

# DADA

## Rivista di Antropologia post-globale

Fondata e diretta da Antonio L. Palmisano

Numero 2 – Speciale 2020

a cura di

Antonio L. Palmisano – Ivo Quaranta – Pino Schirripa

### Corpo, potere, diritti

#### Indice

#### **Introduzione**

Antonio L. Palmisano, Ivo Quaranta, Pino Schirripa p. 07

#### **The politics of adherence to antiretroviral therapy: between ancestral conflicts and drug resistance**

Francesca Cancelliere p. 13

#### **Corpi ibridi nel Giappone pre-moderno: uno studio attraverso le fonti letterarie e i bestiari**

Diego Cucinelli p. 41

#### **La geometria dello stigma: HIV e biosocialità nel contesto dell'Emilia-Romagna**

Alice Gattari p. 73

#### **Genitalia out of scope. Riflessioni intorno a pratiche di cura e cittadinanza trans nelle sentenze di rettifica di attribuzione di sesso**

Simonetta Grilli - Maria Carolina Vesce p. 91

***Mizuko kuyō, o il transito della presenza***

Nicola Martellozzo p. 111

**«Come farsi un corpo [...]».**

**Analisi dei processi di produzione dei corpi migranti**

Pasquale Menditto p. 127

**Bodymodifications, performative saying and politics:  
from the *veritas objectorum* to the *veritas rerum***

Raffaella Sabra Palmisano p. 157

**Modificazioni genitali, diritto di asilo e pratiche di cittadinanza.**

**Note antropologiche su un'esperienza di mediazione nei servizi**

Maya Pellicciari - Sabrina Flamini p. 175

**Anticorpi di stato. Da figli di 'ndrangheta a buoni cittadini**

Marta Quagliuolo p. 191

**Topico del cancro**

**Governo dei margini e margini della storia a Nord del Marocco**

Federico Reginato p. 219

**Prendersi cura di sé e degli altri**

**Politiche della salute, migrazioni e bio-legittimità in Italia**

Veronica Redini - Francesca Alice Vianello p. 243

**La libertà come incapacità? Note sulla riabilitazione come esercizio spirituale**

Lorenzo Urbano p. 265

***Autori***

p. 303

## **La libertà come incapacità? Note sulla riabilitazione come esercizio spirituale**

Lorenzo Urbano

### **Freedom in incapacity? Notes on rehabilitation as spiritual exercise**

#### **Abstract**

Reading the *Diagnostic Statistical Manual*, the authority on psychiatric disorders, we can trace a very clear trajectory of the representation and conceptualisation of addiction as a mental disorder, towards the exclusion of social and cultural parameters and the consolidation of a stringently neurobiological perspective. Therapeutic interventions, however, such as those in residential communities for addicts, still attribute great importance to the social, relational, and personal dimensions of addiction. Drawing on the Author's ethnographic fieldwork in one such community, this article aims to explore the articulation of therapeutic practices through the lens of Pierre Hadot's concept of *spiritual exercise*, to reflect on the rehabilitation process as a way of remaking one's subjectivity.

**Keywords:** spiritual exercises, addiction, rehabilitation, moral subjectivity, moral incapacity

### **«Se non eri convinto, non resistevi»**

Una sera di novembre, 2017<sup>1</sup>. Era una delle prime volte che rimanevo in comunità anche per cena – dopo solo qualche settimana di presenza, ancora temevo di impormi sulla quotidianità terapeutica di quel luogo. Ancora avevo difficoltà a trovare modalità di interazione che risultassero il più possibile “naturali”. Difficoltà a stabilire dei contatti, a creare delle relazioni con gli utenti<sup>2</sup>. Non con gli operatori<sup>3</sup>,

---

<sup>1</sup> Questo articolo si fonda sul mio lavoro etnografico all'interno di una comunità terapeutica residenziale per tossicodipendenti in doppia diagnosi. «Doppia diagnosi», o «comorbidità», indica la presenza di una ulteriore diagnosi psichiatrica in aggiunta a quella di *substance-related disorder* (cfr. APA 2013); «residenziale» significa che gli utenti della comunità vi abitano per l'intera durata del loro percorso. La comunità è situata in una località dell'entroterra toscano che chiamerò Lucerna, e non è altro che una vecchia villa che è stata riconvertita, con interventi minimi – ha molto più l'aspetto di una casa che di una struttura sanitaria. È gestita da un'associazione del privato sociale che opera nell'intera regione Toscana. Per preservare la privacy delle persone coinvolte, l'associazione rimarrà anonima e tutti i nomi di contenuti in questo articolo saranno cambiati.

<sup>2</sup> Le persone che stanno in comunità per un percorso riabilitativo sono alternativamente chiamate “ospiti”, “pazienti” e “utenti”. Ciascuna delle diciture ha una sua ragion d'essere, ma la mia scelta è ricaduta su “utenti” perché ritengo che le altre passivizzino eccessivamente la posizione di questi ultimi, una posizione che invece come vedremo richiede un ruolo fortemente attivo nel percorso di recupero e guarigione.

invece: l'intera équipe aveva accolto in maniera sorprendentemente positiva la mia ricerca, e iniziavano anche a chiedermi impressioni, opinioni, giudizi. Ma per gli utenti, soprattutto alcuni, ero ancora un enigma, con la mia abitudine di presenziare ai gruppi in silenzio, di aggirarmi per la casa, sempre in silenzio, e osservare. Iniziano ad avere l'impressione che la mia tendenza a rifugiarmi in ufficio fosse, almeno parzialmente, causa di questi sospetti. D'altra parte, l'ufficio è per eccellenza la stanza di chi detiene il «potere», la stanza dove vengono prese le decisioni, effettuati colloqui e controlli. La stanza che rappresenta, con la sua porta chiusa e l'accesso limitato, l'opacità del funzionamento amministrativo e terapeutico della comunità. E io avevo l'abitudine di ritirarmi là dentro, dopo ogni attività, dopo pranzo, dopo cena. Semplicemente per trovare uno spazio e un momento per annotarmi osservazioni e impressioni, ipotesi e interpretazioni. Ma questo non cambiava il fatto che il mio libero accesso a quella stanza aveva un significato, sembrava posizionarmi da una parte molto specifica della «barricata». Per questo motivo, quella sera decisi di rinunciare al mio sipario di scrittura, e rimanere nelle stanze comuni.

I momenti immediatamente successivi ai pasti sono sempre un po' concitati. Chi è impaziente di alzarsi, per andare a fumare. Chi deve assolvere al proprio turno di servizio a tavola, e quindi deve sparecchiare e pulire la sala da pranzo. Le tre persone che per ogni pasto sono addette al lavaggio dei piatti, senza dubbio il più detestato dei compiti assegnati agli utenti, si devono spartire le mansioni: piatti, pentole, fornelli, piano di lavoro, asciugatura, riordino. Non sempre la spartizione è pacifica, prevedibilmente. Infine, uno dei momenti cruciali della routine quotidiana, quello della somministrazione della terapia farmacologica, sempre fatta dopo i tre pasti principali. A questo, la sera aggiunge la possibilità di avere accesso ad una delle poche risorse di intrattenimento della comunità, la televisione, che viene accesa solitamente dalle 20:30 fino a mezzanotte. Prima il telegiornale, poi un qualche programma in prima serata, di solito scelto dall'operatore di turno (ma con l'input degli utenti, che spesso si rivela decisivo). Tutti hanno fretta di concludere la giornata.

Mi presi la responsabilità di accendere la televisione. Rai Due, il telegiornale delle 20:30. Stavano in quel preciso momento passando i titoli, ma la sala TV era vuota. Luce spenta, qualche sedia rimasta in mezzo alla stanza dopo il gruppo del pomeriggio. Soltanto l'illuminazione bluastro della televisione. Riportai il telecomando in ufficio – un'altra delle consuetudini che permetteva all'operatore in turno di mantenere il controllo su cosa si guardava in televisione – e poi scesi nel seminterrato, immaginando che avrei trovato qualcuno, di fronte all'infermeria ad

---

<sup>3</sup> A gestire la comunità è un'équipe di educatori professionali (durante la mia ricerca, sei), insieme a un infermiere, che si occupa primariamente dell'amministrazione e somministrazione delle terapie psicofarmacologiche. In questo testo, saranno tutti genericamente chiamati "operatori" (forma breve di "operatori sanitari") perché questo è il termine che all'interno della comunità stessa viene utilizzato più frequentemente.

attendere la somministrazione, o nella «stanza fumo», la sala fumatori interna – l'unica stanza in cui era consentito fumare. Non sopportavo di stare là dentro: l'aria era spesso irrespirabile, l'odore di fumo si attaccava inesorabilmente a vestiti e capelli, e nonostante ci fosse una piccola finestra e una porta che portava sul piazzale esterno, entrambe erano quasi sempre chiuse. Ma quello era anche il luogo che per eccellenza si opponeva, simbolicamente, all'ufficio: nessuno degli operatori, nemmeno chi, fra di essi, fumava, osava entrarvi, proprio per l'aria stantia e pesante. Perciò, aveva acquisito quello stesso ruolo di coordinamento, di scambio di informazioni, ma anche di pettegolezzo, di lamentela, di organizzazione, ma per gli utenti.

Non trovai nessuno di fronte all'infermeria, e mi avviai scoraggiato verso la stanza fumo. La trovai popolata, come mi aspettavo. Agatha e Goliarda, che andavano là a fumare anche di giorno, anche con il sole; e poi, Ernest e Albert. Quest'ultimo, entrato da poco in comunità, sembrava ancora un po' spaesato da alcuni aspetti della routine quotidiana, e stava lamentando l'eccessivo carico di lavoro. «Gruppi, responsabilità, pulizie, turni. Io ero venuto qua per smettere di farmi, e mi ritrovo a lavare i piatti cinque volte a settimana». Goliarda e Agatha annuirono in approvazione. Ernest, invece, era contrariato. Tagliò corto il reclamo di Albert, con tono infastidito: «Tu non sai neanche che vuol dire lavorare, se questo ti sembra troppo. Io ho fatto il Progetto Recupero<sup>4</sup> negli anni Ottanta, ascolta me, quelle erano vere comunità. Altro che metadone, Tavor, Rivotril<sup>5</sup>. Niente farmaci, ti volevano già pulito, sennò non ti facevano entrare. E la riabilitazione era una cosa di carattere, mica di pasticche. Te lo levavano a forza, il comportamento da tossico. A forza di lavare bagni con gli spazzolini. Se non eri convinto, se non volevi davvero uscirne, non resistevi»<sup>6</sup>. Un approccio alla riabilitazione che era fortemente improntato all'abbattimento della «personalità dipendente» attraverso il lavoro, anche lavoro umiliante, che doveva «ricostruire il carattere «del dipendente.

---

<sup>4</sup> Un progetto di riabilitazione in comunità coordinato e organizzato, a partire dagli anni Settanta, dalla medesima associazione che adesso gestisce la comunità di Lucerna e altre simili strutture nella zona. Anche il nome del progetto è stato modificato per prevenirne l'identificazione.

<sup>5</sup> Il metadone è un farmaco sostitutivo, utilizzato in particolare da chi ha fatto uso di eroina o altri oppiacei; Tavor e Rivotril sono entrambi benzodiazepine utilizzate, anche all'interno di terapie psicofarmacologiche più ampie, per prevenire, fra le altre cose, attacchi d'ansia e di panico. Tutti e tre sono farmaci spesso utilizzati nelle terapie di tossicodipendenti in doppia diagnosi.

<sup>6</sup> Non ho potuto di verificare la veridicità dei racconti di Ernest in maniera diretta. Tuttavia, come i racconti degli altri utenti, ho ritenuto utile e anzi necessario includerli ugualmente, perché rappresentano efficacemente una certa immagine della dipendenza e soprattutto del significato della riabilitazione, immagine che, sostengo, ancora caratterizza in parte i percorsi di recupero. Nel caso specifico di Ernest, posso anche dire che altre persone che ho conosciuto nel corso di questa ricerca e che hanno pregresse esperienze di comunità hanno corroborato questi racconti con simili versioni dell'approccio «rieducativo» di queste strutture prima della loro (parziale) medicalizzazione. Tenderei perciò a ritenere affidabili tali narrazioni, se non nei dettagli quantomeno nelle linee generali della descrizione dei percorsi riabilitativi.

Ernest parlava di questo periodo, di questo modo di «fare comunità», quasi con nostalgia. «Era duro, ma veramente ti insegnava a vivere». Agatha, anche lei passata dal Progetto Recupero, rimase in silenzio, con lo sguardo basso. Albert, invece, non mancò di esprimere i suoi dubbi. «Se devo andare in comunità per stare peggio di come stavo fuori, tanto vale che continui a farmi».

Nei mesi successivi, mi sarei trovato molte volte a parlare con Ernest di questo argomento. Fra gli utenti, era noto per essere una persona piuttosto ripetitiva: aveva a cuore alcuni temi-chiave, e ne parlava in continuazione, trovava sempre un buon motivo per virare qualsiasi conversazione verso ciò che voleva. La precarietà della sua condizione materiale era uno di questi temi: prima di entrare in comunità, aveva perso il lavoro, e il suo periodo di reinserimento si protraeva, costellato di insuccessi, rifiuti, tentennamenti, e incorniciato dalla difficoltà che aveva ad utilizzare gli strumenti informatici – smartphone in particolare – che oggi sono necessari per ottenere anche soltanto colloqui di lavoro. Ma forse ancora più frequente era la critica che portava all'impostazione dei percorsi riabilitativi all'interno della comunità.

Per Ernest, Lucerna era poco più che una clinica: la forte presenza di psicofarmaci, non solo per le «seconde» diagnosi ma anche per controllare i sintomi dell'astinenza; i numerosi colloqui, con gli educatori, ma anche con la consulente psicologa e la consulente psichiatra; il peso che i servizi sanitari locali di riferimento avevano nel determinare l'andamento e le specifiche dei percorsi di recupero dei singoli utenti; le stesse attività di gruppo, che per lo più consistevano nel conversare e condividere e non nel «lavorare»; tutti questi fattori non facevano che compromettere, secondo Ernest, la natura «comunitaria» della comunità. Ognuno fa il percorso suo, con i ritmi suoi, le necessità sue, e anche quando condivide esperienze con gli altri, non parla veramente a loro ma a sé stesso, al massimo all'operatore di turno.

«Non è così che un tossico può imparare davvero a vivere. Questi si lamentano, del lavoro, dei gruppi, delle responsabilità, ma non sanno che cosa era il vero lavoro di comunità. Meno male, perché a 55 anni non so se sarei capace di fare quello che ho fatto a 20», mi disse Ernest quella sera di novembre, dopo che gli altri tre se ne furono andati. «Tu lo sai che cosa sono i “bagni a fondo”?», mi chiese. Non lo sapevo. «Ecco, quello era veramente lavoro. Ti facevano pulire i bagni – bagni grandi, non come questi – te li facevano pulire in ogni angolo, anche con lo spazzolino. Avevi un pomeriggio per farli. E poi venivano a controllare. Prendevano un panno bianco e lo passavano nei posti più improbabili. Sopra le finestre, dietro i sanitari. E se trovavano anche soltanto un minimo di sporco, dovevi ricominciare da capo. Quelle erano le cose che ti insegnavano la disciplina. La gente non durava, scappava dopo una settimana, ma chi arrivava fino in fondo aveva veramente delle possibilità».

