

Università di Cagliari  
Facoltà di Scienze della Formazione  
Corso di Laurea in Psicologia

**I MECCANISMI DI SELEZIONE DI UNA COMUNITA' TERAPEUTICA:  
ANALISI MEDIANTE L'ADDICTION SEVERITY INDEX**

Tesi di Laurea di Sandra Manca

Relatore Prof. Maria Pia Lai Guaita

A.A: 1996-1997

## INTRODUZIONE

Il presente lavoro nasce da un personale interessamento - che va avanti ormai da alcuni anni - nei confronti del mondo delle comunità terapeutiche per tossicodipendenti, e in particolare a quelle dell'Associazione Mondo X - Sardegna, fondate da padre Salvatore Morittu a partire dal 1980.

L'incontro con le comunità di Mondo X (Campu 'e Luas per prima, nel 1992, e in seguito San Mauro e S'Aspru) è stato del tutto casuale, e mi ritengo personalmente fortunata per aver avuto come primo approccio al problema della tossicodipendenza quello con un ambiente così vitale, sereno e ben organizzato.

Con ciò non si vuole dare ad intendere che l'ordine e l'efficientismo siano caratteristiche sempre presenti in una comunità: la nascita delle prime strutture residenziali per tossicodipendenti è stata segnata dallo slancio di persone fortemente motivate e sensibili all'impegno in questo campo (tanto che si tratta di strutture quasi essenzialmente rette da volontari) ma che, allo stesso tempo, sono risultate in alcuni casi totalmente inconsapevoli di come si organizza e gestisce un gruppo, in particolar modo di tossicodipendenti. In questo le comunità di Mondo X sono riuscite a distinguersi, collocandosi tra quelle che sono state in grado di unire l'impegno ad un buon livello organizzativo: il merito va a padre Morittu, psicologo oltre che sacerdote, guidato non da semplice carità cristiana ma anche dalla sua professionalità, il quale è a sua volta riuscito a circondarsi di collaboratori motivati e preparati, prezioso supporto per la conduzione di un programma delicato come quello del recupero dalla tossicodipendenza.

Scopo della tesi è quello di fornire una visione ben definita della situazione interna alle comunità di Mondo X - Sardegna, comprese le evoluzioni e le modifiche apportate col tempo alle metodologie. Questa parte del lavoro si inserisce in una più ampia opera di ricerca portata avanti dalla professoressa Maria Pia Lai Guaita, mirante a fornire un quadro sulle comunità sarde per tossicodipendenti ancor più dettagliato e aggiornato di quello tracciato nelle precedenti pubblicazioni (M. P. Lai Guaita, 1993; 1994).

Prima di rivolgersi allo specifico di queste comunità, si è pensato di presentare una panoramica della situazione che ha portato nel tempo alla nascita delle comunità terapeutiche: nel **primo capitolo** vengono fatti cenni sull'origine delle droghe

naturali e sull'uso che ne faceva l'uomo già migliaia d'anni fa. Il problema della tossicodipendenza non esisteva, o perlomeno non era vissuto come tale sino alla scoperta ed all'importazione di queste piante in Europa, dove si è provveduto a sintetizzare dei derivati la cui produzione, una volta scopertane la pericolosità e proibitone l'uso, è passata al mercato illecito.

Con l'estendersi della tossicodipendenza ed il sorgere di fenomeni di micro e macro-criminalità associati alla droga, i legislatori dei vari Paesi occidentali sono stati costretti a promulgare leggi che ne regolamentassero produzione e consumi. In Italia, nell'ambito della lotta alle tossicodipendenze si è proceduto su due versanti: quello pubblico, con l'istituzione dei primi servizi - i C.M.A.S. - poi sostituiti dagli attuali Ser.T.; e quello privato che, sulla spinta del volontariato, ha dato luogo alla nascita di un numero via via crescente di comunità terapeutiche.

Il **secondo capitolo** focalizza l'attenzione sulle comunità sarde, in particolar modo su quelle ufficialmente riconosciute come Enti Ausiliari nella lotta alle tossicodipendenze. Vi è poi un paragrafo sulla storia del fondatore dell'Associazione Mondo X - Sardegna, al quale si deve la nascita delle tre "comunità di vita" sarde. In queste comunità, così come in quelle di padre Eligio Gelmini a cui padre Morittu si è ispirato, si rifiuta l'accezione di comunità terapeutiche: si ritiene che il tossicodipendente sia un individuo che ha fatto "un'indigestione di vita", e la comunità deve collocarsi in questa situazione come sostegno, fornendo gli strumenti per imparare a spendere correttamente la propria vita e le potenzialità di cui si dispone.

Gli ultimi paragrafi del capitolo riportano la storia delle tre comunità dalla loro nascita sino all'attuale organizzazione, che viene ripresa ed analizzata in maniera più approfondita nel **capitolo 3**. Qui il primo aspetto che viene preso in considerazione è quello relativo al tipo di programma terapeutico attuato, fondato su tre pilastri: lavoro, formazione e cultura. Questo per quanto riguarda il trattamento di tipo residenziale. Le comunità possiedono inoltre due centri d'accoglienza, ed è su queste che si concentra la parte sperimentale del lavoro.

Il lato che finora è rimasto oscuro nel processo di trattamento attuato in comunità è quello relativo alle cause del successo: le ricerche effettuate hanno infatti mostrato la presenza di differenze significative tra chi affronta il trattamento e chi abbandona dopo un breve periodo. Ciò che restano da scoprire sono gli aspetti realmente efficaci all'interno del percorso comunitario, e se i successi non siano

dovuti alla selezione praticata all'ingresso. A questo scopo la ricerca esposta nel **quarto capitolo** verifica l'esistenza di differenze tra chi accede in comunità e chi si rivolge invece a trattamenti di tipo ambulatoriale, utilizzando uno strumento ideato e validato negli anni da Thomas McLellan e dai suoi collaboratori: l'Addiction Severity Index.

# CAPITOLO 1

## LE COMUNITA' TERAPEUTICHE

**1.1. Aspetti storici sull'uso delle droghe** - Il problema dell'abuso di sostanze e della tossicodipendenza è caratteristico del nostro secolo, nonostante l'utilizzo anche smodato di droghe fosse presente in certe popolazioni già alcune migliaia d'anni fa. Le droghe naturali hanno infatti origini molto antiche. Stando alle notizie riportate dal tossicologo Malizia (E. Malizia, 1994) la pianta della coca (*Erythroxylon coca*) sarebbe cresciuta nelle Ande e in Amazzonia almeno seimila anni prima di Cristo: il clima e l'altitudine di queste regioni sono infatti particolarmente adatti alla crescita spontanea della pianta. Il consumo della coca da parte dell'uomo è iniziato probabilmente nel 2500 a.C., anche se alcuni reperti archeologici fanno supporre che la masticazione di queste foglie avvenisse già molto tempo prima, per assicurarsi un supporto energetico oppure come medicinale, per sopportare meglio la fatica e combattere i morsi della fame, mentre il succo era un ottimo anestetico. Per via delle sue qualità, le varie culture preincache avevano attribuito a questo vegetale un potere superiore, considerandolo un dono degli dei. Il consumo si diffuse al punto che presto le piante selvatiche non furono più sufficienti: fu così necessario coltivarle in piantagioni (E. Malizia, H. Ponti, 1995).

Il *Papaver somnifer album*, pianta da cui si estrae l'oppio, già nel 5000 a.C. era invece utilizzato dai Sumeri, popolo esperto nell'impiego di erbe e bevande narcotiche, anche a scopo terapeutico.

La canapa indiana, o *Cannabis Indica*, era conosciuta in Cina sin dal 3000 a.C., dove veniva presumibilmente utilizzata a scopo terapeutico. In India le notizie relative all'uso di questa droga risalgono al 2000 a.C.: qui, contrariamente alla Cina, la sostanza era utilizzata sin da allora a scopo ricreazionale.

Tutto ciò ci fa capire quanto, sin dai tempi più remoti, l'uomo abbia ricercato sostanze in grado di agire favorevolmente su psiche e corpo, migliorando le prestazioni, inducendo piacere ed euforia, ed eliminando le sensazioni sgradevoli.

Gli effetti positivi indotti dalle droghe, però, si sono rivelati nel tempo illusori, in quanto ad essi si accompagnano danni a livello psico-fisico e dipendenza, che costringe ad un uso continuativo di tali sostanze.

Il fenomeno della dipendenza da sostanze stupefacenti si scopre in

tutta la sua gravità con la produzione in laboratorio di estratti delle droghe naturali.

La cocaina venne isolata per la prima volta da un chimico tedesco, Albert Niemann, nel 1860. Successivamente diversi studiosi si interessarono agli effetti anestetici locali provocati dalla sostanza, ma il boom della cocaina si ebbe nel 1884, in seguito ad ulteriori studi che confermarono le proprietà anestetiche dell'alcaloide (E. Malizia, H. Ponti, 1995) ed alla pubblicazione di uno scritto di Sigmund Freud che elogiava le qualità di questa sostanza come ricostituente energetico ed anche in quanto adatta per eliminare i sintomi di astinenza da morfina (S. Freud, 1884). Freud sperimentò personalmente la cocaina e la consigliò ad amici e conoscenti, venendo pesantemente attaccato per questo da diversi medici europei, i quali ne ammettevano l'uso solo in qualità di anestetico.

Dopo pochi anni i medici si accorsero della tossicità e della dipendenza causate dalla cocaina, la quale continuò comunque ad essere impiegata come anestetico locale fino al 1898, anno della scoperta della novocaina. Inoltre, gli esperimenti che esaltavano le qualità della sostanza ebbero molta risonanza, portando in tutto il mondo ad un aumento delle assunzioni, nonostante l'esistenza di leggi mirate alla sua regolamentazione e limitazione (come il Pure Food and Drug Act nel 1906 o l'Harrison Act nel 1922, citati da E. Malizia e H. Ponti, 1995).

Considerata sino alla Prima Guerra mondiale una droga esclusiva dell'élite intellettuale, passò poi al mondo dello spettacolo, alla malavita e infine si diffuse tra i giovani (in particolar modo in America, dove il crack, derivato fumabile della cocaina in combinazione con bicarbonato di sodio, è ancora oggi largamente consumato in virtù del suo basso costo).

Un altro estratto di droga naturale è la morfina, principale alcaloide dell'oppio, ampiamente utilizzata - soprattutto in periodo di guerra - per il suo potente e duraturo potere analgesico (E. Malizia, 1994). Una volta accertata l'elevata tossicità e la capacità di indurre dipendenza, le industrie farmaceutiche si mossero per trovare una sostanza con analoghe qualità ma che non inducesse dipendenza. Si arrivò così, nel 1897, alla scoperta ufficiale della diacetilmorfina, cui venne dato il nome Heroin, per suggerire l'idea di potere ed invincibilità della sostanza (G. L. Gessa, 1994). Inizialmente ritenuta l'unico rimedio efficace per risolvere i casi di morfinomania, ci si è resi ben presto conto della gravità dell'errore. Anche in questo caso gli Stati Uniti tentarono di porvi rimedio con leggi che ne vietavano produzione e consumo. Produzione che, anziché arrestarsi, si è spostata sul mercato

illecito.

In Italia la sua diffusione è stata organizzata immettendo l'eroina sul mercato a costi molto bassi, per poi aumentare spropositatamente i prezzi una volta creato un buon numero di soggetti dipendenti.

Le altre principali droghe di derivazione naturale sono hashish e marijuana, ricavate rispettivamente dalla resina e dai fiori della *Cannabis*. Le prime notizie su queste sostanze giunsero in Europa tramite i crociati di ritorno dalla Terra Santa, ma l'introduzione vera e propria avvenne con i soldati di Napoleone, reduci dalla campagna d'Egitto (E. Malizia, 1994). Introdotta (così come la cocaina) come droga d'élite, la *Cannabis* è poi diventata la droga per eccellenza di molti gruppi musicali, ed anche di tanti giovani che per spirito di emulazione seguivano i loro idoli persino nell'assunzione di sostanze stupefacenti. È considerata una droga leggera: probabilmente è per questo che è la più utilizzata nel mondo.

Queste non sono le uniche sostanze d'abuso: con l'avvento delle droghe sintetiche stanno velocemente emergendo svariate forme di dipendenza, soprattutto tra le nuove generazioni. Però è bene sottolineare come, sino ad oggi, nella storia tossicomantica di ogni soggetto dipendente le sostanze principalmente presenti siano sempre *Cannabis*, eroina e cocaina (quest'ultima in quantità molto più limitate per via dei costi e dell'elevata pericolosità percepita). È in particolar modo l'eroina la sostanza che schiavizza la maggior parte dei soggetti, ed è proprio per il recupero degli eroinomani che sono nati i vari servizi per il recupero delle tossicodipendenze: nel settore pubblico i C.M.A.S. - Centri Medici di Assistenza Sociale - diventati poi Ser.T. (Servizi per le Tossicodipendenze) con la legge N° 162 del 26 giugno 1990; in ambito privato le comunità terapeutiche, che iniziano a sorgere verso la fine degli anni Sessanta per essere poi riconosciute ufficialmente con l'entrata in vigore della legge N° 685 del 1975. Da questa data inizia la collaborazione tra servizi pubblici e comunità terapeutiche.

**1.2. Le prime comunità** - La nozione di comunità terapeutica sorse nel 1946, anno in cui per la prima volta, in un bollettino dedicato ai progressi della psichiatria britannica postbellica, l'ospedale di Northfield venne definito una *comunità terapeutica*: qui erano ricoverati i soldati affetti da nevrosi, che venivano seguiti mediante gruppi di discussione e resi partecipi del governo del reparto (L. Schittar, 1968).

Già dalla seconda metà del '700 iniziarono comunque a nascere in Inghilterra le prime comunità terapeutiche, ad opera di religiosi che, con un atteggiamento amichevole e familiare, si prendevano cura di malati mentali. Inoltre, sempre in Inghilterra John Conolly, stando a quanto riportato da Costantini e Mazzoni, propose nella prima metà dell'800 che si istituissero delle comunità terapeutiche ad opera dello Stato (D. Costantini, S. Mazzoni, 1984).

Ma fu soprattutto lo psichiatra Maxwell Jones a legare il suo nome a quello di comunità terapeutica. Egli si distinse per essersi approcciato al concetto di comunità terapeutica come alternativa alle organizzazioni coercitive e totalizzanti, le uniche sino ad allora esistenti per il trattamento delle malattie psichiche. È stato Jones il primo ad introdurre l'idea rivoluzionaria di un rapporto medico-paziente che non fosse di esclusiva dipendenza di quest'ultimo dal primo, e di una terapia che sfruttasse le risorse di tutti (medici, pazienti e personale ausiliario) in un rapporto assolutamente non gerarchizzato.

Con Jones viene messo in discussione il sistema gerarchico, autoritario, custodialistico, tipico delle vecchie organizzazioni manicomiali, nel tentativo di fondare una nuova istituzione che si basi fundamentalmente sulla vitalità del processo dialettico e sulla partecipazione attiva di tutti i membri (M. Jones, 1970).

In Italia parte di questi concetti è stata ripresa dallo psichiatra Franco Basaglia, il quale ha sperimentato insieme alla sua equipe un programma "non psichiatrico" all'interno dell'Ospedale Psichiatrico Provinciale di Gorizia. Il programma prevede, tra le altre attività, delle riunioni da tenersi giornalmente nel presidio ospedaliero, alle quali i malati sono liberi di scegliere se partecipare o meno. Lo scopo è quello di trattare i malati in maniera più umana e responsabile, nel tentativo di favorire una guarigione che sarebbe invece fortemente minata da un rapporto *istituzionale*, nel quale aumenta vertiginosamente il potere del medico mentre si annulla quello del paziente (F. Basaglia, 1968).

Ciò che Basaglia critica in Jones è il fatto di aver adottato una nuova tecnica psichiatrico-sociale che, sorta in opposizione alla rigida istituzionalità degli ospedali psichiatrici, si rivelerebbe secondo Basaglia nient'altro che una nuova forma di manipolazione, che cerca di nascondere sotto la copertura tecnica il controllo sociale (cfr. Prefazione di F. e F. Basaglia a M. Jones, 1970).



Il modello jonesiano di comunità terapeutica, basato appunto su una struttura sociale democratica ed egualitaria, non ha avuto grande riconoscimento in Europa, dove si sono invece preferiti a quest'ultimo i modelli americani.

Le prime comunità terapeutiche in America danno molta importanza alla volontarietà della scelta dell'uomo, che deve decidere coscientemente e spontaneamente di affrontare un simile percorso.

Le prime esperienze comunitarie negli Stati Uniti sono state quelle di Synanon, comunità che portano avanti interventi drug free (ossia con disintossicazioni condotte senza l'ausilio di farmaci sostitutivi), e dove i gruppi sono organizzati secondo modalità di auto-aiuto (M. Malagoli Togliatti, 1980).

Synanon nacque nel 1958 a Ocean Park, in California, ad opera di Charles E. Dederich, un ex-alcolista liberatosi dalla dipendenza dall'alcol grazie all'associazione "Alcolisti Anonimi" (A.A.). La comunità di Dederich risente nella sua impostazione delle passate esperienze del fondatore: nell'organizzazione della struttura sono infatti evidenti elementi tipici dell'A.A., oltre ad elementi dello psicodramma di J. L. Moreno e della terapia di gruppo (L. Yablonsky, 1989).

Il primo gruppo di Synanon era costituito esclusivamente da dipendenti da alcol. A questi si aggiunsero poi in breve tempo anche soggetti dipendenti da droghe ed emarginati. La comunità accoglieva anche giovani delinquenti affidati dal tribunale dei minori. Synanon è appunto nota per essere stata la prima comunità fondata con l'aiuto di ex-tossicomani ed ex-delinquenti. In seguito si è accresciuta, dando luogo ad una microsocietà quasi completamente autogestita, dotata di scuola, università e ospedale (D. Costantini, S. Mazzoni, 1984). Quest'ultimo aspetto, ossia l'eccessiva chiusura all'esterno, si è poi rivelato un elemento che ha condotto al fallimento della comunità stessa.

Tutto ciò su cui la comunità viveva, compreso il vestiario dei residenti, era frutto di donazioni. La filosofia del gruppo era basata sulla collaborazione e sul favorire al massimo la comunicazione tra i membri. Nelle sedute di gruppo si discuteva anche animatamente, ma la rabbia non veniva portata al di fuori della seduta (una delle regole ferree di Synanon, oltre al divieto di fare uso di droghe e alcol, era il divieto di aggredire fisicamente gli altri individui).

Tra i metodi adottati con successo all'interno di Synanon ricordiamo la "strigliata" ed il "synanon". La prima è una seduta a cui partecipano i soggetti che hanno alle spalle un breve periodo di residenza nella struttura, insieme a quattro o

cinque figure significative della comunità. Questi ultimi hanno il compito di sottoporre al membro più giovane i suoi atteggiamenti in positivo e in negativo, senza mezzi termini, dando poi al soggetto consigli per il futuro.

Il synanon è invece una tecnica avvicinabile ad una psicoterapia di gruppo, in cui è presente un membro che è più avanti degli altri nel percorso terapeutico e funge da moderatore, il cui compito è anche quello di smascherare i tentativi - più o meno consapevoli - degli altri membri di nascondersi, anziché mettersi in discussione (L. Yablonsky, 1989).

Dederich è stato il fondatore e leader carismatico del gruppo. Anche se attualmente la Synanon originale non esiste più (M. P. Lai Guaita, 1988), il modello di comunità da lui fondato è stato di ispirazione per centinaia di altre comunità nate successivamente in tutto il mondo. Tra i centri creati direttamente da *graduati*<sup>1</sup> di Synanon vi sono la comunità terapeutica “Tuum Est” (Sta a te), fondata sempre in California nel 1965, la Delancey Street Foundation e la comunità Amity in Arizona.

Ma le emanazioni di Synanon più famose sono sicuramente Daytop Lodge e Phoenix House, importanti, oltre che per l’opera esercitata a New York, per aver aiutato a diffondere questo modello in Europa (L. Yablonsky, 1989).

Daytop, nata nel 1963 a New York, ad opera di alcuni terapeuti discostatisi da Synanon, è diventata nel tempo una delle organizzazioni di punta nell’associazione nazionale americana delle Comunità Terapeutiche, insieme alla Phoenix House, la Gateway House, il Project Return e altre (M. Malagoli Togliatti, 1980).

Come a Synanon, la gestione dei Daytop Villages è ad opera di ex-tossicodipendenti. Anche qui si cerca di selezionare gli ingressi escludendo i soggetti non motivati o non disposti ad accettare l’organizzazione gerarchica e le regole della comunità.

La disintossicazione è fatta prima dell’ingresso, e il nuovo entrato è sottoposto a stretto controllo. Gli ex-tossicodipendenti, o comunque i soggetti in fase avanzata del programma terapeutico, sono considerati in queste comunità terapeutiche dei modelli da seguire, per poter gradualmente giungere ad una riacquisizione del controllo della propria esistenza (Ibidem).

Le principali tecniche di conduzione adottate sono costituite da gruppi di training e discussione, dalla *hot seat* (sedia calda) e dal *marathon group*, tecniche

---

<sup>1</sup> Il termine si riferisce a quei soggetti che hanno portato a termine il processo terapeutico in tutte le sue fasi, e sono quindi pronti ad aiutare altri a seguire il medesimo percorso. Yablonsky fa riferimento a questi soggetti definendoli “anticorpi del sistema sociale” (L. Yablonsky, 1989).

molto vicine sotto diversi aspetti a quelle utilizzate all'interno della comunità Synanon (M. P. Lai Guaita, 1988).

Le esperienze comunitarie che si sono diffuse in questi ultimi decenni in Europa, soprattutto in Italia, hanno assunto caratteristiche estremamente varie e diversificate tra loro. Tuttavia il modello americano rappresenta un punto di riferimento costante: ciò è probabilmente spiegabile col fatto che il modello di M. Jones, pur avendo costituito ugualmente un importante referente teorico per lo sviluppo delle comunità terapeutiche, era più adatto per la gestione di situazioni psichiatriche. Costantini e Mazzoni sottolineano a questo proposito come l'esperienza attuata da Jones riguardasse esclusivamente pazienti psichiatrici, i quali difficilmente operano una scelta volontaria di entrare in comunità, ma vedono semplicemente quest'ultima come la migliore alternativa all'ospedale psichiatrico. Le comunità terapeutiche di Maxwell Jones prevedevano inoltre un'équipe specializzata, mentre la maggior parte delle comunità per tossicodipendenti si sono appoggiate su volontari ed ex-tossicodipendenti (D. Costantini, S. Mazzoni, 1984).

Oltre ai principali modelli di comunità per tossicodipendenti forniti da Jones e Dederich, i due autori riportano un ulteriore modello, quello delle *società alternative*, basato su piccoli gruppi che conducono una vita differente rispetto al resto della società, ponendosi criticamente nei confronti della società industriale e proponendo un ritorno alla natura, alla cooperazione nel lavoro e ad una comunicazione più umana. Pur non trattandosi di un vero e proprio modello di comunità terapeutica, è bene comunque citarlo in quanto anch'esso è stato fonte di ispirazione per alcune esperienze comunitarie (per fare un esempio, il metodo *Dianetica* di R. Hubbard, attuato nei centri Narconon<sup>2</sup> si avvicinava probabilmente più al modello delle società alternative che non a quello di M. Jones o di C. Dederich).

**1.3. L'evoluzione della tossicodipendenza in Italia** - Lo sviluppo delle comunità terapeutiche in Italia ebbe origine intorno al 1968, ad opera di gruppi religiosi e politici che iniziarono ad interessarsi attivamente al problema del disadattamento e dell'emarginazione giovanile e, con un'evoluzione naturale, al problema del diffondersi della droga e delle tossicomanie (D. Costantini, S. Mazzoni, 1984).

La diffusione della droga in Italia va inserita nella particolare cornice socioculturale che si delinea nel periodo a cavallo tra gli anni '60 e '70.

---

<sup>2</sup> Vedi descrizione programma Narconon in M. P. Lai Guaita, 1988.

Si possono evidenziare tre diverse fasi di diffusione della droga nel nostro paese (Ministero dell' Interno, rapporto conclusivo ricerca affidata al CENSIS, 1984): la prima è legata ai grandi moti di contestazione del Sessantotto, periodo in cui la coscienza politica era particolarmente sentita e l'uso dei derivati della *Cannabis* (le cosiddette droghe leggere) era inserito in un contesto di forte partecipazione dei giovani alla vita nei gruppi di pari. L'hashish e la marijuana sono droghe la cui iniziazione e consumo avvengono prevalentemente all'interno del gruppo.

Tutto ciò era frutto di un preciso intento: accanto alla distruzione del passato si mirava ad una ricostruzione di qualcosa di diverso, ottenibile solo stando insieme, approfondendo la conoscenza del gruppo e la sua coesione interna. Queste droghe, secondo i giovani che ne facevano uso, alterando la percezione portavano ad una migliore comprensione del gruppo.

Parallelamente vi erano altri giovani per i quali l'accostamento alla droga era visto come un tentativo di distinguersi, di creare dei sottogruppi a carattere elitario, per controbattere all'appiattimento che la scolarizzazione di massa stava portando. Era questo il caso ad esempio dei consumatori di cocaina, il cui costo allora ne rendeva il consumo possibile solo a determinate classi sociali.

Si tratta di una fase in cui entrambe le situazioni non destavano ancora preoccupazione, essendo da molti viste come semplici fenomeni di tendenza, destinati quindi a tramontare così come capita ad ogni moda. La capacità liberatoria attribuita all'uso di droga però ebbe vita tutt'altro che breve: nel periodo 73/74 si registrò un graduale ma continuo passaggio dal consumo di droghe leggere a quello di droghe pesanti. Proprio al 1973 risale la prima morte ufficiale per overdose in Italia.

Al Sessantotto, in cui si pensava di poter rivoluzionare tutto e subito, sono seguiti anni di forti disillusioni. Dopo il boom economico degli anni Sessanta seguì una situazione di crescente crisi occupazionale, riguardante principalmente il mondo giovanile. A tutto ciò molti giovani rispondevano chiudendosi in se stessi ed eludendo i problemi nascondendosi nell'eroina. Il gruppo che ha favorito l'iniziazione nel mondo della droga ora viene meno, abbandonando ciascuno al suo personale conflitto verso la società degli adulti.

La terza fase è quella che si estende sino ai giorni nostri, con la massificazione del fenomeno della tossicodipendenza e la sua estensione anche ad età più mature (Ibidem). Si evidenzia un profondo cambiamento anche nelle motivazioni retrostanti:

alla base della tossicodipendenza non si individuano più le ideologie di rottura con la famiglia e la società.

**1.4. Caratteristiche generali delle comunità terapeutiche** - Al fine combattere la tossicodipendenza sono sorti in tutta Italia servizi pubblici, privati e una miriade di comunità terapeutiche, queste ultime con metodologie di intervento talvolta molto differenti le une dalle altre, ma tutte accomunate da un rifiuto per l'uso di farmaci sostitutivi. All'interno delle comunità terapeutiche la dipendenza fisica è infatti letta nel contesto più ampio dello stile di vita e della condizione psicologica dell'individuo, ed il problema su cui si concentra l'attenzione per orientare la terapia non è la droga, bensì la persona nella sua complessità: la dipendenza non è vista come la sostanza del disturbo, è considerata un sintomo. In questo quadro la disintossicazione anziché essere l'obiettivo del trattamento diventa una condizione per esservi ammessi, mentre lo scopo finale diventa il mantenimento di una condizione di vita senza l'uso di droghe (G. De Leon, 1996).

Il principale terapeuta all'interno di una comunità è la comunità stessa: essa, con il suo contesto sociale, il gruppo dei pari e gli operatori che fungono da modelli positivi, assume la duplice funzione di luogo in cui avviene il cambiamento e di metodo affinché il cambiamento si verifichi.

L'individuo che affronta un percorso comunitario è continuamente spronato e guidato a diventare responsabile della sua situazione attuale e del suo destino futuro. L'attenzione è incentrata sull'*hic et nunc*, sul presente contrapposto alla situazione passata del soggetto, e la modalità relazionale che si instaura al fine di portare al cambiamento è solitamente quella dei gruppi di auto-aiuto. Ciò significa che non esiste una forma di imposizione di nuovi modelli di pensiero e comportamento: seguire un trattamento in comunità significa impegnarsi attivamente per usufruire degli strumenti e degli insegnamenti che il contesto comunitario mette a disposizione, che diventano inutili se l'individuo non comprende che è egli stesso a dover apportare il principale contributo al proprio processo di cambiamento. Questa forma di auto-aiuto è in genere reciproca, nel senso che ciascun elemento del gruppo durante il suo percorso contribuisce anche al cambiamento degli altri (Ibidem).

Il fatto che l'individuo sia il principale protagonista del suo processo di crescita non significa naturalmente che tutto è lasciato alla discrezionalità del singolo: ogni comunità ha delle regole ben precise che tutti devono osservare. È

indispensabile l'esistenza di determinati punti fermi, sia per tutelare la sicurezza fisica e psicologica dei vari membri, sia per riportare al rispetto dei regolamenti quegli individui che in precedenza erano probabilmente abituati a condurre una vita del tutto disordinata.

Pur con la presenza di queste caratteristiche generali comuni, ogni comunità ha poi modellato un suo particolare programma di intervento, il che ha creato problemi dal punto di vista dell'analisi dell'efficacia dei trattamenti. Molte comunità sono strutturate in maniera tale per cui diventa difficile stabilire un legame chiaro tra gli interventi del programma e i risultati finali. Questo è invece un aspetto molto importante, su cui bisogna orientare la ricerca: sapere come e perché gli individui cambiano nelle comunità terapeutiche è un prerequisito fondamentale per poter introdurre modifiche al trattamento. Modifiche necessarie al fine di aumentare la permanenza nel trattamento stesso e favorire risultati sempre più soddisfacenti.

**1.5. L'Associazione Mondo X** - Tra le prime comunità sorte in Italia per la lotta alla tossicodipendenza vi sono quelle dell'Associazione Mondo X, la cui nascita si deve ad un frate francescano, padre Eligio Gelmini. Egli stesso definisce la sua vita "un porto di mare", e chiunque legga la sua autobiografia ne capirà senza difficoltà il motivo: da quando Eligio ha preso la via del convento, è stato tutto un susseguirsi di avvenimenti e un avvicinarsi di persone, figure importanti (la cui frequentazione gli ha procurato non poche critiche), poveretti che non sapevano come tirare avanti, ma soprattutto tantissimi giovani, attratti dal suo carisma e dai forti insegnamenti di vita.

L'associazione prese vita nel 1961, anche se il desiderio di impegnarsi attivamente per l'uomo affonda le sue radici alcuni anni addietro. Tra le precedenti iniziative di padre Eligio a favore dei giovani, va ricordata la trasformazione del vecchio oratorio del convento di Busto Arsizio in un frequentatissimo centro sociale, chiamato Casa Mia. L'interesse nei confronti del mondo giovanile è provato anche dal suo grande coinvolgimento in qualità di padre spirituale delle squadre giovanili del Milan (e in seguito della prima squadra) verso la fine degli anni Sessanta.

Ma è con Mondo X che viene pian piano data forma a ciò che il frate stava progettando da tempo, ossia l'istituzione di "un luogo di informazioni, per chi ne voleva; un luogo di aiuto, se qualcuno aveva bisogno; un luogo di incontri, di conoscenza, di relazioni; un luogo di lavoro, ma soprattutto una casa nel deserto" (E. Gelmini, 1975).

C'è chi sostiene che in altre circostanze Eligio avrebbe potuto ritrovarsi a capo di qualche grossa azienda, il che non è difficile da credere se si pensa con quale mentalità imprenditoriale egli sia più volte riuscito a procurarsi i fondi che gli occorrevano: da una vendita di suoi dipinti a prezzi favolosi - al fine di ottenere il denaro per la sede dell'associazione - all'apertura di un ristorante d'alto livello, frequentato dalla Milano-bene, dai cui proventi è nata la prima comunità. Le iniziative sopra menzionate sono soltanto degli esempi: ad esse ne sono succedute tante altre, che hanno permesso un'espansione parallela di un numero sempre maggiore di interventi di tipo umanitario.

Ricordiamo nel 1964 l'istituzione del 'Telefono Amico' a Milano, secondo una concezione innovativa che prevedeva l'allargamento del servizio dai suicidi a tutti i drammi dell'uomo. Nello stesso anno fu istituita la 'Goccia d'oro', che raccoglie tutti i ragazzi dell'associazione ritenuti idonei a donare il sangue in casi di emergenza. Negli anni successivi seguirono le iniziative 'Amici d'Oltremare', che si occupa degli studenti stranieri, 'Fraternità della Strada', con lo scopo di creare un clima civile ed umano sulle strade, e l'operazione 'Amore nel Pacifico'. Quest'ultima ha portato alla costituzione di una base nell'isola di Seleu - in Nuova Guinea - al fine, secondo le parole dello stesso padre Eligio, di far fare ai suoi ragazzi "un bagno alle sorgenti della vita" (Ibidem).

Nel frattempo in quegli stessi anni al Telefono Amico sopraggiungeva un numero sempre maggiore di telefonate inerenti situazioni di tossicodipendenza. È stato anche questo a far maturare la decisione di impegnarsi in maniera più risoluta sul fronte della droga, ed il frutto di questo impegno lo si può vedere nelle oltre venti comunità per la difesa dell'uomo oggi sparse sul territorio italiano (cfr. cartina N° 1 in Appendice I).

Se il nome del centro sociale Casa Mia aveva il preciso intento di far provare a coloro che vi si recavano una maggiore sensazione di familiarità ed un preciso senso di appartenenza, è da notare come anche il nome Mondo X non sia stato certo scelto a caso: partendo infatti dall'assunto che ognuno di noi possiede una parte oscura di sé, un'incognita (la X, appunto), ciò che si vuole mettere in evidenza è che proprio questo mondo ignoto dell'individuo merita la principale attenzione. Solo in tal modo sarebbero infatti riscopribili il sentimento d'amore, il rispetto per gli altri e tutti quei valori che non sono mai stati scoperti dall'individuo o che la tossicoesperienza ha fatto affondare tra le parti più nascoste della persona.

