

*Uno studio condotto dal Dipartimento  
Dipendenze Patologiche ASL Taranto (2015-2019)*

## Dimore periferiche: le comunità terapeutiche per tossicodipendenti

### **Anna Paola Lacatena**

Dirigente sociologa, Dipartimento  
Dipendenze Patologiche ASL  
Taranto

### **Chiaretta Latagliata**

Funzionario amministrativo,  
Dipartimento Dipendenze  
patologiche ASL Taranto

### **Vicenza Ariano**

Direttore Dipartimento  
Dipendenze Patologiche ASL  
Taranto

*A distanza di oltre quarant'anni dalla nascita delle prime comunità terapeutiche per tossicodipendenti e sulla scorta delle esigenze e delle criticità messe in luce dall'emergenza Coronavirus, questo lavoro di ricerca sui dati a disposizione del Dipartimento Dipendenze Patologiche ASL Taranto intende promuovere una riflessione sugli esiti dei programmi seguiti dai pazienti dei SerD del territorio di Taranto inviati in Comunità terapeutiche negli ultimi cinque anni (2015-2019). Se la domanda rivolta dai pazienti ai SerD è cambiata nel tempo, non meno mutevole è stata quella rivolta alle Comunità terapeutiche. Entrambi i servizi sono sempre più esposti a richieste di contenimento, accoglienza, riduzione di un disagio più ampio (sociale, psicologico, economico) rispetto a un pieno allontanamento dall'uso di sostanze. La disattenzione generale nei confronti dei servizi territoriali e del Privato sociale, dove realtà della cura attendono da decenni l'accreditamento regionale, il cristallizzarsi di modelli poco aggiornati rispetto al continuo divenire del mondo del consumo e della dipendenza, una domanda sempre meno orientata alla condizione drug free aprono alla necessità di una revisione dell'intero sistema della cura delle dipendenze patologiche.*

### **Parole chiave**

Tossicodipendenza – Dipartimento Dipendenze Patologiche – Comunità terapeutiche – Cura – Esito.

## Introduzione

Non si può promuovere una riflessione sulle comunità terapeutiche per tossicodipendenti senza riconoscere il giusto tributo all'antipsichiatria inglese e italiana.

Se la prima condusse nel 1965 alla nascita della comunità Kingsley Hall di Londra, la seconda portò alla cosiddetta Legge Basaglia del 1978.

Le spaccature interne ai movimenti che si opponevano alla più ortodossa psichiatria organistica e il cavillo di un mancato rinnovo del contratto di affitto condussero alla chiusura di Kingsley Hall, che per cinque anni rappresentò un punto di riferimento per intellettuali, psichiatri e operatori sociali di ogni Paese, affascinati dal quel primo tentativo di comunità in grado di lavorare sulla fattibilità delle teorie di non gerarchizzazione dei ruoli all'interno dei contesti della cura, con regole meno rigide e la messa al bando di ogni forma di costrizione e restrizione.

Al di là di questa e di altre esperienze estemporanee, Synanon di Santa Monica (Yablonski, 1967; Endore, 1968), fondata da Chuck Dederich sulla scorta della sua esperienza nell'ambito dei Gruppi di Alcolisti Anonimi, resta la prima vera comunità terapeutica per consumatori (alcol e droghe).

Arrestato a seguito di una causa intentata alla comunità, Dederich fu costretto ad abbandonare la sua creatura, che a distanza di pochi anni chiuse definitivamente.

Le idee di base, ossia la residenzialità nel lungo termine, l'importanza del gruppo, un insieme ben definito di regole a cui attenersi, il rifiuto di ogni forma di supporto e di trattamento farmacologico, si diffusero rapidamente, portando all'apertura di nuovi centri negli Stati Uniti (Phoenix House, Daytop Village, Odyssey House, ecc.) e nel mondo (Emlienhoeve nei Paesi Bassi, de Sleuten, de Spiege, Trepoline in Belgio, Phoenix House Haga in Norvegia). I Paesi dell'Europa dell'Est si organizzarono seguendo il modello della vita in comune, dell'importanza del collettivo e del «buon cittadino sovietico», tutto regole (da accettare anche se incomprensibili) e lavoro, nonostante l'idea di fondo fosse quella di una pedagogia dialettica e aperta (Makarenko, 1952).

L'Italia, in attesa della prima legge organica sul contrasto ai consumi e alle problematiche alcol e droga-correlate, giunta solo nel 1975, vede la nascita, praticamente da subito con il sostegno economico del Sistema Sanitario Nazionale (1978), di numerosi esempi di comunità terapeutica. A tutt'oggi il nostro Paese resta la realtà con il maggior numero di strutture presenti sul proprio territorio (908 al 31 dicembre 2018, secondo il Centro Studi, Ricerca e Documentazione del Dipartimento per le Politiche del Personale del Ministero dell'Interno).

Sino ad allora, a fronte dell'indubbia espansione del consumo di sostanze (cannabis, allucinogeni, oppiacei, ecc.) a partire dalla metà degli anni Sessanta, la risposta più comune e condivisa è il carcere (o il manicomio). L'organizzazione spontanea e su base volontaria di gruppi che spesso ruotano intorno a figure carismatiche (come le comunità di San Patrignano, con Vincenzo Muccioli, o «Incontro», con don Pierino Gelmini) arriva solo diversi anni dopo. Prima ancora che terapeutiche, però, «queste prime comunità erano luoghi di condivisione e di convivenza, dove si ospitavano le persone tossicodipendenti finite in strada o comunque in situazione di forte difficoltà. Non esisteva un percorso formativo per i volontari, ma si apprendeva giorno per giorno per prove e errori» (Dotti, 2014, pp. 384-385).

Sperimentare accompagnando è un po' il principio di base. Non ci sono letteratura, evidenze scientifiche, studi cui fare riferimento, ma la buona volontà e il credere di poter offrire un'alternativa «terapeutica». Non di rado il tutto, però, giocato sulla pelle

e la psiche di quanti esprimono il bisogno di risposte certe e concrete: «non erano presenti professionisti o operatori qualificati, se non in termini di presenza personale volontaristica» (Dotti, 2014, p. 385).

La sensibilizzazione culturale, la coscientizzazione imposta da numeri annuali in crescita, i morti nelle strade e l'iniziale serpeggiare tra i consumatori di eroina di un virus (HIV) di cui non si conosce nulla, conducono prima alla Legge n. 685 del 22 dicembre 1975, «Disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope», e a distanza di quindici anni al DPR 309/1990.

Per la prima volta, la figura del tossicodipendente esce dall'alveo della devianza, della criminalità o al più del vizio per proporsi come persona in difficoltà e bisognevole di cura.

La stagione delle grandi riforme (creazione del Servizio Sanitario Nazionale, Legge Basaglia, Legge Gozzini, Statuto dei Lavoratori), però, non ha portato a una discussione aperta e capace di smarcarsi dall'ancora attuale dicotomia tra proibizionisti e antiproibizionisti e da una politica più alla ricerca di consensi che di risposte reali e scientifiche.

Con evidenti nessi teorici e pratici al modello *day-top* (auto-aiuto, gerarchia, regole comportamentali stringenti), i primi riferimenti metodologici in Italia sono stati avviati a partire dai primi anni Ottanta con il «Progetto Uomo», faro per le successive strutture afferenti al Gruppo CEIS di don Mario Picchi e Juan Corelli (Broekaert et al., 2006) e il modello «Educare e non punire» del Gruppo Abele di don Luigi Ciotti (Corulli, 1997).

