

UNIVERSITÀ PONTIFICIA SALESIANA - ROMA
IPU - Istituto Universitario di Scienze Psicopedagogiche e Sociali
Aggregato alla Facoltà di Scienze dell'Educazione UPS



Tesi di Baccalaureato in Scienze dell'Educazione
- Educatore Professionale -

**“Disadattato militante”:
dalla dipendenza della felicità
all'indipendenza della gioia.**

*Indagine sulle comunità dell'Associazione Mondo X - Sardegna,
verso la nuova ricerca di Follow-Up.*

Relatore: Prof. Massimiliano NISATI

Correlatore: Prof. Sergio BOVI

Candidato:
Stefano GENNARI
Matricola: 1597EP20

A.A. 2022/2023

*C'è un amore che si incendia
Quando appena lo conosci
Un' identica fortuna
Da gridare a due voci
C'è un termometro del cuore
Che non rispettiamo mai
Un avviso di dolore
Un sentiero in mezzo ai guai*

(Cose che dimentico - Fabrizio De André)

Indice

| | |
|--|-----------|
| Introduzione | 4 |
| Capitolo I | |
| Origini e sviluppi dell'Associazione Mondo X - Sardegna..... | 12 |
| 1. Excursus socio-educativo all'interno del fenomeno della dipendenza..... | 18 |
| 1.1. <i>Evoluzione delle tossicodipendenze</i> | <i>18</i> |
| 1.2. <i>Interventi normativi.....</i> | <i>21</i> |
| 1.3. <i>L'Associazione all'interno del quadro normativo</i> | <i>24</i> |
| 2. Dalla Comunità di Vita alla Comunità terapeutica-riabilitativa..... | 28 |
| 2.1. <i>La Comunità di Vita: nascita e realizzazione di un progetto d'amore</i> | <i>29</i> |
| 2.2. <i>La Comunità di Vita: evoluzione e cambiamento, tra crisi e prospettive future.....</i> | <i>35</i> |
| 3. La Comunità terapeutica-riabilitativa: l'équipe educativa, osservazione multi-focale | 38 |
| Capitolo II | |
| Il Progetto educativo | 43 |
| 1. L'approccio antropologico e i rapporti necessari con la società..... | 43 |
| 1.1. <i>Le figure professionali</i> | <i>47</i> |
| 2. Le fasi del percorso..... | 48 |
| 2.1. <i>Cosa intendiamo per percorso comunitario riuscito</i> | <i>52</i> |
| 3. Offerta dei servizi per le dipendenze: dialogo tra pubblico e privato | 56 |
| Capitolo III | |
| Follow-up: lo stato dell'arte fino ad oggi e la nuova ricerca | 59 |
| 1. Recovery e follow-up | 61 |
| 1.1. <i>La precedente indagine di follow-up realizzata dall'Associazione Mondo X - Sardegna.....</i> | <i>63</i> |
| 1.2. <i>Descrizione del nuovo campione di ricerca.....</i> | <i>67</i> |

| | | |
|--------|---|------------|
| 2. | Percorso per l'elaborazione del nuovo questionario e metodologia di somministrazione..... | 69 |
| 3. | Descrizione del nuovo questionario | 77 |
| 3.1. | <i>Descrizione dell'elaborazione dei risultati del campione di riferimento ...</i> | 81 |
| 3.1.1. | <i>Caratteristiche demografiche e di background:</i> | 81 |
| 3.1.2. | <i>Caratteristiche dell'astinenza e tossicodipendenza</i> | 83 |
| 3.1.3. | <i>Valutazione del benessere: fisico, mentale, sociale e spirituale</i> | 88 |
| | Conclusione | 102 |
| | Bibliografia | 113 |
| | <i>Sitografia</i> | 117 |
| | Allegati | 122 |
| 1. | Lettera introduttiva al follow-up | 122 |
| 2. | Schema esplicativo del nuovo questionario..... | 123 |
| 2.1. | <i>Tabelle comparative dei valori.....</i> | 124 |
| 3. | Questionario per la nuova ricerca di follow-up..... | 128 |
| 3.1. | <i>Informazioni generali e introduttive</i> | 128 |
| 3.2. | <i>Scheda Anagrafica</i> | 129 |
| 3.3. | <i>Il tempo: prima e dopo il percorso comunitario</i> | 130 |
| 3.4. | <i>Il tempo: durante il percorso comunitario</i> | 142 |
| 3.5. | <i>Valutazione più attinente allo stato di benessere</i> | 150 |
| 3.6. | <i>Valutazione del questionario e del destinatario.....</i> | 152 |
| | Ringraziamenti | 154 |

Introduzione

Attualmente è possibile affermare con chiarezza che la costante evoluzione del fenomeno della dipendenza esige da parte delle differenti agenzie educative una seria riflessione; solo un fermarsi per poi ri-partire o come vedremo ri-fondare, permetterà alle ora presenti Comunità Terapeutiche o Pedagogiche Riabilitative di tracciare un chiaro orizzonte, in ascolto di quelli che sono i bisogni educativi-terapeutici.

I mutamenti che nel corso di questi ormai cinquant'anni si sono evidenziati hanno portato a rilevare come il contesto in cui si è chiamati ad operare sia fortemente cambiato in relazione all'utenza e alle modalità che vengono attuate nelle differenti realtà educative-riabilitative, portando all'evidenziarsi di un tempo di crisi che riguarda tutta la rete di relazioni e servizi volte al trattamento delle dipendenze.

Possiamo quindi affermare che oggi la società è verosimilmente una "società delle dipendenze", dove il dato altamente preoccupante non è riconducibile unicamente al vasto campo delle differenti forme di sostanze esistenti (dato questo fortemente in espansione e evoluzione), quanto a un modello e stile di vita che vuole apparire e affermarsi come "normale", ma che nella realtà sperimenta e fonda i presupposti per essere una società legata al "necessario consumo del superfluo".

È questo, dal nostro punto di vista, che ha reso la società anestetizzata e incapace a riconoscersi consumatrice di sostanze, dove non è più necessaria la discriminazione tra legale o illegale, quanto l'invito che vogliamo rivolgere, è quello di sentirsi chiamati a riconoscere una radice ben più profonda, che ha intaccato il nostro saper-essere. Per rieducare la realtà profonda dell'uomo, appunto il nostro saper-essere, è necessario fermarsi, capire e condividere per ritrovare luoghi e tempi che favoriscano una autentica e adeguata riflessione rispetto a ciò che lo precede, il sapere e il saper-fare. Solo dopo questi due

aspetti potremmo riappropriarci della dimensione esistenziale dell'uomo, riconoscendo con questo passaggio che è l'intera società che necessita oggi di una ri-educazione all'essere, in fondo all'esistenza.

Questo studio e ricerca, risponde proprio al desiderio di volersi fermare, per riflettere e descrivere l'evoluzione di questo fenomeno così complesso e vasto. Risponde inoltre a un desiderio più profondo di non permettere alla sola esperienza, di "fare da padrona", ma in un suo attento ascolto essere oggi raccontata e studiata per offrire una conoscenza degli eventi e di quello che è stato il cammino che l'Associazione Mondo X - Sardegna ha realizzato all'interno di un panorama regionale e nazionale nel corso di più di quarant'anni di vita.

Uno studio che in alcuni tratti vuole assumere quasi le vesti di un racconto, avendo in sé l'ardire di essere schietto e allo stesso tempo rispettoso di quelli che sono stati gli eventi "turbolenti", che hanno permesso oggi di rimanere in ascolto della fragilità dell'uomo con la vivacità di chi non si scoraggia a rimanere in "prima linea" rispetto a quelle che sono le difficoltà che si è chiamati ancora oggi ad ascoltare e affrontare.

Le comunità di recupero italiane, a partire dagli anni '70 fino ad oggi, hanno vissuto notevoli cambiamenti, sociali, istituzionali e normativi, questi hanno richiesto un notevole sforzo, al fine di attualizzare nuovamente i progetti educativi all'interno di un fenomeno che come già affermato viveva un profondo mutamento. È difficile rintracciare uno studio e allo stesso tempo un racconto di quello che è il processo di evoluzione che ha accompagnato realtà simili a quella da noi presa in considerazione; e questo è dato da due principali fattori: la vastità delle esperienze che sono presenti nel panorama italiano e la diversità delle singole proposte socio-educative.

Questo elaborato vuole provare ad essere una risposta a una comune e semplice domanda: cosa è avvenuto in questi quarant'anni di storia? È difficile, dare una risposta e questo elaborato non vuole avere la pretesa di offrire dei dati da estendere a carattere generale, ma ritengo che guardando a un dato particolare, si possa allo stesso tempo, descrivere e porre in evidenza alcuni passaggi, da ritenersi paradigmatici. Offrire uno studio, rispetto alla realtà di chi,

come l'Associazione Mondo X – Sardegna, opera da più di quarant'anni nel territorio italiano, lo ritengo un prezioso strumento offerto alla comunità accademica e scientifica da poter affiancare ai differenti studi anche recenti¹ riguardanti il fenomeno delle dipendenze e delle comunità terapeutiche.

Il testo, pertanto, vuole offrire uno studio rispetto alle realtà dell'Associazione Mondo X - Sardegna, partendo dal momento in cui è stata fondata, 26 gennaio 1980, fino al tempo presente, rintracciando in questo ampio arco temporale quelle che sono le linee evolutive che permettono alla stessa Associazione di continuare ancora oggi ad operare nel campo delle dipendenze.

Lo studio e lo sviluppo della realtà in esame è presentato in modo tale da inserirlo all'interno di quello che è stato il panorama nazionale, considerando il tempo in cui sorgevano le prime comunità di recupero, che si rifacevano tutte ad una ormai già consolidata esperienza europea.

Si è inoltre tenuto altamente in considerazione come la comunità è stata chiamata a confrontarsi con quello che è il piano normativo di riferimento, aspetto che necessariamente deve essere preso in considerazione, andando a delineare i confini entro i quali è possibile operare. Si è voluto evidenziare come l'evoluzione e cambiamento delle comunità sia direttamente connessa alla stessa evoluzione legislativa; e allo stesso tempo di come risulti urgente e necessario garantire un costante e reciproco dialogo tra le differenti parti (sociali, politiche, sanitarie, ecc.), responsabili dei processi educativi nei confronti dell'intera società.

L'itinerario evolutivo dell'Associazione e delle comunità ad essa correlate è stato analizzato e suddiviso in sei differenti archi temporali, volendo evidenziare per ciascuna fase temporale le principali caratteristiche, cercando, attraverso di queste, di offrire una sintesi delle dinamiche socio-educative che erano presenti sia all'interno della comunità che nel complesso rapporto tra la società e la necessaria rete di istituzioni presenti nel territorio. Il passaggio sempre più strutturato dalla allora “comunità di vita” a quella che attualmente è

¹ COLETTI M., GROSSO L., *La comunità terapeutica per persone tossicodipendenti*, Gruppo Abele, Torino, 2022.

definita “comunità terapeutica” è stato inserito all’interno di un processo che potremmo definire di resilienza, attento a rispettare i tempi del cambiamento nel desiderio costante di progettare futuro.

Il secondo capitolo, presenta le fondamenta educative del progetto, mettendo al centro il *background* della realtà educativa, ovvero ciò che ha mosso l’agire educativo, che si caratterizza col mettere al centro un antropocentrismo-educativo realizzato attraverso i caratteri ispirazionali e lo stile che tendono a realizzare la cura integrale dell’uomo. La cura si esprimerà nella capacità di riuscire a realizzare l’obiettivo del reinserimento sociale e lavorativo, che, forte di una autonomia promossa e verificata, getta le basi per riconoscere la società come contesto e ambiente inclusivo.

Questo obiettivo sarà reso possibile solo attraverso una rete di risorse sociali, promuovendo una fattiva integrazione tra il sociale, sanitario, culturale e relazionale, ambiti indispensabili per raggiungere le finalità del pieno inserimento e stabilizzazione nel lungo periodo.

Il terzo capitolo, risulta essere una concreta proposta che va a predisporre le basi per un successivo e importante progetto di ricerca, relativo al follow-up che la stessa Associazione Mondo X - Sardegna potrà realizzare nella speranza di riuscire a ottenere un quadro di ricerca completo di tutti i quarant’anni vissuti.

L’intero elaborato è volto pertanto alla presentazione di un nuovo questionario, necessario per la realizzazione della ricerche di follow-up, prefiggendosi tre obiettivi principali: il primo, quello di promuovere una nuova ricerca di follow-up all’interno delle comunità terapeutiche a partire dalla precedente ricerca di follow-up della stessa Associazione Mondo X - Sardegna², con una nuova e più ricca intenzione di indagare il valore e grado di benessere presente nella persona al momento della somministrazione del test, evidenziando cinque principali aree di interesse: la determinazione del valore

² COIS A., GANADU L., MORITTU S., *Uno studio di Follow-up su 545 eroinomani ammessi in comunità residenziale tra il 1980 e il 1992, Bollettino per le Farmacodipendenza e L'Alcool*, Anno XVIII, n° 3, 1995.

riguardante la totale assenza e astinenza³ da assunzione di sostanza e ludopatia (nel lungo periodo); la ricerca del benessere secondo quattro indicatori; quello fisico, mentale, sociale e spirituale. Ponendo una particolare attenzione al carattere di novità che il questionario propone nel voler indagare il benessere spirituale, che, posto in relazione ai precedenti, amplia e integra la visione olistica dell'uomo nella sua dimensione complessiva.

Il secondo obiettivo è dato dalla possibilità e ambizione che il questionario sia proposto come strumento di riferimento per successivi studi, nella possibilità di poter arrivare a una somministrazione più estesa che oltrepassi le buone intenzioni delle singole comunità, ma si prefigga di mirare a una ricerca trasversale, avendo come progetto quello di riuscire a offrire e incidere in maniera positiva sull'agire educativo, all'interno del vasto settore delle dipendenze, che risulta ancora troppo poco luogo di ricerca.

Il terzo obiettivo mira a confermare l'ipotesi in merito alla possibilità che il questionario riesca a rilevare e rivelare l'evoluzione della comunità, andando così ad evidenziare attraverso un dato scientifico, quello che risulterebbe almeno dal punto di vista statistico, il periodo di tempo in cui il progetto sia stato maggiormente fedele ai suoi obiettivi precedentemente descritti.

La stessa Associazione già nel 1995⁴ pubblicò (attraverso l'Istituto Superiore di Sanità) una sua prima e importante ricerca e l'auspicio che questo studio si prefigge è quello di porre le basi per avviare e concludere un secondo e sicuramente più impegnativo lavoro di ricerca, consapevoli che in questi trent'anni il fenomeno è fortemente mutato e risultava necessario un approfondimento sistematico della realtà per meglio comprendere i dati che successivamente verranno raccolti.

Per impostare una nuova ricerca di Follow-up, si è pertanto scelto di partire da questo precedente studio; solo in seconda battuta si è affiancato a quelle che sono le ricerche sulle comunità terapeutiche fino ad oggi realizzate, ponendo una particolare attenzione alla situazione italiana.

³ Possiamo definire brevemente il termine astinenza, come il raggiungimento di un comportamento abituale volto al nessun utilizzo di sostanze stupefacenti né abuso di alcool.

⁴ COIS A., GANADU L., MORITTU S., *Uno studio di Follow-up su 545 eroinomani ammessi in comunità residenziale tra il 1980 e il 1992, cit., passim.*

La precedente e già citata ricerca di follow-up ha offerto certamente un buon punto di partenza, offrendoci un questionario⁵ che è stato di riferimento e fondamento alla realizzazione del nuovo questionario. Questo a sua volta è stato studiato e confrontato ponendogli accanto altri questionari, quelli tra i principali presenti in letteratura, assicurandosi che tutti fossero volti alle stesse o simili finalità di ricerca. Questo lavoro ha permesso la realizzazione del nuovo questionario, che qui viene presentato, nella capacità di riuscire a tenere in considerazione da una parte gli stessi ambiti della precedente ricerca, così da poter essere in futuro confrontabile e allo stesso tempo si è scelto di implementarlo con nuove e riteniamo importanti aree di ricerca, perché mossi dal desiderio di approfondire e meglio comprendere il fenomeno delle dipendenze. La realizzazione del questionario, nella sua forma definitiva, è stata preceduta da un tempo in cui abbiamo scelto di somministrare il test a un campione ristretto di utenti a noi più vicini e con la disponibilità di offrirci dei feedback per meglio realizzare e comporre il questionario. Questo primo step di lavoro ha impiegato circa sei mesi di tempo, includendo nella ricerca lo studio dei principali questionari di follow-up presenti in letteratura.

A partire dal 1 gennaio 2022 abbiamo iniziato a somministrare il questionario a un campione di riferimento di 70 utenti: coloro che hanno risposto sono da ritenersi un campione casuale, all'interno dell'intera popolazione di riferimento della ricerca. Ma va altresì valutato che coloro che hanno risposto e quindi vanno a comporre il campione di riferimento, risultano essere le persone che evidentemente sono risultate maggiormente sensibili e vicine alla stessa proposta. È da sottolineare poi, che, verosimilmente, gli stessi che hanno risposto a questo primo iniziale contatto risultino essere in una situazione di maggiore stabilità, attestando positivamente gli effetti del percorso comunitario intrapreso.

Questo ci ha permesso di estrapolare due principali e reali dati inerenti la stessa ricerca: il primo, quello già annunciato di rimodulare e modificare gradualmente alcuni items; il secondo, che l'estrapolazione di questi primi dati

⁵ CANCRINI L. et al., *La cartella clinica nel servizio per tossicodipendenti: verso una razionalizzazione degli interventi*, *Marginalità e Società*, 3,1987.

in relazione al campione di riferimento, ci permettono di validare e verificare se effettivamente il questionario risponde con coerenza e attendibilità alle ipotesi di ricerca.

A questo riguardo si è presentata una prima elaborazione dei dati, non avendo questa area tematica l'ardire di essere una ricerca esaustiva rispetto al generale aspetto statistico. Ci teniamo a sottolineare in questa sede che lo studio in riferimento ai trent'anni, andrà valutato nella successiva fase di ricerca di follow-up, prevista al di fuori di questo itinerario formativo. Si può nonostante questo evincere che la somministrazione del questionario e la lettura dei dati estrapolati permetta già in questa fase di evidenziare e sostenere che il questionario riesca a estrapolare le aree di interesse, verificandone la loro efficienza nella rilettura del dato e nella prassi metodologica.

Il testo nella sua globalità vuole offrire al lettore tre principali spunti di riflessione e allo stesso tempo raggiungere tre obiettivi: il primo, quello di poter attivare processi che portino a riflettere sull'agire educativo, riuscendo a collocarlo all'interno di un panorama storico, in continua evoluzione, in un quotidiano agire educativo della comunità, nella capacità di attuare e evolvere il progetto educativo che viene proposto.

Il secondo obiettivo si prefigge di proporre un questionario di riferimento per la nuova ricerca di follow-up che l'Associazione Mondo X - Sardegna, potrà successivamente avviare; e allo stesso tempo proporre lo stesso questionario ad altri differenti progetti presenti nel territorio (regionale e nazionale) per un confronto su dati comuni.

Questo perché, nel corso degli anni, si è incrementata e incentivata la ricerca nel campo delle dipendenze; tanto che ogni anno il Dipartimento delle Politiche anti-droga del Consiglio dei Ministri pubblica importanti dati attraverso la Relazione al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia.

Allo stesso tempo, tuttavia, non si è ancora arrivati a una ricerca che consenta di uniformare i dati raccolti. Non riuscendo in questa importante azione di ricerca, si percepisce sempre più come la comprensione del fenomeno delle dipendenze risulti sempre più complessa e di difficile interpretazione.

Infine, il terzo obiettivo mira a evidenziare quanto il raggiungimento e il mantenimento del benessere fisico, mentale, sociale e spirituale, in coloro che concluso positivamente il cammino comunitario, siano da considerarsi gli aspetti che delineano la buona riuscita dell'uscire stabilmente dalla dipendenza. All'interno di questo aspetto si svilupperà e sosterrà l'importanza e la centralità che il valore del benessere legato alla spiritualità sia da considerarsi primario e fondativo, tanto da orientare il vissuto della persona nel suo agire responsabile.

La sfida è quella di attivare processi riflessivi e pratici, riguardanti il futuro delle comunità terapeutiche, stimolando e invitando alla realizzazione di luoghi e spazi di ricerca, utili alla comunità accademica e scientifica. Con la finalità ultima di offrire a coloro che operano nel settore delle dipendenze, il continuare responsabilmente e efficacemente a svolgere quel prezioso servizio di ascolto e accoglienza volto sempre a "riuscire" nell'obiettivo del reinserimento sociale e lavorativo.

Capitolo I

Origini e sviluppi dell'Associazione Mondo X - Sardegna

*“Nel mezzo c'è tutto il resto
e tutto il resto è giorno dopo giorno
e giorno dopo giorno è
silenziosamente costruire
e costruire è sapere
è potere rinunciare alla perfezione”.*
(Costruire - Niccolò Fabi)

L'origine dell'Associazione Mondo X - Sardegna risale al gennaio del 1980, ed è il frutto di una intuizione che ha radici nel decennio precedente, nella ricerca che coinvolse parte dei francescani⁶ italiani mossi dal desiderio di condividere la realtà dei “nuovi poveri” e cercare così di incidere positivamente sulla vita, all'interno di un processo che potremmo ben definire di coscientizzazione⁷.

Le prime Comunità Terapeutiche⁸ per persone affette da disturbi correlati a sostanze, sono sorte negli Stati Uniti a partire dagli anni '60, configurandosi

⁶ L'Ordine dei Frati Minori, fondato da San Francesco d'Assisi, è un istituto religioso maschile di diritto pontificio, presente in varie parti del mondo e articolato in “province” in base al territorio di appartenenza. In questo frangente facciamo riferimento alla Provincia della Lombardia e ad alcuni frati ad essa appartenenti.

⁷ FREIRE P., *Pedagogia degli oppressi*, Edizioni Gruppo Abele, Le staffette, Torino, 2021, p. 121.

⁸ La definizione di Comunità Terapeutica appare oggi fin troppo generica per descrivere la vasta ed eterogenea offerta terapeutica, caratterizzata da progetti residenziali a breve e a lungo termine, così come da programmi di trattamento diurno e ambulatoriale. Questa molteplicità di percorsi di cura risponde a una più articolata domanda di servizi rivolta da parte dei clienti/ospiti: le richieste rivolte ai professionisti delle CT, in precedenza primariamente incentrate sull'appagamento di bisogni primari fondamentali (l'accoglienza, l'alimentazione, l'igiene e l'assistenza di base), o sul contenimento sociale degli ospiti, sono diventate più complesse e specifiche (trattamenti mirati, programmi riabilitativi, verifica della qualità e dell'efficacia dei servizi svolti), esigendo l'integrazione nell'ambito della CT di diverse competenze e professionalità

fin da subito come radicale alternativa rispetto ai trattamenti convenzionali allora esistenti, più incentrati sulla dimensione ambulatoriale-sanitaria.

Le prime comunità si fondarono sui principi dell'auto-aiuto e del mutuo supporto⁹. Il movimento comunitario americano, ha esercitato una notevole influenza sull'approccio europeo per la gestione del problema delle dipendenze, sia sotto il profilo dei metodi di trattamento adottati nelle prime esperienze residenziali, sia rispetto all'iniziale concettualizzazione del dibattito sulle droghe e le dipendenze¹⁰.

Per comprendere effettivamente l'origine dell'associazione Mondo X - Sardegna, bisogna partire dall'intuizione di padre Eligio Gelmini¹¹, francescano dell'Ordine dei Frati Minori dell'allora Provincia della Lombardia¹², che da anni era già impegnato a tempo pieno, con l'organizzazione Mondo X¹³, sul fronte della lotta alla droga e dell'emarginazione giovanile.

⁹ DE LEON G., *The Therapeutic Community: theory, model and method*. Springer Publishing Company, New York, 2000, *passim*.

¹⁰ BROEKAERT E, COLPAERT K, VEERLE SOYEZ V, ET AL., *Transatlantic Dialectics: A Study on Similarities and Dissimilarities in Approaches to Substance Abuse Problems in the United States and Europe*, in THERAPEUTIC COMMUNITIES, vol 28, no. 1, 2007, pp. 33-34.

¹¹ Padre Eligio (Angelo Gelmini), nato a Bisentrato (MI) il 17 luglio 1931, è un presbitero italiano, appartenente all'Ordine dei Frati Minori. Fratello minore di un altro ecclesiastico, Pierino Gelmini, fondatore delle "Comunità incontro". Eligio divenne francescano del Convento di Sant'Angelo a Milano; nel 1964 fondò a Milano il primo "Telefono Amico" e, nel 1974, la prima comunità per il recupero dei tossicodipendenti, Mondo X, divenuta poi una rete di comunità.

¹² All'interno dell'Ordine dei Frati Minori le Province del Nord Italia, di Cristo Re (Emilia-Romagna), di S. Antonio (Veneto e Friuli Venezia Giulia), di S. Bonaventura (Piemonte), di S. Carlo Borromeo (Lombardia), del S. Cuore della BV Maria (Liguria), di S. Virgilio (Trentino) hanno costituito una nuova Provincia, il cui nome è Provincia S. Antonio dei Frati Minori.

¹³ In un mondo tornato pagano non c'è più posto per Dio e perciò per l'Uomo. Nella riedificata cultura di Babele irrompe il caos, la violenza, la morte senza lutto. Tutti contro tutto.

Su queste considerazioni nel 1961 Padre Eligio, accende un sogno, "Mondo X", per riportare l'Uomo al centro del mondo come lo ha voluto Dio.

Un Uomo che canti al suo Signore, che ami ogni suo fratello con piena dilezione. Un Uomo che ricostruisca il paradiso distrutto dalla cecità degli uomini, un Uomo che non perda la memoria del bene. Un Uomo che ami la solitudine: "lo spazio di Dio" da dove soltanto può venire la vita.

(Branco tratto da: <https://www.mondox.it/defaultstoria.html>)

Padre Eligio, nell'ottobre del 1978, scrisse una lettera aperta a tutti i Superiori religiosi delle Province italiane dei Frati Minori e al Superiore generale dell'Ordine¹⁴; ne riportiamo un brano significativo:

"... solo ora, dopo vent'anni di lavoro in campo giovanile, mi permetto di sottoporle alcune conclusioni maturate in questi anni travagliati e difficili e però tremendamente attuali. Sono tutti gli anni della mia Ordinazione nei quali ho potuto assistere, conoscere, studiare ed avvalermi di oltre 35.000 giovani in Milano e molti altri in Italia e nel mondo.

Proprio perché tutto quanto da me fatto, al di là di ogni polemica, è stato possibile per la forza datami dalla vocazione francescana, ritengo giusto e urgente confidare nelle Sue mani una situazione drammatica e una proposta che appare indilazionabile...

Visto lo svuotamento dei conventi; viste le difficoltà di trovare l'identificazione della nostra pastorale; (...) perché ogni "Provincia" Francescana italiana non mette a disposizione del problema della droga uno di quei tanti conventi di campagna e due fratelli che si dedichino a questo problema?¹⁵"

Padre Eligio andava a questua di conventi abbandonati, inutili e inutilizzabili, ma soprattutto di uomini. Ricercava e chiedeva urgentemente la disponibilità di qualche frate; uomini, già consacrati, magari sacerdoti, che potessero spendere il loro tempo e interesse per rispondere all'urgente problema della dipendenza, che da lì a pochi anni sarebbe diventato problema nazionale, conosciuto anche attraverso le reti mediatiche.

Proponeva una ridefinizione e riqualificazione degli spazi conventuali, nel contesto di una *vision* e una *mission* nuovi, derivanti dall'ascolto dei "segni dei tempi", del grido che proveniva dalle periferie esistenziali¹⁶, per permettere a quel grido di non rimanere sordo o inespresso, ma al contrario diventare vivo e vicino alle orecchie di tutti. Era davvero una novità di quei tempi.

¹⁴ P. Constantin Koser fu generale dell'Ordine dei frati Minori dal 1965 al 1979.

¹⁵ <http://www.mondoxsardegna.it/index.php/storia-di-mondox-sardegna>.

¹⁶ FRANCESCO, Esortazione Apostolica Evangelii Gaudium, in https://www.vatican.va/content/francesco/it/apost_exhortations/documents/papa-francesco_esortazione-ap_20131124_evangelii-gaudium.html, n° 14. 51. 108.

Come nella profezia di Ezechiele¹⁷, l'intuizione di Padre Eligio ridiede vita non solo a splendidi conventi, ma anche e soprattutto a centinaia di giovani usciti dalla schiavitù della droga.

I frati francescani di Sardegna, nella persona di Padre Dario Pili, allora Ministro provinciale, raccolsero la provocazione di Padre Eligio decidendo di destinare il Convento di San Mauro a Cagliari quale sede della prima Comunità e scelsero Padre Salvatore Morittu¹⁸ come responsabile del progetto di aiuto.

Con l'impegno suo e di alcuni volontari, l'antico convento di San Mauro entrò a far parte dello spirito di "Mondo X" e dal 26 gennaio del 1980 divenne la prima Comunità per tossicodipendenti della Sardegna; insieme ad essa sorse anche il primo Centro di Accoglienza con la possibilità di filtrare ed accompagnare i ragazzi che ad esso si rivolgevano.

Il convento riprese vita, i ragazzi che entravano in Comunità ritrovavano tutta la creatività e la forza della loro giovinezza. I lavori fervevano, la casa si trasformava ogni giorno, pur rimanendo fedele a se stessa, ai suoi quasi quattro secoli di vita. Di giorno in giorno la Comunità si dava delle regole e si strutturava, senza rinchiudersi in schemi rigidi; i ragazzi e le ragazze bussavano alla porta del convento chiedendo aiuto ma offrendo insieme la novità della loro vita; i volontari che la sostenevano, tra le tante difficoltà e pregiudizi, si facevano provocare da quei ragazzi disperati e si mettevano ogni giorno in discussione.

Era nata una famiglia, un po' strana forse, fondata, più che su ruoli, distinzioni, incarichi, professionalità, su due idee-pilastri di fondo: amore (condivisione) e progetto. Stava nascendo un progetto, elemento essenziale che contraddistingue ogni azione educativa. Da allora la famiglia non si è estinta, anzi si può affermare che è cresciuta, molti giovani ed anche "meno

¹⁷ Ez 37, 1-28.

¹⁸ Francescano dell'Ordine dei Frati Minori, sacerdote dal 1972, laureato in Teologia Biblica e in Psicologia; nel 1980 ha fondato a Cagliari la prima comunità in Sardegna per i tossicodipendenti (fondatore e presidente di Mondo X – Sardegna). Ha al suo attivo anche numerosi progetti di prevenzione e ricerche sulle dipendenze. Nel 2021 ha inoltre ricevuto l'importante Onorificenza al Merito della Repubblica Italiana dal Presidente della Repubblica Sergio Mattarella come Commendatore; è un riconoscimento dei suoi sforzi per più di quarant'anni nel sociale attraverso l'Associazione Mondo X - Sardegna.

giovani”, accomunati da problematiche legate alla dipendenza, hanno bussato alla porta della Comunità e sono stati accolti.

Nel corso degli anni le Comunità sono cresciute di numero, nel 1982 con l'apertura della Comunità di S'Aspru, all'interno di un contesto agro-pastorale nelle vicinanze di Siligo (SS), in una casa messa a disposizione dell'allora Arcivescovo di Sassari Monsignor Paolo Carta; nello stesso anno venne aperto il secondo Centro di Accoglienza a Sassari, presso i locali del Convento S. Antonio, sempre di proprietà dei Frati Minori della Sardegna. Nel 1985 nacque la Comunità Campu 'e Luas, all'interno del territorio di Uta (CA), in una struttura di proprietà della Regione Sardegna, e infine nel 1998 prese vita la Casa Famiglia S. Antonio Abate a Sassari, per rispondere al dramma di coloro che all'interno delle comunità, ad iniziare dal 1985, si scoprivano malati di Aids (il 52% dei residenti delle comunità), per contrastare l'infezione, con nessuna terapia ancora conosciuta.

A distanza di poco tempo dall'apertura della Comunità di San Mauro, nel 1981 si attivò un processo prodromico all'istituzione di quella che attualmente conosciamo come Associazione Mondo X - Sardegna. Padre Salvatore, intuendo alcune necessità di carattere educativo, dopo un congruo tempo di “apprendistato”, decise di muoversi con maggiore libertà e aderenza a quelle che erano le sue competenze professionali, intuendo la necessità di aggiornare alcuni riferimenti educativi.

Parallelamente, la Provincia sarda dei Frati Minori assumeva quest'opera caritativa come parte della propria identità e missione.

Nel 1984 i frati e con loro i volontari, formalizzarono la creazione dell'Associazione Mondo X - Sardegna, che, acquistando negli anni successivi la personalità giuridica e lo status di Organizzazione Non Lucrativa di Utilità Sociale (ONLUS) (oggi Ente del Terzo Settore - “ETS”), portò gli stessi membri a separarsi dall'Associazione Mondo X, guidata da Padre Eligio, con cui restò aperto un dialogo volto alla condivisione delle rispettive esperienze.

L'Associazione rimase saldamente ancorata ai valori cristiani e francescani nel compimento del servizio, nel modo di vivere e relazionarsi con le persone e nella realizzazione della stessa comunità¹⁹.

Al centro dell'opera di Mondo X – Sardegna è posto l'Uomo, creato da Dio e fatto a sua immagine, che va amato, difeso, educato, promosso nella sua dignità e libertà.

L'Associazione opera nel campo del disadattamento e dell'emarginazione sociale, svolgendo un'azione concreta a favore di persone con gravi problemi di disagio e di dipendenza di qualsiasi genere. Collabora inoltre con le famiglie o i referenti delle persone residenti nelle sue strutture allo scopo di responsabilizzarle e coinvolgerle nel cammino educativo, organizzando una vera e propria rete educativa.

L'Associazione nel corso degli anni ha cercato di svolgere anche un'attività culturale e di ricerca scientifica, con l'obiettivo di affrontare con strumenti sempre più efficaci e aggiornati i problemi del disagio giovanile, del disadattamento e dell'emarginazione²⁰. Per questo ha costituito un Centro Studi e Ricerche, che è impegnato anche in interventi di prevenzione e di corretta informazione sul territorio, nonché in attività culturali e di formazione. Mondo X - Sardegna si propone infine di svolgere un'azione di *empowerment* sociale in dialogo con enti e istituzioni, siano esse pubbliche o private, nel rispetto del principio della sussidiarietà²¹, della pari dignità e rispettive competenze.

¹⁹ Associazione Mondo X - Sardegna, "Statuto", 2022. In: <http://www.mondoxsardegna.it/index.php/statuto>.

²⁰ È possibile consultare nel sito della stessa associazione, quelle che sono state le numerose ricerche e studi affrontati: <http://www.mondoxsardegna.it/index.php/studi-e-ricerche>.

²¹ Il Catechismo della Chiesa Cattolica al numero 1883 afferma che:
Un intervento troppo spinto dello Stato può minacciare la libertà e l'iniziativa personali. La dottrina della Chiesa ha elaborato il principio detto di sussidiarietà. Secondo tale principio, «una società di ordine superiore non deve interferire nella vita interna di una società di ordine inferiore, privandola delle sue competenze, ma deve piuttosto sostenerla in caso di necessità e aiutarla a coordinare la sua azione con quella delle altre componenti sociali, in vista del bene comune».
La Costituzione italiana soltanto con la riforma del titolo V della parte II nell'anno ha introdotto tale principio nell'art. 118 affermando: "Le funzioni amministrative sono attribuite ai Comuni salvo che, per assicurarne l'esercizio unitario, siano conferite a Province, Città metropolitane, Regioni e Stato, sulla base dei principi di sussidiarietà, differenziazione ed adeguatezza. [...] Stato, Regioni, Città metropolitane, Province e Comuni favoriscono l'autonoma iniziativa dei cittadini, singoli e associati, per lo svolgimento di attività di interesse generale, sulla base del principio di sussidiarietà".

1. *Excursus* socio-educativo all'interno del fenomeno della dipendenza

Possiamo affermare che le comunità residenziali, che come la Comunità di S'Aspru – Siligo, (SS) hanno vissuto questo processo di cambiamento e evoluzione, sono state chiamate non solo a recepire e ad adeguarsi a una legislazione che "imponesse" bonariamente un ripensamento del progetto educativo, ma siano state chiamate a vivere al loro interno una revisione strutturale del progetto stesso. Uno sviluppo per alcuni aspetti doloroso, dove i principi ispirazionali rischiavano di essere traditi, a favore di un processo di ascolto e rinnovamento che il legislatore e la componente socio-politica desideravano avvenisse.

1.1. Evoluzione delle tossicodipendenze

Indubbiamente coloro che operavano nel campo delle dipendenze, rispondendo a quelle prime istanze che risalgono agli inizi degli anni '60-'65, si trovarono a essere già protagonisti negli anni subito successivi, a metà degli anni '70, perché chiamati e riconosciuti capaci di analizzare e comprendere il particolare fenomeno delle dipendenze. Coloro che attivarono questo processo di riflessione e valutazione, si accorsero come il fenomeno stesso era destinato a mutare, anche nel breve periodo, riscontrando all'interno delle singole realtà che ben conoscevano (le prime comunità di vita) un complesso mutamento di quelli che ipoteticamente erano i primi paradigmi orientativi che riguardavano la tematica dell'abuso di sostanze psicoattive. Il fenomeno delle dipendenze, fin dai suoi esordi, si trovò all'interno di un processo di trasformazione caratterizzato e incentivato dall'insorgere di nuove sostanze, portando con esse nuove forme e modalità di consumo e allo stesso tempo un forte e profondo cambiamento nel "vivere" la dipendenza²². In maniera estremamente sintetica

²² BARONCINI P., DIONIGI A, *Vecchie e nuove dipendenze. Manuale multidisciplinare*, Clueb, 2010, 33-71.

penso di poter indicare tre grandi processi all'interno di tre differenti contesti storici:

- il primo, all'inizio dell'eclatante fenomeno delle dipendenze, tra la fine degli anni '60 e i primi anni '70, a cui potremmo associare questo slogan: "*mi drogo, perché contesto*". Erano gli anni, almeno in Italia, in cui si accendevano i fuochi della rivolta e della contestazione studentesca, sociale e politica, attraverso il movimento del Sessantotto. La tossicodipendenza riguardava principalmente l'uso dell'eroina che, rimaneva strettamente connessa a un forte ideale di coesione sociale, che naturalmente svaniva quando la dipendenza conduceva alla solitudine e all'emarginazione sociale.
- Un secondo tempo, che si caratterizza dal *boom* delle sostanze, in modo particolare l'avvento della cocaina; si entra negli anni '90, la dipendenza non è più legata a un contesto sociale, di contestazione, di rivolta, è connessa strettamente al piacere. Possiamo pertanto sintetizzare in questo modo questo periodo: "*mi drogo, perché mi piace!*". Non è questa un'affermazione da sottovalutare, ogni dipendenza è caratterizzata da questo passaggio, dalla ricerca costante del piacere, del voler oltrepassare i limiti della stessa capacità umana, attraverso l'autostimolazione del rilascio di dopamina nel sistema nervoso centrale.
- Il terzo tempo, quello contemporaneo, è strettamente connesso alla ricerca della felicità, posto all'interno di un individualismo che nel corso degli anni è diventato espressione di un ormai comune fenomeno di auto-realizzazione; portando ad affermare e legare la dipendenza alla ricerca della felicità, ma attraverso una sua negazione: "*mi drogo, perché sto male!*", o "*mi drogo, per essere felice!*", diventando la felicità o meglio, il disagio e malessere sociale e personale, l'elemento scatenante e iniziatico della dipendenza.

I primi decenni del nuovo millennio sono caratterizzati da un processo estremamente complesso e articolato; le sostanze hanno ormai una facile diffusione e reperibilità e la molteplicità delle stesse ha portato al fenomeno dei

poliassuntori, con la propensione all'uso di più di una droga o tipo di sostanza da parte del medesimo individuo, consumate contemporaneamente oppure in sequenza²³. Inoltre, nel corso di questo ventennio, sono in forte aumento le certificazioni di “doppia diagnosi” o “comorbidità”, che sono la coesistenza nel medesimo individuo di un disturbo dovuto al consumo di sostanze psicoattive e un altro disturbo psichiatrico o dipendenza non correlate all'utilizzo di sostanze come il gioco d'azzardo patologico, il sex addiction, lo shopping compulsivo o la “new technologies addiction” (dipendenza da TV, internet, social network, videogiochi...)²⁴.

È necessario inoltre evidenziare l'abbassamento della soglia dell'età in cui la dipendenza viene a essere definita “conclamata”²⁵ e, allo stesso tempo, il grave ritardo con cui si presentano le richieste di aiuto. Questo dato, altamente preoccupante, evidenzia l'abbassarsi dell'età anagrafica in cui i giovani non solo entrano a contatto con le sostanze o mettono in atto comportamentali che portano a sviluppare maggiormente una dipendenza, ma allo stesso tempo seppur la presa incarico sta arrivando a soglie anagrafiche considerevoli (≤ 14 anni), si verifica un dato a questo opposto, cioè il protrarsi della dipendenza per lunghi anni ed arrivare così a una dipendenza conclamata che si prolunga per lunghi anni. Questo dato porta ad evidenziare un innalzamento anagrafico

²³ Come da definizione contenuta nel lessico dell'OMS (2018).

²⁴ PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI, *Relazione annuale al Parlamento sul fenomeno delle Tossicodipendenze in Italia*, (2023), in Dipartimento Politiche Antidroga: <https://www.politicheantidroga.gov.it/media/ix0b0esf/relazione-al-parlamento-2023.pdf>, XI-XIX, *passim*.
Cf. RIGLIANO P., *Doppia diagnosi*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2015, *passim*.

²⁵ Dalla *Relazione annuale al Parlamento sul fenomeno delle Tossicodipendenze in Italia* del 2023 si evince che nel 2022 che i nuovi utenti sono più giovani: il 74% ha tra i 20 e i 49 anni, il 18% ha più di 49 anni e l'8% ha meno di 20 anni, contro rispettivamente il 63%, 36% e 1% circa degli utenti già in carico. Inoltre nel corso degli anni, in Italia si registra un progressivo invecchiamento degli utenti in trattamento presso i SerD: aumenta la quota degli assistiti di oltre 39 anni di età che dall'11% del 1999 passa al 63% nell'ultimo anno, e parallelamente diminuisce quella riferita agli utenti più giovani.

