

**A cura di Roberto Camarlinghi e
Francesco d'Angella**

Come cambia la funzione delle comunità

Un cammino tra adattamenti e innovazioni

In comunità – come si è visto nel precedente articolo – troviamo tipologie differenti. Un mix di biografie di fronte al quale la comunità finisce per assumere funzioni diverse. Un mix che quindi costringe a ripensare la praticabilità degli strumenti tipici del lavoro in comunità: i gruppi, la psicoterapia, le sanzioni... L'impatto della nuova utenza sul funzionamento delle comunità è forte. Ed è interessante ascoltare dai racconti degli operatori come in questi anni si siano messi in atto adattamenti e innovazioni che di fatto hanno modificato e ampliato la proposta terapeutico-riabilitativa delle comunità.

Nell'immaginario collettivo le comunità terapeutiche hanno la delega ad accogliere soggetti «malati» per restituirli «risanati» dopo un congruo periodo di tempo. Una concezione miracolistica che – se ha trovato riscontri in passato – oggi è messa in crisi dai cambiamenti delle persone tossico e alcolodipendenti raccontati nel precedente articolo.

In questo articolo cercheremo di capire come l'arrivo di ospiti più compromessi a livello psicofisico stia cambiando la funzione delle comunità. Quali altre funzioni emergono accanto a quella di strumento per affrancarsi dalla dipendenza. E come le comunità stanno rispondendo al mix di attese e possibilità che oggi le persone portano, con quali adattamenti e/o innovazioni.

La funzione delle comunità ieri e oggi

Per cogliere come sta cambiando la funzione delle comunità, è utile ricordare qual è stata – e qual è tuttora – la sua funzione tradizionale.

Un dispositivo nato per affrancarsi dalla dipendenza

Storicamente la comunità nasce con finalità terapeutico-riabilitative. Il suo programma residenziale (18-24 mesi) è costruito per dare tempo e modo alla persona di elaborare la propria dipendenza e riappropriarsi

della propria vita: «Il principio terapeutico attivo della comunità risiedeva nella capacità dell'utente di scegliere e confermare la scelta della residenzialità giorno per giorno per circa due anni consecutivi... Nella motivazione messa a dura prova e nella tenuta della comunità consisteva la forte selettività del metodo, che si basava sulla rinuncia alla propria libertà e sull'ingaggio in un percorso di cambiamento che prevedeva molte frustrazioni e poche e dilazionate gratificazioni»⁽¹⁾.

Tradizionalmente la comunità terapeutica si è posta come strumento riabilitativo per persone motivate a reinserirsi nella società, da cui la condizione di dipendenza ha finito per estraniarle. Sono gli ospiti ritenuti «appropriati», un termine che fa riferimento a uno schema di intervento che prevede l'astinenza, l'elaborazione della dipendenza, la ripresa in mano del progetto di vita, l'inserimento sociale. Ma quanto questo schema corrisponde ancora alle attese e possibilità degli ospiti di oggi? Come si legge anche in letteratura, con il mutamento dell'utenza «il programma della comunità deve venire a patti con le molte esigenze e le minori risorse che caratterizzano i nuovi ospiti, di cui solo una limitata minoranza è in grado di tenere il passo della comunità terapeutica tradizionale»⁽²⁾.

Oggi sempre più un dispositivo multitasking

In comunità – come si è visto nel precedente articolo – troviamo tipologie molto diverse. Abbiamo sì pazienti che fanno un percorso terapeutico e lo portano a termine, come da schema classico: i cosiddetti appropriati. Ma sempre più ci si confronta con persone che non ce la fanno a stare dentro questo schema.

In comunità troviamo oggi persone discontinue nei percorsi, che entrano ed escono, migliorano e poi ricadono, la cui discontinuità è riflesso della loro instabilità psichica: i cosiddetti *revolving doors*. Quando la vita fuori si fa troppo pesante, quando la fatica diventa insostenibile, la comunità offre loro una tregua, una sosta⁽³⁾.

Ci sono momenti in cui la persona ha bisogno di tirare un po' il fiato, di uscire un attimo dal giro, di curarsi qualche ferita. La comunità serve a questo. La persona fa qualche analisi medica, recupera un po' di forze, magari qualcuna prova a riorientare la propria esistenza.

La sosta in comunità serve a ridurre i rischi sociali e sanitari connessi alla condizione di tossicodipendente, a evitare di scivolare nuovamente in circuiti penali. È come un salvagente, che argina derive e permette di restare ancora a galla.