Pur in presenza di qualche tentativo pubblico (Città della Pieve nel quartiere di Primavalle a Roma, Prato Lungo nei pressi di Ferrara, Marzaglia a Modena, ecc.), le comunità terapeutiche vedono il loro diffondersi in ragione dell'impegno di gruppi di cittadini volontari guidati spesso da sacerdoti o persone che hanno perso congiunti a causa delle sostanze. L'apporto della Chiesa Cattolica e in generale delle realtà religiose (Chiesa Evangelica, Chiesa Valdese) è fondamentale in termini di supporto sia economico, sia logistico, sia di personale coinvolto.

La mancanza di controlli, però, l'assenza di riferimenti precisi, il deficit di formazione specialistica degli operatori e di revisioni delle metodologie, la tipologia degli ospiti (quasi tutti eroinomani), il peso di una morale intransigente e diffusa, la precarietà e l'improvvisazione sperimentale, strutturale e funzionale degli stessi Servizi pubblici (SerT – Servizi per le Tossicodipendenze, solo dal 2014 SerD – Servizi per le Dipendenze), la disperazione delle famiglie di fronte a una problematica di cui si è sempre parlato e si continuava a parlare male o, al più, in maniera confondente (vizio/malattia) hanno permesso in alcuni casi condotte improprie, abusi correttivi, approcci prevaricanti, umilianti nei confronti dei consumatori-ospiti di alcune comunità terapeutiche, il tutto spesso giocato sulla giustificazione: «è per il suo bene».

Ai giorni nostri sono tante le difficoltà che le comunità terapeutiche in tutta Europa sono costrette ad affrontare in termini di finanziamenti pubblici, sostenibilità con conseguenti chiusure (Norvegia, Italia, Paesi Bassi, ecc.), riduzione della durata del trattamento (Repubblica Ceca, Spagna, Finlandia), limitazione del numero dei letti a disposizione (Lettonia, Svezia) (Vanderplasschen, Vandervelde e e Broekaert, 2014). Sarebbe davvero opportuno che l'intero sistema della cura (pubblica e del Privato

sociale) al portatore di un disturbo da uso di sostanze (DUS) psicotrope e/o disturbi da dipendenze comportamentali (nuove dipendenze) tornasse nell'agenda della politica italiana senza ulteriori rimandi e/o distrazioni.

A distanza di oltre quarant'anni dalla loro istituzione, sulla scorta delle esigenze e delle criticità messe in luce dalla stessa emergenza Coronavirus, questo lavoro di ricerca sui dati a disposizione del Dipartimento Dipendenze Patologiche ASL TA (invii ed esiti dei programmi in comunità terapeutica dei suoi assistiti, nell'arco di tempo compreso tra il primo gennaio 2015 e il 31 dicembre 2019) — realtà nella quale operano gli autori del presente contributo — intende promuovere una riflessione per esplorare i punti di forza e le criticità senza la pretesa di addivenire a verità definitive. La finalità è quella di sollecitare una lettura complessa di un fenomeno complesso che possa provare a smarcarsi dai rassicuranti approcci orientati alla standardizzazione riduzionistica dei bisogni e dei disagi dei portatori di DUS e nuove dipendenze, continuando a rendere sempre più proficuo il dibattito sui metodi professionali. Sarebbe opportuno riavviare un confronto aperto ai diversi orientamenti affinché queste stesse realtà non continuino ad essere considerate nel sistema delle strutture socio-sanitarie dimore *periferiche*.

## Materiali e metodi

Quale necessaria premessa per definire lo stato attuale della distribuzione dell'offerta di cura pubblica presente sul territorio nazionale, si segnala che dalla rilevazione del Sistema Informativo Nazionale per le Dipendenze (SIND) nel 2018 risultano 568 i Servizi per le Dipendenze (SerD), dislocati in 628 sedi ambulatoriali (pari al 93,8% delle sedi esistenti), attivati per rendere il servizio più accessibile, con una composizione multiprofessionale delle équipes.

Nel corso del 2018, i SerD hanno assistito complessivamente 133.060 soggetti tossicodipendenti, di cui 18.644 sono nuovi utenti (14%) e 114.416 sono soggetti in carico dagli anni precedenti (86%). L'85,8% dei soggetti trattati è di genere maschile (rapporto M/F pari a 6), senza differenze tra i nuovi utenti e quelli già in carico.

Il Ministero dell'Interno, attraverso il Centro Studi, Ricerca e Documentazione del Dipartimento per le Politiche del Personale, ogni anno effettua, inoltre, due rilevazioni puntuali con cadenza semestrale (30 giugno e 31 dicembre) sui tossicodipendenti in cura presso le strutture socioriabilitative del Privato sociale.

I dati elaborati per l'anno 2018, alla data del 31 dicembre, fanno riferimento a 839 strutture censite a fronte delle 908 esistenti sul territorio nazionale (92% circa). Le strutture socioriabilitative sono classificate in base alla tipologia di offerta: strutture residenziali (con ospitalità e attività permanenti e continuative per 365 giorni e 24 ore al giorno), semiresidenziali (ovvero con ospitalità e attività per un minimo di 40 ore settimanali) e ambulatoriali (con ospitalità e attività inferiori alle 40 ore settimanali) (Dipartimento Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri, 2019, pp. 128-131).

La rete dei servizi preposti alla prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione e reinserimento delle dipendenze si articola in:

- servizi a bassa soglia: organizzati attraverso unità mobili di strada, centri di pronta/ prima accoglienza, drop-in, ecc., offrono interventi assistenziali specialistici di primo soccorso, socio-educativi e di counseling, principalmente diretti a soggetti tossicodipendenti, nuovi e/o cronici, che difficilmente si rivolgono ai servizi o che vengono intercettati dalle strutture specialistiche territoriali;
- servizi ambulatoriali: i servizi pubblici per le dipendenze (SerD) e/o i servizi privati multidisciplinari integrati (SMI), presenti anche all'interno degli istituti penitenziari, offrono consulenza e assistenza specialistica, medica e psicologica attraverso l'attuazione di programmi terapeutico-riabilitativi rivolti sia ai consumatori sia ai familiari;
- centri/comunità terapeutiche semiresidenziali o residenziali: centri diurni e strutture, pubbliche e/o private, articolate in diverse tipologie sulla base del tipo di utenza trattata e dei programmi trattamentali offerti, eventualmente integrati con quelli erogati dai servizi ambulatoriali.

Il modello organizzativo dell'offerta di trattamento si snoda in:

- strutture di pronta accoglienza: offrono percorsi di primo livello, incentrati sull'analisi del problema, sull'avvio di un percorso di disintossicazione e sull'accompagnamento a percorsi più strutturati;
- servizi pedagogico-riabilitativi: offrono percorsi trattamentali completi di disassuefazione dalle sostanze e di superamento della dipendenza, tramite interventi con una forte componente di tipo pedagogico-educativa;
- servizi terapeutico-riabilitativi: offrono programmi di trattamento di disassuefazione dalle sostanze e della dipendenza basati su interventi di tipo anche psicologico;
- servizi specialistici per specifiche tipologie di utenza come minori tossicodipendenti, nuclei familiari, soggetti con figli, utenti con comorbidità psichiatrica (psicopatologia associata al consumo di sostanze) (tabella 1).