È altresì importante tenere conto che nell'ultimo anno, l'età delle persone in trattamento risulta pari a 42 anni, con quella riferita all'utenza femminile che risulta inferiore di circa 2 anni rispetto a quella maschile. I nuovi utenti risultano essere mediamente più giovani di 7 anni rispetto a quelli già in carico, differenza che risulta sostanzialmente la medesima considerando il genere. Le tendenze evidenziate dall'analisi dell'età media confermano il progressivo invecchiamento delle persone in trattamento: tra i nuovi utenti l'età media è aumentata di circa 8 anni (da 28 a 36 anni dal 1999 al 2022) e tra gli utenti già in carico di circa 12 anni (da 31 a 43 anni).

medio nella presa in carico da parte dei servizi pubblici e privati per le dipendenze, in modo particolare per quelli che offrono un programma terapeutico-riabilitativo residenziale²⁶.

Questi dati, permettono di esplicitare alcuni importanti processi che le comunità della Associazione Mondo X - Sardegna hanno vissuto lungo questi quarantatré anni.

1.2. Interventi normativi

Negli anni Novanta, l'epoca dell'anomia delle comunità terapeutiche giunse a una conclusione definitiva. Le strutture, inizialmente caratterizzate da una maggiore flessibilità nella gestione, furono sottoposte a un rigoroso controllo regolamentare. Questo cambiamento si inserì in un contesto più ampio in cui l'effetto devastante dell'AIDS tra le persone tossicodipendenti si manifestò in tutta la sua crudezza, richiedendo risposte più strutturate e coordinate.

In parallelo a queste sfide, il Testo Unico 309/90²⁷ rappresentò un primo passo significativo verso la costruzione di un sistema nazionale integrato nel campo delle dipendenze. Questa legislazione fornì le prime linee guida per stabilire una complementarietà efficace tra i servizi pubblici ambulatoriali e le diverse tipologie di strutture residenziali e diurne. Tale approccio integrato ebbe lo scopo di migliorare l'efficacia delle cure offerte e garantire una risposta più adeguata alle esigenze complesse dei pazienti.

Un ulteriore avanzamento in questo percorso fu rappresentato dall'importante Atto di Intesa Stato-Regioni, sancito dalla Legge 162/1998.

²⁶ PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI, *Relazione annuale al Parlamento sul fenomeno delle Tossicodipendenze in Italia*, (2023), cit., p. 307-370.

MINISTERO DELL'INTERNO, *Relazione Annuale della Direzione Centrale per i Servizi Antidroga 2023 su dati 2022*, in Direzione Centrale per i Servizi Antidroga: <https://antidroga.interno.gov.it/wp-content/uploads/2023/06/Relazione-Annuale-2023-dati-2022.pdf>, *passim*.

²⁷ DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA del 9 ottobre 1990, n. 309 - Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza, in Gazzetta Ufficiale: <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1990/10/31/090G0363/sg>.

Questo atto istituì un quadro normativo che favoriva la collaborazione tra il governo centrale e le regioni, mirando a coordinare gli sforzi nel settore delle dipendenze. La Legge 162/1998 si configurò come uno strumento chiave per la definizione di politiche integrate e sinergiche, unendo le risorse e le competenze delle diverse istanze amministrative per affrontare in modo più efficace le sfide legate alle dipendenze.

Questi sviluppi normativi e istituzionali degli anni '90 hanno contribuito a plasmare il panorama delle cure per le persone con problemi di dipendenza, stabilendo una base più solida per l'implementazione di strategie preventive e terapeutiche più efficaci a livello nazionale.

Successivamente furono importanti, ai fini di un effettivo processo evolutivo, gli anni tra il 1999 e il 2005, che videro lo stato, i differenti enti e associazioni pubbliche dialogare con il privato-sociale, attivando un processo che trovò la sua esplicitazione nella legge n. 45 del 18 febbraio 1999²⁸. All'interno di questa legge sono stabiliti differenti interventi che a vari livelli e modalità interessano enti pubblici e privati. A questa legge si affianca la legge n. 328 dell' 8 novembre del 2000; le due leggi andranno a porre le fondamenta di quelli che saranno i successivi accordi che le singole Regioni stabilirono con lo Stato²⁹.

La Regione Sardegna, all'interno di una politica integrata e percependo l'urgenza di un intervento nella lotta alla droga, nel 2005 ha emanato la Delibera n. 44/9 del 20 settembre, promuovendo il recepimento dell'Atto di intesa Stato-Regioni relativo alla determinazione dei requisiti minimi standard per l'autorizzazione al funzionamento e per l'accreditamento dei servizi privati di assistenza alle persone dipendenti da sostanze di abuso³⁰.

²⁸ NORMATTIVA, *Legge 18 febbraio 1999, n. 45*, in Normativa: https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjf-NzQtID8AhXR_rslHZHfCPgQFnoECA4QAQ&url=https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:legge:1999:45&usg=AOvVaw05BGKOL2lQcvOM1NmN07DB, *passim*.

²⁹ GAZZETTA UFFICIALE DELLA REPUBBLICA ITALIANA, *Legge 8 novembre 2000, n. 328*, in Gazzetta Ufficiale: <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2000/11/13/000G0369/sg>, *passim*.

³⁰ REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA, *Deliberazione n. 44/9 del 20.9.2005*, in Regione Autonoma della Sardegna: https://www.regione.sardegna.it/documenti/1_45_20050920133731.pdf, *passim*.

La delibera tiene in conto le criticità riscontrate nel 2004³¹:

- l'aumento del numero di inserimenti nelle comunità terapeutiche (con un incremento pari al 6,7% rispetto al 2003 e al 7,9% rispetto al 2002);
- la riduzione, pari al 12,6% rispetto al 2003 e al 6,2% rispetto al 2002, del numero di utenti in trattamento presso i Sert;
- l'aumento delle persone che utilizzano sostanze di abuso e che non fanno alcun riferimento al sistema dei servizi per le tossicodipendenze pubblico e privato sociale.

La finalità della delibera è stata quindi quella di curare maggiormente, seppur in termini generali, la connessione e la rete tra le strutture, sia pubbliche che private, poiché si è osservato come a fronte dell'aumento nella variabilità delle tipologie di dipendenza e dei *pattern* comportamentali correlati, non si è verificata una diversificazione delle risposte nelle modalità proposte per il recupero di tale problematica.

Si è voluto poi soddisfare anche un'ulteriore istanza, ovvero di riconoscere una maggiore professionalità e integrazione alle figure professionali coinvolte nel processo di intervento, che rimane comunque sempre diversificato nelle offerte proposte. Enti pubblici, privati e associazioni o cooperative, attraverso questa delibera, sono invitate a un maggiore dialogo concorrendo al perseguimento delle finalità a cui ognuno tende. Un atto che al tempo stesso individua i requisiti funzionali e strutturali minimi necessari per l'esercizio delle attività, andando anche a definire disciplinarmente le procedure relative all'autorizzazione e all'accreditamento³², alla formulazione di un programma relativo alle singole unità operative, le forme di collaborazione con la Regione nell'attuazione di programmi di valutazione e verifica dei percorsi attuativi posti in essere. Infine, l'Atto di intesa stabilisce che i servizi offerti dagli enti o

³¹ PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI, *Relazione annuale al Parlamento sul fenomeno delle Tossicodipendenze in Italia*, (2022), In Dipartimento per le Politiche Antidroga: <https://www.politicheantidroga.gov.it/media/3404/relazione-al-parlamento-2022.pdf>, 282-300, 304-308.

³² È in corso, nella Regione Sardegna una fase di revisione delle procedure per l'accreditamento, con la DELIBERAZIONE N. 35/14 del 25.10.2023: "Aggiornamento dei requisiti generali e specifici minimi autorizzativi e ulteriori dei servizi residenziali e semiresidenziali per il trattamento delle dipendenze patologiche", in Regione autonoma Sardegna: <https://delibere.regione.sardegna.it/protected/67390/0/def/ref/DBR67258/>.

associazioni che intendono accedere all'autorizzazione e all'accreditamento siano raggruppati in cinque aree d'intervento:

- servizi di accoglienza;
- servizi terapeutico-riabilitativi;
- servizi di trattamento specialistici;
- servizi pedagogico-riabilitativi;
- servizi di tipo multidisciplinare integrato.

1.3. L'Associazione all'interno del quadro normativo

All'interno di questo cambiamento, avvenuto a seguito del recepimento e attuazione della delibera n. 44/9 del 2005, le Comunità di Mondo X - Sardegna, presenti nel solo territorio regionale, si sono ritrovate descritte all'interno della seconda area di intervento (terapeutiche-riabilitative).

Queste realtà comunitarie, sono state pioniere nell'attuare tali indicazioni, attivando al loro interno una profonda riflessione, promuovendo e fissando alcuni elementi che potremmo dire fondativi del progetto e finalizzati al fattivo percorso di recupero.

I principali valori di riferimento che si sono evidenziati sono:

- la salvaguardia della salute;
- il miglioramento della qualità di vita della persona;
- la stimolazione della crescita nel processo di autonomia, che porta il giovane alla scelta di valori fondativi tali da orientarne l'esistenza;
- un progetto sempre più volto al reinserimento socio-lavorativo.

Questi aspetti hanno permesso di adottare e promuovere un processo di recupero ad "alta soglia"³³.

³³ Espressione che nel modo di dire comune, va a definire il tendere a un recupero integrale e definitivo dalla tossicodipendenza, promuovendo un'astinenza totale da ogni abuso di qualsiasi sostanza, una volta concluso il percorso comunitario.

All'interno dell'Atto di intesa Stato-Regioni, sono presenti i requisiti minimi per l'accreditamento³⁴, tali da determinare l'autorizzazione al funzionamento delle strutture e prevedendo per le stesse una iscrizione all'albo, che certifica la possibilità di operare e gestire i servizi nel territorio³⁵.

È importante presentare, seppur non approfonditamente, la questione della regolamentazione del personale che opera all'interno delle strutture residenziali (le comunità).

Il legislatore, ben consapevole di quanto era avvenuto nel territorio nazionale e regionale, tiene conto e prevede per il lavoratore già assunto e stabilizzato una particolare tutela.

Le competenze di coloro che operavano all'interno delle comunità (spesso strutture residenziali), derivavano dall'esperienza acquisita vivendo il medesimo percorso di recupero, ma non erano qualificate professionalmente; è stata quindi offerta a questi operatori la possibilità di specifici percorsi formativi e l'inserimento in liste speciali, potendo così continuare a svolgere nello stesso luogo di lavoro la propria mansione. La Regione Sardegna, in questo primo periodo di tempo, si assumeva la responsabilità di effettuare attività formative con l'obiettivo di permettere ai lavoratori di stabilizzare la loro personale situazione e ottenere così i titoli professionali necessari, equiparandoli ai livelli nazionali.

Importante è la questione in merito al convenzionamento, requisito preliminare per l'instaurarsi di rapporti contrattuali ed economici fra gli enti privati (associazioni) e pubblici (le aziende del Servizio Sanitario Nazionale - S.S.N.), al fine di promuovere prestazioni sanitarie e percorsi riabilitativi all'interno delle strutture accreditate.

L'Associazione ha scelto di non stipulare questa convenzione, proponendosi nel territorio regionale come unica struttura che non è soggetta a tale contratto. Il convenzionamento prevede che sia il S.S.N. a predisporre i

³⁴ L'accreditamento è normato dal decreto legislativo n. 502 del 1992 (<https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:decreto.legislativo:1992-12-30;502>).

³⁵ GAZZETTA UFFICIALE DELLA REPUBBLICA ITALIANA, *Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502*, in Gazzetta Ufficiale: <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1994/01/07/094A0049/sg>, *passim*.

piani terapeutici/riabilitativi, che poi saranno realizzati dall'ente privato accreditato, a cui viene erogato un contributo economico (retta) secondo i piani regionali stabiliti. L'Associazione ha scelto invece di conservare la propria autonomia nella gestione dei singoli percorsi riabilitativi, ovvero di ideare, attivare, progettare, realizzare e valutare personalmente e responsabilmente l'intero progetto educativo, avvalendosi della libertà di poter gestire il flusso delle stesse utenze (ingressi e uscite)³⁶.

Vi è il dubbio che l'attuale sistema di convenzionamento non tenga conto delle capacità dell'équipe educativa (multidisciplinare), che è chiamata in modo effettivo ad operare con le stesse tipologie di utenze del S.S.N. (ad esempio con i SERD), e perseguendo finalità che, seppur in certi casi diverse, si caratterizzano tutte per il recupero integrale della persona umana.

La rinuncia al convenzionamento e la scelta di non far pagare una retta alle famiglie o referenti, comporta un ovvio problema di sostenibilità economica, e quindi richiede da parte della stessa équipe educativa una maggiore assunzione di responsabilità nelle valutazioni che regolano e orientano il percorso di ogni singolo "ragazzo" accolto.

Una sempre maggiore responsabilizzazione dei ragazzi accolti, ha permesso fin dalle sue origini, di riconoscere alla comunità educante, di intuire come il processo terapeutico-riabilitativo si fondasse prioritariamente sulla capacità di promuovere un fattivo reinserimento sociale-lavorativo.

Il progetto educativo è pertanto volto a presentare la comunità come luogo che promuove l'uscire stabilmente dalle dipendenze. Ma è altresì importante vedere la comunità non come luogo di "parcheggio", ma come luogo scelto consapevolmente, in vista di un pieno reinserimento sociale; questo anche qualora in *extrema ratio* ci si trovi a trascorrere nella comunità tutta la propria esistenza, con la consapevolezza che questa scelta deve scaturire dalla

³⁶ Confrontare l'allegato alla Delib. G.R. n. 38/14 del 24.7.2018 (https://www.regione.sardegna.it/documenti/1_73_20180727130159.pdf).

consapevolezza che non vi siano altre condizioni e soluzioni possibili per un vivere sociale dignitoso e sicuro³⁷.

Dal punto di vista degli interventi proposti e supportati, questo dialogo tra pubblico e privato ha promosso una favorevole e proficua campagna di prevenzione e sensibilizzazione, consentendo positive esperienze di formazione sociale (pubblica e privata), oltre alla realizzazione di interventi condivisi³⁸.

In merito a questo efficace dialogo è importante ricordare quanto questo sia stato reso possibile dall'unificazione di intenti delle differenti realtà presenti nel territorio regionale, che sin dal 10 gennaio 1992 avevano costituito il Coordinamento delle Comunità operanti in Sardegna per il recupero dei tossicodipendenti (C.C.S.); nel 3 luglio 2017 il Coordinamento ha rinnovato gli atti statuari, prendendo la denominazione di "Coordinamento degli Enti Accreditati della Sardegna per le Dipendenze Patologiche Organizzazione di Volontariato" (C.E.A.S.).

Questo ritrovarsi "come coordinamento", rivela una profonda forza dirompente che, emanata all'interno dello stesso territorio, riesce a promuovere un proficuo e vitale scambio di informazioni, dando vita a un vero e proprio dibattito, attivando quell'importante processo di coscientizzazione della stessa realtà sociale. Questo ancora oggi permette di sollevare e promuovere istanze e dialoghi presentando le tematiche della dipendenza, devianza e delinquenza così da riuscire a svolgere riflessioni volte a una vera ed efficace informazione e prevenzione nel territorio di appartenenza. Tali obiettivi, sembrano oggi difficili

³⁷ Va qui inteso il valore e forza relazionale della comunità, intendendo non solo la specifica comunità dove si è intrapreso il percorso di recupero, ma quella serie di possibili alternative che prevede l'opportunità di riconoscere la comunità come luogo abitativo.

³⁸ REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA, Piano Regionale della Prevenzione 2020-2025, in Regione Autonoma della Sardegna: <https://delibere.regione.sardegna.it/protected/58651/0/def/ref/DBR58366/>, *passim*.
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA, Rapporto Regionale sullo stato delle dipendenze patologiche in Sardegna (2008), in Sardegna Salute: http://www.sardegna salute.it/documenti/9_46_20080915131634.pdf, *passim*.

Il giorno 10 gennaio 1992 è stato fondato il "Coordinamento delle Comunità operanti in Sardegna per il recupero dei tossicodipendenti e per i minori in difficoltà", che a seguito di successive revisioni statuarie, prendere il nome di "Coordinamento degli Enti Accreditati della Sardegna per le Dipendenze Patologiche Organizzazione di Volontariato" che potrà fare uso della sigla abbreviata "C.E.A.S. Dipendenze Patologiche O.D.V."

da raggiungere, come un grido inascoltato dalla politica, come è successo nel corso di questo ultimo decennio.

Riguardo a ciò va anche denunciato che negli ultimi dieci anni, questo dialogo è andato sempre più ad affievolirsi, fino a trovare oggi una evidente e sconcertante difficoltà da parte di enti pubblici e/o privati a mettersi nuovamente in ascolto per attivare nuovi processi di sensibilizzazione e prevenzione sul territorio. Sono recenti alcuni studi sull'urgenza all'interno di un territorio come la Sardegna di cercare e trovare una pronta e attuale risposta a tutte le realtà³⁹, che, connesse alla criminalità, innalzano e rendono problematico il fenomeno della devianza e tossicodipendenza come un profondo e quasi irrisolvibile caso sociale.

2. Dalla Comunità di Vita alla Comunità terapeutica-riabilitativa

Possiamo schematizzare in sei fasi temporali quelle che hanno segnato maggiormente l'evoluzione fino ad oggi vissuta:

- 1980 - 1984 (1981): la fondazione e l'autonomia nel proporre un progetto educativo, che assumeva il paradigma delle "Comunità di Vita";
- 1984 - 1996: la nascita dell'Associazione Mondo X - Sardegna, in cui la "Comunità di Vita" era espressione radicale di progettualità educativa, vissuta e trasmessa attraverso un impulso prettamente esperienziale-educativo.
- 1996 - 2002: la Comunità, in ascolto dei segni dei tempi, attivò un processo di apertura e affiancamento a figure (professionali) esterne alla comunità, avviando processi di cambiamento che segneranno fortemente l'evolversi delle comunità stesse.

³⁹ MAZZETTE A., *L'isola sotterranea. Tra violenza e narcotraffico*, FrancoAngeli, 2022, *passim*.

Si possono anche consultare anche alcuni articoli di testate giornalistiche che attestano una importante presa di posizione e richiamo ai politici della Regione Sardegna: L'Unione Sarda — <https://www.unionesarda.it/news-sardegna/comunita-terapeutiche-sarde-verso-la-chiusura-le-rette-della-regione-vanno-aggiornate-rrgsiopg>; CSV SARDEGNA — <https://www.csvsardegna.org/coi-piena-solidarieta-del-csv-alle-comunita-terapeutiche-sarde/>; più recenti manifestazioni in vita.it — <https://www.vita.it/vita-a-sud/dipendenze-fondi-bloccati-da-novembre-le-comunita-richiamano-i-politici/>.

- 2002 - (2005) - 2011: una fase caratterizzata da quelle che sono le ormai stabili e professionali presenze all'interno dell'agire educativo dell'équipe. Quest'ultima, in una tensione e dialogo costante, cerca di conservare e riconoscere come importanti alcuni valori fondativi, necessari e indispensabili alla vita stessa della comunità. La trasmissione dei valori riconosciuti come necessari, verrà indirizzata principalmente verso coloro che, provenendo da un percorso più specializzato e professionale, sono chiamati a operare una sintesi operativa al fine di riuscire a tradurre un fattivo agire educativo, capace di tramettere sia i valori ispirazionali, legati alla tradizione, che quelli professionali, maggiormente legati alla competenze professionali.

- 2011 - 2021: una fase caratterizzata dalla costituzione di una équipe multidisciplinare, che, forte del solido dato esperienziale, mantiene ancora vivo il carattere ereditario della Comunità di Vita, ma si propone di operare in vista di una coesione educativa che va ricercata primariamente all'interno della équipe stessa.

- 2021 - ...: la sesta, che riguarda l'oggi, difficile da descrivere e decifrare, poiché essa stessa in evoluzione, con logiche che ci fanno pensare e parlare anche di una "ri-fondazione" della stessa comunità.

2.1. La Comunità di Vita: nascita e realizzazione di un progetto d'amore

La Comunità di San Mauro, fondata dalla stessa Associazione Mondo X - Sardegna, diventa pioniera nel territorio regionale nel promuovere un'accoglienza volta al recupero di persone che vivevano la problematica della tossicodipendenza, grazie ad un progetto educativo che si rifaceva a quello della Comunità di Padre Eligio.

Dal 1980 al 1984 il contesto di riferimento era quello delle Comunità di Vita, con un'impostazione "familiare" e la dimensione prettamente educativa affidata a coloro che abitavano la casa (convento, casa rurale, caseggiato

agricolo). Le dinamiche socio-educative erano le stesse del contesto familiare; certo vi era la presenza significativa e propulsiva legata alla figura carismatica di Padre Salvatore Morittu, ma questo non toglieva al “nucleo abitativo” la possibilità di organizzare e gestire la vita “familiare-comunitaria” della stessa comunità. I responsabili erano per lo più ragazze/i che, concluso il loro stesso percorso comunitario, manifestavano una particolare propensione e dedizione alla vita comunitaria. Questi si offrivano o venivano invitati a mettersi al servizio di quanto nella loro esperienza era risultato essere evento salvifico e di vitale importanza. In definitiva, ciò che risultava essere assunto e interiorizzato era proprio quella intuizione originaria, riferita al progetto di amore che si stava realizzando. Una progettualità educativa che voleva mettere al centro tre aspetti essenziali che rimangono ancora i capisaldi del progetto stesso: formazione di sé, lavoro, cultura.

Il primo di questi è dunque la formazione di sé, con cui l’ospite viene sollecitato a prendersi cura della propria persona attraverso la conoscenza e l’acquisizione di valori e di strumenti finalizzati alla maturazione integrale della persona⁴⁰.

Il secondo pilastro è il lavoro, che in Comunità ha prevalentemente una funzione ergoterapica⁴¹, in quanto consente all’ospite di sviluppare volontà, costanza e fiducia nelle proprie possibilità, come pure di soddisfare il bisogno di dignità, gratificazione e autostima, necessità interiore che caratterizza anche in particolare il tossicodipendente. Sebbene la funzione ergoterapica sia predominante, il lavoro ha anche la funzione di contribuire all’autofinanziamento della Comunità e non essendo prevista alcuna forma di retribuzione degli ospiti, questo permette loro di trovare nel lavoro il valore di una sana economia

⁴⁰ Le attività finalizzate in modo specifico alla formazione sono i colloqui individuali, le dinamiche di gruppo e le riunioni formative (Cf. Regolamento interno delle comunità residenziali dell’Associazione Mondo X - Sardegna).

⁴¹ Nel primo periodo, la funzione ergoterapica del lavoro è quella di aiutare l’ospite a riacquistare tonicità e capacità di concentrazione, nonché a scaricare tensioni fisiche e psicologiche. Successivamente, diventa rilevante la funzione di acquisire mentalità e comportamento adeguati nel lavoro e il raggiungimento di una maggiore responsabilità e capacità di coordinamento, nonché la possibilità di essere di guida ai più giovani. Tutti gli ospiti sono assegnati a un’attività lavorativa, stabilita dal Responsabile insieme all’equipe, tenendo conto delle esperienze individuali e delle esigenze organizzative (Cf. Regolamento interno delle comunità residenziali dell’Associazione Mondo X - Sardegna).

educativa volta ad individuare nell'attività lavorativa l'obiettivo finalizzato al proprio sostentamento.

Infine il terzo pilastro risiede nella cultura, diretta a suscitare il bisogno di nuove conoscenze e ad acquisire nuovi strumenti di apprendimento, attraverso molteplici strumenti formativi che favoriscono o incentivano l'interesse socio-culturale⁴².

Il presidente dell'Associazione insieme ai collaboratori e in alcuni casi con la presenza e competenza dei volontari, erano e tutt'ora sono i responsabili diretti dell'intera formazione, nella capacità di renderla attuale e efficace. L'efficacia e la capacità di tradurre positivamente in termini educativi e formativi i differenti strumenti che la Comunità utilizzava per l'intera formazione, era garantita dalla capacità dei responsabili delle strutture, anche senza alcun titolo professionale, di tradurre attraverso le loro personali attitudini, la propria e altrui esperienza in dinamiche socio-educative.

Solo dopo una quindicina d'anni nelle "Comunità di Vita" presenti sul territorio nazionale⁴³ si sono attivati processi di cambiamento, favoriti dal

⁴² Il programma culturale prevede differenti attività individuali e di gruppo, rimandiamo al Regolamento interno delle comunità per la presa visione delle attività proposte (Cf. Regolamento interno delle comunità residenziali dell'Associazione Mondo X - Sardegna).

⁴³ Alcune delle principali comunità e organismi che operavano e tutt'ora operano nel campo della tossicodipendenza:

- Padre Eligio: (17 luglio 1931 — vivente), Nel 1964 fondò a Milano il primo Telefono Amico e nel 1967, la prima comunità per il recupero dei tossicodipendenti, Mondo X, divenuta poi una rete di comunità.
- Don Mario Picchi: (6 marzo 1927 — 4 luglio 1996) Fondatore e presidente del Centro Italiano di Solidarietà (CeIS), che si costituì legalmente come libera associazione nel 1971; trovò aiuto nel pontefice Paolo VI, che gli offrì un appartamento in piazza Benedetto Cairoli, nella zona di Campo di Fiori, nel cuore di Roma.
- Vincenzo Muccioli: (6 gennaio 1934 — 19 settembre 1995) Nel novembre del 1978 nella casa di campagna di Muccioli entra quella che sarà la prima ospite della comunità San Patrignano.
- Don Pietro Gelmini: noto come Pierino Gelmini: (20 gennaio 1925 — 12 agosto 2014) Il 27 Settembre 1979 ha dato vita al primo di una lunghissima serie di centri della Comunità Incontro sparsi in Italia e in tutto il mondo.
- Suor Elvira Petrozzi: (21 gennaio 1937 — 3-08-2023) conosciuta oggi come Madre Elvira, Il 16 luglio 1983, a Saluzzo dà inizio alla Comunità Cenacolo
- FICT: L' 11 gennaio 1981, a Firenze, viene fondata la Federazione Italiana Comunità Terapeutiche, di cui il primo presidente è stato don Mario Picchi.
- INTERCEAR: Il 31 marzo 2011 a Roma si è costituito il Coordinamento Nazionale (INTERCEAR) dei coordinamenti regionali che operano nel campo dei trattamenti delle Dipendenze.

dialogo costantemente ricercato tra le variegate esperienze di comunità residenziali per l'accoglienza di tossicodipendenti.

Caratterizzante all'interno di tutte le Comunità di Vita era il processo di sensibilizzazione e fidelizzazione in coloro che, concludendo il percorso, sceglievano la comunità come luogo su cui poter investire il loro futuro, dedicandosi al recupero di quanti attraversavano, com'era accaduto loro, il dramma della tossicodipendenza.

Fu nel 1995 che la Regione Sardegna promosse i primi corsi che permettevano a chi operava già nelle strutture di ottenere degli attestati⁴⁴, con la qualifica di "Operatore di Comunità Terapeutica". I corsi, che la stessa Regione appaltava ad agenzie formative private, prevedevano lezioni frontali e tirocini, con la possibilità di ampliare il programma qualora la situazione formativa-teorica e/o esperienziale pregressa lo richiedesse.

Questo primo processo ha permesso una prima importante opera di risanamento, in particolare dal punto di vista dei contratti lavorativi, permettendo a coloro che ne hanno potuto fruire di essere riconosciuti nelle personali competenze acquisite, ma anche poter operare nelle strutture con un chiaro profilo professionale.

Fino ad allora avveniva qualcosa di "magico" in comunità: i ragazzi che sceglievano liberamente di proseguire il loro percorso non si preoccupavano del tempo che avrebbero trascorso all'interno della comunità; era un "innamorarsi della comunità", fino alla scelta di appartenere radicalmente al progetto, assumendosene la responsabilità.

Nelle Comunità di Vita, i responsabili si presentavano come nucleo familiare, abitando concretamente gli spazi della casa. Il nucleo educativo (famiglia, coppia o responsabili) era l'elemento cardine su cui si reggeva la responsabilità della comunità, su cui si strutturava ogni dinamica educativa, lavorativa e culturale. Era evidentemente, con un certo margine di rischio, l'unico elemento presente, che diventava sia per i ragazzi che si accostavano al

⁴⁴ Gli attestati venivano rilasciati ai sensi e per gli effetti della legge della Regione Autonoma della Sardegna del 1 giugno 1979 n. 47 (<https://www.regione.sardegna.it/j/v/1271?v=9&c=72&s=1&file=1979047>) e della legge del 21 dicembre 1978, n. 845 ([https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:legge:1978-12-21:845#:~:text=La formazione professionale, strumento della, il progresso scientifico e tecnologico](https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:legge:1978-12-21:845#:~:text=La%20formazione%20professionale,%20strumento%20della,%20il%20progresso%20scientifico%20e%20tecnologico)).

percorso, sia per le persone esterne alla comunità (volontari, amici, visitatori) punto di riferimento. Questo modello, che si è sempre più strutturato nel corso degli anni, ha evidenziato molteplici punti di forza, nella capacità di promuoversi in chiave educativa con una forte coesione, fermezza e autorevolezza.

La “famiglia” offriva poi una testimonianza concreta e credibile sul significato del concetto di che cosa volesse dire “ri-nascere” e uscire dalla tossicodipendenza. La capacità di porsi, in alcune particolari circostanze, come uomo e donna riscattati e rinnovati nella libera scelta di mettersi al servizio della povertà esistenziale come la tossicodipendenza, assumeva un alto valore socio-educativo e rendeva “facile”, il trasmettere, con la personale esperienza, la necessità e la reale possibilità di una profonda assunzione di responsabilità all’interno del cammino che si sceglieva di affrontare.

Questo portava gli ospiti della comunità a vivere un netto e brusco distacco dal loro passato, se non una vera e propria seconda “ri-nascita”, perché la scelta di affrontare il percorso comunitario toccava le radici morali delle persone. La comunità, anche idealmente, era la risposta concreta a quella protesta che in modo del tutto sbagliato confluiva nella dipendenza.

Rispetto a una società spettatrice, incapace di offrire aiuto o addirittura impegnata a emarginare il disagio, la comunità diveniva il luogo ideale, “fuori dal mondo”, dove la protesta prendeva la forma della scelta di vivere un contesto in cui la cura integrale dell’uomo nell’irriducibile originalità e nell’inalienabile dignità di ciascuno si realizzava e animava. Non stupisce, quindi, che i ragazzi accolti cercassero un forte distacco dalla famiglia, una propria indipendenza, resa possibile dalla vita comunitaria che si mostrava capace di rispondere a ogni tipo di necessità, sia di natura materiale che spirituale.

È proprio questa ricerca di indipendenza e assunzione di responsabilità che ha permesso di individuare tra i ragazzi i cosiddetti “anziani di comunità”⁴⁵, figure intermedie di congiunzione tra i responsabili e i ragazzi. Gli anziani di

⁴⁵ L'anziano di comunità, nel percorso comunitario di Mondo X - Sardegna è colui al quale viene affidato un nuovo ragazzo al momento del suo ingresso in comunità, riconoscendo al ragazzo che assume questo specifico ruolo una capacità di trasmettere valori fondativi del progetto comunitario.

comunità da una parte erano ancora impegnati nel proprio percorso terapeutico, dall'altra si distinguevano per la capacità di interiorizzare e testimoniare valori e processi educativi, e quindi di porsi come figure di riferimento intermedie, con una maggiore e significativa vicinanza ai ragazzi che venivano via via accolti nella comunità.

Gli "anziani" erano invitati a partecipare attivamente alle riunioni organizzative, legate principalmente alla dimensione pratica e lavorativa, ma lo stretto legame con la comunità permetteva loro di prendere parte a quello che potremmo definire oggi un germe di équipe educativa.

Già dall'anno 1985, inoltre, si avviarono le prime forme di collaborazione con alcune figure professionali (psicologi, psichiatri, etc.); si trattava di collaborazione saltuaria, che però permise di inserire un accompagnamento che univa le due dimensioni pedagogica-educativa e psicologica-educativa.

Insieme alle collaborazioni professionali, si inserirono altre figure esterne alla comunità, come volontari, religiosi, sacerdoti, facendo emergere esigenze, e in particolare la necessità di un adeguamento per le figure operanti, sia per un maggiore rispetto in merito all'aspetto economico (busta paga), sia per quello sociale (non un servizio sette giorni su sette, ma il rispetto di un giorno libero).

Proprio nel volontariato, opportunamente formato e organizzato, si è trovata una prima risposta all'esigenza di garantire una presenza stabile, che permettesse la gestione delle necessarie giornate di riposo per il nucleo abitativo a cui era affidata la responsabilità della struttura.

Non era possibile conoscere in anticipo l'esito di questo processo di cambiamento, per certi versi tumultuoso e difficoltoso; ma era però chiaro che non si voleva perdere di vista il punto di partenza dell'esperienza della comunità di vita, cioè quella che era stata l'intuizione originaria.

2.2. La Comunità di Vita: evoluzione e cambiamento, tra crisi e prospettive future

Quanto fin qui espresso, ha preso in considerazione le prime tre transizioni sviluppatesi cronologicamente dal 1980 al 2002.

Nell'aprile 2002, dopo un considerevole periodo in cui si avvicendavano volontari e professionisti, con il compito di affiancare i responsabili delle comunità, in una di queste (la Comunità di S'Aspru) venne assunto un pedagogo. Non senza tensioni, si pose la necessità di regolare la turnazione di coloro che, non risiedendo in comunità, vi si recavano "solo" per prestare la propria opera lavorativa.

Apparve immediatamente importante una chiara e attenta conoscenza di quanto si proponeva lungo il corso della giornata, a fronte di quell'"irrecuperabile" tempo di assenza/riposo dell'operatore.

Inoltre, i responsabili della comunità, che fino a quel tempo erano stati i soli ad impostare le differenti scelte educative, erano ora chiamati a condividere la gestione degli spazi educativi; era in atto un autentico e reale processo di espropriazione e spoliamento.

Provvidenziale fu la possibilità di recepire le nuove competenze tra coloro che definiamo i "nativi della comunità", ovvero uomini e donne che, concluso il percorso comunitario e vissuto un tempo di reinserimento sociale e formazione professionale, chiedevano o accettavano di esercitare le loro competenze professionali all'interno delle stesse comunità. I "nativi" permettevano di conservare quel bagaglio di conoscenza che era legato alla tradizione della comunità.

I punti di vista differenti, tra chi apparteneva alla comunità ed era maggiormente legato alla tradizione, e chi arrivava "dall'esterno", diede vita ad un dialogo che permise di evidenziare alcune disfunzionalità educative, quali:

- un rischioso attaccamento alle figure di riferimento da parte di coloro che stavano affrontando il percorso di recupero;
- la difficoltà del nucleo educativo ad acquisire uno sguardo multi-focale e distaccato dalla realtà di appartenenza;

- e, nel caso che il nucleo educativo era una famiglia con dei figli, la necessità di questa di dedicarsi alla educazione e crescita della prole.

A fronte di queste osservazioni e istanze, si iniziarono a introdurre validi strumenti educativi, come il diario di bordo, utile per il passaggio di consegna e per meglio monitorare la vita della comunità. Si implementò inoltre notevolmente l'attenzione alle necessità mediche/sanitarie e si stimolarono i ragazzi a vivere i colloqui educativi con tutti i membri dell'équipe che si stava formando, con la finalità di attivare differenti dinamiche educative e relazionali.

Una maggiore istituzionalizzazione, e con essa una maggiore professionalizzazione, portò ad attivare processi di studio e ricerca che permisero all'Associazione di far conoscere, anche dal punto di vista più istituzionale, l'orientamento che la comunità stava offrendo attraverso la sua azione educativa e di come questa producesse degli effetti nel territorio locale e regionale. L'attività di ricerca, che si sviluppò e ideò in quegli anni⁴⁶, permise di rendere l'agire educativo maggiormente competente, riuscendo ad attivare nel corso degli anni molteplici progetti di prevenzione, informazione e formazione, così da permettere a tutta l'associazione di rispondere alle nuove esigenze che emergevano nel territorio; un esempio fu l'apertura del primo modulo di riabilitazione (nella comunità di Campu'e Luas), finalizzato all'accoglienza di ospiti in c.d. doppia diagnosi.

Si ponevano le basi di un cambiamento di paradigma: da quello familiare, legato alle "comunità di vita", a quello che può essere definito di "équipe educativa multidisciplinare", legato e sorretto da una prospettiva multifocale, già presente nelle comunità terapeutiche. Il cambiamento era accompagnato da un dialogo *ad extra*, con le altre comunità del settore, e *ad intra*, tra la tradizione della comunità e il nuovo approccio professionale e accademico.

Ovviamente non sono mancate frizioni e divisioni all'interno dell'équipe e conseguentemente all'interno della comunità, che hanno ostacolato la riuscita dello stesso percorso educativo. Questa dinamica, mai scomparsa del tutto,

⁴⁶ Pubblicazioni del Centro Studi e Ricerche (<http://www.mondoxsardegna.it/index.php/studi-e-ricerche/pubblicazioni>), Tesi di Laurea (<http://www.mondoxsardegna.it/index.php/studi-e-ricerche/tesi-di-laurea>).

porta ancora oggi una certa disarmonia dell'agire educativo, che può essere superata dalle personali capacità di ciascun membro dell'équipe, al fine di migliorare le relazioni interpersonali all'interno dell'ambiente lavorativo, ma anche attraverso una continua opera di supervisione del lavoro che si mette in atto.

Il cambiamento di paradigma e il processo di rinnovamento hanno permesso non solo di adeguarsi alle nuove normative, ma anche di migliorare lo stesso progetto educativo, cercando di renderlo sempre attuale e efficace. La supervisione ha anche consentito di individuare due ulteriori ambiti di intervento: una maggiore organizzazione del lavoro degli educatori e una modalità univoca nel presentare e valutare i singoli casi appartenenti alla stessa comunità.

Il cambiamento di paradigma è divenuto necessario ed è stato accelerato dalla Delibera regionale n. 44/9 del 20 settembre 2005, che prevedeva l'adeguamento delle strutture secondo l'Atto di intesa Stato/Regioni sulla determinazione dei requisiti minimi standard per l'autorizzazione al funzionamento e per l'accreditamento dei servizi privati di assistenza alle persone dipendenti da sostanze di abuso⁴⁷.

Tra la fine del 2005 e l'inizio del 2006 le comunità dell'Associazione Mondo X - Sardegna accolsero la proposta formativa di adeguamento della Regione Sardegna, in collaborazione con l'Assessorato del lavoro, formazione professionale, cooperazione e sicurezza sociale; questo permise agli operatori dipendenti un'ulteriore adeguamento contrattuale, con il rilascio dell'attestato di qualifica professionale⁴⁸.

Rispetto all'interesse manifestato dalle istituzioni con la delibera del 2005, si può riconoscere negli anni successivi, e ancora oggi, un progressivo disinteresse delle stesse istituzioni, manifestato dall'attuale difficoltà di attuare un dialogo tra i servizi pubblici per le dipendenze e il privato sociale, con delle ricadute sui destinatari dei servizi.

⁴⁷ Recepimento dell'Atto di intesa Stato-Regioni: https://www.regione.sardegna.it/documenti/1_45_20050920133731.pdf.

⁴⁸ Fu attraverso la determinazione N. 2621 /D.G. del 26 settembre 2006, che la Regione Sardegna incaricò l'Agenzia Formativa LAMBDA a promuovere l'attività formativa.

Relativamente alla comunità, il processo avviato nel 2002 ha visto la sua conclusione nel 2011, anno in cui si riuscì in forma più stabile a consolidare l'inserimento di figure professionali che avrebbero costituito quella che oggi è l'équipe educativa. Contestualmente evolveva il progetto educativo, senza perdere la spontaneità del modello "famiglia", riconosciuto come elemento indispensabile e caratterizzante di un integrale percorso di recupero, capace di trasmettere quei valori essenziali e salutari:

- del sacrificio,
- della ricompensa,
- della soddisfazione e realizzazione personale,

elementi questi che vanno a strutturare e valorizzare il vivere di ogni essere umano.

3. La Comunità terapeutica-riabilitativa: l'équipe educativa, osservazione multi-focale

Gli anni 2011 e 2012 hanno segnato l'avvio della quinta fase di transizione, caratterizzata dalla costituzione di una équipe multidisciplinare stabilmente formata e riconosciuta. Pur essendo ancora presente il forte e solido dato esperienziale della Comunità di Vita, nello spazio di supervisione si sono affrontati due elementi: la coesione della équipe, nella capacità di far circolare l'informazione; la gestione del tempo, all'interno di una dimensione lavorativa, con la previsione di una verifica e autovalutazione di quanto nel corso della giornata di lavoro si riesce a realizzare, educativamente e lavorativamente.

In quella fase era altresì necessario rafforzare e comprendere la poliedricità educativa, che lo stesso metodo educativo propone (formazione del sé - lavoro - cultura), nella abilità di pretendere dallo stesso educatore la capacità di non perdere il contatto con la dimensione prettamente ergoterapica, aspetto questo che nell'evoluzione della stessa comunità risulterà essere necessario e fondamentale. Questa dimensione richiede una costante

osservazione e valutazione dei responsabili e degli stessi componenti della équipe, così da stimolare l'educatore stesso a proporsi nell'ambiente educativo con una serie di competenze e abilità, pratiche e teoriche, riguardanti gli elementi cardine del progetto promosso.

Ciò permette che l'operatore di comunità, almeno dal punto di vista teorico, operi all'interno di una particolare situazione evolutiva e formativa, evitando il possibile rischio di una staticità e sedentarietà lavorativa, trovandosi così in un ambiente particolarmente dinamico.

