

Cascina Verde

OLTRE LA COMUNITÀ

L'evoluzione della persona e
dei processi di cura nell'esperienza
di un'équipe multidisciplinare

 glicinie
mangrovie

 Erickson

Scrivere della cura della tossicodipendenza implica la necessità di parlare contemporaneamente di teoria e di pratica in un continuo muoversi tra il sapere e il fare, dove il sapere contamina il fare e viceversa.

Il libro presenta l'esperienza di Associazione Cascina Verde spes Onlus nella cura di persone con dipendenze e disagio psichico. Lo fa attraverso il punto di vista di quindici professionisti, che riflettono sul proprio lavoro spinti dal desiderio, oltre che di dividerne i frutti, di illustrarne i tratti specifici, avendo cura peraltro di non tacerne le difficoltà e rischi — primo fra tutti quello, sempre in agguato, dell'autoreferenzialità. Il risultato è un'opera corale, capace di tenere insieme scientificità e attenzione alla dimensione quotidiana del lavoro con le persone, che esige umanità, ma anche studio e visione, ovvero capacità di guardare al futuro.

Scritto con un linguaggio chiaro che non indulge ai tecnicismi, il testo si rivolge a professionisti in formazione e a operatori più esperti, ma anche a chi voglia semplicemente conoscere più da vicino il mondo dalla cura delle dipendenze e del disagio psichico.



Cascina Verde

Cascina Verde nasce nel 1974 per iniziativa di un missionario vincenziano, di un farmacologo di fama internazionale e di sua moglie psichiatra, e della Fondazione La Benefica Ambrosiana che finanzia l'iniziativa acquistando la sede della prima comunità. Oggi è un'Associazione senza fine di lucro, riconosciuta dalla Regione Lombardia nell'ambito dei servizi per la tossicodipendenza, che ha come scopo lo studio e la cura delle dipendenze attraverso la prevenzione, l'accoglienza, la riabilitazione e il reinserimento sociale delle persone che ne soffrono.

I libri di
questa collana
garantiscono
la trasparenza
delle esperienze
descritte



glicinie
mangrovie

Direzione scientifica
F. Comunello e L. Pazzaglia

INDICE

<i>Introduzione</i>	7
SEZIONE 1	
CLINICA DELLE DIPENDENZE	9
Capitolo 1	
Diagnosi utili <i>di Silvia Zanoni</i>	11
Capitolo 2	
Conoscere con la rete <i>di Francesca Farina</i>	17
Capitolo 3	
Verso una diagnosi funzionale <i>di Carlo Mariani</i>	23
SEZIONE 2	
TERAPIA DELLE DIPENDENZE	27
Sezione 2.1	
Terapia delle dipendenze – Psicoterapie	29
Capitolo 4	
La figura e il ruolo dello psicoterapeuta individuale in una comunità residenziale per dipendenze patologiche: il «custode del caos» <i>di Raffaele Polin</i>	31
Capitolo 5	
La terapia individuale con i giovani <i>di Claudia Povoleri</i>	39
Capitolo 6	
E quando parliamo di cronicità? <i>di Federica Serafin</i>	43
Capitolo 7	
L'arteterapia <i>di Francesca Fedeli</i>	47
Capitolo 8	
La psicoterapia di gruppo: il piccolo gruppo terapeutico a orientamento analitico nelle comunità terapeutiche <i>di Rossella Dartizio</i>	55
Capitolo 9	
La psicoterapia di gruppo con lo Psicodramma Classico <i>di Tatiana Sicouri</i>	63
Capitolo 10	
La terapia familiare <i>di Francesca Farina</i>	71