Nel corso dei primi mesi del 2020 sono stati analizzati i dati a disposizione del Dipartimento Dipendenze Patologiche dell'Azienda Sanitaria Locale di Taranto in merito ai programmi in comunità terapeutica della popolazione afferente ai SerD del territorio (sei realtà territoriali a cui si unisce il Servizio intramurario della locale Casa circondariale).

Va precisato che il SerD di Taranto è tra i più grandi in Italia (tabella 2), un unico Servizio per circa 190.000 abitanti — la legge ne prevede uno per ogni Distretto Sanitario o per ogni 100.000 — e che il territorio presenta grandi difficoltà di ordine economico e occupazionale così come l'analisi tendenziale del livello di disoccupazione del Governo rimarca come sensibilmente crescente ormai dal 2010 (soprattutto a causa della tormentata e ancora irrisolta questione delle Acciaierie ArcelorMittal, ex Ilva).

Quasi il 90% dei soggetti trattati è di genere maschile, senza differenze tra i nuovi utenti e quelli già in carico.

TABELLA 1  
**Numero assoluto delle comunità specialistiche in Italia al 31 dicembre 2018**

| Regione / Provincia autonoma | Comunità per minori tossico/alcoldipendenti |         | Comunità per madri tossico/alcoldipendenti con figli |         | Comunità per comorbidità psichiatriche |         | Altre unità |                 |
|------------------------------|---|---------|--|---------|--|---------|-------------|-----------------|
|                              | Publiche                                    | Private | Publiche   | Private | Publiche                               | Private | Private     | Altre tipologie |
| Abruzzo                      |   |         |  |         |  |         |             |                 |
| Basilicata                   |   |         |  | 1       |  | 1       |             |                 |
| Calabria                     |   |         |  |         |  |         |             |                 |
| Campania                     |   |         |  |         | 6                                      |         |             | 5               |
| Emilia-Romagna               |   |         |  |         |  |         |             |                 |
| Friuli-VG                    |   | 1       |  |         | 4                                      | 3       |             |                 |
| Lazio                        |   |         | 2  |         |  | 4       |             |                 |
| Liguria                      |   |         |  | 2       |  | 3       |             |                 |
| Marche                       |   | 1       |  | 1       |  | 2       |             |                 |
| PA Bolzano                   |   |         |  | 2       | 8                                      | 1       |             |                 |
| PA Trento                    |   |         |  | 1       |  | 4       |             |                 |
| Piemonte                     |   | 1       |  | 1       |  | 4       |             |                 |
| Puglia                       |   | 3       |  |         |  | 1       |             |                 |
| Sardegna                     |   | 1       | 1  |         |  | 3       |             |                 |
| Toscana                      | 1   | 1       |  |         |  | 3       |             |                 |
| Umbria                       |   |         |  | 1       | 4                                      | 3       |             |                 |
| Valle d'Aosta                |   |         |  |         |  |         | 1           |                 |
| Veneto                       |   | 1       |  | 3       |  |         |             |                 |

Fonte: Regioni e Province Autonome – Anno 2018, Dipartimento Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri, 2019.

TABELLA 2  
**Numeri dei pazienti in carico DDP ASL Taranto (dal 2013 al 2019)**

|                           | 2013  | 2014  | 2015  | 2016  | 2017  | 2018  | 2019  |
|---------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| <b>Pazienti in carico</b> | 2.247 | 2.389 | 1.995 | 1.977 | 2.281 | 1.890 | 1.915 |

Prima di ogni riferimento quantitativo è bene specificare un concetto che, spesso, sfugge a quanti non conoscono direttamente la realtà che con il presente contributo si intende analizzare, falsando la possibilità di una reale attendibilità scientifica.

Gli invii presso le comunità terapeutiche accreditate, come stabilito dal DPR 309/90 e dal successivo Accordo Stato-Regioni del 1999, possono essere effettuati solo dal SerD competente del luogo di residenza del soggetto preso in carico, con conseguente liquidazione delle rette pro die a carico del Sistema Sanitario Nazionale.

Le comunità terapeutiche sono obbligate a comunicare le eventuali giornate di assenza e l'esito del programma (conclusione, abbandono, uscite concordate, ecc.) per ogni singolo ospite.

Capita, e non di rado, che uno stesso soggetto faccia ingresso in comunità per poi uscirne in tempi brevi. Non c'è obbligo di permanenza, infatti, fatti salvi i casi previsti dalla legge, sebbene anche nel caso di misure alternative e, dunque, di permanenza agli arresti domiciliari o di detenzione domiciliare l'ospite possa abbandonare in qualsiasi momento il percorso intrapreso, andando incontro per talune fattispecie, però, al reato di evasione.

Un soggetto, dunque, potrebbe essere entrato nella stessa comunità o in altre anche più volte nel periodo analizzato. Per tale ragione è stata prevista la distinzione tra soggetto e passaggio. Evidentemente non può esserci una totale corrispondenza tra queste due voci, essendo i soggetti persone, mentre i passaggi si riferiscono al numero degli ingressi (quantitativamente superiore al numero dei soggetti).

Attingendo dagli archivi del Dipartimento Dipendenze Patologiche (sei SerD del territorio ASL TA), è stata predisposta una matrice contenente i seguenti dati per ogni singolo passaggio: iniziali del passaggio/paziente, dati anagrafici passaggio, comunità terapeutica (CT) di ingresso, dati comunità terapeutica di ingresso, data di ingresso, data di uscita, esito con i seguenti codici:

*Collocazione geografica della comunità terapeutica:*

R: Regionale

ER: Extraregionale.

*Tipologia comunità terapeutica:*

TR: Terapeutico-riabilitativa

SP: Socio-pedagogica

PS: Struttura psichiatrica non accredita come doppia diagnosi

H: Struttura sanitaria accreditata per disintossicazione rapida

DD: Struttura accreditata come doppia diagnosi

M: Programmi diversi con possibilità concordata per l'ospite di passare da una tipologia iniziale ad altre nel corso dello stesso programma.

*Durata del programma per ogni singolo passaggio:*

1. da 0 a 6 mesi
2. da 6 mesi a 12 mesi
3. da 12 mesi a 18 mesi
4. da 18 mesi a 24 mesi
5. oltre 24 mesi.

*Esito programma:*

A: Abbandono

FP: Fine Programma concordato (SerD inviante, paziente, CT)

D: Decesso durante il programma in CT

A: Arresto durante il programma in CT

T: Trasferimento concordato in altra CT (SerD inviante, paziente, CT e Tribunale di Sorveglianza)

C: Continua alla data della conclusione del periodo preso in esame dallo studio (31 dicembre 2019).

Sono stati evidenziati i programmi aperti prima del periodo analizzato dallo studio (1° gennaio 2015), così come quelli che non si erano ancora conclusi al termine dello stesso (31 dicembre 2019).

La durata del programma ha tenuto conto della reale data di apertura dello stesso così come è stato indicato *in itinere* l'esito di quelli ancora non conclusi alla data del 31 dicembre 2019.

Sono stati confrontati questi dati con quelli relativi alle fatturazioni liquidate. Il costo per ogni singolo giorno di permanenza dell'ospite in comunità — accreditata anche solo provvisoriamente e convenzionata — è a carico del Sistema Sanitario Nazionale. L'emissione dell'impegno di spesa e le conseguenti liquidazioni delle fatture emesse dall'Ente ospitante sono a cura del SerD. Non si ravvisa, dunque, la possibilità che siano stati commessi errori nella rilevazione dei singoli dati (giorni di permanenza, soggetto inviato, esito del percorso, ecc.), avendoli incrociati con le spese sostenute e mensilmente liquidate.