La realizzazione di questo, portò a interrogarsi ulteriormente su che cosa volesse dire promuovere un'équipe educativa. Era chiaro che questa doveva tendere a una sempre e maggiore multidisciplinarietà dei suoi comportamenti, con la possibilità di riuscire a mantenere alcune caratteristiche: si scelse di individuare il coordinatore della comunità, come anche il vice-coordinatore ove possibile, tra coloro che avevano vissuto lo stesso percorso di recupero, prevedendo di conseguenza un'adeguata formazione professionale.

Questo, seppur dettato da una fortunosa e provvidenziale risorsa del personale, permise di offrire e rendere fruibile il loro sapere, ricco di esperienza, formazione e tradizione. L'intento era chiaro: si voleva mantenere vivi e presenti i valori e le dinamiche fondative dell'intero processo educativo che la comunità stava vivendo, con il desiderio di riuscire a tradurre e attualizzare nel "nostro tempo" quanto risultava essere necessario.

Ad oggi si ritiene che tale obiettivo non sia stato interamente raggiunto, così da lasciar emergere il rischio di perdere quel legame estremamente arricchente con il "dato storico" della comunità. Questo ci permette di affermare che la mancata realizzazione di questo processo di coesione educativa, rischia di perdere e non intercettare non solo il ferito e povero vissuto esistenziale di chi ancora oggi vive la drammatica piaga della dipendenza, ma porta con sé la stessa incapacità di riconoscerla e prevenirla.

A seguito di questa delicata fase, l'Associazione ha ulteriormente ridotto il suo fronte di intervento⁴⁹, consolidando la sua azione educativa in un'unica

⁴⁹ Il giorno 8 ottobre 2012 la comunità di Campu'e Luas è stata chiusa e i residenti presenti in struttura sono stati tutti trasferiti presso la comunità di S'Aspru.

realità residenziale, per rispondere meglio alle esigenze di una maggiore osservazione e valutazione di situazioni problematiche.

È all'interno di questo tempo di transizione che l'équipe si è consolidata e strutturata, permettendo all'operatore di riconoscere la comunità come non solo luogo di lavoro, ma anche un ambiente dove promuovere un atteggiamento resiliente all'interno della complessità che si stava vivendo.

Alla costruzione di un'équipe multidisciplinare ha contribuito il periodico confronto con professionisti esterni all'équipe, (psicologi, psichiatri, medici, etc...), che ha permesso di meglio rispondere ai bisogni di ogni singolo ospite attraverso una personalizzazione del percorso.

Il 2021 segna ulteriormente la sesta e tuttora l'ultima fase di transizione e evoluzione, apportata dalla strutturazione di una équipe educativa in cui le figure del coordinatore e vice-coordinatore sono professionisti che non hanno più alle loro spalle un'esperienza di tossicodipendenza e di percorso comunitario.

Questo elemento segna una netta linea di demarcazione, passando da una gestione educativa affidata, almeno nel ruolo del responsabile, a coloro che erano "ex" del percorso, seppur con un percorso formativo professionalizzante successivo, a un impianto maggiormente radicato ad una impostazione terapeutica-accademica.

L'intero processo evolutivo va connesso anche ai differenti adeguamenti normativi che hanno regolato i processi di accreditamento delle differenti strutture, col rischio di uniformare la proposta educativa all'interno della Regione, riducendone la possibilità di progetti differenziati secondo le effettive esigenze del singolo territorio.

L'équipe, all'interno di un processo che abbiamo definito di "ri-fondazione", si è posta l'obiettivo di analizzare alcuni aspetti. Il primo, legato al ruolo dell'educatore chiamato a intercettare, ascoltare, interrogare e accompagnare il reale bisogno educativo di oggi. Il ruolo dell'educatore non può essere ridotto a scrivanie e colloqui, ma implica la capacità di testimoniare, unendo il sapere, il saper-fare e saper-essere, nel coltivare la capacità di

condividere, stare accanto e farsi prossimi a coloro che sono inseriti in un percorso educativo.

Il secondo aspetto è il valore di un'economia educativa, ponendo all'interno della dimensione lavorativa-ergoterapica l'importante valore dell'autosostentamento. All'interno di una società che pone nel lavoro il raggiungimento e la realizzazione dell'auto-determinazione, la dimensione lavorativa comunitaria si propone come scelta e valore alternativo, capace di combattere il forte individualismo che sempre più si sta evidenziando. Certi che questa scelta sia ancora oggi rivoluzionaria, almeno nella capacità di offrire una rinnovata mentalità lavorativa e sociale. La comunità pertanto, riconosce l'importante risultato di proporre attraverso questi principi il valore di un'economia circolare, che si fonda su una compartecipazione a tutti i livelli con una vera assunzione di responsabilità nella piena partecipazione di quella che potremmo definire una "economia domestica".

La scelta di non usufruire dei fondi legati al convenzionamento regionale implica che tutti gli operatori e ospiti si assumano la responsabilità dell'economia della casa, a partire dalla manutenzione e cura delle strutture e ambienti, fino ad arrivare alla conoscenza delle filiere lavorative legate alla produzione di beni destinati alla vendita. Questo processo, connesso a una trasparente gestione economica, alimenta e va a sostenere la scelta di appartenere alla comunità-famiglia.

Il terzo valore paradigmatico che si ritiene importante sottolineare è la capacità da parte di ogni membro dell'équipe educativa di trasmettere i valori ispirazionali e fondativi che si rifanno alla scelta e alla tradizione Cristiana e Francescana. Valori questi che vanno conosciuti e declinati nel rispetto della libera scelta di ognuno, sia dell'educatore che dell'educando. È importante a questo livello la consapevolezza di tendere alla trasmissione dell'alto valore della spiritualità, intendendolo come il modo di vivere e sperimentare realtà spirituali, siano esse religiose o filosofiche, riconoscendo in tale valore una dimensione orientativa spendibile nelle differenti situazioni di vita. Questo aspetto ha la sua ricaduta non solo sul piano personale degli ospiti, ma va a

rafforzare l'ideale di "comunità di vita", impedendo alla dimensione istituzionalizzante di dominare sulla dimensione comunitaria/familiare.

Capitolo II

Il Progetto educativo

*“Ho visto
la gente della mia età andare via
lungo le strade che non portano mai a niente
cercare il sogno che conduce alla pazzia
nella ricerca di qualcosa che non trovano
nel mondo che hanno già
dentro le notti che dal vino son bagnate
dentro le stanze da pastiglie trasformate
dentro le nuvole di fumo
nel mondo fatto di città
essere contro ed ingoiare la nostra stanca civiltà
...M’han detto che questa mia generazione ormai non crede”.*
(Dio è morto - Francesco Guccini)

Il progetto che la Comunità propone è ricco e impegnativo e va oltre il semplice "non utilizzare droghe", con la finalità di toccare gli aspetti più profondi dell'essere umano proponendo uno stile di vita "alternativo". Ogni forma di dipendenza (tossico-dipendenza, alcool-dipendenza, dipendenza da gioco d'azzardo, ecc.), secondo la prospettiva della Comunità non è un problema esclusivamente o prevalentemente medico, ma ha una forte dimensione esistenziale; lo confermano gli studi che mostrano l'inadeguatezza degli approcci meramente farmacologici.

1. L'approccio antropologico e i rapporti necessari con la società

La Comunità propone di uscire dalla dipendenza affrontando alla radice i problemi esistenziali e perciò chiede di mettersi profondamente in discussione.

Questa disponibilità deve essere testimoniata, ovviamente in forme proprie, anche dagli stessi operatori. È bene specificare che in qualunque ruolo ci si trovi all'interno della Comunità, "operatori" e "utenti" sono categorie distinte ma non contrapposte; la comunità propone di mettersi al servizio gli uni degli altri, certamente nel rispetto del proprio ruolo e competenze, ma evitando posizioni di potere che possano sfociare nella prevaricazione; per questo è importante una autorevolezza che solo nella relazione è riconosciuta e accolta.⁵⁰

Nessuno potrebbe vivere a lungo nella Comunità senza accettare questa sfida, nascondendosi invece dietro il proprio ruolo e/o la propria autorità. All'interno della Comunità infatti tutti sono invitati a essere operosi, nella determinazione di "lavorare" per un beneficio che sia comune.

Inizialmente le motivazioni forti che abitano i "ragazzi" sono solo quelle egoistiche che si originano dalla necessità individuale di cambiare, di fuggire, o meglio, di allontanarsi da situazioni ormai insostenibili; ma la maturità di una persona - ed è questa un'altra idea portante della Comunità - si misura anche dalla sua capacità di essere al servizio degli altri. Il percorso che si deve sviluppare è quindi quello che conduce da una fase di dipendenza-egoistica a una fase di autonomia-altruistica.

Occorre però riconoscere che questa fase di autonomia-altruistica è decisamente controcorrente rispetto a quanto avviene nell'attuale realtà sociale. Un'ulteriore passo del percorso comunitario è quindi quello della militanza⁵¹, nel senso più vero del termine: esprimere cioè la capacità non solo di aderire personalmente al progetto e ai valori che la comunità propone, ma di essere attivamente propositivi nei confronti di coloro che sono rifiutati dalla società.

La Comunità si pone allora di fronte alla società in termini che risultano essere alternativi a certi meccanismi disumanizzanti, rifiutando il ruolo di "terapeuta" che mira a ricondurre alla "normalità" socialmente riconosciuta i vari

⁵⁰ GALLINA A. G., *Dentro il bullismo*, Franco Angeli, Milano, 2009, 114-127.; CARKHUFF R. R., *L'arte di aiutare (corso base)*, Erikson, Trento, 2013, *Passim.*; PERLA L., RIVA M. G., *L'agire educativo. Manuale per educatori e OSA*, Ed. La Scuola, Brescia, 2016, *passim.*

⁵¹ L'impegno e la partecipazione attiva da parte di un iscritto nei confronti delle direttive e delle vicende di un organismo politico o sindacale o (*anal.*) da parte di un individuo nei confronti di un movimento culturale, artistico, religioso, ecc.

comportamenti "devianti". La Comunità pertanto mira a formare dei "Disadattati Militanti"⁵², ovvero persone che scelgono e propongono valori di cui hanno sperimentato la capacità riabilitativa per la propria "nuova" vita; valori che sono spesso minoritari rispetto alla stessa società in cui sono inseriti. In ultima analisi, formare dei "disadattati militanti", implica formare una coscienza morale che ha la capacità di reagire alle inevitabili esperienze di solitudine e tentazione. La Comunità inoltre rifiuta di essere vista dalla società, in un ruolo di "gestore del disagio", non accettando di scaricare unicamente sul "deviante" ogni responsabilità.

La Comunità ha certamente un forte valore "terapeutico"⁵³, nel senso che si mette al servizio di ognuno dei suoi membri (o, forse sarebbe meglio dire al suo fianco), per aiutarlo a recuperare le sue potenzialità al fine di guidarlo nel flusso attivo della vita. Ma, per quanto importante, questo non è il ruolo fondante, perché di per sé stessa la Comunità è anche altro: è un luogo di crescita, di incontro e relazione (intrapersonale e interpersonale), ponendosi rispetto alla società come un modello di vita, capace di stimolare processi che educino la società stessa.

Questo atteggiamento "alternativo" o comunque critico nei confronti della società, nella quale comunque prima o poi i ragazzi saranno chiamati a essere reinseriti, non deve tuttavia essere interpretato nel senso dell'accentuazione della responsabilità collettiva rispetto a quella individuale: al contrario, ciò che si valorizza in Comunità è l'individuo con le sue capacità di affrontare e modificare le differenti e molteplici situazioni di conflitto, entrando in una nuova logica, in cui l'io e l'altro, l'interno e l'esterno, partecipino a realizzare il comune interesse, quello della crescita reciproca. In termini più tecnici, secondo il modello a nove stadi di Glasl, la dinamica che viene proposta nel vivere comunitario e nell'affrontare il conflitto, che definiamo "evento relazionale", è quella di tendere a ricercare e attuare la logica del "io vinco - tu vinci" (win-win), senza tendere a

⁵² "Disadattato" va inteso nella forma più nobile, quale uomo/donna che proviene da un'esperienza di vita che offre strumenti riabilitativi e valoriali importanti ma che sono spesso una minoranza nella conduzione sociale della vita. ---- "Militante" va inteso come colui che è impegnato in una partecipazione attiva e costante, nell'ambito di funzioni o rapporti d'ordine culturale, politico o religioso.

⁵³ Dall'etimologia della parola terapia, che deriva dal greco theràpon = servo.

una *escalation* conflittuale che facilmente porterebbe a una rottura della relazioni con l'uso della violenza, che è vietata in ogni sua forma⁵⁴.

È certo che all'interno della Comunità si elabora un'attenta analisi delle deficienze strutturali e valoriali della nostra società, che pur facendo da sfondo alla vita comunitaria, non si pone come una minimizzazione della responsabilità personale, in base anche al principio-chiave che su noi stessi possiamo e dobbiamo agire in modo diretto e immediato.

Con queste premesse, è chiaro che nella Comunità la dimensione terapeutica diventi essenzialmente implicita e poggi principalmente sulle differenti tipologie di dinamiche educative, sulla formazione e sul lavoro, su interventi psicologici e/o psichiatrici qualora si riconoscesse la necessità, di utilizzare e ricorrere alla ricchezza delle scienze/medicine specialistiche, pur ritenendo importante partire da una dimensione più antropologica-educativa.

È altresì importante sottolineare come questi tipi di strumenti (percorso di psicoterapia individuale o di gruppo o psichiatrico) non sono offerti indistintamente a tutti i membri della comunità, ma sono proposti solo dopo una valutazione dell'équipe che risulta essere incaricata di segnalare ai differenti specialisti gli eventuali interessati.

È altrettanto rilevante sottolineare come per tutti coloro che risiedono in comunità da almeno due mesi, si valuti l'opportunità di somministrare i test di valutazione diagnostica, in base ai quali si può vagliare la necessità di un percorso terapeutico personalizzato, per permettere all'interessato di affrontare al meglio il percorso comunitario. Non sempre gli ospiti accolgono favorevolmente questi strumenti; al contrario, solo dopo una congrua permanenza in comunità, si creano le condizioni affinché la proposta/sostegno sia recepito, compreso, accolto e utilizzato nelle sue giuste potenzialità.

Questo apparato formativo tende a promuovere e sviluppare fattivamente l'autonomia del singolo ragazzo, rispondendo a quella domanda

⁵⁴ Possono essere diverse le tipologie di conflitti: di carattere emotivo, di interesse, di valori (interpersonali e intrapersonali) e infine di dati. Lungo tutto il percorso comunitario, si ha la possibilità di confrontarsi, personalmente o comunitariamente con ognuno di questi aspetti elencati. Per approfondimenti Cfr: NISATI M., *Il conflitto*, NeP edizioni, Roma, 2017. COLETTI M., GROSSO L., *La comunità terapeutica per persone tossicodipendenti*, cit., p. 319-328.

implicita, ma estremamente chiara, di voler uscire definitivamente dalla dipendenza.

1.1. Le figure professionali

La Comunità si propone essenzialmente come ambiente familiare e pone questo come modello di riferimento, pur nella varietà delle figure e nella complessità delle relazioni.

L'organico della Comunità comprende l'équipe multidisciplinare (educatori, pedagogisti, operatori di comunità), con compiti e ruoli specifici che seguono la gestione delle attività formative, lavorative, culturali e ricreative. Queste, a loro volta, sono osservate e valutate dal Presidente e Responsabile/ Coordinatore della Comunità, a cui è affidata la cura, l'organizzazione e la calendarizzazione del loro svolgimento.

La ricchezza e particolarità è data anche dal ruolo del Presidente, ma anche da quello dei collaboratori, non essendo questi impegnati unicamente nella gestione amministrativa, ma entrando attivamente nella gestione educativa di uno stretto e intenso scambio lavorativo e educativo⁵⁵.

Dentro all'équipe, si collocano le figure professionali più specifiche, come psicologi e psichiatri, che in momenti particolari e ben calendarizzati, partecipano alle riunioni plenarie di équipe, volte ad analizzare l'andamento educativo individuale.

La collaborazione con medici, infermieri e personale sanitario nel corso degli ultimi anni è diventata sempre più strutturata. Il notevole aumento delle necessarie cure mediche/ospedaliere, sia ordinarie che specialistiche, comporta un investimento significativo di tempo per il disbrigo delle numerose pratiche burocratiche ad esse correlate.

⁵⁵ Presidente di tutta l'Associazione Mondo X - Sardegna e delle sue strutture è P. Salvatore Morittu, ad oggi affiancato da P. Stefano Gennari, entrambi appartenenti alla Provincia dei Frati Minori di Umbria e Sardegna.

L'équipe si avvale anche di una supervisione, che a cadenza quindicinale, ha la finalità di curare la formazione dell'équipe stessa, per favorire relazioni corrette e soddisfacenti.

Significativo è lo studio di George De Leon sulla coesione dell'équipe educativa all'interno delle comunità terapeutiche, che evidenzia il concetto secondo il quale la coesione dell'équipe educativa rappresenta il secondo elemento (il primo è dato dal tempo di permanenza in comunità) che permette al percorso di recupero di ottenere rilevanti e positivi risultati nel raggiungimento degli obiettivi finali⁵⁶.

Sono presenti all'interno della proposta educativa anche figure che operano come i "maestri di lavoro" che attraverso un rapporto di gratuità o collaborazione lavorativa, mettono a disposizione la propria professionalità, le competenze e le loro personali qualità umane al servizio del progetto educativo, con una particolare attenzione all'ambiente lavorativo. È in tale contesto, che i maestri di lavoro, trascorrono una parte significativa della giornata comunitaria vivendo a fianco degli ospiti, trasmettendo loro la propria ricchezza professionale e umana.

Infine, la Comunità si avvale anche di una fitta rete di volontari, con funzioni integrative o di supporto alle attività proposte, in rapporto alle personali competenze. Gli stessi volontari sono invitati ad aderire alle riunioni periodiche per la verifica del loro operato, nello spirito di un confronto facente parte integrante di una grande famiglia che opera verso scopi comuni.

2. Le fasi del percorso

Il programma terapeutico comprende diverse fasi; la durata di ogni singola fase non è rigidamente predeterminata, ma dipende ampiamente dal

⁵⁶ DE LEON G., *The Therapeutic Community: theory, model and method*. Springer Publishing Company, New York, 2000,151-164.

Per approfondire queste dinamiche in un testo in lingua italiana consultare anche:
COLETTI M., GROSSO L., *La comunità terapeutica per persone tossicodipendenti*, cit., *passim*.

singolo caso. La durata media per lo sviluppo complessivo del programma si può comunque quantificare in circa tre anni.

La prima fase è quella di Accoglienza, che si svolge in regime non residenziale, presso i Centri di Accoglienza⁵⁷. Durante questa fase, attraverso colloqui di tipo informativo/motivazionale a cadenza generalmente settimanale e attraverso eventuali consulenze psicologiche/psichiatriche, si cerca di ottenere una prima valutazione complessiva. Inoltre in questa fase viene raccolta la documentazione medica e giudiziaria, per meglio inquadrare la complessità della situazione.

I colloqui prima dell'ingresso in comunità hanno le seguenti finalità:

- acquisire informazioni che permettono di inquadrare compiutamente la specificità del problema;
- valutare l'opportunità o meno di un inserimento nelle fasi successive piuttosto che l'orientamento verso altre strutture;
- definire un Progetto Terapeutico Personalizzato;
- se la valutazione degli operatori dei Centri di Accoglienza lo giudica appropriato, proporre l'ingresso in Comunità, approfondendone in più momenti gli elementi più significativi (le regole da accettare, i tempi, gli obiettivi, le attività e modalità che la comunità utilizza all'interno del progetto educativo), cercando di agire in senso positivo sulle motivazioni al cambiamento dell'intera persona;
- infine concordare con l'utente stesso e eventualmente con la struttura, una strategia per affrontare i problemi legati alla disintossicazione per permettere l'ingresso in comunità in una situazione che potremmo definire "drugs-free".

Le tre fasi successive a questa, si svolgono tutte in regime residenziale esse sono:

1. Fase della Dipendenza;
2. Fase dell'Autonomia;
3. Fase di Reinserimento sociale.

⁵⁷ L'Associazione dispone di due Centri di Accoglienza, dislocati una a Sassari e l'altro a Cagliari.

La Fase della Dipendenza è segnata appunto dall'ingresso in Comunità. Per i primi tre mesi è previsto un distacco dall'ambiente esterno, per cui l'ospite non può avere contatti diretti né con i familiari né con altri conoscenti. I suoi rapporti privilegiati diventano quelli con gli operatori e con gli altri ospiti della Comunità. In questo modo la dipendenza già vissuta attivamente nei confronti della sostanza d'abuso, è sostituita dal legame stabilito con la Comunità, che lo aiuta ad affrontare l'adattamento al nuovo stile di vita.

È questa una fase molto delicata, perché caratterizzata da una revisione e interiorizzazione di un nuovo stile di vita, che abbraccia l'intero vissuto esistenziale; attraverso un dialogo che sarà sempre più costante tra l'ospite e la comunità; l'équipe accompagnerà il ragazzo al raggiungimento dei vari obiettivi prefissati attraverso le differenti attività proposte.

La fase successiva, detta Fase dell'Autonomia, prevede, attraverso una maggiore assunzione di responsabilità, un intervento sempre più autorevole inerente agli aspetti di gestione quotidiana della Comunità. Si attiva la gestione dei contatti sia epistolari che personali con l'esterno (periodiche visite in Comunità dei familiari e viceversa dell'ospite presso l'abitazione familiare) e lo sviluppo di una maggiore conoscenza di sé con il raggiungimento di un'adeguata capacità di autovalutazione delle proprie possibilità e dei propri limiti.

All'interno di queste ultime due fasi è di particolare importanza il rapporto che la comunità propone con la denominazione di "relazione tra padre comunitario e figlio comunitario". All'ospite che, entrato nella fase dell'autonomia dà prova di responsabilità e fiducia, si chiede di seguire più da vicino un ospite appena arrivato (che sarà nella fase della dipendenza). L'ospite a cui si affiderà il neo-arrivato assumerà il ruolo di padre comunitario e il neo-arrivato sarà il figlio comunitario. Il padre comunitario, in costante dialogo con l'équipe, si impegnerà a non lasciare mai solo il neo-arrivato all'interno delle attività che vengono proposte lungo tutto l'arco della giornata, trasmettendo tutte quelle nozioni e aspetti che fanno parte del vivere comunitario.

L'ultima fase, infine, detta Fase di Reinserimento sociale, consta di due momenti, il primo residenziale e il secondo extra-residenziale.

Nel primo, l'ospite continua la sua permanenza all'interno della struttura residenziale, attivando dei processi di responsabilizzazione che metteranno alla prova l'autonomia e la militanza che è richiesta nell'organizzazione e gestione delle attività in una stretta relazione con la stessa équipe educativa. Si predisporrà anche l'attivazione di tutti i processi necessari al reinserimento sociale-lavorativo: con la predisposizione di soluzioni abitative a conclusione della fase residenziale, promozione dei rapporti familiari al fine di favorire la ripresa di relazioni che aiutino il reinserimento e la verifica dei documenti necessari (patente, pensione, reddito, ecc. ...). Quando questo processo si riterrà concluso, si attiverà il secondo momento, pertanto, una volta concluso il tempo di permanenza all'interno della comunità (fase residenziale), il ragazzo farà il suo "nuovo" ingresso nella società (fase non residenziale).

Questa fase va a scandire la conclusione del percorso comunitario (uscita dalla comunità) che prevede due possibili modalità: o la fine del percorso comunitario attraverso la dicitura "uscita non concordata", prevista a partire da una permanenza maggiore di due anni in comunità; in questo caso non è raggiunto l'accordo con i responsabili e l'équipe della comunità in base al tempo ritenuto necessario per il pieno raggiungimento degli obiettivi (questa modalità di uscita viene anche denominata "Late Dropout").

La seconda modalità è quella che viene denominata "uscita concordata" (o anche "Graduates"), quando la fine del percorso è determinata da un accordo tra utente, famiglia, responsabili e membri della équipe educativa. In questa modalità, per sottolineare e valorizzare il raggiungimento degli obiettivi prefissati, è previsto un momento celebrativo, dove tutta la comunità insieme ai parenti o referenti del percorso e alla presenza anche di alcuni significativi volontari della struttura, si ritrovano per un momento di festa.

A entrambe le situazioni ("uscita non concordata" e "uscita concordata") non è negata, se non in particolari e rari casi, la possibilità di pianificare la fase del reinserimento.

Il secondo momento della fase del reinserimento, non più in regime residenziale, prevede che l'ospite sia invitato per almeno un anno a mantenere i contatti con i Centri di Accoglienza dell'Associazione, recandovisi almeno una

volta al mese per colloqui di sostegno, incontri di gruppo e se necessario un sostegno psicologico individuale.

Questa fase è particolarmente delicata, e i suoi rischi vengono spesso sottovalutati dagli ex-ospiti. L'ospite uscito dalla Comunità, forte del percorso appena concluso e della spinta motivazionale che in un primo momento svolge un ruolo predominante, si trova allo stesso tempo proiettato ad affrontare nuove e importanti sfide relazionali, sociali e lavorative.

È in questa fase che si compie il vero e proprio reinserimento sociale, tanto che risulterà importante e a volte preventivamente necessario affrontare questo tempo accogliendo la possibilità di un sostegno e a volte di un semplice confronto per leggere adeguatamente e sapientemente il "nuovo" contesto abitativo, relazionale e lavorativo, alla luce di quei valori assorbiti e scelti lungo l'intero percorso.

2.1. Cosa intendiamo per percorso comunitario riuscito

La conclusione del cammino comunitario, come abbiamo sopra affermato, può compiersi secondo diverse modalità: uscita concordata (detta anche uscita col consenso), uscita non concordata (detta anche uscita senza consenso); ma può prevedere anche altre due differenti modalità; quella dell'abbandono spontaneo o dell'espulsione.

Ciò che la Comunità maggiormente cerca di tutelare è la libertà dell'ospite nel decidere come concludere il suo percorso comunitario, pur usando molteplici strumenti per far comprendere l'importanza della piena realizzazione del percorso.

Davanti a fragilità e debolezze dell'ospite, la Comunità è portata ad intervenire in maniera diversificata, tenendo però in considerazione le posizioni di entrambe le parti, sia quella dell'utente sia quelle della stessa comunità, che è chiamata a tutelare anche quell'istanza primordiale di cui è diventata depositaria nel momento dell'ingresso in comunità dell'utente.

All'interno di questo particolare ambito è centrale certamente la chiave di lettura che l'équipe mette in campo nella gestione delle crisi. Su questo particolare aspetto, una riflessione attinente la riprendo da Albert Einstein, che scriveva:

Non pretendiamo che le cose cambino, se continuiamo a fare le stesse cose. La crisi può essere una grande benedizione per le persone e le nazioni, perché la crisi porta progressi. La creatività nasce dall'angoscia come il giorno nasce dalla notte oscura. È nella crisi che sorge l'inventiva, le scoperte e le grandi strategie. Chi supera la crisi supera sé stesso senza essere superato. Chi attribuisce alla crisi i suoi fallimenti e disagi, inibisce il proprio talento e dà più valore ai problemi che alle soluzioni. La vera crisi è l'incompetenza. Il più grande inconveniente delle persone e delle nazioni è la pigrizia nel cercare soluzioni e vie di uscita ai propri problemi. Senza crisi non ci sono sfide, senza sfide la vita è una routine, una lenta agonia. Senza crisi non c'è merito. È nella crisi che emerge il meglio di ognuno, perché senza crisi tutti i venti sono solo lievi brezze. Parlare di crisi significa incrementarla, e tacere nella crisi è esaltare il conformismo. Invece, lavoriamo duro. Finiamola una volta per tutte con l'unica crisi pericolosa, che è la tragedia di non voler lottare per superarla⁵⁸.

Affrontare, scontrarsi e superare le crisi è la dimensione che potremmo dire realmente quotidiana e la conclusione e la riuscita dello stesso percorso si potrebbe anche misurare nella capacità di affrontare e superare i momenti di crisi che in vario modo si vivono lungo tutto il percorso.

L'uscita col consenso è tale allorché il presidente, il responsabile e l'équipe danno una valutazione positiva alla richiesta dell'ospite di concludere la sua permanenza in Comunità. È ragionevole pensare che secondo quanto è stato affermato in precedenza, questa modalità, risulti la modalità "migliore" e seppur limitata, possa offrire maggiori "garanzie" circa il reinserimento socio-lavorativo.

Vi anche un'altra possibilità: quella dell'uscita col consenso condizionato, in cui l'ospite con un lungo periodo di almeno tre anni decide di lasciare la Comunità senza il parere favorevole del presidente e dell'équipe, e nonostante

⁵⁸ EINSTEIN A., *Il mondo come lo vedo io*, Giachini Editore, Bologna, 1952, p. 75.

gli siano stati comunicati gli elementi su cui dover ancora crescere e fortificarsi. In questo caso e solo dopo un congruo tempo trascorso in comunità e a seguito di attente valutazioni, si consente all'ospite di prendere contatto con i familiari e di attivare i processi per un piano di reinserimento. È da specificare che all'interno di questa modalità di uscita, non è previsto il momento celebrativo e di festa, ma solo un semplice e intimo saluto alla Comunità.

Sono queste le uniche modalità che la Comunità riconosce come espressione del "percorso comunitario riuscito", o, per meglio dire, semplicemente concluso.

Vi possono essere naturalmente anche altre situazioni in cui l'ospite interrompe il percorso comunitario intrapreso, come ad esempio gli abbandoni spontanei che corrispondono al caso in cui l'ospite decide di lasciare la Comunità di sua iniziativa e col parere contrario di tutta l'équipe. Ciò può avvenire in qualsivoglia momento del percorso personale, indipendentemente dal tempo di permanenza. In generale, prima che l'ospite abbandoni la Comunità, i responsabili, gli operatori gli ospiti anziani della Comunità, cercano di ravvivare e far riaffiorare nell'interessato le motivazioni valide al fine di continuare il cammino. In caso di esito negativo si interpella il presidente per un'ulteriore opera di convincimento. Come ultima possibilità, si interpellano telefonicamente i familiari o i referenti, ricercando in loro un importante elemento di coesione, segnato da una forte alleanza educativa. Se l'ospite persiste nell'intenzione di andare via, gli si consegnano i documenti e gli effetti personali custoditi in Comunità, stabilendo altresì come procedere affinché la partenza sia preparata adeguatamente e in condizioni di sicurezza. In questa circostanza, non è previsto alcun tipo di saluto pubblico alla comunità, ma sarà compito del responsabile e o degli operatori informare la Comunità di quanto è avvenuto. Sarà poi necessario avvisare i familiari o referenti e i Centri di Accoglienza. A questo punto, la Comunità, consapevole dell'urgenza e necessità di un percorso di recupero, lascia ulteriormente una "porta aperta", concedendo all'ospite che ha abbandonato il progetto comunitario di avanzare

la richiesta per rientrare in comunità: ma questo è possibile solo entro le ventiquattro ore dall'ora di abbandono⁵⁹.

Vi è un'ultima possibilità, che seppur spiacevole, la comunità nella libertà della gestione del percorso formativo, può scegliere di mettere in atto qualora il rapporto con l'ospite venga interrotto anche drasticamente, richiedendone l'espulsione. Questa si attua a seguito di situazioni particolari, quali comportamenti gravi nei confronti dei Operatori/Responsabili o verso un componente della Comunità, l'inosservanza di alcune regole fondamentali per la vita della Comunità, gesti di violenza, comportamenti sessuali non consoni alla vita comunitaria o altri gravi eventi. L'espulsione, pur essendo un gesto estremo, conserva una valenza formativa. Fatti salvi casi eccezionali, è sempre decisa e comunicata dal presidente.

È importante a questo riguardo, tenere in considerazione quanto risulti importante per una qualsiasi comunità, al fine di realizzare efficacemente il programma educativa, avere la possibilità di gestire sapientemente e responsabilmente gli ingressi e le uscite, gestendo autonomamente le differenti situazioni nel rispetto della libertà che ogni singolo individuo è chiamato a esprimere.

⁵⁹ Nel caso di richiesta di reingresso entro le ventiquattro ore dall'abbandono e quando si presume che non vi sia stato uso di droghe, il Responsabile, dopo aver ricevuto parere favorevole dal Presidente ed essersi consultato se possibile anche con l'équipe, può decidere la riammissione immediata dell'ospite. Nel caso in cui la richiesta pervenga dopo le ventiquattro ore, sentito il Presidente e l'équipe e consultando eventualmente anche il gruppo degli Anziani e le altre componenti della Comunità, può valutare la scelta fra le seguenti opzioni, informando in ogni caso e in tempi brevi il Presidente: riammissione immediata nella stessa Comunità; riammissione immediata in altra Comunità (quando queste erano più di una); riammissione subordinata alla ripresa dei colloqui in Accoglienza o in ultima istanza il rifiuto. In ogni caso, la presa in considerazione della riammissione è subordinata alla richiesta personale dell'ospite e non tramite familiari o terzi. Le richieste di ingresso di chi ha concluso il percorso comunitario e presenta nuovamente problemi di dipendenza sono valutate caso per caso dai Centri di Accoglienza e dal presidente stesso.

3. Offerta dei servizi per le dipendenze: dialogo tra pubblico e privato

All'interno di questo studio è importante presentare una sintesi sulla situazione inerente il dialogo che intercorre tra i servizi pubblici e privati nel vasto campo delle dipendenze.

Le comunità terapeutiche sorte in Italia sono state le prime a occuparsi del fenomeno delle dipendenze; successivamente il sistema sanitario nazionale ha offerto pochi servizi, prima i Centri Medici e di Assistenza Sociale (CMAS), poi i Servizi per le Tossicodipendenze (SerT) e infine i Servizi per le Dipendenze (SerD).

Il dialogo, tra pubblico e privato, mai del tutto profondamente affrontato, ha portato spesso a promuovere servizi “antagonisti” e a non riconoscere la pari dignità⁶⁰.

Fino al 2021 la fotografia delle offerte dei servizi pubblici a livello territoriale dal punto di vista organizzativo, ha manifestato una situazione eterogenea, articolata fra Dipartimenti delle Dipendenze e Dipartimenti di Salute Mentale nella maggior parte delle Regioni, con sistemi organizzativi anche molto differenziati.

È questo un aspetto del tutto particolare poiché il sistema dei Servizi per le Dipendenze, pubblici e privati nelle loro differenti interazioni, deve confrontarsi con un contesto sociale in forte e continua evoluzione⁶¹ che ha portato a un repentino cambiamento del fenomeno delle dipendenze oltre a provocare delle risposte che hanno investito l'organizzazione territoriale stessa. Questa spesso si trova impreparata a rispondere a questi continui cambiamenti e costretta a introdurre sempre elementi innovativi nei servizi da essi erogati⁶².

La riforma costituzionale del 2001 ha come snodo centrale la ricerca di un nuovo equilibrio e dialogo nella gestione dei nuovi rapporti istituzionali tra lo

⁶⁰ COLETTI M., GROSSO L., *La comunità terapeutica per persone tossicodipendenti*, Gruppo Abele, Torino, 2022, 273-280. 357-369.

⁶¹ https://www.iss.it/droga/-/asset_publisher/CjKTpUEurcwM/content/consumo-di-droga-identificate-33-nuove-sostanze-picco-di-intossicazioni-triplicati-i-sequestri

⁶² PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI, *Relazione annuale al Parlamento sul fenomeno delle Tossicodipendenze in Italia*, (2023), cit., p. 62-65.

Stato, le Regioni e i Comuni. Non essendo più fondate sul parallelismo tra competenza legislativa e competenza amministrativa, gli Enti sono invitati a un dialogo e confronto ispirato ai principi di sussidiarietà, differenziazione e adeguatezza, favorendone un maggiore dialogo. Questo, tuttavia, non si è ancora del tutto verificato, pur se risulta importante segnalare a questo riguardo che il 27 e 28 novembre 2021 si è svolta la VI Conferenza Nazionale sulle Dipendenze⁶³, aprendo un nuovo tavolo tecnico che mancava da 12 anni, dando la possibilità agli organizzatori dell'evento, la Presidenza del Consiglio dei Ministri in collaborazione con il Dipartimento per le Politiche Antidroga di dialogare con le differenti realtà pubbliche e private di chi opera nel campo delle dipendenze. Queste, come altre occasioni che dovrebbero realizzarsi ogni due anni, sono chiamate a riconoscersi luoghi di incontro e confronto.

Ormai da diverso tempo i servizi per le dipendenze non sono più dedicati esclusivamente al trattamento di persone unicamente tossicodipendenti, ma offrono un servizio di assistenza alle differenti tipologie di persone e quindi di dipendenze:

- persone con disturbi correlati all'assunzione di sostanze psicoattive;
- comportamenti additivi legati alle dipendenze, come gioco d'azzardo, uso compulsivo di internet, social network, gaming, shopping compulsivo, sex-addiction, comportamenti alimentari ecc.;
- comorbilità psichiatrica, come fattore scatenato dalla sostanza o come già presente e che in situazione drug-free si scatenano e evidenziano con maggiore facilità e chiarezza⁶⁴.

Questo continuo e sempre più veloce mutamento del fenomeno delle dipendenze rende ancora più difficile e complicata la promozione di un cammino di aiuto, poiché si differenziano e si realizzano percorsi sempre più

⁶³ Il 27 e il 28 novembre 2021, a Genova si è tenuta la VI Conferenza Nazionale sulle Dipendenze "Oltre le fragilità" per approfondire le problematiche connesse alla diffusione di sostanze stupefacenti e psicotrope, prevista con cadenza triennale dal D.P.R. n. 309/1990, la cui ultima edizione si è tenuta a Trieste nel 2009.

⁶⁴ Nella *Relazione annuale al Parlamento sul fenomeno delle Tossicodipendenze in Italia* del 2023 si evince che nel 2022 sono state rilevate 76 nuove sostanze, appartenenti prevalentemente alla classe dei cannabinoidi sintetici e dei catinoni sintetici, 29 delle quali circolanti per la prima volta nel nostro Paese. L'identificazione è avvenuta quasi sempre a seguito di sequestro. Inoltre, 48 sostanze stupefacenti e 2 piante sono state inserite all'interno delle Tabelle ministeriali contenenti le sostanze stupefacenti e psicotrope.

specializzati in riferimento alle tipologie da trattare, diversificando notevolmente il panorama di intervento.

Relativamente a questo contesto, si ritiene importante affrontare una seria riflessione, riconoscendo che quanto più si diversifica il campo di intervento, tanto più sarà necessario trovare spazi adeguati di confronto in cui le differenti argomentazioni risultino essere attinenti al programma educativo e socio-riabilitativo che viene promosso.

Capitolo III

Follow-up: lo stato dell'arte fino ad oggi e la nuova ricerca

*“Andrea si è perso, si è perso e non sa tornare
Andrea aveva, aveva un dolore: riccioli neri
C'era scritto e la firma era d'oro, era firma di re”.*
(Fabrizio De André - Andrea)

Premesso quanto finora esplicitato, si pone il problema di valutare l'efficacia dei percorsi terapeutici. La singolarità di ogni vicenda personale, la diversità degli approcci adottati dalle diverse comunità, la rapida evoluzione del panorama delle dipendenze e delle corrispettive proposte terapeutiche rendono questa valutazione estremamente difficile.

Un dato misurabile è certamente quello del follow-up, che seppur inserito all'interno di un ambiente ad oggi molto diversificato, può permettere alla ricerca di tornare a essere nuovamente un elemento prezioso e significativo.

Le ricerche e gli studi apportati nel corso degli anni hanno permesso innanzitutto di conoscere e rilevare una sostanziale crescita di proposte educative, di modelli e di differenti tipologia di servizi, mettendo in discussione quelli che erano i tradizionali strumenti e modelli utilizzati nel recupero delle persone con problematiche legate alle dipendenze⁶⁵.

Dal punto di vista prettamente sanitario, si è passati da un concetto seppur ampio di tossicodipendenza a un concetto ancora più allargato e inclusivo di dipendenze, ampliando notevolmente l'insieme che regola e si occupa della lotta contro le dipendenze. Questo ha inoltre comportato un notevole impiego di risorse e energie economiche, basti pensare all'aumento e

⁶⁵ SOLLINI R., *Il futuro della comunità terapeutica*. In: Lugoboni F., Zamboni L. (a cura di), *In Sostanza. Manuale sulle dipendenze patologiche*, Edizioni CLAD-Onlus, Verona, 2018. 818-825.

diversificazione dei servizi di prevenzione e ai tanti trattamenti specifici sia in campo sanitario che educativo⁶⁶.

Per combattere gli sprechi appare necessario impiegare le risorse nel modo migliore, coniugando efficacia ed economicità attraverso dispositivi trattamentali e organizzativi sostenibili. Questo pur se risulta essere un obiettivo ormai presente nei vari piani di recupero (obiettivi e finalità della *Relazione annuale al Parlamento sul fenomeno delle Tossicodipendenze in Italia*), sembra ancora di difficile attuazione⁶⁷.

Ciò su cui è necessario indagare e che renderebbe realmente possibile quanto è auspicato, è esaminare il benessere e la qualità della vita successivamente al percorso di recupero (quando naturalmente questo risulta essere come precedentemente analizzato un cammino che definiamo “riuscito”). Qui sarà necessario adottare dei parametri di valutazione comuni, inquadrandoli all’interno di obiettivi comuni e verificabili in modalità uniformi⁶⁸.

Le comunità infatti, hanno meriti significativi nella promozione del recovery, del reinserimento e dell’integrazione sociale, tanto che all’interno di questo versante di intervento risulta indispensabile considerare la “guarigione”, cioè l’uscire stabilmente dalle dipendenze, un processo di lunga durata, in cui il supporto continuativo della comunità, seppur diversificato nel tempo, risulta essere elemento fondamentale⁶⁹.

⁶⁶ PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI, *Relazione annuale al Parlamento sul fenomeno delle Tossicodipendenze in Italia*, (2023), cit., p. 190-229.

⁶⁷ *Ivi*, p. 193-215.

⁶⁸ PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI, *VI Conferenza Nazionale sulle Dipendenze, Ricerca scientifica e formazione nell’ambito delle dipendenze - Tavolo Tecnico 7*, 2021: in Dipartimento per le Politiche Antidroga: <https://www.politicheantidroga.gov.it/media/3187/instat-book-tavolo-tecnico-7.pdf>, 61. 103-106.

