

Riccardo De Facci.

La storia e l'evoluzione delle Comunità Terapeutiche in Italia

Le Comunità terapeutiche, hanno rappresentato dalla fine degli anni 60 e primi anni 70 la prima risposta articolata, diffusa ed efficace nei confronti dell'uso problematico, abuso e tossicodipendenza soprattutto da eroina in Italia. Le prime comunità sono nate da movimenti molto vari spesso di ispirazione cattolica, che però portavano in sé ampie componenti laiche, di impegno civile, motivazione sociale di accoglienza e aiuto concreto per contrastare un fenomeno che andava sempre più coinvolgendo decine di migliaia di giovani in tutta Italia.

Tale impegno di accoglienza, ascolto e cura diffuso sui territori (dal Ceis di Don Picchi, ai Centri della Fict, a Don Ciotti e le realtà del Cnca, Emmaus, Samman, le Comunità Incontro ed a moltissimi altri negli anni successivi) è riuscito, nel tempo, a costruire una sensibilità ed un movimento di pressione capace, tra l'altro, di portare alla legge del 1975, primo atto normativo che, coprendo un vuoto legislativo, ha previsto strutture ad hoc per tossicodipendenti, differenziandole all'area esclusivamente psichiatrica nella quale fino ad allora, era stata confinata istituzionalmente la tossicodipendenza. Il riconoscimento normativo, unito al grande bisogno conseguente ad un fenomeno in enorme crescita, ha portato ad un'ampia diffusione del sistema delle Comunità (nel 1996 sono state censite ben 1.372 strutture tra diurne e residenziali, con 22.706 ospiti - dati Uff. Documentazione Ministero degli Interni) con approcci e metodologie molto diverse: dalla Comunità di vita alle sempre più varie comunità terapeutiche che vedevano impegnate diverse figure di operatori, volontari, ex tossicodipendenti e professionalità sempre più articolate e diverse. Nel frattempo il Decreto 309 /90 aveva dato un primo indirizzo per la costruzione di un sistema nazionale complementare tra servizi pubblici ambulatoriali e comunità residenziali e diurne.

Un input cui ha dato ulteriore impulso l'accordo Stato-Regioni per la "Riorganizzazione del sistema d'assistenza ai tossicodipendenti" approvato il 21 gennaio 1999, anche se in molte regioni tutt'ora inattuato o attuato solo in parte.

Le Comunità, i LEA ed il sistema di accreditamento

Nel 2001 un passo decisivo nella definizione dei diritti generali di assistenza, è stato realizzato attraverso l'introduzione dei LEA, livelli essenziali di assistenza. Le prestazioni e i servizi inclusi nei LEA rappresentano il livello "essenziale" garantito a tutti i cittadini che le Regioni debbono assicurare. Ciò evidentemente non esclude che, utilizzando risorse proprie, le Regioni possano garantire servizi e prestazioni ulteriori rispetto a quelle previste nei LEA.

L'inserimento del sistema di cura per le tossicodipendenza all'interno dei Livelli Essenziali di Assistenza ha di fatto sfociato, per il privato sociale, nel processo di accreditamento avviato ormai in molte regioni d'Italia.

La riqualificazione delle strutture, conseguenza propria dell'accreditamento, con l'introduzione di nuove tipologie di intervento (fino a 12 /14 tipologie diverse in alcune regioni) ha toccato anche aspetti di reinvestimento economico-strutturale importante. Tutto ciò però non è stato sempre supportato in tempi congrui da un adeguamento delle normative e/o un consequenziale aumento dei budget regionali per la residenzialità.

A questo occorre aggiungere che il processo di accreditamento, che ha portato a rivisitare e mettere in discussione modelli teorici di intervento e modelli pratici-strutturali di lavoro, a volte è stato eccessivamente strutturato su modelli puramente sanitari che poco rispecchiano il principale lavoro svolto in Comunità terapeutica ma soprattutto appaiono poco adeguati ai bisogni e gli stili di consumo, abuso e dipendenza diversi, fondati invece su logiche sanitarie di altro tipo (ospedaliera, RSA, strutture psichiatriche).

In proposito va precisato che l'art. 1 del dlgs 30 dicembre 1992 n. 502, così come sostituito dall'art. 1, dlgs 19 giugno 1999, n. 229, aggiunge all'espressione "livelli essenziali" l'aggettivo uniformi, a testimonianza della volontà di eliminare diseguaglianze nella fruizione dell'assistenza sanitaria nelle varie aree del Paese.