Sono state elaborate le informazioni presenti nella matrice con le funzioni consentite dal programma Excel 2016.

## Risultati

Sulla popolazione generale del DDP ASL TA sono stati contati tra il primo gennaio 2015 e il 31 dicembre 2019: 893 passaggi (838 maschi e 55 femmine) per 725 persone (684 M e 41 F) con una media di età tra i 35 e i 39 anni. Per oltre il 90% dei casi si tratta di poliassuntori, nell'ordine eroina e cocaina, cocaina e alcol, nel 5% dei passaggi si tratta di alcolisti puri, nel restante 5% circa si tratta di eroinomani o cocainomani puri.

È stata fissata la differenza tra passaggi e persone al fine di non alterare i dati e la conseguente attendibilità dello studio promosso, tenendo distinte le persone e le loro scelte terapeutiche. Allo stesso tempo, la differenziazione è sembrata necessaria per verificare la *compliance* all'offerta di cura e la sua varietà da parte delle strutture realisticamente auspicabile, con libertà di scelta o meno da parte del soggetto di accoglierla.

È stata realizzata una mappatura puntuale delle Strutture di destinazione degli invii (concordati e finanziati con singolo impegno di spesa) per tipologia di programma e allocazione geografica (regionale o extraregionale) (tabella 3).



TABELLA 3  
**Numero passaggi/persone in comunità terapeutica (2015-2019) per tipologia  
 (Regionale o Extraregionale)**

|  | Tipologia | Passaggi | Persone |
|--|-----------|----------|---------|
| Airone                                 | R         | 270      | 209     |
| Airone Orizzonte                       | E         | 4        | 3       |
| AMA Aquilone                           | E         | 3        | 3       |
| Apri                                   | R         | 4        | 4       |
| Asat                                   | E         | 1        | 1       |
| Bessimo                                | E         | 1        | 1       |
| Betania                                | E         | 1        | 1       |
| Giovanni XXIII                         | E         | 8        | 7       |
| Giovanni XXIII – DD                    | E         | 1        | 1       |
| CEIS Arezzo                            | E         | 1        | 1       |
| Casa Amata                             | E         | 1        | 1       |
| Casa dei Giovani                       | E         | 1        | 1       |
| Casa dei Glicini                       | E         | 1        | 1       |
| Cascina Martello                       | E         | 1        | 1       |
| CAST Assisi                            | E         | 14       | 12      |
| CEIS Arte Casa San Martino             | E         | 1        | 1       |
| CEIS Arte San Matteo                   | E         | 3        | 3       |
| CEIS Modena – Airone                   | E         | 1        | 1       |
| CEIS Vicenza                           | E         | 2        | 2       |
| Cento Fiori                            | E         | 1        | 1       |
| Chiaromonte                            | E         | 8        | 6       |
| Don Lorenzo Milani Venezia             | E         | 1        | 1       |
| Cooperativa Centro Soc. Giovanni XXIII | E         | 3        | 3       |
| CREST Cuveglio                         | E         | 1        | 1       |
| CSA Arezzo                             | E         | 1        | 1       |
| CSA Città di Castello                  | E         | 1        | 1       |
| Don Guerino Rota – DD                  | E         | 2        | 1       |
| Emmanuel                               | E-R       | 307      | 234     |
| Exodus                                 | E         | 1        | 1       |
| Fandango                               | E         | 1        | 1       |
| Fratello Sole                          | E-R       | 25       | 22      |

|                               | Tipologia | Passaggi | Persone |
|-------------------------------|-----------|----------|---------|
| Ginepro 2                     | E         | 1        | 1       |
| Ginepro 2 Merlino             | E         | 1        | 1       |
| Gruppo Abele 9                | E         | 9        | 7       |
| Il Delfino                    | R         | 14       | 11      |
| Il Mandorlo (Ex Saman - CS)   | E         | 6        | 5       |
| Il Pettiroso                  | E         | 5        | 4       |
| Il Pettoriso CEIS Arte        | E         | 2        | 2       |
| Il Risorto                    | R         | 57       | 51      |
| Il Sorriso                    | E         | 1        | 1       |
| Incontro                      | E         | 2        | 2       |
| Insieme                       | E         | 1        | 1       |
| Kades                         | E         | 1        | 1       |
| La Genovesa                   | E         | 3        | 2       |
| La Rupe                       | E         | 4        | 4       |
| Lahuen - DD                   | E         | 2        | 2       |
| L'angolo                      | E         | 1        | 1       |
| L'approdo                     | E         | 1        | 1       |
| L'arcobaleno Lecce            | R         | 1        | 1       |
| Lorusso Cipparoli             | R         | 4        | 4       |
| Luigi Viola Cra               | E         | 1        | 1       |
| Nuovi Orizzonti               | E         | 3        | 2       |
| Nuovo Villaggio del Fanciullo | E         | 2        | 2       |
| Oasi 2                        | R         | 1        | 1       |
| Pars - DD                     | E         | 11       | 10      |
| Rinascita                     | R         | 32       | 29      |
| San Patrignano                | E         | 1        | 1       |
| San Francesco                 | R         | 12       | 10      |
| Saman                         | E-R       | 7        | 7       |
| Saman - DD                    | E         | 1        | 1       |
| San Filippo                   | R         | 1        | 1       |
| San Gaetano                   | E         | 19       | 16      |
| San Gaetano - DD              | E         | 2        | 2       |
| San Gaetano No Potus          | E         | 1        | 1       |
| Sol Levante                   | R         | 1        | 1       |

|                      | Tipologia | Passaggi   | Persone    |
|----------------------|-----------|------------|------------|
| Sorgente             | R         | 4          | 4          |
| Spazio Esse          | R         | 2          | 2          |
| Terra Mia            | E         | 2          | 2          |
| Teseo                | R         | 1          | 1          |
| Valdinievole         | E         | 1          | 1          |
| Vallerotana Grosseto | E         | 1          | 1          |
| <b>TOTALE</b>        |           | <b>893</b> | <b>725</b> |

Nota. R: Regionale; E: Extraregionale; DD: Doppia diagnosi.

Gli 893 passaggi sono così distribuiti secondo le tipologie indicate:

- 478 passaggi in comunità terapeutico-riabilitativa
- 287 passaggi in comunità socio-pedagogica
- 27 arresti (16 in struttura socio-pedagogica, 3 in struttura terapeutica e 8 con programma misto)
- 39 misti
- 30 alcol
- 23 doppia diagnosi
- 9 disintossicazioni.

183 passaggi sono stati registrati in Comunità extraregionali, 709 sono regionali, uno è inizialmente regionale per proseguire, poi, in una sede extraregionale.

Gli esiti del programma in comunità terapeutica sono riportati nella tabella 4.