Fatta salva l'eccezione delle comunità sarde di Mondo X, che si ricollegano solo idealmente alla filosofia del programma, le altre comunità sparse sul territorio italiano fanno tutte capo al centro di Milano, tanto per gli aspetti organizzativi quanto per le modalità di conduzione. Tra i punti fermi da tenere in considerazione vi è il rifiuto di definirsi 'comunità terapeutiche', preferendo a tale accezione quella di 'comunità di vita'. I tossicodipendenti vengono infatti visti non come Malati ma come Uomini, ai quali non vanno offerte quindi delle cure bensì alternative di vita.



## CAPITOLO 2

### LE COMUNITA' IN SARDEGNA

**2.1. Il Coordinamento Sardo delle Comunità Terapeutiche** - Dal 1980 ad oggi sono sorte numerose associazioni in Sardegna in aiuto di tossicodipendenti e minori in difficoltà. Di queste, nove sono ufficiali, in quanto iscritte all'Albo Enti Ausiliari per tossicodipendenze (D.P.R., 9/10/1990 n. 309 - M. P. Lai Guaita, 1993), tutte fondate da uomini di Chiesa, con l'eccezione del Progetto "Exodus - Sardegna", il cui responsabile è un insegnante.

Alcune associazioni sono inoltre articolate in più centri, facendo salire il numero delle comunità residenziali ufficiali a 17 (di cui 15 specifiche per il recupero dei tossicodipendenti). Tra queste comunità è poi il caso di fare un distinguo tra quelle nate in Sardegna e quelle che hanno invece alle spalle un progetto nazionale. Bisogna subito dire che le comunità dell'Associazione Mondo X - Sardegna costituiscono un'eccezione ad entrambi i casi, in quanto fanno sì parte di un progetto nazionale, ma solo idealmente. In realtà poi godono di piena autonomia organizzativa e gestionale, a differenza di comunità quali "Papa Giovanni XXIII" a Sant'Antioco, e "Maria Madre Dei Poveri" in località La Crucca (SS) - quest'ultima facente parte della cooperativa "Promozione Umana" - le quali costituiscono dei veri e propri passaggi di programmi articolati a livello nazionale. Ciò fa sì che i ragazzi interessati a questi percorsi comunitari debbano spostarsi nei centri dislocati in diverse regioni d'Italia, per poter portare a termine il programma.

La maggior concentrazione di comunità per tossicodipendenti, ufficiali e no, si ha nella provincia di Cagliari, il che è perfettamente comprensibile se si pensa che i due terzi dei casi di tossicodipendenza registrati nella nostra regione appartengono proprio a quest'area. La seconda provincia col maggior numero di servizi per le tossicodipendenze è quella di Sassari. Anche questa è una zona a rischio, soprattutto nelle aree turistiche costiere, dove si sta estendendo sempre più il traffico e lo spaccio di droga.

Ciò che salta agli occhi di chiunque verifichi la dislocazione delle comunità residenziali presenti sull'isola è che, a fronte di un'equa ripartizione di strutture tra due delle province sarde, ve ne sono altre due totalmente sprovviste di servizi per le tossicodipendenze (vedi cartina N° 2 - Appendice I). Tenendo infatti conto dell'unica

eccezione costituita dalla comunità “Le Sorgenti” a Morgongiori (OR), per il resto nel Coordinamento delle comunità sarde non appare nemmeno una struttura relativamente alle province di Nuoro e Oristano. Anche andando a guardare ai servizi non facenti parte del coordinamento, le uniche comunità conosciute sono “Il Mandorlo” a Nuoro e “La Fonte di Siloe” a Orgosolo, delle quali peraltro non si hanno notizie precise riguardo l’attuale funzionamento. Si tratta di un fatto importante da considerare, perchè se è vero che sinora la tossicodipendenza si è mostrata con quadri di maggiore gravità nelle province di Cagliari e Sassari, è altrettanto vero che il resto dell’Isola è tutt’altro che immune al problema (visto soprattutto che gli spostamenti da e verso l’interno dell’isola non sono più limitati come un tempo).

Cronologicamente parlando, le prime comunità sarde sono quelle di padre Salvatore Morittu, socio fondatore e primo presidente del Coordinamento delle comunità sarde per il recupero dei tossicodipendenti. ‘San Mauro’ nacque nel 1980, ‘S’Aspru’ nell’82, ‘Campu ‘e Luas’ nell’85. Queste tre comunità fanno parte dell’ **Associazione “Mondo X - Sardegna”**, associazione di volontariato, aconfessionale e senza fini di lucro (dei programmi e delle attività di queste tre strutture si parlerà ampiamente nei successivi paragrafi).

Sempre ai primi anni Ottanta risale la costituzione dell’ **Associazione “Primavera”**, ad opera di padre Giacomo Pittalis. Nel 1983 venne inaugurata la comunità residenziale maschile di Pala Pirastru, a S. Maria La Palma (Comune di Alghero), la prima ad operare in Sardegna dopo le comunità di Mondo X. Attualmente l’Associazione Primavera ha come strutture operative per il recupero della tossicodipendenza un centro d’ascolto, due comunità diurne e due comunità residenziali (una maschile e l’altra femminile), tutto concentrato nei comuni di Alghero e Sassari. Il programma fa riferimento a quello della Cascina Verde di Milano, una delle più vecchie comunità terapeutiche italiane (cfr E. Gori, 1985). Il percorso comunitario consta di tre fasi distinte. La prima, della durata di tre mesi, permette al nuovo entrato di sperimentare tutti i settori lavorativi esistenti in comunità, sino a scegliere l’attività a lui più congeniale. L’ergoterapia, considerata di fondamentale importanza per il recupero, si basa sulle attività di allevamento, agricoltura, falegnameria, saldocarpenzeria ed edilizia. La seconda fase dura 18 mesi, periodo in cui il soggetto riacquista gradualmente il rapporto con l’esterno (dapprima epistolare, poi telefonico e, dopo 6 mesi di comunità, col permesso di un’uscita

settimanale di mezza giornata). Iniziano anche i primi contatti lavorativi esterni, che portano ad un vero e proprio inserimento lavorativo nella fase del *Rientro*, in cui il soggetto torna a dormire in comunità pur lavorando al di fuori durante il giorno. Quest'ultima fase prevede tempi più elastici, gradualmente e personalizzati (M. P. Lai Guaita, 1993).

Nel 1982 don Andrea Raffatellu fondò ad Olbia l'Associazione "Arcobaleno", la quale iniziò ad operare in aiuto dei tossicodipendenti nel 1984, con una comunità diurna che provvedeva ad indirizzare verso S'Aspru i ragazzi intenzionati ad affrontare un programma residenziale. In seguito, alla comunità diurna si sostituirono due comunità residenziali, la prima in località Porto Istana (1988) e la seconda in località Maltana (1992), entrambe per ospiti di sesso maschile, supportate da un centro di accoglienza dell'associazione (sempre nel Comune di Olbia) per i colloqui d'ingresso. Non fanno specifico riferimento a programmi precedenti. Il loro programma si articola nell'arco di circa tre anni, con una prima fase di *Distacco* dalla precedente situazione e *Ambientazione* nel nuovo gruppo, che dura 8 mesi. Nei successivi 10 mesi si ha la fase di *Comprensione di sé*, seguita dalla *Responsabilizzazione*, che si sviluppa nell'arco di un altro anno. La fase finale è quella del *Reinserimento*, con tempi che possono variare dai 3 ai 6 mesi. Quest'ultimo passaggio avviene in maniera graduale: si prepara il ragazzo mentre è ancora in comunità, e si prosegue mantenendo un rapporto col centro di accoglienza, prima di operare un definitivo distacco dalla comunità stessa (Ibidem).

Risale al 1987 la prima e tuttora unica comunità nella provincia di Oristano. Si tratta della comunità "Le Sorgenti" in località Is Benas, a Morgongiori. Essa fa parte dell'Associazione "Madonna del Rosario", fondata a Villacidro nel 1986 da don Angelo Pittau. Qui si trova il primo centro d'ascolto dell'associazione (successivamente ne è sorto un altro ad Oristano), ed è importante ricordarlo poiché, a differenza di quanto normalmente avviene nelle altre comunità, in questo caso il centro d'ascolto non rappresenta un semplice punto di passaggio per chi deve accedere ad un programma residenziale. Molti tossicodipendenti, pur avendo bisogno d'aiuto, non sono disposti ad affrontare l'impegno della comunità. In questi casi l'associazione propone un programma attuabile a livello del centro d'ascolto, mediante un lavoro d'équipe portato avanti da professionisti e volontari. Il centro d'ascolto si avvale di una quarantina di operatori, i quali prestano quasi esclusivamente servizio volontario, occupandosi non solo di tossicodipendenti ma

anche di alcolisti, minori, giovani a rischio, famiglie in difficoltà e portatori di handicap. Nel 1996 questa struttura ha preso in carico 68 ragazzi e 5 ragazze (Ufficio Statistiche - Prefettura di Cagliari, 1996).

Per quanto riguarda le strutture residenziali, oltre a quella di Morgongiori ne è sorta una seconda a Serramanna nel 1990, denominata "San Michele" (in località Pimpisu). È una comunità maschile, che accoglie anche alcolisti. Dal punto di vista terapeutico si procede mediante colloqui di sostegno, terapie individuali e di gruppo, gruppi di auto-aiuto. Si presta inoltre attenzione alla formazione culturale e professionale degli ospiti (Ibidem).

I tempi nelle comunità di don Pittau non sono prefissati, ma stabiliti di volta in volta per ogni singolo ospite. Si cerca inoltre di sostenere le famiglie, di solito duramente provate dall'esperienza con un membro tossicomane (M. P. Lai Guaita, 1993).

Coetanea delle "Sorgenti" è la **Comunità "Papa Giovanni XXIII"**. Fondata da don Ercole Artoni, è una delle comunità che attua in Sardegna solo parte del percorso residenziale. Il programma, della durata complessiva di tre anni, è articolato in tre fasi: *Accoglienza*, *Comunità* e *Rientro*. La prima fase, della durata di circa cinque mesi, è di tipo residenziale (così come le successive) e ha sede a Reggio Emilia. Si tratta di un periodo in cui avviene un netto distacco con la realtà esterna, a favore di un'intensa vita di gruppo tra i membri della comunità. Le altre due fasi hanno invece sede in località S' Arcu De Sa Canna, a Sant'Antioco. La fase della *Comunità* è la più lunga (28 mesi), e mira al recupero del soggetto e del rapporto con i familiari, i quali dovranno poi collaborare nella fase del *Rientro* (Ibidem).

Responsabile per la Sardegna è il dottor Paolo Laudicina, sociologo, coadiuvato all'interno della comunità da un educatore e quattro operatori. La struttura accoglie solo tossicodipendenti di sesso maschile, ed è indicata tra le sedi individuate dal Ministero di Grazia e Giustizia per l'affidamento di imputati tossicodipendenti sottoposti a misure alternative al carcere. Nel 1996 gli ospiti sono stati 44, seguiti mediante colloqui di sostegno, terapie individuali, familiari e di gruppo, reinserimento lavorativo di tipo artigianale e recupero scolastico per coloro che non avevano portato a termine la scuola dell'obbligo (Ufficio Statistiche - Prefettura di Cagliari, 1996).

Situazione analoga alla suddetta è quella della comunità "Maria Madre Dei Poveri", nata nel 1988 nel Comune di Sassari, in località La Crucca. La comunità fa

parte della **Cooperativa “Promozione Umana”**, sorta a Milano nel 1982 sotto la responsabilità di un sacerdote, don Chino Pezzoli. La cooperativa prevede un percorso ben strutturato per il recupero dei tossicodipendenti, che parte dai *Centri d’Ascolto*, dove avviene il primo contatto col tossicodipendente, sino ad arrivare, passando attraverso i centri di *Inserimento, Evoluzione e Responsabilità*, ad un’ultima fase di *Reinserimento Sociale*, operata anch’essa in appositi centri. Da sottolineare l’importanza data al corpo in questo tipo di programma: nei centri di *Inserimento* si presta la massima attenzione alla cura fisica oltre che psichica, provvedendo con cibo abbondante e la dislocazione del centro stesso in un ambiente particolarmente salubre. Sono infine previsti dei *Centri di Preinserimento* per coloro che, non potendo essere subito accolti in comunità per qualsiasi motivo, hanno comunque necessità di aiuto immediato a causa dell’assenza di un sostegno familiare alle spalle. La Sardegna ospita, per il compimento di questo programma, un centro d’ascolto a Sassari, oltre alla comunità precedentemente nominata (M. P. Lai Guaita, 1993).

La comunità “Casa Emmaus”, nata anch’essa come tappa di un progetto nazionale nel 1988, si è poi sviluppata in maniera autonoma sotto la guida del professor Domenico Grillo, educatore, laureato in filosofia. Il progetto iniziale, “**Exodus**”, risale al 1985 ad opera di don Antonio Mazzi, il quale aveva ideato un programma di recupero itinerante della durata di nove mesi. La Casa Emmaus, situata nel Comune di Iglesias in regione Martiadas, è oggi una comunità residenziale con un suo centro d’ascolto. Il programma, della durata di due anni, riprende la filosofia del viaggio come metodo di recupero, anche se non avvengono materialmente degli spostamenti. Viaggio che vede come punto di partenza la situazione di tossicomania, e come punto d’arrivo il superamento di questo stato. Il programma non viene portato avanti in maniera rigida, bensì prestando sempre attenzione alla personalità e ai problemi del singolo. La comunità è mista ed ospita molti minorenni, che hanno la possibilità di conseguire la licenza media durante il programma grazie alla presenza di una scuola interna, condotta da insegnanti volontari (Ibidem).

Tra le associazioni sarde che operano nell’ambito della tossicodipendenza, una delle più recenti è “**L’Aquilone**”, la quale ha però alle spalle un programma portato avanti da tempo nella penisola. Il progetto nazionale viene portato avanti dal Centro Italiano di Solidarietà sin dal 1971, anno in cui è nato ufficialmente il Ce.I.S.: a partire da quella data si sono registrati periodi di stretta collaborazione con il Day Top Village di New York, nonché l’avvio di programmi terapeutici ad opera di alcuni

collaboratori del Ce.I.S. in varie città italiane, sino a giungere, nel 1981, alla nascita della “Federazione Italiana delle Comunità Terapeutiche”, con don Mario Picchi in qualità di presidente e la partecipazione di tutti i Ce.I.S., uniti da un medesimo programma (M. P. Lai Guaita, 1988). L’ Aquilone, operante fin dal 1988 e noto anche come Centro Sardo di Solidarietà (Ce.S.S.), è attualmente diretto da don Carlo Follesa e segue lo stesso programma dei Ce.I.S., denominato “Progetto Uomo”. La filosofia di base è quella di chi vuole considerare l’ uomo non per quel che è stato il suo passato, ma per ciò che vuole fare e che costruirà da quel momento in poi. È necessario portare alla luce le potenzialità nascoste del soggetto tossicodipendente, passando anche attraverso il recupero dei rapporti familiari. Questo è un punto decisamente importante per l’ Aquilone, così come per i Ce.I.S. presenti nel territorio nazionale, tant’ è vero che si richiede la presenza dei familiari sin dai primi incontri, allo scopo di portare avanti il progetto parallelamente col ragazzo e con la famiglia.

Il programma è diviso in fasi e tempi definiti: la fase di *Accoglienza*, di tipo non residenziale, dura dai sette agli otto mesi. È in questa fase che si punta molto sui rapporti familiari e di coppia, coinvolgendo nel programma non solo il diretto interessato ma anche la famiglia. In questa fase il Ce.S.S. ospita in casa famiglia quei ragazzi che non possono contare sul sostegno dei familiari. La fase della *Comunità Terapeutica* costituisce il periodo residenziale del Progetto Uomo e dura mediamente nove mesi, seguita a sua volta dalla fase di *Reinserimento*, portata in maniera personalizzata e della durata di un anno. Il reinserimento è graduale, e prevede un primo periodo di lavoro in accoglienza (per portare la propria esperienza e fungere da esempio ai nuovi arrivati), un successivo stadio di lavoro esterno alla comunità pur continuando a vivere all’ interno di essa, sino a giungere ad un definitivo distacco dalla comunità (M. P. Lai Guaita, 1993).

L’ Aquilone possiede alcuni centri in Sardegna: la comunità di Flumini è attiva dal 1989 e svolge un’ attività sia di tipo semiresidenziale/diurno che di tipo residenziale. La comunità residenziale, convenzionata con l’ Azienda U.S.L., accetta ragazzi di ambo i sessi che abbiano esclusivamente problemi di tossicomania. Nel 1996 la comunità ha avuto 73 ospiti (65 ragazzi e 8 ragazze), seguiti da un’ équipe di medici, psicologi, sociologi, educatori, pedagogisti ed alcuni operatori con una passata esperienza di tossicomania. Ai fini della riabilitazione, oltre all’ ergoterapia sono previsti colloqui di sostegno, gruppi di auto-aiuto e terapie di tipo individuale, familiare e di gruppo. Per quanto riguarda la comunità diurna il discorso è analogo.

Ciò che cambia sono ovviamente la modalità di permanenza (si tascorrono mediamente 8 ore al giorno in comunità, ma si torna a dormire a casa) ed il numero di ospiti ammesso a questo tipo di attività, che è piuttosto ridotto. Nel 1996 sono stati ospitati 8 ragazzi, tutti inviati dal Ser.T. per l'attuazione del programma terapeutico (l'utenza ammessa a questo tipo di programma è mista).

Una seconda comunità di tipo residenziale è quella situata ad Assemini, che ha iniziato la propria attività nel 1990 e nell'arco del 1996 ha registrato 76 ospiti (64 uomini e 12 donne), seguiti da 19 operatori. Fanno infine parte dell'associazione L'Aquilone il Centro di Solidarietà di Via Logudoro, a Cagliari, e due Case di Accoglienza situate a Selargius e Sinnai (Ufficio Statistiche - Prefettura di Cagliari, 1996).

**2.2. Il fondatore dell'Associazione Mondo X - Sardegna**<sup>3</sup> - La prima comunità per tossicodipendenti sorta in Sardegna deve la sua nascita all'impegno di padre Salvatore Morittu. Nato a Bonorva il 29 settembre del 1946 da una famiglia di pastori e contadini, trascorse la fanciullezza all'interno delle associazioni cattoliche del paese. La frequentazione di questi ambienti e la simpatia provata nei confronti dei frati lo condussero ben presto a lasciare gli impegni dell'azienda di famiglia per seguire la strada della fede.

Ultimo di quattro figli, padre Salvatore non è stato l'unico in famiglia a prendere i voti: anche la sorella Antonietta ha sviluppato la vocazione che l'ha condotta a diventare suora.

All'età di undici anni Salvatore si iscrisse al seminario francescano di Bonorva, proseguendo gli studi al ginnasio di Sassari, dove conobbe padre Dario Pili, diventato poi una figura determinante per l'interessamento di padre Morittu al mondo della droga. Il noviziato si svolse in Toscana, nel convento francescano sul monte della Verna (dove si trova anche la cappella in cui San Francesco d'Assisi ricevette le stigmate). La vita in convento era scandita da preghiera, studio e lavoro, ed ogni tre mesi i frati stabilivano l'idoneità dei novizi a proseguire nel loro cammino.

Concluso il noviziato e gli studi liceali, intraprese per quattro anni gli studi di teologia presso la Scuola teologica di Firenze, al termine dei quali ricevette la proposta di specializzarsi, per altri due anni, presso l'Istituto Biblico di Gerusalemme.

---

<sup>3</sup> Le informazioni sulla vita di padre Salvatore Morittu sono state estrapolate dalle seguenti fonti:  
- "Partenia in Callari", G. Murtas, 1996 (pp 17-23);  
- Intervista di L. Alfonso a Salvatore Morittu, per il mensile "Sardegna Oltre", n. 11 - novembre 1997;

Il distacco da Firenze fu sofferto, ma la partenza per la Terra Santa si presentava come una buona opportunità per riflettere: padre Morittu temeva, facendosi sacerdote, di diventare “un semplice funzionario”, perdendo così gli aspetti fondamentali del suo essere francescano. In Israele ebbe modo però di comprendere che l’essere sacerdote non comporta un distacco dalla vita e dai problemi della gente. Rientrò quindi in Sardegna nel ‘72, e venne ordinato sacerdote a Bonorva il 26 agosto di quello stesso anno, dall’ arcivescovo di Sassari (che allora era Monsignor Paolo Carta).

Trascorse il primo anno di sacerdozio al paese natìo, riorganizzando il seminario ed iniziando ad occuparsi dei giovani. Dal ‘73 al ‘78 si allontanò nuovamente dalla Sardegna per frequentare il corso di studi in Psicologia - con indirizzo clinico - all’ Università “La Sapienza” di Roma, dove si laureò a pieni voti.

Rientrato in Sardegna nel 1978, venne reso quasi subito partecipe dell’ allora emergente problema della tossicodipendenza, ambito nel quale è tuttora pienamente coinvolto con entusiasmo e devozione, oltre ad una grande professionalità .

Padre Morittu in quasi vent’anni di attività nel campo delle tossicodipendenze si è distinto non solo per il suo operato all’ interno delle comunità, ma anche per aver favorito la conoscenza del problema all’ esterno, promuovendo conferenze su droga ed infezione da HIV in scuole, centri culturali e gruppi di vario genere.

Il 1997, per padre Salvatore, è stato contrassegnato dal suo 25° anniversario di Sacerdozio, ma soprattutto dall’ impegno rivolto alla sensibilizzazione ed alla ricerca di fondi per la fondazione di una Casa famiglia per malati di AIDS, che verrà al più presto inaugurata presso il Convento di Sant’ Antonio Abate, a Sassari.

**2.3. Nascita della prima comunità sarda** - E’ proprio agli inizi di quella che abbiamo identificato come terza fase nella diffusione della droga in Italia, che padre Eligio Gelmini scrive una lettera aperta a tutti i Ministri Provinciali d’ Italia, tra cui padre Dario Pili, allora Ministro Provinciale dei Frati Minori della Sardegna.

Nella lettera (risalente all’ ottobre del 1978) padre Eligio faceva riferimento alla drammatica situazione cui l’ intero Paese stava andando incontro ed al deserto che, a livello pubblico, ci si trovava davanti dal punto di vista degli interventi (Z. Corona, 1983). A tutto ciò aggiungeva una precisa proposta, ossia quella di far sì che in ogni regione si destinasse qualche vecchio convento di campagna come luogo di accoglienza per i drogati che si ritrovavano ai margini della società, e che alcuni



confratelli fossero coinvolti per dedicarsi anima e corpo al problema. Tutto ciò con lo scopo da un lato di contribuire alla soluzione di tale problema, e dall'altro per fungere da buon esempio e da stimolo per analoghe iniziative future.

Padre Dario fu favorevolmente colpito dalla proposta di Eligio, tanto che coinvolse subito nel progetto padre Salvatore Morittu. Quest'ultimo studiò attentamente il programma consegnatogli e, considerando il progetto valido e realizzabile, diede la propria disponibilità a farsi carico del problema.

Il Padre Provinciale visitò subito la comunità di Eligio a Cozzo Lomellina, dopodiché mandò quattro frati (tra cui lo stesso Salvatore) a fare altrettanto (G. Murtas, 1996). In pochissimo tempo arrivò il permesso dei frati sardi di sollevare padre Salvatore dagli altri impegni affinché si dedicasse interamente a questo progetto. Fu così che padre Salvatore si recò nuovamente, nel settembre del 1979, a Castel di Cozzo per un periodo di tirocinio (questo su sua esplicita richiesta, perché non si sentiva ancora preparato ad affrontare il mondo della droga, con cui non aveva avuto alcun contatto prima d'allora).

Vi furono diversi incontri tra padre Eligio, padre Dario e padre Salvatore per affinare le questioni organizzative, e quando giunse il permesso del governo dei frati sardi di destinare il convento seicentesco di San Mauro a questa iniziativa, si ebbe finalmente la nascita in Sardegna della prima comunità per tossicodipendenti, inaugurata ufficialmente alla Fiera Campionaria di Cagliari il 26 gennaio 1980. Si può citare questa data come un vero e proprio avvenimento non solo per via della nascita della prima comunità, ma soprattutto perché è la prima iniziativa di stampo chiaramente sociale affrontata dai frati sardi.

**2.4. Il convento di San Mauro**<sup>4</sup>- Le prime fonti relative all'esistenza del convento risalgono all'inizio del XVII secolo, epoca in cui il quartiere Villanova era attorniato da muraglie e terrapieni e aveva i suoi accessi dalla Porta Romero (nell'attuale zona attorno a via San Domenico) e dalla Porta Cavagna, vicino all'attuale chiesa di San Cesello, in via San Giovanni.

Nel quartiere, oltre a un buon numero di residenti sardi, vi erano alcuni insediamenti di religiosi, prevalentemente domenicani e benedettini, che svolgevano vita conventuale pregando e lavorando negli orti annessi agli stessi edifici.

---

<sup>4</sup> Le informazioni del presente paragrafo sono tratte da un lavoro inedito della comunità di San Mauro.

Furono appunto i benedettini a fondare, agli inizi del Seicento, l'insediamento di San Mauro, che fu donato ai francescani in seguito a numerose pestilenze, ad una diminuzione delle vocazioni ed alla costruzione in Villanova nel 1643 della chiesa e del convento di San Benedetto.

La chiesa di San Mauro - originariamente costituita da un'unica navata - deve probabilmente il suo nome all'omonimo martire sardo, anche se c'è chi ipotizza - essendo i fondatori benedettini - che si possa trattare di San Mauro abate, seguace di San Benedetto, fondatore del monachesimo occidentale.

I preparativi per la costruzione del convento iniziarono nel novembre 1646 e si protrassero sino al 1650. È del 23 febbraio di quell'anno l'atto di fondazione del convento, inizialmente costituito da un unico braccio e circondato da una grande estensione di terreno.

L'ampliamento del convento avvenne nel 1680, anno in cui furono costruiti altri tre bracci uguali al primo. La chiesa venne ampliata con la costruzione di una navata perpendicolare alla vecchia (nel 1746 verrà aggiunta anche una cappella, la prima a destra rispetto all'attuale ingresso della chiesa), e sull'antico braccio del convento vennero erette le celle per i novizi, con finestre piccolissime, così come prevedeva l'architettura del piano inferiore.

Nel 1862 il convento venne occupato dai garibaldini, lasciando inizialmente ai religiosi il noviziato e la chiesa, per poi appropriarsi di tutto, quattro anni più tardi. Essendo però parte del convento costituita dall'ospizio di Terra Santa, il commissario di Terra Santa intentò al governo una causa, che vinse nel 1879, ottenendo come rifusione dei danni la restituzione dell'intero convento, della chiesa e dell'orto.

In seguito alle ristrutturazioni avvenute tra il 1897 ed il 1904 (in chiesa un altare in marmo sostituì quello in legno, le cappelle vennero modificate e nel convento i soffitti in ginepro vennero sostituiti da volte in mattoni) ed alla costruzione nel 1936 di un altro piano del convento e di un nuovo campanile per la chiesa, San Mauro assunse l'aspetto attuale: il convento si presenta ora con quattro bracci uguali chiusi in quadrato ed il chiostro in mezzo, con al centro un pozzo a base quadrata adornato da una struttura in ferro battuto.

Al pianoterra si trovano refettorio, cucina, lavanderia, stireria, magazzini, locali di lavoro e i parlatori per il centro di accoglienza della comunità; al primo piano si trovano gli uffici, la biblioteca e gli alloggi delle ragazze, mentre i ragazzi occupano il secondo piano. I frati, per far posto alla comunità, si sono trasferiti

nell'ex Commissariato di Terra Santa. A sud del fabbricato è rimasto l'orto e, in un angolo del giardino, è stato ricavato un campo di calcio.

Unica significativa modifica alla struttura del convento, avvenuta quando la comunità di Mondo X già vi era residente, riguarda la riduzione delle aiuole presenti lungo il perimetro interno del chiostro e l'abbattimento degli alberi, le cui radici stavano mettendo a rischio le antiche fondamenta.

**2.5. San Mauro: storia della comunità** - La comunità di San Mauro, oltre ad essere la prima, possiede anche la peculiarità di essere sorta in pieno centro urbano. La scelta del convento non è stata inizialmente condivisa dai giovani del quartiere, che hanno visto venir meno il loro principale punto di ritrovo (parte dei locali ora sfruttati dalla comunità erano prima utilizzati per lezioni di catechismo o come sale giochi), così come da alcune famiglie, diffidenti di fronte alla nuova situazione. D'altra parte ci sono state anche diverse persone che sin dagli inizi si sono prodigate con forme di volontariato o direttamente con cibo o denaro, mostrando cieca fiducia nelle possibilità di riuscita di una simile iniziativa.

Per quanto riguarda la diffidenza, questa era ancor più tangibile da parte dei tossicodipendenti, nauseati da un lato per la vita condotta sino a quel momento, ma d'altra parte visibilmente preoccupati che lo scopo di una comunità retta da frati non fosse che quello di raccogliere nuovi adepti. Temevano, in sostanza, un lavaggio del cervello. Ciò nonostante, alla fine a prevalere era la ripugnanza per l'ambiente frequentato, cosicché i tossicodipendenti cominciarono a bussare alla porta di San Mauro.

L'inizio non fu certamente incoraggiante: i ragazzi erano pochi, arrivavano e scappavano via dopo qualche giorno di permanenza. Il tipo di intervento che si voleva portare avanti era all'epoca sicuramente innovativo, e i tossicomani non erano pronti ad accettare quella nuova vita dura e piena di regole, né tantomeno erano disposti a sottostare ad un lungo processo di ricostruzione dell'uomo, che era appunto ciò che ci si prefissava.

All'apertura della comunità, padre Salvatore Morittu fu affiancato da due ex tossicodipendenti mandati da Cozzo Lomellina, e da un gruppo di volontari. Si sono poi avute numerose riorganizzazioni col passare degli anni, sia relativamente alle figure succedutesi in comunità, sia per quanto riguarda i compiti ad esse assegnati. Nel tempo è aumentato il numero dei volontari, e si è avuta una maggiore

articolazione dei compiti a loro assegnati. Tanto per citare un esempio, basta pensare al ruolo educativo, che inizialmente era affidato in maniera quasi esclusiva a chi trascorrevva in comunità ventiquattr'ore al giorno<sup>5</sup>. Un'altra modifica realizzata nel tempo, e tuttora in fase di aggiornamento, riguarda il rapporto con le famiglie, di cui si parlerà più approfonditamente in seguito.

La comunità è in grado di ospitare circa 25 ragazzi. Sino al mese di settembre del 1997 era una comunità mista, ma con il completamento del programma e l'uscita di due ragazze, la comunità è diventata esclusivamente maschile, per la prima volta dalla sua nascita.

Attualmente il responsabile di San Mauro è Annibale Cois, ingegnere, residente nel convento dal settembre del 1992, in seguito a precedenti esperienze fatte nelle altre due comunità di Salvatore Morittu. A supporto del responsabile vi è un buon numero di volontari esteri, con diverse professionalità, che garantiscono il regolare svolgimento delle attività formative, un obiettore (risale ad oltre dieci anni fa la convenzione col Ministero della Difesa che permette ad un obiettore di coscienza di prestare servizio civile in comunità), il personale amministrativo e una psicologa, affiancata da un'operatrice, le quali si occupano esclusivamente del centro di accoglienza.

Tra gli operatori delle comunità di padre Morittu (ma la cosa è decisamente frequente un po' in tutte le comunità) non è raro riscontrare la presenza di alcuni membri con un passato di tossicomania. Si tratta di individui spesso recuperati nella stessa struttura nella quale ora lavorano, o in un'altra con programma analogo, i quali ritengono la comunità un così valido mezzo di recupero da voler continuare a prestarvi la loro opera<sup>6</sup>.

La presenza di ex tossicodipendenti in una struttura di recupero è indispensabile sia come esempio per i nuovi, sia perché nessuno meglio di loro può comprendere lo stato d'animo di chi giunge in comunità dopo l'esperienza vissuta in strada. Allo stesso modo sono indispensabili i volontari, che mettono a disposizione se stessi e la loro specifica professionalità. Non bisogna poi dimenticare l'apporto dei ragazzi 'anziani', che continuano ad essere inseriti nel programma: anche loro partecipano

---

<sup>5</sup> Informazioni raccolte in un'intervista libera ad Annibale Cois, responsabile della comunità San Mauro.

<sup>6</sup> Non si deve vedere in questo fatto una necessità, da parte degli ex tossicodipendenti, di mantenere un rapporto di continuità con la struttura in cui sono stati recuperati. A questo proposito, il follow-up condotto nelle comunità di Mondo X - Sardegna ha rilevato come solo il 26% mantenga rapporti regolari con la comunità. È quindi disconfermata l'opinione comune di dipendenza. (Cfr A. Cois, L. Ganadu, S. Morittu, Uno studio di follow-up su 545 eroinomani ammessi in comunità residenziale tra il 1980 e il 1992, in Boll. per le farmacodip. e l'alcoolismo, anno XVIII, 1985, n° 3).

alle riunioni settimanalmente fissate col responsabile e i volontari, per discutere gli aspetti organizzativi. Hanno un ruolo di responsabilità, e sono affiancati dai volontari in modo da sfruttare tutti gli apporti trovando il giusto equilibrio.

I responsabili si aggiornano seguendo i corsi organizzati periodicamente dal Ministero della Sanità e da altri enti in tema di tossicodipendenze e AIDS. I responsabili delle tre comunità si riuniscono poi per due stages annuali di quattro giorni a scopo riorganizzativo e formativo, oltre che per riunioni a scadenza bimestrale con gli operatori dei centri di accoglienza e i volontari che operano a diretto contatto con i giovani della comunità (v. nota 3).