⁶⁹ VANDERPLASSCHEN W., COLAPERT K., AUTRIQUE M., RAPP R.C., PEARCE S., BROEKAERT E., VANDEVELDE S., *Therapeutic communities for addictions: a review of their effectiveness from a recovery-oriented perspective*, in THE SCIENTIFIC WORLD JOURNAL: <https://downloads.hindawi.com/journals/tswj/2013/427817.pdf>, 1-22.

1. Recovery e follow-up

Il pieno recupero, elemento fondante della ricerca di Follow-Up, non si limita all'astensione o all'assenza di sintomi, o al semplice utilizzo di sostanze, ma consiste nell'indagare quel profondo processo di cambiamento personale che ha a che fare con l'assunzione di nuovi valori, andando intrinsecamente a modificare le personali attitudini, sentimenti, obiettivi, capacità e ruoli che si esprimono nell'ampio contesto socio-esistenziale.

Con il termine recovery, vogliamo intendere l'attivazione di un processo che include sia la "guarigione funzionale" che la "guarigione clinica".

La "guarigione funzionale", nel trattamento delle dipendenze, si riferisce al ripristino delle funzioni normali della vita quotidiana e del benessere nell'affrontare e superare la dipendenza. Ciò può includere il recupero della salute fisica, il ritorno a uno stile di vita equilibrato, la gestione delle responsabilità quotidiane e la ricostruzione delle relazioni personali e professionali. La "guarigione clinica" invece mira maggiormente al recupero a livello psicologico ed emotivo. Può includere il superamento dei fattori sottostanti che hanno contribuito alla dipendenza, come problemi di salute mentale, traumi o stress di vario genere. La "guarigione clinica" può anche coinvolgere la partecipazione a programmi di counseling o terapie, il sostegno emotivo da parte di professionisti della salute mentale e lo sviluppo di competenze per affrontare le sfide della vita senza ricorrere a sostanze o comportamenti dannosi.

Possiamo quindi dire che il processo di recovery è un percorso complesso e può coinvolgere diverse fasi, tendendo ognuna di esse ad un reale approccio olistico, promuovendo la stabilità emotiva e il ritorno a una vita funzionale e appagante.⁷⁰

Come scrivono Coletti e Grosso:

una comunità non alimentata e non continuamente orientata da un pensiero critico e comune, periodicamente verificato anche da 'occhi esterni' è una comunità molto a rischio, per i pazienti e

⁷⁰ COLETTI M., GROSSO L., *La comunità terapeutica per persone tossicodipendenti*, cit., p. 428-434.

*anche per gli operatori. La valutazione costante di quanto si fa è una necessità imprescindibile, un must professionale, un dovere morale*⁷¹.

Nella valutazione dei progetti terapeutici, è fondamentale tenere presente che non sempre è possibile identificare un rapporto diretto e di semplice lettura fra trattamento effettuato e risultati ottenuti, anche se risulterebbe importante adottare delle linee (items) di verifica condivise per rilevare dei processi di recupero comuni.

È altresì evidente accorgersi come, nella valutazione dell'efficacia del trattamento delle dipendenze, non sia possibile applicare lo stesso metodo che si utilizza per dimostrare l'efficacia di un determinato processo formativo, psicologico o farmacologico in cui la correlazione di causa-effetto non è così del tutto chiara ed epurata dalle eventuali presenze di altri fattori difficilmente rintracciabili⁷².

Uno degli obiettivi di questo elaborato è pertanto sensibilizzare a una sempre più maggiore indagine e dialogo tra coloro che operano in questo ambito, promuovendo e sostenendo la valutazione dell'efficacia del trattamento dei percorsi proposti, rendendoli analizzabili su ciascun ospite. Riuscire a ottenere una accurata valutazione, pone le fondamenta e le linee di orientamento per "garantire" l'efficacia stessa del trattamento che si sta ponendo in atto.

Purtroppo, nel nostro Paese la ricerca valutativa dei programmi erogati dai servizi per le dipendenze è ancora molto limitata, mentre negli Stati Uniti d'America da oltre trent'anni sono state realizzate ricerche valutative su scala nazionale⁷³.

⁷¹ *Ivi*, p. 405.

⁷² Follow-Up "Casa di Giano": Simula A., Lunesu L., L'efficacia del trattamento comunitario delle dipendenze: Analisi di follow-up nella comunità "Casa di Giano" di Trento, in FeDerSerD: <https://www.federserd.it/files/mission/09+Mission54OA+Simula.pdf>, 51.

⁷³ DE ANGELI M., SERPELLONI G., *I progetti di ricerca sulla valutazione dell'outcome e del processo di trattamento nell'ambito delle tossicodipendenze: una revisione della letteratura scientifica*. In: Serpelloni G., De Angeli M., Rampazzo L., *La valutazione dell'outcome: nei trattamenti della tossicodipendenza*, Regione Veneto, 2002, 113-117.

A partire da una già presente revisione della letteratura scientifica, è stata condotta una ricerca riguardante il numero di valutazioni dell'outcome e dei follow-up nei trattamenti delle dipendenze. Attraverso questa ricerca si evince che siano presenti attualmente nel panorama nazionale, un totale di 44 lavori scientifici⁷⁴.

Le indagini di follow-up pertanto si prefiggono l'obiettivo generale di confrontare la condizione di vita (benessere bio-psico-fisico della persona) rilevata precedentemente all'ingresso in comunità terapeutica, con quella osservata dopo l'uscita dalla comunità. Le ricerche inoltre hanno la finalità e la possibilità di indagare sulla durata e l'efficacia nel tempo dello stesso trattamento, oltre ad avere la possibilità attraverso differenti items di evidenziare quali siano i fattori prioritari che permettono una astinenza totale da ogni tipo di sostanze.

1.1. La precedente indagine di follow-up realizzata dall'Associazione Mondo X - Sardegna

La precedente ricerca, si proponeva di verificare gli esiti dell'intervento delle comunità dell'Associazione Mondo X - Sardegna attraverso il follow-up degli utenti che hanno intrapreso e concluso il percorso in Comunità negli anni 1980 -1992⁷⁵. L'intento della stessa ricerca era posto all'interno di ulteriori e già presenti ricerche volte anch'esse a valutare l'efficacia di un trattamento per le

⁷⁴ Per tale ricerca sono stati utilizzati cinque tra i principali database disponibili nell'ambito della ricerca, selezionati per le caratteristiche di rappresentatività e copertura: MEDLINE, Psych Info, Psychology and Behavioral Sciences Collection, CINAHL, Sociology Source Ultimate, Education Source e Communication & Mass Media Complete, all'interno del periodo di tempo che va dal 1966 al ottobre 2023.

(Una precedente ricerca, che ha utilizzato alcuni dei parametri da noi utilizzati, attestava la presenza di 39 ricerche, in un periodo di tempo compreso dal 1966 al dicembre 2012: DE GIOVANNI A., DAL CANTON F., *Le comunità terapeutiche per i disturbi correlati a sostanze in Europa e negli Stati Uniti*, in BOLLETTINO DELLA SOCIETÀ MEDICO CHIRURGICA DI PAVIA, vol. 126, n° 3, 2013.).

⁷⁵ COIS A., GANADU L., MORITTU S., *Uno studio di Follow-up su 545 eroinomani ammessi in comunità residenziale tra il 1980 e il 1992, cit., passim.*

In questo periodo di tempo l'Associazione gestisce: la Comunità di San Mauro a Cagliari, la Comunità di S'Aspru a Siligo e la Comunità Campu 'e Luas, all'interno del territorio di Uta - CA).

tossicodipendenze con modalità omogenee a quelle dei principali studi presenti in quel periodo storico.

Lo spirito che animò il progetto era quello di conservare fortemente la dimensione all'interno della quale ci si chiede "qual è il senso delle cose che si fanno", sapendo bene che l'operato educativo che si vuole indagare riguarda non solo un puro dato statistico, ma quanto e ancor più l'efficacia di molteplici azioni volte a migliorare lo stile di vita nella sua dimensione integrale.

Oggi come allora, risultano ancora attuali le parole che ispirarono la precedente ricerca, riconoscendo e proponendo come urgente una accurata e acuta riflessione:

oggi alcune scadenze non sono più eludibili ed il privato sociale è costretto a confrontare l'originalità dell'esperienza italiana con il vento che soffia dal nord: prima ancora della traduzione delle politiche di riduzione del danno e del rischio, è necessario andare al confronto dei dati, portando i risultati, a distanza di tempo, di quella che è stata l'esperienza più tipica dell'Italia nell'intervento sulla tossicodipendenza: il movimento delle comunità terapeutiche⁷⁶.

La precedente ricerca di follow-up ha saputo mantenere l'obiettivo di confrontabilità, rispetto alle ricerche che erano presenti nel panorama nazionale, tenendo conto dei quattro fondamentali aspetti⁷⁷:

- i criteri di inclusione nei campioni da sottoporre a follow-up e il problema del gruppo di controllo;
- la durata del periodo di follow-up e il punto a partire dal quale tale periodo viene misurato;
- le definizioni di successo dell'intervento;
- i modelli di analisi dei dati.

Il campione che si era considerato era la totalità degli utenti (incluse le uscite con/senza consenso, abbandoni e espulsioni) che per la prima volta avevano intrapreso e concluso il programma di riabilitazione nel periodo

⁷⁶ GROSSO L., *Ruolo delle comunità residenziali e del volontariato sociale dopo le modifiche prodotte dal referendum, Bollettino per le Farmacodipendenza e L'Alcool*, 1994. 3-4.

⁷⁷ COIS A., GANADU L., MORITTU S., *Uno studio di Follow-up su 545 eroinomani ammessi in comunità residenziale tra il 1980 e il 1992, cit., p. 33-39.*

compreso tra il 01.01.1980 e il 31.12.1992, con il chiaro riferimento alla principale sostanza di abuso che era l'eroina.

Gli utenti che per una seconda o terza volta erano stati ammessi in comunità per un nuovo programma sono stati esclusi dal campione, e il nuovo programma è stato assimilato ad altra esperienza terapeutica.

Il sottogruppo di coloro che hanno abbandonato il programma nei primi dieci giorni di permanenza (early dropouts) e che verosimilmente non hanno usufruito di alcun trattamento, è stato considerato come gruppo di confronto: non essendo infatti casuale l'assegnazione degli utenti al campione e a tale gruppo, quest'ultimo, a rigor di termini non può essere definito gruppo di controllo⁷⁸.

Le caratteristiche demografiche, di background, del percorso di tossicodipendenza e comunitario erano ricavate dalle cartelle personali compilate al momento dell'ingresso nel programma e aggiornate durante l'esperienza comunitaria e alcune omissioni sono state recuperate in fase di follow-up.

La durata del periodo considerato ai fini del follow-up, è compresa tra i sei mesi e i quattordici anni, calcolati a partire dalla conclusione del trattamento. La scelta di valutare il periodo di follow-up a partire dal termine piuttosto che dall'inizio del trattamento, anche se controversa in letteratura, è giustificata qui per le notevoli differenze relative alla permanenza in comunità e di conseguenza, del periodo a rischio, cioè del tempo in cui il soggetto si trova in un ambiente non protetto, con la concreta possibilità di scegliere tra astinenza e non astinenza.

Per la raccolta dei dati gli utenti erano stati contattati e intervistati. Le interviste erano state realizzate, previo contatto telefonico, da operatori dei Centri di Accoglienza presso le sedi dell'Associazione, solo in alcuni casi a domicilio o ricorrendo all'intervista telefonica. Quando l'intervista diretta non era stata possibile si sono raccolte comunque informazioni indirette.

⁷⁸ COIS A. et al., *Follow-up di 12 anni delle Comunità Mondo X - Sardegna: metodologia e dati preliminari*, III Convegno Regionale dei Ser.T., Sassari, 1993, *passim*.

Il questionario precedentemente predisposto per la raccolta dei dati, risultava essere una elaborazione di quello proposto da Cancrini⁷⁹, che si prefiggeva la valutazione dello stato di ciascun soggetto rispetto all'uso di sostanze, ai trattamenti terapeutici, all'occupazione o studio e alla situazione inerente le relazioni sociali⁸⁰.

All'epoca di tale elaborazione, come del resto ancora oggi purtroppo, non esisteva in letteratura un riferimento in merito al concetto di successo dell'intervento, che potremmo intendere con il termine di "astinenza"⁸¹. Si era sapientemente agito promuovendo e realizzando una indagine con la finalità di fornire dati confrontabili con più ricerche, permettendo a questo lavoro di confrontare i risultati dell'intervento considerando il parametro fondamentale dell'astinenza⁸².

Per l'elaborazione dei dati sono stati impiegati gli opportuni modelli di analisi statistica a seconda della natura delle variabili e delle relazioni di interesse. L'esistenza o l'assenza di relazioni tra variabili va quindi intesa come statisticamente provata. In particolare sono stati utilizzati il test di Student per valutare la significatività delle differenze tra medie, il test del χ^2 per le tabelle di contingenza, il coefficiente di congruazione τ_c di Kendall per le relazioni tra variabili su scala ordinale, il coefficiente di correlazione R di Pearson e il test di Fisher per l'analisi delle relazioni tra variabili misurate.

Il campione era composto da 545 soggetti, di cui 483 maschi e 62 femmine, l'età media era di 24.32 anni. Per ciò che riguarda lo stato civile, l'80% era rappresentato da celibi/nubili, il 15% da coniugati e solo il 5% da separati/divorziati. La grande maggioranza (81%) non aveva figli al momento dell'ingresso in comunità. Il titolo di studio più frequente risultava essere la licenza media (55%), seguita dalla licenza elementare (27%), dal diploma di

⁷⁹ CANCRINI L. et al., *La cartella clinica nel servizio per tossicodipendenti: verso una razionalizzazione degli interventi*, cit., *passim*.

⁸⁰ la scheda e la raccolta dei dati in alcuni casi sono stati ampliati e completati con altre informazioni, per esempio quelli relativi ai problemi giudiziari.

⁸¹ Possiamo definire brevemente il termine astinenza, come il raggiungimento di un comportamento abituale volto al nessun utilizzo di sostanze stupefacenti né abuso di alcool.

⁸² CANCRINI L., *Tipologia e trattamento delle tossicodipendenze*, In: Onnis L., Galluzzo W., *La terapia relazionale e i suoi contesti*, NIS, Roma, 1994, *passim*.

scuola superiore (10%). Soltanto il 9% degli utenti risultava provenire da regioni diverse dalla Sardegna. La percentuale di Hiv positivi per anno di ingresso si è mostrata in evidente diminuzione nel tempo, così come rilevato negli altri servizi in Italia⁸³.

Andando a percorrere brevemente il risultato delle analisi statistiche, si evidenziava una differenza significativa tra il campione e il gruppo di confronto: il 54% del campione risultava astinente al momento dell'intervista contro il 24% del gruppo di confronto (se dagli astinenti si escludono coloro che, al momento dell'intervista, avevano in corso un qualche trattamento le percentuali si riducono rispettivamente al 41% e al 13%).

A seguito di questo si riscontrava come i risultati positivi avessero una correlazione col tempo di permanenza e aumentassero sensibilmente dai *dropout* (coloro che abbandonano nei primi 90 giorni) ai *self-terminator* (coloro che abbandonano oltre i 90 giorni) ai *graduates* (coloro che uscivano con il consenso)⁸⁴.

L'astinenza da droghe era ed è ancora una condizione che è strettamente connessa allo stato di benessere complessivo, che si concretizza in una realizzazione di sé.

1.2. Descrizione del nuovo campione di ricerca

Il nuovo campione della futura ricerca di follow-up, che l'Associazione Mondo X - Sardegna intende avviare a seguito di questo studio, sarà composto degli utenti che hanno intrapreso e concluso il percorso nelle comunità nel tempo compreso tra il 1993 e il 2023, cioè trent'anni.

L'obiettivo di questa ricerca tiene considerevolmente conto della precedente ricerca della stessa Associazione, ponendosi allo stesso tempo l'obiettivo di prendere in considerazione le ricerche che negli ultimi anni sono

⁸³ COIS A. et al., *Follow-up di 12 anni delle Comunità Mondo X - Sardegna: metodologia e dati preliminari*, cit., *passim*.

⁸⁴ Questo risultato, era in linea con quanto riportato a quel tempo in letteratura.

state svolte. Lo spirito di questo progetto si prefigge di mantenere invariati i valori morali che hanno animato la precedente ricerca⁸⁵, permettendo così un confronto e un raffronto complessivo di tutta la vita delle comunità della stessa Associazione. Pertanto si ricercheranno gli stessi indici di confronto tenendo conto dei quattro fondamentali aspetti precedentemente espressi⁸⁶, inserendoli però in un panorama delle tossicodipendenze che è variato.

Il campione a cui si farà riferimento è la totalità degli utenti che per la prima volta hanno intrapreso e concluso il programma di riabilitazione nel periodo compreso tra il 01.01.1993 e il 31.12.2023.

Gli utenti che per una seconda o terza volta sono stati ammessi in comunità per un nuovo programma sono stati esclusi dal campione, e il nuovo programma è stato assimilato ad altra esperienza terapeutica.

Come per la precedente ricerca, le caratteristiche demografiche, di background, del percorso di tossicodipendenza e di quello comunitario sono ricavate dalle cartelle personali compilate al momento dell'ingresso nel programma e aggiornate durante l'esperienza comunitaria mentre alcune omissioni sono state recuperate in fase di follow-up.

Proprio dall'analisi delle schede personali emerge un dato che si ritiene utile tenere in considerazione. Secondo quanto espresso precedentemente nella presentazione del progetto educativo, l'ingresso in comunità, è successivo a una fase di accoglienza che consiste in una serie di colloqui; in questi ultimi anni si è constatato un innalzamento del numero di colloqui, necessari e finalizzati all'ingresso in comunità, e si è passati da un dato medio di 4/5 colloqui (fino circa agli anni 2010) a una media attuale di 6/7 colloqui.

Questo leggero incremento, seppure i colloqui siano rimasti nella loro modalità di svolgimento invariati e l'utenza immutata dal punto di vista storico, ci suggerisce una possibile interpretazione: si riconosce, una maggiore difficoltà,

⁸⁵ La precedente ricerca riferita agli anni 1980-1992, si proponeva di conservare fortemente la dimensione all'interno della quale, nello svolgere questo tipo di ricerche, ci si chiede "qual è il senso delle cose che si fanno", sapendo bene che l'operato educativo che si va ad indagare riguarda non solo un puro dato statistico, ma quando l'efficacia di azioni volte a migliorare lo stile di vita nella sua dimensione più integrale.

⁸⁶ Cf p. 56.

da parte di chi usufruisce del servizio di accoglienza, a ricercare e rafforzare le motivazioni iniziali che spingono l'utente alla scelta del percorso comunitario.

Infine, la durata del periodo di follow-up considerato é compresa tra i sei mesi e i trent'anni, calcolati a partire dalla conclusione del trattamento. La scelta di valutare il periodo di follow-up a partire dal termine piuttosto che dall'inizio del trattamento, continua a essere controversa in letteratura, ma risulta giustificata per le notevoli differenze relative alla permanenza in comunità e di conseguenza, del periodo a rischio (cioè del tempo in cui il soggetto si trova in un ambiente non protetto), con la concreta possibilità di scelta tra astinenza e non astinenza⁸⁷.

2. Percorso per l'elaborazione del nuovo questionario e metodologia di somministrazione

Questa nuova ricerca pertanto, ha il desiderio di mettere in atto una metodologia di ricerca innovativa, che, seppur confrontate e in sintonia con le già precedenti ricerche, possa allo stesso tempo tenere presente il progresso e l'innovazione apportata dalla tecnologica attuale.

Ritengo fortemente condivisibili e applicabili al presente le parole di Mauro Cibir che sostiene:

promuovere la ricerca sulle comunità terapeutiche e collegare questa ricerca alla formazione con il coordinamento delle associazioni delle comunità terapeutiche e il coinvolgimento delle società scientifiche appare oggi assai importante per promuovere l'innovazione dei programmi delle comunità terapeutiche italiane oltre che per rafforzare la credibilità dello strumento comunitario⁸⁸.

⁸⁷ La scelta in merito alle modalità di somministrazione dei questionari e in merito al loro periodo di somministrazione, sono giustificate dalla lettura presente; di seguito uno degli ultimi studi che attesta e presenta una situazione più generale e organica, rispetto alla situazione delle ricerche in Italia: COLETTI M., GROSSO L., *La comunità terapeutica per persone tossicodipendenti*, 2022, cit., p. 407-454.

⁸⁸ CIBIR M., *Ricerca e innovazione in comunità terapeutica: una sfida per il futuro* in: RICERCA E INNOVAZIONE IN COMUNITÀ TERAPEUTICA, Medicina delle Dipendenze, 2020, 11.

Ciò premesso, la nuova ricerca, insieme al nuovo questionario, si prefiggono l'obiettivo di dimostrare tre principali aspetti:

- Il primo, quello di promuovere un attuale metodo di follow-up in merito al trentennio che va dal 1993 al 2023, ponendo una particolare attenzione a cinque aree tematiche: la determinazione del valore di astinenza dalla assunzione di sostanza (nel lungo periodo); e la possibilità di valutare il benessere relativamente ai quattro indicatori: quello fisico, quello mentale, quello sociale e quello spirituale. Particolare attenzione merita il benessere spirituale, riconoscendo che già diverse indagini⁸⁹ attestano che il valore della spiritualità, posto nell'ambito del recupero delle differenti dipendenze, sia un elemento centrale nella visualizzazione di nuovi orizzonti di orientamento⁹⁰. È da evidenziare che non si è ancora arrivati a una definizione concorde che attesti il valore della spiritualità all'interno della consueta definizione di "benessere di salute"⁹¹.
- Il secondo obiettivo è la possibilità che il questionario sia proposto e successivamente scelto come strumento di riferimento per ulteriori

⁸⁹ MORITTU S., *Spiritualità*, in ATLANTE DELLE DIPENDENZE, a cura di Grosso L., Rascazzo F., Edizioni Gruppo Abele, Torino, 2014, 488-496.

⁹⁰ BAIONA M., *Riflessioni sul modello bio-psico-sociale oggi*, in: PSICOANALISI CONTEMPORANEA, n° 2 (1), 2022, 41-44.
ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ, *Qualità della vita e salute*, in Epicentro - L'epidemiologia per la sanità pubblica: <https://www.epicentro.iss.it/passi/indicatori/approfondimentoGiorniSalute>.

⁹¹ l'obiettivo dell'OMS è "il raggiungimento, da parte di tutte le popolazioni, del più alto livello possibile di salute", definita come "uno stato di totale benessere fisico, mentale e sociale" e non semplicemente "assenza di malattie o infermità". (<https://www.salute.gov.it/portale/rapporInternazionali/dettaglioContenutiRapporInternazionali.jsp?area=rappor&id=1784&lingua=italiano&menu=mondiale>)
Ma a questa definizione possiamo affiancare la proposizione del 1998 sempre dell'OMS, che formulò questa definizione: "*La salute è uno stato dinamico di completo benessere fisico, mentale, sociale e spirituale, non mera assenza di malattia*". La discussione, avvenuta nelle commissioni del WORLD-ONE HEALTH-ONE MEDICINE-52 (WHA52), svoltosi dal 17 al 25 maggio 1999, non è arrivata all'Assemblea Generale. Conseguentemente è stato mantenuto il testo originario nonostante il voto favorevole della maggior parte dei rappresentanti dell'OMS. Questo è avvenuto per diverse ragioni, tra cui aspetti linguistici, culturali e religiosi non universalmente condivisi. In tale contesto, la salute sarebbe stata considerata più un mezzo che un fine e avrebbe rappresentato una risorsa di vita quotidiana che consentisse alle persone di condurre una vita produttiva a livello individuale, sociale ed economico.

prossimi studi, con l'auspicio di una somministrazione più estesa che oltrepassi la singola utenza dell'Associazione Mondo X - Sardegna. Lo studio e il questionario potrebbero inoltre essere presentati alle principali organizzazioni nazionali: la Federazione Italiana delle Comunità Terapeutiche (FICT)⁹², il Coordinamento Nazionale Comunità di Accoglienza (CNCA)⁹³ e l'INTERCEAR⁹⁴, proponendo alle stesse di attivare luoghi e spazi di ricerca finalizzati a ottenere risultati trasversali in merito alle differenti realtà ad esse associate. Questo approccio permetterebbe non solo un confronto "reale" tra i vari enti e servizi delle dipendenze, ma aprirebbe alla possibilità di un cammino che preveda anche la rimodulazione di alcuni programmi terapeutici che forse non risultano essere più attinenti all'unico vero e comune obiettivo a cui tutti tendono, cioè il recupero integrale dell'uomo⁹⁵.

- Il terzo obiettivo mira a studiare e riconoscere dal punto di vista storico-statistico quello che è stato il percorso di evoluzione e

⁹² La FICT opera da oltre trentacinque anni, senza finalità di lucro. Non riceve contributi dallo Stato né da altri Enti pubblici o privati. E' riconosciuta come Ente Morale senza scopo di lucro con decreto del Ministero dell'Interno del 26 novembre 1999. Nel 2000 ha ottenuto dalle Nazioni Unite lo status di Organizzazione Non Governativa (ONG) associata al Dipartimento della Pubblica Informazione. Collabora con la Federazione Mondiale delle Comunità Terapeutiche WFTC. E' presente in 16 Regioni d'Italia con una rete di 42 Associazioni ed Enti di Solidarietà sociale.

La FICT realizza progetti e servizi a livello Nazionale, oltre il Mediterraneo, in America Latina nell'ambito della Cooperazione Internazionale. Realizza, inoltre, progetti a livello territoriale tramite i Centri Federati.

Il primo presidente della Federazione è stato Sac. Mario Picchi (1981-1993). Il secondo presidente la d.ssa Bianca Costa Bozzo (1993-2000). Il terzo presidente Sac. Egidio Smacchia (2000-2006). Il quarto presidente Sac. Mimmo Battaglia (2006-2015). Attualmente il presidente è l'avv. Luciano Squillaci

⁹³ Il Coordinamento Nazionale Comunità di Accoglienza (CNCA), nata agli inizi degli anni '80, è una Associazione di promozione sociale organizzata in 14 Federazioni regionali e 1 Coordinamento locale, a cui aderiscono circa 260 organizzazioni presenti in quasi tutte le regioni d'Italia, fra cooperative sociali, associazioni di promozione sociale, associazioni di volontariato, enti religiosi. È presente in tutti i settori del disagio e dell'emarginazione, con l'intento di promuovere diritti di cittadinanza e benessere sociale.

⁹⁴ Il Coordinamento nazionale dei coordinamenti degli enti autorizzati e accreditati (L'INTERCEAR), si è costituito il 31 marzo 2011, ed è composto dai coordinamenti delle singole regioni che si occupano di tossicodipendenza.

⁹⁵ COLETTI M., GROSSO L., *La comunità terapeutica per persone tossicodipendenti*, 2022, cit., p. 166180.
CANCRINI L, *Tipologia e trattamento delle tossicodipendenze*, cit., *passim*.

cambiamento dell'Associazione, andando ad indagare all'interno del trentennale trascorso e dell'intero periodo a partire dalla nascita di Mondo X - Sardegna, quale sia il tempo in cui gli obiettivi educativi siano stati maggiormente e significativamente raggiunti, evidenziando la "riuscita" del percorso terapeutico.

Quanto espresso, ci offre lo slancio e la giusta sensibilità per affrontare il percorso necessario alla realizzazione del nuovo questionario realizzato dopo una attenta disamina di analoghi strumenti precedentemente utilizzati, sia dalla nostra stessa Associazione⁹⁶, sia da studi e ricerche di follow-up⁹⁷. Al fine di una maggiore corrispondenza e confronto con gli strumenti già presenti, è stata data particolare attenzione all'ultima versione dell'Addiction Severity Index⁹⁸, da cui sono stati tratti spunti per la realizzazione degli items presenti nel nostro attuale questionario.

Detto questionario, nella sua fase ideativa e di stesura, ha subito notevoli e molteplici revisioni, ma in questo elaborato ci limitiamo a offrirne una breve

⁹⁶ COIS A., GANADU L., MORITTU S., *Uno studio di Follow-up su 545 eroinomani ammessi in comunità residenziale tra il 1980 e il 1992, cit., passim.*

⁹⁷ Di seguito i questionari di riferimento per la realizzazione del nuovo questionario in oggetto:

- Follow-Up San Patrignano: GUIDICINI P., PIERETTI G., *San Patrignano tra Comunità e Società. Ricerca sui percorsi di vita di 711 ex-ospiti di San Patrignano*, FrancoAngeli, Milano, 1994. PIERETTI G., MANELLA G., *Uscire stabilmente dalle dipendenze. Indagine di follow-up su lavoro di Arca*, FrancoAngeli, 2019. (Sociologia del territorio).
- Follow-Up Dianova: DE ALLEGRI M., GIULIANO M., *Primo follow-up in Dianova*, In Dianova: <https://www.dianova.it/wp-content/uploads/2011/11/followup.pdf>, (Visionato il 01/12/2022).
- Follow-Up "Casa di Giano": Simula A., Lunesu L., L'efficacia del trattamento comunitario delle dipendenze: Analisi di follow-up nella comunità "Casa di Giano" di Trento, in FeDerSerD: <https://www.federserd.it/files/mission/09+Mission54OA+Simula.pdf>, (Visionato il 01/12/2022).
- EUROPASI: in <https://www.aslvco.it/wp-content/uploads/2021/04/ALL04.1-ASI.pdf>.
- È stato utilizzato anche un questionario che misurasse il benessere psico-fisico della persona, approvato e certificato dalla stessa Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), nella versione del 1998, composto da cinque items, che nel nostro questionario sono stati personalmente rivisitati e posti in una sezione separata per una più facile comparazione. Di seguito il link per il questionario: https://www.psykiatri-regionh.dk/who-5/Documents/WHO5_Italian.pdf.

⁹⁸ Addiction Severity Index: RIGLIETTA M., FINAZZI A., MAINO E., TIDONE L., *L'ASI (Addiction Severity Index) nella fase diagnostica della dipendenza da eroina: prima valutazione dell'efficacia e dell'efficienza*, in Bollettino per le farmacodipendenze e l'alcolismo, 24 (IV), UNICRI, 2001. (consultando la versione inglese e la traduzione in italiano)

descrizione, per concentrarci maggiormente sulla rappresentazione della stesura definitiva.

La definizione degli items ha avuto nella sua prima fase una durata di circa sei mesi, un processo lungo che ha comportato in un primo momento lo studio e la sintesi dei questionari già presenti in letteratura, e successivamente a più riprese, la somministrazione dello stesso questionario, che in una fase di prima elaborazione, è stato distribuito a un gruppo ristretto di ospiti che, concluso in modo differente il percorso comunitario, si sono resi disponibili a realizzare un piccolo gruppo di confronto e di dialogo. Le osservazioni che pervenivano, insieme alle prime valutazioni e analisi degli stessi questionari interamente compilati, permettevano di riformulare e indicizzare al meglio le singole domande.

Questo processo ha permesso di mantenere inalterata, rispetto al precedente questionario, la valutazione dello stato di ciascun soggetto rispetto all'uso di sostanze, ai trattamenti terapeutici, all'occupazione, allo studio e alle relazioni sociali, ma ha poi originato la scelta di ampliare alcune sezioni con l'inserimento di nuovi items⁹⁹.

Questo primo tempo, ha consentito inoltre, di individuare più chiaramente, gli obiettivi che si volevano raggiungere con la somministrazione del questionario, con l'ulteriore finalità di puntare a una ricerca che rispetto alle precedenti citate potesse offrire anche altri elementi che potremmo ritenere di novità.

Una volta definito il questionario e con esso le aree e gli items utili alla ricerca, si è proceduto a una successiva fase, ponendo una particolare attenzione al trattamento dei dati personali, elemento questo di particolare importanza, per cui, in riferimento anche alla metodologia adottata, si è ritenuto opportuno rivolgersi e avere la consulenza di un ufficio legale che ha predisposto un documento apposito a tale scopo¹⁰⁰.

⁹⁹ La scheda e la raccolta dei dati in alcuni casi sono stati ampliati e completati con altre informazioni, come per esempio nel caso di dati relativi alla situazione giudiziaria, medica-psichiatrica e in merito alle relazioni sociali.

¹⁰⁰ Il documento è stato redatto appositamente per tale ricerca, secondo le normative vigenti in merito all'informativa sul trattamento dei dati personali ex artt. 13-14 Reg.to UE 2016/679.

A seguito di questo ulteriore elemento, si è proceduto all'attivazione della fase di ricerca, studiando i criteri di inclusione e di esclusione del campione, oltre a quello che potremmo definire il reclutamento vero e proprio del campione.

La scelta della modalità con cui entrare in contatto con il diretto interessato, ovvero con colui al quale è rivolto il questionario, ha dovuto tenere conto del fatto che l'Associazione nel corso di questi ultimi trent'anni si è trovata con un database di informazioni anagrafiche e contatti che per la maggior parte dei casi risultava obsoleto e non più utilizzabile. Poiché la gran parte dei dati in possesso e riferiti a coloro a cui sarebbe stata rivolta la somministrazione del test, contenevano indirizzi civici obsoleti e/o non più esistenti o numeri telefonici abitativi non più attivi. Di fronte a tali problematiche si è optato per una metodologia innovativa.

Poiché l'Associazione ha sviluppato e conservato nel tempo un fitta ed intensa rete di contatti reali, si è scelto di contattare i singoli candidati, i destinatari del questionario, con l'invio preventivo di una lettera¹⁰¹, in cui veniva spiegato in termini generali il desiderio e la volontà di intraprendere la ricerca di follow-up in argomento, oltre a comunicare ad ognuno di loro un link che inviava alla compilazione dello spesso questionario.

La comunicazione è stata inviata al candidato attraverso le differenti modalità multimediali a noi disponibili e naturalmente note, prediligendo quando possibile il contatto tramite e-mail o anche attraverso le differenti applicazioni e servizi di messaggistica (WhatsApp, Messenger, Facebook, etc...). Non essendo sempre possibile tale strumento, il ricercatore ha optato per la ricerca di un contatto telefonico diretto e quando anche questo non era possibile, si è fatta la scelta, in *extrema ratio*, di raccogliere i dati necessari alla compilazione del questionario attraverso quel sistema di fitta rete di contatti di cui l'associazione gode da tempo.

In ognuna delle modalità sopra riportate, esplicitamente si invitava, come detto, a compilare il questionario attraverso l'utilizzo di una piattaforma

¹⁰¹ Cf Allegati: lettera introduttiva al follow-up

multimediale¹⁰². Questa scelta, certamente innovativa, ma riteniamo allo stesso tempo lungimirante, permette di calare questo tipo di ricerca all'interno della stessa "società network", di cui siamo tutti abitanti.

Riteniamo che questa strategia abbia mantenuto invariato il dato della attendibilità dei dati raccolti, valutando che il colloquio frontale, pur se in letteratura risulti essere ancora oggi la modalità più utilizzata, porti l'operatore ad avere un contatto diretto con l'interessato che, a volte, può anche risultare un fattore non del tutto favorevole, ipotizzando, in alcuni casi, la possibilità di indurre gli intervistati a produrre delle risposte "socialmente accettabili".

L'opzione suddetta, crediamo vada anche inquadrata all'interno di un panorama storico di trent'anni, contesto in cui, tuttavia, per la stragrande maggioranza dei casi, il contatto con l'operatore, è oggi estraneo o quanto meno non più significativo come lo era per la prima ricerca sopra citata; aspetto questo che è principalmente dato dal lungo lasso di tempo trascorso dalla conclusione del percorso comunitario di colui a cui è rivolto il test e l'operatore a cui sarebbe stato affidato il compito della somministrazione.

Pertanto, al fine di limitare i molti bias informativi che derivano da un contatto diretto tra operatore e intervistato, abbiamo adottato questa metodologia. È da tenere in considerazione anche la praticità che tale scelta apporta alla raccolta e alla gestione dei dati, poiché rappresenta un unico strumento che abbia la possibilità di elaborare e offrire alcuni primi dati che risultano di facile lettura.

Certamente sono presenti anche le criticità di questa scelta, come quella dell'impossibilità di verificare di persona lo stato psicologico, fisico e sociale della persona, o la stessa mancanza di un'attenta diretta osservazione, con la possibilità di constatare di persona alcuni elementi che possono risultare significativi, attraverso il semplice contatto interpersonale; questi aspetti, per quanto siano da considerarsi significativi, non riteniamo vadano ad alterare il dato della ricerca.

¹⁰² Google Forms o Moduli Google è un'app per la realizzazione di sondaggi, che è parte della suite di Google Drive insieme a Documenti Google, Fogli Google e Presentazioni Google. Moduli Google include tutte le funzionalità di collaborazione e condivisione presenti in Documenti, Fogli e Presentazioni.

Il passaggio successivo, a partire dal 1 gennaio 2022, è stato quello di iniziare la somministrazione del questionario nelle modalità sopra descritte. Ritenendo che l'intero lavoro di ricerca avrebbe richiesto un ingente spazio di tempo e di studio superiori alle finalità di questo grado accademico, abbiamo fatto la scelta di proporre un primo risultato dei dati, presentando quello che definiamo un campione di riferimento di 70 utenti.

Giova precisare che coloro che hanno risposto, sono da ritenersi un campione casuale all'interno dell'intera popolazione di riferimento della ricerca. Ma va altresì tenuto in considerazione che coloro che hanno risposto "per primi", e quindi vanno a comporre il campione di riferimento, risultano essere le persone che evidentemente sono risultate maggiormente sensibili e vicine alla stessa proposta e alla stessa Associazione. È anche da tenere in considerazione che verosimilmente gli stessi che hanno risposto a questa prima campagna di ricerca, risultano essere in una situazione di maggiore stabilità, rappresentando la positività degli effetti del "buon esito" del percorso comunitario.

È bene a questo punto dell'elaborato presentare una breve ma importante riflessione, per ribadire, come affermato nell'introduzione del testo, che il campione di riferimento (70 ex-utenti e questionari interamente compilati), facente parte dell'intero gruppo di ricerca che dovrà essere successivamente conclusa, non vuole essere presentato come dato di riferimento rispetto alla popolazione totale del follow-up; allo stesso tempo, tuttavia, i dati raccolti e successivamente presentati non vogliono essere utilizzati per descrizioni e elaborazioni inerenti la ricerca di follow-up non ancora conclusa.

A seguito della somministrazione del questionario, sono stati molteplici i contatti che l'Associazione, in particolare chi ha condotto la ricerca, ha potuto nuovamente riallacciare con coloro a cui il questionario era rivolto, avendo la possibilità di ristabilire e sostenere un diretto contatto telefonico, attraverso dei brevi o più intensi colloqui o, come in alcuni e più rari casi, si è presentata l'opportunità di un incontro e colloquio frontale. Questo ha certamente favorito la possibilità di valutare e osservare, qualora fosse stato possibile, quanti più aspetti possibili per attestare la genuinità della stessa compilazione.

Questi elementi ci hanno quindi permesso di sostenere la tesi inerente le modalità di somministrazione del test, per poter affermare che i dati così ottenuti, sono aderenti al dato reale e possono ritenersi veritieri e conformi alle finalità della ricerca.

Potremmo sintetizzare, sostenendo che la tecnologia per quanto avanzata e sempre più intra-umana, non può mai superare o prescindere dalla relazione, pur se si riconosce e sostiene l'importanza di attivare processi che incrementino la ricerca e lo sviluppo¹⁰³.

3. Descrizione del nuovo questionario

Il questionario predisposto per la raccolta dei dati è stato elaborato in maniera del tutto esclusiva per questa ricerca relativa all'Associazione Mondo X - Sardegna.

Il questionario, redatto e somministrato completamente in forma multimediale, attraverso la piattaforma multimediale di "Google Forms", è costituito da 100 domande, strutturate prevalentemente secondo il metodo quantitativo ed una rilevazione dei dati che prevede delle scale graduate con differenti indici di valori, predisposto secondo il modello della comune scala Likert.

Il questionario nella sua specifica formulazione, è suddiviso in tre aree tematiche; ci apprestiamo ora a descriverle (per una più facile lettura e comprensione è stato realizzato uno schema grafico del questionario¹⁰⁴).

La prima area, in riferimento agli items che vanno dal n. 1 al n. 13 racchiude le informazioni generali del questionario, con una sua breve descrizione e la possibilità di prendere visione del documento sul trattamento

¹⁰³ FRANCESCO, *Lettera Enciclica Laudato Si*, 2015, in La Santa Sede https://www.vatican.va/content/francesco/it/encyclicals/documents/papa-francesco_20150524_enciclica-laudato-si.html, n° 106-114.

¹⁰⁴ Cf. Allegato: "Schema esplicativo del nuovo questionario".

dei dati personali. Inoltre è presente la raccolta dei dati anagrafici del candidato¹⁰⁵.

La seconda area, riguarda la parte centrale del questionario, comprendente gli items che vanno dal n. 14 al n. 95; a sua volta, segue una suddivisione tripartita, secondo un principale valore di riferimento, quello del tempo cronologico, prima, durante e dopo il percorso comunitario. È all'interno di questi tre sottosistemi che si va ad indagare primariamente lo stato e la situazione della dipendenza o astinenza, riportata al tempo presente (quello della compilazione del questionario). In questa seconda area si vogliono far emergere alcuni aspetti socio-esistenziali che hanno portato il candidato alla sua prima richiesta di aiuto e al successivo ingresso in comunità.

Per meglio comprendere e descrivere il fenomeno della dipendenza e la buona realizzazione del progetto educativo, qualora questo si verificasse, si è scelto di indagare in maniera più specifica alcuni particolari stati di benessere, secondo differenti scale valutative, che si ripetono, seppur in forma differente, nei tre tempi precedentemente descritti (prima, durante e dopo il percorso comunitario).

Come già affermato il questionario ha la finalità di valutare complessivamente il dato del benessere della persona, andando a scorporare tale valore in: benessere fisico, mentale, sociale e spirituale.