TABELLA 4

**Esiti programmi in comunità terapeutica su invii DDP ASL TA (01/01/2015-31/12/2019)**

| Esito programma     | Da 0 a 6 mesi | Da 6 a 12 mesi | Da 12 a 18 mesi | Da 18 a 24 mesi | Oltre 24 mesi | Totale     |
|---------------------|---------------|----------------|-----------------|-----------------|---------------|------------|
| Abbandono           | 447           | 127            | 66              | 31              | 6             | 677        |
| Arresto             | 2             | 1              | 1               | 1               |               | 5          |
| Continua*           | 42            | 22             | 11              | 15              | 3             | 93         |
| Deceduto            | 2             |                |                 | 1               |               | 3          |
| Fine programma      | 9             | 2              | 8               | 37              | 52            | 108        |
| Trasferito          | 1             |                |                 | 2               |               | 3          |
| Trasferito in CT    |               |                |                 | 2               | 1             | 3          |
| Affidamento al SerD | 1             |                |                 |                 |               | 1          |
| <b>TOTALE</b>       | <b>504</b>    | <b>152</b>     | <b>86</b>       | <b>89</b>       | <b>62</b>     | <b>893</b> |

\*Continuano al 31 dicembre 2019: 3 entrati nel 2017, 26 entrati nel 2018, 64 entrati nel 2019.

Dei 55 passaggi di donne, 38 si concludono con l'abbandono prima della conclusione concordata del programma (69%), 10 giungono al termine del programma (18%), 2 fanno registrare un trasferimento di Comunità, 1 un arresto e 4 passaggi continuano (tutti con ingresso nel 2019). Dei 108 arrivati alla conclusione concordata, ben 60 sono da riportare a strutture esclusivamente terapeutico-riabilitative con 11 misti (terapeutico-riabilitativa e socio-pedagogica) e 3 in doppia diagnosi. In strutture regionali conclude il 62% (figura 1).

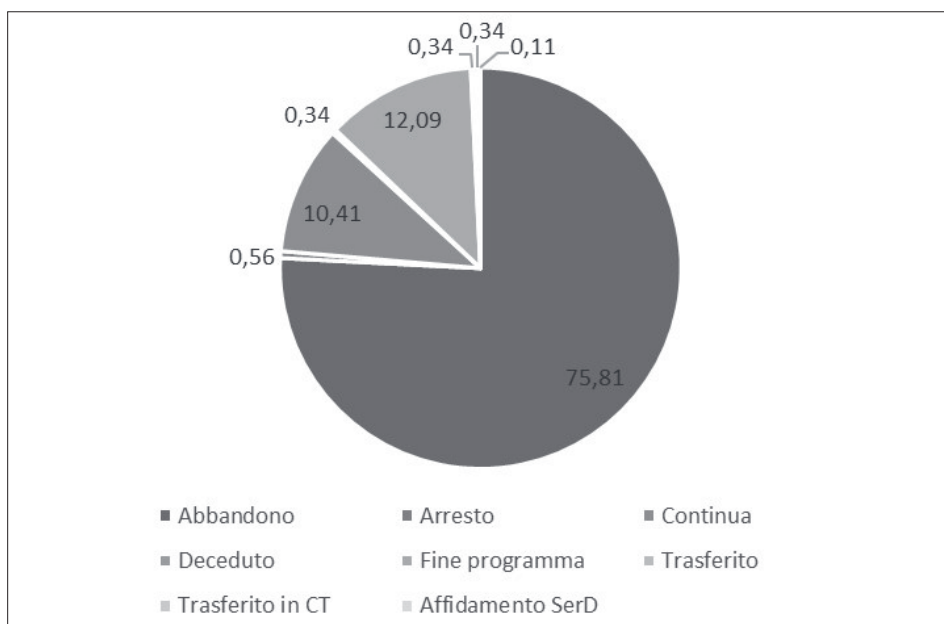


Fig. 1 Esiti dei passaggi dei pazienti DDP ASL TA in comunità terapeutica (01/01/2015-31/12/2019) (dati percentuali).

Dall'analisi dei dati non può non balzare all'attenzione da una prima scorsa il numero di quanti hanno portato a conclusione il programma concordato sul totale dei passaggi: 108 su 893, appena sopra il 12% (figure 2 e 3).

Per contro, ha abbandonato prima della conclusione concordata e di propria volontà quasi il 76% (677 su 893). Il 34% conclude tra i 18 e i 24 mesi, poco più del 48% va oltre i 24 mesi di durata del programma.

La maggior parte degli abbandoni si concentra nel primo periodo (da zero a sei mesi) con il 66%. Il 18% rientra in un periodo tra i 6 e i 12 mesi per un totale di abbandoni pari all'84% nel corso del primo anno.

Per i passaggi delle donne la percentuale dell'abbandono è del 69%. Di questo quasi il 45% avviene nei primi 6 mesi, l'11,5% tra i 6 mesi e i 12 per un totale di oltre il 56% nel corso del primo anno.

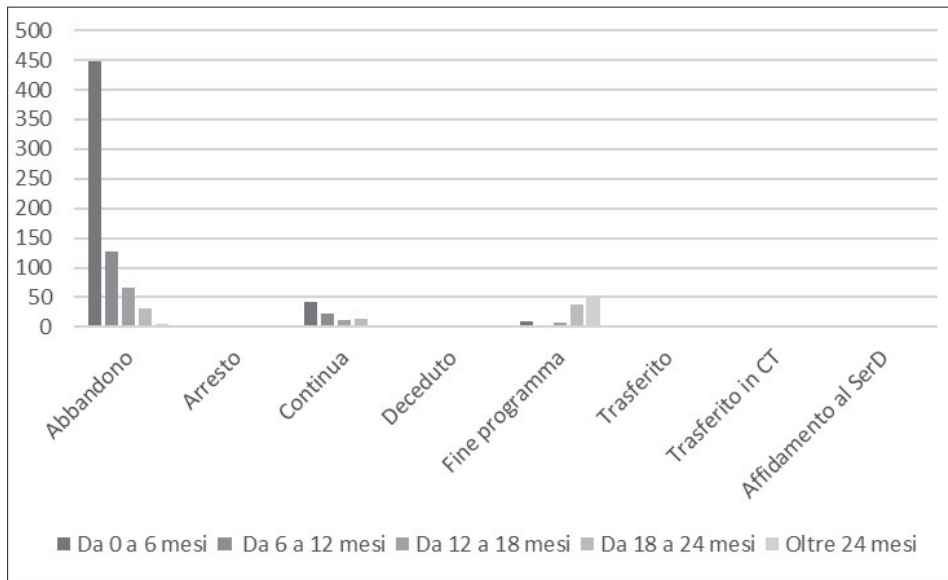


Fig. 2 Esito e durata del programma passaggi DDP ASL TA in comunità terapeutica (01/01/2015-31/12/2019) (dati assoluti).

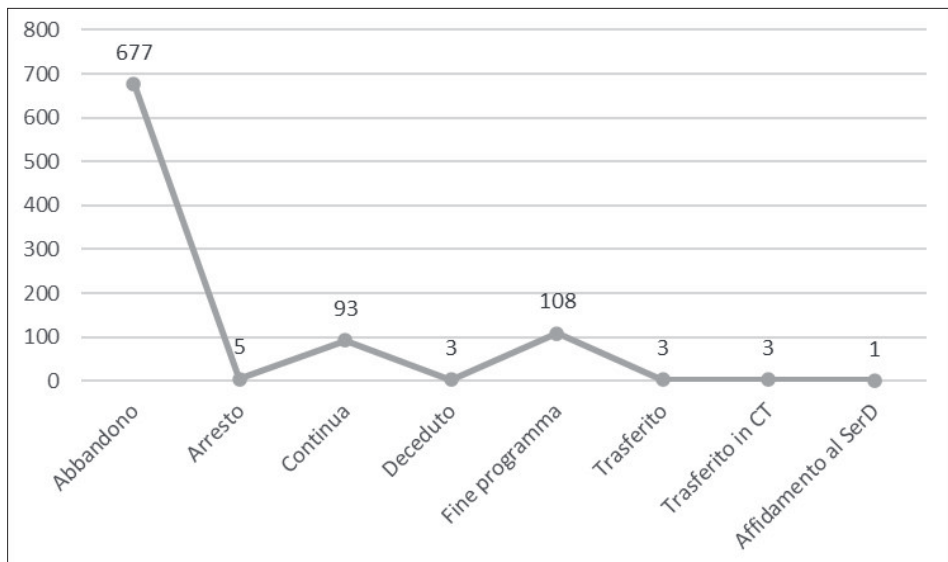


Fig. 3 Esito dei passaggi in comunità terapeutica dei pazienti DDP ASL TA (01/01/2015-31/12/2019) (dati assoluti).

