

Dopo Phoenix House: trasformazione, problematiche e metodologie delle comunità terapeutiche (veri e propri contenitori di malessere sociale che non si vuole vedere)

After Phoenix House: transformation, challenges and methodologies of therapeutic communities (which are, in fact, repositories of social malaise that we prefer not to see)

di Leopoldo Grosso – 2 aprile 2026

SOMMARIO: 1. Introduzione. – 2. Il metodo di Phoenix House. – 3. Quali alternative possibili? – 4. Un po' di storia. – 5. Le comunità oggi. – 6. Le quattro funzioni trasversali di ogni comunità terapeutica. – 7. Le criticità trasversali. – 8. Il rischio di regressione a modelli superati.

SUMMARY: 1. Introduction. – 2. The Phoenix House approach. – 3. What are the possible alternatives? – 4. A brief history. – 5. Communities today. – 6. The four cross-cutting functions of every therapeutic community. – 7. Cross-cutting challenges. – 8. The risk of reverting to outdated models.

1. Introduzione.

La recente pubblicazione dei “*Diari di Phoenix House*” di Mauro Croce, ad opera di una piccola ma coraggiosa Casa Editrice¹, costituisce un importante stimolo di riflessione sulle comunità terapeutiche. Non solo ricostruisce il ruolo, esercitato dalle comunità nella loro fase di massima espansione, ma soprattutto

¹ M. Croce, *I diari di Phoenix house*, Durango Edizioni, Andria (BT), 2025.

mette in luce modelli e metodi del fare pedagogico e terapeutico di allora, questioni ancora oggi aperte nel susseguirsi di periodi di aspre contrapposizioni e di passi di avvicinamento e di sintesi. Quanto, trascorsi ormai 40 anni, le differenti impostazioni risultano oggi parzialmente conciliabili o continuano a marcare una differenza concettuale irriducibile? Quali sono i modelli prevalenti? Quali direzioni ci riserva il futuro prossimo?

“I Diari di Phoenix House” narrano l’esperienza che Mauro Croce, giovane psicologo italiano negli anni ‘80, ha condotto all’interno della struttura londinese in qualità di “utente”. Non un “infiltrato” all’insaputa della dirigenza, ma a seguito di un progetto formativo concordato per la durata di sei settimane. “Provare per credere”, un approccio antropologico sul campo, un’osservazione partecipata dall’interno, che mette a fuoco un vissuto, “dalla parte dei pazienti”, che è il risultato delle rendicontazioni delle emozioni giornalmente sperimentate nel trattamento e dell’elaborazione del punto di vista delle persone coinvolte: i diretti interessati, che costituiscono un aspetto imprescindibile per la validazione del modello terapeutico.

In quegli anni, tra la fine dei settanta ad oltre la metà dei ‘90, il modello “Phoenix House”, “esportato” da New York in una decina di altre nazioni, si poneva come la realizzazione più compiuta e riconosciuta di una metodologia terapeutica finalizzata al trattamento della dipendenza da sostanze psicoattive, in particolare da eroina per via endovenosa. Non era casuale che nella comunità terapeutica londinese, tra i suoi utenti, si annoverasse un cospicuo numero di giovani italiani tossicodipendenti, sospinti dalle loro famiglie abbienti, alla ricerca della cura ritenuta migliore. A New York, prima il “Day top Village” di padre O Brien, poi Phoenix House, diretta dallo psichiatra M.S. Rosenthal, erano in buona parte eredi di più primitivi modelli di intervento residenziale, criticati e molto discussi: i “Camp boots” di stile militare e la controversa esperienza californiana di Synanon, di cui ben ci riferiscono Mauro Croce in appendice e Vanessa Roghi nella introduzione del libro. Veniva proposto un modello “rieducativo” di comunità, dove l’originario piano di confronto orizzontale dell’auto mutuo aiuto degli alcolisti anonimi riuniti in cerchio, era trasformato in una rigida organizzazione verticale e gerarchica. Il *focus* del trattamento risiedeva nell’adesione ai comportamenti prescritti dal programma, che venivano puntualmente verificati dai residenti più avanti nel percorso con un inflessibile disciplinare. Un approccio comportamentista inserito all’interno di un ambiente rigidamente normativo e fortemente controllato.

