

## 2.7

## PERCORSI DI CURA PER IL DISTURBO DA USO DI ALCOL: IL MODELLO INTEGRATO SANITARIO E RIABILITATIVO

Fertonani Affini G.\*<sup>[1]</sup>, Giuffredi C.<sup>[2]</sup>

<sup>[1]</sup>Az USL PARMA - DAISM-DP ~ Parma ~ Italy, <sup>[2]</sup>Gruppo CEIS ~ Parma ~ Italy

**Sottotitolo:** L'esperienza di Parma: il trattamento residenziale alcolologico intensivo breve integrato con il ricovero in ambito sanitario.

### Testo Abstract

L'interesse nei confronti dei programmi residenziali brevi, in specifico per il disturbo da uso di alcol, ha assunto sempre di più un significato polivalente e di congiunzione con altri interventi. La possibilità di una maggiore integrazione con i percorsi sanitari ma anche con l'"aftercare" sul territorio sviluppati in modo sinergico e intensivo ci permettono di intercettare una utenza che ancora non è gravemente compromessa dal punto di vista personale e sociale. Il modello della residenzialità breve in ambito alcolologico fa riferimento ai programmi dei "28 giorni" anglosassoni ma anche alle cliniche tedesche con approccio psicoterapico/psicosomatico. In questi percorsi residenziali brevi gli interventi sono calibrati sulla valutazione diagnostica, sull'analisi motivazionale e di prevenzione della ricaduta. In molti casi sono inclusi interventi di sblocco e regolazione emotiva e di sensibilizzazione/facilitazione ai gruppi di auto-mutuo-aiuto. Il percorso residenziale breve implica una forte integrazione con il prima e il dopo: con il ricovero in ambito sanitario e con il territorio.

### Introduzione

I programmi residenziali brevi sono rivolti a soggetti nei quali il disturbo da uso di alcol non ha ancora determinato un grave deterioramento sociale e personale, pazienti con ancora un discreto funzionamento lavorativo e socio/familiare, una accettabile capacità di gestire la propria vita e una buona consapevolezza. Anche per l'eventuale comorbidità psichiatrica non è la diagnosi codificata (valutazione categoriale) a fare la

differenza ma la capacità di autonomia personale e di funzionamento relazionale (valutazione dimensionale). Normalmente l'avvio al percorso residenziale breve è anticipato da un ricovero in ambito sanitario per gestire i sintomi astinenziali e stabilizzare il "craving". Il primo obiettivo è quello di ridurre i tempi di degenza in modo da poter continuare il percorso riabilitativo in un ambiente arricchito e più stimolante. Nel percorso riabilitativo è prevista una fase di valutazione psichiatrica e di messa a punto della farmacoterapia. La diagnosi si pone dopo aver indagato la storia e le caratteristiche della dipendenza, gli aspetti organici, la condizione psicologica/psichiatrica e la vita sociale/familiare (Greenfield,2006). Nel corso del programma residenziale si riducono i sintomi psicopatologici "tradizionali" (sintomi depressivi, ansia, ecc) e prevalgono i sintomi legati ai disturbi di personalità (somatizzazioni, impulsività, bipolarità, ecc). La centralità dei programmi residenziali brevi è quello di "acquisizione di strumenti" per fornire al paziente strategie personali e sociali che gli consentano di affrontare i problemi, le fragilità emotive, le situazioni a rischio senza ricorrere alla modulazione con sostanze alcoliche (Hinnenthal 2006).

### 1. Il trattamento residenziale alcolologico intensivo breve a Parma

Il Trattamento Residenziale Alcolologico Intensivo Breve è inserito all'interno dell'Accordo Locale e Contrattuale relativo a prestazioni da erogare in favore di persone dipendenti da sostanze d'abuso assistite dall'AUSL di Parma (accordo locale contrattuale relativo alle prestazioni da erogare in favore di persone dipendenti da sostanze di abuso assistite dall'azienda USL di Parma 2020-2022. 30-12-2019).

La caratteristica del trattamento residenziale breve è di associare in modo consequenziale e integrato il ricovero in ambito sanitario (Ospedale Privato Accreditato "Maria Luigia" o altra Casa di Cura) e l'ingresso nel modulo residenziale Alcolologico Intensivo Breve (durata di 30-60 giorni) della Comunità L'Airone del Gruppo Ceis.

