

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

SCUOLA DI MEDICINA E CHIRURGIA

Dipartimento di Neuroscienze (DNS)

Direttore Prof. Edoardo Stellini

Corso di Laurea in

EDUCAZIONE PROFESSIONALE

PRESIDENTE PROF.SSA ELENA TENCONI



Tesi di Laurea

**PROGETTO SPORT PARALIMPICO E COMUNITÀ PER IL SUPERAMENTO
DELLO STIGMA NELLA DIPENDENZA. STUDIO OSSERVAZIONALE**

Relatrice: Prof.ssa Moretto Barbara

Correlatrice: Prof.ssa Irene Leo

Laureanda: Toscano Nicolò

Matricola: 2016329

Anno accademico 2022/2023

ABSTRACT:

Questa tesi si concentra sull'analisi dello stigma come barriera significativa al benessere e all'integrazione individuale, con una particolare attenzione alle esperienze di persone tossicodipendenti.

Attraverso un disegno di studio osservazionale, condotto all'interno della comunità San Francesco e basato su interviste libere, la ricerca indaga le dinamiche dello stigma auto-percepito e quello esercitato dalla società. Rivelando come queste influenzino il benessere psicologico e il percorso di recupero degli utenti.

In particolare, si esaminano le percezioni e le esperienze degli utenti, nonché quelle degli educatori che lavorano a stretto contatto con essi, evidenziando la necessità di strategie inclusive per il superamento dello stigma. L'indagine sottolinea l'importanza di incrementare le reti sociali tra gli utenti e il territorio come mezzo per facilitare l'integrazione e ridurre i pregiudizi.

Si proporrà poi un progetto per favorire la de-stigmatizzazione degli utenti della comunità. Questa proposta valuta il potenziale dello sport paralimpico nel contribuire alla riduzione dello stigma, proponendo un progetto che mira a sfruttare le esperienze positive degli atleti paralimpici per supportare gli utenti con dipendenze, favorendo la partecipazione di quest'ultimi ad attività legate all'associazione sportiva paralimpica coinvolta nel progetto.

Parole chiave: Tossicodipendenza, Stigma, Sport Paralimpico, Disabilità

INDICE

INTRODUZIONE:	1
CAPITOLO 1: INQUADRAMENTO TEORICO DELL'ARGOMENTO	2
1.1 Concetto di Stigma	2
1.2 Contestualizzazione dello stigma nelle persone tossicodipendenti	4
1.2.1 Il lavoro educativo nelle comunità per tossicodipendenti	6
1.3 Contestualizzazione dello Stigma nelle persone con disabilità	8
CAPITOLO 2: DISEGNO STUDIO OSSERVAZIONALE	10
2.1 Obiettivi dello studio	10
2.2 Materiali e metodi	10
2.2.1 Metodologia di analisi: l'intervista come strumento di indagine	11
2.2.2 Tempi dell'intervista	13
2.2.3 Criteri di esclusione ed inclusione	14
CAPITOLO 3: PRESENTAZIONE DEI RISULTATI	18
3.1 Esiti delle interviste	18
3.2 Discussione dei risultati	22
CAPITOLO 4: IMPLICAZIONI PER LA PRATICA EDUCATIVA FUTURA	25
4.1 Principali bisogni emersi	25
4.2 Proposta progettuale "Sport paralimpico e comunità: opportunità e resilienza" .	25
CONCLUSIONI:	32
BIBLIOGRAFIA	33
SITOGRAFIA	35

INTRODUZIONE:

Nel contesto contemporaneo, lo stigma sociale rappresenta una delle principali barriere al benessere individuale e collettivo, incidendo profondamente sulla qualità della vita di chi ne è oggetto. Il seguente lavoro si propone di esplorare il fenomeno dello stigma con un focus specifico sulle esperienze vissute da persone tossicodipendenti. Attraverso uno studio osservazionale condotto presso la comunità San Francesco, sede del mio tirocinio del terzo anno, si mira a delineare un quadro complesso e sfaccettato dello stigma, analizzando sia la percezione esterna che quella auto percepita dagli utenti della comunità.

La ricerca inizia con una disamina del concetto di stigma, a partire dalle sue radici teoriche. Successivamente, si focalizza sull'esperienza specifica delle persone tossicodipendenti e di quelle con disabilità, due gruppi spesso esposti a pregiudizi e discriminazioni che limitano le loro opportunità di inclusione sociale e personale sviluppo.

Un'importante componente dello studio è rappresentata dall'analisi del contesto specifico della comunità, dove attraverso interviste libere si è indagata la percezione dello stigma da parte della società e quella auto percepita dagli utenti. Questo approccio consentirà di acquisire una maggiore comprensione delle dinamiche di stigma e delle sue implicazioni sul vissuto quotidiano degli individui interessati.

Infine, la ricerca esplorerà i servizi offerti dalla comunità e il vissuto degli educatori nel lavorare con utenti affetti da dipendenze, evidenziando le sfide e le opportunità incontrate nel processo di supporto e accompagnamento verso percorsi di recupero.

In conclusione, partendo dalle evidenze raccolte e dall'analisi dei bisogni emersi, si proporrà un progetto volto a favorire il processo di de-stigmatizzazione degli utenti con dipendenza attraverso la relazione tra atleti paralimpici, che hanno già affrontato e superato uno stigma, e l'utenza della comunità che sta ancora cercando di superarlo.

CAPITOLO 1: INQUADRAMENTO TEORICO DELL'ARGOMENTO

1.1 Concetto di Stigma

Il concetto di stigma è stato introdotto per la prima volta da Erving Goffman nel suo primo libro del 1963 intitolato "*Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*". Goffman definisce lo stigma come un attributo profondamente discreditante che porta una deviazione sociale o ad un'etichettatura negativa (Goffman, E. 1963).

Nella cultura dell'antica Grecia, il concetto di "stigma" era originariamente applicato per descrivere le marche indelebili fatte sulla pelle delle persone mediante l'uso del fuoco o di strumenti taglienti come il coltello. Queste marcature servivano a identificare gli individui in base alla loro posizione sociale, segnalando chi era schiavo, criminale o traditore. Questo uso iniziale del termine evidenzia una connotazione intrinsecamente negativa, poiché era destinato a distinguere e marginalizzare gli individui considerati dalla società inferiori o disonorati, sottolineando la necessità di isolarli.

Lo stigma può derivare da una varietà di fonti, tra cui caratteristiche fisiche, come le disabilità visibili, come la malattia mentale o l'orientamento sessuale. Tuttavia, è importante sottolineare che questo è il risultato di un processo sociale e non rappresenta una caratteristica intrinseca delle persone o dei gruppi stigmatizzati, è il risultato di credenze socialmente costruite, stereotipi, pregiudizi e discriminazioni.

Gli stereotipi e i pregiudizi sono concetti psicosociali complessi che si originano e si sviluppano attraverso vari meccanismi interconnessi. Secondo gli studi in psicologia sociale, gli stereotipi sono credenze condivise e semplificate su gruppi di persone, mentre i pregiudizi sono atteggiamenti, spesso negativi, verso individui basati sulla loro appartenenza a certi gruppi.

Questi fenomeni emergono da processi cognitivi che mirano a semplificare la comprensione sociale tramite la categorizzazione, che aiuta gli individui a organizzare le informazioni su persone e gruppi (Macrae et al,1994).

L'uso di etichette denigratorie, originate da costruzioni sociali, intorno a comportamenti o identità considerate non conformi, svolge specifici ruoli sociali nel controllo e nella preservazione dell'ordine stabilito.

Queste etichette possono riguardare il povero, lo straniero, il criminale, il disabile, la donna, tra gli altri, essenzialmente etichettati come "diversi". Questa categorizzazione si riferisce a coloro

che, per via delle loro caratteristiche distintive, comportamenti o ruoli, non si adattano ai canoni definiti dalla tradizione, convenzione e dalla cultura prevalente.

Anche se l'appartenenza razziale o etnica può essere fonte di stigmatizzazione, il fenomeno dello stigma abbraccia una gamma molto più vasta di status e tratti individuali, come l'orientamento sessuale, le condizioni di disabilità, la positività all'HIV e l'obesità. Pertanto, il concetto di stigma si estende ben oltre le questioni legate al razzismo, coprendo un ambito molto più ampio. La discriminazione, sia che si manifesti a livello personale come trattamento iniquo dovuto all'associazione con un determinato gruppo sociale, sia che emerga a livello strutturale attraverso le barriere sociali che limitano le possibilità, l'accesso alle risorse e il benessere generale di una persona, rappresenta un elemento fondamentale dello stigma. Infatti, senza considerare questa dimensione, il termine stigma perderebbe gran parte del suo significato profondo. Nonostante ciò, lo stigma comprende anche altri aspetti critici come l'etichettatura e gli stereotipi, rendendo il suo concetto molto più ampio rispetto alla mera discriminazione.

Questi standard sono spesso imposti da coloro che detengono il potere di definizione e guidano il discorso sociale, tipicamente coloro che possiedono ricchezza economica o potere legislativo, gli autoctoni, gli individui normodotati, e frequentemente il genere maschile.

Pertanto, lo stigma non è che un tassello all'interno di un processo più ampio, che contribuisce all'opera di attribuzione di senso, istituzionalizzazione e affermazione della trama generale immaginata, codificata, narrata e continuamente riprodotta. (Spoto, 2018)

“Lo stigma sociale, può significare che le persone vengono etichettate, stereotipate, discriminate, allontanate e/o sono soggette a perdita di status a causa di un legame percepito con una malattia” (Ministero della salute, 2020).

Scambler e Hopkins (1986) hanno descritto lo stigma interiorizzato, o auto-stigma, come un sentimento di vergogna assorbita e di timore dello stigma che viene imposto successivamente e vissuto. Hanno proposto l'idea che, in determinate circostanze, l'auto-stigma possa manifestarsi e avere un impatto maggiore rispetto a qualsiasi altro tipo di discriminazione esercitata da terzi.

Le persone soggette ad uno stigma possono avere la vita compromessa, le conseguenze possono includere la discriminazione sociale, la limitazione delle opportunità di lavoro e di istruzione, l'isolamento sociale, il deterioramento della salute mentale e il ridotto accesso ai servizi sanitari

adeguati. Inoltre, può influenzare la capacità delle persone di cercare aiuto o di chiedere supporto, per paura del giudizio e della discriminazione.

Uno studio condotto da Link e Phelan (2001) evidenzia l'effetto dello stigma sulla salute mentale delle persone stigmatizzate. Secondo i ricercatori, lo stigma contribuisce allo stress cronico, alla bassa autostima e all'internalizzazione dei sentimenti negativi, che possono portare a problemi di salute mentale, ad ansia e depressione.

Sebbene la letteratura sullo stigma e sulla salute sia cresciuta notevolmente, il suo pieno potere e significato rimangono in qualche modo oscurati perché i corpi di ricerca relativi a specifici status stigmatizzati si sono generalmente sviluppati in domini separati. Ad esempio, abbiamo letterature incentrate sulle implicazioni sanitarie dello stigma dell'HIV, dello stigma della malattia mentale e dello stigma dell'orientamento sessuale, che procedono su binari separati. Inoltre, gli studi hanno avuto la tendenza ad esaminare singoli risultati (ad esempio, associazioni tra stigma e autostima) al primo livello di analisi (tipicamente a livello individuale, senza attenzione alle condizioni strutturali). (Hatzenbuehler et al, 2013)

1.2 Contestualizzazione dello stigma nelle persone tossicodipendenti

Le persone tossicodipendenti spesso affrontano un forte stigma sociale a causa delle loro dipendenze, questo stigma si basa su pregiudizi e stereotipi che portano alla discriminazione e all'emarginazione sociale (Room et al., 2005).

Gli stereotipi associati alle persone tossicodipendenti sono radicati nella società. Alcuni di questi stereotipi includono l'idea che le persone tossicodipendenti siano prive di autodisciplina o volontà di cambiare, che siano delinquenti o che costituiscano una minaccia per la sicurezza pubblica, anche da parte di personale medico, come si evince dallo studio condotto da Brener et al (2010).

Nel campo della ricerca medica e psicosociale, vari studi hanno approfondito la questione di come gli atteggiamenti del personale sanitario possano variare in funzione della loro specifica area di specializzazione e del ruolo che ricoprono all'interno del sistema sanitario. Queste indagini hanno rivelato differenze significative nel modo in cui gli operatori sanitari percepiscono e interagiscono con i pazienti affetti da disturbi da uso di sostanze, a seconda della loro esperienza professionale e del contesto lavorativo.

Una ricerca comparativa condotta da Van Boekel et al (2013) ha messo in luce come i medici che operano al di fuori degli ambiti specializzati in trattamenti per le dipendenze tendano a

esprimere valutazioni meno positive nei confronti dei pazienti con problematiche di dipendenza. Questo contrasta nettamente con l'atteggiamento dei professionisti impiegati nei servizi dedicati alle dipendenze, i quali dimostrano una maggiore empatia e considerazione verso le persone che soffrono di disturbi correlati all'uso di sostanze, evidenziando un approccio più umano e comprensivo.

In particolare, uno studio ha evidenziato come gli infermieri psichiatrici forensi presentino atteggiamenti significativamente più negativi rispetto agli altri professionisti impegnati nel settore della salute mentale, nei confronti degli individui che fanno uso di sostanze. Questa tendenza suggerisce che le esperienze professionali specifiche e il contesto di lavoro possono influenzare profondamente la percezione degli operatori sanitari nei confronti di questa popolazione paziente.

Un'altra ricerca ha focalizzato l'attenzione sugli anestesisti, rivelando che questi specialisti tendono a manifestare un atteggiamento generalmente più negativo verso i pazienti affetti da disturbi da uso di sostanze, in confronto ai medici che forniscono cure regolari a questi pazienti. Questo può riflettere una preoccupazione specifica legata alle implicazioni dell'uso di sostanze sulle procedure anestesologiche e sulla gestione del dolore, oltre che una possibile mancanza di formazione specifica sulle dipendenze.

Questi studi sottolineano l'importanza di sviluppare programmi di formazione e sensibilizzazione mirati per gli operatori sanitari, al fine di migliorare la qualità dell'assistenza fornita ai pazienti con disturbi da uso di sostanze. Promuovendo una maggiore comprensione e empatia, è possibile contribuire a ridurre gli stigmi associati alle dipendenze e incentivare approcci terapeutici più efficaci e umanizzanti.

Non solo personale medico, ma la società in generale tende a considerare la persona tossicodipendente come un emarginato dalla comunità, secondo lo studio condotto da Colleen et al (2014) la maggior parte degli intervistati esprimeva atteggiamenti nettamente negativi verso gli individui affetti da dipendenze. Un consistente numero di partecipanti si mostrava riluttante all'idea di permettere a una persona con problemi di droga di entrare a far parte della propria famiglia attraverso il matrimonio o di collaborare con loro in ambito lavorativo. Manifestavano una maggiore apertura verso comportamenti discriminanti nei confronti di chi soffre di tossicodipendenza, erano più dubbiosi sull'efficacia dei programmi di recupero e tendevano a mostrarsi contrari alle iniziative legislative finalizzate al loro sostegno.

Inoltre, le campagne antidroga messe in atto a livello politico si sono spesso rivelate delle campagne contro i tossicodipendenti concentrandosi principalmente su prevenire, proibire e punire l'uso delle sostanze togliendo il focus dallo sviluppo di modelli riabilitativi adeguati.