Pur godendo di piena autonomia gestionale, anche San Mauro condivide le linee di principio tipiche dell'associazione di padre Eligio, tra cui quella di considerarsi comunità di vita. Si interviene farmacologicamente solo nei casi strettamente necessari, proprio perché il tossicodipendente non è considerato un malato e, pertanto, si evita di trattarlo come tale.

La tossicodipendenza è considerata una sorta di 'indigestione di vita', e lo scopo della comunità diventa quello di aiutare l'individuo a ricostruire da zero una vita diversa. Il processo non deve però essere quello di assunzione passiva di nuove norme: il ragazzo deve trovare in se stesso la forza per andare avanti, facendo proprie determinate regole di vita.

**2.6. S' Aspru** - S' Aspru è la seconda comunità di Mondo X sorta in Sardegna, nata ufficialmente il 22 maggio 1982 nel comune di Siligo, in quella regione dell'Isola denominata Meilogu. L'edificio ed il terreno circostante vennero dati in uso a padre Salvatore dall'arcivescovo di Sassari, per attuarvi il progetto di una nuova comunità. L'edificio era stato in passato l'abitazione padronale del primo proprietario, il quale possedeva una delle più importanti aziende agricole della Sardegna. Passato successivamente attraverso diverse proprietà, venne donato dalla vedova Donna Annunziata Murgia Vivanet all'arcivescovo "pro-tempore" di Sassari, nel 1945 (Z. Corona, 1983). Per anni l'abitazione venne sfruttata da gruppi ecclesiali e da scouts per ritiri e campi estivi, sino al sopracitato 1982, anno in cui Salvatore Morittu vi si trasferì con un gruppo di ragazzi di San Mauro, allo scopo di impiantarvi un centro agricolo per il recupero dei tossicomani.

A differenza di San Mauro, il posto era disabitato da tempo: solo alcuni pastori avevano utilizzato fino a poco tempo prima alcuni locali ed il pascolo circostante, e la casa necessitava di ingenti restauri per poter essere resa abitabile.

Un'ulteriore problema veniva dagli abitanti della zona, che si collocarono in un'iniziale posizione di incomprensione e diffidenza nei confronti della comunità. L'amministrazione comunale di Siligo, dal canto suo, puntava a rilanciare la zona con una struttura agrituristica, per cui era ugualmente poco propensa ad accogliere drogati.

Giunti in sordina da San Mauro, i ragazzi riuscirono col loro lavoro a rimettere in sesto la casa e a rendere il terreno nuovamente produttivo, guadagnandosi così il rispetto di un numero sempre maggiore di persone ed eliminando parte dei pregiudizi che animavano gli abitanti della zona.

La comunità usufruisce attualmente di 40 ettari di terreno, la cui proprietà è così ripartita: 14 ettari donati dall'arcivescovo di Sassari, 18 ettari acquistati dai frati in seguito ad una vantaggiosa offerta fatta da un pastore, e la restante parte data in uso alla comunità da alcuni contadini.

È una comunità mista, in grado di ospitare una trentina di giovani (di cui le donne sono solitamente non più del 10%). Dal novembre del '92 la responsabilità di S'Aspru è stata affidata a Sandra Buondonno e Paolo Manconi. Sandra era già stata responsabile di S'Aspru, dall'85 all'87, periodo in cui ha conosciuto Paolo. Nell'87 è diventata responsabile di Camp' e Luas, dove è tornata nell'89, dopo aver trascorso un anno come responsabile a San Mauro. Paolo, entrato in comunità nel 1985, ha affrontato i primi tre anni e mezzo del suo percorso a S'Aspru. Trasferito poi a San Mauro, divenne coordinatore ai colloqui per coloro che volevano entrare in comunità, insieme a Sandra, che si spostava da Camp' e Luas appositamente per i colloqui. Nell'89 lasciarono entrambi le comunità di Mondo X, per tornarvi come responsabili tre anni più tardi. Attualmente sono sposati e risiedono a tempo pieno in comunità insieme ai loro due bambini.

Tutte le comunità sarde di Mondo X operano con la medesima filosofia e identiche regole. Nella modalità di conduzione non esistono differenze tra una comunità e l'altra, se non quelle dettate da esigenze di spazio (la collocazione di San Mauro, nei pressi del centro storico di Cagliari, non consente per ovvii motivi l'allevamento di animali, così come la mancanza di terreno impedisce di praticare colture invece possibili nelle altre tre comunità).

I lavori a S' Aspru sono rivolti prevalentemente ai settori agricolo e zootecnico: si effettuano coltivazioni orto-frutticole, estensive (grano, orzo, avena) e foraggere. Vi sono buoni pascoli che permettono l'allevamento di pecore e bovini, oltre che maiali, pollame e conigli. La comunità è resa parzialmente autosufficiente anche dalla produzione di derivati (uova, formaggi e salumi) e dai lavori di restauro della casa, effettuati dagli stessi residenti.

La falegnameria e la metallotecnica sono momentaneamente bloccate, nell'attesa che l'EN.A.I.P. (Ente Nazionale Acli Istruzione Professionale) promuova nuovi corsi (informazioni ottenute in un'intervista libera fatta a S' Aspru a P. Manconi il 21/9/97).

**2.7. Campu 'e Luas** - La comunità di Campu 'e Luas sorse nel 1985 nell'omonima zona del Comune di Uta, a pochi chilometri da Capoterra. In origine era una proprietà dell'EN.A.O.L.I. (Ente Nazionale Assistenza Orfani Lavoratori Italiani), che utilizzava la struttura come collegio-scuola per accogliere ragazzi orfani. Vi si tenevano corsi di scuole elementari, medie e professionali agrarie. L'azienda comprendeva 160 ettari di terreno coltivabile, da utilizzare per l'avviamento al lavoro dei giovani residenti. Il complesso è costituito da quattro padiglioni separati che circondano un enorme spiazzo, al centro del quale è situata la chiesa: una struttura per niente piccola, secondo le usanze di quegli anni.

L'idea di aprire una terza comunità fu dettata dall'esigenza di accogliere il crescente numero di giovani che si presentavano ai centri di accoglienza. La scelta del posto fu invece legata al fatto che la struttura era da oltre dodici anni in stato di semi-abbandono: restavano solo il custode e alcuni operai che accudivano al bestiame dell'azienda. Alla luce di tutto ciò padre Morittu inoltrò domanda alla Regione per ottenere la scuola e 30 ettari di terreno.

Superate le iniziali reticenze da parte dell'amministrazione comunale nei confronti della nuova comunità, si giunse infine ad un accordo soddisfacente per entrambe le parti: la Regione cedette al Comune di Uta, per una cifra simbolica, l'ex scuola agricola dell'EN.A.O.L.I., mentre la proprietà venne poi ripartita tra l'associazione di Salvatore Morittu e una cooperativa di giovani disoccupati di Uta. Alla prima vennero affidati, per l'attuazione di una nuova comunità di recupero, i caseggiati e 30 ettari di terreno, mentre i restanti 130 ettari furono ceduti alla cooperativa. Attualmente l'estensione di Campu 'e Luas è aumentata, raggiungendo i

39 ettari, ed è sotto la responsabilità di Pierluigi Serra che, dal mese di ottobre 1997, vi risiede a tempo pieno con la moglie Angela, la quale non ricopre particolari incarichi all'interno delle comunità Mondo X.

Nel settembre del 1991 a Campu 'e Luas si aggiunse Campu 'e Luas II. Ufficialmente non si trattava di due comunità distinte, bensì di una comunità con due moduli. Quella dei moduli è una soluzione prevista dalla legge in caso di comunità con più di trenta residenti, anche se da un punto di vista legale non esistono precise indicazioni su come debba essere articolata l'attività all'interno di ciascun modulo e tra i diversi moduli. In assenza di indicazioni, questi aspetti organizzativi sono lasciati a discrezione dei singoli responsabili delle comunità. A Campu 'e Luas si è scelto di interpretare in senso estremizzato i moduli, dando luogo a due gruppi che conducevano vita pressoché separata, pur vivendo nello stesso territorio.

L'ambiguità della legislazione sui moduli fa sì che due comunità, entrambe con moduli, possano avere un tipo di organizzazione molto diversa l'una dall'altra: una comunità numerosa che si limiti a fare delle riunioni per gruppi ristretti, conducendo per il resto vita in comune, rientra comunque in un così vago concetto di modularità.

Ultimamente i due moduli di Campu 'e Luas sono stati riuniti in un unico gruppo di una trentina di elementi, in quanto dopo le uscite dell'estate 1995 i residenti sono rimasti in numero sufficiente a portarne avanti uno solo.

Campu 'e Luas ha solo residenti di sesso maschile, ed il numero di membri previsto per questa comunità è fissato appunto in una trentina di elementi, come per S' Aspru (è questo il numero considerato dai responsabili ottimale per la gestione delle varie attività)<sup>7</sup>.

Oltre ai lavori di cucina, pulizia e muratura affrontati in tutte le comunità, a Campu 'e Luas (situata come S' Aspru in un contesto agro-pastorale) si coltivano i campi, è praticata la coltivazione in serra e vengono allevati bovini e animali da cortile (galline, tacchini, maiali ecc.). Le uova delle galline, oltre che soddisfare il fabbisogno della comunità, sono barattate in cambio di avena per gli animali. Anche i prodotti dei campi, coltivati tutti senza fare uso di prodotti chimici, sono in parte venduti ad un'azienda che tratta esclusivamente prodotti biologici. Per quanto riguarda l'attività artigianale è inoltre praticata la lavorazione del ferro e del legno.

---

<sup>7</sup> Informazioni ottenute in un'intervista libera ad A. Cois.



Come si vedrà meglio nella parte relativa ai metodi utilizzati in comunità, l'ergoterapia ha principalmente funzioni terapeutiche, ma è anche un importante mezzo di sussistenza: basti pensare al fatto che gli infissi e buona parte del mobilio delle tre comunità provengono dalle falegnamerie delle comunità stesse. A scopo di autofinanziamento le comunità organizzano periodicamente delle mostre, per la vendita di oggetti prodotti dai residenti: vi si può trovare da piccoli portagioie e soprammobili a interi armadi, fatti seguendo lo stile dell'artigianato sardo (i manufatti in legno messi in vendita provengono generalmente da Campu 'e Luas, dal momento che la falegnameria di San Mauro funziona solo per lavori interni e quella di S' Aspru è al momento sprovvista di un maestro). Oltre ai prodotti della falegnameria vengono messi in vendita quelli del laboratorio di ceramica, della legatoria, della metallotecnica (alari per camino, spiedi e svariati oggetti di pregevole fattura) e prodotti alimentari (olio, salumi e formaggi), ovviamente sempre in base alle disponibilità del momento.

## CAPITOLO 3

### L' ORGANIZZAZIONE DELLE COMUNITA'

#### “MONDO X - SARDEGNA”

**3.1. Programma terapeutico** - Nel percorso che il nuovo arrivato deve affrontare non esistono delle fasi di intervento ben distinte, tipiche invece dell'organizzazione di altre comunità, come il CeIS di don Mario Picchi. Per le caratteristiche che presentano, le comunità di Mondo X rientrano nella definizione di comunità implicitamente terapeutiche<sup>8</sup>, dove non esistono tempi prefissati per tutti, e chi entra deve prepararsi a diventare parte di un microcosmo con regole differenti e spesso contrapposte a quelle cui era precedentemente abituato. Alle comunità si accede dopo aver partecipato ad una serie di colloqui settimanali, tenuti in uno dei due centri di accoglienza che si trovano a Cagliari e a Sassari.

La principale modalità di intervento consiste nell'ergoterapia, ossia la terapia del lavoro. Questa ha un duplice scopo: da un lato di rimettere in moto e fortificare il fisico logorato da anni di tossicodipendenza. Dall'altro ha l'importantissima funzione di impedire alla persona di pensare frequentemente al passato. A questo proposito si fa sempre molta attenzione alla precedente professione di chi entra in comunità: non si metterà un manovale a praticare lavori di muratura, o un agricoltore a lavorare nei campi. E' necessario che la persona si impegni in un'attività nuova, che richieda dispendio di energie ed assorba tutta la sua attenzione (poca, peraltro, dal momento che la capacità di concentrarsi su un compito risulta sempre seriamente minata dall'uso prolungato di eroina - M.P. Lai Guaita, 1988). Tutti i lavori vengono svolti in gruppo, in quanto la comunità, più che sul lavoro in senso stretto, punta sull'esperienza di condivisione che, in questo modo, viene fatta giornalmente dai ragazzi (al lavoro è sempre associato il rapporto umano).

Periodicamente si ha il passaggio ad altre mansioni, sia per evitare una noiosa routine, sia per fornire ai residenti capacità e conoscenze che potranno poi tornare utili per un futuro reinserimento lavorativo. Naturalmente l'assegnazione ad un lavoro

---

<sup>8</sup>Le comunità esplicitamente terapeutiche si propongono al tossicodipendente come strutture utili alla liberazione di forze esistenti nella sua personalità, e allo sviluppo di un suo personale progetto di vita. Tale scopo è raggiunto con programmi e tempi piuttosto stabili. Le comunità implicitamente terapeutiche al contrario non prevedono fasi, rifiutano definizioni miranti a sottolineare il carattere terapeutico della loro attività, e si presentano come alternativa alla società rifiutata dal tossicodipendente. Cfr L. Cancrini, *Quei temerari sulle macchine volanti*, pag. 171, NIS, Roma 1982.

piuttosto che ad un altro rispetterà anche le effettive necessità del momento, dato che il lavoro in comunità ha funzioni di sussistenza, oltre che terapeutiche. Il lavoro tuttavia copre appena il 30% del fabbisogno. Le donazioni private costituiscono la principale fonte di sostentamento, dal momento che la comunità non ha convenzioni col settore pubblico. I contributi pubblici sono legati a progetti specifici, come le ristrutturazioni effettuate ultimamente a San Mauro e finanziate in parte dal Ministero dei lavori pubblici. Non si richiede il pagamento di una retta ai ragazzi o alle loro famiglie. Se vogliono, possono contribuire con offerte (solitamente queste sono in natura, con cibo, detersivi e similari).

L'assenza di fasi ben definite nel percorso non significa che manca una precisa organizzazione. La giornata in comunità poggia su tre precisi elementi: lavoro, cultura e formazione<sup>9</sup>.

Il lavoro occupa, per i motivi in precedenza visti, la maggior parte della giornata.

L'aspetto della cultura va curato in quanto è molto importante che il ragazzo riesca ad allargare i propri orizzonti, tanto più che il livello di scolarizzazione di chi accede in comunità è generalmente piuttosto basso. Le lezioni non rispettano i canoni del normale insegnamento scolastico, dal momento che il livello di preparazione non è uguale per tutti. Per coinvolgere l'intero gruppo si preferisce trattare degli argomenti specifici, generalmente proposti dagli stessi ragazzi in base ai loro interessi. Ogni comunità possiede una piccola biblioteca (parte dei testi proviene da donazioni di privati): i ragazzi sono continuamente stimolati alla lettura personale ed alla discussione in gruppo di quanto appreso. L'anno sociale è scandito da un regolare programma di conferenze, le cui date sono concordate precedentemente dai responsabili. I residenti si occupano inoltre della stesura, redazione e pubblicazione di un giornale che circola all'interno della comunità stessa.

La formazione, che comprende ovviamente gli altri due aspetti (lavoro e cultura), è complessivamente un processo molto lento, che in media supera i tre anni. È considerato questo l'elemento centrale, verso cui tutto converge. Lo scopo della comunità di Mondo X è quello di formare i suoi membri, e non di fornire un titolo di studio o di insegnare un mestiere. Un giovane è ritenuto pronto a lasciare la comunità non quando è diventato sufficientemente bravo nel lavoro oppure quando ha appreso

---

<sup>9</sup> le informazioni relative a questi tre fondamenti della vita comunitaria sono state ottenute in un'intervista libera ad Annibale Cois, responsabile della comunità di San Mauro.

un certo numero di nozioni e concetti, bensì quando ha plasmato se stesso in misura sufficiente da poter affrontare da solo situazioni nuove.

I mezzi che la comunità adopera per fare formazione sono di carattere formale (riunioni e dinamiche di gruppo, colloqui individuali, conferenze e simili) e informale (pasti comuni, momenti ricreativi e attività sportive, letture personali e conversazioni informali).

Il processo formativo è sempre qualcosa di estremamente complesso e soggettivo. Esiste comunque una linea di condotta generale: il processo dovrà avvenire dall'esterno verso l'interno. Ciò significa che a chi entra si richiede una modifica immediata del comportamento, che non è fine a se stessa ma rappresenta una tappa verso il raggiungimento di una situazione di equilibrio e coerenza tra il comportamento e le motivazioni e i valori sottostanti.

Il cambiamento esteriore avviene nei ragazzi in maniera piuttosto rapida, fin dai primi mesi. Il nuovo arrivato è costretto ad adottare un comportamento più consona al gruppo in cui sta andando ad inserirsi, dato che il suo atteggiamento da tossicomane sarebbe immediatamente smascherato da chi ci è già passato prima di lui. Il lavoro e l'assoluto divieto di alcol, farmaci e droghe (comprese le sigarette) contribuiranno poi al ristabilirsi del fisico. Il nuovo atteggiamento da un lato, e la vita sana condotta in comunità dall'altro, possono illudere le famiglie e i ragazzi stessi che i loro problemi siano risolti, senza rendersi conto che si tratta di un cambiamento solo superficiale, e un semplice passaggio ad un altro gruppo porterebbe ad un crollo di tutte le certezze. Per questo motivo occorrono tempi lunghi.

Il lavoro e le lezioni non sono le uniche attività: si pratica ginnastica e yoga. Ogni comunità possiede inoltre il suo immancabile campo di calcio, in cui i ragazzi giocano partite tra di loro o, in determinate circostanze, affrontando squadre di esterni.

Per ciò che riguarda televisione e riviste, non sono totalmente bandite, ma vengono certamente filtrate dal responsabile. I ritmi televisivi sono piuttosto blandi (mediamente una visione ogni dieci giorni, e sempre per film o trasmissioni mirate) e non circolano quotidiani. La comunità stessa è poi abbonata ad alcuni periodici, anche se c'è sempre un controllo da parte dei responsabili.

Settimanalmente si tengono delle riunioni, tra cui una sul modello della 'sedia calda'. Il predestinato (capita a tutti circa due volte l'anno) è oggetto di osservazioni sia in positivo che in negativo da parte degli altri membri del gruppo. Lo scopo non è

quello di trovare delle giustificazioni, ma di riflettere su quanto gli viene detto. Esiste anche una sorta di semaforo per bloccare quelle osservazioni che, essendo dettate solo da risentimento personale, non sarebbero produttive. Per evitare destabilizzazioni in coloro che sono entrati da poco, e allo stesso tempo per consentire al gruppo un periodo di osservazione sufficiente, non si fa la sedia calda prima di quattro, cinque mesi dall'ingresso in comunità<sup>10</sup>.

Sempre finalizzata a sostenere il nuovo entrato è la decisione di affidare quest'ultimo, chiamato 'figlio', ad un cosiddetto 'anziano', che in comunità è definito 'padre'. I nomi stessi lasciano intuire la funzione di questa coppia che, salvo problemi, dura stabilmente per diversi mesi. Il 'padre' è la principale figura di riferimento e di sfogo per tutti i dubbi e le paure che assillano il nuovo entrato in comunità. I due dormono nella stessa stanza e lavorano nello stesso gruppo. Il che non deve però far pensare che si crei una sorta di diade esclusiva, dato che il gruppo è così piccolo che si è sempre tutti a stretto contatto. Per motivi organizzativi o problemi specifici, le coppie vengono inoltre cambiate periodicamente.

Le regole sono dure, tanto più per chi era abituato a non averne: niente corrispondenza, visite o uscite nei primi tre mesi, niente isolamento né atteggiamenti violenti, niente rapporti sessuali e naturalmente niente alcool, droghe o farmaci. Tra gli effetti personali è consentito tenere giusto il necessario, mentre sono restituiti alle famiglie vestiti troppo vistosi, fotografie, gioielli, soldi, cosmetici e simili.

Chi leggesse il regolamento interno potrebbe pensare ad una eccessiva rigidità nei metodi, ma ogni regola ed ogni divieto hanno una precisa ragione d'essere. Il divieto di qualunque tipo di sostanza, anche in caso di crisi d'astinenza, è ad esempio mirato a sostituire il sostegno della droga col sostegno psicologico fornito dal gruppo. Il totale isolamento con l'esterno nei primi mesi, così come il divieto di tenere determinati effetti personali, non vuole essere una punizione per il ragazzo, piuttosto un modo per evitare qualunque tipo di tentazione in un periodo così critico per lui. I quotidiani, soprattutto nel primo periodo, non circolano allo scopo di tenerlo lontano dalle ansie del mondo che lo circonda. Se poi è utile una separazione momentanea col mondo esterno, al contrario assolutamente da evitare è un isolamento dal gruppo della comunità, visto che ciò cui mira la comunità è proprio una crescita mediante la condivisione.

---

<sup>10</sup> Anche nel caso in cui il nuovo entrato è emotivamente in grado di reggere il ruolo di 'imputato' in questo tipo di riunione, non ha senso farla, in quanto il gruppo non lo conosce ancora abbastanza.

Altro punto molto importante riguarda il divieto dei rapporti sessuali, motivato dal fatto che il drogato strumentalizza anche questi. Il desiderio della droga per un tossicomane è così compulsivo da superare la fame, la sete e il sesso. Occorre tempo per far recuperare i valori e principi dell'amore e del rapporto di coppia in pieno rispetto per l'altra persona.

Il porsi della comunità come gruppo sociale alternativo, il divieto ad isolarsi dai compagni, la tecnica della sedia calda, sono tutti particolari che potrebbero far pensare ad una discendenza diretta della filosofia delle comunità sarde di Mondo X da quella dei centri americani Day Top (cfr. M.P. Lai Guaita, 1988). Padre Salvatore Morittu però nega l'esistenza di alcun aggancio diretto con i programmi americani, sottolineando invece l'originalità del programma adottato, frutto di precise conoscenze storiche e dell'esperienza francescana di rapporti di comunità.

**3.2. La quotidianità** - Le giornate all'interno delle comunità di Mondo X sono scandite da impegni e orari ben precisi. Vi sono attività fisse da svolgere quotidianamente o in precisi giorni della settimana. La giornata è articolata nel modo seguente:

Ore 06,45 > Sveglia.

Ore 07,00 > Lavori di pulizia e riordino delle stanze.

Ore 07,45 > Colazione.

Ore 08,15 > Lavoro nei settori. I ragazzi si dividono in gruppi, ed ogni gruppo svolge il lavoro in un determinato settore (lavoro nei campi, legatoria, metallotecnica, falegnameria, pulizie della casa, lavori di muratura, ecc.).

Ore 13,00 > Pranzo.

Ore 14,00 > Il gruppo che è di servizio svolge le pulizie in cucina e nel refettorio.

Per gli altri questo è un momento di riposo.

Ore 15,00 > Si riprendono i lavori come al mattino.

Ore 18,00 > Si fa la doccia e ci si cambia.

Ore 19,00 > Attività, che variano in base al giorno della settimana. Il lunedì si tiene una riunione organizzativa per il lavoro di tutta la settimana. Il martedì è dedicato alla ginnastica o alle conferenze. Il mercoledì si fa la dinamica, o "sedia calda". Il giovedì yoga. Il venerdì ed il sabato sono intercambiabili: in genere ci si occupa della redazione del giornale della comunità oppure, una

volta ogni 15 giorni, un ragazzo tiene una lezione su un argomento precedentemente stabilito.

Ore 20,00 > Cena.

Ore 21,00 > Dopocena: ogni sera una coppia di ragazzi propone dei giochi da loro preparati nella pausa del dopopranzo. Si tratta di un momento di formazione attraverso il gioco. Nella riunione organizzativa del lunedì, tra le altre cose si stabiliscono anche le coppie che dovranno giorno per giorno preparare questi momenti ludici.

Ore 22,00 > A letto. Chi vuole può tenere accesa la luce per un' ora, generalmente utilizzata per leggere, scrivere o prepararsi la lezione.

Ore 23,00 > Si spengono le luci.

**3.3. L' accoglienza** - Chiunque voglia entrare in comunità deve prima sostenere dei colloqui nel centro d' accoglienza.

Il tipo di utenza che si rivolge all' accoglienza è prevalentemente regionale. Non esiste nessuna pregiudiziale nei confronti di chi viene da fuori, di fatto però si verifica un' autoselezione, in quanto chi vuole entrare in comunità deve presentarsi regolarmente ai colloqui preliminari per almeno un mese e, di conseguenza, trovarsi una sistemazione per quest' arco di tempo. E' questa difficoltà che all' atto pratico seleziona molto, restringendo il bacino d' utenza alla Sardegna e in particolar modo a Cagliari e Sassari, sia perché è in queste province che si avverte con maggiore intensità il problema della tossicodipendenza, sia perché nei due capoluoghi sono situati i centri di accoglienza.

Il carattere prevalentemente regionale dell' utenza non esclude la presenza, per quanto esigua, di individui provenienti da altre regioni. Molto spesso si tratta di persone che hanno qualche legame con la Sardegna, oppure dei parenti da cui farsi ospitare durante il periodo dei colloqui, pertanto scelgono questa soluzione per allontanarsi dal loro giro di amicizie. Ci sono alcuni casi di ragazzi che giungono dai centri di accoglienza di Mondo X presenti nella penisola. Il che è possibile in quanto, pur essendo totalmente distinte da un punto di vista organizzativo, l' impostazione è analoga. In presenza di situazioni particolari si accettano, dunque, anche coloro che hanno già terminato i colloqui e non possono essere inseriti per una serie di motivi in nessuna delle comunità della penisola. Allo stesso modo può capitare che

l'accoglienza di San Mauro, in caso di necessità, invii un ragazzo che ha sostenuto i colloqui presso di loro in una delle comunità gestite da padre Eligio.

Volendo esaminare attentamente le percentuali, si è registrato negli anni un numero significativo di persone provenienti dalla Puglia. Il dato è giustificato dal fatto che un ex tossicodipendente recuperato nelle comunità di padre Morittu lavora attualmente in un Ser.T. pugliese, e indirizza a questa comunità coloro che desiderano cambiare totalmente ambiente.

I colloqui iniziali, di tipo informativo-motivazionale, sono finalizzati alla conoscenza delle problematiche psicologiche dell'individuo ed alla sua preparazione all'ingresso. Lo scopo è quello di fornire informazioni sulle regole della comunità, raccogliere informazioni relative alla storia passata del soggetto, ma soprattutto scoprire fino a che punto questi è motivato ad affrontare il percorso di recupero. I ragazzi che chiedono di entrare sono parecchi, probabilmente anche perchè, all'attuale stato di cose, le comunità sembrano offrire le maggiori possibilità di salvezza dall'ambiente della droga. Non potendo consentire l'accesso a tutti coloro che ne fanno richiesta (anche perchè la situazione diventerebbe ingestibile), la comunità cerca di vagliare a fondo le reali motivazioni dei singoli, per prendere poi quelli che almeno sul momento sembrano maggiormente risolti ad abbandonare il 'giro'. Vista poi la limitata disponibilità di posti, quando è possibile si cerca di dare la precedenza a coloro che hanno alle spalle il passato di tossicomania più grave o che appartengono ad un ambiente familiare particolarmente degradato, e quindi incapace di farsi carico di ulteriori situazioni problematiche.

Sono pochi quelli che portano a termine i colloqui: la maggior parte rinuncia dopo il primo o il secondo appuntamento, spaventati dal duro regime vigente in comunità. Il motivo per cui si danno subito informazioni approfondite su obblighi e divieti della vita comunitaria è proprio quello di mettere alla prova la motivazione dei soggetti. Per lo stesso motivo si è soliti richiedere almeno sei o sette colloqui, ai quali occorre presentarsi una volta alla settimana. Chi manca a qualche appuntamento, salvo situazioni particolari, dovrà ricominciare daccapo, come un nuovo arrivato (i colloqui perdono di efficacia se non si svolgono con regolarità).

La percentuale di abbandoni in fase di accoglienza è molto elevata: nel periodo intercorso tra settembre 1995 e giugno 1996, San Mauro ha registrato 87 nuovi utenti, per un totale di 133 colloqui che hanno portato all'ingresso di 13 ragazzi. L'85% non si ripresenta, ma il dato, apparentemente sconcertante, non



significa che la maggior parte del lavoro compiuto dalla psicologa sia caduto nel vuoto. Anche l'esperienza di un singolo colloquio può talvolta lasciare il segno, e portare la persona - magari a distanza di tempo - a ritentare quella strada.

I tossicodipendenti non giungono sempre in comunità spontaneamente. Spesso fanno da tramite famiglie, medici, enti ospedalieri o l'autorità giudiziaria. San Mauro è una delle comunità che accetta ragazzi provenienti dal carcere. La disponibilità non sempre però è immediata. Si cerca di tenere un numero non superiore al 10% del gruppo, e questo fa sì che per il carcere si creino delle liste d'attesa talvolta lunghe. Una percentuale maggiore potrebbe portare uno squilibrio nel gruppo; inoltre è assolutamente necessario evitare che la comunità venga presa come una comoda alternativa al carcere.

All'accoglienza di Cagliari spetta anche il compito di decidere in quale delle tre comunità ospitare chi termina i colloqui. Non è detto che un ragazzo che si presenta ai colloqui in via San Giovanni venga poi inserito a San Mauro, anzi, in certi casi si fa il possibile per allontanarlo momentaneamente da quello che era il suo ambiente. Nella decisione di mandare il ragazzo in una comunità piuttosto che in un'altra, incideranno le osservazioni fornite dall'accoglienza di Sassari (se il ragazzo proviene da lì), nonché le disponibilità pratiche delle singole comunità. Può capitare il caso di un soggetto per il quale sarebbe particolarmente indicato l'inserimento in un'ambiente di campagna, ma se in quel momento le uniche possibilità si creano a San Mauro, si dovrà accettare questa soluzione, salvo poi provvedere a spostamenti in un secondo momento. Se poi il nuovo arrivato presenta problemi particolari, si dovrà sottoporre il singolo caso al responsabile della comunità in questione e stabilire insieme l'opportunità o meno di inserimento in quel gruppo.

Una volta concordato con i responsabili il luogo e la data di ingresso del ragazzo, il compito dell'accoglienza termina. Vi è una totale separazione, per scelta, tra l'accoglienza e la comunità residenziale. La psicologa dell'accoglienza continuerà il suo operato, se loro saranno disposti, con i familiari del ragazzo, eseguendo però un lavoro ben distinto da quello che, parallelamente, dovrà affrontare il figlio tossicodipendente.

Col sorgere di nuove comunità nell'isola, la lista d'attesa per entrare a San Mauro è notevolmente diminuita. I tossicodipendenti adesso 'provano' varie comunità prima di decidere, o quantomeno riescono ad avere, dagli amici che frequentano lo stesso ambiente, informazioni circa le metodologie adottate e le

condizioni poste dalle singole comunità. Dopodiché scelgono quella dal loro punto di vista più consona, e visto che le comunità di padre Morittu sono indicate come particolarmente rigide, spesso non vengono considerate come prima scelta. Molti non giungono nemmeno ai colloqui di Mondo X, perché sono già stati informati dagli amici su cosa li attende, e questo spiegherebbe il calo rilevato dai centri d'accoglienza già in fase di primo contatto.

Bisogna comunque tener presente che negli ultimi due anni il numero di richieste è diminuito mediamente in tutte le strutture private: probabilmente ciò è legato anche alla nascita, negli stessi servizi pubblici per le tossicodipendenze (Ser.T.), di una serie di progetti differenziati.

**3.4. La selezione** - Oggi San Mauro è conosciuta come una tra le comunità sarde più selettive, tanto che i Ser.T. rinunciano a priori ad indirizzarvi determinati soggetti. Nei primi anni di vita della comunità la situazione era invece molto differente: non esisteva una selezione di tipo strutturato, con colloqui a scadenza ben precisa e norme inderogabili. Ovviamente la comunità ha sempre seguito una certa disciplina, indispensabile per il recupero dei tossicodipendenti, ma le norme non erano così rigide: capitava persino che arrivassero ragazzi che avevano assunto stupefacenti un attimo prima di entrare in comunità. Qualcuno veniva poi accolto anche senza aver fatto i colloqui, perché arrivato ad un punto tale da non saper più dove andare. La procedura di accoglienza era molto più sbrigativa, anche perché, essendo agli inizi, i posti non mancavano. Ogni settimana giungevano uno o due ragazzi nuovi, per poi scappare con la stessa facilità con cui erano entrati.

Adesso si tende ad essere un po' più intransigenti, sia perché il numero di richiedenti è notevolmente aumentato, sia per l'esperienza accumulata negli anni. Parlando di selezione, questa non va intesa come un esame, al termine del quale si respinge chi non ha superato la prova. Non si arriva mai a rifiutare l'ingresso a qualcuno, se però questi non sembra sufficientemente motivato se ne procrastina la data di ammissione. La forza di volontà dei ragazzi viene messa alla prova col passare del tempo e con la presentazione della vita dentro la comunità in tutta la sua durezza. Non si manda via il ragazzo, ma lo si mette nelle condizioni di andarsene se egli non è ancora disposto ad assumersi determinate responsabilità, se non possiede ancora la giusta motivazione al cambiamento.