Ci sono persone logorate da anni di dipendenza, rese invalide dalla loro storia, prive di altri legami e risorse. Stanno in comunità perché è l'unico luogo in cui ancora sentano un'appartenenza: i cosiddetti lungodegenti. Dimmetterli significherebbe abbandonarli; tanto che pare quasi esservi un patto implicito tra SERD e comunità: non si ridiscute il senso della residenzialità per queste persone perché si ha consapevolezza che un altro posto (una casa famiglia, una residenzialità protetta...) per loro non c'è.

1 | Coletti M., Grosso L., *La comunità terapeutica per persone tossicodipendenti*, Edizioni Gruppo Abele, Torino 2011, p. 121.

2 | *Ivi*.

3 | Tutte le citazioni contenute nell'articolo sono tratte dai verbali degli incontri con gli operatori e i responsabili delle comunità terapeutiche e del SERD.

Penso alle persone lungodegenti, quelle a cui diciamo «stai qui che almeno mangi, bevi e dormi». Con loro si tratta di fare un lavoro di tutela e salvaguardia. È evidente che l'obiettivo sarebbe traghettarle dal sistema sanitario ad appartamenti del Comune, magari in coabitazione, seguendole poi come assistenza domiciliare. Il problema è che oggi le risorse del welfare locale sono diminuite, così finisci per tenere le persone in comunità per molto tempo.

Sono persone che in comunità stanno bene e non se ne andrebbero mai. Non hanno altri riferimenti e per loro la comunità è una casa. Sono stanche dopo una vita vissuta i limiti delle umane possibilità di sopravvivenza. Nel tempo in cui sono qui le accompagniamo a visite mediche: hanno epatiti, cardiopatie... Si cerca di procurare loro la pensione di invalidità civile. Le si tiene impegnate con laboratori occupazionali di poche ore, retribuiti con un gettone mensile.

Ci sono persone con prescrizioni farmacologiche o giudiziarie, per le quali la dimensione prescrittiva richiama la debolezza di quella motivazionale: sono persone in misura alternativa alla pena oppure in doppia diagnosi. Con le prime si cerca di dare corpo alla volontà di fare davvero i conti con la dipendenza e non solo di evitare la detenzione. Con le seconde si monitora l'assunzione farmacologica, senza rinunciare a costruire piccoli obiettivi verso un'autonomia possibile.

La comunità è certamente da sempre un contenitore che svolge funzione di contenimento. Ma un conto è contenere per custodire, un altro contenere per elaborare. L'impressione è che oggi con alcune persone si faccia molta fatica a passare dall'uno all'altro.

Di fronte a questo «mix» la comunità terapeutica finisce per assumere valenze e significati molto diversi tra loro. Ma fino a che punto questo strumento può flettersi senza snaturarsi? Fino a che punto possiamo adattare le comunità ai diversi percorsi delle persone?

La necessità di ripensare gli strumenti

La trasformazione della comunità terapeutica in «dispositivo multitasking» mette oggi in discussione la possibilità di utilizzare alcuni strumenti/interventi tipici del lavoro in comunità. Ovvero rende il loro impiego non più scontato, ma da ripensare. È un'operazione, questa, meno semplice di quanto possa apparire, dato che – lo sappiamo – gli strumenti/interventi non sono mere technicalità, ma veicolano visioni e concezioni del lavoro di cura cariche di elementi identitari (per uno psicologo – ad esempio – non è facile rinunciare al setting della psicoterapia tradizionale). Tant'è che spesso li si continua a reiterare in maniera routinaria senza rendersi conto che il contesto è cambiato, oppure non li si utilizza più ma conservando la nostalgia dei «bei tempi» in cui li si poteva usare.

Quando fare gruppo con gli ospiti?

Il primo strumento da ripensare è oggi il gruppo, perno dell'esperienza comunitaria. Il «mix» di storie personali e di possibilità evolutive (che si riscontra oggi in comunità) rende infatti critico a volte utilizzare il dispositivo grupppale. Esigenze individuali divergenti finiscono per prevalere sugli scopi collettivi, impedendo agli

ospiti di farsi gruppo e di percepirsi come tale. Non solo, ma quando in comunità sono compresenti storie troppo difficili il gruppo viene privato di ogni tensione ed emulazione in positivo nella direzione del cambiamento.