Lo studio di Buchanan, J. & Young L. (2000), sviluppato in Inghilterra e coinvolgente 200 consumatori, ha evidenziato come questo tipo di lotte alla droga abbia in realtà aumentato il processo di stigmatizzazione delle persone tossicodipendenti, aumentando anche l'emarginazione e l'esclusione sociale ostacolando il reinserimento all'interno della società.

Risulta molto importante anche il tipo di linguaggio che si utilizza nella discussione e nel trattamento dei pazienti tossicodipendenti, infatti, una terminologia errata potrebbe inconsapevolmente contribuire a incomprensioni e a perpetuare lo stigma rafforzando così gli stereotipi e le barriere al trattamento dei pazienti. In tal senso è importante utilizzare una terminologia giusta anche per evitare di aumentare lo stigma nei confronti di queste persone, usare "persona con problemi di tossicodipendenza" piuttosto che "drogato" aiuta a concentrarsi sulla persona e non su loro disturbo, comunicando che l'utilizzo della sostanza non è la loro unica identità (Lyden, J., & Binswanger, I. A. 2019). "Un tossicodipendente è una persona che ha già un'etichetta, ce l'ha scritta sulla fronte, sarà perseguitato per tutta la vita perché in realtà la società non crede a questa faccenda del recupero... siamo etichettati per sempre." (de Farias, F. L., & Furegato, A. R. 2005) Questo il vissuto che emerge dall'intervista ad una persona tossicodipendente all'interno dell'articolo che indaga i significati visibili e nascosti nell'esperienza di alcune persone tossicodipendenti.

1.2.1 Il lavoro educativo nelle comunità per tossicodipendenti

Il lavoro educativo svolto dagli educatori professionali all'interno delle comunità per tossicodipendenti rappresenta un pilastro fondamentale nel percorso di recupero e reinserimento sociale degli individui con dipendenza.

Questa tipologia di intervento richiede un approccio multidisciplinare e personalizzato, che tenga conto delle complesse dinamiche psicologiche, sociali ed economiche che caratterizzano la vita dei tossicodipendenti.

Gli educatori, in questo contesto, agiscono come facilitatori del cambiamento, promuovendo l'autostima, la responsabilizzazione e l'acquisizione di competenze vita utili per affrontare le sfide quotidiane in modo costruttivo e senza ricorso alle sostanze.

Alcuni studiosi hanno messo bene in evidenza i principi, largamente condivisi, sui quali si basa oggi l'approccio delle comunità ed il loro, individuando quattro elementi comuni per le dipendenze:

- il consumo di sostanze è visto come un sintomo e non un disturbo in sé;
- gli interventi sono incentrati sui comportamenti disfunzionali del soggetto e sul cambiamento della sua identità personale e sociale;
- l'approccio delle comunità terapeutiche ha una forte connotazione valoriale ispirata al right living;
- la comunità nel suo complesso è un contesto educativo nel quale gli individui apprendono. (De Leon, 2000)

In questa prospettiva ha acquisito particolare importanza il concetto di recovery (Carozza,2006) nel campo delle dipendenze, quindi l'assunzione di un'ottica biopsicosociale, con l'apertura verso interventi di natura multidisciplinare e che coinvolgono operatori con una formazione medica, sociologica, psicologica e educativa (Molina, 2020)

Dunque, per essere autenticamente riabilitativo un programma dovrebbe rispettare le seguenti condizioni:

- essere personalizzato, cioè, tarato sulle attese e capacità dell'individuo;
- essere condotto con modalità relazionali di tipo motivazionale centrate sull'empowerment;
- sviluppare abilità spendibili nella vita reale;
- essere programmato e valutato con strumenti obiettivi (es. ICF-Recovery);
- coinvolgere la famiglia e l'ambiente sociale. (Pasqualotto,2022)

Una delle principali sfide incontrate dagli educatori è legata alla gestione della frustrazione, sia propria che degli utenti. La frustrazione degli educatori deriva spesso dalla lentezza dei progressi, dalle ricadute degli utenti, dalla difficoltà nel mantenere un equilibrio tra empatia e distacco professionale, e dall'impotenza davanti alle complessità dei casi trattati. Un articolo pubblicato da Smith e Jones (2020) nel "Journal of Substance Abuse Treatment" evidenzia come la resilienza emotiva degli educatori sia un fattore chiave per mantenere l'efficacia

dell'intervento educativo, suggerendo la necessità di programmi di supporto e formazione continua per gli operatori del settore.

1.3 Contestualizzazione dello Stigma nelle persone con disabilità

Le persone con disabilità, storicamente non considerate una minaccia sociale diretta, sono state comunque sottoposte a forme di controllo e giudizio, arricchite da pesanti interpretazioni culturali.

In passato, le disabilità venivano spesso interpretate come una sorta di maledizione divina per un torto commesso, oppure si optava per l'istituzionalizzazione o si esprimeva pietà per la loro condizione. Questi atteggiamenti erano motivati dal desiderio di proteggere la società dal rischio di dover mettere in discussione le proprie norme, percepite come "naturali" o "normali". Oggi, però, le percezioni e rappresentazioni della disabilità come stigma sociale sono notevolmente ridimensionate, quasi obsolete, e considerate caratteristiche di epoche arcaiche o regimi totalitari. Attualmente, l'opinione pubblica è più aperta e informata sulla disabilità, a differenza del passato, fino agli anni '60 e oltre, quando l'argomento era un tabù o visto come un problema da isolare o da cui vergognarsi, portando spesso a quella che veniva chiamata "morte sociale". I cambiamenti nella percezione sociale della disabilità hanno spostato l'attenzione su temi come l'inclusione, l'integrazione e l'occupazione, che influenzano non solo le scuole e i luoghi di lavoro, ma anche le leggi e le normative, in quanto baluardi dei diritti umani e civili, nonché l'immaginario collettivo e i mezzi di comunicazione. Tuttavia, ancora oggi le persone con disabilità sono ancora soggette di stigma da parte della società

Come sappiamo la disabilità si può presentare sotto diverse forme: fisica, sensoriale, cognitiva, e ognuna di queste categorie è spesso sottoposta a discriminazioni che poi portano a vivere uno stigma. Ad esempio, quasi tutte le persone, che sono state etichettate come malate di mente, devono affrontare il pregiudizio e la discriminazione, associati ad una identità deviante ed espressi dalla popolazione generale attraverso reazioni negative nei loro confronti. Secondo la psicologia sociale, lo stigma esterno è costituito da tre componenti: gli stereotipi, i pregiudizi e la discriminazione. Specifici segni evidenti producono gli stereotipi, come un comportamento psicotico, un aspetto inappropriato o modalità asociali di interazioni.

Gli stereotipi di solito si trasformano in etichette, attribuite quando lo stato di malattia mentale di una persona viene desunto o direttamente, perché reso pubblico, o indirettamente attraverso un'associazione, come nel caso di una persona vista uscire dallo studio di uno psichiatra. (Carozza, 2021).

Il pregiudizio è qualcosa che arriva alla mente prima della conoscenza, perché blocca le emozioni e impedisce di conoscere, qualcosa che viene appreso per tradizione, per sentito dire; È qualcosa che imprigiona le persone, le rende diverse da quelle che sono e le allontana le une dalle altre (Ciccani, 2008).

Lo stigma delle persone con disabilità ha radici profonde nella storia e nella cultura; secondo Goffman si basa su un'etichetta negativa che viene applicata a un individuo o a un gruppo a causa di una caratteristica particolare che li rende "diversi" dalla norma (Goffman, 1963).

Nel caso delle persone con disabilità, questa caratteristica è rappresentata dalla loro condizione di salute o di funzionamento fisico o mentale

Lo stigma associato a queste persone è un problema persistente nella nostra società. Nonostante i progressi compiuti nella promozione dei diritti di queste persone, l'applicazione di pregiudizi e stereotipi negativi nei loro confronti persiste ancora oggi e si manifesta in tutti gli ambiti della nostra società; scolastico, lavorativo etc.

In questa luce la popolazione degli individui cosiddetti normodotati fa fatica ad accettare che un disabile sia una persona a tutti gli effetti normale; una persona che sente, che vive emozioni, che ragiona e coltiva un progetto di vita come qualsiasi altro individuo. Poco avvezzi al contatto con il disabile, le persone normodotate si sentono in imbarazzo quando si trovano ad interagire con lui. (Fratini, 2016).

In conclusione, anche se si sono fatti passi avanti nella battaglia contro lo stigma associato alle persone con disabilità, permangono numerose sfide da superare per realizzare una società completamente inclusiva.

CAPITOLO 2: DISEGNO STUDIO OSSERVAZIONALE

2.1 Obiettivi dello studio

Come illustrato nel primo capitolo, la persona tossicodipendente sperimenta uno stigma, sia da parte della società che autoindotto e il percorso in comunità permette alla persona di intraprendere un percorso di rafforzamento del sé, di crescita personale necessari per affrontare e abbattere il pregiudizio. Analogamente, pur in contesti differenti, anche la persona disabile affronta una sfida simile: un percorso riabilitativo lungo e complesso per reinserirsi in società.

Il disegno di studio di questa tesi vuole dunque indagare le due aree e approfondire come lo sport può essere impiegato per la lotta allo stigma.

A tal fine è stato condotto uno studio osservazionale con la realizzazione di interviste libere somministrate agli utenti di una comunità.

2.2 Materiali e metodi

In questo capitolo si andranno ad evidenziare il paradigma e il tipo di ricerca utilizzati, la metodologia utilizzata per l'indagine, il tempo che è stato impiegato per la realizzazione dello studio e i criteri di esclusione ed inclusione che sono stati usati per la selezione del campione d'indagine

Uno studio osservazionale è un tipo di ricerca che mira a osservare e analizzare fenomeni in contesti naturali senza intervenire o modificare l'ambiente o il comportamento dei soggetti coinvolti. In questo elaborato la ricerca sarà focalizzata sullo stigma percepito dalle persone tossicodipendenti, di conseguenza, si andranno ad esplorare le esperienze, le percezioni e le reazioni di queste persone nei loro ambienti quotidiani. Attraverso la somministrazione e l'analisi di interviste lo studio si pone l'obiettivo di identificare la presenza dello stigma sociale, le sue fonti, e le sue conseguenze sulla vita dei tossicodipendenti.

Il paradigma individuato per lo studio osservazionale fa riferimento al metodo critico emancipatorio. Dall'osservazione della realtà sociale, l'esistenza permanente di dinamiche di potere vedono la contrapposizione tra individui oppressi da altri nelle loro volontà e possibilità di essere e realizzarsi. La ricerca è orientata soprattutto alla co-costruzione della conoscenza e quindi implica sempre una forma dialogica tra il ricercatore e la persona studiata. (Bobbo,2023).

Il metodo di indagine qualitativo che è stato scelto esamina il “come” e il “perché” del processo decisionale, piuttosto che il “quando”, “cosa” e “dove”. A differenza dei metodi quantitativi, l'obiettivo dell'indagine qualitativa è quello di esplorare, raccontare, spiegare i fenomeni e dare

un senso alla complessa realtà. Interventi sanitari, modelli sanitari esplicativi e teorie medico-sociali potrebbero essere sviluppati come risultato della ricerca qualitativa. Comprendere la ricchezza e la complessità del comportamento umano è il punto cruciale della ricerca qualitativa. (Renjith et al 2021).

In questo studio, infatti, si è indagato come l'uso di sostanze da parte delle persone tossicodipendenti abbia influito sulla loro di vita, attraverso l'uso dello strumento dell'intervista libera. Allo stesso modo il campo di indagine si è concentrato sui servizi offerti dagli educatori all'interno della comunità per questo tipo di utenza.

2.2.1 Metodologia di analisi: l'intervista come strumento di indagine

Lo strumento utilizzato in questo elaborato è quello dell'intervista libera.

Le interviste rappresentano la tecnica più comune, sia nei metodi qualitativi che quantitativi, per la raccolta di un'ampia varietà di informazioni ed è stata definita come un tipo particolare di conversazione, strutturata e guidata dal ricercatore al fine di stimolare alcune informazioni (Della Porta, 2010).

Questo strumento consente di acquisire le opinioni dell'intervistato, essenziale per sviluppare una comprensione empirica attraverso il dialogo su vari argomenti.

In questo elaborato si sono strutturate due interviste qualitative costruite ad hoc, somministrate ad utenti ed educatori della comunità. La prima aveva come obiettivo di indagare il vissuto dello stigma da parte degli utenti inseriti in comunità, la loro rete sociale prima e dopo l'inserimento in comunità, l'influenza della sostanza nella loro vita e le loro aspettative future.

L'intervista si è sviluppata attraverso queste 10 domande:

- 1) Vuole raccontarmi perché si trova qui?*
- 2) Come si sente rispetto al fatto di aver fatto abuso di sostanze?*
- 3) Ci sono state persone che le hanno dato un supporto o una vicinanza? Se sì chi?*
- 4) Sono cambiati i rapporti con loro da prima a dopo l'inserimento in comunità?*
- 5) Pensa che abbia pesato sulla sua famiglia il fatto che lei è in comunità? Se sì come?*
- 6) All'interno della comunità come sono i rapporti con le altre persone?*

7) *Percepisce differenza tra le relazioni che ha instaurato con altri utenti o con il personale che lavora in comunità (educatori, psicologi, etc.)*

8) *Percepisce di essere “giudicato” in maniera differente dalle persone fuori da questo istituto, rispetto a come viene trattato qui?*

9) *Si sente “guardato” in maniera diversa dalle persone fuori rispetto a come viene “guardato” qui?*

10) *Che cosa si augura per il suo futuro?*

La seconda intervista, sempre di 10 domande, avevo lo scopo di indagare l’offerta dei progetti presenti all’interno della comunità, gli-obiettivi educativi e riabilitativi, le emozioni e i vissuti degli educatori che lavorano con questo tipo di utenza, la gestione delle dinamiche interne e come esprimono la loro professionalità sul piano del cambiamento; è stata così strutturata:

1) *Qual è il suo ruolo e da quanti anni lo ricopre all’interno di questo servizio?*

2) *Che tipo di progetti/attività sono previsti all’interno del servizio attualmente per le persone tossicodipendenti?*

3) *Quali obiettivi vengono individuati per i progetti rivolti agli utenti all’interno della comunità?*

4) *Vengono svolte delle attività/progetti sul lavoro emotivo da parte degli utenti della comunità? Se sì che tipo di vissuti/emozioni emergono?*

5) *Crede che gli utenti con problemi legati alla tossicodipendenza vivano una condizione di stigma rispetto alla loro situazione, sia dentro che fuori dalla comunità?*

6) *Collaborate con delle realtà esterne del territorio? Se sì, perché e come?*

7) *Trova delle affinità tra condizione di disabilità e dipendenza? Crede che confrontarsi con una realtà come quella della disabilità possa, in qualche modo incidere nel percorso riabilitativo della persona tossicodipendente?*

