RICEVERE LA VITA COME VIENE

MANUALE DI

PASTORALE LATINOAMERICANA

PER L'ACCOMPAGNAMENTO E LA PREVENZIONE DELLE DIPENDENZE

CELAM
CONSEJO EPISCOPAL LATINOAMERICANO Y CARIBEÑO

P.L.A.P.A

Con le dovute licenze ecclesiastiche. Tutti i diritti riservati. Questa pubblicazione non può essere riprodotta né in tutto né in parte con qualsiasi mezzo senza il permesso preventivo per iscritto del CELAM

© Consiglio Episcopale Latinoamericano e Caraibico CELAM
Avenida Boyacá N.° 169D-75
Codice postale 111166
PBX: 601 484 5804
celam@celam.org
www.celam.org
Bogotá, D. C., 2026.

Prima edizione: giugno 2026.

Bogotá, Colombia.

Coordinamento generale: Don Carlos Olivero.

Design e impaginazione: [«Equipe PLAPA»].

Illustrazioni: Generate mediante DALL-E (OpenAI) ed editate dall'equipe della PLAPA. L'immagine del Retablo di Isenheim (Figura 3.1) è di dominio pubblico.

Contatto: [info@plapa.org]

Quest'opera è distribuita con licenza Creative Commons "Attribuzione – Non commerciale – Condividi allo stesso modo 4.0 Internazionale".

Indice

I Il punto di partenza 17

1 Porta d'ingresso 19
1.1 Presentazione 19
1.2 Come utilizzare questo manuale? 20
1.3 Prologo 22

2 La metodologia utilizzata 25
2.1 Le sfide 25
2.2 Le scelte e il metodo 26

3 Un'immagine per la pastorale 31
3.1 Il Retablo di Isenheim 32
3.2 La madre e il discepolo amato 34
3.3 Maria Maddalena 36
3.4 Giovanni il Battista e l'Agnello di Dio 37
3.5 San Sebastiano 38
3.6 Sant'Antonio Abate 39
3.7 La sepoltura di Gesù 40

II Vedere 43

4 La crisi non si può più nascondere 47
4.1 I nostri quartieri 47
4.2 Le nostre parrocchie 48
4.3 Le nostre scuole 49
4.4 La situazione particolare delle donne 50
4.5 Le famiglie e i più piccoli 51
4.6 Le nuove tecnologie 52
4.7 La salute 53
4.8 Salute mentale 55
4.9 Il dramma del lavoro 56
4.10 I nostri fratelli per strada 57

4.11 La popolazione travesti-trans 58
4.12 Le carceri 59
4.13 Il narcotraffico e la globalizzazione del crimine organizzato 60
4.14 Gli Stati e le politiche pubbliche 62

5 Il Magistero Ecclesiale 65
5.1 Itinerario della coscienza ecclesiale e nuovi paradigmi pastorali . . . 66
5.2 La Diagnosi Esistenziale: La Droga come Patologia dello Spirito . . 68
5.3 Il Giudizio Morale e la Critica alla Liberalizzazione 69
5.4 La Risposta Pastorale
L'Educazione e la Terapia della Speranza 70
5.5 La Diagnosi Globale: Il Narcotraffico come Guerra e Struttura di peccato 71
5.6 La Crisi Antropologica: La «Cultura dello Scarto» e il Vuoto Esistenziale 72
5.7 L'Etica della Cura: Paradigma integrale
di fronte alla cultura dello scarto 72
5.8 Le differenze 74
5.9 Coincidenze 75
5.9.1 Il Narcotraffico come «Cultura della Morte» 76
5.9.2 Il rifiuto della liberalizzazione e la prudenza verso le droghe sostitutive 76
5.9.3 La persona dipendente come vittima di una «Nuova Schiavitù» 77
5.9.4 La risposta: Prevenzione e «Terapia dell'Amore» 77
5.9.5 La Famiglia come pilastro di salvezza 77
5.10 Leone XIV: La pastorale delle dipendenze
come lotta liberatrice 78

III Giudicare 83

6 L'essere sociale 89
6.1 La Comunità e il Territorio. Vicinanza e Nuove Realtà 90
6.1.1 Articolo 1: Sulla distinzione tra vicinanza fisica e presenza significativa 90
6.1.2 Articolo 2: Sul legame (chiamare per nome) di fronte alla disumanizzazione del sistema 92
6.1.3 Articolo 3: Sulla necessità di evitare la romanticizzazione del quartiere 95
6.1.4 Articolo 4: Sul territorio digitale come nuova sfida 98
6.2 La Famiglia. Strutture, Famiglia Comunitaria e Influenze 101

6.2.1 Articolo 1: Sulla natura e vocazione della famiglia come opportunità . . . 101
6.2.2 Articolo 2: Sulla famiglia come scuola di fraternità e antidoto contro l'individualismo . . . 103
6.2.3 Articolo 3: Sulla mistica dell'ospitalità come ponte verso il comunitario . . . 105
6.2.4 Articolo 4. Sulla proposta del termine famiglia comunitaria . 107
6.2.5 Articolo 5: Sul condizionamento delle influenze macro sulle capacità di cura . . . 110
6.2.6 Articolo 6: Sull'impatto della discriminazione e dell'esclusione sociale sul rischio di consumo giovanile . . . 112
6.2.7 Articolo 7: Sui principi per un intervento preventivo basato sulla famiglia . . . 114
6.2.8 Articolo 8: Sul paradigma della cura comunitaria . . . 116
6.3 Il lavoro e il denaro . . . 119
6.3.1 Articolo 1: Il lavoro come partecipazione alla creazione . . . 119
6.3.2 Articolo 2: Le 3T (Terra, Tetto e Lavoro) . . . 121
6.3.3 Articolo 3: La Misericordia Strutturata . . . 123
6.3.4 Articolo 4: Gradualità del lavoro nella guarigione . . . 125
6.3.5 Articolo 5: Il denaro come segno di realismo e maturità . . 127
6.4 Superamento della Frammentazione e Integralità dell'Accompagnamento . . . 130
6.4.1 Articolo 1: Sulla frammentazione epistemologica e amministrativa . . . 130
6.4.2 Articolo 2: Sull'azione dell'accompagnamento aspecifico di fronte alla frammentazione . . . 133
6.4.3 Articolo 3: L'orizzontalità e la centralità della persona nel lavoro in rete . . . 135
6.5 Metodologia della Tenerezza e Ruoli Comunitari . . . 138
6.5.1 Articolo 1: L'applicazione dei tre linguaggi nella metodologia della tenerezza . . . 138
6.5.2 Articolo 2: L'amicizia con il tempo come asse della guarigione 141
6.5.3 Articolo 3: Il paradigma di «arrivare prima» e la potenza degli spazi promozionali . . . 143
6.5.4 Articolo 4: La memoria comunitaria come strumento di guarigione e empowerment . . . 145
6.5.5 Articolo 5: I ruoli delle tessitrici della cura e l'accompagnamento pari come pilastri della comunità . . . 147
6.6 Inclusione Sociale, Differenze Sessuali e Diritti Umani . . . 150

6.6.1 Articolo 1: L'esclusione sociale e la povertà strutturale come ferita della società . . . 150
6.6.2 Articolo 2: La femminilizzazione della povertà come realtà di esclusione multipla . . . 153
6.6.3 Articolo 3: Gli approcci differenziati e l'accompagnamento specifico per le donne . . . 155
6.6.4 Articolo 4: Gli approcci differenziati e l'accompagnamento specifico per i maschi . . . 157
6.6.5 Articolo 5: L'economia popolare e solidale come motori di identità e dignità . . . 159
6.6.6 Articolo 6: L'approccio alla mobilità umana e all'interculturalità . . . 161
6.7 L'Accompagnatore e l'Incidenza Politica . . . 164
6.7.1 Articolo 1: L'esercizio della carità politica come missione ecclesiale . . . 164
6.7.2 Articolo 2: L'importanza fondamentale dell'autocura per l'agente pastorale . . . 166
6.7.3 Articolo 3: Il mandato di primerear e andare per le strade nelle periferie del consumo . . . 168

7 Lo Spirito Umano 173
7.1 Natura, definizione e fondamenti . . . 174
7.1.1 Articolo 1: La spiritualità come costitutivo essenziale e forza motrice dell'identità . . . 174
7.1.2 Articolo 2: La dimensione spirituale come ricerca del senso e proposito vitale . . . 176
7.1.3 Articolo 3: Il fondamento della dignità ontologica inalienabile nell'immagine di Dio . . . 178
7.1.4 Articolo 4: Spiritualità e religione . . . 180
7.1.5 Articolo 5: La distinzione tra la vita psichica e l'apertura al divino . . . 182
7.2 La condizione spirituale . . . 184
7.2.1 Articolo 1: La condizione spirituale e lo sviluppo della potenza attraverso i legami . . . 184
7.2.2 Articolo 2: L'impatto dell'orfanità e della mancanza di amore domestico sullo sviluppo spirituale . . . 186
7.2.3 Articolo 3: Il posto del cuore nella struttura dello spirito umano . . . 188
7.2.4 Articolo 4: Il ruolo della libertà nella relazione con Dio . . . 190
7.3 La dipendenza come fenomeno spirituale . . . 192

7.3.1 Articolo 1: La natura del consumo problematico come frattura della trascendenza . . . 192
7.3.2 Articolo 2: La dipendenza come ricerca spirituale fallita e tentativo anestetico di riparazione . . . 194
7.3.3 Articolo 3: La disconnessione dalla realtà interiore e da Dio nel disturbo da uso di sostanze . . . 196
7.3.4 Articolo 4: L'insediamento della dipendenza nel vuoto di senso e nella mancata protezione sociale . . . 197
7.3.5 Articolo 5: Il consumismo come «vangelo del benessere» e motore della disconnessione spirituale . . . 199
7.4 Il processo di riconnessione . . . 201
7.4.1 Articolo 1: La spontaneità della riconnessione spirituale nell'incontro con Dio e i fratelli . . . 201
7.4.2 Articolo 2: Gli ostacoli alla riconnessione spirituale e la loro rimozione mediante il discernimento . . . 203
7.4.3 Articolo 3: Il risveglio spirituale come scintilla di vita nuova e degna . . . 204
7.4.4 Articolo 4: Il recupero dell'autonomia e la gestione responsabile del progetto vitale . . . 206
7.5 Il cammino cristiano . . . 208
7.5.1 Articolo 1: L'annuncio della fede in relazione con l'approccio tecnico-professionale . . . 208
7.5.2 Articolo 2: L'importanza del primo annuncio nel risveglio spirituale del fratello . . . 209
7.5.3 Articolo 3: L'incontro personale con Cristo come cammino di risurrezione . . . 211
7.5.4 Articolo 4: Il valore della testimonianza e dell'ascolto attivo nella generazione di fiducia . . . 213
7.5.5 Articolo 5: La Lectio Divina come cammino di confronto e guarigione spirituale . . . 214
7.5.6 Articolo 6: La necessità di una spiritualità incarnata e relazionale verificata nel servizio . . . 216
7.6 I sacramenti . . . 219
7.6.1 Articolo 1: I sacramenti come rimedio per i feriti e non come premio per i perfetti . . . 219
7.6.2 Articolo 2: L'Eucaristia come nutrimento per i deboli nella lotta quotidiana . . . 220
7.6.3 Articolo 3: La Confessione come cammino di liberazione dalla colpa e restaurazione filiale . . . 222

7.6.4 Articolo 4: Il valore dell'Adorazione Eucaristica come rifugio di silenzio e stabilità . . . 223
7.6.5 Articolo 5: L'Unzione degli infermi nelle situazioni limite di salute e mancata protezione . . . 225
7.7 La sapienza spirituale . . . 227
7.7.1 Articolo 1: Gli indizi di autenticità nel recupero spirituale . 227
7.7.2 Articolo 2: La sapienza spirituale e lo stupore per la semplicità della vita quotidiana . . . 229
7.7.3 Articolo 3: La serenità interiore e il decentramento dell'io come frutti della fede . . . 230
7.7.4 Articolo 4: Il perdono e la gratitudine come motori di guarigione profonda . . . 231
7.7.5 Articolo 5: Il discernimento spirituale di fronte alle false soluzioni offerte dal mercato . . . 233
7.8 La spiritualità nella donna . . . 235
7.8.1 Articolo 1: La specificità dei bisogni e delle potenze spirituali nella donna . . . 235
7.8.2 Articolo 2: L'impatto della doppia condanna sull'interiorità e l'autostima della donna madre . . . 236
7.8.3 Articolo 3: La restaurazione dell'immagine di Dio dopo il trauma mediante la pedagogia della tenerezza . . . 238
7.8.4 Articolo 4: La resilienza femminile come forza teologale e motore di trasformazione familiare . . . 240
7.9 L'àncora della comunità . . . 242
7.9.1 Articolo 1: L'impossibilità di una vivenza spirituale isolata dal tessuto comunitario . . . 242
7.9.2 Articolo 2: La mistica del «guardate come si amano» come motore del risveglio spirituale . . . 244
7.9.3 Articolo 3: La Chiesa come «ospedale da campo» e il primato della cura delle ferite . . . 245
7.9.4 Articolo 4: Il valore spirituale delle «ronde di strada» nella ricerca degli esclusi . . . 247
7.9.5 Articolo 5: La costruzione della «carità politica» e l'incidenza nelle strutture di giustizia . . . 248

8 La psiche 251
8.1 Fondamenti del Funzionamento Mentale e dell'Approccio Psicologico 252
8.1.1 Articolo 1: Sullo statuto psicologico del DUS e il fondamento della persona . . . 252
8.1.2 Articolo 2: Sul determinismo neurobiologico e la significazione degli stimoli . . . 254

8.1.3 Articolo 3: Sulla transizione terminologica e la lotta allo stigma . . . 256
8.1.4 Articolo 4: Sul modello biopsicosociale-spirituale e i riduzionismi . . . 258
8.1.5 Articolo 5: Sull'antropologia trinitaria/paolina e la psicologia delle emozioni . . . 260
8.1.6 Articolo 6: Sulla natura della relazione tra il soggetto e le sostanze . . . 262
8.1.7 Articolo 7: Sull'importanza dei contesti culturali nel consumo 264
8.1.8 Articolo 8: Sugli elementi da considerare per valutare un consumo di SPA . . . 267
8.2 Trauma, Strutture di Personalità e Patologia Duale . . . 270
8.2.1 Articolo 1: Sulla natura manifesta del problema delle dipendenze . . . 270
8.2.2 Articolo 2: Sulla distinzione clinica delle strutture di personalità e la patologia duale . . . 273
8.2.3 Articolo 3: Sull'implementazione del Trattamento Informato sul Trauma . . . 276
8.3 Il Processo di Cambiamento e la Dinamica Motivazionale . . . 279
8.3.1 Articolo 1: Sulle tappe del processo di cambiamento e le loro necessità . . . 279
8.3.2 Articolo 2: Sulla tappa di finalizzazione o terminazione . . . 282
8.3.3 Articolo 3: Sulla motivazione al cambiamento . . . 284
8.3.4 Articolo 4: Sulla natura della ricaduta e il suo valore pedagogico 286
8.3.5 Articolo 5: Sulle trappole del colloquio motivazionale nell'accompagnamento . . . 288
8.4 Contributi delle Scuole della Psicologia . . . 291
8.4.1 Articolo 1. Sulla psicologia comportamentale . . . 291
8.4.2 Articolo 2: Sugli strumenti della TCC nel trattamento delle dipendenze . . . 293
8.4.3 Articolo 3: Sul contributo della Psicoterapia della Gestalt e la responsabilità . . . 295
8.4.4 Articolo 4: Sul contributo della Logoterapia nella ricostruzione del senso e della trascendenza . . . 297
8.4.5 Articolo 5: Sulla causalità circolare dell'approccio sistemico nella famiglia . . . 299
8.4.6 Articolo 6: Sul contributo della psicoanalisi alla comprensione del DUS . . . 302
8.4.7 Articolo 7: Sulle terapie di terza generazione . . . 303
8.5 Capitale di Recupero, Famiglia e Comunità . . . 308

8.5.1 Articolo 1: Sul Capitale di Recupero e le sue tipologie . . . 308
8.5.2 Articolo 2: Gli otto domini del capitale di recupero 310
8.5.3 Articolo 3: Sul ruolo delle famiglie di accoglienza e i legami comunitari 312
8.5.4 Articolo 4: Sulla gestione della tensione tra il sapere professionale e il sapere territoriale 314
8.6 Singolarità, Differenze Sessuali e Nuove Sfide Digitali 317
8.6.1 Articolo 1: Sulla vulnerabilità e le barriere della donna nel processo di cambiamento 317
8.6.2 Articolo 2: Sull'adattamento dell'approccio secondo il ciclo vitale 319
8.6.3 Articolo 3: Sull'approccio alle dipendenze digitali 321
8.7 Competenze di Accompagnamento e Cura di Sé 324
8.7.1 Articolo 1: Sulla natura dell'ascolto attivo e il lavoro interiore dell'accompagnatore 324
8.7.2 Articolo 2: Sull'autoefficacia, l'affermazione e la persuasione sociale 326
8.7.3 Articolo 3: Sull'introspezione e il diario delle emozioni . . . 329
8.7.4 Articolo 4: Sulla necessità vitale della cura di sé per gli agenti pastorali 331

9 Le sostanze e l'organismo 335
9.1 Definizione e Classificazione delle Sostanze 336
9.1.1 Articolo 1: Definizione delle sostanze psicoattive (SPA) . . 336
9.1.2 Articolo 2: Classificazione secondo l'effetto specifico sul sistema nervoso centrale 339
9.1.3 Articolo 3: Rischi delle nuove sostanze psicoattive (NSP) e degli oppioidi sintetici 344
9.1.4 Articolo 4: La cannabis e la bassa percezione del rischio . . 346
9.1.5 Articolo 5: Inclusione di sostanze legali (alcol, tabacco e caffeina) nella categoria delle SPA 349
9.2 La farmacocinetica: il cammino della sostanza nell'organismo . . . 352
9.2.1 Articolo 1. Vie di somministrazione e velocità d'azione . . . 352
9.2.2 Articolo 2: Azione attiva dell'organismo per gestire una sostanza psicoattiva: la farmacocinetica 355
9.2.3 Articolo 3: La liposolubilità come fattore critico nell'accumulo di droghe 359
9.2.4 Articolo 4: La liposolubilità delle sostanze e il fenomeno del *viaggio a secco*: tra la persistenza biologica e il condizionamento psichico 362
9.3 La farmacodinamica. L'impatto della sostanza sull'organismo . . . 365

9.3.1 Articolo 1: Il sistema di ricompensa e l'illusione del desiderio: oltre la *molecola del piacere* . . . 365
9.3.2 Articolo 2: Interazione diretta della molecola con la macchina biologica . . . 367
9.3.3 Articolo 3: Sulla definizione della dipendenza: tra il modello neurobiologico e l'integrità del soggetto . . . 369
9.3.4 Articolo 4: Traiettorie di recupero: la ricaduta come parte del processo . . . 373
9.3.5 Articolo 5: Alterazione strutturale della neurotrasmissione nello spazio intersinaptico . . . 375
9.3.6 Articolo 6: Il paradosso della volontà prigioniera: il volere compulsivo senza gradimento edonico . . . 377
9.3.7 Articolo 7: Compromissione delle funzioni vitali nel tronco encefalico, nell'amigdala e nella corteccia prefrontale . . . 379
9.4 Differenze secondo la tappa nel ciclo vitale, il sesso e il contesto . . . 382
9.4.1 Articolo 1: Vulnerabilità biologica aumentata negli adolescenti e nei giovani . . . 382
9.4.2 Articolo 2: Influenza della neuroplasticità sulla rapidità dell'apprendimento della dipendenza . . . 384
9.4.3 Articolo 3: La risposta fisiologica differenziata e l'effetto secondo il sesso biologico . . . 387
9.4.4 Articolo 4: Rischi biologici in gravidanza . . . 389
9.4.5 Articolo 5: Conseguenze del consumo di alcol nei neonati (SAN e FASD) . . . 391
9.4.6 Articolo 6: Maggiore vulnerabilità biologica nella povertà e nello stress cronico . . . 393
9.5 Comorbilità e Salute Integrale . . . 396
9.5.1 Articolo 1: La patologia duale . . . 396
9.5.2 Articolo 2: L'impatto sul sistema immunitario . . . 398
9.5.3 Articolo 3: Impatto del consumo di sostanze psicoattive sulla salute generale . . . 400
9.5.4 Articolo 4: Dipendenze comportamentali (Gioco d'azzardo, tecnologia e pornografia) . . . 402

10 Cammini di Integrazione 405
10.1 Fondamenti antropologici . . . 406
10.2 Base biologica . . . 408
10.3 Dinamiche psicologiche . . . 409
10.4 Legami e comunità . . . 411
10.5 Strutture sociali . . . 413
10.6 Popolazioni specifiche . . . 415

10.7 Risposte pastorali e spirituali 416
10.8 L'etica della cura come criterio trasversale 417
10.8.1 Articolo 1: Astensionismo o Riduzione del danno? 417
10.8.2 Articolo 2: Sull'accompagnamento di chi non riconosce il proprio problema 420
10.9 Risposte pratiche 423
10.10 Dimensioni del processo 424

IV Agire 427

11 Proposte pastorali per ambito 433
11.1 Ambito parrocchiale 433
11.1.1 Spazi di ascolto e accompagnamento spirituale: 435
11.1.2 Gruppi, laboratori e attività che danno vita: 435
11.1.3 Lavoro con le famiglie: 435
11.1.4 La liturgia: 436
11.1.5 I ritiri spirituali: 436
11.1.6 Il lavoro di strada: 436
11.1.7 I Centri di Quartiere 437
11.1.8 Come cominciare 439
11.1.9 L'abbraccio alle infanzie 440
11.1.10 La proposta preventiva delle «3 C» 441
11.1.11 I gruppi di Auto-aiuto 442
11.1.12 La catechesi 445
11.1.13 Il club parrocchiale: una comunità che genera appartenenza 447
11.1.14 Prendersi cura di chi si prende cura 449
11.1.15 L'accompagnamento del lutto: restare quando arriva la morte 451
11.2 Ambito educativo 453
11.2.1 La prevenzione scolastica 453
11.2.2 Le università 459
11.3 L'ambito lavorativo 464
11.4 La Pastorale Diocesana 464
11.4.1 Missione 465
11.4.2 Visione 466
11.4.3 Obiettivi 467
11.4.4 Attività 467
11.5 L'ambito della carcerazione 468
11.6 Comunità Terapeutiche 469
11.6.1 Le dimensioni del processo residenziale 470
11.6.2 La dignità e la vita quotidiana come processo terapeutico . 472

11.6.3 Criteri di discernimento per una comunità terapeutica fedele al Vangelo . . . 473
11.6.4 Sostenibilità e apertura al territorio . . . 474
11.6.5 L'articolazione con il modello ambulatoriale . . . 474
11.7 Il Modello di Trattamento Ambulatoriale: Flessibilità e centralità vincolare . . . 475
11.7.1 Perché il modello ambulatoriale è prioritario . . . 475
11.7.2 A chi è rivolto . . . 476
11.7.3 Le componenti del dispositivo ambulatoriale . . . 477
11.7.4 La parrocchia e il centro di quartiere come sede naturale . . . 478
11.7.5 La relazione tra il modello ambulatoriale e il residenziale . . . 478
11.7.6 Le sfide del modello ambulatoriale . . . 478
11.8 La Pastorale Nazionale . . . 479
11.8.1 Il perché di una Pastorale Nazionale . . . 479
11.8.2 La mistica che ci anima . . . 480
11.8.3 La trasversalità del lavoro della Pastorale Nazionale . . . 480
11.8.4 La voce profetica e l'incidenza nelle politiche pubbliche . . . 481
11.8.5 L'Organizzazione . . . 481
11.8.6 Quadro Metodologico (Riconoscere, Interpretare, Scegliere) 482
11.8.7 Azioni concrete che può sviluppare la pastorale . . . 482
11.8.8 Sintesi operativa . . . 483
11.9 La Pastorale Latinoamericana di Accompagnamento e Prevenzione delle Dipendenze PLAPA . . . 484

12 Esperienze concrete 489
12.1 Catechesi Preventiva . . . 489
12.2 La Pastorale della Sobrietà . . . 490
12.2.1 Identità: Il Gruppo di Auto-aiuto (GAA) . . . 490
12.2.2 Il Programma «Nuova Vita»: I 12 Passi . . . 491
12.2.3 Dinamica dell'Incontro Pastorale . . . 491
12.2.4 Fronti d'Azione . . . 492
12.2.5 L'Agente di Sobrietà . . . 492
12.3 Gli Hogares de Cristo (Centri di Quartiere) . . . 492
12.3.1 La Cooperativa: Il pane nostro di ogni giorno . . . 494
12.3.2 La Cooperativa di Accompagnatori AUPA . . . 497
12.3.3 Proposta delle 3 T: Terra, Tetto e Lavoro (Quartiere Comunitario) . . . 498
12.3.4 Casa Masantonio: Salute Comunitaria in Estrema Vulnerabilità 500
12.3.5 Spazio SumaySimi: Approccio Comunitario ai Disturbi Mentali Gravi . . . 502
12.3.6 Le Case Libertà . . . 504

12.3.7 Imprenditoria Comunitaria 505
12.4 Microcrediti e Finanza Solidale 506
12.4.1 Linee Strategiche di Finanziamento 507
12.4.2 Guida Metodologica per l'Accompagnamento Integrale . . . 507
12.5 Centro di Reinserimento Sociale «Fortaleza» 508
12.5.1 Sintesi del Modello 509
12.6 L'approccio nell'ambito della carcerazione 509
12.7 La Fazenda da Esperança 510
12.7.1 Gruppi Speranza Viva 512
12.7.2 Ambasciatori della Speranza 512
12.8 Gli Hogares Claret 513
12.9 Case per Donne 514
12.9.1 Identità Filosofica e Approccio di Intervento 515
12.9.2 Strategie di Prossimità Comunitaria («Outreach») e Medicina di Strada 515
12.9.3 Riduzione dei Danni e Risposta alla Crisi degli Oppioidi . . 516
12.9.4 Sintesi del Modello 516
12.10 Hogares Crea 517
12.10.1 Il Metodo Pedagogico-Terapeutico: Vedere, Giudicare e Agire 517
12.10.2 Monitoraggio, Reti di Sostegno e Agency 518
12.11 Munasim Kullakita 519
12.11.1 Tappe e Momenti Strategici dell'Intervento 519
12.11.2 Risultati Attesi del Modello 520
12.11.3 Articolazione Istituzionale e Politiche Pubbliche 520
12.12 Samaritani della Strada 521
12.12.1 L'Importanza dell'Approccio di Riduzione dei Rischi e dei Danni (RRD) 521
12.12.2 Processo di Accompagnamento e Risocializzazione (Non Lineare) 522
12.12.3 Dispositivi, Strategie di Inclusione e Proiezione 522
12.13 Casa Comunitaria San José 523
12.13.1 Lo Sguardo: Identità e Spirito del Progetto 524
12.13.2 Metodologia di Accompagnamento 524
12.13.3 Aree d'Azione, Dispositivi e Assi di Lavoro 524
12.13.4 Il Lavoro in Rete e la Comunità 525
12.14 Nessuno di meno per la droga 526

V Conclusione **529**

13 Un manuale aperto 531

13.1 La rete dietro il manuale 531
13.2 La metodologia come lascito: Sinodalità nella pratica 532
13.3 La proposta di un manuale *Rolling Release* 532
13.4 Criteri di applicazione e inculturazione territoriale 533
13.5 I meccanismi di collaborazione 534
13.6 Il team curatore 534
13.7 Le versioni del manuale 535
13.8 Dimensione profetica e incidenza politica 536
13.9 L'erogazione e la certificazione dei corsi 536
13.10 Un orizzonte di speranza: La luce nel cammino 537

Fonti del Magistero e documenti ecclesiali citati 539

Parte I

Il punto di partenza

Come nasce questo manuale

Capitolo 1

Porta d'ingresso

1.1 | Presentazione

Questo Manuale di Pastorale delle Dipendenze nasce dal grido dei nostri popoli e dall'impegno di una Chiesa che, in America Latina e nei Caraibi, ha deciso di non guardare dall'altra parte di fronte alla sofferenza provocata dal consumo di sostanze psicoattive. È frutto di un cammino ecclesiale condiviso, segnato dall'ascolto della realtà e dal discernimento comunitario, in dialogo permanente con le esperienze pastorali che accompagnano la vita ferita di persone, famiglie e comunità.

Il fenomeno del consumo di sostanze psicoattive costituisce oggi una delle espressioni più dolorose dell'esclusione sociale. Come espresso dal Documento di Aparecida, si tratta di una realtà che si espande come una "macchia d'olio", colpendo in modo particolare i settori più poveri e vulnerabili. Non siamo di fronte a un problema meramente individuale né esclusivamente sanitario, ma di fronte a una ferita sociale e culturale che interpella in modo diretto la missione evangelizzatrice della Chiesa.

In questo contesto, la Chiesa latinoamericana ha sviluppato diverse risposte pastorali orientate a prevenire, accompagnare e ricostruire vite da uno sguardo integrale. Questo Manuale raccoglie quel cammino ecclesiale, valorizzando specialmente le esperienze che nascono nelle comunità e che, molte volte con scarse risorse, sostengono processi di cura, accompagnamento e speranza. Non è un testo elaborato da una scrivania, ma uno strumento che nasce dal contatto con la realtà e da una riflessione pastorale che nasce dal popolo e con il popolo,

in continuità con la tradizione teologica latinoamericana promossa dal CELAM.

Questo Manuale si inscrive esplicitamente nel cammino della Pastorale Latinoamericana delle Dipendenze PLAPA, promossa dal CELAM come uno spazio di discernimento e unità pastorale di fronte a questa realtà complessa. In sintonia con il documento fondante della PLAPA, e con la Lettera alla Chiesa dell'America Latina e dei Caraibi, si assume uno sguardo integrale, comunitario e territoriale, che pone al centro la dignità della persona e promuove il lavoro in rete con altri attori sociali.

Il processo di elaborazione di questo Manuale si è sviluppato in chiave sinodale, a partire dal contributo di agenti pastorali, equipe territoriali, consacrate e consacrati, sacerdoti, vescovi e professionisti impegnati. Il risultato non pretende di offrire risposte chiuse né modelli unici, ma di condividere criteri e orientamenti pastorali che aiutino ad accompagnare processi di vita in contesti diversi.

Questo Manuale è destinato a comunità parrocchiali, scuole cattoliche, diocesi, movimenti e organizzazioni ecclesiali che desiderano coinvolgersi —o continuare ad approfondire— nella prevenzione e nell'accompagnamento di persone in situazione di consumo. Vuole essere un supporto per la formazione di agenti e la revisione di pratiche pastorali, evitando tanto il moralismo quanto l'ingenuità, e ponendo sempre al centro la dignità della persona umana.

Conviene chiarire che questo Manuale, sebbene tenti di mettere in dialogo i contributi della scienza e della fede, non è un protocollo clinico né uno strumento tecnico specializzato. Non pretende neppure di sostituire i contributi delle scienze della salute né la responsabilità irrinunciabile degli Stati nella progettazione e implementazione di politiche pubbliche. Il suo contributo specifico è pastorale: offrire un orizzonte evangelizzatore e animare pratiche concrete di cura e accompagnamento comunitario.

1.2 | Come utilizzare questo manuale?

Il presente manuale è stato concepito non solo come un documento teorico, ma come uno strumento vivo e dinamico per l'accompagnamento nell'ambito delle dipendenze e della vulnerabilità sociale da parte della Chiesa. Per sua natura, questo materiale offre due modalità di lettura complementari, adattandosi ai tempi e alle necessità di ogni comunità o agente pastorale.

- In primo luogo, il manuale può essere letto in modo lineare, dall'inizio alla fine, come un libro di testo. Questa modalità permette una comprensione

profonda e sistematica della proposta, percorrendo il cammino logico che va dall'analisi della realtà fino all'implementazione di risposte concrete. È il cammino ideale per coloro che si iniziano a questa pastorale o desiderano fondare la loro pratica su una base teorica solida.

- In secondo luogo, il manuale è progettato per essere consultato in funzione delle necessità e delle domande emergenti. Comprendiamo che il lavoro nel territorio è urgente e che, spesso, l'agente pastorale si trova di fronte a sfide specifiche che richiedono risposte immediate. Per questo, il materiale funziona come una risorsa di consultazione rapida, dove si possono cercare sezioni specifiche secondo la problematica che si sta affrontando al momento. La versione virtuale del manuale offre buone opportunità in questo senso.

La flessibilità che proponiamo si riflette direttamente nella struttura metodologica che abbiamo realizzato per l'elaborazione, e si è cristallizzata nelle tre grandi parti del manuale:

1. **Ricevere la Realtà (Vedere):** Qui si sistematizza lo sguardo dei diversi agenti pastorali della nostra regione. Non è una descrizione astratta, ma il riflesso di ciò che i nostri fratelli e sorelle stanno vedendo oggi nei quartieri, nelle parrocchie e nei centri di accompagnamento. È il punto di partenza necessario per situare la nostra azione.

2. **Il Discernimento (Giudicare):** Questa sezione è il cuore teorico del manuale ed è costruita interamente in funzione delle domande che sorgono nel cuore e nella pratica di un agente pastorale. Invece di offrire verità chiuse, proponiamo un cammino di riflessione che aiuta a illuminare la realtà dalla nostra fede e dal nostro impegno sociale, rispondendo agli interrogativi che la pratica quotidiana ci pone.

3. **La Risposta (Agire):** Qui presentiamo proposte concrete di intervento. Sono linee di azione provate e suggerimenti pratici per trasformare la realtà osservata nella Parte 1 (Vedere), alla luce del discernimento realizzato nella Parte 2 (Giudicare).

Infine, consapevoli che la problematica delle dipendenze richiede un approccio integrale, abbiamo incorporato nella versione virtuale un sistema di collegamenti ipertestuali che mettono in relazione i contenuti tra loro. Questa rete di connessioni permette al lettore di non vedere i temi come compartimenti stagni, ma come dimensioni interconnesse di una stessa realtà. Cliccando su

questi collegamenti, si potrà navigare tra concetti, strumenti e testimonianze, favorendo una visione d'insieme che è indispensabile per una risposta pastorale che aspiri all'integralità.

Infine, questo manuale aspira a essere un materiale *rolling release*, cioè in aggiornamento continuo, in modo tale che dalla PLAPA implementeremo i meccanismi per la partecipazione attiva, che come si comprenderà, si rifletterà aggiornata sempre prima nella versione digitale. A tale scopo, creeremo un'equipe incaricata di valutare e incorporare le correzioni della comunità.

Speriamo che questo manuale sia un compagno di cammino che rafforzi la speranza e l'efficacia della nostra missione nel territorio.

1.3 | Prologo

> *Il problema della droga è come una macchia d'olio che invade tutto. Non riconosce frontiere, né geografiche né umane. Colpisce allo stesso modo paesi ricchi e poveri, bambini, giovani, adulti e anziani, uomini e donne. La Chiesa non può rimanere indifferente di fronte a questo flagello che sta distruggendo l'umanità, specialmente le nuove generazioni. La sua opera si dirige specialmente in tre direzioni: prevenzione, accompagnamento e sostegno delle politiche governative per reprimere questa pandemia.*
>
> ***Documento di Aparecida** N° 422*

Con queste parole, già nel 2007, i nostri pastori segnalavano la necessità che la Chiesa si coinvolga nel problema della droga. *La Chiesa non può rimanere indifferente*, dicevano. Quasi 20 anni dopo constatiamo con dolore che il problema si è aggravato, e che nella Chiesa facciamo molta fatica a coinvolgerci.

Sembrerebbe che addentrarsi nel problema della droga significhi addentrarsi nel terreno degli specialisti; che si tratti di un tema molto complesso e che noi non abbiamo nulla da apportare. Sembrerebbe che sia una questione riservata ad alcune persone chiamate in modo particolare o che hanno scoperto quella vocazione specifica, ma che in generale le nostre comunità non abbiano nulla da fare.

Noi non la pensiamo così, e questa è la ragione per cui ci siamo imbarcati nel difficile compito di scrivere questo manuale. Vogliamo dire che le nostre comunità, parrocchie, scuole e pastorali hanno moltissimo da apportare, e che ci sono cose che se non le facciamo noi, nessun altro le farà. Che il dolore e la

morte che portano le sostanze psicoattive sono un'occasione privilegiata per incontrare il crocifisso, e che in quel luogo si scopre la risurrezione. Vogliamo persino avventurarci a dire che nell'apertura che avremo verso le piaghe della società, si gioca la nostra salvezza, perché in quelle ferite abita lo stesso Gesù Cristo.

Diceva Papa Francesco:

> *A volte sentiamo la tentazione di essere cristiani mantenendo una prudente distanza dalle piaghe del Signore. Ma Gesù vuole che tocchiamo la miseria umana, che tocchiamo la carne sofferente degli altri. Si aspetta che rinunciamo a cercare quei ripari personali o comunitari che ci permettono di mantenerci a distanza dal nodo della tempesta umana, per accettare davvero di entrare in contatto con l'esistenza concreta degli altri e conoscere la forza della tenerezza. Quando lo facciamo, la vita sempre ci si complica meravigliosamente e viviamo l'intensa esperienza di essere popolo, l'esperienza di appartenere a un popolo.*
>
> ***Evangelii Gaudium** N° 270*

Il problema della droga e della dipendenza dei nostri fratelli, senza alcun dubbio è una di quelle piaghe del Signore che segnalava Papa Francesco. A volte può farci paura, o darci insicurezza. Ha tanti elementi da considerare, che sembrerebbe difficile addentrarsi e fare le cose bene. Tuttavia, la Chiesa ci chiama a impegnarci.

Per questo è importante dire: La Chiesa non si addentra in questo tema con la logica dell'efficacia. La relazione dei cristiani con i malati non è uguale a quella del medico. Il medico si relaziona per trattare e curare, o in mancanza per rendere più sopportabile il dolore. La Chiesa, sebbene voglia aiutare le persone a superare quei mali che le affliggono, nel suo modo di accompagnare, pregare ed essere accanto amorevolmente scopre che la logica dell'efficacia ammutolisce accanto alla croce, per dare luogo a un modo di stare più profondo. È ciò che abbiamo visto nella scena della crocifissione: *uno dei malfattori appesi lo insultava: Non sei tu il Cristo? Salva te stesso e noi!* (Lc 23, 39). Il poveretto aveva sentito tanto delle guarigioni miracolose e dei segni che Gesù aveva compiuto, che arrivò persino dalla sua rabbia a esigerlo. Avrebbe voluto che quell'incontro con Gesù crocifisso si traducesse rapidamente in termini di efficacia. Tuttavia non era quello il cammino che era invitato a percorrere. L'altro ladrone lo capì, e nella sua apertura riuscì a trovare la consolazione: *Ti assicuro che oggi sarai con me in Paradiso.* (Lc 23, 43).

Noi vogliamo sempre che le persone si riprendano, che le famiglie guariscano, che le nostre comunità siano spazi sicuri e le nostre scuole libere da problemi. Ma non sempre riusciamo a raggiungere quelle mete. L'importante è scoprire la luce nel cammino, che è quella che alimenta la nostra speranza, e che ci imbarchiamo in questi compiti. È importante lavorare per la propria ripresa, tornare a cercare lo smarrito, accogliere nuovamente, lavorare per le famiglie, per le nostre comunità, per le nostre scuole, per la società. Se non scopriamo la luce nel cammino, allora prima o poi la frustrazione ci vincerà, o alimenteremo la nostra speranza con la luce di quelli che ce l'hanno fatta, e penseremo che coloro che non ci sono riusciti è perché non hanno messo tutta la loro volontà e i mezzi.

A volte, una persona sente la chiamata particolare di essere volontario o cappellano di un ospedale. Alcune congregazioni persino hanno dedicato la loro vita alla cura dei malati, e hanno creato ospedali. Ma no, la maggior parte dei cristiani semplicemente sente che le parole di Gesù risuonano nel letto di un ospedale: *ero malato e mi avete visitato* (Mt 25, 36). Allo stesso modo, i cristiani ci addentriamo nel problema della droga semplicemente per accompagnare. Qualche comunità si sentirà chiamata a creare spazi di recupero che hanno, come il medico nella vita del malato, il desiderio di curare o di trattare. Ma la maggior parte delle volte, la Chiesa si addentra in questo tema semplicemente per accompagnare, per ascoltare, per pregare. Come Maria ai piedi della croce: rimanendo accanto con tenerezza.

Nelle pagine che seguono, cercheremo di aiutare a guardare il problema in tutte le sue dimensioni, e a comprendere in che modo la Chiesa può impegnarsi. Il metodo che seguiamo è quello della Chiesa latinoamericana: vedere (ricevere), giudicare (discernere), e agire (proposte).

Don Carlos Olivero
Coordinatore della PLAPA
Bogotá, giugno 2026

Capitolo 2

La metodologia utilizzata

2.1 | Le sfide

La sfida di fare un manuale per la pastorale delle dipendenze della Chiesa è grande e complessa. Nel comprendere che dovevamo farlo ci siamo trovati di fronte a diverse tensioni che era importante risolvere:

1. **L'integrazione della partecipazione sinodale e del sapere specifico:**

   La prima sfida che abbiamo scoperto era fare in modo che il manuale fosse uno spazio di incontro tra la partecipazione comunitaria e il sapere specializzato. La pastorale non può ignorare l'evidenza scientifica correndo il rischio di diventare inefficace. A sua volta, vediamo che quando la scienza e le sue tecniche ignorano la comunità diventano fredde, estranee e disincarnate. La sfida dunque è trovare i ponti tra il sapere specifico e l'esperienza delle nostre comunità ecclesiali che lavorano quotidianamente su questi temi e cercano risposte.

2. **La particolarità degli sguardi e il posizionamento integrale:**

   Il fenomeno delle dipendenze è complesso, e pertanto esistono molteplici prospettive dalle quali guardare. Allo stesso modo, le risposte sono molto varie e accentuano diversi elementi della problematica. La sfida di mettere in dialogo le diverse esperienze e i loro diversi sguardi in un manuale è grande. In questo manuale assumiamo la sfida di sostenere uno sguardo il più integrale possibile. Il posizionamento non può essere frammentario;

comprendiamo che la persona è un'unità indivisibile. Per questa ragione, il manuale ha la sfida di evitare di cadere in qualsiasi riduzionismo.

3. **Il dialogo tra la teoria e le pratiche:**

   Nello scrivere un manuale appare la sfida di non essere eccessivamente teorici o meramente strumentali. La nostra sfida è la prassi: una riflessione critica sull'azione. Ogni concetto qui espresso deve trovare il suo correlato nel fango della realtà quotidiana, e ogni pratica suggerita deve essere illuminata da un fondamento solido che le dia senso e direzione.

4. **L'articolazione dei saperi e l'interdisciplinarietà:**

   Le dipendenze non si risolvono da una sola disciplina. La sfida qui è l'articolazione: fare in modo che il sapere teologico si abbracci con le scienze sociali e la medicina. Non cerchiamo una somma di capitoli isolati, ma un tessuto dove i diversi saperi dialoghino tra loro, riconoscendo che la verità sulla sofferenza umana si trova all'intersezione di tutte queste voci.

5. **Verso un'epistemologia ascendente e integratrice:**

   Forse la sfida più profonda sia il cambio di paradigma nella costruzione della conoscenza. In questo momento cerchiamo di allontanarci da un'epistemologia discendente, che impone teorie dall'alto e finisce per frammentare la realtà del soggetto. Al suo posto, questo manuale scommette su un'epistemologia ascendente. Questo significa che il sapere nasce dall'ascolto, dal contatto diretto con il territorio e dall'esperienza di coloro che camminano accanto a chi soffre, e da lì si interroga sulla teoria per trovare risposte. È uno sguardo che integra i pezzi della vita spezzata per ricomporre la dignità, invece di analizzare l'individuo come un oggetto di studio diviso in categorie.

2.2 | Le scelte e il metodo

Per rispondere a queste sfide abbiamo fatto delle scelte lungo tutto il percorso di elaborazione. Le principali sono state:

1. Cercare che il manuale sia frutto di un grande sforzo sinodale. Per questa ragione abbiamo convocato a partecipare il maggior numero possibile di agenti pastorali. Circa 300 agenti pastorali di tutta la regione hanno collaborato con il loro sguardo, le loro conoscenze, esperienze e contributi.

2. Utilizzare la metodologia della Chiesa Latinoamericana: vedere - giudicare - agire.

3. Abbiamo convocato tutti questi agenti pastorali a due grandi riunioni virtuali alle quali hanno partecipato più di 250 persone ciascuna. In quelle riunioni ci siamo divisi in gruppi, e abbiamo analizzato diversi elementi della problematica. Quelle riunioni di gruppi piccoli sono state registrate e trascritte. In questo modo abbiamo recuperato tutto ciò che era stato detto in ciascuno di quei gruppi. Le trascrizioni di ogni gruppo sono state sistematizzate con strumenti di intelligenza artificiale, che hanno permesso di elaborare il volume dei contributi senza perdere la ricchezza di ogni voce territoriale. A partire da quella sistematizzazione, l'equipe di coordinamento ha redatto la sezione del Vedere. Abbiamo compreso che in questa metodologia stavamo salvaguardando lo spirito sinodale.

4. Utilizzare come base il Curriculum sulle dipendenze per leader della fede, elaborato da CICAD/OEA. Abbiamo inviato il Curriculum a tutti i partecipanti affinché potessero valutarlo, e abbiamo nuovamente convocato due grandi riunioni virtuali, nelle quali i partecipanti si sono divisi in gruppi e hanno segnalato ciò che secondo loro mancava nel Curriculum di CICAD, ciò su cui non erano d'accordo, e gli elementi che a loro parere avrebbero dovuto apparire in altro modo. Abbiamo registrato e trascritto quelle riunioni, sistematizzato i contributi con strumenti di intelligenza artificiale e redatto la sezione del Giudicare. In questo modo abbiamo cercato di far dialogare il sapere accademico che prevale nel manuale di CICAD con la conoscenza e l'esperienza dei nostri agenti pastorali.

CICAD è la Commissione Interamericana per il Controllo dell'Abuso di Droghe dell'OEA, Organizzazione degli Stati Americani.

5. Per la redazione del Giudicare abbiamo considerato opportuno utilizzare la struttura del metodo scolastico, che organizza il discernimento in funzione di una domanda, pone le obiezioni, apporta un criterio e risponde alle difficoltà. È necessario precisare come si articola questo formato con l'epistemologia ascendente che vertebra il manuale, dato che a prima vista potrebbero sembrare incompatibili: il metodo scolastico è uno strumento espositivo di tradizione deduttiva, mentre l'epistemologia ascendente propone di costruire il sapere dal territorio verso la teoria. La compatibilità risiede in una distinzione chiave: l'ascendente opera nella genesi delle domande — che nascono interamente dal Vedere e dall'ascolto sinodale —, mentre lo scolastico opera nell'organizzazione delle risposte — offrendo una struttura chiara che permette all'agente pastorale di trovare con rapidità il discernimento di cui ha bisogno. Detto in altro modo: le domande salgono dal fango del territorio; le risposte si ordinano con il rigore di una tradizione intellettuale che la Chiesa ha sperimentato per

secoli. Il metodo scolastico non impone le domande dall'alto; le riceve dal basso e le organizza perché il discernimento sia accessibile.

6. Si è convocato chi volesse contribuire a una prima correzione, e si sono presentate 35 persone, che hanno realizzato più di 150 correzioni. Alcune di queste correzioni erano di fondo, altre concettuali, altre di stile. Le correzioni sono state incorporate.

7. Si è sviluppata una formazione dei referenti regionali sul contenuto del manuale e l'animazione pastorale, e li si è invitati a collaborare nella redazione delle Proposte. In questo modo abbiamo redatto la parte dell'Agire.

8. Si sono convocati i referenti designati dalle Conferenze Episcopali e si è proposto loro di rivedere, correggere e apportare contributi al manuale.

9. Tutto il processo è stato guidato dall'equipe di coordinamento della PLAPA.

Sulle fonti e i riferimenti. Questo manuale è un documento pastorale e non un trattato accademico. Per questa ragione, i riferimenti espliciti si limitano alle fonti del Magistero della Chiesa, ai documenti ecclesiali e alle Sacre Scritture, che costituiscono il quadro di autorità proprio di questo testo. I contenuti provenienti dalle scienze della salute, dalla neurobiologia, dalla psicologia e dalle scienze sociali che si integrano lungo il manuale riflettono il consenso attuale delle discipline coinvolte, così come è stato raccolto e verificato dall'equipe di coordinamento a partire dal Curriculum sulle dipendenze per leader della fede elaborato da CICAD/OEA, dall'esperienza professionale dei partecipanti e dal dialogo con specialisti. La scelta di non includere un apparato di citazioni accademiche risponde alla natura e al destinatario del documento: un manuale concepito per agenti pastorali, comunità parrocchiali ed equipe territoriali, non per la pubblicazione su riviste scientifiche. Il lettore che desideri approfondire i fondamenti scientifici qui raccolti può consultare il Curriculum di CICAD, che è servito come base tecnica di riferimento per l'elaborazione della sezione del Giudicare.

Sull'uso di strumenti di intelligenza artificiale. È opportuno precisare la portata e i limiti dell'uso dell'intelligenza artificiale nell'elaborazione di questo manuale. Gli strumenti di IA sono stati utilizzati in due momenti del processo: primo, per la sistematizzazione delle trascrizioni delle riunioni sinodali, organizzando e sintetizzando il volume dei contributi generati dai circa 300 partecipanti; secondo, come strumento di assistenza nella redazione, nella revisione concettuale e nella correzione dei testi lungo il processo di elaborazione.

In tutti i casi, la direzione del contenuto, la valutazione della pertinenza teologica e pastorale, le posizioni dottrinali, i criteri di discernimento e l'approvazione finale di ogni articolo sono stati responsabilità esclusiva dell'equipe umana che ha coordinato il processo, in dialogo con i partecipanti e i referenti delle Conferenze Episcopali. Lo strumento ha assistito la scrittura; l'equipe l'ha diretta. Allo stesso modo, si è effettuata una revisione del testo finale per verificare che il documento non contenesse formulazioni o registri di linguaggio attribuibili allo strumento che non fossero stati debitamente integrati dai redattori. Questa trasparenza risponde a una convinzione: l'intelligenza artificiale può essere uno strumento legittimo al servizio dell'elaborazione pastorale, ma la parola che nasce da quel processo è sempre un atto umano ed ecclesiale, non un prodotto algoritmico.

Capitolo 3

Un'immagine per la pastorale

Nel corso della storia, i cristiani abbiamo rappresentato il mistero pasquale in molte forme. Ogni scuola artistica ha saputo trasmettere alle proprie opere l'impronta, la sensibilità e le domande della sua epoca. La pittura, la scultura, il teatro, la musica... tutte le arti hanno parlato di un mistero che è inesauribile, ciascuna enfatizzando la propria ricerca.

Ma qualche volta hai visto un crocifisso dipendente? In qualche occasione hai immaginato la possibilità che sul patibolo pendesse un Cristo con le labbra screpolate dalla pasta base, o le braccia bucate dagli aghi dell'eroina?

Probabilmente no. E se esistesse un'opera tale, sicuramente sarebbe motivo di scandalo. E il fatto è che nelle nostre rappresentazioni mentali l'innocenza del Crocifisso e il peso morale della vita della persona in situazione di dipendenza sembrano contraddittori. Tuttavia, non solo abbiamo bisogno di immergerci nel mistero del nostro Salvatore, ma anche in quello dell'essere umano.

Insegna il Catechismo della Chiesa Cattolica che per un peccato mortale si richiedono tre condizioni: *È peccato mortale quello che ha come oggetto una materia grave e che, inoltre, è commesso con piena conoscenza e deliberato consenso.*

CEC N° 1857

Siamo sicuri che queste tre condizioni si compiano in tutte le persone dipendenti? Non ci sono condizionamenti della libertà che sorgono dalle ferite della vita, dalla mancanza di opportunità, dalla vita miserabile, da ciò che è stato appreso durante l'infanzia, dalla genetica, dai contesti o dalla malattia stessa? C'è piena conoscenza crescendo in una società che pondera solo il consumo, o in una famiglia con due o tre generazioni di dipendenti, o iniziando il consumo di

sostanze a 7, 8 o 9 anni?

Non lo sappiamo. Ciò di cui siamo sicuri è che la dipendenza implica una sofferenza enorme, e che il nostro Signore *ha portato le nostre sofferenze... è stato trafitto per le nostre ribellioni* (Is 53, 4-5), assumendo in questo modo le conseguenze del nostro peccato. Abbiamo la certezza che *colui che non ha conosciuto peccato, Dio lo ha fatto peccato per noi* (2 Cor 5, 21).

Allora probabilmente sì, potrebbe esserci un Cristo crocifisso con i segni della dipendenza, non tanto per essere Egli stesso la causa, ma per il fatto di aver assunto la nostra condizione.

Qualcosa di simile possiamo trovare nel Retablo di Isenheim, un'opera straordinaria, che come vedremo, è tutto un simbolo per la nostra pastorale delle dipendenze.

3.1 | Il Retablo di Isenheim

Figura 3.1: Il Retablo di Isenheim, di Matthias Grünewald

Nel XVI secolo, in un piccolo paese chiamato Isenheim, vicino a quella che oggi sarebbe la frontiera tra Francia e Germania, si ergeva il Monastero di Sant'Antonio. Non si trattava solamente di un luogo di preghiera. L'Ordine An-

toniano era dedicato alla cura dei malati, specialmente dei malati di ergotismo, conosciuto popolarmente come il *fuoco di Sant'Antonio*.

L'ergotismo era una malattia tremenda causata dall'intossicazione cronica con gli alcaloidi tossici di un fungo parassita della segale chiamato Claviceps purpurea. Ingerendo pane elaborato con il cereale contaminato, gli uomini e le donne si ammalavano. Si trattava di un patimento terribile, la cui affezione si manifestava principalmente in due forme:

- **La forma gangrenosa:** che generava una vasocostrizione severa, che portava a un dolore molto intenso, alla necrosi (morte dei tessuti) e alla perdita di arti.
- **La forma convulsiva:** generava spasmi, allucinazioni, convulsioni e disturbi mentali.

L'infezione si era diffusa con il nome di *fuoco di Sant'Antonio* perché a causa dell'estrema vasocostrizione della forma gangrenosa, la malattia provocava un ardore intenso come se la persona stesse bruciando viva. Quella stessa forma andava sviluppando ulcere sulla pelle, fino a terminare con la morte dei tessuti, e persino degli arti.

L'ordine degli Antoniani, che attraverso la preghiera e le cure delicate si dedicava all'assistenza di questi malati, aveva aperto il suo monastero per accogliere i malati.

L'artista Matthias Grünewald fu convocato dall'abate per realizzare il retablo della Chiesa del Monastero, divenuto ospedale per malattie infettive. Per questa ragione, volendo esprimere ai malati che il Signore condivideva il loro patimento, dipinse al centro del retablo un Cristo crocifisso con i segni dell'ergotismo: la pelle ulcerata, le mani che esprimono un patimento estremo, soffrendo lo spasmo come conseguenza dei sintomi neuromuscolari, esagerando la tensione dei tendini.

Al centro del quadro possiamo vedere una croce che porta tanto peso, che le estremità del legno orizzontale a malapena riescono a sopportarlo, torcendosi quasi fino a spezzarsi. Un Cristo con ergotismo, per parlare ai malati di ergotismo. Un crocifisso deformato dalla croce della malattia, che nel suo stesso essere orribile riesce a trasmettere il limite della compassione e l'amore smisurato di Dio.

Questa immagine di Cristo crocifisso, che rivela la compassione di Dio per gli infettati dal fuoco di Sant'Antonio, è anche un simbolo per il nostro tempo. Nell'immagine, noi vediamo un Cristo sofferente che condivide il patimento di

tanti uomini e donne con problemi di dipendenza. Inchiodato e impotente, è lì, esprimendo il suo amore.

Oggi, sono moltissimi gli uomini e le donne che, deformati, camminano come zombi per le strade delle nostre città. Il mondo li giudica, li stigmatizza e volta loro le spalle. Persino molte volte nelle nostre comunità lo facciamo, privandoli della buona notizia del Vangelo. Più che mai, dobbiamo tornare a trovare il modo e il linguaggio per dire che il nostro Signore non li giudica né si allontana, ma al contrario, annientandosi si avvicina e condivide la loro condizione. Grünewald e gli antoniani lo trovarono. La carità dei monaci permise all'artista di interpretare il mistero in un'immagine così luminosa, che 5 secoli dopo, continua a commuoverci.

Il retablo non finisce lì, tutto in esso ci parla della trama di una redenzione operata dalla misericordia di Dio. È composto da 4 scene ben definite. Ciascuna di esse offre diversi personaggi. La scena centrale presenta il crocifisso, alla sua sinistra si trovano insieme sua madre e il discepolo amato, in ginocchio e piangendo Maria Maddalena. Alla destra della croce possiamo vedere San Giovanni Battista e l'agnello di Dio. Nella scena sinistra scopriamo San Sebastiano, santo patrono avvocato contro la peste. Nella scena destra riconosciamo Sant'Antonio Abate, fondatore del monachesimo eremitico e patrono dell'ordine degli Antoniani. Nella scena inferiore possiamo vedere la madre, il discepolo amato e la Maddalena nella sepoltura di Gesù.

L'unità di tutti gli elementi e personaggi del retablo non sta nella pittura, ma nel senso generale dell'opera. Che cosa hanno a che fare San Sebastiano, Sant'Antonio Abate, il crocifisso, gli orinali, Giovanni il Battista e la donna di Cleopa? Non sono nemmeno contemporanei. Come vedremo dunque, tutti questi personaggi e elementi si relazionano nel messaggio dell'artista ai malati: *Dio condivide e redime il tuo dolore, anche qui si combatte una lotta spirituale.*

3.2 | La madre e il discepolo amato

Nel Retablo di Isenheim, le figure della Vergine Maria e del discepolo amato incarnano una delle risposte più profonde di fronte al mistero del dolore, offrendo uno specchio per la sofferenza di tante madri che vengono meno per la dipendenza dei loro figli e per quegli agenti pastorali che decidono di accompagnarle.

La rappresentazione di Maria nella tavola centrale della Crocifissione è di un pallore estremo, quasi tanto bianca quanto la tunica e il manto che la avvolgono dalla testa fino a terra. Con gli occhi chiusi e le mani fortemente intrecciate in

un gesto di preghiera, Maria si accascia all'indietro, apparendo allo spettatore come qualcuno che è più morta che viva. Questa madre dilaniata simboleggia oggi quelle madri che assistono alla distruzione dei loro figli per il consumo di sostanze, sentendo che la vita di coloro ai quali hanno dato alla luce sfugge loro come la sabbia tra le dita senza che possano fare nulla per fermare il processo.

Nel contesto dell'ospedale di Isenheim, Maria serviva come modello per i malati terminali, dimostrando che persino nel collasso emotivo è possibile mantenere un atteggiamento di offerta mistica e accettazione. Ella rappresenta la madre che non ha più parole, che può solo piangere e pregare di fronte al figlio spezzato, essendo immagine di una Chiesa che impara a piangere per i suoi figli di fronte a un mondo che spesso si chiude davanti a loro. Dice Francesco: *Quasi senza rendercene conto, diventiamo incapaci di provare compassione dinanzi al grido di dolore degli altri, non piangiamo più davanti al dramma degli altri né ci interessa curarli, come se tutto fosse una responsabilità altrui che non ci riguarda.* La sua figura è la testimonianza del dolore puro che non fugge dalla croce, permanendo presente anche quando la vita del figlio sembra essersi trasformata in un'ombra.

Evangelii Gaudium N° 54

Sostenendo fisicamente la madre nel suo svenimento si trova il discepolo amato. Il suo volto è segnato dal dolore e dall'afflizione, piangendo con la bocca aperta, ma inclina tutto il suo corpo in modo sollecito e premuroso verso Maria. Mentre il colore di Maria è freddo e pallido, quello di Giovanni è di un rosso intenso, creando un contrasto che sottolinea il suo ruolo di supporto vitale. Egli personifica la comunità o la rete di supporto che non abbandona la madre nella sua ora più oscura.

L'identità profonda di San Giovanni ai piedi della croce è quella di saper permanere. Nella realtà delle dipendenze, dove l'entourage suole cercare soluzioni rapide o efficaci, Giovanni insegna che amare significa restare accanto alla madre e al figlio quando non è possibile risolvere il problema immediatamente. La sua presenza, insieme a quella di Maria, è per il Gesù crocifisso l'unico luogo sano dove può guardare, cercare riposo e consolazione in mezzo al tormento.

Entrambi i personaggi, uniti dal dolore e dalla tenerezza, propongono un modello di accompagnamento che ignora il giudizio sociale sulla dipendenza. Nello sguardo finale di questo quadro, la madre e l'amico non cercano di *scendere il figlio dalla croce* mediante la forza, ma lo accompagnano. Attraverso la contemplazione amorevole, riconoscono la dignità sacra della vita ferita fino all'ultimo momento.

3.3 | Maria Maddalena

Nel Retablo, la figura di Maria Maddalena offre una rappresentazione del dolore nel suo stato più acuto e disperato, servendo oggi come uno specchio per la realtà di molte donne —tante Maddalene— che attraversano situazioni di violenza, sfruttamento sessuale, abuso e marginalità, legate al consumo di sostanze.

A differenza della Vergine Maria, la cui risposta è l'accettazione mistica, la Maddalena di Grünewald si contorce in una disperazione e uno shock incontrollabili. La rappresenta in ginocchio, con la testa inclinata all'indietro mentre piange e le mani intrecciate con tale forza che le dita sembrano rigide e crispate.

Questi gesti esprimono l'intenzione profonda di aggrapparsi a qualcosa. Nella lettura attuale, ella simboleggia le donne che vedono come il loro unico rifugio e ancoraggio —rappresentato nel quadro da Gesù— stia svanendo. Per la Maddalena, Gesù fu l'unica persona che la amò bene e che non volle usarla, un contrasto doloroso con la realtà di molte donne oggi che dalla società hanno ricevuto solo violenza, disprezzo e abusi.

Visivamente, la Maddalena spicca per il suo vestito lungo in un tono rosso caldo, che crea un vincolo cromatico con San Giovanni e risalta sullo sfondo oscuro del Golgota. A differenza della Vergine, che appare avvolta nel bianco e quasi senza vita, la Maddalena si mostra con la sua lunga capigliatura bionda sotto un velo semitrasparente, apparendo molto più curata. Questo dettaglio estetico non è superficiale; nell'interpretazione contemporanea, rappresenta le donne che la società spesso colloca nel ruolo di oggetto e poi giudica severamente. Sono donne che, nonostante le loro ferite, mantengono una dignità sacra che la società molte volte non riesce a vedere, ma che permangono nel cuore di Gesù. Nella pastorale delle dipendenze, ella incarna le donne condannate per non poter dare ai propri figli l'affetto o la cura che esse stesse non hanno mai ricevuto dal loro ambiente.

Ai piedi della Maddalena si trova il suo attributo tradizionale: il vasetto di profumo. Nel contesto originale dell'ospedale di Isenheim, questo recipiente non solo ricordava il gesto d'amore della donna che unse Gesù, ma conservava una relazione diretta con la farmacia del monastero. Il vasetto dipinto da Grünewald somiglia ai flaconi medici utilizzati dai farmacisti dell'epoca per contenere elisir e unguenti curativi.

Per i malati di ergotismo (fuoco di Sant'Antonio) e per gli spezzati di oggi, la Maddalena rappresenta l'atto di ungere e curare il corpo ferito. Ella è il simbolo della speranza di restaurazione; così come portò balsami per ungere il

corpo di Cristo, la sua figura invita la comunità a non distogliere lo sguardo dal dolore e a offrire consolazione mediante la presenza e il servizio, riconoscendo che persino nello spogliamento totale della croce, l'amore è l'unico sollievo possibile.

3.4 | Giovanni il Battista e l'Agnello di Dio

Nel Retablo, le figure di Giovanni il Battista e dell'Agnello di Dio svolgono una funzione distinta rispetto a quella dei dolenti del lato sinistro: mentre Maria e la Maddalena rappresentano l'impatto emotivo del dolore, il Battista e l'Agnello apportano il senso teologico e la chiave della salvezza.

Giovanni il Battista è il testimone che conferisce senso al caos. Appare alla destra della croce in forma anacronica, poiché era già morto al momento della Crocifissione. La sua presenza è puramente simbolica: è il testimone che permane fuori dal tempo naturale per invitare a una comprensione più profonda degli avvenimenti.

Il suo tratto più distintivo è il dito indice, rappresentato in forma smisuratamente lunga o preternaturale, che indica fissamente il Crocifisso. Nel nostro contesto, il Battista rappresenta il ruolo teologico di questa pastorale, che intende ricordare alla Chiesa che nelle persone più spezzate vive lo stesso Cristo Crocifisso, che assume le nostre sofferenze per salvarci.

A volte incarnato in un terapeuta, una guida spirituale, un accompagnatore pari o un familiare, non cerca di essere il protagonista, ma si limita a indicare la dignità sacra del figlio che soffre, e ci ricorda che persino in quel corpo spezzato e pieno di piaghe, abita la possibilità della redenzione.

Conviene che Egli cresca, recita l'iscrizione latina al suo fianco. *Illum oportet crescere, me autem minui* (È necessario che Egli cresca e che io diminuisca), riassume lo spogliamento dell'ego necessario tanto nella fede quanto nell'accompagnamento. Per le famiglie delle persone con dipendenza ricorda anche la rinuncia al controllo personale, per lasciare che sia il processo di guarigione e la grazia di Dio a prendere il centro della scena.

Ai piedi del Battista si trova un agnello bianco che sorregge una piccola croce e il cui sangue sgorga direttamente dal petto verso un calice dorato. L'Agnello di Dio, immolato, che per la nostra pastorale connette il nostro lavoro nell'accompagnamento con il mistero dell'Eucaristia.

Il sangue che cade nel calice rappresenta la consolazione sacramentale e la guarigione che sgorga dallo stesso cuore del dolore. Nella pastorale delle

dipendenze, questo suggerisce che la sofferenza, quando viene messa in contatto con la comunità e la fede, smette di essere un fuoco che solo distrugge per diventare un luogo di incontro e trasformazione.

L'agnello non è una figura passiva; rappresenta il Signore che si identifica con l'ultimo della fila, con quello che è fatto a brandelli dalle sue dipendenze. Così come il Cristo di Isenheim mostra i segni della malattia sulla sua pelle, l'agnello mostra la sua ferita aperta, simboleggiando una solidarietà divina con gli emarginati. Per la persona in situazione di dipendenza, l'agnello è l'immagine che Dio non lo guarda da lontano, ma condivide interiormente il suo patimento.

Giovanni il Battista sorregge il libro aperto delle Scritture, che dialogano con la realtà cruda della croce. È lo sguardo contemplativo e orante, che appoggiato sulla Parola di Dio ci permette di discernere gli scenari di croce che viviamo e accompagniamo. È *la Parola, che ci restituisce la parola* che abbiamo perso nella dipendenza.

3.5 | San Sebastiano

Nel Retablo di Isenheim, la figura di San Sebastiano rappresenta la testimonianza e il martirio silenzioso di coloro che decidono di consegnare la propria vita alla cura dei «cristi spezzati» di oggi.

San Sebastiano è il protettore contro le nuove «pesti». Tradizionalmente, il santo era il patrono dei malati e lo si invocava per proteggersi contro la peste. Nella nostra lettura attuale, le frecce che attraversano il suo corpo simboleggiano le pesti moderne, come la dipendenza, il narcotraffico, il crimine organizzato... che feriscono profondamente il tessuto sociale e familiare. Così come Sebastiano rimane in piedi nonostante le ferite, questa figura rappresenta la resilienza di coloro che affrontano queste realtà dolorose.

San Sebastiano incarna i martiri di oggi all'interno della comunità: laici, religiosi e familiari che mettono tutta la loro esistenza al servizio dei crocifissi dalla dipendenza. Rappresenta quella consegna silenziosa e spesso ignorata dalla società, dove la vita si gioca per intero per abbracciare e accompagnare chi soffre nelle strade o nei centri di accoglienza.

Il santo appare su un piedistallo, con le mani alzate in preghiera e lo sguardo diretto verso la Crocifissione centrale. Questo insegna che l'identità dell'accompagnatore non è quella di un semplice gestore, ma quella di un testimone. La sua posizione ricorda che il vero luogo della testimonianza cristiana si trova precisamente lì dove c'è la croce, permanendo fedele accanto al figlio spezzato.

Esiste una credenza tradizionale che Grünewald si sia autoritratto nella figura di San Sebastiano. Nella pastorale delle dipendenze, questo acquista un senso profondo: l'artista (o nel nostro caso il curante) non guarda il dolore dall'esterno, ma mette se stesso nel quadro. La pastorale delle dipendenze non si organizza in funzione di distanze terapeutiche che permettono oggettività. Diceva Francesco: *la comunità evangelizzatrice si immerge con opere e gesti nella vita quotidiana degli altri, accorcia le distanze, si abbassa fino all'umiliazione se necessario, e assume la vita umana, toccando la carne sofferente di Cristo nel popolo. Gli evangelizzatori hanno così «odore di pecora» e queste ascoltano la loro voce.*

Evangelii Gaudium N° 24

Dietro Sebastiano, una finestra mostra angeli che sostengono una corona dorata sopra la sua testa. Questo dettaglio offre speranza alle madri e agli accompagnatori: sebbene il cammino dell'accompagnamento di una persona in situazione di dipendenza sia un martirio pieno di frecce di incomprensione e stanchezza, quello sforzo ha una dignità sacra agli occhi di Dio ed è una fonte di luce in mezzo all'oscurità del Golgota.

3.6 | Sant'Antonio Abate

C'è un'altra figura che nel Retablo acquista una dimensione fondamentale. Ed è quella di Sant'Antonio Abate, nel rappresentare non solo la lotta individuale contro il male, ma anche il potere della Chiesa orante che sostiene i processi di guarigione dei giovani in recupero.

Nella tavola laterale Sant'Antonio appare in pace, mentre un demone tenta di rompere il vetro dietro di lui. Si personifica la Chiesa orante. Questa immagine rappresenta gli uomini e le donne che, dal silenzio e dalla preghiera, forniscono la radice e il sostegno spirituale necessari a coloro che lottano per spezzare le catene che li legano e a coloro che lavorano nella trincea delle dipendenze. Così come la pace del santo non si altera per l'attacco esterno, questa intercessione costante aiuta i giovani a mantenersi saldi di fronte alle voci della disperazione che tentano di sabotare i loro cammini di libertà.

Questo è il pannello delle Tentazioni, e mostra il santo assalito da mostri che simboleggiano tanto i vizi quanto le allucinazioni della malattia. Nella pastorale delle dipendenze, questi demoni rappresentano gli spiriti maligni che cercano di perturbare la mente di chi porta avanti un processo di recupero al fine di riportarlo in una scena di autodistruzione. La Chiesa orante agisce qui come una forza che aiuta a espellere la mondanità e la tentazione di tornare alle cipolle d'Egitto (cfr. Nm 11, 15) o di *allontanarsi dal nodo della tempesta umana*.

cfr. Evangelii Gaudium N° 270

Ai piedi del santo, il foglio con l'iscrizione *"Dov'eri, buon Gesù...?* riflette il grido della persona in situazione di dipendenza che si sente abbandonata nel momento più crudo della sua astinenza o ricaduta. La risposta che riceve Antonio —che Dio è stato sempre lì per vedere la sua lotta— è il messaggio che la Chiesa orante trasmette ai giovani: il loro processo è una lotta valorosa dove la loro dignità spirituale permane intatta nonostante il maltrattamento fisico o mentale della droga.

Sant'Antonio porta il suo pastorale in forma di Tau (T), segno di potere curativo per gli antoniani. Nell'analogia dell'accompagnamento, questo pastorale rappresenta la comunità e la Chiesa orante che servono da supporto fisico e spirituale per evitare che il figlio spezzato finisca di crollare, trasformando un simbolo di debolezza in uno strumento di salvezza e sostegno quotidiano.

3.7 | La sepoltura di Gesù

La scena della Sepoltura di Gesù appare nella parte inferiore del Retablo, e costituisce il punto di maggior realismo e crudezza, offrendo una potente analogia della Chiesa che accompagna i figli spezzati dalla dipendenza, anche nei momenti che sembrano di sconfitta totale o morte.

La scena esibisce il corpo di Gesù fatto a brandelli, con un pallore verdastro e cadaverico, coperto di piaghe e ferite ulcerate che indicano i sintomi dell'ergotismo.

La Chiesa che permane dopo il fallimento dell'efficacia. Mentre la società spesso abbandona coloro che non riescono a recuperarsi, questa scena del Retablo mostra San Giovanni, la Vergine e la Maddalena che sostengono e piangono sul corpo inanimato di Gesù, rappresentando in questo modo la Chiesa che cammina con le persone spezzate al di là della logica dell'efficacia. Non è la Chiesa che è presente solo quando c'è successo o guarigione, ma quella che sa restare nel silenzio del sepolcro, abbracciando la vita spezzata anche se sembra che non ci sia soluzione immediata.

Così come i discepoli preparano il corpo di Gesù con cura e riverenza, la comunità di fede riconosce anche la dignità sacra di quelle persone che sono morte per strada o per overdose. È la Chiesa che, lungi dal giudicare, continua a pregare e a onorare la memoria dei suoi figli, confidando che nessuna vita si perde definitivamente per Dio.

Per le persone che attraversano il lutto di veder partire i propri cari, questa immagine convalida il loro sentimento e viene al loro incontro nel momento del massimo dolore. Tuttavia, ponendo quel dolore sull'altare, il retablo insegna

che la discesa all'inferno della dipendenza è un terreno già abitato da Cristo, diventando il passo previo necessario per la speranza della Risurrezione che si mostra all'aprire le porte.

Nella pastorale attuale, questa scena si collega con i santuari della misericordia, dove i volti di coloro che non sono sopravvissuti alla droga permangono presenti nelle preghiere della comunità. La predella (parte inferiore del Retablo) è il promemoria che la Chiesa è una madre che non lascia la mano dei suoi figli, nemmeno quando il mondo ha già dato loro sepoltura, poiché la sua fede si fonda su un Dio che è stato anche sepolto e che promette la restaurazione di ogni carne ferita.

Parte II

Vedere

Ricevere la realtà

Ricevere la realtà

Questa sezione è un invito a realizzare una diagnosi onesta della realtà che attraversano i nostri fratelli in tutta la regione. Non pretendiamo qui anticipare soluzioni né quadri teorici, bensì adempiere al compito di osservare frontalmente ciò che accade nei nostri quartieri, così come emerge dall'ascolto degli agenti che percorrono il territorio.

Osservare non è semplicemente raccogliere dati statistici o rapporti tecnici. È, prima di tutto, un atto di ricezione; è ricevere nel cuore e lasciarsi commuovere dal volto sofferente di coloro che abitano le periferie. Attraverso questo esercizio, riconosciamo una trama sociale complessa in cui il consumo problematico di sostanze appare come il sintomo visibile di ferite e fratture vincolari molto più profonde.

Fratelli Tutti N° 18-21

Ciò che le testimonianze e le esperienze degli agenti rivelano è un tessuto sociale sfilacciato dalla cultura dello scarto e dall'orfanità funzionale. In queste pagine si descrive una realtà cruda in cui il narcotraffico tenta di organizzare la vita quotidiana, in cui le istituzioni di prossimità attraversano crisi di senso e in cui settori specifici della popolazione restano intrappolati in cicli di esclusione estrema. L'obiettivo di questa sezione è, pertanto, offrire uno sguardo sinodale che ci permetta di comprendere la portata della sfida prima di tentare qualsiasi risposta.

Una precisazione metodologica è necessaria prima di addentrarci in questa diagnosi. Le pagine che seguono integrano due tipi di informazione che il lettore deve distinguere. Da un lato, le percezioni, le testimonianze e le stime che gli agenti pastorali hanno condiviso durante il processo sinodale, le quali riflettono ciò che vedono e vivono coloro che percorrono il territorio ogni giorno.

Dall'altro, alcuni dati epidemiologici o statistici provenienti da fonti istituzionali, incorporati per contestualizzare tali percezioni. Quando una cifra proviene da una fonte verificabile, essa viene indicata. I dati quantitativi che compaiono in queste pagine provengono, nella maggior parte dei casi, dalla percezione convergente degli agenti pastorali che hanno partecipato al processo sinodale. Quando si incorporano riferimenti a stime di organismi internazionali o alla letteratura delle scienze della salute, essi vengono identificati come tali. Questa onestà metodologica non indebolisce la diagnosi; la rafforza, poiché lo sguardo sinodale possiede un'autorità propria che non ha bisogno di travestirsi da dato tecnico per essere ascoltata.

Capitolo 4

La crisi non si può più nascondere

Figura 4.1: I volti della crisi

4.1 | I nostri quartieri

I nostri territori sono segnati oggi da un tessuto sociale sfilacciato, in cui la perdita di radici e un individualismo estremo erodono la nozione di popolo. In queste comunità, la problematica delle sostanze non è un fatto isolato, bensì un intreccio che colpisce tutti gli elementi vitali della convivenza. Si osserva che il narcotraffico si è costituito come l'organizzatore della vita quotidiana davanti al ripiegamento o all'assenza delle istituzioni statali, occupando una posizione di potere che gli consente di regolare dalla sicurezza fino all'economia domestica delle famiglie.

Questa narcocultura funziona come una struttura che impone frontiere invisibili nel quartiere, dove il semplice spostamento da un settore all'altro può rappresentare un rischio per la vita. Nelle baraccopoli più emarginate, il crimine organizzato offre l'unico cammino di ascesa sociale visibile, trasformando l'etica del lavoro nella logica del denaro facile. La realtà è cruda: i bunker sono diventati i nuovi centri di riferimento commerciale del quartiere e la vendita di sostanze si è atomizzata a tal punto che gli stessi consumatori si vedono spinti alla commercializzazione per sostenere il proprio consumo.

Christus Vivit N° 71-74

L'aspetto più critico di questa diagnosi è la cattura pianificata dell'infanzia. Bambini e adolescenti vengono utilizzati come anelli della catena delinquenziale nella figura di soldatini o microtrafficanti. Le cronache territoriali concordano nel riportare casi di inizio del consumo nei quartieri popolari a partire dagli 8 o 9 anni di età, una realtà che contrasta con le statistiche nazionali — che solitamente collocano la media di inizio tra i 13 e i 15 anni — ed evidenzia la particolare mancanza di protezione delle infanzie nei settori di maggiore esclusione. A ciò si aggiunge una marcata femminilizzazione della povertà, in cui le donne affrontano da sole la crescita dei figli in contesti di violenza, restando frequentemente intrappolate tra la necessità di sussistenza e la totale mancanza di protezione.

Si rileva, inoltre, una frammentazione della risposta istituzionale. Lo Stato tende ad arrivare in modo tardivo o attraverso processi burocratici che risultano estranei alla storia e ai legami delle persone. Il quartiere è diventato uno scenario di contesa per la soggettività, dove il messaggio del consumo immediato compete con la possibilità di una vita dignitosa. Attualmente, la realtà degli angoli delle strade e dei corridoi mostra che l'approccio meramente assistenzialistico risulta insufficiente di fronte alla profonda rottura dei legami sociali e alla desolazione di comunità intere che vedono il territorio come un luogo di scarto.

4.2 | Le nostre parrocchie

Nell'osservare la realtà delle nostre comunità ecclesiali, si rileva una tensione persistente tra il mandato del Vangelo e la pratica operativa di fronte al consumo. Molte parrocchie funzionano secondo una logica prevalentemente amministrativa o di sacrestia, ripiegate nel mantenimento di un ordine interno e mantenendo una distanza prudente dal dolore che abita nei loro territori. Questo atteggiamento ignora frequentemente il fatto che la problematica delle dipendenze ha già penetrato la vita dei fedeli stessi, trattandola come una realtà estranea che non richiede una risposta pastorale specifica.

Esiste una tendenza ricorrente a dialettizzare la realtà, classificando le persone tra quelli di dentro e quelli di fuori, o tra integrati ed esclusi. Questo sguardo tende ad etichettare il consumatore di sostanze sotto categorie morali di peccato o delinquenza, il che oscura la sua dignità ontologica. Si osserva che la rigidità degli orari e delle procedure istituzionali tende ad anteporsi al caos esistenziale che introduce chi arriva in situazione di crisi. Questa dinamica genera un ambiente che viene percepito come espulsivo da coloro che sono spezzati, i quali trovano nella struttura parrocchiale più una dogana di controllo che una casa di accoglienza.

La diagnosi rivela, inoltre, che la risposta ecclesiale tende ad essere tardiva. Si riconosce che l'arrivo di un giovane in carcere o in un istituto per minori è, in molti casi, il risultato di una comunità che non è riuscita a offrire una rete di contenimento preventiva. Questo ritardo si approfondisce per la mancanza di comprensione del problema da parte degli agenti pastorali, i quali spesso considerano che la Chiesa non possieda strumenti per questo campo e delegano la responsabilità esclusivamente a specialisti, assistenti sociali o allo Stato. Questa disconnessione non solo mutila la dimensione sociale del messaggio cristiano, ma lascia nell'orfanità le famiglie che si rivolgono ai templi cercando un conforto e un accompagnamento che non trovano nella burocrazia statale.

4.3 | Le nostre scuole

L'ambito educativo nella regione attraversa una crisi di senso che si manifesta in una profonda disconnessione tra l'istituzione e la realtà vitale dei giovani. Nei territori più vulnerabili, gli agenti riportano che nei contesti di maggiore vulnerabilità fino al 50 per cento degli adolescenti abbandona la scuola secondaria perché il sistema non riesce a rispondere alle loro esigenze né a offrire un orizzonte attraente. La scuola, che dovrebbe funzionare come agente di socializzazione primaria, viene percepita spesso come uno spazio estraneo in cui i contenuti accademici non riescono a dialogare con le urgenze del quartiere.

Si rileva con allarme che il consumo di sostanze ha permeato le mura scolastiche a età sempre più precoci, con casi di consumo problematico riportati persino nei primi anni della scuola primaria. Di fronte a questa realtà, la risposta istituzionale tende ad oscillare tra l'indifferenza e un sovraintervento frammentato. In quest'ultimo scenario, diversi attori come centri di salute, tribunali e organismi sociali agiscono su uno stesso bambino senza alcun coordinamento, il che porta a uno smembramento della sua situazione personale. Questa dinamica non solo risulta inefficace, ma viola l'intimità degli studenti facendo circolare informazioni sensibili in tutto l'ambiente comunitario senza criteri di

cura integrale.

La diagnosi rivela anche una notevole mancanza di preparazione nei corpi docenti e direttivi per accompagnare la complessità delle dipendenze. Di fronte alla carenza di strumenti di individuazione e intervento, si ricorre frequentemente a etichette stigmatizzanti che finiscono per espellere il giovane dal sistema educativo, rafforzando la sua esclusione. Si osserva inoltre un'incoerenza istituzionale in certe comunità dove, mentre si tenta di prevenire il consumo, si naturalizza la presenza e la vendita di alcol durante eventi scolastici per raccogliere fondi, inviando messaggi contraddittori ai minori.

Infine, l'aula è impattata da un contesto macro disorganizzato in cui la povertà, la malnutrizione e l'assenza di figure adulte di riferimento trasformano lo spazio scolastico in un semplice luogo di passaggio. L'educazione è stata ridotta in molti casi alla mera trasmissione di dati, perdendo la sua capacità di ascolto e di formazione di cittadini con un proposito. Nello stato attuale delle cose, la scuola si mostra indebolita nella sua funzione di contenimento, perdendo la battaglia per la soggettività dei giovani di fronte all'offerta immediata ed evasiva delle sostanze.

4.4 | La situazione particolare delle donne

L'esperienza delle donne attraversate dal consumo nella regione rivela una trama di vulnerabilità specifica che differisce profondamente da quella maschile. Si osserva una doppia condanna, sociale e morale: la donna viene giudicata non solo per l'uso di sostanze, ma per il mancato adempimento del ruolo culturale di madre e custode del focolare. Questo stigma genera un'interiorizzazione del rifiuto, in cui la persona arriva a percepire la propria situazione come una vergogna personale, il che alimenta cicli di colpa e autodisprezzo che tendono a paralizzare la ricerca di accompagnamento.

Nell'ambito relazionale, si rileva un marcato contrasto rispetto agli uomini. Mentre questi ultimi tendono a contare su una rete di contenimento femminile — madri, mogli o sorelle — durante i loro percorsi, le donne affrontano frequentemente l'abbandono da parte dei partner e delle famiglie quando il consumo diventa visibile. A questa solitudine strutturale si aggiunge il timore costante dell'intervento statale; molte madri nascondono la propria problematica per paura che gli organismi di protezione sottraggano loro la custodia dei figli, percependo il sistema più come un'istanza punitiva che ristoratrice.

Dal punto di vista biologico, si identifica il fenomeno denominato effetto telescopio, per il quale le donne transitano dal primo uso alla dipendenza severa

e al danno fisico in un tempo molto più accelerato rispetto agli uomini. Fattori fisiologici, come la maggiore proporzione di tessuto adiposo in cui permangono impregnate le sostanze psicoattive, rendono difficoltosi e prolungano i processi di disintossicazione, incrementando il rischio di cirrosi, patologie duali e un deterioramento organico precoce.

La diagnosi territoriale segnala che il consumo femminile funziona, in gran parte, come un tentativo autoterapeutico di fronte a traumi complessi. Storie di violenza di genere, abusi nell'infanzia, negligenza e orfanità configurano una frattura interna che la sostanza cerca di anestetizzare. In contesti di femminilizzazione della povertà, la mancanza di accesso a terra, tetto e lavoro dignitoso spinge molte donne verso strategie di sopravvivenza ad alto rischio, come il narcospaccio o la prostituzione, per sostenere l'economia familiare, il che le espone a nuovi circoli di violenza e consumo.

Infine, si avvertono serie carenze nel sistema di salute pubblica. Esiste una carenza critica di centri di assistenza specifici per le donne e persiste un forte stigma nei centri ospedalieri generali, dove si registrano situazioni di maltrattamento, umiliazione o segregazione nei confronti di donne incinte o con HIV. La risposta istituzionale tende ad ignorare la necessità di un approccio integrale che consideri la maternità e la riparazione dei legami primari come assi centrali del processo diagnostico.

4.5 | Le famiglie e i più piccoli

Nell'osservare la realtà dei più piccoli nei territori, si identifica una delle ferite più profonde della regione: la diminuzione drastica dell'età di inizio del consumo, con gli agenti pastorali che riportano casi nei settori popolari a partire dagli 8 o 9 anni. Questo fenomeno si manifesta come il risultato di un'orfanità funzionale, in cui bambini e adolescenti crescono in ambienti in cui gli adulti di riferimento hanno cessato di essere figure protettive per diventare assenti o invisibili. Si rileva che le famiglie, che dovrebbero costituire un porto sicuro, si trovano frequentemente frammentate o attraversate dalla stessa problematica del consumo, dalla povertà strutturale e dal sovraffollamento. Questa desolazione spinge i minori verso la strada non solo in cerca della sostanza, ma come modo di fuggire da dolori intollerabili o di trovare l'affetto e l'appartenenza che non trovano nei loro focolari.

Le comunità infantili in questi contesti sono segnate dal trauma complesso. Il maltrattamento intrafamiliare, la negligenza e l'abuso sessuale configurano uno scenario che condiziona lo sviluppo fin dalla prima infanzia. In questo quadro, il

narcotraffico opera come un sistema di cattura pianificata, reclutando bambini tra i 12 e i 16 anni per utilizzarli come soldatini o microtrafficanti. Questa struttura criminale si presenta come l'unico cammino di ascesa sociale visibile davanti al ripiegamento delle istituzioni statali, approfittando della vulnerabilità biologica di un cervello in sviluppo la cui corteccia prefrontale immatura è priva dei freni necessari per valutare il rischio o resistere alla pressione del gruppo.

In molti casi, coloro che dovrebbero essere figure protettive non assumono pienamente il ruolo di padre o madre. Presentano difficoltà nello stabilire limiti e nell'adattarsi alle esigenze che comportano la vita familiare e l'arrivo dei figli, senza aver sviluppato le abilità necessarie per esercitare una genitorialità adeguata. Generalmente, questi adulti non sono stati neppure preparati per formare una famiglia: provengono da esperienze simili e non riescono a rompere il circolo che finisce per ripetersi nella loro stessa esperienza come genitori.

La diagnosi rivela così una ripetizione generazionale di queste storie, in cui molti degli adulti che oggi attraversano il consumo sono i bambini feriti del passato che non hanno mai potuto contare su una rete di contenimento efficace. A questa situazione si aggiunge l'impatto della denutrizione e della malnutrizione che, combinate con l'uso di sostanze altamente tossiche come il crack o la pasta base, generano livelli di deterioramento cognitivo e disabilità che compromettono il futuro di migliaia di minori in situazione di esclusione. La femminilizzazione della povertà gioca anch'essa un ruolo centrale: le madri affrontano in solitudine la crescita dei figli e lo stigma sociale, il che porta a un timore costante di essere sanzionate dal sistema di protezione statale.

Infine, si riconosce l'emergere di nuove forme di isolamento all'interno del focolare attraverso l'ambiente digitale. Studi internazionali e l'osservazione territoriale concordano nel rilevare che i bambini possono trascorrere più di otto ore al giorno davanti agli schermi, esponendosi a un sovraccarico di informazioni e, in modo crescente, alla ludopatia da scommesse online. Questo ambiente genera una disconnessione progressiva dalle emozioni e dai legami familiari primari. La liberazione costante di dopamina provocata dai dispositivi elettronici altera i circuiti cerebrali del piacere in modo analogo a quello delle sostanze chimiche, approfondendo l'ansia e l'isolamento nel seno stesso del focolare.

4.6 | Le nuove tecnologie

Nell'osservare la realtà delle nostre comunità, si riconosce l'emergere di un nuovo scenario di rischio: il territorio digitale. Questo spazio, sebbene privo di

una geografia fisica, è dove oggi si gioca gran parte dell'esistenza, dell'identità e dei legami dei giovani. Non si tratta solo di strumenti di comunicazione, bensì di un ambiente che plasma la soggettività attraverso meccanismi di impulsività e compulsività che alterano i centri del piacere in modo analogo alle sostanze chimiche.

Si rileva un'allarmante colonizzazione del tempo e dell'attenzione, in cui gli adolescenti trascorrono diverse ore al giorno davanti agli schermi, con stime internazionali che superano le otto ore in alcuni contesti. Questo consumo genera uno stato di allerta costante dovuto al flusso incessante di notifiche — che possono raggiungere le centinaia al giorno — il che alimenta il fenomeno conosciuto come FOMO (paura di restare fuori). Questo sovraccarico di informazioni sfocia in un'ansia persistente per l'approvazione dei pari e in una frammentazione dell'attenzione che ostacola lo sviluppo di processi riflessivi profondi.

Si osserva con particolare preoccupazione la mutazione dell'intrattenimento verso la ludopatia da scommesse online, specialmente nei minori. Questo percorso tende ad iniziarsi in modo insidioso attraverso videogiochi apparentemente gratuiti che introducono logiche di mercato e competizione, evolvendo poi verso le scommesse su internet. Questa forma di dipendenza comportamentale funziona come una via di fuga per anestetizzare malesseri emotivi o incertezze della vita quotidiana, generando un dolore secondario segnato dalla colpa e dall'isolamento assoluto nella propria stanza.

L'impatto di queste tecnologie si manifesta anche nella salute fisica e nel tessuto familiare. Si riportano problemi alla colonna vertebrale e gravi perturbazioni del sonno legate a posture e orari inadeguati che alterano il ritmo vitale. In casa, la dipendenza dal dispositivo genera una disconnessione dalle emozioni e dai legami primari, sostituendo il dialogo con un intrattenimento costante che rende invisibili i problemi ai genitori fino a quando il deterioramento è severo. La diagnosi evidenzia che questo sistema è progettato per vincere l'autocontrollo dei giovani, la cui corteccia prefrontale — il freno biologico degli impulsi — si trova ancora in pieno processo di sviluppo.

4.7 | La salute

Nell'osservare la salute fisica delle persone attraversate dal consumo, si riconosce una realtà di fragilità estrema e abbandono sistemico. La diagnosi territoriale rivela una situazione di orfanità assistenziale, in cui il sistema sanitario formale tende a trovare un limite davanti alla marginalità. Si rileva che le istituzioni

sanitarie presuppongono che il paziente possieda condizioni di vita basali, come un tetto, il cibo o la stabilità abitativa, la cui assenza annulla l'efficacia di qualsiasi trattamento medico ed espelle i soggetti dal circuito di cura.

Le barriere di accesso si manifestano attraverso una burocrazia che risulta espulsiva per i più poveri. Il sistema esige frequentemente documenti di identità, rispetto di orari rigidi e spostamenti costosi che le persone senza fissa dimora o dei quartieri periferici non possono sostenere. Nelle zone rurali o di montagna, questa situazione si aggrava per la lontananza geografica e la mancanza di pianificazione, il che interrompe la continuità di processi vitali. Si osserva che il sistema è frammentato e saturo, offrendo risposte amministrative che danno priorità alla procedura rispetto all'urgenza del sofferente.

Un elemento critico della diagnosi è lo stigma e il trattamento discriminatorio all'interno dei centri medici. Le testimonianze degli agenti concordano nel rilevare che il personale sanitario spesso maltratta, segrega o ignora le persone in situazione di consumo o le persone con HIV. Si sono registrate situazioni in cui madri incinte in situazione di consumo vengono segregate nelle sale d'attesa degli ospedali generali, un gesto di rifiuto che le allontana dalla possibilità di chiedere aiuto. Questo stigma funziona come una barriera invisibile che approfondisce la mancanza di protezione e scoraggia l'avvicinamento delle popolazioni più vulnerabili alla salute pubblica.

