



DOPPIE DIAGNOSI IN COMUNITÀ TERAPEUTICA

a cura di
Donatella Peroni, Massimo Clerici



DIPENDENZE: STRUMENTI/LABORATORIO

FrancoAngeli

Informazioni per il lettore

Questo file PDF è una versione gratuita di sole 20 pagine ed è leggibile con



La versione completa dell'e-book (a pagamento) è leggibile con Adobe Digital Editions. Per tutte le informazioni sulle condizioni dei nostri e-book (con quali dispositivi leggerli e quali funzioni sono consentite) consulta [cliccando qui](#) le nostre F.A.Q.



La collana *Dipendenze* propone strumenti operativi, linee-guida cliniche, presentazioni di protocolli o risultati di ricerche-intervento e, più in generale, materiali formativi sui differenti aspetti della dipendenza che sono espressione sia delle diverse aree “culturali” rappresentate nel settore, sia delle molteplici professionalità impegnate negli specifici Servizi esistenti sul territorio.

L’obiettivo è quello di mettere a disposizione uno spazio di riflessione e, possibilmente, di suscitare uno scambio di esperienze il più ampio possibile, sviluppando uno stringente confronto su metodologie e tecniche utili alla costituzione di una “identità” disciplinare trasversale. Tale trasversalità vuole riferirsi, da un lato, alle differenti figure professionali operanti oggi nelle équipes di lavoro – medici, specialisti di più varia formazione, psichiatri, psicologi, assistenti sociali, sociologi, educatori, tecnici della riabilitazione, volontariato, familiari impegnati nell’auto-aiuto, ecc. – e, dall’altro, alle diverse istituzioni – pubbliche e private – che si pongono come finalità non secondaria del loro impegno la crescita di una cultura di area sufficientemente “forte” e modelli operativi il più possibile “integrati”.

L’iniziativa si propone inoltre di stimolare, attraverso un incremento dell’interscambio tra istituzioni, servizi e singoli operatori, l’elaborazione di proposte o la verifica di progetti avviati dai più diversi interlocutori sia su temi di interesse generale, sia su singole sperimentazioni cliniche e di ricerca.

Dopo l’introduzione delle leggi di riordino del settore, i Servizi e la “cultura” di lavoro nel campo dell’abuso e delle dipendenze sono infatti in profonda modificazione proprio a seguito del radicale impulso alla professionalizzazione offerto dall’impiego di programmi e tecniche sempre più affinate.

In linea con tali premesse la collana si giova, oltreché di un Comitato di Consulenza, anche di un Comitato Scientifico composto dalle diverse Società e istituzioni che coagulano operatori di diversa professionalità e orientamento e che rappresentano i partner privilegiati per identificare contributi o filtrare suggerimenti elaborati in contesti di “scambio” quali Riviste di settore o specifiche iniziative di aggiornamento e formazione.

La collana articola la sua produzione in due sezioni: *Strumenti* per testi operativi e *Laboratorio* per la ricerca e il dibattito.

Coordinatore della collana: *Massimo Clerici*.

Comitato di consulenza

Clinica e organizzazione dei Servizi

Eugenio Aguglia, Gerardo Favaretto, Riccardo C. Gatti, Claudio Mencacci, Enrico Tempesta

Ricerca

Giuseppe Carrà, Francesco Catapano, Gilberto Gerra, Emilio Sacchetti, Fabrizio Starace

Alcoolismo

Massimo Casacchia, Luigi Janiri, Alfio Lucchini, Antonio Mosti, Gino Pozzi

Psicoterapia

Italo Carta, Flavio Bonfà, Massimo Di Giannantonio, Giuseppe Mammana, Umberto Nizzoli

Interventi familiari

Paolo Bertrando, Luigi Cancrini, Maurizio Coletti, Mauro Croce, PierGiorgio Semboloni

Consiglio direttivo della società italiana per lo studio dei comportamenti di abuso e dipendenza – SICAD, Sezione Speciale della Società Italiana di Psichiatria:

Eugenio Aguglia, Giovanni Bellio, Sonia Biscontini, Flavio Bonfà, Massimo Clerici, Giuseppe Carrà, Italo Carta, Francesco Catapano, Massimo E. Diana, Massimo Di Giannantonio, Angelo Fioritti, Riccardo C. Gatti, Luigi Janiri, Stefano Lucisoli, Giuseppe Mammana, Paolo Miragoli, Gino Pozzi, Michele Sanza, Rosangela Scioli, Enrico Tempesta, Giuseppe Zanda.

Comitato scientifico

ALEA – Associazione per lo studio del gioco d'azzardo e dei comportamenti a rischio: Riccardo Zerbetto

ANSISA – Associazione Nazionale Specialisti in Scienza dell'Alimentazione: Michele Carruba

ERIT ITALIA – Federazione Europea degli operatori delle Tossicodipendenze: Vittorio Foschini

FEDERSERD – Federazione Italiana degli Operatori dei Dipartimenti e dei Servizi delle Dipendenze: Alessandro Coacci

GRUPPO ABELE

Leopoldo Grosso

ITACA – Delegazione Territoriale Italiana Associazione Europea degli operatori professionali delle Tossicodipendenze: Amedea Lorusso

SIA – Società Italiana di Alcolologia: Giovanni Greco

SIS-DAC – Società Italiana Studio dei Disturbi del Comportamento Alimentare: Fausto Manara

SITD – Società Italiana Tossicodipendenze: GianPaolo Guelfi

DOPPIE DIAGNOSI IN COMUNITÀ TERAPEUTICA

a cura di
Donatella Peroni, Massimo Clerici

DIPENDENZE: STRUMENTI/LABORATORIO

FrancoAngeli

Il volume è stato realizzato grazie al contributo dell'Associazione "La Ricerca" ONLUS
[www.laricerca.net]



LA RICERCA
Associazione onlus

Grafica della copertina: Elena Pellegrini

Copyright © 2015 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore. L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito www.francoangeli.it.