Nello specifico, con riferimento al benessere fisico, lo si è voluto analizzare osservandolo da differenti prospettive: quella inerente lo stato di salute fisico-sanitario e tossicologico, al fine di andare a intercettare il rapporto con la sostanza di abuso. A questo ambito di ricerca sono stati dedicati venti items, con la finalità di riuscire a descrivere l'evoluzione e il mutamento della dipendenza. Questa posta all'interno di un contesto storico-sociale ben più ampio tende a evidenziare l'importante e necessario dato connesso alla totale astinenza che si dovrebbe mostrare qualora l'uscire stabilente dalla dipendenza si dovesse realmente realizzare.

¹⁰⁵ La nuova raccolta delle anagrafiche, potremmo definirla una finalità secondaria ma comunque importante, vista la necessità di creare un nuovo database di informazioni, necessarie a facilitare la possibilità di rimanere in contatto con coloro che lo desiderano e per condurre le future ricerche che la stessa Associazione vorrà realizzare.

Per quanto concerne invece il benessere mentale, qui i dieci items proposti hanno la finalità di ricercare non solo il dato strettamente psichiatrico-psicologico nella specifica prospettiva della salute mentale prima o dopo il percorso, ma si intende rilevare anche la presenza o meno di disturbi psichiatrici certificati, con la necessità di investire in percorsi individuali e, quando necessario, anche di terapie farmacologiche.

Questo aspetto, va inserito all'interno della delicata questione in merito all'uso e all'abuso di sostanze psicoattive (principalmente benzodiazepine, antidepressivi, ansiolitici, sedativi ipnotici o antipsicotici), soprattutto quando queste non vengono assunte sotto prescrizione medica, assurgendo realmente al pari della stessa sostanza, precedendo o seguendo la stessa assunzione.

In riferimento al benessere sociale, si è andati a ricercare il dato socio-esistenziale che riguarda la persona nel suo vivere quotidiano. Si è pertanto allargato lo spettro di interesse tenendo conto della dimensione relazionale, sociale e lavorativa, ricercando sia il livello di istruzione sia quello giuridico, evidenziando con appositi items di riferimento il percorso di evoluzione e cambiamento che può essersi sviluppato a seguito del percorso comunitario.

Gli items che riguardano l'intera sezione del benessere sociale, risultano essere quelli più considerevoli, con ben trentanove items; questa differenza numerica è data dal fatto che si è voluto effettuare la ricerca relativamente allo stato civile, i rapporti con la comunità-società, i rapporti con il mondo del volontariato e l'importante dato riferito all'evoluzione e cambiamento dei rapporti-sociali e del loro effetto prima, durante e dopo il tempo comunitario.

Di particolare rilevanza e con il carattere anche della novità, almeno per questo specifico questionario, si sottolinea come si è voluto porre particolare attenzione alla valutazione del benessere spirituale, attribuendo un totale di otto items. Questi hanno le finalità di offrire un valore di riferimento, consegnando un prezioso dato, rispetto alla considerazione che ogni singola persona attribuisce al valore della spiritualità, oltre a ricercarne l'assunzione del dato valoriale, all'interno della dimensione sociale e personale. Questo dato è posto all'interno di un percorso di continua crescita e maturazione, tendendo a un approfondimento costante dello stesso valore.

La seconda area, cioè il corpus del questionario, prevede quindi una doppia partizione interna, la prima tripartita secondo il valore del tempo cronologico e la seconda, quadripartita, secondo i valori del benessere. Grazie a tale frazionamento si desidera, attraverso una lettura incrociata dei dati, evidenziare non solo l'essenziale e necessario valore dell'astinenza o meno dalla sostanza, evidenziabile o con una ricaduta o una ripresa stabile nella dipendenza della stessa o diversa sostanza di abuso precedentemente utilizzata; ma si vuole anche vagliare l'adattamento che la persona vive nel suo contesto attuale, al fine di presentare per quanto possibile il valore dell'autonomia in una valutazione integrale della persona.

Sono presenti anche altri items di ricerca, attribuibili sempre alla macro area del benessere, items che vanno ad indagare se il soggetto ha precedentemente o posticipatamente intrapreso altre tipologie di percorsi di recupero rispetto al percorso comunitario presso la nostra Associazione, tenendo presente che coloro che sono entrati più di una volta nel nostro percorso di recupero, o in altri percorsi, rientrano nel computo di chi ha comunque affrontato più e differenti percorsi riabilitativi.

Si indaga inoltre relativamente al periodo in cui il destinatario ha vissuto il percorso comunitario, raccogliendo informazioni generali in merito alla durata e al luogo del percorso.

La terza e conclusiva area tematica, riguarda gli items che vanno dal n. 96 al n. 100, con lo specifico riferimento alla dimensione valutativa del questionario e attraverso una autovalutazione si è voluto rintracciare semplicemente e anche in maniera abbastanza generica, l'indice di gradimento del questionario, la dimensione partecipativa e lo stato d'animo del candidato durante la stessa compilazione.

A conclusione di questa descrizione, ritengo utile una sottolineatura in merito all'importanza che questo strumento, come altri strumenti ad esso correlati, sia da ritenersi utile al fine di "fare rete" o meglio "rimanere in rete";. Non è certamente secondario alla ricerca e all'esito del follow-up, ritenere che questo strumento possa portare a stabilire nuovamente i contatti con coloro che hanno un vissuto comunitario. Questa possibilità di intercettare e conoscere le

differenti situazioni esistenziali, è favorita anche dalla possibilità di avere il “pretesto” della ricerca di follow-up, come mezzo per saper ancora una volta tendere quella mano a coloro che si dovessero trovare nel bisogno.

Ma risulterà allo stesso modo efficace, rinforzare e offrire uno stimolo positivo a chi, trovandosi nel benessere pienamente realizzato, si dichiara nuovamente interessato a “rimanere in rete”, riconoscendo come il contatto diretto con la comunità e con i suoi differenti membri, porti ad essere maggiormente preservato e resiliente, realizzando infine quell’essere “disadattato militante”.

3.1. Descrizione dell’elaborazione dei risultati del campione di riferimento

Presentiamo ora l’elaborazione dei dati del campione di riferimento che tiene conto dei 70 soggetti che già hanno compilato il questionario; la finalità di questa presentazione è quella di offrire dei primi dati statistici che possano validare e comprovare l’utilità e attendibilità del questionario, in riferimento a quanto ipotizzato e ricercato.

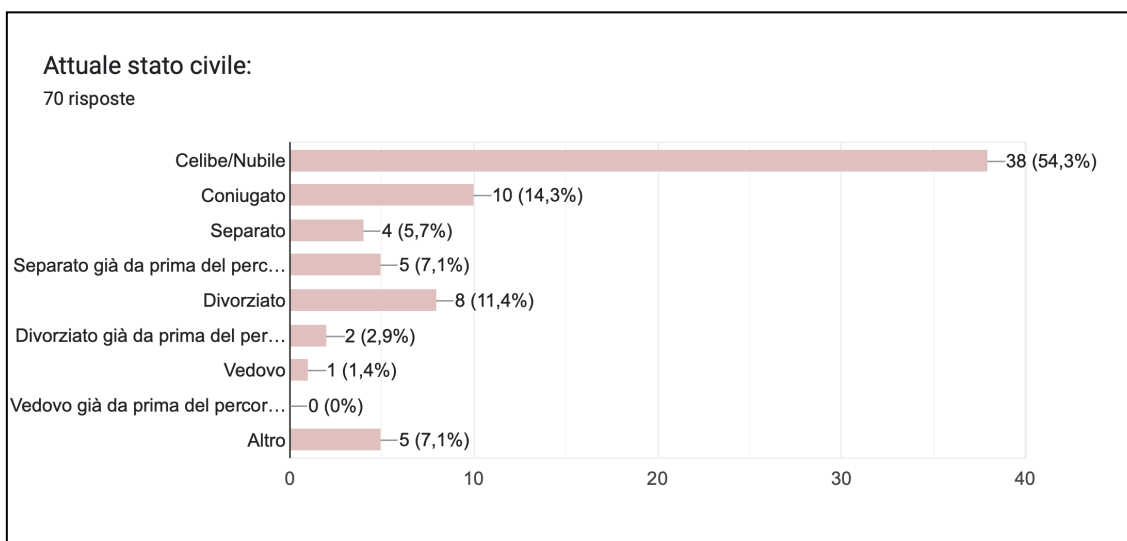
3.1.1. Caratteristiche demografiche e di background:

Il campione è composto di 70 soggetti, di cui 63 maschi e 7 femmine, l’età media alla somministrazione del test è di 46,17 anni, mentre al tempo in cui è stato intrapreso il percorso risultava pari a 36,05 anni.

Per ciò che riguarda lo stato civile (Fig. 1), il 54,3% è rappresentato da celibi/nubili, il 14,3% da coniugati e il 27,1% da separati/divorziati, e di questi il 10% lo era già prima del percorso comunitario, solo l’1,4% risulta essere vedovo.

I genitori dei soggetti sono per il 31,4% viventi e conviventi. Il 42,9% vive con il coniuge/compagno e il 28,6% vive da solo.

Fig. 1

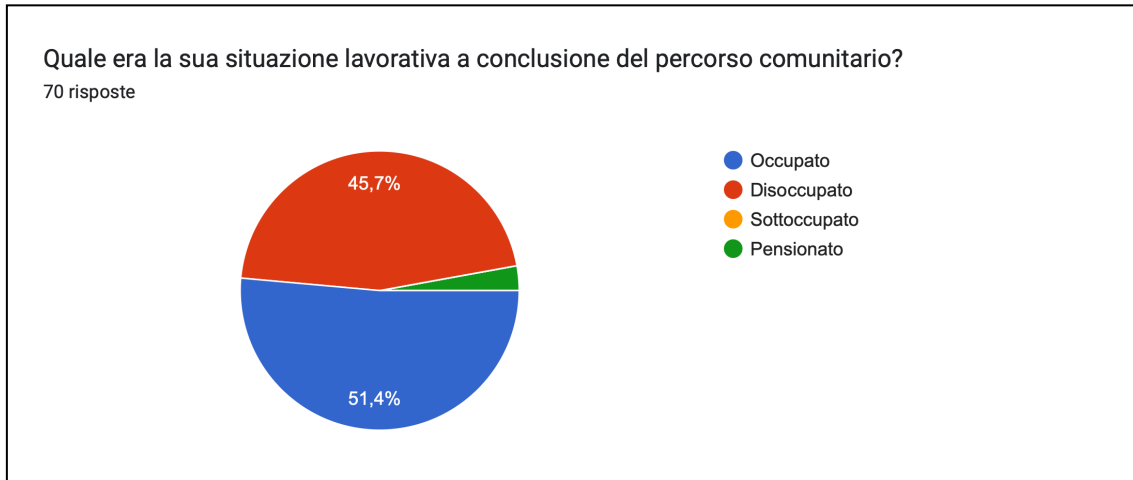


Il titolo di studio più frequente è la licenza elementare e media con il 61,4%, seguita dal diploma di scuola superiore con il 35,7%, dato questo che rispetto al passato segna un incremento notevole nel riuscire a completare gli studi della scuola dell'obbligo. Soltanto il 2,8% ha frequentato e conseguito un titolo di laurea o post-laurea dato questo che aumenta a seguito della conclusione del percorso comunitario passando al 7,2% (+4,4%).

Soltanto 7 persone su 70 degli utenti proviene da regioni diverse dalla Sardegna e 2 di questi provengono dall'estero. Le province sarde più rappresentate sono Sassari e Cagliari, come logica conseguenza della maggior popolazione e della maggiore incidenza del fenomeno tossicodipendenza in tali province, oltre che della ubicazione dei centri di accoglienza dell'Associazione.

Dal punto di vista della occupazione lavorativa (Fig. 2), i soggetti risultavano prima dell'ingresso in comunità per il 70% disoccupati e solo il 27,1% era già occupato. Questo dato va messo in relazione alla situazione lavorativa attuale, che attesta, un significativo aumento nella condizione di occupazione con una percentuale del 51,4% (+ 24,3%). Il 45,7% risulta ancora disoccupato. Rimane leggermente invariato il dato del pensionamento che risulta essere tra l'1,4% e il 2,9%.

Fig. 2



3.1.2. Caratteristiche dell'astinenza e tossicodipendenza

All'interno di questa sezione ci limiteremo a presentare generalmente il campione, senza entrare nella elaborazione e presentazione dei dati più specifici riguardanti la successiva ricerca di follow-up.

I soggetti, in base alla loro sostanza di abuso sono così suddivisi (Fig. 3): il 35,7% Eroinomani e il 28,6% Cocainomani. Viene subito dopo come sostanza altamente in crescita l'Alcol con il 27,1, segue Marijuana / Hashish con il 4,3%, gli allucinogeni (L.S.D. - Ecstasy - M.M.D.A.) con il 2,9% e si conclude con la ludopatia al 1,4%.

Fig. 3

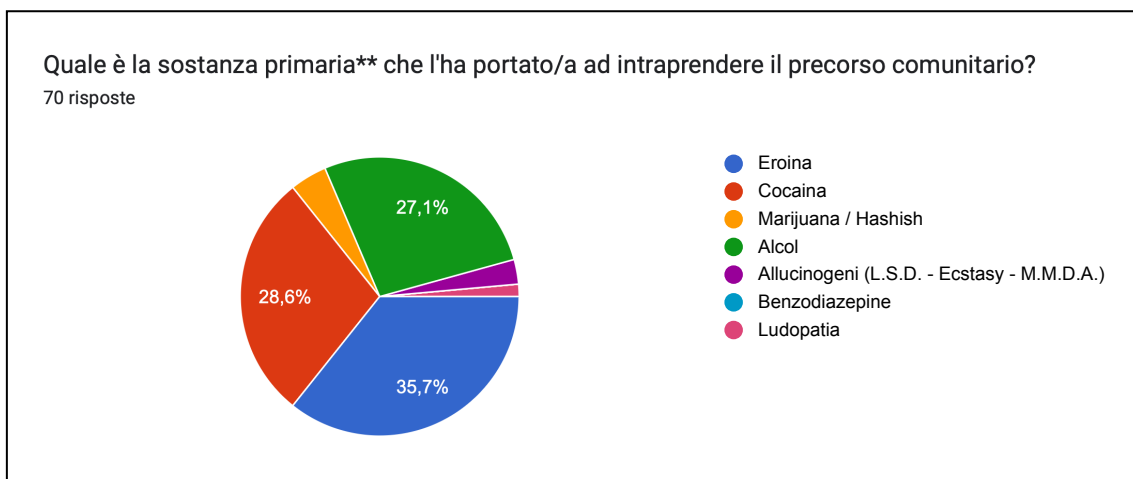
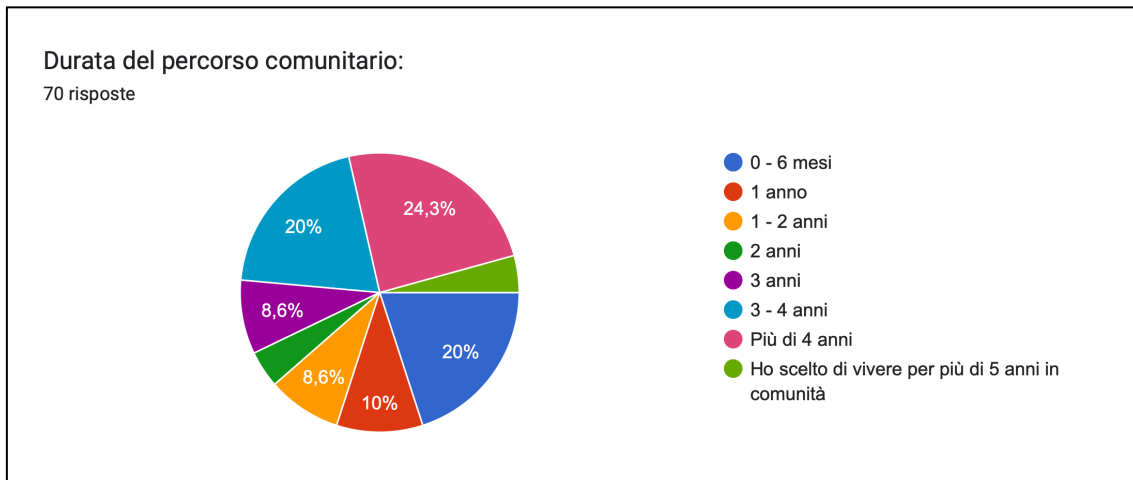


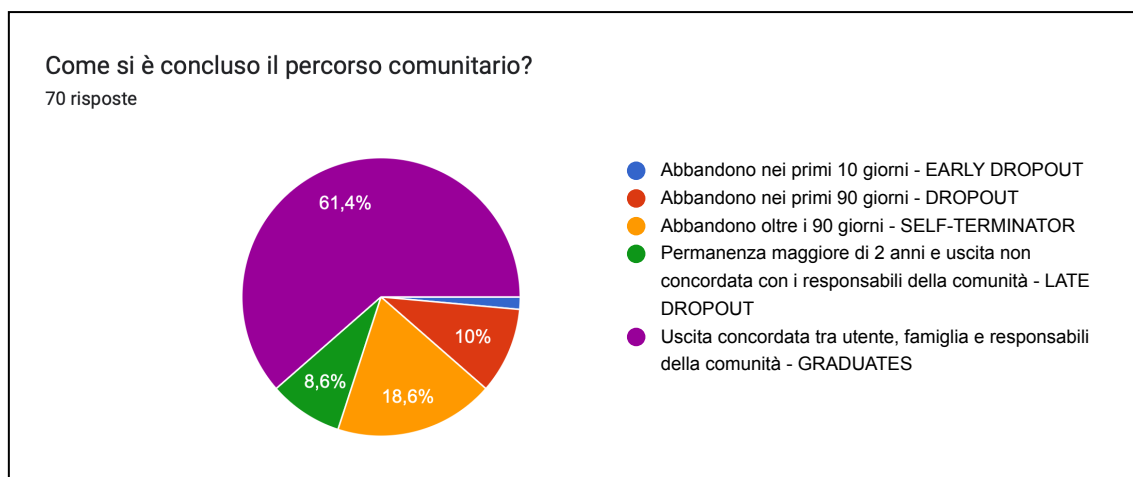
Fig. 4



La permanenza media in comunità è pari a 3 anni (Fig. 4), che è a sua volta così suddivisa nelle differenti possibilità di concludere il percorso comunitario.

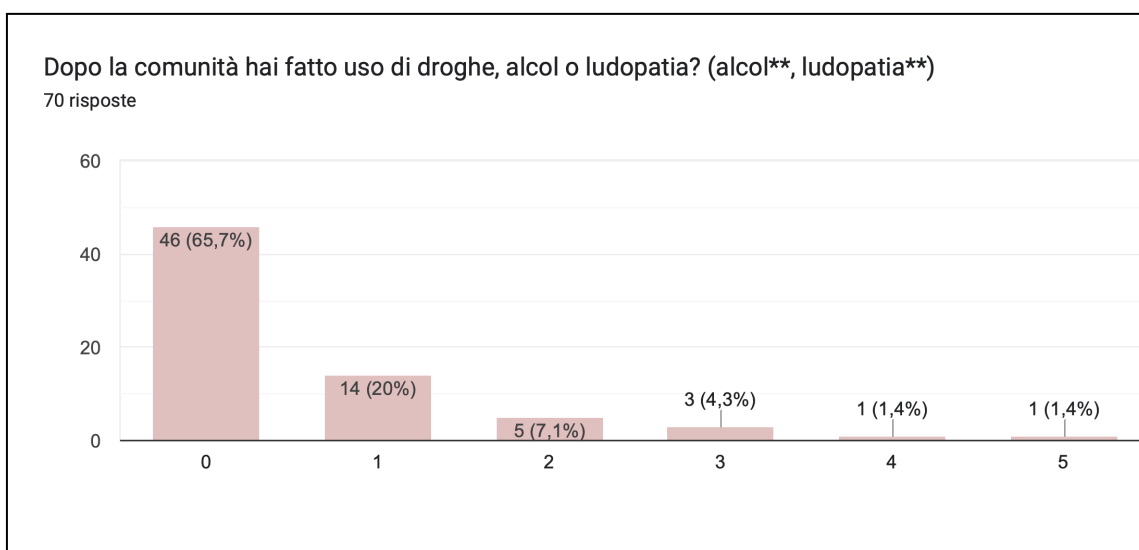
Pertanto le possibili modalità di conclusione del trattamento sono (Fig. 5): *early-dropout* (EDO), abbandono nei primi 10 giorni con una percentuale del 1,4%; *dropout* (DO), abbandono nei primi 90 giorni con una percentuale del 10%; *self-terminator* (ST), abbandono oltre i 90 giorni con una percentuale del 18,6%; *late-dropout* (LT), abbandono o conclusione del percorso non concordata, con una permanenza maggiore di 2 anni (una alta percentuale è da ritenersi relativa all'uscita senza il consenso) con una percentuale del 8,6% e *graduate* (G), uscita concordata tra utente, famiglia e responsabili della

Fig. 5



comunità con una percentuale del 61,4%. Questo dato, riferito unicamente a questo campione di riferimento, non può essere esteso ad altro dato statistico, poiché come abbiamo già detto, verosimilmente risulta un campione maggiormente disponibile a offrire i dati in merito alla personale riuscita del percorso terapeutico.

Fig. 6



Se esaminiamo ora il dato relativo all'astinenza (Fig. 6 e 7), lo possiamo suddividere secondo tre classi principali, avendo come riferimento il periodo entro il quale il soggetto a seguito della conclusione o abbandono del percorso comunitario sia nuovamente incorso nell'utilizzo di una qualsiasi

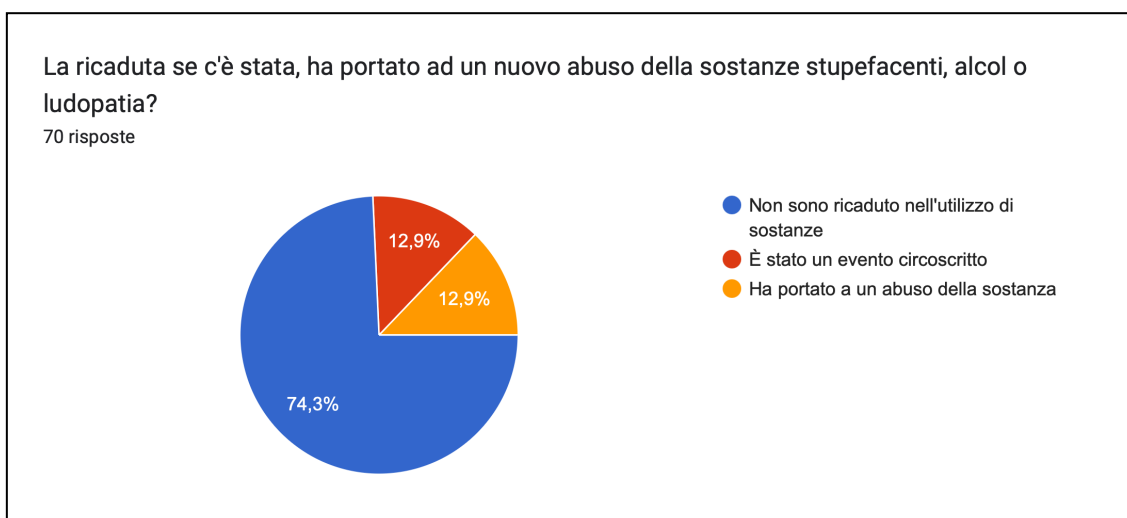
Fig. 7



sostanza. Secondo i dati raccolti si evidenzia che la maggioranza dei casi, il 65,7% attesta una astinenza immediata (quando non è attestata nessun tipo di ricaduta a partire dalla conclusione del trattamento, fino al giorno della somministrazione del questionario), l'8,6% attesta una astinenza differita (quando la ricaduta è compresa in un periodo di tempo che va da zero e sei mesi), il 17,2% attesta una astinenza in un periodo di tempo che va da sei mesi ai quattro anni. Solo il 4,3% attesta che la ricaduta avviene dopo un tempo superiore ai 5-7 anni.

Di questi inoltre viene attestato che solo per il 12,9% è stato un evento che ha portato ad un consequenziale abuso di sostanza (Fig. 8), portando ad evidenziare una “nuova” dipendenza. Il 12,9% attesta di attribuire la ricaduta a un evento circoscritto, senza che questa abbia causato una “nuova” stabilità nella dipendenza.

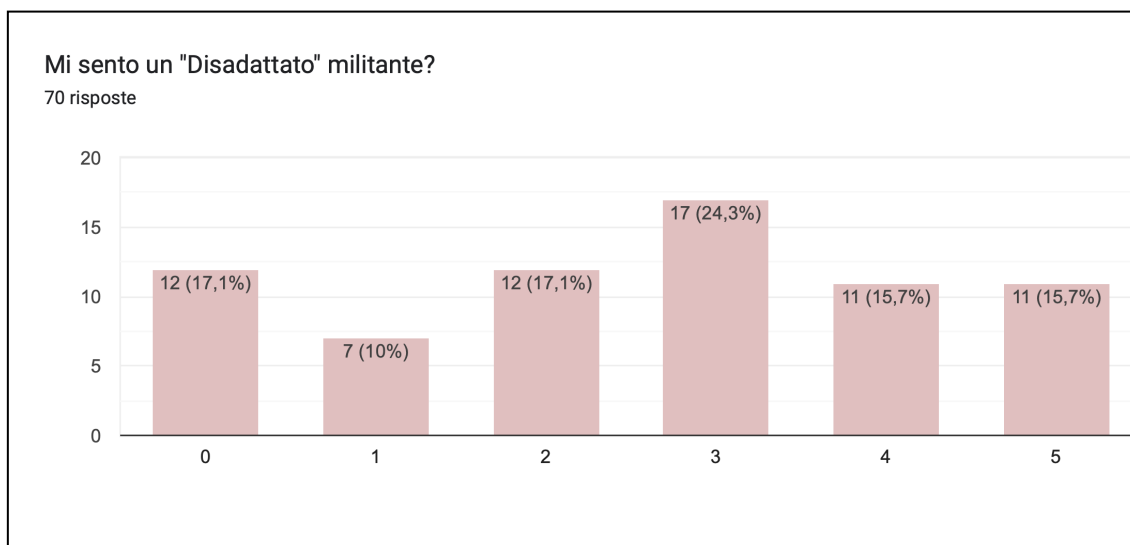
Fig. 8



Per il gruppo è possibile integrare i dati sull'astinenza con altri elementi. Le notizie raccolte fanno rilevare che solo l'1,4% attesta di mantenere rapporti regolari con i centri di accoglienza, riconoscendolo come elemento significativo. Al contrario il 17,1% dichiara che la stessa relazione sia stata meno efficace, ritenendola meno soddisfacente. Questo dato relativo alla comunità, va a sfatare la “comune” opinione che vede come frequenti le forme di “dipendenza” dalla comunità.

I dati presentati evidenziano l'esistenza di significative differenze riguardo l'uso di droghe tra coloro che hanno proseguito o meno il trattamento. In merito a queste considerazioni, se degli astinenti (65,7%) si escludono coloro che, al momento dell'intervista, avevo in corso un qualche trattamento (prevalentemente erano/sono inseriti in un programma residenziale) le percentuali si riducono rispettivamente al 58,5%.

Fig. 9



Se a questo ulteriore dato poniamo come elemento di confronto anche il percepirsi al momento dell'intervista un "disadattato militante" (Fig. 9), elemento questo che riteniamo avere una particolare forza maieutica, pur se dato soggettivo, è da ritenersi un valore oggettivo all'interno del percorso di recupero e in modo altrettanto particolare nella considerazione di voler uscire stabilmente dalla dipendenza. Tenendo pertanto conto di queste considerazioni, le percentuali si abbassano fortemente portandole al 45,7% (con valore 1), 28% (con valore 2), 37,1% (con valore 3), 22,8% (con valore 4), 14,2%¹⁰⁶ (con valore 5).

¹⁰⁶ Dato interessante se confrontato con la precedente ricerca di follow-up (1995) che attestava la percentuale di astinenti al 41% e al 13%. Ma questo vuole solo essere una prima e semplice indicazione poiché il dato potrà essere messo a confronto statisticamente solo una volta conclusa l'intera ricerca.

I risultati positivi sono funzione crescente della permanenza e aumentano sensibilmente nel passaggio dai *dropouts* ai *self-terminators*, *late-dropout* e *graduates* (dato questo che risulta in linea con quanto riportato oggi in letteratura). Va inoltre tenuta in considerazione la correlazione che intercorre tra altri parametri nelle aree relative all'occupazione, allo studio, ai livelli di tensione emotiva e alle relazioni sociali che si intraprendono una volta concluso il percorso comunitario, risultando significativamente connesse alle stesse variabili di permanenza e modalità di uscita.

Il non fare uso di droghe, è da ritenersi quindi una condizione non indipendente da un benessere più complessivo, che si concretizza in una realizzazione del sé all'interno di uno sviluppo integrale delle quattro aree tematiche (valoriali): il benessere fisico, mentale, sociale e spirituale.

3.1.3. Valutazione del benessere: fisico, mentale, sociale e spirituale

A questo livello, si propone una elaborazione dei dati seguendo uno schema tripartito, assumendo come dato di riferimento il tempo cronologico in riferimento al tempo del percorso comunitario: il primo, quello che precede l'ingresso in comunità; il secondo, relativo al periodo di permanenza durante il percorso comunitario e il terzo quello relativo la conclusione o abbandono dello stesso percorso.

Si è preferito poi adottare una nuova scala di misurazione volendo presentare un dato unitario rispetto alle quattro scale di valutazione del benessere, rendendole tra loro indipendenti.

Il calcolo del punteggio, tiene in considerazione che coloro che intraprendono un percorso di recupero residenziale, giungano a quella specifica scelta proprio perché le personali condizioni fisiche, mentali, sociali e spirituali siano da ritenersi fortemente compromesse o comunque lese nelle loro molteplici espressioni. Questo dato, che riteniamo facilmente condivisibile, ci permette di evidenziare e sostenere la differenziazione che il questionario

presenta nel mostrare una disuguaglianza, in termini numerici, rispetto al numero di domande suddivise nelle tre aree temporali.

Si noterà pertanto un forte sbilanciamento nell'indagare il tempo successivo la conclusione del percorso comunitario, rispetto a quello che l'ha preceduto. Questo, appunto perché il tempo dopo il percorso comunitario è da considerarsi maggiormente esposto a rischi e incognite; andandone a determinare la stabilità del non essere più dipendente.

Anche le domande inerenti al tempo trascorso in comunità, terranno in considerazione la prospettiva secondo la quale si ritiene la comunità un luogo formativo ("protetto"), in cui si favoriscono e promuovono percorsi di crescita, volti a riequilibrare tutti i livelli di benessere. Le domande presenti in questa area temporale saranno presenti, ma non in mondo considerevole, come invece risulterà l'area di maggiore interesse e di più difficile ricerca.

Gli items relativi al benessere fisico, mentale e sociale, sono riconducibili alle ricerche già esistenti, anche se nella libera interpretazione redazionale del questionario sono state apportate delle modifiche, che non riteniamo, almeno in questa sede necessario presentare.

Differente è la questione in merito agli items che riguardano il benessere spirituale. La scelta è stata quella di proporre una breve batteria di items, che indagano il valore del benessere spirituale in termini che potremmo definire generali; la scelta è stata realizzata dopo una consultazione di alcuni questionari¹⁰⁷ che indagano lo stesso valore di riferimento e prendendo principalmente spunto dal questionario dell'Organizzazione Mondiale della Sanità¹⁰⁸.

Questa scelta è legata alla volontà di lasciare al destinatario la possibilità di attribuire al valore della spiritualità un ampio ventaglio valoriale. Inoltre gli otto items, sono caratterizzati dalla presenza di una domanda che riteniamo di

¹⁰⁷ Sono stati consultati i seguenti questionari:

- System of belief inventory (SBI-15R): formulato per valutare i bisogni spirituali e le credenze religiose dei pazienti oncologici.
- *Università e spiritualità*: un questionario realizzato dall'università degli studi di Torino che misura i valori, sacro e dimensione spirituale e l'esperienza spirituale, pratiche religiose e appartenenza all'interno dell'università.

¹⁰⁸ Cf. nota a piè di pagina n° 94.

fondamentale orientamento (items n° 62), andando a cogliere e presentare al lettore la tematica della militanza. Questa particolare accezione di essere “disadattato militante”; è tematica “calda” al “nostro” ambiente educativo, tanto che in sede di percorso comunitario risulta l’elemento che spesso viene utilizzato per valutare l’andamento del percorso di ogni singolo ragazzo.

Per ogni area correlata al benessere, è stata realizzata una tabella esplicative (Allegato: “Tabelle comparative dei valori”) in cui vengono assegnati i valori per ogni singolo item, necessari per il calcolo e la valutazione finale.

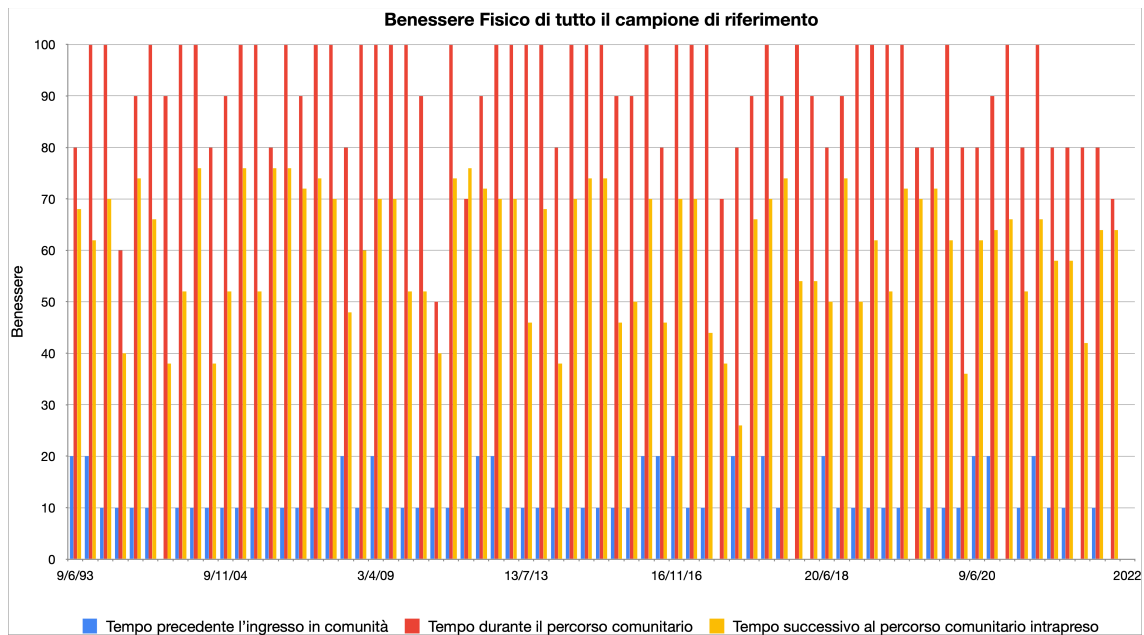
È da tenere in considerazione che non a tutte le cento domande presenti nel questionario è stato assegnato un valore numerico, poiché alcune domande risultano essere strutturate secondo uno stile qualitativo. Queste saranno comunque utili nella fase conclusiva, quando di dovrà analizzare il test tenendo conto di tutta la serie di domande che viene somministrata.

Per calcolare il punteggio¹⁰⁹, di ogni area relativa al benessere, si dovrà effettuare una sommatoria dei punteggi assegnati ad ogni singolo item; questi andranno a costituire un insieme di valori, costituendo il punteggio grezzo. Le tabelle in cui vengono assegnati i valori indicano poi il successivo calcolo per uniformare il valore all’interno di una scala di misurazione che va da 0 a 100, dove 0 rappresenta il peggiore benessere possibile e 100 il migliore. Possiamo leggere il dato anche all’interno di una scala graduata tripartita, dove da 0 a 30 il valore del benessere sarà basso (lieve), da 31 a 69 sarà moderato e da 70 a 100 sarà buono. Il calcolo è stato uniformato in modo tale che il valore possa anche essere riportato come valore percentuale.

Esaminando i dati relativi al benessere abbiamo scelto di realizzare un primo grafico (Fig. 10: “Benessere Fisico di tutto il campione di riferimento”), dove è presentata una visione di insieme di tutto il campione di riferimento. Il dato, è presentato cronologicamente rispetto alla data di ingresso di ogni singolo utente, offerendo così anche la possibilità di vedere l’andamento medio nel corso del tempo. Un secondo grafico (Fig. 11: “Media Benessere Fisico di

¹⁰⁹ Cf Allegato: “Tabelle comparative dei valori” per l’assegnazione del punteggio agli items del questionario.

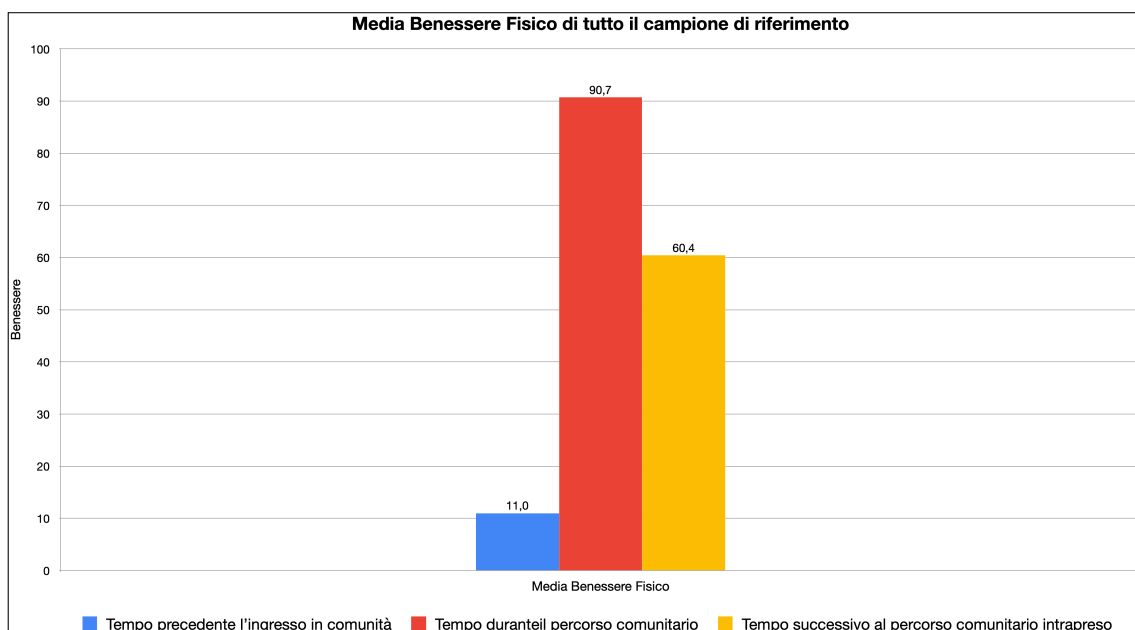
Fig. 10



tutto il campione di riferimento”), di più semplice lettura, metterà in evidenza la media di tutto il campione.

In considerazione del benessere fisico, si può evidenziare e constatare che, seppur il dato di partenza tenga significativamente in considerazione la dipendenza conclamata, sono comunque rilevanti i seguenti dati, che evidenziano come la comunità, porti a sviluppare un alto grado di benessere

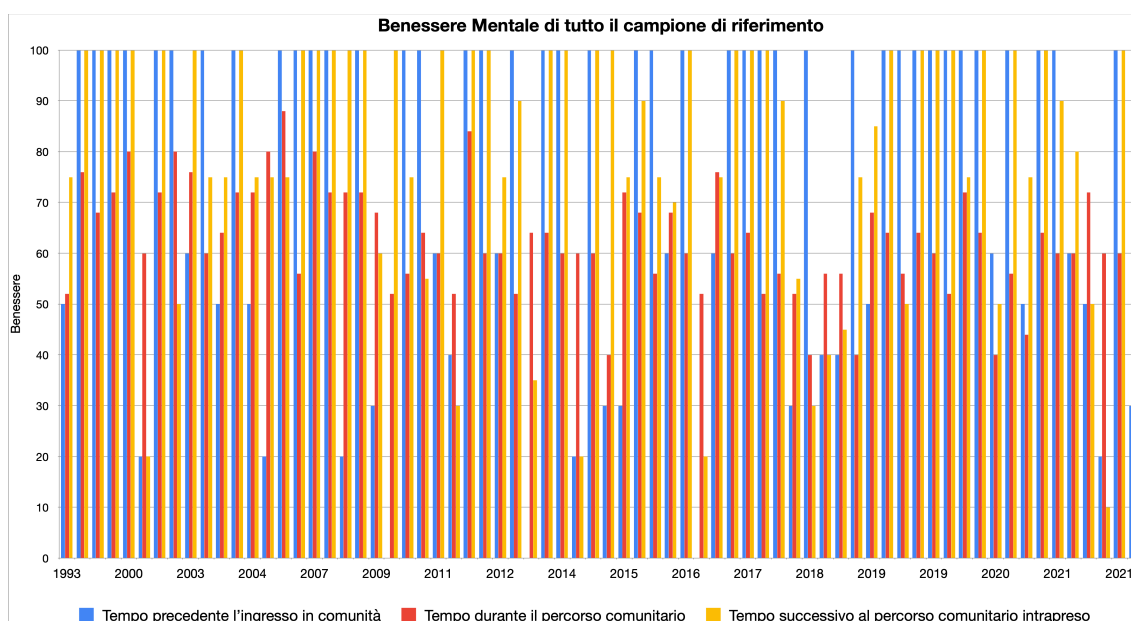
Fig. 11



fisico (con un valore pari a 90,7%, risulta il più alto valore percentuale attestato), e di come allo stesso tempo, al di fuori della comunità, una volta concluso il percorso comunitario, ci sia una riduzione media pari al -30,3%. Questo semplice dato permette di costatare con evidenza la difficoltà di ogni singola persona a mantenere un altro livello di benessere fisico. Certamente il dato va anche inserito all'interno di un trentennio, in cui il fattore di invecchiamento anagrafico va ad incidere sulla singola percezione, tanto più in coloro che, concluso il percorso negli anni '90, si trovano oggi con una più impegnativa e lunga esperienza di vita. È comunque importante segnalare che il dato relativo alla media del benessere fisico si colloca all'interno di un livello moderato, pari al 60,4%.