8) *Quali emozioni/sensazioni prova nel lavorare con questo tipo di utenza?*

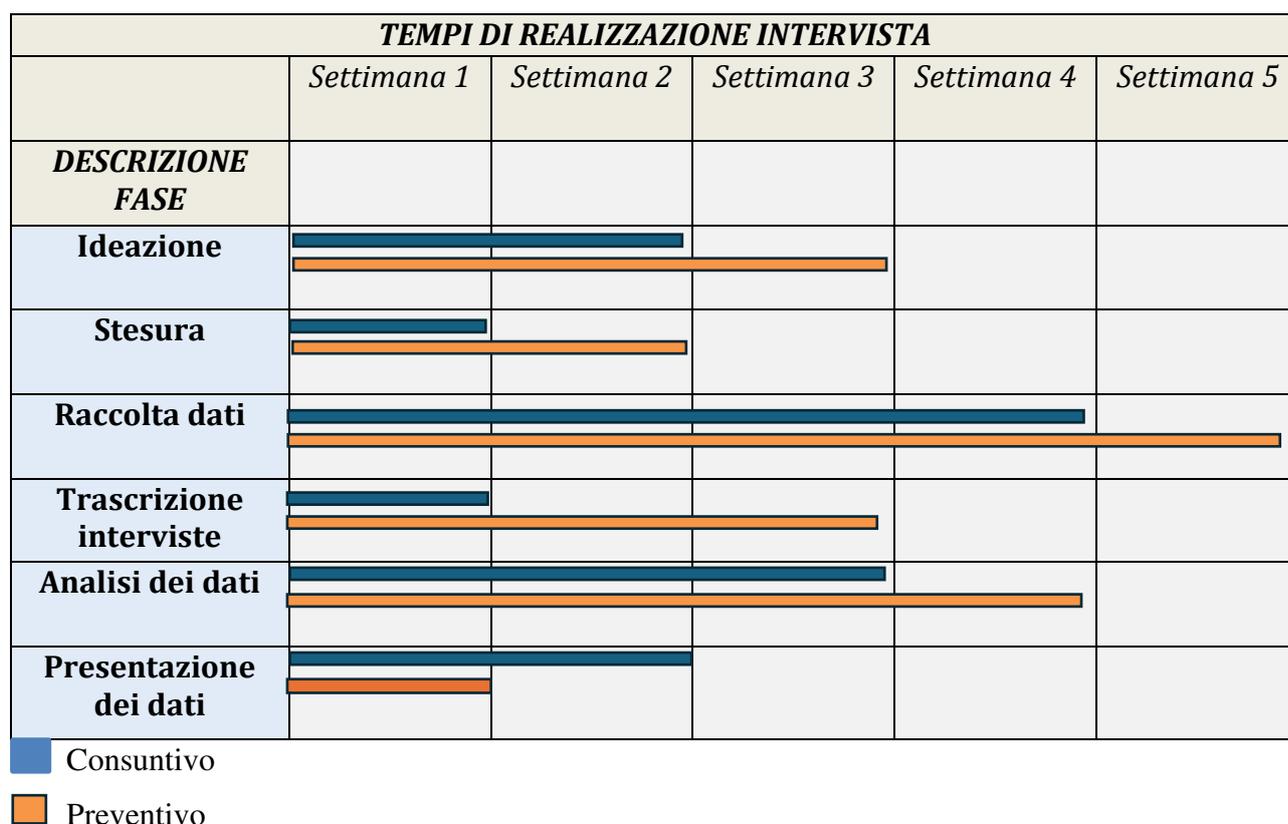
9) *Come gestisce il carico emozionale dato dalle storie di vita delle persone tossicodipendenti?*

10) *Cosa le piacerebbe fare che non ha potuto finora fare per gli utenti?*

2.2.2 Tempi dell'intervista

Diversi sono stati i passaggi che hanno portato alla ideazione, alla stesura, alla somministrazione e alla elaborazione delle interviste. La fase di ideazione, pianificata per tre settimane, è stata completata in due. In seguito, la stesura del materiale, che si prevedeva di finire in due settimane, è stata effettivamente terminata in una. La raccolta dei dati, originariamente prevista per cinque settimane, è stata realizzata in quattro settimane, con ciascuna intervista che ha avuto una durata di 15 minuti. La fase di trascrizione delle interviste, stimata in tre settimane, è stata invece completata in una sola settimana. Per quanto riguarda l'analisi dei dati, pianificata per quattro settimane, si è estesa per tre. Infine, la presentazione dei dati, che doveva essere preparata in una settimana, ha richiesto due settimane per essere affinata e per garantire una comunicazione chiara e dettagliata dei risultati.

Le diverse fasi si possono riassumere nel seguente diagramma di Gantt, dove si è evidenziato sia il tempo preventivato che quello consuntivo:



2.2.3 Criteri di esclusione ed inclusione

Per le interviste agli utenti della comunità, insieme all'equipe multidisciplinare, si è deciso di escludere alcuni dei pazienti in quanto non ritenuti idonei a prendere parte al campione di indagine, è stata dunque selezionata una specifica fascia di individui da includere nel campione per l'intervista. Dato il delicato tema dell'uso di sostanze, si è deciso di concentrarsi su coloro che si trovano in una fase più avanzata del loro processo di riabilitazione, almeno 8 mesi dal loro inserimento in comunità. Questa scelta è motivata dal fatto che queste persone hanno già iniziato a interagire con il mondo esterno, sia attraverso iniziative di volontariato sia mediante l'inserimento lavorativo, affrontando direttamente le sfide sociali post-riabilitazione.

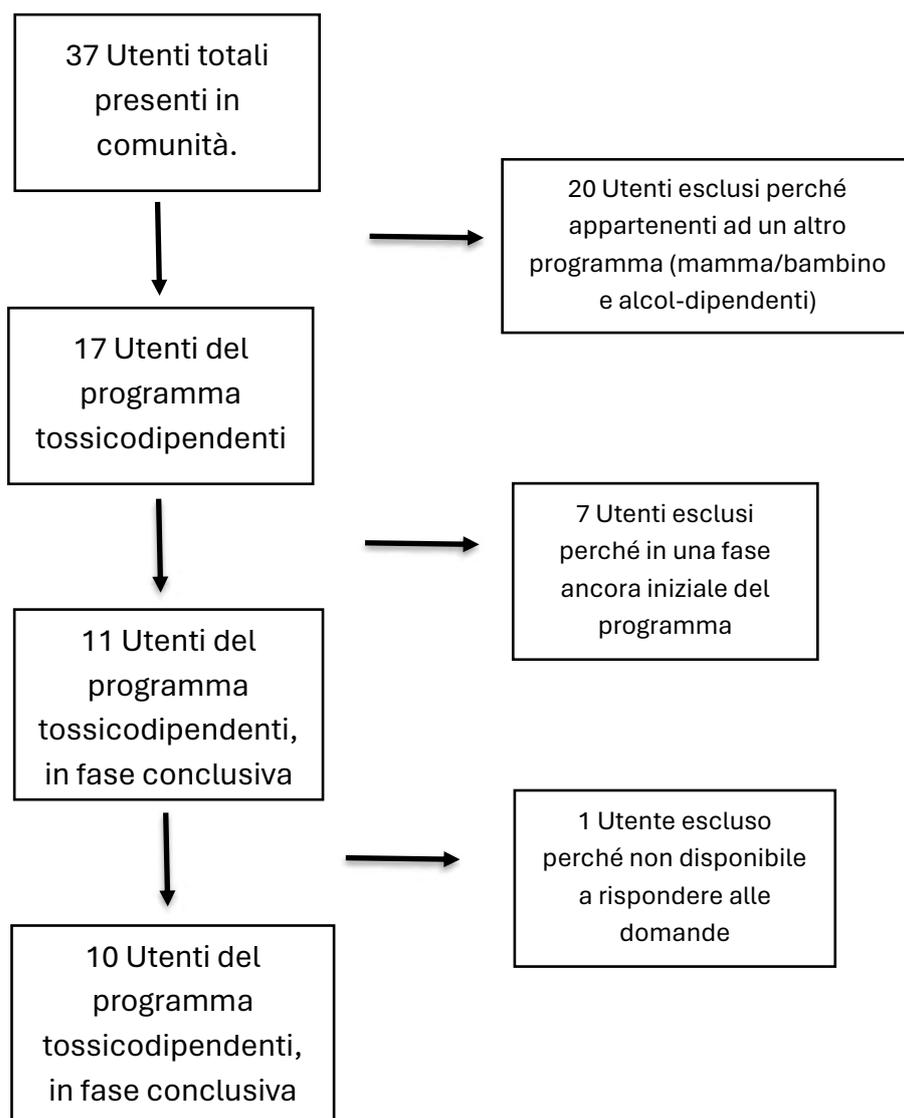
I criteri di inclusione sono stati:

- Utenti che afferiscono all'ultima fase del percorso riabilitativo in comunità prima della dimissione
- Utenti che sono in comunità da almeno 8 mesi
- Utenti sia di sesso femminile che di sesso maschile senza distinzione di genere
- Utenti con età tra i 20 e i 50 anni
- Utenti che si sono resi disponibili a rispondere alle domande dell'intervista

I criteri di esclusione sono stati:

- Utenti che fanno parte del programma mamma/bambino
- Utenti che fanno parte del programma per le persone con uso problematico di alcol.
- Utenti che sono in comunità da meno di 8 mesi
- Utenti che hanno un'età inferiore a 20 o superiore a 50
- Utenti che non si sono resi disponibili a rispondere alle domande dell'intervista

Per rappresentare i criteri si riporta la seguente flow chart:



Riguardo agli educatori coinvolti nell'indagine, l'attenzione si è focalizzata esclusivamente su coloro che lavorano nell'ambito dei servizi per la tossicodipendenza, escludendo gli educatori attivi in altri settori come i programmi mamma/bambino e i programmi per persone con uso problematico di alcol. Questa scelta è stata dettata dalla diversità del ruolo che essi rivestono all'interno della comunità. Pertanto, per le interviste, sono stati selezionati unicamente gli educatori che operano in tale contesto.

I criteri di inclusione sono stati:

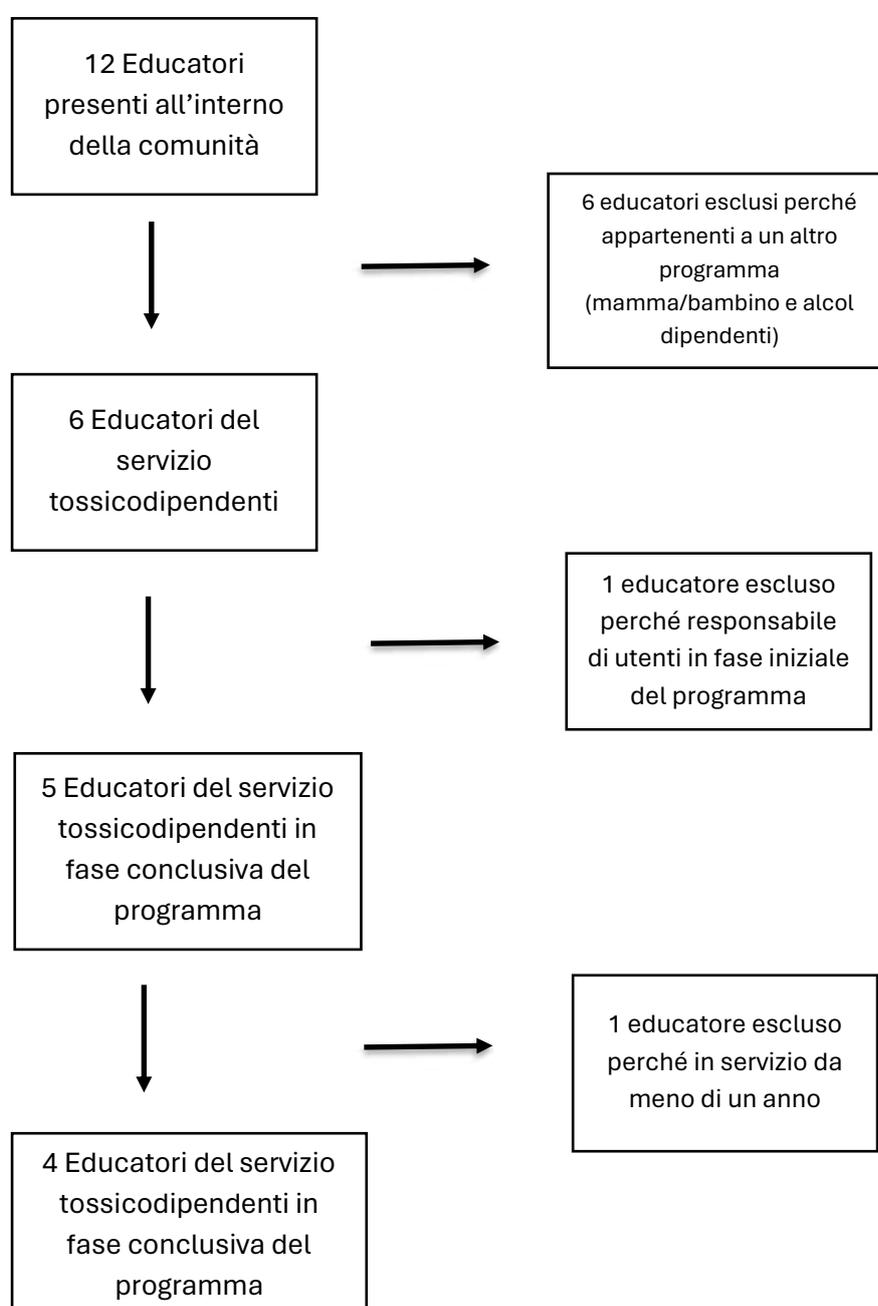
- Educatori che fanno parte del programma tossicodipendenti
- Educatori che fanno parte del servizio da almeno 1 anno
- Educatori sia di sesso femminile che di sesso maschile senza distinzione di genere
- Educatori con un'età compresa tra 20 e 60 anni (età media di 40 anni)

- Educatori che seguono utenti inseriti all'interno della comunità da almeno 8 mesi
- Educatori che si sono resi disponibile a rispondere alle domande

I criteri di esclusione sono stati:

- Educatori che fanno parte del programma mamma/bambino
- Educatori che fanno parte del programma per le persone con uso problematico di alcol
- Educatori che fanno parte del servizio da meno di 1 anno
- Educatori che seguono utenti inseriti all'interno della comunità da meno di 8 mesi

Per rappresentare i criteri si riporta la seguente flow chart:



Prima di procedere ad ogni intervista è stato firmato, da parte dell'intervistato, l'apposito modulo della privacy ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 (Regolamento generale sulla protezione dei dati, in seguito Regolamento UE).

CAPITOLO 3: PRESENTAZIONE DEI RISULTATI

3.1 Esiti delle interviste

Sulla base del numero di interviste si è scelta la metodologia dell'analisi tematica utilizzando la modalità "carta matita". Questo approccio metodologico ha permesso di individuare delle tematiche salienti all'interno delle interviste che hanno supportato quanto visto nei capitoli precedenti a livello teorico.

Per la raccolta e analisi dei risultati delle interviste strutturate, sono stati estrapolati i brani ritenuti più significativi mediante una procedura di codificazione ed assegnazione a categorie tematiche.

I temi principali che sono emersi dalle interviste condotte con gli utenti della comunità si trovano riassunti nella tabella seguente:

Tema numero 1	Affettività
Tema numero 2	Auto stigma
Tema numero 3	Desideri futuri
Tema numero 4	Famiglia
Tema numero 5	Stigma e giudizio esterno
Tema numero 6	L'uso della sostanza
Tema numero 7	Relazioni
Tema numero 8	Senso di colpa

*ordine alfabetico

Per evidenziare i vari temi verranno riportate delle frasi significative riguardanti ciascun tema estrapolate dalle risposte degli utenti.