Sezione 2.2		
Terapia delle dipendenze – Farmacoterapie		77
Capitolo 11		
Il colloquio psichiatrico e la farmacoterapia		
<i>di Silvia Zanoni</i>		79
Sezione 2.3		
Terapia delle dipendenze – Area pedagogica		83
Capitolo 12		
A proposito della funzione pedagogica	<i>di Carlo Mariani</i>	85
Capitolo 13		
La progettazione pedagogica	<i>di Vincenza Epifano</i>	87
Capitolo 14		
Il colloquio e i gruppi educativi	<i>di Giorgia Mendilicchio e Margherita Pisoni</i>	99
Capitolo 15		
La supervisione pedagogica nel lavoro della comunità: specificità, possibilità e condizioni di una pratica professionale riflessiva	<i>di Cristina Palmeri</i>	105
SEZIONE 3		
LA CURA E IL LEGAME CON IL TERRITORIO		117
Capitolo 16		
Gli aspetti del percorso verso l'autonomia		
<i>di Elena Ravazzi e Carlo Mariani</i>		119
SEZIONE 4		
50 ANNI DI CASCINA VERDE		133
Capitolo 17		
Le origini di Cascina Verde	<i>di Elisabetta Riva</i>	137
Capitolo 18		
Ricerca e formazione	<i>di Francesca Farina</i>	141
Capitolo 19		
L'accoglienza al centro	<i>di Arianna Guida</i>	147
Capitolo 20		
Lavorare per progetti	<i>di Carlo Mariani</i>	153
Capitolo 21		
L'evoluzione del contesto normativo	<i>di Carlo Mariani</i>	163
<i>Bibliografia</i>		169

INTRODUZIONE

Scrivere della cura della tossicodipendenza implica la necessità di parlare contemporaneamente di teoria e di pratica in un continuo muoversi tra il sapere e il fare, dove il sapere contamina il fare e viceversa. Il testo che segue vuole essere proprio un esercizio di contaminazione, in cui i diversi punti di vista contribuiscono in egual misura a un disegno generale finalizzato al comune obiettivo di offrire un servizio aggiornato e utile per chi ne usufruisce.

Nella prima parte del testo i diversi professionisti che quotidianamente operano nelle nostre strutture hanno declinato la base teorica del sapere che sta alle radici del proprio fare. Nella seconda parte vogliamo portare degli esempi di come si possa procedere nel «fare» alla luce dei 50 anni di esperienza dell'Associazione Cascina Verde.

I pensieri alle radici del fare

I pazienti che incontriamo presentano diversi livelli di problematicità per questo l'incontro con loro necessita una dettagliata e multifattoriale comprensione del loro bisogno.

A partire dalla diagnosi, mantenendo una logica positiva di verifica delle risorse residue e delle potenzialità, si consente al paziente di avere un sostegno utile al suo benessere sia per quanto riguarda il sostegno quotidiano che l'affiancamento a una struttura psichica eventualmente fragile. L'esperienza con i farmaci è particolarmente delicata per questa tipologia di pazienti e per questo è necessario un accompagnamento anche relazionale al farmaco che diventa elemento discriminante per il buon esito del percorso terapeutico.

Un'esperienza di psicoterapia è poi una risorsa che fa certamente la differenza in pazienti così caratterizzati da fatica e dolore nei diversi processi di crescita e di sviluppo individuale.

L'accompagnamento educativo in un'esperienza concreta pensata appositamente per il bisogno di ognuno rimane infine la cornice di un processo di consapevolezza verso il raggiungimento dei propri obiettivi.

Da qui l'importanza di un lavoro di équipe complesso e ramificato, che non sovraccarichi il paziente ma gli consenta un'esperienza di cambiamento a partire da diverse prospettive.

Ci troviamo oggi a dover gestire una complessità che deve essere sempre maggiormente integrata, nella direzione di una progettualità che, consapevole di un quadro teorico di riferimento comune, si apre a un lavoro su progetti specifici che modulano concretamente l'intervento in relazione al bisogno e alle conoscenze scientifiche più aggiornate.