In realtà nel campo della cura per le dipendenze le differenze sono enormi e ricadono pesantemente sul diritto di cura dei cittadini utenti, violando il principio di uguaglianza sancito dalla Carta Costituzionale.

In tal senso è sufficiente osservare come vi sia una notevole difformità, nel campo dei servizi privati, non solo nei budget destinati alla cura e riabilitazione, ma anche nell'individuazione dei criteri di riferimento del sistema (accreditamento, autorizzazioni al funzionamento) e della retta giornaliera.

La richiesta di alti standard di accreditamento, la riqualificazione dell'offerta non affiancata da adeguamenti della retta giornaliera e conseguentemente del budget, oltre ai ritardi nei pagamenti ha portato a crisi profonde in alcune realtà e alla chiusura di diverse strutture.

Ciò nonostante in molti casi le comunità terapeutiche si sono fatte carico anche di avviare percorsi di risposta a bisogni "nuovi" non ancora supportati da risorse ad essi destinate o da inquadramento normativo specifico (Gioco d'azzardo patologico, cronicità).

La confluenza del fondo nazionale per le tossicodipendenze nel fondo indistinto per le politiche sociali ed il conseguente abbandono delle politiche territoriali di prevenzione ed inserimento lavorativo, l'incidenza sempre più alta della cronicità, il recente inserimento tra i LEA del gioco patologico, le questioni legate alle tematiche carcerarie, l'irrisolta questione delle "nuove" emergenze (internet, social network, sesso, disturbi alimentari, ecc.), sono tutti temi che rendono ancora più complessa la problematica dipendenze e più evidente l'assoluta inadeguatezza delle risorse investite. Una inadeguatezza che determina costi sociali altissimi, che potrebbero essere evitati attraverso una programmazione ancorata alla certezza di risorse sufficienti.

Inoltre la specializzazione delle strutture conseguenti agli accreditamenti, purtroppo non ha sempre coinciso con un definizione più attenta del target di utenza inviato. Le comunità sembrano in molti territori, seppure con alcune importanti eccezioni, non essere più viste dai servizi pubblici come un luogo di cura ma piuttosto come un luogo di pura accoglienza e contenimento sociale. In questi ultimi anni abbiamo infatti rilevato che l'utenza inviata da parte dei servizi pubblici nelle strutture appartiene ad un target sempre più compromesso sia nelle funzioni organiche che psichiche, in età avanzata e con gravi patologie psichiatriche, o ancora si tratta di persone che hanno problematicità sociali e di inserimento nella società, le quali poco hanno a che fare con la dipendenza patologica "classica" ma sempre più con i rischi di emarginazione ed esclusione sociale connesse ad un poliabuso (alcool, psicofarmaci, eroina, cocaina ecc) ormai strutturato. Nonostante l'abbassamento statistico dell'età di sviluppo di fenomeni di abuso, policonsumo e dipendenza, le persone prese in carico dal sistema di intervento ed inviate in Comunità terapeutica hanno un età adulta e come dicevamo problematiche sempre più complesse ed articolate.

Il sistema delle Comunità Terapeutiche

Le comunità terapeutiche attualmente convenzionate e/o accreditate, presenti su tutto il territorio nazionale, assicurano interventi di accoglienza, di cura e riabilitazione, di service, e di reinserimento ed inclusione sociale, al fine di rispondere ai bisogni sempre più diversificati, espressi dalle persone con disturbo da dipendenza patologica.

La letteratura e la pluriennale esperienza testimoniano ampiamente che il setting terapeutico tradizionale ha dato risultati diversificati e meno incisivi con i tossicodipendenti rispetto ad un approccio più globale alla persona nel suo complesso come quello comunitario (Cancrini, De Gregorio 1993; Catalano et al., 1990; Hubbard et al. 1985; Pennese, Ricca, Cancrini 1994; etc.).

Le dipendenze si evolvono e cambiano con il cambiare della società presentando costantemente nuovi bisogni e di conseguenza nuove necessità di intervento su cui le comunità terapeutiche, grazie anche alla loro prossimità alle persone ed ai territori, si sono interrogate evolvendo le proprie metodologie di intervento.

Per adattarsi ai bisogni dell'utenza e personalizzare il setting le comunità terapeutiche hanno intrapreso percorsi di specializzazione e di riqualificazione, relativamente alla metodologia, agli

strumenti, alla formazione delle équipes di intervento sempre più fondata su un approccio multi professionale ed agli stessi tempi di trattamento.