Tema n. 1 “L'affettività”

“Un altro ambito dove mi sento in difficoltà rispetto al mio passato è quello della relazione con altre ragazze, oggi mi frequento con una persona, ancora non sono riuscito a parlare del mio passato, se fossi io al suo posto non saprei come mi comporterei sinceramente. Sicuramente non posso escludere che mi allontanerei da quella persona, purtroppo il rischio di essere giudicati oggi è presente”

Tema n. 2 “L’auto stigma”

“L’uso della sostanza ha segnato anche fisicamente la mia persona. Sono arrivato a perdere la maggior parte dei denti, ad avere il volto scavato. Ancora oggi faccio fatica a guardarmi allo specchio perché mi rivedo i segni che la sostanza mi ha lasciato e non mi piaccio e uscire per me è difficile, sento gli occhi della gente addosso che mi guarda.”

Tema n.3 “Desideri futuri”

“Mi auguro di essere un buon papà per mia figlia, prima di tutto, di essere responsabile nei suoi confronti e di essere una brava persona, di fare l’uomo. Io sono diventato uomo qui in comunità e spero di continuare a farlo anche una volta sganciato e di rifarmi una vita con abitudini sane e relazioni sane”

Tema n.4 “Famiglia”

“Non so bene grazie a cosa, ma mia sorella e mio padre, nonostante gli abbia esclusi prima, mi sono stati vicini nel momento in cui ho deciso di entrare in comunità. Ero convinto di essere da solo invece scoprire di avere loro al mio fianco mi ha riempito di gioia e mi ha dato tanto stimolo e tanta forza. Ho ricostruito un rapporto con loro che non credevo di poter ricostruire, adesso so di avere una famiglia.”

Tema n.5 “Stigma e giudizio esterno”

“Si dalle persone vieni giudicato, ad esempio a lavoro è emerso che io sto affrontando un percorso comunitario e questo mi mette a disagio. Però so che sto affrontando un percorso e che se mi devo vergognare di qualcosa, mi vergogno del me di prima e non di quello di adesso che si sta riabilitando. Purtroppo, tanta gente non conosce la nostra situazione e magari ci chiama tossico senza sapere che in realtà stiamo cercando di redimerci e di riprendere in mano la propria vita.”

Tema n.6 “L’uso della sostanza”

“Adesso, se ripenso alla sostanza, penso che mi sono perso appresso una cosa che mi incatenava che non mi faceva sentire libero, perché comandava sempre lei. Ora sto riprendendo in mano la mia vita, è difficile ma lo devo fare.”

Tema n. 7 “Relazioni”

“Non sento più nessuno, non ho voglia di sentire le persone che conoscevo prima. Le amicizie passate sono legate al mio periodo di quando usavo, adesso spero di conoscere persone nuove, con abitudini sane e che vivano contesti sani”

Tema n. 8 “Senso di colpa”

“Mi fa sentire in colpa, soprattutto verso la mia famiglia ma anche verso me stessa perché mi sono fatta del male, ho scelto di usare non mi è stato imposto da nessuno si vede che, probabilmente, non avevo alternative. Oggi mi stanno dando degli strumenti che mi permettano di affrontare quelle situazioni senza usare la sostanza.”

Lo stesso procedimento è stato fatto nei confronti delle interviste somministrate agli educatori della comunità. I principali temi emersi sono i seguenti:

Tema numero 1	Affinità tra disabilità acquisita e dipendenza
Tema numero 2	Desideri futuri
Tema numero 3	Gestione vissuto degli utenti
Tema numero 4	Rete con il territorio
Tema numero 5	Riconoscimento emozioni da parte degli utenti
Tema numero 6	Stigma della società

*ordine alfabetico

Tema n.1 “Affinità tra disabilità acquisita e dipendenza”

“Certamente, sia l'una che l'altra persona devono acquisire strumenti utili durante il loro periodo riabilitativo, affinché le competenze sviluppate non costituiscano un handicap sociale una volta reinseriti in società. Non è possibile "rimuovere" una disabilità acquisita, ad esempio, dopo un trauma, ma si può lavorare affinché la persona acquisisca competenze che le permettano di vivere in piena autonomia. Considerando la dipendenza come una malattia cronica, è chiaro che non si può "eliminarla" completamente, dato che persiste il rischio di ricadute. Tuttavia, ci si impegna a fornire strumenti e competenze per convivere con la propria dipendenza.”

Tema n.2 “Desideri futuri”

“Mi piacerebbe coinvolgerli di più in attività esterne, concerti, eventi spottivi, soprattutto in fase di reinserimento e quindi ridurre la formalità che c'è dentro alla comunità per creare momenti più coinvolgenti tra utenti e operatori per ridurre la distanza tra noi e loro.”

Tema n.3 “Gestione vissuto degli utenti”

“Posso dire frustrazione? (ride) No, davvero, ci sono giorni no, lavorare con questo tipo di utenza non è facile, spesso assistiamo a ricadute che sembrano vanificare tutto il lavoro che facciamo. Ma c'è anche grande gioia nel cercare di aiutare questi ragazzi. Ovviamente, non abbiamo la bacchetta magica, ma cerchiamo di essere dei facilitatori per innescare il cambiamento che li porti fuori dalla dipendenza. Inoltre, è comunque molto importante essere bravi a staccare una volta finita la giornata di lavoro. Dopo 13 anni qui, ho deciso di avvalermi di una supervisione esterna che mi aiuta a gestire ed elaborare le emozioni provate lavorando in questo contesto. Idealmente, dovremmo lasciare queste emozioni qui, ma ciò è praticamente impossibile.”

Tema n.4 “Rete con il territorio”

“Sì, per offrire ai ragazzi opportunità di arricchimento, ora collaboriamo con un'associazione di clowneria che opera negli ospedali, ad esempio. Mi interessa particolarmente alle realtà sportive locali; alcuni dei nostri ragazzi fanno parte di associazioni sportive e praticano diverse discipline. Questo è particolarmente importante per quando lasceranno la comunità, per avere attività sane che aiutino a gestire i momenti di noia che in precedenza potevano essere colmati con le sostanze. Anche nelle attività di volontariato, svolte presso alcuni centri diurni per persone con disabilità intellettiva, riscontriamo sempre feedback positivi, spesso indicando come queste attività arricchiscano molto.”

Tema n.5 “Riconoscimento emozioni da parte degli utenti”

“Certamente, si richiede alle persone, in primo luogo, di riconoscere e alfabetizzare le emozioni. Spesso, chi arriva qui non conosce le emozioni a causa dell'uso di sostanze, che annulla la capacità di percepirle. Qui dentro, iniziano a sperimentare emozioni positive che non avevano mai provato prima, sia attraverso i gruppi sia nei colloqui individuali, condotti sia dagli educatori sia dagli psicologi. Emergono esperienze di ogni tipo; non esiste un tossicodipendente "standard". Noi operatori dobbiamo essere capaci di gestire i vissuti emergenti per lavorare in modo costruttivo ed empatico con i nostri ospiti.”

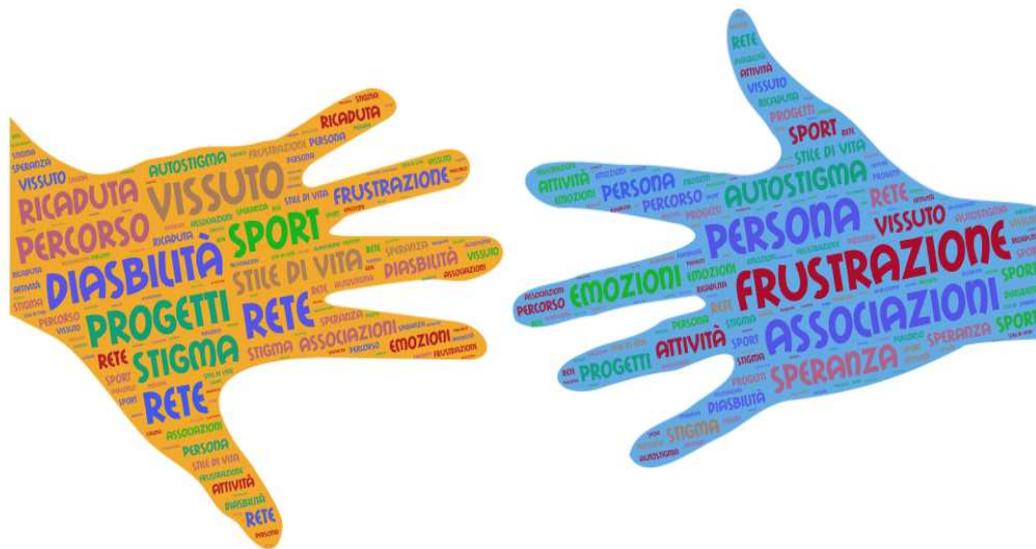
In riferimento alla parte più qualitativa delle domande aperte dell'intervista, è stato possibile dare una certa dinamicità all'espressione personale: le persone si sono infatti sentite libere di esprimersi ed ampliare il discorso a loro discrezione, andando anche oltre la risposta al mero quesito posto.

Un elemento di ulteriore interesse è stato osservare il linguaggio non verbale degli utenti; rispetto ad alcune domande come ad esempio "*Come si sente rispetto al fatto di aver fatto abuso di sostanze?*" lo sguardo si abbassava indicando vergogna e senso di colpa, le mani spesso erano tremanti e alle volte qualcuno di loro batteva le dita sul tavolo ad indicare nervosismo e tensione. Un aspetto trasversale, che ha accomunato più persone, ha riguardato la manifestazione fisica di un'emozione attraverso la commozione negli occhi quando veniva loro chiesto di proiettarsi nel futuro.

In ultima analisi, l'elaborazione delle interviste somministrate evidenzia come la durata e l'intensità dell'uso di sostanze, inclusi eventuali tentativi precedenti di recupero e ricadute, sono aspetti cruciali del profilo della persona, poiché influenzano la resilienza individuale e le strategie di coping.

Nonostante questo, l'impegno in un percorso di recupero comunitario, che spesso include terapia di gruppo, mutuo aiuto e attività di reinserimento sociale, è un aspetto chiave. Infatti, come evidenziato in uno studio di Dal Corso et al (2014) le strategie adottate per gestire lo stigma e promuovere il recupero, come il supporto tra pari, l'attivismo contro lo stigma, o il coinvolgimento in attività significative (es. volontariato, hobby, lavoro), siano fondamentali. Di conseguenza, un educatore professionale dovrebbe lavorare con l'obiettivo di costruire reti, tra l'offerta del territorio e la comunità, che possano aiutare gli utenti in questo percorso di destigmatizzazione.

Per quanto riguarda i risultati delle interviste somministrate agli educatori si riporta come anche da parte loro ci siano delle parole salienti che sono state ripetute maggiormente. Di seguito un world cloud che le riporta:



Dalle interviste emerge che gli utenti sono molto seguiti e che hanno diverse attività che posso sfruttare nel loro percorso riabilitativo. Vengono organizzati focus group tematici, per affrontare insieme problemi, come ricadute, craving, storie familiari, ecc. che permettono di focalizzarsi sullo stato emotivo e sul vissuto dei partecipanti rispetto al loro percorso.

Dalle interviste si evince come, anche secondo gli educatori, le persone tossicodipendenti siano affette da stigma e pregiudizio sia sotto forma di autostigma sia da parte del contesto sociale esterno.-Particolarmente interessante come questo per me e si verifichi anche nei professionisti sanitari che dovrebbero avere una formazione professionale e un’elaborazione professionale.

Risulta anche evidente il senso di frustrazione che gli educatori provano nel lavorare con queste persone: le numerose ricadute da parte degli utenti comportano una certa frustrazione accompagnata dalla sensazione che il loro operato sia stato vanificato. E’ tuttavia presente la consapevolezza che nessuno di loro ha il potere salvifico di riuscire contrastare-completamente e definitivamente la dipendenza.

CAPITOLO 4: IMPLICAZIONI PER LA PRATICA EDUCATIVA FUTURA

Alla luce di quanto emerso nel corso dello studio osservazionale che è stato elaborato, diversi sono i bisogni educativi su cui focalizzarsi per la progettazione di pratiche educative.

Le aree di intervento spaziano dalla sensibilizzazione, al contrasto di stereotipi e pregiudizi; l'area relazionale e dialogica, il contesto ambientale inclusivo e non giudicante, per un reinserimento nella società per questo tipo di utenza attraverso la collaborazione con altre realtà del territorio.

4.1 Principali bisogni emersi

Dalle testimonianze raccolte direttamente dagli utenti tossicodipendenti, emerge con forza la necessità di affrontare e abbattere lo stigma e il giudizio negativo che la società spesso riserva loro. Questo bisogno si manifesta chiaramente nel desiderio di essere riconosciuti non solo per la loro condizione di dipendenza ma come individui capaci di contribuire positivamente alla comunità.

A tal fine, i bisogni educativi espressi sottolineano l'importanza di programmi e iniziative volte a promuovere una maggiore comprensione e accettazione sociale, incoraggiando un cambiamento di prospettiva che veda la persona tossicodipendente in una luce più umana e complessa, al di là dei pregiudizi.

Parallelamente, emerge la necessità critica di integrare nel percorso di recupero attività sane e costruttive che possano occupare in modo significativo il tempo libero una volta terminato il percorso comunitario. Questo aspetto è cruciale per gestire i momenti di noia e solitudine, spesso indicati come trigger potenti per le ricadute.

4.2 Proposta progettuale “Sport paralimpico e comunità: opportunità e resilienza”

Lo sport paralimpico rappresenta non solo un ambito di eccezionale competizione atletica ma anche un potente strumento di inclusione sociale, miglioramento della qualità della vita e promozione dell'autonomia per le persone con disabilità. La pratica sportiva, in questo contesto, va oltre il semplice esercizio fisico, fungendo da catalizzatore per lo sviluppo personale, l'integrazione sociale e il superamento di barriere fisiche e psicologiche. Diversi studi hanno evidenziato come lo sport paralimpico contribuisca significativamente al benessere psicologico degli atleti, aumentando la loro autostima, favorendo relazioni sociali positive e migliorando la percezione di sé.

Infatti, la partecipazione a sport e attività fisica ha un effetto positivo sulla stima di sé, sull'immagine del corpo percepita e sul locus of control della persona con disabilità. Non di meno ha utilità nel combattere lo stress generato dall'accettazione di una nuova condizione da parte dell'individuo. (Masala et al, 2016)

Lo sport paralimpico gioca un ruolo cruciale non solo nel promuovere la salute e il benessere delle persone con disabilità ma anche nell'abbattere lo stigma sociale associato alla disabilità, contribuendo significativamente a modificare le percezioni e le attitudini del pubblico. La forza dello sport consiste nell'essere fattore che agevola il consolidamento dell'autoefficacia e dell'empowerment personali, che non rimangono caratteristiche circoscritte al contesto agonistico ma si allargano anche agli altri spazi di vita. (Visentin, 2016)

La prima persona in Italia ad aver capito il valore educativo dello sport paralimpico è stato Antonio Maglio: protagonista nel mondo dello sport paralimpico, noto per il suo ruolo di educatore e promotore dello sport come mezzo di inclusione sociale e superamento delle barriere legate alla disabilità. Sebbene non sia una figura universalmente riconosciuta a livello internazionale nel contesto dello sport paralimpico, il suo impegno simbolico rappresenta l'importanza di figure educative dedicate all'empowerment di atleti con disabilità attraverso lo sport. Nel suo ruolo educativo, si è concentrato sullo sviluppo di programmi sportivi accessibili per lo sviluppo di livelli maggiori di autonomia e integrazione sociale; di fatto ha prodotto un importante cambiamento, ha contribuito a creare un ambiente in cui lo sport è visto come un diritto accessibile a tutti, enfatizzando l'importanza dell'uguaglianza delle opportunità e della visibilità per gli atleti paralimpici.