(Noi abbiamo ultimamente persone che non reggono la comunità perché non reggono la gruppaltà. La gruppaltà in questi casi è un limite, più che una risorsa.
Alcune persone preferiamo seguirle a domicilio perché non ce la farebbero a stare in una dimensione di convivenza allargata.)

Occorre oggi allora chiedersi di volta in volta quanto il fare un'attività in gruppo possa essere una risorsa e che cosa voglia dire condurre gruppi di ospiti fortemente eterogenei o con componenti di problematicità pesanti.

Con chi utilizzare la psicoterapia?

Di fronte a ospiti con risorse interiori indebolite da lunghe storie di dipendenza, si riduce la possibilità di attivare un lavoro psicoterapeutico in profondità. La psicoterapia funziona se e quando la persona non è troppo compromessa e magari ha una età ancora giovane. Si addice invece meno a una utenza più invecchiata e con motivazioni e capacità di cambiamento più esigue.

(La psicoterapia richiede di avere risorse soggettive e motivazionali, per questo alcuni non la reggono: penso a quelli più emarginati, più malati, più aggressivi, più borderline...
La psicoterapia rimanda all'obiettivo di fare un lavoro elaborativo, di acquisire consapevolezza di sé. Ma ci sono ospiti con cui è già un traguardo riuscire a metterli al riparo per qualche tempo dal rischio di overdose.)

A chi dunque oggi proporre la psicoterapia? Fino a quali livelli si può portarla? Come non sentirsi messi in discussione come professionisti dal non poterla fare? Domande anche queste per molti aspetti inedite.

Come somministrare gli psicofarmaci?

Un tempo nelle comunità non si prevedeva la somministrazione psicofarmacologica. Oggi invece è stata sdoganata e molte comunità la prevedono, come testimoniato anche in questo passo: «Lo sdoganamento dell'utilizzo degli psicofarmaci e anche del metadone è già avvenuto per molte strutture residenziali che non si pongono l'obiettivo drug free (centri crisi, comunità di orientamento, pronte accoglienze...). Inoltre anche molte comunità drug free utilizzano nella fase iniziale di permanenza i farmaci sostitutivi per il completamento della disassuefazione e per la stabilizzazione dell'umore»⁽⁴⁾.

(In comunità ci occupiamo anche delle problematiche psicopatologiche. Fino a qualche anno fa nessuna comunità assumeva il programma psicofarmacologico, oggi l'80%.)

4 | Coletti M., Grosso L., *op. cit.*, p. 124.

Come utilizzare gli psicofarmaci all'interno di un programma riabilitativo che vede nella convivenza quotidiana lo strumento principale? Come bilanciarli dentro un percorso di consapevolezza e di acquisizione di autonomie?

Che valore dare a norme e sanzioni?

Con un'utenza meno in grado di reggere percorsi impegnativi, cambia il valore che si dà alle norme, nel cui rispetto si vedeva un valore educativo. Emblematico l'atteggiamento che si tende ad avere oggi verso le ricadute: non più di sanzione, ma di risignificazione. Una volta era uno scandalo quando l'utente ricadeva («Gli si facevano rifare due anni di comunità»); oggi la ricaduta è vista più come occasione per rifare il punto su di sé e sulle proprie difficoltà che non come fallimento o infrazione della regola.

È molto utile lavorare sulla ricaduta, le persone diventano anche meno ambivalenti. Non ti raccontano più una storia, ma sono più autentiche. E possono essere aiutate ad assumere il loro limite, a non dare più la colpa a qualcuno. Su questo può nascere anche una alleanza di lavoro.

Abbiamo utenti che speriamo abbiano una ricaduta! Perché all'apparenza sembrano molto adeguati, in realtà sono come congelati. Allora è meglio che cadano qui piuttosto che fuori. Mi viene in mente Giuseppe: aveva fatto un programma apparentemente splendido, i ragazzi lo ammiravano, ma noi avevamo la sensazione che in lui non si muovesse nulla e speravamo in una bevutina... Quando è uscito ha trovato lavoro, ma dopo due mesi è morto di overdose in appartamento.

Come utilizzare le norme avendo compresenti situazioni molto eterogenee? Come riconoscere le singolarità senza rompere il patto comunitario, ovvero come autorizzare a un ospite un certo comportamento senza inficiare il lavoro che si sta facendo con un altro (in comunità, si sa, gli ospiti sono molto sensibili sul fatto che ciò che vale per loro valga anche per gli altri)? Normare la diversità è molto complicato.

