

Un programma intensivo e breve rivolto alle donne con disturbo da uso di alcol (DUA): un'esperienza di integrazione residenziale-ambulatoriale e pubblico-privato sociale a Firenze

Laura Calviani*, Marianna Galaverni^o, Luca Maggiorelli[^], Ilaria Magini**,
Benedetta Moschitta^{ooo}, Bianca Pananti^{ooo}, Stecchini Donatella***,
Maria Grazia Torrenti^{oooo}, Iozzi Adriana****

Introduzione

Il programma intensivo residenziale per donne alcol-dipendenti nasce come progetto finanziato dalla Regione Toscana (fondi CEART) e come iniziativa che vede l'azione integrata di Azienda Sanitaria Toscana Centro-Firenze (Pubblico) con l'Associazione Arcobaleno di Firenze (Privato sociale).

Il concetto di residenzialità breve nasce intorno agli anni 2000 come evoluzione del concetto di comunità di vita fondata sull'idea che la vita stessa comunitaria attraverso l'interazione continua tra utenti e personale rappresentava lo strumento del cambiamento.

Successivamente, a causa del cambiamento dell'utenza, delle sue caratteristiche socio-familiari e delle modalità di addiction ha reso necessaria la costituzione di tipologie di programmi diversi più brevi e in collegamento stretto con il territorio.

Quindi una comunità non più totalizzante ma che si confronti con i Servizi ed i gruppi di Auto-Aiuto, rivolta a soggetti non ancora deteriorati dal punto di vista sociale e personale.

* Dirigente medico, Referente Alcologia UFS Ser.D. C Firenze-Area Dipendenze USL Toscana Centro.

^o Assistente Sociale ente ausiliario Progetto Arcobaleno Firenze.

[^] Responsabile programma ente ausiliario Progetto Arcobaleno Firenze.

** Educatrice Professionale Alcologia UFS Ser.D. C Firenze-Area Dipendenze USL Toscana Centro.

^{ooo} Educatrice Professionale ente ausiliario Progetto Arcobaleno Firenze.

^{oooo} Psicologa-Psicoterapeuta ente ausiliario Progetto Arcobaleno Firenze.

*** Infermiera professionale Alcologia UFS Ser.D. C Firenze-Area Dipendenze USL Toscana Centro.

^{oooo} Istruttrice di yoga ente ausiliario Progetto Arcobaleno Firenze.

**** Direttrice UFS Ser.D. C-UFC Ser.D. Firenze-Area Dipendenze USL Toscana Centro.

Analizzando la letteratura inoltre vediamo come, mentre non sembra esserci differenza per quanto riguarda gli esiti nel lungo termine tra trattamento ambulatoriale e residenziale, sembra invece mostrare risultati interessanti il trattamento residenziale ed ambulatoriale rispetto al trattamento solo ambulatoriale.

Il nostro progetto si inserisce dunque in questo filone e nasce, rivolto esclusivamente agli uomini alcolodipendenti, nel 2014.

Dati gli esiti efficaci, negli anni era aumentata progressivamente la richiesta di un analogo intervento intensivo e breve indirizzato alle donne.

Cause logistiche e di organizzazione non consentivano l'inserimento di donne nella stessa struttura residenziale e, in aggiunta, precedenti esperienze residenziali a carattere misto tra i due generi, avevano generato difficoltà per la gestione di rapporti preferenziali che si venivano a creare e che, distogliendo l'attenzione dall'obiettivo del recovery, soprattutto nel contesto di un periodo residenziale così breve, avrebbero inficiato il programma stesso.

In realtà durante la progettazione di un programma indirizzato alle donne, l'équipe dedicata sviluppò progressivamente la consapevolezza sulle nuove opportunità che, invece, un programma rivolto ai DUA al femminile poteva riservare.