Indice

Introduzione. Comunità Emmaus: un progetto integrato, di *Donatella Peroni, Flavio Bonfà e Massimo Clerici* pag. 7

Ringraziamenti, di *Daniela Scrollavezza* » 13

Parte I – Un modello d'intervento per le doppie diagnosi in comunità terapeutica

La Comunità Emmaus e la sua collocazione storica, di *Paolo Bertrando, Alessandra Milesi, Donatella Peroni, Massimo Clerici* » 15

Un modello in evoluzione, di *Silvia Pettinari, Donatella Peroni* » 21

Parte II – Il piano educativo

Ruolo e compiti dell'educatore, di *Andrea Latte* » 29

La storia di Sergio, di *Andrea Latte* » 53

Parte III – Il piano psichiatrico

Ruolo e compiti dello psichiatra, di *Rosaria Pescara* » 65

La storia di Teresa, di *Giuseppe Soavi* » 75

Parte IV – Il piano psicologico

Ruolo e compiti dello psicologo , di <i>Paola Marcinnò, Silvia Pettinari</i>	pag. 83
Il genogramma familiare: uno strumento diagnostico , di <i>Paola Marcinnò</i>	» 94
La storia di Francesco , di <i>Silvia Pettinari</i>	» 108

Parte V – Il piano familiare

Lavorare con le famiglie: un valore aggiunto , di <i>Paolo Bertrando, Alessandra Milesi</i>	» 115
Interventi familiari nella residenzialità , di <i>Paola Marcinnò, Silvia Pettinari</i>	» 123
La storia della famiglia di Michele , di <i>Paola Marcinnò</i>	» 132

Parte VI – Prospettive future

L'intervento residenziale nel trattamento dei Disturbi Gravi di Personalità , di <i>Michele Sanza</i>	» 139
Appendice. Intervista a Donatella Peroni , a cura di <i>Tiziana Pisati</i>	» 149
Bibliografia	» 153

Introduzione.

Comunità Emmaus: un progetto integrato

di *Donatella Peroni**, *Flavio Bonfà***, *Massimo Clerici****

La progettazione e la costruzione di un nuovo Servizio – e del programma terapeutico che lo qualifica – non è impegno frequente e di facile accessibilità sia da parte del clinico sia di tutti coloro che, a diverso titolo, possono oggi dichiararsi professionisti del disagio, della vulnerabilità o delle aree che, nel tempo, hanno da sempre rivolto la propria attenzione alle fasce di popolazione più deboli e marginali.

Quando nel 1998 fui chiamato e poi rapidamente coinvolto nella rimodulazione e nella riprogettazione di un programma preesistente e da tempo già operante nell'ambito del "Progetto Uomo" a Piacenza, Donatella Peroni – che controfirma questa introduzione con me e con Flavio Bonfà – mi disse, con grande chiarezza, che tre almeno erano gli "ingredienti" necessari richiesti di un contributo esterno all'interno di questa stimolante collaborazione.

Il primo riguardava la necessità di corrispondere in maniera netta al progressivo cambiamento in itinere dell'utenza che, fino a quel tempo, molti continuavano a definire come portatrice di problematiche assimilabili alla tossicodipendenza "pura". Il secondo ingrediente si riferiva invece all'opportunità di "professionalizzare" viepiù un modello di trattamento da sempre basato su alcuni classici archetipi del lavoro nelle tossicodipendenze in Italia – il "Progetto Uomo" – espressione, più o meno modificata, del complesso trasferimento in Europa ed in Italia del modello Daytop americano. Il terzo poneva la questione dell'opportunità o meno di scegliere e di formare una tipologia "nuova" di operatori – destinata per l'appunto ad un programma "nuovo" – o di mantenere, piuttosto, una struttura professionale centrata sull'asse tradizionale del gruppo "classico" di operatori formati ai modelli precedenti, buona parte di loro addirittura provenienti dall'esperienza diretta e personale delle problematiche di tossicodipendenza: tutto ciò si rifaceva,

* Assistente Sociale, già Responsabile della Comunità Emmaus – Associazione La Ricerca Piacenza.

** Direttore Unità Operativa SERT, Cortemaggiore, AUSL di Piacenza.

*** Professore Associato di Psichiatria, Dipartimento di Chirurgia e Medicina Traslazionale, Università degli studi di Milano Bicocca.

quindi, al tema – alquanto complesso e di non facile soluzione – della selezione degli operatori, della definizione degli strumenti formativi, nonché dei percorsi di formazione permanente.