Fare gruppi con i familiari?

Le comunità terapeutiche hanno sempre previsto un lavoro con i familiari. Un lavoro basato su gruppi di auto mutuo aiuto, dove anche i parenti potessero fare un percorso di rielaborazione della propria esperienza. Oggi da più parti si sta mettendo in luce come il deterioramento nella tenuta psichica di molte famiglie renda critico costituire gruppi con loro.

All'inizio, anni '90, fino al 2002-2003 i gruppi con i familiari si facevano. Da una decina d'anni le famiglie sono latitanti o con problematiche psichiatriche. Mi viene in mente una madre di 60 anni sempre imbottita di psicofarmaci. Anche una volta c'erano madri così, ma c'era un padre che le conteneva o il gruppo. Quando ne hai 5-6 della stessa patologia, il gruppo non si può fare. Per questo preferiamo fare i colloqui.

In comunità lavoriamo con i familiari: una volta si facevano i gruppi, oggi facciamo i colloqui individuali perché sono famiglie più disturbate di un tempo che non puoi tenere in gruppo... Sono famiglie incapaci di prendersi cura di sé, addirittura alcune hanno l'amministratore di sostegno. Abbiamo sempre lavorato con il gruppo dei familiari, da tre anni non è più possibile.

Tra adattamenti e innovazioni

L'impatto della nuova utenza sulla vita delle comunità è dunque forte. Nei racconti degli operatori e dei responsabili delle strutture residenziali emerge come in questi anni, per rispondere ai nuovi e diversi profili di ospiti, si siano fatti adattamenti e messe in atto innovazioni che di fatto hanno modificato e ampliato la proposta terapeutico-riabilitativa delle comunità ⁽⁵⁾. Proviamo a sintetizzare i principali.

Percorsi sempre più cuciti su misura

C'è la consapevolezza che la comunità «come un tempo» non sia più proponibile. Ovvero la comunità come dispositivo fortemente regolamentato, che prevede la centralità del gruppo e la rigidità dei programmi, non è più applicabile tout court. Un impianto normativo mal si addice alla nuova utenza. Ciò comporta introdurre nei percorsi in comunità una maggiore contrattualità.

Un tempo il singolo si adattava al percorso in comunità, oggi molti programmi sono modulari e costruiti sulle necessità e capacità dei pazienti. Si tende molto di più a venire incontro alle esigenze individuali, si fa strada un modello sartoriale che nel linguaggio degli operatori viene definito «cucitura su misura».

Questo movimento – dalla comunità verso il suo ospite, e non viceversa – segna un cambiamento rispetto all'impostazione tradizionale, ma è ciò che sta rendendo possibile oggi a molte persone proseguire il percorso.

«Più che parlare di comunità, oggi preferiamo parlare di «servizio residenziale». Perché solo una parte di chi viene inserito può fare comunità in senso pieno. Altri magari accedono ai gruppi educativi, altri ai gruppi di supporto psicologico, altri è meglio che non partecipino a nessun gruppo. Questi stanno facendo comunità? No, stanno usufruendo di un servizio residenziale. Per questo dicevo che l'idea di essere una comunità in senso classico l'abbiamo superata. Offriamo servizi residenziali che si diversificano in relazione alle persone che accogliamo»

«Adesso la negoziazione è pane quotidiano, ed è questa la grande fatica. Ci sono i programmi personalizzati e non ci sono più i tempi definiti. Una volta i percorsi erano standardizzati, c'era uno schema prefissato, oggi bisogna trovare sempre nuove mediazioni. Il nostro lavoro sta passando molto attraverso la capacità di mediazione. D'altra parte, ci siamo detti, se la dipendenza si manifesta come un assoluto, questo lavoro di mediazione – ovvero questo costruire il progetto insieme alla persona – ha valenza terapeutica. È un lavoro di ricerca che stiamo facendo.»

Comunità differenziate per tipologie

Prendendo atto del mix di storie che oggi arrivano in comunità – ciascuna portatrice di livelli di sofferenza e prospettive di autonomia differenti – molte comunità stanno provando a selezionare gli accessi, rendendoli il più possibile omogenei, in modo da non dover organizzare la quotidianità avendo compresenti esigenze troppo diverse.