Spesso ci siamo chiesti se l'approfondimento della Medicina di genere che vede coinvolti ormai tanti operatori ed operatrici sanitari/e non meritasse di essere allargato anche per quanto riguardava i DUA. Infatti non tenere conto delle differenze di genere anche nell'ambito delle Dipendenze rischia, al solito, di rendere questo campo differente rispetto ad altri campi della sanità e di privarlo della dignità che invece gli compete.

E in effetti l'esperienza del progetto residenziale rivolto alle donne ci ha confermato che le nostre ipotesi erano corrette: le differenze ci sono, eccome: sia nella manifestazione della malattia in acuto e in cronico, sia nella sua storia naturale, nelle patologie correlate

e nella loro relativa sorveglianza. Da qui l'esigenza di valutare parametri trattamentali diversi, di dedicare programmi residenziali mirati alla specificità di genere e specifici programmi di prevenzione delle ricadute. Quanto sopra in realtà è quello che fanno tutti i servizi che si occupano di dipendenze: individualizzare i programmi, cioè modellarli sulla base delle caratteristiche individuali del paziente. Ma ancora mostriamo timidezza ad autorizzarci alla strutturazione teorica di un programma differenziato per il genere femminile rispetto ai programmi standardizzati e che, per forza di cose, sono stati sempre costruiti su esigenze prevalentemente maschili essendo gli uomini dipendenti in numero almeno triplo rispetto alle donne affette da dipendenza.

Le fasi del programma

Il programma si articola in 3 fasi.

I fase - Semiresidenziale

Prevede l'inserimento presso il Centro di Osservazione e Diagnosi semiresidenziale "La Fortezza" del Servizio Alcolologico UFS Ser.D. C, Firenze.

Durante questa fase, della durata di quattro settimane, l'équipe multidisciplinare accoglie la paziente e provvede alla:

1. disintossicazione fisica e al ricompensamento alcolologico attraverso l'utilizzo di presidi farmacologici atti a curare o prevenire la SAA e/o ad alleviare il craving. Inoltre sono previsti anche trattamenti farmacologici a supporto del distress causato dall'iniziale allontanamento dalla sostanza.

Infine vengono effettuati una serie di accertamenti sulla base della valutazione clinica orientati a diagnosticare eventuali patologie organiche;

2. misurazione e valutazione della motivazione al trattamento attraverso la somministrazione di questionari specifici (MAC);
3. counselling quotidiano sul craving e sulle modalità di fronteggiamento. La frequenza del Centro Diurno spesso rappresenta la prima occasione per concentrarsi su di sé e per cominciare a darsi valore, spazio, tempo.

L'iniziale affrancamento dalla sostanza viene sostenuto attraverso attività prevalentemente gruppali che si avvalgono di strumenti cognitivi quali un approccio teorico-educativo all'addiction grazie al quale è possibile comprendere i meccanismi che si ripetono e modificarli, l'utilizzo di cineforum focalizzato sul tema, il confronto e la condivisione con donne alcoliste in fase di recovery, attività che favoriscono il "rispecchiamento" e l'attivazione della corteccia orbitofrontale che, come è noto, rappresenta un elemento imprescindibile per la gestione degli impulsi.

Le pazienti vengono dunque accompagnate nell'individuazione del legame con la sostanza e come questa venga vissuta come necessaria per rimanere nel contesto quotidiano.

Il passaggio attraverso il corpo è un'attività imprescindibile per un programma rivolto alle donne che più degli uomini utilizzano il corpo come strumento di comunicazione e come contenitore di emozioni confuse e non elaborate e portatrici di sintomi.

L'attività di percezione corporea istruisce sull'attenzione al respiro come strumento per regolare l'arousal, alla postura, al radicamento a terra, alla percezione dei movimenti nello spazio.

L'attività sul corpo così come quelle sopraindicate saranno riprese ed approfondite nella successiva fase residenziale.

Durante le quattro settimane viene effettuata una iniziale valutazione psicodiagnostica che prevede tre colloqui e si avvale di questionari come l' ABQ-Addictive Behaviour Questionnaire (questionario di autovalutazione sulle dipendenze con focus specifico su alcolismo, gioco d'azzardo patologico, internet addiction) e il PID-5, inventario di personalità riferito al DSM-5.