Ricordiamo ancor’oggi con grande precisione come quest’ultimo aspetto sia stato il più arduo da affrontare e, potenzialmente, da risolvere in quanto sui precedenti vi era una condivisione di vedute totale sia con i responsabili del Programma esistente, sia con altri operatori coinvolti in quella che potremmo definire ora un’esperienza innovativa a forte valenza integrativa: il nuovo Progetto, infatti, era stato fortemente voluto anche dai Direttori dei SerT di allora – Flavio Bonfà e Antonio Mosti – con i quali si erano condivise, negli anni, sia una particolare attenzione al crescente fenomeno della “doppia diagnosi”, sia l’opportunità di tentare di professionalizzare in modo esplicito gli operatori dei programmi del privato sociale in Italia per far compiere un passo avanti nel settore ad un’area che aveva già ampiamente dimostrato di garantire una sponda importante al servizio pubblico. Proprio grazie al ruolo svolto dalla Società Italiana di Psichiatria delle Dipendenze (SIP.Dip), sezione speciale della Società Italiana di Psichiatria (SIP), molti di noi spingevano da tempo all’innovazione in questo campo, soprattutto nell’area della formazione e della ricerca, con l’obiettivo di garantire una progressiva crescita culturale e professionale di quell’area della residenzialità terapeutica ormai specialistica – le cosiddette Comunità Terapeutiche (CT) – che il Servizio pubblico non aveva mai avuto l’opportunità di realizzare per i ben noti limiti della legge di riforma del sistema delle dipendenze – n°309. Questa legge, pur avendo finalmente legittimato sul territorio dell’intero Paese un modello uniforme di organizzazione dei Servizi dediti al contrasto dei fenomeni droga ed alcool-correlati non aveva comunque agevolato la ricomposizione dell’annoso problema della mancanza di uno spazio residenziale per il servizio pubblico.

Risulta opportuno ricordare, a questo punto, come il gruppo di lavoro costituitosi all’epoca avesse trovato, immediatamente, un accordo sull’opportunità di realizzare un Programma tarato soprattutto sui bisogni clinici di pazienti complessi e multiproblematici portatori di grave psicopatologia – disturbi psicotici, disturbi dell’umore e disturbi della personalità in comorbidità – riaffermando come fosse ormai tempo di offrire, per queste patologie psichiatriche associate all’uso di sostanze, una forte base diagnostica multimodale – già al momento dell’ingresso in CT – e, successivamente, un programma terapeutico strutturato, intensivo e multifasico in grado di personalizzare le risposte cliniche proprio in funzione delle caratteristiche diagnostiche e della storia naturale della malattia finora non trattata o delle precedenti risposte alle terapie sperimentate da tale utenza negli anni.

In fondo valeva, anche per noi in Italia, quello che McLellan – primo fra tutti ipotizzando e sperimentando l’Addiction Severity Index (ASI) – e molti altri autori dell’epoca chiamavano il *matching*, cioè la possibilità di rendere compatibile il trattamento con il profilo specifico dell’utenza.

Il bisogno di una repentina revisione dei modelli, teorici ed empirici, di riferimento nei percorsi di professionalizzazione degli operatori di CT pas-

sava invece, primariamente, attraverso un'importante rivalutazione del ruolo degli strumenti da applicare nella pratica clinica sia in relazione alla capacità di fare diagnosi, sia nella fruibilità delle necessarie terapie psicofarmacologiche, dei diversi format psicoterapici che degli interventi familiari. Tutto questo indica la convinzione, ampiamente condivisa dal gruppo di lavoro, dell'opportunità di avere "professionisti della diagnosi e del trattamento" – psichiatri, psicologi, educatori, assistenti sociali, tecnici della riabilitazione psichiatrica, etc. – in grado di impiegare quegli strumenti che si erano ormai imposti validamente negli anni (a partire dai più noti programmi internazionali per il trattamento della "doppia diagnosi" e da quanto di *evidencebased* la letteratura aveva offerto nella manualistica di settore) e che erano stati ampiamente confortati dalla verifica di efficacia. Non si deve trascurare, infatti, come già allora non solo i lavori di Khantzian, Kleber e Drake, di Stanton, Kauffman e Galanter piuttosto che, nello specifico delle CT, di De Leon e Jainchill avessero permesso di comprendere le brillanti opportunità offerte da nuovi modelli di trattamento, ma soprattutto come buona parte dei clinici e ricercatori dell'epoca fossero ormai unanimi nel propugnare una visione "integrata" delle tossicodipendenze comorbili fortemente embricata nella clinica psichiatrica (ipervalutazione della diagnosi e della psicofarmacoterapia), nell'approccio psicoterapico (individuale e di gruppo) ed in quello psicoeducativo (anch'esso individuale e familiare).

Mancavano ancora in quegli anni, purtroppo, i riferimenti ad una più ampia sperimentazione italiana – "a largo spettro", come quella esistente a livello internazionale – per dare forza locale a questo modello innovativo, anche se il team fondante che si accingeva a sviluppare il programma di Comunità Terapeutica della Emmaus di Piacenza derivava buona parte delle proprie convinzioni in proposito dall'esperienza maturata da chi aveva progettato, sviluppato e diretto, dall'inizio degli anni Ottanta, il primo programma italiano "integrato" – anch'esso ambulatoriale e di CT – rivolto al trattamento della "doppia diagnosi"¹.