5 | Sperimentazioni frutto di una auto-organizzazione spesso poco condivisa con il SERD e le altre comunità, con il rischio di creare in alcuni

momenti sovrapposizioni e ridondanze nell'offerta. Diventa oggi importante socializzarle e renderle patrimonio comune.

Noi abbiamo differenziato le comunità in relazione alla prefigurazione dei percorsi. Così abbiamo destinato un tipo di comunità alle persone che intravediamo con maggiori potenzialità e motivazioni. Lì c'è uno staff più giovane, c'è il campo sportivo, sono dentro la città. Gli ospiti vengono ingaggiati in percorsi di sperimentazione di sé, di recupero di un'interiorità mediante arte-terapia, montagna-terapia e poi attività come coltivazione delle viti, della terra, laboratori di cucina...

Un'altra comunità si occupa di persone arrivate ormai a una certa soglia, dove ci può essere ancora spazio per un piccolo lavoro psicoterapeutico, non però basato sul sondare aspetti profondi. Lì non c'è lo psichiatra, la retta è inferiore. Si cerca di dare un senso al tempo di queste persone, ingaggiandole in qualche attività. Perché è vero che hanno bisogno di stare tranquille, ma non possono rimanere ferme e inattive durante il giorno, sarebbe distruttivo.

Per le persone in doppia diagnosi abbiamo due comunità dedicate, una maschile e una femminile.

Le comunità che intendono mantenere la loro vocazione terapeutico-riabilitativa si danno anch'esse criteri di selettività nell'accogliere le persone.

Noi siamo una comunità piccola, non abbiamo altre sedi dove spostare chi fa casino o continua a consumare mettendo in crisi gli equilibri del gruppo. Per questo diventa importante poter sempre decidere chi accogliere e chi no. Noi ci teniamo a essere una comunità orientata terapeuticamente: abbiamo un programma di un anno, un anno e mezzo molto pressante, in cui chiediamo alle persone il cambiamento dei vecchi schemi tossicomanici.

In genere gli utenti hanno una età media di 26 anni, buone risorse cognitive e familiari, basso livello di problematiche legali. Sosteniamo la loro motivazione strutturando un ambiente stimolante: settimanalmente ogni ospite ha psicoterapia individuale, gruppale, psicocorporea. Viene fatta una psicoterapia familiare in una fase del percorso. Yoga, tai-chee, shiatzu, meditazione sono attività condotte da psicologi, le utilizziamo come risorsa per lavorare sul corpo. Abbiamo infatti l'idea che la tossicodipendenza parta da un attacco al corpo, e tutto il materiale pre-verbale viene elaborato con il terapeuta.

Comunità aperte, non più chiuse

Oggi molte comunità tendono a essere comunità aperte, non più chiuse. Essere comunità aperta significa lavorare il meno possibile all'interno della propria «campana di vetro» e favorire il più possibile l'immersione (seppur protetta e accompagnata) degli ospiti nel mondo «là fuori».

Agli ospiti di molte comunità viene infatti proposta, subito dopo la prima fase di accoglienza (in cui si costruisce il progetto individualizzato), una progressiva e continua «messa alla prova» in cui possano verificare le capacità acquisite e l'autonomia conseguita. È una modalità che tiene conto del nuovo profilo di utenza che oggi arriva in comunità.

Mentre con una utenza di stampo nevrotico che aveva problemi col limite era utile fare esperienza di comunità chiusa, con l'utenza degli ultimi 10-15 anni questa fase in cui lavori sull'educativo, sul normativo, serve a poco. Invece, dopo che in pronta accoglienza la persona si è disintossicata, serve subito fare esperienze in modo da lavorare con la persona sui vissuti che vive fuori, non dentro. Perché dentro la comunità si lavora sulla fantasia che la persona ha di sé, proprio perché è un ambiente chiuso. Invece lavorare subito fuori permette alle persone di fare

esperienza di sé, di verificarsi. Tanti, per esempio, credono di poter lavorare, di essere autonomi. Allora li facciamo andare in una cooperativa protetta in modo che sperimentino le loro effettive capacità.

Con molti SERD abbiamo 18 mesi di programma. Prima, quando facevamo comunità chiusa, nel momento in cui passavano nella fase del reinserimento emergevano problematiche che nel periodo lungo della comunità chiusa erano rimaste sommerse. Così invece ci lavori subito. Ci siamo infatti resi conto che molti utenti mettono in atto in comunità un adattamento passivo: nella loro vita hanno imparato a sopravvivere adeguandosi alle situazioni, per cui in struttura ci presentano la parte adeguata, ma dentro di loro non è avvenuto alcun cambiamento. Allora l'unico modo per impedire questo adattamento è consentire che si sperimentino: se quando uno esce s'infilava subito in un bar, è bene affrontare con lui questo aspetto mentre è qui.