Il deterioramento fisico derivato dal consumo cronico, specialmente di sostanze altamente tossiche come il crack o la pasta base, genera danni neurologici e cognitivi severi, compromettendo gravemente il sistema immunitario. Questa vulnerabilità biologica facilita la propagazione di malattie marcatrici della povertà, come la tubercolosi, l'HIV/AIDS e le epatiti. La diagnosi tende ad essere tardiva a causa della mancanza di una rete di cure preventive, il che porta a che molte persone arrivino negli ospedali in fasi terminali. Il risultato è un indice allarmante di morti che vengono descritte come vergognose e assolutamente prevenibili.

Infine, si identifica una problematica specifica nella salute neonatale e infantile. Si avverte un incremento di neonati che nascono con sindrome da astinenza neonatale, epilessie o disabilità legate al consumo materno durante la gestazione. Nelle donne, il già menzionato effetto telescopio accelera il danno organico, risultando in patologie gravi in tempi molto più brevi rispetto agli uomini. Questa realtà evidenzia che la crisi sanitaria nei territori non è solo un problema di mancanza di medicine, ma di una struttura istituzionale che non riesce a riconoscere la dignità di chi abita le periferie.

4.8 | Salute mentale

Nell'osservare la realtà dei nostri territori, si riconosce che la salute mentale è una componente critica e frequentemente invisibilizzata nel dramma delle dipendenze. La diagnosi rivela che, secondo stime consistenti nella letteratura clinica internazionale, approssimativamente il 50 per cento delle persone che soffrono di un disturbo da uso di sostanze presentano anche un disturbo mentale cooccorrente, il che configura la complessità della patologia duale. Si rileva che il consumo non è il problema in sé, bensì il sintomo di una frattura interna o un tentativo autoterapeutico di anestetizzare una vita che è diventata intollerabile a causa di ferite profonde.

La problematica si fonda su una disregolazione del sistema nervoso centrale di fronte a stimoli che il soggetto non riesce a significare adeguatamente. Il consumo appare allora come uno strumento di fuga o disconnessione di fronte a un mondo percepito come minaccioso, specialmente quando esistono reti di memoria disadattive che immagazzinano traumi, abusi o abbandono nell'infanzia. Si identifica una prevalenza significativa di diverse organizzazioni della personalità nei quartieri, distinguendosi le strutture limite o borderline, così come quadri psicotici caratterizzati da grande fragilità e perdita del giudizio di realtà.

Si osserva con preoccupazione che il sistema sanitario formale tende a trovare un limite davanti a questa marginalità. Le istituzioni offrono spesso risposte frammentate che ignorano la necessità di affrontare l'integrità della persona, trattando la dipendenza e il disturbo mentale come compartimenti stagni che non comunicano tra loro. Questa mancanza di sguardo integrale porta a che i quadri psichiatrici di base e i traumi previ restino non curati, il che tende a condurre a ricadute ricorrenti che lo stesso sistema penalizza o fraintende come mancanza di volontà.

Infine, la diagnosi evidenzia il peso dello stigma e della vergogna. Il paziente tende a interiorizzare il rifiuto sociale, trasformandolo in un sentimento di indegnità che sabota i propri tentativi di benessere. La realtà dei nostri fratelli rivela che la dipendenza è la manifestazione visibile di un'orfanità emozionale profonda, in cui il vuoto esistenziale e la mancanza di punti di riferimento chiari lasciano l'individuo senza strumenti psichici per affrontare il dolore della propria storia.

4.9 | Il dramma del lavoro

Nel ricevere la realtà dei nostri territori, riconosciamo che il lavoro non è solo un mezzo di sussistenza, bensì l'asse vertebratore che conferisce dignità e senso alla vita quotidiana. Tuttavia, oggi ci duole constatare che questo asse si trova frequentemente fratturato, trasformandosi in uno scenario di profonda sofferenza per i nostri popoli. Il dramma del lavoro si manifesta tanto nell'angoscia della disoccupazione quanto nella disumanizzazione delle condizioni lavorative, realtà che devono essere affrontate come ferite profonde nella salute integrale della persona.

La mancanza di impiego non deve essere guardata solo dalle statistiche economiche; è una vera e propria urgenza che destruttura il cuore e la mente. L'assenza di un compito che ordini la giornata genera blocchi di *tempo vuoto* che aumentano la vulnerabilità al consumo, in cui la droga appare come una falsa anestesia per mitigare il dolore dello sconforto. Questa situazione spinge il fratello verso una *deriva sociale* che tende a culminare nella rottura dei legami familiari e, nei casi più estremi, nella condizione di senza fissa dimora. Per questa pastorale, la disoccupazione è un fattore predittivo di ricaduta che richiede una risposta di misericordia e giustizia immediata.

Il mondo del lavoro non è sempre uno spazio di realizzazione; spesso presenta condizioni che fanno ammalare e predispongono al consumo. Osserviamo con dolore come i lavori in climi estremi o ritmi estenuanti inducano all'uso di sostanze per *resistere* alla fatica. La precarietà lavorativa agisce come una pandemia tossica che penetra nella soggettività dei lavoratori, producendo ansia e una profonda solitudine. In molti settori, si vive una *privatizzazione dell'esaurimento*, in cui il malessere sistemico viene caricato come un fallimento personale, nascondendo le strutture di peccato che disumanizzano il lavoro quotidiano.

All'estremo opposto della disoccupazione, ci troviamo di fronte al fenomeno del *workaholism* o dipendenza dal lavoro. È una patologia che la società tende a lodare sotto la maschera del successo e dell'efficienza, ma che nasconde un bisogno incontrollabile di riempire vuoti esistenziali. La persona dipendente dal lavoro basa il proprio valore unicamente sulla produttività, trascurando la propria salute e i propri legami sacri. È vitale che l'agente pastorale sia attento ai processi di recupero, poiché spesso la compulsione per la sostanza viene sostituita da questa dipendenza compulsiva dal lavoro. Questa *situazione nascosta* non è che un'altra forma di dipendenza che conduce inevitabilmente all'esaurimento spirituale e alla perdita del senso della vita in comunità.

4.10 | I nostri fratelli per strada

Nell'osservare la realtà di coloro che abitano le strade della nostra regione, si riconosce una delle espressioni più crude della cultura dello scarto. Questa situazione non si limita a una carenza di risorse economiche, bensì risponde a una traiettoria di vulnerabilità multipla segnata da rotture profonde nei legami familiari, abbandoni precoci e lutti che non sono stati elaborati. Si rileva che molti fratelli percepiscono la strada, in modo paradossale, come uno spazio di falsa libertà; di fronte all'assenza di norme e reti di supporto, questa autonomia apparente li mantiene lontani dagli organismi governativi e perpetua cicli di marginalizzazione estrema.

In questo contesto, l'uso di sostanze psicoattive funziona come un tentativo autoterapeutico per anestetizzare una realtà che è diventata intollerabile. La sostanza viene utilizzata come strumento per elaborare l'impatto del freddo, della fame e della solitudine, così come la disregolazione emotiva provocata da ferite dell'infanzia, abusi e maltrattamenti. Il consumo agisce, pertanto, come un meccanismo di fuga e disconnessione di fronte a un ambiente che l'individuo percepisce come ostile e minaccioso.

La diagnosi rivela che il sistema sanitario formale tende a trovare un limite davanti alla marginalità della strada. Le istituzioni sanitarie e sociali presuppongono frequentemente che il paziente abbia risolto i propri bisogni fondamentali, esigendo per l'accesso ai trattamenti condizioni di stabilità abitativa, alimentazione e documentazione che la persona non possiede. Questa rigidità burocratica risulta espulsiva e sfocia in un alto tasso di morti assolutamente prevenibili per malattie infettive come la tubercolosi, l'HIV e l'epatite C, poiché il sistema non riesce a rendere flessibili i propri protocolli per assicurare l'adesione ai trattamenti in condizioni di intemperie.

Si osserva, inoltre, che di fronte all'orfanità funzionale dei loro focolari d'origine, le persone senza fissa dimora tessono legami di mutuo supporto nel territorio stesso della strada, conformando una rete relazionale che opera come una famiglia alternativa. Questi legami sono così significativi che spesso diventano un fattore di nostalgia che ostacola i processi di recupero se non si offre una comunità di appartenenza simile. Infine, la diagnosi evidenzia che lo stigma sociale li rende invisibili alla cittadinanza, privandoli non solo dell'accesso a diritti fondamentali come l'abitazione, ma del riconoscimento fondamentale di essere chiamati con il proprio nome.

4.11 | La popolazione travesti-trans

Nell'osservare la realtà della popolazione travesti-trans nella regione, si identifica che l'identità, l'esclusione e il consumo fanno parte di una stessa trama di vulnerabilità multipla. Le traiettorie di queste persone tendono ad essere segnate da un'espulsione precoce dagli spazi che avrebbero dovuto offrire loro cura, quali la famiglia, la scuola, l'ambito lavorativo e il sistema sanitario. Questa esclusione sostenuta lascia impronte profonde nell'interiorità, dove il consumo di sostanze appare come una risorsa per tentare di alleviare il dolore, la solitudine e la mancanza di appartenenza generata dal rifiuto sistemico dell'ambiente sociale.

Per gran parte di questa popolazione, il sistema ha funzionato secondo un binomio restrittivo che limita le possibilità di sussistenza quasi esclusivamente al lavoro sessuale o a settori informali come la parrucchieria, senza offrire alternative reali di formazione o impiego. In questo scenario, la prostituzione si lega strettamente al consumo, poiché la sostanza diventa uno strumento di sopravvivenza necessario per sopportare le condizioni della strada, il freddo, la fame, la paura e la violenza. Si rileva, inoltre, che la vulnerabilità viene frequentemente sfruttata da terzi che fomentano l'uso di droghe per facilitare situazioni di abuso o per assicurare il controllo sulle persone.

La diagnosi rivela anche un conflitto particolare legato ai processi di transizione dell'identità. Si osserva che il divario tra l'immagine mentale desiderata e la realtà fisica può generare dolori simbolici e un'ansia profonda che innescano l'uso di sostanze come via di fuga. Parimenti, questa popolazione affronta una frammentazione estrema nell'accesso alla salute, dove persiste uno stigma che le fa sentire estranee o indicate anche in ambiti istituzionali e comunitari. Il consumo agisce, in ultima istanza, come una sutura fallita per anestetizzare ferite di maltrattamento e ingiustizia accumulate nel corso della vita.

Dal punto di vista spirituale, si percepisce una situazione di orfanità istituzionale. Di fronte al rifiuto o all'invisibilità nelle strutture religiose tradizionali, molte persone hanno cercato rifugio in credenze alternative per trovare la protezione che la società nega loro. Dietro la corazza di durezza che hanno costruito per sopravvivere all'ostilità dell'ambiente, si rileva un'essenza fragilizzata e stanca che evidenzia la mancanza di una rete di supporto che riconosca la loro dignità fondamentale. Lo stato attuale delle cose mostra che il sistema limita drasticamente la loro speranza di vita e la loro capacità di progettare un futuro al di fuori dei margini dell'esclusione.

Una precisazione pastorale è necessaria. Questo manuale affronta la realtà

della popolazione travesti-trans dalla prospettiva specifica della sua competenza: l'accompagnamento e la prevenzione delle dipendenze in contesti di esclusione. L'inclusione di questa popolazione nella diagnosi non presuppone né implica una presa di posizione dottrinale sulle teorie contemporanee dell'identità di genere, il cui discernimento compete ad altri ambiti del magistero ecclesiale. Ciò che presuppone è un'opzione inequivocabile per la dignità e la vita di ogni persona umana, indipendentemente dalla sua condizione, dalla sua identità o dalla sua storia. Il Papa Francesco è stato chiaro al riguardo: la pastorale non può essere subordinata a un dibattito teorico quando ci sono persone che muoiono per strada senza che nessuno chieda loro il nome. Il compito di questo manuale è precisamente quello: chiedere loro il nome, riconoscere la loro dignità ontologica come figli di Dio e offrire l'accompagnamento che nessun'altra istituzione sta offrendo loro. Che la Chiesa accompagni queste persone non richiede aver esaurito tutte le questioni dottrinali che la loro realtà pone; richiede aver compreso che nessuno può restare fuori dalla cura pastorale mentre vive nella sofferenza. Come insegna la Pala d'altare di Isenheim, gli antoniani non chiedevano la diagnosi prima di aprire la porta del monastero.

4.12 | Le carceri

Nell'osservare la realtà del mondo penitenziario nella regione, si identifica un'estensione diretta della vulnerabilità che già abita nei quartieri popolari. Le carceri sono popolate in maggioranza da persone in situazione di povertà, il che rivela un sistema in cui il consumo problematico e il reato commesso per sostenerlo intrappolano i settori più esclusi in un ciclo di recidiva. Si rileva che la detenzione, lungi dal funzionare come spazio di risocializzazione, tende ad approfondire la problematica delle dipendenze.

La dinamica interna dei penitenziari è caratterizzata dall'esistenza di un mercato di sostanze in cui la droga funziona come moneta di scambio e strumento di potere. Si osserva che il consumo all'interno della detenzione è caotico e frequentemente legato a situazioni di violenza. Esistono strutture interne che schiavizzano i detenuti attraverso il debito; si riportano casi in cui, di fronte al rifiuto di un detenuto di consumare o vendere, si esercita violenza fisica su di lui per obbligare la sua famiglia a inviare denaro dall'esterno. Questa realtà trasforma il penitenziario in uno scenario di maggior rischio e mancanza di protezione rispetto alla strada stessa.

Nell'ambito delle carceri minorili, la diagnosi è ancora più critica. Si registra che la grande maggioranza degli adolescenti privati della libertà lo sono per cause direttamente legate all'uso di sostanze. L'impatto del consumo nel

penitenziario genera danni irreversibili nello sviluppo neurologico, considerando che il cervello umano completa la sua maturazione verso i 25 anni. Si rileva inoltre una barriera nell'accesso alla salute mentale: molti detenuti che soffrono di patologie psichiatriche rifiutano la medicazione necessaria per timore che il sistema giudiziario utilizzi quella diagnosi per allungare le loro pene o negare loro uscite transitorie sotto l'etichetta di malati mentali.

La diagnosi include anche la situazione del personale penitenziario, che spesso lavora in condizioni di precarietà simili a quelle dei detenuti. Si osserva che molti agenti sono attraversati dalla stessa problematica del consumo, una realtà che rimane silenziata dallo stigma istituzionale. Questa situazione impedisce che il personale agisca come referente di cura e lo colloca, in alcuni casi, come parte dell'ingranaggio del mercato interno di sostanze.

Infine, si identifica il fenomeno denominato l'abisso della libertà. La tappa più complessa del processo non si registra durante la detenzione, bensì al momento dell'uscita. Esiste un vuoto assoluto nell'accompagnamento post-penitenziario, in cui lo Stato tende a considerare concluso il proprio intervento al momento della firma dell'atto di scarcerazione. Il liberato esce dal portone del penitenziario senza risorse economiche, senza impiego e, frequentemente, senza una rete familiare che lo accolga. Questo abbandono strutturale spinge l'individuo a ritornare nello stesso ambiente di consumo e sopravvivenza delinquenziale che lo aveva inizialmente portato in carcere, evidenziando la mancanza di case di transizione o reti di contenimento che sostengano il passaggio verso la vita in comunità.

4.13 | Il narcotraffico e la globalizzazione del crimine organizzato

Nell'osservare la realtà della nostra regione, si riconosce che il narcotraffico non è un fenomeno criminale isolato né puramente locale, bensì una rete globale dotata di una sofisticata ingegneria economica e di una logistica di distribuzione capillarizzata in tutto il continente. Questo sistema opera come una struttura transnazionale in cui le sostanze prodotte in Paesi come la Colombia o il Perù transitano attraverso rotte controllate in Paraguay e utilizzano nodi strategici, come i porti fluviali dell'idrovia, per la loro uscita verso i mercati internazionali. Si stima che il mercato globale delle droghe illecite rappresenti circa l'1 per cento del Prodotto Interno Lordo mondiale secondo le Nazioni Unite, cifra che si amplia significativamente considerando l'intreccio completo del crimine organizzato — che include il riciclaggio di denaro, la tratta di persone, il traffico

di armi e la corruzione istituzionale — riuscendo a infiltrarsi nell'economia legale attraverso la complicità di istituzioni bancarie, sviluppi alberghieri, catene di supermercati e studi legali che facilitano il lavaggio del capitale illecito.

Nelle baraccopoli più emarginate, dove lo Stato si è ripiegato o la sua presenza è puramente formale, il narcotraffico ha occupato quel vuoto costituendosi nel nuovo organizzatore della vita quotidiana. Il suo potere non si limita alla commercializzazione di sostanze, ma funziona come un ente regolatore che presta denaro ai vicini di fronte alla mancanza di credito formale, fornisce trasporto privato per urgenze mediche notturne e genera una fonte di impiego informale e precario per centinaia di persone in un solo territorio. Questa presenza territoriale impone leggi proprie e frontiere invisibili che delimitano la libera circolazione dei residenti; si osserva che uscire da un settore controllato da una banda per recarsi presso un'istituzione sanitaria in un altro settore può rappresentare un rischio di morte. Il narco detta le norme di convivenza, spostando l'autorità legittima con una dittatura moderna che sequestra la pace delle comunità.

In questa contesa per il territorio e la soggettività dei nostri popoli, la *narcocultura* si erge come il rovescio tenebroso di una vera *etica della cura*. Mentre la prima impone un racconto di morte e ostentazione, basando l'ascesa sociale nella violenza e nel denaro facile, l'etica della cura — incarnata nella nostra pastorale — propone una *pedagogia della tenerezza* che protegge la vita sacra e ricostruisce i legami spezzati di fronte alla logica dello scarto.

La narcocultura offre ai giovani un'appartenenza falsa e un'identità basata sul potere delle armi; di fronte a ciò, la cura comunitaria costruisce *mense condivise* in cui l'orfanità si cura con la presenza significativa e il legame. Mentre il narco traccia frontiere invisibili che dividono e uccidono, la cura tesse reti di projimidad (farsi presente nella vita dell'altro, condividere la sua realtà, ascoltarlo e accompagnarlo dall'interno della sua situazione concreta) che integrano il fratello, restituendogli la sua dignità ontologica di figlio di Dio.

Questo sistema si sostiene su forme estreme di crudeltà e schiavitù moderna. La diagnosi territoriale rivela una cattura pianificata dell'infanzia, in cui bambini e adolescenti tra i 12 e i 16 anni vengono reclutati come anelli di sorveglianza o microtrafficanti sotto la promessa di un'ascesa sociale che è, in realtà, un sistema di scarto. Nelle zone rurali, si rileva l'uso di bambini per compiti di lavorazione dei raccolti con il consenso di famiglie immerse nella povertà estrema. Parimenti, si avverte una violazione profonda della donna: in contesti di totale mancanza di protezione, bambine e adolescenti vengono utilizzate da reti di tratta o vendute a narcotrafficanti come strategia di sopravvivenza economica. Il consolidamento di queste strutture ha fatto esplodere il fenomeno

del sicariato, in cui la vita umana perde il suo valore intrinseco e diventa moneta di scambio.

Si identifica che l'avanzamento del crimine organizzato rappresenta un rischio diretto per la stabilità delle istituzioni. La cosiddetta narcopolitica ha generato strutture parallele in cui giudici, poliziotti e procuratori vengono catturati dal potere finanziario del traffico, garantendo l'impunità e lasciando la cittadinanza priva di protezione. Questa corruzione sistemica si appoggia su una narcocultura che impone un racconto di morte e ostentazione, trasformando i valori tradizionali della comunità in un'etica della violenza e del consumo immediato. La paura generata da questa violenza strutturale provoca il ripiegamento delle istituzioni civili, lasciando lo spazio pubblico in balia dei mercanti della morte.

Infine, la diagnosi evidenzia che il narcotraffico lucra con la frattura interna dei soggetti e la desolazione dei territori. Si osserva che la dipendenza è il combustibile che alimenta questo affare perverso, il quale approfitta della mancanza di orizzonti, di educazione e di lavoro dignitoso per trasformare i giovani in carne da cannone. Lo scenario attuale mostra un male organizzato che utilizza la marginalità per espandersi, creando un intreccio di peccato sociale che erode la democrazia e annulla la possibilità di un progetto di vita dignitoso per le maggioranze escluse.

4.14 | Gli Stati e le politiche pubbliche

Nell'osservare la relazione tra le strutture statali e la realtà dei territori, la diagnosi rivela una marcata apatia e indifferenza governativa. Mentre il crimine organizzato si consolida attraverso un'ingegneria economica globale, le risposte dello Stato tendono ad essere insufficienti, tardive o inesistenti. Si rileva che, di fronte a questo ripiegamento istituzionale, il compito dell'accompagnamento resta delegato di fatto alla società civile e alle comunità di fede, evidenziando che la burocrazia statale non riesce ad abitare gli spazi di maggiore vulnerabilità.

Un elemento critico identificato dagli agenti è l'implementazione di politiche di carattere sanitizzante. Queste azioni si concentrano nel cercare di pulire lo spazio pubblico sotto un approccio punitivo e criminalizzante, considerando le persone in situazione di consumo o senza fissa dimora come disturbi urbani che devono essere rimossi o nascosti. Questa logica dà priorità a una sicurezza cittadina mal intesa rispetto alla dignità dei soggetti, esaurendo le risorse pubbliche nella guerra contro il narcotraffico mentre si trascura completamente l'assistenza alle vittime e la riduzione della domanda.

Si osserva, inoltre, una profonda frammentazione amministrativa. Lo Stato

opera attraverso caselle burocratiche stagne — salute, giustizia, abitazione, sviluppo sociale — che non comunicano tra loro. Questa mancanza di coordinamento genera un sistema espulsivo: per accedere a un trattamento medico, si esigono requisiti che il soggetto non può soddisfare, come possedere un documento di identità o una stabilità abitativa che lo stesso Stato non garantisce. In questo modo, il sistema formale trova un limite davanti alla marginalità, poiché presuppone condizioni di vita basali che i settori più emarginati non possiedono.

La diagnosi avverte di una situazione di orfanità istituzionale. Le statistiche indicano una sproporzione nella spesa pubblica, in cui i bilanci per la prevenzione sono minimi rispetto ad altri settori. Si constata che lo Stato è in grado di concedere sussidi o benefici amministrativi, ma manca della flessibilità necessaria per generare comunità. La burocrazia non può costruire i legami di fiducia, appartenenza e affetto che la diagnosi territoriale segnala come gli unici elementi capaci di restaurare il tessuto sociale.

Infine, si riconosce l'impatto della narcopolitica nell'indebolimento dello Stato di diritto. La corruzione di settori del potere giudiziario, poliziesco e politico permette al narcotraffico di agire come organizzatore sociale di fronte al ritiro delle istituzioni legittime. In questo scenario, le politiche pubbliche perdono la loro funzione di strumenti di giustizia e si trasformano in strumenti che approfondiscono l'esclusione e lo scarto di coloro che si trovano in situazione di maggiore fragilità.

Capitolo 5

Il Magistero Ecclesiale

In questa sezione ci proponiamo di recuperare e sistematizzare le riflessioni fondamentali della Chiesa sul fenomeno delle dipendenze, concentrandoci sul pensiero di san Giovanni Paolo II e di Papa Francesco. Entrambi i pontefici hanno affrontato questa problematica con una profondità eccezionale, apportando elementi essenziali per comprendere la realtà che oggi affrontiamo nei nostri territori.

Il magistero di Giovanni Paolo II, plasmato in una sistematizzazione di oltre ottanta interventi, ha posto le basi antropologiche definendo la dipendenza come una patologia dello spirito e una manifestazione di quella che ha denominato la cultura della morte. Da parte sua, Papa Francesco ha fatto menzione del tema in 186 apparizioni pubbliche, inclusi documenti, omelie e discorsi. Il suo magistero ha attualizzato questo sguardo inserendo il dramma delle dipendenze all'interno della cultura dello scarto e denunciando il narcotraffico come una struttura di peccato che genera nuove forme di schiavitù.

A differenza di loro, il magistero di Benedetto XVI non ha affrontato il tema della droga in modo sistematico, e ha piuttosto orientato le sue riflessioni principalmente verso le radici della secolarizzazione e della crisi etica globale. Per questa ragione, lo sviluppo della dottrina sociale e pastorale sul problema delle sostanze si fonda primariamente sugli assi tracciati da Giovanni Paolo II e Francesco, i cui insegnamenti ci permettono di approfondire la diagnosi di questa crisi che attraversa i nostri popoli.

5.1 | Itinerario della coscienza ecclesiale e nuovi paradigmi pastorali

La risposta della Chiesa di fronte al fenomeno delle dipendenze e del consumo di sostanze non è stata un processo statico, bensì il risultato di una presa di coscienza progressiva in dialogo con i segni dei tempi. Questa maturazione storica ha permesso di transitare da uno sguardo meramente condannatorio o assistenzialistico verso un approccio di attenzione amorevole e accompagnamento integrale. Di seguito, si descrivono i quattro pilastri che configurano questo itinerario e i nuovi paradigmi che sostengono l'azione pastorale attuale.

1. Evoluzione storica del Magistero e dell'azione pastorale Il cammino percorso dalla Chiesa negli ultimi cinque decenni può strutturarsi in cinque tappe fondamentali che segnano l'evoluzione del suo sguardo:

- **Il decennio degli anni '70 e l'Evangelizzazione delle periferie:** Sotto l'impulso dell'esortazione *Evangelii Nuntiandi* di Paolo VI, la Chiesa riconobbe che la sua ragion d'essere più profonda è portare la Buona Notizia a tutti gli ambienti. Ciò implicò la necessità che l'evangelizzazione raggiungesse le «periferie umane», identificando per la prima volta l'urgenza di uscire incontro a quelle popolazioni segnate dal consumo problematico di sostanze.
- **Il decennio degli anni '80 e il ruolo preventivo della famiglia:** Durante questo periodo, si consolidò il riconoscimento della famiglia come il nucleo preventivo per eccellenza. Documenti come *Familiaris Consortio* (1981) e gli orientamenti del Consiglio per la Famiglia del 1987 enfatizzarono che un contesto familiare stabile è la barriera più efficace contro l'avanzamento delle dipendenze.
- **Il decennio degli anni '90 e l'approccio morale-sociale:** Il Catechismo della Chiesa Cattolica (1992) segnò una tappa fondamentale definendo l'uso non terapeutico di sostanze come una «colpa grave» e qualificando produttori e distributori come «trafficanti di morte». Questo periodo rafforzò la teologia morale applicata al fenomeno, spingendo le diocesi a creare processi pastorali che non «lasciassero abbandonati» coloro che soffrivano di questo flagello.
- **Il decennio degli anni 2000 e l'integralità della persona:** Con la pubblicazione del manuale *Chiesa, droga e tossicomania* (2001) e la V Conferenza dell'Episcopato Latinoamericano ad Aparecida (2007), si adottò un approccio più strutturato. Aparecida, in particolare, introdusse

la categoria dei «volti sofferenti» di Cristo nelle persone con dipendenze, chiamando le comunità ad essere spazi sananti e inclusivi di fronte alle «nuove povertà».

- **Dal 2010 al presente: La Rivoluzione della Misericordia:** Il pontificato di Francesco ha proposto una cultura dell'incontro basata sul modello dell'*ospedale da campo*. Questa visione esige una Chiesa «in uscita» che offra un'«attenzione amorevole» ai feriti lungo il cammino della vita, riconoscendo in ogni persona con dipendenza un figlio di Dio con il diritto inalienabile a una nuova vita.

Amoris Laetitia N°291

2. Dalla «Reinserimento» alla «Reintegrazione Sociale» Questo manuale propone un cambiamento terminologico e concettuale profondo: preferire il termine **reintegrazione sociale** rispetto a quello di reinserimento. La premessa fondamentale è che la persona con consumo problematico **non si disconnette mai totalmente dal tessuto sociale**, nemmeno quando si trova ai margini della vita istituzionale.

La società attuale, spesso, colpevolizza l'individuo per il suo consumo e gli nega opportunità reali, il che genera un'ansia che retroalimenta la dipendenza. Pertanto, il compito pastorale non consiste nel «rimettere dentro» qualcuno in un sistema che lo ha espulso, bensì nel reintegrare la sua dignità e i suoi diritti in una comunità che deve riconoscerlo come proprio. La reintegrazione implica sanare i legami con la famiglia, il lavoro e il quartiere, riconoscendo che i fattori associati come la povertà, la violenza e la disuguaglianza richiedono risposte complesse e non solo volontà individuale.

3. Il fattore di rischio universale: La società ansiosa Una diagnosi essenziale per la pastorale moderna è riconoscere che viviamo in una **società estremamente ansiosa**. Questa ansia agisce come un fattore di rischio trasversale che ci rende tutti vulnerabili: l'oggetto della dipendenza (sia chimico che comportamentale) varia a seconda della classe sociale, della provenienza geografica e delle opportunità che ciascuna persona ha potuto sfruttare o meno.

Questo sguardo permette di demistificare la dipendenza come un problema esclusivo di settori marginali o di «altri» diversi da noi. Comprendendo che la società stessa spinge verso stili di vita ad alto rischio, la prevenzione comunitaria diventa un compito collettivo che cerca di modificare le abitudini sociali e di ridurre lo stress esistenziale che porta a cercare evasioni in sostanze o comportamenti alienanti.

4. La sfida di eliminare lo stigma ecclesiale e sociale Affinché la dottrina della Chiesa sia efficace, deve tradursi in **gesti concreti di misericordia** che superino il «nominalismo» dei documenti. Uno degli ostacoli più persistenti per la reintegrazione è lo stigma. Le persone con dipendenze portano con sé pregiudizi sociali, lavorativi e persino all'interno delle stesse comunità ecclesiali, che spesso le guardano con diffidenza o indifferenza.

Il manuale assume come priorità la lotta contro questi stigmi, ricordando che la Chiesa non è una dogana, bensì una casa aperta dove ogni volto rivela la dignità data da Dio. La prevenzione comunitaria non può limitarsi a fornire informazione tecnica; deve educare ai valori e alla capacità di dire «no» a ciò che disumanizza, ma sempre a partire da un'accoglienza che non giudica e che offre consolazione, speranza e fraternità.

In conclusione, l'approccio alle dipendenze oggi esige un'azione sinodale e latinoamericana che integri la prevenzione, il trattamento e la giustizia, rifiutando soluzioni semplicistiche come la legalizzazione senza controllo e scommettendo sulla **piena restaurazione dell'essere umano** in tutte le sue dimensioni.

5.2 | La Diagnosi Esistenziale: La Droga come Patologia dello Spirito

Il manuale stabilisce che la tossicomania non deve intendersi semplicemente come un problema di salute pubblica o un fenomeno criminale, bensì fondamentalmente come un sintomo di un **malessere profondo** che segna la cultura contemporanea. Per le fonti, la domanda centrale non è tecnica, bensì antropologica: **«Perché la gente si droga?»**.

Evangelium Vitae N° 12, 28

- **La Radice del Problema:** Il manuale cita Giovanni Paolo II per definire la dipendenza come una **«patologia dello spirito»**. Questa nasce da un **«vuoto esistenziale»** provocato dalla mancanza di valori, dall'assenza di punti di riferimento chiari e dalla convinzione che la vita non ha senso. Il ricorso a «paradisi artificiali» è, in realtà, una fuga da una realtà che l'individuo percepisce come insopportabile, rumorosa e alienata.
- **La «Cultura della Morte»:** Il fenomeno si colloca all'interno di un quadro più ampio che il Papa denomina la **«cultura della morte»**, dove la violenza e il traffico di droga minacciano le fondamenta stesse della società. Il narcotraffico viene descritto come un **«commercio infame»** gestito da **«mercanti di morte»** che lucrano con la distruzione della

personalità dei loro fratelli, schiavizzandoli in modo più temibile degli antichi mercanti di schiavi.

- **La Dimensione Psicologica:** Il manuale spiega che il tossicomane è, nella sua essenza, un **«malato di mancanza d'amore»**. La ricerca del piacere attraverso sostanze chimiche è un tentativo fallito di colmare una carenza affettiva e spirituale, trasformando un'aspettativa di benessere in un circolo di sofferenza e afflizione.

È importante segnalare che quando Giovanni Paolo II definisce la dipendenza come una *patologia dello spirito* non sta negando la dimensione biologica né psicologica del disturbo, bensì identificandone la radice più profonda. La sua diagnosi opera in un registro teologico-pastorale che cerca di rispondere alla domanda del perché ultimo — il vuoto di senso, l'orfanità, la mancanza d'amore — senza pretendere di sostituire la risposta che le scienze della salute danno al come — i meccanismi neurobiologici, le reti di memoria disadattive, la disregolazione del sistema nervoso. Entrambi i registri sono complementari e indispensabili. Una pastorale che ignori la neuroscienza diventa ingenua; una neuroscienza che ignori la sete di senso diventa cieca. Il modello biopsicosociale-spirituale che questo manuale adotta nella sua sezione del Giudicare integra entrambi gli sguardi senza subordinare l'uno all'altro.

5.3 | Il Giudizio Morale e la Critica alla Liberalizzazione

La posizione del manuale IDT sulla liceità del consumo è netta e si fonda sulla dignità della persona umana creata a immagine di Dio.

Chiesa, droga e tossicomania (IDT) Cap II, n. 13-15

- **La Rinuncia alla Libertà:** L'uso di droghe si definisce come **sempre illecito** perché implica una **«rinuncia ingiustificata e irrazionale a pensare, a volere e ad agire come persone libere»**. Giovanni Paolo II rifiuta categoricamente il concetto di «diritto alla droga», argomentando che l'essere umano non ha il diritto di danneggiarsi né di abdicare alla dignità che Dio gli ha conferito.
- **L'Inganno delle «Droghe Leggere»:** Uno dei punti più fermi di *Chiesa, droga e tossicomania* è il rifiuto della distinzione tra **droghe leggere e pesanti**. Si argomenta che questa divisione è un «vicolo cieco» che minimizza i rischi reali, come la diminuzione della coscienza e l'alienazione della volontà. Giovanni Paolo II avverte che persino la cannabis può provocare dipendenza psicologica, fallimento scolastico e disturbi psichici gravi in persone fragili.

- **Fallimento della Liberalizzazione:** Giovanni Paolo II sostiene che la legalizzazione, anche parziale, non produce gli effetti sperati. Al contrario, genera una **«confusione morale»** inducendo a credere che ciò che è legale sia automaticamente normale e morale, il che inevitabilmente aumenta il consumo e la criminalità. Parimenti, mette in discussione l'uso di **droghe sostitutive** — salvo come passaggio strettamente medico e temporale verso l'astinenza totale — considerando che non risolvono la dipendenza di fondo.

5.4 | La Risposta Pastorale L'Educazione e la Terapia della Speranza

Di fronte all'avanzamento della tossicomania, la Chiesa non propone solo metodi clinici, bensì una **«pedagogia della speranza»** e una **«terapia dell'amore»**.

- **Prevenzione e Famiglia:** Il manuale IDT colloca la **famiglia** come il primo luogo di prevenzione. Una famiglia stabile, basata sull'amore unico degli sposi, offre la sicurezza affettiva necessaria affinché i figli crescano senza bisogno di evasioni chimiche. Si chiede ai genitori di non scoraggiarsi mai di fronte a un figlio in situazione di dipendenza, mantenendo il dialogo e l'affetto come strumenti di guarigione.
- **Saper dire «NO» per essere liberi:** L'educazione deve orientarsi a rafforzare la volontà e la ragione. Il manuale IDT spiega che i precetti morali negativi (il «no») segnano un limite invalicabile che protegge la libertà e permette al giovane di maturare per dire «sì» ai valori superiori del bene e della verità.
- **Il Modello di Emmaus:** L'azione pastorale specifica si ispira al brano dei **pellegrini di Emmaus**. Come Gesù camminò con i discepoli disorientati, la Chiesa deve:

  1. **Camminare con la persona in situazione di dipendenza:** Accompagnarla nella sua realtà senza giudicarla in partenza.
  2. **Interpretare la sua storia:** Aiutarla a vedere che i suoi fallimenti e le sue sofferenze hanno senso alla luce della Croce e della Risurrezione.
  3. **Restaurare la sua dignità:** Portarla a scoprire che è un figlio di Dio e che la vittoria sulla droga è possibile.

- **Le Comunità Terapeutiche:** Si evidenzia il valore delle comunità di ispirazione cristiana che basano la propria riabilitazione sul lavoro, la

vita comunitaria e la **vita sacramentale** (specialmente l'Eucaristia e la Riconciliazione), riuscendo a far sì che il soggetto recuperi la propria autonomia e responsabilità.

In conclusione, il manuale IDT riafferma che l'uomo non può essere ridotto alla sua biochimica; la guarigione definitiva arriva solo quando l'individuo recupera la propria **capacità di amare e di servirsi della propria libertà** per fini nobili, spezzando le catene di ciò che il documento chiama questa «nuova forma di schiavitù».

5.5 | La Diagnosi Globale: Il Narcotraffico come Guerra e Struttura di peccato

Per Papa Francesco, la droga non è un problema di salute isolato, bensì una **«ferita nella nostra società»** che intrappola le persone in reti di una **«nuova forma di schiavitù»**. La sua analisi trascende l'individuale per denunciare una struttura criminale di scala mondiale.

- **La «Guerra Assunta» e Silenziosa:** Francesco descrive il narcotraffico come una **«guerra assunta e scarsamente combattuta»** che reclama silenziosamente la vita di milioni di persone. Definisce i responsabili come **«mercanti di morte»** che lucrano con la disperazione umana, seguendo la logica fredda del potere e del denaro.
- **La Corruzione Istituzionale:** Uno dei punti più acuti della sua denuncia è che il narcotraffico non potrebbe prosperare senza la **«complicità di un settore del potere politico, poliziesco, giudiziario, economico e finanziario»**. Avverte che questa corruzione ha generato una **«struttura parallela»** che mette a rischio la credibilità delle istituzioni dello Stato e della società stessa.
- **Il Legame con altri Crimini contro l'Umanità:** Francesco sistematizza il fenomeno della droga come parte di un intreccio criminale più ampio. Il traffico di sostanze è inseparabile dalla **tratta di persone, dal riciclaggio di denaro, dal traffico di armi, dallo sfruttamento infantile** e dal commercio di organi. In questo senso, il sistema economico che pone il «dio denaro» al centro finisce per essere un sistema terrorista che scarta la meraviglia della creazione: l'uomo e la donna.

5.6 | La Crisi Antropologica: La «Cultura dello Scarto» e il Vuoto Esistenziale

Il senso delle menzioni del Papa cerca sempre la radice del problema, legando la dipendenza a un modello di civiltà che esclude i più deboli.

- **La Schiavitù Chimica e il Suicidio Incipiente:** Definisce la dipendenza come una **«schiavitù chimica»** che spoglia l'essere umano del suo bene più grande: la libertà. Per molti giovani, il consumo è una «vana speranza» di stordimento di fronte alla stanchezza di esistere e alla mancanza di senso, qualcosa che Francesco arriva a qualificare come un **«suicidio incipiente»**.
- **La Radice nell'Esclusione (I «Né-Né»):** Il Papa identifica che i giovani che **«non studiano né lavorano»** sono il bersaglio principale dei truffatori della morte. La mancanza di orizzonti, di lavoro dignitoso e di educazione adeguata crea il «brodo di coltura» perfetto affinché i giovani vengano usati come **«carne da cannone»** dalle bande armate e dal narco.
- **L'«Orfanità Spirituale» e il Mondo Virtuale:** Francesco segnala che alla radice di molte dipendenze c'è l'esperienza di **«orfanità spirituale»** frutto di focolari frantumati e di una società che si è «desmadrada». A ciò si aggiunge il pericolo della **«dark web»** e degli spazi digitali che, sotto una falsa promessa di connessione, finiscono per virtualizzare il giovane, sradicandolo dalla realtà concreta e immergendolo in una solitudine profonda.
- **Lo Sport e l'Efficienza:** Anche in ambiti come lo sport, il Papa denuncia che l'uso di sostanze dopanti è sintomo di una cultura ossessionata dal successo a qualunque prezzo e dalla **produttività che non ammette il fallimento**.

5.7 | L'Etica della Cura: Paradigma integrale di fronte alla cultura dello scarto

Di fronte alla crisi antropologica descritta nella sezione precedente, caratterizzata dalla *cultura dello scarto* e dal vuoto esistenziale che spinge tanti giovani dei nostri quartieri verso i margini dell'esclusione e delle dipendenze, il Magistero di Papa Francesco offre un antidoto teologico e pastorale fondamentale. In documenti programmatici come l'enciclica *Laudato Si* (sull'Ecologia Integrale) e l'esortazione apostolica *Amoris Laetitia* (sull'amore nella famiglia), emerge

con forza un paradigma trasversale: l'*Etica della Cura* (o la cura vista come etica).

Questo approccio non si presenta come una mera strategia assistenzialistica o una risposta tecnica di emergenza di fronte alla crisi sociosanitaria. Si tratta di una realtà ontologica, assiologica ed epistemologica che propone un principio di equilibrio e sostenibilità personale, comunitario e planetario. La cura, assunta dalla fede samaritana, determina un profondo *modo di essere, fare e stare* nel mondo, trasformando lo sguardo istituzionale delle nostre risposte pastorali.

L'Etica della Cura si dispiega con un ampio raggio d'azione che abbraccia quattro dimensioni costitutive e interconnesse:

1. **L'Autocura (Dimensione personale dell'operatore):** Il processo di accompagnare e permanere accanto a realtà di alta complessità, dolore e vulnerabilità territoriale esige che le stesse équipe pastorali, i professionisti e i volontari assumano pratiche permanenti di discernimento, contenimento reciproco, limiti sani e cura della salute integrale. Non è sostenibile nel tempo curare il fratello spezzato se il curatore trascura cronicamente la propria realtà psicofisica e spirituale, cadendo nel logoramento o nella depersonalizzazione.

2. **La Cura dell'Altro (Dimensione relazionale e samaritana):** Si fonda sulla projimidad e sull'incontro faccia a faccia con la persona vulnerabile, riconoscendo la sua dignità inalienabile come figlio di Dio, al di là della compulsione della sua condotta dipendente. Questa cura si traduce nell'accoglienza incondizionata e nell'ascolto attivo, disegnando itinerari personalizzati orientati alla rieducazione della personalità, al riordinamento dei valori fondamentali e alla successiva reintegrazione familiare e sociale. Nei casi meno compulsivi, si privilegia l'approccio attraverso schemi di trattamento ambulatoriale.

3. **La Cura della Comunità (Dimensione del tessuto di quartiere):** L'essere umano si sana in grappolo e in comunità. Pertanto, la cura cessa di essere un intervento tecnico isolato per incarnarsi nella creazione di ambienti comunitari protettori. Rafforzare le reti di supporto vicinale, ricostruire i legami solidali e strutturare il centro di quartiere sotto la mistica di una «famiglia estesa» o «focolare» è indispensabile per offrire un supporto emotivo permanente di fronte all'intemperie sociale. Nella cultura latinoamericana, la fede e la relazione con Dio operano qui come un *Fattore Protettivo Centrale* e identitario.

4. **La Cura della Casa Comune (Dimensione ecoglocale):** In piena sintonia con l'ecologia integrale, la sofferenza personale di chi patisce una dipendenza è intimamente legata alla degradazione del suo microambiente. Una pastorale profetica assume che la trasformazione, la pulizia e la dignificazione degli spazi comunitari e dell'habitat locale è parte costitutiva del processo di guarigione. Il rispetto per l'ambiente fisico e l'ambiente locale sana le relazioni e restituisce il senso di appartenenza a coloro che sono stati scartati.

Nell'assumere l'Etica della Cura come il filo conduttore del Magistero ecclesiale attuale, la Chiesa non solo denuncia le strutture di peccato del narcotraffico e dello scarto, ma annuncia una proposta metodologica tridimensionale (personale, comunitaria e planetaria). Questo paradigma agisce come il grande criterio di discernimento che unifica lo sguardo di fede sul territorio prima di soppesare le storiche coincidenze e differenze nel trattamento istituzionale del fenomeno.

5.8 | Le differenze

Giovanni Paolo II	**Francesco**
Quadro concettuale di comprensione del problema	
Colloca il problema primordialmente in una dimensione antropologica e spirituale individuale. Definisce la dipendenza come una «patologia dello spirito» nata da un vuoto esistenziale e dalla mancanza di valori morali in una società secolarizzata. Il giovane ricorre alla droga per fuggire da una realtà che non gli offre senso.	Sebbene riconosca il vuoto interiore, inquadra il fenomeno in una crisi sistemica denominata cultura dello scarto. Per lui, la droga è il risultato di un sistema che esclude i più deboli (specialmente i giovani che non studiano né lavorano) e li trasforma in materiale da scartare.
Il Narcotraffico	

Continua nella pagina seguente...

Giovanni Paolo II (cont.)	**Francesco** (cont.)
Definisce il traffico come un «commercio infame» e enfatizza il dovere dei governi di affrontare con determinazione i «trafficanti di morte» attraverso la repressione e la legislazione penale.	Descrive il narcotraffico come una «guerra assunta e scarsamente combattuta». La sua analisi è più politica: denuncia che il narco prospera grazie alla complicità del potere politico, giudiziario e finanziario, creando una struttura parallela che corrode la democrazia.
L'immagine della risposta ecclesiale	
Propone una «pedagogia della speranza» basata sulla scuola evangelica. La sua icona biblica è il cammino di Emmaus, dove l'agente pastorale cammina con il disorientato per aiutarlo a interpretare la sua storia alla luce della verità di Cristo.	Utilizza un linguaggio di prossimità fisica ed emotiva, simboleggiato nell'abbraccio e nella Chiesa come ospedale da campo. Chiama i cristiani a «toccare la carne sofferente di Cristo» nel dipendente, privilegiando l'«ascoltoterapia» e l'accompagnamento artigianale al di sopra delle ricette tecniche.
Le cause sociali	
Colloca la famiglia come il baluardo principale di prevenzione e guarigione. La crisi della droga si spiega, in gran parte, con l'incapacità della famiglia di trasmettere valori morali basilari.	Senza trascurare la famiglia, pone un accento maggiore sulla «riabilitazione della politica». Sostiene che per dire «no» alla droga, la politica deve dire «sì» all'educazione, allo sport e al lavoro dignitoso per i giovani, combattendo l'«orfanità spirituale» generata da un sistema economico disumanizzato.

5.9 | Coincidenze

Nonostante le differenze di stile e contesto storico, il magistero di **Giovanni Paolo II** — espresso nel manuale *Chiesa, droga e tossicomania* — e quello di **Francesco** coincidono in certezze fondamentali che definiscono la posizione della Chiesa di fronte a questo problema. Entrambi i pontefici presentano una visione che integra la condanna morale, la denuncia sociale e l'impegno pastorale sotto i seguenti assi di sistematizzazione:

5.9.1 Il Narcotraffico come «Cultura della Morte»

Entrambi i Papi coincidono nell'identificare il narcotraffico non come un semplice reato economico, bensì come una struttura di peccato che alimenta una «cultura della morte». Coincidono nel chiamare i trafficanti «mercanti di morte», denunciando che lucrano con la distruzione dei loro fratelli e con il dolore delle famiglie. Parimenti, segnalano che il mercato delle sostanze è inseparabile da altri crimini globali come il traffico di armi, il riciclaggio di denaro e la tratta di persone.

5.9.2 Il rifiuto della liberalizzazione e la prudenza verso le droghe sostitutive

Esiste una coincidenza ferma nel rifiuto della liberalizzazione del consumo come strategia di soluzione al problema delle dipendenze. Entrambi i pontefici concordano sul fatto che «la droga non si vince con la droga», qualificando la legalizzazione come un vicolo cieco che genera confusione morale inducendo la credenza che ciò che è legale sia automaticamente accettabile. La formula di Giovanni Paolo II è particolarmente nitida nel mettere in discussione persino la distinzione tra droghe leggere e pesanti, considerandola un meccanismo che minimizza i rischi reali.

Tuttavia, è necessario distinguere con precisione tra due piani che non devono essere confusi. Il primo è il principio morale: l'uso di droghe come minaccia alla libertà e alla dignità della persona, e il narcotraffico come struttura di peccato. In questo piano, la continuità tra entrambi i pontefici è chiara e inequivocabile. Il secondo è il piano delle strategie pastorali e sanitarie concrete: i dispositivi, gli strumenti e gli approcci che si dispiegano nel territorio per accompagnare la persona nella sua situazione reale. In questo piano, la complessità delle realtà territoriali esige un discernimento situato che non può risolversi con una formula unica.

Lo stesso Giovanni Paolo II ammise l'uso di droghe sostitutive come un passaggio strettamente medico e temporale orientato all'astinenza. E il magistero pastorale di Francesco, nel proporre la Chiesa come «ospedale da campo» che cura le ferite senza chiedere meriti previ, ha aperto uno spazio di discernimento dove la fedeltà al principio morale si articola con la flessibilità operativa che la realtà del territorio richiede. Questo discernimento viene sviluppato con maggiore profondità nel capitolo 10 del presente manuale, dove si affronta la relazione tra l'astinenzialismo e la riduzione del danno alla luce dell'etica della cura come criterio integratore.

5.9.3 La persona dipendente come vittima di una «Nuova Schiavitù»

Per entrambi, la dipendenza rappresenta la perdita della più grande dote umana: la libertà. Definiscono la dipendenza come una «nuova forma di schiavitù» (chimica e spirituale) che sfigura la dignità della persona creata a immagine di Dio. Rifiutano la visione del dipendente come un «oggetto» o un «rottame», insistendo sul fatto che il focus non deve essere sulle sostanze, bensì sulla persona, la cui storia deve essere ascoltata e sanata.

5.9.4 La risposta: Prevenzione e «Terapia dell'Amore»

La sistematizzazione delle loro proposte punta verso un'educazione integrale che offra un senso di vita.

- **La Pedagogia del «Sì»:** Entrambi sostengono che per combattere la domanda bisogna dire «sì» alla vita, all'educazione, allo sport e al lavoro dignitoso.
- **Chiesa Samaritana:** La missione della Chiesa è essere una madre che abbraccia il ferito del cammino, offrendo una «terapia dell'amore» che restituisca la speranza a coloro che vivono in un mondo grigio e senza senso.

5.9.5 La Famiglia come pilastro di salvezza

Entrambi concordano sul fatto che la famiglia è la prima linea di difesa e il luogo prioritario di prevenzione. Sostengono che un focolare stabile, basato sull'affetto e sul dialogo, fornisce la sicurezza necessaria affinché i giovani non cerchino fughe nei paradisi artificiali. Chiedono alla comunità ecclesiale di non lasciare sole le famiglie che soffrono il dramma di avere un figlio in situazione di dipendenza.

In conclusione, la coincidenza centrale risiede nel fatto che la vittoria sulla droga è possibile solo attraverso la globalizzazione della solidarietà, riscattando l'essere umano dal vuoto e dall'esclusione per reintegrarlo in una comunità che lo riconosca e lo ami.

5.10 | Leone XIV: La pastorale delle dipendenze come lotta liberatrice

Robert Francis Prevost, eletto Sommo Pontefice l'8 maggio 2025 con il nome di Leone XIV, è un Papa formato nella tradizione agostiniana e nella missione latinoamericana: per decenni fu missionario in Perù e vescovo di Chiclayo. Il suo pontificato si inscrive nella continuità del Magistero che, dall'opzione preferenziale per i poveri e dalla teologia del popolo, ha via via articolato una risposta ecclesiale sempre più integrale ai fenomeni di esclusione e dipendenza. La spiritualità agostiniana apporta a questa tradizione una grammatica specifica del desiderio: la comprensione del cuore umano come ricerca irriducibile che solo in Dio trova riposo, e che illumina in modo particolare l'esperienza della dipendenza.

Il primo grande gesto magisteriale di Leone XIV su questo tema ebbe luogo il 26 giugno 2025 — Giornata Internazionale di Lotta contro l'Uso Indebito e il Traffico Illecito di Droghe — quando il Papa ricevette nel Cortile di San Damaso in Vaticano centinaia di persone che avevano vissuto in prima persona il dramma della dipendenza. In quel discorso, Leone XIV parte da una convinzione antropologica che struttura tutta la sua pastorale: la dignità dell'essere umano non scompare mai, ma «*a volte brilla solo quando è quasi totalmente perduta*». Questo paradosso non è una pietà consolatoria; è la grammatica teologica del Dio che esce incontro: «*Gesù risorto continua a venire e a portare il suo soffio. Lo fa spesso attraverso persone che oltrepassano le nostre porte chiuse e che, nonostante tutto ciò che possa essere accaduto, vedono la dignità che abbiamo dimenticato o che ci è stata negata*».

Leone XIV, Discorso, 26-VI-2025

Leone XIV segnala con chiarezza profetica lo spostamento del problema dall'individuo alla struttura: «*È più facile combattere le sue vittime. Con troppa frequenza, in nome della sicurezza, si è fatta e si fa la guerra ai poveri, riempiendo le carceri di coloro che non sono altro che l'ultimo anello di una catena di morte. Coloro che tengono la catena nelle proprie mani, invece, ottengono influenza e impunità*». La conseguenza pastorale è diretta: «*Le nostre città non devono essere liberate dagli emarginati, ma dalla emarginazione; non devono essere ripulite dai disperati, ma dalla disperazione*». Non si tratta di un ideale utopico, bensì della logica del Vangelo applicata alla politica concreta dell'accompagnamento: la pastorale delle dipendenze non pulisce le strade, le trasforma in luoghi di incontro e di vita.

Coerente con la sua identità agostiniana, Leone XIV connette la sete di sostanze con la struttura più profonda del desiderio umano. Cita il Salmo 63 — «l'abisso

che ci abita» (Sal 63, 7) — e ricorda la confessione di Agostino: «Cerchiamo la pace e la gioia, ne siamo assetati. E molti inganni possono deluderci e persino imprigionarci in questa ricerca». Questa lettura spirituale della dipendenza non sostituisce la diagnosi sociale né quella psicologica: le presuppone e le integra in un orizzonte di senso più ampio, dal quale l'atto di «cercare» è già, in sé stesso, un'apertura alla trascendenza. Riappare qui l'intuizione che il manuale difende come una delle sue tesi centrali: la dipendenza è anche una ricerca fallita di ciò che solo Dio può dare.

Leone XIV, Discorso, 26-VI-2025 citando Sant'Agostino

L'esortazione apostolica *Dilexi te* (4 ottobre 2025), il primo grande documento del pontificato, approfondisce questa logica applicandola a coloro che accompagnano. Leone XIV afferma che «*i più poveri non sono meri oggetti di compassione, bensì maestri del Vangelo. Non si tratta di portare loro Dio, bensì di trovarlo tra di loro*». Questa inversione è fondamentale per la pastorale delle dipendenze: l'agente pastorale non porta la salvezza al territorio; la scopre lì. Il fratello in situazione di dipendenza non è il destinatario di una missione, bensì un interlocutore privilegiato in cui Cristo si fa presente in modo particolare. Chi dimentica questo trasforma la pastorale in assistenza tecnica e perde la sua anima.

Leone XIV, *Dilexi te* N° 79 (2025)

L'enciclica *Magnifica Humanitas* (25 maggio 2026), prima enciclica del suo pontificato, apre inoltre una domanda che questo manuale non può eludere: l'intelligenza artificiale e le piattaforme digitali come nuovi vettori di dipendenza. Leone XIV, che inscrive esplicitamente la sua riflessione nella tradizione inaugurata dalla *Rerum Novarum* del suo omonimo Leone XIII di fronte alla Rivoluzione Industriale, avverte che le logiche algoritmiche dei social media e degli ambienti digitali operano con una grammatica della compulsività che condivide la struttura con le dipendenze classiche: la ricerca del riconoscimento immediato, l'incapacità di sopportare il vuoto, la cattura dell'attenzione al servizio di interessi commerciali estranei al bene della persona. Il territorio digitale è, anche, un territorio pastorale.

Più che un capitolo nuovo, il pontificato di Leone XIV rappresenta, per la Chiesa latinoamericana, una conferma dal centro di ciò che le comunità di base già praticano: che la pastorale delle dipendenze è inseparabile dalla lotta per la giustizia, che l'accompagnamento incarnato non può ridursi a un dispositivo tecnico, e che la dignità di coloro che sono stati scartati è, precisamente, il luogo dove Dio ha qualcosa di decisivo da dirci.

Ciò che il territorio ci chiede

Abbiamo percorso la realtà. L'abbiamo guardata dal quartiere, dalla famiglia, dalla scuola, dal carcere, dalla strada. Abbiamo visto bambini che cominciano a consumare a nove anni perché nessuno li sta guardando. Abbiamo visto donne che nascondono il loro consumo per paura di perdere i figli. Abbiamo visto giovani che trovano nel narco l'unico cammino di ascesa sociale visibile. Abbiamo visto comunità ecclesiali che non sanno come avvicinarsi, e sistemi sanitari che espellono coloro che più hanno bisogno di essere accolti. Abbiamo ascoltato anche il Magistero, che ci ricorda che dietro ogni dipendenza c'è una persona ferita nella sua dignità, una sete di senso che non ha trovato un canale, un grido che la società ha preferito non sentire.

Tutto ciò che abbiamo visto ci lascia con domande che non si rispondono da sole. Che cos'è realmente la dipendenza, e come comprenderla senza ridurla a un peccato né a una malattia biologica? Che cosa rende una persona più vulnerabile di un'altra? Come accompagnare senza abbandonare, senza abilitare, senza imporre? A partire da quali criteri discerniamo quando la misericordia esige presenza incondizionata e quando esige struttura e limite? Che cosa ha da offrire la Chiesa che nessun altro attore offre?

Quelle domande sono ciò che dà forma al Giudicare. Non partiamo da teorie da applicare alla realtà, bensì dalla realtà per costruire comprensione. Questa è l'epistemologia che ha scelto questo manuale: ascendente, incarnata, sinodale. Dal territorio alla riflessione. Dalla ferita alla domanda. Dalla domanda al discernimento.

Parte III

Giudicare

Il discernimento

Questa parte del *Giudicare* costituisce il cuore teorico di questo manuale ed è costruita interamente in funzione delle domande che sorgono nel cuore e nella pratica quotidiana dell'agente pastorale. Dopo aver ricevuto la realtà dei nostri popoli nella tappa precedente, entriamo ora in un processo di illuminazione dove cerchiamo di comprendere la natura del problema in tutte le sue dimensioni per orientare la nostra risposta.

Un'Epistemologia Ascendente: Dal Territorio alla Tecnica

A differenza degli approcci tradizionali che sviluppano teorie a partire dalla conoscenza scientifica, questo manuale scommette su un'**epistemologia ascendente**. Ciò significa che il nostro sapere non nasce da astrazioni, ma dal contatto diretto con il territorio e dalle domande che sorgono nell'incontro con le piaghe delle nostre comunità.

Per questa ragione, l'ordine dei capitoli segue un cammino di approfondimento che imita l'incontro pastorale:

1. Cominciamo dall'**essere sociale**, analizzando il quartiere e i legami, che è dove per primi riceviamo la vita ferita.

2. Ci addentriamo poi nella profondità della persona attraverso il suo **spirito umano** e la sua **psiche**, cercando la radice del vuoto esistenziale e del trauma.

3. Concludiamo con la comprensione biologica de **le sostanze e l'organismo**, intendendo che la droga non è il centro del problema, ma il sintomo finale e visibile di fratture molto più profonde.

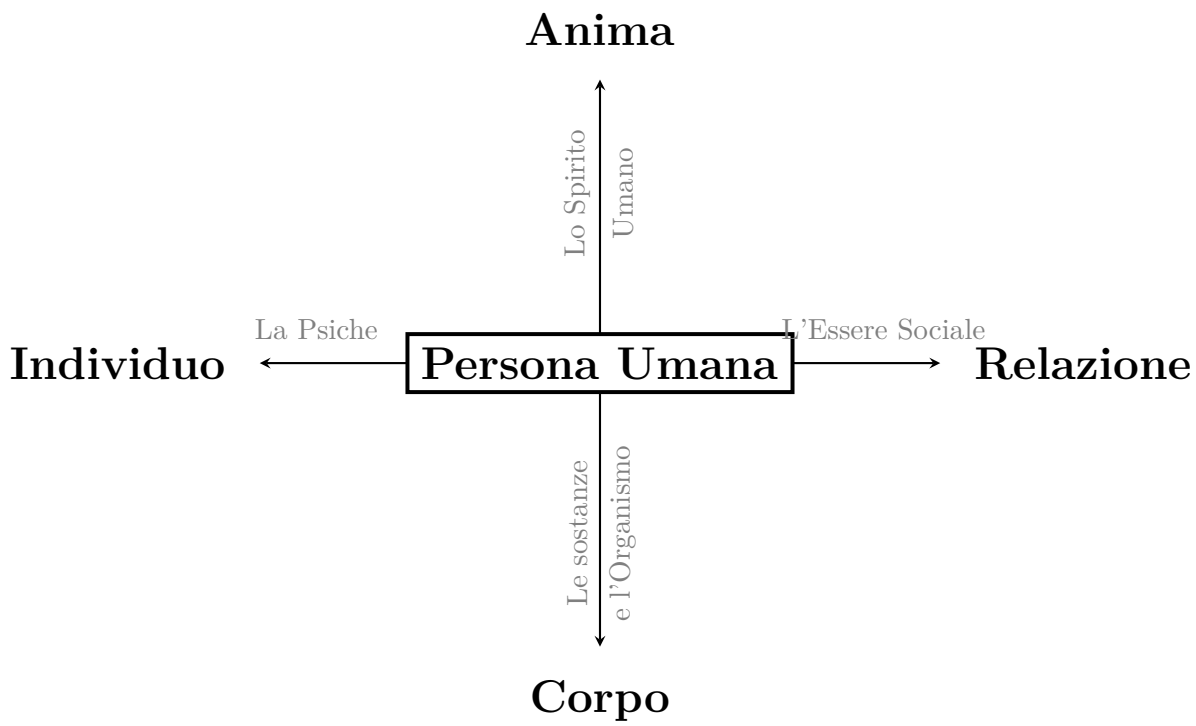
I Criteri di Integrità: Unità e Relazione

Per evitare qualsiasi riduzionismo che frammenti il soggetto, il discernimento di queste dimensioni si organizza sotto due grandi tensioni costitutive dell'essere umano:

- **L'unità della persona (lo spirituale e il materiale):** Comprendiamo che la persona è un'unità indivisibile di anima e corpo. Non possiamo discernere il danno biologico della sostanza senza considerare la dignità ontologica dello spirito che la abita. L'essere umano è uno *spirito incarnato* dove ciò che accade nel corpo ha un correlato nella sua apertura al divino e viceversa.

- **La tensione tra l'individualità e la relazione:** L'essere umano è costitutivamente relazionale; non c'è persona senza relazione. Il discernimento ci obbliga a guardare non solo all'individuo e alla sua volontà, ma al tessuto vincolare e sociale che lo sostiene o lo espelle. La salute integrale è possibile solo quando il soggetto recupera la sua capacità di essere-con-gli-altri in una comunità che lo riconosce per nome.

Per questa ragione, vogliamo proporre uno **schema grafico** che ci permetterà di orientarci nella mappa del discernimento. Nell'asse verticale si può osservare la tensione *corpo — anima (spirito)*, e nell'asse orizzontale la tensione *individuo — relazione*. Come si può apprezzare, ciascuno di questi poli dà origine a una dimensione. Così, i capitoli che presentiamo in questa parte del manuale dedicata al *Giudicare* corrispondono a queste dimensioni essenziali della persona umana.



Questo grafico ci permetterà anche di collocare le diverse proposte sviluppate nella parte dell'*Agire*. Alcune di esse avranno più sviluppato il componente spirituale, altre quello psicologico, biologico o sociale. La certezza è che il fatto di sviluppare maggiormente un componente non implica la negazione degli altri. Qui si accende allora un allarme: quando una proposta pratica sviluppa un componente, ma nega qualche altro, ciò che sta negando è la corretta comprensione della persona umana. E lì sì c'è un problema! Cominciamo dunque questo cammino di discernimento.

Brevissimo Glossario

Per percorrere con chiarezza il cammino di questa **epistemologia ascendente** che propone il manuale, è necessario stabilire un linguaggio comune fin dall'inizio del nostro discernimento. Sebbene la nostra priorità sia l'ascolto delle piaghe della comunità e la ricostruzione della dignità della persona, la realtà dei quartieri ci obbliga a utilizzare certi termini tecnici che provengono dalle scienze della salute e dalla neurobiologia.

L'obiettivo di questo breve glossario non è esaurire la profondità scientifica dei concetti, bensì fornire definizioni operative che ci permettano di nominare con precisione ciò che osserviamo nei capitoli L'Essere Sociale, Lo Spirito Umano e La Psiche.

Nel presentare questi termini qui, riaffermiamo la nostra tesi centrale: la sostanza non è il centro del problema, ma un elemento che appare nel sintomo finale di altre fratture molto più profonde. Per questo, invitiamo il lettore a utilizzare questi strumenti concettuali come un supporto per il giudizio pastorale, sapendo che l'*anatomia tecnica* e il dettaglio biologico di ciascuna saranno approfonditi nel Capitolo 9: Le Sostanze e l'Organismo, chiudendo così il nostro percorso, che va dal territorio alle neuroscienze.

Una nota sul linguaggio del manuale. Il lettore noterà che nel corso di queste pagine si utilizzano diversi termini per riferirsi a una stessa realtà: dipendenza, disturbo da uso di sostanze (DUS), consumo problematico, tossicomania, schiavitù chimica, patologia dello spirito. Questa variazione non è una svista bensì una decisione deliberata. Ogni termine proviene da un quadro di comprensione diverso — clinico, pastorale, magisteriale, sociale — e viene utilizzato nel contesto che gli corrisponde. Quando il manuale parla dalla neurobiologia, usa il linguaggio della scienza; quando parla dal Magistero, usa il linguaggio dei pontefici; quando parla dal territorio, usa il linguaggio degli agenti pastorali. Questa pluralità terminologica è coerente con il modello biopsicosociale-spirituale che vertebra il documento: se la persona è un'unità indivisibile guardata da quattro dimensioni, il linguaggio che la nomina non può essere unidimensionale. Ciò che rimane costante al di sotto di tutti questi termini è la convinzione che ci troviamo di fronte a una sofferenza reale di una persona reale la cui dignità è anteriore a qualsiasi diagnosi, e che il modo in cui la nominiamo condiziona il modo in cui la accompagniamo.

1. **SPA (Sostanze Psicoattive)**

   Sono componenti chimici che, una volta introdotti nell'organismo, hanno la capacità di attraversare la barriera emato-encefalica e alterare il fun-

zionamento del Sistema Nervoso Centrale (SNC), modificando l'umore, la percezione e il comportamento.

2. **DUS (Disturbo da Uso di Sostanze)**

   È il termine clinico per riferirsi alla dipendenza. Si definisce come un'affezione cerebrale, cronica e ricorrente che altera i circuiti della volontà e del controllo.

3. **Sistema di Ricompensa e Dopamina**

   È il sistema biologico incaricato di processare il piacere e l'apprendimento. La dopamina è il messaggero chimico che viene rilasciato massicciamente in presenza del consumo, *sequestrando* la volontà del soggetto e dando priorità alla sostanza rispetto ai bisogni vitali.

Cfr. art. 9.3.1 (Giudicare, Le sostanze e l'organismo, La farmacodinamica..., Art. 1...)

4. **Patologia Duale**

   È la coesistenza di un disturbo mentale (come depressione, psicosi o disturbo bipolare) con un disturbo da uso di sostanze.

5. **Vita Media e Disintossicazione**

   La vita media è il tempo che il corpo impiega per eliminare la metà della dose originale di una sostanza. È il cronometro biologico che determina quanto dura un'intossicazione e quanto tempo reale richiede una pulizia organica totale.

6. **Neuroplasticità**

   È la capacità del cervello di cambiare fisicamente la sua struttura basandosi sugli stimoli. È ciò che permette al cervello di *apprendere* la dipendenza, ma è anche la base della speranza biologica per la guarigione.

7. **Triade di Zinberg (Soggetto - Sostanza - Contesto)**

   È il modello che spiega che l'esperienza di consumo non dipende solo dalla droga, ma dall'interazione tra la persona (biografia, stato emotivo), la chimica della sostanza e l'ambiente (cultura, quartiere).

Ciascuno di questi concetti sarà approfondito nel Capitolo 9: Le Sostanze e l'Organismo, dove analizzeremo il sintomo finale di questo percorso.

Capitolo 6

L'essere sociale

Questo capitolo affronta la dimensione comunitaria della persona, partendo dalla premessa antropologica che l'essere umano è costitutivamente relazionale e non può comprendersi né realizzarsi nell'isolamento. In contrasto con gli approcci individualisti che riducono il fenomeno alla mera volontà del soggetto, qui si propone un cambio di paradigma verso il comunitario come chiave per abbracciare integralmente la persona e il suo ambiente.

Si approfondiscono i concetti di vicinanza territoriale, presenza e legame, recuperando l'importanza di riconoscere l'altro per nome per rompere con la disumanizzazione dei sistemi assistenziali. Inoltre, si sviluppa la fondamentazione teorica della famiglia comunitaria e della cura comunitaria, riconoscendo che la comunità organizzata deve costituirsi come la rete di supporto che offre un luogo sicuro là dove i legami biografici si trovano rotti o assenti.

Un asse centrale di questa dimensione è la necessità di arrivare prima, il che implica intendere gli spazi promozionali — come il gioco, lo sport e l'arte — come strumenti preventivi fondamentali che generano forze nella costruzione dell'essere sociale. Infine, il testo invita a superare la frammentazione delle risposte istituzionali mediante un lavoro in rete orizzontale, posizionando la comunità come un soggetto con capacità di trasformazione per restituire la dignità ai suoi membri più vulnerabilizzati dal consumo di sostanze psicoattive (SPA). Più avanti, nel capitolo intitolato **Le Sostanze e l'Organismo** apporteremo una definizione tecnica di questo nome.

6.1 | La Comunità e il Territorio. Vicinanza e Nuove Realtà

Questa sezione approfondisce la comunità territoriale, intesa non solo come uno spazio fisico, ma come un sistema di reti di persone che condividono la vita e si organizzano sotto un'etica di solidarietà e appartenenza. Si analizza la transizione fondamentale dalla vicinanza fisica verso la presenza significativa, dove il tempo condiviso trasforma la prossimità in un legame profondo che riconosce la dignità dell'altro chiamandolo per nome, rompendo l'anonimato dei sistemi assistenziali frammentati.

In questo quadro, il territorio si posiziona come lo scenario dove la comunità organizzata deve prendere l'iniziativa e uscire all'incontro dei fratelli e delle sorelle più vulnerabilizzati dal consumo di sostanze psicoattive (SPA), agendo come un agente di salute integrale là dove le istituzioni tradizionali solitamente falliscono. Infine, il testo invita ad affrontare le nuove realtà del XXI secolo, come la sfida della cittadinanza nel territorio digitale, avvertendo sull'importanza di evitare la romanticizzazione del quartiere. Ciò permette di identificare con onestà le violenze, il modo in cui il narcotraffico parassita l'economia del quartiere sequestrando gli spazi pubblici mediante il terrore, e le esclusioni che ancora persistono nel tessuto sociale.

6.1.1 Articolo 1: Sulla distinzione tra vicinanza fisica e presenza significativa

Esposizione del tema

L'accompagnamento comunitario in territori segnati dal consumo di sostanze psicoattive (SPA) esige una distinzione concettuale tra la semplice prossimità spaziale e la profondità dell'incontro personale. Si analizza come il fattore tempo e l'intenzione dell'agente pastorale trasformano il contatto fisico in un avvenimento di guarigione e riconoscimento della dignità.

Domanda centrale

Qual è la differenza fondamentale tra la vicinanza fisica e la presenza significativa nel contesto dell'accompagnamento comunitario?

Posizioni od obiezioni esistenti

- Si potrebbe pensare che non esista una differenza reale, poiché per essere presenti è requisito indispensabile essere fisicamente vicini, essendo la presenza un semplice sinonimo di vicinanza geografica.
- D'altra parte, si argomenta che la presenza dipende dalla frequenza tecnica degli incontri, suggerendo che chi realizza più visite o attività specifiche avrebbe una maggiore presenza rispetto a chi risiede nel territorio senza un'agenda di attenzione determinata.

Figura 6.1: La presenza significativa

Fondamento o criterio di discernimento

Il tempo qualifica la vicinanza e la converte in una presenza significativa. Questa dimensione costituisce una vicinanza molto più profonda, di carattere emotivo e psicologico, che trascende la mera coincidenza accidentale in uno spazio fisico determinato.

Tesi e sviluppo argomentativo

Sebbene la vicinanza fisica sia la condizione necessaria per conoscere l'altro nella sua realtà quotidiana, la presenza significativa rappresenta un grado superiore di relazione umana e pastorale. Questa differenza si fonda su tre dimensioni essenziali:

1. Primo, la qualità del legame, dove la vicinanza fisica può essere superficiale, mentre la presenza è una connessione profonda che permette alla persona di sentirsi realmente vista e riconosciuta.

2. Secondo, la permanenza di fronte all'abbandono, intendendo che la presenza è la conseguenza del restare accanto alle vite più spezzate, anche quando l'accompagnatore non è fisicamente lì.

3. Terzo, la logica del tempo, che abbandona la rigidità istituzionale per adottare una dinamica territoriale e circolare, dove l'incontro non termina con un risultato tecnico ma rimane sempre aperto al reincontro.

Risposta alle obiezioni

1. Riguardo alla prima obiezione, sebbene la vicinanza fisica faciliti il contatto iniziale, affinché questa si trasformi in presenza significativa deve essere mediata dall'assenza di giudizio e dalla permanenza nell'amore.

2. Quanto alla seconda obiezione, la presenza non si misura dalla quantità di ore tecniche, ma dalla capacità di umanizzare il percorso del fratello, permettendo che la sua storia acquisti senso attraverso un filo aspecifico che sostiene la sua vita.

6.1.2 Articolo 2: Sul legame (chiamare per nome) di fronte alla disumanizzazione del sistema

Gv 10, 3 — *Il portinaio gli apre e le pecore ascoltano la sua voce; egli chiama le sue pecore per nome*

Esposizione del tema

L'atto di chiamare per nome costituisce il gesto fondamentale per la restaurazione della dignità ontologica in contesti di vulnerabilità sociale. Si analizza come il legame personale e affettivo agisca come un antidoto di fronte alla tendenza dei sistemi istituzionali a frammentare la persona, riducendola a una cifra, una diagnosi clinica o una categoria amministrativa.

Domanda centrale

Riesce il legame, espresso nell'atto di chiamare per nome, a rompere efficacemente con la dinamica disumanizzante dei sistemi assistenziali?

Posizioni od obiezioni esistenti

- Si potrebbe argomentare che l'uso del nome proprio è una formalità superficiale che non altera l'efficacia tecnica di un trattamento medico o psicologico. Secondo questa visione, ciò che realmente guarisce è l'applicazione di protocolli scientifici standardizzati, essendo la vicinanza affettiva un elemento secondario.
- Un'altra obiezione sostiene che i sistemi devono dare priorità all'anonimato e all'imparzialità per garantire l'equità, evitando personalismi che potrebbero compromettere l'oggettività necessaria per gestire le risorse.
- Infine, si afferma che in situazioni di alta complessità per consumo di sostanze psicoattive (SPA), il focus deve essere esclusivamente sulla patologia, considerando la soggettività del nome come qualcosa di accessorio di fronte all'urgenza della disintossicazione clinica.

Fondamento o criterio di discernimento

L'antropologia cristiana insegna che la persona non è mai un numero né un anonimo, ma un fratello con una dignità ontologica che rimane intatta anche quando la sua vita è profondamente ferita. L'atto di chiamare per nome riconosce la totalità dell'essere e la sua vocazione trascendente, convalidando che il valore di ogni individuo è infinito e sacro.

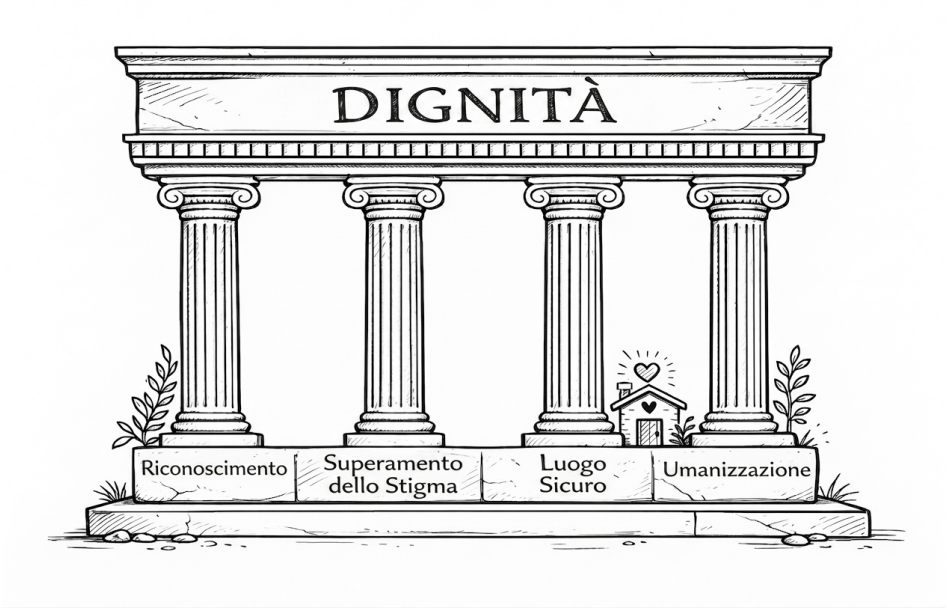


Figura 6.2: Il legame di fronte alla disumanizzazione

Tesi e sviluppo argomentativo

Il legame è il primo passo per ricostruire il vincolo sociale danneggiato. Mentre il sistema tende alla frammentazione amministrativa che seziona l'individuo in fascicoli o cause penali, il legame recupera l'unità della persona attraverso quattro dimensioni:

1. Primo, il riconoscimento della dignità infinita, dove il valore intrinseco non dipende dalla capacità di recupero né dallo stato morale.

2. Secondo, il superamento dello stigma, sostituendo etichette peggiorative con l'identità reale del soggetto, il che permette alla persona di riconoscersi nei propri punti di forza.

3. Terzo, la costruzione di un luogo sicuro, dove la fiducia generata dal nome permette a chi ha vissuto nell'abbandono di sentirsi nuovamente chiamato ad esistere per gli altri.

4. Quarto, l'umanizzazione del percorso, intendendo che l'accompagnamento non cerca solo risultati terapeutici, ma un'attenzione amorevole che rispetti il carattere artigianale e unico di ogni processo di vita.

Risposta alle obiezioni

1. Riguardo alla prima obiezione, sebbene la tecnica sia necessaria, il legame è il supporto indispensabile che permette a qualsiasi strumento professionale di essere efficace; senza amore non c'è vera guarigione né educazione.

2. Quanto alla seconda, la vera equità non nasce dall'anonimato burocratico, ma dalla misericordia che si fa carico della complessità particolare di ogni fratello per garantire il suo accesso reale ai diritti.

3. Infine, di fronte alla terza obiezione, la dipendenza deve essere intesa come un sintomo di una frattura interna e non come l'essenza della persona; ridurre l'essere umano alla sua malattia significa incorrere in un riduzionismo materialista che ignora la sua unità integrale e la sua capacità di essere protagonista della propria storia.

6.1.3 Articolo 3: Sulla necessità di evitare la romanticizzazione del quartiere

Esposizione del tema

L'accompagnamento nei territori esige uno sguardo onesto che riconosca tanto la potenza guaritrice dei legami comunitari quanto le dinamiche di oppressione e peccato sociale presenti in essi. Si analizza l'importanza di evitare una visione idealizzata del quartiere per poter identificare e trasformare le violenze strutturali che colpiscono le persone con consumi problematici.

Domanda centrale

È vitale evitare la romanticizzazione del quartiere nella pratica pastorale di accompagnamento e prevenzione?

Posizioni od obiezioni esistenti

- Si potrebbe pensare che il quartiere debba essere visto sempre come un santuario di solidarietà e saggezza popolare, e che segnalare le sue oscurità sarebbe una mancanza di rispetto verso la cultura dei più poveri.
- D'altra parte, si argomenta che concentrarsi sulle violenze interne non fa che rinforzare lo stigma mediatico che già grava sui settori popolari, per cui lo sguardo teorico dovrebbe evidenziare unicamente gli aspetti positivi per contrastare i racconti di morte.

Figura 6.3: Non bisogna romanticizzare il quartiere

Fondamento o criterio di discernimento

Evitare la romanticizzazione è una condizione di onestà missionaria. Sebbene il territorio possieda una potenza fraterna, è anche scenario di una violenza strutturale e di esclusioni che devono essere lavorate con sguardo critico. La guarigione comincia quando si nominano le piaghe del territorio per poter applicare il fondamento dell'accompagnamento integrale.

Tesi e sviluppo argomentativo

L'urgenza di mantenere uno sguardo realista sul territorio si fonda su quattro dimensioni teoriche:

1. Primo, l'occupazione del territorio da parte del male, riconoscendo che il narcotraffico non è un agente esterno, ma un ente che parassita l'economia del quartiere, sequestra gli spazi pubblici e utilizza il terrore per estinguere le forme di organizzazione comunitaria.
2. Secondo, la riproduzione dello stigma interno, dove la stessa comunità può segregare i fratelli e le sorelle più spezzati, le persone in situazione di strada o la popolazione travesti-trans, trattandoli come scarti.
3. Terzo, la captazione dell'infanzia, dove il sistema di criminalità organizzata utilizza bambini, bambine e adolescenti come pezzi di ricambio nella vendita di sostanze psicoattive (SPA), generando una nuova forma di schiavitù.
4. Quarto, l'identità della Chiesa come ospedale da campo, che esige riconoscere che il campo di battaglia è doloroso e complesso, richiedendo una presenza che non ignori la fame, la mancanza di diritti né lo stato di abbandono.

Amoris Laetitia N°291

Risposta alle obiezioni

1. Riguardo alla prima obiezione, sebbene la saggezza popolare sia un valore irrinunciabile, il discernimento permette di distinguere tra la cultura del popolo e la narcocultura, la quale lucra con la povertà e distrugge il tessuto democratico della comunità.

2. Quanto alla seconda obiezione, l'obiettivo non è alimentare lo stigma, bensì esercitare una funzione profetica che identifichi le violenze reali affinché la comunità organizzata possa esigere l'adempimento dei diritti fondamentali e costruire alternative di vita che non siano un semplice trucco della realtà sociale.

6.1.4 Articolo 4: Sul territorio digitale come nuova sfida sociale

Esposizione del tema

Il concetto di territorio ha trasceso i limiti geografici tradizionali per abbracciare l'ambiente virtuale, dove si sviluppa gran parte della vita sociale contemporanea. Questo nuovo scenario non deve essere inteso semplicemente come uno strumento ricreativo o di comunicazione, ma come uno spazio dove si esercita la cittadinanza digitale e si modella la soggettività, impattando in forma reale sulle dimensioni psichiche e socioemotive della persona.

Domanda centrale

Costituisce il cosiddetto territorio digitale un nuovo scenario di rischio e una sfida fondamentale per l'approccio comunitario alle dipendenze?

Posizioni od obiezioni esistenti

- Si potrebbe pensare che il digitale non si qualifichi come territorio mancando di prossimità fisica e geografia concreta, appartenendo unicamente all'ambito della vita privata.
- Inoltre, si argomenta che i social network sono strumenti neutri i cui rischi sono esagerati da uno sguardo allarmista.
- Infine, si sostiene che il vero problema risiede unicamente nelle sostanze chimiche, considerando che l'uso di schermi e videogiochi è un'attività inoffensiva che non genera danni biologici comparabili al consumo di sostanze psicoattive (SPA).

Fondamento o criterio di discernimento

L'esistenza e i legami si giocano oggi in gran parte nelle reti. Questo territorio digitale è lo scenario dove crescono la solitudine e nuove forme di schiavitù che operano sugli stessi centri di ricompensa delle sostanze chimiche. Riconoscere la cittadinanza digitale implica intendere che il virtuale ha un impatto concreto sul reale e sul tessuto sociale.

Cfr. Dipendenze digitali (cap. 8) e Dipendenze comportamentali (cap. 9)

Tesi e sviluppo argomentativo

Il territorio digitale rappresenta uno spostamento della frontiera di intervento pastorale e sociale. Questa sfida si fonda su cinque assi teorici:

1. Primo, la delocalizzazione del legame e lo sviluppo della soggettività nella virtualità. L'iperconnessione virtuale, paradossalmente, suole approfondire la solitudine e sfilacciare il tessuto sociale. Il transito prolungato attraverso spazi digitali naturalizza logiche di consumo e individualismo che influiscono sull'identità, sulla percezione del collettivo e sulla capacità di sostenere incontri presenziali significativi.

2. Secondo, i meccanismi di dipendenza comportamentale, caratterizzati da scariche costanti di dopamina attraverso un flusso incessante di notifiche — che possono raggiungere le centinaia giornaliere —, il che altera i circuiti cerebrali del piacere e la capacità di attesa.

Cfr. art. 9.3.1 (Giudicare, Le sostanze e l'organismo, La farmacodinamica..., Art. 1...)

3. Terzo, il fenomeno dello stress digitale e del FOMO (paura di restare fuori), che genera una ricerca di approvazione costante e un'iperconnessione che alimenta l'ansia persistente per la validazione dei pari e frammenta l'attenzione, rendendo difficile lo sviluppo di processi riflessivi profondi.

4. Quarto, il sorgere di nuove dipendenze digitali, come i videogiochi, la pornografia e le scommesse online, che colpiscono specialmente i minori di età e costituiscono forme di dipendenza comportamentale con meccanismi neurobiologici analoghi a quelli delle sostanze chimiche.

5. Quinto, l'impatto sul socioemotivo e sui legami di cura, dove l'esposizione deregolata agli schermi — che secondo studi internazionali può superare le otto ore giornaliere negli adolescenti — sostituisce il silenzio riparatore e l'incontro presenziale, indebolendo la funzione della famiglia come porto sicuro e generando una disconnessione emotiva che rende invisibili i problemi agli occhi dei genitori fino a quando il deterioramento è severo.

Risposta alle obiezioni

1. Riguardo alla prima obiezione, il digitale è un territorio perché è il luogo dove il soggetto abita, trascorre gran parte del suo tempo e costruisce il suo senso di appartenenza e identità.

2. Quanto alla seconda obiezione, la tecnologia perde la sua neutralità quando si converte in uno spazio di disumanizzazione, manipolazione o dipendenze digitali come le scommesse online e la pornografia.

3. Infine, di fronte alla terza obiezione, la scienza dimostra che le dipendenze comportamentali condividono meccanismi neurobiologici con i disturbi da uso di sostanze (DUS), alterando i circuiti di ricompensa e generando sintomi di astinenza come l'irritabilità e l'ossessione mentale.

6.2 | La Famiglia. Strutture, Famiglia Comunitaria e Influenze

Questa sezione affronta la famiglia come la cellula vitale della società e la prima esperienza di comunità, dove l'essere umano scopre la sua dignità e vocazione all'amore. Ispirata alla visione della famiglia come un poliedro di realtà, si approfondisce il concetto di famiglia comunitaria, intesa come la rete di supporto che offre riparo e appartenenza là dove i vincoli biografici — cioè, i legami familiari d'origine — si trovano fragilizzati. In sintonia con il magistero del Papa Francesco in Amoris Laetitia, si riconosce che la famiglia non è un problema, bensì un'opportunità per l'integrazione sociale e la costruzione di un luogo sicuro di fronte al fenomeno del consumo di sostanze psicoattive (SPA).

Si analizzano le influenze macroeconomiche e sociali che condizionano le capacità di cura, riconoscendo la necessità di un intervento precoce che permetta di arrivare prima che la sofferenza avanzi. Sotto il paradigma della cura comunitaria, questa sezione fonda teoricamente la corresponsabilità di tutto il tessuto sociale nella cura dei bambini, delle bambine e degli adolescenti, promuovendo una mistica dell'ospitalità che trasforma il focolare in una Chiesa domestica capace di sanare l'orfanità e ricostruire la speranza nel seno del popolo.

6.2.1 Articolo 1: Sulla natura e vocazione della famiglia come opportunità

Esposizione del tema

La famiglia viene frequentemente analizzata a partire dalle sue crisi, difficoltà o fallimenti funzionali. Tuttavia, prima di essere un insieme di problemi da risolvere, la famiglia deve essere compresa nella sua realtà fondamentale come una comunità di vita e amore che costituisce la base della società. Si analizza la sua vocazione come un poliedro di relazioni che riflette la dignità dell'essere umano.

Domanda centrale

La famiglia deve essere considerata principalmente come una fonte di conflitti sociali o come un'opportunità antropologica per l'integrazione e lo sviluppo integrale?

Posizioni od obiezioni esistenti

- Si potrebbe pensare che la famiglia sia oggi un'istituzione antiquata, la cui rigidità suole essere la causa dei malesseri psichici e sociali dei suoi membri. Secondo questa visione, la famiglia sarebbe un recinto di tensioni e intolleranza che ostacola l'autonomia individuale.

- D'altra parte, si argomenta che, di fronte alla diversità dei modelli attuali, il termine famiglia ha perso il suo significato univoco, diventando un luogo di passaggio precario dove i legami restano abbandonati alla volubilità dei desideri.

Fondamento o criterio di discernimento

La famiglia non è un problema, è principalmente un'opportunità. Come immagine della Trinità, è una comunione di persone dove l'amore fecondo si converte in una scultura vivente capace di manifestare la capacità creatrice e il senso di trascendenza dell'essere umano.

Tesi e sviluppo argomentativo

La famiglia è la cellula prima e originaria della dimensione sociale della persona. Il suo valore essenziale si fonda su tre pilastri teorici:

1. Primo, la famiglia come scuola di umanità, dove l'individuo scopre che la sua identità si costruisce nella relazione con un altro che lo riconosce e lo ama gratuitamente.

2. Secondo, l'identità di Chiesa domestica, dove lo spazio vitale si trasforma in un luogo di presenza condivisa, preghiera e benedizione che sostiene la vita quotidiana.

3. Terzo, il valore del legame stabile, che offre un orizzonte definitivo di fronte alla cultura del provvisorio, permettendo alla persona di progettare il suo futuro con sicurezza e fiducia.

La famiglia, anche nella sua fragilità, possiede la forza di amare e insegnare ad amare, essendo l'ambito naturale dove si custodisce la vita in tutte le sue tappe.

Risposta alle obiezioni

1. Riguardo alla prima obiezione, sebbene esistano famiglie ferite, la soluzione non è l'indebolimento del legame familiare bensì il suo rinnovamento attraverso una pedagogia della tenerezza che sani la violenza e l'autoritarismo.

2. Quanto alla seconda obiezione, la vera libertà non consiste nell'isolamento individualista, ma nella capacità di donarsi generosamente in un progetto comune che trascenda i capricci della sensibilità per raggiungere la maturità dell'amore.

6.2.2 Articolo 2: Sulla famiglia come scuola di fraternità e antidoto contro l'individualismo

Esposizione del tema

In un contesto sociale caratterizzato dall'individualismo esasperato e dalla cultura dello scarto, la famiglia si posiziona come lo spazio primordiale dove si introduce la fraternità nel mondo. Si analizza come l'apertura della famiglia verso la comunità costituisca un asse di prevenzione fondamentale di fronte alla solitudine estrema e al vuoto esistenziale che solitamente precedono il consumo di sostanze psicoattive (SPA).

Domanda centrale

La famiglia è un recinto chiuso che deve proteggersi dalla società o un soggetto attivo di trasformazione sociale e carità politica?

Posizioni od obiezioni esistenti

- Si potrebbe argomentare che la missione della famiglia termina nei limiti del proprio focolare, dovendo concentrare tutte le sue energie nel benessere dei suoi membri biologici per evitare distrazioni dai propri doveri primari.
- Inoltre, si sostiene che le famiglie vulnerabilizzate dalla povertà portano già un peso sufficiente perché si possa esigere da esse una funzione di accoglienza o impegno sociale con altri, il che potrebbe indebolire la propria stabilità interna.

Fondamento o criterio di discernimento

La fraternità nella famiglia si irradia come una promessa su tutta la società. Il pensiero sociale ed ecclesiale propone che la famiglia non deve pensarsi come un recinto chiamato a proteggersi dalla società, ma deve uscire da sé nella ricerca solidale, diventando un nesso di integrazione tra il pubblico e il privato per rendere domestico il mondo.

Tesi e sviluppo argomentativo

La famiglia possiede una missione sociale intrinseca che agisce come un agente di guarigione collettiva e prevenzione di condotte a rischio. Questa funzione si dispiega in quattro dimensioni teoriche:

1. Primo, il superamento del narcisismo, dove la convivenza insegna a non essere il centro del mondo e a valorizzare il bene comune.
2. Secondo, la mistica dell'ospitalità, che permette alla famiglia di aprire le proprie porte ai soli e ai fratelli più spezzati, integrandoli nella propria dinamica quotidiana.
3. Terzo, l'esercizio della carità sociale, dove l'affetto si trasforma in un impegno per la giustizia e la difesa dei fragili, lavorando insieme alla comunità organizzata.
4. Quarto, la prevenzione dell'orfanità spirituale, offrendo un porto sicuro di ascolto attivo che neutralizza la solitudine profonda.

Nel vivere la fraternità, la famiglia cessa di essere un mero oggetto di assistenza per diventare un soggetto con capacità di trasformare le strutture sociali ingiuste.

Risposta alle obiezioni

1. Riguardo alla prima obiezione, un amore familiare che si chiude esclusivamente in se stesso corre il rischio di ammalarsi; la vera salute del legame familiare si trova nella sua capacità di apertura e consegna gratuita.

2. Quanto alla seconda, anche la famiglia più ferita è capace di generare vita se si sente parte di un popolo; la solidarietà reciproca tra famiglie è ciò che permette ai focolari di non soccombere di fronte all'esclusione, trovando nella rete comunitaria il riparo che i sistemi burocratici solitamente negano.