La figura e il ruolo dello psicoterapeuta individuale in una comunità residenziale per dipendenze patologiche: il «custode del caos»

di Raffaele Polin

Il presente contributo mira a fornire una concettualizzazione e una coerenza teorica a quella pratica clinica che, a partire dall'intreccio di conoscenza ed esperienza, è andata affinandosi negli anni. Si analizzeranno le caratteristiche che contraddistinguono il lavoro psicologico all'interno di un'équipe multidisciplinare e si esplorerà lo specifico contributo che un percorso psicoterapeutico può dare nella cura delle dipendenze patologiche. In particolare, attraverso un incessante confronto e dialogo con le altre figure professionali presenti nell'équipe, si cercherà di far emergere le peculiarità che contraddistinguono lo sguardo psicologico, oltre che l'importanza di far coesistere tali caratteristiche in un equilibrio dinamico che si nutra della ricchezza di questa molteplicità di sguardi. Sempre più nello specifico, a partire da alcuni contributi teorici propri della fenomenologia e della teoria dei sistemi complessi, ci si concentrerà sulla dimensione estetica dello sguardo psicologico e sul suo ruolo di «custode del caos».

Scrivere un contributo riguardante le specificità del lavoro dello psicologo all'interno di un'équipe multidisciplinare, composta da molteplici ruoli e professionalità, significa ragionare sulle differenze del proprio lavoro quando svolto in Comunità.

Partiamo dal concetto di «teknè», quel «saper fare» che Aristotele per primo ci dimostrò essere fatto di esperienza e conoscenza teorica insieme, l'una imprescindibile dall'altra, in continua interazione dinamica e biunivoca. In effetti, è proprio a partire dal concetto di «teknè» che è nata l'idea di questa pubblicazione: è da 50 anni che ci si occupa della prevenzione e della cura delle dipendenze patologiche, raccogliendo nel tempo dati ed esperienza clinica sul campo, e ci si è sempre impegnati nello sfruttare questa esperienza per «fare scienza».

Rivedere continuamente il proprio modello teorico in relazione all'esperienza sul campo e, dall'altra parte, «fare clinica» appoggiandosi su un modello teorico chiaro ed esplicitato.

Dalla teoria alla pratica e dalla pratica alla teoria

La caratteristica che in assoluto sembra essere più importante nel fare terapia in Comunità è rappresentata dal fatto che nel contesto comunitario si debba di fatto rispondere a due «clienti»: il paziente naturalmente, ma anche l'équipe. Solitamente lo psicologo ha responsabilità nei confronti del solo paziente, il suo lavoro è diretto, non ci sono altri interlocutori, nessun'altro al di fuori della stanza di terapia sa cosa succede lì dentro; colui che paga la prestazione e colui che ne trae giovamento sono la stessa persona. Lavorando in comunità ci si trova invece a essere responsabili nei confronti di due entità distinte. È una bella rivoluzione: cambia il committente, cambiano i clienti, oltre a cambiare tutta una serie, non meno importante, di elementi del setting in senso lato (segreto professionale, elementi derivanti dalla residenzialità dei pazienti, il fatto che la scelta di iniziare un percorso di psicoterapia non sia completamente spontanea...).

Concentriamoci maggiormente su questa seconda «responsabilità», quella nei confronti dell'équipe, e in particolar modo sul difficile, sempre fragile, ma preziosissimo equilibrio che il lavorare in gruppo richiede.

Si può iniziare ponendo l'attenzione su quella che può essere considerata una delle differenze più importanti tra uno sguardo psicologicamente orientato e quello delle altre professioni.

Per riuscire a convivere al meglio è necessario conoscersi (e apprezzarsi) anche nelle differenze, comprendere le peculiarità di ogni elemento per riuscire a integrarle nel quadro generale più complesso.

Ordine e Caos

Veniamo dunque al punto, a quella che può essere ritenuta la peculiarità maggiore dello sguardo psicologico sul paziente, oltre che la differenza più difficile da gestire in un'équipe, ovvero la sua natura estremamente soggettivante.

Mesi fa, nel tenere una breve lezione sul contributo che ogni specifica professione poteva fornire a un lavoro comunitario multidisciplinare, mi continuavano a balenare in testa due avverbi: «oggettivamente»/«soggettivamente», due istanze assolutamente imprescindibili, che contraddistinguono l'esistenza umana e che rappresentano due modi legittimi di leggere la realtà, spesso insindacabili entrambi per quanto opposti.