In particolare l'evoluzione del sistema ha portato:

- percorsi brevi e sempre più adeguati ai bisogni diversificati;
- una sempre maggiore personalizzazione delle risposte cliniche e terapeutiche;
- interventi strutturati per minori e giovani adulti ;
- interventi strutturati per persone a bassa evolutività ed a forte rischio di cronicizzazione dei loro percorsi di dipendenza;
- strutture specialistiche per coppie, mamme e bambini;
- percorsi per GAP;
- strutture a bassa soglia di accesso e di prima accoglienza;
- interventi strutturati per il reinserimento lavorativo ed il tutoring sociale;
- strutture specialistiche per la doppia diagnosi, l'alcoldipendenza, per policonsumatori e cocainomani ecc.

Il rapporto pubblico/privato sociale

La responsabilità dei servizi per le dipendenze dipende senza dubbio dal Servizio Sanitario Nazionale, ed in tal senso si può dire che il sistema per la cura delle dipendenze patologiche rispetta il principio della responsabilità pubblica. Occorre però considerare che per quanto formalmente tale principio possa essere enunciato, i diritti per l'utente che ne conseguono non appaiono ad oggi effettivamente esigibili.

Come è noto la responsabilità pubblica della tutela della salute è un principio che risponde ad una ratio ben precisa: il Servizio sanitario nazionale è sorto per dare attuazione soprattutto ad uno di questo insieme di diritti – quello a prestazioni sanitarie, inclusive della prevenzione, della cura e della riabilitazione – attraverso l'interazione fra pubblici poteri e, in determinati casi, anche fra istituzioni pubbliche e private

Appare indubbio che nel campo della cura delle dipendenze, l'investimento delle Regioni sia di fatto insufficiente a garantire la sussistenza di un sistema capace di erogare prestazioni sanitarie adeguate. Una carenza di risorse che rende inapplicabile il principio di responsabilità pubblica della cura, intesa come metodo capace di investire globalmente i bisogni dell'utente con un approccio multi-professionale e multi-dimensionale. Circostanza questa ancora più stringente nelle regioni del centro e del sud del Paese e che rende di fatto nulla, nell'ambito di cura delle dipendenze, la stessa opera del SSN.

A tutto ciò occorre altresì aggiungere che, nel rispetto del diritto di scelta del cittadino utente, i servizi di cura possono e debbono essere selezionati dai soggetti beneficiari, ma non può avvenire il contrario. I servizi, pubblici e privati, non possono adottare politiche di "selezione dei rischi" (c.d. cream skimming), "scegliendo" l'utenza sulla base del costo minore, in termini di difficoltà terapeutiche e complessità di intervento.

I cittadini possono effettuare la libera scelta del luogo di cura e dei professionisti nell'ambito delle strutture pubbliche e private accreditate ed esercitano il proprio "diritto alla salute" per ottenere prestazioni sanitarie, inclusive della prevenzione, della cura e della riabilitazione.

Nel campo delle dipendenze patologiche, come è noto, nonostante sia sancita la pari dignità tra servizi pubblici e privati accreditati (v. Accordo Stato-Regioni 1999), vige la regola dell'invio al sistema privato da parte dei Servizi Pubblici.

Ciò spesso determina, come sopra descritto, in uno con la carenza di risorse professionali ed economiche, l'invio al sistema privato delle situazioni più gravi e complesse, il più delle volte in presenza di comorbilità psichiatrica.

Dalle considerazioni svolte appare chiaro che se il SSN è nato per assicurare un accesso ai servizi nel rispetto dei principi della dignità della persona, dei bisogni di salute, di equità, qualità, appropriatezza delle cure e economicità nell'impiego delle risorse, nel campo delle dipendenze patologiche tale sistema è messo in crisi da elementi strutturali di carattere economico e di politica sanitaria.

Nel rapporto tra servizi pubblici e privati si avvertono però evoluzioni importanti in questi ultimi anni, grazie al lavoro svolto insieme con le Regioni dalle varie rappresentanze regionali delle comunità (coordinamenti regionali) e degli operatori pubblici, con la costruzione di percorsi di integrazione pubblico/privato relativamente alla governance e al confronto clinico/metodologico. Metodologie, identità e modelli di comunità anche molto diverse che hanno accettato di lavorare al fianco del servizio pubblico e delle regioni per fornire risposte più adeguate ai bisogni sempre più complessi dell'utenza. Sicuramente sarà ancor più necessario per cercare di garantire la pari dignità ai servizi pubblici e privati dare ampio spazio negli organi di programmazione e controllo alle varie componenti del sistema di intervento tra cui i destinatari dei servizi stessi. Storicamente è proprio da tali confronti che sono nati innovativi modelli integrati di cura che rappresentano oggi altrettante eccellenze nel panorama nazionale.