A Phoenix House, all'adeguamento e al controllo si affiancavano attività più propriamente terapeutiche, principalmente indirizzate al sostegno e alla gestione della frustrazione (la "terapia dell'urlo"). Un programma rispettoso della libertà di adesione di ogni soggetto nella logica della scelta quotidiana "dentro o fuori" la comunità, che si presentava aperto alle nuove conoscenze in ambito riabilitativo e apparentemente più democratico delle esperienze che lo avevano preceduto

2. Il metodo di Phoenix House.

Gli ingredienti del programma, fortemente intrecciati tra loro, confluivano nell'obiettivo comune di fondo: fare i conti col *vulnus* della frustrazione, aspetto caratterizzante della dipendenza. Bisognava imparare a tollerarla e gestirla, con una progressiva interiorizzazione di una risposta funzionale, sostitutiva del comportamento disadattivo.

Le giornate feriali fortemente strutturate e impegnative, suddivise tra gli umili lavori necessari per la gestione quotidiana della casa e le riunioni di gruppo, fanno da contrappunto ad una domenica pensata come libera da riempire da parte di ciascuno, e foriera di crisi personali.

La rigida gerarchia piramidale, dal basso verso l'alto fino alle più alte cariche dirigenziali, funzionale a una sudata ascesa di ruolo e di assunzione di responsabilità nel corso dei mesi, mette a dura prova lo sforzo e la "tenuta" del soggetto.

Premi e punizioni fungono da sistematici rinforzi positivi - piccoli privilegi per meriti comportamentali, che includono la delazione come segno di responsabilità di adesione al programmi - e negativi - la retrocessione al percorso iniziale o il quotidiano *Pull-up*, il richiamo duro e sanzionatorio per trattare le inadempienze e le trasgressioni su cui chiunque è tenuto a vigilare nei confronti di chiunque -.

L'obiettivo è contrapporre sistematicamente stigmatizzazione e appartenenza, rifiuto e riconoscimento, generando senso di isolamento o inclusione nel gruppo. Si richiede di affidarsi fideisticamente agli altri: dal tutor che si prende cura e responsabilità dei nuovi arrivati nella loro prima fase di ambientamento, fino alle assemblee generali della comunità che decretano

l'accesso o meno alle diverse fasi del programma e all'assunzione degli agognati nuovi ruoli gerarchici, spartiacque tra inclusione ed esclusione, tra il sentirsi parte di un tutto, la Comunità e i suoi principi, oppure essere considerati marginali, non meritevoli e fallimentari. L'altro, a cui arrendersi ed affidarsi, prescrive, controlla, valuta, giudica e sanziona, e al tempo stesso aiuta, incoraggia, sostiene, cerca di infondere la forza necessaria per conseguire gli obiettivi.

È l'incarnazione dell'ambivalenza, amico e nemico al tempo stesso. Come riuscire a superare la scissione buono/cattivo, il pensiero dicotomico che riflette la percezione dell'io vittima a fronte dell'Altro carnefice, che la volta successiva assume il volto del Salvatore al posto del Grande Inquisitore?

La pressione del gruppo garantisce la curvatura necessaria. Non nella direzione della tolleranza dell'ambivalenza, ma nella sua risoluzione fideistica: l'Altro è sempre buono, rappresenta la strada per la salvezza. "Lui-l'Altro", espressione del "Noi-gruppo", sa cosa è bene per te. Se l'Altro, che è uno di Noi, appare disumano, è in realtà uno strumento della tua guarigione. Tu dovrai fare altrettanto: è la strada disegnata per la riabilitazione.

Paternalismo autoritario, autoritarismo paternalistico.

La scissione, lo *splitting* dell'ambivalenza, non è risolta con la ricomposizione di buono e cattivo, con la tolleranza della componente frustrante e gratificante nella stessa persona, ma con l'adesione a un unico polo della contraddizione. L'Altro è sempre il Salvatore, anche quando appare carnefice.

L'unilaterale adesione al segno + della polarizzazione dicotomica è il risultato di un'irresistibile pressione del gruppo di appartenenza.

Spostamento della dipendenza dalla sostanza alla dipendenza dalla comunità? L'ambivalenza risolta in apparenza, ha solo cambiato padrone? Una dislocazione benigna dell'oggetto della dipendenza, transitoria e funzionale, sostengono i suoi fautori. Il dato di realtà è lì a ricordarci che il contrasto a una dipendenza che perdura per lustri interi, è impresa ardua e complessa. Anche considerando lo spostamento della dipendenza un successo relativo, siamo a metà dell'opera.