Il terzo livello della progettazione – cioè l'ingrediente fondamentale della scelta degli operatori – rimaneva, a questo punto, il più difficile ed articolato da affrontare e da risolvere. I programmi del network "Progetto Uomo" avevano privilegiato, fino a quel momento, lo storico iter da utente ad operatore, facendo riferimento per la formazione di questi ultimi alla ben nota Scuola di Formazione del Ceis di Roma. In questo senso, allora, il dibattito interno

1. Il sottoscritto (Massimo Clerici) – quale Direttore dei programmi clinici – ed i suoi più stretti collaboratori (in ordine temporale, Roberto Garini, Cinzia Capitanio, Glauco Genga, Paolo Miragoli, Giuseppe Pisoni, Elena Redemagni), sotto la spinta propulsiva di Enzo Gori (Direttore Scientifico) e di Laura Zardi (Supervisore Clinico) avevano infatti realizzato a Milano, dal 1981, la rimodulazione di "Cascina Verde" – la prima e la più importante delle CT italiane per tossicodipendenti (fondata nel 1974) – in un progetto specialistico rivolto al trattamento della comorbilità psichiatrica nei disturbi da uso di sostanze che aveva già avuto molteplici riconoscimenti internazionali anche nell'ambito della pubblicistica scientifica.

si indirizzò subitaneamente all'opportunità o meno di utilizzare ex-utenti, divenuti pur validi operatori, in qualità di staff del progetto o, in alternativa, di “rivoluzionare” tutto. Nei fatti eravamo tutti consapevoli che un approccio fortemente basato sul riconoscimento degli stretti legami tra psicopatologia ed uso di sostanze – in una dimensione esplicitamente autoterapeutica – avrebbe potuto aprire non poche linee di frattura nell'identità degli operatori da impiegare nel programma e, soprattutto a breve termine, indurre sensibili contraddizioni di ruolo nei confronti dell'utenza da selezionare e coinvolgere nel progetto. Si trattava di prevedere e di antagonizzare, ad esempio, proprio l'uso strumentale che tale aspetto complesso – in termini transferali e controtransferali – avrebbe potuto attivare nella relazione terapeutica in CT rendendo più fragili i processi identificatori tra utenti ed operatori, sollecitando conflitti o, soltanto, dubbi e ambivalenze tra chi cura e chi viene curato.

In breve tempo tale scelta, percepita come potenzialmente problematica, divenne comunque inoppugnabile ed il gruppo di lavoro decise che era il caso di “rischiare” ipotizzando l'utilità della selezione di operatori nuovi e da formare, nel contempo, totalmente *ab initio*: si partiva, quindi, dalla convinzione ampiamente condivisa che fosse più opportuno non lavorare su uno staff dove si fosse già esercitato un imprinting e che tale imprinting potesse, in qualche modo, agevolare l'impiego di tecniche di trattamento consuetudinariamente apprese o di strumenti meno flessibili in quanto già utilizzati nella relazione con tipologie di utenti precedentemente conosciuti. La scommessa fu decisamente impegnativa e la formazione venne garantita *ex novo* attraverso corsi di formazione inizialmente propedeutici e, poi, più specialistici e finalizzati ad un incremento progressivo delle competenze.

Il passaggio successivo ed inevitabile riguardava, invece, la possibilità di costruire un modello di formazione permanente in itinere in grado di articolare, su base settimanale, un'ampia e continua disamina di tutto quanto risultava necessario supervisionare: dai contenuti psicopatologici, alle scelte trattamentali, alla relazione emotiva con il paziente fino alle dinamiche interne al gruppo degli operatori.

Il modello di comunità...

La tematica della “doppia diagnosi” aveva, dalla fine degli anni '90, messo in crisi la maggior parte delle comunità terapeutiche che, nel tempo, si erano strutturate secondo un modello fortemente centrato sul “confronto” comportamentale e sulla identificazione. La presenza crescente, in comunità, di persone così provate dal punto di vista psicopatologico metteva in crisi il lavoro quotidiano degli operatori che, col passare del tempo, diventavano sempre più rigidi ed espulsivi: si trattava, quindi, di individuare nuovi modelli di residenzialità e nuovi stili di relazione educativa quotidiana che tenessero presente – sempre – la dimensione della patologia. Il “come” della

relazione educativa passa infatti attraverso la consapevolezza del “chi è” la persona che si ha davanti: ma per conoscere la persona è necessario conoscere il suo modo di funzionare nella relazione con gli altri!

Pertanto, la Comunità Emmaus si è progressivamente strutturata con figure professionali, parte integrante del gruppo di lavoro, che permettessero la conoscenza approfondita della persona attraverso il contributo “integrato” di tutti come avviene, appunto, in un puzzle dove le tessere compongono, nel tempo, un disegno specifico e comprensibile a tutti: da quel disegno si definiscono gli obiettivi ed il percorso di cambiamento della persona. Un gruppo di lavoro, quindi, dove ogni decisione sia la risultante dei vari punti di vista e dei modi diversi di leggere il problema. Ogni componente dell’*équipe*, nel suo campo, mantiene discrezionalità nella valutazione ed autonomia, pur nel rispetto delle altre competenze.

Data la gravità psicopatologica delle persone ospiti della struttura, si trattava di individuare un modello di comunità “sempre in evoluzione” ed in costante cambiamento: aspetto, questo, che ha anche una valenza “terapeutica” perché contrasta con la ripetitività patologica dell’utenza, nel senso che permette un ambiente evolutivo e creativo anche di fronte alle crisi inevitabilmente attese. Un ambiente di questo genere risulta difficile da gestire per una *équipe* rigidamente settorializzata perché richiede la capacità di sviluppare una flessibilità di progettazione che permetta di utilizzare gli strumenti della comunità in funzione delle esigenze della persona.

Da questa considerazione è maturata dunque la consapevolezza che ogni ruolo è inevitabilmente terapeutico nella sua centratura sulla relazione. La centralità della relazione come risorsa per recuperare opportunità di cambiamento richiede una *équipe* caratterizzata da ruoli chiari in costante interazione tra di loro; confini definiti, esplicitati e rispettati da tutti; un modello di formazione che rivaluti le competenze e le motivazioni di ogni singola persona.