L' unica selezione veramente esplicita compiuta dalla comunità riguarda le psicopatologie. Si è di solito costretti ad escludere i casi di psicopatologia, in quanto non sufficientemente in grado di gestirli. Anche in questi casi però la regola non è totalmente rigida, pertanto capita talvolta di prendere comunque in comunità qualche ragazzo che abbia problemi di tipo psicologico, quali anoressia, depressioni gravi, disturbi bipolari, eccetera. Fermo restando però che il numero di questi elementi deve essere piuttosto limitato all' interno del gruppo, in modo tale da consentire al gruppo stesso di agire da contenimento e supporto. Inoltre, non avendo la possibilità di seguire in maniera adeguata ed esaustiva questo genere di problemi, la comunità cerca in questi casi per quanto possibile di avvalersi degli operatori di strutture pubbliche quali Ser.T. e C.I.M. (Centro di Igiene Mentale). Si evita di ricorrere ai privati per l' impossibilità di pagarli, a meno che non sia la famiglia stessa dell' interessato a farsi carico dei costi della terapia (il ragazzo nel frattempo continua a risiedere in comunità e viene accompagnato da un responsabile o da un ragazzo 'anziano' per gli appuntamenti col terapeuta).

Per quanto riguarda i provenienti dal carcere, la selezione avviene contemporaneamente su due versanti: quello della motivazione e quello del numero, onde evitare che la comunità diventi una sorta di dependance del penitenziario. In particolari situazioni gli ingressi vengono interrotti a prescindere dalla motivazione dei ragazzi in fase di accoglienza. Generalmente ciò accade per problemi puramente organizzativi, come i casi in cui, dopo le uscite contemporanee di più membri, il numero dei residenti anziani non è sufficiente per poterne accogliere di nuovi (è questa la causa che ha portato alla momentanea chiusura di Campu ' e Luas II).

Vi sono infine particolari periodi dell' anno in cui si interrompono volutamente gli ingressi. Ciò accade nei 15-20 giorni intorno a Pasqua, nel mese di agosto e sotto le feste natalizie. In queste circostanze si preferisce far aspettare, perchè i ritmi della comunità sono diversi e il nuovo entrato potrebbe trovarsi in difficoltà. Come sempre in questo lavoro, anche una situazione del genere prevede delle eccezioni: è il caso di chi giunge in seguito ad ordine di scarcerazione. Ogni qualvolta la comunità dà la propria disponibilità per accogliere un ragazzo del carcere, l' ingresso non ha effetto immediato. Occorre attendere l' ordine di scarcerazione: solo allora il ragazzo verrà accolto, in qualunque momento egli arrivi.

### 3.5. Tipologie d'utenza

3.5.1. Gli operatori del Centro d'accoglienza San Mauro tengono sempre un preciso resoconto del numero di persone che si recano ai colloqui ogni anno, insieme ad altri dati significativi quali il sesso dei soggetti ed il rapporto tra il numero di colloqui effettuati ed il numero di ingressi registrati ogni anno. A partire dal 1991 questi valori sono stati trasferiti anche su computer, offrendo così la possibilità di effettuare una lettura complessiva dei dati, che sono riportati nel presente paragrafo con i relativi grafici. Viene inoltre effettuata una distribuzione di utenze per tipologie, in base alla classificazione adottata dalla comunità.

Dal settembre 1991 al Luglio 1997 sono entrati nelle tre comunità di Mondo X - Sardegna 374 giovani, di cui 346 ragazzi e 28 ragazze, così ripartiti per comunità: 70 a San Mauro (51 uomini e 19 donne), 106 a S'Aspru (97 uomini e 9 donne) e 198 a Campu 'e Luas, comunità esclusivamente maschile (fig. N° 1).

I dati mostrano come la scarsità di presenze femminili sia una costante negli anni, e non solo una caratteristica di quest'ultimo periodo.

I dati registrati nel centro d'accoglienza di San Mauro tra il settembre 1995 e il mese di luglio 1997 segnalano la presenza del 37% di ragazzi in età

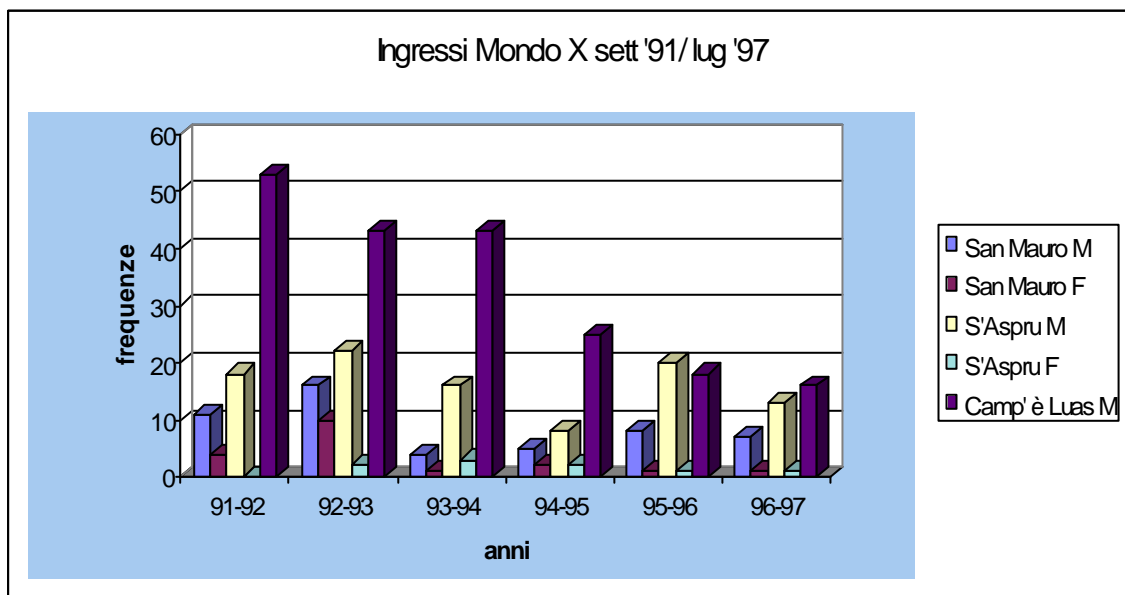


Figura 1

compresa tra i 20 e i 24 anni. Piuttosto elevate anche le percentuali di ragazzi in età compresa tra i 25 e i 29 anni (27%) e tra i 30 e i 34 anni (21%) (fig. N° 2).

**Errore. Il collegamento non è valido.**

Figura 2

Il centro opera anche una classificazione in base alla personalità ed alla situazione individuale dei soggetti che giungono ai colloqui. Le tipologie adottate nel centro d'accoglienza San Mauro per classificare i soggetti da un paio d'anni a questa parte sono quelle ideate da Cancrini, scelta motivata dagli operatori con l'intenzione di adottare un modello che fosse sufficientemente schematico e diffuso a livello nazionale. L'autore ha individuato quattro situazioni in cui si svilupperebbero con maggiore facilità le tossicomanie giovanili (cfr. L. Cancrini, 1988):

**1) TIPO A ? Tossicomanie traumatiche.**

Il quadro familiare in certi casi è quello di ragazzi ritenuti esemplari dai propri familiari e conoscenti, tuttavia abituati a tenere per loro i propri problemi (essendo perlopiù impegnati nel tentativo di risolvere quelli degli altri): alla lunga crollano e diventano tossicodipendenti in seguito ad un grave trauma psichico. In altri casi si tratta di giovani che hanno appena raggiunto una fase di individuazione e, trovandosi ancora in uno stadio di equilibrio precario, possono entrare facilmente in crisi di fronte ad un trauma. Ciò accadrebbe perché le precedenti relazioni non possono essere più d'aiuto, mentre le nuove sono ancora troppo instabili per fornire il supporto necessario. Sarebbero caratteristiche principali di questo tipo di tossicodipendenza:

- una rottura quasi immediata con le precedenti abitudini di vita, sostituite dall'eroina che protegge efficacemente dalle sofferenze (gli effetti della sostanza, e le crisi di astinenza qualora s'interrompa l'assunzione, non lasciano spazio ad altre preoccupazioni);
- il tentativo non tanto di trarre piacere dalla droga quanto quello di stordirsi, giungendo a veri e propri comportamenti autodistruttivi (L. Cancrini, 1982).

È difficilissimo, secondo l'autore, che i soggetti appartenenti alla tipologia A entrino in comunità, dal momento che basta loro un'elaborazione del trauma per scegliere un percorso alternativo.

Per quanto riguarda il caso specifico di San Mauro, dei ragazzi recatisi al Centro d'accoglienza nel periodo tra Settembre 1995 e Giugno 1996 appena il 5% è stato inserito in quest'area (fig. N° 3), il che confermerebbe una generale scelta di strade differenti per uscire dalla tossicodipendenza.

**Errore. Il collegamento non è valido.**

**Figura 3**

**2) TIPO B ? Tossicomanie da nevrosi attuale.**

Oltre la metà dell'utenza di San Mauro (55%, fig. N° 3) rientra in quest'area. La tossicomania nascerebbe in questo caso come copertura nei confronti di una nevrosi attuale, esterna all'individuo, verso la quale la dipendenza assume una funzione protettiva. Questo porta però ad una prosecuzione del conflitto, facendo sì che la sua risoluzione diventi sempre più difficile, quando non addirittura irrisolvibile.

Si tratterebbe solitamente di giovani con alle spalle una famiglia in cui solo uno dei genitori ha un ruolo attivo e partecipa alla vita del figlio, arrivando per eccesso di protezione ad invischiarsi a tal punto da favorire la tossicomania del figlio, fomentogli talvolta i soldi per procurarsi la droga. La tendenza è quella di mantenere contatti con la famiglia e il proprio ambiente. È un tipo di tossicodipendenza che nasce da uno stato generalizzato di insofferenza e di sfida per le persone ritenute responsabili del conflitto o della sua mancata risoluzione, e diventa quasi sempre inutile un lavoro di tipo individuale, anche perché con questi individui può capitare che i terapeuti stessi finiscano loro malgrado invischiati, assumendo atteggiamenti di complicità. La comunità può essere in questi casi una buona soluzione, tenendo però presente la necessità di lavorare nel frattempo anche con i genitori e ottenere la partecipazione del genitore con ruolo periferico (L. Cancrini, 1988).

### 3) TIPO C ? Tossicomanie di transizione.

La personalità transizionale venne presa in considerazione già da W. Glover e H. A. Rosenfeld negli anni Settanta, per indicare la presenza contemporanea ed alternata di dinanismi nevrotici e psicotici. Cancrini riprende il termine per categorizzare un tipo di tossicomania che si verifica in famiglie in cui entrambe le figure genitoriali risultano coinvolte, e gli scambi relazionali avvengono tramite messaggi spesso paradossali. L'atteggiamento dei pazienti è di tipo autodistruttivo, con mancanza assoluta di riguardi per la propria salute e conseguenti rischi di infezioni o dosaggi errati.

Solitamente si ha difficoltà a collegare l'evolversi della tossicomania di questi individui con specifici avvenimenti della loro vita (essa sorge in un momento in cui la situazione è positiva per il soggetto, o al contrario viene superata nel momento in cui un dolore reale vi si sostituisce), per non parlare del rischio di ricadute a medio ed anche a lungo termine, spesso sotto forma di alcolismo. L'interruzione forzata dell'uso di sostanze scatena un'angoscia tale da portare anche al suicidio, e la cura di

questi pazienti è ulteriormente complicata dalla tendenza del tossicomane e della sua famiglia a squalificare i terapeuti e i loro tentativi di intervento (Ibidem).

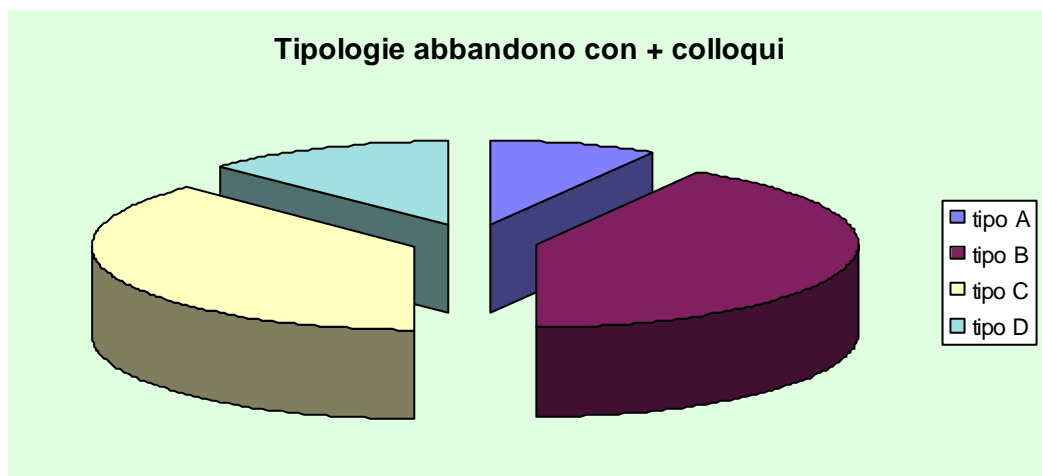
Il Centro di Accoglienza San Mauro, dal '94 al '97 ha inserito il 17% degli utenti in questa tipologia (fig. N° 3). Si tratta però di soggetti che tendono ad abbandonare man mano che si procede con i colloqui (il 15% non torna dopo il primo colloquio - fig. N° 4 - il 38% abbandona dopo alcuni incontri - fig. N° 5).

**Errore. Il collegamento non è valido.**

#### Figura 4

4) TIPO D ? Tossicomanie sociopatiche.

In percentuale analoga al gruppo C sono gli appartenenti all'area delle tossicomanie sociopatiche (18% a San Mauro dal '94 al '97 - fig. N° 3), per i quali però non si registra un numero significativo di abbandoni rispetto alle altre tipologie (17% dopo il primo colloquio - fig N° 4 - percentuale che poi scende al 13% nei successivi colloqui - fig. N° 5). Si tratta spesso di ragazzi



#### Figura 5

senza fissa dimora, che non hanno più da tempo contatti con le proprie famiglie, e questo rende ancora più difficoltoso per loro il poter essere aiutati. Si tenga infatti conto che, anche se questo non è il caso delle comunità Mondo X, altre comunità prevedono esplicitamente un coinvolgimento familiare nel programma terapeutico, il che preclude questo tipo di terapia a coloro che giungono ai centri d'ascolto senza alcun sostegno dalla famiglia (un problema che comunque tutte le comunità si trovano ad affrontare con i senzatetto è relativo alla raccolta della documentazione

richiesta dalla legge: i tempi in questi casi sono lunghi, e il più delle volte i ragazzi non vogliono attendere).

Le tossicomanie sociopatiche sarebbero tipiche di famiglie che si presentano come gruppi disorganizzati, i cui membri sembrano vivere in maniera totalmente indipendente gli uni dagli altri, senza occuparsi in maniera adeguata dei bambini. Come nelle famiglie “disimpegnate” di Minuchin, ogni individuo tende ad essere estraneo dal campo psicologico dell’altro (E. Scabini, 1993). La carenza di cure materne in età infantile porterebbe, secondo Cancrini, ad uno sviluppo e alla successiva stabilizzazione della condotta tossicomana in età adolescenziale ed adulta, con un atteggiamento di freddezza, aggressività ed incapacità di amare o stabilire relazioni significative con i pari.

Difficilmente questi soggetti cercano aiuto spontaneamente e, anche quando la richiesta d’ aiuto proviene da terzi (solitamente carceri o ospedali), la terapia presenta grosse difficoltà. Un intervento di tipo comunitario potrebbe rivelarsi molto utile in queste situazioni, dal momento che favorisce la crescita individuale all’interno di un gruppo.

Se si va ad analizzare la distribuzione in tipologie delle persone che giungono al Centro d’ Ascolto, si nota infine la presenza di una percentuale, seppure ridotta (5% a San Mauro nell’anno 95/96) , di soggetti non classificati. Questo è spiegato dagli operatori con la difficoltà di definire a quale tipologia appartiene una persona sin dal primo colloquio. A volte è necessario attendere il secondo colloquio, al quale però non tutti si presentano.

**3.5.2.** - Queste tipologie, così come buona parte del lavoro fatto nei centri di accoglienza, restano distinte dal successivo intervento attuato in comunità. Ciò significa che l’individuare un soggetto all’interno di una categoria, piuttosto che in un’altra, non avrà poi influenza sul modo in cui egli dovrà affrontare il percorso comunitario: regole, entità dei compiti assegnati, diritti e doveri sono uguali per tutti i residenti. Unica eccezione riguarda coloro che presentano realmente dei problemi psicologici (ricordiamo che in certi casi la tossicodipendenza è solo un sintomo che nasconde la presenza di altre situazioni problematiche): ci possono essere ad esempio casi di anoressia o altre patologie che vanno curate o quantomeno contenute da terapeuti preparati. In genere Mondo X in questi casi adotta il sistema di far curare il soggetto, durante il periodo in cui egli risiede in comunità, da professionisti che



lavorano in strutture esterne, non essendo la comunità attrezzata ad affrontare certe situazioni.

Per quanto riguarda il modello in sé, che a detta di Cancrini ha il suo riferimento teorico fondamentale nella teoria delle nevrosi di Freud (affermazione riportata da A. Consoli, M. Garneri, 1987), non trova sempre consensi tra gli operatori che lavorano nell'ambito delle tossicodipendenze: ciò che alcuni contestano è l'eccessiva psichiatrizzazione del fenomeno tossicodipendenza, e il considerare quest'ultima troppo direttamente correlata ad una situazione di crisi familiare (famiglie multiproblematiche, invischiate, disimpegnate o con comunicazioni di tipo paradossale risulterebbero quasi sempre alla base di queste tipologie). Fare leva sui limiti, le carenze e le patologie familiari comporta un duplice rischio: da un lato, quello di sottostimare la presenza di altre variabili ugualmente importanti (ricordiamoci che non tutti i figli provenienti da famiglie in situazione di crisi diventano tossicodipendenti, e allo stesso modo non è affatto una regola che i tossicodipendenti provengano da famiglie patologiche). L'altro rischio, di cui si parlerà più avanti, è quello di squalificare le famiglie al punto da rendere poi impossibile un apporto durante il processo di recupero. Le famiglie sono invece risultate sempre una risorsa insostituibile, se adeguatamente guidate e coinvolte nella terapia dei propri figli.

Questo punto di vista è tenacemente sostenuto in *Vox Acerbitatis* (M. P. Lai Guaita, 1994), testo in cui l'autrice, basandosi su osservazioni ed esperienze dirette con famiglie di tossicodipendenti, solleva appunto il tema dell'importanza del ruolo familiare nel momento del recupero. È inoltre da notare come, ai vantaggi della schematicità, si accompagnino (e questo è comunque un problema di molti modelli classificatori) gli inconvenienti della rigidità del sistema: le categorie non sempre si escludono vicendevolmente, e gli stessi operatori del Centro d'accoglienza di San Mauro si sono talvolta trovati nella difficoltà di dover classificare soggetti che si collocavano a metà tra due tipologie.

Un'ultima osservazione riguarda il momento in cui la categorizzazione viene fatta. Il ragazzo che giunge al Centro di accoglienza si trova generalmente con anni di esperienza tossicomana alle spalle. La maggior parte si presenta con i familiari, il che indica che il soggetto sta vivendo in famiglia la sua tossicodipendenza, con tutte le sofferenze e le preoccupazioni che ne conseguono per gli altri membri. Davanti a situazioni di questo tipo è naturale che la famiglia resti coinvolta, subendo autentici

stravolgimenti. Osservando il caso a posteriori diventa quindi difficile stabilire se la dipendenza si è sviluppata in seno ad una famiglia invischiata, oppure se è la dipendenza stessa a portare come conseguenza a comportamenti disfunzionali da parte degli altri membri.

I tempi dei colloqui in accoglienza non sono spesso sufficienti a stabilire questa differenza, per cui è bene sottolineare come la tipologia attribuita al soggetto non riguarda la situazione precedente il manifestarsi della tossicodipendenza, bensì è una rilevazione puntuale riferita al momento attuale. Molte situazioni familiari vengono definite invischiate, il che non significa che siano necessariamente colpevoli di aver condotto il giovane, con la loro opprimenza, all'abuso di sostanze. In tanti casi il meccanismo può essere esattamente l'opposto, ossia è la scoperta della tossicodipendenza di un membro a far sì che anche gli altri restino coinvolti, assumendo comportamenti di sospetto ed ipervigilanza. Ecco perché si deve puntare molto sulle famiglie: spesso i genitori hanno bisogno di un supporto, di una guida per reagire in maniera adeguata e non sentirsi accusati di aver disatteso il proprio ruolo.

**3.6. Altri approcci classificatori nel campo delle tossicodipendenze** - Quello delle tossicodipendenze è un ambito che ha sempre interessato un gran numero di studiosi e ricercatori, nel tentativo - se non di risolvere - quanto meno di spiegare l'origine dei comportamenti d'abuso. Dai primi decenni del secolo sono state formulate le più svariate teorie e definizioni sul tema. Definizioni spesso non esaustive, cioè in grado di cogliere l'essenza dell'oggetto, piuttosto miranti a coglierne aspetti arbitrariamente scelti al fine del loro utilizzo per un particolare scopo.

Gli autori che si sono interessati di tossicodipendenze hanno affrontato la situazione da svariati punti di vista, fomendo quadri con elementi tipologici (in cui si presuppone l'esistenza di diverse tipologie di individui) o dimensionali (ossia considerando l'esistenza un *continuum* lungo il quale si collocano gli individui, e le diversità sono determinate dalla rilevanza di una o più caratteristiche).

Tra questi ricordiamo gli autori ad indirizzo psicoanalitico, i quali hanno analizzato aspetti di ordine psicopatologico della tossicodipendenza, come E. Simmel e H. A. Rosenfeld. Questi autori sono giunti all'elaborazione di criteri utilizzabili in classificazioni di tipo dimensionale.

**Simmel** individua l'elemento dimensionale nel livello di disintegrazione dell'Io che, quando regredisce oltre lo stadio orale, porta secondo l'autore

dall'alcolismo alla tossicomania. **Rosenfeld** fa ugualmente riferimento all'Io e all'integrazione delle sue parti scisse per spiegare il significato che il soggetto dà al rapporto con la droga (H.A. Rosenfeld, 1965).

Sempre ad indirizzo psicoanalitico è **J. Bergeret**, il quale ha però individuato elementi di carattere tipologico. L'autore propone una tipologia tripartita distinguendo:

- tossicomani a struttura nevrotica, con insufficiente capacità di mentalizzazione e meccanismi di rimozione e difesa dall'angoscia di castrazione. Questi soggetti hanno la tendenza a mettere in atto comportamenti autopunitivi giungendo sino al suicidio, inteso sia come espiazione sia quale evitamento di intenti colpevoli di tipo incestuoso e aggressivo. La terapia più adatta in questi casi è, secondo l'autore, quella basata su una modalità relazionale edipica;

- tossicomani a struttura psicotica, per i quali l'assunzione di droga può avere una funzione di difesa dell'Io per contenere l'immaginario e salvaguardare l'unità psichica, oppure serve a fornire una giustificazione a livello comportamentale allo sconfinamento dell'immaginario. Il terapeuta deve essere in grado di smascherare il funzionamento strutturale psicotico celato dal comportamento tossicomano, stando attento a non sostituire la dipendenza dalla sostanza con quella dal terapeuta;

- tossicomani con un'organizzazione depressiva della personalità, causata da una mancata risoluzione della crisi adolescenziale. Il soggetto non è riuscito ad inscrivere nell'immaginario gli elementi delle rappresentazioni edipiche, ed è proprio su questa difficoltà di identificazione che il terapeuta deve incentrare il suo lavoro, onde favorire il superamento della crisi. Secondo l'autore la modalità di intervento più adeguata a questi casi è la psicoterapia individuale, anche se non sono da ignorare gli influssi positivi di una terapia di gruppo, in grado di stimolare identificazioni spontanee (J. Bergeret, 1983).

Bergeret sostiene inoltre la presenza di tre registri distinti alla base di ogni personalità psichica: *mentale*, *corporale* e *comportamentale*. In ogni situazione di dipendenza, secondo Bergeret, è il registro comportamentale a superare notevolmente gli investimenti realizzati sugli altri due registri. Consoli e Gamberi (A. Consoli, M. Gamberi, 1987) individuano, in questo aspetto psicodinamico della regressione dal registro mentale a quello comportamentale, un elemento utilizzabile per una classificazione dimensionale.

**Kohut** inquadra la tossicomania come disturbo narcisistico determinato da una mancata interiorizzazione delle esperienze precoci (H. Kohut, 1981). In base al periodo in cui è avvenuto il trauma l'autore indica tre diverse configurazioni, indirizzando verso una diagnosi tipologica di ordine essenzialmente psicopatologico.

**D. Meltzer** è un altro autore, individuato da A. Consoli e M. Gamberi<sup>11</sup>, facente parte della corrente psicoanalitica. Egli ipotizza la possibilità di un pervertimento delle parti non distruttive del Sé, ed un loro porsi in un rapporto di passività e dipendenza dalle parti 'cattive' del Sé.

Tale perversione è descritta dall'autore a tre livelli: abituale, tossicomana e criminale. Questi tre gradi in cui si possono trovare le componenti di perversione nei tossicodipendenti, sono considerabili sia come espressione dimensionale della perversione stessa che come una tipologia tripartita a carattere psicopatologico (A. Consoli, M. Gamberi, 1987).

Vi sono poi autori che hanno utilizzato più teorie di riferimento nello studio delle tossicodipendenze. Tra questi ricordiamo **Claude Olievenstein**, che ha come riferimento teorico la clinica fenomenologica e la psicoanalisi, e per i suoi studi si basa sulla lunga esperienza fatta con i tossicodipendenti nel centro medico Marmottan di Parigi. Rifacendosi alla teoria di Lacan sulla "fase dello specchio", l'autore ritiene che nel caso del tossicomane, a causa di vari shock avvenuti all'interno del sistema madre-bambino, lo stadio dello specchio si collochi a metà tra il superamento di questa fase e l'impossibilità di superarla, e viene per questo motivo descritto come "stadio dello specchio infranto". Non appena ha luogo il riconoscimento, avviene anche la frattura: lo specchio infranto rimanda un'immagine frammentata e incompleta che riporta al precedente stato di indifferenziazione. L'assunzione di droga si colloca in questo quadro come il tentativo di annullare la frattura e soprattutto l'angoscia derivante dalla mancata formazione di un Io unitario.

L'autore si sofferma inoltre sul concetto di assuefazione, ritenendola non un processo puramente meccanico che comporta esclusivamente un abbassamento di mediatori chimici e l'esaurimento di recettori, bensì una risposta neurochimica e un complesso fenomeno psichico insieme, derivante quest'ultimo dal confronto di interessi psichici contraddittori (C. Olievenstein, 1981).

---

<sup>11</sup> Diverse teorie contenute nel presente paragrafo sono state ricavate da A. Consoli, M. Gamberi, Considerazioni sui diversi approcci classificativi nel campo delle tossicodipendenze, in *Archivio Psicologia, Neurologia e Psichiatria*, n° 48 (3), pp.361-375, 1987, e qui riportate come documentazione.

Altri autori citati da Consoli e Gamberi sono Kandel, Kaplan, Johnson e Bejerot, i quali utilizzano una lettura in chiave psicosociologica del fenomeno tossicodipendenza, affrontandolo sia dal punto di vista della prevedibilità del comportamento tossicomane, sia rispetto all'economia che tale comportamento ha per l'individuo ed i suoi gruppi di appartenenza.

**D. B. Kandel** ad esempio ritiene che il comportamento tossicomane avvenga per tappe (offre infatti una classificazione tipologica rispetto alla sostanza utilizzata): consumo di alcolici, di marijuana e infine di droghe illecite. Ogni tappa ha un differente indice di predittività. La predizione di uso di superalcolici da parte di un adolescente può essere fatta quando ve ne sia il consumo da parte dei genitori. Il consumo di marijuana è legato invece all'influenza dei coetanei, così come per le droghe 'pesanti'. In quest'ultimo caso però l'influenza non avviene più attraverso il gruppo ma tramite una specifica relazione individuale. L'autore sostiene inoltre che per l'ultima tappa l'influenza ambientale e sociale sia superata da problemi di tipo psicopatologico (A. Consoli, M. Gamberi, 1987).

**H. B. Kaplan** ritiene che l'assunzione di droghe in un adolescente sia legato al grado di svalutazione che questi ha provato all'interno di un gruppo. Il comportamento drogastico ha lo scopo di portare un innalzamento dell'autostima, e si consolida se serve ad evitare di ripetere l'esperienza di svalutazione precedentemente vissuta e ad eliminare la consapevolezza di essere stati inadeguati. Una buona strategia di intervento consisterebbe in questi casi nel rinforzo dell'autostima in aree di comportamento non deviante, fornendo al giovane un supporto sul piano personale e sociale. L'autore consente di formulare delle diagnosi dimensionali relative alla valutazione dell'autostima del soggetto (Ibidem).

**B. D. Johnson** individua tre ordini di fattori predisponenti l'assunzione di marijuana:

- un precedente uso di alcolici;
- le caratteristiche individuali e socioculturali del soggetto;
- amici che usano marijuana.

L'uso di alcol e *cannabis* indurrebbero poi l'iniziazione ad altre droghe. La tossicodipendenza ed i rituali esistenti nella sub-cultura spingono il soggetto ad usare una determinata sostanza con assiduità, ed è proprio l'appartenenza a questa sottocultura che, secondo l'autore, rende difficile una totale astensione dall'uso di sostanze, o che comunque causa delle ricadute nel consumo di droga dopo periodi di

astensione. Il grado di identità ed il senso di appartenenza ad una sottocultura che un individuo riceve con il suo comportamento drogastico sono elementi che consentono una valutazione di tipo dimensionale (Ibidem).

**N. Bejerot** formula un'ipotesi della tossicodipendenza di carattere biologico oltre che psicosociale. La tossicodipendenza inizierebbe per cause terapeutiche, professionali, epidemiche o culturali e, una volta iniziato il consumo di droghe, la sua prosecuzione sarebbe legata ad un processo di condizionamento allo stimolo piacevole, definito dall'autore "biologicamente normale". Esistono sette diversi stadi di coinvolgimento, dall'assunzione volontaria di sostanze ad una situazione di sempre maggiore coinvolgimento e minore possibilità di controllo da parte di Io e Super-Io.

Il trattamento di questi casi dovrebbe puntare ad un controcondizionamento allo stimolo piacevole. L'autore sottolinea inoltre come il soggetto possa essere motivato ad interrompere l'uso di droga nel momento in cui gli elementi negativi e spiacevoli legati all'assunzione di sostanze superano la stimolazione piacevole, oppure quando la persona riesce a trarre piacere da altre fonti (Ibidem).

Vi sono infine autori come M. D. Stanton, D. B. Graeven e B. D. Schaeff sui quali Consoli e Cameri puntano l'attenzione, in quanto formulano teorie relative alle tossicodipendenze tenendo in particolar conto le relazioni familiari. **Stanton** individua le dinamiche familiari al centro del comportamento tossicomane. La famiglia nell'arco della sua vita deve attraversare tutta una serie di punti nodali per poter proseguire nel suo percorso evolutivo. Certe situazioni possono però creare particolari difficoltà, come il periodo dell'adolescenza, in cui i figli dovrebbero proiettarsi fuori dal nucleo familiare alla ricerca di nuovi rapporti sociali e affettivi. L'uso di droga, secondo Stanton, si pone in questa fase come un comportamento che porta ad una situazione cristallizzata, in cui il soggetto resta all'interno della famiglia, che si chiude in se stessa. I movimenti all'interno della famiglia sono solo apparenti: in realtà sarebbe la famiglia stessa a non favorire il recupero del soggetto dalla tossicodipendenza, perchè questo dovrebbe poi comportare un conseguente abbandono del nucleo familiare (Ibidem).

**Graeven** e **Schaeff** sottolineano invece le differenze tra sessi, giungendo alla conclusione che è la qualità di relazioni intessute col genitore di sesso opposto a diventare un punto cruciale per il coinvolgimento nella droga, e ritengono questo un punto fondamentale da considerare negli interventi di prevenzione (Ibidem).

Come si può vedere, dalle teorie sopra elencate emergono elementi classificatori estremamente disomogenei. La disomogeneità è legata sia ai differenti riferimenti teorici utilizzati, che ai diversi contesti in cui hanno operato i singoli autori. Il quadro che emerge è comunque quello di un settore di ricerca prevalente orientato ad una visione psicopatologica delle basi della tossicomania, soprattutto per quanto riguarda le teorie più datate.

Di recente ci si sta invece orientando sempre più verso teorie che non prevedono una classificazione dei tossicodipendenti in aree più o meno patologiche, ma distinguono semmai una serie di fasi, che tutti i soggetti che abusano sostanze prima o poi attraversano. Non si esclude a priori la possibilità che dietro un comportamento tossicomano possano celarsi dei risvolti patologici, però questa eventualità è ormai considerata da molti autori un'eccezione, e non, come nelle precedenti teorie, una regola.

Si può a questo proposito citare il percorso tossicomano descritto in *Il coordinamento sardo delle comunità terapeutiche per tossicodipendenti* (M. P. Lai Guaita, 1993), e ripreso nel *Vox Acerbitatis* (M. P. Lai Guaita, 1994), dove l'autrice presenta un modello che opera appunto una distinzione in fasi della tossicomania. Vi si individua innanzitutto un primo momento, detto *salto del fosso*, che indica l'esperienza di iniziazione con sostanze stupefacenti.

Ad esso segue la *fase dell'innamoramento*, in cui il soggetto gode esclusivamente degli effetti piacevoli della sostanza. In questo stadio, l'assenza di dipendenza fisica dà al soggetto la sensazione di poter controllare a proprio piacimento la sostanza e la sua assunzione, senza che vi sia la minima preoccupazione per eventuali rischi personali. È questa una fase di equilibrio precario, in cui il soggetto trova rimedio ad ogni grossa frustrazione rifugiandosi nell'uso di sostanze.

C'è poi la cosiddetta *fase della diade*: il passaggio dall'innamoramento alla diade avviene spesso in maniera subdola, sinché, con l'instaurarsi della dipendenza fisica e di un alto grado di tolleranza, il soggetto è costretto ad un numero di assunzioni sempre maggiore, onde evitare crisi di astinenza. Si ha un graduale abbandono dello stato di realtà, e tutto diventa strumentale e finalizzato all'ottenimento della sostanza. I costi per l'acquisto della droga aumentano, e l'individuo per poter coprire le spese si trova coinvolto in tutta una serie di attività criminali.