Il progetto si basa sugli approcci pionieristici di Maglio, precedentemente sottolineati, adoperando lo sport come catalizzatore di cambiamento positivo. Esso si propone di utilizzare l'attività sportiva come mezzo per migliorare l'autonomia e rafforzare l'autostima negli utenti ancora inseriti in comunità, ricercando così gli stessi benefici psicosociali già osservati nei programmi di Maglio per persone con disabilità

Le persone tossicodipendenti, si trovano ad affrontare una serie di sfide complesse, tra le quali la gestione della noia riveste un ruolo significativo. In uno studio condotto da Iazzetta et al (2013) risulta che l'inclinazione alla noia risulta essere una dimensione correlata statisticamente all'abuso di sostanze.

Dall'analisi condotta emerge un chiaro bisogno educativo: il reinserimento sociale efficace degli individui post-riabilitazione, supportato da iniziative capaci di offrire strumenti per affrontare i

momenti di noia in modo costruttivo. Un aspetto fondamentale del processo di reinserimento è inoltre la lotta contro lo stigma associato alla tossicodipendenza. Il progetto proposto mira a promuovere pratiche salutari e costruttive, accessibili agli utenti al termine del loro percorso di riabilitazione. Un obiettivo prioritario è facilitare l'interazione con individui che hanno superato il pregiudizio legato alla loro condizione, fornendo così modelli di resilienza e di superamento dello stigma sociale. In questo contesto, si è stabilirà una collaborazione con l'associazione sportiva ASD Padova Rugby, che metterà a disposizione un atleta, le proprie strutture (inclusa la palestra) e attrezzature sportive adattate (come le carrozzine da gioco) per gli utenti della comunità, con l'intento di arricchire il loro percorso di reinserimento con attività fisica e sociale stimolante.

Si andrà ora a proporre un progetto che segue i passi della progettazione educativa dalla lettura dei bisogni alla definizione degli obiettivi, la tipologia di risorse necessarie, la scelta di metodi e strategia e la declinazione di un sistema di valutazione del progetto.

Fase 1: Definizione dei bisogni educativi e relativi obiettivi

1) AREA AUTONOMIA SOCIALE: *Bisogno educativo: L'utenza alla quale ci si rivolge spesso si trova a dover gestire momenti di noia, durante i quali possono aumentare il craving e la voglia di ricorrere all'uso di sostanze. I soggetti conosceranno realtà del territorio che possano offrire un'alternativa alle sostanze per questi momenti.*

-OBIETTIVO GENERALE: Che l'utenza riconosca e gestisca i momenti di noia

-OBIETTIVO SPECIFICO: L'utenza riconoscerà i momenti di noia e apprenderà strategie per contenerla attraverso la partecipazione volontaria alle sedute di allenamento dell'associazione sportiva coinvolta.

-INDICATORE: Numero di volte in cui l'utenza si proporrà per prendere parte alle sessioni di allenamento e grado di soddisfazione dell'attività proposta

2) AREA RELAZIONALE-COMUNICATIVA: *Bisogno educativo: Lo stigma che la società agisce nei confronti delle persone tossicodipendenti e lo stigma auto percepito possono compromettere un corretto reinserimento dopo un percorso comunitario. Il bisogno è quindi quello di affrontare la propria condizione, superando lo stigma che essa comporta.*

-OBIETTIVO GENERALE: Che l'utenza superi la percezione dello stigma agito dalla società e quella auto percepito.

-OBIETTIVO SPECIFICO: L'utenza apprenderà strategie per affrontare lo stigma. Parteciperà a focus group relazionandosi con l'atleta paralimpico che ha già affrontato e superato lo stigma dovuto dalla propria condizione.

-INDICATORE: Numero di utenti presenti durante il focus group e grado di soddisfazione dell'attività proposta.

3) AREA METACOGNITIVA-SIMBOLICA: *Bisogno educativo: L'abuso di sostanze ha in parte compromesso la capacità di riconoscere le emozioni. Il bisogno che emerge è quello di riuscire a capire le emozioni che nascono durante la partecipazione al progetto e riportarle usando la scrittura come strumento per riuscire a riconoscerle.*

-OBIETTIVO GENERALE: Che l'utenza riesca a riconoscere il proprio vissuto emotivo

-OBIETTIVO SPECIFICO: L'utenza esprimerà il proprio stato d'animo e le proprie emozioni che questo incontro susciterà in loro.

-INDICATORE: Grado di espressione delle proprie emozioni da parte dell'utenza.

Fase 2: Individuazione delle risorse

Per la realizzazione di questo progetto si individuano le seguenti risorse:

- RISORSE UMANE SPECIFICHE: educatori della comunità, coordinatrice programma tossicodipendenti,
- RISORSE UMANE A-SPECIFICHE: volontari della comunità, testimonial paralimpico
- RISORSE NON UMANE: scheda quali/quantitativa per valutazione del progetto, carrozzine da gioco associazione sportiva, materiale informativo (slide) per presentazione rugby in carrozzina
- RISORSE ECONOMICHE: per la realizzazione di questo progetto non è previsto nessun costo diretto o indiretto.

Fase 3: Realizzazione del progetto:

L'attuazione del progetto si snoda attraverso la pianificazione di diverse attività educative ciascuna delle quali concorre al raggiungimento degli obiettivi prefissati

Dapprima si organizzerà un focus group, dove si presenterà l'associazione sportiva che collaborerà per la realizzazione di questo progetto. Si promuoverà la relazione tra gli utenti

della comunità e il testimonial dell'associazione sportiva chela testimonianza di chi lo stigma lo ha provato durante la propria vita e lo ha superato.

Verrà quindi proposta agli utenti la disciplina sportiva del rugby ed esposte le regole del gioco, la storia dello sport e tutte le informazioni che ne delineano le caratteristiche distintive. Successivamente, si illustreranno le diverse opportunità che tale sport potrebbe offrire agli utenti della comunità, delineando i vari ruoli che potrebbero assumere all'interno di questa disciplina: da meccanici ad aiuto atleti, da giudici di gara a giudici di tavolo, fino ad arbitri.

Un'ulteriore attività presuppone il coinvolgimento di un testimonial che condividerà la propria esperienza personale, raccontando come il rugby in carrozzina sia stato fondamentale nel suo percorso di accettazione della disabilità e di reinserimento nella società, contribuendo significativamente all'abbattimento dello stigma legato alla sua condizione.

Agli utenti verrà quindi proposto di sperimentare in prima persona l'uso delle-carrozine da gioco e di partecipare a una dimostrazione pratica, sotto forma di "partita", insieme agli atleti dell'associazione sportiva. Questa esperienza oltre ad avere una connotazione ricreativa e socializzante stimolerà anche una riflessione sull'impegno e sulla determinazione necessari per raggiungere obiettivi sportivi di rilievo da parte degli atleti con disabilità.

Fase 4: Valutazione

Al termine della attività, con lo scopo di valutare l'efficacia dell'intervento, verrà somministrata una scheda di valutazione quali-quantitativa così strutturata:

SCHEDA DI VALUTAZIONE PROGETTO "SPORT PARALIMPICO & COMUNITA': OPPORTUNITA' E RESILIENZA"
<u>Rispondi alle seguenti domande scegliendo tra le diverse risposte che indicano il tuo grado di soddisfazione:</u> <u>0: per niente soddisfatto</u> <u>1: insoddisfatto</u> <u>2: indifferente</u> <u>3: parzialmente soddisfatto</u> <u>4: soddisfatto</u> <u>5: molto soddisfatto</u>
1) Quanto ti ha interessato conoscere la storia, le regole e le caratteristiche dello sport che ti è stato illustrato? <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1

- 2
- 3
- 4
- 5

2)Le figure che ti sono state presentate durante l'esposizione hanno soddisfatto il tuo interesse?

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

3)Credi che prenderai informazioni per avvicinarti a questa disciplina paralimpica una volta sganciato dalla comunità?

- SI
- NO

Perché?

4)Le testimonianze di resilienza che hai ascoltato pensi ti possano essere utili per affrontare la tua situazione?

- SI
- NO

Perché?

5)I contenuti presentati hanno soddisfatto l'aspettativa che avevi rispetto a questo progetto?

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

6) Saresti disposto a prendere parte ad alcune sessioni di allenamento dell'associazione sportiva, come aiutante?

- SI
- NO

Perché?

7) Sei riuscito o hai avuto difficoltà a relazionarti con i testimonial paralimpici?

- SI
- NO

Perché?

8) Vorresti ripetere questa attività con altri sport paralimpici? Altri testimonial, per conoscere altre storie e altre opportunità che questo mondo ha da offrire?

- SI
- NO

Perché?

CONCLUSIONI:

L'indagine ha confermato che lo stigma è una realtà pervasiva, sentita dagli utenti sia come stigma auto percepito che come stigma agito dalla società. Questa doppia dimensione dello stigma incide significativamente sul percorso di recupero e sul benessere psicologico degli utenti, evidenziando la necessità di strategie mirate per il suo superamento.

Una delle principali constatazioni emerse dallo studio è il desiderio, espresso dagli educatori, di incrementare le interazioni tra gli utenti della comunità e le realtà del territorio. Questa aspirazione nasce dalla convinzione che un maggior coinvolgimento sociale possa facilitare il processo di integrazione degli utenti, contribuendo a ridurre lo stigma che li circonda. Gli educatori hanno sottolineato l'importanza di creare opportunità di incontro e scambio con il tessuto sociale esterno, per promuovere una maggiore comprensione reciproca e abbattere le barriere del pregiudizio.

Inoltre, lo studio ha evidenziato come le persone con disabilità traggano benefici significativi dalla partecipazione allo sport paralimpico, non solo in termini di salute fisica e benessere psicologico, ma anche per quanto riguarda il superamento dello stigma. Questa osservazione apre interessanti prospettive sulle potenzialità dello sport come strumento di de-stigmatizzazione anche per le persone tossicodipendenti.

Si auspica, dunque, che le esperienze positive legate allo sport paralimpico possano essere trasferite e adattate al contesto della comunità, offrendo agli utenti con dipendenza nuove opportunità per affrontare e superare il pregiudizio sociale attraverso il progetto proposto.

Infine, L'abbattimento dello stigma non è solo un obiettivo desiderabile, ma una condizione necessaria per garantire a ogni individuo la possibilità di vivere una vita piena e soddisfacente, libera da pregiudizi e discriminazioni.

BIBLIOGRAFIA

- Brenner, L., Von Hippel, W., Von Hippel, C., Resnick, I., & Treloar, C. (2010). *Percezione del trattamento discriminatorio da parte del personale come predittore del completamento del trattamento farmacologico: utilità di un approccio con metodi misti*. *Revisione su droga e alcol*, 29 (5), 491-497.
- Buchanan, J., & Young, L. (2000). *The war on drugs: A war on drug users?* *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 7, 409–422
- Bobbo, N. (2023). *Da una tesi alla Laurea Guida semplice per i laureandi dei corsi di laurea delle professioni sanitarie ed educative*. Padova. CLEUP
- Bobbo N., Moretto B. (2020) *La progettazione educativa in ambito sanitario e sociale*. Roma. Carrocci editore
- Carozza, P. (2006). *Principi di riabilitazione psichiatrica. Per un sistema di servizi orientato alla guarigione*. Milano. Franco Angeli.
- Carozza, P. (2021). *Contrastare lo stigma della malattia mentale: obiettivo dei servizi di salute mentale di comunità*. *Journal of Health Care Education in Practice*, 3(2), 15-26
- Ciccani, P. (2008). *Pregiudizi e disabilità: individuazione di strategie educative per l'elaborazione e il superamento del pregiudizio*. Roma. Armando Editore.
- Collen, L. McGinty, E. Pescosolido, A. Howard, H (2014) *Stigma, discriminazione, efficacia del trattamento e politica: opinioni pubbliche sulla tossicodipendenza e sulle malattie mentali*. *Psychiatric services*. (Volume 65) 1269-1272
- Dal Corso, L. Di Sipio, A. De Carlo, *Sostegno alla persona e supporto sociale al lavoro per il reinserimento nei casi di dipendenza*. *Fare ricerca in psicologia del lavoro e delle organizzazioni: qualità scientifica e impatto sociale*. 19-20
- De Farias, FL. Furegato, AR (2005). *Cosa dicono e non dicono i tossicodipendenti, utilizzando i vissuti e la tecnica proiettiva*. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* , 13 (5), 700-707.
- De Leon G. (2000). *The therapeutic community: theory, model and method..* New York: Springer Publishing Co.
- Della Porta, D. (2010). *L'intervista qualitativa*. Bari. Laterza e Figli

- Fratini, T. (2016). *Nuove considerazioni sul pregiudizio nei confronti della disabilità*. Studi Sulla Formazione/Open Journal of Education , 19 (1), 201–212.
- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*.
- Hatzenbuehler M. Phelan, JC. Link, BG. (2013). *Stigma as a Fundamental Cause of Population Health Inequalities*. American Journal of Public Health. 103, n 5. 813-821
- Iazzetta, P., Gagliardo, G., Lupo, M., Pascucci, T., Pratesi, D., Sabatini, D., ... & Gragnani, A. (2013). *Relazioni tra temperamento, carattere e predisposizione alla noia nei disturbi da uso di sostanze*. Cognitivismo clinico, 10(2), 134-148.
- Leone L., Prezza M. (2016) *Costruire e valutare i progetti nel sociale*. Milano. Franco Angeli
- Link, BG. Phelan, JC (2001). *Concettualizzare lo stigma*. Revisione annuale di Sociologia, 27 (1), 363-385.
- Lyden, J. Binswanger, IA (2019). *L'epidemia di oppioidi negli Stati Uniti*. Seminari di perinatologia (Vol. 43, n. 3, pp. 123-131).
- Luciani, M., Orr, E., Campbell, K., Nguyen, L., Ausili, D., & Jack, S. M. (2019). *How to Design a Qualitative Health Research Study. Part 2: Data Generation and Analysis Considerations*. Professioni infermieristiche, 72(3), 221–231.
- Masala, D. D'Egidio, V. Cassese, F. Mannocci, A. *Pedagogia disabilità e sport terapia: dalle Paralimpiadi alla salute per tutti*. "Formazione & Insegnamento", vol. 14, n. 1, pp. 65-74.
- Macrae, C. Stangor, C. Milne, A (1994). *Activating Social Stereotypes: A Functional Analysis*. Journal of Experimental Social Psychology, (Volume 30), 370-389
- Molina, A., Saiz, J., Gil, F., Cuenca, ML, & Goldsby, T. (2020). *Intervento psicosociale nei programmi europei di recupero dei comportamenti di dipendenza: uno studio qualitativo*. Healthcare. (Volume 8). 268-281
- Renjith, V., Yesodharan, R., Noronha, JA, Ladd, E., & George, A. (2021). *Metodi qualitativi nella ricerca sanitaria*. Rivista internazionale di medicina preventiva, 12 (1), 20.
- Phelan, J. C., & Link, B. G. (2001). *Conceptualizing Stigma*. Annual Review of Sociology (Volume 27), 363-385

-Pullia, G. (2003). *Lo stigma e lo stereotipo come fattori di morbilità*. In Attenasio, L. Di Gennaro, A. Gabriele, G. Pecchioli, V. *Dialogo con la follia. Un approccio collettivo al trattamento del paziente grave*. (pp. 40-54). Roma: Armando editore

-Room, R., Babor, T. e Rehm, J. (2005). *Alcol e salute pubblica*. *La lancetta*, 365 (9458), 519-530.