6.2.3 Articolo 3: Sulla mistica dell'ospitalità come ponte verso il comunitario

Eb 13, 2 — *Non dimenticate l'ospitalità; alcuni, praticandola, senza saperlo hanno accolto degli angeli*

Esposizione del tema

L'ospitalità non deve essere intesa come una semplice norma di cortesia sociale, ma come una mistica fondamentale che definisce l'identità della famiglia cristiana. Si analizza come il gesto di uscire da sé e aprire il focolare alla vita ferita costituisca il ponte necessario per trasformare la rete territoriale in una vera famiglia comunitaria, capace di accogliere coloro che sono stati scartati dal sistema.

Domanda centrale

La mistica dell'ospitalità è il fondamento necessario per l'esistenza di una famiglia comunitaria nell'approccio alle dipendenze?

Posizioni od obiezioni esistenti

- Si potrebbe argomentare che l'ospitalità è una virtù privata che non ha impatto sulle strategie di intervento sociale o sanitario contro il consumo di sostanze psicoattive (SPA). Secondo questa visione, l'apertura del

focolare sarebbe un rischio inutile per la sicurezza e l'intimità della famiglia nucleare.

- Inoltre, si sostiene che le istituzioni comunitarie devono basarsi su protocolli di ammissione tecnici e non su una mistica di accoglienza gratuita, la quale risulterebbe disorganizzata e inefficiente di fronte alla complessità della problematica.

Fondamento o criterio di discernimento

Il magistero di Amoris Laetitia insegna che quando la famiglia accoglie e esce verso gli altri, specialmente verso i poveri e gli abbandonati, diventa simbolo, testimonianza e partecipazione della maternità della Chiesa. L'ospitalità è il mezzo attraverso il quale la famiglia compie il progetto di Dio di rendere domestico il mondo e rompere il primo cerchio del mortale egoismo.

Tesi e sviluppo argomentativo

La mistica dell'ospitalità si fonda come l'asse integratore dell'accompagnamento attraverso tre dimensioni essenziali:

1. Primo, la testimonianza della maternità ecclesiale, dove la famiglia che apre le proprie porte manifesta un amore che non pone condizioni e che è capace di ricevere anche i fratelli più disastrosi nelle loro condotte.

2. Secondo, l'umanizzazione del territorio, poiché l'ospitalità trasforma lo spazio pubblico in un luogo di vicinato e cura, neutralizzando la solitudine estrema che suole precedere la dipendenza.

3. Terzo, il riconoscimento del volto di Cristo, dove l'accoglienza gratuita permette di valorizzare la dignità sacra del fratello spezzato, vedendolo come un fine in sé e non come un oggetto di assistenza.

In questo modo, l'ospitalità cessa di essere un atto isolato per diventare la forza che amalgama i vicini e le istituzioni in un'unica famiglia di famiglie.

Risposta alle obiezioni

1. Riguardo alla prima obiezione, l'ospitalità ha un impatto reale sulla salute pubblica, poiché genera il senso di appartenenza indispensabile affinché qualsiasi processo di recupero sia sostenibile.
2. Quanto alla seconda obiezione, una mistica di ospitalità non esclude l'ordine né la prudenza, bensì li trascende; la vera efficienza in contesti di vulnerabilità non nasce dalla freddezza burocratica, ma da un amore che sa ricevere la vita come viene per integrarla in un tessuto sociale sanante.

6.2.4 Articolo 4. Sulla proposta del termine famiglia comunitaria

Esposizione del tema

Mc 3, 33-35 — *Chi è mia madre e chi sono i miei fratelli?... chi compie la volontà di Dio, costui è mio fratello, mia sorella e mia madre*

Si propone l'incorporazione del concetto di famiglia comunitaria come una categoria fondamentale per l'approccio alle dipendenze in contesti di esclusione sociale. Questo termine cerca di ampliare lo sguardo sui sistemi di supporto, riconoscendo che la comunità organizzata assume funzioni di cura e protezione che trascendono i vincoli biologici tradizionali, specialmente là dove i legami primari sono stati vulnerati.

Domanda centrale

È conveniente che il manuale proponga il termine famiglia comunitaria invece di limitarsi esclusivamente alle strutture familiari tradizionali?

Posizioni od obiezioni esistenti

- Si potrebbe pensare che il termine famiglia debba essere riservato unicamente ai vincoli di parentela per consanguineità, matrimonio o adozione, così come lo definiscono le scienze sociali classiche. Secondo questa visione, ampliare il concetto al comunitario potrebbe diluire la responsabilità specifica dei genitori.

- D'altra parte, si argomenta che le reti di supporto esterne, come parrocchie o circoli, devono denominarsi semplicemente istituzioni, poiché mancherebbero della stabilità e dell'intimità affettiva proprie del focolare biografico.

Fondamento o criterio di discernimento

Cfr. art. 8.5.3 (famiglie di accoglienza)

La comunità organizzata deve costituirsi come la rete di supporto alternativa che offre un luogo sicuro là dove i legami biografici si trovano rotti o assenti. Questa risposta integrale si fonda sulla mistica della permanenza nell'amore e sull'identità della Chiesa come una famiglia di famiglie che non lascia nessuno orfano.

Figura 6.4: Famiglia comunitaria

Tesi e sviluppo argomentativo

La proposta del termine famiglia comunitaria risponde a un cambio di paradigma necessario fondato su quattro assi teorici:

1. Primo, la risposta all'orfanità funzionale, dove la comunità non solo assiste, ma offre un riparo materno di fronte alla rottura dei legami primari.

2. Secondo, l'integrazione degli attori territoriali, conformando una rete che unisce i frammenti che il sistema amministrativo suole separare, agendo come un corpo solidale.

3. Terzo, la costruzione di un luogo sicuro, uno spazio di protezione ispirato al riparo biblico dove la persona può essere e al quale può sempre tornare.

4. Quarto, l'adozione della cura condivisa, dove tutti i membri del tessuto sociale si sentono corresponsabili dello sviluppo e della protezione della vita dei fratelli e delle sorelle più vulnerabilizzati dal consumo di sostanze psicoattive (SPA).

5. Quinto, la necessità di protocolli di cura e protezione. La famiglia comunitaria non è uno spazio spontaneo che si costituisce per il mero desiderio di aiutare; richiede un'organizzazione responsabile che includa criteri chiari di protezione dei bambini, delle bambine e degli adolescenti che vi partecipano. L'esperienza territoriale insegna che la comunità non è sempre uno spazio sicuro: il narcotraffico, l'abuso e la violenza abitano anche nei legami di vicinanza. Per questo, ogni proposta di famiglia comunitaria deve includere linee guida di selezione e accompagnamento dei referenti adulti, meccanismi di ascolto e denuncia accessibili per i minori, e un'articolazione con i quadri legali di protezione dell'infanzia vigenti in ogni paese. La mistica dell'ospitalità non sostituisce la responsabilità istituzionale; la incarna e la umanizza.

Risposta alle obiezioni

1. Riguardo alla prima obiezione, il concetto non cerca di annullare la responsabilità dei genitori, bensì di agire come un supporto che li rafforza in contesti di stress estremo, evitando che i bambini restino alla mercé di reti criminali. È fondamentale distinguere tra complementare la famiglia — il che è desiderabile ed è l'obiettivo di questo concetto — e sostituirla — il che, quando risulta necessario, richiede quadri legali e istituzionali formali come l'affidamento, la tutela o l'adozione —. La famiglia comunitaria opera nel primo registro: accompagna, sostiene e rafforza, ma non

sostituisce la responsabilità genitoriale né le funzioni che l'ordinamento giuridico riserva alle istituzioni di protezione.

2. Quanto alla seconda obiezione, denominare questi spazi come istituzioni riflette un vincolo meramente funzionale; nel chiamarli famiglia, si enfatizza l'identità, la conoscenza per nome e la mistica della mensa condivisa, trasformando l'assistenza tecnica in un incontro veramente fraterno.

6.2.5 Articolo 5: Sul condizionamento delle influenze macro sulle capacità di cura

Esposizione del tema

La famiglia non costituisce un compartimento stagno, bensì è un sistema aperto che fa parte di un tessuto sociale più ampio che la condiziona in modo significativo. Si analizza come i fattori macroeconomici, politici e culturali esercitino una pressione esterna che può facilitare o, al contrario, vulnerare lo sviluppo umano sano e le capacità di cura dei referenti familiari.

Domanda centrale

In che modo le influenze a livello macro condizionano e influiscono sulle capacità di cura nelle famiglie?

Posizioni od obiezioni esistenti

- Si potrebbe pensare che la cura dei figli sia una responsabilità puramente individuale e privata, dove il successo o il fallimento nell'educazione dei figli dipende esclusivamente dalla volontà e dalle abilità personali dei genitori, senza che il contesto socioeconomico sia un fattore determinante.
- D'altra parte, si dice con frequenza che l'amore materno o paterno è sufficiente per superare qualsiasi avversità, suggerendo che anche in contesti di estrema povertà o esclusione, le capacità di cura non dovrebbero risultare compromesse se esiste un legame affettivo forte.

Fondamento o criterio di discernimento

Il magistero del Papa Francesco in Amoris Laetitia insegna che è necessario denunciare con franchezza i condizionamenti culturali, sociali ed economici che impediscono un'autentica vita familiare. La famiglia è un bene del quale la società non può fare a meno, e pertanto, lo Stato e la comunità organizzata hanno la responsabilità di garantire le condizioni necessarie affinché i focolari possano compiere la propria missione di curare e proteggere la vita.

Tesi e sviluppo argomentativo

Le influenze macro impattano sulla dinamica familiare attraverso quattro meccanismi teorici fondamentali:

1. Primo, la privazione di risorse basilari, dove la povertà estrema limita l'accesso alla salute e alla nutrizione, generando carichi aggiuntivi che ostacolano lo sviluppo motorio e cognitivo dei bambini, delle bambine e degli adolescenti.

2. Secondo, lo stress cronico del curante provocato dall'instabilità lavorativa, dalle giornate di lavoro eccessivamente lunghe e dalla mancanza di servizi essenziali, il che esaurisce le risorse psichiche degli adulti e riduce la loro disponibilità emotiva per soddisfare i bisogni dei propri figli.

3. Terzo, la discriminazione e l'esclusione sociale, che aumentano la risposta fisiologica allo stress nei genitori, indebolendo il loro calore affettivo e spingendo i giovani verso condotte a rischio come meccanismo di fuga di fronte all'angoscia.

4. Quarto, la presenza della criminalità organizzata e del narcotraffico nel territorio, che frammentano i focolari e obbligano la famiglia a vivere sotto una logica di sopravvivenza che annulla i processi di cura spontanei.

Di fronte a questo scenario, si fonda la necessità di un intervento precoce attraverso spazi promozionali comunitari che agiscano come ammortizzatori di queste pressioni esterne.

Risposta alle obiezioni

1. Riguardo alla prima obiezione, sebbene la responsabilità individuale esista, l'esercizio reale della libertà e la capacità di educare esigono condizioni minime di ordine sociale, giuridico ed economico; senza un ambiente facilitatore, la cura dei figli cessa di essere un atto di libertà per diventare una lotta reattiva per la sussistenza.
2. Quanto alla seconda obiezione, l'amore è l'asse del focolare, ma lo stress prolungato agisce come un perturbatore dello sviluppo che può silenziare la risposta affettiva del curante. Per questo, la cura comunitaria si presenta come la rete di supporto necessaria per sostenere i genitori che si trovano sopraffatti dalle ingiustizie strutturali.

6.2.6 Articolo 6: Sull'impatto della discriminazione e dell'esclusione sociale sul rischio di consumo giovanile

Esposizione del tema

La vulnerabilità di fronte al consumo di sostanze psicoattive (SPA) non può essere spiegata unicamente da fattori individuali o biologici. Esiste una stretta relazione tra le dinamiche di esclusione sociale e i processi di stigmatizzazione che agiscono come potenti forze macroambientali, perturbando lo sviluppo sano dei giovani e spingendoli verso condotte a rischio come meccanismo di risposta di fronte a un ambiente ostile.

Domanda centrale

In che modo la discriminazione e l'esclusione sociale incrementano la probabilità che i giovani ricorrano al consumo di sostanze psicoattive?

Posizioni od obiezioni esistenti

- Si potrebbe sostenere che il consumo sia una decisione strettamente individuale basata sul libero arbitrio, per cui la discriminazione sociale

non sarebbe una causa bensì un pretesto per eludere la responsabilità personale.

- Un'altra posizione argomenta che i fattori più determinanti siano puramente genetici, rappresentando la maggior parte della vulnerabilità, il che collocherebbe l'esclusione sociale come un fattore secondario di fronte alla predisposizione organica dell'individuo.

Fondamento o criterio di discernimento

Molti giovani cadono nelle reti del consumo perché si sentono invisibili e hanno cessato di esistere per gli altri a causa di una cultura dello scarto e dell'abbandono. Il magistero insegna che la liberazione dalle ingiustizie è ciò che promuove veramente la libertà e la dignità umana, poiché non c'è libertà piena là dove le condizioni sociali soffocano la speranza.

Tesi e sviluppo argomentativo

La discriminazione e l'esclusione sociale operano come detonatori della vulnerabilità giovanile attraverso tre meccanismi teorici fondamentali:

1. Primo, il deterioramento della salute mentale per stress cronico, dove la percezione di essere rifiutato dal sistema aumenta la risposta fisiologica di angoscia, funzionando la sostanza come un tentativo autoterapeutico per alleviare una vita percepita come intollerabile.

2. Secondo, l'indebolimento della rete di cura, poiché quando le famiglie soffrono l'esclusione, i curanti manifestano livelli di esaurimento che influiscono sui loro ruoli di cura, lasciando i giovani senza il porto sicuro necessario per resistere alle pressioni dell'ambiente.

3. Terzo, l'invisibilità e la mancanza di senso, dove l'esclusione genera una cultura in cui il giovane sente di non avere nulla da apportare; mancando di radici e di un orizzonte di opportunità educative o lavorative, l'immediatezza del consumo riempie il vuoto esistenziale provocato dallo sradicamento sociale.

Risposta alle obiezioni

1. Riguardo alla prima obiezione, sebbene il libero arbitrio sia un costitutivo umano, il suo esercizio reale esige condizioni minime di giustizia sociale; senza queste, la libertà si vede oscurata da condizionamenti che necessitano di essere sanati mediante l'integrazione comunitaria.
2. Quanto alla seconda obiezione, sebbene la genetica sia un fattore da considerare, la scienza riconosce che il rischio è il risultato di un'interazione sinergica tra la biologia e l'ambiente; un ambiente affettuoso e una comunità inclusiva possono proteggere anche coloro che possiedono una maggiore vulnerabilità biologica, mentre l'esclusione può far sì che qualsiasi individuo varchi la soglia verso la dipendenza.

6.2.7 Articolo 7: Sui principi per un intervento preventivo basato sulla famiglia

Esposizione del tema

La prevenzione del consumo di sostanze psicoattive (SPA) nell'ambito familiare deve superare il modello assistenzialista e meramente informativo per diventare un processo di empowerment e rafforzamento delle capacità. Si analizzano i criteri teorici e metodologici che permettono alla famiglia di costituirsi come un fattore di protezione efficace attraverso lo sviluppo di abilità di cura e il consolidamento di legami sani.

Domanda centrale

Quali sono i principi fondamentali che devono governare un intervento preventivo efficace nell'ambito familiare?

Posizioni od obiezioni esistenti

- Si potrebbe pensare che la prevenzione familiare debba essere puramente informativa, sotto la premessa che se i genitori conoscono gli effetti

biologici e legali delle sostanze e li trasmettono ai propri figli, ciò basterà per evitare il consumo.

- D'altra parte, si argomenta che gli interventi debbano concentrarsi esclusivamente sui giovani, poiché la famiglia appartiene all'ambito privato e le istituzioni non devono interferire nelle dinamiche interne di cura dei figli né nell'autonomia del focolare.

Fondamento o criterio di discernimento

Il magistero insegna che la famiglia è l'agente di socializzazione più profondo e il primo luogo dove si impara il buon uso della libertà. Gli interventi di maggior successo sono quelli che riescono a far sì che i curanti sviluppino e pratichino nuove abilità con i propri figli, riconoscendo che l'educazione integrale è un diritto primario dei genitori che la comunità deve accompagnare in forma sussidiaria.

Tesi e sviluppo argomentativo

Un intervento preventivo basato sulla famiglia si fonda su sei principi rettori:

1. Primo, la valutazione dei bisogni e del rischio, adattando il programma alla realtà specifica della comunità, distinguendo se si richiede una prevenzione universale, selettiva o indicata.

2. Secondo, l'adeguamento alla tappa del ciclo vitale e il dosaggio, assicurando che le attività siano appropriate per l'età dei figli e contino con la permanenza necessaria per automatizzare nuove condotte di cura.

3. Terzo, la metodologia interattiva, evitando la lezione magistrale per promuovere il gioco di ruoli e la partecipazione attiva, intendendo che l'apprendimento sociale avviene attraverso la pratica guidata.

4. Quarto, lo sviluppo della sensibilità e della struttura, insegnando ai genitori a combinare l'affetto e l'empatia con lo stabilimento di regole chiare e supervisione.

5. Quinto, il vincolo con la scuola e la comunità organizzata, ravvivando l'alleanza educativa affinché i curanti si coinvolgano negli spazi istituzionali

del bambino, della bambina o dell'adolescente, rafforzando così la loro rete di appartenenza.

Risposta alle obiezioni

1. Riguardo alla prima obiezione, la scienza e l'esperienza pastorale dimostrano che la mera consegna di informazioni non modifica le condotte; il fattore preventivo reale è il modellamento di abitudini sane in un ambiente di calore affettivo.
2. Quanto alla seconda obiezione, sebbene la famiglia sia un nucleo intimo, non è un compartimento stagno; di fronte a contesti di povertà o esclusione che generano stress cronico, l'intervento comunitario è indispensabile per sostenere la funzione protettrice dei genitori sotto la logica della cura condivisa.

6.2.8 Articolo 8: Sul paradigma della cura comunitaria

Esposizione del tema

La cura dei figli è stata tradizionalmente compresa come un compito confinato esclusivamente alla sfera dell'intimità familiare e biologica. Tuttavia, di fronte allo sfilacciamento del tessuto sociale provocato dal narcotraffico e dall'esclusione, sorge la necessità di un cambio di paradigma verso la cura comunitaria. Si analizza come la comunità organizzata debba assumere una responsabilità condivisa per proteggere e potenziare la vita dei bambini, delle bambine e degli adolescenti, specialmente quando i legami primari si trovano fragilizzati.

Domanda centrale

La cura comunitaria è un modello legittimo e necessario per garantire lo sviluppo integrale e la prevenzione di condotte a rischio in contesti di vulnerabilità?

Posizioni od obiezioni esistenti

- Si potrebbe pensare che la cura dei figli sia una responsabilità indelegabile e privata, per cui l'intervento di altri attori del quartiere sarebbe un'intromissione nell'autonomia familiare. Secondo questa visione, il successo o il fallimento nell'educazione di un bambino dipende esclusivamente dai suoi genitori, svincolando l'ambiente sociale da qualsiasi impegno etico.

- D'altra parte, si argomenta che gli spazi comunitari come circoli o parrocchie debbano limitarsi a fornire servizi specifici (sport o catechesi) senza coinvolgersi nei processi affettivi e di maturazione soggettiva dell'infanzia.

- Infine, si avverte che coinvolgere attori comunitari nei processi di cura dei figli potrebbe esporre i bambini, le bambine e gli adolescenti a situazioni di rischio se tali attori non dispongono della formazione né della supervisione adeguate, considerando che i contesti di vulnerabilità dove si dispiega questa proposta sono anche scenari dove operano reti di abuso e sfruttamento.

Fondamento o criterio di discernimento

Il magistero sociale e la visione della Chiesa come famiglia di famiglie insegnano che l'essere umano è costitutivamente relazionale. Amoris Laetitia propone che la famiglia non debba isolarsi, bensì essere un nesso di integrazione tra il pubblico e il privato. La comunità organizzata deve costituirsi come la rete di supporto che offre riparo e appartenenza là dove la rete primaria è inesistente, fondandosi sul principio di corresponsabilità sociale per la vita del fratello.

Tesi e sviluppo argomentativo

La cura comunitaria si fonda come una strategia di guarigione e protezione collettiva dispiegata in quattro dimensioni:

1. Primo, l'intervento precoce e promozionale, intendendo che il gioco, lo sport e l'arte non sono solo ricreazione, ma strumenti preventivi fondamentali che generano forze nella costruzione dell'essere sociale prima che il consumo avanzi.

2. Secondo, la costruzione di un luogo sicuro, dove il territorio offre spazi di cura che neutralizzano l'offerta degli angoli delle strade, permettendo all'infanzia di recuperare il proprio diritto alla gioia.

3. Terzo, la funzione dei referenti affettivi comunitari, i quali offrono un attaccamento sicuro e una pedagogia della tenerezza che ripara l'orfanità funzionale.

4. Quarto, la cultura dell'incontro di fronte all'individualismo, dove la cura dei figli cessa di essere un processo solitario per diventare una dinamica di popolo che si prende cura dei suoi membri più fragili, garantendo l'accesso a diritti fondamentali che il sistema suole ignorare.

Risposta alle obiezioni

1. Riguardo alla prima obiezione, la cura comunitaria non cerca di annullare l'autorità dei genitori, bensì di agire come un supporto sussidiario che li rafforza di fronte a situazioni di stress estremo o esclusione, evitando che il bambino resti alla mercé della criminalità organizzata.

2. Quanto alla seconda obiezione, separare la tecnica dall'affetto significa incorrere in una frammentazione disumanizzante; gli spazi comunitari sono veramente educativi solo quando riescono a maternare la vita del fratello, trasformando l'assistenza funzionale in un legame di appartenenza stabile e sanante.

3. Quanto alla terza obiezione, l'avvertimento è legittimo e il manuale lo assume con serietà. La cura comunitaria non consiste nel delegare la cura dei minori a qualsiasi adulto disponibile nel territorio. Esige la costruzione di ambienti protettori con criteri espliciti: selezione attenta e formazione dei referenti adulti, presenza di più di un adulto in ogni spazio di accompagnamento dei minori, canali di ascolto e denuncia accessibili per i bambini, articolazione con gli organismi di protezione dei diritti dell'infanzia di ogni paese, e una cultura istituzionale che non tolleri né copra nessuna forma di maltrattamento o abuso. La Chiesa ha imparato dolorosamente che la vicinanza e l'affetto, quando non sono accompagnati da protocolli chiari e trasparenza, possono diventare lo scenario del peggiore dei danni. La cura comunitaria che questo manuale propone assume quella lezione come parte costitutiva del suo disegno, non come un'aggiunta posteriore.

6.3 | Il lavoro e il denaro

Questa sezione si propone di discernere la dimensione operativa dell'essere umano come un componente intrinseco della sua salute e della sua dignità ontologica. Il lavoro non è analizzato qui come un semplice dato di sussistenza economica, ma come l'asse vertebratore che permette al fratello di ricostruire la propria identità, ordinare il proprio tempo e partecipare attivamente all'opera creatrice di Dio. Allo stesso modo, si cerca di illuminare la relazione con il denaro e le risorse materiali, intendendoli come un segno di realismo e un termometro della maturità raggiunta di fronte alla dinamica della compulsione. Attraverso questo giudizio pastorale, cercheremo di integrare la laborterapia, l'apprendimento di mestieri e l'impiego retribuito sotto il criterio di una misericordia strutturata che promuova l'autonomia e il protagonismo del soggetto nel suo popolo.

6.3.1 Articolo 1: Il lavoro come partecipazione alla creazione

Gen 2, 15 — *Il Signore Dio prese l'uomo e lo pose nel giardino di Eden perché lo coltivasse e lo custodisse*

Esposizione del tema

La cultura contemporanea tende a ridurre il lavoro umano a una mera merce o a un semplice strumento di produzione di ricchezza. Nell'accompagnamento dei nostri fratelli, risulta vitale recuperare il senso profondo del fare quotidiano. Non si tratta solo di cosa produce l'uomo, ma anche di cosa fa il lavoro con l'uomo. Dobbiamo discernere se l'attività lavorativa è un elemento accidentale o se è una dimensione sacra che permette al soggetto di dispiegare la sua vocazione e perfezionare la sua natura in dialogo con il Creatore.

Domanda centrale

Il lavoro costituisce una dimensione essenziale dell'identità umana che permette alle persone di partecipare all'opera creatrice di Dio e di restaurare la propria dignità ferita?

Posizioni od obiezioni esistenti

- Sembra che il lavoro sia unicamente un carico necessario per la sopravvivenza biologica o una conseguenza del disordine del mondo che non possiede un valore spirituale né terapeutico intrinseco.
- Sembra che, nelle persone con problemi di dipendenza, il lavoro sia un obiettivo irraggiungibile o un premio che deve essere concesso solo alla fine del percorso, considerandolo estraneo alle tappe iniziali della guarigione.

- Sembra che il lavoro operativo o tecnico sia inferiore alla vita spirituale, suggerendo che la vera guarigione si giochi solo sul piano della fede o della psicologia, lasciando la dimensione del fare in un piano secondario.

Fondamento o criterio di discernimento

La nostra antropologia cristiana e il magistero sociale insegnano che l'essere umano, creato a immagine di Dio, è chiamato ad essere collaboratore dell'opera divina attraverso la coltivazione e la cura della creazione. Il lavoro è l'asse vertebratore che dona senso alla vita quotidiana. Lavorando, l'essere umano non solo trasforma le cose, ma realizza se stesso come soggetto capace e creativo.

Tesi e sviluppo argomentativo

Rispondiamo che il lavoro è un componente intrinseco della salute integrale e un motore dell'identità operativa per le seguenti ragioni:

- Specchio dell'identità: Attraverso la sua opera, l'essere umano riconosce se stesso come qualcuno che ha qualcosa da dare. Il lavoro permette di oggettivare i propri talenti e ricostruire una soggettività frammentata dalla spersonalizzazione che genera il consumo.
- Ordinatore del tempo e del desiderio: Il lavoro struttura il ritmo quotidiano, combattendo i blocchi di tempo vuoto che solitamente sono detonatori della compulsione. Educa la volontà verso mete concrete e permette di transitare dalla gratificazione immediata alla soddisfazione dello sforzo condiviso.
- Protagonismo nel popolo: Lavorando, l'individuo esce dal suo isolamento e si integra nella comunità, passando dall'essere un oggetto di assistenza all'essere un soggetto attivo che contribuisce al bene della propria famiglia e del proprio quartiere.

Risposta alle obiezioni

1. Alla prima: Sebbene il lavoro implichi sforzo e fatica, la sua essenza è promozionale e umanizzante. È il cammino attraverso il quale l'uomo perfeziona la creazione e trova uno scopo che trascende la mera sopravvivenza.
2. Alla seconda: Il lavoro, sotto la forma di laborterapia, è una medicina fin dall'inizio del processo. Non è un premio al successo, bensì uno strumento

pedagogico che aiuta a recuperare l'autostima e le abitudini necessarie per la vita.

3. Alla terza: Non esiste una divisione reale tra lo spirituale e l'operativo. Nella projimidad del compito quotidiano, la persona trova una via di guarigione concreta dove la fede si fa carne e lo spirito si rafforza attraverso la disciplina e il servizio.

6.3.2 Articolo 2: Le 3T (Terra, Tetto e Lavoro)

Lc 4, 18-19 — *Lo Spirito del Signore è sopra di me... mi ha mandato ad annunciare ai poveri la Buona Notizia, a proclamare la libertà ai prigionieri*

Esposizione del tema

La dignità dell'essere umano non può sostenersi nel vuoto; richiede condizioni materiali basilari che permettano il dispiegamento della sua libertà e la sua appartenenza a un popolo. Seguendo il magistero sociale della Chiesa, identifichiamo tre pilastri fondamentali per una vita dignitosa: Terra, Tetto e Lavoro. Risulta necessario giudicare se questi elementi siano richieste puramente politiche o se costituiscano dimensioni sacre di giustizia restaurativa, la cui assenza alimenta lo stato di abbandono strutturale nel quale si installano le dipendenze.

Domanda centrale

La Terra, il Tetto e il Lavoro costituiscono una triade indissolubile di diritti sacri la cui garanzia è condizione necessaria per una guarigione integrale e sostenibile?

Posizioni od obiezioni esistenti

1. Sembra che la Chiesa debba concentrarsi unicamente sulla dimensione spirituale della persona umana, lasciando le richieste di Terra, Tetto e Lavoro agli organismi statali o alla lotta politica, sociale e tecnica.

2. Sembra che, di fronte all'urgenza della dipendenza, l'unica cosa prioritaria sia l'astinenza, considerando che la mancanza di abitazione o di proprietà della terra siano problemi secondari che si risolveranno una volta che il soggetto sarà *pulito*.

3. Sembra che proporre l'accesso alle 3T come parte del trattamento sia una forma di assistenzialismo che fomenta la dipendenza del fratello invece della sua autonomia e del suo sforzo personale.

Fondamento o criterio di discernimento

Il pensiero sociale della Chiesa insegna che la dignità umana è integrale e che i beni della creazione sono destinati a tutti. Non esiste vera libertà senza una base materiale che la sostenga. Terra, Tetto e Lavoro sono diritti sacri perché permettono alla persona di cessare di essere un errante scartato per trasformarsi in un cittadino con radici, protezione e scopo. Lo stato di abbandono che produce la mancanza di queste dimensioni è il terreno di coltura dove la narcocultura offre le sue false promesse.

Tesi e sviluppo argomentativo

Rispondiamo che la garanzia delle 3T è un imperativo di giustizia e un motore di resilienza per le seguenti ragioni:

- Terra come appartenenza: L'accesso a un territorio e a una comunità organizzata permette al fratello di recuperare il suo senso di focolare. La terra simboleggia le radici e la stabilità necessarie per progettare un futuro che il consumo suole frammentare in un presente perpetuo.
- Tetto come protezione: Il tetto non è solo una struttura fisica, ma lo spazio di intimità e sicurezza dove si ricostruisce il legame familiare. Senza un luogo sicuro dove riposare e essere accolto, la persona rimane in uno stato di allerta biologica e stress cronico che innesca il desiderio di consumo.
- Lavoro come sostentamento: Il lavoro è l'asse che permette alla Terra e al Tetto di diventare sostenibili. È il motore che restituisce al soggetto il suo posto nell'economia popolare e il suo protagonismo sociale, impedendo che ricada nella deriva dell'esclusione.

Risposta alle obiezioni

1. Alla prima: Una spiritualità che ignori la carne sofferente e le carenze materiali del fratello è una fede disincarnata. La missione ecclesiale include la carità politica, che cerca di trasformare le strutture di peccato che negano questi diritti fondamentali.
2. Alla seconda: L'astinenza è fragile se non è custodita da una vita dignitosa. Le 3T non sono il premio alla fine della meta, bensì l'impalcatura di giustizia che permette al fratello di reggersi in piedi di fronte alle pressioni dell'ambiente e della marginalità.

3. Alla terza: L'accesso alle 3T non è assistenzialismo, bensì restituzione di diritti. Non si tratta di «dare» in forma passiva, ma di generare le condizioni affinché il fratello, mediante il proprio protagonismo e il supporto della comunità, possa abitare la propria terra, curare il proprio tetto e dignificarsi nel proprio lavoro.

6.3.3 Articolo 3: La Misericordia Strutturata

Esposizione del tema

Nell'accompagnamento di persone con traiettorie di consumo e di esclusione, sorge con frequenza una tensione tra l'accoglienza incondizionata e la necessità di un ordine operativo. Esiste il rischio di cadere in un assistenzialismo che, per evitare l'esigenza, finisce per abbandonare il fratello nel suo proprio caos. Si tratta di discernere se l'implementazione di norme, orari e responsabilità lavorative sia un atto contrario alla carità o se, al contrario, costituisca una forma superiore di amore che offre al soggetto l'impalcatura necessaria per ricostruire la sua volontà.

Domanda centrale

La misericordia strutturata è un criterio pastorale legittimo che unisce la tenerezza dell'accoglienza con la fermezza della regola pedagogica come condizione necessaria per la salute integrale del fratello?

Posizioni od obiezioni esistenti

1. Sembra che la misericordia debba essere sempre incondizionata e senza limiti, per cui stabilire regole o strutture di lavoro sarebbe una forma di legalismo che contraddice la gratuità dell'amore evangelico.

2. Sembra che le strutture rigide e l'esigenza di compiti replichino i sistemi di controllo e punizione che hanno già espulso il fratello da altri ambiti sociali, approfondendo il suo sentimento di rifiuto.

3. Sembra che, di fronte al dolore dell'altro, l'unica cosa pastorale sia la flessibilità totale, considerando che qualsiasi tipo di struttura sia un carico insopportabile per chi è già sufficientemente spezzato.

Fondamento o criterio di discernimento

La vera misericordia non è un sentimento diffuso né una permissività che lascia l'altro alla deriva. È una carità operante che si fa carico della fragilità altrui provvedendo un ambiente sicuro e prevedibile. Una misericordia senza struttura è trascuratezza; una struttura senza misericordia è crudeltà. L'equilibrio risiede in una pedagogia che utilizza la fermezza della regola per proteggere la libertà che è ancora debole, offrendo un *ospedale da campo* dove entrambi, l'affetto e l'ordine, sono necessari.

Tesi e sviluppo argomentativo

Rispondiamo che la misericordia strutturata è uno strumento di giustizia e guarigione per le seguenti ragioni:

- Sicurezza vincolare e contenimento: Per chi viene dal caos della strada o dalla compulsione, il limite sano funziona come un abbraccio protettore. La struttura del lavoro e le norme comunitarie riducono l'ansia offrendo uno scenario dove il fratello sa cosa ci si aspetta da lui e cosa può aspettarsi dall'ambiente.
- Riparazione della volontà: La dipendenza destruttura la capacità di decidere. La misericordia strutturata propone piccole mete quotidiane che permettono di allenare nuovamente il muscolo della volontà, trasformando l'inerzia in un'intenzionalità orientata al bene.
- Il valore pedagogico del limite: Il limite non è un castigo, bensì una frontiera che definisce lo spazio di rispetto reciproco. Insegna che le proprie azioni hanno conseguenze e che l'errore è un'opportunità di apprendimento e perdono, non un motivo di espulsione definitiva.

Risposta alle obiezioni

1. Alla prima: La gratuità di Dio non è disordine. La misericordia strutturata trasparenta un amore che vuole che il fratello cresca e si perfezioni. Il limite è l'espressione di un Dio che ci custodisce impedendo che ci autodistruggiamo.
2. Alla seconda: A differenza dei sistemi punitivi, la struttura pastorale nasce dal legame e dalla projimidad. Non si impone da un'autorità lontana, bensì si vive in comunità, dove chi accompagna si sottomette alla stessa regola e ritmo di vita di chi è accompagnato. Il limite si pone pensando al bene dell'altro, e per amore.

3. Alla terza: La flessibilità totale spesso si converte in indifferenza. Proporre una struttura è un segno di speranza: è dire al fratello che crediamo nella sua capacità di rispondere, di essere responsabile e di essere protagonista del proprio processo di vita nuova.

6.3.4 Articolo 4: Il senso graduale del lavoro nella guarigione

Esposizione del tema

Una delle tensioni più ricorrenti nei dispositivi di accompagnamento è l'incorporazione dell'attività lavorativa. Esiste il timore che il lavoro rappresenti uno stress eccessivo che inneschi una ricaduta o che, al contrario, l'inattività prolungata fomenti la destrutturazione del soggetto. Dobbiamo discernere se l'esigenza di lavorare sia adeguata per qualcuno che sta sanando i propri legami e la propria volontà, evitando di cadere in semplificazioni che ignorano la complessità della vita della persona in guarigione.

Domanda centrale

Le persone che attraversano un processo di guarigione devono svolgere attività lavorative?

Posizioni od obiezioni esistenti

1. Sembra che non debbano lavorare, poiché lo stress proprio del mercato del lavoro e la pressione per la produttività sono detonatori di ansia che mettono a rischio l'astinenza appena raggiunta.

2. Sembra che il lavoro debba essere un premio che si concede solo alla fine del percorso, una volta che la persona ha dimostrato una maturità assoluta, considerando che prima sarebbe una distrazione dal processo terapeutico e spirituale.

3. Sembra che qualsiasi occupazione sia valida purché mantenga la persona occupata, suggerendo che la natura del compito non importi purché serva a combattere i blocchi di tempo vuoto che lascia il consumo.

Fondamento o criterio di discernimento

Rispondiamo che per rispondere adeguatamente a questa domanda è imperativo precisare che, nell'ambito della pastorale delle dipendenze, il lavoro non è un concetto univoco. Parlare di lavoro implica riferirsi a tre dimensioni distinte e progressive che devono essere applicate secondo la maturità del soggetto: la laborterapia come medicina dell'abitudine, l'apprendimento di mestieri come ricostruzione dell'identità operativa e il lavoro retribuito come traguardo di giustizia e autonomia sociale.

Tesi e sviluppo argomentativo

Si afferma che la persona in guarigione deve lavorare, sempre che l'attività si adatti artigianalmente alla tappa che attraversano il suo cuore e la sua mente, sotto i seguenti criteri:

- Il lavoro che organizza (Laborterapia): Nelle fasi iniziali, il fine non è la produttività bensì la riorganizzazione della vita interiore. I compiti quotidiani della comunità funzionano come uno strumento pedagogico per recuperare ritmi, disciplina e senso del servizio. È il passaggio dal caos del consumo all'ordine del condiviso.

- Il lavoro che forma (Apprendere un mestiere): Superata la crisi iniziale, il fratello necessita di riscoprire i propri talenti. Questa tappa formativa cerca che il soggetto acquisisca competenze tecniche e abilità sociali. Apprendere un mestiere restituisce la speranza e permette al fratello di progettare un futuro possibile fuori dal circuito dell'esclusione.

- Il lavoro che integra (Impiego retribuito): Infine, l'inserimento lavorativo reale è il segno della guarigione piena. Lo stipendio è il motore che permette l'indipendenza economica e familiare. Il lavoro retribuito verifica che il fratello ha cessato di essere un oggetto di assistenza per trasformarsi in un cittadino protagonista del proprio popolo.

Risposta alle obiezioni

1. Alla prima: Il rischio di ricaduta si mitiga mediante la gradualità. La laborterapia non cerca l'esigenza del mercato, bensì il contenimento emotivo in un ambiente protetto. È una struttura che custodisce la libertà del fratello mentre questa si rafforza.

2. Alla seconda: Il lavoro non è la meta finale, bensì una dimensione costitutiva della salute fin dall'inizio. Posticipare l'operativo fino alla fine priva il fratello di un motore di identità essenziale. L'inclusione lavorativa deve essere un asse trasversale che accompagni tutto il percorso di guarigione.

3. Alla terza: Non qualsiasi occupazione guarisce. Il lavoro deve avere un senso pedagogico e rispettare la dignità della persona. Un'attività vuota di scopo non contribuisce alla ricostruzione dell'essere, mentre un compito realizzato con mistica comunitaria restaura l'autostima ferita.

6.3.5 Articolo 5: Il denaro come segno di realismo e maturità

Esposizione del tema

Nei processi di accompagnamento, la relazione delle persone con il denaro suole essere un tema di alta sensibilità. Esiste una tendenza a considerare le risorse materiali come un fattore di rischio assoluto che deve essere evitato per prevenire ricadute, o come un elemento estraneo alla vita spirituale e terapeutica. Tuttavia, omettere la dimensione economica del soggetto può condurre a una guarigione disincarnata che non prepara il fratello alle esigenze del mondo reale. Dobbiamo discernere se la gestione delle risorse materiali sia un ostacolo per la guarigione o se costituisca uno strumento pedagogico necessario per misurare la maturità di fronte alla compulsione.

Domanda centrale

La gestione del denaro deve essere integrata nel processo di guarigione come un segno di realismo e un termometro della maturità di fronte alla dinamica dell'impulsività?

Posizioni od obiezioni esistenti

1. Sembra che le persone in guarigione non debbano gestire denaro, poiché disporre di contanti agisce come un detonatore immediato del desiderio di consumo (craving) e aumenta esponenzialmente le probabilità di una ricaduta.

2. Sembra che la pastorale delle dipendenze debba concentrarsi esclusivamente sui valori dello spirito e sulla salute mentale, considerando che la preoccupazione per il denaro contamini la natura del processo e devii il fratello dalla sua vera guarigione interiore.

3. Sembra che la gestione delle risorse debba essere permessa solo nella tappa finale di uscita istituzionale, presumendo che qualsiasi contatto previo con il denaro sia un'imprudenza che mette a rischio i risultati raggiunti nel trattamento.

Fondamento o criterio di discernimento

Il realismo antropologico insegna che l'essere umano è un'unità biopsicosociale e spirituale che vive in un mondo condizionato da necessità materiali. La libertà autentica non consiste nella fuga dalla realtà, bensì nella capacità di abitarla con responsabilità. La gestione del denaro, sotto uno schema di accompagnamento, permette di verificare il passaggio dal modello compulsivo (gratificazione immediata) al modello di pianificazione (proiezione vitale). Senza questo esercizio di realismo, l'autonomia recuperata corre il rischio di essere un'illusione che si infrange al primo contatto con il mercato.

Tesi e sviluppo argomentativo

Rispondiamo che l'integrazione della gestione del denaro è indispensabile per una salute integrale e sostenibile per le seguenti ragioni:

- Il denaro come termometro di maturità: La capacità di conservare e amministrare risorse senza cedere all'impulso di consumo è la verifica oggettiva che il *freno* biologico e spirituale ha cominciato a funzionare. È il terreno dove si allena la volontà per distinguere tra il desiderio momentaneo e il bisogno reale.

- Rieducazione finanziaria e pianificazione: Chi viene dall'esclusione o dalla strada suole vivere in un presente perpetuo dove la risorsa si esaurisce istantaneamente. Utilizzare il denaro in forma pedagogica — specialmente il primo stipendio — insegna al fratello a progettare, a risparmiare per la propria famiglia e a prendersi cura della propria casa comune, restituendogli la sua identità di amministratore responsabile.

- Superamento dell'orfanità materiale: L'accesso e la gestione del denaro rompono la logica della dipendenza istituzionale. Gestire risorse proprie restituisce la dignità al soggetto, permettendogli di passare dall'essere un assistito passivo all'essere un protagonista che contribuisce al sostentamento del proprio focolare e della propria comunità organizzata.

Risposta alle obiezioni

1. Alla prima: Il rischio non si elimina con la proibizione, bensì si gestisce con la pedagogia. La gestione accompagnata del denaro in ambienti sicuri permette al fratello di imparare a convivere con lo stimolo senza essere governato da esso, rafforzando la sua autoefficacia prima dell'inserimento totale.

2. Alla seconda: Non c'è divisione tra la fede e la carne. Una spiritualità sana è quella che aiuta l'uomo ad essere libero in mezzo alle sue circostanze. Il denaro, ordinato al bene della famiglia e al servizio, cessa di essere un motore di schiavitù per trasformarsi in un mezzo di giustizia.

3. Alla terza: Posticipare il contatto con il denaro fino alla fine genera uno shock di realtà che suole essere devastante. L'esposizione graduale e tutorizzata è l'impalcatura necessaria affinché il fratello guadagni sicurezza e demistifichi il fascino che il consumo ha proiettato sulla risorsa materiale.

6.4 | Superamento della Frammentazione e Integralità dell'Accompagnamento

Questa sezione affronta la sfida fondamentale di superare la frammentazione nell'approccio ai consumi problematici, analizzando tanto la sua dimensione epistemologica quanto quella amministrativa. Si esamina come l'eccessiva specializzazione del sapere e la compartimentazione burocratica delle istituzioni solitamente disumanizzino la persona, riducendola a un insieme di problemi isolati che il sistema non riesce a integrare. Di fronte a questo scenario, si propone l'accompagnamento aspecifico come la forza integratrice e il filo conduttore che intesse le risposte della salute, della giustizia e del sociale.

Il testo fonda teoricamente la centralità della persona come un asse trasversale che esige un cambio di logica: passare dall'autosufficienza istituzionale a un lavoro in rete orizzontale. Sotto questo sguardo integrale, si evidenzia il ruolo della comunità organizzata come l'ambito capace di accogliere la complessità del soggetto, offrendo un porto sicuro e un legame di appartenenza che trascende l'assistenza tecnica. Infine, si analizza l'importanza di promuovere processi di integrazione che riconoscano la dignità ontologica di ogni fratello e sorella, assicurando che l'accesso ai diritti fondamentali non sia ostacolato dalla rigidità dei sistemi amministrativi frammentati.

6.4.1 Articolo 1: Sulla frammentazione epistemologica e amministrativa

Esposizione del tema

L'approccio alle dipendenze affronta l'ostacolo della frammentazione, un fenomeno che opera tanto nella costruzione del sapere quanto nell'organizzazione delle risposte istituzionali. Questa divisione disarticola l'unità della persona, ostacolando un intervento che risponda alla complessità reale di coloro che attraversano un consumo problematico di sostanze psicoattive (SPA).

Domanda centrale

In cosa consiste la frammentazione epistemologica e amministrativa e in che modo incide sulla dignità e sull'accessibilità nell'accompagnamento integrale?

Posizioni od obiezioni esistenti

- Si potrebbe argomentare che la specializzazione del sapere sia strettamente benefica, poiché la profondità in aree come la medicina, la psicologia o il diritto garantisce un'attenzione tecnica di maggiore qualità.
- Inoltre, si sostiene che la divisione delle funzioni nello Stato sia la forma più efficiente di gestire le risorse pubbliche, evitando il disordine mediante portafogli con bilanci e competenze specifiche. Secondo questa visione, la frammentazione non sarebbe un problema, bensì un requisito della modernità tecnica e amministrativa.

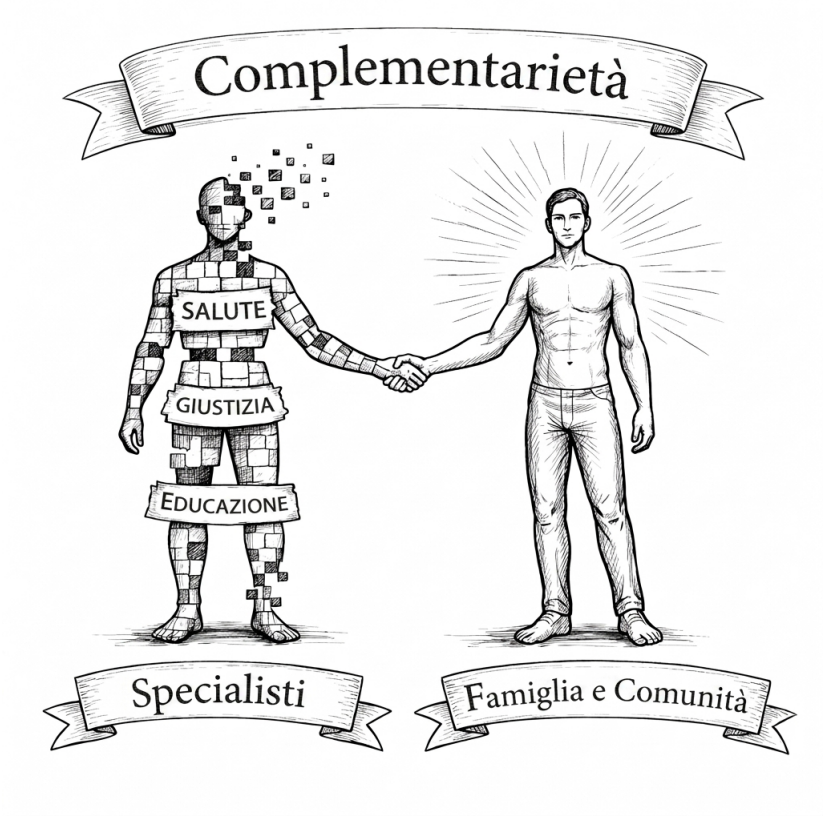


Figura 6.5: La frammentazione e lo sguardo integrale

Fondamento o criterio di discernimento

Il pensiero integrale e il magistero sociale insegnano che il tutto è più della somma delle parti. Una risposta frammentata risulta insufficiente per affrontare

problemi complessi, poiché l'iperspecializzazione e la burocrazia solitamente ignorano l'unità ontologica della persona. La tecnica deve essere sempre subordinata a uno sguardo olistico, capace di riconoscere la totalità della vita dell'altro.

Tesi e sviluppo argomentativo

La frammentazione agisce come un doppio ostacolo che disumanizza l'attenzione:

1. Primo, la frammentazione epistemologica seziona l'essere umano attraverso un effetto lente; la scienza si specializza talmente in una parte (biologica, psichica o sociale) che perde di vista la storia personale, la solitudine e i legami territoriali del soggetto.

2. Secondo, la frammentazione amministrativa traduce questa divisione in caselle istituzionali stagne. I governi si organizzano in compartimenti con competenze limitate che non riescono ad articolarsi, cosicché i requisiti di un'istituzione possono convertirsi in impedimenti per un'altra. Questa realtà genera una crisi di accessibilità dove le persone più vulnerabilizzate restano escluse, non potendo navigare da sole un tessuto istituzionale che le percepisce come un insieme di pratiche isolate e non come una vita che chiede di essere integrata.

Risposta alle obiezioni

1. Riguardo alla prima obiezione, sebbene la specializzazione permetta profondità, nel paradigma della complessità l'interazione tra le dimensioni della persona produce realtà che non possono essere comprese studiando ogni pezzo separatamente.

2. Quanto alla seconda obiezione, l'efficienza amministrativa si perde quando la risposta è inefficace per il soggetto; la vera efficienza nasce da una rete che, superando l'autosufficienza, riesca a unificare i frammenti di risposta per umanizzare il percorso di ogni fratello.

6.4.2 Articolo 2: Sull'azione dell'accompagnamento aspecifico di fronte alla frammentazione

Esposizione del tema

Di fronte alla disumanizzazione che produce la divisione della persona in aree tecniche isolate, sorge la necessità di una figura integratrice. Si analizza l'accompagnamento aspecifico come il filo conduttore che attraversa le diverse istanze di attenzione, restituendo l'unità alla vita del fratello e garantendo che il sistema non lo espella.

Domanda centrale

L'accompagnamento aspecifico è il mezzo efficace per superare la frammentazione amministrativa ed epistemologica nell'approccio alle dipendenze?

Posizioni od obiezioni esistenti

- Si potrebbe pensare che l'accompagnamento debba essere sempre specifico e tecnico per essere professionale. Secondo questa visione, se una persona ha un problema di salute, necessita esclusivamente di un medico, e se ha un problema legale, di un avvocato; pertanto, un accompagnatore aspecifico mancherebbe degli strumenti necessari per risolvere problemi concreti.
- D'altra parte, si argomenta che la frammentazione sia un problema di gestione statale che deve risolversi mediante riforme burocratiche e unificazione dei bilanci, e non attraverso un'azione comunitaria basata su legami affettivi.

Fondamento o criterio di discernimento

L'accompagnamento si definisce come l'umanizzazione del percorso. Mentre lo specialista ha uno sguardo incisivo ma parziale, l'accompagnatore comunitario possiede uno sguardo olistico e integrale, simile a quello di una madre che conosce la totalità della vita di suo figlio ed è capace di unire ciò che il sistema separa.

Figura 6.6: L'accompagnamento aspecifico della comunità

Tesi e sviluppo argomentativo

L'accompagnamento aspecifico agisce come la forza integratrice del processo di guarigione attraverso tre funzioni fondamentali:

1. Primo, l'umanizzazione del percorso, permettendo al soggetto di superare la paura e la mancanza di senso di fronte a istituzioni che solitamente sono fredde e respingenti.

2. Secondo, la trasversalità del processo, poiché, a differenza dell'approccio tecnico che è congiunturale e puntuale, l'accompagnamento aspecifico cammina mano nella mano con la persona in tutte le sue tappe, sia nella strada, nell'ospedale o nel tribunale.

3. Terzo, il cucire dei frammenti, dove l'accompagnatore agisce come il supporto che unisce le risposte di salute, identità e giustizia, garantendo l'accessibilità reale ai diritti fondamentali che la divisione amministrativa suole ostacolare. Questa presenza aspecifica è ciò che permette che i

tentativi di cambiamento di una persona si trasformino in una storia di vita con senso.

Risposta alle obiezioni

1. Riguardo alla prima obiezione, l'accompagnamento aspecifico non cerca di sostituire il sapere tecnico, bensì di complementarlo; la sua funzione è assicurare che la persona possa sostenere il trattamento medico o il processo legale mediante il supporto emotivo e la presenza costante.
2. Quanto alla seconda obiezione, sebbene lo Stato sia il garante dei diritti, manca della capacità di generare comunità di cura e legami di appartenenza; solo la comunità organizzata può offrire il luogo sicuro e la persistenza nell'amore indispensabili per una guarigione integrale.

6.4.3 Articolo 3: L'orizzontalità e la centralità della persona nel lavoro in rete

Esposizione del tema

Il lavoro in rete suole vedersi ostacolato da visioni gerarchiche o approcci concentrati unicamente sulla sostanza. Si analizza la necessità di strutturare le reti di accompagnamento in forma orizzontale, collocando la singolarità della persona come l'asse trasversale che unifica tutti gli interventi istituzionali e comunitari.

Domanda centrale

Perché il lavoro in rete nell'approccio alle dipendenze deve strutturarsi in forma orizzontale e collocare la persona come asse centrale di ogni azione?

Posizioni od obiezioni esistenti

- Si potrebbe pensare che il lavoro in rete debba essere strettamente gerarchico e piramidale, dove le istituzioni dello Stato o gli specialisti medici

dettino direttive alle comunità per assicurare il controllo amministrativo delle risorse.

- Inoltre, si dice con frequenza che l'approccio iniziale debba essere concentrato esclusivamente sull'eliminazione del sintomo (l'astinenza), lasciando l'approccio alla soggettività e alla storia personale per una tappa posteriore alla guarigione biologica.

Fondamento o criterio di discernimento

Per agire in rete la costruzione deve essere orizzontale, valorizzando ciò che ogni settore può apportare. Lo spostamento dell'approccio deve andare sempre dal consumo alla persona, riconoscendo che l'essere umano è un'unità integrale — biopsicosociale e spirituale — e che la rete deve rispondere a questa totalità affinché la guarigione sia sostenibile.

Tesi e sviluppo argomentativo

L'orizzontalità e la centralità della persona si fondano su quattro dimensioni teoriche:

1. Primo, il superamento dell'autosufficienza istituzionale, riconoscendo che nessuno possiede tutte le risposte e che il complemento di saperi (ONG, parrocchia, ospedale, circolo) beneficia realmente il soggetto.

2. Secondo, la valorizzazione di tutti i contributi, dove la rete permette che la somma delle volontà risulti in un bene maggiore della semplice addizione delle parti, pianificando strategie in termini di processi e non di eventi isolati.

3. Terzo, il rispetto per la singolarità e i tempi, il che obbliga la rete ad adottare uno sguardo artigianale che si adatti alla storia sacra di ogni fratello, evitando di imporre ricette o standard rigidi di successo.

4. Quarto, la promozione del protagonismo, dove la rete non assiste un oggetto passivo, bensì dà potere a un soggetto responsabile, integrando gli accompagnatori pari e la comunità come attori politici di trasformazione sociale.

Risposta alle obiezioni

1. Riguardo alla prima obiezione, sebbene la tecnica sia necessaria, lo Stato e le istituzioni non possono generare da soli legami di appartenenza; l'orizzontalità protegge l'autonomia della comunità e evita che il sapere territoriale venga assorbito da una logica burocratica.

2. Quanto alla seconda obiezione, un approccio concentrato solo sulla sostanza è un riduzionismo che ignora la complessità della persona; collocare il soggetto al centro fin dall'inizio umanizza il percorso e garantisce che la rete istituzionale non lo tratti come un caso amministrativo che rimbalza tra uffici.

6.5 | Metodologia della Tenerezza e Ruoli Comunitari

Questa sezione approfondisce la metodologia della tenerezza come asse centrale dell'approccio comunitario, integrando la pedagogia dei tre linguaggi proposta dal Papa Francesco: la testa per comprendere la complessità del fenomeno, il cuore per l'affettività che legge il dolore negli occhi, e le mani per il tatto e l'abbraccio che abbattono i muri dello stigma. Si descrivono ruoli fondamentali nati dal territorio, come le madrazas — donne referenti della comunità che assumono un ruolo materno di cura e protezione là dove i legami primari sono rotti — e gli accompagnatori pari, esperti per esperienza che, avendo attraversato lo stesso dolore, diventano leader positivi capaci di guidare altri dall'empatia e dall'autorità della testimonianza.

Attraverso il paradigma della cura comunitaria, questo approccio propone un'amicizia con il tempo che rifiuta le ricette standardizzate e scommette su processi artigianali basati sulla reciprocità, il radicamento e la convinzione che i legami umani siano il motore definitivo per la restaurazione della dignità. Sotto questo sguardo, si enfatizza l'importanza di arrivare prima mediante l'intervento precoce, potenziando gli spazi promozionali come il gioco, l'arte e lo sport. Questi ambiti sono intesi come una ginnastica per la definizione dell'essere sociale, fondamentali per generare forze soggettive prima che il consumo avanzi. Infine, la metodologia della tenerezza riconosce che la dignità ontologica della persona rimane intatta anche nel più oscuro della dipendenza, essendo compito della comunità organizzata rimuovere gli ostacoli che bloccano il dispiegamento dello spirito.

6.5.1 Articolo 1: L'applicazione dei tre linguaggi nella metodologia della tenerezza

Esposizione del tema

L'approccio comunitario alle dipendenze richiede una pedagogia che trascenda la mera trasmissione di informazioni tecniche o morali. Si analizza la proposta del Papa Francesco sull'integrazione dei tre linguaggi — la testa, il cuore e le mani — come la struttura fondamentale di una metodologia della tenerezza che permetta un incontro reale e trasformatore con la vita ferita.

Domanda centrale

In che modo devono integrarsi e applicarsi i linguaggi della testa, del cuore e delle mani nell'accompagnamento integrale delle persone con consumi problematici?

Posizioni od obiezioni esistenti

- Si potrebbe pensare che l'approccio debba essere strettamente tecnico e intellettuale, concentrandosi esclusivamente sulla conoscenza scientifica e teorica del fenomeno per garantire l'efficacia del trattamento (solo la testa).
- Inoltre, si sostiene con frequenza che i gesti fisici o affettivi, come l'abbraccio o il contatto ravvicinato (le mani), siano secondari o poco professionali in un contesto di salute mentale, dovendo darsi priorità all'istruzione morale o all'intervento farmacologico.

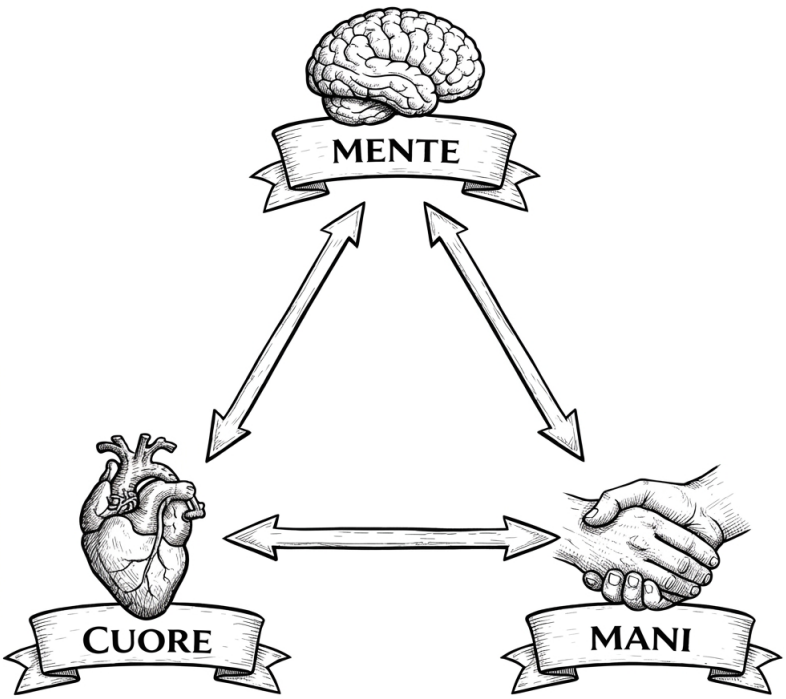


Figura 6.7: Metodologia della tenerezza

Fondamento o criterio di discernimento

L'antropologia cristiana e il magistero di Francesco insegnano che la persona è un'unità indivisibile. La metodologia della tenerezza non è un sentimentalismo, bensì una forma di rendere trasparente l'amore di Dio che esce all'incontro della totalità dell'essere umano, riconoscendo che non c'è vera guarigione senza una vicinanza che coinvolga il pensiero, l'affetto e l'azione concreta.

Tesi e sviluppo argomentativo

L'applicazione dei tre linguaggi costituisce una pedagogia integrale che umanizza il processo di guarigione e supera lo stigma sociale attraverso tre dimensioni interconnesse:

1. Primo, il linguaggio della testa, che implica lo sviluppo di strategie creative per comprendere la complessità delle sostanze psicoattive (SPA), traducendo il sapere in strumenti e abilità accessibili per le persone accompagnate.
2. Secondo, il linguaggio del cuore, riferito all'affettività e alla prossimità emotiva; consiste nella capacità di leggere il dolore negli occhi e nel sorriso del fratello, offrendogli la sicurezza che è valorizzato per la sua dignità ontologica al di sopra del suo problema.
3. Terzo, il linguaggio delle mani, che rappresenta il corpo e il tatto indispensabili per abbattere i muri dell'indifferenza. Gesti come dare la mano o l'abbraccio restituiscono la dignità al corpo sofferente di Cristo nel popolo e trasformano il territorio in un luogo di riparo.

La congiunzione di questi elementi permette di riconoscere la radicale singolarità di ogni fratello e accompagnare la sua vita così come viene.

Risposta alle obiezioni

1. Riguardo alla prima obiezione, sebbene la tecnica sia necessaria, un approccio che usi solo la testa risulta insufficiente per coloro che soffrono di orfanità e solitudine estrema; la vera saggezza pastorale esige che la mente si coinvolga con il sentire e il fare per guarire integralmente.

2. Quanto alla seconda obiezione, il linguaggio delle mani non è una distrazione dal trattamento, bensì un gesto di inclusione e rispetto che spesso possiede un impatto terapeutico superiore ai discorsi, offrendo una sicurezza immediata a chi ha vissuto anni di scarto e rifiuto sociale.

6.5.2 Articolo 2: L'amicizia con il tempo come asse della guarigione

Esposizione del tema

Si analizza l'amicizia con il tempo come una virtù fondamentale e asse strategico dell'approccio comunitario. A differenza delle logiche istituzionali che esigono risultati immediati, questo approccio riconosce che la guarigione di vite attraversate dal consumo di sostanze psicoattive (SPA) richiede processi lenti, circolari e rispettosi della storia sacra di ogni persona.

Domanda centrale

Perché si considera che l'amicizia con il tempo sia l'asse fondamentale e la virtù principale della guarigione nel modello comunitario?

Posizioni od obiezioni esistenti

- Si potrebbe pensare che il tempo sia una risorsa scarsa e che, di fronte all'urgenza delle overdose e della violenza del narcotraffico nei territori, la guarigione debba essere immediata e efficiente, poiché aspettare troppo tempo potrebbe essere interpretato come negligenza o mancanza di professionalità nel trattamento.

- D'altra parte, si sostiene con frequenza che il tempo di guarigione debba essere dettato strettamente da protocolli scientifici e amministrativi — come la durata di una borsa o periodi fissi di internamento —, considerando che se non ci sono risultati in quel lasso di tempo, il processo è un fallimento.

Fondamento o criterio di discernimento

Il magistero del Papa Francesco insegna che il tempo è superiore allo spazio, il che implica che è prioritario avviare processi di maturazione umana piuttosto che tentare di dominare spazi di controllo. «Il tempo vince su tutto» e la Chiesa e la comunità devono essere amiche del tempo, allontanandosi da una logica di «franchising» per abbracciare processi vitali lenti e profondi.

Tesi e sviluppo argomentativo

L'amicizia con il tempo è l'asse della guarigione comunitaria perché riconosce che la guarigione di una vita spezzata non è un evento tecnico, bensì un processo esistenziale che non può essere forzato. Questa tesi si fonda su cinque dimensioni teoriche:

1. Primo, il superamento della logica di franchising, intendendo che la costruzione di legami non può essere standardizzata e richiede permanenza per generare la fiducia necessaria.
2. Secondo, la distinzione tra il tempo biografico e quello istituzionale, dove l'accompagnamento comunitario deve durare quanto la vita necessita, senza le date di scadenza proprie dei sistemi amministrativi.
3. Terzo, il rispetto per il processo artigianale, dove si cammina a fianco della persona rispettando le sue andate e i suoi ritorni, intendendo che forzare un cambiamento genera resistenza.
4. Quarto, il fare storia attraverso l'ascolto, dove la presenza affettuosa e prolungata funziona come un deposito della memoria che dà senso al percorso del fratello.
5. Quinto, il contrappunto all'immediatezza del consumo, offrendo un passo lento che insegna a gestire la frustrazione e l'attesa, ricostruendo la capacità di progettare un futuro di fronte alla soddisfazione magica dell'istante che propone la dipendenza.

Risposta alle obiezioni

1. Riguardo alla prima obiezione, l'urgenza della crisi si affronta con la presenza costante e non con soluzioni affrettate; il tempo non è un ritardo, bensì lo scenario dove la misericordia diventa carne per una guarigione sostenibile.

2. Quanto alla seconda obiezione, i successi nel territorio non si misurano per dimissioni mediche in tempi rigidi, bensì per il rafforzamento della dignità ontologica e la reintegrazione in una famiglia o comunità; un processo che sembra lento per lo Stato può essere l'unico miracolo reale capace di piegare una storia di morte verso una vita con senso.

6.5.3 Articolo 3: Il paradigma di «arrivare prima» e la potenza degli spazi promozionali

Lc 19, 5 — *Zaccheo, scendi subito, perché oggi devo fermarmi a casa tua*

Esposizione del tema

Storicamente, l'approccio ai consumi problematici ha sostenuto un forte pregiudizio assistenziale, concentrando lo sguardo e le risorse nei processi di accompagnamento quando la sofferenza e la dipendenza hanno già avanzato. «Arrivare prima» non è un'ingenuità sulla onnipresenza delle sostanze nella società dei consumi: è la decisione strategica di dare priorità alla presenza formativa su quella reazionale, di essere nella vita della persona prima che la crisi installi l'accompagnamento come unica modalità possibile. Di fronte a questo approccio reattivo, sorge la necessità di consolidare il paradigma dell'intervento precoce, fondato sulla capacità della comunità organizzata di generare scenari che contribuiscano a forgiare forze nella costruzione soggettiva e collettiva dell'infanzia e dell'adolescenza.

Domanda centrale

Qual è il valore strategico di «arrivare prima» attraverso spazi promozionali nel quadro di una metodologia della tenerezza e della prevenzione integrale?

Posizioni od obiezioni esistenti

- Si potrebbe pensare che attività come il gioco, lo sport o l'arte siano risorse meramente ricreative, accessorie o secondarie, mancando di un

valore preventivo reale di fronte alla potenza delle sostanze psicoattive (SPA). Secondo questa visione, si suole dire che l'energia pastorale e i bilanci dello Stato dovrebbero essere riservati esclusivamente alle istanze di crisi, disintossicazione o attenzione in situazione di strada.

- Inoltre, esiste la posizione secondo cui la prevenzione debba essere strettamente informativa o tecnica, concentrata nell'avvertire sui danni biologici della droga, e non sullo sviluppo integrale dell'essere sociale.

Fondamento o criterio di discernimento

Il magistero del Papa Francesco e l'antropologia cristiana insegnano che l'identità del giovane si forgia nell'incontro con l'altro. La metodologia della tenerezza propone che gli spazi promozionali siano una «ginnastica per la definizione dell'essere sociale». Questi ambiti permettono di seminare la cultura dell'incontro, costruendo istanze formative che danno spazio per orientare la presa di decisioni e rafforzare la volontà per dire «no» di fronte all'offerta di consumo.

Tesi e sviluppo argomentativo

L'intervento precoce costituisce l'asse trasformatore del modello comunitario e si fonda su quattro pilastri essenziali:

1. Primo, la creazione di scenari di forza, dove il bambino o l'adolescente sviluppa legami sani e una soggettività solida prima di affrontare la pressione dei pari o l'offerta del mercato.

2. Secondo, lo sport e l'arte come strumenti formativi, dove si incorporano abitudini di autocura, perseveranza e corresponsabilità, permettendo al giovane di riconoscersi come protagonista della propria storia di fronte al vuoto esistenziale.

3. Terzo, la contesa del territorio, dove la comunità organizzata occupa gli spazi pubblici — come il campetto o il centro culturale — per offrire opzioni di appartenenza che neutralizzano la captazione degli angoli delle strade e della criminalità organizzata.

4. Quarto, l'integralità educativa, che intende i processi come un continuo complementare tra il formale (scuola), il non formale (circoli e parrocchie)

e il permanente (famiglia), assicurando una rete di riparo che risponde ai desideri e alle ricerche dell'infanzia.

Risposta alle obiezioni

1. Riguardo alla prima obiezione, aspettare che la dipendenza si manifesti per intervenire è una forma di abbandono sociale; la vera guarigione comincia dall'assicurare il diritto allo sviluppo e alla gioia.

2. Quanto alla seconda obiezione, lo Stato ha la responsabilità di investire in programmi preventivi sostenuti e sostenibili, poiché l'informazione tecnica da sola non modifica le condotte se non esiste un tessuto sociale che offra senso e speranza. Gli spazi promozionali non sono accessori, bensì il luogo dove si rimuovono gli ostacoli che bloccano il dispiegamento dello spirito, proteggendo la dignità ontologica di ogni bambino e giovane.

6.5.4 Articolo 4: La memoria comunitaria come strumento di guarigione e empowerment

Esposizione del tema

In contesti di esclusione, la vita delle persone suole essere frammentata in tentativi isolati di guarigione che non riescono a consolidarsi in una storia coerente. La memoria comunitaria non è solo un registro di fatti passati, bensì uno strumento di restaurazione soggettiva e collettiva che permette di cucire quei frammenti per trasformarli in una vera storia di vita con senso.

Domanda centrale

La memoria comunitaria è un fattore rilevante e uno strumento efficace per il processo terapeutico e di guarigione delle persone in situazione di consumo?

Posizioni od obiezioni esistenti

- Si suole dire che la memoria del passato sia pregiudiziale per la guarigione, poiché ricordare le ferite, gli abbandoni e le violenze subite non farebbe che approfondire il dolore e la paralisi del soggetto.

- D'altra parte, si potrebbe pensare che il processo debba concentrarsi esclusivamente sull'individuo e sul suo futuro immediato, sottovalutando la storia del quartiere o del territorio come un elemento aneddotico che non influisce sulla guarigione profonda della persona.

Fondamento o criterio di discernimento

Dall'esperienza territoriale affermiamo che «la memoria è terapeutica». Recuperare la storia condivisa del quartiere costituisce un cammino di speranza per le famiglie, poiché permette di riconoscere che l'essere umano è un essere sacro con radici, e che la sua identità si rafforza nel sentirsi parte di un popolo che cammina unito di fronte all'avversità.

Tesi e sviluppo argomentativo

L'importanza terapeutica della memoria si fonda su cinque dimensioni essenziali:

1. Primo, la costruzione di identità e speranza, dove recuperare la storia del quartiere permette alle famiglie di riconoscere le proprie radici per costruire una base solida che sostenga il cambiamento.

2. Secondo, il fare storia attraverso l'ascolto, poiché affinché un soggetto abbia una storia necessita di un altro che la riceva; l'ascolto attento della comunità permette che i patimenti cessino di essere eventi sconnessi per diventare apprendimento.

3. Terzo, la contesa del racconto, dove la memoria comunitaria recupera la testimonianza di vita e resilienza di coloro che sono riusciti ad andare avanti, di fronte al racconto di morte e violenza che spesso i media impongono sui settori popolari.

4. Quarto, il radicamento, che allontana il soggetto dalla distruzione e dall'individualismo estremo integrandolo in un «noi» con continuità nel tempo.

5. Quinto, il valore politico e l'empowerment, poiché la memoria sostenuta è ciò che permette alle comunità di mantenersi salde nelle crisi, funzionando come un asse di carità politica e giustizia sociale.

Risposta alle obiezioni

1. Riguardo alla prima obiezione, ricordare non cerca lo stagnamento nel dolore, bensì nominare la ferita affinché cessi di essere un motore inconscio di consumo e diventi una cicatrice integrata in una storia di risurrezione.

2. Quanto alla seconda obiezione, nessuna persona guarisce in solitudine; l'accompagnamento comunitario accoglie l'individuo per trasformare il tessuto sociale nel suo insieme, riconoscendo che non ci sono persone sane fuori da una comunità che impari anch'essa a riparare i propri legami.

6.5.5 Articolo 5: I ruoli delle tessitrici della cura e l'accompagnamento pari come pilastri della comunità

Esposizione del tema

All'interno della metodologia della tenerezza, sorgono figure territoriali la cui funzione trascende l'assistenza tecnica o professionale tradizionale. Si analizza l'importanza delle donne referenti della comunità che assumono funzioni di riparo materno e degli accompagnatori pari come motori di un dispositivo comunitario capace di riparare legami e restaurare la speranza in contesti di alta vulnerabilità.

Domanda centrale

Questi ruoli di cura e accompagnamento costituiscono elementi fondamentali e specializzati per assicurare l'efficacia dell'approccio comunitario alle dipendenze?

Posizioni od obiezioni esistenti

- Si potrebbe pensare che il lavoro delle donne referenti nel territorio sia semplicemente un compito di volontariato domestico o assistenza in cucina, mancando di un quadro pedagogico o terapeutico professionale. Secondo questa visione, si suole dire che qualsiasi persona con buona volontà potrebbe svolgere il compito senza necessità di una definizione di ruolo specifica.
- Inoltre, si potrebbe pensare che l'accompagnamento pari sia ridondante o perfino rischioso di fronte alle équipe di professionisti, poiché una persona in guarigione non avrebbe l'autorità tecnica necessaria per guidare la vita di altri.

Fondamento o criterio di discernimento

L'antropologia cristiana e la metodologia della tenerezza insegnano che la guarigione di un essere sacro richiede linguaggi che parlino al cuore e alle mani. Queste figure sono pilastri che danno mistica alla famiglia comunitaria, fondandosi sulla legittimità che conferiscono la testimonianza e la capacità di maternare la vita ferita, funzioni che lo Stato o la tecnica pura non sempre riescono a coprire da soli.

Tesi e sviluppo argomentativo

I ruoli di cura territoriale configurano il dispositivo nodale della comunità attraverso due funzioni vitali che rimuovono gli ostacoli che bloccano lo spirito:

1. Primo, si definisce l'accompagnatore pari come l'esperto per esperienza: è una persona che, avendo attraversato e superato lo stesso dolore della dipendenza, della strada o del carcere, e trovandosi oggi in una tappa di stabilità, mette la propria vita al servizio per guidare altri. La sua autorità non nasce da un titolo accademico, bensì dall'essere stato guarito e rialzato dalla stessa situazione in cui oggi si trovano i nuovi membri, il che gli permette di agire come un leader positivo capace di parlare il linguaggio del quartiere.

2. Secondo, le referenti comunitarie della cura sono donne del territorio che assumono un ruolo materno di protezione. La loro funzione è quella di tessitrici della cura che riparano l'orfanità funzionale mediante l'attenzione amorevole nei compiti quotidiani, offrendo l'abbraccio che molti fratelli non hanno mai ricevuto nella loro infanzia vulnerata. Entrambe le figure sono essenziali per riconoscere la dignità ontologica di ogni persona e accompagnare la sua vita così come viene.

Risposta alle obiezioni

1. Riguardo alla prima obiezione, il ruolo delle referenti della cura trascende il domestico; è una funzione pedagogica e restaurativa che offre la sicurezza affettiva indispensabile affinché il soggetto si riconosca come prezioso.

2. Quanto alla seconda obiezione, l'accompagnatore pari non compete con il professionista, bensì lo complementa apportando un'empatia e una capacità di raggiungere il territorio uniche. La sua presenza assicura che la persona si senta vista e accompagnata nella sua radicale singolarità, trasformando la freddezza del sistema in una vera esperienza di Chiesa in uscita.

6.6 | Inclusione Sociale, Differenze Sessuali e Diritti Umani

Questa sezione affronta l'inclusione sociale come un imperativo di giustizia, fondato sul riconoscimento delle persone con consumi problematici come soggetti pieni di diritto e non come meri oggetti di assistenza. Si approfondisce la femminilizzazione della povertà e l'urgenza di una prospettiva di genere che comprenda le traiettorie delle donne e della popolazione travesti-trans, riconoscendo che per questo collettivo l'identità e l'esclusione formano una stessa trama di sopravvivenza di fronte alla violenza sistemica.

Allo stesso modo, si propone un modello di economia solidale e cooperativismo che restituisce la dignità attraverso il lavoro, intendendolo non come una ricompensa finale dopo la guarigione, bensì come una condizione essenziale affinché il processo sia sostenibile e integrale. Infine, il testo invita a esercitare una carità politica che trascenda l'aiuto individuale per generare processi sociali di fraternità, esigendo dallo Stato la protezione dei diritti umani e la creazione di ambienti sicuri che permettano ai più postergati di dispiegare le proprie capacità e recuperare il proprio posto nel popolo.

6.6.1 Articolo 1: L'esclusione sociale e la povertà strutturale come ferita della società

Esposizione del tema

Il fenomeno dei consumi problematici non è un evento isolato, bensì costituisce una delle espressioni più dolorose dell'esclusione sociale e della disuguaglianza strutturale. Si analizza la povertà non solo come la carenza di beni materiali, bensì come una vulnerazione sistematica di diritti fondamentali che lacera il tessuto sociale e erode la nozione di popolo.

Domanda centrale

In che modo la povertà strutturale e l'esclusione sociale condizionano il fenomeno del consumo e perché il loro approccio costituisce un imperativo di giustizia?

Posizioni od obiezioni esistenti

- Si potrebbe pensare che il consumo di sostanze sia un problema meramente individuale o sanitario che colpisce in egual misura tutte le classi sociali, togliendo importanza al fattore economico. Secondo questa visione, la povertà sarebbe una circostanza accidentale e non una causa condizionante.
- Inoltre, si suole dire che il superamento della povertà dipenda esclusivamente dalla volontà personale di progresso, sottovalutando la responsabilità dello Stato nella creazione di condizioni di vita dignitose.

Figura 6.8: La povertà non è solo una questione economica

Fondamento o criterio di discernimento

Cfr. Maggiore vulnerabilità biologica nella povertà e nello stress cronico (cap. 9)

L'antropologia cristiana insegna che l'essere umano è un essere sacro la cui dignità ontologica rimane intatta anche in situazioni di indigenza sociale. Tuttavia, la cultura dello scarto denunciata dal Papa Francesco agisce come una «macchia d'olio» che invade i territori più postergati, privando le persone del loro diritto allo sviluppo integrale. La liberazione dalle ingiustizie strutturali è la condizione necessaria affinché la persona recuperi la sua libertà e il suo protagonismo.

Tesi e sviluppo argomentativo

La povertà strutturale costituisce lo scenario di maggior rischio per il dispiegarsi delle dipendenze a causa di tre dimensioni critiche:

1. Primo, la privazione di risorse basilari, dove la mancanza di terra, tetto e lavoro dignitoso esaurisce le risorse psichiche delle famiglie e genera uno stress cronico che spinge i giovani verso il consumo come un tentativo autoterapeutico di fronte a una realtà intollerabile.

2. Secondo, l'invisibilità e la mancanza di senso, dove l'esclusione sociale convince il soggetto che non ha nulla da apportare alla società, sommergendolo in un vuoto esistenziale che il narcotraffico approfitta per offrire una falsa appartenenza.

3. Terzo, la violenza strutturale e la mancanza di protezione, dove l'assenza dello Stato in salute, educazione e sicurezza permette al crimine organizzato di parassitare l'economia del quartiere e sequestrare gli spazi pubblici. Di fronte a ciò, l'inclusione sociale non è una ricompensa per la guarigione, bensì la base indispensabile per rimuovere gli ostacoli che bloccano il dispiegamento dello spirito.

Risposta alle obiezioni

1. Riguardo alla prima obiezione, sebbene il consumo attraversi tutte le classi sociali, l'esclusione toglie le reti di riparo e le opportunità di trattamento, convertendo la dipendenza in una condanna a morte per il povero.

2. Quanto alla seconda obiezione, l'esercizio reale della libertà esige condizioni minime di giustizia; per questo, è dovere dello Stato garantire l'accesso a diritti umani fondamentali, mentre alla comunità spetta offrire l'abbraccio fraterno che restauri l'identità del fratello come soggetto di diritto e non come oggetto di assistenza.

6.6.2 Articolo 2: La femminilizzazione della povertà come realtà di esclusione multipla

Esposizione del tema

La povertà strutturale non impatta in modo neutrale sul tessuto sociale, bensì si accanisce in forma diretta con le donne. Questo fenomeno, definito come femminilizzazione della povertà, crea scenari di vulnerabilità estrema dove la mancanza di accesso a diritti basilari come la terra, il lavoro dignitoso e la salute spinge le donne a situazioni di sopravvivenza estrema, come la prostituzione o il narcospaccio al dettaglio.

Domanda centrale

Cosa si intende per femminilizzazione della povertà e come influisce sulla soggettività delle donne in situazione di consumo?

Posizioni od obiezioni esistenti

- Si potrebbe pensare che la povertà colpisca uomini e donne in egual misura nei contesti di esclusione e che, pertanto, le carenze materiali siano universali per qualsiasi persona in situazione di strada.
- Inoltre, si suole dire che evidenziare la povertà femminile sia una forma di discriminazione verso i maschi, i quali soffrono anch'essi il flagello della dipendenza in contesti di miseria.

Fondamento o criterio di discernimento

L'antropologia cristiana riconosce che il peccato sociale e l'ingiustizia strutturale colpiscono con maggiore crudeltà coloro che hanno minori possibilità di difendere i propri diritti. Riconoscere la femminilizzazione della povertà è un atto di onestà missionaria che permette di identificare la «doppia condanna» che soffrono le donne: lo stigma sociale per il loro consumo e il giudizio per non adempiere al ruolo idealizzato di madre perfetta o curatrice del focolare.

Tesi e sviluppo argomentativo

La femminilizzazione della povertà è una realtà di esclusione che si manifesta in tre dimensioni critiche:

1. Primo, la mancanza di protezione statale, dove il sistema solitamente non offre la stessa infrastruttura di riparo e riabilitazione alle donne rispetto ai maschi.

2. Secondo, la precarietà abitativa ed economica, che le espone a maggiori rischi di finire in strada e di subire violenza, specialmente quando devono crescere sole i propri figli.

3. Terzo, l'invisibilizzazione del loro dolore, dove le loro traiettorie di consumo solitamente vengono silenziate dalla vergogna sociale e dalla pressione dell'ambiente familiare. Liberare da queste ingiustizie è la condizione previa affinché la persona possa recuperare la sua dignità ontologica e la sua libertà. Per questo, lo Stato deve assumere la propria responsabilità nella creazione di condizioni legislative e sociali che garantiscano il futuro di queste donne.

Risposta alle obiezioni

1. Riguardo alla prima obiezione, sebbene la povertà sia generale, le donne affrontano barriere di accesso uniche e un'esclusione multipla che le lascia in una situazione di maggiore abbandono biologico e sociale.

2. Quanto alla seconda obiezione, segnalare questa realtà non toglie importanza al dolore del maschio, bensì cerca una giustizia nella risposta; un modello di misericordia deve essere sensibile alle differenze per non applicare una logica da scrivania che ignori le piaghe specifiche del corpo sofferente della donna nel popolo.

6.6.3 Articolo 3: Gli approcci differenziati e l'accompagnamento specifico per le donne

Esposizione del tema

Data la complessità delle traiettorie femminili nel consumo di sostanze psicoattive (SPA), risulta insufficiente applicare protocolli di trattamento standardizzati. Sorge l'imperativo di consolidare approcci differenziati che contemplino i bisogni specifici di salute mentale, sicurezza emotiva e legami familiari propri della donna per rimuovere gli ostacoli che bloccano il suo spirito.

Domanda centrale

Perché l'accompagnamento alle donne richiede un approccio metodologico differenziato e quali sono i pilastri fondamentali affinché il processo sia sostenibile?

Posizioni od obiezioni esistenti

- Si potrebbe pensare che i protocolli di trattamento debbano essere uniformi per garantire l'equità scientifica e tecnica, considerando che un approccio specifico per le donne sarebbe una spesa inutile di risorse o una complicazione amministrativa.

- Inoltre, si suole dire che l'attenzione in centri misti sia sufficiente per affrontare qualsiasi problematica di dipendenza senza distinzione di genere.

Fondamento o criterio di discernimento

Cfr. Spiritualità nella donna (cap. 7) e Vulnerabilità della donna nel processo di cambiamento (cap. 8)

Un modello centrato sulla persona deve riconoscere la radicale singolarità di ogni storia sacra. L'antropologia cristiana insegna che la vera equità non consiste nell'uguaglianza di trattamento burocratico, bensì nella giustizia della risposta artigianale che si fa carico della totalità della vita della persona, adattando la cura alle sue ferite particolari.

Tesi e sviluppo argomentativo

L'approccio differenziato costituisce uno strumento di giustizia terapeutica fondato su cinque dimensioni critiche:

Cfr. art. 9.4.3 (Giudicare, Le sostanze e l'Organismo, Differenze secondo..., La risposta fisiologica...)

1. Primo, la vulnerabilità biologica, riconoscendo che le donne sviluppano conseguenze mediche gravi più rapidamente dei maschi (effetto telescopio).
2. Secondo, la centralità del trauma, poiché la grande maggioranza delle traiettorie femminili sono segnate da violenze di genere e abusi che richiedono spazi di sicurezza emotiva.
3. Terzo, l'accompagnamento di fronte all'abbandono familiare, poiché a differenza dei maschi, le donne solitamente affrontano il processo in solitudine affettiva assoluta.
4. Quarto, la protezione della maternità, eliminando la paura che lo Stato possa togliere la custodia dei figli come condizione per ricevere aiuto.
5. Quinto, il ruolo dell'accompagnatrice pari, definita come l'esperta per esperienza che, avendo attraversato e superato lo stesso dolore della dipendenza o dell'esclusione, mette la propria vita al servizio per guidare altre dall'autorità che le conferisce la propria testimonianza di guarigione.

Risposta alle obiezioni

1. Riguardo alla prima obiezione, la specificità dell'approccio non è un lusso tecnico, bensì la garanzia che il processo rispetti la dignità inalienabile di ogni sorella.

2. Quanto alla seconda obiezione, i centri misti spesso non possono garantire l'approccio al trauma complesso né ai bisogni riproduttivi della donna; per questo, l'approccio differenziato permette un intervento che non ignori le piaghe specifiche del corpo sofferente della donna nel popolo.

6.6.4 Articolo 4: Gli approcci differenziati e l'accompagnamento specifico per i maschi

Esposizione del tema

L'accompagnamento comunitario nei quartieri popolari si trova di fronte a una realtà del consumo nei maschi che è fortemente attraversata da logiche territoriali, dinamiche di strada e mandati di mascolinità. Con frequenza, il consumo maschile si vive in modo pubblico ed espressivo, legato alla cultura dell'angolo della strada, la validazione tra pari attraverso il rischio, l'aggressione o l'inserimento in circuiti di criminalità e violenza. Un approccio samaritano esige comprendere queste specificità socioculturali per offrire strumenti che permettano di disarmare questi mandati e proporre itinerari di guarigione specifici.

Domanda centrale

La proposta dell'accompagnamento integrale esige l'implementazione di un approccio specifico che risponda alle logiche territoriali e ai mandati socioculturali dei maschi nel centro di quartiere?

Posizioni od obiezioni esistenti

- **Obiezione 1:** Sembra che la dipendenza sia una problematica universale e neutra, per cui il centro di quartiere debba applicare gli stessi criteri e dinamiche di accompagnamento per tutti i soggetti, senza distinzione dei loro condizionamenti di genere o cultura.

- **Obiezione 2:** Sembra che focalizzarsi su un approccio specifico per i maschi indebolisca la vita comunitaria condivisa della parrocchia, promuovendo una separazione inutile all'interno dei dispositivi di accoglienza.

Fondamento o criterio di discernimento

Gesù cammina con ciascuno conoscendo la sua storia e il peso della sua cultura. Guarire le ferite dei maschi nel quartiere esige uno sguardo incarnato che non ignori i codici della strada né le pressioni sociali che sostengono il loro consumo. Il discernimento pastorale ci urge a offrire uno spazio dove il maschio possa deporre le armi dell'onnipotenza per riconoscere la propria vulnerabilità e essere abbracciato nella sua dignità.

Tesi e sviluppo argomentativo

L'accompagnamento specifico per i maschi all'interno del modello comunitario si dispiega sotto i seguenti criteri pastorali e operativi:

1. **Disarmare i mandati della mascolinità egemonica:** Nel territorio, il consumo del maschio suole essere legato alla necessità di dimostrare forza, resistenza o controllo, nascondendo il dolore o la frustrazione sotto condotte a rischio. Il processo comunitario deve propiciare spazi sicuri dove il maschio impari a disarmare l'esigenza di una mascolinità onnipotente o violenta, permettendosi di esprimere la sofferenza, la paura e la debolezza senza sentirsi giudicato dai propri pari.

2. **La risignificazione della cultura dell'angolo della strada e del territorio:** Il gruppo e l'angolo della strada funzionano molte volte come l'unica rete di appartenenza di fronte all'esclusione. Il centro di quartiere non deve demonizzare questi spazi, bensì offrire un'alternativa superiore: trasformare la logica della banda o del circuito di rischio in un'appartenenza comunitaria positiva, riorientando i codici di lealtà e fraternità di strada verso il servizio comune, la cura reciproca e il lavoro solidale nel quartiere.

3. **Spazi specifici di parola e elaborazione:** Sebbene la ricchezza della PLAPA stia nella vita comunitaria comune — dove si condividono la mensa, i laboratori e la preghiera —, l'approccio ai maschi richiede istanze specifiche (gruppi di parola esclusivi). In questi spazi intimi da uomo a uomo si possono lavorare tematiche complesse come la paternità assente o conflittuale, la gestione della rabbia, le storie di violenza o reclusione, e la ricostruzione di un progetto di vita responsabile e affettivo.

Risposta alle obiezioni

- **Alla prima:** Ignorare che il consumo maschile è modellato dalla cultura della strada impedisce di destrutturare le cause profonde delle loro ricadute e delle loro condotte violente. Un approccio neutro non riesce a penetrare la corazza di «resistenza» con cui il maschio si difende nel quartiere; si necessita una chiave di lettura relazionale e incarnata affinché il processo di riconfigurazione dei valori sia reale.

- **Alla seconda:** Lo spazio specifico non isola il maschio dalla comunità, bensì lo prepara ad abitarla in modo più sano. Offrire loro un luogo proprio per elaborare i propri dolori specifici rafforza il loro inserimento nelle attività comuni condivise, permettendo loro di costruire relazioni di vero rispetto, fraternità e complementarietà con le donne e le famiglie del centro di quartiere.

6.6.5 Articolo 5: L'economia popolare e solidale come motori di identità e dignità

Esposizione del tema

La guarigione integrale delle persone con consumi problematici esige di superare la visione del lavoro come una semplice meta di reintegrazione economica. Si analizza la necessità di integrare la dimensione dell'economia popolare e solidale come componenti essenziali del processo terapeutico, capaci di ricostruire abitudini e restituire il senso di protagonismo sociale al fratello vulnerabilizzato nel proprio territorio.

Domanda centrale

L'economia popolare e il lavoro dignitoso devono essere integrati come elementi essenziali fin dalle tappe precoci della guarigione, o costituiscono unicamente obiettivi finali della reintegrazione sociale?

Posizioni od obiezioni esistenti

- Si potrebbe pensare che il lavoro sia unicamente un mezzo di sopravvivenza economica e che ciò che conta sia che la persona ottenga un reddito per cessare di essere un peso sociale.
- Inoltre, si suole dire che l'impiego debba essere la ricompensa finale dopo aver raggiunto l'astinenza totale, sotto l'idea che la persona non possieda ancora la disciplina necessaria per svolgere un compito produttivo.
- D'altra parte, si potrebbe pensare che la gestione del denaro sia un fattore di alto rischio che innesca il desiderio di consumo, per cui debba essere evitata durante il trattamento.

Fondamento o criterio di discernimento

L'antropologia cristiana e il magistero del Papa Francesco insegnano che il lavoro è una parte fondamentale della dignità umana che permette all'uomo di coltivarsi e di sostenere la propria famiglia. L'inclusione economica non è il premio alla fine del cammino, bensì una condizione di giustizia affinché la guarigione sia sostenibile e dignitosa, permettendo al soggetto di riconoscersi nuovamente come cittadino con diritti e responsabilità.

Tesi e sviluppo argomentativo

L'integrazione dell'economia popolare nella guarigione propone un cambio di paradigma che dà priorità all'essere sul fare attraverso cinque assi fondamentali:

1. Primo, il lavoro come legame sociale, funzionando come un ponte per ricostruire il vincolo con la comunità e trasformare l'assistito in un soggetto produttivo.
2. Secondo, la promozione del cooperativismo nei settori popolari, impulso a imprese che contemplino la dinamica comunitaria e i tempi del processo artigianale.
3. Terzo, la rieducazione finanziaria, utilizzando il denaro in forma pedagogica per transitare verso un'autonomia progressiva e sostituire l'immediatezza della strada con la pianificazione.
4. Quarto, la misericordia strutturata, che implementa una flessibilità organizzata con regole chiare ma empatiche, intendendo che il lavoro è un mezzo per la guarigione.

5. Quinto, la valorizzazione dei talenti propri, dove l'inclusione sociale riconosce gli strumenti che i soggetti già possiedono per contendere l'economia del quartiere al narcotraffico.

