti alcolisti presenti nell'anno 2022	Nuovi ingressi			Esiti percorsi conclusi	Ancora in trattamento
34 *di cui già in trattamento	21 2 femmine 19 maschi	2022	8	<ul style="list-style-type: none"> • 4 abbandoni • 2 allontanamento • 1 rientro in carcere* • 1 trasferimento in altra struttura 	14
		2021	7	<ul style="list-style-type: none"> • 4 fine percorso • 3 abbandoni 	
		2020	2	<ul style="list-style-type: none"> • 2 fine percorso 	

Riferimenti bibliografici

- American Psychiatric Association (2014). *Manuale Diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. Quinta edizione. Milano: Raffaello Cortina.
- Algisi P., Sanfilippo B. (2010). Individuo e società: il potere trasformativo dell'auto mutuo aiuto. In: Lucchini A., Strepparola G., *Modelli di intervento in alcologia*. Milano: FrancoAngeli.
- Byung-Chul H. (2021). *La scomparsa dei riti*. Milano: Nottetempo.
- Caillé P., Rey E. (2005). *Gli oggetti fluttuanti. Metodi di interviste sistemiche*. Roma: Armando.
- Cambiaso G., Mazza R. (2018). *Tra intrapsichico e trigerazionale*. Milano: Raffaello Cortina.
- Cirillo S., Selvini M., Sorrentino A.M. (2016). *Entrare in terapia*. Milano: Raffaello Cortina.
- Fea M. (2000). Valenze e dimensioni terapeutiche dei servizi delle dipendenze. In: *Psicoterapia delle tossicodipendenze e dell'abuso di sostanze*. Milano: FrancoAngeli.
- Guelfi G.P., Spiller V. (1994). Motivazione e stadi del cambiamento nelle tossicodipendenze. *Il vaso di pandora*, II(4).
- Lewin K. (1948). *I conflitti sociali*. Tr. it. Milano: FrancoAngeli, 1972.
- Liotti G. (1993) (a cura di). *Le discontinuità della coscienza. Etiologia, diagnosi e psicoterapia dei disturbi dissociative*. Milano: FrancoAngeli.
- Lucchini A., Strepparola G. (2010) (a cura di). *Modelli di intervento in alcologia*. Milano: FrancoAngeli.
- Nettuno A. (2003). *Il lavoro terapeutico di gruppo. La tossicodipendenza tra costruttivismo e psicoanalisi: un approccio integrato*. Milano: FrancoAngeli.
- Nettuno A. (2008). La psicoterapia di gruppo nel campo delle dipendenze patologiche. In: Lucchini A., Nava F., Manzato F., *Buone pratiche e procedure terapeutiche nella gestione del paziente alcolista*. Milano: FrancoAngeli.
- Pasqualotto L., Carozza P., Cibin M. (2020). *ICF, salute mentale e dipendenze. Strumenti per la riabilitazione orientata alla recovery*. Roma: Carocci.
- Pinkus L. (1999). *Tossicodipendenza e intervento educativo*. Trento: Erickson.
- Pisani R.A. (2000). *Elementi di gruppo analisi*. Ed. universitarie Romane.
- Rossin M.R., Teruggi A., Vaccari C., Paggi M. (2008). Lavorare con i gruppi in alcologia. In: Lucchini A., Nava F., Manzato F. (a cura di), *Buone pratiche e procedure terapeutiche nella gestione del paziente alcolista*. Milano: FrancoAngeli.
- Rossin M.R., Mattavelli G., Vaccari C., Ferla M.M. (2021). Percorso filmico di psicoeducazione di gruppo per alcolisti e familiari: studio sui cambiamenti; Group psychological education film pathway for alcoholics and their families: a study on changes. *Riv Psichiatr*, 56(3): 157.
- Selvini M., Selvini Palazzoli M. (1989). Il lavoro in équipe: strumento insostituibile per la ricerca clinica mediante la terapia familiare. *Ecologia della mente*, 4: 54-76.
- Selvini M. (2007). Dodici dimensioni per orientare la diagnosi sistemica. *Terapia Familiare*, 84: 9-29.
- Selvini M., Fino L., Redaelli L., Senatore A. (2022) (a cura di). *Le sei fasi della resilienza. Un modello di terapia sistemica del trauma*.
- Yalom I. (1974). *Teoria e pratica della psicoterapia di gruppo*. Torino: Bollati Boringhieri, 2005.
- Zanusso G., Giannantonio M. (1998). *Tossicodipendenza e comunità terapeutica. Strumenti teorici e operativi per la riabilitazione e la psicoterapia*. Milano: FrancoAngeli.