L'ambivalenza, momentaneamente risolta con forze esogene, genera uno «scafandro comportamentale»², adeguato ad un contesto di regole e di relazioni che sorregge un'identità individuale eteronoma, a rischio di frantumazione in assenza del "Settimo Cavalleggeri".

Sostituire una difesa disfunzionale con una funzionale costituisce l'obiettivo di tutte le terapie, ma, come sempre, risulta dirimente la modalità con cui si perviene al risultato.

Diverso è se la nuova difesa non è la conseguenza di un mero "lavaggio del cervello", operato per linee esterne al soggetto, ma la persona riesce a costruire nuclei identitari propri e minimamente radicati, difese un po' più solide anche se di per sé non sempre scudo sufficiente per attraversare indenni depressioni e gli eventi critici che la vita può riservare.

3. Quali alternative possibili?

A questo punto la domanda diventa: qual è il percorso e il metodo che le comunità devono adottare a correzione del modello praticato in prevalenza negli anni '80 e '90?

La formula non c'è. Ci sono comunque numerose piste di ricerca, che tante comunità, di accoglienza e terapeutiche, hanno cercato di percorrere in alternativa al modello socialmente egemone nella fase del "boom" delle comunità italiane, in cui l'eccesso di autoreferenzialità, talvolta prepotente, diede vita ad alcuni incresciosi episodi che hanno gettato discredito all'intero movimento delle comunità.

In Italia, dalla metà degli anni '70, in pieno sviluppo dell'"epidemia di eroina", le comunità terapeutiche apparivano come "salvifiche". Per le famiglie che vivevano al loro interno il dramma della dipendenza, la comunità era il punto di approdo agognato, che forniva una speranza di guarigione e comunque consentiva una tregua ad una quotidianità esasperante e insostenibile.

Come racconta Mauro Croce, i nascenti Ser.t dovevano ancora mettere a punto una strategia di intervento, anche farmacologica. Il metadone, farmaco agonista, "sostitutivo" dell'eroina e per tal motivo "demonizzato" da molti, veniva

² Vedi U. Nizzoli, www.umbertonizzoli.it

impiegato prevalentemente “a scalare”, e non a “mantenimento”, la cui indubbia maggiore efficacia fu dimostrata negli USA da Dole e Nyswander, i cui studi furono in seguito riconosciuti con un premio internazionale.

Fu negli anni ‘80 che le comunità terapeutiche si moltiplicarono e si ingrandirono velocemente su tutto il territorio nazionale, facendo dell’Italia “un caso” atipico.

In realtà i modelli di riferimento furono da subito divergenti. Le comunità di vita, in prevalenza nate su iniziativa di giovani volontari dell’area del dissenso cattolico di allora, che si mettevano in gioco sul piano sociale accogliendo all’interno delle loro vite in comune i nuovi “ultimi”, precedettero di alcuni anni l’“importazione” dei modelli nord-americani.

Accompagnamento, condivisione valoriale, contaminazione di stili di vita rivolti all’impegno sociale per il cambiamento, erano le pratiche di riferimento di chi si accingeva ad affrontare una problematica riabilitativa ancora tutta da conoscere.

Dopo qualche anno, ad altri questo approccio apparve insufficiente e poco incisivo. Ci si affidò alla rivisitazione delle esperienze anglosassoni accennate, come il “*Progetto Uomo*” del Ceis a Roma; le comunità Incontro di don P. Gelmini; in alcuni casi con l’accentuazione di modalità più rigide e autoritarie (San Patrignano anni ‘80).

Le comunità di vita, che non si autodefinirono terapeutiche ma di accoglienza, si differenziarono non solo nel metodo, ma anche nei numeri delle persone accolte nelle diverse strutture. Mediamente 12-15, mai sopra i 20-25 ospiti. Già la Phoenix House londinese del periodo di Mauro Croce ne ospitava 50; la Saman di Sibari 190, oltre mille l’“eccezione” San Patrignano.