Risposta alle obiezioni

1. Riguardo alla prima obiezione, il lavoro dignitoso trascende la sopravvivenza; è il cammino per raggiungere la libertà necessaria per decidere sulla propria salute e abitazione.
2. Quanto alla seconda obiezione, il processo deve essere circolare, permettendo alla persona di mettersi alla prova in compiti produttivi fin dalle tappe di stabilizzazione per rafforzare la propria identità.
3. Infine, di fronte alla terza obiezione, il rischio del denaro si mitiga con un controllo assistito e pedagogico; amministrare il primo stipendio in forma accompagnata aiuta a guadagnare sicurezza e rafforza la fiducia della famiglia nel processo. Affinché ciò sia possibile, lo Stato deve assumere la propria responsabilità nella creazione di politiche pubbliche che promuovano l'impiego e il cooperativismo nei quartieri più postergati.

6.6.6 Articolo 6: L'approccio alla mobilità umana e all'interculturalità

Esposizione del tema

Mt 25, 35 — *Ero straniero e mi avete accolto*

La mobilità umana e l'interculturalità non sono fenomeni esterni al territorio, bensì dimensioni che modificano profondamente il tessuto sociale dove si realizza l'azione comunitaria. Si analizza la necessità di integrare la realtà del fratello migrante come una chiave di lettura essenziale per l'accompagnamento integrale dei consumi problematici, riconoscendo che lo sradicamento e la mancanza di rete solitamente potenziano la vulnerabilità sociale.

Domanda centrale

In che modo il manuale deve integrare la mobilità umana e l'interculturalità come dimensioni fondamentali dell'accompagnamento pastorale?

Posizioni od obiezioni esistenti

- Si potrebbe pensare che la migrazione sia un tema strettamente politico o sociologico che non dovrebbe occupare un posto centrale in un manuale sulle dipendenze, il quale deve focalizzarsi unicamente sulla salute mentale e sulla guarigione dalle sostanze psicoattive.
- Si argomenta spesso che i processi di accompagnamento debbano essere standardizzati per tutti gli abitanti di un territorio senza distinguere l'origine culturale, sotto la premessa che la dipendenza colpirebbe la biologia umana in egual misura, indipendentemente dal retroterra storico della persona.

Fondamento o criterio di discernimento

Il Papa Francesco insegna che la mobilità umana è un segno dei tempi che richiede una pastorale specifica che rispetti le culture e la ricchezza spirituale di ogni popolo. L'antropologia cristiana afferma che ogni migrante possiede una dignità inalienabile; pertanto, la Chiesa deve agire come un «ospedale da campo» che accolga l'orfanità e la vulnerabilità estrema che il processo migratorio suole generare, riconoscendo che non c'è guarigione senza radicamento.

Tesi e sviluppo argomentativo

L'approccio alla mobilità umana si fonda su cinque dimensioni critiche per la giustizia sociale:

1. Riconoscimento della dignità ontologica: Si deve denunciare la pratica sociale di considerare i migranti come soggetti di seconda classe, il che aggrava la loro invisibilità e il rischio di ricorrere al consumo come fuga di fronte al disprezzo.
2. Impatto sulla configurazione territoriale: La migrazione trasforma i quartieri; la comunità organizzata deve inserirsi in queste nuove realtà per integrare i migranti nei propri circoli di cura, evitando che l'isolamento li spinga verso le reti del narcotraffico.

3. Risposta educativa e di livellamento: È imperativo proporre strategie di rinforzo pedagogico per bambini e adolescenti migranti che hanno visto interrotta la propria scolarizzazione, offrendo loro spazi promozionali che generino appartenenza.

4. Accompagnamento nella reclusione: Si riconosce che i migranti privati della libertà affrontano una solitudine maggiore per la mancanza di rete biografica; per questo, l'accompagnamento deve essere differenziato per evitare che lo sradicamento derivi in una recidiva nel consumo.

5. Inculturazione della pastorale: La spiritualità proposta deve adattare il suo linguaggio affinché il fratello migrante scopra un Dio che cammina con lui nella sua propria storia, trasformando il dolore del viaggio in un processo di risurrezione comunitaria.

Risposta alle obiezioni

1. Riguardo alla prima obiezione, sebbene la migrazione abbia risvolti politici, la sua radice è umana; la vulnerabilità che genera la mancanza di terra, tetto e lavoro è un condizionante diretto del consumo che la missione evangelizzatrice non può ignorare.

2. Quanto alla seconda, sebbene la dipendenza abbia una base biologica, la guarigione è un processo vincolare; ignorare la cultura dell'altro è una forma di frammentazione amministrativa che impedisce di generare il legame di fiducia necessario affinché la persona si senta amata nella sua totalità.

6.7 | L'Accompagnatore e l'Incidenza Politica

Questa sezione definisce il ruolo dell'accompagnatore non solo come un supporto affettivo, ma come un soggetto di incidenza politica capace di trasformare le strutture di esclusione. Ispirato alla carità politica proposta dal Papa Francesco, si invita la Chiesa a passare dalla risposta pastorale concreta all'esigenza di politiche pubbliche umanizzanti che garantiscano i diritti dei più vulnerabili. Il testo enfatizza che, sebbene lo Stato sia il garante dei diritti, questo non ha la capacità di generare comunità da solo, per cui risulta imperativo difendere il sapere territoriale e il principio di sussidiarietà per rafforzare le reti di cura senza che vengano assorbite dalla burocrazia statale. Infine, si rivendica uno sguardo profetico che denunci il peccato sociale e le strutture di ingiustizia, posizionando gli accompagnatori pari come attori protagonisti nella contesa di senso di fronte a modelli che danno priorità alla sanitizzazione o alla repressione dello spazio pubblico.

6.7.1 Articolo 1: L'esercizio della carità politica come missione ecclesiale

Mi 6, 8 — *Che cosa chiede da te il Signore? Praticare la giustizia, amare la misericordia, camminare umilmente con il tuo Dio*

Esposizione del tema

La missione evangelizzatrice di fronte ai consumi problematici non esaurisce il suo senso nell'assistenza immediata. Si analizza la necessità che la Chiesa assuma l'esercizio della carità politica, transitando dall'aiuto individuale alla trasformazione delle strutture sociali che generano esclusione e abbandono.

Domanda centrale

La Chiesa deve introdursi nella carità politica come parte della sua missione nell'approccio alle dipendenze?

Posizioni od obiezioni esistenti

- Si potrebbe pensare che la Chiesa debba limitare la sua azione esclusivamente alla sfera spirituale e religiosa, evitando di introdursi in questioni di politiche pubbliche per non snaturare la sua missione e convertirsi in un'organizzazione non governativa (ONG) di assistenza sociale.

- Si argomenta che la responsabilità della cura e della guarigione sia competenza esclusiva dello Stato. Secondo questa visione, la Chiesa dovrebbe semplicemente riempire i vuoti dove l'assistenza pubblica non arriva, senza mettere in discussione né incidere sulle strutture di potere.
- Si potrebbe pensare che in territori dominati dalla narcocultura e dalla violenza, l'esercizio della carità politica sia pericoloso e inutile, a causa della possibile complicità delle strutture statali con il crimine organizzato.

Fondamento o criterio di discernimento

Il Papa Francesco insegna che la carità è il cuore dello spirito della politica e si manifesta come un amore preferenziale per gli ultimi. L'antropologia cristiana afferma che la fede è inseparabile dalla difesa della dignità umana; pertanto, quando la comunità si unisce per generare processi di fraternità e giustizia, sta esercitando una forma di carità che trascende l'individuale per diventare sociale.

Tesi e sviluppo argomentativo

La Chiesa esercita la carità politica come una manifestazione irrinunciabile della propria essenza attraverso cinque assi strategici:

1. **Denuncia profetica**: Consiste nel demistificare la narcopolitica e denunciare le politiche «sanitizzanti» che pretendono di pulire lo spazio pubblico trattando le persone in consumo come scarti o delinquenti, invece di riconoscere la loro dignità sacra.
2. **Incidenza nello Stato come garante**: Esigere che lo Stato assuma i propri obblighi costituzionali in salute, identità e abitazione. La Chiesa agisce come il filo che articola queste risposte frammentate affinché arrivino effettivamente al territorio.
3. **Alleanza per il bene comune**: Promuovere un'articolazione tra l'università (ricerca), il settore imprenditoriale (impiego) e la comunità organizzata (presenza territoriale) per costruire politiche pubbliche basate sulla realtà e non sulla scrivania.
4. **Rioccupazione degli spazi democratici**: Animare la comunità ad abitare nuovamente i circoli, le mutue e i centri di quartiere come antidoto

contro l'individualismo che il narcotraffico approfitta per occupare il territorio.

5. **Difesa del diritto alla cura**: Promuovere il diritto autonomo e ineludibile a curare, essere curato e all'autocura, specialmente per le popolazioni che i sistemi penale o sanitario hanno invisibilizzato.

Risposta alle obiezioni

1. Riguardo alla prima obiezione, la Chiesa non è una ONG, ma il suo impegno sociale è l'incarnazione della misericordia di Cristo, che si fa carico dell'integrità dell'uomo in tutte le sue dimensioni.
2. Quanto alla seconda, sebbene lo Stato abbia la responsabilità primaria, questo non ha la capacità di generare da solo legami di appartenenza; la Chiesa apporta il sapere territoriale e l'esperienza di famiglia che la rigidità amministrativa non può offrire.
3. Di fronte alla terza, precisamente dove impera la cultura della morte è dove la comunità organizzata deve entrare per dignificare la vita. La carità politica permette di trasformare la paura in organizzazione e offrire un racconto di speranza di fronte alla dittatura del narcotraffico.

Conclusione
L'esercizio della carità politica permette alla Chiesa di essere una voce profetica nello spazio pubblico, trasformando le condizioni di ingiustizia in scenari di libertà e protagonismo per i fratelli più vulnerabilizzati.

6.7.2 Articolo 2: L'importanza fondamentale dell'autocura per l'agente pastorale

Mc 6, 31 — *Venite in disparte, voi soli, in un luogo deserto, e riposatevi un po'*

Esposizione del tema

Il servizio pastorale nell'ambito delle dipendenze implica un contatto costante con il dolore, la violenza e realtà umane complesse che suppongono un alto costo emotivo. Si analizza se la strategia dell'autocura sia un componente opzionale o una condizione indispensabile per assicurare la salute integrale dell'agente e la qualità dell'accompagnamento.

Domanda centrale

La strategia dell'autocura è fondamentale per garantire l'efficacia e la continuità del lavoro dell'agente pastorale nell'ambito delle dipendenze?

Posizioni od obiezioni esistenti

- Si potrebbe pensare che l'agente pastorale debba consegnarsi totalmente al servizio senza riserve, seguendo l'esempio del sacrificio di Cristo, e che preoccuparsi per il proprio benessere personale costituisca un atto di egoismo o una mancanza di zelo apostolico di fronte all'urgenza della sofferenza altrui.

- Si dice spesso che il supporto spirituale e la grazia di Dio siano sufficienti per sostenere il curante. Secondo questa visione, non si richiederebbero strategie tecniche di autocura o pause umane, poiché la missione stessa fornirebbe la forza necessaria per non vacillare.

Fondamento o criterio di discernimento

Il riposo non è opzionale, bensì una necessità ordinata dal Cristo stesso per coloro che sono al centro del servizio. La Chiesa, come ospedale da campo, deve prendersi cura dei propri soldati feriti dalla fatica e dal dolore, riconoscendo che lo Spirito Santo agisce anche attraverso le mediazioni umane e il rispetto per i limiti biologici.

Cfr. art. 8.7.4 (autocura clinica)

Tesi e sviluppo argomentativo

L'autocura costituisce un principio etico e una necessità teologica per la sostenibilità del servizio, fondata su cinque dimensioni:

1. **Garanzia della qualità della cura**: Lo stato psicofisico dell'agente condiziona significativamente l'aiuto che offre; un curante esaurito perde la capacità di ascolto attivo e di empatia, convertendo la missione in una struttura rigida e difensiva.

2. **Prevenzione dell'esaurimento (burnout)**: L'accompagnamento permanente in contesti di vulnerabilità può derivare in fatica da compassione. L'autocura protegge la salute mentale dell'agente di fronte all'impatto del trauma secondario.

3. **Sostenibilità della missione**: L'esaurimento cronico impedisce la continuità del servizio. Gestire la propria vita e le proprie emozioni è una condizione affinché il servizio pastorale sia duraturo e non una risposta spasmodica.

4. **Riconoscimento della vulnerabilità umana**: L'agente pastorale non è un supereroe, bensì una persona vulnerabile che ha anch'essa bisogno di tenerezza e cura. Il pastore deve lasciarsi curare e riconoscere che la periferia dove lavora è anche uno specchio delle proprie carenze.

5. **Teologia del riposo**: Seguendo il magistero del Papa Francesco, il riposo è parte integrante della missione e un diritto che glorifica Dio. Saper sedersi sulla «panchina delle riserve» permette che altri prendano il testimone e evita la tentazione dell'onnipotenza.

Risposta alle obiezioni

1. Riguardo alla prima obiezione, la carità ben intesa comincia dalla propria persona; non si può trasmettere l'amore di Dio se il cuore dell'agente è arido per la fatica. L'autocura permette che il servizio sia un'espressione di solidarietà e non un carico logorante.

2. Quanto alla seconda, sebbene la fede sia il motore, l'essere umano è un'unità di corpo e anima. La formazione tecnica e il supporto dei gruppi di pari sono mediazioni umane necessarie affinché la grazia di Dio fruttifichi in una vita equilibrata.

Conclusione
L'autocura garantisce che l'agente pastorale rimarrà come uno strumento docile e sano della misericordia divina, assicurando che l'accompagnamento sia sempre un incontro umano di guarigione e non una routine burocratica logorante.

6.7.3 Articolo 3: Il mandato di primerear e andare per le strade nelle periferie del consumo

Lc 14, 21-23 — *Esci subito per le piazze e le strade della città e conduci qui i poveri, gli storpi, i ciechi e gli zoppi*

Esposizione del tema

L'identità di una comunità che accompagna i consumi problematici si definisce per il suo movimento verso l'esterno. Si analizza il significato profondo dei mandati di «primerear» e «callejear» come gesti che rompono con l'autoreferenzialità ecclesiale per cercare la vita ferita nei suoi scenari quotidiani.

Domanda centrale

Cosa implica per la Chiesa il mandato di primerear e andare per le strade all'interno delle periferie umane del consumo e dell'esclusione?

Posizioni od obiezioni esistenti

- Si potrebbe pensare che la Chiesa debba attendere nei propri templi che le persone cerchino aiuto per propria volontà, e che uscire in modo insistente a cercarle potrebbe essere interpretato come un'invasione della privacy o una mancanza di rispetto alla libertà individuale.
- Si potrebbe pensare che andare per le strade e sporcarsi con la realtà della strada metta a rischio la santità e l'immagine istituzionale, suggerendo che la comunità debba mantenersi centrata nei propri riti per essere un faro di moralità inalterabile.

Fondamento o criterio di discernimento

Il Papa Francesco afferma che preferisce una Chiesa incidentata, ferita e sporca per essere uscita per le strade, piuttosto che una Chiesa malata per la chiusura e la comodità delle proprie sicurezze. La comunità evangelizzatrice deve prendere l'iniziativa, introdursi nei processi umani e accompagnare la vita per quanto dura sia, riconoscendo che Dio sempre ci precede nell'amore.

Tesi e sviluppo argomentativo

I concetti di primerear e andare per le strade definiscono un atteggiamento pastorale che trasforma la presenza territoriale in quattro dimensioni:

Figura 6.9: Il metodo della Chiesa in uscita

1. **Primerear (Prendere l'iniziativa)**: Significa non aspettare che l'escluso arrivi, bensì anticiparsi e uscire all'incontro di coloro che sono lontani. È la risposta di chi si sente amato per primo da Dio e desidera portare quel balsamo agli incroci dei cammini.

2. **Callejear**: È la disposizione attiva di cercare la vita che soffre negli angoli più nascosti, come angoli delle strade, piazze e ponti. Implica introdursi nella vita quotidiana degli altri per accorciare le distanze, assumendo la realtà dell'altro fino ad avere «odore di pecora».

3. **Abitare la periferia**: Non si tratta di un percorso superficiale, bensì di fermare il passo per guardare negli occhi e ascoltare chi è rimasto a lato del cammino. La Chiesa si riconosce come un «ospedale da campo» che cura ferite urgenti prima di chiedere tecnicismi.

4. **Toccare la carne di Cristo**: Implica rinunciare ai ripari di sicurezza per entrare in contatto diretto con la miseria e il dolore del fratello. Nel farlo, la vita si complica meravigliosamente e la comunità vive la vera esperienza di essere popolo.

Risposta alle obiezioni

1. Riguardo alla prima obiezione, primerear non è invadere, bensì offrire una misericordia inesauribile a coloro che si sentono invisibili per la società. È un gesto di projimidad che cerca di restituire la speranza a coloro che la cultura dell'abbandono ha spinto a cessare di guardare al futuro.

2. Quanto alla seconda, la santità della Chiesa non si protegge nell'isolamento, bensì si nutre nel servizio. La vera mondanità spirituale è quella che si traveste di pratiche religiose vuote mentre ignora il clamore dei fratelli più spezzati.

Conclusione
Primerear e andare per le strade sono le azioni che permettono alla Chiesa di essere fedele alla sua missione, trasformando il disprezzo sociale in un incontro di dignità dove ogni persona è riconosciuta come un essere sacro.

Capitolo 7

Lo Spirito Umano

La dimensione spirituale è il costitutivo essenziale dell'essere umano che ci spinge a chiederci per quale motivo siamo in questo mondo e quale vita vogliamo scegliere per noi stessi e per gli altri. Lungi dall'essere un'appendice religiosa o un sentimento soggettivo, lo spirito è l'essenza dell'essere dove risiede la nostra identità più profonda, così come la nostra relazione, conferendoci una dignità assoluta e inalienabile che nessuna caduta può cancellare.

Nel giudicare la problematica del consumo di sostanze psicoattive (SPA) dalla fede, riconosciamo che il disturbo da uso di sostanze provoca una disconnessione progressiva con questa realtà interiore, trasformandosi spesso in una «ricerca spirituale fallita» che tenta di anestetizzare ferite profonde di orfanità e colmare una «crepa esistenziale» che solo l'incontro con la trascendenza può saziare.

Per questo, il presente manuale ci invita a guardare la persona come un'unità integrale di corpo e anima, recuperando il cuore come il centro unificatore e intimo dove la ragione e il sentimento si integrano e dove risiede l'identità più profonda. È in questo nucleo della personalità che si forgiano le esigenze di felicità, verità e giustizia che il consumo di SPA non riesce a saziare, aprendo la strada a un processo di riconnessione e guarigione profonda guidato dallo Spirito.

Questo capitolo è composto da 9 sezioni:

1. Natura, definizione e fondamenti

2. La condizione spirituale

3. La dipendenza come fenomeno spirituale
4. Il processo di riconnessione
5. Il cammino cristiano
6. I sacramenti
7. La sapienza spirituale
8. La spiritualità nella donna
9. L'àncora della comunità

7.1 | Natura, definizione e fondamenti

Questa sezione stabilisce che la spiritualità è il costitutivo essenziale dell'identità umana e la forza motrice che orienta la persona verso il significato della sua esistenza. Si fonda sulla dignità ontologica infinita dell'essere creati a immagine di Dio, un marchio indelebile che il consumo di sostanze psicoattive non può cancellare né eliminare. Riconoscendo che l'essere umano è costitutivamente una ricerca di senso, la comunità si organizza per risvegliare questa dimensione latente.

7.1.1 Articolo 1: La spiritualità come costitutivo essenziale e forza motrice dell'identità

Gen 2, 7 — *Soffiò nelle sue narici un alito di vita, e l'uomo divenne un essere vivente*

Esposizione del tema

Nell'affrontare il consumo di sostanze, è comune concentrarsi sui danni biologici o sociali. Tuttavia, emerge la necessità di discernere se lo spirituale sia una risposta accidentale al malessere o se costituisca il nucleo stesso dell'essere umano. Dobbiamo giudicare se le domande fondamentali sul senso della vita rappresentino la forza motrice che integra l'affettività e la ragione nel cuore della persona.

Domanda centrale

In che modo la dimensione spirituale definisce l'identità umana e agisce come la forza che muove il soggetto verso la ricerca di significato?

Posizioni od obiezioni esistenti

- **Obiezione 1:** La neuroscienza dimostra che il consumo altera i circuiti di ricompensa; pertanto, la motivazione è puramente chimica e non spirituale.
- **Obiezione 2:** Molti soggetti cercano Dio solo quando hanno «toccato il fondo», suggerendo che la spiritualità sia un effetto del dolore e non un'essenza previa.
- **Obiezione 3:** Se una persona non professa una fede religiosa, sembrerebbe priva di questa forza motrice, invalidando la spiritualità come costitutivo universale.

Figura 7.1: Spiritualità e identità

Fondamento o criterio di discernimento

Si stabilisce che l'essenza e l'esistenza dell'uomo sono costitutivamente relazionate con Dio. L'essere umano è «capace di Dio» e possiede una dignità assoluta che risiede nella sua identità più profonda. Il cuore è riconosciuto come il centro unificatore dove si integrano la ragione e il sentimento, essendo il nucleo dove si forgiano le esigenze di felicità e verità.

Tesi e sviluppo argomentativo

Rispondiamo che la spiritualità è l'asse motore dell'identità umana per le seguenti ragioni:

- **Unità antropologica operativa:** Lo spirito è il principio integratore che permette al soggetto di esaminare la propria biologia e prendere decisioni sulla propria storia. La spiritualità abilita la persona non solo a sopravvivere, ma a essere protagonista della propria vita mediante la testimonianza.
- **Differenza tra potenza e condizione:** È vitale distinguere tra la potenza spirituale (essenza inalienabile) e la condizione spirituale (stato dinamico della relazione con Dio). Il consumo non crea il bisogno spirituale, ma è una ricerca fallita davanti a una crepa esistenziale previa.
- **Dinamicità dello spirito:** La spiritualità permette all'essere umano di prendere distanza dalla propria realtà immediata. Questa capacità di trascendenza è quella che abilita la riconnessione e l'impegno con la vita.

Risposta alle obiezioni

Cfr. art. 6 (Giudicare, Brevissimo Glossario)

- **Alla prima:** La spiritualità utilizza la neuroplasticità assistita dalla grazia per riorientare la volontà. Il proposito vitale agisce come uno stimolo superiore capace di riorganizzare i circuiti di ricompensa che la sostanza aveva sequestrato.
- **Alla seconda:** Il malessere agisce come un «allarme esistenziale» che rivela la crepa spirituale previa. Il dolore non crea la spiritualità, ma è il segnale che il sistema di trascendenza reclama il suo posto dopo l'anestesia del consumo.
- **Alla terza:** Si deve distinguere tra spiritualità universale e religione istituzionale. Ogni essere umano esercita la propria forza spirituale nello scegliere quale orientamento dare alla propria vita e nel cercare la verità nei propri legami mediante il dialogo fraterno.

7.1.2 Articolo 2: La dimensione spirituale come ricerca del senso e proposito vitale

Esposizione del tema

Data la natura multifattoriale del disturbo da uso di sostanze, emerge la necessità di interrogarci sul senso dell'esistenza. Questa ricerca costituisce l'asse sul quale si costruisce l'identità e la libertà dell'essere umano per decidere sulla propria vita e sulla propria relazione con gli altri.

Domanda centrale

Come si definisce la dimensione spirituale come ricerca del proposito e del posto che ciascuno occupa nel mondo?

Posizioni od obiezioni esistenti

- **Obiezione 1:** Le domande sul progetto di vita appartengono al campo della psicologia o dell'etica e non necessariamente a una dimensione spirituale trascendente.
- **Obiezione 2:** Nelle persone con consumi severi, queste domande perdono rilevanza di fronte all'urgenza della sopravvivenza immediata o alla soddisfazione del desiderio.

Fondamento o criterio di discernimento

Si afferma che la spiritualità è l'essenza dell'essere che muove una persona a cercare significato. Se non si sviluppa questa dimensione, la totalità della persona resta preclusa, trasformandosi in fonte di angoscia esistenziale. La ricerca di senso rimane latente anche nei quadri più gravi.

Tesi e sviluppo argomentativo

Rispondiamo che la dimensione spirituale si definisce attraverso queste domande perché esse costituiscono il «per che cosa» dell'esistenza:

- **Finalità dell'essere:** Lo spirituale affronta il compito di interrogarsi sulla ragion d'essere. È lo spazio in cui il soggetto decide quale orientamento dare alla propria vita mediante l'ascolto attivo del proprio desiderio di pienezza.

- **Sutura della crepa esistenziale:** La dipendenza tende a insediarsi dove le domande non hanno risposta. Il recupero autentico implica una riconnessione con il proposito vitale che la sostanza ha tentato di soppiantare.

Risposta alle obiezioni

- **Alla prima:** Mentre la psicologia gestisce l'operatività dei processi psichici, la spiritualità conferisce la direzione ultima e il fine assoluto. Lo spirito è quello che si interroga sul significato a cui la psiche da sola non può rispondere.
- **Alla seconda:** Il consumo compulsivo è la «forma fisica» di una domanda spirituale disperata. Il desiderio di eternizzare l'effetto della sostanza è la manifestazione distorta di una sete di infinito che solo la riconnessione con il senso può saziare.

7.1.3 Articolo 3: Il fondamento della dignità ontologica inalienabile nell'immagine di Dio

Gen 1, 26-27 — *Facciamo l'uomo a nostra immagine, secondo la nostra somiglianza... lo creò a immagine di Dio*

Esposizione del tema

Nell'accompagnamento, incontriamo spesso fratelli la cui vita sembra aver perso ogni traccia di umanità. Lo stigma tende a ridurre la persona a categorie di «scarto». È imperativo discernere se la dignità sia una costruzione morale che può perdersi o se sia un dato previo e incolume che permane sotto la notte della dipendenza.

Domanda centrale

In che modo l'essere creati a immagine di Dio fonda una dignità che non può essere eliminata dal peccato né dalle situazioni di consumo?

Posizioni od obiezioni esistenti

- **Obiezione 1:** La dignità si associa all'esercizio della ragione. Una persona con deterioramento cognitivo grave sembra perdere ciò che la rende specificamente umana.

- **Obiezione 2:** Il peccato e le azioni che danneggiano la comunità degradano l'uomo, facendogli perdere il suo valore davanti a Dio.

Figura 7.2: La dignità, secondo *Dignitas Infinita*

Fondamento o criterio di discernimento

Si stabilisce che una dignità infinita corrisponde a ciascuna persona al di là di ogni circostanza. Si introduce la quadruplice distinzione: dignità ontologica (vincolata all'essere), morale (esercizio della libertà), sociale (condizioni di vita) ed esistenziale (pace e speranza). La dignità ontologica è inalienabile.

Tesi e sviluppo argomentativo

Rispondiamo che la dignità ontologica è la garanzia primordiale della salute integrale:

- **Primato dell'essere sull'atto:** Il soggetto sussiste con tutta la sua dignità anche se non può esercitare le sue capacità. Il giudizio pastorale distingue tra l'«atto indegno» e la «persona degna».
- **Redenzione come conferma:** La dignità si rivela pienamente in Cristo, che assume l'esistenza umana confermando il valore inestimabile di coloro che il mondo qualifica come indegni.

Risposta alle obiezioni

- **Alla prima:** La dignità non è una prestazione funzionale della ragione, ma un attributo intrinseco dell'essere. Così come il sole esiste anche se le nubi lo coprono, il marchio divino nel fratello rimane intatto sotto l'oscuramento provocato dalla sostanza.

- **Alla seconda:** La libertà contro l'amore può ferire la somiglianza divina, ma non cancellare mai il fatto originario di essere creatura voluta. Questa radice indistruttibile è quella che permette di iniziare qualsiasi dialogo fraterno di restaurazione.

7.1.4 Articolo 4: La distinzione necessaria tra spiritualità e religione

Esposizione del tema

Emerge la sfida di affrontare la dimensione spirituale di persone che non necessariamente professano una fede. È imperativo chiarire se la spiritualità sia un patrimonio esclusivo dei credenti o se sia una capacità universale che spinge ogni soggetto a interrogarsi sulla propria ragion d'essere.

Domanda centrale

È necessario distinguere tra spiritualità e religione per garantire un processo di riconnessione inclusivo e rispettoso?

Posizioni od obiezioni esistenti

- **Obiezione 1:** Dato che la dipendenza è una malattia spirituale e Dio è colui che guarisce, la spiritualità sarebbe intrinsecamente un fenomeno religioso.

- **Obiezione 2:** Svincolare entrambi i concetti potrebbe sembrare un tentativo di diluire il messaggio del Vangelo e di Gesù Cristo.

Fondamento o criterio di discernimento

Si afferma che questa dimensione fondante non deve essere confusa con la credenza in una divinità concreta. La spiritualità non è un privilegio dei religiosi; ogni essere umano deve scegliere quale vita condurre. Il cuore è il centro dove risiede l'identità più profonda.

Tesi e sviluppo argomentativo

Rispondiamo che è indispensabile distinguere entrambi i piani per una pastorale efficace:

- **Universalità di fronte a Istituzionalità:** La spiritualità è la ricerca del «per che cosa» dell'esistenza (potenza). La religione propone un linguaggio e un cammino concreto per vivere quella relazione (condizione).
- **Rispetto della libertà:** Riconoscere la spiritualità universale evita di escludere coloro che non cercano aiuto nei sistemi tradizionali, permettendo un incontro basato sulla realtà dell'altro.
- **Distinzione senza separazione:** Sebbene la distinzione tra spiritualità e religione sia analiticamente necessaria per accompagnare ogni persona senza condizioni previe, non deve essere interpretata come una separazione che validi una spiritualità autoreferenziale o svincolata dalla comunità. Dalla prospettiva cristiana che anima questo manuale, la ricerca spirituale autentica non si esaurisce nell'interiorità del soggetto: tende costitutivamente all'incontro con gli altri e, in ultima istanza, alla mediazione comunitaria e sacramentale dove quella ricerca trova la sua pienezza. Il fratello che arriva senza fede non è escluso per questo; ma l'orizzonte dell'accompagnamento include la possibilità che la sua ricerca di senso lo conduca, in libertà e con i suoi tempi, verso l'incontro con Cristo e con la comunità ecclesiale. La spiritualità universale è la porta; la vita comunitaria e sacramentale è la casa alla quale quella porta può aprirsi.

Risposta alle obiezioni

- **Alla prima:** La guarigione spirituale comincia con il recuperare la coscienza della propria dignità, il che è previo a qualsiasi pratica religiosa formale.

- **Alla seconda:** La distinzione non diluisce l'annuncio di Gesù Cristo ma lo rafforza incarnandolo nella realtà concreta del fratello. Riconoscere la spiritualità universale come punto di partenza permette che il primo annuncio non sia un'imposizione ma una proposta che rispetta il tempo e la storia dell'altro. L'agente pastorale sa che la sete di senso che abita in ogni essere umano è, come insegna la tradizione cristiana, una sete di Dio che ancora non si riconosce come tale. Distinguere spiritualità da religione non è rinunciare a proporre il Vangelo; è discernere il momento e il modo di farlo affinché la proposta sia ricevuta per quello che è: una buona notizia e non una condizione di accesso alla cura.

7.1.5 Articolo 5: La distinzione tra la vita psichica e l'apertura al divino

Esposizione del tema

Nell'accompagnamento si verifica spesso una confusione che riduce ciò che non è biologico a un'unica categoria psichica o spirituale. È vitale recuperare una distinzione funzionale che permetta di comprendere come l'essere umano possieda dimensioni che vengono colpite in modo diverso dal disturbo da uso di sostanze.

Domanda centrale

In che modo la distinzione tra psiche e spirito permette di comprendere l'unità integrale della persona senza cadere in un dualismo dell'anima?

Posizioni od obiezioni esistenti

- **Obiezione 1:** In molti approcci terapeutici si utilizzano «psiche» e «spirito» come sinonimi, per cui non ci sarebbe necessità di distinguerli.

- **Obiezione 2:** Se il consumo altera i meccanismi biologici del cervello, tanto la volontà quanto la trascendenza sarebbero semplici sottoprodotti della chimica cerebrale.

Fondamento o criterio di discernimento

La Chiesa insegna che l'uomo è un essere intero: spirito, anima e corpo. «Spirito» significa che l'uomo è ordinato a un fine soprannaturale. Sebbene sosteniamo l'unità inseparabile, l'antropologia tripartita è uno strumento prezioso per differenziare l'affettività (anima) dalla trascendenza (spirito).

Tesi e sviluppo argomentativo

Rispondiamo che è utile riconoscere una tricotomia di dimensioni nell'unità della persona:

- **Il luogo delle emozioni e della trascendenza:** Questa distinzione permette di identificare che nel disturbo da uso di sostanze, mentre la psiche soffre l'impulsività, lo spirito conserva la potenza di cercare significato.
- **Lo spirito come apertura:** Lo spirito è il centro più profondo dell'anima che la apre alla grazia. Permette di prendere distanza dagli impulsi emotivi per scegliere un bene superiore mediante la testimonianza.

Risposta alle obiezioni

- **Alla prima:** Mentre la psicologia tratta i processi affettivi e comportamentali (psiche), la spiritualità si occupa della vocazione esistenziale e della relazione con l'Assoluto (spirito).
- **Alla seconda:** La scienza spiega il meccanismo biologico, ma ridurre tutto al biologico ignora la capacità radicale di essere protagonisti della propria storia. Ciò che avviene nel corpo ha un correlato nello spirito e viceversa.

7.2 | La condizione spirituale

Questa sezione analizza la condizione spirituale come lo stato dinamico della relazione che l'essere umano stabilisce con Dio e con gli altri, partendo sempre dalla sua storia personale di affettività, dai suoi legami e dalla sua etica. Si esplora come gli ambienti di mancata protezione o di orfanità affettiva danneggino questa condizione, immergendo il soggetto in una crepa esistenziale. Al tempo stesso, si propone il cuore come il centro unificatore dove la libertà del soggetto può essere restaurata mediante l'incontro comunitario e il risveglio della sua potenza spirituale innata.

7.2.1 Articolo 1: La condizione spirituale e lo sviluppo della potenza attraverso i legami

Esposizione del tema

Nella pastorale di accompagnamento, osserviamo che le traiettorie di consumo tendono a nascere da storie di orfanità e legami spezzati. Emerge la necessità di discernere se lo spirito umano possa svilupparsi come una forza puramente autonoma o se richieda la mediazione degli altri per mantenersi sano. Dobbiamo giudicare se le ferite dell'affettività definiscano il terreno in cui la relazione con Dio deve germogliare o se siano elementi accidentali che non condizionano la salute dell'anima.

Domanda centrale

In che misura la salute della condizione spirituale dipende dalla storia dei legami e dalla mediazione della comunità?

Posizioni od obiezioni esistenti

- **Obiezione 1:** Dato che la relazione con Dio è costitutiva dell'essere, la salute spirituale dovrebbe essere indipendente dalle contingenze dei legami umani.

- **Obiezione 2:** Se la spiritualità dipendesse dai legami, coloro che hanno subito l'abbandono perderebbero la capacità di trascendenza, il che contraddirebbe l'inalienabilità dello spirito.

- **Obiezione 3:** La potenza spirituale dovrebbe potersi attivare dalla pura interiorità del soggetto senza bisogno di mediazioni esterne che potrebbero risultare fallite.

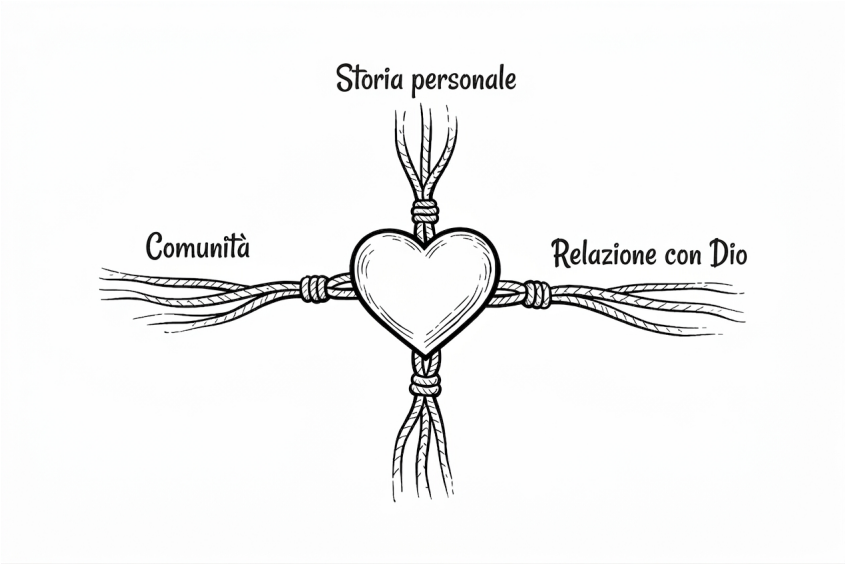


Figura 7.3: Spiritualità e legami

Fondamento o criterio di discernimento

Si stabilisce che non esiste spiritualità senza gli altri. L'essere umano è costitutivamente relazionale e gli altri fungono da specchi necessari per formulare la propria risposta al mondo. L'amore è riconosciuto come il medicamento che permette la restaurazione dell'essere quando i legami primari sono stati danneggiati, risvegliando la dimensione spirituale mediante la projimidad e la testimonianza.

Tesi e sviluppo argomentativo

Rispondiamo che la vivenza sana della spiritualità è legata al tessuto dei legami per le seguenti ragioni:

- **La spiritualità come seme:** Lo sviluppo umano è potenziale. Sebbene l'informazione per la trascendenza sia innata, richiede legami generativi per dispiegarsi. Se l'ambiente è ostile, la dimensione spirituale resta ferita, generando la crepa esistenziale dove si insedia il disturbo da uso di sostanze.

- **Necessità di mediazione umana:** Il cuore è il centro dove si elaborano i legami. Senza fiducia primaria, l'io non riesce a sostenersi per aprirsi alla trascendenza. La comunità ripara mediante l'affetto ciò che l'orfanità ha fratturato.

- **Sutura della frattura interna:** La salute spirituale si manifesta nella capacità di amare. Offrendo un ambiente di ascolto attivo, la comunità permette che il flusso naturale della vita spirituale torni a fluire, rimuovendo gli ostacoli del trauma.

Risposta alle obiezioni

- **Alla prima:** Lo spirito umano non opera nel vuoto, ma incarnato nella relazione. Così come il cervello necessita di stimoli per svilupparsi, la potenza spirituale richiede i legami per essere riconosciuta e valorizzata dal soggetto stesso come una realtà operativa nella propria vita.

- **Alla seconda:** L'orfanità non elimina l'essenza, ma danneggia la condizione o lo stato di salute dello spirito. Il soggetto continua a essere degno, ma la sua capacità di sperimentare quella dignità si trova bloccata da reti di memoria disadattive che solo il dialogo fraterno può disarmare.

- **Alla terza:** La mediazione comunitaria non crea la spiritualità, ma agisce come l'ambiente facilitatore che rimuove gli ostacoli affettivi. L'incontro con il fratello è il segno sensibile che permette al soggetto di credere in un Dio che prima gli risultava estraneo a causa dell'abbandono accumulato.

7.2.2 Articolo 2: L'impatto dell'orfanità e della mancanza di amore domestico sullo sviluppo spirituale

Gv 14, 18 — *Non vi lascerò orfani; tornerò da voi*

Esposizione del tema

Analizzando le traiettorie di consumo, si osserva che l'inizio è solitamente preceduto da una sensazione di invisibilità familiare e sociale. Risulta imperativo giudicare se la carenza di un fondamento solido di amore nel focolare ferisca profondamente la capacità del soggetto di connettersi con la propria trascendenza o se lo spirito rimanga immune dalla mancata protezione dell'ambiente.

Domanda centrale

Come influisce sullo sviluppo della condizione spirituale l'essere cresciuti in un ambiente di orfanità e senza reti di contenimento?

Posizioni od obiezioni esistenti

- **Obiezione 1:** Il libero arbitrio permette al soggetto di scegliere il proprio cammino spirituale indipendentemente dalla propria storia di legami precedente.
- **Obiezione 2:** L'orfanità può funzionare come un motore di resilienza che spinga il soggetto a cercare Dio con più forza in assenza di appoggi umani.

Figura 7.4: Orfanità e dipendenza

Fondamento o criterio di discernimento

Si afferma che l'orfanità produce una disconnessione dall'orizzonte di vita. Se non si sviluppa la dimensione spirituale per mancanza di contenimento, qualcosa della totalità della persona resta precluso. La Chiesa insegna che l'amore è il medicamento che permette la restaurazione dell'essere di fronte alla desolazione della cultura dello scarto.

Tesi e sviluppo argomentativo

Rispondiamo che l'ambiente di orfanità colpisce gravemente la condizione spirituale del soggetto mediante questi punti:

- **Frattura del senso di appartenenza:** Chi non trova la mensa condivisa cerca rifugio nel consumo, che tenta di riempire falsamente il vuoto. Questa mancanza di radici rende difficile rispondere per chi valga la pena spendere la vita.
- **Ostruzione dell'identità:** Non sentendosi amato da referenti umani, al soggetto risulta difficile riconoscersi come immagine di Dio, poiché lo specchio umano dove avrebbe dovuto vedersi riflesso era rotto dalla trascuratezza o dal maltrattamento.

Risposta alle obiezioni

- **Alla prima:** La libertà richiede condizioni di sicurezza per esercitarsi pienamente. In contesti di abbandono, il consumo appare come una strategia di sopravvivenza davanti a un mondo insopportabile e non come una scelta libera e sovrana della volontà.
- **Alla seconda:** Sebbene Dio agisca nell'oscurità, la guarigione richiede che una comunità assuma il ruolo della famiglia assente. La resilienza non è un atto solitario, ma il frutto dell'essere guardati con amore da altri attraverso l'ascolto attivo.

7.2.3 Articolo 3: Il posto del cuore nella struttura dello spirito umano

Esposizione del tema

Non basta definire lo spirito come una capacità astratta; è necessario identificare il luogo antropologico dove l'essere umano elabora la propria esistenza e integra le proprie facoltà. Nella tradizione biblica e nel magistero recente, questo luogo è il cuore, il nucleo della personalità dove la ragione e il sentimento convergono. Comprendere come questo centro unificatore viene ferito è fondamentale per capire la devitalizzazione che caratterizza il disturbo da uso di sostanze.

Domanda centrale

Come si integra il cuore quale centro della ragione e del sentimento dove risiedono le esigenze di pienezza?

Posizioni od obiezioni esistenti

- **Obiezione 1:** La neuroscienza colloca la presa di decisioni nella corteccia prefrontale, relegando il cuore a una mera metafora letteraria senza base nel funzionamento umano reale.
- **Obiezione 2:** In una persona con un consumo severo, le esigenze di verità sembrano essere scomparse, sostituite dall'impulsività biologica.

Cfr. art. 3 (Giudicare, Le sostanze e l'organismo, Definizione..., Rischi...)

Fondamento o criterio di discernimento

Il cuore è il centro unificatore della persona, là dove ciascuno realizza la propria sintesi e dove si trova la fonte delle proprie scelte. L'essere umano è un'unità integrale con un centro che conferisce orientamento alla vita e dove risiede la capacità di essere capace di Dio.

Tesi e sviluppo argomentativo

Rispondiamo che il cuore costituisce il centro della struttura dello spirito:

- **Sede delle esigenze originali:** Il cuore è un impulso verso l'infinito. Queste esigenze agiscono come la bussola dello spirito che permette di valutare se la vita abbia senso o sia un'esistenza senza direzione.
- **Punto di unione tra intelligenza e affetto:** È dove il soggetto sente la verità e ragiona i propri affetti, permettendo uno sguardo integrale che supera la frammentazione attraverso il dialogo fraterno.

Risposta alle obiezioni

- **Alla prima:** Sebbene si localizzino funzioni in aree cerebrali, il cuore rappresenta il centro di gravità esistenziale. La fede comprende i processi cognitivi come l'attività di uno spirito incarnato che integra la totalità dell'essere, qualcosa che la descrizione dei neuroni da sola non può esaurire.

- **Alla seconda:** Le esigenze di felicità non muoiono, ma vengono anestetizzate. Il processo di recupero aiuta il fratello a tornare ad ascoltare il proprio cuore mediante l'ascolto attivo, spostando progressivamente la voce della compulsione chimica.

7.2.4 Articolo 4: Il ruolo della libertà nella relazione con Dio

Gal 5, 1 — *Cristo ci ha liberati per la libertà! State dunque saldi e non lasciatevi imporre di nuovo il giogo della schiavitù*

Esposizione del tema

Emerge una tensione tra la dignità della persona e la realtà della dipendenza, descritta spesso come una schiavitù chimica. Risulta imperativo discernere se il fratello conservi la capacità radicale di scegliere Dio in mezzo alla sua dipendenza o se la libertà sia una mera illusione di fronte alla forza delle sostanze psicoattive.

Domanda centrale

Quale ruolo gioca la libertà nella capacità del soggetto di aprirsi alla relazione con Dio in un contesto di consumo problematico?

Posizioni od obiezioni esistenti

- **Obiezione 1:** Il consumo compulsivo altera la capacità di giudizio in modo tale che la persona perde il dominio reale sui propri atti, restando la sua libertà annullata dalla fisiologia.

- **Obiezione 2:** La povertà strutturale condiziona la vita in modo tale che le persone cessano di avere possibilità reali di scegliere, cancellando qualsiasi ricerca trascendente.

Fondamento o criterio di discernimento

Cfr. Il paradosso della volontà prigioniera (cap. 9, dimensione biologica)

Dio ha creato l'uomo dotandolo del dominio dei propri atti. Sebbene la libertà sia frequentemente oscurata da condizionamenti sociali o chimici, non è mai distrutta nella sua radice ultima. La relazione con Dio è costitutiva e non può mai essere eliminata dalla struttura essenziale dell'essere.

Tesi e sviluppo argomentativo

Rispondiamo che la libertà è il postulato che permette all'uomo di rispondere all'amore divino:

- **Libertà che necessita di essere liberata:** Nel disturbo da uso di sostanze la libertà è indebolita ma non morta. L'incontro con la grazia offre una forza che la volontà da sola non possiede per superare la crepa esistenziale.
- **Il protagonismo del soggetto:** La riconnessione non è un'imposizione, ma un atto volontario in cui il soggetto decide di affidare la propria vita alla cura di un potere superiore, recuperando il timone della propria esistenza mediante la testimonianza.

Risposta alle obiezioni

- **Alla prima:** Lo spirito conserva la capacità radicale di chiedere aiuto, che è il primo atto di libertà recuperata. Il trattamento integrale utilizza la neuroplasticità assistita dalla grazia per formare nuovi legami che rafforzano la volontà di fronte all'impulso.

Cfr. art. 6 (Giudicare, Brevissimo Glossario)

- **Alla seconda:** Le condizioni sociali influiscono sull'esercizio della libertà, ma non annullano la capacità di optare per la speranza. Anche nella miseria, l'essere umano è un soggetto attivo capace di iniziare un dialogo fraterno che trasformi la propria realtà interna ed esterna.

7.3 | La dipendenza come fenomeno spirituale

Questa sezione riconosce che il disturbo da uso di sostanze funziona spesso come un tentativo autoterapeutico di anestetizzare un'esistenza divenuta intollerabile a causa del trauma e della mancanza di un orizzonte di senso. Il consumo si insedia in una frattura dell'identità profonda, provocando una disconnessione progressiva del soggetto dalla propria essenza e dalla trascendenza. La dipendenza si manifesta come un cammino errato che cerca di riempire con gratificazione immediata un vuoto di appartenenza che può essere colmato solo mediante l'incontro con l'amore divino in comunità.

7.3.1 Articolo 1: La natura del consumo problematico come frattura della trascendenza

Esposizione del tema

Storicamente, il consumo è stato giudicato come un «vizio» o una «debolezza di carattere», visione che tende a sfociare in stigma e colpa. Tuttavia, l'esperienza rivela che il consumo di sostanze tocca le fibre più profonde dell'identità. Risulta imperativo discernere se ci troviamo davanti a un semplice errore della volontà o a una crisi dello spirito che reclama una risposta al senso ultimo della vita.

Domanda centrale

In che modo deve essere giudicato il consumo problematico: come una mancanza morale o come una frattura nella connessione con la trascendenza?

Posizioni od obiezioni esistenti

- **Obiezione 1:** L'uso di sostanze al di fuori della prescrizione costituisce una mancanza grave che colloca il problema strettamente nel terreno della moralità e del peccato.

- **Obiezione 2:** Dato che l'inizio del consumo nasce da una decisione volontaria, il soggetto è l'unico responsabile della propria traiettoria, il che rafforza l'idea di una degradazione morale per scelta.

Fondamento o criterio di discernimento

Si stabilisce che dietro ogni dipendenza c'è un vuoto di significato. La Chiesa, agendo come rifugio, sostiene che la dignità del fratello rimane intatta anche quando la sua capacità di agire liberamente si trova annebbiata. Il giudizio pastorale dà priorità all'integrità della persona, riconoscendo che il disturbo è un sintomo di una frattura spirituale previa.

Tesi e sviluppo argomentativo

Rispondiamo che il disturbo da uso di sostanze, oltre alle sue dimensioni biologiche e psicologiche analizzate nei capitoli corrispondenti, implica una frattura della trascendenza che costituisce la sua ferita più profonda e meno visibile. Questa dimensione spirituale non sostituisce le altre ma le attraversa: il vuoto di senso non opera in parallelo al danno neurobiologico né al trauma psichico, ma li abita dal di dentro, configurando il suolo esistenziale sul quale quei danni si insediano e si sostengono. Per le seguenti ragioni:

- **Anestesia dell'abbandono:** Il consumo funziona come un tentativo di occultare ferite di abuso che il soggetto non riesce a elaborare. Non è una ricerca di malvagità, ma una fuga da una realtà percepita come una minaccia costante.
- **Falso assoluto:** La sostanza appare come una promessa di benessere immediato che cerca di sostituire la vera trascendenza. L'«istante magico» del consumo tenta di riempire lo spazio che corrisponde alla relazione con Dio e con i fratelli.

Risposta alle obiezioni

- **Alla prima:** Sebbene esistano atti disordinati, l'approccio deve dare priorità alla guarigione della ferita spirituale. La mancanza morale è secondaria alla desolazione interiore; trattare il fratello con misericordia è ciò che permette di iniziare un dialogo fraterno restauratore.
- **Alla seconda:** Sebbene l'inizio possa essere operativo, la progressione verso la dipendenza spoglia il soggetto della sua autonomia reale. Il giudizio deve centrarsi sulla perdita di libertà provocata dalla schiavitù chimica, offrendo un accompagnamento che umanizzi il percorso attraverso la testimonianza.

7.3.2 Articolo 2: La dipendenza come ricerca spirituale fallita e tentativo anestetico di riparazione

Ger 2, 13 — *Il mio popolo ha commesso un duplice peccato: ha abbandonato me, sorgente di acqua viva, per scavarsi cisterne, cisterne screpolate che non trattengono l'acqua*

Esposizione del tema

Dietro ogni dipendenza risiede una desolazione profonda. Emerge la necessità di discernere se il consumo compulsivo sia, nella sua radice, un tentativo disperato della persona di riconnettersi con il trascendente attraverso un mezzo sbagliato che, invece di liberare, finisce per anestetizzare l'identità e fratturare i legami.

Domanda centrale

È possibile comprendere la dipendenza come una ricerca spirituale fallita e un tentativo autoterapeutico di riparare ferite dell'affettività?

Posizioni od obiezioni esistenti

- **Obiezione 1:** La neuroscienza definisce la dipendenza come un'affezione dei circuiti di ricompensa; pertanto, è un processo fisiologico e non una ricerca di significato.
- **Obiezione 2:** Attribuire il consumo a un'«autoterapia» spirituale potrebbe indebolire la responsabilità individuale di fronte al danno arrecato alla comunità.

Fondamento o criterio di discernimento

Cfr. art. 9.4.3 (sistema di ricompensa e wanting)

Si afferma che l'essere umano possiede una struttura interna che reclama significato. La dipendenza rappresenta un disincontro con quella finalità, dove il soggetto tenta di saziare una sete di infinito con risposte materiali. L'amore è riconosciuto come il medicamento che permette la restaurazione dell'essere di fronte a questo tentativo fallito di riparazione.

Tesi e sviluppo argomentativo

Rispondiamo che la dipendenza è una risposta erronea a un bisogno spirituale legittimo:

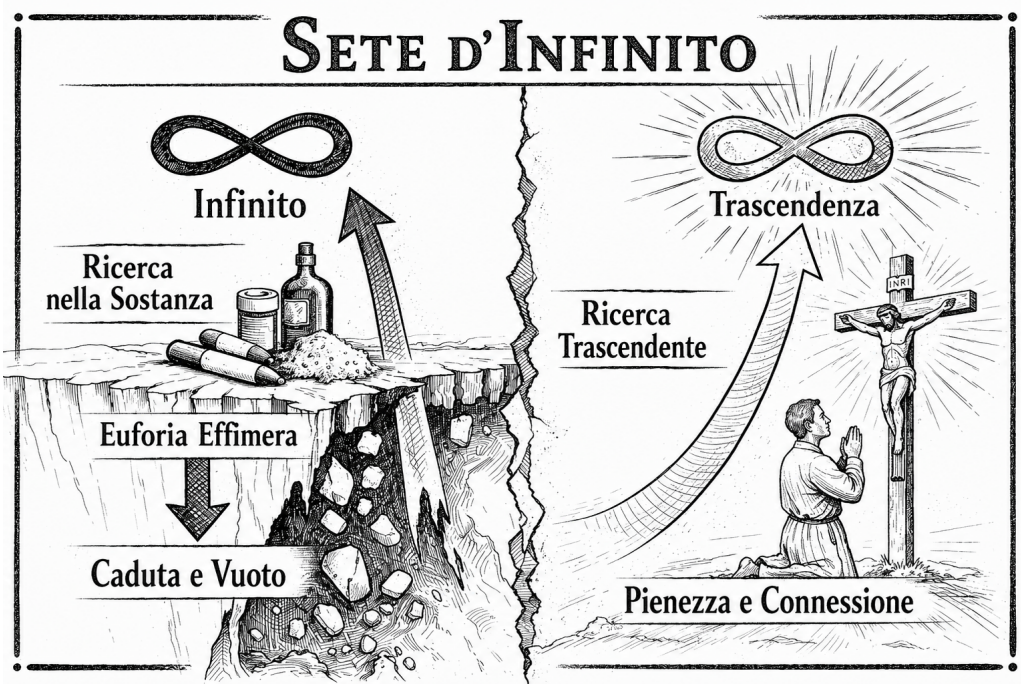


Figura 7.5: La ricerca fallita

- **Sutura dell'orfanità:** La sostanza si presenta come l'unica possibilità di resistere in contesti di estrema vulnerabilità, tentando di compensare meccanicamente ciò che solo il legame umano e la testimonianza possono guarire.

- **Sete di infinito mal indirizzata:** Invece di elevare l'uomo, la droga lo rinchiude in un ciclo di solitudine. Il recupero consiste nel rimuovere gli ostacoli che bloccano il desiderio di vivere affinché la riconnessione fluisca.

Risposta alle obiezioni

- **Alla prima:** La scienza spiega il meccanismo del danno, ma la spiritualità spiega la causa profonda. Il danno cerebrale spiega perché sia difficile frenare, ma la frattura interna spiega perché si sia sentito il bisogno di accelerare verso il consumo come fuga dal dolore.

- **Alla seconda:** Comprendere la componente anestetica non toglie responsabilità, ma la colloca in un quadro di giustizia e misericordia. L'obiettivo è che il fratello, mediante l'ascolto attivo, riconosca la propria ferita per poter scegliere un progetto di vita in cui il consumo non sia più necessario.

7.3.3 Articolo 3: La disconnessione dalla realtà interiore e da Dio nel disturbo da uso di sostanze

Esposizione del tema

Il disturbo da uso di sostanze non si limita a un'affezione organica, ma raggiunge la capacità di amare e l'apertura al divino. Risulta necessario chiarire se questa patologia costituisca una frattura reale nel legame con la propria interiorità o se sia semplicemente un comportamento disadattivo senza impatto sul nucleo dell'essere.

Domanda centrale

In che modo il disturbo da uso di sostanze provoca una disconnessione progressiva dalla realtà interiore e da Dio?

Posizioni od obiezioni esistenti

- **Obiezione 1:** Molti consumatori mantengono una funzionalità sociale, il che suggerirebbe che il consumo non interrompa necessariamente la loro vita interiore né la loro percezione della realtà.

- **Obiezione 2:** Se la relazione con Dio è incancellabile, non può esistere una «disconnessione» reale, poiché l'uomo rimane sempre aperto al divino per natura.

Fondamento o criterio di discernimento

Si riconosce che lo spirito è la dimensione che si recupera più lentamente, poiché è l'asse del rinnovamento dell'anima. Il disturbo causa un disincontro progressivo con la verità spirituale, immergendo il fratello in un ciclo di desolazione che distorce tutte le sue relazioni umane.

Tesi e sviluppo argomentativo

Rispondiamo che il disturbo da uso di sostanze frattura l'unità della persona:

- **Perdita di sintonia:** Il distanziamento dalla propria essenza non avviene in forma improvvisa, ma aumenta con la severità del consumo, generando un vuoto che l'individuo tenta di colmare con più sostanza, aggravando la devitalizzazione.
- **Alterazione della sicurezza:** Le esperienze traumatiche portano il soggetto a percepire il mondo come una minaccia. La sostanza agisce come un velo che lo separa dal proprio centro unificatore e dal Dio che si manifesta nella serenità.

Risposta alle obiezioni

- **Alla prima:** La funzionalità esterna può nascondere un deterioramento profondo. La mancanza di connessione spirituale si manifesta come un'incapacità progressiva di amare disinteressatamente o di trovare un proposito che trascenda la maschera sociale.
- **Alla seconda:** È vitale distinguere tra la potenza (il marchio incancellabile di Dio) e la condizione (lo stato dinamico della relazione). Il consumo può annebbiare od oscurare la coscienza della presenza divina senza cancellarla; per questo, il recupero richiede un ascolto attivo che aiuti a ritirare quel velo.

7.3.4 Articolo 4: L'insediamento della dipendenza nel vuoto di senso e nella mancata protezione sociale

Esposizione del tema

Qo 1, 2.14 — *Vanità delle vanità, tutto è vanità... ho visto tutte le opere che si fanno sotto il sole e, certo, tutto era vanità e un correre dietro al vento*

L'essere umano possiede esigenze originali di felicità; tuttavia, in contesti di esclusione estrema, si produce una frattura interna. Risulta imperativo comprendere se la dipendenza sia la causa di questo vuoto o se sia una risposta fallita provocata dalla mancata protezione dell'ambiente familiare e sociale.

Domanda centrale

In che modo la dipendenza si insedia nel vuoto di senso generato dalla mancata protezione sociale e dalla mancanza di appartenenza?

Posizioni od obiezioni esistenti

- **Obiezione 1:** Attribuire la problematica a fattori esterni di mancata protezione potrebbe sfumare la responsabilità individuale, riducendo il soggetto a una vittima passiva del proprio contesto storico.
- **Obiezione 2:** La curiosità o la pressione del gruppo sono decisioni operative che suggeriscono che il disturbo nasca dalla volontà e non necessariamente da una mancanza di radici sociali previe.

Fondamento o criterio di discernimento

Si stabilisce che la dignità rimane intatta, ma lo stato spirituale si trova ferito quando la comunità non riesce a essere un porto sicuro. La guarigione integrale richiede di affrontare tanto la fragilità dell'individuo quanto l'ingiustizia delle strutture che generano lo scarto sociale.

Tesi e sviluppo argomentativo

Rispondiamo che la dipendenza compensa carenze profonde di protezione:

- **Sviluppo reattivo:** Quando l'ambiente non fornisce un attaccamento sicuro, si genera una personalità difensiva che cerca sollievo nella gratificazione immediata, insediandosi nella crepa che la società non ha saputo colmare.
- **Invisibilità sociale:** In contesti di vulnerabilità, la droga riempie falsamente il bisogno di proposito. Il disturbo è la ricerca compulsiva di un'esperienza per fuggire da un presente senza speranza né reti di appoggio.

Risposta alle obiezioni

- **Alla prima:** Riconoscere la frattura interna non toglie responsabilità, ma la colloca in un quadro di giustizia. L'obiettivo è che la comunità rimuova gli ostacoli dell'abbandono affinché il fratello possa recuperare il protagonismo della propria vita mediante il dialogo fraterno.

- **Alla seconda:** In contesti di alta vulnerabilità, ciò che inizia come curiosità si trasforma in strategia di sopravvivenza. La mancanza di fondamenta sociali forti fa sì che il soggetto non abbia a cosa aggrapparsi per frenare l'impulso, necessitando l'àncora di una comunità che offra testimonianza e sicurezza.

7.3.5 Articolo 5: Il consumismo come «vangelo del benessere» e motore della disconnessione spirituale

Esposizione del tema

Il consumismo si è eretto come un sistema di credenze che promette felicità immediata, competendo direttamente con la ricerca di senso. È necessario giudicare se questa promessa sia una soluzione reale o se sia il motore che approfondisce la disconnessione della persona dalla propria interiorità e dal trascendente.

Domanda centrale

In che misura il consumismo agisce come un vangelo del benessere che offre soluzioni magiche che aggravano la disconnessione spirituale?

Posizioni od obiezioni esistenti

- **Obiezione 1:** La ricerca di benessere è un'inclinazione naturale verso il piacere, per cui il consumo di beni e sensazioni è biologicamente adattivo e non una causa di disconnessione spirituale.
- **Obiezione 2:** I problemi di dipendenza sono malattie neurobiologiche che non dipendono da fattori culturali o ideologici come il consumismo.

Fondamento o criterio di discernimento

Il giudizio spirituale riconosce che la vera pienezza non può essere comprata. La riduzione della speranza al possesso materiale genera una devitalizzazione dello spirito, rafforzando la dipendenza mediante l'offerta di un «istante magico» che non sazia mai la sete profonda di infinito.

Tesi e sviluppo argomentativo

Rispondiamo che il consumismo è un'ideologia che aggrava la frattura interna:

- **Soluzione magica:** Si propone la soddisfazione immediata come valore supremo, trasformando la sostanza in un falso assoluto che soppianta la vera trascendenza e lo sforzo della crescita personale.
- **Corrosione del tessuto sociale:** Dando priorità all'«avere» sull'«essere», il soggetto resta isolato nel proprio consumo, perdendo la rete di appartenenza che è l'àncora fondamentale del recupero e della salute.

Risposta alle obiezioni

Cfr. art. 9.3.1 (Giudicare, Le sostanze e l'organismo, La farmacodinamica..., Art. 1...)

- **Alla prima:** Il benessere autentico non è solo il rilascio di dopamina, ma la realizzazione integrale in comunità. Il consumismo confonde il desiderio momentaneo con il bisogno di significato, il che presto o tardi si manifesta come desolazione.
- **Alla seconda:** Sebbene la dipendenza alteri il cervello, i fattori culturali determinano se una persona ricorra alle sostanze per anestetizzare una vita che il sistema di mercato ha reso intollerabile. Il processo di salute richiede un dialogo fraterno che aiuti a distinguere il valore dell'essere di fronte alla logica dell'avere.

7.4 | Il processo di riconnessione

Il processo di riconnessione si definisce come un flusso naturale e spontaneo che si manifesta nell'incontro con Dio e con la comunità nel quadro di un amore responsabile. Partendo dalla premessa che il disturbo da uso di sostanze genera un disincontro o disconnessione progressiva dalla realtà spirituale interiore, il lavoro di recupero non consiste nel forzare il cambiamento comportamentale mediante l'imposizione, ma nel rimuovere gli ostacoli che bloccano detto flusso. Attraverso il cammino spirituale e il discernimento, si cerca che il soggetto guarisca la propria storia di legami per recuperare le sue funzioni più elevate. In ultima istanza, la riconnessione permette che la persona passi da uno stato di desolazione a una fiducia rinnovata nell'avvenire, riconoscendosi nuovamente come un essere prezioso, unico e irripetibile.

7.4.1 Articolo 1: La spontaneità della riconnessione spirituale nell'incontro con Dio e i fratelli

Lc 15, 17 — *Allora, rientrando in sé, disse: Quanti salariati di mio padre hanno pane in abbondanza, e io qui muoio di fame!*

Esposizione del tema

Di fronte alla problematica del consumo, si considera spesso che il recupero sia esclusivamente il risultato di uno sforzo titanico della volontà o di una tecnica psicologica complessa. Tuttavia, la prospettiva della Chiesa sostiene che la dimensione spirituale possiede un dinamismo proprio che tende verso la salute. Risulta necessario discernere se la riconnessione con il senso della vita sia una costruzione artificiale o un flusso naturale che sgorga quando si ristabiliscono i legami fondamentali con il creatore e la comunità.

Domanda centrale

Perché si afferma che la riconnessione spirituale avviene in forma spontanea nell'incontro con Dio e i fratelli?

Posizioni od obiezioni esistenti

- **Obiezione 1:** Il cambiamento di comportamento richiede una motivazione alta e costante che esige uno sforzo cosciente e volontario, per cui non potrebbe essere un processo spontaneo.

- **Obiezione 2:** Il consumo di sostanze genera una disconnessione così profonda che si richiederebbe un intervento esterno impositivo per riparare la visione della persona.

Fondamento o criterio di discernimento

Si stabilisce che l'incontro con la trascendenza in un quadro di amore responsabile permette che la forza della riconnessione operi mediante un flusso naturale. Lo spirito umano possiede un'inclinazione intrinseca verso il benessere e la verità; pertanto, non è necessario fabbricare la spiritualità, ma manifestarla mediante l'accoglienza e la sicurezza dei legami.

Tesi e sviluppo argomentativo

Rispondiamo che la riconnessione spirituale è spontanea perché risponde alla natura relazionale dell'essere umano:

- **Essenza relazionale dell'essere:** La persona si realizza nel legame. Quando si produce un incontro genuino, lo spirito riconosce il proprio ambiente naturale e la riconnessione fluisce senza bisogno di artifici tecnici, appoggiandosi sulla testimonianza degli altri.
- **Abbandono in un Potere Superiore:** La riconnessione si attiva quando la persona accetta la propria fragilità. In quell'atto di fiducia, l'incontro con la grazia attiva una guarigione profonda che trascende il puro sforzo volontaristico.

Risposta alle obiezioni

- **Alla prima:** Sebbene la motivazione fluttui, la comunità agisce come un motore di speranza esterno che sostiene il soggetto. La spontaneità non significa assenza di sforzo, ma che l'impulso per quello sforzo nasce da un desiderio interno recuperato e non da una pressione esterna.
- **Alla seconda:** La scintilla spirituale non si accende per imposizione, ma quando la persona si sente valorizzata nella propria identità. Il riconoscimento del proprio valore, mediato dall'ascolto attivo, è ciò che inverte naturalmente la disconnessione provocata dalla sostanza.

7.4.2 Articolo 2: Gli ostacoli alla riconnessione spirituale e la loro rimozione mediante il discernimento

Esposizione del tema

Sebbene lo spirito possieda un dinamismo verso la salute, osserviamo che questo flusso spesso sembra fermato dal peso della desolazione. Affinché il recupero sia efficace, non basta proporre mete esterne; è necessario discernere quali elementi agiscano come una barriera interna. Comprendere questi impedimenti permette alla comunità di agire per pulire il corso della vita interiore e facilitare la riconnessione del fratello con il proprio proposito vitale.

Domanda centrale

Quali sono gli ostacoli che bloccano il flusso naturale della riconnessione spirituale e in che modo possono essere rimossi mediante il discernimento?

Posizioni od obiezioni esistenti

- **Obiezione 1:** Dato che la relazione con il trascendente è un costitutivo inalienabile, nulla sul piano psicologico o sociale dovrebbe poter ostacolare un dono di origine divina.

- **Obiezione 2:** Il discernimento è una funzione razionale complessa che richiede un'integrità cognitiva che il consumo tende a danneggiare, impedendo al soggetto di partecipare attivamente.

Fondamento o criterio di discernimento

Il lavoro di restaurazione consiste nell'identificare i fattori che bloccano il dinamismo dello spirito. Si riconosce che la dimensione spirituale può essere colpita da carenze affettive estreme. Il criterio pastorale cerca di generare le condizioni di legame necessarie affinché la potenza dell'essere torni a manifestarsi dopo aver rimosso gli ostacoli dell'abbandono.

Tesi e sviluppo argomentativo

Rispondiamo che la vivenza della trascendenza è condizionata da ostacoli che richiedono una pedagogia della prossimità:

- **Ostacoli principali:** La mancata protezione genera un vuoto di senso che il soggetto tenta di coprire con le sostanze. Lo stigma sociale alimenta un sentimento di non meritevolezza, provocando una frattura interna che blocca il desiderio di miglioramento.
- **Rimozione mediante il cammino spirituale:** La cultura dell'incontro offre sicurezza, mentre la vita sacramentale aiuta a rompere il ciclo della colpa, permettendo alla persona di sentirsi nuovamente valorizzata.

Risposta alle obiezioni

- **Alla prima:** La dignità ontologica rimane intatta, ma la coscienza di quella dignità si annebbia per il dolore. Rimuovere ostacoli non crea la luce spirituale, ma toglie il velo della desolazione affinché quella luce illumini la vita concreta del soggetto.
- **Alla seconda:** Il discernimento nella Chiesa non è un esercizio intellettuale solitario, ma un'arte dell'accompagnamento condiviso. La comunità presta la propria capacità di giudicare e sperare al fratello mediante il dialogo fraterno, sostenendolo fino a quando non recuperi la propria autonomia.

7.4.3 Articolo 3: Il risveglio spirituale come scintilla di vita nuova e degna

Ef 5, 14 — *Svegliati, tu che dormi, risorgi dai morti e Cristo ti illuminerà*

Esposizione del tema

Nell'accompagnamento si osserva spesso uno stato di devitalizzazione in cui il soggetto sembra aver perso il motore interno. Dobbiamo discernere se la trasformazione nasca da un mero sforzo della volontà o se esista una scintilla che si accende al recuperare la coscienza del proprio valore. Comprendere questo risveglio permette alla comunità di agire come l'ambiente che facilita che questa nuova luce guidi i passi del fratello verso una vita con proposito.

Domanda centrale

In che modo il risveglio spirituale agisce come la scintilla che accende il desiderio di una vita nuova e degna nel fratello che soffre?

Posizioni od obiezioni esistenti

- **Obiezione 1:** Il cambiamento nel comportamento legato alla dipendenza si spiega esclusivamente con la neuroplasticità cerebrale, per cui appellarsi a un risveglio spirituale risulta non necessario per la scienza.

Cfr. art. 6 (Giudicare, Brevissimo Glossario)

- **Obiezione 2:** La volontà delle persone con disturbo da uso di sostanze è profondamente danneggiata; pertanto, una scintilla interna sarebbe insufficiente per vincere la compulsione.

Fondamento o criterio di discernimento

Si stabilisce che quando una persona riesce a riconnettersi con il proprio senso e la propria storia, si produce un movimento interno che apre cammini di speranza. Questo risveglio è un'esperienza affettiva in cui il soggetto si riconosce come un essere sacro. La fede agisce come l'energia che trasforma la percezione di un mondo ostile in uno spazio di possibilità.

Tesi e sviluppo argomentativo

Rispondiamo che il risveglio spirituale è la scintilla fondamentale per la vita nuova mediante questi processi:

- **Riconoscimento del valore essenziale:** La scintilla si accende quando la persona scopre che la propria identità non è definita dai propri errori. Riconoscendosi portatrice di un marchio divino, il fratello smette di vedersi come uno scarto sociale.
- **Attivazione della resilienza in comunità:** Questa accensione avviene al sentirsi accolti. L'ambiente di affetto incondizionato rompe il ciclo della paura, permettendo che la frattura interna cominci a guarire mediante la testimonianza degli altri.

Risposta alle obiezioni

- **Alla prima:** La scienza descrive il meccanismo biologico, ma la spiritualità è quella che conferisce il significato e il per che cosa necessario affinché quel meccanismo si metta in moto verso un fine che trascenda la mera sopravvivenza fisica.
- **Alla seconda:** Sebbene la volontà sia indebolita, il risveglio spirituale dipende dall'aiuto ricevuto. Il legame affettivo e l'ascolto attivo riparano la volontà, offrendo una forza che il soggetto da solo non potrebbe generare inizialmente.

7.4.4 Articolo 4: Il recupero dell'autonomia e la gestione responsabile del progetto vitale

Esposizione del tema

Nell'accompagnamento si osserva spesso una forte dipendenza istituzionale. L'autonomia emerge come il livello più alto di indipendenza e presa di decisioni informate di cui il soggetto è capace. È imperativo giudicare come questa potenza si traduca in una gestione responsabile che permetta al fratello di passare dall'essere un assistito a essere un cittadino attivo e protagonista nella propria comunità.

Domanda centrale

In che forma il recupero dell'autonomia permette al soggetto di rendersi indipendente dalla dipendenza istituzionale attraverso la gestione responsabile della propria vita?

Posizioni od obiezioni esistenti

- **Obiezione 1:** Il deterioramento cognitivo e della volontà impedirebbe a queste persone di prendere le redini della propria vita senza una supervisione istituzionale costante e permanente.
- **Obiezione 2:** Abbandonando l'ambiente protetto, la mancanza di una struttura esterna rigida conduce inevitabilmente al fallimento del processo a causa dell'esposizione al mercato.

Fondamento o criterio di discernimento

Il recupero è un processo autodiretto in cui la persona è l'agente principale. Il successo del processo spirituale è lo sviluppo del massimo potenziale dell'individuo per condurre una vita autonoma. La comunità non deve sostituire la volontà del fratello, ma rafforzare la sua capacità di autodirezione verso il proprio destino finale.

Tesi e sviluppo argomentativo

Rispondiamo che l'autonomia permette l'indipendenza istituzionale mediante un processo di maturazione progressiva:

- **Gestione materiale come strumento:** La rieducazione finanziaria e la gestione delle risorse permettono di sostituire il modello impulsivo con la pianificazione. Ciò facilita l'accesso all'abitazione e all'autosostentamento fuori dall'istituzione.
- **Il protagonismo nel progetto vitale:** Il soggetto smette di essere uno spettatore. Questo empowerment spirituale implica che la persona assuma la responsabilità del proprio benessere, partecipando a un dialogo fraterno con il proprio contesto sociale.

Risposta alle obiezioni

- **Alla prima:** Sebbene esistano sequele, la neuroplasticità e l'accompagnamento tra pari permettono di apprendere nuovi repertori di gestione personale. L'autonomia è progressiva e si allena nella pratica quotidiana della cura della propria vita.

Cfr. art. 6 (Giudicare, Brevissimo Glossario)

- **Alla seconda:** L'indipendenza non significa isolamento assoluto. Il modello prevede che la persona mantenga legami di appartenenza e reti di ascolto attivo con la propria comunità di origine, il che previene le ricadute mediante la sicurezza di non essere soli.

7.5 | Il cammino cristiano

Il cammino cristiano si presenta come una proposta di guarigione e libertà che trascende il piano puramente clinico, centrando il proprio asse nell'incontro personale con Gesù Cristo. Questo percorso si fonda su una Chiesa in uscita che agisce come un rifugio disposto a ricevere la vita come viene. Lungi dall'essere un insieme di norme rigide, propone una spiritualità incarnata in cui la comunità si trasforma in una famiglia che accompagna il dolore senza giudicare. Attraverso la misericordia e la vivenza della parola, il processo cerca di rimuovere gli ostacoli dell'anima affinché la persona recuperi la propria capacità di amare e di trascendere, accendendo la scintilla di un progetto di vita con senso.

7.5.1 Articolo 1: L'annuncio della fede in relazione con l'approccio tecnico-professionale

Esposizione del tema

Emerge spesso la tensione tra la fiducia nel potere trasformatore del messaggio cristiano e la necessità di ricorrere agli strumenti della medicina o della psicologia. È fondamentale discernere se l'annuncio dell'amore di Dio invalidi il lavoro clinico o se entrambe le dimensioni debbano articolarsi in un'unità di senso per la restaurazione integrale della persona che soffre di un disturbo da uso di sostanze.

Domanda centrale

In che modo l'annuncio della fede si articola con l'approccio tecnico-professionale nel processo di salute integrale?

Posizioni od obiezioni esistenti

- **Obiezione 1:** Se l'amore è il medicamento supremo, l'annuncio della fede dovrebbe essere sufficiente da solo, rendendo non necessario l'intervento tecnico o farmacologico.
- **Obiezione 2:** Dato che la dipendenza è un'affezione dello spirito, una soluzione tecnica risulta superficiale, mentre la fede raggiungerebbe la radice stessa del problema.

Fondamento o criterio di discernimento

La Chiesa evita la tentazione di uno spiritualismo che ignori le realtà fisiche e psichiche. L'intervento è un processo integrale in cui il biologico e lo spirituale sono ingredienti necessari ma insufficienti se applicati in forma isolata. La salute è il dispiegamento del massimo potenziale della persona, il che esige una collaborazione armoniosa tra la sapienza della fede e il sapere della scienza.

Tesi e sviluppo argomentativo

Rispondiamo che non esiste superiorità in termini di esclusione, ma una complementarietà necessaria:

- **La fede come fondamento del senso:** La fede conferisce il per che cosa del recupero. Restituisce al soggetto la sua identità profonda, permettendogli di passare dalla desolazione alla speranza.
- **L'approccio tecnico come mediazione:** La scienza fornisce i mezzi per trattare il meccanismo biologico danneggiato. Ignorare la biologia sarebbe una mancanza di responsabilità pastorale; l'intervento professionale stabilizza il fratello affinché il suo spirito recuperi la capacità di decidere.

Risposta alle obiezioni

- **Alla prima:** L'amore di Dio si manifesta anche attraverso il dono della scienza. Dio guarisce frequentemente mediante mediazioni umane; rifiutare l'approccio tecnico significherebbe disprezzare gli strumenti che la provvidenza mette a disposizione per la cura della vita.
- **Alla seconda:** Sebbene la dipendenza colpisca il nucleo dell'essere, si incarna nel sistema nervoso. La cura della salute fisica dispone lo spirito a ricevere il messaggio di speranza mediante la formazione di nuovi legami in un dialogo fraterno.

7.5.2 Articolo 2: L'importanza del primo annuncio nel risveglio spirituale del fratello

Esposizione del tema

Nell'accompagnamento, si dà spesso priorità alla stabilizzazione biologica. Tuttavia, sorge l'interrogativo sull'efficacia di un messaggio spirituale in soggetti che hanno perso il senso del proprio valore. È fondamentale discernere se il messaggio che Dio ama incondizionatamente l'essere umano sia un elemento centrale nel processo di salute o un elemento secondario.

Domanda centrale

Quale importanza ha il primo annuncio per risvegliare una dimensione spirituale ferita dal consumo problematico?

Posizioni od obiezioni esistenti

- **Obiezione 1:** Il disturbo altera le funzioni esecutive, per cui un messaggio spirituale non avrebbe la capacità di riparare danni neurologici né di frenare l'impulso biologico.
- **Obiezione 2:** Nelle persone con difficoltà ad accettare limiti, un messaggio di amore incondizionato e assenza di giudizio potrebbe favorire l'irresponsabilità comportamentale.

Figura 7.6: I valori della spiritualità

Fondamento o criterio di discernimento

Il messaggio centrale della fede agisce come la scintilla che accende il desiderio di una vita nuova. Non è una dottrina astratta, ma un incontro che riscatta la persona dalla sua devitalizzazione. Restituendo al soggetto la coscienza che la sua vita è sacra, la fede diventa l'energia necessaria per essere protagonista della propria storia.

Tesi e sviluppo argomentativo

- **Guarigione della frattura interna:** L'amore incondizionato risponde all'orfanità profonda. Sapendosi amato al di là del proprio comportamento, il soggetto smette di vedersi come uno scarto per riconoscersi come un figlio.
- **Rottura del ciclo della colpa:** L'annuncio che Dio non giudica è vitale per disarmare il disprezzo di sé. L'esperienza del perdono permette di separare il valore essenziale dagli errori passati.

Risposta alle obiezioni

- **Alla prima:** Mentre la scienza ripara il meccanismo, la spiritualità conferisce la motivazione trascendente per sostenere quel processo. Il proposito vitale utilizza la neuroplasticità per rafforzare l'impegno con il trattamento medico.

Cfr. art. 6 (Giudicare, Brevissimo Glossario)

- **Alla seconda:** La misericordia rende possibile la responsabilità. Solo chi si sente veramente degno è capace di assumere la gestione della propria vita e di aderire liberamente ai limiti necessari per il proprio benessere mediante l'ascolto attivo.

7.5.3 Articolo 3: L'incontro personale con Cristo come cammino di risurrezione

Esposizione del tema

Nella pastorale, il dolore non è un vicolo cieco, ma il luogo dove la fragilità si incontra con la grazia. Dobbiamo discernere se l'incontro con Cristo costituisca una vera trasformazione che restituisca la vita a ciò che sembrava perduto, aprendo un cammino di speranza di fronte alla desolazione del consumo.

Domanda centrale

In che modo l'incontro personale con Cristo trasforma il dolore in un cammino di risurrezione?

Posizioni od obiezioni esistenti

- **Obiezione 1:** Il dolore è ancorato a danni biologici oggettivi; un incontro spirituale non può invertire da solo la fisiologia del cervello.
- **Obiezione 2:** Parlare di risurrezione sembra un'esagerazione lirica di fronte a traiettorie di vita segnate dalla recidiva, dall'ospedale o dal carcere.

Fondamento o criterio di discernimento

L'amore è il medicamento supremo. Amare qualcuno in Cristo è offrirgli una possibilità reale di vita nuova. La risurrezione è una forza attuale che permette che ciò che era morto a causa del consumo torni a fiorire mediante la fiducia e il legame comunitario.

Tesi e sviluppo argomentativo

- **Rivelazione dell'identità sacra:** Vedendosi attraverso gli occhi di Cristo, la persona smette di essere una cifra per riconoscersi come un essere prezioso. Questa è la scintilla necessaria per iniziare la ricostruzione.
- **Cristo come medico che assume la piaga:** Gesù tocca la carne sofferente e coinvolge la sua vita nella desolazione del fratello. Identificandosi con il crocifisso, il sofferente comprende che la propria fragilità è il punto di incontro con una forza superiore.

Risposta alle obiezioni

- **Alla prima:** La risurrezione fornisce il per che cosa vivere che la medicina da sola non può dare, motivando il soggetto a impegnarsi con la propria salute integrale e a esercitare la propria libertà recuperata mediante la testimonianza.

- **Alla seconda:** La risurrezione in questo contesto non si misura dall'assenza di cadute, ma dalla capacità di rialzarsi. È il trionfo della speranza che afferma che, anche al limite, l'essere umano conserva la potenza di ricominciare.

7.5.4 Articolo 4: Il valore della testimonianza e dell'ascolto attivo nella generazione di fiducia

Esposizione del tema

Nell'accompagnamento di persone segnate dallo stigma, il rifiuto sociale tende a fratturare la capacità di fidarsi. La comunità deve discernere se l'uso della parola possieda la potenza necessaria per guarire questo legame danneggiato o se si richiedano unicamente interventi tecnici standardizzati.

Domanda centrale

In che modo la testimonianza e l'ascolto attivo generano la fiducia necessaria per il recupero in coloro che hanno vissuto sotto il peso del rifiuto?

Posizioni od obiezioni esistenti

- **Obiezione 1:** L'approccio deve essere primariamente scientifico; i racconti di esperienze personali mancano del rigore necessario per modificare un'affezione biologica.

- **Obiezione 2:** L'ascolto è un metodo soggettivo che non risolve i bisogni materiali fondamentali, che sono la vera urgenza del fratello.

Fondamento o criterio di discernimento

Cfr. L'ascolto attivo e il lavoro interiore dell'accompagnante (cap. 8)

L'ascolto attivo è il primo medicamento nella restaurazione dell'anima. L'obiettivo è creare un'atmosfera di ospitalità dove la persona si esprima con libertà. La testimonianza non cerca di imporre una dottrina, ma di offrire un riflesso di speranza che inviti l'altro a formulare la propria risposta vitale.

Tesi e sviluppo argomentativo

- **L'accompagnatore pari come referente:** La testimonianza di chi ha già attraversato la sofferenza genera una legittimità unica. Il fratello si fida perché l'altro conosce la realtà del territorio; la sua vita è la prova che è possibile rialzarsi.
- **L'ascolto che dignifica:** Prestare attenzione al cuore dell'altro, credendo che la sua parola sia preziosa, disarma l'atteggiamento difensivo. Il soggetto abbassa la propria corazza e comincia a riconoscere il proprio valore intrinseco.
- **Abilitazione della storia personale:** Il dialogo fraterno permette che il dolore si trasformi in un racconto coerente e questo in un progetto di vita. La persona smette di essere una cifra per diventare un soggetto con nome proprio.

Risposta alle obiezioni

- **Alla prima:** Mentre la scienza tratta il meccanismo fisico, la testimonianza è ciò che conferisce il motivo per vivere. La tecnica ripara, ma la parola condivisa è quella che umanizza il percorso e permette che la salute sia integrale.
- **Alla seconda:** L'ascolto attivo è il legame affettivo che permette al soggetto di recuperare la fiducia per accettare l'aiuto istituzionale. Senza questo ponte di umanità, è frequente che il fratello rifiuti i servizi sentendosi strumentalizzato.

7.5.5 Articolo 5: La Lectio Divina come cammino di confronto e guarigione spirituale

Esposizione del tema

Sorge l'interrogativo se la lettura dei testi sacri sia un esercizio intellettuale o se possieda la potenza di interpellare la biografia del soggetto. Dobbiamo discernere come la parola di Dio permetta al fratello di ricostruire la propria identità di fronte al vuoto di senso lasciato dal consumo.

Domanda centrale

In che modo la Lectio Divina permette che la parola di Dio confronti e guarisca la storia vitale di ciascuna persona?

Posizioni od obiezioni esistenti

- **Obiezione 1:** Il disturbo genera spesso un deterioramento cognitivo che ostacola i processi di attenzione necessari per una lettura meditata.
- **Obiezione 2:** Molte persone in situazione di consumo soffrono una frattura interna che fa sì che il linguaggio religioso risulti loro estraneo o generi rifiuto per esperienze previe di colpa.

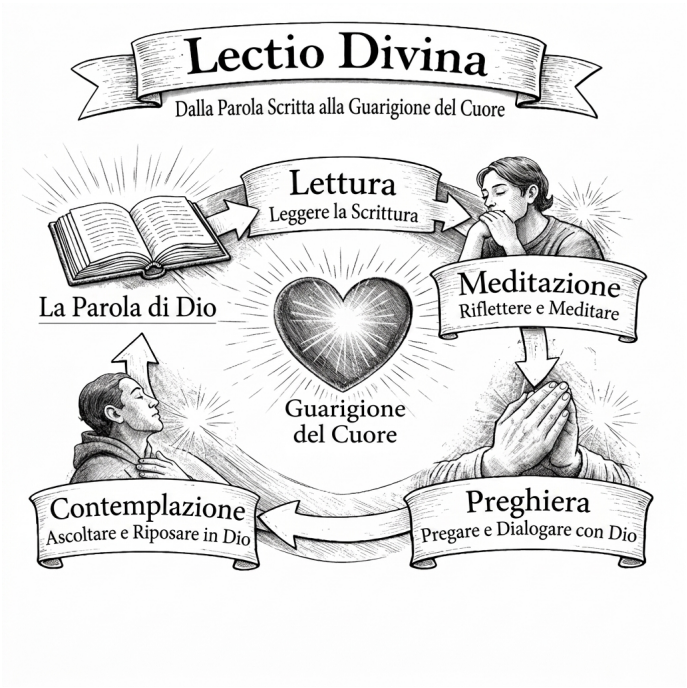


Figura 7.7: La lettura orante della Parola di Dio

Fondamento o criterio di discernimento

La lettura orante, calata nella realtà, permette di mettere in discussione le proprie azioni di fronte al modello di Gesù. La parola non è una norma fredda, ma una presenza che confronta il vivere quotidiano. Non si cerca l'erudizione, ma un incontro affettivo dove la verità si manifesta nella semplicità.

Tesi e sviluppo argomentativo

- **Confronto con una verità amorevole:** La parola scalza le menzogne del consumo. Essendo una verità mediata dalla misericordia, il fratello si sente invitato a riconoscere la propria dignità e non a essere condannato.
- **Rielaborazione della memoria:** La lettura orante permette di risignificare ricordi dolorosi. Illuminando la storia con il vangelo, la persona scopre che la propria vita è sacra e che l'ultima parola spetta alla speranza.

Risposta alle obiezioni

- **Alla prima:** La comprensione non è un risultato intellettuale, ma un'esperienza del cuore. La pratica comunitaria utilizza il dialogo fraterno come mediatore affinché il fratello si senta accolto e al sicuro nel gruppo.
- **Alla seconda:** La parola deve essere presentata con una pedagogia della prossimità. Quando il soggetto si sente amato incondizionatamente, la resistenza diminuisce, permettendo che la parola guarisca l'immagine danneggiata di sé stesso mediante l'ascolto attivo.

7.5.6 Articolo 6: La necessità di una spiritualità incarnata e relazionale verificata nel servizio

Esposizione del tema

Esiste la tentazione di considerare il recupero come un fenomeno strettamente privato. Risulta fondamentale discernere se la spiritualità possa sostenersi nell'isolamento o se richieda di essere verificata nel legame con gli altri e nel servizio concreto per essere autentica.

Domanda centrale

Perché è fondamentale che la spiritualità si verifichi nel servizio relazionale e non in un intimismo isolato?

Posizioni od obiezioni esistenti

- **Obiezione 1:** La spiritualità è la relazione intima tra l'anima e il creatore; il processo dovrebbe avvenire esclusivamente nella coscienza e volontà del soggetto.
- **Obiezione 2:** Il servizio al prossimo è percepito come un'attività assistenziale esterna che non ha impatto sulla riabilitazione profonda della dimensione spirituale.

Fondamento o criterio di discernimento

L'essere umano è costitutivamente relazionale. La spiritualità non è un rifugio astratto, ma una dimensione incarnata. La vera salute spirituale si riconosce quando la persona esce dal proprio egocentrismo per incontrare la realtà sofferente dei propri fratelli.

Tesi e sviluppo argomentativo

- **Guarigione mediante il legame:** Dato che la dipendenza è un disincontro, la risposta è la comunione. L'isolamento si inverte mediante l'integrazione in una comunità che offre affetto. Lo scambio di esperienze permette che il dolore si trasformi in storia condivisa.
- **Il principio del guaritore ferito:** La maturità si verifica nel passaggio dall'essere un assistito a essere un servitore. Prendendosi cura dell'altro, il soggetto scopre che la propria storia di dolore ha un valore salvifico, attivando una resilienza che restituisce il gusto di vivere.

Risposta alle obiezioni

- **Alla prima:** Una fede svincolata dal fratello corre il rischio di trasformarsi in un misticismo che non sostiene la vita di fronte alle crisi. L'essere umano si scopre pienamente solo nell'incontro con l'altro attraverso l'ascolto attivo.

- **Alla seconda:** Il servizio è il luogo dove si verifica l'autenticità del risveglio spirituale. Il dialogo fraterno e l'impegno con il prossimo conferiscono il fondamento solido affinché il recupero sia duraturo e pieno di testimonianza.

7.6 | I sacramenti

I sacramenti si comprendono come incontri vitali con la misericordia divina che sostengono e trasformano il percorso di salute integrale. Nella logica di una comunità che agisce come rifugio, la vita sacramentale si offre come il canale della grazia necessario per restaurare l'unità della persona. L'Eucaristia e la Riconciliazione non sono mete per coloro che hanno raggiunto la perfezione, ma mezzi di guarigione affinché il fratello guarisca le proprie fratture interne e riordini i propri desideri verso un progetto di vita con proposito.

7.6.1 Articolo 1: I sacramenti come rimedio per i feriti e non come premio per i perfetti

Lc 5, 31 — *Non sono i sani che hanno bisogno del medico, ma i malati. Io non sono venuto a chiamare i giusti, ma i peccatori*

Esposizione del tema

Nella pastorale sorge spesso l'interrogativo se una persona che attraversa l'instabilità delle ricadute possa accedere alla vita sacramentale. Alcuni settori esigono un comportamento impeccabile come requisito previo, inabilitando il soggetto per la sua fragilità morale. Risulta imperativo giudicare se i sacramenti siano strumenti di guarigione per il fratello ferito o riconoscimenti per una minoranza perfetta.

Domanda centrale

Devono i sacramenti essere un premio per i perfetti o un rimedio per coloro che soffrono le piaghe del consumo?

Posizioni od obiezioni esistenti

- **Obiezione 1:** L'accesso ai sacramenti richiede uno stato di grazia coerente; il disordine legato al consumo sembra contrapporsi alla santità di questi riti.
- **Obiezione 2:** La confessione esige un proposito fermo di emenda che, in una volontà biologicamente danneggiata dalla dipendenza, sembra difficile da validare a causa della recidiva.

Fondamento o criterio di discernimento

Si stabilisce che i sacramenti sono atti di misericordia destinati alla restaurazione dell'essere umano. La grazia è l'ausilio divino che permette all'uomo di rialzarsi. La Chiesa agisce come un ospedale da campo che non chiede meriti morali previi, ma offre il nutrimento spirituale come un diritto che scaturisce dal bisogno del sofferente.

Amoris Laetitia N°291

Tesi e sviluppo argomentativo

- **Primato della Grazia sulla volontà:** La guarigione profonda non è solo uno sforzo umano, ma un'apertura all'azione di Dio. I sacramenti agiscono là dove la forza dell'individuo non arriva, purificando il cuore e riparando la capacità di scegliere il bene mediante la testimonianza.
- **Rottura del ciclo di autodisprezzo:** La dipendenza è spesso segnata dalla colpa. I sacramenti separano l'errore commesso dall'identità sacra del soggetto, restituendo la pace necessaria per sostenere il processo di salute.

Risposta alle obiezioni

- **Alla prima:** La disposizione principale per ricevere la grazia non è la perfezione, ma l'umiltà di riconoscere la propria impotenza. Negare il rimedio a chi è malato è contrario alla missione della Chiesa; il sacramento è ciò che conferisce la forza per iniziare l'ordine, non la sua conseguenza finale.
- **Alla seconda:** Il proposito di emenda deve essere inteso come un cammino progressivo di salute integrale. Dio non si stanca di perdonare; ogni incontro sacramentale è un passo nella riconnessione spirituale che aiuta a disimparare l'abitudine di morte mediante il dialogo fraterno.