Il target è riferito a utenti in fase di scompenso psicofisico da abuso o dipendenza alcolica che abbiano mantenuto le proprie risorse personali nei diversi contesti (lavoro, rete familiare e sociale, sufficiente stabilità economica) ed utenti per i quali vi sia un riconoscimento condiviso di consapevolezza e capacità operative tale da orientare ad una riattivazione delle risorse personali.

Gli obiettivi sono divisi in due fasi consequenziali: la disintossicazione e la stabilizzazione del quadro psicofisico in ambito sanitario ed il successivo consolida-

mento dell'astensione, insieme alla protezione ed accompagnamento finalizzati al mantenimento delle risorse personali residue all'interno del percorso intensivo breve. Così strutturato, il percorso si prefigge di coniugare in un lasso di tempo breve il bisogno di contenimento e la necessità di stimolare la consapevolezza e autonomia della persona.

## 2. *Inquadramento diagnostico e interventi*

Gli strumenti utilizzati sono l'inquadramento diagnostico per area (uso di sostanze, somatica/organica, psicologica/psichiatrica, sociale/familiare, motivazionale); interventi di motivazione al cambiamento/analisi funzionale e prevenzione della ricaduta sia individuale che di gruppo; interventi di sblocco emotivo e di regolazione emozionale; tipizzazione e farmacoterapia del "craving"; coinvolgimento della famiglia e contatto con gruppi di auto-mutuo-aiuto territoriali.

## 3. *Analisi funzionale e motivazione al cambiamento*

L'analisi funzionale è uno strumento che aiuta l'operatore e il paziente a comprendere e quindi a diventare consapevole dei propri comportamenti d'uso. Partendo dal presupposto che ogni comportamento nasce come strategia "adattiva", ossia rappresenta la migliore risposta che in quel momento l'individuo è in grado di attuare. La comprensione della funzione dell'uso di sostanze è il presupposto per la ricerca di strumenti personali migliori. Nell'analisi funzionale si scompongono i processi secondo il presupposto che ogni comportamento è elicitato da antecedenti e rinforzato da conseguenti (Kelly 1955).

## 4. *Prevenzione della ricaduta*

La prevenzione della ricaduta prevede l'individuazione delle personali situazioni ad alto rischio di ricaduta come stati emotivi negativi e positivi, pressioni socio-lavorative, conflitti interpersonali, contesti, verifica dell'autocontrollo, uso di altre sostanze, condizioni psico-fisiche negative e acquisizione di strategie di fronteggiamento (Marlat, 1988). Un aspetto fondamentale è la gestione del "craving" nella prevenzione della ricaduta che coinvolge lo sviluppo di abilità personali ma anche la possibilità di utilizzare approcci psicofarmacologici (Carol, 2001).

## 5. *Interventi di sblocco emotivo e regolazione emozionale*

Situazioni di "congelamento emotivo" sono molto frequenti nei pazienti con disturbo da uso di alcol. La sostanza è spesso assunta per "agire senza sentire". La condizione di astensione dall'alcol coincide con la graduale capacità di riprendere a sentire e gestire le emo-

zioni. Una modalità per favorire questo processo è quella di entrare in contatto con le emozioni attraverso il corpo (Bertelè, 1995). Conseguentemente allo scongelamento delle emozioni è necessario acquisire strumenti di gestione alternativi all'uso di sostanze. In questa fase emergono ricordi e vissuti traumatici che hanno necessità di essere gestiti con colloqui psicologici e supporto psicofarmacologico.

## 6. *La gestione del "craving" nella prevenzione della ricaduta*

Il "craving", ovvero il desiderio di alcol, è una componente centrale nel processo di ricaduta. Si tratta di un processo emotivamente impegnativo che coinvolge la mente e il corpo. Pone il paziente in un atteggiamento non più collaborativo con un netto distacco emotivo. Il "craving" prende origini dalle zone più ancestrali del nostro sistema nervoso centrale e non deve essere confuso con i sintomi astinenziali. Il modello psicobiologico (Verheul, 1999) è quello che ci descrive meglio le alterazioni neurochimiche scomponendo il "craving" in vari sottotipi clinici: il desiderio per la ricompensa che sottotende un'alterazione del sistema dopaminergico/oppiodergico, desiderio per ridurre la tensione con alterazione del sistema gabaergico/glutammatergico, desiderio ossessivo/compulsivo con alterazione del sistema serotoninergico. Ogni sottotipo di "craving" può essere gestito con supporto psicofarmacologico mirato. La tipizzazione e il monitoraggio del "craving" viene effettuata con il questionario (CTQ: Craving Typology Questionnaire) (Cuneyt, 2016).