Il modello che nel tempo si è strutturato in Emmaus ha saputo rivalutare, pertanto, l’integrazione tra le varie figure professionali: un approccio, quindi, in cui chi lavora in comunità esercita all’interno del gruppo di lavoro competenze tecniche inerenti la propria specifica professione ma anche un ruolo nell’organizzazione, perché all’interno di una struttura residenziale, non è il singolo che cura, ma è l’organizzazione che si prende cura delle persone e dei loro problemi.

Nella comunità come *contesto terapeutico* ogni figura professionale è competente nella propria area, ma ogni intervento deve tenere presente la relazione con le altre figure professionali e il contesto in cui tutto si attua. Questo livello di consapevolezza permette la comunicazione e la condivisione di risorse, nel rispetto del valore di ciascun ruolo e di ogni punto di vista, e dove ognuno è responsabile di un proprio ambito di autonomia che deve saper mettere in relazione con altre figure professionali. Saper coniugare gli aspetti tecnici legati alla dimensione professionale e quelli umani che riguardano la capacità di stare nella relazione con le persone ospiti della struttura,

ma anche con i colleghi di altre professionalità, è un requisito indispensabile per poter lavorare in questa comunità.

In una comunità di questo genere il gruppo di lavoro è chiamato, in un processo attivo di apprendimento continuo, a sviluppare abilità ed atteggiamenti mentali che presuppongono il cambiamento come regola in un clima di coesione, di fiducia e di stima reciproca che risultano indispensabili in una struttura così complessa. La divisione dei compiti non può essere “chiusa” in confini rigidi, ma deve essere chiaramente determinata dallo spazio di competenza di ogni figura professionale e integrata con le altre attraverso la definizione comune delle finalità e degli obiettivi di percorso.

Il lavoro clinico con le persone in doppia diagnosi ci ha certamente indotto, nel tempo, ad accettare la condizione di cronicità come un “dato” ineliminabile, ha sicuramente cambiato il concetto di “successo” terapeutico mettendo in discussione vecchi stereotipi e costringendo gli operatori a rivedere gli obiettivi e le modalità di relazione, ma non ha cancellato affatto l’idea che la terapia è per sua natura innovativa e sempre propulsiva verso il cambiamento, qualunque sia la gravità psicopatologica e comportamentale del soggetto che abbiamo di fronte..

Il futuro...

Che dire! Sono passati 16 anni dalla nascita di Emmaus e questo programma continua il suo lavoro: il progetto, come descriveremo a seguire nel volume, si è fortemente evoluto ed ha saputo completamente rigenerarsi in relazione non solo ai frequenti cambiamenti dell’utenza, ma anche a quelli derivanti dalla processualità altrettanto autorigenerantesi del Servizio Pubblico o dalle nuove richieste dei pazienti e delle loro famiglie. La base rimane la stessa, come sarà dettagliatamente raccontato, ma il setting si è progressivamente arricchito di nuove proposte e di ruoli professionali che hanno visto, a loro volta, un crescendo di nuovi stimoli e di nuove opportunità.

L’attuale crisi del sistema delle tossicodipendenze, ormai annesso alla psichiatria – quantomeno nella Regione Emilia Romagna dove Emmaus è collocata – induce nuove riflessioni e, certamente, nuove sperimentazioni alla luce di quanto pianificato e attivato negli ultimi anni. Questa comunità, però, continua ad essere un punto di forza nel sistema dei servizi locali ed è oggi una delle strutture del privato sociale inserite nel Progetto di innovazione per la continuità assistenziale tra strutture residenziali e territorio nel trattamento dei Disturbi Gravi di Personalità nei DSM-DP della Regione Emilia Romagna. Il futuro, quindi, si apre e ci spinge a nuove sfide, nuovi pensieri e nuovi traguardi perché questa struttura terapeutica sia un vero e proprio spazio di cura e di accompagnamento della persona soprattutto a partire dalla sua capacità di ri-dimensionarsi, nel senso di ricollocarsi continuamente per trovare dimensioni nuove, ma per mantenere sempre aperta una strada coerente con i bisogni terapeutici ed assistenziali di chi soffre.

Ringraziamenti

di *Daniela Scrollavezza**

Con “Emmaus”, l’Associazione “La Ricerca” ha potuto esprimere importanti potenzialità innovative del proprio metodo educativo e riabilitativo – “Progetto Uomo” – basato sulla centralità della persona e sulla fiducia nelle sue capacità di riscatto.

Il modello di intervento attuato dalla Comunità “Emmaus”, nata per accogliere e prendersi cura di persone con problemi di dipendenza e comorbilità psichiatrica, è incentrato essenzialmente sull’integrazione fra approccio educativo – quello su cui fondiamo le nostre radici – e approccio clinico. Una “convivenza” di non facile realizzazione: le buone idee, si sa, devono poter camminare sulle gambe delle persone e così è stato per questa comunità proprio grazie alle persone che con cuore e intelligente umiltà hanno saputo lavorare insieme, nel rispetto dei rispettivi ruoli, e mettendo a disposizione – ciascuna – il proprio patrimonio esperienziale e professionale.