La grandezza del numero comporta una differenza di metodo sostanziale. Con presenze ridotte la relazione prevale sulla regola. Con numeri moltiplicati, la regola prevale sulla relazione. Anche nella stessa Inghilterra al modello Phoenix House, si contrapponeva, per metodi e numeri, la pratica terapeutica delle comunità psichiatriche di Maxwell Jones, sorte in antitesi alla realtà manicomiale. Improntate alla democratizzazione dei rapporti tra staff e pazienti, erano tese alla valorizzazione del protagonismo degli utenti e delle loro competenze.

4. Un po' di storia.

Il “boom” delle comunità terapeutiche in Italia avvenne a seguito della prima fase “pionieristica” delle comunità accoglienti degli anni ‘70, a cui bisogna ascrivere il merito di aver dimostrato che la problematica doveva e poteva essere affrontata. “Uscire dal tunnel della droga”, per stare nell’abusata metafora di allora e che ancora persiste, era possibile.

La delega sociale al ruolo attribuito alle comunità comportò una crescita della domanda di trattamenti da parte delle famiglie che, per motivare i figli ad accedervi, ricorsero a chi consigliò la cosiddetta “prescrizione invariabile”, tale in quanto utilizzata indiscriminatamente per tutte le persone tossicodipendenti. Per motivarli ad entrare in comunità bisognava cacciarli da casa, dovevano “toccare il fondo”, sperimentare tutta la durezza della dipendenza da strada.

Qualcuno a Bologna scrisse che molti, toccato il fondo, “non indietreggiarono e continuarono a scavare”. In comunità le persone entravano in gran numero, ma altrettanti ne uscivano molto precocemente. Ed accanto ai successi terapeutici la mortalità per overdose, e di lì a poco per Aids, in quegli anni raggiunsero i picchi più alti³.

Gli anni successivi portarono a una regolamentazione dello sviluppo selvaggio delle comunità terapeutiche⁴. L’Accordo Stato Regioni⁵ definì standard abitativi e di personale, requisiti di qualificazione professionale, un sistema di accreditamento e di autorizzazione. Lo Stato demandò alle Regione l’attuazione dell’Atto di Intesa, che fu lenta e sparpagliata.

Nel frattempo la polemica intorno al metadone si risolse con la legittimazione dell’uso a mantenimento del farmaco sostitutivo e i Ser.t entrarono in contatto con molta più utenza, riducendo drasticamente il “sommerso”.

³ I dati riportati dalla L.I.L.A (Lega italiana di lotta all’Aids) indicano in 48.000 le, persone decedute per Aids dal 1982 di cui la stragrande maggioranza prima del 1996, anno di svolta con gli antiretrovirali (I.S.S. Epicentro)

⁴Celebre fu lo scontro Lama-Don Gelmini avvenuto all’inizio degli anni ‘90. Il primo, già segretario nazionale CGIL e poi sindaco di Amelia contestava costruzioni edilizie avvenute senza autorizzazione. il secondo, fondatore delle Comunità Incontro, che ad Amelia aveva la sua Casa madre ed il suo quartier-generale, difendeva il proprio operato al di fuori delle regole in quanto i lavori erano urgenti e indispensabili per salvare le persone.

⁵ Il primo Atto di Intesa Stato-Regioni in merito risale al 1993

Il numero di overdosi annue iniziò una lenta ma costante discesa, e con il 1996 gli antiretrovirali cominciarono a fare sì che l'Aids non fosse solo la cronaca di una morte annunciata. Le comunità terapeutiche furono “normalizzate” e inserite nel lavoro di rete tra i diversi servizi del territorio.

5. Le comunità oggi.

Col nuovo millennio la realtà della dipendenza è molto cambiata e di conseguenza anche il ruolo delle comunità terapeutiche. La domanda sociale è transitata dalla iniziale e illusoria delega con aspettative salvifiche, a una richiesta molto più realistica e cinica: eliminare la scena della droga e gestire il disordine sociale che le istituzioni non riescono a governare altrimenti, nemmeno tramite il carcere e l'inasprimento delle pene

A fronte dell'aumento di situazioni di marginalità per la crescita della disuguaglianza sociale, per tenere a bada l'aumento delle manifestazioni di disagio estremo e di sofferenza mentale a cui le sostanze psicoattive offrono un lenitivo, la richiesta posta alle comunità terapeutiche è di fungere da contenitori del malessere sociale⁶.

Cercare di riparare, quantomeno nascondere alla scena pubblica tutto ciò che è devianza, scompiglio, repentaglio, conflitto insulso, mancanza di decoro. Malesseri che spesso si esprimono con la violenza in strada o, con meno clamore, all'interno delle famiglie.