## 7. *Facilitazione all'auto-aiuto*

Strategica è la facilitazione ai gruppi di auto-mutuo-aiuto (AMA). Alcolisti Anonimi (AA), Familiari di Alcolisti Anonimo (Al-Anon), Club Alcolologico Territoriale (ACAT) condividono i principi fondanti del "self-help" di reciprocità e mutualità in una condivisione tra pari del problema alcol. Alcuni studi (Humphreys, 2003) evidenziano un miglioramento del funzionamento sociale e maggiore autoefficacia, riduzione dei costi sanitari e dell'utilizzo dei Servizi, garantiscono un sostegno e una continuità dei percorsi ("continuing care"), miglioramento degli esiti nei trattamenti combinati professionale e non professionale (Connors 2001).

## 8. *Programma "aftercare"*

Il punto di forza del programma alcolologico intensivo breve è sulla progettazione dell'"aftercare": il coinvolgimento della rete familiare e sociale, l'attivazione dei gruppi di auto mutuo aiuto territoriali, i rapporti con il Ser.D inviante e il coinvolgimento del Medico di

Medicina Generale. La partecipazione della rete familiare ai momenti del percorso è fondamentale per rimodulare le relazioni e progettare l'uscita dalla struttura (accompagnamento all'ingresso, partecipazione al gruppo Multifamiliare ed al seminario di educazione alla salute in Comunità e frequentazione di un gruppo AMA territoriale).

### 9. *Organizzazione del trattamento residenziale breve alcolologico*

Gli ingressi e le dimissioni sono calendarizzati in accordo con i Servizi Alcolologici invianti, i primi con passaggio diretto dal reparto ospedaliero o struttura sanitaria alla Comunità; le dimissioni con calendario concordato di controlli ambulatoriali e incontri ai gruppi AMA. Nella fase di pre-ingresso vengono effettuati 1-2 colloqui di conoscenza con il paziente, in presenza o in modalità da remoto, con la partecipazione degli operatori referenti (Servizi Alcolologici e comunità) e la famiglia. È in questa fase che le figure coinvolte nel progetto, ovvero utente, familiari ed equipe di riferimento sottoscrivono il Contratto di Cura. Nel contratto vengono esplicitati: gli obiettivi, gli impegni assunti dall'utente-rete familiare-equipe di riferimento, aspetti legati ad eventuale accesso presso altri servizi, comportamenti non ammessi, piano della crisi (vedi allegato 1). Sempre in questa fase viene compilata la scheda sinottica del modulo alcolologico intensivo breve (MABI) (vedi allegato 2). Verrà inoltre esplicitato il programma di trattamento durante la permanenza nel modulo residenziale alcolologico intensivo breve (vedi allegato 3).

La verifica con gli operatori della UOS di Alcologia inviante verrà effettuata al 15/30 giorno e fine percorso (60 giorno).

Vengono monitorati i seguenti indicatori di esito:  
 A) adesione al percorso completo;  
 B) monitoraggio del craving con "Craving Typology Questionnaire" (CTQ);  
 C) attivazione dell'"aftercare" (reinvio al SerD, rapporto con gruppo di Auto Mutuo Aiuto e con MMG);  
 Il presente articolo riporta infine (allegato 2) i dati attività del progetto dall'avvio.

### 10. *Trattamento residenziale alcolologico intensivo breve: dati di attività marzo 2021-agosto 2023*

La tabella 1 riporta i dati utenza dall'apertura del progetto al 31 agosto c.a.

Nelle colonne vengono segnalate i casi con un numero, l'età, il genere, la data d'ingresso ed uscita dalla comunità, la relativa durata in giorni del percorso e la sostanza di abuso. Nella colonna "motivo" viene indi-