*Fase della coscienza:* è a questo punto che il soggetto si rende conto del livello di degrado della propria situazione. C'è una prima richiesta d'aiuto, che si evolve col tempo sino ad arrivare alla *Volontà generica*. Il soggetto è a questo punto in grado di comprendere quanto sia condannato dalla sua stessa abitudine, ma non ha ancora chiara alcuna via d'uscita, e il suo atteggiamento consiste essenzialmente nel delegare agli altri il compito di trovare una soluzione.

È necessario condurre il soggetto ad una fase di *Volontà specifica* e infine all'*Impegno*, se si vuole avere l'opportunità di portare avanti positivamente un qualunque tipo di intervento. La motivazione del soggetto deve essere tanto più solida quanto più impegnativo è il tipo di trattamento di recupero che deve affrontare.

Giungere sino alla tappa dell'impegno non significa però essere recuperati: il percorso non è a senso unico, e purtroppo sono tutt'altro che rare le ricadute a qualunque livello (M. P. Lai Guaita, 1993; 1994).

Un altro modello teorico, che identifica diversi stadi all'interno del percorso tossicomane di un soggetto, è quello portato avanti da J. O. Prochaska e C. C. Di Clemente che, con la teoria del "Modello degli stadi del cambiamento" (C. C. Di Clemente, 1991; C. C. Di Clemente, 1994), hanno voluto sottolineare come il cambiamento nei tossicodipendenti si produca secondo schemi e regole riconoscibili, sui quali si può intervenire razionalmente. Il modello si colloca alla base del colloquio motivazionale, e ipotizza che il percorso dentro e fuori dalla tossicodipendenza si sviluppi lungo una serie di stadi. Lo scopo è quello di consentire agli operatori di individuare la modalità di intervento più idonea, fase per fase.

Il primo stadio è quello della *Refrattarietà totale*, caratterizzato dall'assenza di strategie da parte del soggetto, il quale non avverte ancora disagi dall'uso di eroina ed è alla ricerca costante dell'effetto stupefacente. L'unico intervento possibile a questo livello è di bassissima soglia, volta alla riduzione dei rischi e dei danni causati da patologie connesse.

Nel secondo stadio, detto *della Precontemplazione*, la persona contempla l'idea di smettere, ma ancora non sospetta minimamente di avere un problema che richiede un cambiamento. In questa fase è difficile che i soggetti si presentino spontaneamente al trattamento; solitamente sono inviati da amici, parenti o autorità. A questo livello si può incentivare un contatto con strutture di media soglia.

Nello stadio di *Contemplazione* il soggetto considera il cambiamento ma allo stesso tempo lo rifiuta, trovando ragioni per continuare ad usare sostanze. In questa



fase è più facile che si accosti all'operatore per una consultazione, ed il ruolo dell'operatore può essere in questo stadio decisivo. Segue a questo punto un processo chiamato *Preparazione* o *Determinazione*, in cui il soggetto apre per un periodo di tempo una finestra di opportunità: se viene colta e si passa all'azione (mettendo in atto strategie tendenti alla soluzione del problema), il processo di cambiamento continua; altrimenti la determinazione sfuma e il soggetto scivola indietro nello stadio di contemplazione. In questa fase avviene l'offerta di terapie farmacologiche, supporto psico-sociale o interventi ad alta soglia, quale l'inserimento in comunità.

Nello stadio dell'*Azione* il soggetto dimostra di impegnarsi in azioni complete volte al conseguimento di un cambiamento, ed è compito dell'operatore sostenere i piccoli cambiamenti man mano effettuati. Se lo stadio dell'azione si è compiuto con successo, bisognerà poi provvedere al *Mantenimento*, ossia al consolidamento del livello di cambiamento raggiunto, prevenendo le ricadute. Se i rinforzi in questa fase sono insufficienti o negativi, si può giungere alla *Ricaduta* o *Recidiva*. Essendo quest'avvenimento tutt'altro che raro, è importantissimo che l'operatore non si scoraggi e adotti le strategie più idonee per facilitare il rientro in terapia.

**3.7. Le famiglie dei tossicodipendenti** - Le famiglie risultano quasi sempre irrimediabilmente coinvolte dalla situazione di crisi e profondo disagio che accompagna un membro tossicodipendente. Nonostante i temi droga e tossicodipendenza siano oggi molto più discussi e più noti di un tempo, esse finiscono sempre per essere colte di sorpresa e fundamentalmente impreparate dinnanzi alla tossicomania di un loro membro (M. P. Lai Guaita, 1996). Non solo, ma si trovano anche nel duplice ruolo di imputato (per quanto sia difficile individuare alla base una crisi di tipo esclusivamente familiare, esistenziale o sociale) e di vittima, avendo la percezione di un fallimento del proprio ruolo educativo.

Pur essendovi numerose differenze tra un gruppo familiare e un altro, in tutti i casi si verificano delle analoghe modalità di reazione, identificabili in sequenza come disperazione, rabbia e successiva elaborazione delle condizioni del proprio membro, che dovrebbe condurre ad un'accettazione realistica della situazione. Da notare come queste stesse fasi si verificano generalmente in seguito alla morte di un figlio o alla nascita di un bambino con malformazioni fisiche o minorazioni psichiche (G. Nuvoli, 1988), ad indicare in tutti e tre i casi un analogo vissuto di lutto.

Una volta superata la fase di rifiuto, cioè di negazione della situazione, segue quella di ricerca d' aiuto presso strutture specialistiche pubbliche o private, alle quali si richiede una rapida soluzione del problema, spesso delegando in toto il problema alla struttura. L' operatore che vuole portare avanti un lavoro terapeutico con la famiglia, si trova in genere ad iniziare il suo intervento in quella che viene definita *Fase della depressione*, provocata dalla lunga convivenza con un figlio tossicodipendente. Sotto la guida del terapeuta la famiglia evolve gradatamente, dapprima verso la *Fase della introspezione*, in cui si prende piena coscienza della situazione, e successivamente verso le fasi di *Reazione* e *Costruzione*, che consentono ai familiari di apprendere nuove strategie di difesa e nuove modalità di reazione dinnanzi ai tentativi di strumentalizzazione del membro tossicomane, imparando a non assecondare (ma neppure condannare) l' individuo. Ciò che va condannato non è la persona ma il comportamento tossicomane, portando avanti qualunque strategia atta al superamento della dipendenza (M. P. Lai Guaita, 1996).

La suddetta teoria trova un antecedente fin dai tempi del secondo conflitto mondiale, con un lavoro di Hill che nel '49 aveva proposto un modello analogo per spiegare la crisi familiare in seguito alla separazione dovuta alla guerra. Tale modello venne ripreso e ampliato da vari autori (tra cui W. R. Burr) negli anni Settanta, con la teoria del "Family Stress and Coping". Il concetto di coping è riconducibile a quello di risorsa, e la teoria mostra i passaggi attraverso cui passa una famiglia, resa vulnerabile da un evento stressante, per trovare una nuova stabilità. La capacità di reagire allo stress varia di intensità da famiglia a famiglia (E. Scabini, 1993).

Quando si imposta una terapia con un paziente tossicodipendente, può essere di grande aiuto tener conto del background sociale e familiare di quest' ultimo: spesso i giovani tossicomani vivono con la propria famiglia, la quale può aver bisogno di un sostegno terapeutico tanto quanto lo stesso paziente. Uno studio condotto da Bernardo Carpiniello su un campione di famiglie di tossicodipendenti da oppiacei ha appunto evidenziato la necessità di un sostegno terapeutico che aiuti le famiglie davanti al cosiddetto "family burden" (B. Carpiniello, 1994), ossia il carico rappresentato dal tossicomane per la famiglia che deve quotidianamente convivere. Carico che presenta una dimensione oggettiva (ad esempio a livello economico o di perdita di autonomia) ma anche una dimensione soggettiva, costituita dal disagio provato dai familiari per diversi aspetti (dalla vergogna davanti ad amici e conoscenti alla paura del contagio in caso di sieropositività). Tutto ciò porta tensione e

nervosismo in seno alle famiglie, le quali necessitano aiuto non solo per le difficoltà oggettivamente provate, ma anche perchè, se adeguatamente supportate, possono diventare esse stesse agenti di cura e rivestire un'importanza spesso determinante nel recupero della tossicodipendenza.

Diversi terapeuti, nel momento in cui convocano i familiari, pongono esplicitamente l'accento sulla necessità del loro appoggio e della collaborazione nel recupero del tossicomane. È sicuramente un atteggiamento costruttivo, dal momento che un'accusa immediata ed esplicita da parte dell'operatore alla famiglia, anche dove questa può avere le sue colpe, porta ad un allontanamento di quest'ultima e alla perdita di un indiscutibile sostegno nella terapia del figlio.

Le stesse famiglie negli ultimi anni si stanno sempre più rendendo conto di quanto importante possa essere il loro aiuto, se ben orientato. Per questo motivo, e anche per la necessità di confrontarsi con persone che stiano affrontando analoghe situazioni, stanno diventando sempre più numerose le associazioni di famiglie che non sono più emarginate, escluse o deleganti nel processo di recupero, ma assumono finalmente un ruolo attivo e responsabile (G. Nuvoli, 1988).

Un problema che va esaminato a parte è quello relativo alla tossicodipendenza genitoriale: in questi casi, oltre ai rischi della situazione in se stessa si aggiunge quello ancor più grave del modello drogastico, involontariamente trasmesso e appreso dai figli.

Le coppie tossicodipendenti vedono spesso nella maternità e nella paternità un'illusoria ancora di salvezza, convinti che la nascita del bambino sia uno stimolo sufficiente a superare la tossicomania. In realtà, un'altissima percentuale di coppie resta invischiata nel giro della droga anche dopo la nascita del bambino, finendo per esporre quest'ultimo alla cultura della droga sin da piccolo. Si arriva anche alle dinamiche estreme di inversione dei ruoli, in cui è il bambino, accorgendosi della fragilità dei genitori, ad occuparsi non solo di se stesso ma anche di loro, nei limiti del possibile. In questi casi si usa parlare di "morte della famiglia", dal momento che ciò cui si assiste è un totale stravolgimento di significati, ruoli e dinamiche familiari, con conseguenti difficoltà di integrazione nell'ambiente sociale (M. P. Lai Guaita, 1994).

**3.8. I rapporti di Mondo X con le famiglie** - Ogni comunità tenta di intervenire nella lotta alla tossicodipendenza con differenti programmi e regole che gli ospiti

devono rispettare. Le diversità sono evidenti anche se ci si limita ad osservare il modo in cui ciascuna comunità porta avanti il rapporto con i familiari dei propri ospiti.

Le comunità facenti parte del Ce.I.S. ad esempio conferiscono un'importanza centrale alla famiglia, considerata nel processo di recupero protagonista al pari del ragazzo. Per questo motivo è richiesta una partecipazione attiva ed un coinvolgimento dei familiari sin dalle prime fasi di accoglienza, nel tentativo di operare un intervento parallelamente sul giovane e sulla sua famiglia, superando i continui rischi di delega del problema alla comunità. Altrove si ritiene invece indispensabile un distacco temporaneo ma netto con l'ambiente in cui il soggetto viveva la sua esperienza tossicomana, compresa la famiglia d'appartenenza. Lo scopo è quello di interrompere relazioni che in passato avevano stimolato e sostenuto l'uso di droghe o che, quantomeno, non erano riuscite a scoraggiarlo.

Le comunità di Mondo X sono tra quelle che hanno sempre sostenuto la necessità di una separazione del giovane dal proprio ambiente socio-familiare, nel momento in cui questi decide di intraprendere il programma terapeutico. Bisogna però sottolineare come il rapporto tra comunità e famiglie si sia trasformato negli anni, adattandosi via via alle nuove circostanze. Se infatti inizialmente l'obiettivo era far sì che il ragazzo si ricostruisse una sua vita e si trovasse un lavoro, imparando quindi a diventare autonomo, col tempo la situazione è andata modificandosi, in quanto - pur essendo rimasto quel primo obiettivo come prioritario - ci si è resi conto che il coinvolgimento delle famiglie poteva costituire una risorsa notevole ai fini della riuscita della terapia. Questo discorso risulta ancora più accentuato dalla situazione odierna, in quanto l'attuale crisi nel mercato del lavoro costringe un po' tutti i giovani ad un temporaneo reingresso in famiglia, in attesa di un'occupazione stabile. Diventa quindi indispensabile che la famiglia sia preparata ad accogliere il ragazzo.

Inizialmente il rapporto famiglia-comunità era limitato a contatti con i responsabili, i quali informavano i genitori sull'andamento del percorso del figlio. Solo dopo tre mesi di permanenza era consentito al residente di riallacciare contatti telefonici ed epistolari con la propria famiglia, e solo dopo sei mesi la famiglia veniva invitata a condividere una giornata in comunità col proprio familiare. Queste regole sono tuttora valide: nel giorno di visita dei familiari il ragazzo viene dispensato dal lavoro e, in situazioni particolari, gli si permette di pranzare separatamente con i parenti. La prima uscita per andare a trovare la famiglia è consentita invece dopo un

anno di comunità, e queste visite aumentano di frequenza man mano che ci si avvicina al momento del reinserimento.

Proprio le visite dei ragazzi alle rispettive famiglie hanno costituito un campanello d'allarme che ha portato ad una rivisitazione dei metodi. Superata infatti la fase dei convenevoli e quella di aggiornamento sulle rispettive attività, si verificava un imbarazzante silenzio legato all'assenza di argomentazioni comuni: le esperienze profondamente differenti affrontate dal giovane e dalla famiglia portavano ad una situazione di incomunicabilità. L'esame di questo stato di cose ha portato all'introduzione di periodici incontri collettivi delle famiglie in comunità, soluzione rivelatasi però inefficace al fine della crescita dei familiari.

Un passo successivo venne compiuto nel 1992, con la decisione di padre Salvatore Morittu di convocare mensilmente al di fuori delle comunità un'assemblea plenaria dei familiari, a carattere formativo. Questa rappresenta una significativa evoluzione nel modo di operare delle comunità di Mondo X. Lo scopo che ci si prefiggeva con queste assemblee era quello di fungere da valvola di sfogo per i familiari, che potevano così confidarsi con persone che vivevano i loro stessi problemi e scambiare con essi esperienze e consigli. L'idea però incontrò non poche resistenze da parte delle famiglie, assolutamente restie ad aprirsi e mostrare il loro disagio dinanzi ad estranei. Il tempo ha aiutato a superare questo blocco, che è comunque tuttora non completamente risolto.

Se l'assemblea plenaria presenta innegabili vantaggi, in quanto la presenza di genitori di lungo periodo funge da stimolo e incoraggiamento ai nuovi, non è nemmeno esente da difetti: i familiari dei nuovi arrivati presentano problemi e pongono domande che risultano ormai superate per coloro che sono lì da lungo tempo. Viceversa le famiglie dei ragazzi che stanno per terminare il percorso comunitario tendono a esplicitare angosce e preoccupazioni sulle quali è prematuro coinvolgere i nuovi. Si è reso necessario offrire dei contesti differenziati. Per questo motivo, a partire dal 1994, si è deciso di suddividere le famiglie in gruppi, in base al periodo di permanenza in comunità dei propri figli: un primo gruppo per i familiari dei ragazzi presenti in comunità da meno di diciotto mesi, e un altro per i rimanenti. Le riunioni dei gruppi, convocate mensilmente come le plenarie, presentano gli obiettivi da raggiungere nel tempo. Durante il primo anno lo scopo è quello di operare un contenimento e un superamento dell'ansia provata dai familiari. Negli anni

successivi, scopo delle riunioni diventa da un lato quello di formare i familiari sui metodi utilizzati in comunità, e dall' altro consentire un' elaborazione delle emozioni.

I gruppi sono direttivi e strutturati (soprattutto quello dei nuovi). I genitori sanno di dover parlare tutti, a turno. Ciascun gruppo dovrebbe essere costituito da una ventina di famiglie, anche se la frequenza è mediamente del cinquanta per cento. Questo evidenzia la presenza di resistenze non ancora superate: nelle riunioni dei gruppi sono i familiari a parlare e, come detto, non tutti sono disposti ad aprirsi agli altri. Ci sono famiglie che rifiutano di assistere anche alle assemblee plenarie. I motivi che principalmente portano all' assenza dei familiari sono i seguenti:

?? genitori con problemi di depressione;

?? genitori che litigano tra loro senza voler affrontare la tensione;

?? familiari che vogliono che il ragazzo se la sbrighi da solo;

?? genitori separati (in questi casi viene al massimo un coniuge per volta);

?? genitori molto anziani;

?? famiglie con situazioni sociali particolarmente disagiate (famiglie multiproblematiche, con altri figli tossicodipendenti o carcerati, patologie all' interno della famiglia).

Pur con tutti i cambiamenti ed i continui aggiustamenti che si sono verificati e che continuano a verificarsi nel tempo, il lavoro compiuto dalla comunità con i residenti continua ad essere marcatamente distinto da quello portato avanti con i familiari. Persino a livello di operatori vi è una distinzione di compiti: coloro che fanno i colloqui in fase di accoglienza non seguiranno poi i ragazzi dopo il loro ingresso in comunità, mentre continueranno a lavorare con le famiglie. Ciò non significa che i responsabili delle comunità rifiutino di avere contatti con le famiglie: semplicemente non si curano della loro formazione, mantenendo comunque i rapporti per informare sulla situazione del figlio residente in comunità.

Un cammino di tipo parallelo per il tossicodipendente e la sua famiglia è ritenuto dalle comunità di Mondo X auspicabile ma utopistico, perlomeno all' attuale stato di cose. Gli operatori spiegano la loro presa di posizione enumerando varie ragioni (A. Cois, L. Ganadu, S. Morittu, 1996). La prima di queste è la difficoltà nel coinvolgere l' intera famiglia del tossicodipendente, costituita non solo dai genitori ma anche da fratelli e sorelle, che alla fine del percorso comunitario si ritroveranno nuovamente a convivere con lui (o da coniuge e figli, se questi è sposato). La

mancata partecipazione alle riunioni è portata appunto come prova della reticenza dei familiari a lasciarsi coinvolgere.

Un altro problema è costituito dal fatto che, mentre i contatti col giovane avvengono per ventiquattr' ore al giorno, quelli con i familiari sono necessariamente più sporadici e frazionati, il che rappresenta oggettivamente un blocco ad un percorso di tipo parallelo.

Un'altra difficoltà che la comunità incontra è di tipo puramente organizzativo, ossia legata alla carenza di figure adeguate ad accompagnare i familiari in un cammino di crescita. Essendo quest'ultimo un lavoro piuttosto impegnativo, ed essendo gli operatori in numero ristretto, si finisce generalmente per favorire l'intervento sull'individuo a discapito di quello sui familiari.

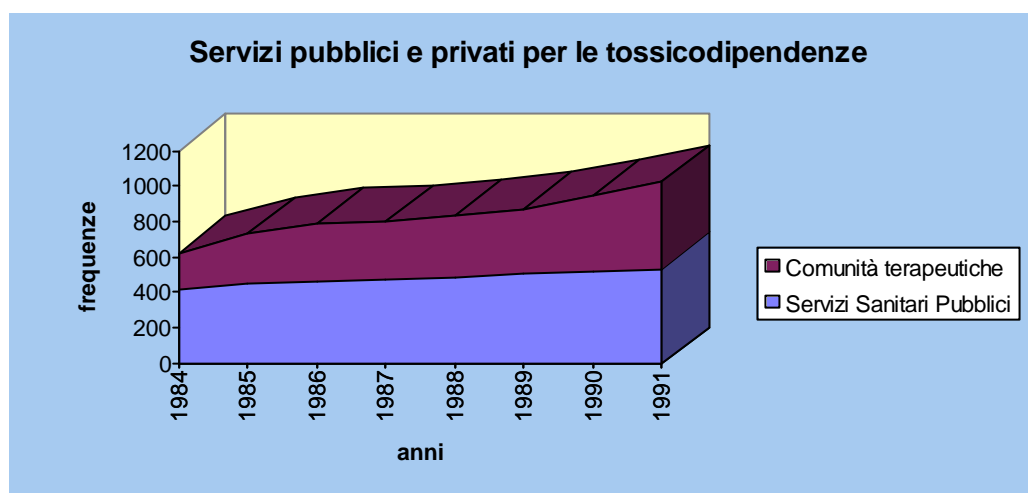
Infine, un ultimo problema è rappresentato dalla difficoltà di comprendere fino a che punto è bene preparare il giovane ad una convivenza con la propria famiglia piuttosto che prepararlo a crearsi una vita indipendente. Se infatti buona parte di coloro che escono dalle comunità si trovano a dover ricorrere almeno temporaneamente al sostegno familiare, è vero altresì che per certi soggetti il rientro in famiglia viene esplicitamente sconsigliato dai responsabili. In casi di grave tensione familiare può essere più utile dare un maggior spazio all'individuo rispetto al rapporto individuo-famiglia (sempre tenendo presente che laddove non si intravedono soluzioni alternative bisogna comunque preparare il giovane ad un eventuale ritorno in famiglia).

Nonostante le numerose difficoltà a portare avanti parallelamente un lavoro con i ragazzi e le loro famiglie, è comunque innegabile la necessità di fornire comunque un sostegno e una formazione a queste ultime: sono esse stesse a richiederlo. Le riunioni di gruppo sono state appunto attivate su specifica richiesta dei familiari, e proprio quest'anno si è presentata un'ulteriore esigenza che ha dato luogo ad una nuova richiesta, ossia quella di proseguire le riunioni dei gruppi anche dopo l'uscita dei propri parenti dalla comunità.

**3.9. Risultati del follow-up** - Le comunità terapeutiche, sorte in Italia parallelamente agli enti pubblici in risposta al crescente problema della tossicodipendenza, sono state caratterizzate dalla quasi esclusiva presenza di operatori volontari. Esse, spesso vissute dal servizio pubblico come antagoniste o come facile soluzione per delegare responsabilità e competenze, hanno prontamente colto la pressante richiesta esercitata

dall'opinione pubblica per la creazione di nuove strutture riabilitative. I dati pubblicati dal Ministero degli Interni mostrano come dall'84 al '91<sup>12</sup> ci sia stato un aumento di strutture sia nel pubblico che tra le comunità terapeutiche, con una crescita del 20% nelle strutture pubbliche ed un aumento di oltre il 100% per quanto riguarda le comunità (fig. N° 6).

L'immaginario collettivo ha attribuito alle comunità potenzialità riabilitative notevoli, e queste pressioni hanno spesso impedito loro di attuare un sereno distacco dal proprio operato, e consentire così un corretto processo



**Figura 6**

di verifica dei risultati. L'impossibilità di riferirsi ad un concetto univoco di risultato ha generalmente impedito di effettuare confronti (F. Neresini, 1990). Tutto ciò ha portato alla quasi totale assenza a livello nazionale di analisi statistiche sugli esiti dei vari percorsi comunitari, legata in parte al timore di rendere pubblici certi risultati, e in parte anche alla scarsa presenza di persone preparate a condurre certe ricerche.

In questi ultimi anni stanno gradatamente comparando nel panorama italiano ricerche di follow-up portate avanti separatamente dalle singole comunità, e tra queste vi è quella recentemente pubblicata dalle comunità dell'Associazione Mondo X - Sardegna.

Il follow-up, compiuto dagli stessi responsabili delle comunità, ha consentito di ottenere informazioni aggiornate sulla situazione dei 545 eroinomani che hanno affrontato il percorso residenziale dal momento della sua nascita, nell'80, sino al

<sup>12</sup> A partire dal settembre '91 l'Osservatorio ha censito secondo differenti modalità di classificazione, non rendendo più possibile il raffronto tra comunità e servizi pubblici (da allora non si è più fatta distinzione tra comunità e strutture private non residenziali).



1992 (A. Cois, L. Ganadu, S. Morittu, 1995). L'indagine è stata condotta allo scopo di verificare l'efficacia del trattamento attuato in comunità a breve, medio e lungo termine, intendendo come breve termine almeno sei mesi dalla conclusione del trattamento.

La scheda per la raccolta dei dati indaga relativamente all'uso di sostanze, situazione lavorativa, sanitaria, trattamenti terapeutici e relazioni sociali.

L'età media dei giovani intervistati è risultata di 24,3 anni, con un graduale aumento registrato nel tempo (dai 20,7 anni dell'80 ai 26,8 anni del '92). La fig. N° 7 riporta la distribuzione complessiva per classi d'età.

**Errore. Il collegamento non è valido.**

#### **Figura 7**

L'80 % del campione è rappresentato da celibi senza figli, e le donne costituiscono appena il 12% (dato che rispecchia la situazione attuale delle comunità di Mondo X).

Tenendo conto che l'età media di prima assunzione di eroina è risultata nel follow-up di 18,8 anni, si può notare come il periodo di latenza (dal momento della prima assunzione all'ingresso in comunità) sia abbastanza elevato: chi giunge ai centri di accoglienza lo fa, nella maggior parte dei casi, dopo 5-10 anni dalla prima assunzione di eroina. Si tratta in linea di massima di persone con una lunga esperienza tossicomantica alle spalle. Il periodo di latenza è in crescita costante, almeno così è risultato tra il 1980 e il 1992, e la fig. N° 8 ne mostra la distribuzione per classi.

**Errore. Il collegamento non è valido.**

#### **Figura 8**

I dati sulla sieropositività sono stati raccolti a partire dal 1985: prima in Sardegna il fenomeno era così poco conosciuto che non si richiedeva il test per l'HIV all'ingresso in comunità. La percentuale di sieropositivi, coerentemente con i dati rilevati a livello nazionale dal Ministero della Sanità, è diminuita linearmente passando dal 44% dell'85 al 23% del '92 (fig. N° 9).

**Errore. Il collegamento non è valido.**

#### **Figura 9**

Una spiegazione di questo andamento si può trovare nella diminuzione di comportamenti a rischio in seguito al diffondersi di informazioni relative alle modalità di contagio.

Il 42% di coloro che si sono rivolti alla comunità nel periodo preso in considerazione, aveva precedenti esperienze carcerarie per reati legati alla droga e perlopiù già scontati (solo il 4% al momento dell'ingresso in comunità era agli arresti domiciliari o in affidamento). A questo proposito bisogna sottolineare una differenza significativa tra uomini e donne, avendo queste ultime generalmente un numero minore di precedenti penali.

La gravità della dipendenza, calcolata sui criteri del DSM-III, è risultata elevata per il 51,7% dei soggetti e media per il 40,8%. La tipologia di tossicodipendenza più frequente, in base alle tipologie di Cancrini, è quella da nevrosi attuale (40%, contro il 26,7% di tossicomane sociopatiche e il 22,5% di transizione).

La percentuale di astinenti è significativamente e direttamente correlata ai tempi di permanenza in comunità. In base alle modalità di conclusione del trattamento, i soggetti sono infatti stati suddivisi in *early dropouts*, col cui nome si indicano i soggetti che abbandonano la comunità entro i primi dieci giorni (il 24% di questi risultava astinente al momento dell'intervista), *late dropouts*, con abbandono tra l'undicesimo ed il novantesimo giorno di comunità (di essi è astinente il 36%), *self-terminators*, che vivono l'esperienza della comunità per più di tre mesi ma decidono poi di uscire autonomamente, senza attendere il momento consigliato dai responsabili (il 52% è astinente) e, infine, i *graduates*, la cui uscita è stata concordata tra il soggetto, i responsabili e la famiglia (dei quali l'89% è risultato astinente al momento dell'indagine - fig N° 10).

**Errore. Il collegamento non è valido.**

## **Figura 10**

L'analisi statistica delle informazioni ottenute con le interviste consente di ricondurre l'astinenza, ed il conseguenziale cambiamento dello stile di vita, all'esperienza affrontata all'interno delle comunità.

Un'altra variabile significativamente correlata è il titolo di studio: la percentuale degli astinenti aumenta parallelamente al livello di istruzione. Un livello di istruzione più elevato può essere un fattore facilitante nella ricerca di lavoro e nelle relazioni sociali. Potrebbe essere questa una spiegazione della minore ricaduta di questi individui.

I responsabili delle comunità di Mondo X - Sardegna hanno tratto dai dati del follow-up la conclusione che l'astenersi dall'uso di droghe è una condizione legata ad un benessere complessivo, che l'individuo raggiunge mediante la realizzazione di sé in diverse aree. Ciò confermerebbe l'importanza di un trattamento come quello portato avanti all'interno di queste comunità, che mira alla globale presa in carico del tossicodipendente, allo scopo di ottenere risultati che vanno oltre la semplice remissione del sintomo. Tutto questo tenendo comunque presente che esiste un fenomeno di autoselezione a monte dell'ingresso in comunità, il quale rende impossibile stabilire quanto la riuscita sia legata al trattamento piuttosto che alla motivazione dei singoli a smettere.

**3.10. La Casa-Famiglia per malati di AIDS** - L'opera dei francescani sardi nell'ambito della droga, iniziata diciassette anni fa con la nascita della comunità di San Mauro e sviluppatasi con la creazione di S'Aspru e Campu 'e Luas, prosegue ora con la fondazione di una Casa-Famiglia per malati terminali di AIDS.

Il fenomeno dell'AIDS è comparso in Sardegna nei primi anni Ottanta. Le prime avvisaglie di epidemia risalgono al 1983, anche se, stando al prof. Paolo Emilio Manconi, vi furono alcuni casi di infezione già nel 1981. Nel 1985 si registrò il primo decesso all'interno di una comunità di padre Morittu. Si trattava di un ragazzo di soli ventotto anni, uscito dal giro della droga due anni prima. La malattia all'epoca era così poco conosciuta che, per le analisi, vennero spediti dei campioni di sangue a Roma. Col referto di sieropositività e la morte del ragazzo nel dicembre di quello stesso anno, si decise di affrontare la situazione facendo fare l'esame a tutti i ragazzi presenti in comunità e a coloro che chiedevano di entrarvi. Nonostante sino a quel momento vi fosse stato un solo caso in comunità di AIDS conclamato, ben il 65% di coloro che fecero gli esami risultò sieropositivo. La nascita della Casa-Famiglia, a dodici anni da quella prima morte, vuole essere un sostegno per un target di popolazione da allora purtroppo in grave aumento<sup>13</sup>.

Nella creazione di questa struttura si può evidenziare una doppia similitudine con la nascita della prima comunità, nel 1980. Anzitutto si è stabilito anche in questo caso di destinare all'iniziativa i locali di un antico convento, quello di Sant'Antonio

---

<sup>13</sup> Le stime ufficiali al settembre del '95 riferiscono per la nostra regione 450 casi di morti per AIDS, su 990 sieropositivi. Gli operatori del settore però ritengono questi dati decisamente imprecisi. Solo nel centro del prof. P.E. Manconi sono stati registrati ben 740 morti di AIDS in questi anni, il che fa pensare che le stime reali siano di molto superiori a quelle pubblicate (dati tratti da intervista di G. Murtas a P. E. Manconi, in *Partenia in Callari*, 1996).

Abate (in piazza Sant'Antonio, a Sassari, già sede del centro di accoglienza per tossicodipendenti). Inoltre bisogna sottolineare l'aspetto pionieristico dell'iniziativa, prima in Sardegna nel suo genere, così come era stata a suo tempo la comunità di San Mauro.

Ciò che si vuole offrire non è solo un luogo - il più funzionale possibile - per il ricovero di questi malati, ma anche, e soprattutto, un'assistenza forte dal punto di vista umano, oltre che medico. E' ormai nota infatti la necessità, per coloro che sono affetti da AIDS conclamato, di ricreare rapporti umani e sociali, dai quali i pazienti giunti a questo stadio ricevono un beneficio pari, e talvolta anche superiore, a quello ottenuto con i farmaci (comunque indispensabili). Per questo motivo, in collaborazione con la divisione "Infettivi" di Sassari, il 12 aprile di quest'anno è partito un corso di formazione per operatori volontari, che è terminato il 7 luglio 1997. Al corso hanno partecipato 35 volontari, selezionati tra i 150 che hanno presentato domanda.

La nuova struttura presenterà un'organizzazione di tipo familiare, mirante al recupero di una qualità di vita senza forme di emarginazione. La scelta del luogo riflette la speranza che l'atmosfera di un convento, luogo di culto e di riflessione, possa fungere da ulteriore elemento terapeutico per i degenti.

Il progetto, il cui costo sarà di 1 miliardo e ottocento milioni, prevede la ristrutturazione di un'ala del convento e la costruzione di un fabbricato attiguo, al posto di quello attualmente esistente, denominato Casa Masala (acquistato di recente dai Frati Minori della Sardegna). Il termine dei lavori, iniziati nel dicembre 1996 (i proventi della Mostra organizzata a San Mauro nel dicembre scorso sono stati destinati a questa iniziativa), è previsto entro la fine del 1997, mentre si prevede di avviare l'intera struttura entro la prima parte del 1998.

Verranno soddisfatti tutti i fondamentali requisiti, quali la presenza di spazi verdi, l'abolizione di barriere architettoniche, un'ubicazione che favorisca gli scambi sociali e i contatti con l'esterno, la presenza di servizi adeguati e di spazi sufficienti allo svolgimento di attività differenziate, oltre naturalmente al rispetto della privacy.

Con sette camere da letto e servizi annessi, la Casa-Famiglia potrà ospitare sino a quattordici degenti e il personale per l'assistenza. E' inoltre prevista la realizzazione di laboratori per piccoli lavori manuali.

## CAPITOLO 4

### L' Addiction Severity Index

**4.1. Lo strumento** - Oltre all'analisi storica e fenomenologica delle comunità di Mondo X - Sardegna, si è voluto procedere anche con un'analisi di tipo statistico su un campione dei residenti in queste comunità, utilizzando l'Addiction Severity Index (A.S.I.) come strumento di ricerca. Si tratta di un'intervista semistrutturata, realizzata negli Stati Uniti nel 1980 dal prof. A. Thomas McLellan e dai suoi collaboratori.