Le comunità si vorrebbero sempre più succursali sostitutive di reparti psichiatrici e di REMS, oppure con la funzione di “svuota-carceri”: carceri stracolmi di detenuti e trasformati in “discariche sociali”.

L'utenza inviata in gestione alle comunità intreccia tre aspetti di problematicità: dipendenza, sofferenza psichica e criminalità. Tutte problematiche al cui denominatore emerge uno stato di pesante emarginazione, di cui fanno parte ampie schiere di migranti irregolari alla deriva del loro progetto migratorio.

⁶ Confronta, per approfondimenti: L. Grosso, “*Le comunità terapeutiche di quarta generazione*” in “*Fare il pane per gli altri*”, a cura di L. Grosso e M. Bornengo, Guppo Abele Edizioni, 2024.

A fronte dei fenomeni in atto, risulta difficile, per le comunità terapeutiche, mantenersi in equilibrio tra l'esercizio della cura di un'utenza "grave e gravosa" e quella più implicita del controllo sociale. Senza dimenticare un ulteriore aspetto: un *welfare* sociale divenuto sempre più sparagnino, che costringe cooperative e associazioni, che sono retrobottega e salvadanaio delle comunità, a fare i salti mortali per raggiungere ogni anno il pareggio di bilancio.

In queste situazioni, per tutte le comunità, rimanere fedeli alla propria *mission* originaria, significa declinare i propri valori umani e professionali mediando continuamente con le condizioni dell'operatività quotidiana, richiede coraggio, dedizione ma anche funambulismo: nel rapporto con gli Enti pubblici ma anche all'interno del Terzo settore; nel rendere compatibili i metodi e gli obiettivi di cambiamento con la nuova utenza assegnata. Pur lentamente, la "normalizzazione" delle comunità a seguito degli Atti di Intesa Stato-Regioni, il diffondersi delle Carte dei diritti dell'utenza a difesa dai rischi delle "istituzioni totali", la riconduzione delle comunità all'interno dei Dipartimenti per le dipendenze, i patti tra i servizi, il lavoro di rete, hanno imposto alle comunità terapeutiche di ridefinirsi rispetto alle esigenze dei territori, di rimettere a fuoco il proprio ruolo all'interno del sistema complessivo degli interventi, con una progressiva declinazioni di progettualità co-definita con i Ser.d.

Non solo le comunità si sono molto diversificate per target e funzioni (alcol, cocaina-crack, gioco d'azzardo, madri-bambino, coppie, di genere, Id Users, doppia diagnosi, Pronte accoglienze e Centri crisi, comunità per il rientro *etc.*), ma si sono sperimentate nel declinare un metodo specifico per obiettivi e funzioni diverse.

Quali trasformazioni, più autonomamente progettate o più subite in base alle circostanze, sono avvenute, e con quale ricaduta sui diversi modelli e metodi delle comunità?

6. Le quattro funzioni trasversali di ogni comunità terapeutica.

Quattro funzioni rimangono trasversali a tutte le comunità terapeutiche. È la modalità della loro attuazione che evidenziano le differenze di impostazione e di metodo.

1. La prima funzione riguarda il contenimento del *craving*. Il richiamo esigente che corpo e mente percepiscono sotto pressione del bisogno della sostanza. Il cedere, la risposta “disfunzionale”, è connessa ad un’abitudine che ha alterato la funzione dei neurotrasmettitori, e si esprime con un atteggiamento compulsivo non solo per lo stato di carenza generato dall’assenza, ma alimentato da un intenso ricordo di piacere e soprattutto da uno stato di benessere con se stesso, tanto fugace quanto efficace.

In comunità, il contenimento dal richiamo l’ha sempre svolto il gruppo. Presenza continua, sostegno, emulazione, controllo massivo e sanzione.

Come si differenziano oggi le comunità nello svolgimento della funzione di contenimento? Permangono alcune impostazioni “dure” rispetto alle trasgressioni, sia in termini preventivi che sanzionatori. A memoria sono solo due le comunità in Italia che vietano il fumo di tabacco. Tutte impediscono l’assunzione di alcol.