### ***Exercitia spiritualia***

Se prendiamo in esame il modo in cui le definizioni di dipendenza si sono evolute all'interno del *Diagnostic Statistical Manual* (DSM), il manuale prodotto dalla *American Psychiatric Association* e all'interno del quale sono definite le categorie diagnostiche e i criteri di diagnosi delle patologie psichiatriche, possiamo vedere una precisa traiettoria che porta verso una «biologizzazione» della dipendenza. Nella terza edizione del DSM (1980), quando le *substance use disorders* diventano una categoria diagnostica a sé stante<sup>7</sup>, i criteri di diagnosi tracciano una linea ben precisa fra una forma di consumo «socialmente accettabile» di sostanze, anche a scopo ricreativo, e invece un abuso che «è concettualizzato come un disturbo mentale» perché le sue conseguenze sono «estremamente indesiderabili»<sup>8</sup>. Anche all'interno di una categoria diagnostica che si presenta come scientifica, sono presenti delle discriminanti «socialmente costruite» che contribuiscono a definire i confini della patologia. Nella quinta edizione del DSM, datata 2013, queste determinanti socialmente costruite scompaiono completamente, e le *substance-related disorders* assumono un aspetto molto diverso, molto più profondamente radicato nella neurobiologia che nel ruolo e nella rappresentazione sociale delle pratiche di uso e abuso di sostanze. «Le radici dei disturbi da uso di sostanze – recita il DSM-5 – (...) possono essere visibili molto prima dello stesso uso di sostanze»<sup>9</sup>.

Ma se andiamo a vedere come sono strutturati i programmi riabilitativi all'interno delle comunità, questo cambiamento è meno visibile. San Patrignano, la comunità forse più nota in Italia, parla della dipendenza in maniera molto diversa. «Il percorso terapeutico è essenzialmente educativo e riabilitativo. La persona non viene considerata affetta da una “malattia” e non vengono, quindi, utilizzati trattamenti farmacologici per la dipendenza»<sup>10</sup>. E anche dove la terapia psicofarmacologia viene accettata, come nella struttura presso la quale ho condotto la mia ricerca, essa ha un ruolo assolutamente secondario. Ha una funzione di stabilizzazione, ma la *riabilitazione* si ottiene soltanto attraverso un intervento sulla propria soggettività, sul proprio modo di vivere. Per questo motivo, nel corso della mia ricerca mi sono trovato di fronte a una necessità interpretativa oltre che rappresentazionale. Come rendere conto del «lavoro» della riabilitazione, se esso non risponde alla traiettoria che il processo di medicalizzazione della tossicodipendenza ha preso negli ultimi trent'anni? Potremmo risolvere semplicemente questo problema, considerando quella delle comunità (e delle strutture simili) come un'azione *normalizzante*, che mira a far rientrare soggetti considerati devianti (i tossicodipendenti) all'interno di un modello

---

<sup>7</sup> In precedenza, erano incluse fra i «disturbi di personalità» (o «personalità sociopatica»); cfr. Robinson, Adinoff 2016.

<sup>8</sup> APA 1980.

<sup>9</sup> APA 2013, 481.

<sup>10</sup> <https://www.sanpatrignano.org/la-comunita/il-metodo-di-recupero/>, consultato al 25/09/2019.

comportamentale (forse anche esistenziale) socialmente accettabile. Ma limitarci a questa risposta lascerebbe da parte la complessità del modo in cui si articola la riabilitazione in queste strutture, e del significato che essa può assumere<sup>11</sup>.

L'obiettivo della comunità è quello di insegnare uno stile di vita migliore, «sano», e forse ancora di più insegnare delle *virtù* che permettano di condurre questo stile di vita sano. La prima e più importante di queste virtù è senza dubbio la *disciplina*<sup>12</sup>. Tanto operatori quanto utenti descrivono spesso il comportamento del tossicodipendente come anch'esso «tossico», inestricabilmente intrecciato a quell'assenza di controllo e di confini che caratterizza, in questa rappresentazione, l'abuso di sostanze. Lo strumento primario attraverso il quale scardinare questo comportamento è proprio la disciplina, ovvero una quanto più totale padronanza di sé, la capacità di agire *consapevolmente*, di resistere alle tentazioni e agli automatismi, di «essere preparati» ad affrontare gli ostacoli che la vita quotidiana ci mette di fronte.

Una delle opposizioni concettuali che incontrai in comunità e che aiutano a comprendere la rappresentazione “egemone” della dipendenza al suo interno è l'opposizione fra «astinenza» e «sobrietà». È il modo più immediato di indicare il punto di partenza e il punto di arrivo (ideale) di ogni percorso riabilitativo. «Astinenza» è la condizione in cui si trovano gli utenti quando entrano in comunità:

---

<sup>11</sup> Il mio focus sulla dimensione della riabilitazione, e sui suoi significati morali, mi ha portato a lasciare da parte molta della produzione antropologica sulla *addiction*. In particolare, contributi come quelli di Philippe Bourgois (2003; cfr. anche Bourgois, Schonberg 2009), che ci restituiscono da un lato la dimensione socio-economica della sofferenza legata all'abuso di sostanze e dall'altro i fattori strutturali che concorrono a produrre tale sofferenza, sono assolutamente fondamentali per comprendere il fenomeno della *addiction* nelle sue molteplici facce. Tuttavia, questo tipo di analisi porterebbe in una direzione diversa rispetto alle mie intenzioni in questo testo, e ho deciso dunque di escluderla. Utilizzando le categorie che Merrill Singer adoperava nella sua rassegna di studi antropologici sull'*addiction*, mi posiziono – come sarà evidente più avanti nel testo – in quello che egli definisce il «modello esperienziale» (2012, 1751): una prospettiva che concentra la sua attenzione soprattutto su come l'uso di sostanze, la dipendenza, i percorsi terapeutici plasmano non soltanto l'esperienza della *addiction* come malattia, ma le stesse soggettività dei dipendenti. Particolarmente significativi per illustrare i confini di questo modello esperienziale sono i lavori di Angela Garcia (2010, 2014) e Jarrett Zigon (2011). In entrambi i casi, l'attenzione si sposta su come attraverso il racconto di sé – in particolare in contesti terapeutici – i soggetti ricostruiscono la propria storia personale, intrecciando processi di narrazione e di «ripensamento» della propria soggettività. La dipendenza, e la riabilitazione dalla dipendenza, sono una questione eminentemente *morale*, che costringe i soggetti a mettere in gioco riflessivamente le proprie disposizioni incorporate, i propri valori, le proprie relazioni – in una parola, il proprio «esserci-morale-nel-mondo», per usare un concetto che lo stesso Zigon (2008) riprende e riadatta da Heidegger. È specificamente per questa attenzione alle soggettività morali e alla loro (ri)costruzione che ho trovato questo modello esperienziale particolarmente illuminante per riflettere sulla mia esperienza di ricerca.

<sup>12</sup> Utilizzo la parola «disciplina» nella sua accezione comune, di «padronanza di sé», dei propri comportamenti e delle proprie emozioni, e non necessariamente nella connotazione che essa assume in Michel Foucault (cfr. ad esempio 1976; 2015). Tale connotazione è senza dubbio rilevante ai fini della mia argomentazione, e vi sarà fatto riferimento esplicito, ma dove tale riferimento sarà assente, il termine sarà da intendersi nella sua accezione comune.

sono «costretti», in qualche modo, a non fare uso di sostanze, ma il desiderio, la ricerca, quello che nella psichiatria delle dipendenze è definito *craving*<sup>13</sup>. Sono sempre ben presenti. L'astinenza è una condizione di sforzo costante, in cui i comportamenti e le abitudini incorporate devono essere tenute sempre sotto controllo, in cui la mente deve essere sempre vigile, pronta a reagire al minimo segno di cedimento alla tentazione. Al contrario, la «sobrietà» è la capacità, quasi inconsapevole, di regolarsi, di controllarsi, di mantenersi entro i limiti del lecito e del sano. Se l'astinenza è lo sforzo di andare contro a ciò che abbiamo incorporato, la sobrietà è invece la sicurezza che ciò che abbiamo incorporato sarà in grado di guidarci nel condurre una vita «normale», ordinaria.

Il rapporto che questi due concetti hanno con la rappresentazione della dipendenza e della riabilitazione dominanti all'interno della comunità, e con l'idea di disciplina come padronanza di sé, è assolutamente coestensivo. La condizione di un tossicodipendente è sempre quella di astinenza, sul piano comportamentale quanto su quello neurobiologico. E se per quest'ultimo gli psicofarmaci sono in grado di tenere sotto controllo i sintomi peggiori, per il primo non ci sono soluzioni «facili», che non richiedano sforzo. Anzi, è proprio tramite lo sforzo, o meglio lo sforzo *disciplinato*, che è possibile perdurare nell'astinenza. Tramite lo sforzo, l'*esercizio*, è possibile, lentamente e con fatica, imparare ad incorporare quei meccanismi di autocontrollo e di vigilanza dell'astinenza, fino a raggiungere una vera e propria sobrietà. Tramite l'*esercizio*, è possibile imparare ad essere sempre «preparati» ad affrontare la vita quotidiana. È questo il cuore del programma di recupero della comunità: una sorta di «riabilitazione al quotidiano», che non si propone soltanto di insegnare i «particolari» della quotidianità, ma anche e soprattutto un modo di vivere, e di pensare, che consenta di *prendersi cura di sé*.

Il filosofo francese Pierre Hadot offre una lettura della filosofia antica nei termini dell'*esercizio*, e in particolare dell'*esercizio spirituale*. Per i filosofi antichi, sostiene Hadot, fare filosofia non significa soltanto speculazione; al contrario, separare l'attività speculativa dalla prassi quotidiana significa non comprendere fino in fondo quale ruolo avesse la filosofia nella Grecia e nella Roma antica. Ad esempio, per gli stoici la filosofia non è teoria, né studio di testi, ma *àschesis*, «esercizio»: è una «arte di vivere», un «atteggiamento concreto (...) che impegna tutta l'esistenza»<sup>14</sup>. La filosofia come esercizio è quella che consente di passare da una vita «inautentica», preda della «cura» e delle passioni, ad una vita «autentica», «secondo ragione». Fare filosofia, in questa prospettiva, significa «esercitarsi a “vivere”, ossia a vivere coscientemente e liberamente»<sup>15</sup>.

---

<sup>13</sup> Con il termine *craving* si indica, nella psichiatria delle tossicodipendenze, un forte e incontrollabile desiderio di assumere una sostanza. Esso si manifesta spesso come sintomo di una crisi d'astinenza.

<sup>14</sup> Hadot 1988.

<sup>15</sup> *Ibidem*.

Ma cosa significa, concretamente, «fare filosofia»? Ancora una volta, l'esempio degli stoici è significativo. La filosofia come esercizio significa in primo luogo «attenzione» (*prosochè*), ovvero la vigilanza, l'attenzione al momento presente, che consente di essere pienamente consapevoli di ciò che si fa e si vuole. Prestare attenzione significa liberarsi dai condizionamenti del passato e del futuro, mantenersi nel «qui ed ora», in un presente sempre padroneggiabile o sopportabile. Ma significa anche «meditazione» (*melète*) sui principi fondamentali, sulle regole di vita, che devono essere appresi e interiorizzati per poter essere sempre disponibili quando sia necessario compiere una decisione, o fronteggiare un imprevisto. Rappresentarsi e prefigurarsi le difficoltà della vita consente di essere preparati in ogni momento a distanziarsi dalle passioni, a giudicare secondo ragione, a discernere ciò che dipende da noi da ciò che invece non possiamo influenzare, e che non deve darci quindi preoccupazioni. Ma non dobbiamo pensare che questi esercizi siano soltanto «cognitivi» o «mentali» lontani dalla quotidianità di chi li compie; al contrario, quell'«atteggiamento concreto» di cui parla Hadot si manifesta in primo luogo in una serie di specifici atteggiamenti concreti, che il filosofo francese paragona agli esercizi dell'atleta. Peter Sloterdijk sarà ancora più esplicito nell'associare le due cose, e a porle alla base di ciò che ci rende umani. «In qualunque luogo si incontrino membri del genere umano – sostiene Sloterdijk – essi rivelano i tratti di un essere condannato a compiere una fatica surreale. *Chi cerca esseri umani troverà acrobati*»<sup>16</sup>.

Dall'epicureismo a Ignazio di Loyola a Pierre de Coubertin, la storia della filosofia ha visto numerose istanze di pensiero concentrato sull'«esercizio»<sup>17</sup>, inteso tanto come lo sforzo di essere padroni di sé, di vivere e agire «consapevolmente», che come «ricerca dell'altezza»<sup>18</sup>, delle vette morali dell'esistenza umana. E il concetto di «esercizi spirituali» ha esercitato un certo fascino anche sull'antropologia, in particolare su chi si è occupato di etica e morale. Paul Rabinow, in *Pensare cose umane*<sup>19</sup>, pur senza menzionare espressamente il concetto, riecheggia, in primo luogo attraverso il Foucault de *L'ermeneutica del soggetto*, riflessioni e temi prossimi a quelli di Hadot, a partire da quell'«equipaggiamento moderno» con cui sottotitola il testo<sup>20</sup> e il cui originale greco – *paraskeuè* – è molto vicino all'*àschesis* della filosofia antica. Quando Foucault parla di «equipaggiamento», fa riferimento proprio a quelle «arti e tecniche considerate essenziali per la cura del sé»<sup>21</sup>, e dei legami che esse avevano, almeno nel mondo antico, con l'imperativo del «conosci te stesso»; ed è proprio da queste «arti e tecniche», ovvero dall'«equipaggiamento», che la riflessione di Rabinow prende le mosse, nel tentativo di proporre quello stesso intreccio fra

---

<sup>16</sup> Sloterdijk 2013, 19; corsivo aggiunto

<sup>17</sup> Hadot 1988, Sloterdijk 2013.

<sup>18</sup> Hadot 1988, Sloterdijk 2013.

<sup>19</sup> Rabinow 2008.

<sup>20</sup> Il titolo originale del testo di Rabinow è *Anthropos Today. Reflections on Modern Equipment*.

<sup>21</sup> Rabinow 2008, 19.

teoria e prassi (o, nelle sue parole, tra *logos* ed *ethos*) che stava al centro della filosofia antica<sup>22</sup>.

