

La comunità terapeutica

La **comunità terapeutica** nasce, sin dalle origini, come aperta critica all'istituzione totale ed è configurabile come un'organizzazione la cui principale finalità è la modificazione del comportamento e il recupero di persone deviate dalla norma sociale.

L'espressione *comunità terapeutica* viene riferita a Thomas Main che, nel 1946, descrivendo il lavoro degli psichiatri britannici di Northfield (Scozia), si riferì all'ospedale in cui operavano, con il termine "comunità terapeutica", termine ufficializzato nel 1953 dall'Organizzazione mondiale della sanità (OMS), in uno studio sulle organizzazioni psichiatriche internazionali, in cui si suggeriva l'opportunità di trasformare gli ospedali psichiatrici in "comunità terapeutiche".

La prima comunità terapeutica per tossicodipendenti, denominata "Synanon", è stata fondata nel 1958 in California da Charles Dederich, un ex alcolista che aveva intuito, attraverso la propria esperienza personale nel gruppo degli Alcolisti anonimi, l'importanza delle relazioni di sostegno e di aiuto reciproco per superare la dipendenza dall'alcol e dalle droghe. In Italia, a partire dagli anni '50 e '60 in Inghilterra, negli Stati Uniti ed in molti altri Paesi, tra cui l'Italia, si sono cominciate a sviluppare forme di aggregazione comunitaria in cui gli individui venivano aiutati ad analizzare i propri vissuti personali e ad acquisire una maggiore consapevolezza delle loro problematiche psichiatriche.

All'inizio degli anni '60 nel nostro Paese ha iniziato ad acquisire rilevanza il fenomeno del consumo di droghe, al contrario di quanto era accaduto negli Stati Uniti, dove la diffusione di droghe si era sviluppata nei gruppi della controcultura giovanile e negli strati emarginati della società; in Italia il consumo di sostanze stupefacenti si è diffuso come appannaggio di piccoli gruppi di élite (California e New York).

Sostanze cosiddette "legali" come gli psicofarmaci, attraevano i consumatori grazie alle virtù terapeutiche di rimedio contro l'insonnia, il dolore e l'ansia, ed alcuni di questi, già dipendenti dal consumo di anfetamine e psicofarmaci, passarono all'uso per via endovenosa di eroina.

Il successo commerciale ed il profitto che derivavano dalla produzione di analgesici e di anfetamine a scopo anoressizzante per le diete aveva messo in ombra per molto tempo i rischi di assuefazione e dipendenza e soltanto nel 1972 il Ministero della Sanità ne ha vietato la libera prescrizione.

La vendita di droghe, inizialmente, era opera di singoli spacciatori ma, man mano che il fenomeno si diffondeva negli ambienti giovanili, nelle periferie e nelle fabbriche e diveniva un affare redditizio interveniva nella diffusione delle sostanze la criminalità organizzata.

L'origine delle comunità terapeutiche in Italia risale alla fine degli anni '60. Le prime esperienze residenziali hanno la configurazione di comunità di pronta accoglienza:

- La prima comunità terapeutica italiana nasce per iniziativa del **Gruppo Abele nel 1974**.
- Nel 1978 il **CeIS** di don Mario Picchi, in collaborazione con il *DayTop Village* di New York, elabora e attua un programma riabilitativo chiamato "**Progetto Uomo**".
Il Ce.I.S. attiva il primo centro di accoglienza per tossicomani nel '72 a Roma e la prima comunità terapeutica nel '79.
- Don Gelmini in Italia, istituisce la prima comunità terapeutica nel 1979

Tra la fine degli anni '70 e nel corso degli anni '80 sono sorte la maggior parte delle comunità terapeutiche, ancor oggi presenti sul territorio nazionale con differenti approcci al problema tossicodipendenza e differenti strategie operative.

Durante gli anni '80 e '90 è iniziato ad aumentare il consumo di cocaina ed altre sostanze stupefacenti diverse dagli oppiacei, anche per il timore dovuto al diffondersi del virus dell'HIV, veicolato attraverso lo scambio di siringhe da parte dei consumatori di eroina.

All'inizio degli anni '90 si è diffuso il consumo di ecstasy soprattutto tra i giovani che frequentavano le discoteche ed i rave party.

La nascita e la diffusione delle comunità terapeutiche è stata una delle risposte che la società ha fornito rispetto alla sempre maggiore diffusione del fenomeno in Italia.

Le tossicomanie e le tossicodipendenze sono considerate dei disturbi psichici la cui diagnosi si fonda sul metodo multiassiale del DSM IV. L'uso ripetuto della sostanza da parte del tossicodipendente è "connesso a bisogni più profondi della persona, comporta l'acquisizione di uno stile di vita tipico e la perdita progressiva sia degli interessi di vita che dei legami affettivi".

Le comunità, pur essendosi sviluppate in opposizione ad un approccio medico ridotto alla somministrazione di farmaci sostitutivi, hanno mantenuto la terminologia "terapeutiche" poiché riconoscono la dimensione patologica della tossicodipendenza ed assumono come compito la promozione di un cambiamento nello stile di vita dell'utente.