-Saitta, L. (2018). *Senza barriere – Antonio Maglio e il sogno delle Paralimpiadi*: Inail Consultabile on-line

-Scambler, G. Hopkins, A. (1986) *Being epileptic: coming to terms with stigma*. *Sociology of Health & Illness*. (Volume 8). 26-43

-Spoto, A. (2018). *L'atleta paralimpico: dallo stigma al mito e ritorno. Riflessioni sul ruolo dello sport nell'immaginario della disabilità*. *Vado. Un diario dell'immaginario sociale*, 11 , 192-210

-Van Boekel, LC, Brouwers, EP, Van Weeghel, J., & Garretsen, HF (2013). *Lo stigma tra gli operatori sanitari nei confronti dei pazienti con disturbi da uso di sostanze e le sue conseguenze sull'erogazione dell'assistenza sanitaria: revisione sistematica*. *Dipendenza da droga e alcol*, 131 (1-2), 23-35

-Visentin, S. (2016). *Facilitatori e barriere nella pratica sportiva di atletica con disabilità fisiche: uno studio esplorativo*. *Giornale Italiano di Pedagogia Speciale per l'Inclusione*, 4 (1), 121-136.

SITOGRAFIA

-<https://www.comunitasanfrancesco.org/>

-<https://letteredallafacolta.univpm.it/natura-e-caratteristiche-di-pregiudizi-e-stereotipi/>

-<https://www.salute.gov.it/portale/saluteMentale/dettaglioNotizieSaluteMentale>

ALLEGATI

INTERVISTE INTEGRALI

DOMANDE PER INTERVISTA AD EDUCATORI

- 1) Qual è il suo ruolo e da quanti anni lo ricopre all'interno di questo servizio?*
- 2) Che tipo di progetti/attività sono previsti all'interno del servizio attualmente per le persone tossicodipendenti?*
- 3) Quali obiettivi vengono individuati per i progetti rivolti agli utenti all'interno della comunità?*
- 4) Vengono svolte delle attività/progetti sul lavoro emotivo da parte degli utenti della comunità? Se sì che tipo di vissuti/emozioni emergono?*
- 5) Crede che gli utenti con problemi legati alla tossicodipendenza vivano una condizione di stigma rispetto alla loro situazione, sia dentro che fuori dalla comunità?*
- 6) Collaborate con delle realtà esterne del territorio? Se sì, perché e come?*
- 7) Trova delle affinità tra condizione di disabilità e dipendenza? Crede che confrontarsi con una realtà come quella della disabilità possa, in qualche modo incidere nel percorso riabilitativo della persona tossicodipendente?*
- 8) Quali emozioni/sensazioni prova nel lavorare con questo tipo di utenza?*
- 9) Come gestisce il carico emozionale dato dalle storie di vita delle persone tossicodipendenti?*
- 10) Cosa le piacerebbe fare che non ha potuto finora fare per gli utenti?*

INTERVISTA EDUCATORE 1

1) Lavoro con il servizio Tox dal 2017 e, dal 2011, opero come educatore nella comunità San Francesco.

2/3) Il servizio offre un'ampia gamma di attività: lavori di gruppo di varia natura (tematici, con temi diversi in base alla fase del percorso, come ricadute, craving, storie familiari, ecc., o dinamici, focalizzati sullo stato dei partecipanti rispetto al loro percorso), sempre guidati dall'educatore; gruppi psicologici con psicoterapeuta, personalizzati; attività ludiche, inclusi sport, ergoterapia legata alla manutenzione e ai lavori interni alla comunità, organizzate dagli operatori; e iniziative di volontariato, sia durante che dopo il completamento del percorso.

4) Durante i gruppi di fase, si affrontano temi legati al riconoscimento delle emozioni mediante tecniche audiovisive. Si lavora sulle emozioni vissute dagli ospiti, ad esempio attraverso la musica, con l'assistenza di uno specialista e sotto la guida dell'educatore, che gestisce le emozioni e i vissuti emergenti, spesso correlati alla dipendenza. Si affrontano temi come la gestione dell'ansia dell'attesa, la ricerca di gratificazioni alternative alla sostanza, la gestione del tempo libero e la frustrazione legata alla propria situazione. Laddove in passato la sostanza regolava le loro emozioni, ora emerge spesso una forte rabbia.

5) Esistono certamente situazioni di stigma, soprattutto a livello sociale e particolarmente in relazione alla tossicodipendenza rispetto ad altri tipi di disagio. Talvolta, anche tra i professionisti sanitari, si rileva un atteggiamento distaccato o quasi spaventato. All'interno della comunità, il nostro primo compito come operatori è sospendere ogni giudizio. Spesso sono gli stessi ospiti a etichettarsi, avvertendo un forte autostigma.

6) Sì, collaboriamo con diverse associazioni, tra cui quelle dei canili comunali, case di riposo, centri diurni per ragazzi con disabilità intellettiva e associazioni sportive. Ci impegniamo a integrare il territorio nella routine della comunità.

7) Certamente, sia l'una che l'altra persona devono acquisire strumenti utili durante il loro periodo riabilitativo, affinché le competenze sviluppate non costituiscano un handicap sociale una volta reinseriti in società. Non è possibile "rimuovere" una disabilità acquisita, ad esempio, dopo un trauma, ma si può lavorare affinché la persona acquisisca competenze che le permettano di vivere in piena autonomia. Considerando la dipendenza come una malattia cronica, è chiaro che non si può "eliminarla" completamente, dato che persiste il rischio di ricadute. Tuttavia, ci si impegna a fornire strumenti e competenze per convivere con la propria dipendenza.

8) Le emozioni che emergono sono varie, spesso caratterizzate da frustrazione legata al fallimento, poiché sono pochissime le persone che riescono a liberarsi completamente dalla tossicodipendenza. Questo porta spesso a riflettere sulla possibilità di non aver fatto abbastanza. Tuttavia, lavorare in questo contesto offre l'opportunità di sentirsi utili, stando accanto a chi vive questo tipo di sofferenza. Emergono anche rabbia e tensione, amplificate dal contesto in cui operiamo.

9) Dopo 13 anni, qui, ho deciso di avvalermi di una supervisione esterna che mi aiuta a gestire ed elaborare le emozioni provate lavorando in questo contesto. Idealmente, dovremmo lasciare queste emozioni qui, ma ciò è praticamente impossibile.

10) Fortunatamente, lavoro in un contesto che pone la persona al centro, utilizzando termini come “ospite” anziché utente. Ci sono poche cose che mi vengono in mente per migliorare ulteriormente. Prima del COVID, si svolgevano più attività che spero si possano riprendere anche coinvolgendo maggiormente l'associazionismo del territorio

INTERVISTA EDUCATORE 2

1) Sono educatore nel programma per tossicodipendenti dal 2017; dal 2012, sono qui e ho lavorato con altri ospiti con problemi di alcol.

2) Cerchiamo di progettare attività orientate al cambiamento dell'ospite e del suo stile di vita, lavorando sia a livello individuale sia in gruppo. Organizziamo gruppi di fase e attività lavorative, sia esterne che interne alla struttura; in una fase più avanzata, l'ospite inizia a svolgere attività di volontariato.

3) Il primo obiettivo è cambiare lo stile di vita; miriamo a insegnare alla persona a riconoscere le proprie emozioni e a comprendere quali siano stati gli interruttori che hanno acceso l'uso della sostanza, per fare in modo che, una volta all'esterno, siano in grado di spegnerli. Li accompagniamo nel loro percorso fino a quando, nell'ultima fase, li aiutiamo a trovare un lavoro, una sistemazione e ad adottare uno stile di vita sano.

4) Certamente, si richiede alle persone, in primo luogo, di riconoscere e alfabetizzare le emozioni. Spesso, chi arriva qui non conosce le emozioni a causa dell'uso di sostanze, che annulla la capacità di percepirle. Qui dentro, iniziano a sperimentare emozioni positive che non avevano mai provato prima, sia attraverso i gruppi sia nei colloqui individuali, condotti sia dagli educatori sia dagli psicologi. Emergono esperienze di ogni tipo; non esiste un tossicodipendente "standard". Noi operatori dobbiamo essere capaci di gestire i vissuti emergenti per lavorare in modo costruttivo ed empatico con i nostri ospiti.

5) Spero proprio di no, almeno da parte degli operatori. Qui dentro, sono gli ospiti stessi a imporsi uno stigma, spesso arrivando già con un'autostigmatizzazione. Quello che cerchiamo di fare è rimuovere questa condizione. All'esterno, sì, soprattutto da parte della società; cerchiamo di far sì che anche le persone esterne conoscano questo tipo di realtà, per contribuire a demolire questo stigma.

6) Sì, per offrire ai ragazzi opportunità di arricchimento, ora collaboriamo con un'associazione di clowneria che opera negli ospedali, ad esempio. Mi interessa particolarmente alle realtà sportive locali; alcuni dei nostri ragazzi fanno parte di associazioni sportive e praticano diverse

discipline. Questo è particolarmente importante per quando lasceranno la comunità, per avere attività sane che aiutino a gestire i momenti di noia che in precedenza potevano essere colmati con le sostanze. Anche nelle attività di volontariato, svolte presso alcuni centri diurni per persone con disabilità intellettiva, riscontriamo sempre feedback positivi, spesso indicando come queste attività arricchiscano molto.

7) Certamente, molte delle nostre attività di volontariato sono legate alla disabilità. La disabilità acquisita ti pone di fronte a un limite, che spesso viene superato. Così anche i nostri utenti si trovano di fronte a un limite che devono superare, per scoprire che è possibile vivere bene anche senza qualcosa che prima sembrava indispensabile. Per i ragazzi con disabilità, il limite può essere la mobilità, mentre per i nostri utenti può essere la sostanza.

8) Posso dire frustrazione? (ride) No, davvero, ci sono giorni no, ma c'è anche grande gioia nel cercare di aiutare questi ragazzi. Ovviamente, non abbiamo la bacchetta magica, ma cerchiamo di essere dei facilitatori per innescare il cambiamento che li porti fuori dalla dipendenza. È comunque importante essere bravi a staccare una volta finita la giornata di lavoro.

9) Aggiungerei che, se pur ci siano storie di difficoltà, di violenza e anche di disagio io cerco comunque di vedere e di trovare qualcosa su cui lavorare, cercando di andare oltre e valorizzare quello che c'è. Come si fa, per riprendere il discorso di prima, con la disabilità acquisita si cerca di guardare a quello che è rimasto e cercare di sfruttarlo al meglio per avere una buona qualità di vita.

10) MI piacerebbe implementare le attività con il territorio, cercare di rispondere a più bisogni possibili dei ragazzi il mio sogno è quello di iscrivere una squadra di calcio ad un campionato.

INTERVISTA EDUCATORE 3

1) Il mio ruolo è quello di educatore e lo ricopro da 5 anni nella comunità, lavorando con i tossicodipendenti da circa 2 anni; prima ho lavorato con gli altri moduli della struttura: mamma-bambino e reinserimento.

2) A livello educativo ci sono dei gruppi tenuti dall'educatore, due volte a settimana, a seconda della fase degli utenti nel loro percorso riabilitativo. Ogni due settimane si organizza un altro gruppo dove sono tutti insieme, a prescindere dallo stato del percorso, e sempre ogni due settimane c'è un gruppo organizzato con i familiari. Altre attività/progetti sono legate agli obiettivi che ci prefissiamo di raggiungere, legati all'autonomia, alle relazioni e alla cura di sé. Facciamo ergoterapia, legata soprattutto alla manutenzione della casa, cerchiamo di indirizzarli

verso un lavoro (in una fase più avanzata del percorso) e cerchiamo di favorire la relazione attraverso alcune attività, come la "serata sociale" del venerdì sera.

3/4) Sì, principalmente con la psicologa si svolgono dei lavori specifici sul riconoscimento delle emozioni. Io personalmente cerco di sfruttare ogni momento, anche una passeggiata o un qualsiasi momento informale, che può essere un'occasione per raccogliere le impressioni e le emozioni dell'utente sul suo percorso riabilitativo. L'emozione che emerge principalmente, soprattutto in una prima fase, è quella della rabbia, che viene molto trattata; c'è chi non è in grado di gestirla e la sfoga in atteggiamenti aggressivi, c'è chi si chiude in sé stesso. Non cerco di parlare troppo di emozioni nei gruppi, piuttosto cerco di fare delle attività che stimolino a parlare di emozioni, magari attraverso dei video, spesso chi ha usato sostanze non è in grado di riconoscere le emozioni perché prima a regolare il loro stato d'animo ci pensava la sostanza.

5) Secondo me, dentro la comunità no, magari sono gli stessi utenti a porsi su un piano diverso rispetto alla loro dipendenza, ma da parte degli operatori direi proprio di no. Nella società, purtroppo sì, spesso la sostanza distrugge ogni sfera della vita di una persona, lavorativa, familiare. Anche nell'accompagnarli, ad esempio a visite di routine all'interno dell'ospedale, capita alcune volte che il personale sanitario "guardi" in maniera diversa rispetto ai "normali pazienti".

6) Sì, ad esempio da poco sono riuscita ad avviare corsi di musica in comunità e dovrebbe riprendere il progetto di pet therapy.

7) È un tema molto complesso; sicuramente l'uso di sostanze crea dei danni permanenti al pari di chi ha una disabilità acquisita. Credo che il mondo della disabilità acquisita, rappresentato ad esempio da figure note all'interno della società e quindi di rappresentazione di chi uno stigma lo ha affrontato e superato, possa trasmettere positività a chi, come i nostri ragazzi, lo stigma lo sta affrontando.

8/9) Un'altalena di emozioni, dalla gioia alla rabbia perché magari spesso ci sono ragazzi con tanta potenzialità che però non fanno un buon percorso. Tristezza quando vedi che magari la persona abbandona il programma. Per staccare, quando torno a casa accendo la musica in macchina e canto per chiudere definitivamente la giornata.

10) In realtà, credo che facciamo già tanto all'interno della comunità; quindi, mi viene da dire di no.

INTERVISTA EDUCATORE 4

1) Io sono uno degli educatori arrivati per ultimo, circa 1 anno fa, ma lavoro nel sociosanitario da 20 anni. Seguo i ragazzi nell'ultima fase del loro percorso di reinserimento.

2) Il reinserimento segue una serie di protocolli e procedure. Gli utenti provenienti dal programma tossicodipendenti hanno 30 giorni di ambientazione nella nuova struttura, che è adiacente alla comunità ma offre quasi totale autonomia e indipendenza nella gestione della giornata. Devono abituarsi a non avere la struttura che li supporta. Superata questa fase di ambientazione, gli educatori del reinserimento favoriscono il reinserimento lavorativo, cercando di orientare l'utente verso lavori diversi da quelli precedenti per evitare ricordi legati alla sostanza. Tra gli obiettivi ci sono anche riprendere o ottenere la patente, gestire i guadagni derivanti dal lavoro e trovare una sistemazione dove stabilirsi dopo il distacco dalla comunità.

3/4) Ci sono meno attività legate ai gruppi; si mantiene un gruppo ogni due settimane dove i ragazzi parlano delle loro difficoltà a reinserirsi in un contesto sociale.