cato se il programma è stato concluso nei tempi previsti dal Contratto di Cura oppure se la persona ha abbandonato prima del termine. La colonna "adesione" indica la qualità della partecipazione al percorso: buona, discreta e scarsa. Questa valutazione comprende tutti gli aspetti della vita comunitaria, focalizzandosi in particolare sulla partecipazione attiva ai gruppi terapeutici, alla modalità di relazione con gli altri residenti ed all'impegno nella vita comunitaria (lavori al piano, gestione del tempo libero, contributi e capacità di ascolto nei momenti di gruppo allargati come l'incontro del mattino e della sera e le riunioni straordinarie). La colonna "invio" segnala se la persona ha accettato di proseguire la frequentazione dei gruppi di auto aiuto territoriali (AA e CAT) dopo la fine della permanenza in comunità. La colonna di "follow up" riferisce la situazione della persona al 31 agosto c.a. Dalla Tabella 1 si evince che 8 utenti su 12 hanno terminato il percorso con una buona/discreta adesione. La messa a punto dell'"aftercare" ha funzionato creando in tal modo una buona connessione con la rete alcolologica territoriale. Naturalmente i casi sono ancora pochi e va implementato il campione. Inoltre andrebbe indagato l'impatto dei costi socio-sanitari e il funzionamento socio-lavorativo confrontando percorsi residenziali tradizionali e percorsi intensivi brevi con anche le degenze medie effettuate in regime di ricovero sanitario.

### *Osservazioni conclusive*

I programmi residenziali alcolologici brevi integrati con interventi sanitari di detossificazione e stabilizzazione del "craving" presentano vantaggi in termini di costi/benefici. La riduzione dei tempi di degenza rappresenta un importante vantaggio sia per la possibilità di abbattere le liste di attesa per i ricoveri sia per iniziare un percorso riabilitativo alcolologico mirato in ambienti più stimolanti e arricchiti. Il percorso residenziale ha la caratteristica di essere dedicato e specifico per il disturbo da uso di alcol e articolarsi in modo intensivo. L'opportunità di pianificare un "continuum" con il territorio dopo il percorso residenziale ci mette nelle condizioni di implementare la rete alcolologica di sostegno; permette inoltre una forte integrazione fra Servizio Sanitario Pubblico, Terzo Settore e Gruppi AMA. Alcuni studi evidenziano una maggiore efficacia degli interventi in cui l'integrazione fra residenziale e territoriale è pianificata in un processo di continuità (McKay, 2002). Studi sugli esiti di questi interventi nel medio e lungo termine sul funzionamento socio-relazionale-lavorativo sarebbero importanti per rimodulare e migliorare la risposta terapeutica per i disturbi da uso di alcol.

### Bibliografia

Bertelè L (1995). *Il tuo corpo ti parla*. Milano: Baldini e Castoldi Dalai);

Carol KM (2001). *Il trattamento della dipendenza da cocaina*, NIDA. Trad. it. Consoli A (a cura di). Torino: Centro Scientifico Editore;

Connors GJ, Tonigan JS, Miller WR (2001). A longitudinal model of intake symptomatology. AA participation and outcome: retrospective study of the Project MATCH outpatient and aftercare samples. *J. Stud. Alcohol*; 62: 817-25;

Cuneyt E. et Al. *Validation Study of the Craving Typology Questionnaire (CTQ) in male Alcohol- Dependent Patients*. *Journal of Psychiatry and Neurological Science*: pag 219-228;

Greenfield SF, Hennesy G. (2006). *Valutazione del paziente in trattamento per disturbi da sostanze*. Manuale dell'American Psychiatric Publishing.

Seconda edizione Galanter M. Kleber HD (milano): Masson pp. 101-18;

Hinnenthal I, Manera E., Gallo S et al (2006). *Trattamento residenziale: un approccio emotivo e cognitivo-comportamentale*.

*Manuale di aggiornamento tecnico scientifico, Progetto START del dipartimento nazionale per le politiche antidroga*. Vago di Lagno (VR): La grafica: pp.385-98

Humphreys K, Wing S., McCarty D (2003). *Self-help organization for alcohol and drug problems: towards evidence-based practice and policy*. Workgroup on Substance Abuse Self-Help Organizations.

Kelly GA (1955). *La psicologia dei costrutti personali*. Milano: Raffaello Cortina Editori;

Marlat GA, Barrell K (1998). *La prevenzione delle ricadute*: In: Galanter M. Kleber HD. *Trattamento dei disturbi da uso di sostanze*. Milano: Edizioni Masson;

McKay JR, Donovan DM, McLellan T et al (2002). *Evaluation of full vs partial continuum of care in the treatment of publicly funded substance abusers in Washington state*. *Am. J. Drug Alcohol Abuse*; 28: 307-38;

Verheul R., Van Den Brink W, Geerlings P. (1999). *A three pathways psychological model of craving for alcohol*. *Alcohol*; 34: 197-222