I modelli terapeutici proposti e le metodologie su cui si basa l'offerta terapeutica delle comunità hanno costituito una grande risorsa, specialmente quando ancora non era stata organizzata una risposta istituzionale efficace ed articolata al problema droga. La diversità di soluzioni proposte dagli operatori delle comunità derivavano anche dai riferimenti ideologici delle singole strutture e dai contesti socio-culturali delle diverse tipologie di utenti.

Ogni strategia operativa presupponeva, e presuppone ancora oggi, una filosofia sull'origine della tossicodipendenza e un conseguente approccio terapeutico.

Essenzialmente sono tre le strategie operative:

- strategia di base
- strategia fondata sul lavoro ed il reinserimento sociale
- strategia specialistica orientata all'intervento psicoterapeutico.

Alcune comunità ancora oggi interpretano il fenomeno come originato dal disagio psicologico vissuto nelle prime fasi di vita e nell'adolescenza degli individui, per altre la tossicodipendenza sarebbe originata dall'insoddisfazione o dall'inadeguatezza di personalità particolarmente fragili alla realtà sociale; alcune comunità si pongono come famiglie sostitutive che aiutano gli individui a diventare autonomi e ad assumersi delle responsabilità nei confronti della propria esistenza, altre invece si pongono come realtà micro sociali alternative.

Le strutture socio-riabilitative a volte utilizzano come metodologia di cura la condivisione di un modello di vita e puntano sulla costruzione di personalità libere dalla droga che siano in grado, una volta terminato il percorso terapeutico, di trasferire anche all'esterno gli ideali acquisiti ed interiorizzati.

Di queste, una parte danno un grande rilievo all'attività lavorativa, con l'obiettivo di far crescere i tossicodipendenti, bloccati dalla droga in uno stadio adolescenziale, attraverso l'acquisizione di competenze ed assunzione di responsabilità personali da utilizzare una volta terminato il percorso terapeutico.

Altre ancora, con l'ausilio della psicoanalisi e delle tecniche di psicoterapia individuale e di gruppo, puntano sulla presa di coscienza da parte delle persone in trattamento dei conflitti profondi che hanno determinato i loro comportamenti devianti: l'obiettivo di quest'ultimo approccio è di far acquisire agli individui la capacità di riconoscere e gestire le proprie tensioni inconse.

In alcune comunità tali approcci differenti possono coesistere.

Nel corso di più di trent'anni di esistenza le strutture di recupero per tossicodipendenti hanno migliorato ed ampliato la loro offerta terapeutica. Molte comunità effettuano la formazione del personale, molte altre hanno stipulato convenzioni con il Ministero della Giustizia per accogliere detenuti tossicodipendenti che debbono scontare misure alternative al carcere.

Alcune strutture accolgono madri e figli tossicodipendenti, malati di AIDS, alcol dipendenti e persone che hanno sviluppato, oltre alla tossicodipendenza, una comorbilità psichiatrica o altre dipendenze come il tabagismo ed il gioco d'azzardo.

Il consumo e l'abuso di droga oggi non è più limitato soltanto ad una tipologia di sostanze ed a persone emarginate, ma coinvolge tutte le classi sociali e le diverse fasce di età, dilagando nei contesti ricreativi frequentati soprattutto da giovani ben integrati sia in ambito scolastico che lavorativo.

Per questo le comunità hanno diversificato i programmi di trattamento, adattandoli alle esigenze individuali ed alle nuove tipologie di consumatori, molti dei quali sono poliassuntori di droghe e alcol.

Pochi, tuttavia, intraprendono il percorso con una forte motivazione personale e solo una parte di coloro che entrano in comunità completa il percorso terapeutico.

Poiché il trattamento è basato soprattutto sulla volontarietà, il successo dello stesso è legato proprio alla capacità dell'equipe del progetto terapeutico di motivare il tossicodipendente nella fase di accoglienza.

Anche la fase di passaggio dalla comunità, luogo alquanto protetto, al reinserimento sociale è una fase delicata che prevede un percorso di accompagnamento da parte degli operatori, ed alcune comunità prevedono il coinvolgimento delle famiglie dei tossicodipendenti proprio in queste diverse fasi del percorso di recupero.

La tossicodipendenza è un problema molto complesso che richiede il concorso di equipe composte da personale altamente qualificato (medici, psicologi, educatori) per affrontare e tentare di risolvere le problematiche che hanno condotto le persone all'uso continuato di droghe.

L'offerta terapeutica deve essere adeguata alle diverse tipologie di consumatori ed alle differenti modalità d'uso, al fine di contrastare il fenomeno in modo efficace dal punto di vista della riduzione della domanda di droghe.

La riduzione della domanda di droghe può essere realizzata solo attraverso un sistema di sinergie fondato sulle reti locali nella prospettiva di superare la dicotomia pubblico/privato.

E' necessario inoltre attuare interventi precoci di sostegno alle famiglie ed ai giovani a rischio, nella consapevolezza che la prevenzione è la risposta più efficace per evitare l'ulteriore diffondersi di un così grave fenomeno che compromette la salute e la sicurezza sociale.