5) All'interno della comunità non credo ci sia stigma, né tra di loro. Diciamo che all'esterno c'è ancora da lavorare. Mi accorgo soprattutto quando accompagno i ragazzi a fare colloqui in agenzie interinali per trovare lavoro: quando gli addetti capiscono che sono utenti della comunità, percepisco un cambio di atteggiamento più distaccato nei loro confronti, e loro lo avvertono molto. Anche se cercano di camuffarlo, questo influisce soprattutto sulle relazioni con altre persone. Nel reinserimento hanno la possibilità di relazionarsi anche con persone che non fanno parte della comunità. Un esempio concreto è abbastanza recente: un utente aveva iniziato una relazione con una ragazza; quando le ha rivelato di essere in un percorso riabilitativo in comunità, lei ha deciso di interrompere la frequentazione, e questa situazione ha portato a frustrazione che poi va gestita da parte dell'educatore.

6) Al reinserimento collaboriamo con gruppi di supporto esterni alla comunità per mostrare ai ragazzi che una volta distaccatisi dalla comunità possono trovare supporto anche in questi gruppi.

7) Secondo me, possono avere elementi in comune quando, in entrambi i casi, si trova un ambiente non preparato ad accogliere la persona. Spesso, queste due "categorie" si trovano in ambienti e contesti non adatti o non preparati per loro, e credo che questo li accomuni. Quando una persona che ha avuto una dipendenza da sostanze si "scopre" raccontando di aver affrontato un percorso, spesso l'ambiente circostante, formato dalle persone, non è preparato ad accoglierla

e tende ad isolarla. Allo stesso modo, la persona con disabilità si trova a dover affrontare un ambiente ostile, per motivi che possono essere più strutturali ma anche legati a persone che non sanno come accogliere quella situazione, portando all'isolamento della persona.

8) In questa esperienza sto riscontrando una relazione approfondita e penso di avere la giusta preparazione per questo lavoro. Affrontare le criticità degli utenti mi porta a vivere un carico emotivo molto importante, e spesso mi porto a casa emozioni sia negative che positive.

9) Ne parlo molto con i miei colleghi; analizziamo molto prima e dopo i gruppi o i colloqui per fare una buona analisi sia per gli utenti ma anche per noi. Con gli anni ho imparato a chiudere e a non lasciare niente in sospeso nella mia giornata lavorativa, in modo da non portarmi dei pesi a casa. Mi reputo fortunato perché ho circa mezz'ora di macchina per tornare a casa, e in questo tempo rielaboro e ripenso a quello che ho fatto nella giornata. Una volta al mese facciamo una supervisione, che è uno strumento essenziale, con uno psicologo esterno alla comunità.

10) Mi piacerebbe coinvolgerli di più in attività esterne, concerti, eventi spottivi, soprattutto in fase di reinserimento e quindi ridurre la formalità che c'è dentro alla comunità per creare momenti più coinvolgenti tra utenti e operatori per ridurre la distanza tra noi e loro.

DOMANDE PER INTERVISTA UTENTI:

- 1) *Vuole raccontarmi perché si trova qui?*
- 2) *Come si sente rispetto al fatto di aver fatto abuso di sostanze*
- 3) *Ci sono state persone che le hanno dato un supporto o una vicinanza? Se sì chi?*
- 4) *Sono cambiati i rapporti con loro da prima a dopo l'inserimento in comunità?*
- 5) *Pensa che abbia pesato sulla sua famiglia il fatto che lei è in comunità? Se sì come?*
- 6) *All'interno della comunità come sono i rapporti con le altre persone?*
- 7) *Percepisce differenza tra le relazioni che ha instaurato con altri utenti o con il personale che lavora in comunità (educatori, psicologi, etc.)*
- 8) *Percepisce di essere "giudicato" in maniera differente dalle persone fuori da questo istituto, rispetto a come viene trattato qui?*
- 9) *Si sente "guardato" in maniera diversa dalle persone fuori rispetto a come viene "guardato" qui?*
- 10) *Che cosa si augura per il suo futuro?*

INTERVISTA UTENTE 1

- 1) Io sono in comunità perché ero arrivato a perdere tutto dai miei genitori ai miei fratelli ma anche la mia compagna e mia figlia, sono arrivato al punto che dovevo scegliere se vivere o morire e ho scelto di vivere.
- 2) Io non sto così bene da una vita sia fisicamente che mentalmente. Ho ancora diverse problematiche perché sto ancora imparando a conoscermi, ma adesso sto decisamente bene. In passato ho anche vissuto in macchina per colpa della sostanza che mi aveva tolto tutto e se ripenso a quei momenti quasi mi sembra di parlare di un'altra persona.
- 3) Per me è stato un percorso duro, perché avevo perso la mia famiglia e specialmente qui, dove si lavora tanto con la famiglia, a me è mancato molto il loro supporto. Nelle riunioni e nei gruppi dove gli altri utenti avevano i loro cari, io mi trovavo sempre da solo ma paradossalmente questo mi ha aiutato anche a capire la gravità dei miei comportamenti precedenti e le persone che

lavorano qui (educatori e in particolare i frati) sono diventate la mia famiglia. Ci sono sempre stati nei momenti più duri ma anche nell'aiutarmi a tenere i rapporti con mia figlia ad esempio.

4) Pochissime persone, solo due persone sapevano che sarei entrato in comunità. Con loro sono cresciuto insieme e mi sono state sempre vicino. Mentre con altre persone ho deciso di chiudere del tutto i rapporti perché mi ricordavano troppo la sostanza, forse è un po' egoistico, ma dovevo scappare per salvarmi, non so se li rivedrò ma adesso ho bisogno di stare bene io. Sto costruendo nuove relazioni più sane e spero di continuarne a costruirne tante altre.

5) Credo abbia giovato alla mia famiglia, in questo momento i miei genitori sono anziani, sicuramente mi pento del mio passato perché non mi ha permesso di vivere gli anni migliori con loro. Adesso, per quanto mi faccia strano, mi rende molto felice aver ripreso i rapporti con loro e sentirli parlare bene di me e del mio percorso. Mia mamma ogni volta che vado a casa e siamo con qualcun altro la sento parlare solo bene di me e questo mi rende pieno di orgoglio.

6) Il rapporto con gli altri ragazzi è un percorso che ti porta a vivere tante emozioni con quelli con cui ho iniziato e continuato il percorso ho condiviso tanto ed è inevitabile che sia creato anche un buon rapporto. Con chi arriva dopo cerchi di essere un po' da esempio, anche con gli operatori ho un ottimo rapporto, alla fine mi hanno salvato la vita sarò sempre grato a tutti. Anche se appena entrato mi rendo conto adesso di essere stato pesante nei loro confronti ma poi sono cambiato grazie a loro, purtroppo la tossicodipendenza ti rende una persona peggiore e io mi sono riscoperto un'altra persona qui dentro.

7) Sì dalle persone vieni giudicato, ad esempio a lavoro è emerso che io sto affrontando un percorso comunitario e questo mi mette a disagio. Però so che sto affrontando un percorso e che se mi devo vergognare di qualcosa, mi vergogno del me di prima e non di quello di adesso che si sta riabilitando. È faticoso reinserirsi in società, quando magari io per primo mi sento guardato in modo diverso da chi mi sta intorno, ma io vado avanti a testa alta, ho avuto la sfortuna di incontrare la sostanza e di innamorarmi di questa ma io oggi mi sento una persona per bene e, anche se so, che c'è gente che parla male di me, per quanto mi possa ferire, cerco di farmi scivolare addosso questa cosa. Purtroppo, tanta gente non conosce la nostra situazione e magari ci chiama tossico senza sapere che in realtà stiamo cercando di redimerci e di riprendere in mano la propria vita.

8/9) Diciamo che cerco di evitare lo sguardo degli altri, per cercare di fregarmene del loro "giudizio" e cerco di andare avanti per la mia strada. Qui ho lavorato tanto anche sui miei sensi di colpa rispetto a quello che ho fatto. All'inizio del mio percorso, le prime volte che uscivo,

forse percepivo di più questa cosa ma oggi che sto riprendendo in mano la mia vita, che ho un lavoro e che sono ad un buon punto del programma posso dire di stare bene.

10) Mi auguro di essere un buon papà per mia figlia, prima di tutto, di essere responsabile nei suoi confronti e di essere una brava persona, di fare l'uomo. Io sono diventato uomo qui in comunità e spero di continuare a farlo anche una volta sganciato e di rifarmi una vita con abitudini sane e relazioni sane

INTERVISTA UTENTE 2

1) Io sono in comunità dal 2022 dopo 25 anni di trascorsi difficili sono finito in carcere e lì ho deciso di dire basta alle sostanze e di fare un percorso in comunità.

2) Era un grosso peso, insostenibile e dovevo fare qualcosa per cambiare e quando mi sono reso conto che non potevo andare avanti così, con determinazione ho deciso di entrare in comunità.

3) Altre volte avevo già provato a cominciare un percorso comunitario, sono circa 20 anni che vengo seguito dal mio SerD di riferimento, però ho sempre creduto che sarei stato in grado di gestire la mia dipendenza da solo, di controllare la sostanza e invece era lei che controllava me. Tutta la mia famiglia si è unita intorno a me e mi ha accompagnato nell'inserimento in comunità e mi hanno spronato a iniziare.

4) Nel momento in cui ho iniziato il programma credevo che il mio passato mi potesse creare dei problemi perché legato alla sostanza; quindi, ho cercato di chiudere la porta anche con il mio passato. Mi piacerebbe riprendere in mano i rapporti con le persone che sanno che sto affrontando un percorso e che credo possano essere felici del mio cambiamento, mi piacerebbe vedere i loro sorrisi di gioia nel sapere che sono una persona diversa da prima. Altre persone, che magari mi riportano alla sostanza, le ho dovute "eliminare" perché sarebbero frequentazioni troppo rischiose per me.

5) Io ho anche una figlia oltre alla mia famiglia di appartenenza, ho dovuto distaccarmi da loro soprattutto all'inizio del mio percorso. Ho fatto fatica e sicuramente hanno fatto fatica anche loro, ma è stato un passaggio fondamentale perché ho capito che era qualcosa di cui avevo tanto bisogno e adesso che sto ricostruendo il rapporto con loro mi sento felice.

6/7) Io ho subito provato a mettermi in relazione con gli altri utenti, cercando di creare situazioni di confronto che potessero essere utili per tutti. Con gli operatori della comunità ho avuto un buon rapporto, loro sono stati il mio appiglio per superare le mie difficoltà e io ammiro e apprezzo tutto quello che hanno fatto per me. Queste persone mi hanno salvato la vita.

8/9) Le prime uscite sono state difficili perché ti confronti con l'esterno dove le persone non si comportano come qui in comunità. Non tutte sono lì per aiutarti, fuori c'è il rischio che le persone ti feriscano per come si comportano nei tuoi confronti e soprattutto la percezione che hai di te cambia. Prima ero abituato a usare per vivere e nel momento in cui non fai più uso e ti confronti con l'esterno, ti senti inadeguato in tutto quello che fai. Nel parlare, nei gesti e nell'interagire con le persone ma è tutto legato al fatto che hai smesso di usare la sostanza e sei una persona completamente diversa e devi trovare il coraggio di superare quest'ostacolo per avere una vita normale.

10) La salute soprattutto, senza di quella non ci sarebbe niente. Spero di continuare a frequentare ambienti e persone sane che non mi riportino alla sostanza. Qui dentro uno tra i miei più grandi sostegni sono stati i frati che mi hanno cambiato la vita, prego tanto e tante consapevolezza che mi hanno trasmesso me le porto dentro e mi danno tanta forza.

INTERVISTA UTENTE 3

1) Sono qui per una lunga dipendenza dalle sostanze che dura da più di 20 anni, credevo di riuscire a gestirla ma così non è stato e sono arrivato al punto che era diventata una situazione ingestibile e ho deciso di venire in comunità.

2) C'è sempre stata la sostanza nella mia vita, oggi che sono sobrio sto bene come non sono mai stato e ti fa pensare quante cose ho perso per colpa sua.

3) La famiglia sicuramente, anche se magari tante volte prima facevamo finta di niente. Poi quando ci siamo resi conto tutti che non potevo andare avanti così tutti mi hanno accompagnato nella mia decisione.

4) Gli ultimi anni della mia dipendenza, prima di entrare in comunità sono stati all'insegna della sostanza, eravamo solo io e lei. Ho allontanato chiunque mi diceva che stavo facendo qualcosa che non andava bene perché a me non interessava, pensavo solo a usare. Ovviamente adesso tutte le relazioni che avevo prima, oltre la famiglia, sono concluse e spero di crearne di nuove più sane.

5) Sicuramente è cambiato molto il rapporto con loro da quando sono qui, ma anche perché sono cambiato io. Con loro il rapporto è migliorato, qui si lavora tanto con la famiglia e ho recuperato un legame vero che prima non c'era, siamo persone un po' chiuse che fanno fatica ad esprimersi e la sostanza aumentava questa situazione, oggi le cose stanno cambiando e sono felice.

6) Facevo fatica a relazionarmi con le persone, soprattutto all'inizio. Qui ho imparato a dare fiducia alle persone, a parlare con loro e i rapporti con educatori e compagni di percorso sono ottimi adesso perché ho capito che le persone qui vogliono solo il tuo bene.

7/8) Allora, questa sensazione la vivo particolarmente quando torno nel mio paese e quando torno a casa. Io non mi sono mai nascosto rispetto al percorso che sto facendo, mi fa piacere quando chi mi conosce mi vede che sto meglio adesso. Però soprattutto all'inizio soffrivo molto questa cosa, adesso cerco di evitare "lo sguardo" della gente che magari mi vede per la prima volta, per un colloquio di lavoro o anche per una visita. Oggi cerco di farmi scivolare addosso questo tipo di atteggiamenti.

10) Sto andando a piccoli passi, per il futuro mi auguro di stare bene, di stare sobrio. Trovare un bel lavoro, trovare hobby sani e se poi dovesse arrivare anche una donna bene, non me ne faccio un crucio, credo debba venire naturalmente e in un ultimo avere una mia casa con la mia autonomia e la mia indipendenza.

INTERVISTA UTENTE 4

1) Sono in comunità perché ho iniziato a usare da giovanissima, già da 12 anni e mi ero ridotta piuttosto male, non avendo più alternative ho dovuto scegliere di cambiare.

2) Mi fa sentire in colpa, soprattutto verso la mia famiglia ma anche verso me stessa perché mi sono fatta del male, ho scelto di usare non mi è stato imposto da nessuno si vede che, probabilmente, non avevo alternative. Oggi mi stanno dando degli strumenti che mi permettano di affrontare quelle situazioni senza usare la sostanza.

3) Sicuramente mia mamma e mia sorella che più mi hanno supportato in particolare mia mamma e continuano a essere presenti nel percorso.

4) Non sento più nessuno, erano tutte relazioni "tossiche".

5) Penso abbia pesato tanto su mia mamma e mia sorella, anche da un punto di vista economico. Io non ho reddito e loro mi aiutano anche da questo punto di vista.

6/7) Con gli operatori ero un po' diffidente, pensavo che anche loro mi potessero giudicare rispetto all'aver fatto uso di sostanze in passato e invece con il tempo sento di aver instaurato una buona relazione con loro, con gli utenti, anche se non con tutti, ho instaurato un bel rapporto.