Questa intervista venne creata allo scopo di consentire ad un gruppo di ricercatori clinici di valutare l'esito di un programma di trattamento per alcolisti e tossicodipendenti. Il fine era quello di realizzare un sistema di valutazione che consentisse di accoppiare con successo pazienti e programmi riabilitativi per ottenere un aumento dell'efficacia delle cure per mezzo di un miglioramento delle procedure, e per l'assegnazione dei trattamenti che consentisse anche una riduzione degli abbandoni, delle recidive e della sovrapposizione di cure dei pazienti. Se infatti un programma per il trattamento di individui dediti all'alcolismo ed alla tossicodipendenza può essere efficace solo al 35-40% per la popolazione totale dei pazienti, ogni programma specifico può essere molto più efficace nel trattamento di un particolare campione di pazienti (A. Consoli, A. Bennardo, 1995).

Nato come parte di un più ampio progetto clinico, lo strumento era inizialmente breve e con poche domande. Successivamente venne ampliato, andando così a coprire un ampio raggio di aree potenzialmente influenzabili da un trattamento per abuso di sostanze. L'intervista venne ideata per essere utilizzata innanzi tutto al momento della presa in carico del paziente per il trattamento, e poi per interviste di follow-up da ripetersi dopo determinati periodi di tempo.

In diciassette anni sono state pubblicate cinque edizioni dell'A.S.I., di volta in volta rinnovate tenendo conto sia dei punti deboli riscontrati nelle precedenti edizioni dello strumento, sia dei cambiamenti avvenuti nell'ambito del consumo di droghe e alcol. Bisogna infatti ricordare che agli inizi degli anni '80 la cocaina era raramente menzionata dai pazienti in trattamento, e il crack (forma base della cocaina - unita a bicarbonato di sodio - che può essere fumata sviluppando effetti molto più potenti di quelli per via nasale) era praticamente inesistente. Inoltre erano molto più frequenti coloro che abusavano di una sola sostanza rispetto ai politossicodipendenti. Il

cambiamento nello scenario del traffico e dell'abuso di sostanze ha quindi costretto ad un aggiornamento dello strumento. Ulteriori modifiche sono state dovute al continuo evolversi della ricerca ed al conseguente aumento di conoscenze nel campo delle sostanze d'abuso: alcuni studi hanno mostrato la possibilità per l'alcolismo di trasmettersi geneticamente attraverso generazioni. Una trasmissibilità della propensione all'abuso di droghe invece, per quanto ipotizzata da certi studiosi, non è stata ancora dimostrata. Comunque questi studi hanno portato ad una maggiore attenzione nei confronti della storia familiare del soggetto, tanto che le successive rivisitazioni dello strumento hanno visto l'aggiunta di una specifica sezione che indagherà su eventuali storie familiari di alcol, droga e problemi psichiatrici.

L'intervista prende in considerazione sette potenziali aree problematiche, che sono:

1. condizione medica;
2. situazione occupazionale/di sostentamento;
3. uso di alcol;
4. uso di sostanze psicotrope;
5. situazione legale;
6. relazioni familiari/sociali (all'interno della quale è attualmente presente una specifica sezione sulla storia familiare);
7. situazione psichica.

Ogni area prevede domande relative alla situazione dell'individuo nell'arco della vita, e domande più specifiche, miranti ad indagare lo stato del soggetto negli ultimi trenta giorni. Il motivo per cui gli autori dello strumento hanno scelto questo lasso di tempo è spiegato dal fatto che rievocare un periodo di tempo maggiore porta ad un conseguente crollo nella precisione del ricordo.

Le domande richiedono il numero di volte in cui si è assunto alcol o droga, ma non le quantità di sostanza. Il motivo di questa scelta è spiegato dagli autori dello strumento col fatto che da una parte si tratta di un dato più difficile da ricordare, e dall'altra esistono precedenti studi che hanno comunque mostrato una correlazione diretta tra frequenza d'uso e quantità, rendendo quindi ridondante la seconda informazione.

L'A.S.I. consente di calcolare dei punteggi composti che si basano sulle risposte relative all'ultimo mese, nonché sulle risposte di autovalutazione fornite dai soggetti. Questo è un aspetto di cui è importante tenere conto: i punteggi composti

forniscono un'informazione di carattere puntuale, relativa al ristretto arco di tempo degli ultimi trenta giorni. Si tratta di un dato abbastanza preciso, e proprio per questo motivo può in certi casi non concordare con il punteggio di gravità, che tiene invece conto della situazione più generale dell'individuo.

L'utilità di questi punteggi sta nel fatto che consentono di ottenere un profilo valido e affidabile della situazione del paziente relativamente a quegli item che sono in grado di segnalare un cambiamento. Sono quindi adatti per la valutazione dei progressi del soggetto nel corso del trattamento, o come indicatori degli esiti del trattamento stesso.

La versione originale dello strumento non è adatta a soggetti adolescenti. Per questi ultimi sono stati preparati quattro diversi adattamenti dell'A.S.I.: l'A.P.S.I. (Adolescent Problem Severity Index), il CASI-A (Comprehensive Addiction Severity Index for Adolescents), il Teen A.S.I. (Teen Addiction Severity Index), e l'A.D.A.D. (Adolescent Drug and Alcohol Diagnostic Assessment), i quali tengono conto della diversità di situazioni e problemi di questa fascia di popolazione (T. McLellan, H. Kushner et al., 1992). È ad esempio più raro in fase adolescenziale l'ingresso nel mondo del lavoro, mentre è molto più sentito e condizionante il rapporto all'interno del gruppo dei pari (per questo motivo nel CASI-A la parte relativa alla situazione familiare/sociale prevede una divisione in due sotto-aree: relazioni familiari e relazioni con i pari). Le sezioni relative alle informazioni generali, all'area legale e a quella psichiatrica, pur con i dovuti adattamenti di alcuni items alla situazione adolescenziale, restano simili a quelle dell'ASI, mentre nella sezione relativa all'uso di droghe vi è l'aggiunta delle sigarette tra le altre sostanze d'abuso (K. Meyers, T. McLellan et al., 1995). Bisogna però sottolineare che se l'A.S.I. è già stato ampiamente testato e validato (soprattutto in America), non si può al momento dire altrettanto per queste versioni adattate, che necessitano di ulteriori studi e ricerche di validazione. Altre "popolazioni speciali" sulle quali al momento si stanno facendo studi di attendibilità ed affidabilità dello strumento, sono quelle dei tossicomani affetti da malattie psichiatriche, carcerati e senzatetto<sup>14</sup>.

Scopo dell'intervista effettuata mediante A.S.I. è quello di raccogliere una serie di dati oggettivi in ogni settore, in modo da determinare specifiche valutazioni quantitative della gravità del problema. Ogni area prevede inoltre un'autovalutazione

---

<sup>14</sup> Tra le ricerche effettuate con l'ASI su popolazioni di tossicomani senzatetto riportiamo le seguenti: M. Argeriou, D. McCarty et al., Use of the ASI with homeless substance abusers, 1994 - D. A. Zanis, T. McLellan et

da parte del soggetto, relativamente alla sua situazione, ed un punteggio di gravità indicato dall' intervistatore.

L' intervistatore metterà insieme le informazioni circa il numero, la dimensione e la durata dei sintomi con i giudizi forniti dal paziente sulla gravità dei suoi problemi e sulla necessità di cura, al fine di ottenere una valutazione della "necessità di cura" del paziente in ogni settore. Le valutazioni sono le seguenti:

- 0 - 1 Nessun problema reale, trattamento non indicato;
- 2 - 3 Problema lieve, trattamento probabilmente non necessario;
- 4 - 5 Problema moderato, indicato qualche trattamento;
- 6 - 7 Problema considerevole, trattamento necessario;
- 8 - 9 Problema grave, trattamento assolutamente necessario.

È inoltre importante che il soggetto sviluppi la capacità di comunicare la misura in cui ha sperimentato problemi in ognuno dei settori prescelti, e la misura in cui ritiene necessario ricevere un trattamento per questi problemi. Queste stime sono il punto centrale della partecipazione del paziente alla valutazione della sua condizione. Per avere delle misure standardizzate si chiede all' intervistato di dare un' autovalutazione sulla base di una scala che va da 0 a 4, e cioè:

- 0 - Per niente;
- 1 - Poco;
- 2 - Abbastanza;
- 3 - Molto;
- 4 - Moltissimo.

Ampiamente impiegato sin dal 1980, lo strumento è stato successivamente tradotto in nove lingue, trovando particolare accoglienza in Europa: l' Unione Europea ha promosso l' iniziativa di tradurre l' A.S.I. - giunto in America alla quinta edizione - ed il relativo manuale di utilizzo con adattamenti al contesto continentale. Il risultato di questo lavoro è stato chiamato EuropASI, la cui elaborazione è cominciata nel 1993 con la collaborazione di Olanda, Grecia, Germania, Svizzera e Italia (P. Blanken, V. Hendriks et al., 1995). Gli adattamenti hanno portato alcune modifiche nella strutturazione delle domande, nonché l' eliminazione di alcuni items ritenuti irrilevanti e l' aggiunta di altri che erano invece stati trascurati nell' edizione americana, come il sierostato per virus epatiti ed infezione da HIV.

---

al., Reliability and validity of the ASI with a homeless sample, 1994 - L. M. Joyner, J. D. Wright, J. A. Devine, Reliability and validity of the ASI among homeless substance misusers, 1996.



L'EuropASI non è l'unico adattamento italiano dell'Addiction Severity Index. Consoli e Bennardo, entrambi del Servizio Tossicodipendenze di Torino, sempre nel 1993 hanno iniziato (A. Bennardo, A. Consoli et al., 1993) uno studio per la validazione di una versione italiana dell'A.S.I., portato avanti indipendentemente dallo studio finanziato dall'Unione Europea. I risultati finali dell'indagine sono stati pubblicati nel 1995 in un testo che riporta anche la versione dell'intervista che è stata utilizzata per la presente ricerca (A. Consoli, A. Bennardo, 1995).

A livello locale, un altro recente studio è stato portato avanti a Cagliari in collaborazione dal Ser.T. dell'Azienda U.S.L. N° 8 e dalla Clinica Psichiatrica dell'Università di Cagliari (P. P. Pani, M. L. La Croce et al., 1996). I risultati, pubblicati nel 1996, mostrano come lo strumento possa essere utilizzato attendibilmente in Italia da operatori di diversa estrazione e con differente livello di esperienza, purché preparati all'uso attraverso un breve stage di formazione. I risultati della ricerca effettuata a Cagliari mostrano infatti un accordo fra esaminatori nelle diverse aree compreso tra 0,62 e 0,81 per i punteggi di gravità clinici, e tra 0,91 e 1,00 per quelli composti.

**4.2. Scopo della ricerca** - La realtà clinica e di ricerca ha dimostrato che il trattamento di tipo residenziale in comunità terapeutica ha una sua efficacia<sup>15</sup>.

Lo stesso studio di follow-up condotto nelle tre comunità di Mondo X - Sardegna mostra l'esistenza di differenze significative tra coloro che hanno proseguito il trattamento, rispetto a quelli che hanno abbandonato il programma nei primi dieci giorni di permanenza in comunità (A. Cois, L. Ganadu, S. Morittu, 1995).

Ciò che resta ancora da definire è perché la comunità terapeutica funziona, quali sono gli aspetti realmente efficaci e quanto pesa sul risultato finale il fatto che la comunità tenda a "selezionare" gli ingressi, ossia a prendere solo coloro che sembrano più motivati ad uscire dal giro della droga, o che comunque presentano caratteristiche specifiche che li rendono adatti al percorso in comunità.

Per quanto riguarda l'aspetto della selezione, un precedente studio condotto nelle comunità di Mondo X (A. Cois, L. Ganadu, S. Morittu, 1993) ha portato alla conclusione che i criteri di selezione non sono riconducibili a caratteristiche anagrafiche. Proseguendo nell'ambito di questo tema, con la presente ricerca si è voluto dare un contributo mediante l'utilizzo dell'Addiction Severity Index -

strumento che indaga diversi aspetti della vita dell'individuo - al fine di verificare la presenza di particolari parametri all'interno del processo di selezione effettuato all'ingresso in comunità.

Per lo svolgimento della ricerca ci si è avvalsi, come campione di confronto, di un gruppo di soggetti in trattamento presso il Ser.T. dell'Azienda U.S.L. n° 8 di Cagliari. La ricerca mira ad effettuare una lettura in chiave statistica della situazione di gravità dei soggetti del campione (relativamente alle sette aree indagate dall'A.S.I.), allo scopo di evidenziare le caratteristiche dei residenti in comunità e verificare l'esistenza di differenze significative tra coloro che si rivolgono ai centri d'ascolto delle comunità di Mondo X e coloro che invece seguono un trattamento di tipo ambulatoriale presso il Ser.T..

**4.3. Caratteristiche del campione** - Il campione (24 soggetti, di cui 23 maschi e 1 femmina) è stato preso tra i 38 giovani che hanno intrapreso il programma terapeutico nell'anno sociale 1996/97. La scelta non è stata casuale, in quanto legata alla disponibilità del ragazzo e alla sua effettiva presenza in comunità al momento della richiesta di intervista. Per chiarire quest'ultimo punto bisogna specificare che il 73% dei soggetti non intervistati è rappresentato da dropout, ossia individui che hanno abbandonato il programma residenziale nei primi 90 giorni e, poiché le interviste sono state raccolte nelle tre comunità in periodi diversi, purtroppo non si è avuta la possibilità di contattare questi soggetti prima del loro allontanamento dal programma. Da un'analisi statistica delle variabili anagrafiche non è comunque emersa una discordanza tra le caratteristiche dei non intervistati e le caratteristiche complessive della popolazione presa in esame.

I problemi incontrati nella raccolta del campione riflettono la generale difficoltà a realizzare ricerche di tipo sperimentale in campo psicologico, specialmente nel momento in cui entrano in gioco problemi di tipo etico della selezione. Un'estrazione casuale del campione avrebbe comportato un'imposizione dell'intervista ai soggetti scelti. Vista la delicatezza dei temi indagati, si è invece preferito rinunciare alle interviste per rispettare difficoltà momentanee dell'individuo in periodi particolari del programma (come nei primi colloqui in fase di accoglienza, in cui il soggetto sta ancora maturando la decisione di affrontare un programma residenziale).

---

<sup>15</sup> Citiamo in proposito l'articolo di W. S. Condelli e R. L. Hubbard: Relationship between time spent in treatment

Pur prendendo atto dell'assenza di alcuni aspetti caratterizzanti la ricerca scientifica in senso proprio, si ritiene comunque che i risultati prodotti dalla presente indagine non siano stati inficiati dalle suddette variabili intervenienti.

**4.4. Caratteristiche del gruppo di confronto** - Analogamente al campione, anche il gruppo di confronto selezionato tra gli utenti del Ser.T. dell' Azienda U.S.L. N° 8 di Cagliari - 21 soggetti, di cui 20 maschi e 1 femmina - non ha caratteristiche di tipo casuale (non può quindi essere definito a rigor di termini gruppo di controllo).

Per quanto riguarda l'attività del settore pubblico nel campo delle tossicodipendenze, esso volge il suo impegno in due direzioni: da un lato si occupa di quella che viene definita *riduzione del danno*, attuata mediante terapie di mantenimento con farmaci sostitutivi (metadone, antaxone e similari). Dall'altro lato, in alcuni servizi - e questo è il caso del Ser.T. in cui sono state fatte le interviste - si cerca di estendere il proprio operato e diversificare il proprio raggio d'azione coinvolgendo pazienti e rispettivi familiari mediante psicoterapie individuali, di gruppo, familiari, gruppi di terapia auto-aiuto per familiari e partner, nonché servizi di consulenza e informazione. Tutte queste metodologie di intervento sono applicate all'interno di quello che nel Servizio Tossicodipendenze di Via Capula viene definito *Progetto Crisalide*. Le attività svolte in questo programma di trattamento - che coinvolge solo una parte degli operatori del servizio - tendono ad avvicinarsi a quelle attuate in comunità all'interno delle sedute di gruppo; il limite per il Ser.T. rimane quello di dover svolgere il lavoro in tempi limitati, senza avere nessun controllo sulla situazione del giovane dopo che questi termina la seduta.

Il programma di trattamento appena descritto è definito di media soglia: ciò significa che, per accedere alle varie fasi del programma, il soggetto deve possedere determinati requisiti. Un programma di bassa soglia è invece quello di chi opera in strada mediante unità mobile: non si richiede nulla all'utenza, ma ci si limita a creare un primo contatto e a fare prevenzione. All'opposto, la comunità è considerata un programma ad alta soglia, visto il grande numero di vincoli posti al soggetto affinché possa accedere al trattamento.

**4.5. Metodologia** - Per i motivi già esaminati nei paragrafi precedenti, la ricerca va classificata tra le quasi-sperimentali.

Le interviste si sono svolte in fase avanzata dei colloqui o nel periodo successivo, quello di accesso al programma residenziale. In quest'ultimo caso si è chiesto agli intervistati di fare riferimento, come ultimo mese, ai 30 giorni precedenti l'ingresso in comunità, dal momento che diversi items relativi alla situazione personale nell'ultimo mese perdono la loro valenza, se riportati ad un periodo in cui il soggetto è in ambiente controllato.

Tra i soggetti entrati in comunità sono stati intervistati tutti quelli disponibili, purchè la loro presenza nella struttura fosse inferiore a un anno. Ci si è posti questo limite per evitare che le risposte fossero eccessivamente influenzate dal cattivo ricordo e dal cambiamento che un programma in fase avanzata può portare nel modo di pensare di un individuo.

Gli utenti sono stati contattati ed intervistati di persona, utilizzando per la raccolta dei dati la traduzione dell'Addiction Severity Index effettuata da A. Bennardo e A. Consoli. La durata dell'intervista è stata mediamente di 44 minuti. Questa cifra rientra nei tempi medi di somministrazione valutati da ricercatori italiani ed europei: non si considera valida per la nostra realtà la stima fatta dagli americani di circa 30 minuti. La maggiore durata dell'intervista può essere spiegata, prendendo in considerazione lo specifico contesto italiano, col fatto che nel nostro Paese non c'è ancora molta abitudine all'uso dei test, e diventa quindi necessario realizzare una modalità che non trascuri gli aspetti relazionali della somministrazione.

Non avendo mai avuto precedenti esperienze di utilizzo dello strumento, ed essendo l'ASI un tipo di intervista che ha bisogno di un breve periodo di training per poter essere somministrata in maniera corretta, prima di svolgere le interviste è stato necessario studiare approfonditamente la scheda di raccolta dati seguendo le indicazioni del manuale. Per completare il training sono state poi effettuate alcune interviste simulate con ragazzi in fase avanzata del percorso in comunità, affiancati da un'operatrice che già sapeva utilizzare lo strumento.

La somministrazione dell'intervista al fine della presente ricerca ha comportato alcune difficoltà: innanzi tutto la lunghezza dell'intervista stessa, che rende il lavoro impegnativo sia per l'intervistatore che per l'intervistato (è stato necessario prendere con i soggetti specifici appuntamenti per svolgere l'intervista). Questo è stato un problema soprattutto per i soggetti in cura al Ser.T. e per coloro che erano ancora in fase di colloquio per entrare in comunità, i quali difficilmente avevano la voglia e il tempo di trattenersi per un'altra ora dopo aver magari già

sostenuto un'ora di terapia o di colloquio, e non sempre rispettavano l'appuntamento anche se prendevano l'impegno di tornare per l'ASI. Dal punto di vista dell'intervistatore, dovendo fare le interviste singolarmente e di persona per ogni soggetto, uno dei problemi principali è stato quello della lunghezza del processo di reclutamento del campione. La raccolta delle 45 interviste della presente ricerca ha infatti richiesto un lavoro che si è svolto in un arco di tempo di 10 mesi. Un altro freno alla raccolta del campione è stato dato dalla diffidenza dei soggetti di fronte allo strumento: molti, probabilmente non comprendendo o non essendo sicuri dell'uso che sarebbe stato fatto dei dati emersi dalle interviste, non sono stati disponibili a rispondere a domande relative alla loro situazione personale.

Le interviste devono essere fatte tutte di persona dall'operatore: a differenza di altri strumenti, l'ASI non è idoneo ad un'autosomministrazione. Precedenti tentativi al riguardo hanno infatti dimostrato come l'affidabilità e la validità dello strumento decadano di fronte a tentativi di autosomministrazione (A. T. McLellan, H. Kushner et al., 1992). Questo perché, come si è già avuto modo di dire, l'ASI necessita di un minimo di preparazione per poter essere interpretato e compilato correttamente. Il ruolo dell'intervistatore davanti a questo strumento non è semplicemente quello di registrare le risposte. L'operatore che effettua l'intervista deve assicurarsi che la domanda sia stata compresa correttamente e, in caso contrario, semplificarla utilizzando sinonimi, ma facendo molta attenzione a non trasformare il preciso significato dell'item.

Un ulteriore problema legato all'autosomministrazione è dato dal fatto che quest'ultima non tiene conto che ci possono essere problemi di scarso livello culturale tra chi fa abuso di sostanze, e conseguentemente di comprensione di alcuni items. La presenza dell'intervistatore ha quindi anche lo scopo di eliminare eventuali ambiguità che possono inficiare la veridicità delle risposte date dal soggetto.

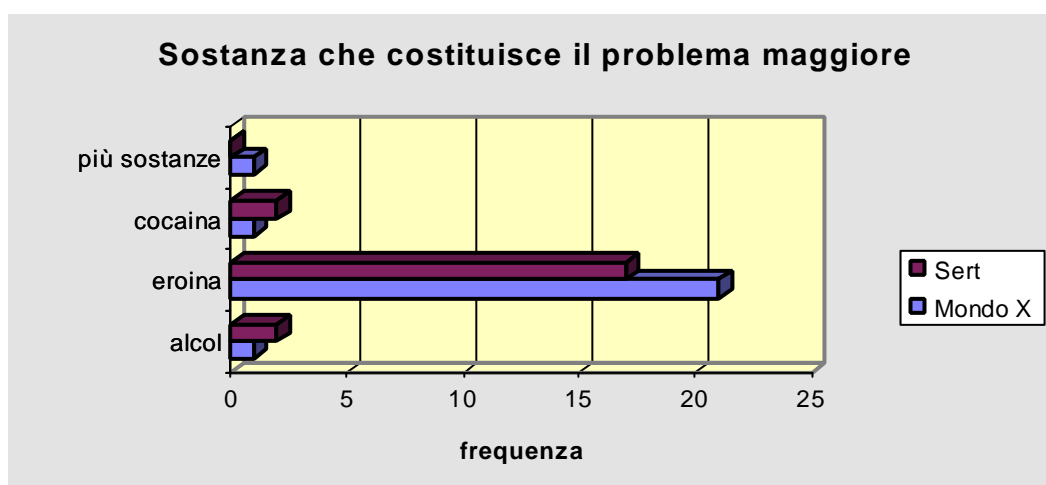
Per l'analisi dei dati sono stati utilizzati i seguenti modelli di analisi statistica: il test  $t$  di Student, per valutare la significatività delle differenze tra medie; il test del  $\chi^2$ , per le tabelle di contingenza; il coefficiente di correlazione prodotto-momento di Pearson, per l'analisi delle relazioni tra variabili misurate su scale a intervalli. Come supporto informatico per l'elaborazione dei dati si è fatto ricorso ai programmi *Excel*, *S.P.S.S.*, e ad un programma in versione DOS 7.00 - ASI Database and Scoring Program, 5th edition - creato appositamente dallo stesso T. McLellan per la raccolta dei dati ed il calcolo dei punteggi composti dell'Addiction Severity Index.

**4.6. Analisi dei dati** - Dall'analisi del campione e del gruppo di confronto non sono emerse differenze significative per quanto riguarda le variabili anagrafiche prese in considerazione (abbiamo considerato i valori significativi per  $\alpha = 0,05$ ): non c'è differenza nella distribuzione per sesso, così come nella distribuzione per età (la media è 27,4 anni per i ragazzi della comunità e 28,8 anni per quelli in terapia al Ser.T.) e nel livello di istruzione (medie rispettivamente di 8,2 e 7,3 anni di studio per il campione della comunità e quello del Ser.T.). L'unica differenza che si può rilevare è relativa alla residenza dei soggetti (fig. N° 11). Differenza peraltro scontata, dal momento che Mondo X avendo centri d'ascolto a Cagliari e a Sassari viene in contatto con giovani provenienti da tutta l'isola, mentre il Ser.T. di Cagliari, per la suddivisione del territorio, ha un'utenza proveniente esclusivamente da Cagliari e hinterland.

**Errore. Il collegamento non è valido.**

**Figura 11**

Il problema maggiore, a livello di sostanze d'abuso, è rappresentato in netta prevalenza dall'eroina (vedi fig. N° 12): essa costituisce il principale problema per l'87,5% del gruppo della comunità - mediamente con 5,8 anni di dipendenza da questa sostanza - e per l'81% dei pazienti del Ser.T., i quali hanno un passato di dipendenza della durata media di 7,3 anni.



**Figura 12**

Dall'analisi dei punteggi di gravità assegnati dall'intervistatore ad ogni singola area, sono scaturite le seguenti medie (tab. N° 4.1 e figg. N° 13 e 14):

AREE	MONDO	SERT	
1 situazione medica	2,917	2,667	0,697
2 lavoro/sostentamento	3,292	4,952	0,158
3 uso di alcol	3,292	1,619	0,018
4 uso di sostanze	6,625	6,286	0,194
5 situazione legale	2,708	3,381	0,322
6 relazioni	5,583	4,714	0,038
7 situazione psichica	3,708	2,810	0,062

**Tabella 4.1** - Medie e *t* di Student dei punteggi di gravità.

Al fine di evidenziare differenze significative tra le singole aree del campione e del gruppo di confronto, si è utilizzato il calcolo statistico della differenza tra medie (*t* di Student - tab. N° 4.1) dei punteggi di gravità, che ha permesso di rilevare differenze significative in due aree: *uso di alcol* e *relazioni familiari/sociali*. Per quanto riguarda l'area 3 - è significativo all' 1,8% (vale a dire che abbiamo appena l' 1,8% di probabilità di commettere un errore, se consideriamo le risposte date dai soggetti nei due campioni diverse). Volendo esplorare più approfonditamente questa diversità, si è proceduto ad un confronto tra i singoli items di tale area. L'analisi mediante *t* di Student ha mostrato differenze significative relativamente agli eccessi con l'alcol nell' arco della vita ( $p = 0,047$ ), e in particolar modo nel mese precedente l' inizio del trattamento ( $p = 0,027$ ).

**Errore. Il collegamento non è valido.**

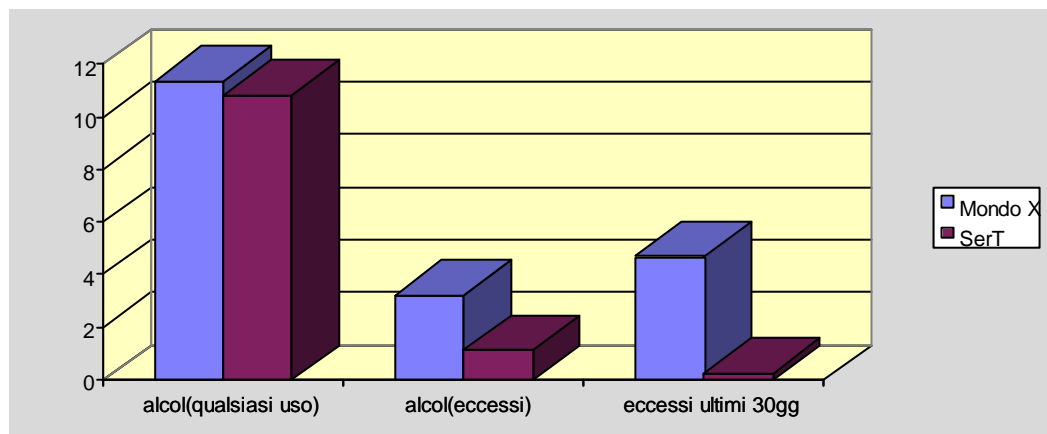
**Figura 13**

**Errore. Il collegamento non è valido.**

**Figura 14**

In entrambi i casi, i punteggi medi della comunità sono risultati decisamente superiori rispetto al Ser.T. (fig. N° 15).

Non ci sono invece differenze significative relativamente all'uso moderato di alcol, per il quale le medie sono risultate simili nei due campioni (11,3 per la comunità e 10,81 per il Ser.T. -  $p > 0,05$ ).



**Figura 15**

Per quanto riguarda l'area 6 - *relazioni familiari/sociali* - possiamo dire che i rapporti con i familiari e l'ambiente esterno risultano più minati tra i soggetti della comunità che non tra quelli del gruppo di confronto, con una probabilità d'errore del 3,8%.

Mediante l'utilizzo del  $\chi^2$  tra i singoli items dei due campioni, si è cercato - senza successo - di ottenere ulteriori informazioni. I grafici con le frequenze (figg. N° 16 e 17) mostrano la presenza di una certa differenziazione nelle risposte relative all'ultimo mese, evidentemente però insufficiente a dar luogo ad una rilevanza



statistica. Probabilmente all'interno di quest'area non c'è un fattore trascinante, ma è stata la combinazione dei vari fattori a dar luogo ad una differenza significativa.

**Errore. Il collegamento non è valido.**

**Figura 16**

**Errore. Il collegamento non è valido.** Figura 17

Oltre all'esame dei punteggi di gravità, sono stati analizzati i punteggi composti, basati su dati oggettivi forniti dall'intervistato e sulle sue autovalutazioni in merito ad ogni singola area.

È stato possibile effettuare il calcolo dei punteggi composti grazie all'utilizzo del programma creato da T. McLellan, il quale esamina ogni risposta data dal soggetto relativamente alla sua situazione negli ultimi trenta giorni, considera le risposte di autovalutazione da lui fornite - sempre in merito a questo periodo - dopodiché elabora per ogni area un punteggio composto, indice del quadro di gravità di quell'individuo nell'ultimo mese. Questo valore può variare da 0 a 1, indicanti rispettivamente un minimo ed un massimo di gravità.

AREE	MONDO	SERT	
1 situazione medica	0,179	0,116	0,164
2 lavoro/sostentamento	0,683	0,720	0,664
3 uso di alcol	0,197	0,127	0,217
4 uso di sostanze	0,256	0,177	0,042
5 situazione legale	0,259	0,203	0,460
6 relazioni	0,399	0,293	0,071
7 situazione psichica	0,267	0,218	0,374

**Tabella 4.2** - Medie e *t* di Student dei punteggi composti.

Come si può chiaramente vedere dai grafici, il picco maggiore è rappresentato - sia per il campione che per il gruppo di confronto - da problemi nell'asse *lavoro/sostentamento* (figg. N° 18 e 19). Gli items di quest'area permettono di ottenere informazioni relative al livello di scolarizzazione, tipo di professione svolta e situazione economica dell'intervistato. È emerso che i soggetti mediamente terminano a malapena la scuola dell'obbligo, sono in gran parte disoccupati (per l'esattezza il 75%

**Errore. Il collegamento non è valido. Figura 18**

**Errore. Il collegamento non è valido. Figura 19**

dei soggetti della comunità ed il 62% di quelli del Ser.T. non ha lavorato nei trenta giorni precedenti l'intervista - fig. N° 20), e tra gli occupati il mestiere più frequente (67% dei casi della comunità e 62% del Ser.T.) è nel campo dell'edilizia, di solito in qualità di manovale.

**Errore. Il collegamento non è valido. Figura 20**

Il confronto tra le medie dei punteggi composti effettuato mediante il *t* di Student (tab. N° 4.2) ha permesso di individuare una differenza significativa al 4% nell'area 4, *uso di sostanze psicotrope*.

Un'ulteriore indagine, condotta confrontando le risposte date ai singoli items, ha rivelato la presenza di una rilevante diversità nei tempi medi di astensione dall'uso di sostanze. La domanda chiedeva la durata dell'ultima interruzione volontaria dalla sostanza<sup>16</sup>: le risposte fornite hanno dato una media di 4 mesi per gli ospiti della comunità e di 10 mesi per i soggetti in trattamento ambulatoriale ( $p < 0,05$ ).

Non ci sono invece differenze significative per quanto riguarda gli anni d'abuso delle singole sostanze (figg. N° 21 e 22 ). Da notare che se è vero che l'eroina è la principale sostanza d'abuso, è anche vero che non è l'unica. Anzi, in termini di anni d'assunzione il grafico mostra come i soggetti del nostro campione abbiano fatto uso di hashish e marijuana per un numero d'anni anche superiore all'eroina. Resta comunque l'eroina la principale responsabile del *craving*, ossia la compulsione, il desiderio irrefrenabile nei confronti di una sostanza d'abuso.

**Errore. Il collegamento non è valido.**

**Figura 21**

**Errore. Il collegamento non è valido. Figura 22**

---

<sup>16</sup> Come sostanza si intende quella che per l'individuo costituisce il problema maggiore.

Al fine di verificare la presenza di correlazioni tra punteggi di gravità e punteggi composti del campione, si è calcolato il coefficiente di Pearson all'interno delle singole aree, ottenendo i risultati riportati nella tabella N° 7 in Appendice II: i valori risultano tutti significativamente correlati, con l'esclusione dell'area medica e di quella familiare/sociale. Come si è già precedentemente accennato, i punteggi composti si basano su una rilevazione puntuale della vita del soggetto, che non rispecchia necessariamente la sua situazione generale: tra gli intervistati vi erano soggetti con epatite cronica o sieropositivi, che non hanno avuto problemi nel mese precedente l'intervista. Ciò non significa che la loro situazione non richieda attenzioni dal punto di vista medico.