In questa circostanza voglio perciò ringraziare il prof. Massimo Clerici e il dott. Paolo Bertrando, supervisori della comunità fin dall’inizio, il prof. Sergio Gandolfi, che ci ha affiancati nella fase di realizzazione e nella successiva gestione, la dott.ssa Donatella Peroni, operatrice storica della nostra associazione e responsabile della comunità negli anni del suo avvio e consolidamento.

Non possiamo poi non aggiungere le dott.sse Paola Marcinnò e Silvia Pettinari – psicologhe – tutt’ora preziose collaboratrici, le dott.sse Alessandra Zioni, Elisabetta Molinari, Nicoletta Bersani e Federica Solari, per il contributo dato nel corso degli anni; gli educatori che, negli anni, sono passati in questa comunità: cito, tra tutti, Anita Barbieri, attuale responsabile della struttura. Tutti costoro rappresentano la cura quotidiana, competente e appassionata, per chi in questi anni è stato accolto nella Comunità Emmaus. Un ringraziamento speciale, insieme all’affettuoso e riconoscente ricordo di tutti noi, a Silvia Razzini, che ci ha purtroppo lasciati troppo presto.

Un grazie particolare, infine, va a tutte le persone ospiti della comunità e alle loro famiglie: la loro fiducia è stata in questi anni la nostra forza.

* Presidente Associazione “La Ricerca Onlus”.

Parte I

Un modello d'intervento per le Doppie Diagnosi in comunità terapeutica

La Comunità Emmaus e la sua collocazione storica

di *Paolo Bertrando**, *Alessandra Milesi***, *Donatella Peroni****,
*Massimo Clerici*****

C'è stato un periodo, in Italia, in cui le comunità terapeutiche (CT) avevano un valore prevalentemente, se non esclusivamente, educativo. La prima comunità terapeutica italiana propriamente detta fu quella voluta da Franco Basaglia, nel 1962, a Gorizia. L'idea era che anche i pazienti psichiatrici avessero diritto a metodi di cura e di recupero diversi da quelli dell'istituzione manicomiale. Questo orientamento fu conservato al momento di creare le prime comunità per tossicodipendenti, nate perlopiù negli anni settanta. Ben presto, la CT fu considerata come il trattamento d'elezione anche per le tossicodipendenze: da un lato, consentiva agli ospiti (auspicabilmente giovani) di trovare un ambiente alternativo alla famiglia ed alla strada mentre, dall'altro, rassicurava la società e le famiglie stesse, garantendo un relativo controllo del fenomeno (Bruni, Defilippi, 2007).

Non stupisce, allora, la crescita costante del numero di CT nei vent'anni successivi, fino ad arrivare ai quasi 1400 programmi censiti nel 1996, momento forse di massima estensione di questo modello di trattamento in Italia: da allora, però, è iniziato un lento e inesorabile declino dovuto a diverse circostanze. Prima di tutto, l'utenza è radicalmente cambiata: negli "anni d'oro" delle CT, l'ospite era tipicamente il tossicodipendente per definizione – in genere eroinomane – la cui condizione prioritaria (la dipendenza) risultava essere, tendenzialmente, l'unico/principale problema da affrontare, legato a questioni sociali più che psicopatologiche. Oggi, la ricerca e la pratica clinica in ambito psichiatrico hanno dimostrato come quei comportamenti che si qualificano per la dipendenza siano in realtà perlopiù correla-

* Psichiatra psicoterapeuta a orientamento sistemico relazionale, già consulente supervisore della Comunità Emmaus.

** Psicologa clinica Milano.

*** Assistente sociale, già responsabile della Comunità Emmaus.

**** Professore Associato di Psichiatria, Dipartimento di Chirurgia e Medicina Traslazionale, Università degli studi di Milano Bicocca.

ti a disturbi psichiatrici veri e propri (ex Asse I, secondo i criteri nosografici del DSM III e IV) o di personalità (ex Asse II). Ci si trova, allora, di fronte a persone di età mediamente assai diversa (dai 18 anni fino ad oltre i cinquanta) che fanno uso di una pluralità di sostanze estremamente eterogenee, spesso in combinazione tra di loro, e con un carico psicopatologico molto grave.

Parallelamente, è cambiato anche il sistema socio-sanitario nel suo complesso: se prima era possibile pensare a permanenze in CT decisamente prolungate, oggi le limitazioni legate al controllo dei costi derivanti dalle rette per la residenzialità impone di pensare, sempre di più, a terapie più incisive e nel breve/medio termine. Se un tempo un programma residenziale di alcuni anni era proponibile, ed anzi consigliato, oggi la durata media ottimale si misura in 6-12 mesi. Soprattutto, è mutato il senso del lavoro comunitario: inizialmente, la maggior parte delle comunità derivava il proprio approccio base (“modello”) dall’opera di un fondatore carismatico, il cui peculiare *modus operandi* si rifletteva direttamente nell’impostazione pionieristica del lavoro. La “terapeuticità” della comunità era data dall’esperienza del singolo fondatore e dallo stretto rapporto empatico, diretto, con gli operatori e gli utenti. Si trattava, quindi, di accogliere e di promuovere prima di tutto la convivenza sociale: l’obiettivo centrale finiva per essere, soprattutto, la possibilità di contrastare l’esclusione sociale e la marginalità degli utenti.