Risulta interessante confrontarsi con i grafici relativi al benessere mentale (Fig. 12: "Benessere Mentale di tutto il campione di riferimento" e Fig. 13: "Media Benessere Mentale di tutto il campione di riferimento"), poiché il dato rivela un aspetto che potremmo dire inatteso. Come si evidenzia visivamente (Fig. 13), il valore al tempo di permanenza in comunità è pari al 62,5%, questo pur rientrando all'interno di un livello moderato (punteggio da ≥ 31 a ≤ 69) non desta grande preoccupazione; risulta però importante confrontarlo con i restanti valori, quello relativo al tempo che precede il percorso comunitario, pari a

Fig. 12

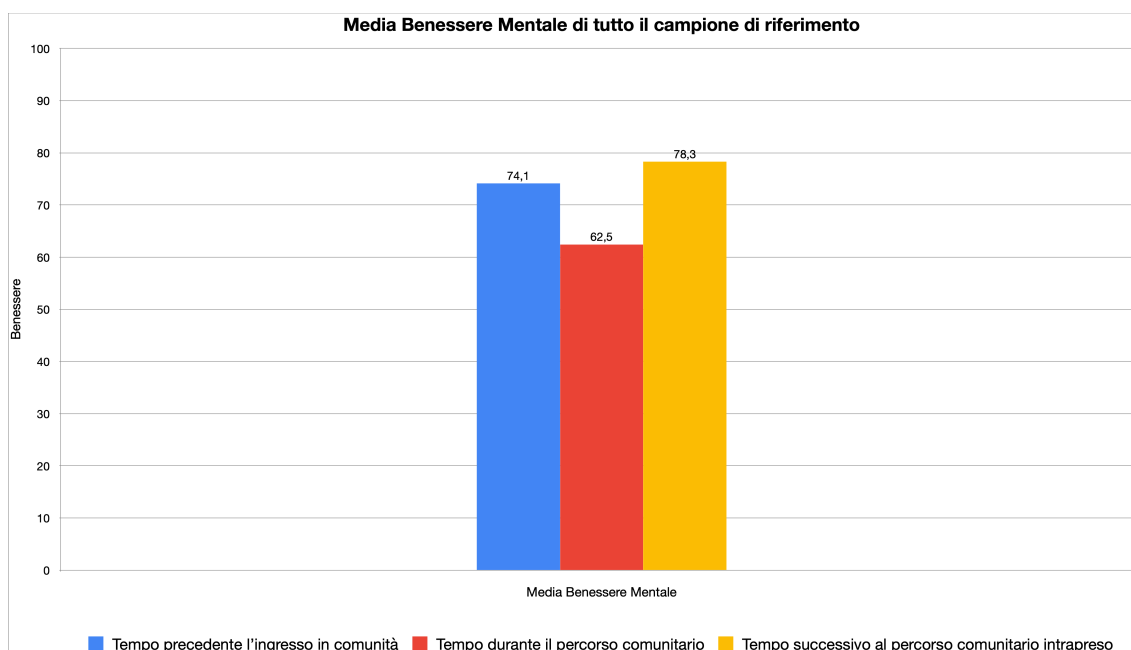


74,1% e quello successivo pari a 78,3%. Ciò che si constata, è un leggero ma significativo aumento (+11,6% - +15,8%), rispetto al tempo in cui l'ospite risiede nella comunità, che ipoteticamente dovrebbe essere la situazione in cui i valori del benessere risultino più elevati, visto il medio-lungo periodo di permanenza all'interno di un ambiente socio-educativo.

Ma il dato statistico, può anche essere letto in chiave di resilienza psicologica, riconoscendo in questo step evolutivo la capacità di fronteggiare e riorganizzare positivamente la propria vita a seguito di quello che è stato l'evento traumatico. Riconoscendo che il trauma o meglio la crisi affrontata, non è solo quella legata alla tossicodipendenza, ma anche l'affrontare responsabilmente il percorso terapeutico.

È possibile pertanto, ipotizzare tre principali letture, in riferimento a quanto è attestato dal dato statistico (Fig. 13): la prima interpretazione è data dal constatare una certa uniformità del dato, con un valore medio pari al 71,6%. Se lo rapportiamo ai tre tempi del percorso, si evidenzia una leggera oscillazione, pari al +2,5% (prima), -9,1% (durante) e +6,7% (dopo). Questo dato ci fa presupporre che la situazione e percezione riferita al benessere mentale (componenti psicologiche, mediche-psichiatriche, ecc.), indipendentemente dal percorso comunitario, rimane pressoché invariata.

Fig. 13



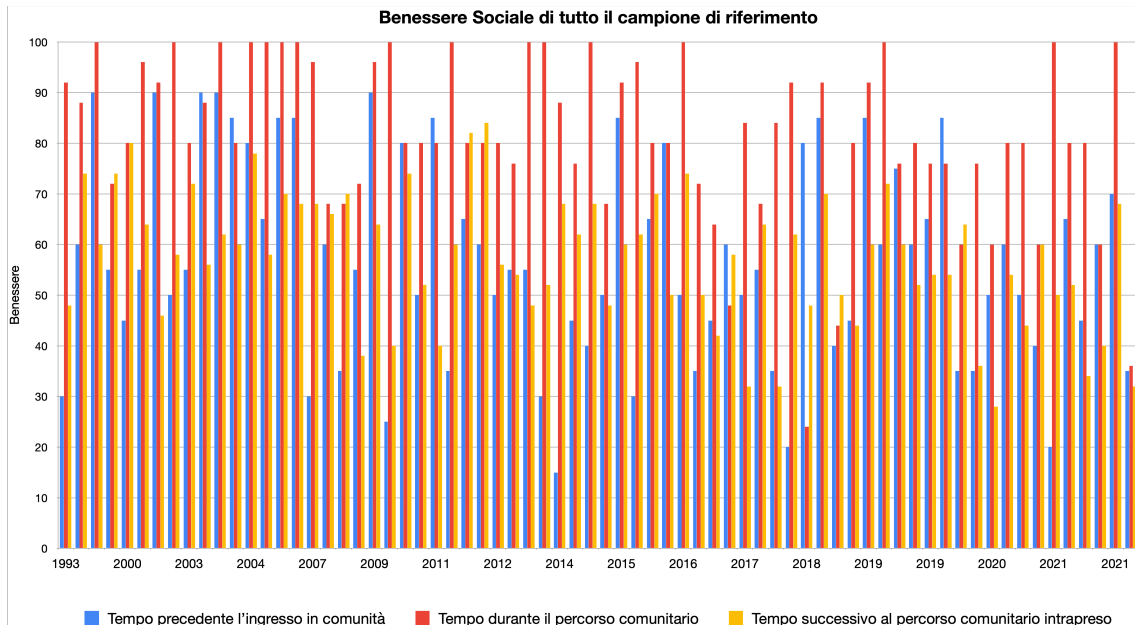
A questa prima considerazione, possiamo accostarne una seconda, evidenziando e presupponendo una maggiore consapevolezza, che possiamo attribuire al leggero aumento percentuale del + 4,2% (tra il tempo del percorso comunitario e quello successivo). Questo dato, seppur minimo, ci permette di supporre che i problemi mentali, definiti anche disturbi psicologici, psichici o disagi mentali, influiscono su vari aspetti della vita in ognuna delle realtà in cui si vive quotidianamente. Il dato della consapevolezza, va correlato pertanto non solo alla diversa intensità o tipologia dei disturbi o patologie che in comunità si è chiamati a fronteggiare (ancor più con l'aumento delle doppie diagnosi) ma anche con il dato che crediamo determinante: davanti a specifiche situazioni, la comunità diventa il luogo in cui la problematica, il disturbo o la patologia si manifestano.

Questo ci offre lo spunto per una ulteriore considerazione, riconoscendo nel valore più basso pari al 62,5%, una presumibile maggiore consapevolezza dei propri "limiti", dato che si rafforza nel riconoscere alla comunità con tutti i suoi strumenti (dinamiche educative, terapie psicologiche e psichiatriche), la tendenza a promuovere il processo di consapevolezza di se stessi. Accostare a questo dato un leggero sviluppo (+15,8%), rispetto al tempo successivo al percorso comunitario, permette di ipotizzare come la Comunità abbia offerto alla persona la possibilità non solo di conoscersi, ma anche di utilizzare gli strumenti al fine di produrre un miglioramento del benessere mentale. La comunità risulta pertanto indispensabile nella fase di reinserimento sociale, per ricercare nel quotidiano, quel necessario e personale equilibrio, che porta la persona alla comprensione, gestione e, solo in alcuni casi, alla risoluzione delle problematiche evidenziate dal punto di vista mentale.

Rispetto al benessere sociale (Fig. 14: "Benessere Sociale di tutto il campione di riferimento" e Fig. 15: "Media Benessere Sociale di tutto il campione di riferimento"), è possibile fare alcune considerazioni:

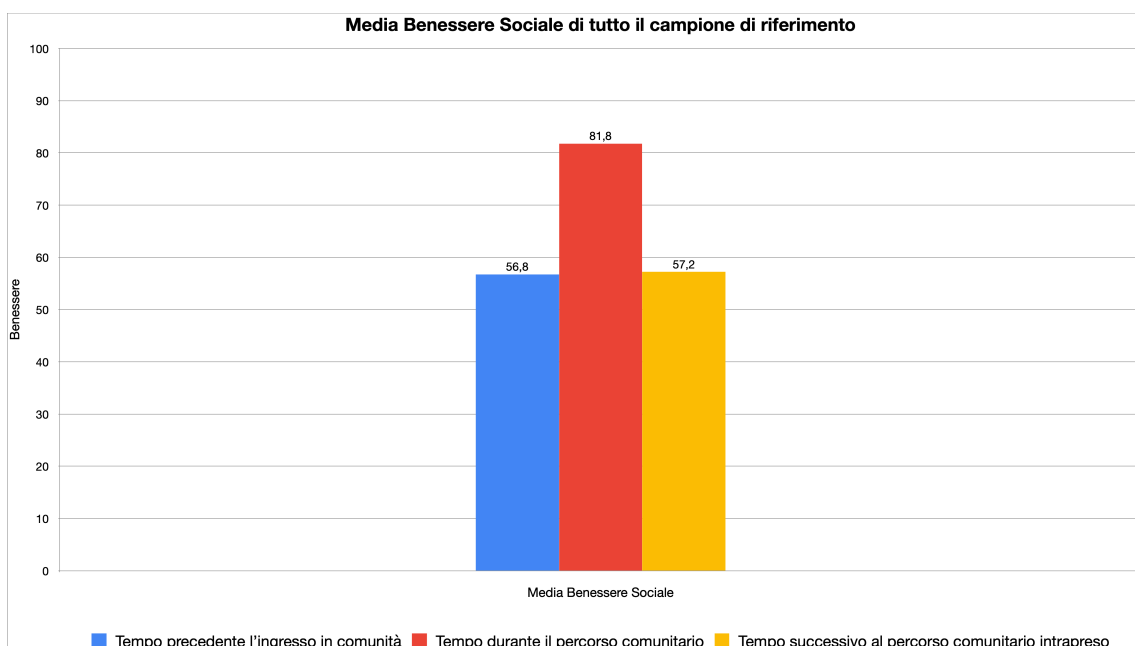
La prima, verte sulla constatazione che il valore percentuale tra il tempo che precede il percorso comunitario e quello che lo segue, ha un aumento pari al +0,4%, potremmo definirlo irrilevante. Non sorprende invece il dato che attesta all'81,8% il benessere sociale all'interno del tempo residenziale. L'alto

Fig. 14



valore percentuale (più alto di questo, solo quello relativo al benessere fisico, sempre durante il tempo comunitario pari al 90,7% — +8,9%), riteniamo essere dato dall'alto impatto sociale che la comunità ha con il territorio, nella specifica capacità di offrire a coloro che intraprendono il percorso, una ricca e diversificata serie di attività che si fondano sul principio di empowerment sociale

Fig. 15

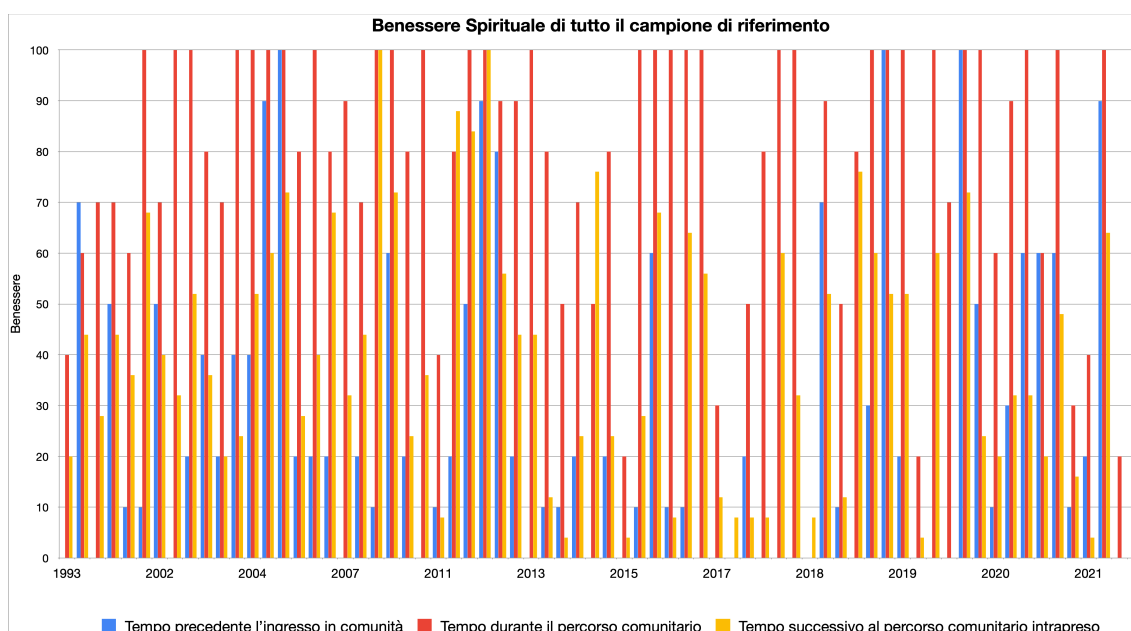


nella possibilità di instaurare differenti reti-sociali, volte al bene comune, che è un bene, nello stesso momento, della collettività e dell'individuo (cioè, il bene di tutti e di ciascuno).

Fà riflettere, a nostro avviso, che il dato relativo al benessere sociale dopo il percorso comunitario (57,2%), è simile al dato presentato in riferimento al gruppo degli astinenti (astinenza immediata) con la cesura di coloro che hanno intrapreso un nuovo percorso terapeutico. Il dato che riportavamo era pari al 58,5%; se questi due dati vengono messi a confronto, si rileva un leggero $\pm 1,3\%$ e questo potrebbe essere messo in correlazione con il benessere sociale, poiché certamente c'è un legame tra il benessere sociale e l'uscire stabilmente o meno dalla dipendenza. Dato questo che evidenzia la difficoltà a realizzare e affrontare il necessario cambiamento che si realizza unicamente attraverso un nuovo e impegnativo stile di vita, favorendo e sostenendo una cittadinanza attiva e responsabile.

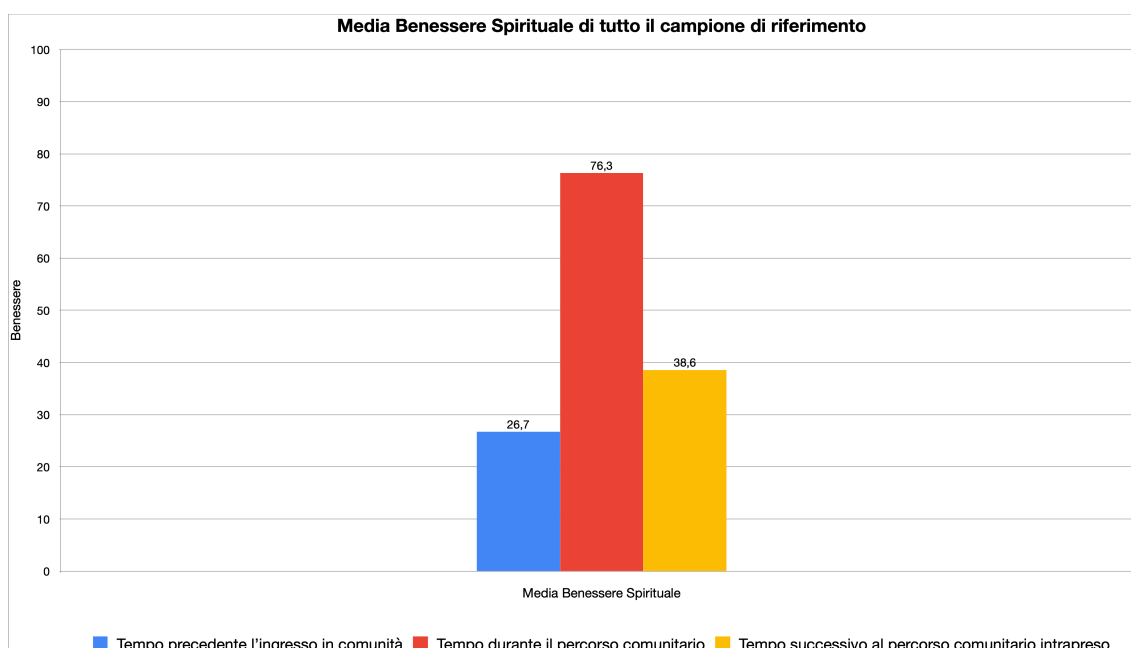
Esaminiamo ora il benessere Spirituale (Fig. 16: "Benessere Sociale di tutto il campione di riferimento" e Fig. 17: "Media Benessere Sociale di tutto il campione di riferimento"), affermando che l'andamento statistico è simile al benessere fisico; si presentano tre speculari dinamiche: la prima, data dalla significativa crescita (+46,6%) dal valore di benessere spirituale prima del

Fig. 16



percorso comunitario rispetto a quello durante il percorso; la seconda, relativa alla difficoltà di mantenere altro il valore di interesse una volta concluso il percorso comunitario, così da evidenziare un significativo calo del benessere spirituale (-39,7%); la terza, attribuita al seppur leggero aumento (+9,9%) del benessere spirituale tra il tempo che precede il percorso e quello che lo segue.

Fig. 17

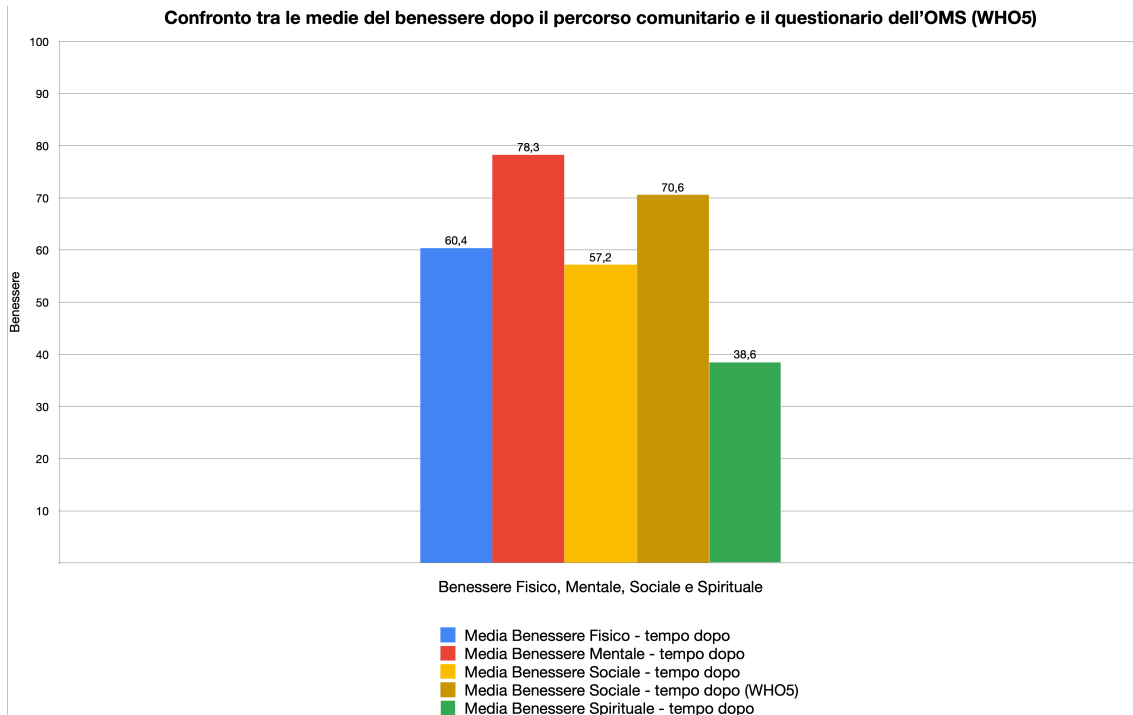


Questi dati fanno emergere che tra i quattro indici valoriali, tre di questi, il benessere fisico, sociale e spirituale, hanno una buona indicizzazione (tra 70 e 100), dato che certamente ha a che fare con la “riuscita” del percorso comunitario.

Da questi dati non è possibile offrire ulteriori interpretazioni, poiché si rischierebbe che le stesse siano viziate da una prospettiva non realistica, che ipotizza il benessere spirituale determinante e trainante rispetto agli altri tre valori precedentemente descritti.

Presentiamo ora il grafico (Fig. 18) che mette in relazione le medie relative al benessere, afferente le quattro aree di interesse, con il questionario dall’OMS (WHO5), presentandole unicamente al tempo successivo al percorso comunitario.

Fig. 18

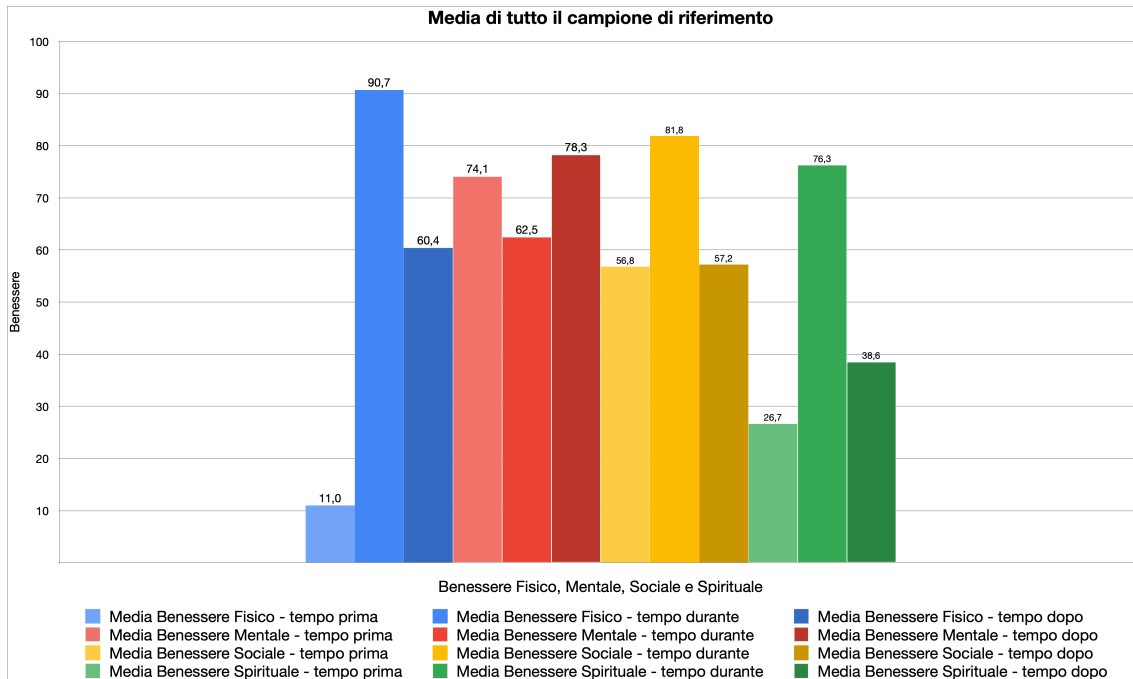


Dal grafico si può constatare che gli items relativi al questionario dell'OMS, aumentano del +13,4% rispetto al valore del benessere sociale (questionario da noi realizzato). La media tra i due valori risulta invece pari al 63,8%, dato che rientra nella medie di valutazione dei restanti valori (61,2%), fatta eccezione per il benessere spirituale che all'interno di questo quadro, risulta essere sotto la media (-22,4%). Si evidenzia invece un incremento del benessere mentale, pari al +17,1% rispetto alla media del benessere generale (sempre da considerare al tempo successivo il percorso comunitario).

Presentiamo ora il grafico (Fig. 19) che mette in relazione tutte le medie relative ai singoli valori del benessere, disposti rispetto al tempo cronologico del percorso comunitario.

Il grafico evidenzia una risposta disomogenea riguardo ai quattro valori del benessere; ognuno esprime un suo andamento rispetto al tempo cronologico. Questa diversità, posta all'interno di una visione di insieme, permette di tenere in considerazione: da una parte la risposta che è offerta dalla singola persona e dall'altra l'evidenziarsi in termini generali, di quale sia il benessere su cui è necessario intervenire nel caso uno dei livelli medi sia pari a

Fig. 19

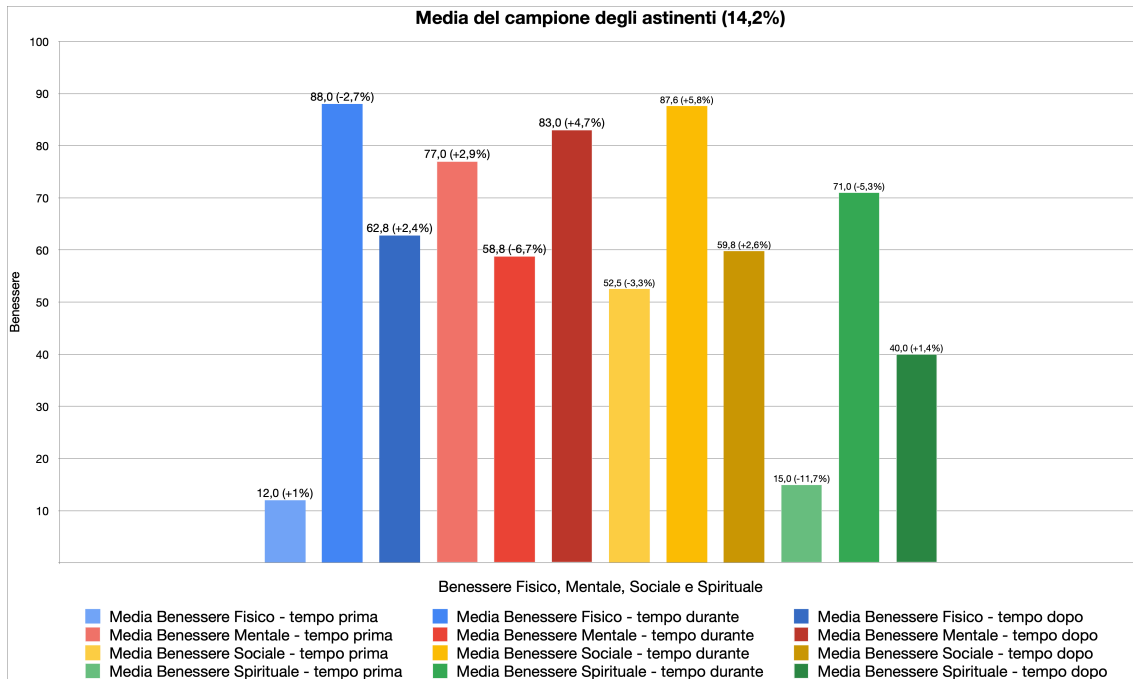


una percentuale $\leq 30\%$. Questo ci permette di sostenere come la valutazione del follow-up, ha in sé la capacità di essere non solo strumento di valutazione a posteriori, ma può avvalersi anche di una possibile utilità in vista di una mirata e adeguata progettazione educativa. Affermando questo, è possibile riscontrare nel dato dato statistico l'evidenziarsi di possibili aree di intervento, che necessitano di una particolare attenzione e cura, ipotizzando dei probabili interventi a carico di chi, come nella nostra Associazione, si occupa di seguire il reinserimento socio-lavorativo e la sua evoluzione (i Centri di Accoglienza).

Il successivo grafico (Fig. 20) evidenzia come il gruppo degli astinenti, oltre ad avere un incremento del benessere medio, almeno nella maggior parte delle aree d'interesse, presenti un ulteriore e chiaro dato, relativo al tempo successivo al percorso residenziale. Questo mostra lo sviluppo del benessere in ogni valore di riferimento, rafforzando la tesi secondo la quale il percorso comunitario è necessario e correlato alla finalità di uscire dalla dipendenza.

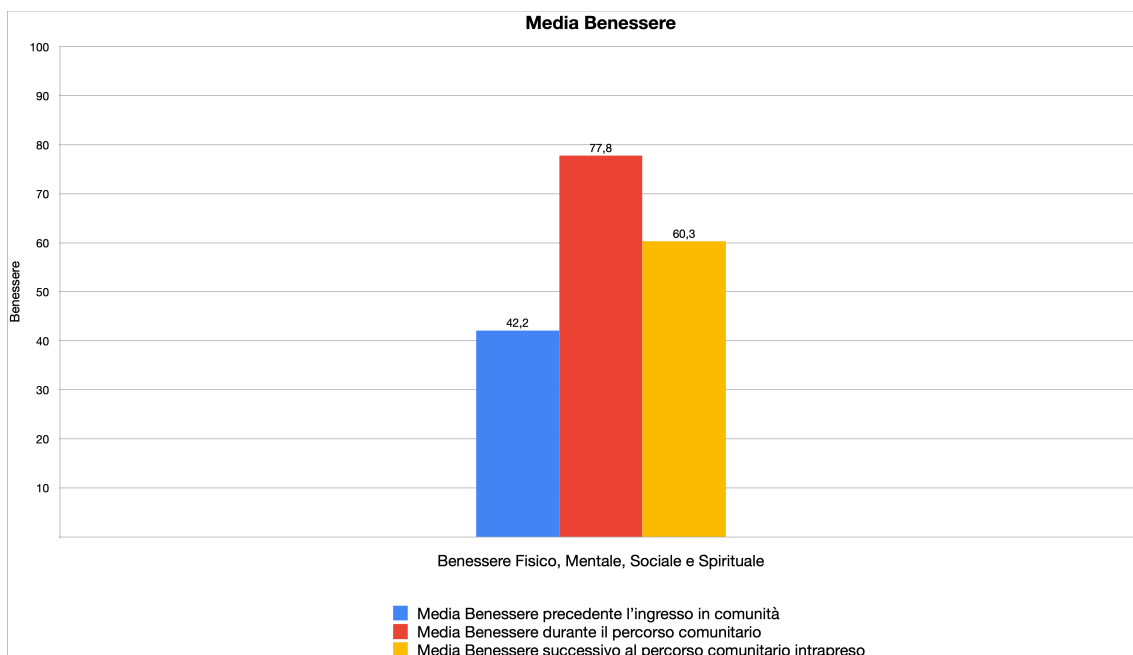
Concludiamo la descrizione dell'elaborazione dei risultati del campione di riferimento presentando quest'ultimo grafico (Fig. 21: "Media Benessere"), dove si presenta una situazione generale e complessiva di quanto fin qui espresso.

Fig. 20



Il grafico presenta rispetto al benessere fisico e spirituale lo stesso andamento che abbiamo riscontrato nei singoli comportamenti precedentemente riportati. Come è noto i valori vengono fortemente

Fig. 21



ridimensionati, riducendo i disequilibri presenti nelle valutazioni precedentemente riportate.

Possiamo affermare che solo il benessere relativo al tempo comunitario è all'interno di un valore buono (≥ 70) con una percentuale pari al 77,8%, mentre il benessere rispetto al tempo precedente e successivo al percorso comunitario sono rispettivamente al 42,2% (prima) e 60,3% (dopo), collocandosi entrambe in un valore moderato (da 31 a 69).

La validità statistica della relazione esposta, in particolare riguardo all'astinenza e al benessere fisico, mentale, sociale e spirituale e la presenza/ assenza di sintomi di tensione emotiva, rafforza l'ipotesi che ci sia un rapporto di causa-effetto tra intervento comunitario e risultati positivi (uscire stabilmente dalla dipendenza).

Appare inoltre evidente che secondo la valutazione degli intervistatori, il 65,7% dei soggetti attesta di aver compilato il questionario con un buon stato d'animo, valutandolo positivamente (71,4%), dichiarando altresì di partecipare attivamente e in maniera costruttiva. Il 22,9% e il 10% ha espresso uno stato d'animo neutro e parte degli stessi valuta in modo moderato il questionario (28,6%).

Se è vero che per misurare un dato fenomeno, ha senso utilizzare un determinato strumento solo se questo strumento misura davvero quello stesso fenomeno, allora questo ci consente di sostenere che secondo quanto abbiamo precedentemente ipotizzato e poi esposto, il questionario riesce a rispettare i criteri di attendibilità e validità nel:

- mostrare la sua efficacia nelle fasi di somministrazione, lettura e elaborazione dei dati;
- essere in grado di ottenere e offrire un dato, che seppur parziale, risulti comunque veritiero (in questo lavoro ancor più ristrettamente al campione di riferimento);
- riuscire a ricercare e correlare i differenti dati e in modo particolare porre in relazione quelli relativi l'astinenza con quelli attinenti al benessere fisico, mentale, sociale e spirituale.

Conclusione

*“Nel Grembo umido, scuro del tempio,
l'ombra era fredda, gonfia d'incenso;
l'angelo scese, come ogni sera,
ad insegnarmi una nuova preghiera:
poi, d'improvviso, mi sciolse le mani
e le mie braccia divennero ali,
quando mi chiese - Conosci l'estate -
io, per un giorno, per un momento,
corsi a vedere il colore del vento”.*
(Fabrizio De André - Il sogno di Maria)

Al termine di questo elaborato ho il piacere di presentare alcune intuizioni che hanno animato l'intero studio e di come queste abbiano trovato spazio di approfondimento e allo stesso tempo siano state fondanti per realizzare e promuovere l'intera indagine che è stata presentata.

Lo studio ha posto le sue fondamenta a partire dalla presentazione di quelle che sono state le origini dell'agire educativo realizzato nel corso dei quarant'anni di vita dall'Associazione Mondo X - Sardegna, all'interno delle sue differenti realtà. Questo cammino, che abbiamo nel testo più volte definito “evolutivo”, ha portato per certi aspetti ad andare anche oltre al cambiamento, arrivando ad evidenziare come attualmente, va valutandosi la necessità di parlare di “ri-fondare” la comunità, attraverso un agire educativo che necessariamente è chiamato a rinnovarsi.

Questo processo si è di fatto attivato, ed è reso possibile a partire da una consapevole e sapienziale rilettura di tutto il processo storico-educativo. Processo questo che ha evidenziato e posto al centro del progetto educativo differenti paradigmi socio-educativi, che nei differenti periodi storici, sono diventati l'espressione e la chiave interpretativa dello stesso progetto educativo,

assumendo nelle diverse circostanze forme e modalità differenti, sempre attinenti e conformi agli obiettivi che ci si era prefissati di raggiungere.

Due sono stati i paradigmi che abbiamo evidenziato: il primo, legato agli inizi della Associazione, con la nascita e la realizzazione delle “comunità di vita”, riferito e strutturato a una dinamica educativa che per certi aspetti - simili - abbiamo posto in stretta relazione alla dinamica familiare e domestica; il secondo paradigma, invece, s’è evidenziato a fronte del forte e importante influsso normativo-legislativo che ha prodotto e avviato importanti cambiamenti, arrivando a proporre e introdurre nel panorama Nazionale e soprattutto Regionale l’avvento delle “comunità terapeutiche”, attraverso una gestione non più familiare, ma corrispondente a quella che abbiamo definito entro i canoni dell’*équipe* multidisciplinare. Questo processo, non semplice e neppur scontato, ha “costretto”, ogni associazione – e per quanto riguarda Mondo X – Sardegna ciò è effettivamente emerso - a ripensare la propria progettualità educativa.

Non è stato semplice rintracciare nella letteratura presente, ciò che le realtà, anche simili a quella da noi presa in esame, avessero vissuto in questo tempo, che certamente risulta essere di passaggio epocale.

Un dato è certamente evidente, anche da un recente studio offertoci da Grosso e Coletti¹¹⁰, cioè che la questione centrale ruota attorno alla capacità delle stesse comunità di riuscire a tenere insieme, in modo equilibrato e efficace, le due grandi componenti educative delle comunità: quella esperienziale e quella professionale. Realtà che se agli inizi sembravano tra loro in contrasto e chiamate a un confronto “obbligato”, oggi hanno la possibilità di riscoprirsi necessarie, nella capacità di sostenere un dialogo efficace nella promozione di un agire educativo coeso.

Emerge da questo studio, evidentemente interno all’Associazione Mondo X – Sardegna, che l’Associazione stessa è riuscita a perseguire l’obiettivo fondante del complesso percorso di sviluppo, integrando e, per certi versi, anticipando, quelle che nel tempo sono state le innovazioni legislative. Riconoscendone per tempo la loro natura indispensabile e proficua per

¹¹⁰ COLETTI M., GROSSO L., *La comunità terapeutica per persone tossicodipendenti*, cit., *passim*.

raggiungere gli obiettivi che hanno animato Mondo X – Sardegna fin dalla sua nascita.

Il senso dell'intero studio è quello di voler mostrare questo lento procedere socio-educativo, che pone le sue radici in un valore che fino ad ora è stato più volte presentato, ma sempre con una modalità che potremmo definire carsica, con la finalità di sostenere e stimolare la ricerca stessa.

Ciò che consideriamo elemento fondamentale è rappresentato dal prezioso valore della spiritualità, che riteniamo debba ora emergere con chiarezza e forza, non solo come dato ricercato nel questionario stesso, ma come dato essenziale della stessa Associazione.

Esso è l'asse portante che ha permesso e continua a permettere un approccio antropologico integrale, attuando uno sguardo che sappia intercettare ogni orizzonte, nell'ampiezza, lunghezza, altezza e profondità di ogni singolo uomo, posto nel suo particolare contesto di vita.

L'intento di questa ultima parte della dissertazione è la presentazione di una lettura antropologico-spirituale di quanto sostiene profondamente la realtà del nostro agire educativo, volendo interpretare ed esprimere con tali affermazioni l'anima e allo stesso tempo la meta ultima a cui si cerca di tendere. Per fare questo, si sceglie di far riferimento ad un autore-maestro che in questo particolare tempo della vita sta ispirando quello che potrà essere lo scenario futuro di chi scrive: Nikolaj Aleksandrovič Berdjaev¹¹¹.

¹¹¹ Nikolaj Aleksandrovič Berdjaev è nato a Kiev nel 1874, morto a Clamart il 24 marzo del 1948. Di sé stesso dice di essere sempre stato in ricerca e sempre in movimento. Era già conosciuto negli anni '30 a livello mondiale; lo chiamavano ovunque per incontri filosofici ed ecumenici, perché con il suo pensiero rispondeva alle domande e alle inquietudini contemporanee. Possiamo considerarlo tra i rappresentanti più eminenti dell'identità spirituale russa del secolo scorso. Olivier Clément, in un suo testo intitolato "In questi grandi russi", riferendosi a Berdjaev, Bulgakov, Losskij, Evdokimov, ecc., dice di loro: "c'era un qualcosa che faceva la loro differenza, ma non è facile individuarlo. Forse era la loro forza vitale, la grandezza dell'intelligenza, il gusto per la bellezza, l'amore della vita in tutta la sua complessità". (Presentazione dell'autore presa da: "BROZOVIĆ A., *La creatività esperienza della figliolanza: la vita ecclesiale secondo Nikolaj Berdjaev*, Lipa, Roma, 2022, 131."

L'educatore, all'interno di realtà in cui l'umanità gli si presenta come frantumata, è chiamato a una sorta di ri-composizione¹¹², generando dei processi che sono volti a una riappropriazione del carattere creativo dell'uomo, libero dalle paure, che lo portano a scontrarsi con ciò che lo indeboliscono o, come abbiamo detto, lo "frammentano".

La liberazione dalla paura¹¹³ è il compito più importante dell'uomo-educatore, poiché possiamo affermare, attraverso gli stessi scritti di Berdjaev, che il contrario della paura non è il coraggio ma la libertà.

Vi è la consapevolezza che il percorso comunitario non è l'unico e forse nemmeno l'espressione più visibile di tale compito al quale l'uomo-educatore è chiamato, ma si riconosce in esso un forte potenziale che tende al raggiungimento di uno stato puro dell'essere totalmente libero dalla paura. Berdjaev suggerirebbe di essere creativi, appunto liberi di creare. L'educatore, come ogni membro che compone la comunità, è chiamato a sentirsi parte della stessa realtà comunitaria; è questo il primo passo per far sperimentare all'uomo la possibilità di vivere senza paura, seppur all'interno di un contesto che potremmo definire protetto, ma non per questo non reale, rispetto alle dinamiche del vivere sociale.

Il contesto comunitario, i "ragazzi", l'équipe multidisciplinare, coloro che collaborano a stretto contatto con la dimensione educativa, sono autori e

¹¹² Per comprendere meglio questo aspetto della "ri-composizione", simile per certi aspetti al "ricostruire", presento due immagini di carattere spirituale, legate una alla tradizione cristiana, riprendendo il celebre testo e racconto del vasaio presente nella Sacra Scrittura quando al profeta Geremia viene detto (Ger 18, 1-6): Questa parola fu rivolta a Geremia da parte del Signore «Prendi e scendi nella bottega del vasaio; là ti farò udire la mia parola». Io sono sceso nella bottega del vasaio ed ecco, egli stava lavorando al tornio. Ora, se si guastava il vaso che egli stava modellando, come capita con la creta in mano al vasaio, egli rifaceva con essa un altro vaso, come ai suoi occhi pareva giusto. Allora mi fu rivolta la parola del Signore: «Forse non potrei agire con voi, casa di Israele, come questo vasaio? Oracolo del Signore. Ecco, come l'argilla è nelle mani del vasaio, così voi siete nelle mie mani, casa di Israele.