7.6.2 Articolo 2: L'Eucaristia come nutrimento per i deboli nella lotta quotidiana

Gv 6, 35.51 — *Io sono il pane della vita; chi viene a me non avrà fame, e chi crede in me non avrà sete giammai*

Esposizione del tema

Il recupero è un percorso segnato dal malessere e dal desiderio compulsivo. Si tratta di discernere se l'Eucaristia possieda un'efficacia reale nel fornire la forza necessaria nel combattimento per la sobrietà o se sia meramente un rito simbolico estraneo all'urgenza di chi soffre di un disturbo da uso di sostanze.

Domanda centrale

In che modo l'Eucaristia agisce come un nutrimento per i deboli che sostiene il soggetto nel proprio processo di salute integrale?

Posizioni od obiezioni esistenti

- **Obiezione 1:** La lotta contro la dipendenza ha una base neurobiologica; un elemento spirituale non potrebbe fornire il «freno» fisico che il cervello ha perso.

- **Obiezione 2:** Collocare la priorità in un nutrimento sacramentale potrebbe distrarre dalla risoluzione delle carenze materiali urgenti (tetto e pane) del fratello.

Fondamento o criterio di discernimento

L'Eucaristia è un generoso rimedio per coloro che si trovano indeboliti. Rappresenta l'incontro con una presenza viva che restituisce le forze per la perseveranza, trasformando la sofferenza in un processo di speranza dove l'amore divino è il principale agente di restaurazione.

Tesi e sviluppo argomentativo

- **Sostegno nel transito del dolore:** Comunicandosi, la persona unisce la propria fatica all'offerta di Cristo. L'esperienza dell'astinenza cessa di essere un vicolo cieco per diventare un cammino di risurrezione verificato nella testimonianza.

- **Restaurazione nella mensa condivisa:** Il consumo isola, ma l'Eucaristia si celebra in comunità. Essere invitati alla stessa mensa degli altri guarisce la frattura interna dello scarto e recupera la coscienza del valore inalienabile di figlio.

Risposta alle obiezioni

- **Alla prima:** Sebbene la scienza ripari il meccanismo biologico, lo spirito conferisce il proposito per vivere. L'Eucaristia offre un rifugio di pace che stabilizza l'animo di fronte all'ansia, utilizzando la motivazione trascendente come un pilastro che sostiene i risultati tecnici.

- **Alla seconda:** La Chiesa, come ospedale da campo, non separa lo spirituale dal materiale. L'ascolto attivo e l'Eucaristia spingono la comunità a impegnarsi con i bisogni sociali, riconoscendo che non c'è carità autentica senza il servizio concreto a chi ha fame di pane e di senso.

7.6.3 Articolo 3: La Confessione come cammino di liberazione dalla colpa e restaurazione filiale

Esposizione del tema

Nell'accompagnamento, la colpa agisce come uno zaino che paralizza il soggetto, portandolo a credere che la propria identità sia la propria caduta. Risulta necessario discernere come la riconciliazione riesca a guarire l'autopercezione dell'individuo e a disarmare il sabotaggio interno nato da una frattura che impedisce di progettare il futuro.

Domanda centrale

In che modo la Confessione permette alla persona di deporre il carico del passato e riconoscersi nuovamente come figlio amato?

Posizioni od obiezioni esistenti

- **Obiezione 1:** La colpa è un fenomeno psicologico legato ai traumi; pertanto, richiede un approccio clinico e non un rito spirituale.

- **Obiezione 2:** Una persona con il sistema decisionale colpito dal consumo manca della volontà necessaria per un pentimento libero, invalidando il sacramento.

Fondamento o criterio di discernimento

La riconciliazione permette di lasciare i pesi e guardare la storia senza paura. Il perdono divino è un abbraccio che separa l'errore dall'identità sacra. Il sacramento offre uno spazio di libertà assoluta dove la grazia agisce sulla fragilità per iniziare una ricostruzione basata sull'amore.

Tesi e sviluppo argomentativo

- **Abilitazione della parola:** Abilitando la parola in un ambiente di ascolto attivo, il dolore si trasforma in racconto. La confessione permette di esternalizzare ciò che causa vergogna, spogliando il soggetto dei segreti che alimentano il desiderio di consumo.
- **Rottura dell'autodisprezzo:** Il perdono sacramentale rompe il ciclo della squalifica. Scoprendosi perdonata, la persona si sente abilitata a perdonare sé stessa mediante un dialogo fraterno con la propria storia.

Risposta alle obiezioni

- **Alla prima:** La psicologia aiuta a comprendere l'origine della ferita, ma la confessione guarisce il legame spirituale con la vita. Questa teoterapia sacramentale restituisce un «per chi» vivere, integrando il dolore in un orizzonte di redenzione.
- **Alla seconda:** Sebbene la volontà sia biologicamente indebolita, l'anelito di pienezza permane nel cuore. La confessione agisce su quel residuo di libertà affinché il soggetto accetti di essere amato nella propria debolezza, trasformando l'impotenza chimica in apertura allo spirito.

7.6.4 Articolo 4: Il valore dell'Adorazione Eucaristica come rifugio di silenzio e stabilità

Esposizione del tema

Si discute se dedicare tempo alla contemplazione costituisca un pilastro per la stabilità o se sia una pratica secondaria di fronte all'urgenza terapeutica. È necessario giudicare se lo spazio davanti al Santissimo sia un'evasione o un mezzo efficace per trovare un ancoraggio in mezzo al disordine.

Domanda centrale

Quale valore terapeutico e spirituale ha l'Adorazione Eucaristica come rifugio di silenzio di fronte al rumore e all'ansia del consumo?

Posizioni od obiezioni esistenti

- **Obiezione 1:** Il silenzio è un'attività passiva, mentre il disturbo da uso di sostanze richiede interventi attivi e dinamiche di gruppo.
- **Obiezione 2:** L'impulsività di un'astinenza recente fa sì che il silenzio assoluto risulti controproducente o irraggiungibile per il fratello.

Fondamento o criterio di discernimento

La presenza silenziosa di Gesù offre pace e senso. Per molti, questo è il primo momento di silenzio dopo anni di confusione. L'incontro aiuta a riconoscere l'amore gratuito che restaura l'unità della persona.

Tesi e sviluppo argomentativo

- **Spazio di non giudizio:** Davanti al Santissimo, il soggetto scopre di essere amato così com'è, disarmando l'immagine danneggiata di sé stesso. Questo atto di accettazione è vitale per coloro che hanno vissuto sotto la squalifica costante.
- **Riordinamento del desiderio:** Contemplando Cristo, il desiderio si riorienta dagli oggetti che non saziano verso la trascendenza. Si passa da una ricerca fallita a una connessione reale con il proposito vitale.

Risposta alle obiezioni

- **Alla prima:** La contemplazione è un'attività profonda che permette di rielaborare i legami. Il silenzio orante non è vuoto, ma il fondamento affinché il soggetto valorizzi la propria esistenza e si impegni con il proprio cambiamento mediante la testimonianza.

- **Alla seconda:** Il silenzio dell'adorazione offre il contrappunto necessario per regolare il sistema nervoso. La pace che emana dall'incontro aiuta ad abbassare i livelli di allerta generati dall'ansia del consumo, agendo come un balsamo regolatore.

7.6.5 Articolo 5: L'Unzione degli infermi nelle situazioni limite di salute e mancata protezione

Esposizione del tema

Nel lavoro con persone in situazione di strada o nelle carceri, affrontiamo fragilità fisiche estreme. Si tratta di discernere se l'Unzione sia un rito di commiato o un gesto di prossimità che manifesta che la comunità non abbandona i propri figli sulla soglia della vita.

Domanda centrale

Come l'Unzione degli infermi si trasforma in un'esperienza di Chiesa viva e in un annuncio di speranza nelle situazioni limite di salute?

Posizioni od obiezioni esistenti

- **Obiezione 1:** Coloro che hanno vissuto anni di rifiuto da parte di strutture ecclesiali si sentono indegni di ricevere riti sacri nei loro momenti finali.

- **Obiezione 2:** L'unzione può essere percepita con uno sguardo fatalista, confermando che non c'è più speranza per chi ha vissuto nell'emarginazione.

Fondamento o criterio di discernimento

L'accompagnamento nella fragilità è un ministero di risurrezione. L'unzione è l'olio della misericordia che fascia le ferite e restituisce al malato il suo valore sacro. La Chiesa agisce qui come ospedale da campo che offre calore e forza senza chiedere meriti.

Tesi e sviluppo argomentativo

- **Umanizzazione del percorso:** Il sistema sanitario tende ad occuparsi solo della diagnosi. Il sacramento restituisce l'identità filiale; essendo unto, il fratello smette di essere una cifra per diventare un essere amato, dando senso alla sua lotta per la salute.
- **Sutura dell'orfanità:** Ricevendo l'unzione, l'escluso sperimenta che la comunità-famiglia è presente. Questo gesto di prossimità guarisce la frattura dell'abbandono mediante l'ascolto attivo previo al rito.

Risposta alle obiezioni

- **Alla prima:** Il sacramento non si basa sui meriti, ma sul bisogno del ferito. Dio si abbassa per toccare la carne sofferente di tutti i suoi figli senza distinzione, assicurando che il fratello si senta dignificato e non giudicato.
- **Alla seconda:** L'unzione è la forza dello spirito che accompagna la battaglia, non una rinuncia. È il segno dell'unione con Cristo che ha vinto la morte, assicurando che la vita ha un proposito che trascende la malattia e si manifesta nella testimonianza finale.

7.7 | La sapienza spirituale

La sapienza spirituale costituisce l'istanza fondamentale per comprendere il dinamismo dello spirito nel processo di salute integrale, offrendo gli strumenti necessari per trovare cammini di risoluzione di fronte alle sfide che pone la dipendenza. Lungi dall'essere un sapere astratto, si manifesta come un discernimento incarnato che permette al soggetto di prendere distanza dalla propria realtà per esaminarla senza pregiudizi, integrando le proprie emozioni e i propri legami in un progetto di vita con senso. Questa sapienza si nutre della testimonianza della comunità, fungendo da àncora che aiuta ad attraversare il dolore e le crisi come opportunità di cambiamento genuino. Centrandosi sulla vivenza piena del presente e sull'apertura all'amore di Dio, la sapienza spirituale abilita la persona a riscoprire il proprio valore inalienabile come protagonista della propria storia.

7.7.1 Articolo 1: Gli indizi di autenticità nel recupero spirituale

Esposizione del tema

Gal 5, 22 — *Il frutto dello Spirito è: amore, gioia, pace, pazienza, benevolenza, bontà, fedeltà, mitezza, dominio di sé*

Si è stabilito che la spiritualità è l'asse che sostiene ogni vero recupero, poiché senza di essa la persona corre il rischio di ricostruirsi solo esteriormente . Tuttavia, nell'accompagnamento emerge la necessità di discernere se il cambiamento sperimentato dal fratello sia una trasformazione profonda dell'anima o un adattamento comportamentale superficiale . Risulta imperativo giudicare quali siano i frutti visibili che manifestano una vera riconnessione spirituale di fronte al vuoto di senso previo .

Domanda centrale

Quali indizi quotidiani permettono di giudicare che un processo di recupero spirituale è autentico?

Posizioni od obiezioni esistenti

- **Obiezione 1:** La spiritualità è una dimensione soggettiva e invisibile; pertanto, qualsiasi tentativo di osservarla esternamente risulterebbe in un giudizio indebito sulla coscienza dell'altro .

- **Obiezione 2:** L'unico indizio oggettivo di miglioramento nel disturbo da uso di sostanze è l'astinenza fisica; se il soggetto non consuma, il processo è autentico .

Fondamento o criterio di discernimento

Si stabilisce che la crescita spirituale non è un evento isolato, ma un viaggio continuo che si manifesta in una riconfigurazione dello sguardo sulla realtà . La sapienza spirituale si verifica quando il soggetto passa dalla desolazione a una comunione affettiva con la comunità e con Dio . I frutti sono segni tangibili che permettono di riconoscere che la potenza dell'essere è tornata a manifestarsi .

Tesi e sviluppo argomentativo

Rispondiamo che l'autenticità del recupero si manifesta attraverso indizi che riflettono la guarigione della frattura interna:

- **Serenità interiore e decentramento:** Il soggetto smette di essere il centro delle proprie paure per riconoscersi parte di una comunità interdipendente . Si manifesta nella capacità di agire con calma di fronte alle contrarietà senza ricorrere alla fuga del consumo .

- **Dedizione al servizio:** La verifica più solida è il passaggio dall'essere un assistito a essere un servitore, assumendo una responsabilità attiva nel benessere dei fratelli mediante la testimonianza .

Risposta alle obiezioni

- **Alla prima:** Sebbene la radice sia invisibile, l'albero si conosce dai suoi frutti. La spiritualità autentica è relazionale; se non si traduce in gesti di amore e in un ascolto attivo verso il prossimo, non ha raggiunto la maturità necessaria per sostenere la vita .

- **Alla seconda:** L'astinenza è necessaria ma insufficiente. Una persona può non consumare e vivere nella superbia; la sapienza spirituale cerca la restaurazione integrale della dignità e non solo l'assenza di sostanze .

7.7.2 Articolo 2: La sapienza spirituale e lo stupore per la semplicità della vita quotidiana

Esposizione del tema

La sapienza spirituale è un discernimento incarnato che integra la storia e i legami in un progetto con senso . In contesti in cui la vita si è ridotta alla ricerca di un «istante magico» per anestetizzare il dolore, emerge la necessità di discernere se la valorizzazione delle piccole cose sia la manifestazione di una guarigione dello spirito che recupera la connessione con la realtà .

Domanda centrale

Come si manifesta la sapienza spirituale nella capacità di meravigliarsi del quotidiano e della semplicità della vita?

Posizioni od obiezioni esistenti

- **Obiezione 1:** Nel recupero, la priorità deve essere il successo materiale; dedicarsi a contemplare la semplicità sembra una perdita di tempo di fronte alle urgenze della vita .

- **Obiezione 2:** Il cervello di una persona colpita dal consumo non può trovare soddisfazione nelle cose semplici a causa della sua assuefazione a stimoli di intensità estrema .

Fondamento o criterio di discernimento

La capacità di meravigliarsi della semplicità è un indizio fondamentale della crescita spirituale . Permette di trasformare la percezione dell'ambiente, passando dal vedere il mondo come una minaccia a riconoscerlo come uno spazio amorevole e sicuro .

Tesi e sviluppo argomentativo

- **Sutura della crepa esistenziale:** Lo stupore quotidiano è il segnale che il vuoto interiore è stato abitato dalla presenza di Dio e dall'affetto comunitario .
- **Vivenza del presente:** La sapienza spirituale àncora la persona al presente concreto, permettendole di godere di gioie semplici senza ricorrere all'evasione chimica .

Risposta alle obiezioni

- **Alla prima:** L'autonomia economica deve essere conseguenza del benessere spirituale. Trovare senso nel quotidiano garantisce che la prestazione sociale successiva sia sostenibile e non una maschera di funzionalità .
- **Alla seconda:** La sapienza spirituale permette una percezione diversa dove la pace interiore sostituisce l'urgenza dell'euforia chimica con la soddisfazione duratura che sgorga dall'incontro con gli altri mediante il dialogo fraterno .

7.7.3 Articolo 3: La serenità interiore e il decentramento dell'io come frutti della fede

Esposizione del tema

Nella salute integrale si osserva spesso la transizione dall'agitazione e dall'egocentrismo verso la calma e l'apertura al prossimo . È vitale discernere se questa serenità costituisca un frutto autentico di una fede incarnata che ha trasformato la radice dell'essere o se sia un sottoprodotto biologico .

Domanda centrale

In che modo la serenità interiore e la diminuzione dell'egocentrismo riflettono una crescita autentica nella fede?

Posizioni od obiezioni esistenti

- **Obiezione 1:** La serenità nel recupero è esclusivamente risultato della stabilizzazione neurochimica e dell'uso di psicofarmaci dopo la cessazione del consumo .

- **Obiezione 2:** Si può raggiungere uno stato di calma mediante la disciplina personale senza bisogno di appellarsi alla dimensione della fede .

Fondamento o criterio di discernimento

Si stabilisce che la fede si coltiva mediante l'esercizio quotidiano della presenza di Dio . La crescita spirituale si manifesta quando il soggetto raggiunge una percezione dell'universo come un luogo amorevole, risultato del sapersi sostenuto dalla grazia .

Tesi e sviluppo argomentativo

- **Fiducia nella Grazia:** La comparsa della pace interiore è l'indizio che la persona ha smesso di lottare da sola, sentendosi accolta in una relazione di alleanza .
- **Libertà relazionale:** Diminuendo l'egocentrismo, il soggetto scopre il gusto di essere popolo e di servire mediante la testimonianza.

Risposta alle obiezioni

- **Alla prima:** Sebbene la scienza ripari il meccanismo, la fede è quella che conferisce il «per che cosa» vivere. La serenità spirituale è una sicurezza ontologica che nasce dal sapersi amati incondizionatamente da Dio .
- **Alla seconda:** La dimensione spirituale dota la serenità di un orizzonte di trascendenza. Riconoscendo Cristo come cammino, la pace smette di essere un equilibrio psicologico fragile per diventare un'àncora ferma di fronte ai vuoti esistenziali .

7.7.4 Articolo 4: Il perdono e la gratitudine come motori di guarigione profonda

Esposizione del tema

Il recupero non è solo la soppressione del consumo, ma una riconfigurazione dell'anima . Il perdono e la gratitudine sono strumenti di restaurazione che permettono al soggetto di liberarsi dal carico del passato e di riconnettersi con il senso della propria esistenza .

Domanda centrale

Quale ruolo giocano il perdono e la gratitudine come motori della guarigione integrale?

Posizioni od obiezioni esistenti

- **Obiezione 1:** Il perdono risulta impossibile o rivittimizzante di fronte ad abusi estremi; il risentimento è una risposta difensiva logica .
- **Obiezione 2:** La gratitudine può essere vista come un meccanismo di negazione che non risolve la vulnerabilità sociale della persona .

Fondamento o criterio di discernimento

Il perdono e il pentimento costituiscono un impulso fondamentale per la liberazione dalle dipendenze. Riconoscendo che il valore dell'essere è superiore alle sue cadute, il soggetto trova nella misericordia l'energia per ricostruire la propria identità.

Tesi e sviluppo argomentativo

- **Liberazione dalla colpa:** Il perdono a sé stessi separa l'identità sacra dal comportamento errato. Il perdono agli altri guarisce la memoria mediante il dialogo fraterno.
- **Gusto per vivere:** La gratitudine riduce l'ansia e rafforza la volontà di fronte al desiderio impulsivo di consumo mediante l'ascolto attivo.

Risposta alle obiezioni

- **Alla prima:** L'accompagnamento pastorale permette alla persona di elaborare il proprio dolore e di scoprire che la propria sofferenza può essere redenta, aprendo una via di risurrezione che guarisce il ricordo senza obbligare all'oblio.
- **Alla seconda:** La gratitudine non è ottimismo ingenuo, ma la decisione quotidiana di riconoscere i miracoli di ogni giorno. Questa disposizione ha un impatto protettivo reale che diminuisce i fattori scatenanti del consumo.

7.7.5 Articolo 5: Il discernimento spirituale di fronte alle false soluzioni offerte dal mercato

Esposizione del tema

Nell'ambiente culturale attuale, il mercato promette felicità immediata attraverso le sostanze . Risulta imperativo giudicare se questa promessa sia una soluzione reale o un motore che approfondisce il vuoto interiore . Il discernimento emerge come la facoltà necessaria per scegliere un cammino di libertà autentica .

Domanda centrale

In che modo il discernimento spirituale aiuta a identificare e superare le «false soluzioni» offerte dal mercato?

Posizioni od obiezioni esistenti

- **Obiezione 1:** Il mercato offre un sollievo tangibile al dolore psichico mediante effetti chimici; pertanto, non è una soluzione «falsa» di fronte a una sofferenza intollerabile .
- **Obiezione 2:** Il deterioramento cognitivo provocato dal disturbo impedirebbe di realizzare un processo di riflessione spirituale profondo .

Fondamento o criterio di discernimento

Il discernimento permette la demistificazione delle false risposte al senso della vita . Questa capacità si coltiva nella comunità e permette alla persona di recuperare il protagonismo della propria storia .

Tesi e sviluppo argomentativo

- **Disarmo delle illusioni:** Attraverso l'ascolto attivo, il fratello impara a distinguere tra il piacere effimero e la gioia duratura dei legami sani .
- **Identità di fronte alla merce:** Il discernimento abilita la persona a valorizzare la propria esistenza dalla propria dignità intrinseca e non dalla propria capacità di consumo .

Risposta alle obiezioni

- **Alla prima:** Sebbene la sostanza calmi il malessere momentaneamente, il discernimento rivela che è una fuga che approfondisce la devitalizzazione. La guarigione autentica elabora la storia personale in un ambiente di sicurezza .
- **Alla seconda:** L'accompagnamento pastorale aiuta ad «abbassare la guardia». L'appoggio dei pari permette che il fratello accetti la propria fragilità, aprendo la strada a una sapienza che nasce dall'umiltà e dalla fiducia in un Potere Superiore .

7.8 | La spiritualità nella donna

Questa sezione esplora la spiritualità nella donna come una risposta vitale di fronte alla doppia condanna imposta dal sistema: lo stigma per il consumo e la censura per non aver adempiuto ai ruoli tradizionali di cura. Le donne tendono ad affrontare il processo di salute in una profonda solitudine, il che esige una spiritualità della tenerezza che agisca come un ospedale da campo. La proposta si centra su un approccio ricettivo al trauma, dove la fede permette di riconoscere la dignità inalienabile al di là delle piaghe. Mediante l'accompagnamento artigianale e figure affettuose, si cerca di restaurare la capacità di amare e di essere madre, promuovendo un incontro personale con Cristo che restituisca il protagonismo della vita.

7.8.1 Articolo 1: La specificità dei bisogni e delle potenze spirituali nella donna

Esposizione del tema

Nell'affrontare la dimensione spirituale, emerge la necessità di discernere se l'anima possieda una configurazione che richieda un trattamento differenziato. Nella pastorale si osserva che la traiettoria delle donne è attraversata da violenze e abbandoni specifici che spesso vengono ignorati dai modelli standardizzati. Risulta fondamentale giudicare se il riconoscimento di queste particolarità permetta una guarigione più profonda basata sulla realtà incarnata del soggetto.

Domanda centrale

Esistono bisogni e potenze spirituali specifici nella donna che la pastorale debba contemplare in modo differenziato?

Posizioni od obiezioni esistenti

- **Obiezione 1:** La dignità ontologica è uguale per ogni essere umano; pertanto, lo spirito non ha genere e la grazia agisce allo stesso modo in tutti gli individui senza distinzione.
- **Obiezione 2:** I sacramenti e la parola di Dio sono universali; proporre una spiritualità femminile potrebbe frammentare l'unità della fede e del messaggio evangelico.

Fondamento o criterio di discernimento

Si stabilisce che, sebbene l'essenza spirituale sia universale, la sua manifestazione è incarnata. La Chiesa deve curare prima le ferite più sanguinanti, che nella donna sono legate al trauma e a una doppia condanna sociale. Il giudizio pastorale esige una pedagogia della prossimità che riconosca la terra sacra della storia femminile per offrire una risposta di salute integrale.

Tesi e sviluppo argomentativo

- **Guarigione dello stigma specifico:** La donna soffre una squalifica maggiore essendo giudicata per aver fallito nel suo ruolo di curatrice. La restaurazione spirituale le restituisce la dignità inalienabile, ricordandole che il suo valore non dipende dalle aspettative sociali, ma dalla sua identità di figlia amata.
- **Attivazione della maternità comunitaria:** Le donne possiedono una potenza creativa unica per generare legami. Promuovere il loro protagonismo mediante la testimonianza condivisa permette che il loro recupero abbia un impatto positivo su tutto il nucleo familiare.

Risposta alle obiezioni

- **Alla prima:** Sebbene la radice ontologica sia identica, la dimensione sociale ed esistenziale della donna è più ferita dall'esclusione sistematica. L'accompagnamento deve restaurare la percezione soggettiva di quel valore infinito che lo stigma di genere ha tentato di cancellare.
- **Alla seconda:** L'universalità del vangelo si arricchisce con l'inculturazione. Gesù applicò una pedagogia differenziata, abbassandosi per toccare la carne di ciascuna persona secondo il suo bisogno specifico di consolazione, il che si traduce oggi in un accompagnamento artigianaleche rispetta l'identità femminile.

7.8.2 Articolo 2: L'impatto della doppia condanna sull'interiorità e l'autostima della donna madre

Esposizione del tema

La donna madre che attraversa un disturbo da uso di sostanze affronta una pressione sociale diversa da quella dell'uomo. Mentre esiste una certa tolleranza verso l'uomo malato, sulla donna si scarica una censura che la etichetta come «cattiva madre». È necessario giudicare come questa doppia condanna colpisca la sua interiorità e la sua possibilità di recupero spirituale.

Domanda centrale

Come influisce la doppia condanna sociale e morale sull'interiorità e l'autostima della donna madre che consuma?

Posizioni od obiezioni esistenti

- **Obiezione 1:** Il sentimento di colpa è una reazione necessaria di fronte all'inadempimento dei doveri genitoriali, fungendo da meccanismo che dovrebbe motivare il cambiamento.
- **Obiezione 2:** Il trattamento delle dipendenze deve essere identico per tutti i generi, dato che l'impatto biologico delle sostanze sul cervello è lo stesso.

Fondamento o criterio di discernimento

La squalifica sociale distrugge l'autostima dalla base e genera una barriera per la salute. L'amore di Dio non mette etichette, e la comunità deve essere il primo spazio dove la donna si senta libera dalla condanna per iniziare il proprio cammino di risurrezione. Il giudizio pastorale deve dare priorità all'accoglienza incondizionata della vita come viene.

Tesi e sviluppo argomentativo

- **Interiorizzazione del rifiuto:** La donna finisce per credere al messaggio di scarto. Sentendosi «doppiamente peccatrice», blocca la propria apertura alla grazia. La testimonianza di altre donne è vitale per disarmare questa credenza di non meritevolezza.

- **Il sabotaggio nato dalla colpa:** Il dolore di sentire che ha fallito con i propri figli può portarla a consumare per anestetizzare l'angoscia. L'ascolto attivo permette di elaborare questa colpa, separando il suo valore come persona dai suoi errori passati.

Risposta alle obiezioni

- **Alla prima:** La colpa nella donna tende a vivere come una ferita di disprezzo che paralizza la speranza. La pastorale deve trasformare quel carico in un desiderio di futuro mediante la misericordia, permettendo che la responsabilità nasca dall'amore e non dal giudizio.
- **Alla seconda:** Le conseguenze sociali per la donna sono più punitive, come la perdita della custodia. Richiedono, pertanto, un accompagnamento artigianale che includa la riparazione del legame materno in un ambiente di sicurezza e tenerezza.

7.8.3 Articolo 3: La restaurazione dell'immagine di Dio dopo il trauma mediante la pedagogia della tenerezza

Esposizione del tema

L'accompagnamento rivela che la storia delle donne è solitamente segnata dalla violenza che danneggia la percezione del proprio valore. È necessario discernere se il trauma complesso alteri l'essenza spirituale o se agisca come un velo che nasconde l'identità sacra. Risulta fondamentale giudicare come la tenerezza si costituisca nello strumento di salute necessario per restaurare l'immagine di Dio in coloro che sono state violate.

Domanda centrale

In che modo il trauma desfigura l'immagine di Dio nella donna e come si avvia la guarigione mediante la pedagogia della tenerezza?

Posizioni od obiezioni esistenti

- **Obiezione 1:** La dignità è un dono indistruttibile; pertanto, nessuna violenza può colpire o desfigurare l'immagine di Dio nell'anima.

- **Obiezione 2:** Il trauma complesso è un fenomeno neurobiologico che deve essere trattato solo con strumenti clinici e farmacologici; appellarsi alla tenerezza manca di rigore professionale.

Fondamento o criterio di discernimento

Le ferite della vita possono offuscare la dignità, rendendo difficile alla persona riconoscere il proprio valore originale. La tenerezza di Cristo è una prossimità che si china per fasciare le piaghe, permettendo alla persona di sentirsi accolta in un amore che non chiede meriti. La Chiesa, come ospedale da campo, riconosce che Dio si manifesta specialmente nella fragilità.

Tesi e sviluppo argomentativo

- **La tenerezza come sicurezza dei legami:** La guarigione comincia quando l'ambiente offre un'esperienza opposta alla violenza. L'ascolto attivo mediato dalla tenerezza permette che il sistema nervoso passi dall'allerta alla sicurezza, abilitando lo spirito a riconnettersi con Dio.

- **Restaurazione del vero essere:** L'accompagnamento artigianalepermette di elaborare il dolore in un quadro di amore incondizionato. Sentendosi valorizzata, la donna passa dall'essere una vittima devitalizzata a essere protagonista della propria storia mediante la testimonianza.

Risposta alle obiezioni

- **Alla prima:** Sebbene la radice sia incancellabile, il trauma «offusca» la sua manifestazione operativa. La guarigione spirituale rimuove gli ostacoli della vergogna e della paura affinché la luce dello spirito torni a guidare il progetto vitale del soggetto.

- **Alla seconda:** La tecnica scientifica è una mediazione necessaria, ma la tenerezza è il terreno fertile dove la clinica dà frutti. Un approccio che ignori il legame affettivo risulta insufficiente per trattare una ferita che è un disincontro spirituale e relazionale.

7.8.4 Articolo 4: La resilienza femminile come forza teologale e motore di trasformazione familiare

Esposizione del tema

La resilienza viene solitamente categorizzata meramente come una capacità biologica di adattamento allo stress. Tuttavia, risulta fondamentale discernere se nella donna questa forza possieda una dimensione trascendente che agisca come motore di ricostruzione del sistema dei legami. Si tratta di giudicare come la capacità di rialzarsi dopo l'abbandono diventi una potenza che genera vita nuova per tutto il focolare.

Domanda centrale

In che modo la resilienza femminile diventa una forza teologale capace di trasformare la realtà di tutta la famiglia?

Posizioni od obiezioni esistenti

- **Obiezione 1:** I processi di salute sono strettamente individuali; pretendere che la restaurazione della donna coinvolga la famiglia è un peso che ignora il libero arbitrio degli altri.

- **Obiezione 2:** Gli ostacoli strutturali come la povertà sono realtà così pesanti che la mera forza interiore della donna risulta insufficiente senza un intervento esterno massiccio.

Fondamento o criterio di discernimento

Si riconosce che le donne possiedono una potenza creativa unica per generare legami risanatori. Recuperando il proprio valore come immagine viva di Dio, la donna diventa il pilastro che sostiene i propri figli, irradiando la forza della risurrezione. La sua forza non nasce solo dalla volontà, ma da una mistica della prossimità che si nutre dell'amore divino.

Tesi e sviluppo argomentativo

- **Potenza creativa dell'essere:** La donna in recupero passa dall'essere oggetto di assistenza a essere protagonista. Scoprendo la propria dignità, attiva un processo creativo che le permette di sognare un futuro senza consumo, servendo da luce per i propri figli.
- **Sinergia della tenerezza:** La resilienza si attiva pienamente nella comunità-famiglia. Il dialogo fraterno permette che la sua forza interna si trasformi in una carità operante, trasformando una storia rotta in speranza per tutti i suoi cari.

Risposta alle obiezioni

- **Alla prima:** L'essere umano è costitutivamente relazionale; nessuno guarisce da solo. Poiché la donna è spesso l'organizzatrice degli affetti nel quartiere, la sua stabilità spirituale genera sicurezza nei propri figli, facilitando il risveglio spirituale di tutto il sistema.
- **Alla seconda:** La sapienza spirituale non sostituisce la giustizia, ma è ciò che umanizza il percorso. Riconoscendo il proprio valore infinito, la donna attiva la propria agentività per reclamare diritti, trasformando la propria fragilità nel fondamento di una lotta degna per la vita della sua famiglia.

7.9 | L'àncora della comunità

La comunità agisce come l'àncora indispensabile che sostiene la dimensione spirituale dell'essere umano, specialmente di fronte all'avanzare di logiche di consumo che cercano di riempire i vuoti interiori con gratificazioni immediate. Questo spazio comunitario è costitutivo dell'interiorità di ciascuna persona e del suo processo di salute integrale, sotto la premessa che non esiste una spiritualità isolata, ma si richiede la testimonianza e il cammino condiviso con gli altri per trovare un posto proprio nel mondo. Offrendo un ambiente di appartenenza, affetto e cura, la comunità organizzata funziona come il suolo fermo dove il soggetto può spogliarsi dei pregiudizi e disarmare le risposte fallite che la solitudine ha tentato di imporre. In definitiva, l'àncora comunitaria permette che i processi di cambiamento non siano tentativi isolati, ma una storia condivisa che umanizza il percorso e restituisce alla persona il suo valore sacro e la sua capacità di trascendere.

7.9.1 Articolo 1: L'impossibilità di una vivenza spirituale isolata dal tessuto comunitario

Esposizione del tema

Nell'analisi dello spirito umano, sorge spesso il dubbio se la vivenza spirituale possa svilupparsi pienamente nell'intimità della coscienza. In contesti di estrema esclusione, dove l'individuo ha imparato a sopravvivere da solo, è necessario discernere se la spiritualità possa essere un rifugio puramente interno o se la disconnessione dagli altri costituisca una frattura che impedisce la salute integrale della persona che soffre di un disturbo da uso di sostanze.

Domanda centrale

È possibile la vivenza spirituale piena senza la mediazione del tessuto comunitario?

Posizioni od obiezioni esistenti

- **Obiezione 1:** La spiritualità è un processo di riflessione profonda che il soggetto può realizzare nell'intimità della propria coscienza, indipendentemente dal proprio contesto sociale.

- **Obiezione 2:** L'incontro con il divino è un atto personale di fede; se la relazione con Dio è intrinseca, non dovrebbe dipendere da mediazioni esterne.

Fondamento o criterio di discernimento

Si stabilisce che non esiste spiritualità senza gli altri. L'essere umano è costitutivamente relazionale; non c'è persona senza relazione. Gli altri presentano testimonianze di vita che fungono da specchi necessari affinché il soggetto possa formulare la propria risposta nel mondo. Chi si rifiuta di condividere si chiude in un isolamento che devitalizza lo spirito.

Cfr. Il Capitale di Recupero e le sue tipologie (cap. 8)

Tesi e sviluppo argomentativo

- **La persona come essere-in-relazione:** Le relazioni non sono un accidente, ma un elemento sostanziale della natura umana. Disconnettersi dalla comunità è disconnettersi dalla propria essenza. La comunità permette che lo spirito riconosca la propria dimora naturale mediante l'incontro genuino.

- **Guarigione mediante il legame:** Dato che la dipendenza è fondamentalmente un disincontro, la risposta è la comunione. Lo scambio permette che i tentativi di miglioramento si trasformino in storia condivisa attraverso l'ascolto attivo.

Risposta alle obiezioni

- **Alla prima:** Il senso della vita si scopre solo riconoscendosi parte di un tutto interdipendente. L'uomo non basta a sé stesso; necessita del prossimo per risvegliare la propria capacità di trascendenza e non restare intrappolato nell'egocentrismo del consumo.

- **Alla seconda:** La relazione con Dio si verifica nella relazione con il fratello. Scoprendo il volto dell'altro in un dialogo fraterno, il soggetto viene abilitato a riconoscere Dio; l'isolamento corre il rischio di trasformarsi in un misticismo che non sostiene la vita di fronte alla crisi.

7.9.2 Articolo 2: La mistica del «guardate come si amano» come motore del risveglio spirituale

Gv 13, 35 — *Da questo tutti sapranno che siete miei discepoli: se avete amore gli uni per gli altri*

Esposizione del tema

Nell'accompagnamento sorge l'interrogativo se il risveglio spirituale richieda un segno esterno che lo attivi. Si deve discernere se l'osservazione di una comunità che vive l'amore reciproco possieda la forza necessaria per affascinare il fratello escluso, offrendogli un nuovo orizzonte di fronte alla desolazione provocata dall'isolamento e dal disturbo da uso di sostanze.

Domanda centrale

In che modo la mistica del «guardate come si amano» diventa il primo motore del risveglio spirituale per la persona fragilizzata?

Posizioni od obiezioni esistenti

- **Obiezione 1:** Il risveglio spirituale è una grazia interna e sovrana che non dipende dall'osservazione di comportamenti sociali di terzi.
- **Obiezione 2:** Solo l'accompagnamento tecnico produce cambiamenti misurabili; concentrarsi sulla mistica dell'amore potrebbe togliere rigore al processo di salute integrale.

Fondamento o criterio di discernimento

La spiritualità non è un'imposizione, ma una dimensione che deve essere risvegliata dagli altri. I fratelli fungono da specchi necessari. Affinché una persona comprenda il processo di salute, è imperativo che le équipe vivano per prime l'amore reciproco, riconoscendo che l'affetto è il principale agente restauratore.

Tesi e sviluppo argomentativo

- **La testimonianza come porta d'ingresso:** Chi ha vissuto sotto lo stigma ha solitamente il cuore chiuso. Osservando una comunità che si prende cura senza distinzioni, il fratello sperimenta la sicurezza dei legami necessaria per abbassare le proprie difese.
- **Verifica della fede nella prassi:** Per l'escluso, le parole astratte non hanno peso. L'amore comunitario è la traduzione pratica della fede attraverso la pazienza e il servizio, il che genera fiducia per la riconnessione naturale.

Risposta alle obiezioni

- **Alla prima:** Sebbene la grazia sia un dono, Dio utilizza mediazioni umane. La visibilità dell'amore tra fratelli è il segno sensibile che permette al soggetto di credere in un amore incondizionato che prima gli risultava inesistente a causa del maltrattamento ricevuto.
- **Alla seconda:** La tecnica e la spiritualità sono complementari. Il rigore professionale ripara la salute fisica, ma richiede il terreno affettivo che fornisce il dialogo fraterno affinché i cambiamenti siano profondi e sostenibili mediante la testimonianza di vita.

7.9.3 Articolo 3: La Chiesa come «ospedale da campo» e il primato della cura delle ferite

Esposizione del tema

Emerge spesso il conflitto tra il mantenere un ordine normativo e l'attendere al dolore della persona. Esiste la tendenza a esigere che il fratello si adegui prima a certe strutture per essere ricevuto. Risulta fondamentale giudicare se la comunità debba agire come un ospedale da campo che dia priorità alla fasciatura delle piaghe senza imporre condizioni previe che escludano il più fragilizzato.

Domanda centrale

In che forma la Chiesa come «ospedale da campo» dà priorità alla cura delle ferite prima dell'esigenza di norme?

Posizioni od obiezioni esistenti

- **Obiezione 1:** Posporre l'esigenza di norme potrebbe essere interpretato come una validazione del disordine nella vita del soggetto, indebolendo la missione morale della Chiesa.
- **Obiezione 2:** Senza norme immediate e limiti chiari, il processo di recupero manca dell'efficacia pedagogica necessaria per riordinare la volontà.

Fondamento o criterio di discernimento

La Chiesa ha urgente bisogno di curare ferite e dare calore ai cuori. La misericordia organizza la comunità per amare prima che per strutturare. È inutile chiedere a un ferito il colesterolo se ha piaghe sanguinanti; prima si curano le ferite. Si riceve la vita come viene, riconoscendo il caos come luogo sacro.

Tesi e sviluppo argomentativo

- **Primato della persona sull'ordine:** L'ospedale da campo non aspetta che il ferito sia sano per riceverlo. Permette che il dolore dell'altro alteri gli schemi, riconoscendo che il legame affettivo è il primo passo della guarigione.
- **Accompagnamento aspecifico:** Non si condiziona l'amore al successo di un trattamento. Si «primereggia» nella prossimità, offrendo l'abbraccio e l'ascolto attivo prima di proporre cambiamenti comportamentali.

Risposta alle obiezioni

- **Alla prima:** La misericordia non nega la verità, la incarna nel tempo dell'altro. Non riducendo la persona ai suoi errori, si protegge la sua dignità ontologica, che è il suolo necessario affinché il soggetto desideri abbracciare liberamente il bene.

- **Alla seconda:** La disciplina è necessaria, ma il limite più efficace è la tenerezza. Forzare norme nella desolazione genera rifiuto; un ambiente di amore incondizionato permette che il cambiamento sorga dalla propria volontà al sentirsi valorizzato.

7.9.4 Articolo 4: Il valore spirituale delle «ronde di strada» nella ricerca degli esclusi

Esposizione del tema

La **ronda di strada** si definisce come l'azione organizzata di uscire per incontrare la vita che soffre agli angoli delle strade o sotto i ponti. Questa pratica sfida la struttura tradizionale che attende il fedele. È necessario discernere se questo movimento possieda una profondità spirituale propria o se sia meramente una strategia di assistenza sociale di fronte al disturbo da uso di sostanze.

Domanda centrale

Qual è il valore spirituale delle ronde di strada come azione di un Dio che esce a cercare i propri figli nelle periferie?

Posizioni od obiezioni esistenti

- **Obiezione 1:** La vita spirituale avviene primariamente nel tempio; la strada è uno spazio profano che distrae dalla meditazione profonda e dalla preghiera.
- **Obiezione 2:** Uscire nelle periferie senza richiesta previa può essere visto come un'intrusione che non rispetta la privacy dei soggetti nella loro vulnerabilità.

Fondamento o criterio di discernimento

La Chiesa in uscita deve «primereare», prendendo l'iniziativa senza paura. Le ronde di strada permettono di apprendere la dinamica del cuore di Dio che esce a cercare i propri figli una e un'altra volta. Accorciando le distanze, la comunità tocca la carne sofferente di Cristo, trasformando la periferia in un luogo teologico.

Tesi e sviluppo argomentativo

- **Imitazione dell'iniziativa divina:** La **ronda di strada** è un gesto teologico in cui non si attendono condizioni ideali per amare. Si esce incontro alla vita come viene, riflettendo il Dio che non disprezza nessun tipo di terra.
- **Sutura dell'abbandono mediante la projimidad:** «Mettendo il corpo» in strada, la parola del vangelo diventa credibile. L'accompagnamento all'angolo della strada genera la sicurezza dei legami necessaria affinché l'escluso torni a sentirsi parte della famiglia.

Risposta alle obiezioni

- **Alla prima:** Gesù stesso era itinerante e la sua presenza santificava i cammini. La spiritualità si costruisce dalla croce di Cristo presente nelle fragilità altrui, integrando la realtà della sofferenza nel dialogo fraterno con il Padre.
- **Alla seconda:** La **ronda di strada** si ispira al Buon Pastore. Non è intrusione, ma una mistica della prossimità che cerca di abbattere i muri dello stigma e della solitudine per offrire il calore della comunità mediante l'ascolto attivo.

7.9.5 Articolo 5: La costruzione della «carità politica» e l'incidenza nelle strutture di giustizia

Esposizione del tema

Nell'accompagnamento non è possibile limitare l'azione a un'assistenza individuale isolata. La sofferenza è frutto di strutture di esclusione che la precedono. Emerge la necessità di discernere se l'azione comunitaria debba trascendere l'ambito assistenziale per entrare nel terreno dell'incidenza politica, cercando di trasformare le logiche che scartano i più vulnerabili.

Domanda centrale

Come si costruisce la **carità politica** incidendo nelle strutture sociali che generino giustizia e dignità per i più spezzati?

Posizioni od obiezioni esistenti

- **Obiezione 1:** La missione cristiana è la salvezza delle anime; la politica è un'attività secolare che può snaturare l'identità religiosa dell'accompagnamento.
- **Obiezione 2:** L'urgenza dell'abbandono richiede risposte immediate di assistenza; dedicare tempo all'incidenza politica sembra una distrazione dal compito di salvare vite.

Fondamento o criterio di discernimento

La carità è il cuore dello spirito della politica ed è sempre un amore preferenziale per gli ultimi. Prendersi cura della fragilità significa farsi carico del presente marginale e dotarlo di dignità. Quando si generano processi sociali di fraternità e giustizia, si entra nel campo della **carità politica**, lavorando per la civiltà dell'amore.

Tesi e sviluppo argomentativo

- **Dal territorio alla politica pubblica:** La **carità politica** nasce da risposte pastorali che dimostrano di essere efficaci nel restituire la dignità. Si deve esigere che il sistema le trasformi in politiche di cura permanenti basate sulla testimonianza territoriale.
- **Disputa di senso e linguaggio:** Implica instaurare quadri concettuali come quello di «accompagnatore pari», sfidando lo sguardo che tratta gli utenti come scarti. Si cerca che la dignità ontologica sia il pilastro di strutture alternative.

Risposta alle obiezioni

- **Alla prima:** La fede e la difesa della dignità sono inseparabili. La **carità politica** è la manifestazione sociale del vangelo; un impegno per il bene comune che riflette l'amore di Dio per i più piccoli nelle strutture della società.

- **Alla seconda:** Sebbene si debbano curare piaghe in forma immediata, limitarsi all'assistenza senza mettere in discussione le cause è inefficiente. La **carità politica** dà potere alla persona affinché passi dall'essere un assistito a essere un soggetto attivo in un dialogo fraterno con il proprio contesto.

Capitolo 8

La psiche

La **dimensione psicologica** si presenta come un asse fondamentale che trascende lo stigma della diagnosi, definendo il **Disturbo da Uso di Sostanze (DUS)** non come una struttura di personalità chiusa, ma come un fenomeno che si aggiunge alla **singolarità di ciascun individuo**. Attraverso uno sguardo integrale e **biopsicosociale-spirituale**, questa sezione cerca di evitare riduzionismi, riconoscendo che il consumo è frequentemente un sintomo di una **frattura interiore** , abbandono o trauma precedente che richiede un approccio profondo al di là della mera astinenza. A tal fine, si integrano contributi di diverse scuole —come la **Terapia Cognitivo-Comportamentale**, la **Gestalt** e la **Logoterapia**— nel quadro del **Modello Transteorico del Cambiamento**, il quale permette di comprendere la motivazione come un processo dinamico e non statico. Infine, si propone il **recupero come un processo di crescita continua** e autodiretto, dove il rafforzamento dell'**autoefficacia** e i legami comunitari permettono alla persona di assumere responsabilmente il proprio progetto di vita.

8.1 | Fondamenti del Funzionamento Mentale e dell'Approccio Psicologico

Questa sezione stabilisce che il Disturbo da Uso di Sostanze (DUS) non costituisce una diagnosi di struttura o di personalità chiusa, ma si definisce come un fenomeno che si aggiunge all'identità singolare di ciascun individuo. L'approccio psicologico parte dalla comprensione del funzionamento del sistema nervoso centrale e delle reti di memoria (adattive e disadattive), le quali determinano in modo automatico come la persona attribuisce significato agli stimoli e risponde di fronte ad ambienti che, a causa di esperienze traumatiche, può percepire come ostili o intollerabili. Promuovendo la transizione terminologica verso il concetto di «persona prima», si cerca di superare lo stigma e riconoscere che il consumo funziona frequentemente come un tentativo autoterapeutico o sintomo di una «frattura interiore», abbandono o dolore profondo che richiede una guarigione al di là della mera astinenza. Sotto questo sguardo, la psicologia si integra in un modello biopsicosociale-spirituale che evita riduzionismi, restituendo al soggetto il suo ruolo di protagonista di un processo di cambiamento dinamico, intenzionale e orientato a raggiungere il suo massimo potenziale umano.

8.1.1 Articolo 1: Sullo statuto psicologico del DUS e il fondamento della persona

Esposizione del tema

La definizione del DUS cade spesso nell'errore di etichettare l'individuo in modo totalitario, suggerendo che la dipendenza sia la sua stessa essenza. Di fronte a visioni che riducono il soggetto alla sua diagnosi o a una presunta «personalità dipendente», è necessario stabilire uno statuto psicologico che riconosca la distinzione tra l'essere e la sofferenza, collocando l'identità della persona al di sopra di qualsiasi condizione transitoria.

Domanda centrale

Il DUS è una struttura di personalità chiusa o un fenomeno che si aggiunge all'identità di un soggetto con dignità inalienabile?

Posizioni od obiezioni esistenti

- **Obiezione 1:** Sembra che il DUS sia una diagnosi di struttura di personalità chiusa, dato che l'etichetta di dipendente viene solitamente utilizzata per definire la totalità dell'essere dell'individuo.
- **Obiezione 2:** Esiste la credenza in una personalità dipendente preesistente, che suggerisce che il soggetto nasca con una configurazione psichica fissa che lo condanna inevitabilmente al consumo.
- **Obiezione 3:** Si afferma che se la dipendenza causa cambiamenti neurochimici permanenti, il DUS cesserebbe di essere un fenomeno aggiunto per diventare la nuova e unica struttura biologica e mentale dell'individuo.

Fondamento o criterio di discernimento

Lo sguardo integrale sostiene che i DUS non costituiscono una diagnosi di struttura, ma un fenomeno che si aggiunge alla personalità. Questo approccio si basa sul primato della Persona Prima, intendendo l'essere umano come un'unità di corpo, anima e spirito la cui dignità è ontologica e preesistente a qualsiasi sintomo.

Tesi e sviluppo argomentativo

Si deve affermare che la persona è una «sostanza individuale di natura razionale» la cui essenza non può essere assorbita da un disturbo. Lo statuto psicologico del DUS si definisce sotto i seguenti pilastri:

1. **Dignità Ontologica e Persona Prima :** La persona umana possiede una dignità inalienabile in quanto immagine di Dio. Il DUS è una condizione di salute o un sintomo, ma non definisce il nucleo del soggetto.
2. **Il Modello Biopsicosociale-spirituale:** L' approccio non può essere unilaterale; si riconosce l'uomo come uno spirito incarnato dove il biologico, il psicologico, il sociale e lo spirituale interagiscono in forma sistemica.
3. **La Frattura Interiore come Motore del Consumo:** Il DUS è frequentemente un sintomo di una ferita profonda (trauma o abbandono) che il soggetto tenta di anestetizzare. Il consumo è, in origine, un tentativo autoterapeutico di far fronte a un dolore divenuto intollerabile.

Cfr. art. 6 (Giudicare, Brevissimo Glossario)

4. **Singolarità e Plasticità:** Non esiste un profilo unico del consumatore. Grazie alla neuroplasticità e all'accompagnamento comunitario, il soggetto può ricostruire il proprio progetto di vita, dimostrando che la personalità è capace di trascendere il disturbo.

Risposta alle obiezioni

- **Alla prima:** L'uso di etichette totalitarie è un errore terminologico che alimenta lo stigma sociale. La condizione di salute del paziente non esaurisce la sua umanità né il suo valore intrinseco.
- **Alla seconda:** La ricerca ha smentito l'esistenza di una struttura di personalità dipendente innata; i tratti osservati sono conseguenze del processo di consumo e non la sua causa originaria.
- **Alla terza:** Sebbene esistano cambiamenti neurobiologici cronici, la persona sussiste sempre con capacità di libertà e trascendenza. Il trattamento cerca di restaurare l'unità integrale del soggetto al di là della mera astinenza.

8.1.2 Articolo 2: Sul determinismo neurobiologico e la significazione degli stimoli

Esposizione del tema

Lo studio del comportamento umano nell'ambito dei consumi non può limitarsi alla volontà cosciente del soggetto. È necessario comprendere che la condotta è profondamente condizionata dal funzionamento del sistema nervoso centrale e da come questo elabora le informazioni dell'ambiente. Le risposte di fronte alla realtà non sono sempre deliberate, ma spesso risultano da meccanismi automatici basati sulle informazioni precedentemente immagazzinate nella memoria.

Domanda centrale

I processi del sistema nervoso centrale e le reti di memoria determinano la condotta e il senso che la persona attribuisce alla propria realtà?

Posizioni od obiezioni esistenti

- **Obiezione 1:** Sembra che la condotta umana dipenda unicamente dal libero arbitrio e dalla volontà cosciente, per cui i processi neurobiologici sarebbero secondari nella risposta a uno stimolo.
- **Obiezione 2:** Sembra che gli stimoli esterni abbiano un significato oggettivo e uguale per tutti, suggerendo che se una persona reagisce in modo eccessivo con ansia o paura, ciò sia dovuto a una mancanza di carattere o debolezza morale.

Fondamento o criterio di discernimento

Il sistema nervoso centrale è l'organo incaricato di elaborare le informazioni per garantire la sopravvivenza. La maggior parte delle risposte all'ambiente sono automatiche e inconsce, essendo condizionate dalle informazioni precedentemente immagazzinate nelle reti di memoria.

Tesi e sviluppo argomentativo

Si deve affermare che il funzionamento mentale opera come un sistema di elaborazione dove la significazione degli stimoli non è un atto puramente razionale, ma il risultato dell'interazione tra il sistema nervoso e le reti di memoria. Questo processo si spiega mediante i seguenti punti:

1. Componenti del ricordo: Ogni frammento di informazione viene immagazzinato nel cervello attraverso quattro elementi inseparabili: l'immagine, la cognizione (ciò che si pensa dell'evento), l'emozione e la sensazione fisica.
2. Reti di memoria adattive: Sono gruppi di ricordi elaborati che permettono di attribuire significati adeguati ai nuovi stimoli, moderare le emozioni negative e rafforzare l'autostima, conferendo flessibilità alla condotta.
3. Reti di memoria disadattive: Immagazzinano esperienze traumatiche o negative non elaborate correttamente. Attivandosi di fronte a uno stimolo attuale, innescano risposte emotive e fisiche sproporzionate, come un elevato carico di angoscia o ansia.
4. Meccanismi di sopravvivenza: Di fronte a una rete disadattiva attiva, il cervello rileva una minaccia e attiva l'amigdala, disregolando il sistema

nervoso autonomo mediante il rilascio di cortisolo e adrenalina. Ciò forza condotte automatiche di lotta, fuga o collasso.

Risposta alle obiezioni

- **Alla prima:** Sebbene l'uomo possieda volontà, l'elaborazione delle nuove informazioni avviene sulla base delle informazioni disponibili nelle reti di memoria. Se queste reti sono sature di traumi, la capacità di scelta viene offuscata da risposte automatiche destinate alla sussistenza, limitando la libertà reale del soggetto.

- **Alla seconda:** Il significato di uno stimolo non è universale. Una persona con una frattura interiore o un trauma irrisolto attribuirà carattere minaccioso a ciò che per un altro è inoffensivo. Il consumo di sostanze suole apparire qui come un tentativo autoterapeutico per anestetizzare quella vita che, a causa della disregolazione biologica, è divenuta intollerabile.

8.1.3 Articolo 3: Sulla transizione terminologica e la lotta allo stigma

Esposizione del tema

Il linguaggio non è uno strumento neutrale, ma un costruttore di realtà sociali. Nell'ambito dei consumi, l'uso di etichette totalitarie come dipendente o tossicodipendente funziona come una barriera simbolica che riduce la complessità di un essere umano alla sua sofferenza clinica. Questa terminologia stigmatizzante facilita la discriminazione attiva e ostacola l'accesso delle persone ai diritti fondamentali e ai servizi sanitari.

Domanda centrale

Perché è indispensabile la transizione verso il concetto di persona prima per disarticolare lo stigma e garantire l'efficacia dell'accompagnamento?

Posizioni od obiezioni esistenti

- **Obiezione 1:** Sembra che il termine dipendente sia il più adeguato per la sua precisione clinica nel descrivere la dipendenza, e che cambiare le parole non modifichi la realtà del disturbo.

- **Obiezione 2:** Sembra che concentrarsi sul linguaggio sia una distrazione rispetto ai compiti urgenti del trattamento medico, poiché le etichette facilitano la comunicazione tecnica tra professionisti.

- **Obiezione 3:** Si afferma che ammorbidire il linguaggio potrebbe indebolire la responsabilità individuale del soggetto riguardo ai propri atti, specialmente se questi hanno avuto conseguenze morali o legali.

Fondamento o criterio di discernimento

Le parole hanno un peso terapeutico e sociale decisivo. Lo stigma non è solo un pensiero negativo, ma una discriminazione che esclude. Pertanto, la transizione terminologica cerca di riconoscere che il valore intrinseco della persona è precedente e superiore a qualsiasi diagnosi o circostanza.

Tesi e sviluppo argomentativo

L'adozione di una terminologia umanizzante è un atto di giustizia e un requisito per il successo del processo di cambiamento, basandosi sui seguenti punti:

1. Rottura del circolo dello stigma: Il linguaggio dispregiativo viene interiorizzato dall'individuo, generando un'autopercezione di vergogna che sabota il suo recupero. Ponendo la persona prima, si rompe il rifiuto verso se stessi e si abilita la possibilità di un cambiamento reale.

2. Rafforzamento del legame e della fiducia: L'uso di etichette genera paura dell'umiliazione, il che porta le persone a nascondere il proprio consumo e ritardare la ricerca di aiuto. Un linguaggio rispettoso è la base dell'ospedale da campo dove l'utente si sente sicuro per iniziare il proprio trattamento.

Amoris Laetitia N°291

3. Differenziazione tra l'essere e la condotta: Mentre il termine dipendente pretende definire l'essenza del soggetto, l'espressione persona con disturbo da uso di sostanze permette di visualizzare un essere umano con punti di forza e valori, la cui condizione medica è un sintomo di una frattura interiore e non la sua identità definitiva.

Risposta alle obiezioni

- **Alla prima:** Termini come pulito o sporco non sono clinici, ma morali. La precisione tecnica deve essere al servizio della salute integrale e non del giudizio sociale che condanna il paziente.

- **Alla seconda:** Il linguaggio è il veicolo dell'accompagnamento. Se la comunicazione tecnica è disumanizzante, il sistema sanitario espelle coloro che più hanno bisogno di essere accolti.

- **Alla terza:** La responsabilità effettiva sorge solo quando la persona si sente preliminarmente riconosciuta nella sua umanità. La correzione pastorale è possibile solo dopo la costruzione di un legame basato sulla tenerezza e il rispetto della dignità dell'altro.

8.1.4 Articolo 4: Sul modello biopsicosociale-spirituale e i riduzionismi

Esposizione del tema

La complessità dell'essere umano e del fenomeno delle dipendenze esige un approccio che trascenda le visioni parziali. Quando si tenta di spiegare il disturbo da uso di sostanze da una sola disciplina, si corre il rischio di frammentare la persona, ignorando dimensioni essenziali che sono determinanti per la sua salute e il suo senso della vita. La sfida consiste nel sostenere uno sguardo integratore che riconosca l'interazione costante tra la biologia, la psicologia, il contesto sociale e l'apertura alla trascendenza.

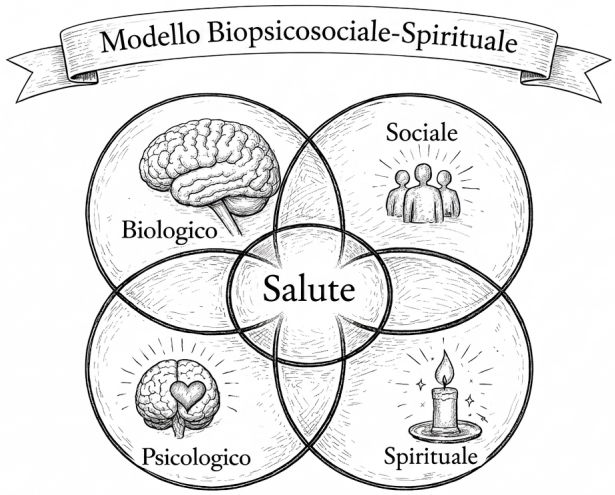
Domanda centrale

Il modello biopsicosociale-spirituale è il modo adeguato di affrontare la dipendenza per evitare visioni frammentate dell'essere umano?

Posizioni od obiezioni esistenti

- **Obiezione 1:** Sembra che il biologicismo sia sufficiente, dato che la scienza definisce la dipendenza come una malattia cronica del cervello, per cui il trattamento dovrebbe concentrarsi esclusivamente sulla disintossicazione e l'equilibrio neurochimico.

- **Obiezione 2:** Sembra che lo spiritualismo sia l'unica via vera, sostenendo che la dipendenza è una malattia dell'anima e che la preghiera dovrebbe sostituire i trattamenti tecnici o medici.
- **Obiezione 3:** Sembra che il problema sia puramente individuale e centrato sulla volontà, suggerendo che il contesto sociale o familiare sia secondario rispetto alla decisione personale di consumare.



La salute non è solo l'assenza di malattia, ma l'equilibrio di queste quattro dimensioni.

Figura 8.1: Modello bio-psico-sociale-spirituale

Fondamento o criterio di discernimento

L'essere umano costituisce un'unità inseparabile di corpo, anima e spirito. Pertanto, la risposta alle sofferenze non può essere unilaterale, ma deve essere organica e integrale, poiché il dolore di chi soffre abbraccia la totalità della sua vita e dei suoi legami.

Tesi e sviluppo argomentativo

L'applicazione di questo modello integrale funziona come un antidoto contro le tentazioni che dividono la persona. Questo approccio permette di superare i quattro riduzionismi principali:

1. Superamento del biologicismo: Riconosce che, sebbene esista una base neurobiologica reale, l'uomo non è solo un organismo, ma uno spirito

incarnato. La scienza medica è necessaria ma insufficiente se non considera la storia e l'identità del soggetto.

2. Superamento dello spiritualismo: Evita l'idea che basti solo pregare, ignorando realtà fisiche come la sindrome di astinenza o i danni neurologici. La spiritualità agisce in dialogo con le scienze della salute, dando senso al recupero.

3. Superamento dell'individualismo: Comprende che la persona è costitutivamente relazionale. La patologia riflette spesso fratture nei legami primari o nel tessuto sociale, per cui il cambiamento richiede una comunità di appartenenza.

4. Superamento del collettivismo: Pur riconoscendo che i determinanti sociali come la povertà e l'esclusione sono fondamentali, il modello ricorda che l'assistenza deve essere individualizzata per ogni persona concreta.

Risposta alle obiezioni

- **Alla prima:** Il cervello è l'organo colpito, ma la persona è chi soffre. Ridurre il trattamento al biologico ignora il conducente e la sua destinazione; la tecnica deve illuminare, ma non offuscare la comprensione integrale dell'essere.

- **Alla seconda:** La grazia agisce sulla natura umana. Ignorare i mezzi medici o psicologici con il pretesto della fede è una forma di fideismo che snatura la missione di curare l'uomo nella sua totalità.

- **Alla terza:** Nessun soggetto nasce determinato, ma la libertà umana è condizionata da traumi o ambienti ostili. L'accompagnamento comunitario è ciò che permette che quella libertà sia veramente liberata dai propri condizionamenti.

8.1.5 Articolo 5: Sull'antropologia trinitaria/paolina e la psicologia delle emozioni

Esposizione del tema

La comprensione delle emozioni nell'ambito delle dipendenze oscilla solitamente tra un determinismo biologico e una visione puramente spiritualista. Tuttavia, per comprendere la sofferenza di chi soffre di un disturbo da uso di sostanze, è necessario ricorrere a una visione integrale che riconosca l'unità dell'essere umano. Le emozioni e le passioni non sono eventi isolati, ma manifestazioni di una persona che cerca, a volte in modo erratico, equilibrio e senso in tutte le sue dimensioni.

Domanda centrale

In che modo l'unità di corpo, anima e spirito illumina la comprensione delle emozioni e delle passioni nella persona con un disturbo da uso di sostanze?

Posizioni od obiezioni esistenti

- **Obiezione 1:** Sembra che le emozioni e le passioni siano fenomeni puramente biologici, risultato esclusivo di impulsi elettrici e neurotrasmettitori, per cui non richiederebbero una spiegazione antropologica o spirituale.
- **Obiezione 2:** Sembra che le passioni disordinate dell'utente siano esclusivamente problemi dello spirito che devono essere trattati solo mediante la vita sacramentale, ignorando la struttura psicologica dell'anima.

Fondamento o criterio di discernimento

L'essere umano è un'unità inseparabile e la sua antropologia è unitaria: uno spirito incarnato dove ciò che colpisce una dimensione impatta necessariamente sulle altre. Questa struttura permette di affrontare il dolore emotivo senza frammentare il soggetto.

Tesi e sviluppo argomentativo

L'antropologia trinitaria e paolina offre una struttura tridimensionale che permette una comprensione profonda delle emozioni attraverso i seguenti fondamenti:

1. La distinzione delle facoltà: Si riconosce che l'anima è la sede della vita psicologica dove risiedono le emozioni e i sentimenti. Mentre lo spirito abilita la relazione con il trascendente e il corpo la relazione con il mondo

fisico, l'anima funziona come lo spazio di mediazione dove la sofferenza viene elaborata e può trasformarsi in una frattura interiore o trauma.

2. Relazionalità trinitaria: Essendo creata a immagine della Trinità, la persona è costitutivamente relazionale. Le emozioni non sono stati interni isolati, ma si generano nell'incontro con l'altro. Nella dipendenza, il disincontro emotivo si manifesta solitamente come una disconnessione da questa essenza relazionale.

3. Unità sistemica delle passioni: A causa della condizione di spirito incarnato, uno stimolo biologico come la sostanza inonda i centri del piacere del corpo, ma impatta direttamente sull'anima, alterando la capacità di desiderare e scegliere liberamente. Le passioni sono movimenti di una persona integrale che cerca un senso di trascendenza.

Risposta alle obiezioni

- **Alla prima:** Sebbene le emozioni abbiano un correlato biologico, questo costituisce solo la materia dell'emozione. Il suo significato appartiene all'anima razionale che integra la storia e l'identità del soggetto. Ridurle alla biologia ignora che, sebbene il cervello sia l'organo, è la persona che ama e soffre.

- **Alla seconda:** Trattare le dipendenze solo come un vuoto spirituale ignora che la grazia agisce sulla natura umana. Per sanare lo spirito, è spesso indispensabile sanare prima le ferite psicologiche dell'anima, come le emozioni traumatiche, e stabilizzare l'equilibrio del corpo. La guarigione del Cristo spezzato deve avvenire nella totalità della sua unità trinitaria.

8.1.6 Articolo 6: Sulla natura della relazione tra il soggetto e le sostanze

Esposizione del tema

Lo studio del vincolo tra l'individuo e le sostanze psicoattive (SPA) richiede di trascendere visioni riduzionistiche che equiparano qualsiasi uso alla patologia. Questa interazione non è un evento isolato, ma si manifesta come uno spettro dinamico di vincoli definiti dall'intenzionalità, dalla frequenza e dall'impatto reale sull'autonomia della persona. La relazione è mediata da un'interazione

complessa tra la farmacologia della sostanza, la struttura psichica dell'individuo e il contesto socioculturale.

Domanda centrale

Perché è fondamentale comprendere la natura specifica del vincolo che una persona stabilisce con le SPA per garantire un accompagnamento integrale e umanizzante?

Posizioni od obiezioni esistenti

- **Obiezione 1:** Sembra che qualsiasi contatto con una sostanza psicoattiva debba essere catalogato automaticamente come una patologia o dipendenza, indipendentemente dall'intenzione o dal contesto del soggetto.
- **Obiezione 2:** Sembra che la relazione sia determinata esclusivamente dalla farmacologia della sostanza, assumendo che il componente chimico possieda un potere intrinseco che annulla immediatamente la volontà di chi la consuma.
- **Obiezione 3:** Sembra che il tipo di relazione con il consumo dipenda unicamente da una decisione morale o dalla forza di volontà, ignorando i fattori contestuali o il dolore psichico pregresso dell'individuo.

Fondamento o criterio di discernimento

L'interpretazione di qualsiasi episodio di consumo richiede l'analisi della Triade di Zinberg, che stabilisce che l'esperienza biopsicosociale è determinata da tre vettori interconnessi: il Soggetto, la Sostanza e il Contesto. Senza l'analisi di questi tre elementi, qualsiasi diagnosi risulta insufficiente e disumanizzante.

Cfr. art. 7 (Giudicare, Brevissimo Glossario)

Tesi e sviluppo argomentativo

Si deve affermare che la relazione soggetto-sostanza è un fenomeno multicausale dove il consumo suole adempiere una funzione specifica all'interno dell'organizzazione interna dell'individuo. Questo vincolo si articola sotto i seguenti principi:

1. Il Continuum del Consumo: La relazione non è uno stato binario, ma uno spettro che include l'uso strumentale (la sostanza come strumento per un fine specifico), quello ricreativo o sociale (sotto il controllo di norme di

gruppo) e l'uso nocivo o dipendenza, caratterizzato dal neuroadattamento e dalla perdita della capacità decisionale.

2. L'Ipotesi dell'Automedicazione: La scelta di una sostanza suole rispondere a un tentativo del soggetto di regolare stati affettivi dolorosi o compensare deficit nella propria struttura psichica. La droga agisce qui come un sostituto di funzioni psicologiche assenti.

3. Il Consumo come Marcatore di Identità: L'uso di SPA può integrarsi nell'habitus del soggetto, funzionando come un simbolo di distinzione o di appartenenza al gruppo. In contesti di alta vulnerabilità, può essere persino una risposta alla violenza strutturale.

4. Quadri Regolatori Culturali: La cultura fornisce un'impalcatura di controlli sociali attraverso rituali e sanzioni che dettano l'accettabilità del consumo. La transizione verso un uso profano-moderno senza questi quadri aumenta significativamente il rischio di abuso.

Risposta alle obiezioni

- **Alla prima:** È imperativo distinguere tra l'uso e la patologia secondo l'impatto sull'autonomia. La gravità non risiede nella sostanza in sé, ma nel deterioramento clinico e sociale che il vincolo genera nella persona.

- **Alla seconda:** Sebbene la farmacologia sia un vettore reale, la significazione dello stimolo dipende dalla storia e dallo stato emotivo del Soggetto e dalle norme del Contesto. La sostanza non agisce su un organismo passivo, ma su una persona con identità singolare.

- **Alla terza:** L'approccio deve concentrarsi sul rafforzamento della struttura psichica e sulla modifica delle variabili contestuali. Il vero recupero non si basa sulla mera proibizione, ma sul rafforzamento dei legami culturali e del progetto di vita integrale dell'individuo.

8.1.7 Articolo 7: Sull'importanza dei contesti culturali nel consumo

Esposizione del tema

Il consumo di sostanze psicoattive (SPA) non avviene in un vuoto asettico, ma è profondamente radicato in un intreccio di significazioni sociali e culturali. L'ambiente, o setting, non è semplicemente uno spazio fisico, ma una rete di rituali, norme e valori che condizionano l'esperienza del soggetto. Ignorare queste variabili conduce a interventi decontestualizzati che non riescono a comprendere perché una pratica di consumo si mantiene o diventa problematica in una comunità specifica.

Domanda centrale

In che modo il contesto culturale e sociale determina la relazione di una persona con le sostanze e perché la sua analisi è indispensabile per un approccio integrale?

Posizioni od obiezioni esistenti

- **Obiezione 1:** Sembra che il contesto sia un fattore secondario, poiché la dipendenza è fondamentalmente una malattia neurobiologica cronica che colpisce i circuiti di ricompensa indipendentemente dalla cultura dell'individuo.

- **Obiezione 2:** Sembra che concentrarsi sull'ambiente sociale sia una forma di collettivismo che diluisce la responsabilità individuale, offrendo al soggetto una scusa basata sulle sue circostanze di povertà o esclusione.

- **Obiezione 3:** Si afferma che le strategie di prevenzione debbano essere universali e standardizzate, assumendo che uno stesso programma tecnico sarà ugualmente efficace in diversi ambienti, sia una grande metropoli che una comunità rurale.

Fondamento o criterio di discernimento

L'esperienza di consumo è il risultato di un'interazione sistemica tra tre vettori: il Soggetto, la Sostanza e il Contesto. La cultura funziona come un'impalcatura di controlli sociali che detta l'accettabilità o il rifiuto di certi comportamenti attraverso rituali e sanzioni che rappresentano i giudizi di valore del gruppo.

Tesi e sviluppo argomentativo

L'analisi del contesto culturale permette di comprendere che il consumo è un fenomeno situato che richiede una lettura delle seguenti dimensioni:

1. Ritualizzazione vs. Uso Profano: Storicamente, le culture hanno integrato l'uso di sostanze in quadri sacramentali che ne limitavano l'abuso. Nella modernità, la transizione verso un uso profano senza quadri regolatori tradizionali ha aumentato il rischio di consumi compulsivi.

2. Il Consumo come Marcatore di Identità: L'uso di SPA spesso si integra nell'habitus del soggetto, funzionando come un simbolo di distinzione o di appartenenza e coesione di gruppo. In molti settori, consumare costituisce un requisito per non restare esclusi dal tessuto sociale immediato.

3. Risposta alla Violenza Strutturale: In contesti di alta vulnerabilità, il consumo può essere una risposta adattiva di fronte alla violenza strutturale e alla mancanza di accesso ai diritti fondamentali. La sostanza agisce qui come una risorsa per anestetizzare una realtà percepita come intollerabile.

4. Capitale Culturale di Recupero: L'efficacia di un processo di cambiamento dipende dal fatto che le opzioni di recupero incorporino i valori, le pratiche e la cosmovisione della comunità con cui il soggetto si identifica.

Risposta alle obiezioni

- **Alla prima:** Sebbene la neurobiologia sia un vettore reale, il cervello elabora le informazioni e attribuisce significati basandosi sulle informazioni immagazzinate nell'ambiente. Un ambiente che naturalizza il consumo innesca risposte automatiche che la farmacologia da sola non può modificare.

- **Alla seconda:** Riconoscere i determinanti sociali non annulla la libertà, ma permette di comprendere le pressioni che la condizionano. L'obiettivo è rafforzare le risorse interne del soggetto mentre si modificano le variabili ambientali che soffocano la sua capacità di scelta.

- **Alla terza:** La standardizzazione ignora la singolarità dei popoli; i dispositivi di maggior successo sono quelli che validano il sapere territoriale e comunitario, adattando la tecnica professionale alla saggezza locale.

8.1.8 Articolo 8: Sugli elementi da considerare per valutare un consumo di SPA

Esposizione del tema

La valutazione di un consumo di sostanze psicoattive (SPA) deve trascendere la mera identificazione della sostanza o della frequenza d'uso per costituirsi come uno sguardo integrale sulla persona. Non si tratta di un atto statico di etichettamento, ma di un processo dinamico che cerca di comprendere la funzione specifica che il consumo adempie nell'economia psichica e sociale dell'individuo. Una valutazione umanizzante evita di ridurre il soggetto a una diagnosi, riconoscendo che il fenomeno del consumo si aggiunge a un'identità singolare e preesistente.

Domanda centrale

Quali elementi fondamentali devono integrare una valutazione integrale e umanizzante del consumo di SPA per trascendere l'approccio meramente clinico e punitivo?

Posizioni od obiezioni esistenti

- **Obiezione 1:** Sembra che la valutazione debba concentrarsi esclusivamente sulla farmacologia della sostanza (tipo, quantità e purezza), poiché questi sarebbero i fattori oggettivi che determinano la gravità del danno.
- **Obiezione 2:** Sembra che l'unico criterio rilevante sia la distinzione binaria tra dipendenza e non dipendenza, ignorando i rischi associati a consumi che non presentano neuroadattamento ma hanno un forte impatto sociale o fisico.
- **Obiezione 3:** Sembra che la valutazione sia un atto tecnico riservato a un esperto che osserva dall'esterno, dove l'utente è un oggetto passivo di studio e non un protagonista del proprio processo.

Fondamento o criterio di discernimento

La valutazione si fonda sull'analisi della Triade di Zinberg, la quale stabilisce che l'esperienza di consumo è il risultato dell'interazione tra il Soggetto, la Sostanza e il Contesto. Questo criterio sistemico, inquadrato nel modello biopsicosociale-spirituale, impedisce interpretazioni isolate della droga e obbliga

a considerare la storia di vita e l'ambiente come componenti inseparabili del fenomeno.

Tesi e sviluppo argomentativo

Una valutazione completa della relazione soggetto-sostanza deve considerare i seguenti pilastri fondamentali:

1. Analisi funzionale e intenzionalità: È necessario identificare se il consumo ha un carattere sperimentale, ricreativo, strumentale o se risponde a un'ipotesi di automedicazione. In quest'ultimo caso, il consumo funziona come un sintomo di una frattura interiore o trauma precedente che la persona tenta di anestetizzare.

2. Collocazione nel continuum del consumo: Si deve determinare in quale punto dello spettro si trova il vincolo, valutando il grado in cui l'autonomia e la capacità decisionale sono state deteriorate dal neuroadattamento.

3. Stato delle reti di memoria: Valutare se il consumo è innescato da reti di memoria disadattive che immagazzinano esperienze traumatiche. Ciò permette di intendere il consumo come una risposta automatica di fronte a un ambiente percepito come ostile o intollerabile.

4. Identificazione del capitale di recupero: La valutazione non guarda solo al deficit, ma alle risorse disponibili: capitale personale (salute, abilità), familiare/sociale (reti di supporto) e comunitario/culturale (senso di appartenenza).

5. Significazione culturale dell'atto: Analizzare se il consumo è mediato da rituali comunitari o se è passato a essere un uso profano-moderno e solitario, dove la perdita del quadro regolatore sociale aumenta la vulnerabilità.

Risposta alle obiezioni

- **Alla prima:** Sebbene la sostanza sia un vettore reale, il suo effetto dipende da come il Soggetto attribuisce significato allo stimolo secondo la propria storia. Concentrarsi solo sulla chimica è un riduzionismo che ignora che il cervello è l'organo, ma la persona è chi ama e soffre.

- **Alla seconda:** La valutazione deve contemplare l'uso nocivo anche prima che esista una dipendenza clinica. Ignorare i rischi di consumi disregolati impedisce una prevenzione efficace e il rafforzamento dell'autoefficacia.

- **Alla terza:** L'accompagnamento efficace deve basarsi sull'ascolto attivo e l'ospitalità, riconoscendo che la persona è esperta della propria vita. Una valutazione che non convalidi la parola del soggetto blocca il recupero generando un rifiuto verso se stessi.

8.2 | Trauma, Strutture di Personalità e Patologia Duale

Questa sezione affronta la profonda relazione tra la storia traumatica dell'individuo e lo sviluppo di condotte di dipendenza, intendendo che il consumo di sostanze funziona frequentemente come un tentativo autoterapeutico per anestetizzare un dolore derivato da una frattura interiore o da un abbandono precoce. Si approfondisce la distinzione clinica tra le strutture di personalità psicotica, nevrotica e borderline, analizzando come il grado di consolidamento del soggetto e la robustezza delle sue reti di memoria determinino la sua capacità di elaborare la realtà senza ricorrere a meccanismi di evasione o disconnessione. Il nucleo dell'analisi risiede nella patologia duale, definita come la coesistenza di disturbi mentali di base con l'uso problematico di sostanze, il che esige un approccio specializzato che non si limiti a trattare i sintomi del consumo, ma che procuri la guarigione dei traumi profondi e la stabilizzazione del sistema nervoso disregolato. Infine, si propone un modello di intervento che trascende il meramente patologizzante, centrando la risposta nella costruzione di una comunità di attaccamento sicuro e una cultura terapeutica che permetta l'integrazione graduale della personalità e la restaurazione della dignità della persona.

8.2.1 Articolo 1: Sulla natura manifesta del problema delle dipendenze

Esposizione del tema

La problematica del consumo di sostanze si presenta attualmente come una realtà innegabile che genera un'immensa sofferenza in individui, famiglie e comunità. Lungi dall'essere un fenomeno isolato o statico, si manifesta come una crisi che attraversa tutti gli strati della società, esigendo uno sguardo che non si fermi alla superficie della sostanza, ma che riconosca il dolore umano soggiacente al consumo. La Chiesa e le organizzazioni sociali si confrontano con la sfida di rispondere di fronte a un flagello che agisce in modo espansivo e desolante.

Domanda centrale

Il consumo di sostanze è un problema manifesto che richiede una risposta urgente e integrale da parte della Chiesa e della società?

Posizioni od obiezioni esistenti

- **Obiezione 1:** Sembra che il problema non sia così grave o manifesto, poiché molti tipi di consumo sono socialmente naturalizzati e sono considerati parte della cultura del benessere o della ricreazione.
- **Obiezione 2:** Sembra che la dipendenza sia un problema che riguarda solo i settori più vulnerabili o indigenti, per cui non costituirebbe una sfida universale per tutta la comunità ecclesiale.
- **Obiezione 3:** Si afferma che il vero problema è il narcotraffico e che, pertanto, la soluzione debba essere strettamente legale e di polizia, relegando in secondo piano l'intervento pastorale o educativo.

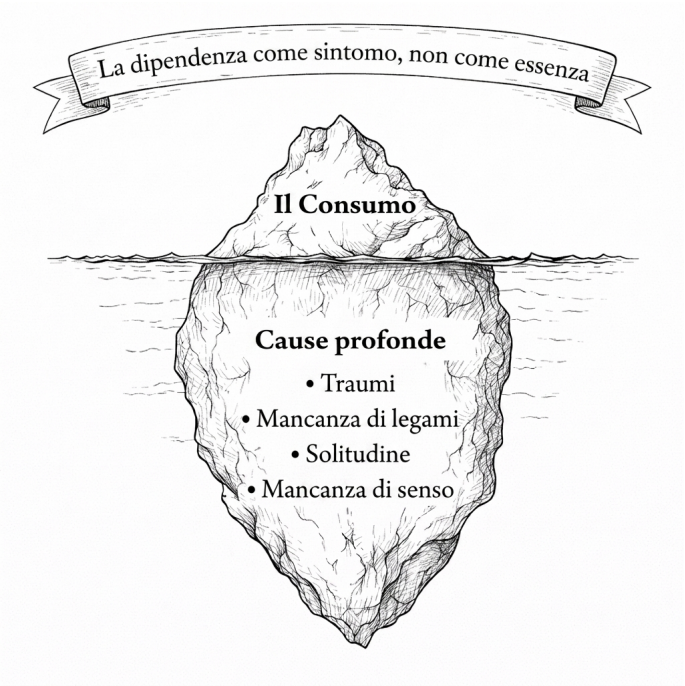


Figura 8.2: Il consumo come sintomo

Fondamento o criterio di discernimento

Il problema delle dipendenze è paragonabile a una macchia d'olio che invade tutto, senza riconoscere frontiere geografiche né umane. Colpisce allo stesso modo tutti i settori sociali, il che impedisce alla comunità di restare indifferente di fronte a una realtà che compromette l'integrità della persona e la vita dei più giovani.

Tesi e sviluppo argomentativo

La problematica dei disturbi da uso di sostanze è una realtà crescente e multicausale che richiede una risposta immediata basata sui seguenti punti:

1. Crescita globale e nuove sostanze: Il fenomeno si espande con la comparsa annuale di centinaia di nuove sostanze psicoattive, i cui effetti sono solitamente sconosciuti al consumatore, aumentando il rischio di danni irreversibili.

2. Impatto sulla salute integrale: Il consumo contribuisce significativamente al carico globale di malattie e mortalità prematura. Non si tratta solo della dipendenza, ma di essere un vettore di trasmissione per patologie severe e un fattore di deterioramento fisico e mentale cronico.

3. Crisi di persone prima che di sostanze: Al di là della composizione chimica della droga, il problema manifesto risiede in persone desolate dall'esclusione, dalla mancanza di senso o dal dolore profondo. Il soggetto ricorre alla sostanza come mezzo per fuggire da una realtà priva di speranza.

4. Costo sociale e cultura della morte: Il fenomeno genera una forma di dipendenza che riduce la produttività e la gioia di vivere, imponendo una logica di scarto che colpisce specialmente la gioventù.

Risposta alle obiezioni

- **Alla prima:** La naturalizzazione di sostanze legali o funzionali è un sintomo di una società che spesso nega la malattia fino a quando il deterioramento è assoluto. Il benessere apparente nasconde una dipendenza che erode la libertà dell'individuo.

- **Alla seconda:** Sebbene i settori con meno risorse soffrano di più per la mancanza di reti di supporto, la dipendenza è una pandemia trasversale che colpisce tutte le classi sociali senza distinzione.

- **Alla terza:** L'approccio punitivo centrato solo sull'offerta si è dimostrato insufficiente. Il problema reale si manifesta nella domanda, la quale può essere affrontata solo mediante la prevenzione, l'educazione ai valori e l'accompagnamento umano della persona nella sua singolarità.

8.2.2 Articolo 2: Sulla distinzione clinica delle strutture di personalità e la patologia duale

Esposizione del tema

Per un approccio profondo alla sofferenza umana, non basta osservare la condotta di consumo; è imperativo comprendere su quale fondamento psichico si appoggia tale condotta. La distinzione tra le diverse strutture di personalità, così come la propone la tradizione psicodinamica strutturale, permette di identificare il grado di fragilità o solidità con cui un soggetto elabora la propria realtà e i propri legami. Intendere la dipendenza come un sintomo di un'organizzazione mentale previa aiuta a progettare strategie di accompagnamento che non cerchino solo l'astinenza, ma l'integrazione di una personalità che si trova fratturata.

Domanda centrale

Esiste una distinzione clinica chiara tra le strutture psicotica, nevrotica e borderline, e in che modo condizionano la comparsa della patologia duale?

Cfr. art. 8.2 (Giudicare, La psiche, Trauma...)

Posizioni od obiezioni esistenti

- **Obiezione 1:** Sembra che non sia necessario effettuare distinzioni cliniche tra strutture di personalità, poiché il disturbo da uso di sostanze deve essere trattato come una condizione uniforme che colpisce i circuiti di ricompensa del cervello allo stesso modo in tutti i soggetti.

- **Obiezione 2:** Sembra che concentrarsi sulle diagnosi di base devii l'attenzione dal problema principale, che è la volontà dell'individuo di abbandonare il consumo e il suo impegno in un cammino morale o spirituale.

Fondamento o criterio di discernimento

Il grado di costituzione soggettiva e lo sviluppo della personalità sono criteri fondamentali per comprendere che la dipendenza non è il problema in sé, ma il sintomo di una frattura interiore. L'intervento deve essere proporzionale alla fragilità della struttura sulla quale si innesta il consumo.

Cfr. La patologia duale (cap. 9, dimensione biologica)

Tesi e sviluppo argomentativo

Si deve affermare che la distinzione tra le strutture di personalità dipende dal livello di consolidamento che il soggetto ha raggiunto di fronte alle proprie esperienze e al proprio ambiente primario. Si distinguono tre grandi organizzazioni:

1. **Struttura psicotica:** È la più fragile, originata frequentemente in ambienti ostili o con legami primari deficitari che hanno impedito l'integrazione di reti di memoria adattive. Di fronte alle crisi, questi soggetti utilizzano meccanismi di dissociazione e disconnessione, il che produce un'alterazione del giudizio di realtà e la comparsa di allucinazioni o deliri.

2. **Struttura nevrotica:** Presenta una maggiore solidità, avendo contato abitualmente su legami primari sufficientemente buoni che hanno instillato sensazioni di calma. Il loro giudizio di realtà si mantiene conservato e i loro meccanismi difensivi non li allontanano completamente dal mondo circostante.

3. **Struttura borderline:** Si colloca al confine tra le precedenti. Si caratterizza per una notevole impulsività e perdita di contatto con la realtà in momenti di scompenso, senza arrivare alla frammentazione psicotica totale ma senza raggiungere l'integrazione nevrotica.

- **Avvertenza:** Questa distinzione in tre organizzazioni proviene dal modello psicodinamico strutturale, una tradizione clinica ampiamente diffusa in America Latina che ha dimostrato particolare utilità per comprendere la relazione tra la fragilità della personalità e la vulnerabilità al consumo. È necessario segnalare che altri quadri classificatori organizzano i disturbi di personalità in modo differente. Il DSM-5 utilizza un sistema di categorie diagnostiche discrete (disturbo borderline, disturbo antisociale, ecc.) che non si ordina secondo livelli di integrazione strutturale. L'ICD-11, in vigore dal 2022, ha adottato un modello dimensionale che valuta la severità del disturbo di personalità in un continuum (lieve, moderato, grave) insieme a tratti predominanti, allontanandosi significativamente dall'approccio categoriale. Questo manuale opta per la prospettiva strutturale perché permette all'accompagnatore di cogliere rapidamente il grado di fragilità del fratello che ha davanti e di adeguare l'intensità e il tipo di sostegno che offre, il che risulta operativamente più utile nel territorio rispetto a una classificazione per categorie diagnostiche isolate. Ciononostante, le équipe

che lavorino con professionisti formati in altri quadri troveranno che le tre organizzazioni qui descritte possono dialogare con quei sistemi senza contraddizione: ciò che il modello strutturale chiama fragilità psicotica corrisponde, in termini generali, ai livelli di severità grave dell'ICD-11; la struttura nevrotica ai livelli lievi; e la borderline ai moderati.

La patologia duale è la coesistenza di questo quadro di base con un consumo problematico. In queste situazioni, la sostanza adempie una funzione di sopravvivenza psichica, agendo come un anestetico di fronte a una vita percepita come minaccia costante a causa di traumi non elaborati.

> † **Discernimento pastorale**
>
> Nei quadri di patologia duale, l'intervento psichiatrico e la farmacoterapia adeguata costituiscono frequentemente una condizione necessaria affinché il processo di accompagnamento possa sostenersi. Una persona con una struttura psicotica scompensata o con un episodio depressivo severo non può partecipare a un gruppo terapeutico, elaborare la propria storia in uno spazio di ascolto né sostenere un'esperienza spirituale se il suo sistema nervoso non ha raggiunto una soglia minima di stabilizzazione. La terapia psicofarmacologica prescritta e supervisionata da un professionista non è una contraddizione con il modello integrale che questo manuale propone; ne è parte. Così come l'articolo 8.1.4 avverte che trattare le dipendenze solo con la preghiera ignorando la biologia è una forma di spiritualismo riduttore, è altrettanto necessario avvertire che rifiutare i farmaci legittimi con l'argomento che «si sostituisce una droga con un'altra» è una forma di ignoranza che può costare vite. I farmaci non guariscono da soli — il manuale è stato chiaro sul fatto che il legame, la comunità e il senso sono indispensabili —, ma in molti casi creano le condizioni biologiche minime affinché la persona possa essere disponibile per l'incontro sanante che la comunità le offre. Le équipe pastorali che accompagnano persone con patologia duale devono articolarsi con i servizi di salute mentale del territorio per garantire che la dimensione farmacologica del trattamento non resti trascurata per mancanza di accesso, per stigma istituzionale o per una concezione errata di ciò che significa un recupero integrale.

Risposta alle obiezioni

- **Alla prima:** Sebbene la neurobiologia sia reale, un approccio che guardi solo alla sostanza è inefficiente. Il recupero stabile dipende dal sanare l'interiorità non integrata e dal compensare il quadro di base che motiva la condotta di fuga.

- **Alla seconda:** La dipendenza non è una mera questione di volontà. Nelle strutture più fragili, il consumo è uno strumento di sopravvivenza di fronte al dolore insopportabile. Pertanto, la risposta deve essere una cultura terapeutica che offra un attaccamento sicuro affinché la personalità possa raggiungere un maggior grado di integrazione.

8.2.3 Articolo 3: Sull'implementazione del Trattamento Informato sul Trauma

Esposizione del tema

La grande maggioranza delle persone che presentano disturbi da uso di sostanze ha attraversato storie di trauma complesso, negligenza o abusi nell'infanzia che hanno segnato le loro reti di memoria disadattive. Un trattamento informato sul trauma propone un cambio di paradigma: non si cerca unicamente di trattare la condotta di dipendenza superficiale, ma di affrontare e sanare la ferita soggettiva che la sostiene, intendendo che il consumo è il linguaggio di un dolore che non ha potuto essere nominato in altro modo.

Domanda centrale

Come deve implementarsi un Trattamento Informato sul Trauma, riconoscendo che il dolore emotivo suole precedere la dipendenza?

Posizioni od obiezioni esistenti

- **Obiezione 1:** Sembra che il trattamento debba concentrarsi esclusivamente sull'astinenza e sulla riparazione neurobiologica del cervello, considerando che indagare nel passato o nei dolori emotivi sia secondario rispetto all'urgenza di fermare il consumo.

- **Obiezione 2:** Sembra che concentrarsi sul trauma potrebbe vittimizzare il soggetto, sottraendogli responsabilità individuale sul proprio processo di

cambiamento e permettendogli di giustificare la propria condotta presente come una conseguenza inevitabile del dolore precedente.

Fondamento o criterio di discernimento

La dipendenza è frequentemente un sintomo di una frattura interiore o un tentativo autoterapeutico di alleviare una vita divenuta intollerabile a causa di esperienze traumatiche. Pertanto, qualsiasi approccio che ignori il malessere primario che precede il consumo sarà inefficiente per raggiungere una guarigione integrale.

Cfr. La restaurazione dell'immagine di Dio dopo il trauma (cap. 7)

Tesi e sviluppo argomentativo

Si deve affermare che un Trattamento Informato sul Trauma non cerca solo di trattare la condotta, ma di sanare la ferita che la sostiene. Questo approccio riconosce che il recupero reale avviene quando si stabilizza il sistema nervoso disregolato e si elabora la sofferenza accumulata. L'implementazione di questo modello si basa sui seguenti pilastri:

1. Priorità della sicurezza: Il trattamento deve garantire un ambiente fisicamente ed emotivamente sicuro per evitare la rivittimizzazione. Tutta l'équipe deve essere formata per identificare fattori scatenanti o segnali di allerta emotiva che attivino reti di memoria negative.

2. Sensibilità e tenerezza: È necessario abbandonare il linguaggio moralizzante per uno di vicinanza e ospitalità. L'accompagnamento deve essere un'umanizzazione del percorso dove l'ascolto sia il primo passo affinché il soggetto possa simbolizzare il proprio dolore.

3. Approccio alla resilienza: Invece di concentrarsi solo sul deficit o su ciò che la persona ha perso, si lavora sul capitale di recupero, identificando i punti di forza e le risorse che il soggetto possiede per ricostruire il proprio progetto di vita.

4. Integrazione interdisciplinare: Si richiede di coordinare l'assistenza medica, psicologica e spirituale per affrontare la frattura esistenziale dove si è installata la dipendenza. Il legame comunitario è il fattore che veramente permette di integrare la personalità fratturata.