Con i cambiamenti avvenuti rapidamente nello scenario delle tossicodipendenze, è diventato primario il pensare ad un lavoro “terapeutico” (nel senso professionale del termine) che, senza perdere le caratteristiche dell’empatia, spostasse comunque – sempre più – il proprio baricentro sull’asse terapeutico-riabilitativo a partire dai più diversi contributi della psichiatria sociale e clinica, della psicoterapia e della riabilitazione psichiatrica. Il personale delle CT si è allora viepiù diversificato, arrivando a comprendere – insieme agli educatori – anche psichiatri, psicologi e psicoterapeuti di più diverso orientamento professionale e formativo, nonché più recentemente i terapeuti della riabilitazione psichiatrica e psicosociale, ultimo dei percorsi formativi universitari riconosciuti. Formazione e supervisione, inoltre, fanno parte oggi dell’aggiornamento continuo e permanente del personale e i programmi terapeutici sono sempre meglio definiti in base a requisiti e criteri operativi, pure necessari per ottenere accreditamenti e finanziamenti dal Servizio Pubblico.

Una comunità così organizzata, quindi, è molto più costosa, anche se garantisce un livello d’intervento e, probabilmente, una percentuale di successi ben superiore su un’utenza sempre più difficile. Tutto ciò ha portato il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) a scelte gestionali *cost-oriented* aumentando, di conseguenza, la competizione fra offerte diverse. Le CT con “alto” rapporto operatori/utenti, pur essendo qualitativamente migliori, sono quelle che oggi rischiano maggiormente un ridimensionamento, se non addirittura

la chiusura, mentre il rischio è un ritorno a CT “empatiche” basate prevalentemente sulla possibilità di contenere i costi degli operatori e, più in generale, del trattamento.

La Comunità Terapeutica Emmaus

La Comunità Terapeutica Emmaus nasce alla periferia di Piacenza nel 1998, in località La Pellegrina. È collocata in un antico casale ristrutturato, immerso nella campagna, con terreni adibiti ad orti e frutteti. È nata dalla constatazione – condivisa con i responsabili dei Servizi per le Tossicodipendenze (Ser.T) e della Psichiatria (DSM) di Piacenza – che non esistesse, all’epoca, una struttura in grado di accogliere persone con gravi disturbi psichiatrici accompagnati da uso di sostanze. In precedenza, quando per gli utenti con queste caratteristiche si rendeva necessario un trattamento residenziale, le comunità tradizionali erano il riferimento privilegiato, spesso con esiti negativi o non ottimali. Gli utenti potenziali di un nuovo tipo di comunità erano, invece, i sempre più frequenti pazienti comorbili, i cosiddetti soggetti in “doppia diagnosi”. La comorbidità – o doppia diagnosi – è definita (anche dall’Organizzazione Mondiale della Sanità – OMS, 1995) come la “coesistenza, nel medesimo individuo, di un disturbo dovuto al consumo di sostanze psicoattive e di un altro disturbo psichiatrico”. Secondo l’ufficio delle Nazioni Unite contro la droga e il crimine (UNODC), un soggetto con doppia diagnosi è una “persona cui è stato diagnosticato un problema di abuso di alcool o di altre sostanze stupefacenti in aggiunta ad un altro problema solitamente di natura psichiatrica” (UNODC, 2000).

In altre parole, per comorbidità si intenderà – in questo contesto – la coesistenza temporale di due o più disturbi psichiatrici o della personalità, uno dei quali è sempre il consumo problematico di sostanze stupefacenti (Clerici, 1993; Levin, 2008; Schifano, 2002).

L’idea del gruppo di lavoro innovativo formatosi all’epoca intorno ad “Emmaus” era appunto quella di “rinnovare” il trattamento residenziale introducendo tutte le novità che stavano emergendo negli anni, a livello internazionale, dalla clinica e dalla ricerca ad essa correlata. Fra di esse, in particolare (Bonetti e Bortino, 2005): la centralità degli specialisti (psichiatri, psicologi, psicoterapeuti ed educatori professionali); un rapporto numerico operatori/utenti calibrato a favore di questi ultimi; l’importanza dell’intervento sulla famiglia (e dell’alleanza terapeutica con essa); la flessibilità delle regole comunitarie; la personalizzazione dei trattamenti. Il livello di psicopatologia era infatti il target dell’intervento e condizionava proprio la flessibilità e la personalizzazione dell’intervento in quanto risultava estremamente difficile, per pazienti con caratteristiche di elevata gravità psicopatologica, attenersi alle regole rigorose delle comunità classiche ed a programmi uguali per tutti gli utenti (de Leon, 1989).

Nel 2001, la CT “Emmaus” ottiene la certificazione di qualità ISO 9001 e, nel 2007, l’accreditamento dalla Regione Emilia Romagna. Successivamente, si assiste pertanto ad un progressivo e costante cambiamento della popolazione dei pazienti inviati: il peso della sintomatologia psichiatrica legata ai disturbi di personalità cresce in maniera esponenziale, spesso a fronte di un uso di sostanze marginale o addirittura occasionale. Nel corso degli anni, inoltre, ci si rende conto che i pazienti “difficili”, quelli che più facilmente arrivavano con alle spalle una lunga storia di fallimenti terapeutici e comunitari, sono proprio caratterizzati dall’affiancare l’uso di sostanze ad un grave disturbo di personalità. Se è vero che i disturbi psichiatrici di Asse I in genere rispondono meglio alla terapia farmacologica, i disturbi di personalità rendono immediatamente necessario un intervento basato soprattutto su trattamenti intensivi ed “integrati” a partire dall’esperienza e dalla professionalità di diverse figure professionali (vedi Parte VI ad opera di Michele Sanza).