E l'altro esempio lo riprendo dalla tradizione giapponese, con l'arte del "kintsugi", che è la capacità e volontà di ricostruire qualcosa che si è rotto senza nascondere le fratture ma, anzi, mostrandole. Antica arte giapponese che letteralmente significa "riparare con l'oro", una tecnica di restauro nata in Giappone nel 1400 d.C. e che consiste nel riparare oggetti di ceramica che si sono rotti con la lacca mescolata a polvere d'oro o d'argento, lasciando però ben visibile la riparazione.

¹¹³ Qui la paura va intesa nella accezione in cui l'uomo vive delle condizioni esistenziali in cui si trova con difficoltà a entrare in contatto con sé stesso, con l'altro e infine anche con Dio, intendendo anche quest'ultimo come qualsiasi dimensione trascendente rispetto all'uomo stesso.

generatori, tutti insieme, di un processo che è chiamato a generare quel primo elemento del progetto: l'amore: Un progetto senza amore è come un uomo senza cuore, o meglio, senz'anima.

L'uomo che entra in comunità è, potremmo dire, governato dalla paura, dalla incapacità di amarsi e di amare, e può arrivare a essere diametralmente opposto al concetto di creatività, cioè a quella che lo stesso Berdjaev evidenzia come capacità di essere creativi, liberi di amarsi e di amare. Capacità questa, che se abita l'intimità dell'uomo, lo rende costruttore di fratellanza, vero e autentico atto creativo; che nella sua accezione più universale, richiama alla capacità di essere-uomo-in-relazione. Uomo, che stando in questa dimensione edifica un bene più grande, rispetto al suo essere uno e perciò solo. È attraverso questo processo che l'uomo si scoprirà capace di essere in comunione con l'altro¹¹⁴.

Chi opera all'interno di realtà che si occupano di curare le ferite e il danno che le dipendenze nelle sue molteplici espressioni provocano, sa quanto l'uomo sia capace di fare attorno a se "terra bruciata", nella incapacità di tessere libere e sane relazioni. In merito a questo il nostro autore afferma:

ogni dubbio circa la forza creativa dell'uomo è sempre sintomo di un ripiegamento egoistico e di un egocentrismo patologico. Un'umiltà e una modestia piena di dubbi, là dove sarebbero necessarie una certezza di sé ed una decisione virili, stanno sempre ad indicare un metafisico malcelato amore di sé, un ripiegamento della propria attenzione solo di sé stessi, una solitudine egoistica, e sono frutto della paura e del terrore¹¹⁵.

La creatività, parafrasando lo stesso Nikolaj Aleksandrovič, è opposta a qualsiasi forma di dipendenza e di libertà; pertanto l'uomo che giunge in comunità, imprigionato dalla sua schiavitù, manifesterà il desiderio di "toccare la luce", di vivere la vita nella sua vera libertà. Ed è proprio all'interno del contesto e progetto comunitario che gli verranno offerti strumenti, che gli permetteranno

¹¹⁴ BROZOVIČ A., *La creatività esperienza della figliolanza: la vita ecclesiale secondo Nikolaj Berdjaev*, Lipa, Roma, 2022, 33.

¹¹⁵ BERDJAIEV N., *Il senso della creazione*, Jaca Book, Milano, 1994, 38.

di penetrare le profondità della vita stessa. Questo, porterà l'uomo a evidenziare ciò che è più essenziale e utile, per manifestare attraverso segni e forme esteriori (scelta di vita) le realtà autentiche della vita¹¹⁶; vivendo nella libertà e nella giustizia, perché stanco e lacerato dall'aver vissuto nella menzogna.

Quanto espresso, è solo un ridotto contributo, che si ritiene tuttavia necessario, per sostenere quanto il punto di vista antropologico-spirituale può essere ritenuto nell'ambiente educativo, un approccio differente e ad oggi poco studiato e valorizzato. In chiave prospettica futura, riteniamo possa meglio intercettare e leggere la realtà umana, specialmente se ferita e lacerata, al fine di raggiungere gli obiettivi prefissati.

Si ritiene importante sostenere e ribadire che se l'approccio olistico richiede una "ristrutturazione" integrale dell'uomo, nessuna delle sue componenti può venir tralasciata per il reale e efficace spazio di intervento.

In riferimento a quanto fin qui sostenuto, si inserisce positivamente anche la valutazione inerente la realizzazione e somministrazione del nuovo questionario per la successiva ricerca di follow-up. Pur avendolo potuto somministrare a un ristretto numero di soggetti, l'operazione ha permesso di evidenziare e allo stesso tempo sostenere che nel proporre un percorso di recupero all'interno di una struttura residenziale, si debba necessariamente tenere in considerazione la possibilità di offrire anche se con differenti modalità e strumenti, un approccio integrale, offrendo percorsi che mirino a ristabilire il benessere fisico, mentale, sociale e spirituale.

Appare inoltre necessario offrire un ulteriore aspetto riflessivo in merito a quello che potrebbe essere il prossimo futuro della stessa realtà comunitaria, riconoscendo, attraverso uno sguardo prospettico, quanto la dimensione della spiritualità, riferita nel nostro caso alla chiara intuizione e carisma francescano, debba essere l'anima del percorso educativo.

Si rafforza in chi scrive, il pensiero del già citato Berdjaev, con particolare riferimento ad alcuni suoi testi, in cui afferma in differenti modi che la storia non

¹¹⁶ BROZOVIĆ A., *La creatività esperienza della figliolanza: la vita ecclesiale secondo Nikolaj Berdjaev*, Lipa, Roma, 2022, 34.

la si capisce analizzandola dal di fuori o controllando tutti i dati che abbiamo a disposizione, ma che è necessario penetrarla dal di dentro, percependola come un evento interiore della realtà stessa, realtà che l'autore definisce spirituale¹¹⁷.

Perciò mettendosi in ascolto - da un di dentro - della stessa realtà, appare importante suggerire due direttive distinte e contigue: la prima, in relazione ai due paradigmi precedentemente riportati ("Comunità di vita - contesto familiare" e "Comunità terapeutica - équipe multidisciplinare"), che hanno segnato un cambio di epoca non ancora concluso; ritenendo pertanto importante aprirsi sapientemente all'accoglienza di un importante e nuovo paradigma. Ciò può essere esplicitato attraverso l'espressione di essere oggi costruttori di "fraternità".

Il concetto di "fraternità", all'interno di questo contesto, mira a includere al suo interno un duplice significato, che viene mutuato da due differenti ambienti: il primo quello scientifico, accogliendo al suo interno la dimensione psico-affettiva, che risulta di fondamentale importanza nelle relazioni interpersonali che si instaurano all'interno dell'ambiente educativo-comunitario. Questo concetto, sviluppato da diversi autori come, John Bowlby e Mary Ainsworth trova una più attinente spiegazione in Franz Alexander (psicoanalista della scuola di Francoforte), che riteneva come il profondo scambio emotivo nella relazione professionale (psicoterapeuta-paziente / operatore-utente), fosse in grado di rimodulare, in qualche misura, l'affettività della persona e di correggerne alcuni modelli rigidi precedentemente adottati. In comunità certamente può verificarsi qualcosa di simile. Questo, perché il contesto della vita in comune, gli scambi affettivi a cui è sottoposta l'intera comunità e quindi anche l'équipe obbediscono a dei canoni tenuti sotto controllo, e atti a far sperimentare, alle persone inserite, sincere e corrette esperienze emotive. L'attivazione di questi meccanismi, facilita non solo un sano processo di attaccamento, ma riesce a stimolare e condurre la persona a compiere liberamente delle scelte per continuare a sperimentare quanto il vivere in

¹¹⁷ BROZOVIĆ A., *La creatività esperienza della figliolanza: la vita ecclesiale secondo Nikolaj Berdjajev*, Lipa, Roma, 2022, 41.

comunità alimenti la relazione “fraterna” in un evidente e provato beneficio alla vita¹¹⁸.

Un secondo significato lo traiamo dall’ambiente umanistico-letterario, avvalendoci di autori come Berdjaev, Dostoevskij, ma ancor prima da San Francesco e attualmente da Papa Francesco; che hanno intuito come attorno alla dimensione della “fraternità” si polarizzi una realtà creativa, rinnovativa e formativa. E’ opportuno perciò riproporre questo messaggio all’interno di una dimensione lavorativa-professionale come l’équipe multidisciplinare; espressione di una realtà che è ritenuta necessaria e dirompente per ricostruire, ri-educare e ri-elevare l’uomo nella sua dimensione integrale, proponendo un’autentica formazione capace di garantire la crescita del benessere fisico, mentale, sociale e spirituale¹¹⁹.

L’attualizzazione di quanto espresso, può trovare la sua espressione nel saper proporre “nuove” forme di vita, dove una maggiore abitabilità e condivisione degli spazi di vita, garantiscano l’edificazione di un modello familiare, comunitario e domestico. Questo non può prescindere dall’ormai necessaria e importante formazione professionale, divenendo quell’elemento aggiuntivo che se integrato ha la forza di esaltare il concetto già citato di équipe multidisciplinare.

E’ altresì assodato che l’elemento (valore) del benessere, risulta essere l’aspetto fondante nella proposta di una concreta spiritualità, chiamata ad assumere una dimensione portante nella capacità di ispirare e indirizzare la *vision* e la *mission* della realtà stessa, proponendosi come elemento su cui tutti gli altri valori, contesti e “benesseri”, sono chiamati a convergere.

È certamente questo che oggi la nostra Associazione ma, anche le restanti agenzie educative sono chiamate a ri-scoprire e ri-fondare, per essere autenticamente costruttori di “fraternità”-multidisciplinari.

¹¹⁸ COLETTI M., GROSSO L., *La comunità terapeutica per persone tossicodipendenti*, cit., p. 175-180.

¹¹⁹ FRANCESCO, Esortazione Apostolica Evangelii Gaudium, in https://www.vatican.va/content/francesco/it/apost_exhortations/documents/papa-francesco_esortazione-ap_20131124_evangelii-gaudium.html, n° 92. 155. 179.
BERDJAEV N., *Il senso della creazione*, Jaca Book, Milano, 1994, cit., *passim*.

La seconda via che si suggerisce, è quella di sottoporsi a una costante e efficace verifica di follow-up, poiché potrebbe essere vero che le priorità per il futuro del sistema dei trattamenti delle dipendenze si collochi all'interno di un integrato sistema di welfare (attenzione alle persone, attenzione ai diritti, gratuità del trattamento, scelta della cura-educazione, tutela, ecc.). Si concorda anche nell'affermare che la proposta sociale, medica e educativa è da ritenersi valida se "riesce" nell'obiettivo del reinserimento sociale e lavorativo; questi aspetti vanno saputi monitorare e verificare per rispondere con coerenza all'obiettivo della *vision* e della *mission* dichiarati¹²⁰.

Gli indicatori che pertanto sarà necessario monitorare per una efficacia complessiva dei trattamenti sono riconducibili a tre parametri:

- il primo, la capacità di suddividere e tenere conto del contesto (residenziale, semi-residenziale o ambulatoriale),
- il secondo, l'offerta di uno studio e riflessione del metodo o progetto educativo utilizzato; nello specifico sarà importante tenere conto di quanto affermato precedentemente;
- il terzo, riprende quanto già proposto in merito alla composizione dell'équipe educativa multidisciplinare ("fraternità"-multidisciplinare).

Questi indicatori, già studiati, analizzati e verificati da differenti comunità e centri finalizzati al trattamento delle dipendenze, dovranno incontrarsi con il limite oggi principalmente riconosciuto che è quello di confrontarsi con le differenti ricerche già prodotte, superando le opprimenti e vecchie barriere di una ricerca sempre più autoreferenziale, che rischia di tessere e percorrere la stessa via della dipendenza, perché chiusa in un egocentrismo valutativo.

Da diversi anni sentiamo parlare di avviare percorsi che portino alla realizzazione di un corpo di ricerca più coeso e completo con la necessaria adozione di metodi standardizzati, e con la finalità di creare spazi e luoghi che

¹²⁰ COLETTI M., GROSSO L., *La comunità terapeutica per persone tossicodipendenti*, cit., p. 435-445.

favoriscano la possibilità di ricerche e conclusioni utili, al fine di colmare quel vuoto di cui tutti siamo consapevoli¹²¹.

Si avanza quindi la proposta che riguarda la seconda via da perseguire, auspicandosi una realizzazione sia in ambito nazionale ma soprattutto regionale. Realizzare e fondare delle équipes di ricerca multidisciplinari, dove la declinazione di multidisciplinarietà, può essere trovata ancora una volta nel concetto di fraternità, andando a costituire delle “fraternità” di ricerca scientifica, costituite dalla aggregazione di più figure provenienti da più enti, che operino nell’ambito delle dipendenze.

La Sardegna, come altre Regioni, sappiamo essere già in parte organizzate, attraverso l’espressione dei coordinamenti delle comunità (in Sardegna è presente il “C.E.A.S.”¹²²), che ad oggi non ci risultano essere organismi preposti e finalizzati alla ricerca.

Queste realtà potrebbero realmente portare alla realizzazione di ricerche di follow-up tra loro confrontabili, nel rispetto di un welfare condiviso, perché animato dalla stessa dimensione, quella della “fraternità”. Le ricerche, se fossero mosse da una intraprendente e significativa volontà di “co-operare” insieme, - fraternamente -, potrebbero portare a nuovi e inaspettati risultati.

La loro unica finalità, dovrebbe essere quella di “riuscire” nell’obiettivo del reinserimento sociale e lavorativo di coloro che come agli inizi, continuano ancora oggi a bussare alle loro/nostre porte, proponendosi di superare la barriera della paura di sentirsi giudicati e valutati; allo stesso tempo essere capaci di proporsi, all’interno del territorio, come alterità educativa, che sempre risulta essere una ricchezza e valore aggiunto.

Sarebbe opportuno che le realtà auspiccate si aprissero alla possibilità di non mettere al centro il metodo o progetto educativo (cadendo in un

¹²¹ PERRYMAN, C., DINGLE, G., *A systematic review of the methodologies used in research related to adult drug and alcohol rehabilitation in therapeutic communities published 2000-2013*, in *Therapeutic Communities*, 36 (4), 2015, 193–208.
COLETTI M., GROSSO L., *La comunità terapeutica per persone tossicodipendenti*, cit., p. 407-434.

¹²² C.E.A.S.: Coordinamento degli Enti Accreditati della Sardegna per le Dipendenze Patologiche Organizzazione di Volontariato.

“egocentrismo educativo”), ma ritenessero quale focus l’uomo nella sua dimensione integrale.

Nell’esposizione di questo progetto è palese la consapevolezza della sua difficile realizzazione, poiché si ritiene complesso e difficile il dialogo da instaurare tra le varie parti chiamate in causa. Tuttavia si ritiene comunque da considerare e valutare, nel rispetto di coloro che sono accolti nelle nostre comunità, con la “promessa” – o meglio la proposta - di “salvarlo” da una dimensione esistenziale che non rispetta la verità dell’uomo creato libero.

Di fronte a queste difficoltà si desidera offrire come riflessione conclusiva, la capacità dell’educatore e quindi di colui che studia, analizza, definisce, propone e valuta l’agire educativo, la volontà di prendere in considerazione una percentuale di fallimento del progetto stesso; fallimento che non indebolisce o distrugge il progetto stesso, ma può diventare elemento portatore e artefice di un processo di cambiamento e evoluzione che saprà cogliere nel fallimento un reale aspetto formativo, che diventa rivelativo di un agire-educativo-spirituale.

Bibliografia

Per il testo della Sacra Scrittura si è usata la Bibbia di Gerusalemme, ed. del 2009, con il testo CEI riveduto del 2008.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, DSM-5*. Arlington, VA, 2013. (Tr. it.: Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, Quinta edizione, DSM-5. Raffaello Cortina Editore, Milano, 2014).

BAIONA M., *Riflessioni sul modello bio-psico-sociale oggi*, in: PSICOANALISI CONTEMPORANEA, n° 2 (1), 2022.

BARONCINI P., DIONIGI A., *Vecchie e nuove dipendenze. Manuale multidisciplinare*, Clueb, 2010.

BERDJAEV N., *Il senso della creazione*, Jaca Book, Milano, 1994.

BLOCH E., *Ateismo nel cristianesimo, per la religione dell'esodo e del regno*, Feltrinelli, 2005.

BOTTURA N., BOVI S., PIERETTI G., *Comunità terapeutica e comunità locale. Dalla vulnerabilità alla condivisione*, FrancoAngeli, 2016.

BROEKAERT E., COLPAERT K., VEERLE SOYEZ V, ET AL., *Transatlantic Dialectics: A Study on Similarities and Dissimilarities in Approaches to Substance Abuse Problems in the United States and Europe*, in THERAPEUTIC COMMUNITIES, vol. 28, no. 1, 2007.

BROEKAERT E., De MAEYER J., VANDEVELDE S., et al., *Quality of life in therapeutic communities for addictions: a positive search for wellbeing and happiness*, In JOURNAL GROUPS ADDICT RECOVER, vol. 12, 2017.

BROZOVIČ A., *La creatività esperienza della figliolanza: la vita ecclesiale secondo Nikolaj Berdjaev*, Lipa, Roma, 2022.

CARKHUFF R. R., *L'arte di aiutare (corso base)*, Erikson, Trento, 2013.

- CANCRINI L, *Quei temerari sulle macchine volanti*, NIS, Roma, 1982.
- CANCRINI L. et al., *La cartella clinica nel servizio per tossicodipendenti: verso una razionalizzazione degli interventi*, *Marginalità e Società*, 3, 1987.
- CANCRINI L, *Tipologia e trattamento delle tossicodipendenze*, In: Onnis L., Galluzzo W., *La terapia relazionale e i suoi contesti*, NIS, Roma, 1994.
- CHIAMULERA C., CIBIN M., *Aftercare e post-prevention nelle addiction. Verso il benessere*. Edizioni Publiedit, 2019.
- CIBIN M., *Ricerca e innovazione in comunità terapeutica: una sfida per il futuro* in: RICERCA E INNOVAZIONE IN COMUNITÀ TERAPEUTICA, *Medicina delle Dipendenze*, 2020.
- CIBIN M., SGUALDINI E., HINNENTHAL I.M., *Il trattamento residenziale dei Disturbi da Uso di Sostanze*. In: Lugoboni F., Zamboni L. (a cura di), *In Sostanza. Manuale sulle dipendenze patologiche.*, Edizioni CLAD-Onlus, Verona, 2018.
- COIS A. et al., *Follow-up di 12 anni delle Comunità Mondo X - Sardegna: metodologia e dati preliminari*, III Convegno Regionale dei Ser.T., Sassari, 1993.
- COIS A., GANADU L., MORITTU S., *Uno studio di Follow-up su 545 eroinomani ammessi in comunità residenziale tra il 1980 e il 1992*, *Bollettino per le Farmacodipendenza e L'Alcool*, Anno XVIII, n° 3, 1995.
- COLETTI M., GROSSO L., *La comunità terapeutica per persone tossicodipendenti*, Gruppo Abele, Torino, 2011.
- COLETTI M., GROSSO L., *La comunità terapeutica per persone tossicodipendenti*, Gruppo Abele, Torino, 2022.
- DAVOLI M., AMATO L., *La valutazione dell'outcome come strumento per migliorare la qualità delle cure*, in *MEDICINA DELLE DIPENDENZE*, vol. 4, 2011.
- DE ANGELI M., SERPELLONI G., *I progetti di ricerca sulla valutazione dell'outcome e del processo di trattamento nell'ambito delle tossicodipendenze: una revisione della letteratura scientifica*. In: Serpelloni G., De Angeli M., Rampazzo L., *La valutazione dell'outcome: nei trattamenti della tossicodipendenza*, Regione Veneto, 2002, 113-152.

DE ANGELI M., SERPELLONI G., *La valutazione dell'efficacia dei trattamenti nelle tossicodipendenze: una revisione internazionale della letteratura scientifica*. In: Progetto Dronet del Ministero della Salute e Coordinamento delle Regioni, 2005,163-178

DE GIOVANNI A., DAL CANTON F., *Le comunità terapeutiche per i disturbi correlati a sostanze in Europa e negli Stati Uniti*, in BOLLETTINO DELLA SOCIETÀ MEDICO CHIRURGICA DI PAVIA, vol. 126, n° 3, 2013.

DE LEON G., *Community as method: therapeutic communities for special population and special settings*, Greenwood Publishing Group, New York,1997.

DE LEON G., *The Therapeutic Community: theory, model and method*. Springer Publishing Company, New York, 2000.

DEWEY J., *Il mio credo pedagogico*, KKien Publ. Int. (EPUB), Milano, 2013.

DEWEY J., *Scuola e società*, La Nuova Italia, Firenze,1949.

EINSTEIN A., *Il mondo come lo vedo io*, Giachini Editore, Bologna, 1952.

FRANKL V. E., *Alla ricerca di un significato della vita*, Mursia, Milano, 2012.

FREIRE P., *Pedagogia degli oppressi*, Edizioni Gruppo Abele, Le staffette, Torino, 2021.

GALLINA A. G., *Dentro il bullismo*, Franco Angeli, Milano, 2009, 114-127.

GROSSO L., *Ruolo delle comunità residenziali e del volontariato sociale dopo le modifiche prodotte dal referendum*, Bollettino per le Farmacodipendenza e L'Alcool, 1994.

MANFRÈ G., PIAZZI G., POLETTINI A., *Oltre la comunità. Studio multidisciplinare di ritenzione in trattamento e follow-up su ex-residenti di San Patrignano*, FrancoAngeli, 2005.

MAZZETTE A., *L'isola sotterranea. Tra violenza e narcotraffico*, FrancoAngeli, 2022. (Sociologia del territorio).

MONTESSORI M., *Educazione per un mondo nuovo*, Garzanti, Milano 1991.

MONTESSORI M., *L'autoeducazione*, Garzanti, Milano, 2022.

MOLIN V., PELLEGRINI G., FERRUCCI R., LOVASTE R., *La recidiva tossicomana post comunitaria. Analisi di follow-up degli inserimenti in C.T. 2004-2014 di pazienti con diagnosi di dipendenza da sostanze noti ai Ser.D. trentini*, In MISSION (FederSerd), vol. 44, 2015.

MILANI L., [Scuola di Barbiana], *Lettera a una professoressa*, Pisa: Libreria Editrice Fiorentina, 2017, 166 p.

MORITTU S., *Spiritualità*, in *ATLANTE DELLE DIPENDENZE*, a cura di Grosso L., Rascazzo F., Edizioni Gruppo Abele, Torino, 2014.

ORGANIZZAZIONE MONDIALE DELLA SANITÀ, OSSERVATORIO EUROPEO DROGHE E TOSSICODIPENDENZA, NAZIONI UNITE - PROGRAMMA INTERNAZIONALE CONTRO LE DROGHE, *Linee guida internazionali per la valutazione dei servizi e dei sistemi per il trattamento dei disturbi da uso di sostanze psicoattive*, in SERPELLONI G., MACCHIA T., MARIANI F., *Outcome: La valutazione dei risultati e l'analisi dei costi nella pratica clinica nelle tossicodipendenze*, Regione Veneto, 2006.

PERONI D., CLERICI M., *Doppie diagnosi in comunità terapeutica*, FrancoAngeli, Milano, 2015.

PERRYMAN, C., DINGLE, G., *A systematic review of the methodologies used in research related to adult drug and alcohol rehabilitation in therapeutic communities published 2000-2013*, in *Therapeutic Communities*, 36 (4), 2015, 193–208.

PIRETTI G., MANELLA G., *Uscire stabilmente dalle dipendenze. Indagine di follow-up su lavoro di Arca*, FrancoAngeli, 2019. (Sociologia del territorio).

PERLA L., RIVA M. G., *L'agire educativo. Manuale per educatori e OSA*, La Scuola, Brescia, 2016;

RIGLIANO P., *Doppia diagnosi*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2015.

RIGLIETTA M., FINAZZI A., MAINO E., TIDONE L., *L'ASI (Addiction Severity Index) nella fase diagnostica della dipendenza da eroina: prima valutazione dell'efficacia e dell'efficienza*, in *Bollettino per le farmacodipendenze e l'alcolismo*, 24 (IV), UNICRI, 2001, 26-32

SERPELLONI G., SIMEONI E., *La valutazione dell'outcome nei trattamenti delle tossicodipendenze nella pratica clinica*, in *OUTCOME La valutazione dei risultati e l'analisi dei costi nella pratica clinica nelle tossicodipendenze*, 2006, 79-113.

SOLLINI R., *Il futuro della comunità terapeutica*. In: Lugoboni F., Zamboni L. (a cura di), *In Sostanza. Manuale sulle dipendenze patologiche*, Edizioni CLAD-Onlus, Verona, 2018.

VANDERPLASSCHEN W., YATES R., MIOVSK M., *Bridging the Gap Between Research and Practice in Therapeutic Communities (TCs) for Addictions*, in: *JOURNAL OF GROUPS IN ADDICTION & RECOVERY*, 12 (4) Routledge, 2017.

GUIDICINI P., PIERETTI G., *San Patrignano tra Comunità e Società. Ricerca sui percorsi di vita di 711 ex-ospiti di San Patrignano*, FrancoAngeli, Milano, 1994.

Sitografia

BROGGI P., *La valutazione psicodiagnostica con l'ABQ (Additive Behavior Questionario) nei Servizi per le Dipendenze: dati preliminari di uno studio multicentrico*, 2019, in Federazione Italiana degli Operatori dei Dipartimenti e dei Servizi delle Dipendenze - FeDerSerD: https://www.federserd.it/files/ar/BROGGI_La%20valutazione%20psicodiagnostica%20con%20ABQ%20nei%20SERD.pdf, (Visionato il 01/12/2022).

DE ALLEGRI M., GIULIANO M., *Primo follow-up in Dianova*, In Dianova: <https://www.dianova.it/wp-content/uploads/2011/11/followup.pdf>, (Visionato il 01/12/2022).

CORTINI E., CLERICI M., CARRÀ G., *Esiste un approccio europeo alle comunità terapeutiche per i disturbi correlati a sostanze? Una revisione narrativa*, in *JOURNAL OF PSYCHOPATHOLOGY*: <https://old.jpsychopathol.it/wp-content/uploads/2015/07/05Cortini1.pdf>, (Visionato il 30/09/2023).

FRANCESCO, *Esortazione Apostolica Vangeli Gaudium*, 2013, in La Santa Sede https://www.vatican.va/content/francesco/it/apost_exhortations/documents/papa-francesco_esortazione-ap_20131124_evangelii-gaudium.html, (Visionato il 01/12/2022).

FRANCESCO, *Lettera Enciclica Laudato Sì*, 2015, in La Santa Sede https://www.vatican.va/content/francesco/it/encyclicals/documents/papa-francesco_20150524_enciclica-laudato-si.html, (Visionato il 01/12/2022).

GAZZETTA UFFICIALE DELLA REPUBBLICA ITALIANA, *Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502*, in Gazzetta Ufficiale: <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1994/01/07/094A0049/sg>, (Visionato il 01/12/2022).

GAZZETTA UFFICIALE DELLA REPUBBLICA ITALIANA, *Legge 8 novembre 2000, n. 328*, in Gazzetta Ufficiale: <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2000/11/13/000G0369/sg>, (Visionato il 01/12/2022).

GORI A., *La valutazione psicodiagnostica nelle Addiction: strumenti e applicazioni*, 2019, in Federazione Italiana degli Operatori dei Dipartimenti e dei Servizi delle Dipendenze - FeDerSerD: https://www.federserd.it/files/ar/GORI_La%20valutazione%20psicodiagnostica%20nei%20consumatori%20di%20sostanze_strumenti%20e%20applicazione.pdf, (Visionato il 01/12/2022).

ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ, *Notiziario Istisan volume 35, n. 11 - novembre 2022, Aggiornamento delle nuove diagnosi di infezione da HIV e dei casi di AIDS in Italia*, in Ministero della Salute: https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3279_allegato.pdf (Visionato il 01/12/2022).

ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ, *Qualità della vita e salute*, in Epicentro - L'epidemiologia per la sanità pubblica: <https://www.epicentro.iss.it/passi/indicatori/approfondimentoGiorniSalute> (Visionato il 27/10/2023).

LOSASSO D., *La valutazione neuropsicologica nell'Addiction, una batteria di test innovativa per deficit neurocognitivi*, 2019, in Federazione Italiana degli Operatori dei Dipartimenti e dei Servizi delle Dipendenze - FeDerSerD: www.federserd.it/files/ar/LOSASSO_La%20valutazione%20neuropsicologica%20nell%27Addiction.%20una%20batteria%20di%20test%20innovativi%20per%20deficit%20neurocognitivi.pdf, (Visionato il 01/12/2022).

MARIANO V. *La valutazione dell'outcome in ambito alcolico*, 2019, in Federazione Italiana degli Operatori dei Dipartimenti e dei Servizi delle Dipendenze - FeDerSerD: www.federserd.it/files/ar/

MARINO_La%20valutazione%20dell%C2%92outcome%20in%20ambito%20alcologico.pdf, (Visionato il 01/12/2022).

NORMATTIVA, *Legge 18 febbraio 1999, n. 45*, in Normativa: https://www.google.com/urI?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjf-NzQtID8AhXR_rsIHZHfCPgQFnoECA4QAQ&url=https://www.normattiva.it/uri-re-s/N2Ls?urn:nir:stato:legge:1999:45&usg=AOvVaw05BGKOL2IQcvOM1NmN07DB, (Visionato il 01/12/2022).

MINISTERO DELL'INTERNO, *Relazione Annuale della Direzione Centrale per i Servizi Antidroga 2023 su dati 2022*, in Direzione Centrale per i Servizi Antidroga: <https://antidroga.interno.gov.it/wp-content/uploads/2023/06/Relazione-Annuale-2023-dati-2022.pdf>, (Visionato il 08/05/2023).

PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI, *Relazione annuale al Parlamento sul fenomeno delle Tossicodipendenze in Italia*, (2023), in Dipartimento Politiche Antidroga: <https://www.politicheantidroga.gov.it/media/ix0b0esf/relazione-al-parlamento-2023.pdf>, (Visionato il 08/05/2023).

PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI, *Relazione annuale al Parlamento sul fenomeno delle Tossicodipendenze in Italia*, (2021- dati del 2020), in Dipartimento Politiche Antidroga: <https://www.politicheantidroga.gov.it/media/3076/rap2021pdf.pdf>, (Visionato il 01/12/2022).

PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI, *Relazione annuale al Parlamento sul fenomeno delle Tossicodipendenze in Italia*, (2022), In Dipartimento per le Politiche Antidroga: <https://www.politicheantidroga.gov.it/media/3404/relazione-al-parlamento-2022.pdf> (Visionato il 01/12/2022).

PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI, *Relazione annuale al Parlamento sullo stato delle Tossicodipendenze in Italia*, (2004), In FeDerSerD: https://www.federserd.it/files/download/Rel_parl04.pdf, (Visionato il 01/12/2022).

PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI, *VI Conferenza Nazionale sulle Dipendenze, Giustizia penale, misure alternative e prestazioni sanitarie penitenziarie nell'ambito della dipendenza da sostanze psicoattive - Tavolo Tecnico 1*, 2021: in Dipartimento per le Politiche Antidroga: <https://>

www.politicheantidroga.gov.it/media/3180/ib-tavolo-1.pdf, (Visionato il 01/12/2022).

PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI, *VI Conferenza Nazionale sulle Dipendenze, Efficacia dell'azione di prevenzione e presa in carico precoce delle dipendenze patologiche - Tavolo Tecnico 2*, 2021: in Dipartimento per le Politiche Antidroga: <https://www.politicheantidroga.gov.it/media/3182/instat-book-tavolo-tecnico-2.pdf>, (Visionato il 01/12/2022).

PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI, *VI Conferenza Nazionale sulle Dipendenze, Evoluzione delle dipendenze e innovazione del sistema dei Ser.D e delle comunità terapeutiche - Tavolo Tecnico 3*, 2021: in Dipartimento per le Politiche Antidroga: <https://www.politicheantidroga.gov.it/media/3183/instat-book-tavolo-tecnico-3.pdf>, (Visionato il 01/12/2022).

PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI, *VI Conferenza Nazionale sulle Dipendenze, Potenziamento delle modalità di intervento in ottica preventiva e nell'ottica di riduzione del danno. Analisi di esperienze nazionali ed europee - Tavolo Tecnico 4*, 2021: in Dipartimento per le Politiche Antidroga: <https://www.politicheantidroga.gov.it/media/3184/instat-book-tavolo-tecnico-4.pdf>, (Visionato il 01/12/2022).

PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI, *VI Conferenza Nazionale sulle Dipendenze, Modalità di reinserimento socioriabilitativo e occupazionale come parte del continuum terapeutico - Tavolo Tecnico 5*, 2021: in Dipartimento per le Politiche Antidroga: <https://www.politicheantidroga.gov.it/media/3185/instat-book-tavolo-tecnico-5.pdf>, (Visionato il 01/12/2022).

PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI, *VI Conferenza Nazionale sulle Dipendenze, Prodotti di origine vegetale a base di cannabis a uso medico - Tavolo Tecnico 6*, 2021: in Dipartimento per le Politiche Antidroga: <https://www.politicheantidroga.gov.it/media/3186/instat-book-tavolo-tecnico-6.pdf>, (Visionato il 01/12/2022).

PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI, *VI Conferenza Nazionale sulle Dipendenze, Ricerca scientifica e formazione nell'ambito delle dipendenze - Tavolo Tecnico 7*, 2021: in Dipartimento per le Politiche Antidroga: <https://www.politicheantidroga.gov.it/media/3187/instat-book-tavolo-tecnico-7.pdf>, (Visionato il 01/12/2022).

www.politicheantidroga.gov.it/media/3187/instat-book-tavolo-tecnico-7.pdf,
(Visionato il 01/12/2022).

PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI, *VI Conferenza Nazionale sulle Dipendenze, Allegato A - Slides Relatori Sessioni Tematiche*, 2021: in Dipartimento per le Politiche Antidroga: https://www.politicheantidroga.gov.it/media/3295/allegato-a_slides-relatori-sessioni-tematiche.pdf, (Visionato il 01/12/2022).

REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA, Deliberazione n. 44/9 del 20.9.2005, in Regione Autonoma della Sardegna: https://www.regione.sardegna.it/documenti/1_45_20050920133731.pdf, (Visionato il 01/12/2022).

REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA, Piano Regionale della Prevenzione 2020-2025, in Regione Autonoma della Sardegna: <https://delibere.regione.sardegna.it/protected/58651/0/def/ref/DBR58366/>, (Visionato il 01/12/2022).

REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA, Rapporto Regionale sullo stato delle dipendenze patologiche in Sardegna (2008), in Sardegna Salute: http://www.sardegnasalute.it/documenti/9_46_20080915131634.pdf, (Visionato il 01/12/2022).

UNITED NATIONS OFFICE FOR DRUGS AND CRIME - UNODC, “*World Drug Report 2021*”, in UNODC: https://wdr.unodc.org/wdr2020/field/WDR20_BOOKLET_4.pdf (Visionato il 01/12/2022).

UNAIDS, Full report — *In Danger: UNAIDS Global AIDS Update 2022*, in UNAIDS: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2022-global-aids-update_en.pdf, (Visionato il 01/12/2022).

VANDERPLASSCHEN W., COLAPERT K., AUTRIQUE M., RAPP R.C., PEARCE S., BROEKAERT E., VANDEVELDE S., *Therapeutic communities for addictions: a review of their effectiveness from a recovery-oriented perspective*, in THE SCIENTIFIC WORLD JOURNAL: <https://downloads.hindawi.com/journals/tswj/2013/427817.pdf>,.

Allegati

1. Lettera introduttiva al follow-up



ASSOCIAZIONE
MONDO X-SARDEGNA ONLUS
SEDE LEGALE
VIA SAN GIOVANNI, 287
09127 CAGLIARI.

Tel. 070.663358
associazione@mondosardegna.it
www.mondosardegna.it
C.F. 92011890925

CENTRO ACCOGLIENZA
"SAN MAURO"
VIA SAN GIOVANNI, 287 09127
CAGLIARI
TEL. 070663358

CENTRO ACCOGLIENZA
"CITTA SASSARI"
PIAZZA SANT'ANTONIO, 15
07100 SASSARI
TEL. / FAX 079.260600

COMUNITA "S'ASPRU"
C.P. 10
07040 SILIGO
TEL. 079.836002
FAX 079.837163

CASA FAMIGLIA
"S. ANTONIO ABATE"
PIAZZA S. ANTONIO, 13
07100 SASSARI
TEL. 079.2679051 FAX 079.2633744

C/C POSTALE N° 40920142
INTESTATO A
ASSOCIAZIONE
MONDO X -SARDEGNA

ASSOCIAZIONE DI
VOLONTARIATO
CON PERSONALITÀ GIURIDICA
RICONOSCIUTA DALLA
REGIONE AUTONOMA
DELLA SARDEGNA

Prot. n. 45/22

OGGETTO: Studio e ricerca di follow-up 1993-2022

Gentilissima/o,

Lo scrivente, P. Stefano Gennari, condurrà, a partire dal 1 dicembre 2022 uno studio e ricerca di follow-up su un numero di 943 persone che hanno manifestato la necessità di intraprendere un percorso di recupero presso le Comunità di Recupero facenti capo all'Associazione Mondo X – Sardegna, nel periodo di tempo che va dal 01-01-1993 al 31-12-2022.

Rilevazione prodromica alla stesura della propria Tesi di Laurea presso l'Istituto Superiore Universitario di Scienze Psicopedagogiche e Sociali "PROGETTO UOMO".

Tale indagine mira alla verifica dell'esito degli interventi delle Comunità di Mondo X – Sardegna rispetto agli utenti/ospiti che hanno intrapreso il percorso rieducativo/riabilitativo e l'efficacia dello stesso relativamente alle varie tipologie di dipendenze.

A partire dal 1 dicembre 2022 fino al 9 aprile 2023 sarà attivo sulla piattaforma "Google Forms", il questionario col quale fornire i dati e le informazioni richieste, di seguito il link per la compilazione del questionario: <https://forms.gle/6ofhfMQeX7etnr6r9>.

Tali informazioni raccolte, tutelate dal segreto statistico (art. 9 d.lgs. n. 322/1989) e sottoposte alla normativa in materia di protezione di dati personali (Regolamento UE) saranno conservati dallo scrivente, e dalla stessa associazione responsabile del trattamento dei dati.

La sincera collaborazione dei partecipanti è preziosa e fondamentale per la buona riuscita della rilevazione non solo a titolo personale, ma anche e soprattutto per arricchire il patrimonio di dati statistici utili anche ai giovani che, in futuro, si rivolgeranno alle strutture dell'Associazione Mondo X – Sardegna per essere assistiti ed accompagnati nel percorso di recupero.

mi potrai contattare attraverso:

e-mail: frstefanopaulo@gmail.com , o cellulare: 3420406557.

Grazie fin d'ora per il contributo che si vorrà offrire.

Sassari 1-12-2022

Fra Stefano Gennari
P. Stef Gennari

Un volontariato al servizio di Tossicodipendenti che intendono riconciliarsi con la vita e ritrovarsi liberi nel cielo pulito che avevano sognato: il mondo dell'uomo

2. Schema esplicativo del nuovo questionario

| SCHEMA DELLE TEMATICHE | | ITEMS | N° tot | |
|---|--|--|---|----|
| INFORMAZIONI GENERALI | Informazioni introduttive | 1-2-3-4 | 14 | |
| | Informazioni anagrafica | 5-6-7-8-9-10-11-12-13-14 | | |
| TEMPO PRECEDENTE L'INGRESSO IN COMUNITÀ | BENESSERE FISICO | Benessere fisico, sanitario e tossicologico | 4 | |
| | | Rapporto con la sostanza (ambito delle dipendenze) | | |
| | | Altri percorsi terapeutici/comunitari | | |
| | BENESSERE MENTALE | Benessere mentale (psicologico e psichiatrico) | 45-46 | 3 |
| | BENESSERE SOCIALE | Benessere relazionale, lavorativo e sociale. | 19-49 | 4 |
| Livello di Istruzione | | 17 | | |
| | Situazione giuridica | 22 | | |
| BENESSERE SPIRITUALE | Benessere spirituale | 27-79 | 2 | |
| TEMPO DURANTE IL PERCORSO IN COMUNITÀ | BENESSERE FISICO | Benessere fisico, sanitario e tossicologico | 70-71 | 3 |
| | | Rapporto con la sostanza (ambito delle dipendenze) | 82 | |
| | BENESSERE MENTALE | Benessere mentale (psicologico e psichiatrico) | 74-83-84-85-86 | 4 |
| | BENESSERE SOCIALE | Benessere relazionale, lavorativo e sociale. | 20-73-81 | 9 |
| | | Benessere comunitario | 57 | |
| | Il vissuto del percorso comunitario | 72-75-76-87-89 | | |
| BENESSERE SPIRITUALE | Benessere spirituale | 77-78 | 2 | |
| TEMPO SUCCESSIVO AL PERCORSO IN COMUNITÀ (TEMPO ATTUALE) | BENESSERE FISICO | Benessere fisico, sanitario e tossicologico | 29-30-31 | 13 |
| | | Rapporto con la sostanza (ambito delle dipendenze) | 34-35-40-41-42-43-44 | |
| | | Altri percorsi terapeutici/comunitari | 37-38-39 | |
| | BENESSERE MENTALE | Benessere mentale (psicologico e psichiatrico) | 47-48-52 | 3 |
| | BENESSERE SOCIALE | Benessere relazionale, lavorativo e sociale. | 21-50-51-53-54-55-56-58-59-60-61-90-91-92-93-94 | 26 |
| | | Stato civile | 15-16 | |
| | | Livello di istruzione | 18 | |
| Rapporti con la comunità e società | | 24-80-88 | | |
| | Rapporto con il volontariato | 28 | | |
| | Situazione giuridica | 23 | | |
| BENESSERE SPIRITUALE | Benessere spirituale | 25-26-62-95 | 4 | |
| VALUTAZIONE | Dati generali del percorso comunitario | 63-64-65-68-69 | 10 | |
| | Valutazione durante la compilazione | 96-98-99-100 | | |
| | Valutazione del questionario | 97 | | |

2.1. Tabelle comparative dei valori

Queste “tabelle comparative dei valori”, sono state redatte autonomamente e sono necessarie per assegnare e calcolare il punteggio grezzo di ogni singolo valore legato al benessere.