Ancora più significativamente, Veena Das fa esplicito riferimento all'opera di Hadot già a partire da *Life and words*<sup>23</sup>, ma cerca di «strappare la stessa espressione esercizi spirituali lontano dalla profondità della filosofia e verso le abitudinarie discipline che le persone comuni esercitano nella loro vita quotidiana»<sup>24</sup>. Gli esercizi spirituali non sono altro, per Das, che quelle pratiche quotidiane attraverso le quali i soggetti si sforzano di tenere insieme le proprie relazioni e i propri mondi morali. Lungi dall'essere soltanto uno sforzo di «scalare le vette morali»<sup>25</sup>, l'esercizio rappresenta in qualche modo una «forma naturale dell'etica», quella capacità creativa dei soggetti di costruire e abitare nella «banalità della vita quotidiana». Perciò, è proprio attraverso questi esercizi che è possibile pensare all'etica anche in contesti di violenza, di sfruttamento, di sradicamento, di marginalità.

«Manjit also taught me that there is deep moral energy in the refusal to represent certain violations of the human body. In allowing her pain to happen to me, she taught me that to redeem life from the violations to which she had been subjected was an act of lifelong engagement with poisonous knowledge; in digesting this poison in the acts of attending to the ordinary, she had been able to teach me how to respect the boundaries between saying and showing. (...) My sense of indebtedness to the work of Cavell in these matters comes from a confidence that perhaps Manjit did not utter anything that we would recognize as philosophical in the kind of environments in which philosophy is done... but Cavell's work shows us that there is no real distance between the spiritual exercises she undertakes in her world and the spiritual exercises we can see in every word he has ever written»<sup>26</sup>.

Rimane, a mio avviso, un fondamentale fraintendimento dell'argomentazione di Hadot, per il quale la filosofia antica nella sua forma di «esercizio» non aveva assolutamente niente a che fare con «gli ambienti in cui si fa filosofia» oggi. Se la filosofia «è un processo che ci fa essere più pienamente»<sup>27</sup>, allora riflettere sulla vita etica quotidiana attraverso il concetto di «esercizi spirituali» non ha niente di scandaloso, come Das stessa ha invece definito il suo uso di tale concetto<sup>28</sup>. Al contrario, Hadot è esplicito nel sottolineare che l'*àskesis* degli antichi non è

---

<sup>22</sup> Ringrazio Luigigiovanni Quarta e Giulia Guadagni per avermi aiutato a illuminare questa connessione.

<sup>23</sup> Das 2007.

<sup>24</sup> Das 2012, 139

<sup>25</sup> *Ibidem*.

<sup>26</sup> Das 2007, 221

<sup>27</sup> Hadot 1988

<sup>28</sup> Das 2012

sovrapponibile all'idea e alla pratica dell'ascesi per come la rappresentiamo comunemente: può sicuramente implicare un tentativo di «scalare le vette morali», ma è in primo luogo lo sforzo di «essere migliori» e di «vivere bene», due cose molto care proprio a quella *ordinary ethics* cui Das ascrive la propria riflessione<sup>29</sup>. Una cosa che invece la *paraskeuè* foucaultiana ripresa da Rabinow riesce a cogliere efficacemente. Ma al di là di queste forzature interpretative, il suggerimento che Das ci offre è sicuramente valido e importante. «Esercizio» è la creatività, la *libertà*, all'interno dell'abitudine, lo sforzo di non dare mai per scontati i propri mondi sociali, morali, relazionali, di abitarli al di là di ogni difficoltà, di prestare attenzione a ciò che è importante. E di fare tutto questo non in quanto soggetti riflessivi e isolati, ma da un posizionamento di «seconda persona»<sup>30</sup> che immagina il soggetto (e il lavoro su di esso) sempre in relazione all'altro, al prossimo con cui condividiamo i nostri mondi e le nostre esistenze.

Per questo motivo, il *frame* degli esercizi spirituali mi sembra utile per riflettere sul modo in cui è costruito il percorso riabilitativo all'interno della comunità, e ancora di più il modo in cui è organizzata la quotidianità. Perché è proprio attraverso questa quotidianità, rigida e regimentata, che opera l'azione terapeutica della comunità. La riabilitazione è, in primo luogo, un modo per «imparare a vivere»; e a vivere si impara con la fatica, la disciplina, l'abitudine, che consentono di interiorizzare, incorporare, quei principi fondamentali che dovrebbero guidarci in un'esistenza «sana». La comunità non è altro che uno spazio «sicuro» all'interno del quale è possibile sbagliare con minime conseguenze. Uno spazio in cui la quotidianità stessa è pensata per incoraggiare il «lavoro su di sé» tipico degli esercizi spirituali.

La giornata inizia presto, alle 7 in punto, orario in cui l'operatore in turno di notte deve essere in ufficio, e a cui le sveglie di tutti gli utenti sono puntate. Perché la colazione è alle 7:30 e non sono ammessi ritardi. L'unica eccezione è l'utente «di turno», che deve preparare la tavola e poi riordinare, e che deve invece presentarsi con sufficiente anticipo da far trovare tutto pronto per gli altri. La colazione dura in genere 30-40 minuti; poi, arrivano i primi due momenti fondamentali della giornata: la somministrazione dei farmaci e la distribuzione delle sigarette. La prima è una necessità: ciascuno degli utenti ha il proprio piano terapeutico, e può assumere farmaci fino a tre volte al giorno (le altre due sono dopo pranzo e dopo cena). Per cui, ogni mattina, intorno alle 8:15, si forma una lunga fila nel seminterrato, di fronte all'infermeria. Uno alla volta, gli utenti entrano e assumono i farmaci previsti, di fronte all'operatore in turno. Ovviamente, nessuno dei farmaci deve uscire dall'infermeria, e gli operatori fanno molta attenzione che essi siano veramente assunti, e non nascosti in qualche modo. La fila si trasferisce poi al piano superiore,

---

<sup>29</sup> Cfr. Das 2012, Lambek 2010.

<sup>30</sup> Das 2015, Keane 2015.

di fronte all'ufficio. La distribuzione delle sigarette è vissuta con altrettanta trepidazione: agli utenti ne vengono consegnate 15 ogni mattina, e con quelle devono arrivare fino alla fine della giornata. Le "scorte" sono conservate in ufficio, ciascuno nella propria scatola, e possono essere maneggiate soltanto dagli operatori, affinché sia sempre sotto controllo la quantità di sigarette ritirate e consumate ogni giorno.

Al momento della consegna delle sigarette, avviene un altro passaggio, ma in direzione inversa. A ciascuno degli utenti è richiesto di tenere un diario giornaliero, dove annotare riflessioni, sensazioni, difficoltà, o anche soltanto avere uno spazio in cui raccontare e ripensare agli avvenimenti della giornata. Anche questi diari (che altro non sono che ordinari quaderni formato A4) sono conservati in ufficio, ma ciascun utente può sempre richiedere il proprio per scrivere qualcosa, ma il momento "ufficialmente" demando è la sera, dopo cena, quando ognuno prende il proprio quaderno e se lo porta in camera; per questo, ogni mattina sono riconsegnati in ufficio, dove l'operatore di turno può leggere ciò che è stato scritto della giornata precedente.

Intorno alle 8:30 è il momento delle «responsabilità», ovvero, delle piccole pulizie della casa. Ad avere la priorità sono le aree comuni del piano terra: sala TV, sala da pranzo, corridoio, bagno pubblico<sup>31</sup> e in aggiunta a questi l'ufficio. Le responsabilità, come le attività lavorative, sono assegnate dagli operatori in turno (oppure da quelli del giorno precedente), che compilano un apposito modulo per ogni mattina e ogni pomeriggio, e lo affiggono su di una bacheca presente in sala TV. Il momento della scoperta di quali lavori sono stati assegnati a chi è sempre un momento di trepidazione e di recriminazione: le responsabilità non sono tutte uguali, così come non tutti gli utenti sono in grado di compiere efficacemente tutti i lavori.

Fra le 9:00 e le 9:30, è il momento della prima attività di gruppo della giornata. Solitamente, sono veri e propri «gruppi» tematici, in cui discutere e confrontarsi su diversi aspetti della dipendenza attiva e della riabilitazione. I gruppi più frequenti sono quelli di «sostegno». Sono i gruppi in cui vengono direttamente affrontate le problematiche dei vari percorsi riabilitativi, tanto dal punto di vista della «elaborazione del lutto» della perdita delle sostanze<sup>32</sup>, quanto da quello della spesso conflittuale convivenza all'interno della comunità. Il gruppo di sostegno è anche quello che più fortemente è caratterizzante la filosofia della comunità: non è soltanto pensato come uno spazio in cui discutere "pubblicamente" delle proprie difficoltà, ma soprattutto in cui gli utenti possano reciprocamente aiutarsi, ancora prima e più che chiedere supporto agli operatori. Significativamente, il gruppo di sostegno è anche l'unico che si apre sempre nello stesso modo: uno degli utenti, ogni volta

---

<sup>31</sup> Al piano terra è situato un bagno comune, pensato come bagno di servizio da utilizzare durante i momenti di attività lavorativa o di gruppo al posto dei bagni privati delle singole camere.

<sup>32</sup> «Elaborare il lutto» è una delle espressioni con le quali gli operatori della comunità indicano il processo di accettazione di una vita senza sostanze.

volontariamente, si alza in piedi, si mette al centro della stanza (e del cerchio di sedie su cui sono tutti seduti), e recita ad alta voce la filosofia della comunità:

«Siamo qui perché alla fine non abbiamo nessun nascondiglio dove nasconderci da noi stessi. Fino a che un uomo non confronta sé stesso negli occhi e nei cuori dei suoi compagni, scappa. Finché non soffre abbastanza per essere costretto a condividere con loro il suo segreto non ha alcun scampo da esso. Preso dalla paura di parlare con gli altri, egli non riesce a conoscere sé stesso né nessun altro: sarà solo. Dove altro se non sei nostri punti comuni possiamo trovare un tale specchio? Qui, insieme, un uomo può apparire chiaramente a sé stesso non come il gigante dei suoi sogni o il nano delle sue paure, ma come un uomo, parte della comunità, con il suo ruolo da svolgere. In questo terreno possiamo mettere radici e crescere non più soli come nella morte ma vivi: *un uomo tra uomini*».

La prima volta che lessi questa «filosofia», subito mi saltò agli occhi un dettaglio fondamentale per comprendere il funzionamento e il significato della riabilitazione. Al suo interno, non si fa alcun riferimento esplicito alla tossicodipendenza, alle sostanze, nemmeno alla riabilitazione. Non c'è niente che leghi *specificamente* questa filosofia al contesto del recupero dalla dipendenza. In una formulazione più succinta, si potrebbe dire che ciò che viene qui predicato è un percorso di (temporaneo) allontanamento dal mondo che dovrebbe portare a una più approfondita conoscenza di sé stessi. Sta in una comunità riabilitativa per tossicodipendenti, ma potrebbe stare in qualsiasi altro contesto riabilitativo. Forse, in qualsiasi altro contesto in cui l'obiettivo primario è quello di «lavorare su di sé». Sin dall'inizio, da una concreta rappresentazione interna di quello che fa la comunità, possiamo rintracciare una sovrapposibilità con l'idea di esercizio spirituale.

Quello della lettura della filosofia nel contesto del gruppo di sostegno è un momento pieno di significato simbolico. Non soltanto la lettura viene fatta in piedi e al centro della stanza, in modo che l'attenzione di tutti sia naturalmente rivolta verso chi parla; agli altri è anche richiesto un comportamento specifico che va oltre il semplice «prestare attenzione». Tutti, compresi gli operatori che coordinano il gruppo, siedono composti, con entrambi i piedi poggiati a terra. Non sono ammesse gambe incrociate, sedute oblique o posture in qualche modo disordinate. Infine, e questa è forse la cosa più significativa, nessuno può tenere le braccia incrociate sul petto. Un atteggiamento che segnala chiusura e rifiuto del contatto con gli altri non è compatibile con la filosofia della comunità. Prevedibilmente, conclusosi questo momento, ciascuno torna nella posizione che gli è più comoda; ma ho visto raramente persone rifiutarsi di osservare queste specifiche prescrizioni durante la lettura della filosofia. Fra le poche regole che sono accettate in maniera aproblematica sono quelle che spingono le persone a “mimare” un atteggiamento di apertura e di disponibilità verso l'altro.

Soltanto un altro gruppo inizia sempre nella stessa maniera, ed è il gruppo «emozioni», coordinato, a cadenza settimanale, dalla consulente psicologa, Marguerite. Anch'ella insiste per una ritualità che apra la discussione, ma nel suo caso richiede la partecipazione attiva di tutti i presenti. Tenendo in mano, e manipolando, un oggetto, in genere un libro preso da uno degli scaffali della sala TV, ognuno è chiamato a descrivere le proprie sensazioni, fisiche in primo luogo, del preciso momento in cui sta parlando. Di nuovo, è consigliata una postura composta, con i piedi ben saldi a terra, ma per un motivo diverso: l'obiettivo è quello di sforzarsi di «stare nel qui ed ora», di cominciare a riflettere partendo dall'assoluto presente. E «il libro serve per avere un'altra ancora materiale, per ricordarci che siamo in primo luogo un corpo fisico in uno spazio», spiegava spesso Marguerite, all'inizio del gruppo. Come per il gruppo di sostegno, anche in questo caso questa pratica è pensata in senso mimetico rispetto al tema del gruppo stesso: il presupposto è che la nostra vita emotiva comincia in ciò che sentiamo «adesso», e non possiamo divorziare queste sensazioni dalla fisicità e dalla materialità dei nostri corpi.

Le attività collettive sono numerose, e con obiettivi diversi. Non soltanto gruppi tematici in cui gli utenti «parlano» l'uno con l'altro, ma anche attività laboratoriali, durante le quali svolgere piccoli lavori manuali, o gruppi «di cammino», ovvero brevi uscite in paese o verso i boschi circostanti, o ancora gruppi «ludici» o «culturali», cineforum, eccetera. Il gruppo di sostegno e il gruppo emozioni rappresentano tuttavia quella dimensione di *esercizio* che ho pensato come chiave di lettura della vita quotidiana della comunità, in particolare nelle loro componenti di ripetizione ritualizzata. Rappresentano quell'intreccio fra teoria e prassi, fra azione e meditazione, che per Hadot sta alla base dell'*àschesis* degli antichi. Non è sufficiente pensare, riflettere, speculare sui principi che devono guidare le nostre esistenze; è necessario farlo attraverso specifiche pratiche, specifici atteggiamenti che sono in primo luogo atteggiamenti del corpo. Sono questi ultimi che consentono di realizzare efficacemente la meditazione e il lavoro su di sé che la riabilitazione richiede.