Attraverso questi strumenti l'équipe compie la valutazione necessaria per la fase successiva, e si iniziano a costruire i primi macro-obiettivi di quest'ultima: l'individuazione e la ricostruzione di una rete socio-familiare ed il collegamento con i gruppi di auto-aiuto territoriali.

È già dal Centro Diurno Alcolologico che infatti, a seconda delle caratteristiche della paziente, viene individuato per lei il gruppo territoriale di riferimento: Alcolisti Anonimi o il Club Alcolisti in Trattamento.

II fase - La residenzialità vera e propria

Della durata di quattro mesi prorogabile fino a sei, che si svolge in una struttura ubicata a Borgo San Lorenzo, in provincia di Firenze, e che può ospitare fino ad un massimo di quattro donne.

L'équipe multidisciplinare dedicata è composta da educatori, assistente sociale, psicologa, insegnante di yoga e da una rete di volontarie.

- Attività educative-riabilitative

Le attività quotidiane come la cura e la condivisione degli spazi offrono la possibilità di osservare le utenti e restituire loro le riflessioni emerse.

Nella convivenza le dinamiche tra le donne ospiti vengono messe in evidenza nelle loro criticità e in particolare modo emerge una tendenza a polarizzare i vari aspetti della quotidianità.

Si concentra dunque l'attenzione su alcune aree particolarmente sensibili in cui le donne possono tra loro rispecchiarsi uscendo dalla dinamica duale giusto/sbagliato, buono/cattivo, vero/falso promuovendo l'ampliamento degli orizzonti di pensiero.

Il lavoro riabilitativo all'interno del percorso si focalizza su alcune aree caratteristiche come la gestione del tempo, della cura di sé e della propria persona, l'attenzione alle relazioni interpersonali (sia all'interno che all'esterno dell'appartamento).

La cura delle relazioni è infatti di fondamentale importanza per le donne. La limitazione dello spazio fisico e il numero contenuto delle utenti gioca un ruolo interessante nello scegliere le attività da svolgere.

Inoltre consente un dialogo aperto con la libertà di presentare proposte operative improntate sulla creatività, le abilità e le inclinazioni personali (pittura, collage, danza, teatro) che divengono oggetto di rielaborazione con gli operatori attraverso un processo di bottom-up, ma anche lavori manuali quali maglia e uncinetto, cura delle piante, preparazioni di ricette culinarie, utili per la loro capacità di modulare gli stati di iperarousal, che soprattutto all'inizio, a causa dell'astinenza protratta e/o del craving vero e proprio, possono rappresentare motivo di crisi o addirittura di interruzione del programma.

Le attività "top-down" sono rappresentate da un gruppo alcolico quotidiano condotto dagli educatori durante il quale si approfondiscono i rapporti con la sostanza, gli "atteggiamenti alcolici", sia individuali che con i familiari e dal cineforum focalizzato sulla tematica delle dipendenze.

– Lo yoga

Riprende e approfondisce il concetto di lavoro sul corpo.

Van Der Kolk sostiene che se non si è consapevoli dei bisogni del corpo, non si può prendersene cura. Se non si sente la fame, non ci si può nutrire, se si scambia l'ansia per fame si può mangiare troppo; e che se non ci si sente sazi, si continua a mangiare.

Gli stati emotivi sono impressi nel profilo chimico del corpo.

Le pazienti con problematiche di alcolismo e in generale di dipendenza hanno bisogno di imparare che possono tollerare le loro sensazioni, di farsi amiche le esperienze interne e di esercitare nuovi modelli di azione.

Essendo un importante strumento di sblocco emotivo è necessario iniziare lentamente.