Più spesso gli uomini vengono inviati in strutture terapeutico-riabilitative, mentre le donne presso quelle socio-pedagogiche. La domanda più limitata probabilmente conduce a un'offerta meno specialistica e dispendiosa in termini di risorse economiche da parte delle comunità. Si ricorda, infatti, che le tariffe liquidate non sono omogenee, ma stabilite con disposizione del governo regionale in base alle differenti tipologie dei programmi proposti dalle singole comunità terapeutiche. Alle strutture terapeutiche e specialistiche vengono riconosciuti costi più elevati a fronte di un'offerta di cura più complessa e articolata, a cominciare dal personale presente e operante (medico, psicologo-psicoterapeuta, ecc.). Le realtà cosiddette socio-pedagogiche, presentando programmi meno incentrati sulla personalizzazione degli interventi e con uno staff meno tecnico e specializzato — in alcuni casi composto esclusivamente da ex tossicodipendenti con una qualifica di educatore maturata sul campo attraverso gli anni di esperienza — hanno costi evidentemente più contenuti.

A tal proposito, guardando ai passaggi al femminile che vedono un esito conforme a quanto concordato, in termini di durata del programma, in ben 8 casi su 10 ricorre la realtà più specialistica (terapeutico-riabilitativa, struttura accreditata come doppia diagnosi, centro di disintossicazione), così come 7 strutture su 10 sono fuori dalla regione Puglia (al settembre 2020 l'iter relativo all'accreditamento istituzionale non è ancora concluso, vigendo in Puglia convenzioni stipulate sul finire degli anni Novanta).

Sembrirebbe, dunque, che quanto più si investe in termini di approccio multidisciplinare e di attenzione alla specificità e alla personalizzazione del trattamento, e questo in modo particolare per le donne, tanto migliori siano gli *outcome* (Lacatena, 2020).

Sulla scorta del dato quantitativo, è pressoché evidente la necessità di porsi delle domande, il cui tentativo di trovare risposte è affidato al paragrafo successivo. Che cosa si aspettano le persone che entrano in comunità terapeutica? In che maniera la stessa accoglie aspettative e esigenze del dipendente patologico? È possibile migliorare quel patto terapeutico tra paziente, SerD che invia e struttura che accoglie? L'abbandono o il fine programma come traccia dell'esito, infatti, non è solo da imputare alla motivazione e allo stato psichico del soggetto, ma anche a ciò che gli viene realisticamente offerto.

## Discussione

Gli invii in comunità terapeutica per tossicodipendenti hanno subito nel corso degli ultimi anni una contrazione legata al ridimensionamento dei fondi a disposizione e della domanda da parte degli stessi pazienti. Non è solo opinione di chi scrive che a ciò si siano andate unendo da una parte una richiesta sempre più specialistica e varia e dall'altra una domanda di accoglienza e residenzialità meno legata a obiettivi di *drug free* e più mirata a dare sollievo, decompressione, alleggerimento a dipendenti patologici per periodi circoscritti o per dare un ricovero abitativo per quanti si trovano in condizioni di vita di strada (Cibin, 2020).

A fronte di una cospicua spesa utilizzata per l'invio di pazienti dipendenti patologici, gli esiti non sembrano essere pienamente soddisfacenti. Poco incoraggiante

risulta, infatti, il numero di quanti interrompono anzitempo il programma sia pur concordato tra paziente stesso, SerD e Comunità.

Volendo offrire spunti di riflessione e confronto sul tema in questione, appare opportuno soffermarsi proprio sulla pratica dell'abbandono precoce.

Intanto, si tratta di uscite concentrate soprattutto nel corso del primo anno, segnatamente nei primi sei mesi di permanenza, il che fa pensare a un'accoglienza su cui bisognerebbe andare ad aggiustare qualcosa, in primo luogo rispetto alla gestione del *craving* (o comportamento tossicomano, che non è l'astinenza). Questo, infatti, è il comportamento incontrollato, focalizzato all'ottenimento della sostanza che ha prodotto e mantiene la dipendenza, qualunque sia il prezzo da pagare. Nel dipendente patologico, in assenza dell'assunzione è pressoché inevitabile la sofferenza fisica e psichica, accompagnata da astenia, anoressia, ansia e insonnia, irritabilità, aggressività, depressione o iperattività, ecc. (Cibin, 1993).

Non essendo condizione circoscrivibile a poche settimane dall'ultima assunzione, chiarificatrici appaiono le considerazioni di uno dei più illustri farmacologi italiani, Alessandro Tagliamonte:

La tossicodipendenza è uno stato di necessità nei confronti di una sostanza che ha assunto contemporaneamente per l'organismo dipendente il ruolo di principio attivo indispensabile e di agente di intossicazione cronica. La tossicodipendenza è sempre acquisita. La compulsività si struttura gradualmente ed è frutto di successivi condizionamenti legati a esperienze di deprivazione forzata, di ansia anticipatoria nei confronti dello stato di deprivazione, di ansia come sintomo di astinenza. Ne deriva un comportamento obbiettivamente fuori dalla capacità di controllo dell'individuo, che è obbligato a operare compulsivamente al fine di procacciarsi la sostanza (Tagliamonte e Meloni, s.d.).

Nella prima parte del programma, inoltre, l'ospite deve fare i conti con una realtà nuova, con la vita in gruppo, con le regole, con la propria motivazione al cambiamento, con la distanza dagli affetti, con l'eradicazione quasi totale dal mondo sociale, ma non dal mondo della droga.

Nel gruppo, spesso, gli ospiti riportano di non parlare di altro che di sostanze, sollecitando nel nuovo entrato, e non di meno anche in chi è presente da più tempo, una sorta di involontario effetto *trigger* (Meyer, 2000). Quest'ultimo agisce anche sostenuto da un'inevitabile condizione depressiva dettata dall'interruzione dell'uso, dalla coscientizzazione della propria condizione, da tutto un insieme di situazioni e richieste inconsuete che determinano un senso di straniamento nel nuovo ospite, che spesso abbandona il trattamento sotto la spinta dell'associazione tra impulsività e *craving* (Thompson-Schill, Ramskar e Chrisikou, 2009; Potvin et al., 2015).

È documentato dalla letteratura scientifica, infatti, come stati negativi determinino un aumento del *craving*, dell'utilizzo e delle ricadute (Sinha e Li, 2007).

È proprio questa, dunque, la fase in cui la persona dovrebbe essere più sostenuta e accompagnata, non solo per evitare l'abbandono, ma anche e soprattutto per evitare i rischi a cui potrebbe essere esposta ritornando all'uso dopo un periodo di disassuefazione.

