
Dipendenze. Pozzi: “Per il Cnca è fondamentale mettere sempre al centro la persona. Autonomia differenziata disastrosa per comunità terapeutiche”

Quarant’anni di storia, a fianco di chi, nella vita, ha problemi di marginalità, per scelte sbagliate. “Il Cnca è una realtà che, nei suoi quarant’anni di storia, ha visto come protagoniste tante comunità terapeutiche”, dice la presidente del **Coordinamento nazionale comunità di accoglienza (Cnca)**, **Caterina Pozzi**. Pozzi ci spiega che un principio cardine è sempre stato “mettere al centro la persona, il suo progetto di vita, la sua capacità di autodeterminare la propria storia”. E l’importanza di coinvolgere la persona nel proprio percorso. **In questo lungo arco di tempo è cambiata e come la vostra mission?** Il Cnca ha più di 40 anni e da subito si è occupato di giovani che avevano, soprattutto negli anni ’80, dipendenza da eroina. Ad oggi nella Federazione sono attive 196 comunità, delle quali tre quarti residenziali e un quarto semi-residenziali, che nel 2023 hanno accolto 2.376 persone. Più della metà delle nostre comunità sono sotto i 15 posti, l’altra metà tra i 15 e i 30, ne abbiamo solo 2 oltre i 30 posti: come modello in tutti questi anni abbiamo tenuto la centralità di progetti di intervento su misura delle persone; e se i numeri sono piccoli più si riesce ad avere una relazione forte, stringente con le persone. Uno dei motori principali del funzionamento della comunità è costruire dei luoghi sani, con relazioni forti, con la possibilità delle persone di sperimentarsi in modelli di funzionamento diversi da quelli che hanno trovato fuori fino a quel momento. Inoltre, oggi abbiamo una consapevolezza in più rispetto all’inizio: noi non salviamo nessuno, accompagniamo per un pezzo le persone. Il tema della ricaduta come facente parte di un percorso è ormai assimilato nelle nostre comunità. Una volta quando una persona cadeva voleva dire che aveva fallito e avevamo fallito anche noi, invece anche la ricaduta fa parte del percorso di vita delle persone. Comunque, dalle prime esperienze rivolte alle persone dipendenti da eroina, siamo arrivati oggi a una molteplicità di servizi che rispondono a situazioni e bisogni diversi: persone che hanno una dipendenza da cocaina o da più tipi di sostanze, persone che hanno anche una seria problematica psichiatrica, coppie tossicodipendenti con o senza figli, persone provenienti dal carcere... Un’evoluzione dei servizi che è stata sempre mossa da un principio cardine:

mettere al centro la persona, il suo progetto di vita, la sua capacità di autodeterminare la propria storia.

Anche per questo i percorsi che proponiamo sono flessibili, senza obiettivi predeterminati dall’esterno una volta per tutte. È necessario creare strutture intermedie che diano risposte diverse a bisogni differenti, che accompagnino le persone verso livelli di autonomia diversi, che ispirino soluzioni nuove: residenzialità leggera, servizi domiciliari, nuove forme di reinserimento lavorativo. **Mi diceva che ci sono in comunità anche persone dalle carceri...** Sì, il 22% delle persone che accogliamo viene dal carcere, questo è un altro dato importante. Ma esprimo la paura che le comunità possano essere considerate delle micro carceri private, mentre le comunità sono per noi spazi di scelta delle persone e anche di costruzione di percorsi di libertà. Questo non vuol dire che non abbiamo in mente che ci siano processi formali a cui dobbiamo sottostare, ma vorremmo avanzare la richiesta di provare a capire insieme alle istituzioni quali innovazioni sono possibili nel rapporto con il carcere per le persone che scelgono di venire in comunità. L’altra criticità è che a non tutte le persone viene data la possibilità di entrare in comunità, dipende dal rapporto con i vari penitenziari, dipende dalle regioni. **Quali sono le sfide che oggi avete dinanzi come comunità terapeutiche?**

La prima sfida è quella di lavorare il più possibile e il prima possibile con il territorio fuori.