Il pensiero e l'azione educativa, e in maniera diversa anche la prospettiva psichiatrica, inevitabilmente più medicalizzante, fondano la propria disciplina su elementi il più possibile oggettivi, misurabili, categorizzabili, che siano validi non solo per un unico individuo ma per un gruppo di persone, regolamentabili, soggetti a verifica empirica. È il regno dell'«ordine».

Lavorare per progetti

di Carlo Mariani

Da diversi anni nell'ambito sociale e sanitario ci si interroga sulla funzione della progettazione e della pianificazione. Nel 1999 F. Olivetti Manoukian scriveva «sembra essere avvenuta una progressiva presa d'atto, sempre più amara, della scarsa efficacia di una progettazione macro sociale [...]. Una progettazione [...] con poca attenzione alla coniugazione tra idealità e realtà», ci si è rifugiati «nella progettazione sui singoli casi» con «grande rilievo di tutte le dimensioni di intervento specialistico» (Olivetti Manoukian, 1999, p. 5). Quest'ultimo approccio ha portato a rappresentare la progettazione come processo in grado di modificare la realtà con modelli aprioristici con aspettative deterministiche che mal si adattano a situazioni complesse. Nel 2021 Palmieri, in ambito pedagogico, rifletteva: «Ci si chiede se la progettazione sia, nei fatti, uno strumento in grado di istituire e sostenere il processo educativo e il complesso intreccio di mediazioni che lo caratterizza» (Palmieri, 2011, p. 127).

Cascina Verde ha partecipato a questa evoluzione, essendo nata dall'incontro di un paradigma medico con una tradizione educativa secolare, ha sviluppato un'organizzazione e una proposta di cura partendo da assunti aprioristici sia espliciti che impliciti. D'altra parte, i suoi operatori sono stati capaci di riflettere sui dati reali degli esiti di cura e modificare nel tempo i percorsi di cura proposti. Questa capacità è dovuta alla pratica del metodo scientifico basato sulle evidenze, caratteristica fondativa dell'approccio di Cascina Verde a quello che oggi chiamiamo Disturbo da Uso di Sostanze.

Inoltre Cascina Verde ha scritto vari Progetti di Servizio per esigenze organizzative, per evidenziare la corrispondenza del proprio operare alle linee del Sistema Sanitario, per ricercare finanziamenti. In questi documenti ha esplicitato gli orientamenti teorici e la loro evoluzione nel tempo, le metodologie di cura; ha risposto a vincoli normativi cercando di mantenere coerenza con la sua mission. Si è trovata a riflettere sul rapporto tra progetto ideale e prassi agita. Gli operatori di Cascina Verde si sono chiesti come i necessari documenti progettuali dovessero influenzare i processi di cura concreti che avvengono nelle sue Comu-

nità. Come da tradizione fondativa ci si è confrontati con la letteratura scientifica per scegliere quale significato dare al Progetto di Servizio e come utilizzarlo.

Da queste riflessioni si è accolta un'immagine dell'organizzazione come un insieme di regole e ruoli descritti da rappresentazioni di sé generiche, ma necessarie alla trasmissibilità ai nuovi membri reali dell'organizzazione stessa, non presenti ai momenti istitutivi. Inoltre, si è sentita la continua necessità di nuove sintesi che modifichino idee precedenti inserendole in copioni attuali. Si è scelto di concepire la documentazione progettuale come una bussola per gli operatori, un mediatore per gli utenti che li aiuti a contestualizzare il proprio progetto di cura individuale e un racconto per gli altri attori del sistema. L'abitare la complessità delle Comunità di Cascina Verde ha bisogno di una mappa concettuale e di strategie che orientino l'agire quotidiano. Le strategie contenute nel Progetto sono orientate alla comprensione dei destinatari della cura e alla costruzione di azioni contingenti; quindi, flessibili e modificabili fino alla necessaria scrittura di un nuovo Progetto di Servizio.