I gruppi durano circa 90 minuti, a volte meno, raramente di più. Perciò, fra le 10:45 e le 11 è il momento della prima pausa, la «merenda» di metà mattina. La maggior parte delle persone inizia ad essere irrequieta e impaziente ben prima, comunque. Tè e frutta, in alcuni casi dolci portati da qualcuno o preparati direttamente dagli utenti. Soltanto in occasioni speciali. Sono sempre gli operatori a distribuire la frutta, anch'essa conservata in ufficio, e a sovrintendere al momento di pausa, mentre a fare il lavoro di «servizio» è la stessa persona che ha il turno della colazione. Il momento della merenda è il primo momento veramente «libero» della giornata, e quindi il primo momento di conversazione comune non egemonizzato dagli operatori stessi. E infatti è lo spazio del pettegolezzo, della lamentela sottovoce, della formazione e del consolidamento di sotto-gruppi, di relazioni. Il primo momento non strettamente regolamentato all'interno di una giornata di «esercizio».

Dopo merenda, di nuovo attività lavorative. In questo caso, sono compiti generalmente più impegnativi, come la pulizia del cortile o delle scale interne, oppure lavori a frequenza irregolare o “straordinari”. Questo è anche il momento del lavoro nei «settori», che sono gli unici ad avere persone specificamente assegnate. Cucina, lavanderia, caldaia e, a partire dalla primavera, anche l’orto. La cucina, prevedibilmente, è il settore che richiede un maggiore impegno, e chi vi è assegnato non ha, normalmente, altre responsabilità. È anche il settore con le maggiori pressioni, considerato che deve provvedere due volte al giorno per almeno quindici persone. Perciò, è anche l’unico settore costantemente sotto supervisione degli operatori di turno, che controllano l’andamento della preparazione e intervengono quando necessario. Il pranzo è previsto alle 12:30, servito da un operatore e un utente (quest’ultimo determinato da un foglio di turni), che deve anche apparecchiare e sparecchiare per tutti. In genere, dura circa un’ora, e alle 13:30 circa ciascuno prende la propria strada – tranne le tre persone che devono lavare i piatti, ovviamente. Il «turno piatti» è probabilmente la cosa meno apprezzata in assoluto, almeno da parte degli utenti che ho conosciuto, ma è anche una sventura che tocca a tutti, e più volte durante la settimana. Nessuno può astenersi o rifiutarsi.

Le 14 sono il momento della seconda somministrazione di farmaci della giornata, e quello che durante la mia ricerca ha visto sempre meno persone coinvolte. Poi, fino alle 15, orario di inizio del gruppo pomeridiano, gli utenti hanno tempo libero. La maggior parte di essi scelgono di passarlo nelle proprie camere, a dormire o leggere, ma non è infrequente trovare persone nel cortile, a fumare e chiacchierare. Ancor più della merenda, questo è un momento di indipendenza non soltanto dagli impegni quotidiani, ma dallo sguardo degli operatori, che in ufficio hanno sempre qualcosa da fare, carte da firmare, cartelle da aggiornare, servizi da chiamare. Per cui, fra le 14 e le 15 le aree comuni, in particolare la sala TV, si spopolano, e gli utenti si disperdono per tutta la struttura, a volte da soli, a volte in piccoli gruppi. A meno che non ci sia una qualche emergenza, nessuno li segue, nessuno li controlla in questi momenti.

Il pomeriggio procede nella stessa maniera della mattina. Dalle 15 alle 16:30 attività di gruppo, alle 16:45 merenda, dalle 17 alle 18:30 attività lavorative e settori. La cena è alle 19:30, quindi gli utenti hanno più tempo libero il pomeriggio dopo le attività lavorative. Di nuovo, alle 20:30 è il momento del turno piatti – che la sera dura sempre di meno, per qualche motivo – e poi alle 21 l’ultima somministrazione. Tuttavia, alle 20:30 c’è un altro momento molto atteso, almeno da alcuni: la televisione. Viene accesa inizialmente sempre su RaiDue, per il telegiornale; poi, in genere fino alle 23 o 23:30, su di un qualche programma scelto dall’operatore in turno di notte. Gli utenti possono ovviamente fare proposte, che sono spesso accolte, ma la scelta finale, così come il telecomando, rimane in mano agli operatori. La televisione è una risorsa preziosa, che in numerose occasioni durante la mia ricerca mobilità richieste scritte e firmate dagli utenti per programmi specifici di interesse comune;

ma, giorno dopo giorno, ho raramente trovato più di quattro o cinque persone contemporaneamente in sala TV dopo cena. La maggior parte si ritira in camera, dopo essere uscita per un'ultima sigaretta. Le giornate sono sufficientemente faticose anche senza rimanere svegli fino a mezzanotte.

Questo è l'andamento regolare della vita quotidiana all'interno della comunità. Molto rigido, molto preciso, stabilito con anticipo di settimana in settimana, in modo che ogni giorno siano già fissate le attività di gruppo da fare, eventuali lavori straordinari, turni. L'unica cosa che viene decisa giorno per giorno è l'assegnazione delle responsabilità e le attività lavorative 'ordinarie', e anche in questo caso con sufficiente anticipo da consentire a tutti di sapere cosa fare in ogni momento «impegnato» della giornata. Questo perché il primo e più immediato obiettivo di questa organizzazione è proprio quello di dare un «ordine» alle vite degli utenti. «Queste sono persone che hanno vissuto per anni, a volte per tutta la vita che ricordano, un'esistenza assolutamente sregolata, senza mai fermarsi a pensare quali conseguenze potesse avere». Jane, la direttrice della struttura, fu molto esplicita in questo caso. «Hanno bisogno di una *struttura*, e da soli non sono certo in grado di darsela, non all'inizio almeno. Per questo gliela diamo noi, con la speranza che imparino ad un certo punto a mantenerla da soli». *Struttura* significa esattamente «ordine», «regolarità». Per questo motivo la giornata è così precisamente organizzata: è una traccia, le fondamenta sulle quali costruire questa struttura. Per questo motivo, sono previsti dei provvedimenti disciplinari per chi non rispetta questa organizzazione.

Lo «strumento» principale è il caffè. Tutti bevono caffè – in un anno ho visto soltanto una persona non bere abitualmente caffè, Christiane, che decise di smettere quando decise di smettere anche di fumare – e tutti tengono al caffè a colazione, e al caffè alla fine del pranzo, gli unici due momenti in cui è distribuito. Il barattolo del caffè, come le sigarette, rimane sempre in ufficio, e allo stesso modo le scorte. Esce soltanto insieme ad un operatore, quando è il momento di preparare il caffè per la colazione o il pranzo. Non rimane nemmeno nella moka: una volta pronto, viene versato in un termos che torna in ufficio, finché non arriva il momento di servirlo. Tale è la cura nel mantenere il controllo di questa preziosa risorsa. Ed è la prima cosa che si perde in caso di mancato rispetto di questa «struttura». Arrivare in ritardo a colazione significa perdere il caffè non soltanto per la colazione stessa, ma anche per il pranzo. Arrivare in ritardo ad un gruppo, o non presentarsi, ha la stessa conseguenza. Non svolgere le proprie responsabilità o le attività lavorative, o non svolgerle correttamente, può comportare la perdita del caffè anche per più giorni.

Non è l'unico provvedimento disciplinare, la perdita del caffè, per quanto sia il più usato. Per esempio, in caso i piatti siano stati lavati male, le tre persone che erano di turno devono ripeterlo. Allo stesso modo per alcune responsabilità. Chi ha delle uscite programmate (che non siano dovute a visite mediche o necessità burocratico-amministrative) può vedersela cancellate; o può essere interdetto alla

partecipazione a gite fuori porta o alle escursioni balneari estive. Ma la vera spada di Damocle sulla testa degli utenti sono le sigarette. Come detto poco sopra, le sigarette sono distribuite la mattina, fino ad un massimo di 15 ciascuno. E, tranne l'eccezione di Christiane, *tutti* fumano. E tutti fumano *tutte* le sigarette che hanno a disposizione. Per questo perdere anche soltanto parzialmente le sigarette giornaliere è una cosa che spaventa invariabilmente tutti gli utenti. In parte, senza dubbio, è la dipendenza da nicotina. Ma è anche la condivisione delle pause sigaretta, della sigaretta prima di pranzo, di cena, prima di ritirarsi nella propria stanza, momenti, al di fuori dello sguardo giudicante degli operatori, in cui uscire dalla dimensione strettamente dell'esercizio, ed entrare invece in quella della relazione.

Non ho mai visto, in 12 mesi di presenza assidua, qualcuno perdere completamente accesso alle sigarette giornaliere. A volte il massimo veniva ridotto, di qualche unità, ma niente di più. Tuttavia, sono un'altra risorsa di prima necessità il cui controllo è totalmente in mano agli operatori, e che ha la potenzialità di essere usata in senso disciplinare. E questo, in molti casi, è già abbastanza. Gli operatori, perciò, hanno messo in piedi una rigorosa organizzazione della giornata, e hanno elaborato degli strumenti per far sì che essa sia rispettata. Il tutto con l'obiettivo di «obbligare» gli utenti a condurre una vita regolare, ad abituarsi – alcuni di nuovo, alcuni per la prima volta – a tenere un ritmo di vita piano, ordinato. Per allontanarli in primo luogo concretamente, «materialmente», da quella «vita sregolata» che conducevano durante il loro periodo di dipendenza attiva. Ma *struttura* significa anche avere una routine di azioni estremamente basilari. Lavarsi, tenere in ordine i propri spazi privati, mangiare tre volte al giorno, avere un ritmo circadiano regolare. Avere «cura di sé», una cura che significa in primo luogo «occuparsi di sé stessi». Per questo oltre all'organizzazione della giornata sono presenti altre prescrizioni, meno stringenti e che raramente comportano provvedimenti disciplinari, ma altrettanto centrali nel costruire le fondamenta dei percorsi di riabilitazione. Agli utenti è richiesto di essere sempre puliti e per quanto possibile ordinati; di essere sempre vestiti in maniera «adeguata»; sono fortemente scoraggiate acconciature e colorazioni di capelli considerate «stravaganti»; gli uomini devono avere la barba curata. Ma occuparsi di sé si estende oltre a questioni strettamente legate all'igiene personale e a una qualche forma di «decoro». Si estende a piccole regole che riguardano la gestione delle proprie risorse. Poiché caffè e sigarette sono strumenti «disciplinari», non devono essere condivisi o scambiati tra utenti; lo stesso vale per altri beni di consumo che sono distribuiti individualmente (ad esempio, prodotti per l'igiene personale). «Quello che vi forniamo è pesato perché vi possa durare. Per cui, se non vi basta è perché non vi sapete gestire. Per fortuna che siete qui per imparare anche questo, come gestirvi»: questa o simili risposte erano la reazione di Jane a richieste di prodotti di consumo personale al di fuori dei momenti di distribuzione prestabiliti. Sta, l'occuparsi di sé, anche nella cura degli oggetti e degli spazi comuni. Sta nell'avere un comportamento «corretto», con gli altri utenti e con gli operatori.

Prestare attenzione agli effetti che abbiamo sugli altri. In una parola, significa imparare ad agire con *moderazione* nella vita di tutti i giorni.

Un altro concetto fondamentale, quello di moderazione, perché è proprio ciò che per eccellenza manca al tossicodipendente, almeno nella sua rappresentazione più comune, che lo vede alla ricerca del massimo piacere con il minimo sforzo. Anche il DSM-5, in realtà, ci offre un'immagine molto simile del soggetto dipendente: un soggetto che ha danneggiato i sistemi di ricompensa del proprio cervello attraverso l'uso di sostanze che li attivano direttamente (e intensamente). Un soggetto che potrebbe essere anche predisposto, per la debolezza dei suoi meccanismi di inibizione<sup>33</sup>. Quello che una prospettiva moralizzante lascia aperto è tuttavia uno spazio di intervento, di trasformazione, di miglioramento. Di esercizio.

Michel Foucault, riflettendo sulle «tecnologie del sé» nella filosofia greco-romana, sostiene che

«Il precetto di “prendersi cura di se stessi” era, per i greci, uno dei principi basilari della vita nelle città, una delle regole fondamentali della condotta sociale e dell'arte del vivere. (...) Nei testi greci e romeni il precetto di conoscere se stessi è sempre associato a quello della cura di sé, ed era proprio questo bisogno di prendersi cura di sé che rendeva operativa la massima delfica. (...) Ci si doveva occupare di se stessi prima di fare entrare in azione il principio delfico»<sup>34</sup>.

Lo stesso Hadot mostra una sovrapposizione fra «conoscere» e «prendersi cura di sé stessi che pare coestensiva a quella fra «speculazione» e «azione» che caratterizza la filosofia come esercizio<sup>35</sup>. Con una forzatura non troppo dissimile a quella che compie Veena Das nel suo uso del concetto di «esercizi spirituali»<sup>36</sup>, potremmo quindi sostenere che queste prescrizioni, questa disciplina, questa *struttura*, questo «obbligo all'ordine» che la comunità impone sugli utenti non sono altro che la forma più basilare e immediata dell'«occuparsi di sé stessi»; e sono assolutamente funzionali a raggiungere quella consapevolezza della propria condizione di dipendente su cui si fonda la riabilitazione. Il «lavoro su di sé» comincia nella concretezza e nella banalità della vita quotidiana, dell'imparare a prendersi cura di sé nelle minuzie di tutti i giorni.

Nella sua etnografia di un centro di recupero per tossicodipendenti sieropositivi, Jarrett Zigon racconta di un incontro di introduzione e orientamento per pazienti e familiari dei pazienti, tenuto da uno degli psicologi che seguono il programma riabilitativo. E questo psicologo, nella sua illustrazione delle specifiche di

---

<sup>33</sup> APA 2013.

<sup>34</sup> Foucault 1992, 15.

<sup>35</sup> Hadot 1988.

<sup>36</sup> Das 2007, 2012.

tale programma, pose particolare attenzione su di un aspetto del lavoro di riabilitazione.

«He told everyone, “Nobody is going to do it for you. At detox, yes, they will load you up and you will rest. But that is not healing, that is erasing your problem, that’s what detox is. And you are still going to have to solve your problems. One way or the other you are not going to find an easy solution anywhere. (...) In order to break out of this circle of madness dictated by the drug addiction, you need to labor (...)”»<sup>37</sup>.

*Faticare*, «labor», è ciò che devono in primo luogo fare coloro che vogliono *guarire* dalla dipendenza. Non ci sono soluzioni facili. L’unico modo per riuscire davvero a trasformarsi è la *fatica*, e la fatica inizia con la vita quotidiana. Oppure, utilizzando lo stesso linguaggio che ho utilizzato finora, potremmo affermare che l’unico modo per riuscire a trasformare sé stessi è l’*esercizio*, la «fatica surreale» di Sloterdijk<sup>38</sup>.