Oggi, a fronte delle evidenze scientifiche che dimostrano che la ricaduta non solo è la caratteristica principale di ogni dipendenza ma è parte integrante del discorso di cura, permangono alcune comunità che non ammettono cedimenti: se si ricorre alla sostanza durante il percorso, si è automaticamente fuori, o si ricomincia da capo il trattamento. Altre, senza agire automatismi, si interrogano, problematizzano, relativizzano, individualizzano. Concedono una seconda chance cercando di correre ai ripari, lavorando su fragilità specifiche delle persone, sull’accentuazione della funzione contenitiva, talvolta sul prolungamento del percorso.

Più rigide o più morbide, più espulsive in quanto bisogna proteggere il gruppo dal rischio dal contagio dei comportamenti, o più inclusive in quanto fanno dell’errore un’opportunità di lavoro ulteriore, tutte oggi concordano su un punto. Quando le persone decidono di lasciare il percorso, non hanno bisogno di scappare per la vergogna di un ultimo confronto; si concorda l’uscita prematura, si avvisano i servizi territoriali di riferimento e si attrezza la persona per evitare i rischi di overdose.

2. La seconda funzione delle comunità terapeutiche consiste nella modificazione delle abitudini comportamentali, nel cambiamento dello stile di vita. Bisogna ristabilire un ritmo circadiano sonno-veglia, ridefinire le abitudini

alimentari, prendersi cura di sé e del proprio *habitat*, riattivare il proprio corpo in un “fare” quotidiano.

L’“ambiente-comunità” svolge di per sé una funzione strutturante. Il contesto richiede l’acquisizione di determinati comportamenti, lo svolgere certe attività, il rispetto degli impegni, la puntualità, l’accuratezza nell’ esecuzione delle proprie mansioni.

L’adattamento al nuovo contesto non è affatto scontato. Non è solo questione di insofferenza verso regole spiacevoli, ma anche di accentuate difficoltà d’ordine psichico, talvolta anche psichiatrico.

Alcune comunità propendono per un approccio rigido, che non prevede eccezioni e tanto meno mediazioni. Vigè la logica “trasgressione-sanzione” (la riduzione di sigarette concesse è la penalizzazione più diffusa e leggera).

Altre comunità invece individualizzano i programmi, si danno la possibilità di periodi di adattamento in deroga sulla base della diversità e della gravità delle problematiche. Pagano il prezzo di una maggiore anarchia, ma non recedono dall’insegnamento di don Milani che “non si può fare parti uguali tra diseguali”, che è anche un concetto della clinica, non solo al registro della giustizia sociale e del principio di umanità.

Pendono poi su tutte le comunità altre due variabili in gioco: a) la “crisi di utenza”, che dipende dall’invio delle persone dai Ser.d, che a loro volta risentono dei tagli budget delle Asl per gli inserimenti, per cui le strutture sono “indotte” a tenersi stretti gli ospiti presenti; b) la “variabile equipe”, che, in base alle vicissitudini delle dinamiche interne ed esterne che la condizionano, nell’interpretazione del proprio mandato, può connotarsi come più espulsiva o inclusiva.

3. La terza funzione della comunità è l’individuazione: la ricerca e la definizione di sé, al di fuori della dipendenza. È una dimensione imprescindibile del lavoro che si svolge durante il percorso, in particolare se la dipendenza, maturata in adolescenza, ha avuto un innesto precoce.

Molti “ragazzi” si mettono alla ricostruzione di un’identità congelata e risucchiata da anni di dipendenza e stile di vita correlato. Capire le proprie inclinazioni e capacità, indirizzare i propri interessi in un percorso di iniziale

realizzazione di sé, è un compito impegnativo, per i ragazzi che si devono riconoscere e le comunità che si devono attrezzare con un'offerta di opportunità.

È un abbrivio, l'inizio di un cammino per non essere annoverato, all'uscita dalla comunità unicamente come "ex-tossicodipendente", definito in positivo solo per il negativo che non si è più. Le comunità si differenziano molto sugli spazi e sugli investimenti che effettuano in tal senso.

Alcune ritengono ancora, sulla scia del *Brain Washing* di Phoenix House, che sia solo importante disattivare i meccanismi della dipendenza. Bisogna decostruire, ha meno importanza ricostruire.