Se una volta chi entrava in comunità ci restava un anno e mezzo prima di iniziare a uscire, oggi fin da subito le persone che entrano nelle nostre comunità hanno bisogni sanitari e sociali da soddisfare, quindi la comunità deve essere capace di rapportarsi con il territorio circostante, con le agenzie formative, le agenzie di lavoro, le aziende, con tutta la parte più sociale, per una casa, per la costruzione di co-housing, per un abitare sostenuto. Dunque, una comunità che è sempre meno chiusa in se stessa, ma sempre più aperta sul territorio, per dare delle risposte alle persone. Altro elemento fondamentale è la compartecipazione delle persone nella costruzione dei loro percorsi, la centralità della persona nel proprio percorso è fondamentale. Per esempio, stiamo approfondendo come lo strumento del budget di salute possa essere portato dalla psichiatria all'interno delle dipendenze patologiche. Tutto questo insieme al sistema dei servizi. Il nostro lavoro è fatto insieme ai Sert che purtroppo oggi - un po' come le comunità terapeutiche - sono poco sostenuti a livello economico. Dobbiamo fare un lavoro sia noi sia i Sert per riuscire ad arrivare a tantissime persone che non solo hanno problemi di dipendenza ma non hanno ancora sviluppato la consapevolezza del loro problema e che arrivano ai Sert e anche a noi solo quando sono già a rischio di marginalità. Gli studi dicono che le persone arrivano ai servizi dopo dieci anni di consumo e di dipendenza. Oggi non ci sono solo il consumo e la dipendenza da eroina, ma anche da cocaina e altre sostanze ed è importante stare al passo con fenomeni che cambiano. Le comunità terapeutiche vivono un'evoluzione per far fronte alla continua trasformazione del fenomeno del consumo e dell'abuso delle sostanze stupefacenti, un'evoluzione che per noi vuole comunque stare all'interno di un quadro valoriale che abbiamo sempre avuto: penso alle nostre campagne nel tempo, ad esempio "Educare e non punire", "Non incarcerate il nostro crescere". **L'autonomia differenziata quanto peserà sulle comunità terapeutiche?** L'autonomia differenziata può solo peggiorare una situazione che è già complessa. Già per le dipendenze - noi lo diciamo sempre anche attraverso la Fict e l'Intercear - abbiamo 21 sistemi di accreditamento diversi e con situazioni molto diverse da regione a regione: ad esempio, la Lombardia ha 13 tipologie di comunità e la Calabria ne ha solo 2; questo significa che c'è una possibilità di avere garantiti dei diritti in maniera diversa se abiti a Milano piuttosto che a Reggio Calabria, se sei una mamma tossicodipendente con un bambino in alcune regioni hai la possibilità di entrare in una comunità che accoglie mamme con bambini e in altre regioni no e sei obbligata magari a spostarti anche di 500/600 chilometri. Ci sono, poi, le comorbilità, il tema delle doppie diagnosi: in alcune regioni ci sono dei percorsi per accreditamenti specifici per questi casi e in altre no. L'Intesa sui criteri di sicurezza e qualità delle comunità terapeutiche approvata recentemente in Conferenza Stato-Regioni, primo atto normativo che definisce criteri sostanzialmente omogenei per quanto riguarda i requisiti di accreditamento delle diverse strutture, è un primo passo nella giusta direzione, ma non prevede nulla in merito alle risorse per attuare quanto indicato nel testo. Rispetto a queste problematiche già esistenti l'autonomia differenziata può farle esplodere e aumentare ancora di più; questo è vero per tutta la sanità, a maggior ragione per le dipendenze, anche partendo da una realtà ancora più disomogenea. Per cui noi siamo preoccupatissimi in generale e nello specifico

per il mondo della dipendenza e delle comunità l'autonomia differenziata sarà un disastro.

Gigliola Alfaro