Un passo indietro. Ci sono eccezioni all’organizzazione della quotidianità, in due giorni specifici della settimana. Il primo è il giovedì. La mattina, alle 9, il parroco della chiesa del paese visita la comunità per celebrare la messa, non soltanto per gli utenti ma anche per gli altri abitanti del paese stesso che desiderino parteciparvi. La villa che adesso ospita la comunità era infatti in precedenza un convento, e ha quindi una piccola cappella al suo interno. La partecipazione non è obbligatoria, e nei mesi che ho trascorso in comunità non ho mai visto più della metà degli utenti prendervi parte; tuttavia, l’esistenza di questa possibilità implica la necessità di spostare alle 10:30 l’attività di gruppo della mattina, mentre chi non è a messa svolge le attività lavorative che avrebbe altrimenti svolto più tardi.

Anche nel pomeriggio l’organizzazione del giovedì differisce da quella ordinaria. Dalle 14 alle 17, infatti, si tiene una riunione plenaria dell’intera équipe, durante la quale viene verificato il percorso di ciascun utente, e vengono prese eventuali decisioni di intervento su punti di criticità. Alla riunione, che si tiene sempre in una piccola mansarda al secondo piano della struttura, sono tenuti a partecipare tutti gli operatori; non rimane nessuno che possa coordinare eventuali attività di gruppo dalle 15 alle 17. Perciò, in queste due ore del giovedì sono sempre previsti i cosiddetti «G.I.». La sigla, avrei scoperto dopo qualche mese, sta per *general inspection*, e indica la pulizia totale e approfondita di un locale, che dovrebbe poi essere minuziosamente controllato dagli operatori per verificare che essa sia stata svolta con la cura necessaria. Una pratica sovrapponibile a quella dei «bagni a fondo» di cui mi aveva parlato Ernest, ma della quale, al momento della mia presenza in comunità, non era rimasto che la sigla, della quale in molti non sapevano nemmeno il

---

<sup>37</sup> Zigon 2011, 95

<sup>38</sup> Sloterdijk 2013.

significato o l'origine. Era sufficiente sapere che indicava la pulizia generale, in questo caso delle camere e dei bagni privati. Pulizia che, dopo la riunione, non sempre era controllata, e comunque mai con la cura e l'attenzione (e lo scopo punitivo) dei «bagni a fondo». Ho maturato la convinzione che la funzione dei «G.I.»<sup>39</sup> fosse eminentemente pragmatica e non «educativa» o «disciplinare». Si era presentata la necessità di «coprire» un lasso di tempo senza impegnare nessuno degli operatori, che dovevano essere sempre presenti alla riunione. E la pulizia degli spazi privati degli utenti era la soluzione più immediata e che creava minori inconvenienti. È presente, sul piano della rappresentazione, quella componente di «cura di sé» che sta alla base del resto dell'organizzazione della quotidianità, ma nella sua concreta realizzazione essa, come quella «disciplinare», passano in secondo piano. Il programma terapeutico deve pur sempre venire incontro alle banalità della gestione della comunità come struttura sanitaria e come spazio di convivenza.

L'altra eccezione all'organizzazione che ho illustrato sopra è, prevedibilmente, la domenica. È un giorno di riposo, quantomeno dalle attività lavorative e dalle attività di gruppo, con l'eccezione della cucina e dei turni di servizio, colazione-merenda e piatti. La mattina la sveglia è più tardi, alle 8, e la colazione alle 8:30. Per il resto, la giornata è libera, con merenda e pasti sempre agli stessi orari. Nel pomeriggio, a partire dalle 15, gli utenti possono richiedere in ufficio uno stereo con il quale ascoltare musica. Come la televisione, anche lo stereo è un bene molto prezioso. Non sempre è di interesse condiviso, ma la domenica pomeriggio (e un'ora la sera di sabato, dalle 18:30 alle 19:30) è l'unico momento in cui ascoltare musica. Unito al fatto che, a differenza della televisione, sono gli utenti stessi a decidere cosa ascoltare, e a dover usare i propri supporti per ascoltarla, c'è sempre il rischio di conflitti su gusti e disgusti. E non sempre è possibile trovare delle aree di contatto.

La domenica prevede un'unica attività obbligatoria. Entro l'ora di cena, essi devono decidere i turni di servizio, colazione e piatti dell'intera settimana successiva. I vincoli imposti sono pochi: tre persone a lavare i piatti a ogni pasto, ed evitare sovrapposizioni di ruoli nel corso della giornata. I posti da assegnare ogni giorno sono dunque nove: uno per colazione-merenda e quattro per gli altri due pasti, tre ai piatti e uno al servizio. In una struttura che ospita normalmente 13 o 14 persone, questo significa inevitabilmente ripetizioni, turni in giorni consecutivi, numero di turni a settimana variabile e sempre disuguale. Significa anche, dunque, che l'assegnazione dei turni è un momento frequentemente conflittuale, e nel corso della mia ricerca lo è diventato progressivamente di più. Nei mesi di novembre e dicembre 2017, i primi della mia presenza in comunità, ad assegnare i turni erano Chuck,

---

<sup>39</sup> Per quanto nella traduzione italiana la sigla dovrebbe dirsi al femminile (per «ispezione»), nell'uso quotidiano che qui riproduco era sempre utilizzata al maschile; un ulteriore segno della perdita del significato originario e dello spostamento semantico ad indicare una pratica senza dubbio simile, ma con presupposti e ricadute ben diverse.

Ernest e Agatha, senza che ci fosse partecipazione da parte degli altri utenti. Questi ultimi si lamentavano di percepite ingiustizie, ma la cosa non accadeva spesso. Ma con l'anno nuovo e gli ingressi che esso portò gli equilibri iniziarono a essere più precari, e questo momento divenne sempre più occasione di recriminazione e conflitto. Un conflitto nel quale gli operatori, e Jane in particolare, si mantennero vocalmente neutrali. «La questione riguarda i *vostr*i turni e la *vostra* organizzazione», fu la risposta di Jane ad una richiesta di intervento da parte di Ernest, «è una cosa che avete sempre fatto voi e che dovete essere in grado di fare da soli. Non possiamo stare sempre noi a togliervi le castagne dal fuoco».

La vita quotidiana in comunità è pensata anche per mettere gli utenti nella condizione di doversi assumere le proprie responsabilità in quanti più ambiti possibili. Gli operatori non cucinano, non lavano piatti e pentole, non puliscono le stanze comuni né quelle private, non fanno il bucato, non controllano la pressione della caldaia. Cercano, entro ragionevoli limiti, di non intervenire in niente di ciò che non riguardi direttamente il piano terapeutico. Di nuovo, la comunità è uno spazio «sicuro» all'interno della quale sbagliare e imparare; ma ciò implica la necessità di una partecipazione il più possibile attiva, il massimo coinvolgimento degli utenti. Implica lasciare spazi di autogestione, all'interno dei quali si possano – si *debbano* – incontrare ostacoli e conflittualità da risolvere. Perché l'ultimo punto di contatto con gli esercizi spirituali per come li rappresenta Hadot è proprio quello della *prefigurazione*: immaginando, e in questo caso in una certa misura *mettendo in scena*, situazioni che probabilmente ci troveremo a vivere in futuro, possiamo oggi prepararci, *esercitarci*, in modo da essere pronti in ogni momento, da avere sempre «i principi a portata di mano»<sup>40</sup>.

### **Qui è una sigaretta, fuori è cocaina**

22 marzo 2018, giovedì sera. Come accade due volte al mese, era giorno di «gruppo genitori». Il nome non è, in realtà, particolarmente accurato. «Familiari» sarebbe una dicitura più precisa, ma anche in questo caso non al 100%. Il gruppo è dedicato a tutti gli affetti degli utenti, alle persone con le quali hanno, fuori dalla comunità, le relazioni più strette. Spesso sono genitori, certo. Ma anche figli, mariti e mogli, compagni e compagne, fratelli e sorelle, parenti acquisiti. In alcuni casi, anche amici molto stretti. Tutti coloro che, una volta terminato il percorso riabilitativo in comunità, dovrebbero dare supporto diretto a ciascuno degli utenti. Essere una «rete di sicurezza», mi spiegò Jane. Il gruppo è interamente dedicato a loro: non solo gli utenti non vi partecipano, ma si tiene anche nel seminterrato, nella stanza in cui altrimenti dedicata al «laboratorio». E all'inizio di ogni gruppo, Jane, che lo conduce

---

<sup>40</sup> Hadot 1988.

in coppia con un altro operatore<sup>41</sup>, specifica sempre che «quello che ci diciamo qua dentro deve rimanere qua dentro. Se so che ne fate parola con quelli di sopra [gli utenti], non vi farò più partecipare».

È stato il gruppo che ho per più tempo evitato di frequentare. In parte, per una questione di delicatezza: nel mio progetto avevo specificato che avrei voluto partecipare a tutte le attività della struttura, ma non volevo impormi più del dovuto, in particolare in un contesto come quello del gruppo con i familiari, per i quali ero poco più che uno sconosciuto. In parte, perché avevo avuto notizie dei contenuti di questi gruppi, in particolare da Jane e da Virginia, e non ero particolarmente convinto di riuscire a sostenere il carico emotivo. Ma sapevo anche che sarebbe stata una componente fondamentale del mio lavoro, e quando Jane, verso la fine di gennaio, mi invitò a partecipare, accettai senza esitazione.

C'era un altro motivo per cui ritenni importante prendere parte a questi gruppi. Si tenevano il giovedì sera, due volte al mese, a partire dalle 18:30 e in genere almeno fino alle 20:30. Ma ai familiari era consentito entrare quindici minuti prima, alle 18:15; e, dopo il gruppo, chi lo desiderasse poteva rimanere a cena. Questi erano i pochi momenti, almeno nella regolare routine della comunità, in cui gli utenti potevano passare del tempo con le proprie famiglie, con i propri cari. Erano momenti di intimità, a volte di imbarazzo, spesso punteggiati di tensioni e di incomprensioni, ma sempre attesi con trepidazione. Erano i momenti in cui ricostruire quelle relazioni, quei fondamenti del vivere insieme che si erano infranti con la dipendenza attiva.

Jane era tesa. Sapeva che avrebbe dovuto affrontare situazioni spiacevoli e potenzialmente conflittuali, e non ne aveva gran voglia. Ma non per questo, ovviamente, avrebbe lasciato correre. Mi chiese se avessi intenzione di partecipare. Avevo pensato, per quella sera, di rimanere con gli utenti – mi incuriosiva vedere come vivessero l'attesa, la preparazione della cena, le aspettative – ma, alla fine, decisi di scendere.

Quella sera, prese parte anche la sorella di Agatha. Non partecipava spesso, al contrario: nei mesi precedenti l'avevo vista soltanto un paio di volte. Ma Agatha era ugualmente raggianti quando vedeva arrivare sua sorella. Non era soltanto l'ultima persona della sua famiglia con la quale aveva ancora rapporti, era anche l'unico tramite che aveva con il figlio, l'unico modo per avere notizie di lui. Sembrava venire soltanto per questo "obbligo" familiare che sentiva nei confronti della sorella. Arrivava tardi, andava via presto, parlava poco. Non sembrava avere grande desiderio di presenziare. Né aveva un buon rapporto con gli operatori, al punto di essersi sempre rifiutata anche di lasciare un recapito telefonico al quale rintracciarla in caso di necessità. In quell'occasione fu quasi costretta a venire a Lucerna. Nei giorni

---

<sup>41</sup> Nella quasi totalità dei casi, durante il periodo della mia ricerca, Jane chiedeva a Virginia di partecipare: quest'ultima, di formazione una psicoterapeuta sistemico-relazionale, era ritenuta in genere la più adatta a prendere parte ad attività che includevano i familiari degli utenti – non soltanto i gruppi, ma anche colloqui singoli.

precedenti, pur *in absentia*, era stata protagonista di un episodio che aveva causato a Agatha notevoli problemi, oltre ad un lungo provvedimento disciplinare.

Durante la settimana appena trascorsa, erano stati denunciati numerosi piccoli furti. Sigarette, prodotti da bagno, persino vestiti misteriosamente scomparsi. Perciò, una mattina, mentre Percy, l'infermiere nonché il più giovane membro dell'équipe, accompagnava gli utenti a fare una passeggiata in paese, il «gruppo cammino» sempre apprezzato perché significava non dover affrontare una «vera» attività di gruppo in cui parlare di sé, altre due operatrici perquisirono le camere. Avrei scoperto che era prassi, periodicamente perquisire gli effetti personali degli utenti, per controllare che non fosse entrato niente di illecito all'interno della struttura. Ma, in questo caso, l'obiettivo era specificamente quello di verificare le denunce. Un obiettivo che non fu raggiunto – gli abiti scomparsi non furono ritrovati – ma la perquisizione trovò ugualmente qualcosa che non ci doveva essere. In camera di Agatha, nel cassetto del suo comodino, c'era un pacchetto di sigarette intero, la plastica intatta.

Chiaramente, questo segnalava una irregolarità di qualche tipo. Le sigarette della giornata venivano consegnate sfuse, mai a pacchetti interi; non solo, quando i familiari portavano sigarette per gli utenti, esse venivano lasciate in ufficio, perché gli operatori potessero mantenerne il controllo. Quel pacchetto intatto poteva dunque significare soltanto due cose: o Agatha lo aveva rubato a qualcuno degli altri utenti, oppure se lo era fatto consegnare di nascosto da qualcuno, interno o esterno alla comunità che fosse.

Confrontata, Agatha andò nel panico. Affermò di non saperne niente, di non avere idea di come quelle sigarette fossero arrivate nel suo comodino. Chiaramente, non le aveva nemmeno toccate. Accusò Christiane, sua compagna di stanza, di averle nascoste, con l'obiettivo di metterla in difficoltà, di farla passare male con gli operatori. Fra le due non correva buon sangue: Agatha imputava a Christiane di essere falsa, di avere un comportamento molto preciso e impostato soltanto per impressionare gli operatori, un comportamento che non rappresentava la sua «vera natura» ben più perfida; a sua volta, Christiane accusava Agatha di cercare costantemente di mettere zizzania fra le persone, di usare il pettegolezzo per tentare di manipolare i suoi compagni di comunità (e anche, in una certa misura, gli operatori). Nonostante queste permanenti tensioni, esacerbate dal fatto che le due erano anche compagne di stanza, le accuse di Agatha non furono considerate credibili. Preliminarmente, si vide assegnato un provvedimento disciplinare: due settimane senza caffè, oltre ovviamente al sequestro del pacchetto incriminato.