Di diverso avviso sono le comunità che dedicano tempo ed energie alla fase delle dimissioni e del "rientro", che riguarda lo stacco dalla comunità e la definizione di una nuova collocazione. Il "rientro", erroneamente considerato la "Cenerentola" delle fasi di comunità, in realtà è la "prova del nove" dell'intero percorso condotto. Richiede un accompagnamento prolungato, a protezione di una neo-individuazione della persona che si deve rimettere in gioco con modalità inedite.

4. L'ultima funzione svolta da tutte le comunità concerne, per dirla con Alexander⁷, l'"esperienza affettiva correttiva" di emozioni, sentimenti, schemi relazionali.

La comunità è un vulcano di affettività. L'affettività impregna ogni relazione e le relazioni in comunità sono sia strumento che oggetto di lavoro. Sono il cuore dell'intervento clinico e psico-pedagogico. Si tratta di lavorare sui "meccanismi operativi interni" (MOI), gli schemi interpersonali che orientano le relazioni di ciascuno e che, per molte delle persone accolte in comunità hanno costituito la porta di ingresso della dipendenza, risultando spesso disfunzionali e maladattive, a "effetto boomerang".

Il lavoro clinico e terapeutico, nei gruppi e in individuale, trae spunto dal qui ed ora, dalle tante incidentalità relazionali che avvengono nella quotidianità

⁷ F. Alexander, "L'esperienza emozionale correttiva", in *Psychoanalytic therapy: Principles of application*, a cura di F. Alexander, T.M. French et al., Ronald Press, 1946.

del vivere in comunità. È sotto osservazione l'agito e il vissuto delle relazioni, le emozioni che evocano e le conseguenze interpersonali.

Compartecipazione e condivisione emotiva, riflessione, impegno nel cambiamento: è il processo che si attiva nel lavoro clinico di comunità. Sono a disposizione degli operatori significativi riferimenti teorici e strumenti tecnici sviluppati da diverse scuole, anche manualizzati⁸.

Quanto spazio oggi le comunità predispongono per lavoro clinico e investono sui metodi per realizzarlo? Quale equilibrio riescono a mantenere tra le quattro funzioni della comunità o, viceversa, si sbilanciano, e con quale preponderanza, a favore di alcune di esse a scapito di altre? È ulteriore ambito di considerevoli differenze.

7. Le criticità trasversali.

Motivazione, relazione, regole, gruppo, attivazione nel fare capacitazione, clima. L'elenco degli strumenti è ancora più lungo, e servono tutti per un'utenza difficile, più fragile e pluriproblematica, non selezionabile all'ingresso in quanto i Ser.d inviano persone che non riescono a curare o nemmeno tenere in trattamento nel *setting* ambulatoriale.

La comunità è spesso individuata come ultima spiaggia dove tutti gli altri approcci e programmi hanno fallito.

Si tratta prima di creare e poi sostenere una motivazione assente o molto labile.

La motivazione non è mai data una volta per tutte. È per sua natura instabile: fluttua, evolve, regredisce, è sempre difficile anche da valutare. Ma è anche il fattore più correlato al successo del trattamento.

Il lavoro che richiede è più spesso indiretto che diretto: si rafforzano i fattori di attrazione della comunità, i "pull factors" Pull Factors. È spesso una ricerca di gratificazioni personalizzate e delle modalità del loro innesco. Segmenti di sperimentazione di piccoli piaceri che possano motivare la riproposizione del comportamento, un qualche coinvolgimento.

⁸ Un esempio fra tanti: M. Linehan, *DBT Skills training manual*, Raffaello Cortina, Milano, 2015.

La motivazione è premessa dell'attivazione. Con gradualità, nel rispetto dei tempi di ciascuno, inizialmente etero indotta, poi più interiorizzata.

L'attivazione comporta benefici a larga scala: occupa e distrae, socializza, crea appartenenza, può essere soddisfacente di per sé o per il riconoscimento altrui. A sua volta un primo passo rispetto a un percorso di capacitazione⁹, foriero di rispecchiamento di spezzoni identitari.

L'attivazione è connessa con il supporto del gruppo. Fa la differenza se si è riusciti a creare un gruppo trainante, emulativo nell'inclusività, oppure si è in presenza di un non-gruppo, in cui ognuno rimane prigioniero del proprio individualismo.

Il "clima", la serenità e l'agio che si riescono a creare in struttura è ritenuto da molti l'indicatore più importante di successo dei percorsi.