Per quanto riguarda l'area familiare/sociale, anche qui è bene tener presente che nell'ultimo mese il clima familiare tende ad essere più rilassato e partecipativo, in quanto i vari membri sono a conoscenza del fatto che il giovane è intenzionato ad entrare in comunità. Si tratta però di un'osservazione limitata perché, se andiamo un po' più indietro nel tempo, troviamo una serie di incomprensioni, litigi e paure nei confronti del tossicodipendente, che fanno pensare sia necessario un trattamento che comprenda anche una forma di sostegno alla famiglia.

Un'ulteriore fase della ricerca che ha richiesto l'utilizzo del coefficiente di Pearson è stata quella mirata a verificare la presenza di una relazione funzionale tra i punteggi di gravità delle singole aree del nostro campione. I valori ottenuti da questo confronto - riportati in Appendice II, tab. N° 9 - mostrano la presenza di correlazioni significative tra le seguenti aree:

- ?? *Situazione medica - Lavoro/sostentamento* ( $p < 0,025$ );
- ?? *Situazione medica - Uso di sostanze psicotrope* ( $p < 0,05$ );
- ?? *Situazione medica - Situazione Legale* ( $p < 0,01$ );
- ?? *Lavoro/sostentamento - Uso di sostanze psicotrope* ( $p < 0,05$ );
- ?? *Lavoro/sostentamento - Situazione Legale* ( $p < 0,025$ );
- ?? *Uso di alcol - Uso di sostanze psicotrope* ( $p < 0,05$ );
- ?? *Uso di alcol - Situazione psichica* ( $p < 0,025$ );
- ?? *Uso di sostanze psicotrope - Situazione psichica* ( $p < 0,05$ ).

Il campione utilizzato per la presente ricerca è troppo esiguo per consentire di fare affermazioni su questi risultati. I dati riscontrati possono però fornire interessanti spunti per successive e più approfondite ricerche su tali aspetti.

Volendo comunque fare delle osservazioni, si può dire che la correlazione tra la situazione medica e l'uso di sostanze era attesa, dal momento che un uso continuativo di alcol e droghe col tempo porta inevitabilmente ad una degenerazione fisica, in particolar modo per quanto riguarda epatopatie (frequentissima tra i tossicodipendenti l'Epatite C, che tende a cronicizzarsi) e patologie a carico dell'arcata dentaria. La debilitazione fisica tende ad avere conseguenze anche sull'attività lavorativa dei soggetti, che non sono più in grado di sostenere determinati ritmi. Questa seconda osservazione giustificherebbe la presenza di una correlazione diretta tra attività medica e lavorativa, nonchè tra lavoro e abuso di sostanze, visto che i tre aspetti sono interconnessi, o perlomeno lo diventano nel momento in cui l'individuo non è più in grado di condurre due vite separate (quella legata al lavoro e alla famiglia e quella da tossicomane).

In riferimento alla situazione legale, se è comprensibile che all'aggravarsi di questa si accompagni un peggioramento nell'area lavorativa, meno intuibile è la correlazione, peraltro elevata, tra gli aspetti legali e quelli medici. Si preferisce lasciare le ipotesi su questa relazione a successivi studi.

Per quanto concerne la correlazione tra uso di alcolici e di sostanze psicotrope, un parallelo aumento della gravità nelle due aree è frequente soprattutto nei soggetti con una lunga esperienza di tossicomania alle spalle. In queste circostanze sono infatti numerosi gli eroinomani che cercano di disintossicarsi e si illudono di uscire dalla dipendenza ricorrendo all'uso di sostanze legali quali alcol e psicofarmaci (M. P. Lai Guaita, 1994). In realtà in questi casi difficilmente si riesce a liberarsi dall'eroina, ottenendo in compenso un aggravamento nell'abuso di farmaci e alcolici.

Relativamente alle correlazioni riscontrate tra uso di alcol (o sostanze) e situazione psichica, è bene innanzitutto sottolineare che nell'area psichica i punteggi di gravità sono perlopiù riferiti a quadri di depressione o ansia. È abbastanza frequente che l'uso di droghe e alcol provochi questi effetti; quello che è interessante rilevare è però il fatto che i soggetti abbiano riferito questi problemi riportandoli come precedenti o comunque slegati dalla tossicodipendenza. Il fatto che la correlazione in queste aree sia significativa per il campione e non per il gruppo di riferimento, potrebbe far pensare che le persone che hanno particolari problemi di ansia, tensioni e depressione associati alla tossicodipendenza si rivolgano preferibilmente alle comunità. Si tratta ovviamente di un'ipotesi azzardata vista

l'esiguità del campione, che varrebbe però la pena di approfondire con successivi studi.

Il quadro delle correlazioni cambia, se dal confronto dei punteggi di gravità si passa a quello dei punteggi composti. In questo caso sono risultati significativi i seguenti valori:

?? *Situazione medica - Uso di sostanze psicotrope* ( $p < 0,05$ )

?? *Situazione medica - Situazione psichica* ( $p < 0,025$ )

?? *Uso di alcol - Uso di sostanze psicotrope* ( $p < 0,005$ )

?? *Uso di sostanze psicotrope - Situazione psichica* ( $p < 0,05$ )

?? *Relazioni familiari/sociali - Situazione psichica* ( $p < 0,01$ )

La novità è qui rappresentata dalla presenza di una relazione altamente significativa nell'ultimo mese tra situazione medica e situazione psichica, nonché tra situazione psichica e relazioni familiari/sociali. Le informazioni di cui disponiamo non consentono di chiarire i motivi di queste correlazioni, che non vanno comunque sottovalutate: in primo luogo per via della bassa probabilità che la relazione trovata sia dovuta al caso - rispettivamente del 2% e dell'1% - e in secondo luogo perchè questi aspetti sono resi ancor più rilevanti dal fatto che, nel gruppo di confronto, non è risultata alcuna relazione tra l'area psichica e le altre. Questi particolari avvalorerebbero l'ipotesi che la comunità tenda ad accogliere persone con situazioni familiari e psichiatriche abbastanza complesse, che richiedono di conseguenza un trattamento più articolato e completo di quello che può offrire un trattamento di tipo ambulatoriale.

Non si possono fare ipotesi sulle altre correlazioni, dal momento che non sono risultate significative, anche se qualche osservazione si potrebbe fare su ciò che *non* si è trovato. Una su tutte, l'assenza di una significativa correlazione positiva tra area legale e relazioni familiari/sociali, a disconferma di quanti ritengono che le radici del comportamento criminale di un soggetto siano da ricercare principalmente nel cattivo funzionamento del sistema familiare.

## CONCLUSIONI

Dall'attenzione focalizzata sulle comunità sarde per tossicodipendenti è emerso un quadro abbastanza variegato, seppure con la condivisione di alcuni aspetti principali. Tra i punti in comune, il rifiuto di un recupero basato esclusivamente su terapie farmacologiche, il divieto all'uso di droghe per la durata del trattamento, la necessità di un ruolo attivo dell'individuo all'interno del suo processo di crescita, il porsi della comunità - con il suo contesto sociale e il gruppo dei pari - non solo come luogo di verifica del cambiamento, bensì come agente del cambiamento stesso.

A fronte di questi aspetti comuni ve ne sono tanti altri distintivi, dal momento che ogni comunità ha poi scelto di delineare un suo specifico programma di intervento. Esse sono nate con delle precise impostazioni di conduzione personalizzate dai rispettivi fondatori ma, nel tempo, si è riscontrata l'esigenza di far convergere gli intenti, arrivando così alla creazione di un coordinamento che possa razionalizzare l'attività di recupero in Sardegna.

Ciascuna comunità ha comunque mantenuto un suo protocollo di trattamento e un periodo indicativo di permanenza nella struttura residenziale, che possono risultare diversi dalle altre. Non è neppure possibile fare un distinguo tra comunità a breve e a lungo periodo di permanenza, dato che all'interno del modello a lungo termine riscontriamo diverse modalità di applicazione.

Le tre comunità dell'Associazione Mondo X - Sardegna, protagoniste del presente lavoro, portano avanti un programma lungo e impegnativo (della durata media di quattro anni) che però differisce da altri di simile durata per l'assenza di fasi precise e temporalmente delineate. I responsabili di queste comunità ritengono non sia possibile stabilire un percorso preciso a priori, vista la soggettività del problema.

Partendo da questo presupposto e rifiutando di sottolineare il carattere terapeutico della loro attività (preferendo la definizione di comunità di vita), le comunità di Mondo X rientrano tra quelle implicitamente terapeutiche.

L'analisi condotta sulle metodologie d'intervento attuato in comunità ha permesso di evidenziare la presenza di un programma non statico, pur avendo mantenuto un'identica linea di condotta nel tempo. I punti saldi che hanno retto negli anni sono relativi: all'utilizzo dell'ergoterapia finalizzata ad impegnare la persona da un punto di vista fisico e mentale, distraendola dal desiderio dell'uso di alcol o sostanze psicotrope; al tentativo di allargare gli orizzonti culturali dell'individuo

mediante lezioni tematiche, conferenze, dibattiti, rappresentazioni teatrali e quant'altro occorra a formare persone che, solo raramente, arrivano in comunità in possesso di un diploma di studio; alla formazione di sé, l'elemento centrale verso cui tutto converge. Quest'ultimo è sicuramente il processo più articolato, che richiede tempi di permanenza in comunità particolarmente lunghi.

D'altro canto, qualche aspetto della linea di condotta tenuta in passato è stato modificato sulla base dell'esperienza maturata sul campo. Primo tra tutti il processo di accoglienza nei centri all'uopo costituiti: nei primi anni di attività non esisteva una selezione di tipo strutturato, con colloqui a scadenza ben precisa e norme inderogabili. In seguito si è capita l'importanza di un primo approccio con il tossicodipendente, per tastare la personalità e la volontà di recupero.

In tutto questo contesto, un ruolo fondamentale è giocato dalle famiglie dei drogati, quasi sempre coinvolte nel profondo disagio che accompagna i propri figli nell'esperienza tossicomana. Le comunità Mondo X hanno sempre sostenuto la necessità di una separazione del giovane dal proprio ambiente socio-familiare, nel momento in cui egli decide di entrare nella comunità stessa. Rispetto al passato, tuttavia, si registra un maggiore tentativo di coinvolgimento delle famiglie durante il programma di recupero: ciò è spiegato dal mutamento della realtà sociale, che ha determinato una grave crisi di lavoro (soprattutto nell'Isola) e il conseguente rientro nel nucleo familiare della maggior parte dei ragazzi recuperati in comunità. Non solo: si è pure scoperta l'esigenza da parte dei familiari di trovare una valvola di sfogo ai problemi quotidiani generati dalla condizione del figlio, ristabilendo nel contempo un rapporto di fiducia con lui. Su tale aspetto puntano molto alcuni filoni di ricerca (in Sardegna quello condotto dalla professoressa Lai Guaita) che mirano a modificare precedenti visioni di chiusura davanti alla famiglia.

Col passare degli anni, Padre Morittu e i suoi collaboratori hanno individuato questa esigenza delle famiglie di instaurare un dialogo col figlio tossicodipendente; dialogo che era stato minato durante la vita quotidiana in casa, dove spesso era realmente difficile instaurare un civile rapporto di convivenza. Di fatto, questo lavoro sui due fronti tende a portare dei benefici soprattutto al drogato da recuperare, per quanto non sempre sia possibile condurre un cammino parallelo: gli incontri con le famiglie non avvengono con l'auspicabile frequenza a causa della carenza di figure professionali adeguate all'interno delle tre comunità. In taluni casi, sono i familiari

stessi a non lasciarsi coinvolgere preferendo demandare alla comunità la responsabilità del recupero dei propri figli.

I centri di accoglienza, cui si è fatto precedentemente riferimento, hanno il precipuo scopo di valutare l' idoneità dei soggetti al trattamento in comunità. Spesso i giovani si arrendono di fronte alla prospettiva di forti limitazioni alla vita sregolata condotta sino a quel momento: il lavoro (inteso come fatica fisica), il divieto assoluto di droghe - sigarette comprese - e alcol, la vita in un gruppo ben delineato e regolato da orari e norme piuttosto rigide, talvolta inibisce la volontà di cambiare vita.

È appurato che avviene una selezione durante la fase di accoglienza. Restano da accertare le basi su cui la selezione stessa avviene, naturalmente precisando che un ingresso in comunità può essere temporaneamente sospeso soltanto quando si vuole verificare il reale convincimento del tossicodipendente di iniziare un cammino di recupero. In altri casi (fortunatamente sporadici) si è invece costretti a indirizzare altrove il drogato che presenta anche gravi aspetti psico-patologici, non gestibili con le attuali strutture medico-sanitarie interne.

Allo scopo di verificare su quali basi avvenga questa selezione, e se non vi siano tra i soggetti accolti dei fattori maggiormente predisponenti alla riuscita del trattamento, si è utilizzato l' Addiction Severity Index, un' intervista strutturata che permette di valutare la gravità della situazione del soggetto in sette aree: condizione medica, situazione occupazionale/di sostentamento, uso di alcol e di sostanze psicotrope, situazione legale, familiare/sociale, psichica. Per ciascun settore vengono poste domande obiettive che valutano il numero, la dimensione e la durata dei sintomi e domande per una valutazione soggettiva, da parte del paziente, sulla gravità dei suoi problemi e sulla necessità di cura.

L' utilità di questo strumento sta nella possibilità di raccogliere un numero di informazioni difficilmente ottenibili in un singolo colloquio di pari durata. Presenta però anche un limite, in quanto il colloquio agevola sicuramente di più nel tentativo di stabilire un rapporto di empatia col paziente. Bisogna tenere bene a mente quest' aspetto, al fine di integrare nella maniera più corretta possibile le due metodologie: da un lato l' intervista, a scopo di ricerca e per ottenere informazioni che consentano di orientare nella giusta direzione ogni singolo trattamento; dall' altro i colloqui, per allacciare un rapporto di fiducia col soggetto.

L' A.S.I., somministrato esclusivamente mediante intervista diretta, ha una durata media di circa 45 minuti. Le valutazioni vengono fatte tenendo conto di alcuni



parametri: punteggi di gravità (vanno da 0 a 9, sono dati dall'intervistatore e indicano la situazione di gravità del soggetto in ogni singola area) e punteggi composti (valori da 0 a 1 che si riferiscono al calcolo del complesso formato da items sulle risposte relative alla situazione degli ultimi 30 giorni e autovalutazioni fornite dal soggetto).

L'intervista è stata eseguita su un campione di soggetti entrati nelle comunità di Mondo X e, al fine di avere un gruppo di confronto, su un gruppo di soggetti in trattamento ambulatoriale presso il Ser.T. dell'Azienda U.S.L. n° 8 di Cagliari. La ricerca si colloca nell'ambito delle quasi-sperimentali, vista l'impossibilità di un'assegnazione casuale dei soggetti al campione.

L'analisi del campione e del gruppo di confronto non ha presentato differenze significative per quanto riguarda le variabili anagrafiche considerate, se si esclude il tipo di utenza legato al territorio (il Ser.T. opera in una precisa area, la comunità invece accoglie persone provenienti da altre province e persino dalla penisola, anche se quest'ultima ipotesi non si è verificata durante il periodo relativo alla presente indagine). In entrambi i casi sono emersi un grado di scolarizzazione medio piuttosto basso (licenza media inferiore) e un alto grado di disoccupazione. Gli occupati solitamente lavorano o hanno lavorato nel settore dell'edilizia, perlopiù come manovali. Impossibile invece effettuare un confronto per sesso, vista l'esigua presenza femminile tra le persone intervistate.

Da un confronto tra le medie dei punteggi di gravità del campione e del gruppo di confronto, è emersa una differenza significativa relativamente all'uso di alcolici e all'ambito delle relazioni familiari/sociali: i soggetti della comunità hanno fatto un uso smodato di alcolici sia nella vita che nel mese precedente il trattamento, in maniera nettamente superiore rispetto ai giovani in cura al Ser.T. di via Capula. Questo è un risultato inatteso, e sarebbe interessante fare delle successive verifiche sul tema. Le ipotesi che si possono fare al momento sono, per quanto riguarda l'ultimo mese, il tentativo da parte dei futuri ospiti della comunità di eliminare l'ansia derivante dall'imminente ingresso in trattamento residenziale mediante l'uso di alcolici. Il problema non si porrebbe invece per gli elementi in cura al Ser.T., dato che il trattamento nel servizio pubblico non prevede un radicale cambiamento del loro precedente stile di vita. Per quel che riguarda l'abuso negli anni, una spiegazione potrebbe trovarsi nel fatto che in ambito pubblico per il recupero degli alcolisti esistono centri più specifici del Ser.T., essendo quest'ultimo orientato più al recupero degli eroinomani che di altre forme di dipendenza. Da qui la minore presenza di

soggetti con problemi di alcol nel Ser.T. rispetto alla comunità. In entrambi i casi si tratta di ipotesi da verificare necessariamente con studi mirati ad analizzare questo specifico aspetto. Le relazioni familiari/sociali presentano analoga differenza, in quanto i rapporti con i familiari e l'ambiente esterno risultano marcatamente più conflittuali per i ragazzi giunti in comunità. A questo proposito non si è riscontrata una causa dominante: probabilmente il punteggio non è legato a particolari items, bensì è il risultato dell'insieme dei vari fattori.

Un'altra importante distinzione è stata riscontrata nel periodo dell'ultima astensione volontaria dalla sostanza che costituisce il problema principale (generalmente si tratta dell'eroina). I risultati hanno riportato un periodo di astensione inferiore tra i soggetti delle comunità. Non si sono invece notate differenze nella durata d'abuso delle varie sostanze psicotrope.

La differenza individuata nel periodo di astinenza da sostanze può far pensare alla presenza di un problema più grave, che ha spinto i giovani e le loro famiglie a cercare una soluzione più completa rispetto a quella ambulatoriale, la quale impegna solo parzialmente il tossicodipendente. Ci manteniamo su un piano di ipotesi, dal momento che l'esiguità del campione non consente una generalizzazione dei dati. Quest'aspetto è comunque interessante e meriterebbe ulteriori sviluppi, soprattutto alla luce di altri particolari che sembrano avvalorare la suddetta tesi. Tra questi, la presenza significativa all'interno del campione di problemi psichici rispetto al gruppo di confronto. I problemi più frequentemente lamentati sono stati ansia, tensione grave e depressione. Si tratta di conseguenze normalmente provocate dall'assunzione di alcol o sostanze psicotrope, ma il fatto interessante da rilevare è che i soggetti abbiano riportato tali problemi indicandoli come precedenti o comunque non determinati dalla tossicodipendenza. Non solo, la correlazione effettuata sui punteggi composti del campione mostra delle relazioni altamente significative tra gravità nella situazione psichica e medica ( $p < 0,025$ ), nonché tra situazione psichica e relazioni familiari/sociali ( $p < 0,01$ ). Per contro, i punteggi sull'area psichica del gruppo di confronto non presentano alcuna correlazione significativa.

L'insieme di tutti questi aspetti, pur - come abbiamo già detto - nei limiti di una ricerca condotta su un campione ristretto, sembrerebbe escludere una tendenza da parte della comunità a privilegiare l'ingresso di elementi che presentano quadri meno problematici e quindi più facilmente risolvibili; i risultati mostrano anzi la presenza di un quadro complessivo più grave proprio tra i residenti in comunità. I dati sembrano

insomma dire che l'utenza della comunità è differente dal Ser.T., e quindi c'è una forma di selezione. Essa terrebbe in maggior conto quei casi i quali, avendo una situazione familiare e psichiatrica abbastanza complessa, necessitano di una presa in carico globale dell'individuo, cosa che un trattamento temporalmente limitato come quello ambulatoriale non è in grado di fare.

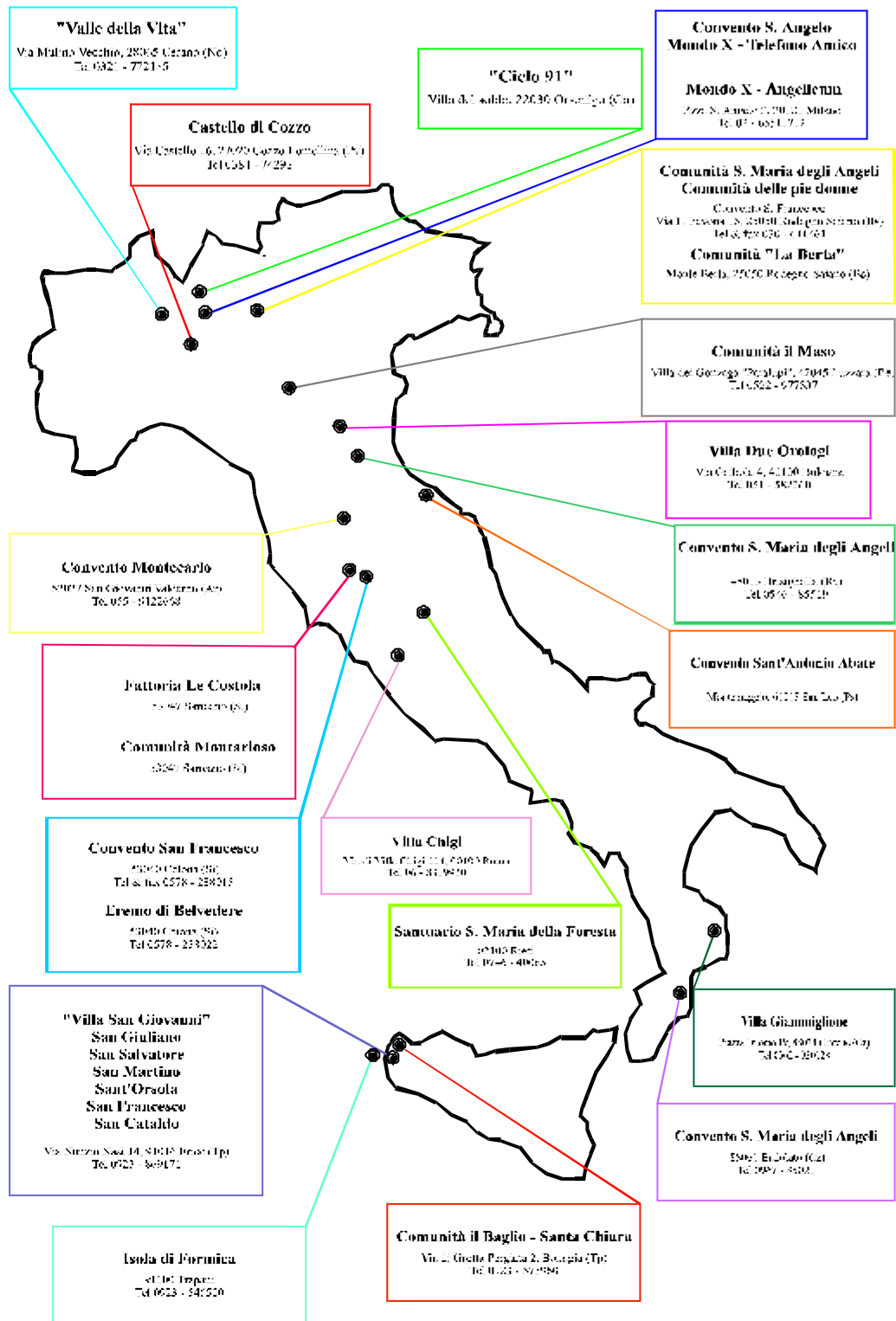
Il quesito che resta aperto, e che sarebbe interessante approfondire con successive ricerche, è stabilire se è la comunità a dare la precedenza ai casi più problematici, o se sono i giovani e le famiglie che si trovano in tali condizioni a privilegiare la scelta della comunità come soluzione al problema tossicodipendenza.

Problema che non è, come si è già avuto modo di dire, da considerare un risultato della situazione familiare. A questo proposito si può citare un dato in difesa della famiglia: l'assenza di correlazione tra gravità nelle relazioni familiari/sociali e gravità nella situazione legale. Il che disconfonderebbe le tesi di quanti ritengono che le cause della devianza siano da ricercare principalmente nel cattivo funzionamento delle relazioni instaurate in famiglia.

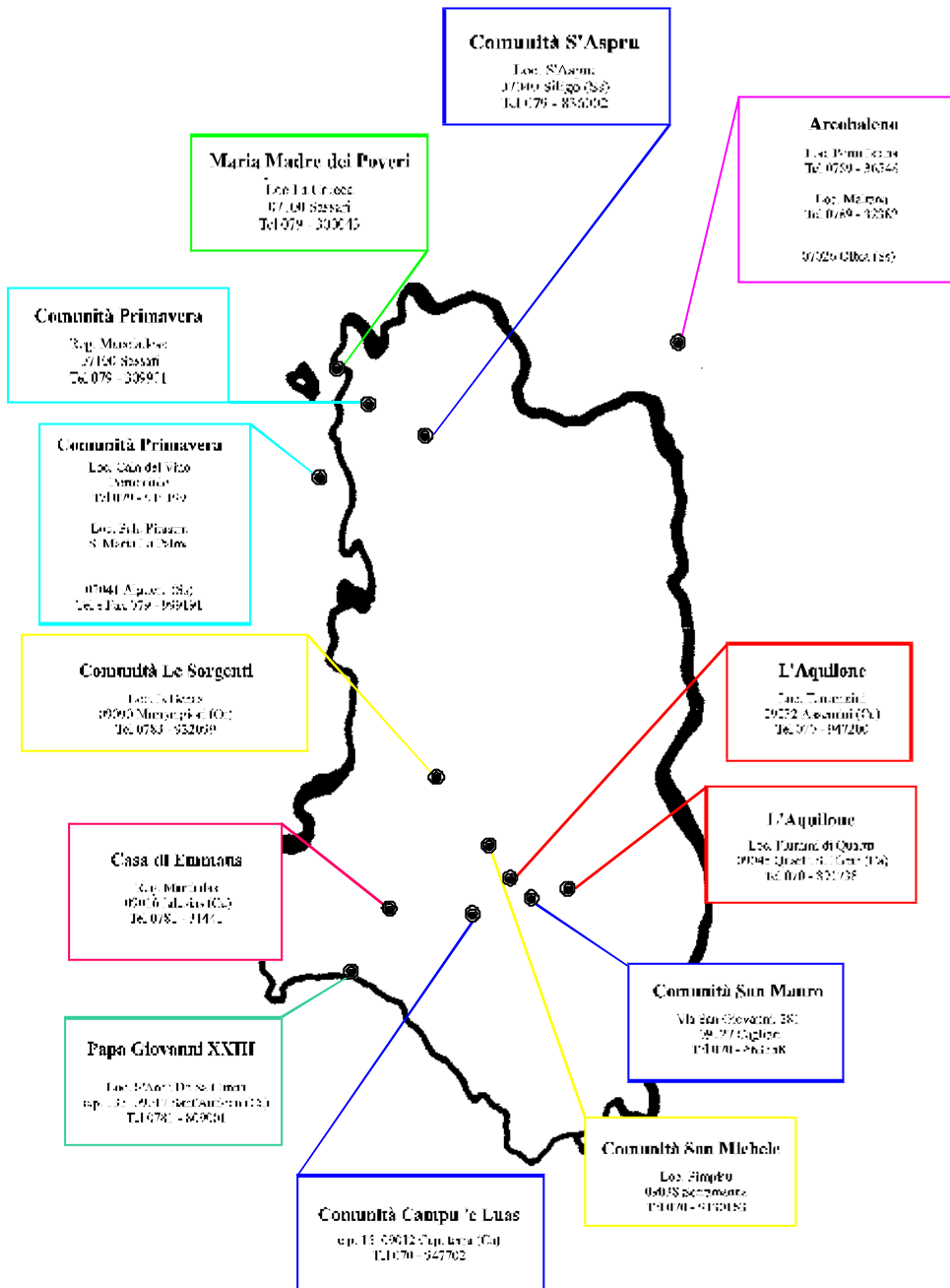
APPENDICE I

-Cartine-

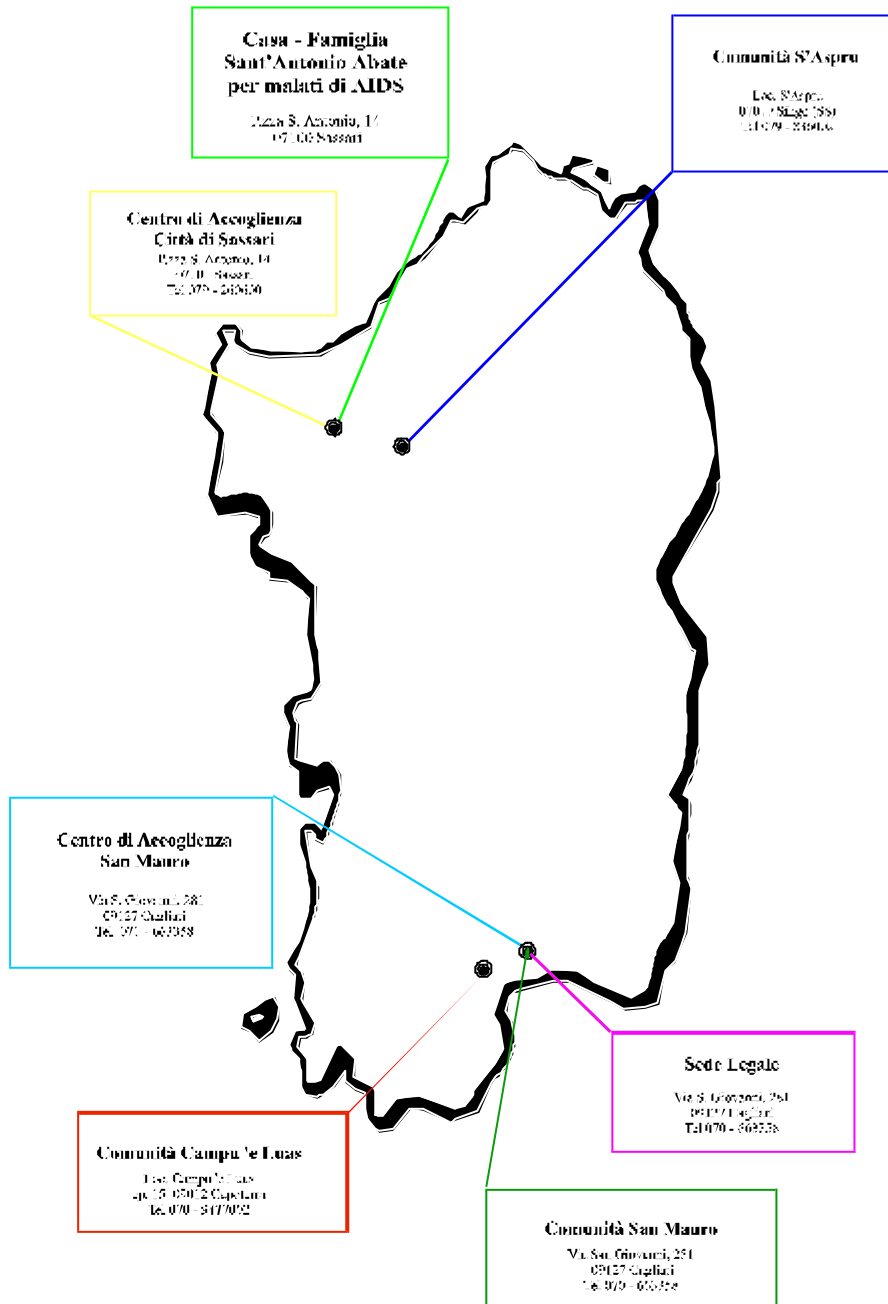
# Sedi "Mondo X" operative in Italia



# Comunità residenziali facenti parte del Coordinamento Sardo



# Associazione " Mondo X - Sardegna" Sedi operative



## APPENDICE II

-Tabelle-



<b>PUNTEGGI di GRAVITA' Mondo X</b>							
<b>N°</b>	<b>SIT. MED.</b>	<b>LAV./SOST.</b>	<b>ALCOL</b>	<b>SOST.PS.</b>	<b>SIT.LEG.</b>	<b>FAMIL./SOC.</b>	<b>SIT.PSIC.</b>
1	0	1	1	6	0	6	0
2	0	1	3	7	0	6	4
3	0	2	0	5	4	4	1
5	4	3	4	6	4	6	5
11	5	3	3	6	4	4	3
14	5	4	5	7	5	5	6
18	3	3	3	7	0	6	4
19	3	1	1	6	0	4	4
20	4	5	5	7	0	5	4
21	4	5	5	8	8	6	5
22	4	5	6	7	0	6	6
23	3	3	7	8	4	7	4
24	3	5	7	8	5	6	4
25	1	3	7	4	0	6	5
26	7	6	6	8	5	3	4
27	2	6	0	6	2	6	4
28	0	7	2	7	3	7	4
29	4	4	3	7	4	5	2
30	0	2	5	7	0	6	4
31	5	7	0	7	5	7	4
32	5	7	1	7	1	6	6
33	0	5	0	6	1	5	3
34	4	8	4	7	6	6	3
35	4	4	1	5	4	6	0
<b>moda</b>	4	3	1	7	0	6	4
<b>X</b>	2,9166666	3,291666667	3,2917	6,625	2,70833333	5,58333333	3,70833333
<b>mdn</b>	3,5	4	3	7	3,5	6	4
<b>s</b>	2,0624313	2,035909511	2,4223	1,013496	2,4223446	1,0179548	1,6279933

**Tabella 1** - Dati grezzi punteggi di gravità Mondo X con relative moda, media, mediana e deviazione standard per singola area.