Infatti le prime sedute prevedono passeggiate all'esterno per esercitare il respiro e prendere confidenza con le sensazioni. Successivamente vengono affrontate le varie posizioni incoraggiando a notare una qualsiasi tensione e anticipando per quanto tempo tale posizione sarà mantenuta.

Nello yoga dunque si impara che le sensazioni aumentano, fino a raggiungere un picco, e poi decrescono: come succede per il craving.

Il corpo istruirà la mente su questo e renderà l'esperienza rassicurante.

– L'attività psicoterapeutica

È una psicoterapia sia individuale che di gruppo ad orientamento psicodinamico.

Accanto al colloquio clinico nel quale si analizzano le dinamiche della dipendenza da alcol, si affiancano altre tecniche psicologiche: la scrittura autobiografica per la ricostruzione della storia alcolica familiare ed individuale, il photo language, un lavoro con le immagini finalizzato all'elaborazione del trauma e alla desensibilizzazione nei confronti della dipendenza, del role-playing per esercitare le capacità interrelazionali, esercizi di psicodramma moreniano per attivare i ruoli e contro-ruoli interpersonali.

Premesso che l'approccio psicologico promosso è sempre finalizzato all'unicità dell'individuo, nel contesto della cura dell'alcol non possiamo non considerare le caratteristiche simboliche dell'appartenenza al genere femminile.

I colloqui sono finalizzati alla rielaborazione dell'esperienza individuale con un focus particolare sull'alcol e su come la sostanza abbia danneggiato o non permesso il percorso di evoluzione personale. Il ruolo sociale della donna è costellato di stereotipi di genere con cui doversi confrontare che presuppongono una struttura dell'Io integra e consolidata nel tempo.

Le pazienti alcoliste riportano spesso esperienze di vita invalidanti in cui l'alcol ha avuto la funzione di stampella per poi divenire l'unico elemento di tipo affettivo ed emotivo di autosostegno.

Nella maggioranza dei casi, il ricorrere al consumo di alcol viene narrato dalle utenti come un sollievo dai grandi carichi emotivi/traumatici dell'esistenza.

Dall'ascolto delle storie nasce l'esigenza di approfondire l'esperienza al femminile e di come essa possa rappresentare uno spunto di arricchimento, anziché di negazione o omologazione alla cura del DUA.

Nel corso della nostra osservazione sono emersi temi di comunanza e reciprocità nelle esperienze vissute.

Come è noto l'alcolismo al femminile viene agito perlopiù in solitudine e porta con sé un carattere di vergogna sociale e colpevolizzazione ben più spiccata rispetto alla media maschile.

Viene posta attenzione sulla gestione della rabbia, che nelle donne si manifesta con aspetti di "sabotaggio" della propria vita e di quelle vicine e sulla richiesta di aiuto, che, anche in questo caso, risente molto dello stigma che il binomio donna-alcol si porta dietro.

Il concentrarsi su questi argomenti permette la messa in discussione di una esistenza il più delle volte spesa in doveri sociali non corrispondenti all'autenticità dei propri bisogni.

Il fine ultimo di questo processo è la riattivazione dei desideri personali e la conseguente ristrutturazione organizzativa della propria realtà una volta uscite dalla fase residenziale.

Il focus clinico di questo lavoro risiede nel disinnescare i meccanismi sottostanti e nascosti della dipendenza

da alcol al fine di rinforzare la propria identità di persona capace nei diversi contesti di vita.

Tale capacità si declina nell'emanciparsi dalla dipendenza e nel ricostruire una vita basata sulla sobrietà e sul concetto di responsabilità tradotta operativamente come abilità a rispondere alle problematiche della vita, per uscire dal concetto interiorizzato di colpa/vittimizzazione.

– Attività di mappatura sociale

Per le pazienti rappresenta un momento prezioso per focalizzare la propria situazione di vita personale, relazionale, lavorativa e di tutte quelle dimensioni e sistemi che le circondano e delle quali hanno perso la capacità di gestione.