Risposta alle obiezioni

- **Alla prima:** Sebbene la disintossicazione sia necessaria, la scienza dimostra che lo stress cronico da trauma altera i circuiti cerebrali di ricompensa. Se non si tratta il malessere primario, il cervello continuerà a cercare la sostanza come unica via conosciuta di fuga e sollievo.

- **Alla seconda:** L'approccio al trauma non annulla la responsabilità, ma la potenzia. Comprendendo che il proprio consumo è stato un meccanismo di sopravvivenza fallito, la persona può smettere di identificarsi con lo stigma e cominciare a vedersi come un soggetto degno capace di scegliere un futuro diverso.

8.3 | Il Processo di Cambiamento e la Dinamica Motivazionale

Questa sezione affronta il recupero come un processo dinamico di crescita continua, nel quale l'obiettivo trascende la mera astinenza per concentrarsi sul miglioramento del funzionamento integrale e la ricerca del massimo potenziale della persona. Attraverso il Modello Transteorico del Cambiamento, si comprende che la motivazione non è un tratto statico, ma uno stato intenzionale e mutevole che fluisce sotto influenze interne ed esterne, attraversando tappe specifiche: precontemplazione, contemplazione, preparazione, azione, mantenimento e finalizzazione. Questo approccio permette di riconoscere che il cammino verso la guarigione non è lineare, integrando la ricaduta non come un fallimento definitivo, ma come un'opportunità di apprendimento e rientro nel ciclo di cambiamento. Infine, si sottolinea l'importanza di identificare e rafforzare il capitale di recupero —l'insieme di risorse personali, familiari, sociali e culturali— come il sostegno necessario affinché l'individuo assuma con autonomia un progetto di vita pieno, degno e sostenibile.

8.3.1 Articolo 1: Sulle tappe del processo di cambiamento e le loro necessità

Esposizione del tema

Il recupero nelle dipendenze non deve intendersi come un evento repentino basato unicamente su un atto di volontà, ma come un processo di crescita continua e dinamico. La motivazione al cambiamento non è un tratto di personalità fisso, ma uno stato intenzionale che fluttua. Pertanto, è necessario disporre di una mappa che permetta di identificare in quale momento soggettivo si trova la persona per offrire il supporto adeguato alle sue necessità specifiche. Tra i diversi quadri proposti dalla psicologia per comprendere questo processo, il Modello Transteorico del Cambiamento costituisce uno degli strumenti più influenti e diffusi nel campo delle dipendenze. Questo manuale lo adotta come riferimento organizzativo principale, riconoscendo tanto il suo valore pedagogico quanto i limiti che la ricerca successiva ha segnalato.

Domanda centrale

Il processo di cambiamento nelle dipendenze è un cammino lineare e statico, o si compone di tappe dinamiche con necessità di supporto specifiche?

Posizioni od obiezioni esistenti

- **Obiezione 1:** Sembra che la motivazione al cambiamento sia statica. Sotto questa visione, una persona possiede o non possiede motivazione, e se non la possiede, l'accompagnatore non può influire sulla sua decisione, essendo la mancanza di volontà responsabilità esclusiva dell'individuo.
- **Obiezione 2:** Sembra che la ricaduta sia un fallimento definitivo. Secondo questa logica, se una persona torna a consumare, ha perso tutto il progresso precedente e deve essere considerata come qualcuno che ha abbandonato il proprio impegno con il cambiamento.
- **Obiezione 3:** Sembra che il processo di cambiamento si adatti sempre a una sequenza di tappe ordinate e prevedibili, il che suggerirebbe che ogni recupero segue un itinerario lineare dalla precontemplazione alla finalizzazione, e che coloro che non percorrono quelle tappe nell'ordine previsto si troverebbero fuori dal modello.

Fondamento o criterio di discernimento

Il cambiamento è un processo dinamico nel quale le persone attraversano tappe prevedibili a ritmi diversi, muovendosi in avanti e indietro secondo il proprio livello di motivazione intenzionale. L'intervento deve essere artigianale e adeguato al momento che il soggetto sta attraversando.

Tesi e sviluppo argomentativo

Il recupero è un ciclo di apprendimento dove il Modello Transteorico identifica sei tappe con caratteristiche e necessità di supporto particolari:

1. **Precontemplazione**: L'individuo non ha intenzione di cambiare e spesso sottovaluta il problema. La necessità di supporto risiede nel generare fiducia e aumentare la presa di coscienza sui rischi senza esercitare pressione.
2. **Contemplazione**: La persona riconosce il problema ma sperimenta ambivalenza. Richiede aiuto per risolvere quella dualità tra volere e non volere cambiare, rafforzando la fiducia nella propria capacità di riuscirci.
3. **Preparazione**: Esiste l'intenzione di agire presto e sono stati fatti piccoli passi. Il supporto deve concentrarsi sulla scelta di strategie di cambiamento appropriate e sulla negoziazione di un piano concreto.

4. **Azione**: Il soggetto modifica attivamente il proprio comportamento. È il momento di maggior rischio, dove si necessita un'affermazione costante dei successi e l'apprendimento di abilità per gestire l'astinenza.

5. **Mantenimento**: Si consolidano i successi per evitare la ricorrenza. Il supporto si orienta a sviluppare nuovi stili di vita, amicizie sane e mete che sostituiscano il ruolo della sostanza.

6. **Finalizzazione o terminazione**: Il cambiamento si è integrato totalmente da più di due anni e la tentazione è scomparsa. La persona non agisce più per vigilanza, ma da una libertà recuperata.

- **Portata e limiti del modello.** Il Modello Transteorico fu sviluppato originalmente per lo studio della cessazione del tabagismo, e la sua generalizzazione ad altre sostanze e alle dipendenze comportamentali è stata oggetto di discussione nella letteratura scientifica. Revisioni successive hanno messo in discussione che le tappe siano così discrete e sequenziali come il modello originale propone; l'esperienza clinica e territoriale conferma che molte persone oscillano tra le tappe, le saltano o le percorrono simultaneamente. Inoltre, il modello non integra adeguatamente la dimensione del cambiamento improvviso o conversivo —ciò che alcuni autori denominano cambiamento quantico (*quantum change*)—, nel quale un'esperienza intensa (un incontro, una crisi, un avvenimento spirituale) precipita una trasformazione profonda che non segue la logica graduale delle tappe. Questa dimensione è particolarmente rilevante per una pastorale che riconosce la possibilità della conversione e dell'incontro trasformatore con Cristo come motore di cambiamento radicale. Il modello viene offerto, pertanto, come uno strumento di orientamento che aiuta l'accompagnatore a situare il fratello nel suo processo, ma non come un itinerario obbligatorio né come l'unica forma legittima di comprendere il recupero.

Risposta alle obiezioni

- **Alla prima:** La motivazione è dinamica e con proposito. Il ruolo dell'accompagnatore non è passivo; il suo compito è aiutare l'utente a comprendere i propri dubbi e le proprie mete per inclinare la bilancia verso il cambiamento.

- **Alla seconda:** La ricaduta o ricorrenza è un avvenimento che innesca un nuovo ciclo e deve essere vista come un'opportunità di apprendimento

pedagogico. Chi ricade necessita di una valutazione per riprendere il processo e riparare la fiducia in se stesso, non di una condanna che lo escluda.

- **Alla terza:** Il modello è una mappa, non il territorio. La realtà del cambiamento umano è più fluida e meno prevedibile di qualsiasi schema a tappe. L'esperienza pastorale dimostra che alcuni fratelli percorrono le tappe in modo non lineare, che altri sperimentano trasformazioni improvvise che non rientrano nella sequenza prevista, e che la singolarità di ogni processo di vita eccede ogni classificazione. Il valore del modello risiede nell'offrire all'accompagnatore un linguaggio condiviso per identificare le necessità e adeguare la propria risposta, non nel prescrivere un cammino unico.

8.3.2 Articolo 2: Sulla tappa di finalizzazione o terminazione

Esposizione del tema

Nei modelli di trattamento delle dipendenze, si suole omettere l'orizzonte di arrivo, mantenendo il soggetto in uno stato di allerta permanente. Tuttavia, per un'antropologia che ricerca il massimo potenziale della persona, è indispensabile definire uno stato di integrazione totale dove il cambiamento cessa di essere uno sforzo cosciente per diventare una nuova natura. La tappa di finalizzazione rappresenta il culmine del processo dove la libertà si recupera pienamente e l'individuo trascende la propria identità precedente di paziente.

Domanda centrale

È necessario includere la tappa di finalizzazione o terminazione dopo il mantenimento, e come si definisce questo stato di integrazione del cambiamento?

Posizioni od obiezioni esistenti

- **Obiezione 1:** Sembra che non sia necessario includere una tappa di finalizzazione, dato che i disturbi da uso di sostanze si definiscono come una malattia cronica e recidivante, il che obbligherebbe l'individuo a rimanere in uno stato di vigilanza perpetua durante tutta la vita.

- **Obiezione 2:** Sembra che la tappa di mantenimento sia sufficiente, poiché consiste nel consolidare i successi e prevenire le ricadute in modo continuo; aggiungere una tappa di terminazione risulta ridondante e potrebbe generare una falsa sensazione di sicurezza nell'utente.

- **Obiezione 3:** Si afferma che il recupero è un processo di gestione lungo tutta la vita, per cui stabilire un punto finale contraddirebbe la natura della crescita umana continua e il dinamismo della psiche.

Fondamento o criterio di discernimento

È fondamentale contemplare la tappa di finalizzazione per validare la capacità dell'essere umano di trascendere il disturbo e raggiungere una vita autodiretta. In questa fase, il cambiamento si è integrato a tal punto che la tentazione di tornare al comportamento anteriore ha perso il suo potere di determinazione sulla condotta del soggetto, coesistendo con una libertà recuperata e una vigilanza serena che non angoscia ma protegge, permettendo alla persona di cessare di essere un destinatario di servizi per essere un protagonista pieno nella propria comunità.

Tesi e sviluppo argomentativo

L'inclusione della tappa di terminazione è necessaria per rendere conto della pienezza dello sviluppo umano e si fonda sui seguenti punti:

1. Validazione del successo terapeutico: Evita che la persona resti intrappolata in un'identità eterna di malato o persona dipendente, il che contraddice l'obiettivo di raggiungere il massimo potenziale e riconoscere che la dignità ontologica è superiore a qualsiasi patologia.

2. Differenziazione dalla lotta: Mentre il mantenimento richiede uno sforzo cosciente e una vigilanza continua contro le situazioni di rischio, la finalizzazione segna il passaggio verso uno stato dove la libertà non si sperimenta più come una lotta costante contro l'impulso, ma come una disposizione stabile del cuore che, senza negare la fragilità costitutiva della condizione umana, permette al soggetto di abitare la propria vita dal progetto e non dall'urgenza. Il comportamento sano non è più un'imposizione esterna o un autocontrollo teso, ma una scelta naturale.

3. Criteri di integrazione totale: Si definisce per una temporalità di almeno due anni di comportamento sano ininterrotto, l'assenza totale di ambivalenza di fronte al consumo e un'autoefficacia piena. Il soggetto non consuma più per alleviare il malessere, ma ha costruito uno stile di vita con proposito che sostituisce la dinamica del consumo.

Risposta alle obiezioni

- **Alla prima:** Sebbene il neuroadattamento sia un dato biologico persistente, le dimensioni spirituale e psicologica permettono alla persona di sostituire le abitudini apprese con nuovi repertori sani che diventano spontanei. La terminazione celebra la libertà recuperata rispetto alla storia clinica.

- **Alla seconda:** La ridondanza è apparente. Il mantenimento è uno stato di allerta di fronte al rischio, mentre la terminazione è lo stato in cui il piano di recupero si è evoluto verso un senso di vita trascendente nel quale la droga non è più un'opzione di risposta allo stress o al dolore.

- **Alla terza:** Sebbene la crescita umana sia perpetua, il cambiamento specifico riguardo alla condotta di dipendenza ha un punto di risoluzione soddisfacente. L'obiettivo dell'accompagnamento è che l'individuo recuperi la propria autonomia totale e si reintegri come membro attivo e sano della famiglia umana.

8.3.3 Articolo 3: Sulla natura della motivazione al cambiamento

Esposizione del tema

La motivazione è il motore fondamentale del processo di recupero, ma viene spesso fraintesa come una risorsa che l'individuo possiede o non possiede in modo permanente. Per un accompagnamento efficace, è necessario comprendere che la volontà di cambiamento non è un tratto di personalità statico, ma una forza viva che fluttua e viene influenzata dall'interazione tra il mondo interno del soggetto e il suo ambiente sociale.

Domanda centrale

La motivazione al cambiamento si distingue per essere uno stato statico o, al contrario, è un processo dinamico e intenzionale influenzato da diversi fattori?

Posizioni od obiezioni esistenti

- **Obiezione 1:** Sembra che la motivazione sia statica, intendendosi come un tratto di personalità. Sotto questa visione, se un utente non è motivato, l'accompagnatore ha poche possibilità di influire e la mancanza di progresso è responsabilità esclusiva dell'individuo.
- **Obiezione 2:** Sembra che la motivazione sia unilaterale, centrata unicamente sul desiderio di abbandonare la sostanza. Pertanto, se una persona continua a consumare, si assume che non esista alcuna motivazione al cambiamento.
- **Obiezione 3:** Si afferma che se la dipendenza colpisce i centri del piacere, la motivazione sarebbe un semplice riflesso biochimico e non un processo intenzionale o psicologico.

Fondamento o criterio di discernimento

La motivazione non è un tratto fisso, ma uno stato dinamico che può fluttuare nel corso del tempo e secondo le situazioni. Si muove tra mete contraddittorie e varia in intensità man mano che la persona risolve i propri dubbi e le proprie ambivalenze.

Tesi e sviluppo argomentativo

Si deve affermare che la motivazione è un processo dinamico, intenzionale e mutevole. Riconosce che l'individuo può oscillare tra il desiderio di recuperarsi e l'impulso di consumare, essendo influenzato da due gruppi di influenze:

1. Influenze interne: Includono gli stati emotivi (dove la speranza aumenta la motivazione), le mete di vita (il desiderio di lavorare o formare una famiglia) e le percezioni cognitive sui rischi e benefici della condotta attuale.
2. Influenze esterne: Si riferiscono ai legami sociali (famiglia e amici che sostengono o minano lo sforzo), eventi critici (come un arresto o la nascita di un figlio) e il supporto comunitario che offre risorse per sostenere la decisione.
3. La risoluzione dell'ambivalenza: La motivazione dinamica intende che è normale sentire due personalità in conflitto. Il processo di cambiamento

avanza nella misura in cui il soggetto riesce a inclinare la bilancia verso i propri valori di vita superiori.

Risposta alle obiezioni

- **Alla prima:** Intendendo la motivazione come qualcosa di dinamico, il ruolo dell'accompagnatore cessa di essere passivo. Il suo compito consiste nell'aiutare la persona a risolvere la propria ambivalenza, facilitando che il desiderio di cambiamento positivo prevalga mediante l'ascolto attivo.

- **Alla seconda:** La motivazione può variare drasticamente tra diverse condotte. Un utente può essere molto motivato a migliorare la propria salute fisica ma avere una motivazione bassa per abbandonare un consumo specifico; l'accompagnamento deve rispettare questa singolarità per lavorare su ciò che il soggetto è disposto a cambiare.

- **Alla terza:** Sebbene i processi biologici condizionino la condotta, l'essere umano possiede una dimensione spirituale e volitiva che gli permette di trascendere i propri impulsi. Il trattamento cerca di rafforzare il progetto di vita affinché la parte razionale riprenda il comando sull'urgenza del consumo.

8.3.4 Articolo 4: Sulla natura della ricaduta e il suo valore pedagogico

Lc 22, 31-34.61-62 — *Io ho pregato per te, perché la tua fede non venga meno. E tu, una volta ravveduto, conferma i tuoi fratelli... E, uscito fuori, pianse amaramente*

Esposizione del tema

Nell'approccio alle dipendenze, la rottura dell'astinenza viene solitamente interpretata secondo una logica di fallimento o colpa morale. Tuttavia, per uno sguardo integrale, è necessario comprendere che il processo di cambiamento non è un cammino lineare né prevedibile. La recidiva nel consumo non annulla il progresso precedente, ma costituisce un avvenimento critico che, se gestito adeguatamente, permette di approfondire la conoscenza delle vulnerabilità del soggetto e rafforzare la sua strategia di recupero.

Domanda centrale

La ricaduta deve essere interpretata come un fallimento definitivo del processo o come un'opportunità di apprendimento e rientro nel ciclo di cambiamento?

Posizioni od obiezioni esistenti

- **Obiezione 1:** Sembra che la ricaduta sia un fallimento definitivo, poiché se l'obiettivo è l'astinenza e questa viene interrotta, lo sforzo precedente si considera inutile e la persona avrebbe perso tutto ciò che aveva guadagnato.
- **Obiezione 2:** Sembra che la ricaduta dimostri una mancanza di volontà reale, suggerendo che l'utente sia tornato a una tappa di negazione assoluta del problema.
- **Obiezione 3:** Si afferma che la ricaduta giustifica l'interruzione dell'accompagnamento o l'espulsione istituzionale, sotto la premessa che il soggetto non sia pronto per il processo.

Fondamento o criterio di discernimento

La ricaduta o ricorrenza è un evento atteso all'interno della natura dei disturbi cronici di salute. Lungi dall'essere la fine del cammino, è l'avvenimento che innesca un nuovo ciclo di cambiamento, offrendo informazioni vitali che prima non erano disponibili per il soggetto né per la sua rete di supporto.

Cfr. art. 9.3.4 (traiettorie di recupero dalla dimensione biologica)

Tesi e sviluppo argomentativo

La ricaduta deve essere interpretata come un punto di svolta dinamico e un'opportunità pedagogica, basandosi sui seguenti pilastri:

1. Depatologizzazione e gestione della salute: Essendo il disturbo da uso di sostanze un'affezione recidivante, la ricaduta si equipara alle crisi in altre malattie croniche. Ciò permette di spostare l'attenzione dalla colpa morale verso la gestione responsabile della salute integrale.
2. La ricaduta come maestra del processo: La ricorrenza rivela fattori scatenanti (luoghi, persone o emozioni) e reti di memoria disadattive che non erano state individuate. Permette di valutare quali strategie di coping sono state inefficaci e quali devono essere rafforzate.
3. Differenziazione tra astinenza e recupero: Il recupero è un processo ampio di miglioramento del benessere. Una persona può avere un inciampo nell'astinenza ma mantenere il proprio impegno con il progetto di vita, utilizzando la crisi per riparare la fiducia nella propria capacità di cambiamento.

4. Rientro consapevole nel ciclo: Chi ricade non torna al punto di partenza della propria ignoranza originaria. Il processo precedente lascia un grado di consapevolezza e strumenti che facilitano una ripresa più rapida e fondata del processo terapeutico.

Risposta alle obiezioni

- **Alla prima:** La ricaduta non annulla il progresso; è un evento all'interno di un continuum di miglioramento. L'accompagnamento deve sostenere la vita dell'altro specialmente nella caduta, riconoscendo che la dignità del soggetto è superiore al suo sintomo.
- **Alla seconda:** L'ambivalenza è una parte normale del processo di cambiamento. Il ritorno al consumo non significa abbandono delle mete, ma che il soggetto si è trovato di fronte a una pressione ambientale o interna che ha superato le sue risorse attuali.
- **Alla terza:** La comunità deve funzionare come un ospedale da campo che cura le ferite della ricaduta. L'abbandono istituzionale non fa che aumentare la desolazione; la risposta deve essere offrire un luogo sicuro per ricominciare, rafforzando il legame invece di spezzarlo.

8.3.5 Articolo 5: Sulle trappole del colloquio motivazionale nell'accompagnamento

Esposizione del tema

L'accompagnamento efficace deve essere centrato sulla persona e rispondere alle sue necessità, evitando la moralizzazione, le discussioni e l'atteggiamento minaccioso. Questi ostacoli creano barriere nella comunicazione e provocano malintesi che bloccano la volontà di cambiamento. Il colloquio motivazionale è uno strumento fondamentale per risolvere l'ambivalenza del soggetto, ma il suo successo dipende dalla capacità dell'accompagnatore di identificare ed eludere certe dinamiche che possono rompere l'alleanza terapeutica.

Domanda centrale

Esistono trappole od ostacoli nel dialogo motivazionale che gli accompagnatori devono evitare per non bloccare il legame o la volontà di cambiamento dell'utente?

Posizioni od obiezioni esistenti

- **Obiezione 1:** Sembra che l'accompagnatore debba essere diretto e confrontativo affinché la persona rompa la propria negazione, per cui segnalare gli errori e le mancanze morali sarebbe necessario affinché l'utente prenda coscienza della propria realtà.
- **Obiezione 2:** Sembra che, dato lo stato di disorganizzazione di chi consuma, l'accompagnatore debba dare ordini chiari e agire come un supervisore per stabilire l'ordine necessario nella sua vita.
- **Obiezione 3:** Sembra che il modo migliore per ottenere informazioni sia mediante un interrogatorio costante di domande e risposte, assicurando che nessun dettaglio della storia di consumo resti nascosto.

Fondamento o criterio di discernimento

L'accompagnamento deve basarsi sull'ospitalità e l'ascolto attivo, riconoscendo che la persona è esperta della propria vita. Imporre una verità esterna o un'autorità gerarchica annulla l'autonomia del soggetto e rafforza lo stigma che impedisce la guarigione integrale.

Tesi e sviluppo argomentativo

Per mantenere un legame di fiducia che faciliti il cambiamento, è necessario evitare le seguenti trappole identificate nel dialogo motivazionale:

1. Trappola dell'interrogazione (Domanda-Risposta): Si verifica quando l'accompagnatore utilizza esclusivamente domande chiuse, collocando l'utente in un ruolo passivo e l'accompagnatore in un ruolo di esperto, il che impedisce alla persona di esplorare i propri motivi interni.
2. Trappola della moralizzazione e del giudizio: Qualificando la condotta come cattiva o viziosa, si genera un rifiuto sociale interiorizzato che produce vergogna e colpa. Questi sentimenti paralizzano il recupero e portano il soggetto a nascondere il proprio consumo per paura dell'umiliazione.
3. Trappola dell'esperto o dell'autorità: Agire con prepotenza accademica o dare ordini soffoca la libertà dell'altro. Il legame deve essere corpo a corpo, ricordando che l'accompagnatore è una guida al fianco e non un supervisore.

4. Trappola della reattività e della discussione: Tentare di vincere l'utente con argomenti logici genera reattività emotiva. Se l'accompagnatore si mette sulla difensiva o giudica, l'interlocutore smette di condividere informazioni vitali per il proprio processo.

5. Trappola dell'interpretazione eccessiva: Tentare di dare significati complessi o etichette diagnostiche prima che l'utente possa simbolizzare il proprio dolore suole portare a conclusioni chiuse che ignorano la singolarità dell'essere.

Risposta alle obiezioni

- **Alla prima:** Sebbene il limite sia necessario, il limite più sano è la tenerezza e la comprensione. Il confronto deve essere attento e basato sulla realtà del legame, non su un giudizio condannatorio che non fa che aumentare la resistenza al cambiamento.

- **Alla seconda:** L'accompagnatore accompagna, non comanda. L'obiettivo è passare da una volontà eteronoma, dettata da altri, a un'autonomia progressiva dove il soggetto assuma la responsabilità delle proprie scelte.

- **Alla terza:** L'interrogatorio satura e allontana il soggetto. Si deve privilegiare l'ascolto attivo mediante la parafrasi e il rispecchiamento dei sentimenti, il che permette che emerga la storia della persona e si rafforzi il legame di fiducia.

8.4 | Contributi delle Scuole della Psicologia

Questa sezione integra i contributi di diverse scuole della psicologia sotto un Modello Integrato di Intervento, riconoscendo che la complessità dell'essere umano e delle dipendenze richiede una molteplicità di approcci e tecniche invece di una risposta unica. Attraverso la Psicologia Comportamentale, si comprende il consumo come un comportamento appreso e suscettibile di essere disimparato mediante nuovi repertori sani, mentre la Terapia Cognitivo-Comportamentale offre strumenti per identificare e alterare pattern di pensiero irrazionali e impulsi. Da parte sua, la Psicoterapia della Gestalt apporta uno sguardo olistico centrato sul qui e ora affinché l'individuo assuma la responsabilità delle proprie azioni, completandosi con la Logoterapia, che si concentra sulla ricerca di senso e la trascendenza di fronte al vuoto esistenziale. Inoltre, l'Approccio Sistemico riorienta l'intervento verso la famiglia come pezzo chiave per una soluzione sostenibile, e la Psicoanalisi permette di approfondire la comprensione del soggetto e del suo sintomo. Infine, le terapie di terza generazione —tra le quali si distinguono la Terapia Dialettico-Comportamentale, la Terapia di Accettazione e Impegno e gli approcci basati sull'attenzione piena (mindfulness)— apportano una dimensione complementare proponendo che il recupero non consiste unicamente nel modificare o eliminare la sofferenza, ma nel trasformare la relazione che la persona stabilisce con il proprio dolore, imparando ad abitarlo senza che questo governi le sue decisioni. Questo insieme di strumenti permette che l'accompagnamento si appoggi sull'evidenza scientifica per aiutare ogni persona a sanare le proprie ferite e raggiungere il suo massimo potenziale umano.

8.4.1 Articolo 1. Sul contributo della psicologia comportamentale

Esposizione del tema

All'interno del modello integrato di intervento, la psicologia comportamentale apporta una visione pragmatica al processo di recupero. Questo approccio propone che il consumo di sostanze non è un evento casuale, ma un comportamento che l'individuo ha appreso attraverso la propria interazione con l'ambiente, le pratiche familiari e la cultura ambientale. Se il consumo è una condotta modellata dall'apprendimento sociale, il recupero consiste nella progettazione sistematica di nuove esperienze che permettano al soggetto di acquisire abitudini più sane.

Domanda centrale

La dipendenza può essere intesa come un comportamento appreso che è possibile disimparare mediante nuovi repertori sani?

Posizioni od obiezioni esistenti

- **Obiezione 1:** Sembra che la dipendenza non sia un comportamento appreso, ma una malattia fisiologica del cervello che, implicando cambiamenti chimici permanenti, non possa essere disimparata mediante l'addestramento della condotta.
- **Obiezione 2:** Sembra che il comportamento dell'utente dipenda dalla sua forza di volontà e che il consumo sia una debolezza morale che non si risolve con nuovi repertori o apprendimenti esterni.
- **Obiezione 3:** Si afferma che se la persona presenta disturbi mentali o tratti dissociali, la sua condotta sia una struttura fissa e non un'abitudine che possa essere modificata dall'apprendimento sociale.

Fondamento o criterio di discernimento

Dalla prospettiva dell'apprendimento sociale, il consumo di sostanze è un comportamento che le persone hanno incorporato dalla società. Pertanto, per ottenere un cambiamento sostenibile, è necessario insegnare sistematicamente comportamenti alternativi che riducano la sofferenza e promuovano l'autonomia.

Tesi e sviluppo argomentativo

Si deve affermare che la psicologia comportamentale offre una via ottimistica per il recupero sotto la premessa che se impariamo a usare le droghe, possiamo anche imparare a lasciarle. Questo contributo si sviluppa sotto i seguenti punti:

1. Sostituzione di repertori: Il recupero trascende la mera astinenza per concentrarsi sullo sviluppo di attività che causino meno danno. Ciò include l'inserimento in nuovi gruppi di pari, la pratica sportiva, l'apprendimento di mestieri e l'integrazione della spiritualità come abitudine quotidiana.
2. Addestramento in abilità specifiche: L'approccio propone l'insegnamento di strumenti concreti, come abilità di rifiuto per imparare a dire no, tecniche di gestione del tempo per evitare la noia e strategie per fermare il pensiero compulsivo.

3. Il valore della ripetizione e della pratica: Si riconosce che padroneggiare una nuova condotta richiede tempo e sforzo. La pratica costante permette alla parte razionale del cervello di recuperare gradualmente il controllo sugli impulsi automatici, permettendo al soggetto di imparare anche dai propri errori.

Risposta alle obiezioni

- **Alla prima:** Sebbene esistano componenti biologiche reali, l'atto di consumare è modellato dall'ambiente. Le nuove abitudini sane possono stimolare gli stessi centri del piacere in modo naturale, sfruttando la neuroplasticità per sostituire la dipendenza chimica con il benessere comportamentale.

Cfr. art. 6 (Giudicare, Brevissimo Glossario)

- **Alla seconda:** Invece di appellarsi a una volontà astratta, si identifica che il discernimento del soggetto può essere deteriorato da apprendimenti pregressi ostili. L'accompagnamento offre aiuti esterni per rafforzare l'autoefficacia e la capacità di scelta.

- **Alla terza:** Il disturbo da uso di sostanze non è una struttura chiusa, ma un fenomeno aggiunto. Anche nei casi di patologia duale, la definizione di norme chiare e una cultura terapeutica permettono all'individuo di apprendere nuove forme di regolazione delle proprie emozioni e di comunicazione con gli altri.

Cfr. art. 8.2 (Giudicare, La psiche, Trauma...)

8.4.2 Articolo 2: Sugli strumenti della TCC nel trattamento delle dipendenze

Esposizione del tema

La Terapia Cognitivo-Comportamentale (TCC) si basa sulla premessa che i pensieri, le emozioni e le condotte sono interconnessi. Nell'ambito dei consumi, questo approccio sostiene che le credenze irrazionali e i pensieri automatici agiscono come mediatori che sostengono il comportamento di dipendenza. Pertanto, il recupero richiede non solo un cambiamento di abitudine, ma un addestramento sistematico per identificare e modificare le distorsioni cognitive che portano l'individuo a percepirsi in modo negativo o a reagire impulsivamente agli stimoli dell'ambiente.

Domanda centrale

Gli strumenti della Terapia Cognitivo-Comportamentale sono efficaci per identificare e alterare i pattern di pensiero irrazionali, i pensieri automatici e gli impulsi?

Posizioni od obiezioni esistenti

- **Obiezione 1:** Sembra che i pensieri automatici e gli impulsi non possano essere alterati mediante la tecnica, poiché sono il risultato di cambiamenti neurobiologici cronici che annullano la capacità di ragionamento del soggetto.
- **Obiezione 2:** Sembra che concentrarsi sui processi cognitivi sia insufficiente, poiché la dipendenza è una malattia dell'anima che richiede unicamente una conversione spirituale e non un'analisi tecnica.
- **Obiezione 3:** Si afferma che la volontà sia l'unica responsabile del cambiamento, per cui nessuna tecnica di arresto del pensiero potrà evitare il consumo se non vi è un impegno morale previo.

Fondamento o criterio di discernimento

L'essere umano ha il potenziale di pensare tanto razionalmente quanto irrazionalmente. Le credenze che sostengono la dipendenza sono apprese e, pertanto, possono essere modificate mediante la pratica e l'uso di strumenti che permettano all'individuo di riconoscere e riquadrare i propri pattern mentali.

Tesi e sviluppo argomentativo

Si deve affermare che la TCC offre un insieme di strumenti efficaci che permettono al soggetto di recuperare il comando sulla propria vita psichica, distinguendosi i seguenti:

1. Dibattito e riquadramento cognitivo: Consiste nell'identificare pensieri irrazionali assoluti, come l'autodefinizione negativa basata sulla malattia, per trasformarli in affermazioni positive basate sulla realtà dei propri punti di forza e del proprio potenziale di recupero.
2. Identificazione dei pensieri totalitari: Si cerca di rompere l'uso di etichette di identità chiuse. Si insegna che termini come paziente o utente

descrivono uno stato attuale, ma non definiscono l'essenza inalienabile della persona.

3. Tecniche di arresto del pensiero: Includono strumenti per interrompere il ciclo del desiderio compulsivo, come la visualizzazione (immaginare un interruttore di spegnimento), stimoli fisici lievi per ridirigere l'attenzione o esercizi di respirazione profonda per gestire l'ansia.

4. Cavalcare gli impulsi (Urge Surfing): Propone di visualizzare il desiderio di consumo come un'onda che sale, raggiunge un punto massimo e poi svanisce, rafforzando l'idea che gli impulsi sono stati transitori e non ordini da eseguire.

5. Rafforzamento dell'autoefficacia: Attraverso la validazione di piccoli successi, si aiuta la persona a ricostruire la credenza nella propria abilità di superare i dubbi e sostenere il cambiamento.

Risposta alle obiezioni

- **Alla prima:** Sebbene il danno neurobiologico colpisca il giudizio, la ripetizione di nuove abilità cognitive sfrutta la neuroplasticità. Ciò permette alla parte razionale del cervello di riprendere gradualmente il controllo sugli impulsi automatici.

Cfr. art. 6 (Giudicare, Brevissimo Glossario)

- **Alla seconda:** La spiritualità e la scienza sono complementari. La TCC aiuta a sanare il dolore secondario, come la colpa e la vergogna, che spesso blocca la crescita spirituale e la capacità di sentirsi degno dell'amore e della misericordia.

- **Alla terza:** La volontà non è un tratto statico, ma un processo dinamico. Le tecniche della TCC non sostituiscono l'impegno personale, ma forniscono strategie di coping concrete per i momenti in cui la motivazione vacilla di fronte alla pressione interna o esterna.

8.4.3 Articolo 3: Sul contributo della Psicoterapia della Gestalt e la responsabilità

Esposizione del tema

Il comportamento di dipendenza funziona frequentemente come una forma di evasione affettiva o dislocazione dalla realtà. Affinché il processo di recupero sia efficace, è necessario che il soggetto passi dall'essere un destinatario passivo di assistenza a un protagonista attivo della propria vita. La Psicoterapia della Gestalt apporta uno sguardo olistico che cerca di integrare l'unità della persona, concentrandosi sulla sua capacità di percepire le proprie necessità reali nel momento presente per smettere di utilizzare la sostanza come un meccanismo di fuga.

Domanda centrale

L'approccio del qui e ora e la presa di coscienza sono strumenti efficaci affinché l'individuo assuma la responsabilità delle proprie azioni di fronte alla dipendenza?

Posizioni od obiezioni esistenti

- **Obiezione 1:** Sembra che l'approccio del qui e ora sia insufficiente, dato che la dipendenza è profondamente radicata in traumi del passato e ferite dell'infanzia che richiedono di essere analizzati storicamente per raggiungere una responsabilità reale.

- **Obiezione 2:** Sembra che la responsabilità sia un atto esclusivo della volontà morale e che, essendo la dipendenza una malattia cerebrale che colpisce l'autocontrollo, la semplice presa di coscienza delle emozioni non basti a recuperare il comando dei propri atti.

Fondamento o criterio di discernimento

Il recupero richiede di incrementare la capacità delle persone di provvedere alle proprie necessità presenti. Promuovere la responsabilizzazione delle proprie azioni dà potere all'individuo, permettendogli di riconoscere che non è un oggetto da dirigere, ma un soggetto con capacità di scelta.

Tesi e sviluppo argomentativo

La scuola della Gestalt contribuisce alla guarigione integrando l'unità della persona attraverso il presente, basandosi sui seguenti pilastri:

1. La Presa di Coscienza (Awareness): Consiste nel promuovere la consapevolezza piena dei pensieri, delle emozioni e dei comportamenti nel momento esatto in cui accadono. Identificando ciò che sente e ciò di cui ha bisogno durante un impulso, l'individuo rompe la risposta automatica della parte emotiva dipendente e permette alla parte razionale di intervenire.

2. L'approccio al presente: Il qui e ora non ignora il passato, ma lo affronta così come si manifesta e colpisce il soggetto oggi. Ciò evita che la persona utilizzi la propria storia pregressa come una scusa per l'inazione, promuovendo uno stile di vita genuino lontano da pattern evitativi.

3. Responsabilizzazione e rafforzamento: Prendendo coscienza di necessità reali come la fame, la solitudine o il dolore, il soggetto recupera la capacità di scegliere alternative sane invece di ricorrere alla sostanza per anestetizzare la propria esistenza.

Risposta alle obiezioni

- **Alla prima:** Sebbene il trauma sia accaduto nel passato, la sua ferita sanguina nel presente attraverso le reti di memoria disadattive. L'approccio gestaltico permette di elaborare quel dolore oggi, evitando che il soggetto continui a fuggire dalla propria storia attraverso il consumo.

- **Alla seconda:** La volontà può scegliere solo ciò che la ragione le presenta come un bene. La presa di coscienza permette all'individuo di identificare punti di forza e potenzialità che prima erano nascosti dallo stigma o dalla colpa, facendo sì che la libertà cessi di essere un impulso cieco per diventare una responsabilità deliberata.

8.4.4 Articolo 4: Sul contributo della Logoterapia nella ricostruzione del senso e della trascendenza

Esposizione del tema

Mc 8, 36 — *Che giova infatti all'uomo guadagnare il mondo intero, se poi perde la propria anima?*

La Logoterapia si concentra sulla dimensione spirituale della persona, partendo dalla premessa che l'essere umano è motivato da una volontà di senso. Nell'ambito delle dipendenze, il consumo si presenta frequentemente come un tentativo di riempire una frattura esistenziale o anestetizzare un dolore profondo derivato dalla mancanza di scopo. Questo approccio cerca che l'individuo trascenda la propria situazione di sofferenza mediante la scoperta di valori che gli permettano di ricostruire la propria identità e il proprio progetto di vita.

Domanda centrale

La Logoterapia aiuta a ricostruire il senso della vita, la resilienza e la capacità di trascendenza di fronte al vuoto esistenziale nelle persone con disturbi da uso di sostanze?

Posizioni od obiezioni esistenti

- **Obiezione 1:** Sembra che la Logoterapia sia secondaria o non necessaria, poiché la scienza definisce la dipendenza principalmente come una malattia cerebrale cronica che richiede interventi biologici e farmacologici per gestire il neuroadattamento.
- **Obiezione 2:** Sembra che il vuoto esistenziale sia un concetto troppo astratto che non possa essere affrontato mentre la persona soffre di carenze materiali primarie, come la mancanza di un tetto, di cibo o di salute fisica.
- **Obiezione 3:** Si afferma che il recupero debba limitarsi a obiettivi clinici misurabili come l'astinenza e la riduzione del danno, rendendo la ricerca della trascendenza irrilevante per il successo di un trattamento standard.

Fondamento o criterio di discernimento

La spiritualità è l'essenza dell'essere che spinge la persona a cercare significato. Senza questa dimensione, non esiste una riabilitazione integrale, poiché solo l'incontro con un senso trascendente offre i criteri necessari per ordinare la vita e proporre un progetto che realizzi la persona nella sua totalità.

Tesi e sviluppo argomentativo

La Logoterapia è fondamentale per l'approccio psicologico perché interpreta la dipendenza come una ricerca spirituale fallita. Il suo contributo si articola nei seguenti pilastri:

1. Superamento del vuoto esistenziale: Identifica l'angoscia vitale come lo spazio dove si installa il consumo per anestetizzare un'esistenza percepita come intollerabile. La guarigione avviene quando il soggetto riesce a elaborare il proprio dolore e a scoprire un per quale scopo che dia valore al proprio presente.

2. Promozione della resilienza: La capacità di rinascere dalle ferite traumatiche si rafforza mediante lo sviluppo del capitale umano, integrando valori, speranza e ottimismo. Ciò permette al soggetto di affrontare le contrarietà della vita senza ricorrere all'evasione chimica.

3. Capacità di trascendenza: L'essere umano possiede un'apertura intrinseca verso ciò che è al di là di se stesso. La trascendenza permette all'individuo di decentrarsi dalla propria sofferenza per orientarsi verso l'amore al prossimo e il servizio, riconnettendolo con Dio e con la comunità.

Risposta alle obiezioni

- **Alla prima:** Sebbene la neuroscienza spieghi il funzionamento del cervello, la Logoterapia si rivolge alla persona che abita quel corpo. La motivazione spirituale è il motore indispensabile che permette di sostenere i cambiamenti comportamentali e biologici a lungo termine.

- **Alla seconda:** L'uomo è un'unità inseparabile. Prendersi cura del fisico senza lo spirituale lascia il soggetto in uno stato di sopravvivenza difensiva; la scoperta della propria dignità è ciò che dà potere alla persona di trasformare la propria realtà materiale e sociale.

- **Alla terza:** L'astinenza è necessaria ma insufficiente. Un trattamento umanizzante cerca che il soggetto raggiunga il proprio massimo potenziale mediante una vita autodiretta, il che è impossibile senza la capacità di trascendere l'impulso compulsivo in favore di un valore superiore.

8.4.5 Articolo 5: Sulla causalità circolare dell'approccio sistemico nella famiglia

Esposizione del tema

Dalla psicologia sistemica, la famiglia si intende come un organismo vivente dove tutti i suoi membri sono interconnessi e si influenzano reciprocamente. Il consumo di sostanze non è un evento isolato dell'individuo, ma spesso diventa l'asse centrale attorno al quale si organizza la vita familiare. Affinché una soluzione sia sostenibile a lungo termine, è necessario smettere di vedere l'utente come l'unico componente del problema e comprendere la rete di legami che sostiene o alimenta la condotta.

Domanda centrale

La causalità circolare dell'approccio sistemico permette di comprendere che la famiglia si organizza attorno al sintomo e che il suo coinvolgimento è chiave per la soluzione a lungo termine?

Posizioni od obiezioni esistenti

- **Obiezione 1:** Sembra che il consumo di sostanze sia un problema di responsabilità strettamente individuale, per cui il trattamento debba concentrarsi unicamente sul soggetto, essendo la partecipazione della famiglia qualcosa di secondario.
- **Obiezione 2:** Sembra che la relazione tra il consumo e la famiglia si spieghi mediante una causalità lineare, dove la dipendenza è un effetto semplice provocato da una causa biologica e la famiglia è solo una vittima passiva.

Fondamento o criterio di discernimento

Il consumo di sostanze finisce per essere un sintomo funzionale che adempie un ruolo all'interno dell'interazione familiare. Pertanto, il recupero integrale richiede che il sistema collabori e si implichi nella modifica delle proprie modalità di comunicazione e convivenza. L'approccio comunitario non si concentra solo sulla persona che consuma, ma nel destrutturare le dinamiche relazionali che perpetuano il problema.

Tesi e sviluppo argomentativo

L'applicazione della causalità circolare permette un approccio profondo basato sui seguenti principi:

1. **Il consumo come sintomo funzionale e squilibrio relazionale:** Il disturbo riflette spesso difficoltà che adempiono una funzione all'interno dell'interazione familiare, sia per equilibrare, unire o emettere un allarme nel sistema. Passando dal *perché* al *per quale scopo*, si scopre che la famiglia ha imparato a funzionare attorno a questo sintomo. Questo funzionamento suole essere legato a **confini familiari inadeguati** (diffusi o rigidi) che ostacolano lo sviluppo dell'autonomia, dell'identità e della regolazione emotiva, favorendo condotte a rischio nei suoi membri.

2. **La famiglia come portatrice del problema e modelli di autorità:** Frequentemente, quando i sintomi dell'individuo remittono, emergono altri conflitti latenti negli altri membri. Ciò dimostra che la famiglia è portatrice e generatrice di modelli interazionali disfunzionali. Tra questi, spiccano le **gerarchie alterate**, dove le figure di riferimento non esercitano adeguatamente la propria funzione di autorità e orientamento genitoriale, e l'esistenza di **coalizioni disfunzionali** o alleanze inadeguate che generano un profondo stress emotivo e mantengono il problema nascosto sotto il velo del consumo.

3. **Disadattamento alle crisi e ripetizione transgenerazionale:** Le dinamiche problematiche non sorgono spontaneamente; tendono ad acutizzarsi di fronte alla **difficoltà di adattamento ai cambiamenti del ciclo vitale** (crisi familiari, separazioni, adolescenza o cambi di ruolo), dove il consumo appare come una forma disorganizzata di coping. Inoltre, queste risposte rispondono frequentemente alla **ripetizione di pattern transgenerazionali**, dove gli adulti riproducono inconsciamente i modelli di disprottezione e vulnerabilità appresi nelle proprie famiglie d'origine.

4. **Sostenibilità della soluzione:** Il recupero duraturo esige di cambiare i modelli interazionali dell'intero gruppo. La crisi familiare si presenta così come un'opportunità per costruire nuove strategie di risoluzione delle difficoltà che evitino che il sistema torni a essere disfunzionale, sanando il tessuto relazionale dalla radice.

Risposta alle obiezioni

- **Alla prima:** Sebbene l'individuo sia responsabile del proprio processo, la sua identità si sviluppa in relazione con gli altri. L'approccio sistemico non annulla la responsabilità, ma la integra in un impegno reciproco per modificare il funzionamento del sistema (confini, gerarchie e comunicazione) che condiziona il soggetto.

- **Alla seconda:** La causalità lineare è insufficiente per problemi complessi. La causalità circolare spiega che le condotte di uno alimentano le risposte degli altri in un ciclo continuo. Il consumo non è un effetto causa-effetto semplice, ma un sintomo sostenuto da retroalimentazioni relazionali; intervenire nella struttura familiare permette di rompere quel ciclo e trovare un'organizzazione più sana.

8.4.6 Articolo 6: Sul contributo della psicoanalisi alla comprensione del DUS

Esposizione del tema

La psicoanalisi apporta una profondità essenziale alla dimensione psicologica trascendendo il meramente clinico per concentrarsi sul soggetto. Sotto questa prospettiva, il disturbo da uso di sostanze non è considerato una struttura di personalità chiusa, ma un fenomeno che si aggiunge all'identità singolare. Il consumo problematico non è visto come il centro del problema, ma come un tentativo autoterapeutico di sopportare una vita divenuta insopportabile per diverse circostanze.

Domanda centrale

La psicoanalisi contribuisce alla comprensione e alla risoluzione del problema delle dipendenze?

Posizioni od obiezioni esistenti

- **Obiezione 1:** Sembra che la psicoanalisi sia inefficace per le dipendenze, poiché questo campo richiede risposte pratiche e immediate basate sulla modifica della condotta, mentre la psicoanalisi si concentra su riflessioni sull'inconscio.
- **Obiezione 2:** Sembra che, essendo la dipendenza una malattia cerebrale spiegata dalla neurobiologia, l'introspezione soggettiva sia irrilevante di fronte ai dati scientifici sulla dopamina e i circuiti di ricompensa.
- **Obiezione 3:** Si afferma che la psicoanalisi, non essendo direttiva, potrebbe ritardare l'adattamento dell'individuo a uno stile di vita sano e al rispetto delle norme necessarie per il reinserimento sociale.

Cfr. art. 9.3.1 (Giudicare, Le sostanze e l'organismo, La farmacodinamica..., Art. 1...)

Fondamento o criterio di discernimento

Il consumo di sostanze funziona come il linguaggio di una frattura interiore o un dolore simbolico che la persona non ha potuto nominare. Pertanto, l'approccio deve permettere al soggetto di passare dall'essere un assistito passivo a essere il protagonista del proprio recupero, integrando le proprie ferite in un progetto di vita con senso.

Tesi e sviluppo argomentativo

La psicoanalisi contribuisce alla risoluzione del problema mediante i seguenti fondamenti:

1. La dipendenza come sintomo: Si insegna che il consumo è un sintomo e non la causa. Trattandolo in questo modo, si cerca di sanare la ferita soggettiva soggiacente, sia essa per trauma, abbandono o ingiustizia, che motiva la condotta di fuga e disconnessione.
2. Rispetto della singolarità: Di fronte alla tendenza a omologare i pazienti sotto etichette, si difende che non esiste un profilo unico del consumatore. Ogni traiettoria di vita è unica e richiede un processo artigianale di ricostruzione della storia personale.
3. Abilitazione della parola: Lo strumento fondamentale è l'ascolto profondo e senza giudizi. Permettendo al soggetto di esprimere le proprie paure e i propri desideri, si facilita che assuma la responsabilità del proprio processo di cambiamento.

Risposta alle obiezioni

- **Alla prima:** Sebbene l'urgenza richieda interventi brevi per stabilizzare l'individuo, se non si affronta l'origine soggettiva della desolazione, qualsiasi cambiamento comportamentale sarà fragile e soggetto a ricaduta.
- **Alla seconda:** La neurobiologia spiega il funzionamento dell'organo cerebrale, ma la psicoanalisi si rivolge alla persona che abita quel corpo. La scienza da sola non può spiegare il senso che un individuo attribuisce alla propria sofferenza.
- **Alla terza:** La vera autonomia non si raggiunge mediante l'imposizione di norme esterne, ma attraverso un'organizzazione interna nata dalla scoperta del proprio valore. La psicoanalisi prepara il terreno affinché la libertà sia reale e non una mera obbedienza meccanica.

8.4.7 Articolo 7: Sul contributo delle terapie di terza generazione: accettazione, regolazione e impegno con i valori

Esposizione del tema

Le scuole psicologiche presentate negli articoli precedenti condividono, in diversa misura, un orientamento verso la modifica del sintomo: cambiare la condotta, ristrutturare il pensiero, risignificare la storia. Tuttavia, l'esperienza clinica con popolazioni di alta complessità —in particolare con persone che presentano patologia duale, strutture borderline di personalità o storie di trauma cronico— ha dimostrato che il tentativo di controllare o sopprimere direttamente le emozioni dolorose può risultare controproducente quando la capacità di regolazione del soggetto è severamente compromessa. Le cosiddette terapie di terza generazione propongono una svolta: invece di lottare frontalmente contro il malessere, insegnano alla persona a modificare la relazione che stabilisce con la propria sofferenza, sviluppando la capacità di sperimentare emozioni difficili senza che queste determinino automaticamente la condotta. Tra questi approcci si distinguono la Terapia Dialettico-Comportamentale (TDC), la Terapia di Accettazione e Impegno (ACT) e i programmi di prevenzione delle ricadute basati sull'attenzione piena (*mindfulness*).

Cfr. art. 8.2 (Giudicare, La psiche, Trauma...)

Domanda centrale

Le terapie di terza generazione apportano una dimensione terapeutica distinta da quella degli approcci già presentati, e questa dimensione risulta rilevante per l'accompagnamento di persone con disturbi da uso di sostanze in contesti di alta vulnerabilità?

Posizioni od obiezioni esistenti

- **Obiezione 1:** Sembra che la Terapia Cognitivo-Comportamentale copra già sufficientemente il campo, dato che le terapie di terza generazione sono derivazioni o varianti della TCC e non apportano un paradigma qualitativamente nuovo per l'approccio alle dipendenze.

- **Obiezione 2:** Sembra che proporre l'accettazione della sofferenza invece della sua eliminazione possa essere interpretato come una rassegnazione passiva che scoraggia la lotta attiva per il recupero e contraddice l'orizzonte di libertà che il manuale promuove.

- **Obiezione 3:** Sembra che le pratiche di attenzione piena (*mindfulness*) provengano da tradizioni contemplative orientali incompatibili con la spiritualità cristiana che fonda questo manuale, il che le renderebbe strumenti estranei al quadro pastorale proposto.

Fondamento o criterio di discernimento

L'esperienza territoriale conferma che molti fratelli, specialmente quelli con strutture borderline o storie di trauma complesso, non riescono a sostenere i processi di cambiamento basati esclusivamente sul controllo cognitivo o comportamentale, perché il loro sistema di regolazione emotiva si trova severamente danneggiato. Prima di poter modificare una condotta, queste persone necessitano di imparare a tollerare la tempesta interiore senza ricorrere alla sostanza come unica risorsa di sopravvivenza. Le terapie di terza generazione offrono strumenti specifici per questo compito previo e indispensabile, completando i contributi già sviluppati senza sostituirli.

Tesi e sviluppo argomentativo

Rispondiamo che le terapie di terza generazione apportano una dimensione terapeutica specifica e complementare che risulta particolarmente necessaria nei contesti di alta complessità in cui opera questa pastorale. Il loro contributo si articola in quattro assi:

1. **La Terapia Dialettico-Comportamentale e la regolazione emotiva nella patologia duale.** La TDC fu sviluppata originalmente per persone con disturbo borderline di personalità, una struttura che lo stesso manuale identifica come prevalente nei territori e che frequentemente coesiste con il disturbo da uso di sostanze. Il suo contributo fondamentale è l'addestramento in abilità di regolazione emotiva per soggetti la cui intensità affettiva travalica le strategie convenzionali. La TDC lavora su quattro moduli: la tolleranza al disagio (imparare a sopravvivere a una crisi emotiva senza ricorrere alla sostanza né all'autolesionismo), la regolazione emotiva (identificare, nominare e modulare stati affettivi intensi), l'efficacia interpersonale (sostenere legami senza cadere nella dipendenza o nel conflitto distruttivo) e l'attenzione piena (osservare i propri stati interni senza reagire automaticamente). Il suo principio organizzatore è la dialettica tra l'accettazione radicale di ciò che la persona è oggi e la spinta simultanea verso il cambiamento, evitando tanto la compiacenza quanto l'esigenza smisurata.

Cfr. art. 8.2 (Giudicare, La psiche, Trauma...)

2. **La Terapia di Accettazione e Impegno e l'azione orientata dai valori.** La ACT parte dalla premessa che la sofferenza psicologica è inevitabile e che il tentativo di evitarla o sopprimerla suole amplificarla. Nel contesto delle dipendenze, questo approccio aiuta il soggetto a identificare che gran parte del consumo funziona come una strategia di

evitamento esperienziale: la sostanza viene utilizzata per non sentire ciò che risulta intollerabile. Invece di combattere direttamente l'emozione dolorosa, la ACT insegna alla persona a osservarla, a creare una distanza funzionale rispetto ad essa e a scegliere la propria condotta non in funzione dell'impulso immediato ma in funzione dei valori che danno senso alla propria vita. Il fratello impara che può sentire il desiderio compulsivo e al contempo decidere di non consumare, non perché abbia smesso di soffrire, ma perché il suo progetto di vita pesa più del suo malessere transitorio.

3. **La prevenzione delle ricadute basata sull'attenzione piena.** I programmi che integrano pratiche contemplative di attenzione piena nella prevenzione delle ricadute addestrano il soggetto nella capacità di osservare i propri stati interni —pensieri, emozioni, sensazioni corporee, impulsi di consumo— senza identificarsi con essi né reagire in modo automatico. Questo addestramento rafforza la funzione della corteccia prefrontale come freno degli impulsi e permette al fratello in recupero di riconoscere i segnali precoci di una possibile ricaduta prima che il circuito compulsivo si attivi pienamente. La pratica dell'attenzione piena non sostituisce la preghiera né la vita sacramentale; opera su un registro differente, rafforzando la base psicologica sulla quale l'apertura spirituale può dispiegarsi con maggiore profondità.

Cfr. art. 3 (Giudicare, Le sostanze e l'organismo, Definizione..., Rischi...)

4. **Il modello CRAFT e il lavoro con le famiglie che non accedono ancora al trattamento.** In modo complementare, il modello di Rinforzo Comunitario e Formazione Familiare (CRAFT, per le sue sigle in inglese) merita una menzione specifica per la sua rilevanza per la pastorale. Questo approccio forma i familiari del soggetto che consuma —frequentemente madri e mogli— in strategie concrete per modificare la dinamica vincolare in modo da aumentare la probabilità che la persona accetti aiuto, senza ricorrere al confronto aggressivo né all'abilitazione passiva del consumo. Il CRAFT è coerente con l'approccio sistemico sviluppato nell'articolo 5 di questa sezione e offre strumenti pratici per le famiglie che la pastorale accompagna da molto prima che il fratello accetti di iniziare un processo formale.

Risposta alle obiezioni

- **Alla prima:** Sebbene le terapie di terza generazione condividano radici con la tradizione cognitivo-comportamentale, il loro contributo specifico non è una variazione tecnica ma un cambio di posizione di fronte alla

sofferenza. La TCC classica cerca di modificare il contenuto dei pensieri; le terapie di terza generazione cercano di modificare la relazione del soggetto con i propri pensieri e le proprie emozioni. Questa differenza è clinicamente decisiva per le popolazioni con disregolazione emotiva severa, dove il tentativo diretto di controllo cognitivo fallisce perché il sistema nervoso non può sostenerlo. Non si tratta di sostituire la TCC ma di completarne la portata.

- **Alla seconda:** L'accettazione che propongono questi approcci non è rassegnazione né passività. È il riconoscimento lucido di una realtà interiore come passo previo e indispensabile per agire con libertà. La dialettica della TDC lo esprime con chiarezza: accetto radicalmente ciò che sono oggi e, precisamente perché lo accetto, posso lavorare per trasformarlo. Questo movimento è analogo a quello che la tradizione spirituale cristiana descrive quando parla dell'esame di coscienza o del discernimento ignaziano: guardare la verità interiore senza fuggirne per poter rispondere dalla libertà e non dalla compulsione.

- **Alla terza:** Le pratiche di attenzione piena, così come vengono utilizzate nell'ambito clinico contemporaneo, sono state spogliate del loro contenuto dottrinale buddista e si applicano come tecniche di addestramento attentivo con riscontro neuroscientifico. La capacità di osservare i propri movimenti interiori senza reagire automaticamente non è estranea alla tradizione cristiana; è, di fatto, una disposizione che i maestri della vita spirituale hanno coltivato per secoli sotto nomi come la *custodia cordis*, il raccoglimento interiore o la preghiera di quiete. L'attenzione piena clinica e la contemplazione cristiana operano su registri differenti e non devono essere confuse, ma neppure sono incompatibili: la prima rafforza la capacità psicologica di osservazione interiore di cui la seconda necessita come base umana per dispiegarsi.

8.5 | Capitale di Recupero, Famiglia e Comunità

Questa sezione esplora il concetto di capitale di recupero come la somma di risorse personali, umane, familiari e sociali che rafforzano la capacità di una persona di sostenere un processo di cambiamento continuo. Si sottolinea che la famiglia non è solo un ambiente passivo, ma un sistema dinamico che frequentemente si organizza attorno al sintomo e il cui impegno reciproco è chiave per una guarigione duratura e sostenibile. Inoltre, la comunità territoriale si presenta come un dispositivo di salute essenziale, dove la vicinanza, la presenza e il legame affettivo permettono di superare la frammentazione assistenziale e offrono un quadro di attaccamento sicuro per la restaurazione della dignità. Identificando e potenziando tanto le risorse interne —come la speranza, l'autoefficacia e i valori— quanto le risorse esterne —reti di supporto, fede e cultura—, questo approccio promuove un recupero integrale e relazionale che restituisce al soggetto il suo senso di appartenenza a un popolo e il suo massimo potenziale umano.

8.5.1 Articolo 1: Sul Capitale di Recupero e le sue tipologie

Esposizione del tema

Il recupero da un disturbo da uso di sostanze non deve intendersi unicamente come un atto eroico di volontà individuale, ma come un processo che richiede un ecosistema di supporti. Il concetto di capitale di recupero permette di identificare l'insieme di risorse che una persona ha a disposizione per iniziare e sostenere il cambiamento, spostando lo sguardo da ciò che il soggetto ha perso (il deficit) verso ciò che conserva ancora o può sviluppare (i punti di forza).

Domanda centrale

Il Capitale di Recupero è un fattore determinante per il successo del processo di cambiamento e come si classificano le sue risorse?

Posizioni od obiezioni esistenti

- **Obiezione 1:** Sembra che il successo del recupero dipenda esclusivamente dalla volontà individuale e dalla decisione di smettere di consumare, per cui le risorse esterne o i capitali sarebbero fattori secondari rispetto allo sforzo personale.

- **Obiezione 2:** Sembra che il trattamento debba concentrarsi unicamente sul deficit o sulla malattia —ciò che è rotto— e non sui punti di forza, risultando irrilevante parlare di capitale se la diagnosi clinica è severa.

Fondamento o criterio di discernimento

Il capitale di recupero è la somma delle risorse personali e sociali che rafforzano la capacità e le opportunità di recupero dell'individuo. È uno strumento basato sui punti di forza che riconosce che la guarigione è un processo sostenuto da un ecosistema di supporti integrali.

Tesi e sviluppo argomentativo

Si deve affermare che il capitale di recupero è un fattore determinante che si classifica in tre tipologie fondamentali, permettendo un intervento che potenzia la resilienza del soggetto:

1. Capitale di Recupero Personale: Si divide in capitale fisico, che include condizioni materiali di base come salute, abitazione sicura, alimentazione e risorse finanziarie; e capitale umano, che comprende attributi interni come valori, autostima, autoefficacia, speranza e proposito di vita.

2. Capitale di Recupero Familiare e Sociale: Comprende le relazioni intime e familiari disposte a partecipare al processo, la presenza di pari in recupero e la connessione con istituzioni significative come organizzazioni religiose o luoghi di studio.

3. Capitale di Recupero Comunitario e Culturale: Il capitale comunitario coinvolge politiche locali che riducono lo stigma e reti di risorse come i gruppi dei 12 passi; il capitale culturale include opzioni di recupero che rispettano i valori e la cosmovisione della comunità del soggetto.

Risposta alle obiezioni

- **Alla prima:** Sebbene l'autonomia sia essenziale, il recupero è un processo intrinsecamente sociale e comunitario. Il capitale di recupero fornisce il sostegno necessario affinché la decisione sia sostenibile; senza un'abitazione o una rete di supporto, il rischio di ricaduta aumenta drasticamente per la pressione dell'ambiente.

- **Alla seconda:** Concentrarsi solo sulla malattia è una visione riduzionistica che ignora la dignità del soggetto. Il modello di gestione del recupero enfatizza le resilenze —ciò che resta dell'immagine di Dio nella persona— per mobilitare l'energia necessaria verso la costruzione di un progetto di vita pieno.

8.5.2 Articolo 2: Sugli otto domini del capitale di recupero

Esposizione del tema

La sostenibilità del processo di recupero non può dipendere da un solo fattore, ma dalla robustezza di un ecosistema di risorse che circonda l'individuo. Il benessere nelle dipendenze è una realtà multidimensionale che abbraccia dalla salute fisica e la stabilità abitativa fino al senso di trascendenza. Identificare questi domini permette di passare da una gestione della crisi a una gestione del recupero, dove l'assenza di risorse (capitale negativo) viene affrontata sistematicamente per evitare che l'ambiente agisca come fattore scatenante della ricorrenza.

Domanda centrale

Gli otto domini del capitale di recupero impattano in modo determinante sulla sostenibilità del benessere e la prevenzione delle ricadute?

Posizioni od obiezioni esistenti

- **Obiezione 1:** Sembra che il benessere sia uno stato puramente soggettivo che dipende dallo stato d'animo dell'individuo e non da risorse esterne come l'abitazione o l'impiego.

- **Obiezione 2:** Sembra che la prevenzione delle ricadute dipenda unicamente dal trattamento medico e dall'astinenza biologica, essendo i domini sociali e culturali elementi secondari.

- **Obiezione 3:** Sembra che se una persona presenta un capitale di recupero negativo per mancanza totale di risorse, il recupero sia impossibile indipendentemente dall'accompagnamento che le si offra.

Fondamento o criterio di discernimento

Il recupero è un processo di cambiamento integrale per migliorare la salute e il benessere. Mentre la presenza di risorse in diversi domini rafforza il processo, la loro assenza genera una vulnerabilità che ostacola i risultati desiderati. L'intervento deve, pertanto, occuparsi di costruire e potenziare questi capitali.

Tesi e sviluppo argomentativo

La sostenibilità del benessere e la prevenzione delle ricadute si organizzano attorno a otto domini del capitale di recupero, raggruppati in tre assi fondamentali:

1. Stabilizzazione delle condizioni di vita: Include i domini della salute fisica e mentale, dell'abitazione e dell'ambiente, e della risoluzione dei problemi legali. La mancanza di un tetto stabile o il fatto di soffrire di malattie croniche immergono la persona in un'immediatezza di sopravvivenza che innesca il desiderio compulsivo di consumo come anestesia.

2. Ricostruzione del tessuto vincolare: Comprende i supporti familiari e sociali, il supporto basato sui pari e l'integrazione comunitaria. Gli accompagnatori pari sono esperti per esperienza che dimostrano la possibilità del cambiamento, mentre l'integrazione comunitaria restituisce al soggetto il suo senso di appartenenza a un popolo, agendo come àncora di fronte alla desolazione.

3. Sviluppo del potenziale umano: Comprende le competenze professionali ed educative, insieme al significato e proposito di vita. Riscoprire un per quale scopo permette di riempire la frattura esistenziale dove si installava la dipendenza, trasformando il desiderio di evasione in un progetto di vita degno e produttivo.

Risposta alle obiezioni

- **Alla prima:** Il benessere non è solo un sentimento; è la realizzazione del massimo potenziale e l'adempimento di ruoli nella comunità. Richiede condizioni oggettive di salute e sicurezza per sostenersi nel tempo.

- **Alla seconda:** La scienza dimostra che se l'ambiente (abitazione, legami, cultura) non cambia, il cervello neuroadattato reagirà agli stimoli

ambientali innescando ricadute automatiche. Il supporto sociale è una necessità clinica.

- **Alla terza:** Il capitale di recupero può essere sviluppato anche se non è mai esistito. La comunità parrocchiale e i centri di quartiere agiscono come generatori di capitale, fornendo i legami e le risorse che altre strutture non hanno potuto offrire.

8.5.3 Articolo 3: Sul ruolo delle famiglie di accoglienza e i legami comunitari

Esposizione del tema

Molti soggetti che attraversano situazioni di consumo problematico e vulnerabilità estrema sono cresciuti in un'orfanità funzionale, dove i legami primari sono spezzati o inesistenti. In questo scenario, l'accompagnamento non può limitarsi alla rete biologica, ma deve appoggiarsi alla comunità come una rete di affetto alternativa. Le famiglie di accoglienza e i legami territoriali offrono un luogo sicuro che permette di coprire le necessità di base e offre l'abbraccio necessario affinché la persona torni a progettare la propria vita.

Domanda centrale

Le famiglie di accoglienza e i legami comunitari adempiono un ruolo come strategia attiva di cambiamento per coloro che sono privi di rete biologica?

Posizioni od obiezioni esistenti

- **Obiezione 1:** Sembra che l'accompagnamento debba concentrarsi unicamente sulla famiglia di sangue, poiché è il nucleo preventivo naturale, suggerendo che senza una rete biologica l'individuo sia destinato al fallimento.

- **Obiezione 2:** Sembra che le famiglie di accoglienza siano solo una risorsa assistenziale temporanea e non una strategia di cambiamento reale, poiché prive del legame legale o genetico per trasformare l'identità del soggetto.

Fondamento o criterio di discernimento

Quando la rete biologica non è presente o non è favorevole, la famiglia siamo noi. La comunità deve costituirsi come una rete di supporto che accompagna dal riconoscimento e dalla vicinanza, intendendo che l'amore incondizionato è il motore che restaura la dignità.

Tesi e sviluppo argomentativo

Si deve affermare che i legami comunitari e le famiglie di supporto costituiscono una strategia attiva di cambiamento basata sui seguenti punti:

1. Supplenza dell'orfanità funzionale: Offrono un ambiente di cura dove si coprono le necessità di alimentazione e igiene insieme al supporto emotivo, permettendo alla persona di uscire dallo stato di sopravvivenza e cominciare a pensarsi nel futuro.
2. Riparazione del modello vincolare: Attraverso la crescita comunitaria e figure di attaccamento sicuro (come accompagnatori pari o referenti di quartiere), il soggetto può disimparare modelli di violenza e interiorizzare la fiducia negli altri.
3. Generazione di Capitale di Recupero: Questi legami agiscono come nodi di una rete che raccoglie i frammenti spezzati della storia dell'individuo, fornendo il sostegno materiale ed emotivo affinché non si senta scartato dal sistema.
4. Inclusione sociale progressiva: La comunità facilita l'accesso ai diritti fondamentali (salute, identità, impiego) che lo Stato suole frammentare, umanizzando un percorso che altrimenti sarebbe burocratico e solitario.

Risposta alle obiezioni

- **Alla prima:** Sebbene la famiglia biologica sia l'ideale, le dipendenze sono spesso malattie di isolamento estremo. In sua assenza, la comunità ecclesiale e di quartiere deve occupare quel ruolo per evitare che il soggetto resti esposto alla solitudine della strada e al rischio di morte.
- **Alla seconda:** Il legame comunitario possiede una forza terapeutica eccezionale. Non cerca di sostituire legalmente la famiglia, ma di offrire una famiglia grande dove l'appartenenza e il servizio reciproco permettano

all'individuo di passare dall'essere un assistito a essere un membro attivo e degno della società.

8.5.4 Articolo 4: Sulla gestione della tensione tra il sapere professionale e il sapere territoriale

Esposizione del tema

La risposta integrale alle dipendenze esige un equilibrio tra il rigore scientifico dell'accademia e la saggezza empirica del territorio. Questa interazione non deve essere vista come una competizione di saperi, ma come una convergenza necessaria per affrontare la complessità della sofferenza umana. L'integrazione della conoscenza tecnica con l'esperienza di coloro che hanno percorso il cammino del recupero permette di costruire una risposta che non solo tratta il sintomo, ma che accoglie la persona nella sua totalità.

Domanda centrale

Come deve gestirsi la tensione tra la conoscenza tecnico-professionale e il sapere esperienziale degli accompagnatori pari nelle équipe multidisciplinari?

Posizioni od obiezioni esistenti

- **Obiezione 1:** Sembra che il sapere professionale debba prevalere su quello territoriale, poiché solo gli specialisti possiedono la formazione accademica e l'evidenza scientifica necessaria per trattare disturbi di salute complessi.

- **Obiezione 2:** Sembra che il sapere territoriale sia sufficiente da solo, dato che gli accompagnatori pari possiedono una legittimità e un'empatia nate dall'esperienza che l'accademia non può conferire.

Fondamento o criterio di discernimento

La vera guarigione avviene quando si stabilisce un quadro di cultura terapeutica basato sul legame comunitario. La risposta ecclesiale incorpora la specializzazione tecnica come un elemento insostituibile, ma la trascende integrandola in un modello biopsicosociale-spirituale dove il centro è la dignità della persona.

L'efficacia dell'accompagnatore pari non si spiega unicamente per il suo sapere esperienziale: risiede anche nel fatto che la sua sola presenza incarna ciò che

Figura 8.3: L'orizzontalità e la complementarità dei saperi

la psicologia del *recovery* denomina **identità di recupero** —la possibilità concreta, visibile e vicina, di essere qualcos'altro.

Tesi e sviluppo argomentativo

La gestione della tensione tra i due saperi si risolve mediante la loro integrazione armonica sotto i seguenti principi:

1. Riconoscimento di ruoli complementari: Il professionista apporta la tecnica necessaria per affrontare patologie duali o traumi complessi, mentre l'accompagnatore pari apporta l'arte dell'accompagnamento e la capacità di raggiungere la ferita dell'altro da un luogo di uguaglianza.

2. Costruzione orizzontale della rete: L'équipe deve funzionare come una famiglia, dove la mistica del servizio rompe la gerarchia tra assistente e assistito, valorizzando il contributo specifico di ciascun membro.

3. Differenziazione dell'accompagnamento: Si distingue tra un accompagnamento aspecifico (territoriale), che è trasversale e umanizza il percorso, e un accompagnamento specifico (professionale), che si occupa di aspetti clinici, diagnostici o legali puntuali.

4. Formazione condivisa: È fondamentale che tutta l'équipe partecipi a processi di formazione reciproca dove si convalidino tanto la scienza

quanto la saggezza popolare, permettendo di parlare uno stesso linguaggio spirituale e tecnico.

Risposta alle obiezioni

- **Alla prima:** La tecnica professionale rischia di essere inefficace se applicata in modo isolato. Acquista senso solo quando il paziente si sente in un ambiente di attaccamento sicuro che il sapere territoriale aiuta a costruire e sostenere.

- **Alla seconda:** Il sapere territoriale può trovarsi sopraffatto da situazioni di alta complessità, come il rischio suicidario o scompensi psicotici. La professionalizzazione dota l'équipe di strumenti critici e protegge il curante dal logoramento emotivo e dalla fatica da compassione. Si richiede, in definitiva, una misericordia strutturata che unisca la fermezza della regola con la tenerezza dell'abbraccio.

8.6 | Singolarità, Differenze Sessuali e Nuove Sfide Digitali

Questa sezione approfondisce la singolarità del soggetto, partendo dalla premessa che il disturbo da uso di sostanze è un fenomeno che si aggiunge alla personalità e non una struttura chiusa che definisce l'identità. Riconoscendo che non esiste un profilo unico del consumatore, si propone un approccio artigianale che consideri le necessità specifiche di ogni tappa del ciclo vitale, dall'infanzia al consumo tardivo negli anziani. Si analizza con rigore la vulnerabilità delle donne, le quali affrontano una doppia condanna sociale —per il consumo e per non adempiere ai ruoli tradizionali di cura—, oltre a essere maggiormente colpite dal trauma complesso e dall'abbandono vincolare. Inoltre, lo sguardo pastorale integra la popolazione travesti-trans, comprendendo che nelle loro traiettorie l'identità, l'esclusione e il consumo formano una stessa trama di sopravvivenza di fronte alla violenza sistemica. Infine, si affronta l'impatto delle nuove dipendenze digitali, come le scommesse online, i videogiochi e la pornografia, riconoscendo che questi comportamenti alterano i centri del piacere cerebrale mediante meccanismi di impulsività e compulsività analoghi a quelli delle sostanze chimiche.

8.6.1 Articolo 1: Sulla vulnerabilità e le barriere della donna nel processo di cambiamento

Esposizione del tema

La vulnerabilità psicologica della donna nell'ambito dei consumi presenta una complessità unica che la distingue significativamente dall'uomo. Questa differenza non è solo biologica, ma è profondamente segnata dal peso del trauma cronico, dal sovraccarico dei ruoli di cura e da una sanzione sociale specifica che punisce con maggiore severità la donna. Questa realtà rende difficile sia l'accesso iniziale ai dispositivi sanitari sia la permanenza nel processo di recupero.

Domanda centrale

La vulnerabilità psicologica delle donne si differenzia da quella degli uomini, e quali barriere specifiche di accesso affrontano nel recupero?

Posizioni od obiezioni esistenti

- **Obiezione 1:** Sembra che il disturbo da uso di sostanze colpisca allo stesso modo uomini e donne, poiché la dipendenza è una malattia cerebrale che non distingue il sesso nei suoi meccanismi neurobiologici di ricompensa e dipendenza.
- **Obiezione 2:** Sembra che le donne abbiano maggiori facilità di accesso al trattamento, dato che la società tende a essere più protettiva con le madri ed esistono programmi statali specifici pensati per l'infanzia e la famiglia.

Fondamento o criterio di discernimento

La donna subisce una doppia condanna sociale: per il consumo in sé e per non adempiere al ruolo tradizionale di madre o caregiver. Questa realtà si traduce in un divario di accesso critico, dove le statistiche indicano che solo una donna su diciotto con consumo problematico accede al trattamento, rispetto a un uomo su sette.

Tesi e sviluppo argomentativo

Si deve affermare che la vulnerabilità della donna richiede un approccio con prospettiva di genere e sensibilità al trauma, basandosi sui seguenti pilastri:

Cfr. art. 9.4.3 (Giudicare, Le sostanze e l'Organismo, Differenze secondo..., La risposta fisiologica...)

1. Effetto : Le donne tendono a transitare in modo più accelerato rispetto agli uomini dal primo uso allo sviluppo di un disturbo severo e delle sue conseguenze mediche. Questa progressione biopsicologica esige interventi precoci e specializzati.
2. Il trauma complesso come precursore: La grande maggioranza delle donne con dipendenze ha sperimentato storie di trauma cronico, inclusa la violenza fisica, psicologica o l'abuso. Il consumo funziona come un tentativo autoterapeutico di anestetizzare dolori irrisolti e disregolazioni emotive profonde.
3. Sovraccarico di cura e stigma: La pressione culturale per essere il sostegno affettivo del focolare genera un'interiorizzazione del rifiuto sociale. La paura di essere giudicate come cattive madri produce una colpa e una vergogna che paralizzano la ricerca di aiuto professionale.

4. Abbandono vincolare e barriere strutturali: A differenza degli uomini, che solitamente contano sul supporto delle proprie compagne o madri, le donne vengono frequentemente abbandonate dai propri compagni quando iniziano un trattamento. Inoltre, esiste una carenza di centri che permettano il ricovero con i figli, sommata alla minaccia di perdere la custodia da parte del sistema giudiziario.

Risposta alle obiezioni

- **Alla prima:** Sebbene i meccanismi di ricompensa cerebrale siano analoghi, i fattori metabolici e il contesto di violenza di genere fanno sì che l'impatto sia più devastante e rapido nella donna. Ignorare la singolarità del genere conduce a trattamenti inefficaci che non accolgono la realtà soggettiva femminile.

- **Alla seconda:** La presunta protezione istituzionale suole essere punitiva e burocratica anziché sanante. La vera soluzione richiede programmi recettivi al trauma e figure di attaccamento sicuro che offrano tenerezza anziché giudizi morali, garantendo che il trattamento non obblighi la donna a scegliere tra il proprio recupero e la propria maternità.

8.6.2 Articolo 2: Sull'adattamento dell'approccio secondo il ciclo vitale

Esposizione del tema

Il recupero e la prevenzione non possono essere processi standardizzati che ignorino la biografia del soggetto. Lo sviluppo umano è un processo dinamico dove le interazioni biologiche, psicologiche e ambientali cambiano significativamente nel tempo. Pertanto, l'accompagnamento deve adeguarsi alla traiettoria vitale di ogni persona, riconoscendo che la motivazione, la percezione del rischio e la vulnerabilità neurologica variano drasticamente dall'infanzia alla vecchiaia.

Domanda centrale

L'approccio psicologico e pastorale deve adattarsi secondo la tappa del ciclo vitale della persona, o è sufficiente un modello standard basato sulla sostanza?

Posizioni od obiezioni esistenti

- **Obiezione 1:** Sembra che l'approccio debba concentrarsi primordialmente sulla sostanza, poiché gli effetti neurochimici della droga e i criteri diagnostici sono simili indipendentemente dall'età dell'individuo.
- **Obiezione 2:** Sembra che i programmi di prevenzione universale nelle scuole siano sufficienti per coprire tutte le tappe precoci, minimizzando la necessità di interventi specifici per bambini o adolescenti.
- **Obiezione 3:** Sembra che il consumo negli anziani sia una problematica minore o inesistente, per cui non si ritenga necessario sviluppare strategie specifiche per coloro che hanno superato l'età lavorativa.

Fondamento o criterio di discernimento

Non esiste un profilo unico del consumatore. L'approccio integrale esige programmi appropriati per l'età e il dosaggio del rischio, intendendo che ogni tappa evolutiva presenta sfide e potenzialità uniche per la guarigione.

Tesi e sviluppo argomentativo

L'approccio deve organizzarsi in forma artigianale secondo le necessità specifiche di ogni tappa del ciclo vitale:

1. Infanzia (6-11 anni): Il focus si colloca nella socializzazione e nello sviluppo di abilità di base come la regolazione degli impulsi e l'attenzione. Gli interventi devono rafforzare l'attaccamento sicuro e l'autostima, riconoscendo che un inizio precoce (8 o 9 anni) impedisce la formazione sana delle reti neuronali.
2. Adolescenza (12-17 anni): È la tappa di maggior rischio biologico perché la corteccia prefrontale —il freno del cervello— non ha ancora maturato, mentre il sistema di ricompensa è altamente sensibile. Il lavoro deve concentrarsi sulla resistenza alla pressione del gruppo, l'autoefficacia e la costruzione di un'identità indipendente dalla sostanza.
3. Vita Adulta: Il trattamento si orienta verso il recupero dei ruoli sociali, l'inserimento lavorativo, la rieducazione finanziaria e la ricostruzione dei legami familiari danneggiati da anni di consumo, cercando un'autonomia progressiva.

Cfr. art. 3 (Giudicare, Le sostanze e l'organismo, Definizione..., Rischi...)

4. Anziani: È fondamentale affrontare il consumo tardivo, frequentemente legato al pensionamento, alla solitudine o al lutto. La motivazione al cambiamento in questa tappa si lega alla ricerca di senso di fronte alla fine della vita e alla gestione di un metabolismo più lento delle sostanze.

Risposta alle obiezioni

- **Alla prima:** Sebbene la molecola sia la stessa, l'impatto su un cervello in sviluppo causa deficit cognitivi permanenti che non si verificano allo stesso modo in un adulto, il che esige strategie pedagogiche e cliniche differenziate.
- **Alla seconda:** La prevenzione universale è necessaria ma insufficiente per i gruppi di alta vulnerabilità, come i figli di persone con disturbi da uso di sostanze, che richiedono interventi che affrontino direttamente il trauma e le carenze emotive.
- **Alla terza:** Il consumo nella terza età è una realtà resa invisibile dallo stigma. L'accompagnamento deve restituire la dignità esistenziale agli anziani, integrandoli nella comunità affinché non affrontino la propria dipendenza nella solitudine dell'isolamento sociale.

8.6.3 Articolo 3: Sull'approccio alle dipendenze digitali

Esposizione del tema

L'approccio alle cosiddette dipendenze digitali —che includono i videogiochi, le scommesse online e la pornografia— esige di comprendere la transizione dai disturbi dell'impulso alle dipendenze comportamentali. In questi quadri, si produce una disfunzione nel sistema di ricompensa cerebrale dove il rilascio di dopamina rinforza abitudini compulsive in modo analogo a quanto accade con le sostanze chimiche. Non si tratta semplicemente di un uso eccessivo della tecnologia, ma di un'alterazione nella capacità di regolazione che compromette la libertà del soggetto di fronte al dispositivo.

Cfr. art. 9.3.1 (Giudicare, Le sostanze e l'organismo, La farmacodinamica..., Art. 1...)

Domanda centrale

Le dipendenze digitali devono essere affrontate sotto gli stessi criteri psicologici delle dipendenze da sostanze, considerando che attivano circuiti cerebrali simili?

Posizioni od obiezioni esistenti

- **Obiezione 1:** Sembra che le condotte digitali non possano essere considerate dipendenze reali, poiché in esse non esiste l'ingestione di una molecola esterna nell'organismo che produca un impatto neurobiologico verificabile.
- **Obiezione 2:** Sembra che queste condotte siano semplici problemi di mancanza di disciplina o impulsività, specialmente nei giovani, e che non presentino una sindrome di astinenza biologica come quella delle droghe.
- **Obiezione 3:** Si afferma che l'unica soluzione efficace di fronte al rischio dell'ambiente digitale sia la proibizione totale della tecnologia per evitare l'isolamento e la manipolazione che questo ambiente propicia.

Fondamento o criterio di discernimento

Sebbene non intervenga una sostanza chimica ingerita, queste condotte alterano i centri del piacere e della ricompensa del cervello in modo simile alle droghe. L'approccio deve riconoscere che l'ambiente digitale può esporre la persona alla dipendenza e alla perdita di contatto con la realtà concreta, richiedendo una rieducazione della volontà.

Tesi e sviluppo argomentativo

Si deve affermare che il trattamento delle dipendenze digitali richiede un approccio integrale che consideri la dinamica della compulsione e del malessere soggiacente, basandosi sui seguenti pilastri:

1. Differenziazione tra impulsività e compulsività: L'impulsività è motivata dalla ricerca del piacere immediato, mentre la compulsività cerca di evitare o ridurre emozioni negative. Il trattamento deve identificare in quale punto il piacere si trasforma in una necessità di evasione.
2. Identificazione del dolore primario: L'approccio psicologico non deve fermarsi alla condotta esterna, ma indagare nel malessere emotivo, nel fallimento o nell'incertezza che l'individuo tenta di anestetizzare attraverso il dispositivo.
3. Gestione del dolore secondario: L'evasione digitale genera un nuovo livello di sofferenza segnato dalla colpa, dalla vergogna e dall'ansia sociale.

Lavorare su questi sentimenti è essenziale per rompere il ciclo del consumo digitale.

4. Terapia di Accettazione e Impegno (ACT): Viene utilizzata per aiutare il soggetto ad affrontare le proprie realtà interiori e tollerare il malessere senza cercare il rifugio immediato dello schermo, rafforzando il suo impegno con valori di vita reali.

5. Attenzione allo stress digitale e al FOMO: L'approccio deve trattare l'allerta costante e la paura di restare fuori dalla connessione (Fear of Missing Out), che generano sovraccarico di informazioni e un'ansia persistente per l'approvazione esterna.

Risposta alle obiezioni

- **Alla prima:** Sebbene non vi siano sostanze chimiche esterne, il cervello elabora queste esperienze mediante processi neuroplastici. L'esposizione costante a stimoli digitali cambia fisicamente i circuiti cerebrali in modo simile all'apprendimento di qualsiasi abitudine di dipendenza.

- **Alla seconda:** L'esperienza clinica dimostra che gli utenti presentano ossessione mentale e sintomi fisici di astinenza, come irritabilità o malessere, quando non accedono alla rete. Il design di queste piattaforme cerca precisamente di vincere l'autocontrollo, specialmente negli adolescenti con una corteccia prefrontale ancora immatura.

Cfr. art. 3 (Giudicare, Le sostanze e l'organismo, Definizione..., Rischi...)

- **Alla terza:** L'obiettivo non è la soppressione della tecnologia, ma lo sviluppo di una cittadinanza digitale responsabile. Si cerca che la parte razionale del cervello recuperi il comando sugli impulsi emotivi, trasformando la tecnologia in uno strumento per lo studio e l'incontro umano.

8.7 | Competenze di Accompagnamento e Cura di Sé

Questa sezione approfondisce l'arte dell'accompagnamento, dove si propone l'ascolto attivo ed empatico non solo come una tecnica, ma come il primo farmaco capace di umanizzare il percorso di chi soffre e riconoscere la sua dignità come terra sacra. Si dettagliano competenze fondamentali come la parafrasi, il riassunto e l'affermazione, orientate a risvegliare l'autoefficacia e il protagonismo della persona nel proprio processo di trasformazione. In modo complementare e vitale, la sezione affronta l'urgenza di prendersi cura di chi cura, riconoscendo la vulnerabilità del guaritore ferito e la necessità imperante di prevenire l'esaurimento professionale o la fatica da compassione in contesti di alta complessità. Infine, si rivendica il riposo e la definizione di limiti sani come dimensioni essenziali della missione, esortando gli agenti pastorali a lasciarsi sostenere dalla comunità affinché il servizio sia sostenibile e rifletta sempre la tenerezza dell'incontro umano.

Figura 8.4: L'ascolto attivo

8.7.1 Articolo 1: Sulla natura dell'ascolto attivo e il lavoro interiore dell'accompagnatore

Gc 1, 19 — *Lo sappia, fratelli miei carissimi: ognuno sia pronto ad ascoltare, lento a parlare e lento all'ira*

Esposizione del tema

L'ascolto attivo si propone come il primo farmaco nel processo di recupero, essendo un'abilità complessa che trascende il semplice silenzio. Richiede una ricettività intensa, concentrazione e pazienza per costituirsi come un atto di ospitalità verso il cuore dell'altro. Non si tratta di una tecnica meccanica, ma di una disposizione spirituale e psicologica che cerca di umanizzare il percorso di chi soffre, riconoscendo la sua storia come una terra sacra che deve essere trattata con il massimo rispetto.

Domanda centrale

Quali sono i componenti essenziali dell'ascolto attivo e quali ostacoli interni deve elaborare l'accompagnatore per raggiungere un legame sanante?

Posizioni od obiezioni esistenti

- **Obiezione 1:** Sembra che ascoltare sia un processo meramente passivo che consiste nel mantenere il silenzio mentre l'altro parla, per cui non si richiederebbe una formazione specifica né un atteggiamento deliberato.
- **Obiezione 2:** Sembra che la funzione principale dell'accompagnatore sia essere un consigliere che debba avere risposte preparate; concentrarsi solo sull'ascolto potrebbe ritardare l'intervento correttivo necessario.
- **Obiezione 3:** Si assume che il contenuto della comunicazione sia unicamente verbale, per cui prestare attenzione ai segnali fisici o al linguaggio corporeo sarebbe secondario rispetto alla letteralità delle parole.

Fondamento o criterio di discernimento

L'ascolto attivo è uno strumento fondamentale pensato affinché la persona si senta accolta e considerata. Non cerca di imporre una verità esterna, ma di permettere che emerga la storia di vita del soggetto, convalidando la sua parola come l'asse della propria trasformazione.

Tesi e sviluppo argomentativo

L'ascolto attivo si fonda su componenti tecniche precise e su un lavoro profondo sull'interiorità dell'accompagnatore:

1. Componenti tecniche:

- Attenzione attiva: Implica preoccuparsi di tutti i livelli della comunicazione (verbale e non verbale), comunicando presenza mediante il contatto visivo e gesti di incoraggiamento.
- Parafrasi: Consiste nel ripetere il contenuto espresso utilizzando le proprie parole per verificare la comprensione e dimostrare che il messaggio è stato colto.
- Rispecchiamento dei sentimenti: L'accompagnatore cerca di percepire ed esprimere lo stato emotivo dell'altro, dimostrando empatia nel condividere la comprensione del suo punto di vista senza giudicarlo.
- Riassunto: Riunisce i punti principali della conversazione per evitare malintesi e preparare il soggetto al passo successivo nel suo processo.

2. Ostacoli interni dell'accompagnatore: Il legame sanante esige di rimuovere barriere come la reattività emotiva, l'autoreferenzialità (pensare alla propria risposta mentre l'altro parla) e i pregiudizi che portano a qualificare le azioni altrui come viziose.

Risposta alle obiezioni

- **Alla prima:** L'ascolto è attivo perché richiede una partecipazione dinamica del sistema nervoso e la volontà di sintonizzarsi con il mondo interiore altrui. Non è assenza di azione, ma una presenza piena e consapevole.

- **Alla seconda:** L'obiettivo non è essere un sapiente che impartisce lezioni, ma una guida al fianco. La persona guarisce quando riesce a simbolizzare il proprio dolore attraverso la parola, recuperando la propria autonomia invece di ricevere ordini.

- **Alla terza:** La comunicazione è integrale. I segnali non verbali spesso rivelano più sulla sofferenza del discorso razionalizzato; pertanto, l'attenzione al corporeo è indispensabile per cogliere la totalità del messaggio.

8.7.2 Articolo 2: Sull'autoefficacia, l'affermazione e la persuasione sociale

Esposizione del tema

Il recupero dalle dipendenze richiede che il soggetto recuperi la fiducia nella propria capacità di generare cambiamenti. Lo sviluppo dell'autoefficacia non è un processo che avviene nell'isolamento, ma che si nutre costantemente dell'interazione con l'ambiente e l'accompagnamento. Attraverso l'affermazione e la persuasione sociale, l'accompagnatore agisce come uno specchio che restituisce all'individuo un'immagine dei propri punti di forza, permettendogli di transitare dalla paralisi del dubbio verso un atteggiamento di protagonismo nel proprio progetto di vita.

Domanda centrale

Lo sviluppo dell'autoefficacia, mediato dall'affermazione e dalla persuasione sociale, influisce in modo determinante nel rafforzamento del processo terapeutico?

Posizioni od obiezioni esistenti

- **Obiezione 1:** Sembra che l'autoefficacia sia un tratto innato della personalità o una forza di volontà interna che il soggetto possiede o non possiede, per cui gli stimoli esterni o le parole dell'accompagnatore non avrebbero un impatto reale sulla condotta.

- **Obiezione 2:** Sembra che l'affermazione costante possa essere controproducente, poiché nel sottolineare aspetti positivi in qualcuno che ha commesso errori gravi si corre il rischio di minimizzare la malattia o fomentare una falsa fiducia che ignori i rischi di ricaduta.

- **Obiezione 3:** Sembra che la persuasione sociale sia una risorsa superficiale che non affronta le modifiche strutturali nel cervello causate dal consumo; senza una riparazione biologica previa, nessuna parola di incoraggiamento potrà restaurare la capacità decisionale.

Fondamento o criterio di discernimento

L'autoefficacia è la credenza di una persona nella propria abilità di avere successo in una situazione particolare. Ricevere stimolo verbale e affermazione dagli altri aiuta a superare i dubbi e incrementa la capacità di agire, trasformando la motivazione da uno stato fluttuante a un impegno fermo con il cambiamento.

Tesi e sviluppo argomentativo

Si deve affermare che lo sviluppo dell'autoefficacia è il motore del cambiamento nel processo terapeutico, manifestandosi attraverso i seguenti assi:

1. L'affermazione come validazione dell'essere: Affermare implica formulare dichiarazioni sincere e positive che convalidano la persona al di là dei suoi atti. Questa pratica rinforza i piccoli successi, rafforza l'alleanza terapeutica e dimostra che l'accompagnatore riconosce lo sforzo e il valore intrinseco del soggetto.

2. La persuasione sociale come antidoto al dubbio: In contesti di esclusione, l'utente suole interiorizzare messaggi di fallimento. La parola dell'accompagnatore agisce come una forza esterna che permette all'individuo di riconsiderare il proprio potenziale, credendo nelle proprie abilità di riuscire ancor prima che egli stesso possa percepirle.

3. Prevenzione dello scoraggiamento: Enfatizzando le esperienze che dimostrano forza, l'affermazione aiuta la persona a transitare dal sentimento di non me lo merito verso una convinzione di posso farcela , il che è vitale per sostenere lo sforzo nelle tappe iniziali del recupero.

4. Sostenibilità nelle tappe critiche: Tanto nella fase di azione quanto in quella di mantenimento, l'affermazione costante aiuta a normalizzare l'ambivalenza e rafforza la capacità di gestire nuove strategie di coping senza ricorrere alla sostanza.

Risposta alle obiezioni

- **Alla prima:** Sebbene l'autoefficacia sia una credenza interna, si nutre di modelli e mentori. La motivazione interna spesso si risveglia attraverso la persuasione sociale di qualcuno che ha fiducia nell'utente, fornendo l'impulso necessario affinché il soggetto cominci a fidarsi di se stesso.

- **Alla seconda:** L'affermazione non ignora la realtà della malattia, ma separa la condotta dall'identità. Trasformare i pensieri irrazionali di colpa in affermazioni basate sui punti di forza è un requisito indispensabile affinché la persona assuma la responsabilità del proprio processo.

- **Alla terza:** Sebbene il cervello sia colpito, lo stimolo verbale e la fiducia comunitaria agiscono come rinforzatori che facilitano l'apprendimento di nuove abitudini. Si sfrutta la neuroplasticità affinché la parte razionale del cervello riprenda il comando sugli impulsi emotivi, stabilizzando così il comportamento sano.