<b>PUNTEGGI di GRAVITA' Ser.T.</b>							
<b>N°</b>	<b>SIT.MED.</b>	<b>LAV./SOST.</b>	<b>ALCOL</b>	<b>SOST.PS.</b>	<b>SIT.LEG.</b>	<b>FAMIL./SOC.</b>	<b>SIT.PSIC.</b>
4	4	2	0	6	4	2	1
6	3	6	0	7	2	4	1
7	4	5	0	6	4	4	4
8	0	4	0	5	3	3	4
9	0	4	0	7	5	5	3
10	4	2	5	6	0	3	3
15	1	6	3	6	3	6	2
16	3	5	1	6	7	4	4
17	1	4	2	6	3	6	2
36	0	7	0	7	0	8	4
37	7	4	8	6	4	5	4
38	7	6	3	7	6	7	5
39	4	5	0	7	3	7	2
40	4	7	0	5	5	6	3
41	0	5	0	6	3	4	4
42	4	6	0	7	5	6	0
43	0	6	1	6	0	2	0
44	1	4	3	6	0	3	2
45	4	8	3	7	5	6	5
46	1	5	2	7	5	4	4
47	4	3	3	6	4	4	2
<b>moda</b>	4	6	0	6	3	4	4
<b>X</b>	2,666666	4,95238095	1,61905	6,285714	3,3809523	4,7142857	2,809523
<b>mdn</b>	3	5	1	6	4	4	3
<b>s</b>	2,221110	1,56448683	2,10894	0,64365	2,0365704	1,6775833	1,503963

**Tabella 2** - Dati grezzi punteggi di gravità Ser.T. con relative moda, media, mediana e deviazione standard per singola area.

<b>PUNTEGGI COMPOSTI Mondo X</b>							
<b>N°</b>	<b>SIT.MED.</b>	<b>LAV./SOST.</b>	<b>ALCOL</b>	<b>SOST.PS.</b>	<b>SIT.LEG.</b>	<b>FAMIL./SOC.</b>	<b>SIT.PSIC.</b>
<b>1</b>	0,167	0,75	0,083	0,096	0	0,425	0
<b>2</b>	0,083	0,5	0,175	0,25	0	0,833	0,318
<b>3</b>	0,167	0,547	0	0,077	0,35	0,375	0,136
<b>5</b>	0,583	1	0	0,328	0,487	0,683	0,659
<b>11</b>	0	1	0,017	0,058	0,4	0,25	0,182
<b>14</b>	0,083	0,75	0,192	0,331	0,79	0,671	0,508
<b>18</b>	0,356	0,75	0,083	0,304	0	0,405	0,242
<b>19</b>	0,161	0,167	0,055	0,167	0	0,488	0,523
<b>20</b>	0,167	0,283	0,069	0,203	0	0,875	0,252
<b>21</b>	0	0,705	0,1	0,219	0,55	0,325	0,182
<b>22</b>	0,333	1	0,69	0,377	0	0,363	0,47
<b>23</b>	0,333	0,186	0,586	0,508	0,78	0,275	0,409
<b>24</b>	0,417	0,542	0,574	0,476	0,692	0,275	0,341
<b>25</b>	0	0,539	0,61	0,256	0	0,328	0,379
<b>26</b>	0,333	1	0,594	0,428	0,25	0,05	0,091
<b>27</b>	0,5	1	0	0,135	0	0,35	0,409
<b>28</b>	0	1	0,167	0,276	0,25	0,436	0,409
<b>29</b>	0,083	0,75	0,167	0,096	0,2	0,15	0,091
<b>30</b>	0	0,292	0,245	0,301	0	0,2	0,045
<b>31</b>	0,389	1	0	0,24	0,73	0,654	0,227
<b>32</b>	0,147	0,75	0,139	0,39	0	0,564	0,273
<b>33</b>	0	0,75	0	0,135	0	0,15	0,136
<b>34</b>	0	1	0,033	0,206	0,4	0,2	0,132
<b>35</b>	0	0,141	0,167	0,287	0,35	0,25	0
<b>moda</b>	0	1	0	0,096	0	0,25	0,409
<b>X</b>	0,17925	0,68341666	0,19775	0,256	0,259541	0,39895833	0,26725
<b>mdn</b>	0,154	0,75	0,1195	0,253	0,225	0,3565	0,247
<b>s</b>	0,181207	0,29809816	0,22830	0,124622	0,287209	0,21737295	0,1772861

**Tabella 3** - Dati grezzi punteggi composti Mondo X con relative moda, media, mediana e deviazione standard per singola area.

<b>PUNTEGGI COMPOSTI Ser.T.</b>							
<b>N°</b>	<b>SIT.MED.</b>	<b>LAV./SOST.</b>	<b>ALCOL</b>	<b>SOST.PS.</b>	<b>SIT. LEG.</b>	<b>FAMIL./SOC.</b>	<b>SIT.PSIC.</b>
4	0,25	0,5	0,145	0,442	0,3	0,125	0,045
6	0,167	0,558	0,167	0,095	0	0,217	0,389
7	0,167	1	0,033	0,201	0,572	0,5	0,432
8	0	0,85	0,042	0,044	0,05	0,213	0,205
9	0,083	1	0,033	0,219	0,45	0,507	0,114
10	0,167	1	0,346	0,186	0	0,325	0,385
15	0	1	0,162	0,076	0,05	0,4	0,114
16	0,333	1	0,028	0,128	0,5	0,15	0,503
17	0	0,297	0,022	0,346	0	0,425	0,577
36	0,25	0,75	0,011	0,365	0	0,625	0,341
37	0,25	0,5	0,508	0,036	0	0,05	0,276
38	0	1	0,167	0,126	0,5	0,3	0,136
39	0,094	0,75	0,011	0,401	0,15	0,412	0,045
40	0	0,525	0,167	0,038	0,3	0,25	0
41	0	0,417	0	0,092	0,1	0,1	0,091
42	0,167	0,683	0,011	0,259	0,2	0,426	0
43	0	0,75	0,085	0,058	0	0,2	0,045
44	0,083	0,239	0,286	0,058	0	0,25	0,068
45	0,106	1	0,25	0,231	0,4	0,422	0,555
46	0,167	0,75	0,172	0,242	0,3	0,15	0,212
47	0,15	0,544	0,011	0,071	0,4	0,1	0,045
<b>moda</b>	0	1	0,011	0,058	0	0,15	0,045
<b>X</b>	0,1159047	0,71966666	0,12652	0,176857	0,2034285	0,29271429	0,218
<b>mdn</b>	0,106	0,75	0,085	0,128	0,15	0,25	0,136
<i>s</i>	0,1029737	0,25147670	0,13404	0,127709	0,2034867	0,15882322	0,1906630

**Tabella 4** - Dati grezzi punteggi composti Ser.T. con relative moda, media, mediana e deviazione standard per singola area.

MONDO X												
N°	A	B	C	D	E	F	G	H	I	L	M	N
1	6	0	7	0	0	1	2	0	6	1	0	0
2	13	10	4	1	0	0	0	4	1	8	0	0
3	0	0	6	1	0	0	0	0	0	4	0	0
5	7	5	4	0	0	0	10	1	1	7	0	0
11	9	3	11	0	0	0	0	3	1	10	1	0
14	14	7	6	1	1	0	0	2	1	4	1	0
18	20	2	9	0	0	0	3	1	1	15	0	0
19	25	2	0	0	0	0	0	4	0	1	0	0
20	11	8	5	3	0	0	0	1	0	13	2	0
21	24	0	10	0	0	0	0	1	0	10	0	0
22	8	0	3	1	0	0	3	0	2	8	3	1
23	12	10	7	0	1	0	1	4	0	16	4	1
24	7	7	6	0	0	0	1	0	20	6	6	0
25	15	7	0	0	0	0	5	0	1	0	0	0
26	21	12	16	6	0	0	6	8	4	21	3	0
27	0	0	8	0	0	0	0	0	0	10	0	0
28	18	0	8	0	0	0	1	2	0	0	0	0
29	16	0	8	1	0	0	0	8	2	17	10	0
30	9	2	7	0	0	0	0	1	1	1	2	0
31	0	0	5	0	0	0	0	0	0	1	0	0
32	9	0	7	1	0	0	7	0	0	1	0	0
33	3	0	4	1	0	0	0	0	0	3	0	0
34	7	2	6	1	0	0	6	4	6	6	0	0
35	18	0	7	1	0	0	1	2	2	10	0	0

**Tabella 5** - Dati grezzi relativi agli anni di uso regolare di alcol e sostanze psicotrope (per regolare si intende almeno un mese, per tre volte la settimana).

**LEGENDA:**

**A** = Alcol (qualsiasi uso);

**B** = Alcol (fino all' intossicazione);

**C** = Eroina;

**D** = Metadone;

**E** = Altri oppiacei/analgesici;

**F** = Barbiturici;

**G** = Ipnotici/tranquillanti/altri sedativi;

**H** = Cocaina;

**I** = Amfetamine;

**L** = Cannabis;

**M** = Allucinogeni;

**N** = Inalanti.

SERT												
N°	A	B	C	D	E	F	G	H	I	L	M	N
4	12	0	5	4	0	0	0	1	3	12	3	0
6	5	0	8	0	0	0	6	0	0	5	1	0
7	12	0	7	1	0	0	1	0	0	0	0	0
8	10	0	15	12	8	0	8	15	8	15	0	0
9	0	0	9	0	1	0	0	2	2	4	0	0
10	15	7	1	0	0	0	3	0	0	4	0	0
15	8	1	6	0	0	0	0	0	0	3	0	0
16	7	0	8	0	0	0	0	0	0	10	1	0
17	11	1	6	1	0	0	0	0	2	4	0	0
36	0	0	5	0	0	0	2	0	0	0	0	0
37	11	10	7	4	0	0	3	0	0	11	0	0
38	22	0	16	9	0	0	1	1	16	15	0	0
39	21	1	4	0	0	0	0	1	0	6	0	0
40	1	0	4	3	1	9	9	1	8	10	0	0
41	0	0	3	0	0	0	0	0	2	5	2	0
42	20	0	11	0	0	0	1	3	0	7	0	0
43	14	3	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0
44	11	1	4	0	0	0	0	0	0	2	0	0
45	22	0	15	4	0	0	0	1	0	0	0	0
46	18	0	12	3	2	0	1	1	1	0	0	0
47	7	0	2	0	0	0	1	8	1	1	0	0

**Tabella 6** - Dati grezzi relativi agli anni di uso regolare di alcol e sostanze psicotrope (per regolare si intende almeno un mese, per tre volte la settimana).

**LEGENDA:**

**A** = Alcol (qualsiasi uso);

**B** = Alcol (fino all' intossicazione);

**C** = Eroina;

**D** = Metadone;

**E** = Altri oppiacei/analgesici;

**F** = Barbiturici;

**G** = Ipnotici/tranquillanti/altri sedativi;

**H** = Cocaina;

**I** = Amfetamine;

**L** = Cannabis;

**M** = Allucinogeni;

**N** = Inalanti.

Correlazione tra punteggi di gravità e punteggi composti (Mondo X)							
	SIT.MED.	LAV./SOST.	ALCOL	SOST.PS.	SIT.LEG.	FAM./SOC.	SIT.PSIC.
SIT.MEDICA	0,273						
LAV./SOST.		0,53					
ALCOL			0,766				
SOST. PS.				0,523			
SIT. LEG.					0,829		
FAM./SOC.						0,223	
SIT. PSIC.							0,686
<b>d</b>	?	<b>val. critico</b>					
22	0,05	0,344					

**Tabella 7**

Correlazione tra punteggi di gravità e punteggi composti (Ser.T.)							
	SIT.MED.	LAV./SOST.	ALCOL	SOST. PS.	SIT. LEG.	FAM./SOC.	SIT. PSIC.
SIT.MEDICA	0,309						
LAV./SOST.		0,227					
ALCOL			0,817				
SOST. PS.				0,483			
SIT. LEG.					0,778		
FAM./SOC.						0,602	
SIT. PSIC.							0,429
<b>d</b>	?	<b>val. critico</b>					
19	0,05	0,369					

**Tabella 8**

	LAV./SOST.	ALCOL	SOST. PS.	SIT. LEG.	FAM./SOC.	SIT. PSIC.
SIT. MEDICA	0,4383456	0,257456	0,3796	0,482278	-0,2657686	0,3161742
LAV./SOST.		-0,019101	0,3477	0,424643	0,22377622	0,2907779
ALCOL			0,4007	0,141093	0,0514274	0,4635147
SOST. PS.				0,343128	0,13696357	0,378796
SIT. LEG.					-0,0337951	-0,0445599
FAM./SOC.						0,1595999
<b>d</b>	?	<b>val. critico</b>				
22	0,05	0,344				

**Tabella 9** - Correlazione lineare prodotto-momento di Pearson tra i punteggi di gravità del campione (Mondo X).

	LAV./SOST.	ALCOL	SOST. PS.	SIT. LEG.	FAM./SOC.	SIT.PSIC.
<b>SIT. MEDICA</b>	0,25747661	0,1470164	0,381053	0,1867272	0,196165343	0,46541586
<b>LAV./SOST.</b>		-0,136587	-0,130187	0,076779	-0,08954288	0,10838288
<b>ALCOL</b>			0,699651	0,0870499	-0,30938125	0,16556595
<b>SOST. PS.</b>				0,3353685	0,009455025	0,34418483
<b>SIT. LEG.</b>					-0,00778624	0,16629812
<b>FAM./SOC.</b>						0,47994301
<b>d</b>	?	<b>val. critico</b>				
22	0,05	0,344				

**Tabella 10** - Correlazione lineare prodotto-momento di Pearson tra i punteggi composti del campione (Mondo X).

	LAV./SOST.	ALCOL	SOST. PS.	SIT. LEG.	FAM./SOC.	SIT. PSIC.
<b>SIT. MEDICA</b>	-0,047963	0,4625493	0,10492	0,427403	0,20128293	0,1596582
<b>LAV./SOST.</b>		-0,2482409	0,31211	0,147213	0,58513277	0,1872032
<b>ALCOL</b>			-0,0631	-0,06929	-0,0181705	0,2439681
<b>SOST.PS.</b>				0,103532	0,44982833	0,3513602
<b>SIT.LEG.</b>					0,238338	0,3513602
<b>FAM/SOC.</b>						0,2944314
<b>d</b>	?	<b>val. critico</b>				
19	.05	.369				

**Tabella 11** - Correlazione lineare prodotto-momento di Pearson tra i punteggi di gravità del gruppo di confronto (Ser.T.).

	LAV./SOST.	ALCOL	SOST. PS.	SIT. LEG.	FAM/SOC.	SIT. PSIC.
<b>SIT. MEDICA</b>	0,08933085	0,1621746	0,315138	0,189056	-0,0948343	0,31606781
<b>LAV./SOST.</b>		-0,0778122	0,02106	0,469966	0,3935595	0,23825734
<b>ALCOL</b>			-0,31475	-0,266967	-0,3197865	0,12422174
<b>SOST. PS.</b>				0,095313	0,48237543	0,16329549
<b>SIT. LEG.</b>					0,0659447	0,04576079
<b>FAM./SOC.</b>						0,24887953
<b>d</b>	?	<b>val. critico</b>				
19	.05	.369				

**Tabella 12** - Correlazione lineare prodotto-momento di Pearson tra i punteggi composti del gruppo di confronto (Ser.T.).



## BIBLIOGRAFIA

- Testi e articoli citati -

1. Andreoli V., Cancrini L., Gessa G. L., Fratta W., Tossicodipendenze. Masson, Milano, 1988;
2. Associazione Mondo X, Statuto. Sassari, 1985;
3. Argeriou M., McCarty D., Mulvey K. et al., Use of the Addiction Severity Index with homeless substance abusers, in Journal of Substance Abuse Treatment, vol. 11, n° 4, pp. 359-365, 1994;
4. Basaglia F. (A cura di), L'istituzione negata. Einaudi, Torino, 1968;
5. Bennardo A., Consoli A., Cozzi A. et al., Studio preliminare per la validazione della versione italiana dell'Addiction Severity Index, in Bollettino per le farmacodipendenze e l'alcoolismo, anno XVI, n°3-4, pp. 55-61, 1993;
6. Bergeret J., Chi è il tossicomane, Dedalo, Badi, 1983;
7. Blanken P., Hendriks V., Fahmer E. M. et al., Europasi, Adattamento Europeo dell'Addiction Severity Index. Prima edizione europea adattata dalla V edizione americana, in Bollettino per le farmacodipendenze e l'alcoolismo, anno XVIII, n° 2, pp. 7-41, 1995;
8. Cancrini L., Quei temerari sulle macchine volanti. Studio sulle terapie

- dei tossicomani. La Nuova Italia Scientifica, Roma , 1982;
9. Carpiniello B., Il peso della cura: una indagine sul carico familiare nelle tossicodipendenze, in Appendice M. P. Lai Guaita, Vox Acerbitatis - Famiglia e tossicodipendenza. Giuffrè Editore, Milano, 1994;
  10. Cois A., Ganadu L., Morittu S., Follow-up di 12 anni delle Comunità Mondo X - Sardegna: metodologia e dati preliminari. III° Convegno Regionale dei Ser.T., Sassari, 1993;
  11. Cois A., Ganadu L., Morittu S., Uno studio di follow-up su 545 eroinomani ammessi in comunità residenziale tra il 1980 e il 1992, in Bollettino per le farmacodipendenze e l'alcoolismo, anno XVIII, n°3, pp. 33-40, 1995;
  12. Cois A., Ganadu L., Morittu S., Il tossicodipendente in comunità e la sua famiglia: un cammino parallelo?, in M. P. Lai Guaita (a cura di), Famiglia e tossicodipendenza. Dalla richiesta alla proposta d' aiuto. Edizioni Laterza, 1996;
  13. Cois A.(a cura di), Associazione Mondo X - Sardegna, Sito Internet <http://space.tin.it/medicina/acois>;
  14. Condelli W. S., Hubbard R. L., Relationship between time spent in treatment and client outcomes from therapeutic communities, in Journal of Substance Abuse Treatment, vol. 11, n° 1, pp. 25-33, 1994;
  15. Congia P., Morittu S., Il ruolo dello psicologo all'interno di una

- comunità per tossicodipendenti, in F. Marini, G. Nuvoli (a cura di), *La Psicologia in Sardegna*, Diesse, Sassari, 1985;
16. Consoli A., Gamberi M., Considerazioni sui diversi approcci classificativi nel campo delle tossicodipendenze, in *Archivio di Psicologia, Neurologia e Psichiatria*, n° 48 (3), pp. 361-375, 1987;
17. Consoli A., Bennardo A., *Diagnosi e valutazione nelle tossicodipendenze e nell'alcolismo. Addiction Severity Index* Centro Scientifico Editore, Torino, aprile 1995;
18. Corona Z., *Il quinto moro*. Horta Editrice, Cagliari, 1983;
19. Costantini D., Mazzoni S., *Comunità terapeutiche per tossicodipendenti*. La Nuova Italia Scientifica, Roma, marzo 1984;
20. D'Amico N., *Sfida alla droga. Comunità Terapeutiche: come e dove*. SugarCo Edizioni, Milano, 1985;
21. De Leon G., *La comunità terapeutica: verso una teoria e un modello generale*, in *Basis - rivista trimestrale del centro studi e documentazione sulla dipendenza da sostanze psicotrope*, n° 13/14, pp. 67-96, Gennaio/Giugno 1996;
22. Di Clemente C. C., *Il colloquio motivazionale e gli stadi del cambiamento*, in W. R. Miller, S. Rollnick, *Il colloquio di motivazione. Tecniche di counselling per problemi di alcol, droga e altre dipendenze*. Erickson, Trento, 1991;
23. Di Clemente C. C., *Gli Stadi del cambiamento: un approccio trans-teorico alla dipendenza*, in G. P. Guelfi, V. Spiller, *Motivazione e stadi del cambiamento nelle tossicodipendenze*, *Il Vaso di Pandora* II, 4, pp. 37-51, 1994;
24. Freud S., *Über Coca*, *Secundararzt im k.k. Allgemeinen Krankenhause in Wien, Zentralblatt für die gesammte Therapie*, 2, pp. 289-314, 1884 [Trad. It. Aldo Durante: *S. Freud, Coca e cocaina*. Newton Compton Editori, Roma, aprile 1995];
25. Gelmini E., *Le Vacche di Padre Eligio*. Vallecchi Editore, Firenze, 1975;
26. Gessa G. L., *L'incredibile storia dell'eroina, la più famosa droga d'autore*, in *Medicina delle tossicodipendenze*, anno II, n° 4, pp. 20-22. Demos Editore, Cagliari, settembre 1994;
27. Gori E., Zardi Gori L., Clerici M., Garini R., *Cascina Verde: L'esperienza di una delle più vecchie comunità terapeutiche italiane*, in G. Bellieni, G. Cambiaso (a cura di), *Comunità per Tossicomani*. Franco Angeli, Milano, 1985;
28. Jones M., *Ideologia e pratica della psichiatria sociale*, ETAS KOMPASS S.p.a., Milano, 1970;

29. Joyner L. M., Wright J. D., Devine J. A., Homelessness and Substance Use - Reliability and validity of the Addiction Severity Index among homeless substance misusers, in *Substance Use & Misuse*, 31 (6), pp. 729-751, 1996;
30. Kohut H., *Narcisismo e analisi del Sè*, Boringhieri, Torino, 1981.
31. Lai Guaita M. P., *La Comunità Terapeutica. Origini storiche. Interventi attuali in Italia*. Edizioni Universitarie Jaca, Milano, aprile 1988;
32. Lai Guaita M. P., *Il coordinamento sardo delle comunità terapeutiche per tossicodipendenti*. Celt, Cagliari, 1993;
33. Lai Guaita M. P., *Vox Acerbitatis: Famiglia e tossicodipendenza*. Giuffrè Editore, Milano, 1994;
34. Lai Guaita M. P. (a cura di), *Famiglia e tossicodipendenza. Dalla richiesta alla proposta d' aiuto (Atti del II Convegno Internazionale di Studi. Quartu Sant' Elena, 30 settembre - 1° ottobre 1995)*. Edizioni Laterza, 1996;
35. Malagoli Togliatti M., *Droga, verso quale intervento?*. La Nuova Italia Scientifica, Roma, marzo 1980;
36. Malizia E., *Le droghe*. Newton Compton Editori, Roma, febbraio 1994;
37. Malizia E., Ponti H., *Coca e cocaina*. Newton Compton Editori, Roma, ottobre 1995;
38. McLellan A. T., Luborsky L., Woody G. E. et al., *An Improved Diagnostic Evaluation Instruments for Substance Abuse Patients. The Addiction Severity Index*, in *The Journal of Nervous and Mental Disease*, vol 168: pp 26-33, 1980;
39. McLellan A. T., Kushner H., Metzger D. et al., *The Fifth Edition of the Addiction Severity Index: Historical Critique and Normative Data*, in *Journal of Substance Abuse Treatment*, vol. 9: pp. 1-28, 1992;
40. McLellan A. T., Parikh G., Bragg A. et al., *Fifth Edition of the Addiction Severity Index: Administration Manual*. From the Penn- VA Center for Studies of Addiction, 1990;
41. Meyers K., McLellan A. T., Jaeger J. L. et al., *The Development of the Comprehensive Addiction Severity Index for Adolescents (CASI-A). An Interview for Assessing Multiple Problems of Adolescents*, in *Journal of Substance Abuse Treatment*, vol. 12, n° 3, pp. 181-193, 1995;
42. Ministero dell' interno (direz. gen. servizi civili), *Diffusione delle tossicodipendenze. Quantità e qualità degli interventi pubblici e privati in Italia*

- (rapporto conclusivo della ricerca affidata al CENSIS). Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato, Roma, 1984;
43. Ministero dell' interno (direz. gen. per l' amministraz. gen. e per gli affari del personale), "Osservatorio permanente sul fenomeno droga". Tossicodipendenti in trattamento presso i Servizi Sanitari Pubblici e le Strutture Socio-Riabilitative. Analisi dei casi di decesso per assunzione di stupefacenti, a cura della Direzione Centrale per la Documentazione "Settore Problemi e Servizi Sociali", anni 1984 - 1996;
44. Murtas G., Partenia in Callari, Eidos, Cagliari, gennaio 1996;
45. Neresini F., Bernardi L., Cominato M., Filiaci R., Prima e dopo la comunità. Analisi sperimentale dei risultati del Progetto pilota "Tossicodipendenze" della Regione Veneto. GIURIDICHE Edizioni Moderne, Padova, 1990;
46. Nuvoli G. (a cura di), Oasi nella droga. Esperienze e modelli di comunità terapeutiche in Sardegna. Editrice Diesse, Sassari, 1988;
47. Olievenstein C., La presa in carico dell' adolescente tossicomane, in Archivio di Psicologia, Neurologia e Psichiatria, n° 41 (3/4), pp. 431-444, 1981;
48. Pani P. P., La Croce M. L., Zuddas E., Musio A., Pinna M., Pariante C., Carpiello B., Versione italiana dell' Addiction Severity Index: riproducibilità dei punteggi di gravità e dei punteggi composti, in Bollettino per le farmacodipendenze e l' alcoolismo, anno XIX, n°1, pp. 36-39, 1996;
49. Rosenfeld H. A., Stati Psicotici. Armando, Roma, 1973;
50. Scabini E. (a cura di), L' organizzazione famiglia tra crisi e sviluppo. Franco Angeli Editore, Milano, 1993;
51. Schittar L., L' ideologia della comunità terapeutica, in F. Basaglia (a

- cura di), L'istituzione negata. Rapporto da un ospedale psichiatrico. Giulio Einaudi Editore, Torino, 1968;
52. Yablonsky L., La comunità terapeutica: un metodo valido per la cura della tossicodipendenza. Casa Editrice Astrolabio, Roma, 1989;
53. Zanis D. A., McLellan A. T., Cnaan R. A. et al., Reliability and validity of the Addiction Severity Index with a homeless sample, in Journal of substance abuse treatment, vol. 11, n° 6, pp. 541-548, 1994.

- Bibliografia generale -

1. Albedo - Coop. Socio-sanitaria (a cura di), Terapia familiare per tossicodipendenti. La Nuova Italia Scientifica, Roma, Aprile 1984;
2. Alterman A. I., Brown L. S., Zaballero A. et al., Interviewer severity ratings and composite scores of the ASI: a further look, in *Drug and Alcohol Dependence* 34, pp. 201-209, 1994;
3. Andreoli V., Cassano G. B., Rossi R., 3<sup>a</sup> edizione italiana a cura di, DSM IV - Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Masson, Milano - Parigi - Barcellona, 1996;
4. Areni A., Ercolani A. P., Scalisi T. G., Introduzione all'uso della statistica in psicologia. Edizioni LED, Milano, 1994;
5. Autori vari, Rifiorire: i giovani e la droga. Editrice Lavoro, Sassari, 1987;
6. Barone M., a cura di, AIDS, informazione è prevenzione. Istituto Didattico Editoriale, Teramo;
7. Bollettino per le farmacodipendenze e l'alcoolismo, Normativa Nazionale ed Internazionale in tema di tossicodipendenze, alcoolismo, tabagismo, supplemento al N° 4, anno XVIII, 1995;
8. Condelli W. S., De Leon G., Fixed and dynamic predictors of client retention in therapeutic communities, in *Journal of Substance Abuse*

- Treatment, vol. 10, pp. 11-16, 1993;
9. Cristante F., Lis A., Sambin M., Statistica per psicologi, Giunti Barbèra, Firenze, 1982;
  10. DeJong C. A. J., Willems J. C. E., Shippers G. M. et al., The Addiction Severity Index: Reliability and Validity in a Dutch Alcoholic Population, in The International Journal of the Addiction, 30 (5), pp. 605-616, 1995;
  11. Engelmajer J., Le Patriarche, la speranza in azione. Le Patre, aprile 1991;
  12. Ermentini A., Verdicchio O., Droga famiglia e società. Mursia editore, Milano 1977;
  13. Fureman I., McLellan A. T., Alterman A., Training for and maintaining interviewer consistency with the ASI, in Journal of Substance Abuse Treatment, vol. 11, n°3, pp. 233-237, 1994;
  14. Gulotta G., con la collaboraz. di P. Martinello, Sistema familiare e tossicodipendenza. Giuffrè Editore, Varese, 1982;
  15. Lai Guaita M. P., La droga in Sardegna. Analisi di un'inchiesta. Angelo Viali Editore, Cagliari, novembre 1982;
  16. Masoni M. V., Insegnamento e devianza minorile. Metodi ed esempi. Giuffrè Editore, Milano, 1994;
  17. McLellan A. T., Luborsky L., Cacciola J. et al., New Data from The



- Addiction Severity Index - Reliability and Validity in Three Centers, in *The Journal of Nervous and Mental Disease*, vol. 173, n° 7, pp. 412-423, 1985;
18. McGahan P.L., Griffith J.A., Parente R., McLellan A.T., Composite scores from the Addiction Severity Index, non pubblicato;
  19. Mucelli R., Masci G., *Tossicodipendenze: curare, guarire, assistere. Lo psicologo clinico al lavoro*. Franco Angeli, Milano, 1996;
  20. Pinel J. P. J., *Biopsicologia. Corso di Psicologia Fisiologica* (ed. Italiana a cura di C. Violani). EdiSES, Napoli, novembre 1992;
  21. Sabbatani S., Di Crescenzo E., *Il problema droga a Bologna. Analisi mediante il sistema informativo geografico*. Demos Editore, Cagliari, 1996;
  22. Schützenberger A. A., *Introduzione allo Psicodramma e al Gioco di Ruolo*. Casa Editrice Astrolabio, Roma, 1977;
  23. Serpelloni G., Rezza G., Gomma M. (a cura di), *Infezione da HIV e patologie correlate*. Leonard Edizioni, Verona, aprile 1995;
  24. Serpelloni G., Pirastu R., Brignoli O., *Medicina delle tossicodipendenze. Progetto del Ministero della Sanità*. S.E.M.G., Scuola Europea di Medicina Generale, Firenze, settembre 1996;
  25. Stöffelmayr B. E., Mavis B. E., Kasim R. M., The longitudinal stability of the Addiction Severity Index, in *Journal of Substance Abuse*

- Treatment, vol. 11, n° 4, pp. 373-378, 1994;
26. The Walden House Day Treatment Program, A day treatment program in a therapeutic community setting: six-month outcomes, in *Journal of Substance Abuse Treatment*, vol. 12, n° 6, pp. 441-447, 1995;
27. Università degli Studi di Cagliari, Istituto di Farmacologia e Patologia Biochimica, Assessorato Igiene e Sanità Regione Autonoma della Sardegna, *Informazioni su AIDS, Sindrome da Immunodeficienza Acquisita*. Editrice Dattena, 1987.

# INDICE

Introduzione	p. 1
<b>CAPITOLO 1</b> <b>LE COMUNITA' TERAPEUTICHE</b>	
1.1. Aspetti storici sull' uso delle droghe	p. 4
1.2. Le prime comunità	p. 6
1.3. L' evoluzione della tossicodipendenza in Italia	p. 10
1.4. Caratteristiche generali delle comunità terapeutiche	p. 12
1.5. L' Associazione Mondo X	p. 13
<b>CAPITOLO 2</b> <b>LE COMUNITA' IN SARDEGNA</b>	
2.1. Il coordinamento sardo delle comunità terapeutiche	p. 16
2.2. Il fondatore dell' Associazione Mondo X - Sardegna	p. 22
2.3. Nascita della prima comunità sarda	p. 23
2.4. Il convento di San Mauro	p. 24
2.5. San Mauro: storia della comunità	p. 26
2.6. S' Aspru	p. 28
2.7. Campu ' e Luas	p. 30
<b>CAPITOLO 3</b> <b>L' ORGANIZZAZIONE DELLE COMUNITA' DI</b> <b>MONDO X - SARDEGNA</b>	
3.1. Programma terapeutico	p. 33
3.2. La quotidianità	p. 37
3.3. L' accoglienza	p. 38
3.4. La selezione	p. 41
3.5. Tipologie d' utenza	
3.5.1.	p. 43
3.5.2.	p. 48
3.6. Altri approcci classificatori nel campo delle tossicodipendenze	p. 50
3.7. Le famiglie dei tossicodipendenti	p. 57
3.8. I rapporti di Mondo X con le famiglie	p. 60
3.9. Risultati del follow-up	p. 63
3.10 La casa famiglia per malati di AIDS	p. 68
<b>CAPITOLO 4</b> <b>L' ADDICTION SEVERITY INDEX</b>	
4.1. Lo strumento	p. 71
4.2. Scopo della ricerca	p. 75
4.3. Caratteristiche del campione	p. 76
4.4. Caratteristiche del gruppo di confronto	p. 77
4.5. Metodologia	p. 77
4.6. Analisi dei dati	p. 80
Conclusioni	p. 91
Appendice I - Cartine	p. 97
? Sedi "Mondo X" operative in Italia	p. 98
? Comunità residenziali facenti parte del Coordinamento Sardo	p. 99

? Associazione “Mondo X - Sardegna”	
Sedi operative	p. 100
Appendice II - Tabelle	p. 101
tab N° 1 - Punteggi di gravità Mondo X	p. 102
tab N° 2 - Punteggi di gravità Ser.T.	p. 103
tab N° 3 - Punteggi composti Mondo X	p. 104
tab N° 4 - Punteggi composti Ser.T.	p. 105
tab N° 5 - Dati grezzi relativi agli anni d' uso regolare di alcol e sostanze psicotrope (Mondo X)	p. 106
tab N° 6 - Dati grezzi relativi agli anni d' uso regolare di alcol e sostanze psicotrope (Ser.T.)	p. 107
tab N° 7 - Correlazione tra punteggi di gravità e punteggi composti (Mondo X)	p. 108
tab N° 8 - Correlazione tra punteggi di gravità e punteggi composti (Ser.T.)	p. 108
tab N° 9 - Correlazione lineare prodotto-momento di Pearson tra i punteggi di gravità del campione (Mondo X).	p. 108
tab N° 10 - Correlazione lineare prodotto-momento di Pearson tra i punteggi composti del campione (Mondo X).	p. 109
tab N° 11 - Correlazione lineare prodotto-momento di Pearson tra i punteggi di gravità del gruppo di confronto (Ser.T).	p. 109
tab N° 12 - Correlazione lineare prodotto-momento di Pearson tra i punteggi composti del gruppo di confronto (Ser.T).	p. 109
Bibliografia	
Testi e articoli citati	p. 110
Bibliografia generale	p. 117