Dovette passare ancora qualche giorno prima che gli operatori ottenessero da Agatha una confessione. Non c'era stato nessun furto di sigarette, né tantomeno tentativi di incastrarla. Aveva avuto quelle sigarette da sua sorella, in occasione del gruppo genitori di inizio marzo. Semplicemente, la sorella le aveva date a lei, invece che in ufficio, e lei se l'era tenute:

«Non so se ti rendi conto della gravità della situazione», le aveva detto Jane, a seguito della confessione. «Ma quale gravità? Sono sigarette, mica niente di che. Ho sbagliato, va bene, ma non è la fine del mondo». «Non sono 'solo sigarette'. Non è il problema delle sigarette in sé. Non mi importa quanto fumi. Il problema è il significato del tuo gesto», le aveva risposto Jane. E poi, pubblicamente, durante un gruppo, qualche giorno prima del 22, riprese l'argomento per spiegarlo, questo significato. «Agatha ha pensato bene di nascondere un pacchetto di sigarette che le aveva portato la sorella. Ma Agatha non si è chiesta il perché delle regole che abbiamo stabilito. Voi ve lo siete chiesti? Perché le 15 sigarette al giorno, perché si perde il caffè se si arriva tardi alla colazione o ai gruppi? Secondo voi perché, perché siamo così gratuitamente crudeli? Rispondete». Silenzio. «Voi lo sapete cosa stiamo cercando di fare qui? Stiamo cercando di far sì che quando uscite non andiate immediatamente a farvi. Stiamo cercando di equipaggiarvi per poter affrontare la vita senza le sostanze. E come lo possiamo fare? Quali strumenti abbiamo? Caffè e sigarette. Solo caffè e sigarette. Perché qui dentro non c'è altro. Ma fuori c'è altro. C'è tutto quello che volete. Quindi, se non riuscite a stare alle poche regole che vigono qui, come pensate di stare astinenti fuori? Qui dentro ci sono le sigarette e il caffè, ma fuori c'è la cocaina, l'alcol, e tutto il resto. Quello che Agatha non ha capito ancora, e che spero che voi possiate spiegarle perché io non ci riesco, è che *se qui dentro sono sigarette, fuori è cocaina*».

La sorella di Agatha era stata informata di questo provvedimento, e del fatto che questo «illecito» passaggio di sigarette aveva infastidito molto gli operatori, Jane in particolare. Perciò, quando arrivò per il gruppo genitori del 22 marzo, mi venne immediatamente incontro, e mi consegnò le sue sigarette. Non è necessario, le spiegai. Se mi lascia la borsa, con le sigarette dentro, la vado a portare in ufficio, dove la potrà riprendere quando dovrà andare via. Acconsentì, un po' titubante, e poi scendemmo. Non ero sicuro se i suoi dubbi riguardavano la necessità di lasciare i suoi effetti personali in custodia a qualcun altro, oppure gli inevitabili rimproveri di Jane che la attendevano una volta unitasi al resto dei familiari. Rimproveri che arrivarono, puntuali, come tutti si aspettavano:

«Ve lo abbiamo detto molte volte, che dovete portare le cose a noi in ufficio, e non a loro. Non è difficile da ricordare. Non sono molte le cose che vi chiediamo». Jane era visibilmente infastidita, ma cercò di non limitarsi ad una ramanzina. Al contrario, l'obiettivo era di trasformare l'episodio in una spiegazione e una lezione. «Lo dico a voi come l'ho detto a Agatha, come l'ho detto a tutti. Qui non abbiamo grandi strumenti. Ci troviamo a dover affrontare la forza attrattiva delle sostanze, e delle abitudini con le sostanze, e cosa possiamo fare? Disponiamo soltanto di due cose: caffè e sigarette. Due caffè al giorno, 15 sigarette al giorno. Non abbiamo altri strumenti. Stiamo combattendo una guerra nucleare con le pistole ad acqua». La

sorella di Agatha provò a difendersi, sostenendo che aveva dato il pacchetto di sigarette a Agatha convinta che quest'ultima avrebbe comunicato la cosa in ufficio. Non aveva intenzione di infrangere le regole della comunità. «Sono sicura che lei non avesse cattive intenzioni», rispose Jane, con scarsa convinzione, «ma se mi avesse chiesto quante possibilità c'erano che Agatha facesse una cosa del genere, le avrei risposto *zero*. Ma va bene così. Non ci aspettiamo che loro siano in grado di fare queste cose. Se Agatha fosse venuta, due settimane fa, a consegnarmi il pacchetto di sigarette che lei le aveva dato, avrei pensato che non ha più bisogno di noi, di stare qui. L'avrei fatta uscire consapevole che non avrebbe più fatto uso di sostanze. Ma non mi aspettavo che consegnasse quelle sigarette. Queste cose richiedono *padronanza di sé*, e non è una cosa che possiamo chiedere a Agatha. Né a nessun altro qui dentro, in questo momento. Possiamo provare a insegnarla, e lo facciamo con gli strumenti che abbiamo: il caffè e le sigarette, in primo luogo. Ma a voi possiamo chiederla, la *padronanza di sé*. Anzi, da voi la *pretendiamo*, se volete fare qualcosa per i vostri familiari. Sa, signora», rivolgendosi direttamente alla sorella di Agatha, «così non aiuta sua sorella. Non l'aiuta per niente. Le fa soltanto male. La fa andare indietro nel suo percorso».

«Qui sono sigarette, fuori è cocaina» è un'efficace rappresentazione della «funzione», in ultima analisi, della comunità. Della funzione *prefigurativa* della vita in comunità, e del motivo per cui ho ritenuto efficacemente rappresentativo il *frame* degli esercizi spirituali. La routine che ho sopra descritto è, idealmente, sempre la stessa, ripetuta giorno dopo giorno, settimana dopo settimana, mese dopo mese. È un'organizzazione del tempo che «riproduce quella della *vita normale*»<sup>42</sup>, una vita «normale» che la maggior parte degli utenti non ha mai veramente avuto. «Uno dei luoghi comuni», mi spiegò Jane, «è la sicurezza che loro hanno di voler svoltare, di non voler più usare. Dopo un mese qui sono già tutti sicuri che non si faranno più, che non berranno più, e chi più ne ha più ne metta. Ma non hanno idea di cosa sia una vita normale. Guarda quante persone dicono di voler trovare un lavoro, che senza un lavoro non si vive. È vero, ma secondo te hanno veramente idea di cosa significhi lavorare tutti i giorni? Io non ne sono convinta». L'ordine, la regolarità, la *struttura* che la comunità cerca di dare agli utenti è uno spiraglio di «vita normale», con tutti i vincoli e i doveri che essa comporta. È, nella maniera più letterale, un percorso che deve «insegnare a vivere» quella vita che in quanto tossicodipendenti hanno sempre rifiutato. Ma prima di poterla imparare, gli utenti devono *esperirla*: perciò, dentro il perimetro della comunità, attraverso la routine, il lavoro, le responsabilità (tanto nel senso che questa parola assume nella suddivisione della giornata, quanto nel suo senso comune), sono in qualche modo una *performance di vita ordinaria*, una performance progettata per essere faticosa e consapevole. «E siamo anche generosi. A volte penso che li stiamo

---

<sup>42</sup> Zigon 2011, 200; corsivo aggiunto.

viziando, invece che aiutarli a recuperare». Perché, a differenza del «mondo esterno», la comunità perdona sempre:

«[Stephen] è molto fortemente convinto della sua capacità e della sua forza d'animo. E una cosa della quale è convinto al 100% è che non ricomincerà più a bere. Un po' gli pesa, sicuro. Un po' ha paura dell'alcol, altrettanto sicuro, del fatto che lo può trovare facilmente ovunque, che bere è un'attività sociale. Ma non intende mollare. Ha fatto una promessa alla madre sul letto di morte, e non intende infrangerla. "E ce la faccio, perché ho due palle così". Quindi, ogni discorso che voglia portare al centro la sostanziale problematicità della vita da sobrio non gli va giù per nulla. Per lui, è tutta una questione di volontà, e la volontà non gli manca. Jane ha cercato di metterlo un attimo in dubbio, di fargli notare che tante persone fanno le stesse promesse, si sentono altrettanto forti, si sentono altrettanto pronti e stanchi di stare in comunità, e quelle stesse persone poi ci ricadono con grande facilità, perché non hanno più paura della sostanza. "E la paura è la prima ad andarsene". Ernest lo ha apostrofato in maniera ben più perentoria: "Tu non lo sai com'è fuori, com'è lavorare. Non ti conosci. Sei un bambino di 14 mesi [il periodo di astinenza di Stephen] in un mondo che non ti aiuterà". Stephen lo ha guardato con espressione interrogativa, ma non ha ribattuto. Un po', forse, le sue convinzioni sono state scosse. Jane ha concluso con un'altra delle sue frasi ricorrenti. "Voletevi bene, non fatevi del male. L'unica certezza che io ho è che di qui uscirete tutti. Il problema è come"»<sup>43</sup>.

La storia di Stephen è un'efficace rappresentazione dell'immagine archetipica del tossicodipendente che «non conosce la vita» che circola all'interno della comunità (e non solo). Dei suoi trentasei anni, oltre venti sono passati nell'abuso di eroina e soprattutto di alcol – ha iniziato a bere a tredici. E ha potuto farlo perché la madre, fino alla fine, lo ha supportato in tutte le sue richieste. Prima di entrare in comunità, non aveva lavorato che qualche mese, lavoro stagionale estivo. «Per il resto, ogni tanto uscivo, andavo sempre allo stadio, ma passavo anche molto tempo di fronte alla televisione con una, due, tre birre in mano». Soltanto dopo la morte della madre le sue prospettive erano cambiate, in parte perché era venuta meno la base materiale del suo precedente stile di vita, ma sicuramente anche perché la forza morale della promessa fattale<sup>44</sup> lo aveva spinto a cercare aiuto. Non soltanto ai servizi sanitari e alla comunità, ma anche al ramo paterno della famiglia, con il quale da anni non aveva più rapporti. Uno slancio trasformativo senza dubbio fondamentale dal punto di vista della riabilitazione: Stephen aveva deciso, in prima persona, di introdurre una

---

<sup>43</sup> Diario di campo, 24/01/2018.

<sup>44</sup> Possiamo pensare alla «promessa» è un atto performativo che sottolinea l'impegno verso l'altro, un impegno che crea un legame *morale* fra due soggetti, ma è anche un «modo di vivere» una relazione, di rispondere alla «domanda etica» che l'altro ci pone, e sforzarsi di sostenere questo modo di vivere a fronte delle «logorazioni del tempo». Cfr. Garcia 2014, Ricoeur 1993.

discontinuità netta non solo con il suo stile di vita, ma con il suo *comportamento*, per utilizzare il lessico della comunità. Ma uno slancio dettato, secondo gli operatori, da un certo grado di ingenuità, di inconsapevolezza di «come funziona il mondo». Se per Stephen l'astinenza – e poi, auspicabilmente, la sobrietà – rappresentava una nuova vita, era una vita della quale non sapeva ancora niente. Dalla pianificazione a lungo termine sino alla sopravvivenza quotidiana, era entrato in un universo dalle regole, dai requisiti e dalle poste in gioco radicalmente diverse. Per chi, come lui, non aveva mai condotto una «vita normale», la comunità rappresentava un vero e proprio campo di addestramento. La rigida scansione del tempo, gli obblighi lavorativi, anche le regole sul «decoro» fanno parte della «messa in scena» della quotidianità. In parte insegnamento pragmatico, in parte vera e propria *paidèia*, in comunità Stephen avrebbe dovuto esercitarsi a «stare fuori», a essere indipendente senza essere sconsiderato, a essere affidabile e capace di guadagnarsi da vivere. Avrebbe dovuto imparare come recuperare i ventitré anni che aveva perso sul fondo della bottiglia.

Non soltanto questo: egli stesso si era imbarcato in un processo di trasformazione che lo avrebbe reso altro rispetto al suo periodo di dipendenza attiva. Non solo il mondo gli era sconosciuto, ma era anche sconosciuto a sé stesso. E di nuovo particolarmente rilevante è l'intreccio fra la cura di sé e la conoscenza di sé che sta alla base degli esercizi spirituali degli antichi. La comunità è uno spazio caratterizzato dalla ripetitività del lavoro, ma anche dalla ripetitività della riflessione. Il primo insegna a essere responsabili verso gli altri; il secondo ad essere responsabili verso sé stessi. Le frequenti attività di gruppo, i colloqui, la scrittura del diario giornaliero, sono tutti momenti in cui il soggetto si trova messo di fronte a uno specchio, spinto a guardarsi, a mettersi in discussione. Durante una conversazione, Stephen mi mostrò una sua vecchia foto. «Se ci penso io non mi riconosco. A parte il fatto che sono dimagrito, è proprio lo sguardo. Vedi? Avevo sempre lo sguardo di uno che non vede l'ora di spaccarti la faccia. Non so se mi hanno fatto il lavaggio del cervello, ma non mi sento più così. Me lo vedo proprio nel modo di ragionare che è cambiato il mio cervello. Ho cominciato ad andare in palestra, ho ricominciato a leggere, ho persino cominciato a rispettare un po' le regole – non ho mai rispettato le regole, me ne sono sempre fregato, ma ora sto facendo questo sforzo, perché lo voglio fare». Ma non è soltanto una trasformazione del suo atteggiamento. Riuscire a mantenersi sobrio, per Stephen, ha significato soprattutto acquistare un nuovo sguardo sul mondo, e in questo modo anche su sé stesso. «Ricomincio a stare bene con la gente quando esco. Prima non riuscivo a stare in mezzo alla gente se non ero bevuto, mi davano fastidio, mi sentivo osservato, fuori posto. Mi sentivo solo anche in mezzo a mille persone. Forse è per quello che bevevo e mi facevo. O forse mi sentivo così perché bevevo e mi facevo. È un cane che si morde la coda. Ora è diverso. La cerco proprio la gente, quando esco, mi metto a parlare, attacco bottone con tutti. Sarà la novità di uscire da lucido, che ne so. Magari mi stufo, ma per ora sto bene. Vedo il mondo con occhi diversi. Tante cose mi spaventa farle da lucido, ma

sono più belle». In che senso sono più belle, gli chiesi. «Eh, buona domanda. Non so se riesco a spiegartelo. Forse è che mi emozionano di più queste cose. Prima facevo la mia vita, non me ne accorgevo nemmeno di quello che mi circondava. Ora me ne accorgo, e faccio anche lo sforzo di accorgermene».