Star bene in comunità, sentirsi sicuri, rispettati, compresi, stimolati e accompagnati, fruendo di buone relazioni con gli operatori e con i pari, non solo contribuisce nel portare a termine il percorso, ma crea le pre-condizioni per un effettivo cambiamento.

Il clima, come risultato di buone relazioni sperimentate nella quotidianità, è il frutto di un'incessante ricerca di un equilibrio fluttuante tra cura e prendersi cura, tra affettività e normatività, tra rilassamento e tensione verso lo scopo, tra codice materno e codice paterno.

Se si perde l'equilibrio, si rompe il motore della cura e si vira sull'assistenzialismo da una parte e sull'autoritarismo dall'altra.

Tentazioni sempre a portata di mano, più facilmente percorribili e che offrono generosi alibi deresponsabilizzanti: "Non c'è stoffa" per chi è più resistente al cambiamento, e si diventa un pensionato precoce; "Non è motivato", quindi tenerlo in comunità non vale la perdita di tempo.

Lavorare sulle dimensioni più impalpabili, ma decisive in una comunità terapeutica, richiede un'equipe ben formata, continuamente aggiornata, e soprattutto sistematicamente supervisionato da un "terzo" esterno, che possa

⁹ A. Sen "Capability Approach" in *Development as freedom*, Oxford Università Press, New York, 2001.

essere d'aiuto sia sul lavoro più strettamente clinico sia sulla manutenzione del buon clima di collaborazione in equipe.

L'oggetto del lavoro degli operatori è la vita e il futuro delle persone. Un atteggiamento impiegatizio o notarile preclude il poter mettersi in gioco come persone, difendendosi dietro il paravento di restrittive interpretazioni di ruolo. È indispensabile prendersi costantemente cura dell'equipe, investire, anche a livello retributivo. Quanto e come le comunità si differenziano su questo punto cardinale?

8. Il rischio di regressione a modelli superati.

Le comunità terapeutiche, dalla contrapposizione di paradigmi e metodologie degli inizi, hanno condotto un processo graduale di avvicinamento e di parziale uniformazione.

Riepiloghiamo i diversi fattori che vi hanno contribuito: il dato di realtà di un'utenza pluri-problematica che tutte le comunità sperimentano; gli Atti di Intesa Stato-Regioni che hanno imposto standard strutturali e prestazionali comuni; il diffondersi di una cultura delle evidenze scientifiche rispetto a cosa funziona e non; il fatto che le comunità siano state incluse nei Dipartimenti territoriali delle dipendenze e messe a confronto con i bisogni dei territori in una logica di sistema; l'affermarsi di una consapevolezza dei diritti dell'utenza che fa da scudo ai rischi di prevaricazione di modelli autoreferenziali, salvifici e paternalisti che decidono al posto dei diretti interessati. Di conseguenza, le differenze si sono in parte ridotte e la loro permanenza può coesistere all'interno di vigilate opportunità di sistema.

Il rischio che si giunga ad una nuova divaricazione si presenta con possibili sollecitazioni premianti per modelli di intervento finalizzati alla risoluzione di problematiche non risolte altrove.

Se si intende sovvertire la libertà di scelta delle persone, considerandole pericolo pubblico o incapaci di intendere e di volere, il rischio è che si chieda alle comunità di svolgere un ruolo in cui la funzione di implicito controllo sociale non sia secondario alla cura, ma diventi esplicito, e l'esigenza del contenimento prevalga sulla cura delle persone.

Da ormai un anno alcuni finanziamenti del Ministero della Giustizia hanno consentito la sperimentazione di alcune comunità per minori, in regime di restrizione, con un periodo massimo di permanenza di 12 mesi. Si tratta di comunità chiuse in cui i ragazzi non scelgono di entrare e da cui non possono volontariamente venire via se non con la fuga.

Per funzionare una comunità richiede la libera scelta, che si rinnova giornalmente di starci o di uscirci. Anche se lo starci non significa intenzione di cambiamento, ma è determinato dal mero bisogno di un tetto o da mancanza di alternative. Vale per i minori, che devono poter tentare l'ingresso in comunità dal carcere anche più volte, perché il "fallimento", in età evolutiva, può diventare occasione di crescita. Vale per gli adulti che, se si intende trasferirli dallo stato di reclusione ad una struttura residenziale, devono poter fruire di margini di libertà responsabilizzante, altrimenti il lavoro di comunità si snatura e perde efficacia.