Il lavoro di mappatura sociale mira ad aiutare la persona a divenire consapevole, con il dovuto supporto e sostegno, dei propri bisogni e delle proprie criticità nell'ambito della rete sociale e, dove necessario, intervenire per l'attivazione delle risorse ambientali carenti.

In questa direzione si concentrano i colloqui con l'operatore di rete: una volta a settimana avviene il colloquio con l'utente nel quale si ricostruisce il quadro di sistemi e relazioni che circondano la persona prima dell'ingresso in comunità.

Lo strumento utilizzato è l'ecomappa: ovvero uno schema grafico rappresentante la rete sociale, i vari sistemi (relazioni e organismi) che gravitano intorno alla persona.

Il sistema classifica in "reti primarie" quali la famiglia, il lavoro, le relazioni affettive, di amicizia e il vicinato, che sono le relazioni più intime e vicine alla persona; le "reti secondarie" che si distinguono a loro volta in reti formali, (i servizi pubblici e istituzioni territoriali di sostegno e assistenza), e reti informali, (la parrocchia, i gruppi di auto aiuto, il volontariato). Una volta ricostruita la rete sociale, viene fatto un colloquio di restituzione con la paziente stessa. Lo scopo è quello di individuare i punti di forza e le carenze e cosa sarebbe necessario attivare per far sì che la rete funzioni.

Il lavoro successivo di coordinamento e organizzazione viene portato avanti insieme agli operatori del Ser.D. inviante e ad operatori del privato sociale per eventuali inserimenti lavorativi o di sostegno alla formazione professionale o per la gestione del tempo libero.

– Gruppi di auto aiuto

Trattandosi di un percorso breve, già dal secondo mese inizia la frequenza del gruppo di auto aiuto individuato (AA, CAT).

In genere, se possibile, si preferisce che la frequenza avvenga sul territorio che sarà quello di competenza della paziente stessa, dove rientrerà al termine del residenziale.

Iniziando così precocemente si stabilisce sin da subito un ponte di collegamento con l'elemento che rappre-

senta insieme ad altri un fattore prognostico positivo per il mantenimento della sobrietà.

Anche i familiari vengono invitati a partecipare al gruppo insieme alle pazienti se si tratta di CAT o in autonomia se si tratta di AA anon.

– Rete di volontariato

Si tratta di un gruppo di persone, prevalentemente donne, che fanno parte dell'associazione e che hanno dato la loro disponibilità per delle attività ricreative con le pazienti durante il fine settimana, sia nella struttura che all'esterno.

Fa parte di questa rete anche un medico (donna) che conduce dei gruppi monotematici.

III fase - Il follow up

Della durata di sei mesi, che viene costruito in stretto raccordo con il servizio alcologico inviante. La mappatura della rete sociale effettuata durante la residenzialità viene adesso utilizzata per creare una serie di collegamenti territoriali necessari al programma di prevenzione delle ricadute: la ripresa o la costruzione di una attività lavorativa, la frequenza ai gruppi di auto-auto, la valorizzazione di risorse familiari e amicali.

Durante il follow up le pazienti hanno appuntamenti costanti di verifica con gli operatori, sia individuali che insieme ai familiari, proseguono il sostegno psicologico, mantengono il monitoraggio al Ser.D. inviante. Fondamentale in tutti i sei mesi successivi anche i periodici incontri di gruppo che vengono effettuati in struttura insieme alle altre donne che hanno precedentemente concluso il programma.

Le pazienti trovano molto utile e arricchente questo aspetto, anche a distanza di mesi dalla conclusione, in quanto richiama loro il senso di appartenenza a momenti di forte cambiamento e di trasformazione la cui condivisione con chi li ha vissuti rinnova la motivazione e la determinazione.

Risultati

Da ottobre 2019 hanno fatto l'ingresso in prima fase n° 18 donne, età media 51 anni (range 72-37). Tutte (18) sono passate alla fase 2 residenziale.

Hanno completato la fase 2 n. 13 (72%).

Hanno completato la fase 3 n. 11 (61%).