È una rappresentazione frequente, quella della dipendenza come una «disease of frozen feelings»<sup>45</sup> e della riabilitazione come di un ritrovato contatto con la propria dimensione emozionale. Una rappresentazione fondamentale anche per la comunità di Lucerna, che dedica alla vita emotiva un intero gruppo tematico. Nelle narrazioni degli utenti, essa si presenta spesso in questa forma del «ricominciare a sentire», della (ri)scoperta di uno spettro di emozioni che erano state soffocate dall'abuso di sostanze, e che fanno paura oltre che piacere. Un'esplosione emotiva incontrollabile, che rivela facce della propria soggettività in precedenza sconosciute. E anche per questo, l'esercizio in comunità è determinante. Per chi, come Stephen, si sente «preso bene» da questa sua rinnovata capacità di «sentire»; ma anche per chi, come Agatha, si sente invece schiacciata, non in grado di guardarsi allo specchio. Per Agatha «conoscere sé stessa» è un peso, essere costretta a fronteggiare ciò che ha sempre cercato, anche attraverso le sostanze, di dimenticare. Ma dimenticare è impossibile, in comunità: a partire dalla filosofia affissa nella sala TV, tutto è progettato al contrario per *ricordare*, per *rievocare*, per spingere a riflettere. Finché ciascuno non sia in grado di essere padrone di sé. La strada è lunga, complessa e difficile. Perciò, l'ultima funzione della comunità è quella di fornire uno spazio entro il quale *sbagliare*. In questa prospettiva, l'episodio delle sigarette nascoste di Agatha, e le sue ricadute, sono ancora più significativi. Entro una certa misura, l'incapacità di seguire le regole, di stare al passo con la vita quotidiana imposta dalla struttura, è preventivata. L'apprendimento prevede che il discente non conosca già ciò che sta imparando, d'altra parte. Ma in comunità il margine dell'errore, e delle conseguenze dell'errore, è molto più ristretto. Le regole servono anche a limitare il sentiero che ciascuno degli utenti può percorrere. Provvedimenti disciplinari, privazioni di caffè o di uscite, turni di pulizia extra, sono tutte conseguenze relativamente miti per persone che sono state in carcere, hanno perso la propria casa, o persino rischiato di morire nelle loro vite precedenti. Ciò che tuttavia deve essere esplicitato è quel «nesso tra sigarette e cocaina» di cui Jane ha ripetutamente parlato, a Agatha e a tutto il gruppo degli utenti. Ovvero, il valore prefigurativo della vita in comunità. Riprendendo le parole della direttrice che ho citato sopra, «qui dentro non c'è altro. Ma fuori c'è altro. C'è tutto quello che volete». Le tentazioni sono superiori, i rischi altrettanto. Per questo il processo di conoscenza di sé richiede un riconoscimento dei propri errori, dei propri punti deboli, dei propri cedimenti, prima che essi provochino ricadute significative.

Anche le ricadute, tuttavia, sono una possibilità che gli operatori tengono sempre in conto. Alla fine di gennaio 2018, durante il primo gruppo familiari che

---

<sup>45</sup> Zigon 2010

frequentai, ci fu un confronto in questo senso molto rappresentativo. Piergiorgio era l'unico fra gli utenti a non stare in comunità con un programma residenziale: aveva ottenuto dagli operatori – e dai suoi servizi sanitari di riferimento – di seguire un programma diurno. Il che significava che ogni mattina arrivava in tempo per il primo gruppo, e ogni pomeriggio se ne andava alla fine delle attività lavorative. Nell'ultima settimana di gennaio, si assentò per qualche giorno. Il padre, che lo accompagnava e lo veniva a prendere a Lucerna tutti i giorni, aveva chiamato un lunedì per dire che si era ammalato, ragion per cui nessuno degli operatori sospettava niente di preoccupante. Giovedì della stessa settimana, il giorno designato per il gruppo dei familiari, mi ritrovai in ufficio a parlare con la consulente psichiatra, Octavia. Era lei che controllava e in caso di necessità modificava, durante le sue visite settimanali, le terapie psicofarmacologiche degli utenti; ma raramente si limitava a quello. Ero rimasto sorpreso dalla sua capacità di instaurare con loro un rapporto di fiducia, se non propriamente di alleanza terapeutica, e spesso i colloqui che teneva erano votati solo in minima parte alla revisione delle terapie. La sua capacità di comunicazione e di ascolto l'avevano resa un obiettivo ambito per tutti gli utenti, che facevano la fila per avere la possibilità di parlarle di qualsiasi difficoltà, dubbio, indecisione.

Quel giorno, il favore che godeva presso gli utenti le aveva fatto ottenere un'informazione inaspettata. Arrivò a metà pomeriggio, intorno alle 16. Gli operatori erano ancora in riunione, gli utenti ancora a pulire e ordinare le loro stanze. Fra le 14 e le 16 del giovedì mi trovavo spesso solo, in ufficio o in sala TV, e quel giorno non aveva fatto eccezione. Perciò, accolsi con piacere la possibilità di fare due chiacchiere con Octavia, prima che iniziasse chiamare persone a colloquio. «Avete saputo di Piergiorgio?», mi chiese immediatamente, con espressione fra il preoccupato e l'incredulo. Non so gli operatori, ma io non ho saputo niente, risposi. Che è successo, chiesi a mia volta. «Mi hanno telefonato i suoi stamani e mi hanno detto che lo hanno scoperto a sniffarsi il Neurontin<sup>46</sup>. E pare che non sia nemmeno la prima volta in questi giorni». Scoprii un'ora dopo che anche la comunità aveva ricevuto una chiamata, quella stessa mattina, ma che non avevano avuto molti più dettagli – per quello ci sarebbe stato tempo al gruppo della sera.

All'apertura dei cancelli, alle 18:15, Piergiorgio e i suoi genitori erano in prima fila. Il primo aveva un'espressione sommessata, sguardo basso, e rimaneva silenzioso quando si trovava vicino ai secondi, che invece sembravano furiosi. Ma iniziarono a parlare soltanto quando fummo tutti seduti in laboratorio, i familiari, Jane, Virginia e io. Il padre riusciva a malapena a trattenersi. Raccontò di aver trovato tracce di pasticche sbriciolate nel bagno, e di essere piombato in camera di Piergiorgio, che ancora diceva di stare male, per costringerlo a confessare. «Pensavamo che fosse droga, pensavamo che fosse ricaduto, e invece è soltanto un idiota». Dopo che Piergiorgio ebbe confessato, «io non ci ho più visto e gliele ho

---

<sup>46</sup> Un farmaco antiepilettico che faceva parte della terapia quotidiana di Piergiorgio.

suonate. Ora mi dispiace, ma se le merita. E se devo rifarlo lo rifarò». Ma dopo dodici ore, più che la rabbia era rimasta la delusione. «Sette mesi. È sette mesi che viene in comunità. Pensavo che stesse meglio. Sembrava che stesse meglio. E invece niente. Sette mesi buttati via». Era seduto con le braccia incrociate, quasi a rifiutare di accogliere qualsiasi altra prospettiva sugli eventi che aveva riferito.

Perché di altre prospettive ce n'erano. In particolare, di Jane e Virginia. Le quali non sembravano particolarmente stupite dall'accaduto, se non della scelta di «mimare» il consumo tramite inalazione di cocaina ma con degli psicofarmaci. «Guardi», iniziò Virginia, verso il padre di Piergiorgio, «questa cosa non è del tutto negativa. Era da un po' che avevamo l'impressione che suo figlio stesse covando qualcosa, che ci fosse qualcosa di cui non ci voleva parlare. Era talmente evidente che anche alcuni utenti sono venuti a dirci che si comportava in maniera 'strana'. E alla fine dei problemi c'erano, evidentemente». «Ci aspettavamo una ricaduta», intervenne Jane, «ma una ben più grave. Quindi, dal nostro punto di vista, questa è una cosa assolutamente positiva. Piergiorgio non avrà conseguenze, ma ha avuto un assaggio dei suoi limiti, delle dimensioni reali del suo problema con la cocaina. Non potevate chiedere di meglio. Questo errore è un passo importante sulla strada del recupero. Ricordatevi che vostro figlio, senza sostanze, ci deve stare tutta la vita». I genitori di Piergiorgio non sembravano molto convinti. Continuarono a insistere sul fatto che Piergiorgio non aveva capito ancora niente, che non aveva *imparato* niente, che avrebbe dovuto parlare con loro delle difficoltà che stava passando. «Forse la domanda migliore che vi potete porre è proprio questa. Perché non ne ha parlato con voi?»

A questa domanda, i genitori di Piergiorgio non seppero rispondere. Probabilmente, non se l'aspettavano. Spesso, i familiari immaginano il percorso in comunità come una forma di ricovero, ma non potrebbe essere più distante. Perché in comunità è legittimo e anzi necessario sbagliare, inciampare, cadere e rialzarsi, più e più volte. È legittimo e necessario perché la comunità si costruisce come uno spazio "sicuro" all'interno del quale sia possibile imparare nuovamente a vivere la propria quotidianità in maniera «sana», allontanandosi progressivamente dalle abitudini acquisite durante il proprio periodo di dipendenza attiva. La filosofia dell'esercizio ammette la possibilità dell'errore, finché esso rappresenta un ulteriore passo verso la padronanza di sé, verso la sobrietà.

## **Rendersi incapaci**

«Il percorso in comunità è un percorso di cura, o meglio di *crescita personale*», disse Dacia, la vicedirettrice della struttura di Lucerna. Una mattina di ottobre, aveva deciso di dedicare il suo gruppo «consapevolezza» a guarigione e autostima. Insisteva molto su quest'ultimo punto in particolare. Se Jane predicava la necessità di tenere

sempre a mente gli errori che ciascuno aveva commesso nel corso della sua vita da dipendente, Dacia al contrario riteneva fondamentale «un certo grado di indulgenza con noi stessi». «Non vuol dire fare finta che non sia successo niente, ovviamente. E spesso è quello che voi fate, cercare di rimuovere il ricordo della vostra vita prima di entrare qui. È un'altra cosa. Significa cercare di non giudicarsi costantemente, di non flagellarsi per cose che non possiamo più cambiare. Riconoscere che abbiamo commesso degli errori ed essere in grado di perdonarci, per poter diventare persone migliori».

Poi prese un libretto, e iniziò a leggere un brano. Parlava della pratica giapponese del *kintsugi* o *kintsukuroi*, letteralmente «riparazione con l'oro»: l'arte di riparare oggetti in ceramica usando oro o argento fuso per saldare i pezzi. Il risultato non è soltanto un oggetto ristorato, ma un oggetto di valore maggiore, per l'aggiunta di materiale pregiato e per il casuale e irripetibile intreccio di linee che i frammenti di ceramica creano. Questa pratica ha anche un ulteriore significato simbolico: proprio perché ristora un oggetto di uso comune a un pregio e un valore artistico superiore, indica anche la capacità di superare difficoltà e ferite e farne occasione di miglioramento personale. «Il *kintsugi* è l'arte di esaltare le ferite. Può essere considerata una forma di arte-terapia, che vi invita a trascendere le prove affrontate trasformando in oro il piombo della vostra vita», lesse Dacia. E questo è molto simile a quello che vuole fare la comunità. Non solo riparare i frammenti di una vita infranta dalla dipendenza, ma realmente «rinascere» a vita nuova, senza nascondere le proprie ferite ma anzi rivendicandole, come segno di resistenza e capacità di rinnovamento. Non può significare soltanto tornare indietro, perché «indietro» ci sono le radici della dipendenza. Ci sono l'inconsapevolezza e l'irresponsabilità, c'è l'incapacità di costruire e mantenere relazioni, di conoscere e di prendersi cura di sé stessi. Ma non può nemmeno significare cancellare completamente ciò che è successo, seppellire la dipendenza e dimenticare che abbia avuto luogo, perché lascia vulnerabili ad una ricaduta, a nuovi errori che l'esperienza della dipendenza e della riabilitazione avrebbero consentito di evitare.

«Il mio cambiamento lo sento come una guerra tra la mia parte buona e la mia parte cattiva. Per cercare di trovare un minimo di equilibrio», mi disse Christiane. *Equilibrio* è qui la parola fondamentale. il processo di riabilitazione, di guarigione, è un processo di sintesi, che tiene insieme tutti gli aspetti della propria soggettività, ma si sforza anche di trasformarli, di «ricomporli» in una maniera diversa e migliore. Come la ceramica infranta non può recuperare il suo precedente aspetto senza nascondere le fratture e le imperfezioni, che prima o poi inevitabilmente si ripresentano, così per il tossicodipendente non esiste una 'cura' che riporti ad un grado zero di «salute». La patologia non è soltanto nel corpo, ma anche, soprattutto, nel *carattere*. Esiste, tuttavia, alla fine di un lungo e arduo percorso la possibilità di

*guarigione*<sup>47</sup>, di una riparazione che sia *morale* e non fisica o psichica. Che insegni un nuovo modo di vivere, un modo moralmente e fisicamente *sano*<sup>48</sup>.

Durante il medesimo gruppo, Dacia parlò anche del rischio di ricadere, o meglio ancora della *scelta* di ricadere. «La guarigione dalla dipendenza non può avvenire dimenticando o evitando queste sensazioni di soglia, non quando siete qui. È possibile soltanto se sappiamo modularle, controllarle, e se riusciamo a imparare a evitarle nella nostra vita quotidiana». La paura è una potente alleata, ma non dura molto. E può portare verso una sensazione di falsa sicurezza. *Scegliere* di aggirare le difficoltà della riabilitazione, di non fronteggiare i propri limiti, porta inevitabilmente sulla via della ricaduta. *Scegliere* di non pensare al desiderio di sostanze, di rifiutare la trasformazione attraverso l'esercizio, significa lasciarsi impreparati di fronte agli ostacoli che già hanno portato all'uso e all'abuso di sostanze, alla spirale discendente e, alla fine, alla comunità. Anche, soprattutto, questa è responsabilità. Se per la dipendenza non si può parlare di cura ma soltanto di guarigione, se l'intervento che si può fare sul piano neurobiologico non è che un palliativo che non estirpa la radice della patologia, allora questo percorso di guarigione può essere accompagnato, ma deve essere coerentemente scelto da chi lo intraprende. Come nel dialogo socratico, il soggetto deve «volere realmente» incamminarsi verso il bene, verso una trasformazione e un innalzamento della sua soggettività morale. Ma verso cosa tendere? Qual è l'obiettivo ultimo di questa trasformazione, la destinazione del percorso riabilitativo?

Il filosofo Bernard Williams, nel riflettere sull'intreccio fra azione, volontà e libertà nella vita etica, conia il concetto di *incapacità morale*:

«I am not concerned with an incapacity to engage or be engaged in moral life, but, on the contrary, with incapacities that are themselves an expression of the moral life: the kind of incapacity that is in question when we say someone, usually in commendation of him, that he could not act or was not capable of acting in certain ways»<sup>49</sup>.

Williams distingue tre diversi tipi di «incapacità». La prima è un'incapacità fisica: ad esempio, sono incapace di sollevare un peso di 200 kg. La seconda è un'incapacità che potremmo definire «psicologica»: ci sono alcune cose che non sono in grado di fare *consapevolmente*, ma che potrei fare senza rendermene conto.

---

<sup>47</sup> Faccio qui riferimento alla distinzione fra «cura» e «guarigione» proposta da Allan Young (2006), che vede la prima come l'intervento sulla malattia come entità organica, e la seconda come un processo che più olisticamente «ripara» la soggettività del malato.

<sup>48</sup> Utilizzo qui il concetto di «morale» nell'accezione di Jarrett Zigon (2008), per il quale a livello individuale la morale non è altro che una serie di disposizioni incorporate, una modalità di «esserci-nel-mondo quotidianamente», utilizzando un linguaggio heideggeriano. È una morale non fatta di giudizi o di regole, ma di pratiche e relazioni.