In secondo luogo, la durata dei programmi, per quanto personalizzati (lì dove è possibile personalizzarli), appare agli occhi del consumatore problematico e del dipendente patologico piuttosto lunga e richiedente — si precisa che il programma in comunità terapeutica va dai 12 ai 30 mesi, salvo particolari tipologie o percorsi diversamente concordati — con una soglia molto alta rispetto ai risultati attesi (drug free).

Allo stesso tempo, il numero di pazienti sprovvisti di strumenti utili alla sopravvivenza, senza fissa dimora, psicologicamente disturbati, con detenzioni alle spalle, senza riferimenti familiari e amicali richiede (in prima persona e/o clinicamente) molto spesso un percorso più lungo.

Gli ospiti con un'età anagrafica più alta sembrano essere maggiormente disposti a permanere in comunità, sebbene questo poco dica rispetto all'efficacia del trattamento e agli obiettivi stabiliti e perseguiti (Maremmani et al., 2012). Allo stesso modo, quanti presentano un quadro psicopatologico più complesso tendono a ridurre i tassi di ritenzione, così come i consumatori di cocaina e quanti presentano un craving più acuto (Maremmani et al., 2020).

Essendo uno strumento di non recente nascita, la comunità, a lungo abbinata all'idea del tossicodipendente da eroina, non sembra rispondere all'aspettativa dell'ospite sul piano concettuale, soprattutto quando questi presenta un quadro anamnesticò in cui la cocaina ricorre come sostanza primaria.

«Chiudersi in comunità», come spesso si sente nel gergo dei dipendenti, si offre all'insieme delle possibili proposte terapeutiche come una sorta di *extrema ratio*.

Entrare in comunità terapeutica significa per molti, infatti, autoconsegnarsi allo stigma del tossicodipendente o, peggio ancora, del «drogato», del «tossico», vero e proprio giudizio, più che accertata diagnosi, coltivato da consumatori e da alcuni operatori delle comunità terapeutiche — proprio quelli di più lunga data, ancora troppo ancorati a modelli di consumo e di stili di consumo anni Ottanta.

A tutto ciò va aggiunta la difficoltà culturale — secondo l'esperienza di chi scrive — legata alla piena accoglienza da parte dei decisori e dal management strategico sanitario del consumo di sostanze in chiave patologica e socio-sanitaria.

Per gli stessi, infatti, le strutture sociosanitarie che erogano prestazioni in regime residenziale a ciclo continuativo e/o diurno e servizi relativi alle attività di prevenzione, cura e riabilitazione finalizzate alla protezione e al ripristino della salute delle persone con uso o dipendenza da sostanze stupefacenti e/o psicoattive e alcolodipendenti sono frequentemente vissute come un ibrido che vive di status e vita propria.

In alcuni casi i conseguenti ritardi accumulati nel corso dell'iter di accreditamento istituzionale — in molte regioni non ancora concluso — hanno impedito alle comunità per tossicodipendenti di mettersi al passo con realtà analoghe.

Sul piano strutturale, si presentano poco moderne, un po' trascurate, in alcuni casi fatiscenti. Dal punto di vista funzionale e terapeutico, non si può disconoscere come le comunità continuino a bordeggiare tra realtà aperta e «istituzione totale» (Goffman, 1961).

Ci sarebbe da chiedersi nei confronti di quali altri «malati», senza pagare un prezzo altissimo dal punto di vista politico, gli amministratori potrebbero permettersi un approccio altrettanto distratto.



L'evoluzione del fenomeno in tutte le sue possibili declinazioni esige una formazione tecnica e umanistica continua con il necessario intervento di uno o più supervisori in grado di dirimere le dinamiche del gruppo e non di meno del gruppo operatori, particolarmente esposto al rischio *burnout* (Maslach e Leiter, 2000; Strepparola, 2003; Di Petta, 2006).

La poliassunzione, lo spalmarsi del consumo lungo tutti gli strati sociali e anagrafici della popolazione, la diffusione di nuovi stili di consumo, la facile reperibilità di sostanze legali e illegali, una certa normalizzazione operata dalla massiccia diffusione delle sostanze ipotizzabili di abuso (psicofarmaci, alcol), i comportamenti a rischio e le dipendenze comportamentali chiedono comunità specialistiche (da quelle tradizionali ai centri per la disintossicazione, dalle realtà dell'accoglienza, all'assistenza a bassa soglia, alla *global service*) che non mescolino in una stessa sede esigenze troppo diverse per vissuti, genere, età, sostanze d'abuso, e che siano in grado di offrire un supporto sistemico e di lunga durata (Aslan, 2018; Galassi e Mpofo, 2015; Magor-Blatch et al., 2014).

## Conclusioni

Pur continuando ad essere il programma residenziale uno strumento indispensabile per i Dipartimenti delle Dipendenze Patologiche e i SerD, i dati ricavati dall'analisi di quanto presente negli archivi del DDP della ASL di Taranto tra il 1° gennaio 2015 e il 31 dicembre 2019 suggeriscono la necessità di una revisione in chiave sistemica dell'offerta della comunità terapeutica.

Non è utile e realistico ascrivere l'esito del percorso residenziale all'esclusiva responsabilità dell'ospite dipendente patologico. O forse è semplicemente troppo facile.

Né è utile trincerarsi dietro un sistema di accreditamento che, in alcuni casi, tarda ancora ad arrivare.

Per entrambi i casi, resta l'irrisolta questione di un cambiamento culturale profondo e reale richiesto dal paziente dipendente a proposito di patologia e non più di vizio, piacere, scelta libera e stoltezze ideologiche e morali varie.

L'emergenza Covid-19, con tutte le ricadute registrate dalle comunità terapeutiche per tossicodipendenti, può rappresentare la grande occasione di scuotere un sistema troppo immobile a fronte di un fenomeno in evoluzione continua, o il pretesto per facilitarne una sorta di estinzione.

Se il consumatore presenta sempre più caratteristiche multiformi, variegata deve farsi anche la risposta terapeutica.

Le comunità terapeutiche dovrebbero guardare a un modello più allargato, meno selettivo e richiedente nei confronti del paziente e del risultato finale. Questa impostazione discenderebbe dall'aprirsi a un approccio più tecnico e specialistico che non è in alternativa all'intervento umanistico, ma anzi lo nobilita e lo arricchisce.

È più «umano» provare a comprendere la sofferenza da craving di un dipendente chiamato in alternativa a patire per la propria presunta debolezza, è anche certamente più sensato e terapeutico.

A tal proposito, imprescindibile appare il ricorso all'approccio *recovery-oriented*, con una multidimensionalità in grado di andare oltre lo strettamente medico, includendo dimensioni soggettive quali autostima, accettazione del disagio, empowerment, autodeterminazione, ecc. (Anthony, 1993).

L'obiettivo del *recovery*, una possibilità aperta a tutti, non è centrare o semplicemente tendere alla «normalità», ma imparare ad autogestire la problematica di salute e a trarre la massima soddisfazione dalla vita, favorendo l'assorbimento nel tessuto sociale (Jacobson e Greenley, 2001; Coleman, 2004; Carozza, 2010).

Nella consapevolezza dell'impossibilità della piena esaustività della presente riflessione come di altri studi, appare evidente la necessità di ulteriori approfondimenti volti a inquadrare i diversi sistemi regionali, a contrastare la sottovalutazione dell'intero fenomeno — nonostante trend di consumo in crescita ormai da anni — a favorire il superamento di quelle difficoltà con cui, inequivocabilmente, ogni giorno sono chiamati a confrontarsi quanti operano nel settore.