Queste sono in sintesi le motivazioni per cui Cascina Verde ha scelto di essere un'organizzazione che opera per progetti. Sono stati istituiti gruppi di lavoro per dialogare tra dentro e fuori, tra teoria e pratica. Questi gruppi accompagnano l'attività di scrittura dei progettisti, contribuiscono alla significazione del lavoro, aiutano a rendere comunicabile l'operato delle nostre comunità, accolgono le novità dall'esterno, dialogano con le richieste istituzionali.

Attualmente la riflessione dei gruppi di lavoro ha portato a concepire due Progetti di Servizio per le nostre due Comunità che partono da alcune considerazioni comuni.

Cura, protezione e controllo sono i poli con cui le Comunità terapeutiche hanno dialogato creando luoghi di cura in cui le persone vivono esperienze terapeutiche, luoghi di protezione da dinamiche sociali che espongono a situazioni rischiose e luoghi delegati al controllo sociale di comportamenti devianti.

La riflessione sulla complessità implicita in luoghi con mandati così eterogenei ha portato Cascina Verde a considerare che i pazienti e gli operatori condividono spazi e tempi con regole implicite ed esplicite. Queste regole trasmettono visioni del mondo che rischiano di risolversi in esperienze educative interpersonali autoreferenziali simili alle dinamiche familiari da cui i giovani dovrebbero emanciparsi. Quindi lo spazio comunitario è stato ripensato come luogo permeabile dall'esterno per restituire alla visione pedagogica della Comunità una tensione sociale e politica.

La Comunità è stata ripensata come un luogo dove le persone sperimentano situazioni dove provare, sbagliare e comprendere; i gruppi di lavoro si sono concentrati sul dispositivo e sulle metodologie e non solo

sulla relazione educativa e/o terapeutica. Gli operatori che condividono la quotidianità con i pazienti hanno una formazione pedagogica, le attività terapeutiche sono condotte da professionisti/i che sviluppano il loro setting in spazi e tempi dedicati, un istruttore sportivo propone allenamenti come in una palestra, gli ambienti lavorativi sono affidati a una ditta di floricoltura con i suoi esperti, le attività sui social media sono sviluppate da un docente dello IED coinvolgendo professionisti. L'intenzione è che le attività che entrano in Comunità non siano attività animative, ma esperienze reali. Questa permeabilità ha sia l'obiettivo che l'esperienza comunitaria non sia una parentesi nel percorso di vita degli ospiti, ma un luogo dove sperimentare la cura di Sé; sia la finalità di attenuare il rischio di autoreferenzialità dell'équipe interna, in particolare dello staff educativo.

Il Progetto «Revolding Door»

Negli ultimi anni i dati forniti dall'Osservatorio per le dipendenze registrano un'impennata di richieste per giovani tra i 18 e i 24 anni, collocando la media di età degli utenti nella fascia di età riconosciuta come quella con un'adesione al trattamento più difficile.

Per proseguire nell'offerta residenziale con questa tipologia di utenza è necessario considerare in particolare che:

- i giovani soffrono in modo particolare la separazione dalla famiglia separata problematica (ai fini protettivi la proposta terapeutica residenziale limita i contatti con l'ambiente esterno alla Comunità), e la necessità di sottoporsi a regole di convivenza anche limitate portando a frequenti abbandoni o allontanamenti;
- è più complesso che si riesca a costruire un gruppo stabile nel tempo che faccia da riferimento anche per i nuovi ingressi perdendo una risorsa essenziale per la vita dei giovani.

Tuttavia una diagnosi precoce e un intervento tempestivo possono influire anche significativamente sulla remissione parziale o totale del sintomo (Nordici e Balestra, 2023).

Spesso si incontrano giovani che non percepiscono bisogni di cambiamento in merito all'uso di sostanze. La prospettiva diventa quindi quella di aiutare a crescere potenziando le abilità e le risorse che si osservano e che oggi sono utilizzate in modo disfunzionale sostenendoli nell'indirizzare i propri agiti al benessere e all'integrazione sociale. Lo strumento terapeutico della comunità residenziale può contribuire in modo centrale alla cura pur mantenendosi come uno dei dispositivi a disposizione nella rete di cura.