Cfr. art. 6 (Giudicare, Brevissimo Glossario)

8.7.3 Articolo 3: Sull'introspezione e il diario delle emozioni

Esposizione del tema

L'introspezione e l'uso di strumenti come il diario delle emozioni si propongono come strumenti di umanizzazione del percorso. Non sono meri esercizi intellettuali, ma atti di guardare dentro di sé per realizzare una riflessione profonda sui sentimenti e sul comportamento. Questa pratica è un punto essenziale per la crescita personale, permettendo all'individuo di trovare pace e pienezza approfondendo il proprio essere e la verità della propria storia.

Domanda centrale

L'introspezione e l'uso di strumenti come il diario delle emozioni hanno un'importanza fondamentale per l'autoconoscenza e il recupero del paziente?

Posizioni od obiezioni esistenti

- **Obiezione 1:** Sembra che l'introspezione non sia conveniente per persone con disturbi da uso di sostanze, poiché possedendo reti di memoria cariche di trauma, guardare dentro di sé aumenterebbe solo la loro angoscia e disperazione.

- **Obiezione 2:** Sembra che l'uso di strumenti scritti sia inefficace o escludente, dato che molti pazienti in situazione di vulnerabilità estrema presentano un basso livello di scolarizzazione o deterioramento cognitivo che impedisce loro di realizzare riflessioni scritte.

- **Obiezione 3:** Si afferma che la cosa più importante sia il servizio e l'azione comunitaria sotto la premessa che il lavoro guarisce, per cui la riflessione interiore sarebbe un esercizio secondario di fronte all'urgenza del reinserimento sociale.

Fondamento o criterio di discernimento

L'introspezione è l'atto di riflessione interna necessario per la crescita personale. L'autoconoscenza aiuta ad approfondire il proprio essere per trovare un senso di vita trascendente, trasformando l'individuo da un oggetto di assistenza in un soggetto consapevole della propria dignità.

Tesi e sviluppo argomentativo

L'introspezione e il registro emotivo sono fondamentali per il recupero perché permettono di affrontare la radice della sofferenza sotto i seguenti pilastri:

1. Identificazione della frattura interiore: Permette al paziente di smettere di vedere la droga come il problema centrale e di cominciare a intenderla come un sintomo di un dolore profondo o abbandono pregresso. Senza questo esercizio, il trattamento tocca solo la superficie senza sanare la causa.
2. Facilitazione della presa di coscienza: Il registro delle emozioni aiuta a identificare condotte negative e pensieri rigidi. Questo processo trasforma il soggetto in un protagonista che assume la responsabilità della propria storia.
3. Ordinamento del mondo interiore: Il diario funziona come un'àncora di fronte al caos della vita di strada. Nominando ciò che sente, il paziente permette alla parte razionale del cervello di recuperare il controllo sugli impulsi emotivi.
4. Legame con la trascendenza: Dalla prospettiva pastorale, l'introspezione si eleva all'esame di coscienza, dove la persona riconosce la presenza di Dio nella propria giornata e rafforza la propria volontà per il cambiamento.

Risposta alle obiezioni

- **Alla prima:** Sebbene guardare il trauma sia doloroso, la guarigione integrale è possibile solo mediante la risignificazione di quegli eventi. La comunità deve fornire il luogo sicuro affinché questa introspezione non sia un atto solitario, ma un processo accompagnato e contenuto.
- **Alla seconda:** Lo strumento deve essere artigianale e flessibile. In casi di bassa scolarizzazione, l'introspezione può essere facilitata mediante

il dialogo empatico, l'arte o l'accompagnamento di pari che aiutino il soggetto a mettere in parole ciò che sente.

- **Alla terza:** Non c'è opposizione tra azione e introspezione, poiché l'essere umano è un'unità di corpo e anima. Il servizio comunitario acquista il suo vero senso quando nasce da un cuore che conosce se stesso e ha scoperto la propria dignità davanti a Dio.

8.7.4 Articolo 4: Sulla necessità vitale della cura di sé per gli agenti pastorali

Esposizione del tema

L'accompagnamento a persone in situazioni di vulnerabilità estrema e consumo problematico comporta un elevato costo emotivo che, se non gestito adeguatamente, sfocia in esaurimento professionale, fatica da compassione o vuoto esistenziale. Coloro che svolgono questo lavoro si trovano in uno scenario di alta complessità dove la frustrazione può essere frequente. Pertanto, la cura di sé non deve essere considerata un complemento opzionale, ma una dimensione intrinseca e vitale della missione che garantisce che il servizio sia umanizzante e sostenibile nel tempo.

Domanda centrale

È vitale integrare un modulo di cura di sé per gli agenti pastorali al fine di prevenire il logoramento da empatia, il burnout e la fatica da compassione?

Posizioni od obiezioni esistenti

- **Obiezione 1:** Sembra che l'accompagnamento sia un sacrificio totale che debba assumersi come una partecipazione alla croce di Cristo, per cui la stanchezza dell'agente sarebbe una dedizione necessaria che non richiederebbe un modulo di cura di sé.
- **Obiezione 2:** Sembra che le risorse e il tempo debbano concentrarsi esclusivamente sull'utente, considerando che il benessere degli agenti pastorali è un lusso o una distrazione dall'urgenza di salvare vite.
- **Obiezione 3:** Si afferma che la fede e la preghiera siano sufficienti a sostenere il curante, suggerendo che l'esaurimento si debba unicamente a una carenza di vita spirituale e non a una necessità di strategie psicologiche di cura.

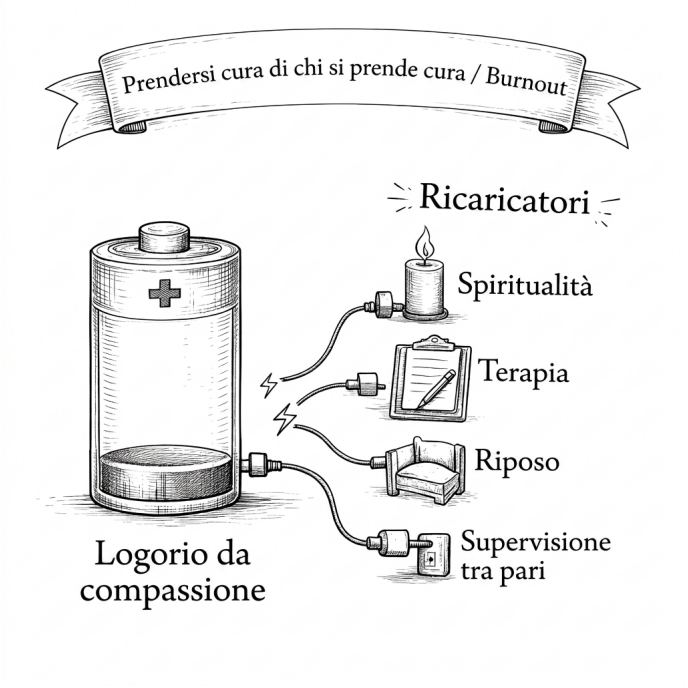


Figura 8.5: Prendersi cura di chi cura

Fondamento o criterio di discernimento

Il riposo è una necessità umana e spirituale ordinata dallo stesso Cristo per coloro che sono al centro del servizio. L'accompagnamento integrale esige che l'agente gestisca la propria vita e riconosca i propri limiti per evitare che la fiaccola della speranza si spenga, intendendo che il diritto al riposo è una dimensione essenziale della missione.

Tesi e sviluppo argomentativo

L'integrazione di un modulo di cura di sé è un atto di giustizia e responsabilità missionaria che si fonda sui seguenti pilastri:

1. Sostenibilità della missione: Per curare bene è imperativo che l'agente preservi la propria salute. L'esaurimento estremo impedisce la continuità del compito e fa sì che il servizio diventi insostenibile, compromettendo la qualità dell'accompagnamento a lungo termine.

2. Prevenzione del trauma secondario: I curanti sono esposti a uno stress post-traumatico derivato dal caricarsi del dolore e delle ferite degli utenti. Disporre di protocolli di individuazione del burnout e della fatica da compassione permette di elaborare questo impatto ed evita che gli agenti pastorali somatizzino la sofferenza altrui.

3. Identità del guaritore ferito: L' accompagnatore deve riconoscere la propria vulnerabilità e il proprio bisogno di tenerezza. Accettare le proprie ferite permette al pastore di lasciarsi curare dalla comunità, evitando di collocarsi in una posizione di superiorità che blocchi il legame reale.

4. Qualità della cura: Un agente pastorale logorato perde la capacità di ascolto attivo e di empatia. La cura di sé permette di fare le pause necessarie per assicurare che l'incontro con l'altro sia sempre un gesto d'amore e non un carico meccanico o burocratico.

5. Definizione di limiti sani: La cura implica imparare a dire no e a ritirarsi in panchina quando le forze vengono meno, riconoscendo che nessuno può da solo e che la comunità è il supporto ultimo del compito.

Risposta alle obiezioni

- **Alla prima:** Sebbene la dedizione generosa sia preziosa, Dio non chiede sacrifici che distruggano la propria vita. Prendersi cura di se stessi è un modo di onorare il dono della vita e garantire che il servizio possa continuare senza che il curante si spezzi.

- **Alla seconda:** La cura di sé è una strategia di salute mentale indispensabile, non un lusso. Investire nel benessere dell'équipe garantisce che ci siano sempre mani disponibili e menti lucide per affrontare l'emergenza sociale in modo efficace.

- **Alla terza:** La fede non annulla la biologia né le leggi della psiche. È necessario integrare la vita spirituale con abitudini sane, esercizio fisico e supporto tra pari affinché la salute integrale dell'agente sia in condizioni ottimali per la missione.

Capitolo 9

Le sostanze e l'organismo

Esposizione del tema: Le sostanze e l'organismo.

Lo studio della relazione tra l'essere umano e le sostanze chimiche implica comprendere come certi componenti esterni interagiscano con la struttura biologica più complessa dell'uomo: il suo sistema nervoso. Questa interazione non è un evento isolato, bensì un processo farmacologico e metabolico che altera la percezione e il comportamento dell'individuo.

9.1 | Definizione e Classificazione delle Sostanze

Una **sostanza psicoattiva (SPA)** è qualsiasi composto chimico che, una volta introdotto nell'organismo, **altera il funzionamento del sistema nervoso centrale (SNC)**, modificando il comportamento, la percezione o lo stato d'animo. Per agire direttamente sui neuroni, queste sostanze devono essere in grado di **attraversare la barriera emato-encefalica (BEE)**, una frontiera biologica che protegge il cervello e che risulta impermeabile per la maggior parte dei composti chimici.

In base all'effetto specifico che provocano interagendo con il cervello, si classificano attualmente in sei gruppi fondamentali: **stimolanti, depressori, oppioidi, allucinogeni, dissociativi e cannabinoidi**.

È fondamentale riconoscere che sostanze legali come l'**alcol, la nicotina e la caffeina** sono sostanze psicoattive, poiché soddisfano rigorosamente il criterio biologico di alterare il SNC, indipendentemente dalla loro accettazione sociale. Attualmente, il rischio sanitario si è aggravato con la comparsa di **nuove sostanze psicoattive (NSP)** e **oppioidi sintetici come il fentanil**, la cui potenza è **fino a cento volte superiore** a quella delle droghe tradizionali, elevando il pericolo di morte per sovradosaggio a causa del loro dosaggio imprevedibile e del loro uso frequente come adulterante occulto.

9.1.1 Articolo 1: Definizione delle sostanze psicoattive (SPA)

Esposizione del tema: L'interazione chimica con il sistema nervoso

Lo studio della relazione tra l'essere umano e le sostanze implica comprendere come certi componenti esterni riescano a interagire con la struttura biologica più complessa dell'uomo: il suo sistema nervoso. Questa interazione non è un evento casuale, bensì un processo farmacologico definito dalla capacità di una molecola di alterare la percezione, l'umore e il comportamento dell'individuo.

Domanda centrale

Che cosa definisce una sostanza come «psicoattiva» e cosa la differenzia, nel suo passaggio attraverso l'organismo, da un farmaco comune?

Posizioni od obiezioni esistenti

1. **Sembra che il termine si riferisca unicamente alle droghe illecite**, associando la psicoattività solo a sostanze proibite.
2. **Sembra che queste sostanze colpiscano solo la «mente»**, senza avere una ripercussione reale sul resto dell'organismo fisico.
3. **Sembra che non vi sia differenza tra una SPA e qualsiasi farmaco comune** (come un antibiotico), poiché entrambi vengono ingeriti per produrre un effetto sulla salute.
4. **Sembra che le dipendenze comportamentali siano equivalenti**, poiché alterano il piacere senza la necessità di un composto chimico esterno.

Fondamento o criterio di discernimento

Contro ciò, il criterio scientifico stabilisce che una SPA è un componente che colpisce il sistema nervoso centrale (SNC) mediante una capacità farmacologica specifica: quella di attraversare difese biologiche che altri componenti non possono superare.

Tesi e sviluppo argomentativo

Rispondiamo che le sostanze psicoattive sono componenti chimici di **struttura molecolare piccola e liposolubili** (solubili nei grassi). Queste due caratteristiche sono quelle che conferiscono loro la *chiave* tecnica per attraversare la **barriera emato-encefalica (BEE)**, una membrana protettiva composta da cellule unite in modo molto serrato che limita il flusso di sostanze chimiche verso il cervello.

Sebbene la liposolubilità e le piccole dimensioni molecolari costituiscano la via di accesso predominante delle SPA al tessuto cerebrale, la farmacologia riconosce anche altri meccanismi di passaggio attraverso la BEE, come il trasporto attivo e il trasporto facilitato, mediante i quali certe molecole vengono trasportate da proteine trasportatrici specializzate. Inoltre, la BEE non è uniformemente impermeabile in tutte le regioni del cervello: determinate zone denominate organi circumventricolari presentano una barriera più permeabile, il che consente lo scambio di segnali chimici tra il sangue e il sistema nervoso centrale. Queste precisazioni non alterano il criterio generale qui esposto, ma completano il panorama per il lettore che desideri approfondire la materia.

Fatta questa precisazione, conviene segnalare che la maggior parte dei farmaci comuni è idrosolubile (si dissolve in acqua) e possiede molecole grandi che la BEE blocca efficacemente. Le SPA, invece, sfruttano la loro affinità con le membrane grasse della barriera per accedere direttamente al tessuto cerebrale. Una volta all'interno, agiscono nei seguenti modi:

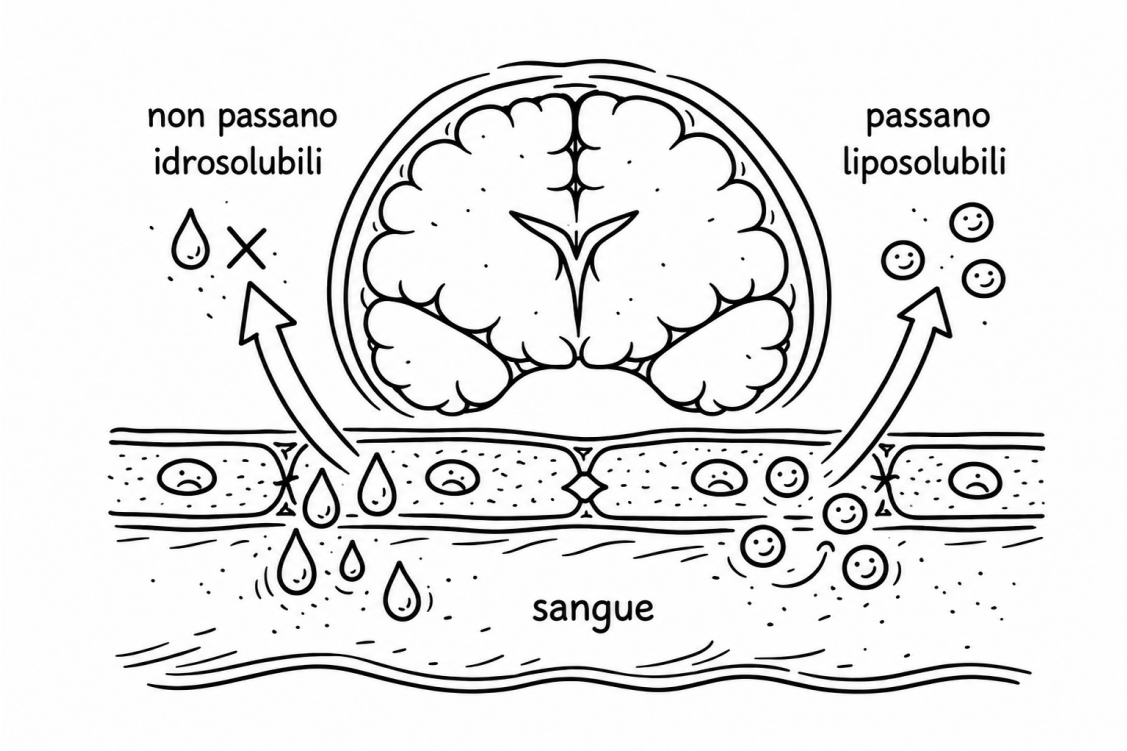


Figura 9.1: Barriera emato-encefalica

Una volta attraversata questa barriera, le sostanze psicoattive agiscono nei seguenti modi:

- **Interferenza nella comunicazione:** Alterano il modo in cui i neuroni inviano, ricevono e processano i segnali dei neurotrasmettitori nello spazio intersinaptico.
- **Classificazione funzionale:** In base al loro effetto, si dividono in **stimolanti, depressori, oppioidi, allucinogeni, dissociativi e cannabinoidi**.
- **Processo metabolico:** Il corpo cerca di neutralizzarle attraverso il fegato e i reni. L'impatto di una sostanza non è permanente; la sua durata è soggetta a un cronometro biologico denominato **emivita**, la cui dinamica tecnica viene analizzata in modo approfondito nel capitolo di farmacocinetica

Risposta alle obiezioni

1. **Alla prima:** La psicoattività è un criterio biologico, non giuridico. Alcol, nicotina e caffeina soddisfano tutti i requisiti di una SPA.
2. **Alla seconda:** Sebbene agiscano sul cervello, le SPA si distribuiscono in tutto il corpo, causando danni sistemici al fegato, ai reni e al sistema immunitario, così come ad altri organi e sistemi del corpo.
3. **Alla terza:** La differenza è strutturale. I farmaci idrosolubili (come molti antibiotici) non attraversano la BEE, mentre le SPA sono liposolubili e accedono direttamente al centro di comando.
4. **Alla quarta:** La definizione tecnica di SPA richiede necessariamente la presenza di un **componente chimico esterno** che entri nel torrente sanguigno, cosa che non avviene nelle dipendenze comportamentali.

9.1.2 Articolo 2: Classificazione secondo l'effetto specifico sul sistema nervoso centrale

Esposizione del tema: La classificazione funzionale delle sostanze.

Lo studio delle sostanze psicoattive richiede una tassonomia chiara che consenta di comprendere non solo la composizione chimica, ma la reazione specifica che provocano interagendo con il cervello umano. Dato che il sistema nervoso centrale (SNC) è il centro di tutta l'attività umana, è fondamentale discernere come ciascun gruppo di sostanze alteri le funzioni vitali, l'umore e il giudizio dell'individuo. Tuttavia, ogni classificazione è uno strumento pedagogico che semplifica una realtà più complessa: molte sostanze producono effetti che oltrepassano i confini di una singola categoria, e l'esperienza concreta di consumo dipende sempre dall'interazione tra il soggetto, la sostanza e il contesto (Triade di Zinberg).

Cfr. art. 7 (Giudicare, Brevissimo Glossario)

Domanda centrale: Come si classificano le sostanze psicoattive secondo il loro effetto sul sistema nervoso centrale?

Si cerca di determinare se esista una distinzione funzionale tra i diversi componenti chimici che, attraversando la barriera emato-encefalica, modificano il funzionamento naturale dei neuroni e dei circuiti di ricompensa, e se tale distinzione possa organizzarsi in categorie nette.

Posizioni od obiezioni esistenti

1. **Sembra che tutte le sostanze producano lo stesso effetto di *benessere***, per cui dividerle in categorie è inutile, dato che l'utente cerca sempre l'euforia o la fuga indipendentemente dal nome chimico.
2. **Sembra che le sostanze legali, come l'alcol o la caffeina, non dovrebbero essere incluse**, poiché la loro accettazione sociale e la commercializzazione quotidiana le allontanano dalla categoria di *droghe* pericolose.
3. **Sembra che i farmaci prescritti dai medici perdano il loro carattere psicoattivo**, poiché il loro fine terapeutico (come calmare il dolore) eliminerebbe il rischio di essere classificati come sostanze d'abuso.
4. **Sembra che una classificazione in categorie fisse sia sufficiente per comprendere il fenomeno**, assumendo che ciascuna sostanza appartenga in modo univoco a un solo gruppo e che i confini tra le categorie siano netti e definitivi.

Fondamento o criterio di discernimento

Le fonti stabiliscono che **il modo in cui una droga influisce su una persona dipende direttamente da come questa altera l'attività del SNC**. Questa classificazione scientifica è una guida generale che consente di identificare se la sostanza accelera, inibisce, blocca il dolore, distorce la realtà, depersonalizza o altera la memoria e la percezione del tempo di chi la consuma. Tuttavia, dato che la persona è un'unità indivisibile e che l'esperienza di consumo è sempre situata, la classificazione deve essere intesa come una mappa orientativa che facilita il discernimento, non come un sistema di compartimenti stagni.

Tesi e sviluppo argomentativo

Rispondiamo che le sostanze psicoattive si classificano in sette gruppi fondamentali secondo la loro azione predominante nell'organismo:

Classificazione	Effetti sul SNC	Esempi
Stimolanti	Hanno la proprietà di **aumentare l'attività del SNC**. Generano uno stato di allerta intensa, maggiore energia ed euforia, elevando simultaneamente la frequenza cardiaca e la respirazione.	Cocaina, anfetamine, nicotina, caffeina
Depressori	Agiscono in modo inverso, poiché **diminuiscono l'attività del SNC**. Inducono sensazioni di rilassamento e benessere, ma possono anche causare sonnolenza e lentezza dei riflessi.	Alcol, benzodiazepine, barbiturici
Oppioidi	La loro azione primaria è **depressiva**: producono un'**inibizione selettiva del SNC orientata al blocco del dolore**. Sono analgesici potenti che generano inoltre un'intensa sensazione di euforia e benessere, il che spiega il loro alto potenziale di dipendenza. Possono indurre anche il sonno. Vengono classificati in una categoria propria —separata dai depressori generali— poiché agiscono su un sistema di recettori specifico (il sistema oppioide endogeno) e poiché il loro profilo clinico di rischio, in particolare la depressione respiratoria letale, esige un approccio di emergenza differenziato.	Morfina, eroina, fentanil, codeina
Allucinogeni	Sono sostanze che **producono distorsioni sensoriali profonde e alterano lo stato d'animo e il pensiero**. Provocano nella persona la percezione di immagini o sensazioni che sembrano reali ma non lo sono.	LSD, psilocibina (funghi), mescalina (peyote)
Dissociativi	Sono sostanze che **producono la sensazione di separazione mente-corpo, analgesia e depersonalizzazione**.	Ketamina, PCP

Classificazione	Effetti sul SNC	Esempi
Empatogeni	Sono sostanze che **potenziano intensamente l'empatia emotiva, la socievolezza e la sensazione di connessione affettiva con gli altri**, combinando effetti stimolanti lievi con un'alterazione significativa della percezione emotiva. Il loro meccanismo principale coinvolge un rilascio massiccio di serotonina.	MDMA (ecstasy), MDA
Cannabinoidi	Sono sostanze che **producono rilassamento, alterazione della memoria e della percezione del tempo**.	Cannabis (THC)

Precisazioni necessarie sulla classificazione. Questa tassonomia assolve una funzione pedagogica indispensabile, ma deve essere letta con tre avvertenze:

1. **Gli oppioidi come sottotipo specializzato dei depressori.** Farmacologicamente, gli oppioidi esercitano un'azione depressiva sul SNC. Se vengono classificati in una categoria a parte non è perché il loro meccanismo sia opposto a quello dei depressori, ma perché agiscono su un sistema di recettori proprio (mu, kappa, delta) e perché la specificità del loro rischio clinico —in particolare la crisi respiratoria da sovradosaggio— richiede protocolli di intervento di emergenza differenziati (come la somministrazione di naloxone). Questa distinzione ha un valore pratico diretto per le équipe territoriali.

2. **La cannabis come sostanza ad effetti incrociati.** La cannabis non si inserisce in modo netto in nessuna delle altre categorie perché produce simultaneamente effetti depressivi (rilassamento, sonnolenza), stimolanti lievi (euforia iniziale, aumento dell'appetito) e lievemente allucinogeni (alterazione della percezione sensoriale e temporale), a seconda della varietà, del dosaggio e del contesto di consumo. Questa complessità farmacologica è una delle ragioni per cui viene classificata in una categoria propria ed è anche ciò che rende difficile la prevenzione: il suo profilo poliedrico alimenta la percezione erronea che si tratti di una sostanza «leggera» o controllabile.

3. **Nessuna categoria è un compartimento ermetico.** Nella pratica clinica e territoriale, molte sostanze producono effetti che oltrepassano i confini di una singola categoria. Gli empatogeni, ad esempio, combinano

proprietà stimolanti con alterazioni percettive. Alcune sostanze cambiano profilo a seconda del dosaggio: l'alcol a basse dosi può produrre disinibizione (effetto apparentemente stimolante) prima che prevalga la sua azione depressiva. Questa fluidità rafforza la necessità di valutare sempre l'esperienza di consumo dalla Triade di Zinberg (soggetto-sostanza-contesto) e non unicamente dalla molecola.

Risposta alle obiezioni

1. **Alla prima obiezione:** Sebbene molte sostanze coincidano nell'attivare la dopamina, i loro meccanismi sono distinti e talvolta opposti. Mentre uno stimolante come la cocaina inonda i recettori impedendo la ricaptazione, un depressore inibisce la risposta fisica, e un empatogeno come l'MDMA provoca un rilascio massiccio di serotonina che altera la percezione emotiva. Comprendere queste differenze è vitale per l'accompagnamento pastorale informato, per l'identificazione di situazioni di rischio nel territorio e per il dialogo con le équipe sanitarie.

Cfr. art. 9.3.1 (Giudicare, Le sostanze e l'organismo, La farmacodinamica..., Art. 1...)

2. **Alla seconda obiezione:** La natura biologica della sostanza prevale sul suo status legale. L'**alcol**, sebbene socialmente accettato, è un depressore che indebolisce il sistema immunitario e causa un'elevata mortalità globale.

3. **Alla terza obiezione:** I farmaci psicotropi e gli analgesici oppioidi sono sicuri sotto prescrizione, ma restano sostanze psicoattive. Se vengono consumati in dosi maggiori o in modo diverso da quello prescritto, producono euforia e generano **Disturbi da Uso di Sostanze (DUS)**, trasformandosi in un grave rischio sanitario. Per questa ragione è importante comprendere la relazione che la persona stabilisce con le sostanze.

4. **Alla quarta obiezione:** La classificazione è uno strumento di orientamento, non un'ontologia delle sostanze. La realtà biochimica è più fluida di qualsiasi tabella. Ciò di cui l'agente pastorale e il professionista hanno bisogno non è memorizzare categorie rigide, bensì comprendere che ciascun gruppo indica un profilo predominante di rischio e di danno che orienta la risposta. Un fratello che consuma una sostanza depressiva affronta pericoli diversi da chi consuma uno stimolante, e questa differenza ha conseguenze pratiche dirette per l'accompagnamento e per il raccordo con i servizi sanitari.

9.1.3 Articolo 3: Rischi delle nuove sostanze psicoattive (NSP) e degli oppioidi sintetici

Esposizione del tema: La sfida della sintesi chimica moderna.

L'evoluzione del mercato delle sostanze è passata da componenti naturali o derivati tradizionali a un'era di progettazione chimica industriale. La comparsa delle **nuove sostanze psicoattive (NSP)** e la proliferazione di **oppioidi sintetici** rappresentano una rottura negli schemi di prevenzione e trattamento, poiché la loro interazione con l'organismo non segue i modelli conosciuti delle droghe tradizionali.

Domanda centrale: Quali rischi presentano le nuove sostanze psicoattive (NSP) e gli oppioidi sintetici come il fentanil rispetto alle droghe tradizionali?

Ci si chiede se queste sostanze siano semplicemente varianti di quelle già conosciute o se la loro natura sintetica e il loro modo di distribuzione introducano pericoli qualitativamente e quantitativamente superiori per la vita umana.

Posizioni od obiezioni esistenti

1. **Sembra che il rischio sia equivalente a quello delle droghe tradizionali**, poiché tutte causano dipendenza e alterano il sistema nervoso centrale (SNC) in modo simile.
2. **Sembra che, non essendo molte di esse sottoposte a fiscalizzazione internazionale immediata, la loro pericolosità sia minore** o quantomeno non sia stata pienamente dimostrata dagli organismi regolatori.
3. **Sembra che il problema si limiti alla volontà dell'utente**, il quale decide di consumare una sostanza senza che importi se sia naturale o sintetica, assumendo lo stesso tipo di rischio ricreativo.

Fondamento o criterio di discernimento

Tuttavia, contro ciò, le fonti segnalano che la comparsa di queste sostanze avviene a una **velocità senza precedenti (circa 500 nuove all'anno)** e che i consumatori ignorano il **dosaggio e la quantità** dei componenti, il che li espone a rischi sanitari gravissimi e spesso letali.

Tesi e sviluppo argomentativo

Rispondiamo che le NSP e gli oppioidi sintetici presentano rischi significativamente maggiori rispetto alle droghe tradizionali a causa di tre pilastri fondamentali: la loro potenza estrema, il loro carattere imprevedibile e la difficoltà di risposta medica.

- **Potenza sproporzionata:** Gli oppioidi sintetici, specificamente il **fentanil**, hanno una potenza che può essere fino a **cento volte superiore a quella della morfina o dell'eroina**. Ciò implica che basta una **quantità minima** per produrre effetti, il che riduce drasticamente il margine tra l'effetto desiderato e la dose letale.
- **Il pericolo dell'adulterazione occulta:** A differenza delle droghe tradizionali, gli oppioidi sintetici vengono spesso utilizzati come **adulterante economico e potente** che si aggiunge ad altre droghe come l'eroina o la cocaina, oppure vengono trasformati in pillole che imitano analgesici prescrivibili. L'utente consuma queste sostanze senza sapere cosa stia ingerendo.
- **Impatto critico sulle funzioni vitali:** Sostanze come gli oppioidi colpiscono il **tronco encefalico**, che controlla funzioni basilari come la frequenza cardiaca e la respirazione. Ciò spiega perché le sovradosaggi di queste sostanze riducano sostanzialmente la respirazione fino a causare la **morte per asfissia** in modo molto rapido.
- **Ostacoli per l'assistenza d'emergenza:** Molte pastiglie vendute come ecstasy o metanfetamina sono in realtà **«cocktail chimici»**. Ciò fa sì che i servizi di emergenza si trovino nell'**impossibilità di identificare la sostanza** esatta, rendendo difficile la somministrazione di un trattamento adeguato per salvare la vita del paziente.

Risposta alle obiezioni

1. **Alla prima obiezione:** Sebbene tutte colpiscano il SNC, la **velocità d'azione e l'intensità della neuroadattazione** sono maggiori nelle sintetiche. Mentre una droga tradizionale ha effetti conosciuti, le NSP possono causare intossicazioni gravi con dosi che l'utente non può misurare, aumentando esponenzialmente il rischio di morte improvvisa.

2. **Alla seconda obiezione:** Il termine «nuove» non significa che siano innocue, bensì che hanno cominciato a circolare di recente e il loro **potenziale di dipendenza è poco conosciuto**. Il fatto che non siano sottoposte a fiscalizzazione internazionale immediata è una sfida giuridica, ma non diminuisce la loro tossicità reale.

3. **Alla terza obiezione:** Non è una questione di pura volontà, poiché queste sostanze generano un'**iperattività nel circuito di ricompensa** molto più violenta rispetto a quelle naturali, «insegnando» al cervello a cercarle in modo compulsivo e annullando la capacità della corteccia prefrontale di «frenare» l'impulso.

9.1.4 Articolo 4: La cannabis e la bassa percezione del rischio

Esposizione del tema: Una sostanza tanto consumata quanto sottovalutata.

La cannabis è oggi la sostanza illecita più consumata in America Latina, specialmente tra adolescenti e giovani. La sua origine vegetale, la sua presenza storica in diverse culture e i processi di legalizzazione o depenalizzazione in vari paesi hanno instaurato in ampi settori della popolazione —incluse famiglie e agenti pastorali— la percezione che si tratti di una sostanza innocua o significativamente meno pericolosa di altre. Questa percezione costituisce oggi uno dei principali ostacoli per la prevenzione efficace nei territori.

Domanda centrale: La cannabis è una sostanza a basso rischio?

Ci si chiede se l'evidenza scientifica supporti la percezione sociale dominante che la presenta come innocua, o se al contrario i suoi effetti sull'organismo —specialmente sul cervello in sviluppo— richiedano una risposta pastorale informata e serena.

Posizioni od obiezioni esistenti

1. **Sembra che la cannabis sia innocua perché naturale**, dato che proviene da una pianta e non da un laboratorio chimico, il che la distinguerebbe dalle droghe sintetiche realmente pericolose.

2. **Sembra che non generi una dipendenza reale**, dato che non produce una sindrome da astinenza fisica paragonabile a quella dell'alcol o

dell'eroina, il che porterebbe a concludere che il suo consumo possa essere interrotto in qualsiasi momento per una semplice decisione della volontà.

3. **Sembra che la sua legalizzazione in vari paesi ne avalli l'innocuità**, dato che se gli Stati la consentono è perché l'evidenza scientifica non giustifica il proibirla.

4. **Sembra che sia meno dannosa dell'alcol**, sostanza legale e socialmente accettata che genera più morti e deterioramento, il che renderebbe incoerente preoccuparsi per la cannabis mentre si tollera il primo.

5. **Sembra che l'uso medicinale della cannabis dimostri che è una sostanza sicura**, dato che se la medicina la utilizza a fini terapeutici, non può essere considerata una droga pericolosa.

Fondamento o criterio di discernimento

Tuttavia, contro ciò, la neuroscienza stabilisce che la cannabis è una sostanza psicoattiva il cui principio attivo, il **tetraidrocannabinolo (THC)**, agisce direttamente sul cervello alterando funzioni cognitive, emotive e percettive. La sua origine vegetale non modifica la sua capacità di generare dipendenza né di produrre danni neurologici documentati, specialmente nei cervelli che non hanno ancora completato il proprio sviluppo. Di fronte a ciò, la risposta pastorale non deve essere il panico bensì l'informazione chiara: allo stesso modo in cui un padre accompagna suo figlio se lo trova a consumare alcol, deve essere preparato ad accompagnarlo se lo trova a consumare cannabis, con la stessa serenità e la stessa fermezza.

Tesi e sviluppo argomentativo

Rispondiamo che la cannabis presenta un profilo di rischio reale e documentato che la percezione sociale sottovaluta. Questo profilo si articola nei seguenti punti:

- **Dipendenza psicologica reale:** Sebbene la dipendenza fisica dalla cannabis sia meno intensa di quella dall'alcol o dagli oppioidi, la dipendenza psicologica è clinicamente significativa. Circa il 9% dei consumatori sviluppa un Disturbo da Uso di Cannabis, percentuale che sale al 17% tra coloro che iniziano il consumo nell'adolescenza. La persona sente di non potersi rilassare, dormire o affrontare la vita quotidiana senza la sostanza, il che ostacola seriamente la cessazione del consumo senza accompagnamento.

- **Impatto sul cervello adolescente:** Come sviluppato nella sezione 9.4.1, il cervello non completa la sua maturazione fino ai 25 anni. La cannabis interferisce direttamente con questo processo, colpendo i circuiti di memoria, attenzione e regolazione emotiva. L'inizio precoce del consumo è il predittore più solido di una dipendenza severa e duratura, e può generare deficit cognitivi che persistono oltre la cessazione del consumo.

- **Rischio di psicosi in persone vulnerabili:** Il THC può scatenare episodi psicotici in persone con predisposizione genetica —specialmente con precedenti familiari di schizofrenia o disturbi psicotici— che possono cronicizzarsi. Questo rischio si è aggravato perché le varietà attuali contengono concentrazioni di THC fino a **dieci volte superiori** a quelle dei decenni precedenti, rendendo obsoleti i paragoni con il consumo storico.

- **Impatto sulla salute mentale generale:** Indipendentemente dalla predisposizione genetica, il consumo regolare di cannabis è associato a un aumento dell'ansia, della depressione e della demotivazione cronica, specialmente negli adolescenti. Questo fenomeno, conosciuto come **sindrome amotivazionale**, si caratterizza per una perdita progressiva dell'interesse nei legami, nello studio e nei progetti di vita.

Risposta alle obiezioni

1. **Alla prima obiezione:** L'origine naturale di una sostanza non ne determina l'innocuità. La cocaina si estrae dalla foglia di coca e l'eroina dall'oppio. Ciò che definisce il rischio è il meccanismo di azione sull'organismo, non la provenienza botanica.

2. **Alla seconda obiezione:** L'assenza di dipendenza fisica intensa non equivale ad assenza di dipendenza. La dipendenza psicologica è clinicamente reale e sufficientemente significativa da ostacolare seriamente la cessazione del consumo senza accompagnamento specializzato.

3. **Alla terza obiezione:** Le decisioni legislative rispondono a criteri politici, economici e sociali, non esclusivamente sanitari. La legalità di una sostanza non è un avallo scientifico della sua innocuità: l'alcol e il tabacco sono legali e rientrano tra le principali cause di mortalità evitabile nel mondo.

4. **Alla quarta obiezione:** Il confronto con l'alcol non diminuisce il rischio della cannabis; ciò che dimostra è che l'alcol è anch'esso più pericoloso di quanto la società riconosca, tema che viene sviluppato nella sezione 9.1.5. Il danno di una sostanza non neutralizza né giustifica il danno di un'altra.

5. **Alla quinta obiezione:** Esiste una distinzione tecnica fondamentale tra l'uso medicinale e l'uso ricreativo della cannabis. La medicina utilizza principalmente il **cannabidiolo (CBD)**, un componente senza effetto psicoattivo significativo, sotto prescrizione controllata e in dosi precise per condizioni specifiche come l'epilessia refrattaria o il dolore cronico. Il consumo ricreativo, invece, cerca gli effetti del THC in dosi variabili e incontrollate. Equiparare entrambi gli usi è tanto inesatto quanto equiparare l'uso medico della morfina con il consumo di strada dell'eroina.

9.1.5 Articolo 5: Inclusione di sostanze legali (alcol, tabacco e caffeina) nella categoria delle SPA

Esposizione del tema: La natura tecnica della psicoattività di fronte alla legalità.

In ambito sociale, esiste solitamente un divario tra la percezione popolare di ciò che è una «droga» e la definizione scientifica di una sostanza psicoattiva. Mentre le sostanze proibite portano con sé pregiudizi e stigma, quelle la cui commercializzazione è consentita —come il caffè, il tabacco o l'alcol— godono di un'accettazione che spesso invisibilizza il loro impatto reale sulla struttura biologica. Questa distinzione giuridica oscura il fatto che **l'organismo non differenzia tra liceità o illiceità** nel processare i componenti chimici.

Domanda centrale

La categoria di «psicoattiva» risponde a una convenzione giuridica o è una qualità biologica determinata dall'interazione della sostanza con il sistema nervoso centrale (SNC)?

Posizioni od obiezioni esistenti

1. Sembra che non siano SPA, dato che la loro vendita libera e regolamentata indicherebbe che non possiedono la pericolosità delle sostanze proibite.

2. Sembra che l'alcol sia solo un complemento sociale o liturgico, il che lo allontanerebbe dalla definizione di una sostanza che modifica il comportamento.

3. Sembra che l'uso di caffeina e nicotina siano mere abitudini, poiché non producono intossicazioni bizzarre in modo immediato.

4. Sembra che includerle nella stessa lista delle sostanze illecite sminuisca la gravità di problemi sociali come il narcotraffico.

Fondamento o criterio di discernimento

Contro ciò, si applica il criterio tecnico univoco stabilito nell'articolo 1.1: una sostanza è psicoattiva se colpisce il SNC e modifica il comportamento, la percezione o lo stato d'animo. Secondo questa definizione clinica, la nicotina, la caffeina e l'alcol rientrano rigorosamente nella categoria delle SPA, poiché **la farmacologia prevale sullo status giuridico**.

Tesi e sviluppo argomentativo

Rispondiamo che l'alcol, il tabacco e la caffeina sono sostanze psicoattive perché possiedono la capacità di alterare i processi biochimici cerebrali mediante i meccanismi già descritti:

- **Capacità di accesso cerebrale:** Come le sostanze analizzate in precedenza, queste molecole sono piccole e liposolubili, il che consente loro di **attraversare la barriera emato-encefalica** e agire direttamente sui neuroni.

- **Classificazione funzionale (secondo 1.2):** L'alcol agisce come **depressore** del SNC, riducendo la frequenza cardiaca e la respirazione; mentre la nicotina e la caffeina operano come **stimolanti**, incrementando l'energia e lo stato di allerta.

- **Potere di dipendenza:** Le tre sostanze attivano i circuiti di ricompensa e possono generare **dipendenza e sindrome da astinenza** (tremori, ansia e insonnia) quando se ne cessa l'assunzione.

- **Impatto sulla salute pubblica:** La legalità non riduce la loro tossicità. L'alcol è responsabile di circa **2,6 milioni di decessi annui** nel mondo (4,7 % di tutti i decessi), superando l'impatto sanitario di molte droghe illecite.

Vale la pena segnalare che la categoria «tabacco» non designa più un unico formato di consumo. L'emergenza delle sigarette elettroniche (*vapers*), dei dispositivi a tabacco riscaldato (come l'IQOS) e delle bustine di nicotina (*nicotine pouches*) rappresenta nuovi vettori di somministrazione della stessa sostanza psicoattiva —la nicotina— con una presentazione commerciale che tende ad essere associata a un minor danno e a una maggiore accettazione sociale. Questa percezione di basso rischio, analoga a quella analizzata nell'articolo 9.1.4 sulla cannabis, costituisce di per sé un fattore di vulnerabilità: la accessibilità, la normalizzazione e l'assenza dell'odore proprio della sigaretta tradizionale facilitano l'inizio e l'invisibilizzazione del consumo, specialmente negli adolescenti. Dal criterio biologico che fonda questo manuale, si tratta della stessa sostanza e dello stesso meccanismo di dipendenza, indipendentemente dal dispositivo che la somministra.

Risposta alle obiezioni

1. **Alla prima:** La legalità non modifica la farmacologia; l'organismo metabolizza queste sostanze basandosi sulla loro composizione chimica, non sul loro status giuridico.

2. **Alla seconda:** Sebbene l'alcol goda di legittimità sociale, il suo consumo abbondante indebolisce il sistema immunitario ed è un fattore di rischio per malattie gravi.

3. **Alla terza:** La caffeina e la nicotina soddisfano i requisiti della psicoattività alterando effettivamente l'umore, il ritmo cardiaco e la percezione interna. Questa classificazione non implica alcun giudizio morale sul consumo di caffè: chi ha sperimentato il malessere di una giornata senza di esso comprende, in scala minore, lo stesso meccanismo biologico che sottende ogni dipendenza. È proprio questa esperienza quotidiana quella che può trasformarsi in una porta di empatia verso coloro che accompagniamo.

4. **Alla quarta:** Includerle consente di comprendere che il problema non è solo la sostanza, bensì il **legame che il soggetto stabilisce con essa** per cercare di colmare «vuoti esistenziali» o «anestetizzare una vita insopportabile».

9.2 | La farmacocinetica: il cammino della sostanza nell'organismo

La **farmacocinetica** è il ramo della farmacologia che studia i processi chimici complessi che l'organismo realizza, da quando una sostanza entra nell'organismo fino alla sua eliminazione. In termini semplici, analizza «ciò che il corpo fa alla droga» dal momento della sua assunzione, il suo passaggio nel torrente sanguigno, la sua distribuzione, il metabolismo e l'eliminazione. Un concetto fondamentale in questo studio è l'**emivita della sostanza**, che misura il tempo necessario affinché il corpo elimini la metà della dose originale, dato essenziale per determinare la durata degli effetti e i tempi richiesti per una disintossicazione completa.

Si usa comunemente una regola mnemonica per ricordare i processi che compongono la farmacocinetica, ed è la parola LADME (liberazione, assorbimento, distribuzione, metabolismo ed eliminazione).

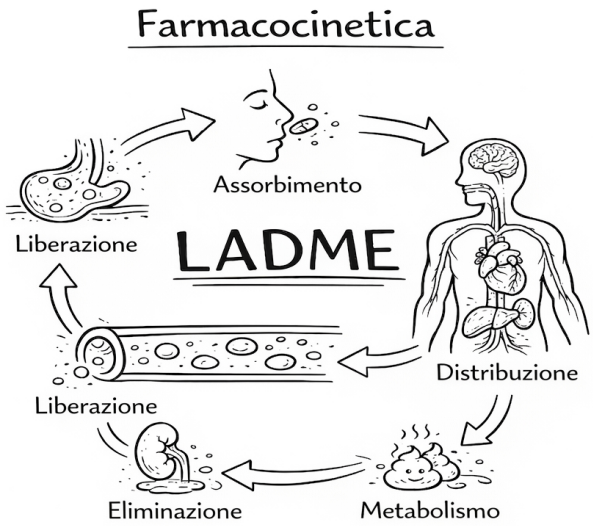


Figura 9.2: Farmacocinetica (LADME)

9.2.1 Articolo 1. Le vie di somministrazione e la velocità d'azione

Esposizione del tema

L'analisi della farmacocinetica esige di precisare come la via di ingresso di una sostanza psicoattiva (SPA) condizioni il tempo di latenza e l'intensità dei suoi effetti sul Sistema Nervoso Centrale (SNC). Esiste una tendenza nella divulgazione preventiva a stabilire comparazioni lineari e assolute tra la via inalata (fumata) e la via endovenosa (iniettata), affermando categoricamente che la prima sia sempre più rapida della seconda. Tuttavia, l'evidenza clinica contemporanea avverte che questa affermazione costituisce una semplificazione eccessiva di un fenomeno condizionato da variabili fisiologiche e dalla cinetica del picco plasmatico, una sfumatura che il manuale deve incorporare per evitare di presentare come dati certi ciò che nella scienza medica è una discussione aperta e complessa.

Domanda centrale

È corretto affermare in modo assoluto che la via fumata sia più rapida dell'iniezione endovenosa, o la velocità d'azione deve essere interpretata in funzione della cinetica del picco plasmatico e delle variabili tecniche di somministrazione?

Posizioni od obiezioni esistenti

- **Obiezione 1:** Sembra che il manuale debba sostenere il primato cronologico della via fumata (stimata popolarmente in un intervallo da 7 a 10 secondi) rispetto alla via endovenosa (stimata da 15 a 30 secondi), dato che ciò evidenzia la pericolosità di sostanze a combustione immediata come il crack o la pasta base.

- **Obiezione 2:** Sembra che l'iniezione endovenosa, saltando le barriere di assorbimento ed entrando direttamente nel torrente sanguigno, dovrebbe essere catalogata in modo univoco come la via di arrivo più veloce al cervello in tutti i casi, annullando qualsiasi equiparazione con la via polmonare.

Fondamento o criterio di discernimento

Il realismo scientifico e la precisione tecnica sono indispensabili per fondare l'autorità del manuale nel dialogo interdisciplinare. La farmacocinetica non può essere ridotta a una tabella statica di secondi fissi; deve essere compresa come un'interazione dinamica tra la macchina biologica del soggetto e la formulazione chimica della sostanza (Triade di Zinberg). La distinzione clinicamente rilevante non risiede unicamente nella velocità cronologica assoluta, bensì nella morfologia della curva di concentrazione della sostanza nel sangue.

Cfr. art. 7 (Giudicare, Brevissimo Glossario)

Tesi e sviluppo argomentativo

Rispondiamo che qualificare la via fumata come univocamente più rapida della endovenosa è un errore di semplificazione, e che entrambe le vie devono essere presentate come percorsi a velocità estrema i cui effetti si differenziano per la cinetica del loro picco plasmatico attraverso tre precisazioni teoriche:

1. **Variabilità degli intervalli clinici della via endovenosa:** I tempi che abitualmente si assegnano alla via endovenosa (15-30 secondi) rappresentano l'intervallo superiore delle stime analizzate in laboratorio. Numerose fonti cliniche riportano che l'arrivo della sostanza al cervello mediante iniezione EV può avvenire in un lasso di 10-15 secondi, il che equipara di fatto —e in alcuni casi supera— i tempi della via inalata.

2. **Dipendenza da fattori meccanici e fisiologici nell'inalazione:** La velocità di assorbimento attraverso i capillari polmonari non è un valore costante. Questa dimensione dipende direttamente dalla tecnica di inalazione dell'utente, dal suo volume polmonare utile, dalla profondità e dalla ritenzione della boccata di fumo, nonché dalla temperatura di combustione della sostanza. Pertanto, non si può stabilire una cifra fissa applicabile a tutti i soggetti.

3. **La vera distinzione: l'*onset* o picco di concentrazione plasmatica:** Ciò che la scienza verifica non è che la via fumata «arrivi prima» in termini di tempo assoluto, bensì che produce un *picco di concentrazione plasmatica* molto più brusco e verticale (*onset* più ripido). Inalando, la sostanza passa direttamente dagli alveoli al ventricolo sinistro del cuore e da lì al cervello, saltando la circolazione venosa sistemica. Ciò genera

un'ondata chimica concentrata che colpisce massicciamente i circuiti di ricompensa, creando un rinforzo soggettivo (il «colpo» o *rush*) di enorme potenza di dipendenza, un meccanismo morfologico molto diverso da quello dell'iniezione venosa, che si distribuisce in modo più diluito nel ritorno sanguigno generale prima di raggiungere l'albero arterioso.

Risposta alle obiezioni

1. **Alla prima:** Sebbene sia lodevole allertare sulla severità e il danno del crack o della pasta base, utilizzare dati cronologici inesatti indebolisce la credibilità del testo. Il manuale risulta molto più rigoroso se spiega che la pericolosità della via fumata risiede nella brusquezza con cui sequestra il sistema dopaminergico a causa della verticalità del suo picco plasmatico, e non in una gara di secondi disputata con la via iniettata.

2. **Alla seconda:** Sebbene l'iniezione EV depositi la totalità della dose nel sangue in modo immediato, il circuito circolatorio venoso impone un percorso fisico che sfuma la velocità di arrivo al tessuto cerebrale. Riconoscere che la via polmonare può competere in velocità con la endovenosa grazie al suo accesso diretto alla circolazione arteriosa è un dato che consente di comprendere con maggiore precisione l'altissimo potenziale di dipendenza delle sostanze fumate e l'urgenza clinica che il loro consumo rappresenta.

9.2.2 Articolo 2: Azione attiva dell'organismo per gestire una sostanza psicoattiva: la farmacocinetica

Esposizione del tema: La risposta biologica attiva di fronte a una SPA.

L'incontro tra l'essere umano e una sostanza psicoattiva (SPA) non è una ricezione passiva di effetti alteranti. Al contrario, l'organismo umano possiede un'**intelligenza biologica** che si attiva in modo immediato di fronte alla presenza di componenti estranei per cercare di recuperare il proprio equilibrio interno. Questo processo non si limita al momento dell'effetto soggettivo, bensì comprende un percorso complesso che va da quando la sostanza tocca l'organismo fino alla sua completa eliminazione.

Domanda centrale: Cosa fa l'organismo con una SPA?

Ci si chiede se il corpo sia un recipiente passivo che sperimenta solo gli effetti della sostanza, o se al contrario dispieghi un'**attività chimica propria** per gestire il suo ingresso, transito e uscita.

Posizioni od obiezioni esistenti

1. **Sembra che l'organismo non faccia nulla attivamente**, ma che semplicemente attenda che la sostanza perda la sua forza chimica in modo naturale o spontaneo.
2. **Sembra che il processo sia uguale per tutte le persone**, indipendentemente dalla loro età, stato fisico o storia di consumo.
3. **Sembra che la sostanza si diriga unicamente al cervello**, dato che si definisce per il suo effetto psicoattivo, senza colpire altri tessuti o organi.
4. **Sembra che una volta terminato l'effetto sul cervello, l'organismo abbia concluso il suo lavoro**, assumendo che la sostanza sia scomparsa completamente dal sistema.

Fondamento o criterio di discernimento

La **farmacocinetica** è il ramo della scienza che studia precisamente questa attività: il modo in cui il corpo gestisce l'ingresso, il transito e l'uscita di una sostanza. Si distingue dalla **farmacodinamica**, che studia l'impatto di quella sostanza sull'organismo. Dal momento in cui si assume una SPA, l'organismo avvia un processo sequenziale e irreversibile per processarla ed espellerla, composto da quattro fasi: **liberazione, assorbimento, distribuzione e metabolismo-eliminazione**.

Tesi e sviluppo argomentativo

Rispondiamo che l'organismo agisce come un **processore chimico attivo** che cerca di difendere il proprio equilibrio interno di fronte a qualsiasi stimolo che alteri i suoi processi fisiologici. Questo processo si dispiega nelle seguenti fasi:

- **Liberazione:** È la fase iniziale in cui il principio attivo della SPA si separa dal suo supporto fisico (compressa, fumo, polvere) per trovarsi in

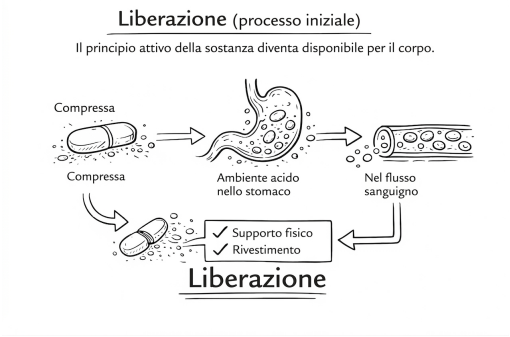


Figura 9.3: Liberazione

uno stato molecolare che il corpo possa assorbire. La velocità di questa liberazione è determinante: una liberazione istantanea —come avviene fumando— genera un impatto cerebrale massimo e un maggiore potenziale di dipendenza; una liberazione lenta —come quella di un cerotto— riduce quell'effetto di rinforzo.

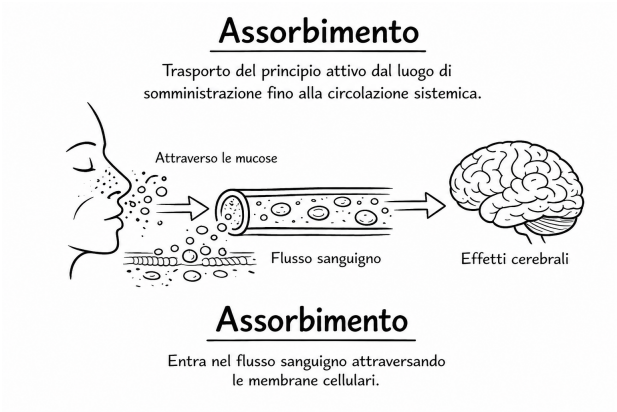


Figura 9.4: Assorbimento

- **Assorbimento:** È il processo attraverso il quale il principio attivo attraversa le membrane cellulari per entrare nel torrente sanguigno. La via di somministrazione è il fattore esterno più determinante: fumare consente un assorbimento in 7-10 secondi attraverso gli alveoli polmonari, mentre la via orale può richiedere tra i 20 e i 30 minuti a causa del transito digestivo. L'età, la storia di consumo e le proprietà chimiche della sostanza condizionano anche l'efficacia di questo processo.

- **Distribuzione:** Una volta nel sangue, la sostanza non rimane statica né si dirige esclusivamente al cervello. Il sistema circolatorio la trasporta verso diversi tessuti e organi —fegato, reni, tessuto adiposo— secondo l'affinità chimica di ciascuna molecola. Questa azione sistemica spiega che

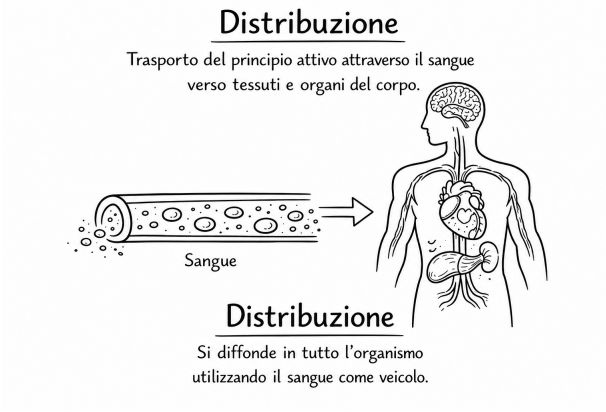


Figura 9.5: Distribuzione

le conseguenze del consumo non siano solo neurologiche, bensì colpiscano l'organismo nel suo insieme.

- **Barriera emato-encefalica e accesso al cervello:** Per raggiungere il tessuto neuronale, la SPA deve attraversare la **barriera emato-encefalica (BEE)**, una membrana protettiva di cellule fortemente unite che filtra selettivamente i componenti del torrente sanguigno. Possono attraversarla solo sostanze con **molecola piccola** e **liposolubilità** (solubilità nei grassi). Questa è precisamente la caratteristica che definisce le SPA: la loro capacità di attraversare questa frontiera biologica e interferire direttamente nella comunicazione tra neuroni. Una volta all'interno, si depositano nel tessuto adiposo, il che spiega perché l'organismo possa rimanere impregnato di esse molto tempo dopo il consumo.

- **Metabolismo ed eliminazione:** Una volta che la SPA ha compiuto il suo percorso, l'organismo avvia il processo di neutralizzarla ed espellerla. Il **fegato** è il principale organo metabolizzatore: trasforma chimicamente la sostanza in metaboliti meno attivi o inattivi che possano essere eliminati. L'espulsione finale avviene principalmente attraverso i **reni** (urina), sebbene intervengano anche il sudore, la bile e l'aria espirata. La velocità di questo processo dipende dalla natura chimica della sostanza, dall'età dell'individuo e dallo stato dei suoi organi. L'uso ripetuto può sovraccaricare questi sistemi, deteriorando progressivamente la loro capacità di risposta.

- **Metabolismo ed eliminazione:** Una volta che la SPA ha compiuto il suo percorso, l'organismo avvia il processo di neutralizzarla ed espellerla. Il fegato è il principale organo metabolizzatore: trasforma chimicamente la sostanza in metaboliti meno attivi o inattivi che possano essere eliminati. L'espulsione finale avviene principalmente attraverso i reni

(urina), sebbene intervengano anche il sudore, la bile e l'aria espirata. Per misurare il tempo di questo processo si utilizza il concetto di **emivita**: il periodo che l'organismo necessita per eliminare la metà della dose originale, dato che determina sia la durata degli effetti sia il tempo reale di disintossicazione. Questo processo non è uniforme: i bambini e gli anziani metabolizzano più lentamente, l'uso ripetuto può sovraccaricare il fegato e i reni deteriorando la loro capacità di risposta, e la variabile del sesso è particolarmente critica, poiché la maggiore proporzione di tessuto adiposo nella donna rallenta l'eliminazione totale, richiedendo processi di disintossicazione più prolungati.

Risposta alle obiezioni

1. **Alla prima obiezione:** L'organismo non è passivo. Il metabolismo è un **processo chimico complesso e costante** che converte le sostanze in scarti per essere eliminati attraverso diversi fluidi e vie corporee. Il corpo lavora attivamente dal primo momento di contatto con la SPA.

2. **Alla seconda obiezione:** Il processo varia significativamente secondo il profilo dell'individuo. Fattori come l'**età** —bambini e anziani processano più lentamente—, la **storia di consumo** e la **vulnerabilità biologica** determinano l'efficacia con cui il corpo assorbe, distribuisce ed elimina la sostanza.

3. **Alla terza obiezione:** Sebbene l'effetto ricercato sia cerebrale, la farmacologia dimostra che le SPA si distribuiscono in molteplici organi durante il loro transito, il che spiega le conseguenze fisiche e mediche del consumo prolungato al di là del sistema nervoso centrale.

4. **Alla quarta obiezione:** La cessazione dell'effetto mentale non implica la pulizia totale dell'organismo. Il metabolismo e l'eliminazione sono processi che richiedono tempo e dipendono dallo stato del fegato e dei reni. Il corpo può rimanere **impregnato della sostanza** nel tessuto adiposo per un tempo prolungato, il che esige processi di disintossicazione che vanno ben oltre la scomparsa soggettiva degli effetti.

9.2.3 Articolo 3: La liposolubilità come fattore critico nell'accumulo di droghe

Esposizione del tema: L'affinità chimica e la permanenza organica

Lo studio della farmacocinetica rivela che l'impatto di una sostanza non dipende unicamente dalla sua potenza, bensì dalla sua capacità di integrarsi nei tessuti dell'ospite. La struttura molecolare delle sostanze psicoattive (SPA) definisce se queste semplicemente circolino nel torrente sanguigno o se trovino rifugio nelle riserve lipidiche del corpo, estendendo la loro presenza biologica ben oltre la scomparsa degli effetti psichici immediati.

Domanda centrale: Che cosa significa che una sostanza sia liposolubile e perché è un fattore critico nell'accumulo di droghe nel corpo?

Ci si chiede se la solubilità sia un mero dettaglio tecnico di laboratorio o se sia la causa fondamentale della difficoltà nel raggiungere una disintossicazione totale e delle differenze biologiche nei processi di recupero tra uomini e donne.

Posizioni od obiezioni esistenti

1. **Sembra che le droghe vengano eliminate completamente dal corpo in pochi giorni,** dato che gli effetti mentali di euforia o sedazione durano solitamente appena poche ore.

2. **Sembra che il grasso corporeo sia un tessuto inerte** che non ha relazione con il processo della dipendenza, il quale viene comunemente associato solo al cervello o al sangue.

3. **Sembra che il metabolismo e l'accumulo di sostanze sia identico per tutti gli esseri umani**, senza che il genere o la composizione fisica dell'individuo alterino la velocità di pulizia organica.

Fondamento o criterio di discernimento

Tuttavia, contro ciò, la scienza insegna che **la maggior parte delle sostanze psicoattive è liposolubile**, il che significa che hanno la proprietà di sciogliersi facilmente nei grassi. Questo criterio è essenziale per comprendere come le SPA attraversino difese biologiche che altri farmaci non possono superare e come riescano a rimanere «impregnate» nell'organismo.

Tesi e sviluppo argomentativo

Rispondiamo che la **liposolubilità** è la caratteristica molecolare che consente a una sostanza di attraversare le membrane cellulari composte da lipidi, essendo il fattore critico nell'accumulo per le seguenti ragioni biologiche:

- **Accesso al cervello:** Essendo solubili nei grassi, queste sostanze possono attraversare la **barriera emato-encefalica**, una membrana protettiva che blocca i farmaci idrosolubili (come gli antibiotici) ma consente il passaggio di molecole piccole e liposolubili, dando loro accesso diretto ai neuroni.
- **Deposito nel tessuto adiposo:** Le SPA non rimangono unicamente nel sangue; a causa della loro affinità chimica, si depositano nel **tessuto adiposo (grasso)** che circonda gli organi e le vene.
- **Differenziazione per genere:** Il corpo della **donna** è circondato da tessuto adiposo in modo sistemico, mentre negli uomini si concentra principalmente nel ventre e nella schiena. Per questo motivo, le sostanze rimangono **impregnate più a lungo nelle donne**, rendendo più difficile la loro disintossicazione e il recupero rispetto agli uomini.
- **Fenomeno di ri-liberazione:** Il grasso agisce come un serbatoio che mantiene la sostanza accumulata; di fronte a stimoli come il **calore intenso o la mobilizzazione dei grassi**, il corpo può liberare questi residui di nuovo nel torrente sanguigno anche mesi dopo l'ultimo consumo.

Risposta alle obiezioni

1. **Alla prima obiezione:** Sebbene gli effetti mentali scompaiano, la sostanza continua ad essere presente. Una disintossicazione di pochi giorni pulisce solo il sangue, ma non riesce ad eliminare la droga accumulata nel sistema adiposo, il che richiede processi di recupero più prolungati.
2. **Alla seconda obiezione:** Il grasso è un attore dinamico nella dipendenza. Il fenomeno del «viaggio a secco» dimostra che la sostanza accumulata nel tessuto adiposo può riapparire nel sangue mesi dopo, provocando sintomi di consumo senza aver ingerito nuovamente la droga.

3. **Alla terza obiezione:** L'accumulo è diseguale. Dato che le SPA sono liposolubili, la maggiore proporzione di grasso corporeo nelle donne le rende biologicamente più suscettibili a un'impregnazione profonda e duratura, il che richiede strategie di trattamento con prospettiva di genere.

9.2.4 Articolo 4: La liposolubilità delle sostanze e il fenomeno del *viaggio a secco*: tra la persistenza biologica e il condizionamento psichico

Esposizione del tema

L'analisi della farmacocinetica esige di precisare come certe sostanze psicoattive (SPA) si accumulino nell'organismo a causa della loro affinità con i tessuti grassi. È frequente sentire nei dispositivi territoriali la descrizione del *viaggio a secco* o *flashback*, definito popolarmente come la ricomparsa improvvisa degli effetti psicoattivi mesi dopo aver sospeso il consumo, attribuendolo in modo categorico alla liberazione della sostanza accumulata nel tessuto adiposo. Sebbene la liposolubilità sia un fatto scientifico indiscutibile, l'affermazione che la sua liberazione dal grasso produca effetti clinici significativi è priva di consenso assoluto. È necessario giudicare come presentare questo fenomeno con la dovuta cautela scientifica, evitando di proporre come certezze solide ciò che nella medicina attuale costituisce un'ipotesi in revisione.

Domanda centrale

Il manuale deve presentare la ri-liberazione di sostanze dal tessuto adiposo come la causa provata e definitiva del *viaggio a secco*, oppure conviene situare questo fenomeno all'interno di un modello multifattoriale che contempli la sensibilizzazione dei recettori e il condizionamento psicologico?

Posizioni od obiezioni esistenti

- **Obiezione 1:** Sembra che il manuale debba sostenere con fermezza che il *viaggio a secco* sia causato direttamente dal grasso accumulato che si libera mesi dopo (ad esempio, durante l'esercizio fisico o la perdita di

peso), dato che ciò offre una spiegazione biologica semplice e di forte impatto pedagogico per allertare sulla persistenza organica del danno.

- **Obiezione 2:** Sembra che relativizzare la causa biologica del *flashback* ridurrebbe il fenomeno a una mera suggestione psicologica o spirituale del soggetto, sminuendo la base materiale della sofferenza che sperimenta il fratello in recupero.

Fondamento o criterio di discernimento

L'onestà intellettuale e il realismo scientifico sono virtù pastorali che proteggono l'autorità del manuale. Presentare con certezza assoluta un meccanismo biologico dibattuto indebolisce la fondatezza tecnica del testo di fronte all'accademia. Il discernimento ci invita a riconoscere che la fragilità dell'essere umano è integrale; le tracce lasciate dal consumo non si limitano a un deposito di grasso inerte, bensì configurano complesse reti di memoria nel sistema nervoso e nella psiche, le quali interagiscono dinamicamente con il contesto.

Tesi e sviluppo argomentativo

Rispondiamo che, sebbene la liposolubilità e il deposito nel tessuto adiposo siano dati farmacologici solidi (particolarmente evidenti in sostanze come la cannabis), l'affermazione che la ri-liberazione dal grasso generi effetti psicoattivi clinicamente rilevanti mesi dopo deve essere presentata con cautela, integrando altri meccanismi contemporanei attraverso tre precisazioni teoriche:

1. **Il carattere subclinico della ri-liberazione lipidica:** L'evidenza clinica attuale avverte che, sebbene durante processi metabolici come la lipolisi (perdita di peso o esercizio intenso) vengano liberate tracce della sostanza accumulata nel grasso verso il torrente sanguigno, i livelli raggiunti sono generalmente subclinici. Ciò significa che le concentrazioni risultanti si collocano ben al di sotto della soglia necessaria per riattivare in modo massiccio gli effetti psicoattivi originali nel tessuto cerebrale.

2. **La sensibilizzazione dei recettori nel Sistema Nervoso:** Il fenomeno dei *flashback* —comune in traiettorie legate ad allucinogeni come l'LSD e altre SPA— trova una spiegazione molto più solida nella neuroplasticità disadattativa. Il consumo cronico genera un'ipersensibilità o un'alterazione persistente nei recettori neuronali. Di fronte a determinati

Cfr. art. 6 (Giudicare, Brevissimo Glossario)

stimoli stressanti o a fatica estrema, questi recettori possono attivarsi in modo anomalo, evocando parzialmente la percezione del consumo senza la necessità che la sostanza sia fisicamente in circolo nell'organismo.

Cfr. art. 7 (Giudicare, Brevissimo Glossario)

3. **La potenza del condizionamento psicologico e ambientale:** Il quadro della Triade di Zinberg (soggetto-sostanza-contesto) ricorda che gli stimoli ambientali operano sulla memoria affettiva. Il ritorno agli angoli di consumo, un aroma, una musica o uno stato di angoscia esistenziale simile a quello che precedeva l'intossicazione possono innescare una risposta psicofisiologica che simula l'effetto della droga. La mente e il cuore del fratello, condizionati dall'abitudine passata, rivivono l'esperienza a causa della profondità del modello di apprendimento memorizzato.

Risposta alle obiezioni

1. **Alla prima:** Il rigore del manuale non diminuisce la sua forza preventiva. È molto più profondo spiegare alle comunità e alle istituzioni statali che la dipendenza modifica le strutture della percezione e i centri di allerta psichica dell'individuo (rendendolo vulnerabile a rivivere il viaggio attraverso fattori scatenanti ambientali), piuttosto che sostenere una teoria puramente meccanica sul grasso corporeo che la scienza clinica qualifica come controversa o debole.

2. **Alla seconda:** Attribuire il *viaggio a secco* alla sensibilizzazione dei recettori e al condizionamento non toglie gravità al fenomeno né lo trasforma in un'illusione. Al contrario, fonda neurobiologicamente e psicologicamente il perché un fratello che non consuma da mesi possa soffrire crisi improvvise abitando lo stesso territorio di mancanza di protezione. Ciò giustifica la necessità di una pastorale che curi l'orfanità attraverso il radicamento, fornendo un ambiente sicuro e una famiglia comunitaria stabili dove la memoria affettiva possa cominciare a guarire.

9.3 | La farmacodinamica. L'impatto della sostanza sull'organismo

Se nella sezione precedente abbiamo analizzato la farmacocinetica (il cammino della sostanza e la reazione del corpo di fronte ad essa), la farmacodinamica si concentra sull'**impatto strutturale e funzionale** che il componente chimico genera infiltrandosi nel sistema nervoso centrale. In questa fase, la sostanza cessa di essere un passeggero nel torrente sanguigno per diventare un agente attivo che altera la comunicazione più intima delle nostre cellule

9.3.1 Articolo 1: Il sistema di ricompensa e l'illusione del desiderio: oltre la *molecola del piacere*

Esposizione del tema

La descrizione tradizionale del circuito di ricompensa mesolimbico tende a identificare la dopamina in modo quasi esclusivo come la *molecola del piacere*, riducendo l'ingranaggio neurobiologico a una mera ricerca di gratificazione edonica. Tuttavia, la neuroscienza contemporanea ha superato significativamente questa lettura riduzionista. L'evidenza clinica attuale dimostra che il sistema dopaminergico non media il godimento o il piacere reale della sostanza, bensì i meccanismi di anticipazione, motivazione e assegnazione di importanza di fronte agli stimoli ambientali. È indispensabile giudicare come presentare questo circuito senza cadere in semplificazioni concettuali, consentendo al manuale di comprendere la vera anatomia del desiderio disordinato.

Domanda centrale

In che modo deve essere definito il circuito dopaminergico mesolimbico: come il sistema del piacere edonico o come il motore della salienza motivazionale e del volere compulsivo?

Posizioni od obiezioni esistenti

- **Obiezione 1:** Sembra che il manuale debba sostenere la definizione popolare della dopamina come molecola del piacere, dato che ciò semplifica

la pedagogia preventiva e consente di denunciare con maggiore facilità la trappola edonista proposta dal mercato del consumo.

- **Obiezione 2:** Sembra che la distinzione tra i meccanismi chimici del desiderio e quelli del godimento reale sia un dettaglio tecnico accessorio che non apporta valore sostanziale al discernimento pastorale e spirituale dell'agente territoriale.

Fondamento o criterio di discernimento

Cfr. La dipendenza come ricerca spirituale fallita (cap. 7)

Il realismo antropologico e la visione tomista delle passioni insegnano che l'essere umano possiede un appetito concupiscibile che può deragliare, ossessionandosi con la cattura di un oggetto (un volere cieco) anche quando questo ha cessato di saziare o di apportare autentico diletto all'anima. Questa dissociazione scientifica si allinea perfettamente con il concetto di *schiavitù chimica* esposto dal Magistero della Chiesa, dove la volontà resta incatenata alla ricerca di un idolo che non offre più consolazione bensì desolazione.

Tesi e sviluppo argomentativo

Rispondiamo che il circuito mesolimbico deve essere presentato come un sistema di salienza motivazionale e non come un mero termometro di piacere, distinguendo con chiarezza tra la forza dell'impulso a procurarsi la sostanza (*wanting*) e il gradimento edonico reale del suo consumo (*liking*), attraverso tre dimensioni teoriche:

1. **La dopamina come motore dell'anticipazione:** La neuroscienza attuale verifica che il rilascio massiccio di dopamina avviene di fronte all'aspettativa del consumo e alla preparazione del comportamento di ricerca. Non è la sostanza in sé a generare la maggiore ondata dopaminergica, bensì i segnali dell'ambiente che ne annunciano l'arrivo, operando come un motore di fissazione attentiva.

2. **La dissociazione tra il volere e il gradire:** I processi di diletto e godimento edonico (*liking*) sono mediati nell'organismo da sistemi neurochimici distinti, legati agli oppioidi endogeni e agli endocannabinoidi. Nel disturbo da uso di sostanze (DUS), il circuito del gradimento si logora rapidamente per assuefazione, mentre il circuito dopaminergico del volere compulsivo (*wanting*) si ipertrofizza, intrappolando il soggetto in un ciclo di inseguimento ansioso.

3. **Il sequestro della salienza motivazionale:** Il circuito mesolimbico funziona originariamente come un assegnatore di rilevanza che dice all'individuo quali stimoli sono vitali per la sua sopravvivenza come il cibo, l'idratazione o l'incontro sociale. Il consumo cronico altera questo meccanismo di valutazione, provocando che il cervello assegni un'importanza massima e deformata alla sostanza, subordinando in modo tragico le necessità fondamentali dell'essere sociale.

Risposta alle obiezioni

1. **Alla prima:** Ridurre la dipendenza al piacere indebolisce la denuncia contro il consumismo. Il racconto del mercato afferma che il consumo equivale alla felicità; spiegare che la neurobiologia smonta questa illusione dimostrando che la dipendenza è un *volere senza godere* smaschera la falsità dei paradisi artificiali in modo molto più incisivo per la prevenzione comunitaria.

2. **Alla seconda:** Lungi dall'essere un tecnicismo vuoto, questa distinzione arricchisce il giudizio pastorale. Consente all'agente di comprendere che il fratello intrappolato nel consumo non è un cercatore di piacere immorale, bensì una persona la cui bussola motivazionale interna è stata sequestrata, che necessita dell'impalcatura di un amore responsabile in comunità per recuperare la propria libertà originaria.

9.3.2 Articolo 2: Interazione diretta della molecola con la macchina biologica

Esposizione del tema: L'azione della sostanza sulla biologia

. Una volta che la sostanza ha percorso il cammino dell'assorbimento e della distribuzione, entriamo nella dimensione di ciò che il componente chimico fa al corpo. Mentre la farmacocinetica si occupa del «transito», questo nuovo campo analizza l'interazione diretta tra la molecola esterna e la macchina biologica dell'essere umano, concentrando la sua attenzione su come viene alterata la comunicazione più intima delle nostre cellule.

Domanda centrale: Cosa fa una sostanza psicoattiva (SPA) con l'organismo?

Ci si chiede se la sostanza sia un agente che produce semplicemente sensazioni passeggere o se possieda la capacità di intervenire e modificare in modo strutturale e funzionale il funzionamento naturale dei sistemi biologici e degli organi del soggetto.

Posizioni od obiezioni esistenti

1. **Sembra che la SPA colpisca solo la volontà o il carattere**, suggerendo che l'effetto sia meramente comportamentale e che l'organismo rimanga biologicamente uguale prima e dopo il consumo.
2. **Sembra che l'effetto si limiti esclusivamente al cervello**, ignorando che il corpo è un'unità e che la sostanza circola in tutto il torrente sanguigno verso altri tessuti.
3. **Sembra che la sostanza agisca in modo isolato**, come se non interagisse con i segnali chimici naturali che il corpo già possiede per la propria sopravvivenza.

Fondamento o criterio di discernimento

Tuttavia, contro ciò, le sostanze psicoattive sono componenti che **colpiscono il funzionamento del sistema nervoso centrale (SNC)** e hanno la capacità di **alterare i processi biochimici dei tessuti e degli organi del corpo**. Questo impatto non è superficiale, bensì interferisce con il modo in cui le cellule comunicano e processano l'informazione necessaria alla vita.

Tesi e sviluppo argomentativo

Rispondiamo che una SPA agisce sull'organismo interferendo nella comunicazione neuronale e alterando l'omeostasi (equilibrio dinamico) di diversi sistemi organici. Questo processo si sviluppa attraverso tre meccanismi fondamentali:

- **L'imitazione chimica (L'«impostore»):** Sostanze come i cannabinoidi o gli oppioidi possiedono una struttura chimica simile a quella dei neurotrasmettitori naturali. Grazie a questa **chiave d'azione** (complementarietà strutturale), ingannano i recettori e aderiscono ai neuroni per attivarli; tuttavia, essendo «chiavi false», provocano l'invio di messaggi anormali che il cervello non riesce a regolare

- **L'interferenza nel riciclaggio (L'«inondazione»):** Stimolanti come la cocaina agiscono sui trasportatori incaricati della **ricaptazione** (il riciclaggio chimico). Bloccando questo processo, impediscono che la dopamina ritorni al suo neurone d'origine, causando che lo spazio intersinaptico si **inondi** e i recettori si saturino in modo anormale, forzando il cervello ad adattarsi a livelli di stimolazione non naturali.

Cfr. art. 9.3.1 (Giudicare, Le sostanze e l'organismo, La farmacodinamica..., Art. 1...)

- **Impatto sistemico e biochimico:** Al di là del cervello, la farmacologia dimostra che le SPA alterano i processi biochimici di altri organi. Il consumo abbondante indebolisce il **sistema immunitario**, rendendo il soggetto più suscettibile a infezioni e colpendo direttamente funzioni nel fegato e nei reni a causa della tossicità dei componenti e dei loro adulteranti.

Risposta alle obiezioni

1. **Alla prima obiezione:** L'azione della sostanza non è solo morale o comportamentale; esistono **cambiamenti biologici visibili** e indicatori fisici (segni) come l'alterazione della frequenza cardiaca, cambiamenti nell'attività cerebrale rilevati dalla diagnostica per immagini, e danni in tessuti specifici.

2. **Alla seconda obiezione:** Sebbene il suo nome enfatizzi la «psicoattività» (cervello), la sostanza si distribuisce in tutto l'organismo. Produce conseguenze mediche sistemiche che includono malattie cardiovascolari, respiratorie, renali ed epatiche, dimostrando che **il corpo è un'unità** che subisce l'impatto in modo integrale.

3. **Alla terza obiezione:** Le SPA non lavorano nel vuoto. Utilizzano la loro **chiave d'azione** per infiltrarsi nel linguaggio chimico naturale del corpo e sequestrare la macchina esistente (recettori). Inviando messaggi anormali attraverso la rete neuronale, squilibrano le funzioni vitali che l'organismo realizza in modo autonomo per la propria sopravvivenza

9.3.3 Articolo 3: Sulla definizione della dipendenza: tra il modello neurobiologico e l'integrità del soggetto

Esposizione del tema

Lo studio della farmacodinamica e dell'impatto delle sostanze sull'organismo tende ad appoggiarsi in modo predominante sul modello del National Institute on Drug Abuse (NIDA), il quale definisce la dipendenza come *una malattia cerebrale, cronica e recidivante*. Sebbene questa formulazione abbia goduto di un ampio consenso istituzionale e sia stata storicamente influente per contrastare stigmi morali semplicistici, la comunità neuroscientifica e clinica contemporanea avverte che un'adesione assoluta a questo approccio risulta riduzionista. È indispensabile discernere come presentare la prospettiva del NIDA senza ignorare i dibattiti attuali che arricchiscono la comprensione del disturbo, salvaguardando l'agentività della persona (la sua capacità di agire in modo indipendente, prendere le proprie decisioni e essere il protagonista attivo della propria storia) e mantenendo la coerenza con la visione integrale che sostiene questo testo.

Domanda centrale

Il manuale deve definire la dipendenza in modo esclusivo come una *malattia cerebrale, cronica e recidivante*, oppure conviene situare questa formulazione all'interno del dibattito scientifico attuale al fine di preservare il modello biopsicosociale-spirituale?

Posizioni od obiezioni esistenti

1. **Sembra che il manuale debba adottare in modo incondizionato la definizione tradizionale del NIDA**, dato che relativizzare il suo carattere di *malattia cerebrale* potrebbe essere interpretato come un arretramento verso posture moraliste che colpevolizzano l'utente per la sua mancanza di volontà o di controllo sulla propria condotta.

2. **Si deve catalogare la dipendenza come un'affezione medica** qualitativamente distinta da qualsiasi altro processo comportamentale, perché esistono sufficienti evidenze biologiche dell'alterazione nello spazio intersinaptico, del sequestro del sistema di ricompensa e del compromissione delle funzioni della corteccia prefrontale.

Cfr. art. 3 (Giudicare, Le sostanze e l'organismo, Definizione..., Rischi...)

3. **Sembra che si debba sostenere la terminologia di malattia cerebrale** perché introdurre sfumature critiche o dibattiti epistemologici attorno al termine di malattia cerebrale indebolirebbe la chiarezza del manuale di fronte alle istituzioni statali e ai quadri tecnici internazionali di sanità pubblica.

Fondamento o criterio di discernimento

In sintonia con lo sforzo compiuto nel capitolo 8 per superare i riduzionismi frammentari, e in fedeltà all'antropologia che sostiene che la persona è un'unità indivisibile, si afferma che i fattori sociali e psicologici non sono meri *accompagnatori* secondari di una patologia organica, bensì elementi co-costitutivi del disturbo stesso. La neurobiologia offre un supporto prezioso per comprendere il sintomo finale osservabile, ma la comprensione e l'approccio definitivi esigono uno sguardo olistico che non subordini la soggettività e la storia della persona a un determinismo strettamente materialistico.

Tesi e sviluppo argomentativo

Si deve dire che la definizione della dipendenza come *malattia cerebrale* costituisce una prospettiva rilevante ma parziale, la quale deve essere situata con cura all'interno del dibattito contemporaneo attraverso tre dimensioni fondamentali:

- **La moderazione del paradigma istituzionale stesso.** Lo stesso NIDA ha via via sfumato la sua formulazione originale. I ricercatori che più hanno contribuito a coniare la definizione riconoscono attualmente che le condizioni socioeconomiche, il trauma, lo stress cronico e l'ambiente culturale non operano come variabili esterne di accompagnamento, bensì come forze biograficamente costitutive della disregolazione del sistema nervoso centrale. Il consenso scientifico emergente segnala che la dipendenza è un fenomeno che si produce nell'intersezione di biologia, biografia e ambiente, e non esclusivamente all'interno del cranio dell'individuo.

- **La dipendenza come modello di apprendimento profondo.** Dalle stesse neuroscienze è stato proposto che la dipendenza sia meglio compresa come un modello di apprendimento profondo e persistente piuttosto che come una malattia in senso medico stretto. I cambiamenti neuroplastici prodotti dal disturbo da uso di sostanze (DUS) sono della stessa natura di quelli generati da qualsiasi apprendimento intenso e assorbente. Non si tratta di un processo patologico qualitativamente estraneo alle leggi del cervello, bensì di una manifestazione estrema della sua flessibilità adattiva. Questa distinzione non diminuisce in alcun modo la gravità della sofferenza né la realtà del danno biologico; ciò che cambia è la natura della speranza. Perché se il cervello possiede la capacità di apprendere la dipendenza attraverso la ripetizione intensa, possiede altresì la potenza di disimparare e tracciare nuovi cammini. Il recupero non consiste allora nel *riparare un organo rotto*, bensì nell'accompagnare un riapprendimento

profondo, che è precisamente ciò che la comunità e il legame sono chiamati a offrire.

- **La preservazione dell'agentività di fronte al fatalismo biologico.** L'uso assolutistico del linguaggio di *malattia cerebrale* racchiude il rischio paradossale di minare l'agentività del soggetto. Riducendo il suo patire a un cervello irrimediabilmente condizionato dalla cronicità organica, si può alimentare un sentimento di fatalismo e impotenza che indebolisce la motivazione al cambiamento e il protagonismo della persona nel proprio processo di reintegrazione. L'esperienza pastorale nei territori conferma questa tensione: quando si dice a un fratello che il suo cervello è *malato per sempre*, si corre il rischio di consegnargli un'identità di malato cronico che annulla la possibilità del risveglio spirituale e del progetto di vita che questo manuale intende promuovere.

Risposta alle obiezioni

1. **Alla prima:** Sostenere uno sguardo sfumato e complesso non implica lasciare indifeso il soggetto né tornare al giudizio morale di delinquenza o peccato. Al contrario, decentrare il peso esclusivo della «malattia cerebrale» consente di focalizzare lo sguardo sull'orfanità funzionale, il trauma e il dolore di intere comunità che la pastorale è chiamata ad accogliere. La causa del consumo non è la debolezza morale dell'individuo né un cervello difettoso, bensì una trama di ferite che coinvolge la persona, la sua storia e il suo ambiente in modo indivisibile.

2. **Alla seconda:** L'indiscutibile alterazione biologica dei neurotrasmettitori è il correlato fisico di una sofferenza esistenziale che frequentemente la precede e la sostiene. La neuroplasticità, che il modello di «malattia cerebrale» invoca per spiegare il danno, è precisamente la base della speranza biologica per il recupero: lo stesso meccanismo che ha consentito al cervello di apprendere la dipendenza è quello che consente la ricostruzione di circuiti orientati al senso e alla vita. La biologia non chiude l'orizzonte; lo apre.

Cfr. art. 6 (Giudicare, Brevissimo Glossario)

3. **Alla terza:** Lungi dal togliere chiarezza tecnica, l'adozione di una visione integrale situa il manuale all'avanguardia delle discussioni cliniche e istituzionali contemporanee, dove la stessa comunità scientifica sta transitando verso modelli più complessi rispetto allo schema di malattia cerebrale pura. Ciò è pienamente coerente con un documento concepito in

chiave di aggiornamento continuo, capace di dialogare in modo orizzontale con l'accademia e con la realtà del territorio.

9.3.4 Articolo 4: Traiettorie di recupero: la ricaduta come parte del processo

Esposizione del tema: La cronicità e il fenomeno della ricaduta.

Nell'immaginario sociale, la ricaduta nel consumo di sostanze viene solitamente interpretata come un fallimento definitivo del trattamento o un'evidenza che la persona «non può» guarire. Questa lettura genera conseguenze pastorali gravi: l'agente che la adotta abbandona l'accompagnamento, e la persona che la interiorizza abbandona la speranza. La scienza del *recovery* propone una lettura radicalmente diversa: il recupero non è un evento unico né un punto di arrivo, bensì una **traiettoria non lineare** in cui i momenti di difficoltà fanno parte del processo, non lo interrompono.

Domanda centrale: La ricaduta è la fine del processo di recupero, o fa parte delle traiettorie attese di guarigione nel DUS?

Ci si chiede se la ricaduta invalidi il cammino percorso e obblighi a ricominciare da zero, o se possa essere compresa come un evento clinico all'interno di un processo che continua e che, con l'accompagnamento adeguato, conduce al recupero sostenuto.

Posizioni od obiezioni esistenti

1. **Sembra che la ricaduta invalidi tutto il processo precedente**, come se lo sforzo e il tempo di astinenza anteriore non contassero e si dovesse ricominciare da principio.

2. **Sembra che chi ricade dimostri insufficiente motivazione o capacità di cambiamento**, il che porterebbe a ridurre l'accompagnamento o a considerare il caso come «senza soluzione».

3. **Sembra che vi siano persone che semplicemente «non possono guarire»**, perché il modello di ricadute ripetute viene interpretato come evidenza di una condizione irrimediabile.

Fondamento o criterio di discernimento

Le ricerche sulle traiettorie di *recovery* documentano che la grande maggioranza delle persone con DUS raggiunge un recupero stabile in un orizzonte di cinque anni, sebbene i percorsi siano sostanzialmente diversi tra loro. Ciò che le traiettorie hanno in comune non è l'assenza di ricadute, bensì la **direzione generale verso il recupero**. La ricaduta è un evento clinico che segnala la necessità di adeguare l'accompagnamento, non un segnale che il processo sia fallito.

Tesi e sviluppo argomentativo

Rispondiamo che il recupero nel DUS è un processo non lineare in cui la ricaduta è un evento atteso e gestibile, non la fine del cammino. Come illustra la figura, persone con traiettorie molto diverse —recupero precoce e sostenuto, recupero con una ricaduta significativa, recupero progressivo con difficoltà prolungate— convergono in un orizzonte comune di stabilità.

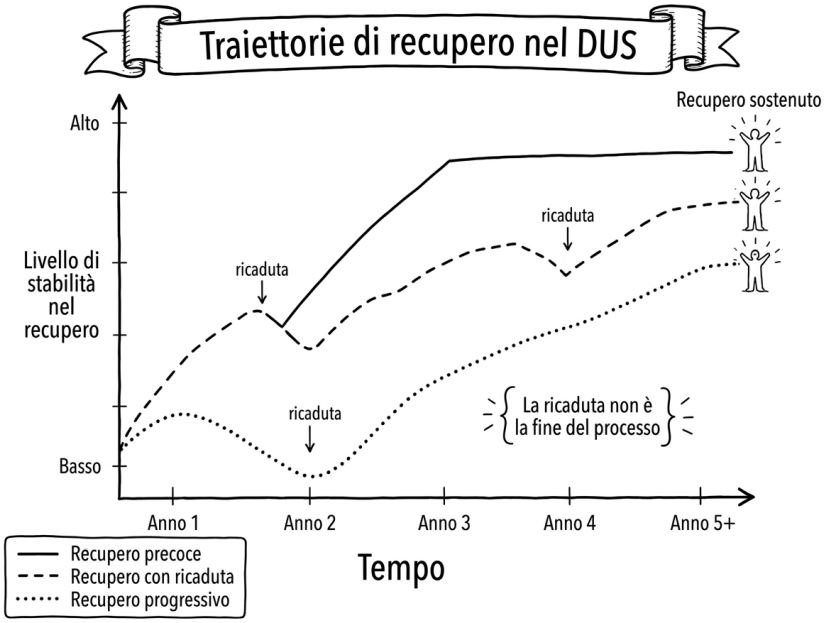


Figura 9.6: Traiettorie di recupero nel Disturbo da Uso di Sostanze (DUS). *Elaborazione propria basata sul modello di cronicità e recovery del National Institute on Drug Abuse (NIDA, 2024).*

Questa comprensione ha conseguenze pastorali dirette. L'accompagnatore che comprende la ricaduta come parte del processo non abbandona la persona nel momento di maggiore vulnerabilità —che è precisamente quando più si ha bisogno di presenza—, bensì adegua l'accompagnamento alla nuova situazione. La ricaduta è un **segnale, non una sentenza**.

Risposta alle obiezioni

1. **Alla prima obiezione:** La ricaduta non cancella ciò che è stato appreso né annulla il tempo di recupero precedente. Le modifiche neurobiologiche, i legami ricostruiti, gli strumenti acquisiti e la storia di recupero permangono. La ricaduta richiede un adeguamento, non un ricominciare da zero.

2. **Alla seconda obiezione:** Le traiettorie di *recovery* documentate mostrano che la ricaduta avviene anche in persone con alta motivazione e impegno reale nel processo. Non è un indicatore di mancanza di volontà, bensì un'espressione della complessità biologica, psicologica e sociale del DUS. Ridurre l'accompagnamento in quel momento è l'errore più costoso che possa commettere un agente pastorale o clinico.

3. **Alla terza obiezione:** Non esistono persone «irrecuperabili». Le ricerche a lungo termine mostrano che anche coloro che attraversano molteplici ricadute nel corso degli anni raggiungono, nella loro maggioranza, un recupero sostenuto. Ciò che varia è il tempo e il tipo di accompagnamento necessario. La pastorale della speranza non abbandona nessuno per la strada.

9.3.5 Articolo 5: Alterazione strutturale della neurotrasmissione nello spazio intersinaptico

Esposizione del tema: L'infiltrazione nel sistema di comunicazione cerebrale.

Il cervello umano funziona come un computer biologico estremamente complesso dove miliardi di cellule, chiamate neuroni, si organizzano in circuiti e reti per controllare ciascuna delle nostre funzioni. Tuttavia, questo sistema non è impenetrabile; le sostanze psicoattive (SPA) hanno la capacità di infiltrarsi in questo linguaggio chimico, distorcendo i messaggi che definiscono chi siamo e come percepiamo la realtà.

Domanda centrale: In che modo la SPA altera la neurotrasmissione e lo spazio intersinaptico?

Ci si chiede se l'impatto delle sostanze sia una semplice amplificazione del piacere o se si tratti di un'alterazione strutturale nel modo in cui i neuroni scambiano informazioni in quello spazio microscopico di separazione.