L'immobilismo, la rigidità dei protocolli e delle linee guida (quando presenti), l'autoreferenzialità rischiano di inficiare il prezioso, ma alla luce dei dati comunque da rivedere, operare delle Comunità Terapeutiche per dipendenti patologici.

## Abstract

*More than forty years after the birth of the first therapeutic communities for drug addicts and on the basis of the needs and critical issues highlighted by the Coronavirus emergency, this research work on the data available to the Pathological Dependencies Department ASL TA intends to promote a reflection on the outcomes of the programs followed by SerD of the territory of Taranto sent to the therapeutic community in the last five years (2015-2019). If the question asked by patients to SerD it has changed over time, no less changing has been the one addressed to the therapeutic communities. Both are increasingly exposed to requests for containment, reception, reduction of a wider discomfort (social, psychological, economic) compared to a full departure from the use of substances. The general inattention towards territorial services and the social private sector where the reality of care has been waiting for decades for regional accreditation, the crystallization of models that are not updated with respect to the continuous evolution of the world of consumption and addiction, a demand that is increasingly less oriented to the drug free, open the need for a review of the entire system of treating pathological addictions.*

## Keywords

*Drug addiction – Department of Pathological Addictions – Therapeutic communities – Treatment – Outcome.*

## Bibliografia

- Anthony W.A. (1993), *Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s*, «Psychosocial Rehabilitation Journal», vol. 16, n. 4, pp. 11-23.
- Aslan L. (2018), *Doing time on a TC: how effective are drug-free therapeutic communities in prison? A review of the literature*, «Therapeutic Communities: The International Journal of Therapeutic Communities», vol. 39, pp. 26-34.
- Broekaert E., Vandeveldel S., Soyez V., Yates R. e Slater A. (2006), *The third generation of therapeutic communities: The early development of the TC for addictions in Europe*, «European Addiction Research», vol. 12, doi: 10.1159/000088577.
- Carozza P. (2010), *La guarigione dalla malattia mentale: esito o processo?*, «Psichiatria di Comunità», vol. IX, n. 1.
- Cibin M. (1993), *Craving: physiopathology and clinical aspects*, «Alcologia», vol. 5, pp. 257-260.
- Cibin M. (2020), *Ricerca e innovazione in Comunità Terapeutica: una sfida per il futuro*, «MDD Medicina delle Dipendenze – Italian Journal of Addictions», a. X, n. 38, pp. 11-18.
- Coleman R. (2004), *Recovery. An alien concept*, Peoria, IL, P&P Press.
- Corulli M. (1997), *Terapeutico e antiterapeutico. Cosa accade nelle Comunità Terapeutiche?*, Torino, Bollati Boringhieri.
- Di Petta G. (2006), *Gruppo analisi dell'esserci. Tossicomania e terapia delle emozioni condivise*, Roma, FrancoAngeli.
- Dipartimento Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri (2019), *Relazione annuale al Parlamento sul fenomeno delle tossicodipendenze in Italia anno 2019 (dati 2018)*, <https://www.politicheantidroga.gov.it/attivita/relazioni-annuali-al-parlamento/relazione-annuale-al-parlamento-sul-fenomeno-delle-tossicodipendenze-in-italia-anno-2019-dati-2018/> (consultato il 20 dicembre 2021).
- Dotti M. (2014), *Trattamento e cura*. In L. Grosso e F. Rascazzo (a cura di), *Atlante delle dipendenze*, Torino, Edizioni Gruppo Abele.
- Endore G. (1968), *Synanon*, New York, NY, Doubleday & Co.
- Galassi A. e Mpofu E.J. (2015), *Athanasou, Therapeutic community treatment of an inmate population with substance use disorders: post-release trends in re-arrest, reincarceration, and drug misuse relapse*, «International Journal of Environmental Research and Public Health», vol. 12, pp. 7059-7072.
- Goffman E. (1961), *Asylums*. Trad. it. Torino, Einaudi, 1968.
- Jacobson N. e Greenley D. (2001), *What is recovery? A conceptual model and explication*, «Psychiatric Services», vol. 52, pp. 482-485.
- Lacatena A.P. (2020), *Donne e tossicodipendenza. Quando la patologia è di altro genere...*, «Mission Periodico trimestrale della Federazione Italiana degli operatori dei Dipartimenti e dei Servizi delle Dipendenze», a. XIV, n. 53, pp. 26-32.
- Magor-Blatch L., Bhullarn N., Thonson B. et al. (2014), *A systematic review of studies examining effectiveness of therapeutic communities*, «Therapeutic Communities: The International Journal of Therapeutic Communities», vol. 35, pp. 168-184.
- Makarenko A.S. (1952), *Poema pedagogico*, Roma, Rinascita.
- Maremmani A.G.I., Rovai L., Rugani F. et al. (2012), *Correlations between awareness of illness (insight) and story of addiction in heroin-addicted patients*, «Frontiers in Psychiatry», vol. 3, doi: 10.3389/fpsy.2012.00061.
- Maremmani A.G.I., Pani P.P., Trogu E., Mathis F. per il Gruppo VOECT (2020), *Impatto della psicopatologia specifica dell'addiction sul tasso di ritenzione in trattamento in comunità terapeutica*

- dei pazienti con disturbo da uso di sostanze*, «MDD, Medicina delle Tossicodipendenze, Italian Journal of the Addictions», a X, n. 38, pp. 30-36.
- Maslach C. e Leiter M.P. (2000), *Burnout e organizzazione. Modificare i fattori strutturali della demotivazione al lavoro*, Trento, Erickson.
- Meyer R.E. (2000), *Craving: what can be done to bring the insights of neuroscience, behavioral science and clinical science into synchrony*, «Addiction», Suppl. 2, pp. S219-S227.
- Potvin S., Tikàsa A., Dinh-Williams L.L.-A., Bourque J. e Mendrek A. (2015), *Cigarette cravings, impulsivity, and the brain*, «Frontiers in Psychiatry», vol. 6, doi: 10.3389/fpsyt.2015.00125.
- Sinha R. e Li C.S.R. (2007), *Imaging stress-and cue-induced drug and alcohol craving: Association with relapse and clinical implications*, «Drug and Alcohol Review», vol. 26, n. 1, pp. 25-31.
- Strepparola C. (2003), *Operare nelle dipendenze patologiche*, Milano, FrancoAngeli.
- Tagliamonte A. e Meloni D. (s.d.), *Le basi biologiche della tossicodipendenza*, <http://www.sims.it/tagliam.htm> (consultato il 20 dicembre 2021).
- Thompson-Schill S.M., Ramscar M. e Chrisikou E.G. (2009), *Cognition without control: When a little frontal lobe goes a long way*, «Current Directions in Psychological Science», vol. 18, pp. 259-263.
- Vanderplasschen W., Vandervelde S. e Broekaert E. (2014), *Therapeutic communities for addictions in Europe: Evidence, current practices and future challenges*, EMCDDA Insights Series, Luxembourg, Office of the European Union.
- Yablonski L. (1967), *Synanon. The tunnel back*, New York, NY, Macmillan.

Lacatena A.P., Latagliata C. e Ariano V. (2021), *Dimore periferiche: le comunità terapeutiche per tossicodipendenti. Uno studio condotto dal Dipartimento Dipendenze Patologiche ASL Taranto (2015-2019)*, «Lavoro Sociale», vol. 21, suppl. al n. 6, pp. 35-54, doi: 10.14605/LS97