Le strutture socio-riabilitative in Italia sono state classificate nel modo seguente:

- Strutture residenziali (con ospitalità ed attività residenziale);
- Strutture semi-residenziali (con ospitalità e attività quotidiana di almeno otto ore e per non meno di cinque giorni la settimana ovvero di almeno quaranta ore settimanali variamente distribuite);
- Strutture non residenziali/ambulatoriali (con ospitalità ed attività per un totale inferiore alle quaranta ore settimanali).

La scelta della classificazione basata su residenzialità, semi-residenzialità e ambulatorietà rispecchia, inoltre, il criterio di iscrizione delle strutture negli albi regionali e provinciali degli Enti ausiliari.

Le strutture socio riabilitative presenti in Italia al 31/12/2010 sono:

- Residenziali 720 che hanno trattato per l'anno 2010 11751 utenti
- Semiresidenziali 206 che hanno trattato per l'anno 2010 1558 utenti
- Ambulatoriali 181 che hanno trattato per l'anno 2010 5219 utenti

La distribuzione regionale delle Comunità terapeutiche è la seguente:

Regione	Residenziali	Semi-Residenziali	Ambulatoriali	Totale	%
Piemonte	69	4	8	81	7.32
Valle D'Aosta	1	0	0	1	0.09
Lombardia	133	20	28	181	16.37
Liguria	25	7	5	37	3.35
Trentino Alto Adige	7	2	1	10	0.90
Veneto	74	47	21	142	12.84
Friuli Venezia Giulia	10	5	6	21	1.90
Emilia Romagna	84	21	17	122	11.03
Toscana	55	19	7	81	7.32
Umbria	27	4	1	32	2.89
Marche	32	12	10	54	4.88
Lazio	28	13	9	50	4.52
Abruzzo	14	4	8	26	2.35
Molise	6	0	2	8	0.72
Campania	22	9	12	43	3.89
Puglia	47	18	19	84	7.59
Basilicata	7	1	5	13	1,19
Calabria	30	11	5	46	4.16
Sicilia	26	7	8	41	3.71
Sardegna	23	2	8	33	2.98
TOTALE	720	206	180	1.106	100,00

Dalla tabella risultano esistenti alla data del 31 dicembre 2010 n. 1.106 strutture socio riabilitative rivolte alla cura e al recupero di persone con bisogno assistenziale legato all'uso di sostanze stupefacenti di cui 720 residenziali (65% circa) 206 semiresidenziali (19% circa) e 180 ambulatoriali (16% circa).

La regione che ha il maggior numero di strutture è la Lombardia (il 16% circa) seguita dal Veneto il 13% circa), dall'Emilia Romagna (l'11% circa), dalla Puglia (il 7,6% circa), dal Piemonte (7,3% circa) e dalla Toscana (7,3% circa).

Riguardo la distribuzione geografica delle strutture del privato sociale si evince, che la maggior parte di queste sono dislocate al Nord-Ovest - 300 comunità - (27,12% circa) e nel Nord-Est - 295 comunità - (26,67% circa).

La maggior parte dei centri di riabilitazione sono articolati nelle seguenti organizzazioni di tipo Federativo quali: Centro Italiano di Solidarietà (C.E.I.S.), Coordinamento Nazionale Comunità di Accoglienza (C.N.C.A.), Comunità Incontro, Comunità Emmanuel, Saman, Gruppo Exodus.

Il numero delle strutture socio sanitarie (Scr.T), è rimasto pressochè invariato; infatti i servizi per le tossicodipendenze attivi nel 2010 sono stati 554 contro i 555 del 2008 (fonte del Dipartimento Politiche Antidroga Relazione Annuale al Parlamento anno 2010 sullo stato delle tossicodipendenze in Italia).

«Se i percorsi per arrivare alla droga sono diversi, diversi risultano i percorsi per uscirne».

Luigi Cancrini

Bibliografia

- Andreoli V., "Tossicodipendenza: stato attuale dell'intervento clinico", in *Quaderni di psichiatria*, 15, 3, 1996.
- Bellieni G., Cambiaso G., (1985) *Comunità per tossicomani. Esperienze riabilitative italiane e straniere*. Franco Angeli, Milano.
- Boggio M., Bortino R., Mele F. (2007) *Il disincanto. Le patologie dell'abbondanza in una comunità terapeutica per doppia diagnosi*. Armando, Roma.
- Corulli M. (1997) 'Terapeutico e antiterapeutico. Cosa accade nelle comunità terapeutiche'. Bollati Boringhieri, Torino.
- Costantini D., Mazzoni S., (1984) *Le comunità per tossicodipendenti*. NIS, Roma.
- Yablonsky L., (1989) *La comunità terapeutica*. Astrolabio, Roma.
- De Crescente M. (2011) *La politica delle comunità terapeutiche*. Alpes Italia
- Scuola Superiore dell'Amministrazione dell'Interno, *Censimento delle strutture socio-riabilitative per il recupero dei tossicodipendenti*, I quaderni della documentazione (n.4/2011)