Comunità come punto di riferimento nel post comunità

Nei racconti degli operatori emerge come oggi la comunità si ponga come punto di riferimento anche nel post comunità, surrogando in qualche modo l'assenza di altre risorse sociali. Se una volta le tappe erano «SERD → comunità → inserimento lavorativo», oggi a causa della crisi è quasi svanita l'aspettativa di trovare lavoro fuori. La crisi riduce per tutti le possibilità occupazionali, figuriamoci per le persone con storie difficili.

Il grande ostacolo oggi è trovare un lavoro con cui sostenersi e un luogo affettivo in cui rientrare: spesso la famiglia non c'è o non li vuole più. Così, quando termina il tempo di residenza in comunità, la comunità resta un punto di riferimento. Per molte comunità questo tenere le porte aperte costituisce un cambiamento significativo.

Chi ha la possibilità, quando finisce la comunità, si ferma a vivere in zona. Il paziente – se ha qualche risorsa, magari un piccolo reddito oppure la pensione di invalidità – affitta un appartamento, noi gli diciamo «vieni qui a fare un colloquio una volta alla settimana, oppure veniamo noi a trovarti a casa». Il servizio domiciliare è attivo da alcuni anni, in questo caso il SERD paga una retta minore.

Mentre una volta l'invio in comunità era fatto per allontanare la persona dal suo contesto, oggi abbiamo visto che per alcune persone è più produttivo essere accolte nel proprio territorio. Perché quando escono sanno di trovare qui un punto di riferimento. Abbiamo costruito percorsi di accompagnamento territoriale di persone che sono state dimesse dal programma residenziale, ma fanno piccoli rientri in comunità per i pasti.

L'esigenza di sperimentare forme più flessibili

Oggi molte invenzioni e innovazioni risultano bloccate dal sistema dell'accreditamento. La reciproca rigidità vincola tutti e si cercano nelle pieghe del sistema i modi per venire incontro alle mutate esigenze dell'utenza. Magari si prende la strada di un progetto finanziato da una fondazione per sperimentare qualche percorso innovativo, oppure si costruiscono con il SERD degli accordi informali che permettano di flessibilizzare l'utilizzo delle risorse.

«Oggi siamo legati alla retta e non possiamo più di tanto modulare. La rigidità dell'utilizzo della retta non ci consente di essere flessibili, è una questione economica. Per noi sarebbe importante superare con i SERD la dinamica che blocca l'apertura a servizi innovativi. I SERD temono di essere controllati e sorpresi a fare un uso non adeguato della retta.»

Ci si rende conto che è tempo di sperimentare, perché rimanere incastrati nella logica dei «servizi accreditati» non solo ostacola l'innovazione, ma può anche essere uno spreco di risorse. Le comunità d'altra parte hanno oggi anche la preoccupazione per la propria sopravvivenza, perché la spending review porta a ridurre gli inserimenti nelle strutture residenziali. C'è timore ad aprire un ragionamento su come venire incontro alle nuove e differenziate esigenze dell'utenza perché non si ha fiducia che ciò generi nuove opportunità, nuovi percorsi, semmai ulteriori riduzioni e sottrazioni di risorse.

«Metà dei posti nelle comunità sono usati per persone senza più grandi margini evolutivi. Questi pazienti assorbono risorse che potrebbero essere utilizzate meglio. Ma d'altra parte oggi se questi pazienti non avessero la comunità non avrebbero nulla.»

Penso a chi ha una famiglia e un lavoro e non è disposto a rinunciarvi per fare un programma lungo in comunità. Ma in comunità verrebbe volentieri a mangiare o dormire quando si sente più vulnerabile. Questo tipo di utilizzo della comunità oggi non è previsto dal sistema dell'accreditamento.

Oggi noi abbiamo sette rette piene su una struttura che prevede 14 posti. A metà anno spesso il budget che le AsL assegnano per gli invii in comunità è già terminato. È chiaro che se non c'è la garanzia di avere occupati quei tot posti che ci consentono la sostenibilità, diventa difficile aprirci a sperimentazioni.»