Le Comunità e le azioni territoriali di prevenzione e reinserimento socio-lavorativo

La risposta ai nuovi bisogni e la lettura del fenomeno ha portato a modificare il modello di intervento anche rispetto alle azioni svolte sul territorio dalle Comunità Terapeutiche non solo in termini strettamente legati al momento della presa in carico, ma anche per quanto riguarda la prevenzione e il reinserimento lavorativo.

Tali azioni sono state svolte sul territorio nella maggior parte dei casi senza il supporto normativo, di programmazione politica e di budget dedicati. La prevenzione in particolare, a seguito dell'entrata in vigore della legge 328/00 e della conseguente confluenza del fondo specifico per le tossicodipendenze in quello più ampio per le politiche sociali, e ancor più dopo la revisione del Titolo V della Costituzione, trova ormai poco spazio specifico nella programmazione sanitaria regionale, nonostante vi siano esperienze e buone prassi che speriamo possano essere valorizzate diffuse sempre più.

Stesso discorso per quanto riguarda il reinserimento socio-lavorativo, tema molto difficile in questa fase generale di crisi del sistema economico e sociale, in cui molte Agenzie del privato sociale e Comunità Terapeutiche si sono attrezzate in maniera specifica e studiato modelli di inserimento lavorativo e sociale che integrano le problematiche del lavoro dell'autonomia, della casa, del proprio sostentamento sia per chi meriterebbe una nuova chance, sia per quelle situazioni di alta problematicità sociosanitaria ed a forte rischio di esclusione sociale.

Le Comunità, sistema carcerario e misure alternative alla detenzione

Le comunità sono state in questi anni anche il luogo privilegiato di accoglienza delle persone tossicodipendenti con misure alternative alla detenzione. Relativamente a questo aspetto ed alla possibile conseguente riduzione dei costi per lo stato, riteniamo che si debba migliorare il sistema soprattutto relativamente ai tempi ed ai modi necessari per poterne usufruire. Tutto ciò anche in virtù del dato che ci indica non essere più del 40 % tra le persone tossicodipendenti incarcerate che ne avrebbero il titolo (certificazione) quelle che poi riescono realmente ad usufruirne ed a essere accolte in misura alternativa nelle comunità terapeutiche disponibili (per motivi diversi come assenza di budget, di pareri favorevoli della magistratura, per assenza di residenza, per non disponibilità dei servizi ambulatoriali ecc...).

Conclusioni

Il panorama delle Comunità Terapeutiche in Italia, nonostante una differenziazione tra Regioni e all'interno delle stesse Regioni, è un sistema di cura evoluto con capacità di rinnovamento e di riqualificazione sulla base della lettura scientifica del fenomeno. Allo stesso tempo si registra una capacità di individuazione di nuovi bisogni e la capacità di intervenire ed essere spinta alla costruzione di modelli di intervento e di innesco di processi politici di adeguamento del sistema.

In molte regioni italiane è in atto una riduzione generale del volume massimo di prestazioni erogabili previste negli accordi contrattuali con il privato accreditato, ma tale riduzione, per le Comunità Terapeutiche che già da sempre lavorano sotto soglia minima, incide pesantemente sul sistema, sia in

termini di sostenibilità, sia, purtroppo, di qualità del servizio reso, con ogni immaginabile conseguenza nei confronti del cittadino.

Pertanto, qualsiasi intervento, in tema di requisiti di accreditamento e conseguentemente di calcolo della retta, finalizzato a garantire l'uniformità nell'applicazione dei LEA su tutto il territorio nazionale, non può essere disgiunto da un'adeguata previsione economica di ogni regione capace di sostenere il sistema stesso.

Un sistema Comunità che nonostante le difficoltà, mantiene una propria identità, legata a tradizioni storiche che fanno da punto di partenza, ma che hanno smesso di essere dogmatiche, ma anzi ridisegnate a fronte delle richieste che vengono da parte delle persone a cui ci si rivolge, al sistema normativo e al sistema politico di riferimento.