8/9) Io lo sento, ancora non capisco se è una cosa auto percepita o se veramente gli altri mi vedono come una persona strana e diversa. Mi sembra che non posso dire la verità alle persone, rispetto al mio passato e al mio percorso, perché ha paura del loro giudizio e non capisco se sia più io che mi giudico o se lo fanno gli altri

10) Mi auguro di riuscire a essere un sostegno per la mia famiglia come loro lo sono stati per me.

INTERVISTA UTENTE 5

1) Io per 15 anni ho fatto abuso di sostanze, fino a quando non ho toccato il fondo e ho deciso di riprendere in mano la mia vita.

2) Adesso, se ripenso alla sostanza, penso che mi sono perso appresso una cosa che mi incatenava che non mi faceva sentire libero, perché comandava sempre lei. Ora sto riprendendo in mano la mia vita, è difficile ma lo devo fare.

3) Prima di entrare in comunità ho chiuso i rapporti con tutti, tranne con i miei famigliari che mi hanno sostenuto perché avevano capito che avevo bisogno di aiuto.

4) Io è un anno che sono in comunità e con alcune persone ho chiuso i rapporti, con altri invece ho mantenuto una relazione e sono orgogliosi del mio cambiamento.

5) Credo che anche loro avessero capito che era diventata una situazione insostenibile, in generale non credo sia cambiato il mio rapporto con loro seppur, ad esempio mi mamma, quando ha capito il mio problema, aveva un'immagine molto stereotipata della tossicodipendenza.

6/7) Ho ottimi rapporti con tutti, per la mia esperienza in comunità è stato un percorso positivo. Ho seguito le regole della comunità ed è fondamentale farlo se vuoi ottenere un cambiamento.

8/9) Io sono tranquillo, la gente non conosce il mio storico e quindi non sa del mio problema di dipendenza. Ovvio che, quando mi confronto con persone nuove un po' penso "oddio chissà cosa può pensare di me". Però un episodio concreto te lo voglio raccontare, proprio oggi ho visto una persona con la quale avevo un buon rapporto prima del mio inserimento in comunità. Ero convinto mi salutasse senza problemi. Lui sapeva del fatto che sto affrontando un percorso riabilitativo e si è mostrato indifferente nei miei confronti, freddo, distaccato quasi in imbarazzo nei miei confronti, una cosa che non mi era mai capitato e mi ha fatto stare molto male mi

aspettavo di essere accolto in maniera diversa e invece sono stato trattato come se fossi un estraneo.

10) Mi auguro di stare bene, sembra un po' banale ma mi auguro veramente di stare bene, trovare un lavoro, una persona con la quale avere una relazione. Mi auguro di trovare casa e di fare la patente ma soprattutto di essere libero, come la sostanza non mi faceva più sentire.

INTERVISTA UTENTE 6

1) Io ho 47 anni e ho iniziato a fare uso di sostanze a 14 anni. È stata un'escalation, dalle sostanze più innocue e leggere a quelle più pesanti. Ero arrivato a perdere tutto, sia da un punto di vista economico che da un punto di vista delle relazioni e non avevo più nessuno a cui chiedere aiuto. Dovevo prendere in mano la situazione e ho deciso di andare al SerD che mi ha proposto di entrare in comunità, subito non volevo ma poi fortunatamente, ho deciso di iniziare questo percorso.

2) Esisteva solo la sostanza e tutte le mie energie venivano investite lì, fisiche ed economiche. Avevo un bel lavoro che mi permetteva di acquistare grandi quantità di sostanza. Ero una persona bugiarda che metteva la sostanza al primo posto, prima di amici e famiglia. Oggi sto cambiando e mi sembra incredibile, sono orgoglioso di quello che sto facendo e ho ricominciato ad avere stima di me stesso.

3) Non so bene grazie a cosa, ma mia sorella e mio padre, nonostante gli abbia esclusi prima, mi sono stati vicini nel momento in cui ho deciso di entrare. Ero convinto di essere da solo invece scoprire di avere loro al mio fianco mi ha riempito di gioia e mi ha dato tanto stimolo e tanta forza. Ho ricostruito un rapporto con loro che non credevo di poter ricostruire, adesso so di avere una famiglia.

4) Ho chiuso i rapporti con tutti perché erano rapporti legati all'uso della sostanza.

5) Durante la mia tossicodipendenza ho perso mia madre, non avevo rapporti con lei e io non le sono stato vicino nel periodo della sua malattia ed è stata una cosa che mi ha segnato molto. Ci ho lavorato tanto qui dentro e sono riuscito a tirare fuori la rabbia e il dolore che erano stati repressi da anni di uso di sostanze. Oggi sto riallacciando i rapporti con mio papà e mia sorella grazie al fatto di aver deciso di entrare qui dentro.

6/7) Io vado d'accordo con tutti, gli operatori mi hanno aiutato a superare momenti davvero difficili, con i ragazzi ho imparato ad essere sincero e trasparente. Adesso, che sono in una fase

avanzata del percorso, cerco di aiutare i ragazzi più giovani che stanno iniziando ad affrontare il programma.

8/9) Io non ho detto a nessuno che sono in comunità, per proteggermi probabilmente, fuori ci sono tanti pregiudizi e non si riescono a modificare. Soprattutto nel luogo di lavoro, credo che, se sapessero che sono un utente di una comunità, mi guarderebbero diversamente. Un altro ambito dove mi sento in difficoltà rispetto al mio passato è quello della relazione con altre ragazze, oggi mi frequento con una persona, ancora non sono riuscito a parlare del mio passato, se fossi io al suo posto non saprei come mi comporterei sinceramente. Sicuramente non posso escludere che mi allontanerei da quella persona, purtroppo oggi il rischio di essere giudicati oggi è presente, anche se in realtà dovrei essere orgoglioso del percorso che ho fatto e che sto facendo.

10) Mi auguro di essere felice e di continuare così, mi auguro che mia madre sia orgogliosa di ciò che sto facendo ovunque sia e mi auguro di aiutare le persone come me che sono entrate in comunità.

INTERVISTA UTENTE 7

1) Ho iniziato a usare sostanze già da quando avevo 15 anni, questo mi ha portato a interrompere tutti i miei rapporti compresi quelli con la mia famiglia, sono arrivato persino a vivere per strada e allora ho deciso di chiedere aiuto e quindi di entrare in comunità

2) Oggi sento di aver capito che la sostanza mi ha distrutto la vita, adesso sono molto cambiato nei confronti di chi usa e se una volta pensavo di poter ricadere, oggi credo di aver gli strumenti per non farlo più. Se ripenso alla mia vita prima mi fa sentire male perché mi rendo conto di averla buttata via

3) Sono stato praticamente costretto dalla mia famiglia, ero arrivato a rubare in casa mia, a usare anche in stanza con i miei genitori in salotto.

4) Amici oggi praticamente non ne ho, ho solo rapporti con 2 persone che conoscevo prima, soprattutto nel mio paese tendono a non salutarmi, a girare la testa dall'altra parte facendo finta di non vedermi.

5) Ha influito in maniera positiva, perché la comunità mi ha cambiato e adesso che loro ci sono e mi vedono diverso li fa stare bene.

6) Io mi trovo bene, anzi, ci sono stati episodi anche recenti che mi hanno molto segnato, probabilmente se non ci fossero stati gli educatori a sostenermi sarei tornato a usare. Con i ragazzi c'è un buon rapporto, ci si aiuta ma poi alla fine siamo ognuno qui per affrontare il proprio percorso riabilitativo.

7) C'è differenza, con gli operatori è un rapporto più "professionale" con gli altri ragazzi sono più compagni di percorso diciamo.

8/9) Questo è un mio punto critico, l'uso della sostanza ha segnato anche fisicamente la mia persona. Sono arrivato a perdere la maggior parte dei denti, ad avere il volto scavato. Ancora oggi faccio fatica a guardarmi allo specchio perché mi rivedo i segni che la sostanza mi ha lasciato e non mi piaccio e uscire per me è difficile, sento gli occhi della gente addosso che mi guarda.

10) Mi auguro di stare bene e di trovare una ragazza che mi voglia bene per quello che sono, so che sarà difficile anche per il mio aspetto fisico ma se continuo così, so che prima o poi arriverà anche questo.

INTERVISTA UTENTE 8

1) Sono qui per un abuso di sostanze iniziate da quando avevo 16 anni oggi ne ho 44 e all'inizio era un divertimento, poi passano gli anni e ti rendi conto che per usare sei disposto a tutto. Rubavo e inventavo un sacco di bugie e mi sono reso conto che ero dentro una gabbia. Mi sono reso conto di aver toccato il fondo e non avevo più alternative, se non quella di chiedere aiuto.

2) Questa domanda mi mette un po' di difficoltà, fino a poco tempo fa ti avrei risposto che non mi sono pentito del mio passato, che rifarei tutto quello che ho fatto. In realtà da quando sono qui ho capito quante cose ho perso, di quante cose avresti potuto fare se solo non ci fosse stata la droga a distruggere tutto e oggi ho un peso enorme dentro di me che mi fa capire che mi sono perso gli anni migliori della mia vita.

3) Tutta la mia famiglia, mio padre, mia madre e mia sorella e anche se all'inizio gli altri parenti non sapevano del mio inserimento in comunità adesso che lo sanno mi sono vicini anche loro e questo non mi fa vergognare del fatto di essere qui, anzi mi fa pensare che se mi dovessi vergognare di qualcosa mi dovrei vergognare della persona che ero prima.

4) Non sento più nessuno, non ho voglia di sentire le persone che conoscevo prima. Le amicizie sono legate al mio periodo di quando usavo.

5) Penso che per i miei sia stato un gran sollievo, qui si lavora tanto con le famiglie e si scoprono anche problemi che in famiglia c'erano già da prima. Parlandoci chiaro, credo che anche la famiglia abbia le sue colpe alle volte, anche con le più buone intenzioni, si fa finta di non vedere o di non accorgersi del problema di dipendenza che invece è chiaro ed è palese e questo avviene perché credo che non si voglia prendere in mano la situazione. Anche senza volerlo, i genitori alle volte mettono in atto dei comportamenti tossici, darmi dei soldi pur sapendo che gli avrei spesi per comprarmi la sostanza probabilmente è un comportamento tossico e qui si lavora anche su correggere questo tipo di azione, non è facile da accettare e da capire, ma questa è la verità.

6/7) Quando entri, all'inizio, sei diffidente con gli operatori, almeno io ero così, soprattutto per me che vivevo in un mondo di bugie e dover rapportarmi in maniera sincera e onesta con un estraneo è stato difficile. Poi con i mesi acquisisci più consapevolezza, e capisci che se vuoi cambiare non devi mentire a te stesso e devi buttare fuori cose che hai dentro che prima erano seppellite dalla sostanza. Io ho passato mesi a piangere perché capisci che per anni non sei stato te stesso, prima quando eri in difficoltà ti rifugiavi nella sostanza oggi nella difficoltà mi aggrappo agli educatori, anche se, come dicevo prima, all'inizio pensavo che fossero delle specie di "guardie" poi capisci che in realtà sono qui per aiutarti e che devi essere sincero con loro. Con gli altri ospiti non è facile, è una convivenza forzata alla fine, ma devi affrontarla per poter lavorare su te stesso.

8/9) Devo dire che non percepisco di essere giudicato in maniera diversa e sono orgoglioso di dire che sto facendo un percorso in comunità, per esempio sto uscendo a fare della fisioterapia alla schiena e racconto tranquillamente al fisioterapista e ai segretari del centro che sono in comunità e devo dire che magari inizialmente forse questo li ha portati ad avere un atteggiamento diverso, ma poi mi hanno iniziato a farmi anche i complimenti per quello che sto facendo. Credo che, se tu esci con l'idea che tutti ti guardano male allora crederai che davvero tutti ti stiano guardando male e magari all'inizio mi capitava anche a me di avere questa sensazione. Ma se esci con l'idea che tu stai affrontando un percorso dopo un periodo difficile, trasmetterai solo sensazioni positive anche alle altre persone, io sono contento di dire che sto affrontando un percorso comunitario e se mi devo vergognare di qualcosa mi vergogno di come ero prima di entrare in comunità.

10) Mi auguro di vivere punto.

INTERVISTA UTENTE 9

1) Mi trovo qui perché ho problemi con le sostanze ma anche problemi legati alla legalità, sono stato arrestato e in carcere ho scoperchiato anche i miei problemi legati alla dipendenza, compromettendo però i legami con la mia famiglia.

2) Adesso come adesso mi sento bene, ho capito che sto meglio da sobrio. Ho anche io delle difficoltà legate al non avere rapporto con i miei figli e al non aver un lavoro, qui siamo tutti diversi ognuno, ha le sue problematiche io sto affrontando le mie e spero di riuscire a risolverle.

3/4) I rapporti che avevo prima con gli amici, ad esempio, si sono interrotti perché tutti legati alla sostanza e non ho più rapporti con loro.

5) Mio padre e mia madre sono sempre stati lavoratori e non hanno mai avuto a che fare con il mondo della delinquenza e della dipendenza. Per colpa mia sono venuti a contatto con questo mondo e dopo l'arresto hanno capito i miei problemi di dipendenza, oggi sono contenti di me perché sanno che mi sto riabilitando.

6) I rapporti sono buoni con tutti ragazzi e operatori.

7) Direi di no

8/9) Io so che qui non ti giudicano, dove vado a fare volontariato adesso conoscono la mia situazione e non mi pesa stare lì. La mia famiglia credo si vergogni di me e a me questa cosa pesa molta, mio papà si aspettava qualcosa di diverso da parte mia, che studiassi che lavorassi. Anche con altre persone, che magari sanno della mia situazione, mi sento in difficoltà a relazionarmi con loro.

10) Mi auguro che il mio futuro cominci, non mi sarei mai aspettato di arrivare fino a qui e quindi mi auguro di fare il meglio che posso, in primis per i miei figli ma anche per me e di vivere una vita dignitosa senza creare più problemi alle altre persone.

INTERVISTA UTENTE 10

1) Sono qua per problemi legati alla tossicodipendenza e sono qui insieme alla mia compagna e a mia figlia.

2) Da un certo punto di vista in passato la sostanza mi ha aiutato, perché mi aiutava nei momenti difficili. Mi sono anche tanto divertito, poi mi sono reso conto che era diventato un problema e mi pento di tutto quello che ho fatto.

3) Gli operatori del SerD mi sono stati vicini e anche mia mamma mi è stata vicino.

4) Con le altre persone sono cambiati i rapporti, purtroppo mi piacerebbe vedere anche altri amici ma non è possibile da quando sono qui e da quando è nata mia figlia. Con mia mamma i rapporti si sono rinforzati dopo l'ingresso in comunità.

6/7) All'inizio con gli operatori c'è un po' di diffidenza e magari ti senti più in confidenza con gli altri ospiti. Poi capisci che, se vuoi fare un buon percorso ti devi affidare a loro. Con i ragazzi, soprattutto con quelli che sono entrati da poco, cerchi di essere da esempio.

8/9) Io cerco di fregarmene del giudizio degli altri, non mi interessa molto. Onestamente, devo dire che alle volte accompagno la bambina all'asilo nido e quando ci sono altri genitori, che sanno della mia situazione e sento che mi guardano in modo diverso, mi fa stare male. Mi pesa anche essere accompagnato a fare delle cose che magari prima facevo da solo e che adesso devo fare con la supervisione di un educatore.

10) Mi auguro di stare bene e di far star bene la mia famiglia. Mi auguro di non mollare mai e di cercare di tenere tutto in piedi, di non aver problemi e di non far cadere quanto ho costruito in questo percorso, una volta uscito e sganciato dalla comunità.