Sono rimaste completamente astinenti dall'alcol a 1 anno dalla conclusione del programma su 11 valutabili perché hanno completato n. 8, quindi il 72%.

Questi valori sono sovrapponibili ai risultati sugli esiti dei programmi residenziali a lungo termine, per quanto questo tipo di dati sia abbastanza scarno in letteratura.

Tab. 1

Risultati	Fase 1 Centro diurno	Fase 2 Residen- ziale e completata	Fase 3 Follow-up completata	Comple- tamento percorso	Mante- nimento astensione a 1 anno
N. donne	18	13 (72%)	11 (61%)	11 (61%)	8 (72%)

Riflessioni

1. La collaborazione pubblico/privato rappresenta un'occasione di crescita. I know how dei due enti si possono integrare e valorizzare vicendevolmente in uno scambio di competenze ed esperienze.
2. La stretta correlazione con il territorio (gruppi di auto aiuto, gruppi di volontariato, mantenimento del rapporto con il Ser.D. inviante, mantenimento del MMG) permette di mantenere e implementare l'integrazione con il territorio, e fornisce il supporto necessario ad un programma breve che però non riduca la propria efficacia.
3. L'attenzione alla specificità di genere permette l'individuazione di programmi adeguati e questo si manifesta con una ritenzione nel programma che è alta.

La brevità del percorso residenziale favorisce l'accesso alle donne che spesso sono limitate da questo tipo di scelta dai compiti familiari.

4. L'età media (51 anni) delle pazienti ospiti ci mostra che, se le donne trovano un contesto nel quale potersi affidare, sono in grado di fare una trasformazione importante, anche in età matura.

Ma al tempo stesso ci segnala che, a causa forse dei compiti familiari strettamente legati al genere, solo

in età più avanzata le donne si concedono la possibilità di dedicarsi spazi di tempo e luogo.

In questo modo però la malattia procede, con aumento dell'incidenza delle patologie alcolcorrelate oltre ad un peggioramento dell'intossicazione del sistema familiare che riguarda in particolare il rapporto con i figli che crescono in un contesto familiare disfunzionale.

5. Le consuetudini culturali, anche degli operatori, legati alla figura della donna e ai suoi compiti sociali, sono ancora molto forti.

È più comune che una paziente classificabile come Cloninger 1, venga seguita in ambulatorio proprio per permetterle di coniugare la cura, la famiglia e il lavoro anche se spesso è proprio questo mancato riconoscimento dei bisogni personali alla base del mantenimento del ciclo patologico.

Riferimenti bibliografici

- Bateson G. (1977). *Verso un'ecologia della mente*. Adelphi.
- Cibin M., Hinnenthal I., Lugato E. (2009). I programmi residenziali brevi. *Medicina delle Tossicodipendenze*, 65: 39-46.
- Cerizza G., Cibin M., Hinnenthal I. et al. (2008). La residenzialità Riabilitativa Alcolologica come opportunità terapeutica. *Mission*, 27: 27-31.
- Cloninger C.R. (1987). Neurogenetic adaptive mechanism in alcoholism. *Science*, 236: 410-6.
- Frank R. (2007). *Il corpo consapevole*. Milano: FrancoAngeli.
- Guerreschi C. (2000). Comunità terapeutiche e strutture intermedie, cap. 47. In Allamani A. et al., *Il libro italiano di alcologia*. SEE-Firenze.
- Hinnenthal I., Cibin M. (2011). *Il trattamento residenziale breve delle dipendenze da alcol e cocaina: il modello Soranzo Seed*.
- Ogden P., Mintonk Pain C. (2012). *Il trauma e il corpo. Manuale di terapia sensomotoria*. Istituto di Scienze Cognitive Editori.
- Van Der Kolk B. (2015). *Il corpo accusa il colpo*. Raffaello Cortina.

Si ringrazia il Laboratorio Farmaceutico C.T. per il supporto alla realizzazione della newsletter.