Per comprendere meglio il senso della complessità del lavoro comunitario con questi pazienti, è necessario descrivere brevemente alcune delle principali caratteristiche di tali disturbi. Innanzitutto, tutti i disturbi di personalità implicano difficoltà nel funzionamento interpersonale, secondo modalità che oscillano soprattutto sui due assi dominanza/sottomissione e affiliazione/distanziamento (Skodol, 2005). In particolare, questi pazienti possono alternare momenti in cui tentano di “sottomettere” le altre figure (utenti oppure operatori o terapeuti) ad altri in cui assumono una posizione di debolezza e di dipendenza. Allo stesso tempo, possono passare dalla ricerca ossessiva di qualcuno che stia loro vicino (adesività) ad atteggiamenti di evitamento, rifiuto od ostentato distanziamento. Inoltre, manifestano sempre problemi nell’area del controllo degli impulsi, non solo in termini di uso di sostanze, ma anche di comportamenti inadeguati e “a rischio”, specie nel contesto della comunità: scoppi d’ira, aggressioni o autoaggressioni, attacchi di vario genere alle regole condivise, etc. Tali comportamenti sono inoltre pervasivi e inflessibili: si riscontrano in tutte le loro aree di vita e sono particolarmente rigidi e poco permeabili al cambiamento; spesso, “imparare dall’esperienza” sembra impossibile per questi utenti.

Fin dal momento dell’apertura, la peculiarità della CT “Emmaus” è stato l’accento posto sul lavoro di gruppo, sia proposto ai pazienti (in ambito educativo o propriamente psicoterapeutico) che alle famiglie (gruppi psicoeducativi). L’intervento individuale è stato adottato più che altro dagli psichiatri, per la valutazione ed il trattamento psicofarmacologico, e dagli operatori di riferimento di ciascun paziente. Molti degli interventi hanno però subito rimaneggiamenti ed una vera evoluzione nel corso degli anni.

Inizialmente, i gruppi di psicoterapia si svolgevano due volte la settimana ed erano condotti congiuntamente dalle psicologhe psicoterapeute. Successivamente, ci si è resi conto che tra gli ospiti emergevano esigenze diverse e diverse capacità di stare in gruppo, legate in parte a caratteristiche personali, in parte al tempo di permanenza in comunità. Si è così deciso di

suddividere i pazienti in un “gruppo giovani” e in un “gruppo anziani”, con incontri sempre bisettimanali, ma tenuti da un solo terapeuta. Negli anni, sono stati anche proposti momenti di gruppo dedicati a questioni specifiche. Quando si sono presentate problematiche legate alla sessualità, si è pensato di attivare una sperimentazione modificando la composizione dei gruppi e suddividendoli in base al genere: il lavoro si è allora concentrato su questi temi. Sono stati anche costituiti gruppi *ad hoc*, operativi per i soli pazienti con figli, così da esplorare e discutere le questioni legate al ruolo genitoriale. Questi gruppi sono stati denominati con l’acronimo “Argento” (Aiuto alle Responsabilità Genitoriali nelle Tossicodipendenze).

Anche le famiglie hanno rappresentato, per la CT “Emmaus”, uno degli ambiti privilegiati d’intervento: ci si è resi conto, ben presto, che il contratto terapeutico aveva pieno valore soltanto se concordato con paziente e Servizio di appartenenza, ma anche con la famiglia, definibile come partner attivo fin dall’inizio del trattamento. I gruppi psicoeducativi, a cadenza quindicinale, sono condotti da entrambe le psicologhe con la partecipazione di tutti i familiari disponibili, esclusi i pazienti. Sono l’unica parte del trattamento che non si svolge nei locali della comunità, ma in un ambiente “neutro”, perché precedenti esperienze consigliavano di distanziare la sede del lavoro familiare da quella del lavoro terapeutico con i pazienti (Bertrando et al., 1995). Nel gruppo, vengono discussi argomenti legati alla convivenza (passata o futura) in famiglia, con possibilità di un confronto tra familiari governato dai terapeuti. Anche rispetto alle famiglie, sono state introdotte nel tempo ulteriori possibilità d’intervento, come i gruppi multifamiliari (composti da due o tre famiglie di pazienti prossimi alla dimissione, per un confronto specifico sulle questioni legate al ritorno a casa) ed il progetto innovativo dall’acronimo Oasis (Ostello Assistenziale di Supporto Intensivo Sistemico), in cui paziente e famiglia trascorrono una settimana insieme in una delle case nei pressi della comunità.

Una possibilità di “fine programma” alternativo in quanto mirato sul singolo paziente – quando si trovi in fase avanzata di permanenza in comunità – è il passaggio nella “Casetta”, dove uno o due pazienti vivono l’ultimo periodo di permanenza in un alloggio separato collocato nei terreni della comunità, ma fuori dal suo perimetro. L’obiettivo è quello di metterne alla prova l’indipendenza e l’autonomia (le giornate sono comunque trascorse in comunità, oppure nelle attività esterne).

Come descritto, l’organizzazione della comunità – pur mantenendo profilo e obiettivi originari – si è costantemente modificata nel tempo ed ha mostrato flessibilità e plasticità, anche in risposta a situazioni specifiche (per esempio, cluster sintomatologici difficilmente trattabili secondo gli standard dell’attività di gruppo, “emergenze” farmacologiche, fasi complesse di passaggi all’atto, conflittualità/traumi di eziologia familiare, etc.). Ciò è risultato possibile grazie alla formazione permanente degli operatori ed attraverso una