Per quanto riguarda il benessere fisico, ci si dovrà attenere alla seguente tabella:

Benessere Fisico

| Tempo | N° items | Valore | Valore max |
|---|-------------------------|---|--------------------------|
| Tempo precedente l'ingresso in comunità | 36 | No = 1 Si = 0 | 2 v. max. X 10 = 20 |
| | 66 | Valore fisso = 0 | |
| | 67 | Se non presente = 1 Se presente = 0 | |
| Tempo durante il percorso comunitario | 70 | Da 0 a 5 (ordine crescente) | 10 v. max. X 10 = 100 |
| | 82 | No = 5 Si = 2 Più di... = 0 | |
| Tempo successivo al percorso comunitario intrapreso | 29 | No = 2 Si = 0 | 50 v. max. X 2 = 100 |
| | 31 | No = 3 Si = 0 | |
| | 37 | No = 5 Si = 0 | |
| | 38 | 1 = 5 2 = 3 3 = 1 Piu di 3 = 0 | |
| | 39 | Da 1 a 8 (ordine crescente) | |
| | 40 | No = 2 Si = 0 | |
| | 41 | 0 = 10 1 = 4 2 = 3 3 = 2 4 = 1 5 = 0 | |
| | 43 | Non sono ricaduto... = 5 È stato un evento... = 2 Ha portato... = 0 | |
| 44 | 0 = 10 1-2-3-4-5 = 0 | | |
| Items fuori dalla valutazione quantitativa | 30-32-33-34-35-42-71 | | |

Per calcolare il punteggio relativo al benessere mentale, ci si atterrà alla seguente tabella:

Benessere Mentale

| | N° | Valore | Valore max |
|--|----|---|--------------------------|
| Tempo precedente l'ingresso in comunità | 45 | 0 = 5 1 = 4 2 = 3 3 = 2 4 = 1 5 = 0 | 10 v. max. X 10 = 100 |
| | 46 | Si = 2 No = 0 Non ne... = 5 | |
| Tempo durante il percorso comunitario | 74 | Da 0 a 5 (ordine crescente) | 25 v. max. X 4 = 100 |
| | 83 | No = 5 Si... = 0 | |
| | 84 | Da 0 a 5 (ordine crescente) | |
| | 85 | No = 5 Si con = 0 Si senza... = 2 | |
| Tempo successivo al percorso comunitario intrapreso | 47 | 0 = 5 1 = 4 2 = 3 3 = 2 4 = 1 5 = 0 | 20 v. max. X 5 = 100 |
| | 48 | Si = 2 No = 0 Non ne... = 5 | |
| | 52 | Sono in... = 0 Mantengo contatti... = 3 Faccio riferimento... = 5 Sono incerto... = 8 Non sento... = 10 | |

Per calcolare il punteggio relativo al benessere mentale, ci si atterrà alla seguente tabella:

Benessere Sociale

| | N° items | Valore | Valore max |
|--|--|--|-------------------------|
| Tempo precedente l'ingresso in comunità | 17 | Da 2 a 5 (ordine crescente) | 20 v. max. X 5 = 100 |
| | 19 | Disoccupato = 0 Sottoccupato = 2 Pensionato = 4 Occupato = 5 | |
| | 22 | Si, ho scelto... = 0 Si, sono entrato... = 2 Si, ma la ... = 4 No = 5 | |
| | 49 | Da 0 a 5 (ordine crescente) | |
| Tempo durante il percorso comunitario | 20 | Disoccupato = 0 Sottoccupato = 2 Pensionato = 4 Occupato = 5 | 25 v. max. X 4 = 100 |
| | 57 | Da 0 a 5 (ordine crescente) | |
| | 73 | Da 0 a 5 (ordine crescente) | |
| | 87 | Da 0 a 5 (ordine crescente) | |
| | 89 | Da 0 a 5 (ordine crescente) | |
| Tempo successivo al percorso comunitario intrapreso | 18 | Da 2 a 5 (ordine crescente) | 50 v. max. X 2 = 100 |
| | 21 | Disoccupato = 0 Sottoccupato = 2 Pensionato = 4 Occupato = 5 | |
| | 23 | No = 5 Si = 0 | |
| | 24 | Da 0 a 5 (ordine crescente) | |
| | 28 | Da 0 a 5 (ordine crescente) | |
| | 56 | Da 0 a 5 (ordine crescente) | |
| | 58 | Da 0 a 5 (ordine crescente) | |
| | 59 | Da 0 a 5 (ordine crescente) | |
| | 60 | Da 0 a 5 (ordine crescente) | |
| 61 | 0 = 5 1 = 4 2 = 3 3 = 2 4 = 1 5 = 0 | | |
| Items fuori dalla valutazione quantitativa | 15-16-50-51-53-54-55-72-75-76-80-81-88 | | |

Benessere Sociale - OMS (WHO5)

| | N° items | Valore | Valore max |
|--|----------|-----------------------------|--|
| Tempo successivo al percorso comunitario intrapreso | 90 | Da 0 a 5 (ordine crescente) | 25 v. max. X 4 = 100 |
| | 91 | Da 0 a 5 (ordine crescente) | |
| | 92 | Da 0 a 5 (ordine crescente) | |
| | 93 | Da 0 a 5 (ordine crescente) | |
| | 94 | Da 0 a 5 (ordine crescente) | |
| | 95 | Da 0 a 5 (ordine crescente) | Rientra nel calcolo del benessere Spirituale |

Gli items che vanno dal 90 al 94, è possibile metterli il correlazione con il questionario approvato e certificato dalla stessa Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO5 - 1998) redatto in cinque items, noi abbiamo aggiunto un items (n° 95), che rientra però nel computo del benessere Spirituale, ma tiene in considerazione la stessa formulazione.

Per calcolare il punteggio relativo al benessere mentale, ci si atterra alla seguente tabella:

Benessere Spirituale

| | N° items | Valore | Valore max |
|--|----------|---|-------------------------|
| Tempo precedente l'ingresso in comunità | 27 | Da 0 a 5 (ordine crescente) | 10 |
| | 79 | Da 0 a 5 (ordine crescente) | v. max. X 10 = 100 |
| Tempo durante il percorso comunitario | 77 | Da 0 a 5 (ordine crescente) | 10 |
| | 78 | Da 0 a 5 (ordine crescente) | v. max. X 10 = 100 |
| Tempo successivo al percorso comunitario intrapreso | 25 | Da 0 a 5 (ordine crescente) | 25 v. max. X 4 = 100 |
| | 26 | Da 0 a 5 (ordine crescente) | |
| | 62 | 0 = 0 1 = 1 2 = 2 3 = 3 4 = 5 5 = 10 | |
| | 95 | Da 0 a 5 (ordine crescente) | |

3. Questionario per la nuova ricerca di follow-up

Di seguito viene riportato integralmente il questionario, rispettando l'ordine di somministrazione e il numero riferito alle singole domande, per una più facile comparazione con la scheda presentata precedentemente.

3.1. Informazioni generali e introduttive

1. Associazione Mondo X - Sardegna

Studio di follow-up su un numero di 943 persone che hanno manifestato la necessità di intraprendere un percorso di recupero presso le Comunità di Recupero facenti capo all'Associazione Mondo X – Sardegna, nel periodo di tempo che va dal 01-01-1993 al 31-12-2022. Rilevazione prodromica alla stesura della Tesi di Laurea di P. Stefano Gennari, presso l'Istituto Superiore Universitario di Scienze Psicopedagogiche e Sociali "PROGETTO UOMO".

Email

2. Informativa sulla Privacy:

Tali informazioni raccolte, tutelate dal segreto statistico (art. 9 d.lgs. n. 322/1989) e sottoposte alla normativa in materia di protezione di dati personali (Regolamento UE) saranno conservati dallo scrivente, e dalla stessa associazione responsabile del trattamento dei dati, in forma personale al termine della rilevazione per 180 mesi. Di seguito il link del documento sulla Privacy dell'Associazione Mondo X - Sardegna. https://drive.google.com/file/d/1IB_YXeWXVVq293AjkK3tfqk2T_084egx/view?usp=sharing

(Contrassegna solo una voce)

- Acconsento
- Non Acconsento (questa opzione non permette la compilazione del questionario e della ricerca)

3. Sono il diretto interessato a cui è rivolto il seguente questionario, e attesto di aver fatto il percorso comunitario presso una della comunità dell'Associazione Mondo X - Sardegna nel periodo che va dal 01-01-1993 al 31-12-2022?

(Contrassegna solo una voce)

- Si
- No (questa opzione non permette la compilazione del questionario e della ricerca)

4. Data di compilazione del questionario?

3.2. Scheda Anagrafica

Va compilata con i dati relativi a chi è rivolto il questionario.

5. Cognome e Nome:

6. Luogo di nascita:

7. Provincia di nascita:

8. Data di nascita:

9. Numero di telefono (cellulare):

10. Residenza attuale (indirizzo, Via/Piazza):

11. Numero civico:

12. Città:

13. Provincia:

14. CAP:

3.3. Il tempo: prima e dopo il percorso comunitario

All'interno di questa sezione sono presenti delle domande che interessano il tempo che ha preceduto il tuo percorso comunitario, quello una volta concluso e lo stato attuale di vita.

15. Attuale stato civile:

(Seleziona tutte le voci applicabili)

- Celibe/Nubile
- Coniugato
- Separato
- Separato già da prima del percorso comunitario
- Divorziato
- Divorziato già da prima del percorso comunitario
- Vedovo
- Vedovo già da prima del percorso comunitario
- Altro

16. Attualmente vive o convive con:

(Seleziona tutte le voci applicabili)

- Padre
- Madre
- Fratelli
- Sorelle
- Coniuge
- Figli
- Compagno/a
- Da solo
- Altro (sacerdote, religioso/a - forme differenti di vita comunitaria)

17. All'ingresso in comunità quale era il suo livello di istruzione?

(Contrassegna solo una voce)

- Licenza media
- Diploma
- Laurea
- Corsi post-laurea

18. Quale è il suo attuale livello di istruzione?

(Contrassegna solo una voce)

- Licenza media
- Diploma
- Laurea
- Corsi post-laurea

19. Quale era la sua situazione lavorativa all'ingresso in comunità?

(Contrassegna solo una voce)

- Occupato
- Disoccupato
- Sottoccupato
- Pensionato

20. Quale era la sua situazione lavorativa a conclusione del percorso comunitario?

(Contrassegna solo una voce)

- Occupato
- Disoccupato
- Sottoccupato
- Pensionato

21. Quale è la sua attuale situazione lavorativa?

(Contrassegna solo una voce)

- Occupato
- Disoccupato
- Sottoccupato
- Pensionato

22. Ha avuto problemi penali prima del percorso comunitario?

(Seleziona tutte le voci applicabili)

- Sì, ma la situazione giudiziaria era già risolta
- Sì, sono entrato in comunità e ho scontato tutta la pena
- Sì, ho scelto di scontare parte della pena in comunità, ma sono rientrato in carcere
- No

23. Ha attualmente problemi penali per reati successivi al percorso comunitario?

(Contrassegna solo una voce)

- Sì
- No

24. Ha attualmente rapporti con la comunità o con i centri di accoglienza?

| | | | | | | | |
|------|---|---|---|---|---|---|-------|
| Poco | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Molto |
|------|---|---|---|---|---|---|-------|

25. Frequenta o pratica attualmente attività legate alla spirituale/fede/religiosa?

| | | | | | | | |
|------|---|---|---|---|---|---|-------|
| Poco | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Molto |
|------|---|---|---|---|---|---|-------|

26. Da quando ha concluso il percorso comunitario, la spiritualità/ fede/religione è un valore di orientamento o riferimento nella quotidianità che conduce?

| | | | | | | | |
|------|---|---|---|---|---|---|-------|
| Poco | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Molto |
|------|---|---|---|---|---|---|-------|

27. Prima del percorso comunitario, la spiritualità/fede/religione lo riteneva un un valore di orientamento o riferimento?

| | | | | | | | |
|------|---|---|---|---|---|---|-------|
| Poco | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Molto |
|------|---|---|---|---|---|---|-------|

28. É impegnato nel campo del volontariato?

| | | | | | | | |
|------|---|---|---|---|---|---|-------|
| Poco | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Molto |
|------|---|---|---|---|---|---|-------|

29. Ha problemi sanitari?

(Contrassegna solo una voce)

- Si
- No

30. Se ha problemi sanitari, quali?

Se non ha problemi sanitari le chiediamo di scriverlo

.....

31. É HIV positivo?

(Contrassegna solo una voce)

- Si
- No

32. Ha avuto ricoveri ospedalieri prima del percorso comunitario attinenti all'utilizzo di sostanze stupefacenti (droghe, alcol, ecc.) o ludopatia?

(Contrassegna solo una voce)

- No
- Si
- HIV positivo/negativo
- Servizio psichiatrico
- Altro

33. Se ha avuto ricoveri ospedalieri, le chiediamo di specificare, offrendoci qualche indicazione:

(in questo caso è da intendere prima del percorso comunitario)

.....

34. Ha avuto ricoveri ospedalieri dopo il percorso comunitario attinenti all'utilizzo di sostanze stupefacenti (droghe, alcol, ecc.) o ludopatia?

(Contrassegna solo una voce)

- No
- Si
- HIV positivo/negativo
- Servizio psichiatrico
- Altro

35. Se ha avuto ricoveri ospedalieri, le chiediamo di specificare, offrendoci qualche indicazione:

(in questo caso è da intendere dopo il percorso comunitario)

.....

36. Ha fatto percorsi comunitari residenziali presso altre comunità prima di Mondo X - Sardegna?

(Contrassegna solo una voce)

- Si
- No

37. Ha fatto percorsi comunitari residenziali presso altre comunità dopo Mondo X - Sardegna?

(Contrassegna solo una voce)

- Si
- No

38. Quante volte è entrato in un percorso comunitario dell'Associazione Mondo X - Sardegna?

(Contrassegna solo una voce)

- 1
- 2
- 3
- Più di 3

39. Considerando la sua vita fino ad oggi, quanto tempo ha trascorso in percorsi terapeutici/comunitari?

(Contrassegna solo una voce)

- 0 - 6 mesi
- 6 mesi - 1 anno
- 1 - 2 anni
- 2 - 3 anni
- 3 - 4 anni
- 5 - 6 anni
- 7 - 8 anni
- Più di 10 anni

40. Fa attualmente uso di tabacco?

(Contrassegna solo una voce)

- Sì
- No

41. Dopo la comunità hai fatto uso di droghe, alcol o ludopatia? (alcol, ludopatia**)**

** Per quanto riguarda l'alcol e la ludopatia, va inteso nel loro utilizzo disfunzionale (abuso) in particolar modo per coloro che sono stati coinvolti da questo tipo di dipendenze.

| | | | | | | | |
|--------------------|---|---|---|---|---|---|------------------|
| Mai più utilizzate | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Molto utilizzate |
|--------------------|---|---|---|---|---|---|------------------|

42. Se dopo il percorso comunitario ha fatto uso di droghe (sostanze stupefacenti, alcol, ecc.) o ludopatia, dopo quanto tempo è avvenuta la prima ricaduta?

(Contrassegna solo una voce)

- Non sono mai ricaduto nell'utilizzo di sostanze
- 0 - 6 mesi
- 1 anno
- 1 - 2 anni
- 3 anni
- 4 anni
- 5 anni
- 6 anni
- 7 anni
- Più di 7 anni

43. La ricaduta se c'è stata, ha portato ad un nuovo abuso della sostanze stupefacenti, alcol o ludopatia?

(Contrassegna solo una voce)

- Non sono ricaduto nell'utilizzo di sostanze
- È stato un evento circoscritto
- Ha portato a un abuso della sostanza

44. Dopo la comunità ha ripreso ha fare un uso abituale (abuso) di sostanze stupefacenti, alcol o ludopatia?

| | | | | | | | |
|--------------------|---|---|---|---|---|---|------------------|
| Mai più utilizzate | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Molto utilizzate |
|--------------------|---|---|---|---|---|---|------------------|

45. Prima del percorso comunitario faceva uso di psicofarmaci?

| | | | | | | | |
|--------------------|---|---|---|---|---|---|------------------|
| Mai più utilizzate | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Molto utilizzate |
|--------------------|---|---|---|---|---|---|------------------|

46. Con prescrizione medica?

(Contrassegna solo una voce)

- Sì
- No
- Non ne facevo uso

47. Dopo la comunità ha ripreso o fa uso psicofarmaci?

| | | | | | | | |
|--------------------|---|---|---|---|---|---|------------------|
| Mai più utilizzate | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Molto utilizzate |
|--------------------|---|---|---|---|---|---|------------------|

48. Con prescrizione medica?

(Contrassegna solo una voce)

- Sì
- No
- Non ne facevo uso

49. Quale era la sua occupazione prima del percorso comunitario?

(Seleziona tutte le voci applicabili)

- Non avevo una occupazione di lavoro o studio
- Ero impegnato in un percorso di studi
- Svolgevo un lavoro protetto (operatori, familiari, parenti, erano coinvolti o presenti nell'ambiente lavorativo)
- Lavoravo da solo e svolgevo saltuariamente lavori precari
- Ho sempre lavorato ma con una occupazione di tipo precario e con delle irregolarità
- Ho sempre lavorato con un contratto regolare

50. Quale è la sua posizione sociale attuale?

(Seleziona tutte le voci applicabili)

- Occupato
- Studente
- Progetto una ripresa degli studi
- Occupato e studente
- Disoccupato - non studente
- Cerco attivamente una occupazione
- Sottoccupato (lavoro precario) o studio in modo regolare
- Sottoccupato (lavoro precario) o studio in modo irregolare
- Altre condizioni professionali (lavoro protetto, volontariato)

51. Quali sono le sue attuali relazioni sociali?

(Seleziona tutte le voci applicabili)

- Non ho relazioni al di fuori della famiglia
- Frequento gruppi non integrati dal punto di vista socio-culturale
- Ho tentato per brevi periodi e con scarsi risultati di inserirmi in gruppi integrati
- Sono inserito in gruppi ben integrati anche se ho avuto difficoltà a stabilire relazioni affettive significative
- Sono inserito in gruppi ben integrati e ho relazioni affettive significative
- Sono inserito in gruppi ben integrati e ho relazioni affettive significative stabili

52. Sta seguendo trattamenti terapeutici?

(Seleziona tutte le voci applicabili)

- Sono in terapia psicologica
- Sono in terapia psichiatrica
- Mantengo contatti periodici con un terapeuta
- Faccio riferimento ad un terapeuta in caso di bisogno
- Sono incerto se rivolgermi ad un terapeuta
- Non sento assolutamente il bisogno di rivolgermi ad un terapeuta

53. Quale è la sua attuale occupazione?

(Seleziona tutte le voci applicabili)

- Non ho una occupazione di lavoro o studio
- Sono impegnato in un percorso di studi
- Ho ripreso gli studi anche cambiando indirizzo
- Svolgo un lavoro protetto (operatori, familiari, parenti, erano coinvolti o presenti nell'ambiente lavorativo)
- Lavoro da solo e svolgo saltuariamente lavori precari
- Lavoro ma con una occupazione di tipo precario e con delle irregolarità
- Lavoro con un contratto regolare

54. Concluso il cammino comunitario: ha coltivato relazioni affettive significative?

(Contrassegna solo una voce)

- Ho continuato con le stesse relazioni affettive
- Non ho continuato a coltivare le stesse relazioni affettive e non sono riuscito a instaurarne di nuove
- Ho coltivato nuove relazioni affettive significative
- Ho coltivato le stesse relazioni affettive e sono riuscito a instaurare nuove relazioni affettive significative

55. Concluso il cammino comunitario: Quale tipo di relazioni sociali sta maggiormente frequentando?

(Contrassegna solo una voce)

- Non ho amicizie e continua a frequentare il vecchio giro
- Ho scarsi contatti con persone ben integrate dal punto di vista socio-culturale
- Frequento un gruppo o persone ben integrate
- Ho amici ben integrati ed ho iniziato nuove relazioni significative
- Ho amici ben integrati ed ho da tempo "nuove" relazioni significative

56. È attualmente contento del suo inserimento all'interno della società?

| | | | | | | | |
|------|---|---|---|---|---|---|-------|
| Poco | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Molto |
|------|---|---|---|---|---|---|-------|

57. A suo avviso quanto è stato importante la “coesione del gruppo” nel cammino comunitario?

| | | | | | | | |
|------|---|---|---|---|---|---|-------|
| Poco | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Molto |
|------|---|---|---|---|---|---|-------|

58. Concluso il cammino comunitario ha trovato esperienze simili di “coesione sociale”?

| | | | | | | | |
|------|---|---|---|---|---|---|-------|
| Poco | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Molto |
|------|---|---|---|---|---|---|-------|

59. È in ricerca o desidera trovare “legami sociali” o esperienze simili di “coesione di gruppo”?

| | | | | | | | |
|------|---|---|---|---|---|---|-------|
| Poco | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Molto |
|------|---|---|---|---|---|---|-------|

60. Concluso il cammino comunitario, tutto è stato facile?

| | | | | | | | |
|------|---|---|---|---|---|---|-------|
| Poco | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Molto |
|------|---|---|---|---|---|---|-------|

61. Concluso il cammino comunitario, ogni cosa le è sembrata difficile?

| | | | | | | | |
|------|---|---|---|---|---|---|-------|
| Poco | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Molto |
|------|---|---|---|---|---|---|-------|

62. Mi sento un "Disadattato militante"?

"Disadattato" va inteso nella forma più nobile, quale uomo/donna che proviene da un'esperienza di vita che offre strumenti riabilitativi e valoriali importanti ma che sono spesso una minoranza nella conduzione sociale della vita. ---- "Militante" va inteso come colui che è impegnato in una partecipazione attiva e costante, nell'ambito di funzioni o rapporti d'ordine culturale, politico o religioso.

| | | | | | | | |
|------|---|---|---|---|---|---|-------|
| Poco | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Molto |
|------|---|---|---|---|---|---|-------|

3.4. Il tempo: durante il percorso comunitario

63. Luogo del percorso comunitario?

(Seleziona tutte le voci applicabili)

- San Mauro
- S'Aspru
- Camp'e Luas
- San Mauro - S'Aspru
- S'Aspru - Camp'e Luas
- San Mauro - Camp'e Luas

64. Data di ingresso in comunità

65. Data di fine percorso comunitario

66. Quale è la sostanza primaria che l'ha portato/a ad intraprendere il percorso comunitario?**

*** Per "sostanza primaria" intendiamo, quella sostanza che maggiormente caratterizza la fase della dipendenza, pur comprendendo bene come si stia verificando sempre più il fenomeno della poliassunzione. Vi chiediamo pertanto di individuare una sola risposta.*

(Contrassegna solo una voce)

- Eroina
- Cocaina
- Marijuana / Hashish
- Alcol
- Allucinogeni (L.S.D. - Ecstasy - M.M.D.A.)
- Benzodiazepine
- Ludopatìa

67. Se riconosci di essere stato un poliassuntore, indica le sostanze di cui hai fatto maggiormente uso: (se non lo sei stata/o indicare "non lo sono stato")

L'ampia definizione di "poliassunzione" corrisponde all'uso di più di una droga o tipo di droga da parte del medesimo individuo, consumata contemporaneamente oppure in sequenza (come da definizione contenuta nel lessico dell'OMS)

(Seleziona tutte le voci applicabili)

- Non lo sono stato
- Eroina
- Cocaina
- Marijuana / Hashish
- Alcol
- Allucinogeni (L.S.D. - Ecstasy - M.M.D.A.)
- Benzodiazepine
- Ludopatìa
- Altro

68. Durata del percorso comunitario:

(Contrassegna solo una voce)

- 0 - 6 mesi
- 1 anno
- 1 - 2 anni
- 2 anni
- 3 anni
- 3 - 4 anni
- Più di 4 anni
- Ho scelto di vivere per più di 5 anni in comunità

69. Come si è concluso il percorso comunitario?

(Contrassegna solo una voce)

- Abbandono nei primi 10 giorni - EARLY DROPOUT
- Abbandono nei primi 90 giorni - DROPOUT
- Abbandono oltre i 90 giorni - SELF-TERMINATOR
- Permanenza maggiore di 2 anni e uscita non concordata con i responsabili della comunità - LATE DROPOUT
- Uscita concordata tra utente, famiglia e responsabili della comunità - GRADUATES

70. Durante la sua permanenza in comunità pensa di essere cambiato?

| | | | | | | | |
|------|---|---|---|---|---|---|-------|
| Poco | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Molto |
|------|---|---|---|---|---|---|-------|

71. In che cosa pensa di essere cambiato?

Se non è cambiato può semplicemente mettere un segno "X"

.....

72. Quale è stato il periodo di tempo comunitario più incisivo per il suo percorso comunitario?

(Contrassegna solo una voce)

- 0 - 6 mesi
- 1 anno
- 1 - 2 anni
- 2 anni
- Dopo i 2 - 3 anni

73. Nel percorso comunitario, quanto è utile essere affiancato dalla figura dell'anziano di comunità?

L'anziano di comunità, nel percorso comunitario di Mondo X - Sardegna è colui al quale viene affidato il ragazzo al momento del suo ingresso in comunità.

| | | | | | | | |
|------|---|---|---|---|---|---|-------|
| Poco | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Molto |
|------|---|---|---|---|---|---|-------|

74. Nel percorso comunitario, quanto è importante la figura dell'educatore all'interno del tempo lavorativo che il percorso offre?

| | | | | | | | |
|------|---|---|---|---|---|---|-------|
| Poco | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Molto |
|------|---|---|---|---|---|---|-------|

75. Nel percorso comunitario quale è stata la tappa maggiormente significativa?

Nel percorso comunitario di Mondo X - Sardegna, possiamo generalmente suddividere le tappe nel seguente modo: accoglienza, che è il tempo dei colloqui iniziali di conoscenza, che precede l'ingresso in comunità, segue il cammino comunitario nelle seguenti tappe, giovanissimo, giovane, intermedio, anziano, reinserimento. Concluso il cammino comunitario si offre la possibilità di un accompagnamento nel tempo del reinserimento sociale, offerto dai nostri Centri Accoglienza. (Contrassegna solo una voce)

- Accoglienza (tempo in cui non si è fatto ancora l'ingresso in comunità)
- 0 - 6 mesi
- 6 mesi - 1 anno
- 1 anno
- 1 - 2 anni
- 2 - 3 anni
- Più di 3 anni
- Reinserimento (tempo in cui si è ancora in comunità)
- Accompagnamento e mantenimento dei contatti con il Centro di accoglienza nel tempo del reinserimento sociale

76. Nel percorso comunitario quale è stata la tappa meno efficace o di cui non è soddisfatto?

Nel percorso comunitario di Mondo X - Sardegna, possiamo generalmente suddividere le tappe nel seguente modo: accoglienza, che è il tempo dei colloqui iniziali di conoscenza, che precede l'ingresso in comunità, segue il cammino comunitario nelle seguenti tappe, giovanissimo, giovane, intermedio, anziano, reinserimento. Concluso il cammino comunitario si offre la possibilità di un accompagnamento nel tempo del reinserimento sociale, offerto dai nostri Centri Accoglienza. (Contrassegna solo una voce)

- Accoglienza (tempo in cui non si è fatto ancora l'ingresso in comunità)
- 0 - 6 mesi
- 6 mesi - 1 anno
- 1 anno
- 1 - 2 anni
- 2 - 3 anni
- Più di 3 anni
- Reinserimento (tempo in cui si è ancora in comunità)
- Accompagnamento e mantenimento dei contatti con il centro di accoglienza nel tempo del reinserimento sociale

77. Durante il percorso comunitario ritiene che è stato utile praticare e seguire una certa spiritualità e/o religione?

| | | | | | | | |
|------|---|---|---|---|---|---|-------|
| Poco | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Molto |
|------|---|---|---|---|---|---|-------|

78. Il percorso comunitario le ha donato una maggiore conoscenza a riconoscere il valore della spiritualità?

| | | | | | | | |
|------|---|---|---|---|---|---|-------|
| Poco | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Molto |
|------|---|---|---|---|---|---|-------|

79. Prima dell'ingresso in comunità frequentava o praticava una certa spiritualità/fede/religione?

| | | | | | | | |
|------|---|---|---|---|---|---|-------|
| Poco | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Molto |
|------|---|---|---|---|---|---|-------|

80. Dopo il percorso comunitario ha cambiato città?

(Contrassegna solo una voce)

- No
- Una volta
- Più di una volta
- Molte volte

81. Il cammino comunitario le ha insegnato, secondo lei, un mestiere?

(Contrassegna solo una voce)

- No
- Sì
- Non tanto da poterci investire una volta concluso il cammino
- Abbastanza, il tanto da poter applicare parte di quanto ho imparata in ambito lavorativo

82. Durante il percorso comunitario ha trasgredito nell'aver fatto uso di droghe, alcol o ludopatia? **

***Va inteso che ogni tipo di utilizzo, durante il percorso comunitario è da ritenersi disfunzionale.*

(Contrassegna solo una voce)

- No
- Sì
- Più di una volta

83. Durante il percorso comunitario le è stato offerto un percorso di psicoterapia? (interno alla comunità)

(Contrassegna solo una voce)

- No
- Sì, personale
- Sì, di gruppo

84. Il percorso di psicoterapia le è stato utile? Lo ritiene un importante strumento?

| | | | | | | | |
|------|---|---|---|---|---|---|-------|
| Poco | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Molto |
|------|---|---|---|---|---|---|-------|

85. Durante il percorso comunitario le è stato offerto un percorso psicofarmacologico, con la possibilità di colloqui con un medico psichiatra?

(Contrassegna solo una voce)

- No
- Sì, con assunzione di terapia farmacologica
- Sì, senza assunzione di terapia farmacologica

86. Il percorso psicofarmacologico e il colloquio con il medico psichiatra le è stato utile? lo ritiene un importante strumento?

| | | | | | | | |
|------|---|---|---|---|---|---|-------|
| Poco | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Molto |
|------|---|---|---|---|---|---|-------|

87. È soddisfatto del percorso comunitario che ha fatto?

| | | | | | | | |
|------|---|---|---|---|---|---|-------|
| Poco | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Molto |
|------|---|---|---|---|---|---|-------|

88. Quale relazione ha attualmente con l'Associazione Mondo X - Sardegna?

(Seleziona tutte le voci applicabili)

- Lavoro presso l'Associazione Mondo X - Sardegna
- Ho lavorato in passato presso l'Associazione Mondo X - Sardegna
- Sono volontario dell'Associazione Mondo X - Sardegna
- Sono stato volontario dell'Associazione Mondo X - Sardegna
- Frequento saltuariamente quanto è proposto dall'Associazione Mondo X - Sardegna
- Ho contatti molto sporadici con l'Associazione Mondo X - Sardegna
- Non voglio avere nessun contatto con l'Associazione Mondo X - Sardegna

89. Consiglierebbe a chi ne ha bisogno il percorso comunitario di Mondo X - Sardegna?

| | | | | | | | |
|------|---|---|---|---|---|---|-------|
| Poco | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Molto |
|------|---|---|---|---|---|---|-------|

3.5. Valutazione più attinente allo stato di benessere

Verranno poste alcune domande su "come si sente" e su come le stanno andando le cose in generale, in riferimento alle ultime 4 settimane.

90. In questo ultimo periodo mi sono sentito gioioso, contento e con un buon temperamento?

| | | | | | | | |
|-----|---|---|---|---|---|---|--------|
| Mai | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Sempre |
|-----|---|---|---|---|---|---|--------|

91. In questo ultimo periodo mi sono sentito tranquillo, riposato e tendenzialmente pacato?

| | | | | | | | |
|-----|---|---|---|---|---|---|--------|
| Mai | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Sempre |
|-----|---|---|---|---|---|---|--------|

92. In questo ultimo periodo mi sento dinamico, sicuro e determinato in quello che faccio?

| | | | | | | | |
|------|---|---|---|---|---|---|-------|
| Poco | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Molto |
|------|---|---|---|---|---|---|-------|

93. In questo ultimo periodo mi sono svegliato riposato, in forma e con il desiderio di affrontare bene la giornata?

| | | | | | | | |
|------|---|---|---|---|---|---|-------|
| Poco | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Molto |
|------|---|---|---|---|---|---|-------|

94. In questo ultimo periodo, la vita di tutti i giorni è stata caratterizzata da impegni, interessi, che hanno reso il quotidiano intenso?

| | | | | | | | |
|------|---|---|---|---|---|---|-------|
| Poco | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Molto |
|------|---|---|---|---|---|---|-------|

95. In questo ultimo periodo, ho praticato o frequentato luoghi che richiamavano a una dimensione di spiritualità/fede/religione della vita?

| | | | | | | | |
|------|---|---|---|---|---|---|-------|
| Poco | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Molto |
|------|---|---|---|---|---|---|-------|

3.6. Valutazione del questionario e del destinatario

96. Valutazione personale dello stato d'animo durante il questionario:

| | | | | | | | |
|------------------|---|---|---|---|---|---|-------------------|
| Poco disponibile | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Molto disponibile |
|------------------|---|---|---|---|---|---|-------------------|

97. Valutazione generale del questionario:

| | | | | | | | |
|--------------|---|---|---|---|---|---|---------------|
| Poco gradito | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Molto gradito |
|--------------|---|---|---|---|---|---|---------------|

98. Luogo della compilazione del questionario

(Contrassegna solo una voce)

- Ho scelto un luogo e un tempo
- Domicilio o luogo familiare
- Centro di Accoglienza
- Altro

99. Modalità di compilazione:

(Contrassegna solo una voce)

- Attraverso la seguente piattaforma informatica "Google Forms"
- Contatto diretto
- Contatto telefonico
- Altro

100.Valutazione a carico dell' intervistatore:

A carico unicamente di operatori o terzi, che somministrano il questionario in presenza del diretto interessato.

(Contrassegna solo una voce)

- Evita accuratamente e attivamente di partecipare
- Ha un atteggiamento passivo e sollecitato risponde malvolentieri e in modo incompleto
- Risponde all'intervista con un atteggiamento costantemente ironico e squalificante
- Esprime un certo disagio, è laconico ma congruo in tutte le sue risposte
- Partecipa attivamente e costruttivamente a tutta l'intervista

Ringraziamenti

*Ai ragazzi delle comunità di S'Aspru e di Casa Famiglia,
di ieri, oggi e domani.
Agli operatori, volontari e amici
della realtà di Mondo X - Sardegna.*

*A tutti coloro che riconoscono l'urgenza
di TROVARE INSIEME
delle soluzioni per rispondere alla
lancinante piaga della tossicodipendenza.*

Desidero iniziare con le parole che erano a conclusione di quello che pensavo fosse "l'ultimo" elaborato accademico che avrei dovuto realizzare; ivi facevo mie le parole del salmista: «Benedirò il Signore in ogni tempo, sulla mia bocca sempre la sua lode» (Sal 34).

La fedeltà di Dio è ciò che desidero primariamente ringraziare; poiché in quel preciso tempo, ciò che appariva timidamente come un semplice desiderio, oggi il Signore lo sta realizzando e portando a compimento attraverso modalità inaspettate che allo stesso tempo realizzano un futuro sperato.

Sono numerosi i sentimenti di riconoscimento e di gioia che abitano il mio cuore, riconoscendo che ancora una volta va a "concludersi" un tempo particolare della vita, con la consapevolezza che la ricchezza di questo percorso - ora concluso - potrà efficacemente essere spesa in un quotidiano che desidero vivere pienamente, quello che i miei superiori definiscono così: "a tempo pieno!".

È stato un percorso accademico entusiasmante e questo elaborato ne diviene in qualche modo la testimonianza; nulla di tutto questo si sarebbe potuto realizzare con la mia sola forza di volontà, ma ciò che personalmente mi ha appassionato è il cercare di mettere insieme molteplici elementi, creando,

almeno dentro di me (ma ho la speranza che possa essere anche fuori di me), delle connessioni che hanno reso questo tempo decisamente più appassionante, nonostante la difficoltà del portare a termine il lavoro.

Desidero ringraziare tutti gli operatori e volontari, sia coloro che stanno operando presso la nostra Associazione, sia coloro che percorrendo altre vie si trovano oggi più o meno lontani dal nostro "Mondo X"; tutti vi siete resi gentilmente disponibili a sostenermi ed aiutarmi nella realizzazione di questo elaborato. Siete stati quel prezioso elemento non solo di viva storicità, ma anche di testimonianza diretta, di come è possibile, ieri come oggi, rimanere in "prima linea" nella lotta alle dipendenze.

Un sentimento di gratitudine va a tutti i "ragazzi" di Mondo X - Sardegna, mi piacerebbe dire gli "Ex", ma non è proprio così! Conosciamo le difficoltà...ma a tutti e indistintamente va un caloroso ringraziamento; siete non solo coloro che si sono resi disponibili alla somministrazione del questionario e che in questa fase preliminare mi hanno permesso effettivamente di compiere parte del lavoro che desideravo realizzare, ma siete anche e soprattutto volti, storie, esperienze... in una parola donne e uomini che insegnano alla società che è necessario trovare ragioni per vivere, dignitosamente e senza accontentarsi.

Desidero anche ringraziare tutti i miei confratelli, in modo particolare i Superiori e quelli con cui attualmente vivo, poiché siete coloro che hanno reso possibile questo mio percorso, permettendomi di dedicarmi a questa specifica formazione. Lo ritengo un privilegio e spero di saperlo amministrare e spendere nel modo migliore, secondo quello che la volontà di Dio mi indicherà, nel rispetto del bene comune e preferibilmente nella scelta preferenziale dei poveri, quelli che il mio caro S. Francesco amava riconoscere come "lebbrosi".

Ringrazio con grande gioia e coinvolgimento tutto l'Istituto Progetto Uomo (IPU) e in modo particolare gli EP20 e gli EP21 (classi dei due cicli istituzionali), il corpo docenti e i docenti che attualmente per varie situazioni non esercitano più questo servizio. Siete coloro che hanno reso questi anni appassionanti. Grazie a tutti voi! Finalmente ho goduto nel trovare una Università dove si mette realmente al centro la relazione, l'uomo, anche se fragile. Non posso esimermi dal citare almeno in queste pagine qualche

Cantautore, perché dicendolo con i versi di Franco Battiato in “La cura”, l’IPU ho avuto come l’impressione che abbia realizzato questo:

*“Ti proteggerò dalle paure delle ipocondrie,
dai turbamenti che da oggi incontrerai per la tua via,
dalle ingiustizie e dagli inganni del tuo tempo,
dai fallimenti che per tua natura normalmente attirerai.
Ti sollevorò dai dolori e dai tuoi sbalzi d’umore
dalle ossessioni delle tue manie.
Supererò le correnti gravitazionali,
lo spazio e la luce per non farti invecchiare.
E guarirai da tutte le malattie,
perché sei un essere speciale,
ed io, avrò cura di te”.*

Se è vero che “*primum educere*”, allora credo che il patto educativo sia stato rispettato.

Un sentimento di gratitudine va certamente anche a tutta la mia famiglia; Enrico, Annalisa, Maria e Valerio, che seppur da “lontano” continuano con calore e affetto profondo a mostrarmi il loro sostegno e vicinanza, invitandomi spesso a non affaticarmi invano, ma a saper donare nel rispetto delle mie forze. Grazie perché siete presenza viva e costante, pur nella fatica di accettare che il mio desiderio di servire i poveri passi per un trasferimento in cui “il mare ci divide”.

Concludo col ringraziare alcune persone in particolare: il Prof. Nicolò Pisanu e Prof. Giovanni Pieretti, ex docenti dell’IPU che mi hanno saputo introdurre e orientare nel primo approccio a questo appassionante lavoro e percorso, il Prof. Fabio Martano, con il quale oltre al rapporto accademico si è creato un rapporto di stima sulla base di interessi comuni. Desidero con profondo senso di gratitudine ringraziare il Prof. Massimiliano Nisati, che mi ha guidato in questo impegnativo lavoro, condividendone la passione e invitandomi a migliorare l’esito finale del lavoro.

Ma il “grazie!” va lucidamente collocato a una particolare serata (che noi ricordiamo bene!), in cui da una semplice intuizione, si parlava di “Cantautorato e Spiritualità”, si è riusciti a realizzare una proposta che vede il corpo docente e gli studenti dialogare informalmente sul sano principio che “libertà è

partecipazione” (Giorgio Gaber), che si declina nel crescere responsabilmente all’interno del nostro futuro impegno sociale.

Infine, non per importanza, un particolare ringraziamento va a P. Salvatore Morittu, fondatore dell’Associazione Mondo X - Sardegna e autentico educatore, che ha saputo *educere* dalla mia persona una scelta preferenziale di elezione; quella per i poveri, gli emarginati e gli esclusi della società, nel rispetto di ascoltare non solo un grido “sordo”, ma per riuscire a ridare voce a chi non ha più voce. Il custodire e non spegnere quel “luminico fumigante”, si realizza oggi nel condividere con lui questo appassionato impegno, dove ci vede uniti nel lottare contro ogni forma di dipendenza e nel curare, sostenere e promuovere la battaglia contro l’AIDS. Grazie Salva, per essermi accanto come padre, amico e autenticamente come fratello. Insieme è realmente bello operare quel bene che il Signore ci suggerisce di realizzare, confidando in Lui e offrendo la disponibilità delle nostre povere forze.

A conclusione di questo percorso faccio mie le parole di un artista, che considero amico, immaginando quanto fin qui scritto come una grande e forse “lunga” lettera dicendo: “

*«a te dedico queste parole da poco
che sottendono solo un vizio antico
sperando però che tu non le prenda come un gioco,
tu, ipocrita uditoro, mio simile, mio amico» (Guccini - Addio).*