<sup>49</sup> Williams 1995a, 46.

Soffrendo di vertigini, non potrei mai attraversare un ponte sospeso; ma se fossi bendato, e quindi non mi rendessi conto dell'altezza, potrei riuscire ad attraversarlo. L'incapacità *morale*, il terzo tipo di incapacità, non deriva da una costrizione esterna con la quale mi devo confrontare (peso eccessivo, vertigine), ma da una costrizione «interna», da una *deliberazione* che mi impedisce anche soltanto di tentare di compiere una specifica azione. Se tentassi di compierla potrei avere successo, ma qualcosa mi impedisce anche soltanto di fare un tentativo. E questo qualcosa «è espressione di, o fondato da, il carattere e le disposizioni personali dell'agente»<sup>50</sup>.

Per passare dall'astinenza alla sobrietà, per riuscire veramente a liberarsi dello sforzo quotidiano di stare tutta la vita senza sostanze, allora è forse necessario raggiungere questa «incapacità morale». È necessario coltivare delle disposizioni che rendano impossibile e impensabile una ricaduta, passare, nelle parole di Williams, dall'*esse* al *posse*, o meglio dal *non esse* al *non posse*<sup>51</sup>.

L'unica reale possibilità di «guarigione» è il raggiungimento di questa incapacità morale, che potremmo definire anche *sobrietà*. Ed è anche l'unica possibilità di «recuperare» la propria libertà. Utilizzando sempre le categorie di Williams, potremmo collocare la tossicodipendenza fra il primo e il secondo tipo di incapacità, fra il fisico e lo psicologico. Senza un aiuto «esterno» (ovvero, farmacologico), è difficile – forse impossibile – per un tossicodipendente stare senza sostanze; ma questa è solo la dimensione neurobiologica della dipendenza, quella che Williams chiamerebbe «fisica». La dimensione psicologica, per come è definita all'interno della comunità, va oltre i circuiti di ricompensa del cervello, oltre lo spazio entro il quale la biomedicina può intervenire. Ci sono delle determinanti profondamente iscritte nell'abitudine, nella soggettività morale dei dipendenti, che li rendono «incapaci» di stare senza sostanze. Dei *non posse* che derivano da dei *non esse* eminentemente morali.

La differenza fondamentale con il terzo tipo di incapacità, con l'incapacità morale, è efficacemente espressa nel passaggio sopra citato. Essa non è una limitazione estrinseca, non riguarda l'incapacità di vivere una «vita etica»; al contrario, fa parte del modo in cui conduciamo la nostra vita etica. Se i primi due tipi di incapacità sono dei limiti alla nostra libertà, il terzo è, al contrario, un *esercizio* di tale libertà<sup>52</sup>. Coltivare quelle disposizioni morali che rendono *incapaci* di ricadere, di tornare indietro alla vita da tossicodipendente, che consentono di *deliberare* e di rifiutare, visceralmente, di prendere nuovamente il percorso che porta all'uso di sostanze, non è altro che lo stesso processo che restituisce a ciascuno la propria libertà.

Sono sicuramente presenti delle significative contraddizioni in questo progetto. La prima che potremmo individuare è logica: l'intersezione fra la «libera»

---

<sup>50</sup> *ivi*, 47

<sup>51</sup> *Ibidem*

<sup>52</sup> Cfr. Laidlaw 2014, 154

scelta delle sostanze – e della ricaduta – la limitazione della libertà causata dalla dipendenza, e la «libera» e «responsabile» scelta del recupero e della riabilitazione, rimane sempre molto ambigua. Il problema di individuare un confine fra il riconoscimento della volontarietà della scelta della sostanza, necessaria per l'attribuzione di responsabilità e colpa, l'eterodirezione nel momento della dipendenza attiva, e l'altrettanto necessaria volontarietà della scelta della riabilitazione, non è mai realmente risolto. Possiamo forse fare a meno di una risoluzione, in ogni caso. Lo stesso Williams sostiene che «il mio riconoscimento di responsabilità può coesistere con, anche essere fondato da, una consapevolezza che non sono nella posizione di scegliere fra percorsi che continuerò a percepire come egualmente aperti [alla mia scelta]»<sup>53</sup>. La responsabilità, e in alcuni casi anche la colpa o il biasimo che ne derivano, non sono per Williams necessariamente legati ad una certezza di «poteva agire diversamente»; allo stesso modo per cui la capacità di scegliere e le determinanti «psicofisiche» che limitano lo spazio di possibilità entro il quale compiere le proprie scelte non si annullano a vicenda:

«If we are considering merely our freedom as agents, and not the more important question of our political or social freedom, we have quite enough of it to lead a significant ethical life in truthful understanding of what that life involves. A truthful life is (...) one that can include our best understanding of our psychological life, and we know that such an understanding is compatible with naturalistic explanation»<sup>54</sup>.

Senza dubbio, possiamo affermare che la libertà di cui si interessa la comunità, la libertà che può essere riguadagnata ed esercitata attraverso la riabilitazione, è la libertà degli utenti «in quanto agenti», e che quindi può occupare lo stesso spazio delle determinanti «psicofisiche» che al contrario la limitano. Il rapporto tra le due non è a somma zero, ma semmai un costante spostarsi di equilibri, in cui ciò di cui la libertà «è capace» si espande e si contrae.

### **Riflessioni ultime**

Il problema dell'acquisizione di una libertà «perduta» sta al centro dell'azione terapeutica della comunità – una libertà che è stata sacrificata sull'altare dell'abuso di sostanze e che dev'essere riconquistata attraverso un percorso di fatica quotidiana, di *esercizio*. La dipendenza, per come è rappresentata all'interno dei discorsi della comunità di Lucerna, crea una situazione di sostanziale *impasse*: l'uso di sostanze,

---

<sup>53</sup> Williams 1995b, 19. A sostenere una simile tipologia di «libertà storica», ovvero di libertà non come assenza assoluta di costrizioni ma come capacità di un soggetto di agire e di riflettere entro specifiche determinanti storiche, è anche James Laidlaw (2002, 2014).

<sup>54</sup> Ivi, 19-20.

«liberamente scelto», porta a una condizione di incapacità di esercitare la propria libertà, diventa la determinante primaria di ogni evento e ogni scelta della vita del dipendente. Ma, allo stesso tempo, l'avvento della dipendenza segnala anche una mancanza *essenziale* nella soggettività del dipendente, che viene alla luce con l'uso di droghe ma già esisteva, quella tendenza a «nascondersi da noi stessi», come recita la filosofia di Lucerna, che impedisce di affrontare in maniera diretta le difficoltà della propria vita quotidiana.

In questo senso, il lavoro di tutti i giorni all'interno della comunità svolge un duplice compito. Da un lato, nell'immediato, costringe a prendersi cura di sé e del proprio ambiente, delle proprie relazioni immediate – *costringe* in senso proprio, perché senza il lavoro degli utenti la comunità di Lucerna non può adempiere alla maggior parte delle sue funzioni fondamentali. Dall'altro lato, questo costante impegno quotidiano dovrebbe «responsabilizzare» gli utenti, compensare quella incapacità essenziale, profonda che hanno di «affrontare la vita», «insegnare loro a vivere». Ed è qui che la dimensione preparatoria, *prefigurativa* della quotidianità di Lucerna, delle sue regole e delle sue imposizioni, mostra tutta la sua centralità. Qui risulta evidente il principio che guida la strutturazione delle giornate, l'organizzazione e la divisione del lavoro, l'elaborazione di regole e proibizioni.

Per questo ritengo il concetto di *esercizio spirituale* particolarmente utile per comprendere il modo in cui sono strutturati e *pensati* questi percorsi riabilitativi. Hadot ci mostra come, nella filosofia antica, l'esercizio spirituale sia lo sforzo costante, quotidiano, di «imparare a vivere», di elevarsi ed essere migliori; Das ci ricorda che questi esercizi spirituali sono anche il modo in cui cerchiamo di prenderci cura di noi stessi, delle nostre relazioni, cerchiamo di «vivere bene» anche al di là di situazioni di marginalizzazione e sofferenza. E l'obiettivo della comunità di Lucerna è esattamente questo: creare uno spazio «sicuro» in cui le persone possano essere spinte a migliorarsi, possano imparare a «vivere bene», possano recuperare la libertà alla quale hanno abdicato con l'uso delle sostanze. Attraverso lo sforzo quotidiano, attraverso le regole e le restrizioni, la comunità vorrebbe insegnare al dipendente a resistere alla dipendenza, a smontare gli automatismi che essa ha creato, e in questo modo aprire la strada per un intervento più profondo, sulle cause *essenziali* della dipendenza stessa, per un ripensamento radicale della soggettività morale del dipendente.

È questo lo specifico, particolare concetto di libertà che agisce a Lucerna. Le pratiche terapeutiche attraverso le quali la riabilitazione si manifesta (ed è raggiungibile), gli *esercizi spirituali* della comunità, che ho illustrato in questo testo sono indice di come tale libertà si declina. Sono gli strumenti di acquisizione della libertà nella forma dell'incapacità morale. L'obiettivo ultimo della comunità, l'obiettivo ultimo della riabilitazione, è la *sobrietà*, che possiamo pensare proprio nei termini di Williams come incapacità morale. La sobrietà è la condizione ultima in cui non soltanto l'uso e l'abuso di sostanze sono al di fuori dello spazio di possibilità in

cui il soggetto si muove, ma anche quelle «mancanze» che avevano causato la dipendenza stessa sono state colmate.

Ancora una volta, questo è un progetto che ha delle forti componenti normative e delle significative contraddizioni interne. In primo luogo, la sobrietà di cui ho parlato è poco più che una chimera, un orizzonte inarrivabile. Il rischio di una ricaduta, fuori dallo spazio «sicuro» della comunità, è sempre presente. Il caso di Ernest, astinente per trent'anni dopo un primo percorso di comunità e ricaduto a 52 anni, ne è la drammatica dimostrazione. La sobrietà, come passaggio dal *non posse* al *non esse*, è lo scopo ultimo che guida il percorso di riabilitazione, ma che non può venire del tutto raggiunto – una componente di fatica dell'astinenza rimarrà sempre. Inoltre, quando si parla di «responsabilità» in un contesto di patologia, in particolare di patologia psichiatrica, una conseguenza è quella di caricare sulle spalle dei soggetti il peso morale della malattia stessa, anche nella forma della *colpa*<sup>55</sup>. Un portato simbolico che non è che accentuato dall'insistenza su concetti come libertà e scelta. Tuttavia, nella declinazione quotidiana di questo progetto, in questa forma di riabilitazione, le stesse contraddizioni lasciano spazio a una prospettiva diversa, a un significato diverso di queste pratiche. In sé, «libertà» può non essere un concetto vuoto o portare ad aporie. Ma nella vita quotidiana di Lucerna essa ha un senso fluttuante ma individuabile. Significa essere in grado di prendersi cura di sé, sin dalle banali routine di tutti i giorni; significa apprendere e comprendere i propri limiti; significa riuscire nuovamente ad intessere relazioni, a stare non solo in mezzo a ma *con* gli altri. Significa poter finalmente scegliere, ma forse ancora di più *immaginare*, dopo anni di marginalizzazione e di sofferenze, di isolamento sociale ed emotivo, una *vita normale*. E se crediamo alle parole di una persona come Stephen, non possiamo fare a meno di considerare il valore che questo allargamento degli orizzonti immaginativi può avere nella vita delle persone coinvolte.

---

<sup>55</sup> Zigon 2011.

## **Riferimenti bibliografici**

American Psychiatric Association

- *Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders. Third Edition*, American Psychiatric Publishing, 1980

- *Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition*, American Psychiatric Publishing, 2013

Bourgois, Philippe

- *In Search of Respect. Selling Drugs in El Barrio*, Cambridge: Cambridge University Press, 2003

Bourgois, Philippe – Schonberg, Jeffrey

- *Righteous Dopefiend*, Berkeley: University of California Press, 2009

Das, Veena

- *Life and Words. Violence and the Descent into the Ordinary*, Berkeley: University of California Press, 2007

- *Ordinary Ethics*, in D. Fassin (ed.), *A companion to moral anthropology*, Oxford: Blackwell, 2012

- *What does ordinary ethics look like?*, in M. Lambek et al., *Four Lectures on Ethics*, London: HAU, 2015

Foucault, Michel

- *La volontà di sapere*, Milano: Feltrinelli, 1978

- *Le tecnologie del sé*, Torino: Bollati Boringhieri, 1992

- *Mal fare, dir vero. Funzione della confessione nella giustizia*, Torino: Einaudi, 2013

Garcia, Angela

- *The Pastoral Clinic. Addiction and Dispossession Along the Rio Grande*, Berkeley: University of California Press, 2010

- "The Promise: On the Morality of the Illicit", *Ethos*, 42, 1, 2014, pp. 51-64

Hadot, Pierre

- *Esercizi spirituali e filosofia antica*, Torino: Einaudi, 1988

Laidlaw, James

- "For an Anthropology of Ethics and Freedom", in *Journal of the Royal Anthropological Institute*, 8, pp. 311-332

- *The subject of virtue: An anthropology of ethics and freedom*, Cambridge: Cambridge University Press, 2014

Rabinow, Paul

- *Pensare cose umane*, Roma: Meltemi, 2008

Ricoeur, Paul

- *Sé come un altro*, Milano: Jaca Book, 1993

Robinson, Sean - Adinoff, Bryon

- "The Classification of Substance Use Disorders: Historical, Contextual, and Conceptual Considerations", in *Behavioral Sciences*, 6, 18, 2016

Singer, Merrill

- "Anthropology and addiction: a historical review", in *Addiction*, 107, 2012, pp. 1747-1755

Sloterdijk, Peter

- *Devi cambiare la tua vita*, Milano: Raffaello Cortina, 2013

Williams, Bernard

- *Moral incapacity*, in Id., *Making sense of humanity and other philosophical papers 1982-1993*, Cambridge: Cambridge University Press, 1995(a)

Williams, Bernard

- *How free does the will need to be?* in Id., *Making sense of humanity and other philosophical papers 1982-1993*, Cambridge: Cambridge University Press, 1995(b)

Young, Allan

- *Antropologie della 'illness' e della 'sickness'*, in I. Quaranta (a cura di), *Antropologia medica. I testi fondamentali*, Milano: Raffaello Cortina, 2006

Zigon, Jarrett

- *Morality. An Anthropological Perspective*, New York: Berg, 2008

- "A disease of frozen feelings: Ethically Working on Emotional Worlds in a Russian Orthodox Church Drug Rehabilitation Program", in *Medical Anthropology Quarterly*, 24, 3, 2010, pp. 326-343

- *HIV is God's Blessing. Rehabilitating Morality in Neoliberal Russia*, Berkeley: University of California Press, 2011