Posizioni od obiezioni esistenti

1. **Sembra che le droghe aggiungano semplicemente sensazioni nuove**, senza modificare il «linguaggio» o i processi naturali con cui il cervello già conta per funzionare.
2. **Sembra che tutte le sostanze agiscano con lo stesso meccanismo nella sinapsi**, suggerendo che non vi sia differenza tra come una sostanza deprime o stimola il sistema.
3. **Sembra che il messaggio chimico si trasmetta normalmente**, assumendo che la droga aumenti solo il volume del segnale, ma non il suo contenuto.

Fondamento o criterio di discernimento

Tuttavia, il cervello comunica mediante neurotrasmettitori che viaggiano attraverso lo **spazio intersinaptico** per aderire ai recettori, funzionando come una **chiave in una serratura**. Le SPA ottengono il loro effetto precisamente perché **interferiscono con il modo in cui i neuroni inviano, ricevono e processano questi segnali**.

Tesi e sviluppo argomentativo

Rispondiamo che l'alterazione nello spazio intersinaptico interrompe la comunicazione normale, dato che il segnale chimico non può essere annullato né limitato. Vedendosi saturati dall''inondazione' o ingannati dall''impostore', i recettori forzano il cervello a una **neuroadattazione**: una risposta difensiva in cui il neurone riduce il numero delle proprie serrature (recettori) per cercare di proteggersi dall'eccesso di stimolo, il che avvia il processo di tolleranza.

Risposta alle obiezioni

1. **Alla prima obiezione:** La SPA non aggiunge solo sensazioni, bensì altera il processo di comunicazione basilare. Interferendo con i trasportatori o imitando neurotrasmettitori, la sostanza **sequestra la macchina esistente** per inviare segnali distorti.
2. **Alla seconda obiezione:** Esistono meccanismi differenziati. Mentre alcune sostanze **attivano i neuroni per imitazione** (come gli oppioidi),

altre li forzano a **liberare quantità eccessive** di sostanze chimiche naturali impedendone la pulizia nella sinapsi (come gli stimolanti).

3. **Alla terza obiezione:** Il messaggio non è lo stesso. Le sostanze che imitano i neurotrasmettitori naturali attivano le reti in modo viziato o erratico, producendo una comunicazione che il cervello non può regolare da solo e che finisce per 'rompere' l'equilibrio dei circuiti di sopravvivenza

9.3.6 Articolo 6: Il paradosso della volontà prigioniera: il volere compulsivo senza gradimento edonico

Esposizione del tema

Le cronache territoriali raccolgono in modo costante la testimonianza straziante di fratelli in situazione di consumo cronico che esprimono con lucidità: *Non provo più piacere dalla sostanza, la detesto, ma non posso smettere di cercarla.* Di fronte allo sguardo sociale condannatorio che assume che la persona in situazione di dipendenza continui a consumare per puro diletto o persistenza edonista, si rende necessario discernere come l'alterazione del sistema di salienza motivazionale consumi la schiavitù del soggetto. Il manuale deve integrare questo fenomeno per dotare di realismo scientifico e pastorale l'approccio alle fasi più severe della dipendenza.

Domanda centrale

La perseveranza nel consumo cronico deve essere interpretata come una ricerca continua di piacere o come la manifestazione di un disturbo del volere compulsivo dissociato dal godimento reale?

Posizioni od obiezioni esistenti

- **Obiezione 1:** Sembra che se un individuo espone la propria salute, i propri legami e la propria dignità nella ricerca di una sostanza sia perché il piacere fisico ottenuto continua ad essere superiore a qualsiasi altro stimolo, il che collocherebbe il problema esclusivamente nella debolezza della volontà di fronte al diletto corporale.

- **Obiezione 2:** Sembra che sostenere che una persona agisca mossa da un volere compulsivo che non le produce più gradimento sfumi la sua responsabilità morale, riducendo il peccato del consumo a un automatismo biologico estraneo al libero arbitrio.

Fondamento o criterio di discernimento

Questo doloroso scenario trova la sua illuminazione teologica nella descrizione paolina della contraddizione interna dell'essere umano: *Non faccio il bene che voglio, ma il male che non voglio* (Rm 7, 19). Il magistero ecclesiale attuale riprende questa intuizione definendo la dipendenza severa come una perdita della libertà originaria, dove le passioni disordinate e il sequestro neurobiologico annullano l'intenzionalità del soggetto, lasciandolo intrappolato in un'inerzia materialistica che svuota la sua esistenza di ogni scopo vitale.

Tesi e sviluppo argomentativo

Rispondiamo che la dipendenza severa è fondamentalmente un disturbo del volere compulsivo (*wanting*) e non del gradimento edonico (*liking*), il che rappresenta la consumazione della schiavitù chimica attraverso tre precisazioni cliniche e pastorali:

1. **La validazione della sofferenza del fratello:** L'evidenza scientifica contemporanea convalida la verità della testimonianza territoriale. A causa dei meccanismi di tolleranza organica, il piacere che la sostanza produceva nelle fasi iniziali diminuisce in modo drastico fino a scomparire; tuttavia, l'impulso motivazionale dopaminergico si rende indipendente dal godimento, obbligando il soggetto a eseguire il comportamento di ricerca nonostante la sofferenza e il dolore secondario che questo gli genera.

2. **La tirannia dell'attenzione sequestrata:** Il circuito mesolimbico deragliato satura l'attenzione dell'individuo. Sebbene la ragione e il cuore del fratello riconoscano la distruzione del proprio progetto di vita, la salienza di incentivo assegnata meccanicamente alla sostanza opera come una forza cieca che offusca la corteccia prefrontale, il freno biologico degli impulsi, impedendo la deliberazione cosciente.

Cfr. art. 3 (Giudicare, Le sostanze e l'organismo, Definizione..., Rischi...)

3. **La devitalizzazione delle esigenze originarie:** Restando il sistema di ricompensa intrappolato in questo monologo chimico del volere compulsivo, la ricerca di senso, il progetto di vita e l'apertura al trascendente

restano anestetizzati. Il soggetto non decide più in libertà; è l'inerzia del circuito danneggiato a gestire la sua energia vitale, confermando che la dipendenza non è una festa edonista, bensì il sepolcro dell'agentività umana.

Risposta alle obiezioni

1. **Alla prima:** L'idea che chi soffre di un DUS cronico consumi per piacere è una credenza infondata che la stessa neurobiologia smentisce e che lo stigma sociale utilizza per giustificare lo scarto. La scienza dimostra che ciò che sostiene il comportamento è la tirannia del circuito dopaminergico dell'anticipazione ipertrofizzato, coesistente con un vuoto assoluto di diletto fisico, il che trasforma l'esperienza in un tormento esistenziale cronico.

2. **Alla seconda:** Riconoscere la frattura della volontà non annulla la responsabilità, bensì fonda la necessità urgente di una grazia liberatrice e di una rete di cure comunitarie. La persona conserva la propria dignità ontologica intatta, ma la sua libertà è menomata; pertanto, la comunità organizzata agisce come l'impalcatura affettiva esterna indispensabile per restaurare la sua capacità di decidere e restituirle il protagonismo della propria storia attraverso una pedagogia della tenerezza.

9.3.7 Articolo 7: Compromissione delle funzioni vitali nel tronco encefalico, nell'amigdala e nella corteccia prefrontale

Esposizione del tema: L'architettura della volontà e della sopravvivenza

Il cervello umano non è una massa uniforme, bensì un sistema di circuiti interconnessi che regolano dai battiti del cuore alle decisioni più complesse. Le sostanze psicoattive (SPA) non impattano il sistema nervoso a caso, bensì alterano zone specifiche responsabili di mantenere la vita e consentire l'autonomia dell'individuo.

Domanda centrale

Cfr. art. 3 (Giudicare, Le sostanze e l'organismo, Definizione..., Rischi...)

Quali funzioni vitali vengono compromesse quando le droghe colpiscono il tronco encefalico, l'amigdala o la corteccia prefrontale? Ci si chiede se l'impatto sia un'alterazione passeggera o se rappresenti una degradazione dei meccanismi biologici essenziali per la sopravvivenza.

Posizioni od obiezioni esistenti

1. **Sembra che il danno cerebrale si limiti alla memoria**, assumendo che le funzioni fisiche automatiche siano protette.
2. **Sembra che l'incapacità di smettere di consumare sia un difetto morale**, ignorando che il cervello subisce cambiamenti fisici che annullano biologicamente la capacità di frenare gli impulsi.
3. **Sembra che i sovradosaggi siano eventi accidentali**, senza comprendere che originano dalla depressione chimica dei centri di controllo vitale.

Fondamento o criterio di discernimento

Tuttavia, la scienza conferma che la dipendenza è una malattia cerebrale perché le sostanze ne cambiano la struttura e il funzionamento in modo duraturo. Il consumo altera zone necessarie per la vita e spinge a un uso compulsivo che sfugge al controllo volontario.

Tesi e sviluppo argomentativo

Rispondiamo che la compromissione di queste tre aree cerebrali mette a rischio l'integrità fisica e la libertà dell'individuo a causa dell'alterazione di circuiti specifici:

- **Tronco encefalico (Il regolatore della vita):** Controlla funzioni automatiche come la frequenza cardiaca, la respirazione e il sonno. Sostanze come gli **oppioidi** colpiscono questo settore, il che spiega perché un sovradosaggio possa arrestare la respirazione e causare la morte.
- **Amigdala estesa (Il centro dello stress):** Gestisce l'ansia e l'irritabilità. Sotto consumo cronico, questo circuito diventa ipersensibile; quando la droga manca, il malessere è così profondo che la persona non consuma più per piacere, bensì per alleviare uno stato di stress insopportabile.

- **Corteccia prefrontale (Il «freno» del cervello):** È la zona responsabile del pensare, pianificare e prendere decisioni. Quando viene danneggiata, la persona perde il controllo dei propri impulsi e dà priorità al consumo al di sopra di qualsiasi responsabilità familiare o lavorativa.

Risposta alle obiezioni

1. **Alla prima obiezione:** La compromissione del tronco encefalico dimostra che le droghe colpiscono la meccanica basilare della vita (respirazione e polso), non solo la memoria.

2. **Alla seconda obiezione:** Ciò che viene interpretato come «mancanza di volontà» è un'alterazione fisica della corteccia prefrontale. Poiché questa zona completa la sua maturazione verso i **25 anni**, l'individuo (specialmente il giovane) è privo dell'equipaggiamento biologico completo per valutare i rischi.

3. **Alla terza obiezione:** Il sovradosaggio è l'evidenza massima dell'impatto sul tronco encefalico, dove si «spengono» le funzioni vitali inondando i recettori cerebrali.

9.4 | Differenze secondo la tappa nel ciclo vitale, per sesso e per contesto

Questa sezione esplora come la vulnerabilità biologica e sociale non sia un fenomeno uniforme, riconoscendo che l'impatto delle sostanze psicoattive (SPA) varia profondamente secondo il ciclo vitale, il sesso e il contesto dell'individuo. Si analizza la singolarità della donna, che presenta una maggiore sensibilità fisiologica per l'effetto e la sua distribuzione di tessuto adiposo. Allo stesso modo, si affronta la fragilità critica delle infanzie e delle adolescenze, il cui sviluppo neuronale —specificamente della corteccia prefrontale— culmina solo verso i 25 anni, nonché la realtà invisibilizzata del consumo tardivo negli anziani. Infine, lo studio si colloca nel contesto territoriale, valutando l'impatto del narcotraffico, della vita in strada e dell'esclusione strutturale, fattori che obbligano a trascendere l'approccio meramente clinico verso un accompagnamento integrale, umanizzato e radicato nella realtà dei più scartati.

Cfr. art. 9.4.3 (Giudicare, Le sostanze e l'Organismo, Differenze secondo..., La risposta fisiologica...)

9.4.1 Articolo 1: Vulnerabilità biologica aumentata negli adolescenti e nei giovani

Esposizione del tema: L'immaturità del centro di comando.

L'adolescenza e la gioventù non sono solo tappe di transizione sociale; sono periodi di una profonda metamorfosi biologica. Durante questi anni, il cervello attraversa un processo di raffinamento strutturale che determina come l'individuo processerà il piacere, il rischio e l'autocontrollo. Quando una SPA interferisce in questo progetto «in costruzione», l'impatto è più severo e duraturo che in un adulto.

Domanda centrale: Perché gli adolescenti e i giovani sono biologicamente più vulnerabili allo sviluppo di un disturbo da uso di sostanze (DUS)?

Ci si chiede se questa fragilità risponda a una mancanza di disciplina o di volontà, o se esistano ragioni fisiologiche specifiche che spieghino perché la transizione verso la dipendenza sia molto più rapida in loro.

Posizioni od obiezioni esistenti

1. **Sembra che il consumo sia solo una questione di volontà**, assumendo che un giovane abbia la stessa capacità razionale di un adulto per valutare i rischi e dire «no».
2. **Sembra che un giovane di 18 o 20 anni possieda già una maturità sufficiente** per discernere i rischi del consumo, dato che legalmente viene già considerato adulto nella maggior parte delle società.
3. **Sembra che la precocità del consumo non influisca sulla gravità**, credendo che provare droghe in età precoce sia solo un aneddoto e non un fattore che alteri permanentemente la struttura neuronale.
4. **Sembra che l'ambiente sociale sia l'unico colpevole**, assumendo che la struttura del cervello non svolga un ruolo rilevante nella rapidità con cui si sviluppa una dipendenza.

Fondamento o criterio di discernimento

Tuttavia, contro ciò, la neuroscienza stabilisce che il cervello continua a svilupparsi fino ai **25 anni**. La **corteccia prefrontale** —responsabile di valutare situazioni, prendere decisioni ragionate e controllare gli impulsi— è l'ultima zona a maturare. Il consumo precoce di SPA avviene pertanto in un organo che non ha ancora terminato di installare i propri meccanismi di controllo, il che genera una breccia critica tra la capacità di sentire e la capacità di decidere.

Cfr. Influenze macro sulle capacità di accudimento (cap. 6)
Cfr. art. 3 (Giudicare, Le sostanze e l'organismo, Definizione..., Rischi...)

Tesi e sviluppo argomentativo

Rispondiamo che la vulnerabilità dei giovani si fonda su tre pilastri neurobiologici critici che l'accompagnatore pastorale deve conoscere:

- **Immaturità della corteccia prefrontale (il «freno» biologico):** Questa zona è l'ultima a maturare, completando il suo sviluppo intorno ai 25 anni. Non essendo ancora completamente connessa con le emozioni, l'adolescente è privo di un **freno biologico efficace** che gli consenta di misurare le conseguenze a lungo termine, restando dominato dall'impulso e dalla ricerca di gratificazione immediata. Esiste qui una breccia critica tra la legge e la biologia: sebbene la maggiore età legale sia fissata a 18 anni, il centro neurologico di valutazione dei rischi non è consolidato fino a circa i 25.

Cfr. art. 6 (Giudicare, Brevissimo Glossario)

- **Alta neuroplasticità e apprendimento anomalo:** Il cervello giovane è estremamente plastico per facilitare l'apprendimento. Dato che le SPA utilizzano gli stessi processi della memoria, il cervello giovane «impara» a essere dipendente con una velocità e una forza che non si verificano nel cervello maturo. Il consumo prima dei 25 anni può lasciare inoltre **deficienze permanenti** nella struttura neuronale che non aveva ancora terminato di consolidarsi.

Cfr. art. 9.3.1 (Giudicare, Le sostanze e l'organismo, La farmacodinamica..., Art. 1...)

- **Iperreattività del circuito di ricompensa:** In un cervello assetato di novità, le scariche massicce di dopamina provocate dalle SPA —fino a dieci volte superiori al livello naturale— «insegnano» all'organismo a dare priorità alla sostanza al di sopra di qualsiasi altro apprendimento sano, instaurando la dipendenza con una rapidità smisurata.

Risposta alle obiezioni

1. **Alla prima obiezione:** Non è solo volontà. L'immaturità del «freno» cerebrale genera un'incapacità organica all'inibizione; il sistema fisico del giovane semplicemente non risponde al desiderio di fermarsi di fronte allo stimolo massiccio della sostanza.

2. **Alla seconda obiezione:** Esiste una breccia critica tra la legge e la biologia. Trattare un giovane come un adulto maturo in termini biologici è un errore tecnico: la neuroscienza dimostra che il centro di valutazione dei rischi non è consolidato fino ai 25 anni, indipendentemente da ciò che stabilisce la legislazione.

3. **Alla terza obiezione:** La precocità è determinante. L'apprendimento della dipendenza prima dei 18 anni si incide nell'architettura cerebrale con una forza smisurata, rendendo la dipendenza più severa, più duratura e potenzialmente generatrice di danni strutturali permanenti.

4. **Alla quarta obiezione:** L'ambiente è cruciale, ma la **vulnerabilità biologica potenzia i rischi ambientali**. Un cervello in sviluppo esposto a un ambiente di offerta di droghe è incomparabilmente più incline a subire una neuroadattazione rispetto a un cervello maturo nelle stesse circostanze.

9.4.2 Articolo 2: Influenza della neuroplasticità sulla rapidità dell'apprendimento della dipendenza

Esposizione del tema: La malleabilità biologica come fattore di rischio.

Il cervello umano non nasce come una struttura rigida, bensì come un organo in costante rimodellamento che si adatta alle esperienze dell'ambiente. Questa capacità, fondamentale per la sopravvivenza e l'acquisizione di conoscenze, raggiunge il suo punto massimo durante l'infanzia e l'adolescenza. Tuttavia, nel contesto delle sostanze psicoattive (SPA), questa flessibilità biologica si trasforma in una vulnerabilità critica, consentendo al circuito della dipendenza di installarsi con una velocità e una profondità che non si verificano nel cervello adulto.

Domanda centrale: Che ruolo svolge la neuroplasticità nella rapidità con cui il cervello giovane apprende il comportamento di dipendenza?

Cfr. art. 6 (Giudicare, Brevissimo Glossario)

Ci si chiede se la rapidità con cui un giovane sviluppa un disturbo da uso di sostanze (DUS) sia semplicemente una mancanza di maturità comportamentale o se risponda a una proprietà fisica del cervello che accelera l'apprendimento dell'abitudine alla dipendenza al di sopra di altri apprendimenti sani.

Posizioni od obiezioni esistenti

1. **Sembra che l'apprendimento di un'abitudine negativa richieda lo stesso tempo per tutti**, assumendo che la ripetizione di un comportamento generi dipendenza con la stessa rapidità in un adolescente come in un adulto di 40 anni.
2. **Sembra che la neuroplasticità sia un processo esclusivo per gli apprendimenti positivi**, come le lingue o la musica, e che non intervenga nella formazione di patologie come la dipendenza.
3. **Sembra che la dipendenza sia solo una scelta volontaria**, ignorando che esistono cambiamenti fisici tangibili nella struttura neuronale provocati dallo stimolo della droga.

Fondamento o criterio di discernimento

Tuttavia, le fonti definiscono la **neuroplasticità** come l'abilità del cervello di cambiare fisicamente in base agli stimoli a cui viene sottoposto. La scienza della prevenzione indica che il disturbo da uso di sostanze è considerato un **fenomeno parallelo ai processi dell'apprendimento**, il che significa che il

cervello «impara» a essere dipendente utilizzando gli stessi meccanismi che usa per memorizzare informazioni.

Tesi e sviluppo argomentativo

Rispondiamo che la **neuroplasticità è il fattore che accelera la transizione verso la dipendenza** nel cervello giovane, funzionando come un acceleratore biologico della malattia per le seguenti ragioni:

Cfr. art. 9.3.1 (Giudicare, Le sostanze e l'organismo, La farmacodinamica..., Art. 1...)

- **La dipendenza come apprendimento anomalo:** Il cervello impara a essere dipendente usando gli stessi meccanismi che usa per memorizzare informazioni, ma a una velocità molto maggiore. Dato che le SPA liberano ondate di dopamina molto superiori a quelle naturali, il cervello giovane —che è estremamente plastico— si adatta fisicamente alla droga in un periodo molto più breve rispetto a quello di un adulto.
- **Persistenza dell'apprendimento precoce:** Ciò che il cervello assimila prima dei 17 anni mediante la formazione di nuove connessioni tende a permanere molto più a lungo. Per questo motivo, l'«apprendimento» della dipendenza in gioventù si incide con una forza smisurata nell'architettura cerebrale che si sta consolidando.
- **Sostituzione dei circuiti sani:** La scarica massiccia di dopamina modifica la connettività dei neuroni, facilitando che il giovane ripeta il consumo in modo automatico. Ciò sposta l'apprendimento di abilità sociali ed emotive necessarie per la vita adulta, sequestrando la capacità di crescita dell'individuo.

Risposta alle obiezioni

1. **Alla prima obiezione:** Il cervello adolescente è «programmato» per cambiare intensamente di fronte agli stimoli; pertanto, il periodo di esposizione necessario per diventare dipendente è **molto più breve** rispetto a un adulto.
2. **Alla seconda obiezione:** La neuroplasticità è un **meccanismo biologico neutro**. Il cervello non ha la capacità di distinguere se uno stimolo è 'buono' (come imparare una lingua) o 'cattivo' (come il consumo di SPA); semplicemente si adatta fisicamente allo stimolo più potente. In questo caso, l'intensità chimica della droga vince la gara rispetto agli stimoli naturali.

3. **Alla terza obiezione:** Sebbene l'inizio sia una decisione, la neuroplasticità converte quel comportamento in un **cambiamento strutturale permanente**. Dato che il 'freno' cerebrale (corteccia prefrontale) non ha ancora terminato di maturare verso i **25 anni**, il giovane resta senza strumenti fisici per fermare un'abitudine che il suo cervello ha già appreso a un livello biologico profondo

Cfr. art. 3 (Giudicare, Le sostanze e l'organismo, Definizione..., Rischi...)

9.4.3 Articolo 3: La risposta fisiologica differenziata e l'effetto secondo il sesso biologico

Esposizione del tema

Storicamente, gli studi sulla dipendenza e sulla tossicocinetica delle sostanze psicoattive (SPA) si sono concentrati prevalentemente su soggetti maschili, il che ha generato una profonda lacuna di conoscenza su come il consumo colpisca in modo diverso le donne. Tuttavia, la fisiologia umana non è neutra; il sesso biologico determina variabili critiche e inappellabili nell'assorbimento, nel metabolismo, nella distribuzione, nella permanenza e nell'eliminazione delle sostanze nell'organismo.

Domanda centrale

Quali differenze legate alla condizione sessuale esistono nella risposta fisiologica di fronte alle SPA e perché l'organismo femminile presenta una maggiore vulnerabilità strutturale e metabolica verso il danno sistemico e la dipendenza? Ci si chiede se l'impatto organico delle droghe sia uniforme tra i sessi o se risponda a meccanismi anatomici specifici che accelerano la cronicità del disturbo nella donna.

Posizioni od obiezioni esistenti

1. **Sembra che la risposta alle droghe dipenda esclusivamente dalla dose e dal peso corporeo**, assumendo che un uomo e una donna di uguale statura reagiranno allo stesso modo e che l'impatto organico sia uniforme se si aggiustano le dimensioni fisiche.

2. **Sembra che il tessuto adiposo sia un componente passivo e irrilevante nella dipendenza**, credendo che le droghe agiscano solo mentre circolano nel torrente sanguigno e che, una volta pulito il sangue in pochi giorni, il corpo sia completamente libero dalla sostanza.

3. **Sembra che la rapidità con cui si sviluppa una dipendenza o la maggiore sensibilità della donna sia una questione puramente comportamentale o psicologica**, ignorando l'esistenza di fattori metabolici e anatomici dimostrati che accelerano il processo di deterioramento.

Fondamento o criterio di discernimento

Tuttavia, l'evidenza scientifica e la pratica clinica confermano che le variabili biologiche alterano radicalmente la farmacocinetica delle SPA secondo il sesso. La maggior parte delle sostanze psicoattive possiede un'alta liposolubilità, il che significa che si sciolgono e si depositano con facilità nei tessuti grassi. Questo criterio tecnico, sommato alle differenze nella composizione idrica e metabolica, fonda ciò che scientificamente viene definito come l'*effetto telescopio*: la tendenza dimostrata della donna a progredire in modo molto più rapido dell'uomo dall'uso iniziale allo sviluppo di un Disturbo da Uso di Sostanze (DUS) e alla comparsa di conseguenze mediche gravi.

Tesi e sviluppo argomentativo

Rispondiamo che le differenze sessuali nella risposta fisiologica sono profonde, persistenti e si fondano su quattro pilastri biologici fondamentali:

- **Livelli di acqua corporea e concentrazione plasmatica:** Le donne hanno, proporzionalmente, meno acqua nel corpo rispetto agli uomini. Avendo meno sangue e meno acqua per sciogliere la sostanza, a parità di dosi di SPA, questa raggiunge livelli di **tossicità più elevati** nel sangue della donna, innalzando drasticamente il rischio di danni organici precoci come la cirrosi epatica.
- **Distribuzione sistemica del tessuto adiposo come magnete biologico:** Mentre l'uomo concentra il grasso principalmente in zone localizzate (ventre e schiena), il corpo della donna possiede tessuto adiposo distribuito in modo sistemico in tutto l'organismo. Essendo le SPA liposolubili, le molecole della droga vengono attratte magneticamente da questo tessuto, trasformando l'anatomia femminile in un grande serbatoio biologico e dinamico.
- **Impregnazione prolungata e difficoltà nella disintossicazione:** Questo accumulo generalizzato nei depositi di grasso fa sì che il carico chimico rimanga impregnato nell'organismo della donna per molto più

tempo che in quello dell'uomo. La tossicità persiste in modo latente e non si elimina con una semplice pulizia del sangue di pochi giorni, il che rallenta e complica significativamente il processo naturale di disintossicazione biologica.

- **L'effetto telescopio e la velocità del danno strutturale:** Come conseguenza diretta della convergenza tra una maggiore concentrazione idrica immediata e una ritenzione lipidica prolungata, la transizione verso la dipendenza severa e il deterioramento strutturale degli organi avviene in un periodo di tempo notevolmente minore nella donna, consolidando una vulnerabilità metabolica che condiziona tutto l'approccio clinico.

Risposta alle obiezioni

1. **Alla prima obiezione:** Non basta valutare il peso corporeo; la proporzione interna di acqua e grasso varia strutturalmente per sesso, il che altera in modo radicale la farmacocinetica, innalzando la concentrazione della sostanza nel torrente sanguigno della donna e accelerando la progressione verso il danno fisico.

2. **Alla seconda obiezione:** Il tessuto grasso non è passivo; funziona come un **serbatoio dinamico**. Il fenomeno clinico del **«viaggio a secco»** dimostra che il corpo può liberare di nuovo nel torrente sanguigno sostanze rimaste accumulate nei grassi anche mesi dopo l'ultimo consumo, confermando che l'apparente pulizia sanguigna iniziale non equivale a una disintossicazione totale.

3. **Alla terza obiezione:** La rapidità del deterioramento o la sensibilità femminile ha una base organica e anatomofisiologica dimostrata attraverso l'effetto telescopio. La velocità nella cronicizzazione del disturbo non risponde a fattori psicologici o comportamentali isolati, bensì a variabili metaboliche oggettive che accelerano la distruzione dei tessuti e fissano la dipendenza biologica.

9.4.4 Articolo 4: Rischi biologici in gravidanza

Esposizione del tema: La vulnerabilità dell'inizio della vita.

Il consumo di sostanze psicoattive (SPA) durante la gestazione non rappresenta solo un rischio per la salute materna, bensì costituisce un'**intrusione chimica** in un organismo in formazione che è privo di meccanismi di difesa propri. Questa problematica segna lo sviluppo fisico e cognitivo del bambino prima che questi abbia l'opportunità di nascere in un ambiente salubre.

Domanda centrale

Quali rischi specifici presenta la gravidanza e quali conseguenze ha per il neonato il consumo di SPA? Ci si chiede se il danno si limiti al momento del parto o se generi sequele permanenti nella struttura cerebrale e nella qualità di vita dell'infante.

Posizioni od obiezioni esistenti

1. **Sembra che la placenta agisca come un filtro infallibile**, suggerendo che il feto sia protetto dalle tossine esterne.
2. **Sembra che le sostanze «legali» (tabacco o alcol) siano meno dannose** di quelle illegali, minimizzando l'impatto di un consumo occasionale.
3. **Sembra che la sindrome da astinenza colpisca solo gli adulti**, ignorando che un neonato può nascere con una dipendenza fisica severa.

Fondamento o criterio di discernimento

Cfr. Approcci differenziati per le donne (cap. 6) e Spiritualità nella donna (cap. 7)

Tuttavia, le fonti tecniche stabiliscono che le SPA attraversano direttamente il torrente sanguigno verso il feto. Essendo sostanze nella loro maggioranza **liposolubili**, attraversano facilmente le membrane della placenta e raggiungono direttamente il cervello e gli organi in formazione.

Tesi e sviluppo argomentativo

Rispondiamo che il consumo di SPA durante la gravidanza genera rischi critici e differenziati con conseguenze dirette per il neonato:

- **Rischi generali:** Restrizione della crescita fetale, basso peso alla nascita e alta probabilità di sviluppare **deficit cognitivi** e problemi comportamentali a lungo termine.

- **Alcol:** È tossico durante tutti i nove mesi; il neonato può nascere con il **disturbo dello spettro alcolico fetale (FASD)**, che include anomalie facciali e disfunzioni cerebrali permanenti.
- **Cocaina:** Può provocare distacco della placenta, emorragie gravi e malformazioni cardiache nel feto.
- **Tabacco:** Espone il feto a 7.000 sostanze tossiche, causando malformazioni come la labiopalatoschisi e alterando permanentemente la crescita dei polmoni.
- **Eroina e Oppioidi:** I neonati nascono con **dipendenza fisica** e possono morire a causa della sindrome da astinenza se non ricevono un trattamento specializzato immediato.

Risposta alle obiezioni

1. **Alla prima obiezione:** La placenta non filtra le SPA; la loro natura liposolubile consente loro di attraversare questa barriera con la stessa facilità con cui attraversano la barriera emato-encefalica dell'adulto.
2. **Alla seconda obiezione:** L'alcol e il tabacco sono estremamente nocivi. L'alcol è tossico durante tutta la gestazione e il tabacco riduce drasticamente l'ossigenazione fetale.
3. **Alla terza obiezione:** La **sindrome da astinenza neonatale** è una realtà clinica grave; i neonati nascono con tremori e convulsioni, e la loro vita corre un rischio imminente nei primi giorni dopo il parto

9.4.5 Articolo 5: Conseguenze del consumo di alcol nei neonati (SAN e FASD)

Esposizione del tema: L'impronta chimica all'inizio della vita

L'impatto delle sostanze psicoattive (SPA) durante la gravidanza indebolisce lo sviluppo biologico del feto fin dalla sua fase più precoce. Dato che le SPA attraversano la **barriera placentare** e raggiungono direttamente il torrente sanguigno del feto, il neonato può nascere con complicazioni che segnano la sua struttura fisica e il suo funzionamento neurologico per tutta la vita.

Domanda centrale

Che cos'è la sindrome da astinenza neonatale (SAN) e il disturbo dello spettro alcolico fetale (FASD)? Ci si chiede se questi quadri siano difficoltà passeggere o se rappresentino patologie croniche derivate da danni strutturali irreversibili causati dalla tossicità delle sostanze.

Posizioni od obiezioni esistenti

1. **Sembra che l'astinenza del neonato sia solo un'irritabilità temporanea** che scompare pochi giorni dopo il parto senza lasciare sequele.
2. **Sembra che solo le droghe illegali causino questi disturbi,** assumendo che sostanze legali come l'alcol o il tabacco abbiano effetti minimi sul neonato.
3. **Sembra che il danno da alcol si verifichi solo nell'ultimo trimestre**, suggerendo che il consumo precoce sia meno rischioso per lo sviluppo fetale.

Fondamento o criterio di discernimento

Tuttavia, i registri clinici dimostrano che l'alcol è tossico durante tutti i **nove mesi di gestazione** e che sostanze come l'eroina generano una dipendenza fisica reale nel neonato. Il neonato è privo della **maturità metabolica** necessaria per processare i residui chimici in modo autonomo, per cui questi quadri richiedono interventi specializzati immediati.

Tesi e sviluppo argomentativo

Rispondiamo che la SAN e il FASD sono le manifestazioni più gravi dell'esposizione prenatale a sostanze, con conseguenze dirette per il neonato:

- **Sindrome da Astinenza Neonatale (SAN):** È un insieme di sintomi che si verificano quando un neonato nasce con dipendenza fisica. Si manifesta con un'**iperattività autonomica**, irritabilità estrema, tremori e problemi di sonno. A differenza degli adulti, i neonati possono morire a causa dell'astinenza se non ricevono un trattamento specializzato in terapia intensiva.

- **Disturbo dello Spettro Alcolico Fetale (FASD):** Raggruppa i danni permanenti causati dall'assunzione di alcol in qualsiasi fase della gravidanza. Produce **disabilità intellettiva irreversibile**, ritardi nella crescita e anomalie facciali caratteristiche che limitano le aspettative di vita e l'inserimento sociale futuro del bambino.

Risposta alle obiezioni

1. **Alla prima obiezione:** L'astinenza neonatale non è un malessere minore, bensì una crisi biologica severa che può includere epilessie e malformazioni cardiache, richiedendo cure intensive per stabilizzare il sistema nervoso dell'infante.

2. **Alla seconda obiezione:** Il tabacco e l'alcol sono estremamente dannosi. Il fumo del tabacco riduce l'ossigeno fetale e causa malformazioni come la labiopalatoschisi, mentre l'alcol è la causa principale di disabilità cognitive prevenibili.

3. **Alla terza obiezione:** Non esiste un livello sicuro di consumo di alcol. Essendo tossico durante tutto il processo gestazionale, anche il consumo precoce interferisce con la formazione di organi critici e lo sviluppo della motricità

9.4.6 Articolo 6: Maggiore vulnerabilità biologica nella povertà e nello stress cronico

Esposizione del tema: La cicatrice biologica dell'esclusione

La vulnerabilità di fronte alle dipendenze non dipende unicamente dalla genetica o da una scelta individuale; è profondamente legata all'ambiente. In contesti di esclusione, la biologia del soggetto non resta indenne; al contrario, l'ambiente di privazione scrive una **«biografia chimica»** nel cervello, alterando i meccanismi naturali del piacere e della ricompensa molto prima del primo contatto con una sostanza.

Domanda centrale

Cfr. art. 9.3.1 (Giudicare, Le sostanze e l'organismo, La farmacodinamica..., Art. 1...)

In che modo la povertà estrema e lo stress cronico colpiscono biologicamente i recettori della dopamina (D2), aumentando la suscettibilità alla dipendenza? Ci si chiede se la scarsità e la tensione della sopravvivenza siano fattori esterni passeggeri o se abbiano la capacità di modificare la densità dei neurorecettori, creando un terreno fisiologico fertile per il disturbo.

Posizioni od obiezioni esistenti

1. **Sembra che la povertà sia solo un fattore sociale**, senza impatto reale sull'architettura chimica dei neuroni.
2. **Sembra che lo stress non alteri il sistema di ricompensa in modo permanente**, suggerendo che il cervello recuperi il proprio equilibrio immediatamente se l'ambiente migliora.
3. **Sembra che la suscettibilità alla dipendenza sia uguale per tutti**, assumendo che la biologia del piacere funzioni allo stesso modo in un ambiente sicuro come in uno di privazione estrema.

Fondamento o criterio di discernimento

Tuttavia, dalla pastorale definiamo la dipendenza come il sintomo di una frattura interna o di un dolore profondo che l'individuo tenta di compensare. Esiste una relazione diretta tra le esperienze traumatiche in famiglie povere e l'alterazione fisica di neurorecettori specifici come il **D2**.

Tesi e sviluppo argomentativo

Rispondiamo che la povertà estrema e lo stress cronico agiscono come agenti disgregatori dell'omeostasi chimica del cervello attraverso i seguenti meccanismi:

- **Diminuzione dei recettori D2:** Lo stress costante della sopravvivenza provoca biologicamente una diminuzione della densità dei recettori D2. Ciò genera un **«vuoto biologico»** dove il sistema di ricompensa è incapace di processare il piacere derivante da stimoli naturali.
- **La droga come compensazione autoterapeutica:** Di fronte a questo deficit di piacere, le SPA appaiono come un modo per anestetizzare l'amarezza e l'ansia.

- **Attivazione del sistema di allerta:** Lo stress cronico mantiene l'individuo in uno stato di ipervigilanza nervosa, spingendo il cervello a cercare disperatamente una via di fuga o anestesia nella droga.

Risposta alle obiezioni

1. **Alla prima obiezione:** La povertà si traduce in un'alterazione organica visibile. Il maltrattamento e l'insoddisfazione dei bisogni basilari influiscono sull'espressione dei geni e indeboliscono la solidità della personalità.

2. **Alla seconda obiezione:** Lo stress prolungato nell'infanzia colpisce la maturazione della **corteccia prefrontale** fino ai **25 anni**, lasciando deficienze strutturali che ostacolano la capacità di dire «no» all'impulso.

Cfr. art. 3 (Giudicare, Le sostanze e l'organismo, Definizione..., Rischi...)

3. **Alla terza obiezione:** Non esiste uguaglianza biologica di fronte al rischio. Il **«capitale di recupero»** di una persona in povertà è minore, e il suo sistema nervoso è già condizionato da un ambiente ostile che accelera il passaggio verso la dipendenza severa

9.5 | Comorbilità e Salute Integrale

Questa sezione, intitolata **Comorbilità e Salute Integrale**, approfondisce la complessità dei soggetti che affrontano simultaneamente la dipendenza e altre patologie critiche, come la **patologia duale** e le malattie infettive associate alla povertà. Si definisce la patologia duale come la coesistenza di un disturbo psichiatrico di base (psicosi, nevrosi o personalità borderline) con il consumo problematico, dove la sostanza svolge solitamente la funzione di **tentativo autoterapeutico** per anestetizzare traumi profondi e una realtà vissuta come insopportabile. Allo stesso modo, il manuale affronta l'impatto della **tubercolosi (TBC) e dell'HIV**, affezioni che agiscono come indicatori di vulnerabilità e che, non essendo adeguatamente trattate da un sistema sanitario frammentato, sfociano in morti vergognose e totalmente prevenibili. L'asse centrale di questa sezione è la **salute integrale biopsicosociale e spirituale.**

Cfr. art. 8.2 (Giudicare, La psiche, Trauma...)

9.5.1 Articolo 1: La patologia duale

Esposizione del tema: L'intersezione tra la mente e la dipendenza

L'approccio alle dipendenze si è evoluto verso una comprensione clinica che riconosce la complessità della salute mentale umana. Nella maggior parte dei casi, il consumo di sostanze non si presenta in modo isolato, bensì si intreccia con padecimenti psichici preesistenti o scatenati dallo stesso uso.

Domanda centrale

Cfr. art. 8.2 (Giudicare, La psiche, Trauma...)

Che cos'è la patologia duale e perché il 50% delle persone con Disturbo da Uso di Sostanze (DUS) presenta anche un disturbo mentale cooccorrente? Ci si chiede se la dipendenza e i disturbi mentali siano eventi indipendenti o se esista una radice comune —biologica, psicologica e sociale— che spieghi questa elevata coincidenza.

Posizioni od obiezioni esistenti

1. **Sembra che la dipendenza sia l'unico problema reale**, e che i sintomi mentali siano effetti passeggeri dell'intossicazione che scompariranno smettendo la droga.
2. **Sembra che debbano essere trattati separatamente**, in istituzioni distinte e con specialisti che non comunichino tra loro.

3. **Sembra che la coincidenza sia solo «sfortuna» genetica**, ignorando il ruolo della storia di vita e dei traumi dell'individuo.

Fondamento o criterio di discernimento

Tuttavia, dalla pastorale definiamo la dipendenza non solo come una malattia, bensì anche come il sintomo di una **«frattura interna»** o di un dolore profondo che l'individuo tenta di compensare. Le ricerche confermano che circa il **50% delle persone con DUS** soffre di almeno un disturbo mentale, il che obbliga a un approccio integrale biopsicosociale e spirituale.

Tesi e sviluppo argomentativo

Rispondiamo che la **patologia duale** è la coesistenza di due quadri clinici: un disturbo psichiatrico di base (come psicosi, nevrosi o personalità borderline) e un consumo problematico di SPA. Questa cooccorrenza si fonda sui seguenti pilastri:

- **Tentativo autoterapeutico:** La sostanza assolve la funzione di **anestetizzare una vita intollerabile**, dolorosa o minacciosa a causa di traumi pregressi. Il consumo è una via immediata per ridurre l'angoscia e la disregolazione emotiva.
- **Vulnerabilità condivise:** Il consumo e i problemi di salute mentale colpiscono le **stesse aree del cervello**, per cui una predisposizione psichiatrica aumenta la propensione biologica alla dipendenza.
- **Reti di memoria disadattative:** Esperienze traumatiche mal elaborate attivano risposte di lotta o fuga; la droga appare come uno strumento di **«fuga»** di fronte a un mondo percepito come ostile.
- **Circolo vizioso della disconnessione:** Il DUS causa una disconnessione spirituale e personale che genera un vuoto interiore, aggravando il quadro psichiatrico iniziale.
- **Modelli esplicativi della relazione tra entrambi i disturbi:** La ricerca clinica ha identificato quattro modelli che spiegano come si articola la patologia duale.
    1. Il **modello dei fattori comuni** sostiene che entrambi i disturbi condividono radici genetiche, neurobiologiche e sociali —come l'inizio precoce del consumo o la condizione socioeconomica sfavorevole— che predispongono l'individuo a sviluppare i due quadri simultaneamente.

2. Il **modello del DUS secondario** postula che un disturbo mentale primario triplica il rischio di sviluppare una dipendenza, dato che la persona usa la sostanza per alleviare la propria sofferenza psichica.
3. Il **modello del disturbo mentale secondario** inverte la relazione: è il consumo prolungato a generare cambiamenti neuroadattativi che scatenano la patologia mentale.
4. Il **modello bidirezionale** integra i precedenti, riconoscendo che entrambi i disturbi si potenziano reciprocamente, aggravando lo stato del paziente e rendendo più complesso qualsiasi intervento.

Risposta alle obiezioni

1. **Alla prima obiezione:** Il consumo problematico è raramente il problema in sé; è un tentativo di fronteggiare un quadro di base scompensato. Ignorare la patologia mentale sottostante rende il trattamento inefficiente e inadeguato.

2. **Alla seconda obiezione:** La frammentazione assistenziale è un errore tecnico. I pazienti con patologia duale necessitano di una strategia in cui il sistema sanitario e la comunità lavorino in rete, umanizzando il percorso di guarigione attraverso l'accompagnamento affettuoso.

3. **Alla terza obiezione:** Sebbene esistano fattori genetici (40-60%), l'interazione con l'ambiente è determinante. La **povertà strutturale** e i legami di attaccamento insicuri indeboliscono la personalità, creando la «frattura esistenziale» dove si insedia la patologia duale.

9.5.2 Articolo 2: L'impatto sul sistema immunitario

Esposizione del tema: La fragilità organica e la vulnerabilità sociale

Il consumo di sostanze psicoattive (SPA) non è solo un fenomeno cerebrale; rappresenta un'aggressione sistemica che indebolisce le difese dell'organismo. Questa problematica colloca l'individuo in un'intersezione dove la salute fisica viene compromessa sia dall'azione chimica diretta sia dalle condizioni di marginalità e di esclusione che solitamente accompagnano il consumo problematico.

Domanda centrale

Come colpisce il consumo di SPA il sistema immunitario e che relazione ha con malattie infettive come l'HIV, la tubercolosi e le epatiti? Ci si chiede se la prevalenza di queste infezioni sia una conseguenza biologica inevitabile o se risponda a una dinamica complessa dove il consumo altera il processo decisionale e la capacità del corpo di difendersi.

Posizioni od obiezioni esistenti

1. **Sembra che l'HIV e l'epatite siano rischi esclusivi di chi si inietta droghe**, minimizzando il rischio per altre vie di consumo.
2. **Sembra che la tubercolosi sia una malattia legata solo al sovraffollamento**, senza una relazione intrinseca con l'impatto delle sostanze.
3. **Sembra che la mancanza di farmaci sia l'unica causa di morte**, assumendo che il sistema sanitario formale sia sufficiente di per sé senza considerare l'abbandono del trattamento.

Fondamento o criterio di discernimento

Tuttavia, la scienza conferma che il consumo di SPA indebolisce il sistema immunitario, rendendo la persona significativamente più suscettibile a malattie gravi. L'HIV e la tubercolosi (TBC) agiscono come indicatori di vulnerabilità che non sono solo legati alla povertà, ma la perpetuano.

Tesi e sviluppo argomentativo

Rispondiamo che il consumo di SPA impatta la salute immunitaria attraverso tre livelli critici di vulnerabilità:

- **Impatto Biologico Diretto:** L'uso cronico indebolisce la risposta immunitaria, facilitando la proliferazione di patogeni come il bacillo della TBC. Nelle droghe iniettabili, il rischio è estremo: si stima che il 12,6% degli utenti conviva con l'HIV e più della metà con l'epatite C.
- **Alterazione del Comportamento a Rischio:** La diminuzione dell'inibizione e gli effetti cognitivi negativi conducono a un aumento dei comportamenti a rischio (come rapporti sessuali non protetti), moltiplicando le infezioni a trasmissione sessuale.

- **Barriere Sistemiche e Abbandono:** Il pericolo maggiore non è l'infezione in sé, bensì il fatto che il disturbo da uso di sostanze (DUS) porta ad abbandonare i trattamenti (ART o schemi per la TBC). Il sistema formale tende a fallire nel non affrontare la complessità di chi vive in strada, con il risultato di morti assolutamente prevenibili.

Risposta alle obiezioni

1. **Alla prima obiezione:** Il rischio di HIV nelle persone con DUS è **quattro volte maggiore** rispetto alla popolazione generale, anche senza iniezione, a causa della disregolazione emotiva e comportamentale provocata dal consumo.

2. **Alla seconda obiezione:** Esiste una relazione stretta; il consumo genera un deterioramento fisico e neurologico tale che l'individuo perde la nozione della cura di sé, permettendo che la TBC progredisca come coinfezione insieme all'HIV.

3. **Alla terza obiezione:** Il farmaco non garantisce la salute senza una **rete di cure comunitarie**. Come vedremo più avanti nel capitolo della dimensione sociale e in quello delle proposte della Parte 4 (Agire), l'accompagnamento tra pari e i dispositivi di assistenza differenziata ottengono successi terapeutici superiori al **92%**, superando la rigidità del sistema ospedaliero tradizionale.

9.5.3 Articolo 3: Impatto del consumo di sostanze psicoattive sulla salute generale

Esposizione del tema: La degradazione sistemica dell'organismo

L'uso cronico di sostanze psicoattive (SPA) non altera solo la chimica cerebrale, bensì sottopone il corpo a un'aggressione costante che degrada organi e sistemi vitali. Quando questo consumo avviene in contesti di marginalità e vita in strada, il danno biologico si potenzia esponenzialmente: la mancanza di alloggio, la denutrizione e l'assenza di reti di cura trasformano malattie trattabili in condizioni mortali.

Domanda centrale

Quali sono le conseguenze collaterali sulla salute fisica (orale, gastrica, respiratoria) derivate dalla marginalità e dall'uso cronico di sostanze? Ci si chiede se questi danni siano effetti secondari minori o se costituiscano una patologia sistemica che richiede un approccio integrale, dato che l'esclusione frammenta la capacità del soggetto di prendersi cura della propria vita.

Posizioni od obiezioni esistenti

1. **Sembra che il danno fisico sia causato unicamente dalla tossicità della droga**, ignorando che fattori come il freddo, la mancanza di igiene e la fame sono determinanti nella comparsa di queste malattie.

2. **Sembra che i problemi orali o gastrici siano superficiali**, assumendo che l'unico fuoco d'attenzione debba essere il sistema nervoso centrale e la disintossicazione neurologica.

3. **Sembra che il sistema sanitario tradizionale sia sufficiente per trattarli**, senza considerare che la burocrazia e lo stigma agiscono come barriere che impediscono di completare i trattamenti.

Fondamento o criterio di discernimento

Tuttavia, i dati territoriali indicano che la marginalità e il consumo cronico generano **«spese catastrofiche»** in sanità e riducono drasticamente l'aspettativa di vita. La mancanza di un'abitazione stabile acuisce problemi che vanno dalle malattie cutanee alle crisi respiratorie e gastriche gravi.

Tesi e sviluppo argomentativo

Rispondiamo che le conseguenze fisiche in queste popolazioni sono profonde e si manifestano in tre aree critiche che l'accompagnatore deve monitorare:

- **Salute Orale e Dentale:** L'impatto chimico delle SPA e la trascuratezza estrema provocano ulcere, malattie delle gengive e carie severe. Durante l'astinenza, i dolori dentali si esacerbano, trasformandosi in un fattore scatenante del consumo per «anestetizzare» il dolore.

- **Salute Gastrica e Metabolica:** La cattiva nutrizione e l'uso cronico sfociano in ulcere gastrointestinali e malattie del fegato. Il sistema digestivo perde la capacità di assorbire nutrienti essenziali, il che ritarda qualsiasi tentativo di recupero neurologico.
- **Salute Respiratoria e TBC:** Il consumo per via fumata (crack, pasta base) causa danno diretto al tessuto polmonare. La vulnerabilità immunitaria facilita la proliferazione della **tubercolosi (TBC)**, che tende a presentarsi come coinfezione insieme all'HIV in contesti di strada.

Risposta alle obiezioni

1. **Alla prima obiezione:** La sostanza avvia il danno, ma la vita in strada impedisce al corpo di recuperare. Fattori come l'intemperie fanno sì che un'infezione respiratoria comune si trasformi in una polmonite fatale in persone con difese basse.
2. **Alla seconda obiezione:** Questi problemi non sono minori; la cattiva salute orale e gastrica impedisce una nutrizione adeguata, il che rende impossibile la riparazione dei circuiti cerebrali danneggiati. Sono segni visibili di una malattia che colpisce tutto l'essere.
3. **Alla terza obiezione:** Il sistema formale ha un «limite» perché si limita a prescrivere farmaci, ma non offre la rete di cure necessaria per assicurare che qualcuno in strada completi un trattamento. Solo l'**accompagnamento comunitario** può «cucire» queste risposte frammentate per salvare la vita del soggetto.

9.5.4 Articolo 4: Dipendenze comportamentali (Gioco d'azzardo, tecnologia e pornografia)

Esposizione del tema: L'espansione del concetto di dipendenza.

Storicamente, il concetto di dipendenza si limitava al consumo di sostanze chimiche esterne. Tuttavia, la scienza moderna e la pratica pastorale hanno rivelato che il cervello umano può sviluppare legami di dipendenza con certi comportamenti —come il gioco d'azzardo, la pornografia o l'uso eccessivo di tecnologie— in modo sorprendentemente simile alle droghe tradizionali. Questa realtà obbliga a guardare oltre la sostanza e comprendere la vulnerabilità della

nostra stessa architettura cerebrale di fronte a stimoli di progettazione digitale o comportamentale.

Domanda centrale

Perché le dipendenze comportamentali attivano gli stessi circuiti neurobiologici delle sostanze chimiche? Ci si chiede se sia possibile parlare di una «malattia» quando non vi è l'ingestione di un composto chimico esterno o se il cervello sia capace di generare la propria «droga interna» di fronte a stimoli specifici, replicando il ciclo della dipendenza.

Posizioni od obiezioni esistenti

1. **Sembra che questi comportamenti siano semplici passatempi o mancanza di disciplina**, dato che non esiste un composto chimico che attraversi la barriera emato-encefalica per alterare i neuroni.

2. **Sembra che non si possa parlare di dipendenza reale se non c'è una sindrome da astinenza fisica**, come quella che si verifica con l'alcol o l'eroina.

3. **Sembra che la «dipendenza dalla tecnologia» sia un termine esagerato**, dato che questi strumenti sono fondamentali per la vita moderna e non possono essere paragonati al danno delle droghe.

Fondamento o criterio di discernimento

Tuttavia, il cervello umano è «cablato» per ripetere attività piacevoli mediante il sistema di ricompensa. Manuali specializzati come il DSM-5 classificano già il gioco d'azzardo patologico tra i disturbi da dipendenza, riconoscendo che i comportamenti possono generare deterioramenti clinici e funzionali identici a quelli delle sostanze.

Tesi e sviluppo argomentativo

Rispondiamo che le dipendenze comportamentali attivano gli stessi circuiti perché sequestrano la macchina naturale del piacere e dell'apprendimento del cervello:

- **Attivazione del Circuito di Ricompensa:** Come le droghe, comportamenti come le scommesse online o i videogiochi generano un'iperattività nei gangli della base. Sebbene non vi sia una sostanza esterna, queste attività alterano i centri del piacere mediante stimoli psicologici intensi che innescano la dopamina interna.

Cfr. art. 9.3.1 (Giudicare, Le sostanze e l'organismo, La farmacodinamica..., Art. 1...)

- **Dall'Impulsività alla Compulsività:** Questi comportamenti tendono a iniziare per ricerca di piacere, ma con il tempo diventano compulsivi, spinti dalla necessità di evitare emozioni negative come lo stress o l'ansia, il che è identico al ciclo della dipendenza chimica.

Cfr. art. 3 (Giudicare, Le sostanze e l'organismo, Definizione..., Rischi...)

- **Guasto del «Freno» Cerebrale:** L'uso persistente di queste tecnologie o giochi indebolisce la capacità della corteccia prefrontale di controllare gli impulsi. Ciò spiega perché la persona perde l'autonomia e non riesce a fermare il comportamento nonostante le conseguenze negative nella propria vita.

Risposta alle obiezioni

1. **Alla prima obiezione:** Sebbene non entri un composto chimico esterno, lo stimolo visivo o interattivo innesca una cascata di neurotrasmettitori naturali che altera la comunicazione neuronale in modo tanto potente quanto una droga.

2. **Alla seconda obiezione:** L'esperienza clinica mostra che esiste una **sindrome da astinenza comportamentale** caratterizzata da irritabilità, ansia e pensieri ossessivi quando viene interrotto l'accesso al gioco o al dispositivo.

3. **Alla terza obiezione:** Non si tratta dello strumento, bensì dell'uso. Il design di molte piattaforme digitali cerca espressamente di «agganciare» l'utente, sfruttando la **neuroplasticità** del cervello —specialmente quello dei giovani— per instaurare circuiti di dipendenza rapidi e severi.

Cfr. art. 6 (Giudicare, Brevissimo Glossario)

Capitolo 10

Cammini di Integrazione

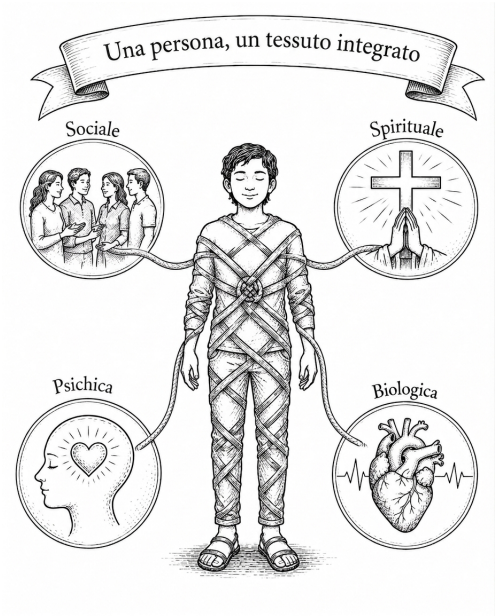


Figura 10.1: Le quattro dimensioni del tessuto integrale

Nel corso dei capitoli precedenti, abbiamo offerto elementi per il discernimento dispiegati in quattro grandi dimensioni: l'essere sociale, lo spirito umano, la psiche e le sostanze e l'organismo. Ogni dimensione ha illuminato un aspetto essenziale della persona che soffre di un disturbo da uso di sostanze, e ognuna ha generato le proprie domande, le proprie tensioni e i propri criteri di risposta. Ma la persona non è la somma delle sue dimensioni. È un'unità viva, e la sofferenza della dipendenza la attraversa per intero.

Questo capitolo non aggiunge un'ulteriore dimensione alla mappa: la percorre nella sua totalità per mostrare come si connettono. La sua funzione è integratrice. Le tabelle che seguono incrociano i temi fondamentali dell'accompagnamento con ciascuna delle quattro dimensioni, permettendo all'agente pastorale di collocarsi con precisione quando affronta una situazione concreta: cosa sta osservando, da quale angolazione lo sta osservando, e quali altri sguardi potrebbero arricchire la sua risposta. Gli articoli che le accompagnano offrono criteri di discernimento per le tensioni che nessuna tabella può risolvere da sola.

Questo capitolo è anche la soglia tra il Giudicare e l'Agire. Chi ha percorso questo discernimento non ne esce con un protocollo, ma con uno sguardo. E quello sguardo è ciò che rende possibile che l'Agire abbia senso.

Una delle tensioni più importanti che percorre i capitoli precedenti merita di essere nominata prima di proseguire. Il capitolo dedicato alla psiche sostiene che il disturbo da uso di sostanze non è una struttura di personalità chiusa ma un fenomeno che si aggiunge all'identità singolare del soggetto; la sua dignità e la sua potenza di cambiamento sono anteriori e superiori al disturbo. Il capitolo dedicato alle sostanze e all'organismo riconosce che il consumo cronico produce modificazioni neurobiologiche persistenti che condizionano il comportamento e rendono difficile il recupero. Come può qualcosa «aggiungersi» all'identità senza definirla se allo stesso tempo altera in modo duraturo la biologia del soggetto? La risposta risiede nell'antropologia che vertebra questo manuale: la persona è un'unità indivisibile di corpo, anima e spirito, ma questa unità non è un'equivalenza. Ciò che accade nel corpo è reale e non può essere ignorato, ma la persona non si riduce al suo corpo. La dipendenza modifica il cervello — questo è un fatto biologico —, ma la persona che abita quel cervello conserva un'identità, una dignità e una vocazione che trascendono la modificazione organica. Allo stesso modo in cui una cicatrice si aggiunge al corpo senza diventare il corpo, il disturbo si aggiunge alla biografia senza diventare l'identità. La cicatrice è reale, fa male, condiziona, ma non definisce chi è colui che la porta. E la stessa neuroplasticità che ha permesso al cervello di apprendere la dipendenza è quella che permette di tracciare nuovi cammini: non perché il danno si cancelli come se non fosse mai esistito, ma perché il cervello umano è progettato per continuare ad apprendere finché vive. Questa è la base biologica della speranza che questo manuale propone.

Cfr. art. 6 (Giudicare, Brevissimo Glossario)

10.1 | Fondamenti antropologici

Tema	La dimensione sociale	Lo spirito umano	La psiche	Le sostanze e l'organismo
Dignità Umana	Diritti umani; il diritto di essere chiamato con il proprio nome di fronte allo stigma. *(§6.1.2)*	Dignità ontologica inalienabile per essere immagine di Dio; superiore a qualsiasi peccato. *(§7.1.3)*	Autoefficacia e riconoscimento della persona come soggetto e non come oggetto di assistenza. *(§8.1.1)*	Deterioramento fisico e cognitivo che compromette la salute generale ma non il valore dell'essere. *(§9.5.3)*
Libertà	La strada come falsa libertà; la libertà reale esige condizioni minime di giustizia sociale. *(§6.6.1)*	Potenzialità inalienabile; la dipendenza è una «schiavitù chimica» che oscura ma non cancella la libertà originale. *(§7.2.4)*	Recupero dell'autonomia e capacità di decidere di fronte all'impulsività del consumo. *(§8.4.3)*	Sequestro del sistema di ricompensa; la corteccia prefrontale (freno biologico) risulta danneggiata. *(§9.3.6)*
Identità	Economia popolare e solidale come motori di identità e dignità lavorativa. *(§6.6.4)*	Essenza dell'essere; impronta sacra inalienabile. *(§7.1.1)*	Persona Prima: il disturbo non è l'identità, è una condizione aggiunta. *(§8.1.1)*	Neuroplasticità che permette di «riprogrammare» l'identità verso la salute. *(§9.4.3)*
Trascendenza	Carità sociale: l'affetto familiare che si apre al servizio del popolo. *(§6.7.1)*	Capacità radicale di andare oltre se stessi verso Dio e il prossimo. *(§7.3.1)*	Senso della vita che permette di tollerare il malessere senza evasione chimica. *(§8.4.4)*	Il cervello che guarisce non si chiude su se stesso: la neuroplasticità lo apre verso nuovi legami. *(§9.4.3)*

Continua...

Cfr. art. 6 (Giudicare, Brevissimo Glossario)

Tema	La dimensione sociale	Lo spirito umano	La psiche	Le sostanze e l'organismo
Senso della Vita	Appartenenza a un popolo; protagonismo sociale come antidoto allo scarto. *(§6.3.2)*	Scopo vitale come forza motrice dell'identità. *(§7.1.2)*	Logoterapia: scoperta di valori di fronte alla stanchezza di esistere. *(§8.4.4)*	Omeostasi: equilibrio chimico che permette al soggetto di stare in pace. *(§9.3.3)*
Vuoto Esistenziale	Invisibilità sociale e mancanza di orizzonti nei NEET (giovani che non studiano né lavorano). *(§6.2.6)*	Patologia dello spirito nata dalla mancanza di valori e scopo vitale. *(§7.3.4)*	La droga come sutura fallita per una vita percepita come insopportabile. *(§8.4.6)*	Diminuzione dei recettori D2 in contesti di stress cronico, creando un «vuoto biologico». *(§9.3.6)*

10.2 | Base biologica

Tema	La dimensione sociale	Lo spirito umano	La psiche	Le sostanze e l'organismo
Sostanza Psicoattiva	Contesti culturali che ritualizzano o profanano l'uso di sostanze. *(§8.1.7)*	Tentativo di colmare una sete d'infinito con risposte materiali. *(§7.3.2)*	Modificazione della percezione, dell'umore e del comportamento. *(§8.1.6)*	Componente chimico che attraversa la barriera ematoencefalica e altera il SNC. *(§9.1.1)*

Continua...

Tema	La dimensione sociale	Lo spirito umano	La psiche	Le sostanze e l'organismo
Sostanze Legali	Il consumo di alcol e tabacco è profondamente ritualizzato in contesti sociali e familiari. *(§6.1.7)*	Normalizzazione dell'alcol e del tabacco come «vangelo del benessere». *(§7.3.5)*	La distinzione legale/illegale non determina il livello di danno; conta la relazione del soggetto. *(§8.1.6)*	L'alcol e il tabacco agiscono sul SNC con gli stessi meccanismi di dipendenza. *(§9.1.4)*
Sistema di Ricompensa	Territorio digitale (videogiochi, scommesse) che attiva gli stessi circuiti delle droghe. *(§6.1.4)*	Consumismo che satura il desiderio di pienezza con piaceri immediati. *(§7.3.5)*	Dall'impulsività alla compulsività; adattamento per insensibilità. *(§8.3.1)*	Gangli basali iperattivati; scariche massive di dopamina. *(§9.3.6)*
Corteccia prefrontale	Reclutamento dell'infanzia (soldatini) approfittando dell'immaturità biologica dei minori. *(§4.5)*	Capacità di discernimento spirituale per scegliere il bene di fronte al male. *(§7.2.4)*	Funzioni esecutive: pianificare, valutare i rischi e controllare gli impulsi. *(§8.1.2)*	Maturazione tardiva fino ai 25 anni; è il freno biologico delle decisioni. *(§9.4.2)*
Neuroplasticità	Legami sani che agiscono come nuovi stimoli per il cervello plastico. *(§6.2.1)*	Possibilità di «risurrezione» biologica; il cervello può imparare a guarire. *(§7.4.3)*	Disapprendimento di condotte nocive; creazione di nuove reti adattive. *(§8.4.2)*	Ogni incontro genuino lascia un'impronta fisica: è la biologia della speranza. *(§9.4.3)*

Cfr. art. 9.3.1 (Giudicare, Le sostanze e l'organismo, La farmacodinamica..., Art. 1...)

Cfr. art. 3 (Giudicare, Le sostanze e l'organismo, Definizione..., Rischi...)

10.3 | Dinamiche psicologiche

Tema	La dimensione sociale	Lo spirito umano	La psiche	Le sostanze e l'organismo
Trauma	Esclusione sociale e povertà strutturale come scenari di trauma complesso e mancanza di protezione. *(§6.6.1)*	Trauma come velo che nasconde l'immagine di Dio e genera orfanità spirituale. *(§7.2.2)*	Il consumo funziona come tentativo autoterapeutico per anestetizzare il dolore. *(§8.2.3)*	Reti di memoria disadattive che deregolano il sistema autonomo (cortisolo). *(§9.5.1)*
Memoria	Memoria comunitaria del quartiere come strumento di empowerment. *(§6.5.4)*	Memoria terapeutica: riconoscere le radici per progettare il futuro. *(§7.4.1)*	Rielaborazione di esperienze traumatiche; ricucire la storia spezzata. *(§8.2.3)*	Reti di memoria disadattive immagazzinate nel sistema limbico. *(§9.2.8)*
Emozioni	Emozioni generate nel legame con l'altro; relazionalità trinitaria. *(§8.1.5)*	Cuore come centro unificatore di ragione e sentimento; ricerca di pienezza. *(§7.2.3)*	Regolazione emotiva; uso del diario delle emozioni per l'introspezione. *(§8.7.3)*	Innescate dall'amigdala e dai circuiti di stress davanti a reti di memoria negative. *(§9.3.7)*
Paura e Ansia	Terrore imposto dal narcotraffico; frontiere invisibili nel quartiere. *(§4.13)*	Desolazione esistenziale che offusca la visione di un futuro con speranza. *(§7.3.3)*	Trauma: percezione del mondo come una minaccia costante. *(§8.2.3)*	Ipersensibilità dell'amigdala davanti alla mancanza della sostanza. *(§9.3.7)*

Continua...

Tema	La dimensione sociale	Lo spirito umano	La psiche	Le sostanze e l'organismo
Salute Mentale	Sistema sanitario frammentato che espelle i pazienti complessi. *(§4.8)*	Frattura della trascendenza; orfanità emotiva profonda. *(§7.3.1)*	Coesistenza di DUS con disturbi psichiatrici (psicosi, nevrosi, disturbo di personalità borderline). *(§8.2.2)*	Deregolazione del sistema nervoso centrale; vulnerabilità genetica. *(§9.5.1)*
Discernimento	Azione politica: discernere quali strutture danneggiano il bene comune. *(§6.7.1)*	Saggezza spirituale per distinguere le false soluzioni del mercato. *(§7.7.5)*	Processo di cambiamento: passare dall'ambivalenza alla decisione intenzionale. *(§8.3.3)*	Recupero della parte razionale (corteccia prefrontale) per valutare i rischi. *(§9.3.7)*

10.4 | Legami e comunità

Tema	La dimensione sociale	Lo spirito umano	La psiche	Le sostanze e l'organismo
Legami Primari	La famiglia come scuola di fraternità e antidoto all'individualismo. *(§6.2.2)*	Mediazione umana necessaria per riconoscersi amato da Dio. *(§7.2.1)*	Riparazione di reti di memoria disadattive causate dalla negligenza. *(§8.2.3)*	Attaccamento sicuro che regola biologicamente i livelli di cortisolo. *(§9.4.9)*

Continua...

Tema	La dimensione sociale	Lo spirito umano	La psiche	Le sostanze e l'organismo
Famiglia	Scuola di fraternità; supporto davanti alle influenze macroeconomiche. *(§6.2.2)*	Chiesa domestica; primo luogo di trasmissione di valori e senso. *(§7.2.1)*	Approccio sistemico: la famiglia si organizza attorno al sintomo. *(§8.4.5)*	Fattori biologici ereditari di vulnerabilità. *(§9.4.1)*
Contesto Comunitario	Quartiere come famiglia comunitaria; educazione comunitaria di fronte all'individualismo. *(§6.2.4)*	Impossibilità di esperienza spirituale isolata; mistica dell'incontro. *(§7.9.2)*	Capitale di recupero familiare; il ruolo delle famiglie di accoglienza. *(§8.5.3)*	Stress cronico ambientale che condiziona l'espressione dei geni. *(§9.4.9)*
Cultura dell'Incontro	Antidoto contro l'individualismo; rioccupazione di spazi democratici. *(§6.1.1)*	Spontaneità della riconnessione nell'incontro con i fratelli. *(§7.4.1)*	Legame di attaccamento sicuro in centri di quartiere e parrocchie. *(§8.5.3)*	Riduzione dello stress biologico mediante l'ospitalità affettiva. *(§9.4.9)*
Accompagnamento	Accompagnamento aspecifico nel territorio (strada, carcere, ospedale). *(§6.7.3)*	Cammino di Emmaus; accompagnare senza giudicare per restaurare la speranza. *(§7.5.1)*	Ascolto attivo, empatia e validazione emotiva. *(§8.7.1)*	Approccio tecnico-professionale necessario per stabilizzare la biochimica danneggiata. *(§9.5.3)*

Continua...

Tema	La dimensione sociale	Lo spirito umano	La psiche	Le sostanze e l'organismo
Ascolto Attivo	Ospitalità dell'ascolto di fronte alla freddezza dei sistemi burocratici. *(§6.1.1)*	Valore della parola e della testimonianza nella generazione di fiducia filiale. *(§7.5.4)*	Tecniche di parafrasi e rispecchiamento perché il soggetto simbolizzi il suo dolore. *(§8.7.1)*	Regolazione del sistema nervoso attraverso la presenza sicura dell'altro. *(§9.3.7)*
Sapere Professionale vs. Territoriale	L'agente pastorale radicato nel territorio possiede un capitale di conoscenza che viene reso invisibile. *(§6.5.5)*	La conoscenza spirituale dell'accompagnatore del quartiere ha un'autorità propria. *(§7.5.4)*	Tensione tra il modello clinico e il sapere comunitario; gestione della parità. *(§8.5.4)*	Il sapere tecnico-clinico è necessario per comprendere i processi biochimici. *(§9.5.3)*

10.5 | Strutture sociali

Tema	La dimensione sociale	Lo spirito umano	La psiche	Le sostanze e l'organismo
Povertà	Esclusione strutturale; mancanza di terra, tetto e lavoro (le 3 T). *(§6.3.2)*	Desolazione spirituale per mancanza di appartenenza e radici in un «popolo». *(§7.3.4)*	Stress cronico che diminuisce i recettori di dopamina, facilitando la dipendenza. *(§9.4.9)*	Denutrizione e indebolimento del sistema immunitario davanti a SPA tossiche. *(§9.4.9)*

Continua...

Tema	La dimensione sociale	Lo spirito umano	La psiche	Le sostanze e l'organismo
Giustizia Sociale	Denuncia delle strutture di peccato (narcotraffico) che schiavizzano il popolo. *(§6.7.1)*	Carità politica: difesa dei diritti dei più fragili. *(§7.9.5)*	Superamento dell'invisibilità sociale che genera vuoto esistenziale. *(§8.1.3)*	Accesso equo alla salute neonatale per prevenire le disabilità. *(§9.4.7)*
Narcotraffico	Narcopolitica e corruzione istituzionale; il narco come organizzatore del quartiere. *(§4.13)*	Cultura della morte; mercanti di morte che lucrano sul dolore. *(§5.8.1)*	Terrore e paura che frammentano la soggettività e il territorio. *(§8.2.1)*	Produzione di NPS e fentanil; adulterazione tossica di sostanze tradizionali. *(§9.1.3)*
Stigma	Etichettamento sociale che espelle il giovane dal sistema educativo. *(§6.2.6)*	Squalificazione morale che fa sentire il soggetto indegno di Dio. *(§7.1.3)*	Identità interiorizzata di «dipendente» che sabota l'autoefficacia. *(§8.1.3)*	Segregazione sanitaria negli ospedali che impedisce il trattamento medico. *(§9.5.3)*
Territorio Digitale	Nuovo scenario di rischio; cittadinanza digitale e disconnessione familiare. *(§6.1.4)*	Disconnessione spirituale per virtualizzazione e solitudine profonda. *(§7.3.5)*	FOMO; ansia per l'approvazione esterna costante. *(§8.6.3)*	Ludopatia online; alterazione dei circuiti del piacere per le notifiche. *(§9.5.4)*
Mobilità Umana	L'interculturalità esige che la pastorale adatti i suoi linguaggi e le sue metodologie. *(§6.6.5)*	Lo sradicamento del migrante genera un'orfanità spirituale. *(§7.3.4)*	I lutti migratori non risolti costituiscono un fattore di rischio specifico. *(§8.2.3)*	Rotture dell'habitat biologico e vulnerabilità. *(§9.4.9)*

10.6 | Popolazioni specifiche

Tema	La dimensione sociale	Lo spirito umano	La psiche	Le sostanze e l'organismo
Infanzia	Orfani funzionali; reclutamento da parte di bande criminali (soldatini). *(§4.5)*	Impatto della mancanza di amore domestico; seme spirituale ferito. *(§7.2.2)*	Mancanza di figure protettive; apprendimento dipendente accelerato dalla plasticità. *(§8.6.2)*	Età di inizio media a 9 anni; cervello vulnerabile in costruzione. *(§9.4.2)*
Donna e Consumo	Femminilizzazione della povertà; la donna come tessitrice di cure nel quartiere. *(§6.6.2)*	Restaurazione dell'immagine di Dio dopo traumi di genere. *(§7.8.3)*	Doppia condanna e colpa materna; barriere specifiche di accesso al trattamento. *(§8.6.1)*	Effetto ; maggiore tessuto adiposo e metabolismo differenziato. *(§9.4.4)*
Maternità	Protezione della famiglia di fronte alla minaccia di perdita della custodia. *(§6.6.3)*	Grandi madri comunitarie; mistica dell'ospitalità materna. *(§7.8.4)*	Riparazione del legame materno dopo il trauma e il consumo. *(§8.6.1)*	Rischi biologici in gravidanza; sindrome da astinenza neonatale. *(§9.4.7)*
Popolazione Travesti-Trans	Esclusione sistemica; prostituzione legata al consumo per sopravvivenza. *(§4.11)*	Essenza fragilizzata; rifugio in credenze alternative per rifiuto religioso. *(§7.1.3)*	Conflitti di identità e divario tra immagine mentale e realtà fisica. *(§8.6.1)*	Danno fisico accelerato da condizioni estreme di strada e violenza. *(§4.10)*

Cfr. art. 9.4.3 (Giudicare, Le sostanze e l'Organismo, Differenze secondo..., La risposta fisiologica...)

Continua...

Tema	La dimensione sociale	Lo spirito umano	La psiche	Le sostanze e l'organismo
Carceri	Estensione della vulnerabilità del quartiere; la droga come moneta di scambio. *(§4.12)*	L'«abisso della libertà» dopo l'uscita; necessità di redenzione. *(§7.4.4)*	Paura della diagnosi psichiatrica per timore di pene più lunghe. *(§8.2.2)*	Sovraffollamento e cattiva salute fisica che aggravano i disturbi neurologici. *(§9.5.3)*

10.7 | Risposte pastorali e spirituali

Amoris Laetitia N°291

Tema	La dimensione sociale	Lo spirito umano	La psiche	Le sostanze e l'organismo
Misericordia	Carità politica: incidenza nelle strutture di giustizia. *(§6.7.1)*	Sacramenti come rimedio per i feriti. *(§7.6.1)*	Accettazione incondizionata che permette di sanare l'autostima. *(§8.7.1)*	Ospedale da campo: attenzione fisica urgente prima di fare domande. *(§9.5.3)*
Mensa Condivisa	Il centro di quartiere come focolare di famiglie che mangiano insieme. *(§6.5.1)*	Eucaristia: alimento per i deboli; segno di fraternità. *(§7.6.2)*	Sana la frattura interna dello scarto nel sentirsi invitato e prezioso. *(§8.5.1)*	Recupero della nutrizione fisica di base in comunità. *(§9.5.2)*
Chiamare per Nome	Legame di fronte alla disumanizzazione amministrativa. *(§6.1.2)*	Riconoscimento della dignità ontologica unica e irripetibile. *(§7.1.3)*	Uscita dall'anonimato; superamento dell'identità di «dipendente». *(§8.1.3)*	Riconoscimento del soggetto biologico singolare, non standardizzato. *(§9.3.3)*

Continua...

Tema	La dimensione sociale	Lo spirito umano	La psiche	Le sostanze e l'organismo
Fede Incarnata	Una Chiesa che esce incontro all'escluso nel territorio. *(§6.7.3)*	La spiritualità si misura dalla sua incarnazione in legami concreti. *(§7.5.6)*	Coerenza tra valori e azioni come fattore di salute psichica. *(§8.7.2)*	La fede verificata nel servizio regola lo stress dell'accompagnatore. *(§9.4.9)*

10.8 | L'etica della cura come criterio trasversale

10.8.1 Articolo 1: Astensionismo o Riduzione del danno?

Lc 10, 33-34 — *Ma un samaritano, che era in viaggio, passò accanto a lui e, vedendolo, ne ebbe compassione. Gli si fece vicino, gli fasciò le ferite, versandovi olio e vino*

Esposizione del tema

Nella pratica pastorale concreta, gli agenti che accompagnano persone con disturbi da uso di sostanze si trovano spesso di fronte a un dilemma che viene percepito come inevitabile: optare per il modello astensionista —che orienta l'intero processo verso la soppressione totale del consumo come condizione di recupero— oppure per l'approccio di riduzione del danno —che dà priorità alla diminuzione dei rischi associati al consumo senza esigere l'astinenza come requisito di accesso all'accompagnamento—. Questa tensione, lungi dall'essere meramente tecnica, ha conseguenze pastorali profonde, poiché definisce chi viene accompagnato e a quali condizioni. La sfida consiste nel discernere se questa tensione costituisca una vera contraddizione che obbliga a scegliere, o se esista un criterio superiore capace di integrarla senza dissolvere nessuno dei due poli.

Domanda centrale

Gli agenti pastorali devono scegliere tra il modello astensionista e l'approccio di riduzione del danno, oppure esiste un criterio di discernimento capace di orientare l'azione senza forzare tale scelta?

Posizioni od obiezioni esistenti

- **Obiezione 1:** Sembra che l'approccio di riduzione dei rischi e dei danni implichi un abbandono della persona, poiché non orientando il processo

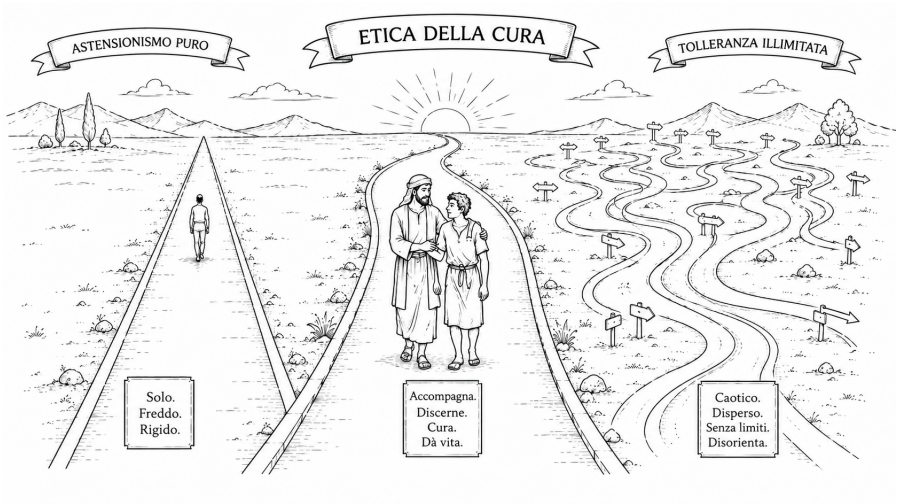


Figura 10.2: L'etica della cura tra l'astensionismo e la riduzione del danno

verso l'astinenza totale rinuncia all'aspirazione del suo pieno recupero. Accettare il consumo come dato permanente significherebbe accontentarsi di meno di quanto il fratello merita, privandolo della possibilità di raggiungere la sua massima dignità e autonomia.

- **Obiezione 2:** Sembra che il modello astensionista abbandoni ugualmente la persona, poiché condizionando l'accompagnamento al raggiungimento dell'astinenza, finisce per lasciare andare chi non la raggiunge. Chi ricade, chi non può o non vuole smettere di consumare, resta senza rete. L'esigenza del risultato diventa, nei fatti, una forma di esclusione mascherata.

- **Obiezione 3:** Sembra che entrambe le logiche siano incompatibili tra loro, e che la pastorale non possa sostenersi nell'ambiguità. Mantenere i due approcci simultaneamente genererebbe confusione nei gruppi, incoerenza nei dispositivi e sfiducia in coloro che vengono accompagnati. Sarebbe necessario, pertanto, optare per l'uno o l'altro paradigma con chiarezza istituzionale.

Fondamento o criterio di discernimento

L'errore di fondo nelle tre obiezioni è lo stesso: supporre che il criterio primo dell'accompagnamento pastorale sia il risultato clinico —l'astinenza raggiunta o il danno ridotto— quando in realtà il criterio primo è la dignità della persona. L'**etica della cura** non è un punto medio tra due modelli tecnici, ma un paradigma di un altro ordine: afferma che l'accesso all'accompagnamento non

può essere condizionato da nessun risultato precedente, ma unicamente dalla condizione di essere umano ferito che ha bisogno di essere accompagnato.

Questo criterio non è una novità pastorale, bensì la traduzione operativa di ciò che questo manuale ha proposto fin dall'inizio: l'immagine della Pala di Isenheim, dove i malati del monastero di Sant'Antonio non venivano accolti una volta guariti né una volta disposti a guarire, ma nella crudezza della loro piaga aperta. La Chiesa come *ospedale da campo*, nell'espressione di Papa Francesco, non chiede meriti per aprire la porta; cura prima, e accompagna il processo senza anticiparne l'esito. Dice Francesco: *la comunità evangelizzatrice si coinvolge con opere e gesti nella vita quotidiana degli altri, accorcia le distanze, si abbassa fino all'umiliazione se è necessario, e assume la vita umana, toccando la carne sofferente di Cristo nel popolo.*

Evangelii Gaudium N° 24

Da questo criterio, l'astinenza è un **orizzonte auspicabile e legittimo**, non una condizione di inclusione. E la riduzione del danno è uno **strumento valido in determinati tratti del processo**, non una capitolazione davanti al fenomeno. Entrambi gli approcci sono strumenti al servizio della cura, e il discernimento pastorale consiste nel sapere quando e come dispiegare ciascuno, senza assolutizzare nessuno dei due.

L'etica della cura è trasversale perché non appartiene a nessuna dimensione esclusiva dell'approccio —non è solo sociale, né solo clinica, né solo spirituale— ma opera come il terreno dal quale tutte le risposte si articolano. Chi si prende cura non sceglie tra aspirare al meglio per l'altro e accompagnarlo dove si trova: fa entrambe le cose allo stesso tempo, nell'ordine che la situazione concreta esige.

Risposta alle obiezioni:

- **Alla prima:** L'approccio di riduzione del danno non abbandona la persona quando è orientato dall'etica della cura, bensì la sostiene nel tratto del processo in cui l'astinenza non è ancora possibile. Abbandonare sarebbe ritirarsi. Ridurre il danno è restare al fianco. L'aspirazione al pieno recupero non viene negata; viene sostenuta anche quando il cammino è più lungo e tortuoso del previsto.

- **Alla seconda:** Il modello astensionista non abbandona la persona quando non confonde l'orizzonte con il requisito. L'astinenza come meta orienta il processo; l'astinenza come condizione lo chiude. Una pastorale che lascia andare il fratello che ricade non è fedele all'ideale di recupero, ma lo tradisce: la misericordia strutturata —come è stata sviluppata in questo

manuale— sa che il vincolo non si spezza davanti alla fragilità, ma si rafforza proprio lì.

- **Alla terza:** L'apparente incompatibilità tra i due modelli si dissolve quando si comprende che nessuno dei due è il paradigma, ma sono strumenti all'interno di un paradigma più grande. Non c'è contraddizione tra sostenere l'astinenza come orizzonte e accompagnare chi non riesce ancora a raggiungerla. L'ambiguità che va evitata non è quella di usare strumenti diversi a seconda del momento, ma quella di non avere un criterio chiaro su perché si usano. Quel criterio è la cura della persona concreta, nella sua storia singolare, senza abbandonarla in nessun tratto del cammino.

10.8.2 Articolo 2: Sull'accompagnamento di chi non riconosce il proprio problema

Lc 15, 20 — *Quando era ancora lontano, suo padre lo vide e si commosse profondamente; gli corse incontro, lo abbracciò e lo baciò*

Figura 10.3: Il Padre misericordioso

Esposizione del tema

Nella pratica pastorale concreta, uno dei momenti più difficili non è quello del fratello che chiede aiuto, ma quello del fratello che non lo chiede. La persona che consuma senza riconoscere il danno, che rifiuta l'accompagnamento o che semplicemente non ha coscienza di averne bisogno, pone l'agente pastorale davanti a una domanda che non ammette risposta facile: ha senso mantenere un vincolo quando l'altro non lo riconosce come tale? È legittimo avvicinarsi a chi non ha dato segnali di voler essere accompagnato? O l'agente deve aspettare che il soggetto esprima il suo bisogno prima di agire? Il discernimento pastorale richiede chiarezza su quale sia il fondamento del vincolo e in quale momento nasce il desiderio di cambiamento.

Domanda centrale

L'agente pastorale può sostenere un accompagnamento significativo con chi non riconosce il proprio problema né manifesta desiderio di cambiamento, oppure deve attendere che emerga quella motivazione per avviare il processo?

Posizioni od obiezioni esistenti

- **Obiezione 1:** Sembra che non si possa accompagnare chi non chiede aiuto, poiché ogni intervento non richiesto viola l'autonomia della persona. Imporsi su qualcuno che non riconosce la propria situazione come problematica sarebbe una forma di paternalismo che disconosce la sua capacità di decidere sulla propria vita, riproducendo la stessa logica di controllo che la pastorale intende superare.

- **Obiezione 2:** Sembra che mantenere il vincolo con qualcuno che consuma senza riconoscere il problema equivalga ad abilitare quel consumo. Se l'agente resta al fianco senza esigere alcun cambiamento, potrebbe inviare il messaggio implicito che la situazione è tollerabile, diventando inavvertitamente complice di un processo che distrugge il fratello.

- **Obiezione 3:** Sembra che senza motivazione non ci sia processo possibile. Il Modello Transteorico del Cambiamento insegna che il soggetto in fase di precontemplazione non è pronto per modificare la propria condotta; pertanto, ogni sforzo dell'accompagnatore sarebbe prematuro e inutile, un dispendio di energia che non produce risultati e che può finire per esaurire l'agente e frustrare l'accompagnato.

Fondamento o criterio di discernimento

L'errore condiviso dalle tre obiezioni è supporre che il vincolo venga dopo la motivazione, quando in realtà accade esattamente il contrario: **la presenza significativa è la condizione di possibilità del desiderio di cambiamento**. Nessuno può desiderare ciò che non ha mai sperimentato nemmeno come possibilità. E la possibilità di una vita diversa non emerge da una decisione astratta, ma dall'incontro concreto con qualcuno che ti vede, ti chiama per nome e resta al fianco senza condizioni.

Questo principio non è una novità pastorale: è ciò che la Pala di Isenheim porta dipinto dal XVI secolo. Giovanni e la Maddalena non stavano ai piedi della croce perché il Cristo crocifisso avesse chiesto loro di restare. Rimasero

perché il loro amore non aveva bisogno di essere sollecitato per sostenersi. Quella presenza che non esige reciprocità immediata è precisamente il modello dell'accompagnamento pastorale nei momenti di maggiore oscurità.

Dalla psicologia dell'attaccamento, la scienza conferma ciò che la fede già sapeva: la presenza regolata di un altro significativo crea le condizioni neurobiologiche perché emerga il desiderio. Il cervello ferito dal consumo e dall'abbandono non può generare motivazione nel vuoto; ha bisogno prima di sperimentare che esiste qualcuno che non se ne va, che non giudica, che chiama per nome. Quel vincolo sostenuto nel tempo agisce come impalcatura sulla quale la persona, gradualmente, comincia a parlare, a dare un nome a ciò che patisce e a riconoscere in quella presenza il primo segnale che qualcosa di meglio è possibile.

L'agente pastorale che si avvicina senza aspettare che l'altro chieda non viola la sua autonomia: la **costruisce**. Perché l'autonomia non è un dato previo che va rispettato dall'esterno, ma una capacità che si sviluppa nel vincolo. Un soggetto devastato soggettivamente dal consumo, dall'abbandono e dallo stigma non possiede un'autonomia piena nel senso astratto del termine; ha, invece, la possibilità di recuperarla se qualcuno resta sufficientemente vicino e per un tempo sufficiente affinché il desiderio e l'autonomia possano aver luogo.

Risposta alle obiezioni:

- **Alla prima:** La presenza significativa non impone né interviene sull'altro; offre vincolo. Non c'è violazione dell'autonomia nel restare al fianco, nel chiamare per nome, nel non abbandonare. L'autonomia che viene invocata come argomento per non avvicinarsi è spesso l'indifferenza travestita da rispetto. L'agente pastorale non aspetta che l'altro chieda per avvicinarsi, perché sa che chiedere richiede aver sperimentato precedentemente che qualcuno può rispondere.

- **Alla seconda:** Sostenere il vincolo non è approvare il consumo. La presenza significativa non dice «va bene quello che fai», ma «non ti lascio anche se quello che fai ti distrugge». Quella distinzione è ciò che separa la complicità dall'accompagnamento. La Pala di Isenheim non dipinge Giovanni e la Maddalena che approvano la crocifissione; li dipinge mentre si rifiutano di abbandonare il crocifisso. La permanenza al fianco di chi soffre è un atto di denuncia della sofferenza, non di accettazione delle sue cause.

- **Alla terza:** Il Modello Transteorico del Cambiamento non dice che il soggetto in precontemplazione non possa avanzare; dice che non può

avanzare da solo. La fase di precontemplazione non è un muro, è una soglia. E le soglie si attraversano quando c'è qualcuno dall'altra parte. La motivazione non precede il vincolo: **nasce da esso**. L'agente che resta in quel tratto apparentemente sterile non sta sprecando energia; sta seminando nell'unico terreno in cui il desiderio di cambiamento può germogliare.

10.9 | Risposte pratiche

Tema	La dimensione sociale	Lo spirito umano	La psiche	Le sostanze e l'organismo
Prevenzione	Spazi promozionali (sport/arte) per «arrivare prima» del narco. *(§6.5.3)*	Educazione ai valori e capacità di dire «no» a ciò che disumanizza. *(§7.5.2)*	Rafforzamento dell'autoefficacia e delle abilità di rifiuto. *(§8.7.2)*	Intervento precoce per proteggere il cervello infantile. *(§9.4.2)*
Ricaduta	Rete di appoggio per non abbandonare il fratello che cade. *(§6.4.3)* e *(§8.5.3)*	La misericordia come forza per rialzarsi; non è un fallimento morale. *(§7.7.4)*	Opportunità pedagogica all'interno del ciclo di cambiamento. *(§8.3.4)*	Memoria cellulare e «viaggio secco» per sostanze nel tessuto adiposo. *(§9.2.8)*
Limite Sano	Il limite posto dal vincolo, non dal controllo; la norma comunitaria come abbraccio protettivo. *(§6.3.3)*	La gratuità di Dio non è disordine; il limite esprime un amore che custodisce impedendo l'autodistruzione. *(§6.3.3)*	Il limite sano riduce l'ansia e allena la volontà mediante mete graduali e prevedibili. *(§8.3.1)*	La struttura prevedibile regola il sistema nervoso autonomo e diminuisce il cortisolo dello stress cronico. *(§9.4.9)*

Continua...

Tema	La dimensione sociale	Lo spirito umano	La psiche	Le sostanze e l'organismo
Sostitutive	Rifiuto della liberalizzazione come soluzione; l'astinenza come orizzonte, non come condizione di accesso alla cura. *(§5.9.2)* e *(§10.8.1)*	La libertà piena come vocazione dello spirito; l'accompagnamento non rinuncia a quell'orizzonte anche se il cammino è graduale. *(§7.4.4)*	La riduzione del danno come strumento valido nel tratto in cui l'astinenza non è ancora possibile; l'autonomia come meta del processo. *(§8.3.2)* e *(§10.8.1)*	Intervento farmacologico orientato a preservare la vita e stabilizzare il soggetto affinché il processo integrale possa sostenersi. *(§9.3.3)*
Lavoro	Cooperativismo di fronte al denaro facile del narcotraffico. *(§6.3.1)*	Il lavoro come partecipazione all'opera creatrice di Dio. *(§7.4.4)*	Sviluppo di abilità vocazionali; superare il ruolo di assistito. *(§8.7.2)*	Recupero dei ritmi circadiani e dell'energia fisica attraverso i mestieri. *(§9.5.3)*
Autocura	Sostenibilità della rete comunitaria; cura di chi si prende cura. *(§6.7.2)*	Teologia del riposo; il diritto all'ozio che glorifica Dio. *(§7.7.3)*	Gestione del burnout e della fatica da compassione. *(§8.7.4)*	Prevenzione dell'esaurimento biologico dell'accompagnatore. *(§9.5.3)*
Gratitudine	Cultura dell'incontro celebrata nella comunità grata. *(§6.1.1)*	Motore di guarigione profonda; riconoscimento dei miracoli quotidiani. *(§7.7.4)*	Riduzione dell'ansia; attenzione ai punti di forza. *(§8.7.3)*	Riduzione dei livelli di cortisolo e miglioramento immunitario. *(§9.5.2)*

10.10 | Dimensioni del processo

Tema	La dimensione sociale	Lo spirito umano	La psiche	Le sostanze e l'organismo
Logica del Tempo	Processi artigianali di fronte alla logica di franchising istituzionale. *(§6.5.2)*	Amicizia con il tempo; rispetto per la storia sacra dell'altro. *(§7.7.2)*	Tappe del processo di cambiamento; non si può forzare la maturazione. *(§8.3.1)*	Cronometro biologico: emivita di eliminazione e processi lenti. *(§9.2.10)*
Immediatezza	Cultura dello scarto che dà priorità al consumo immediato. *(§5.6)*	Falso assoluto del mercato che offre felicità magica istantanea. *(§7.3.5)*	Impulsività digitale che erode l'attesa. *(§8.6.3)*	Velocità d'azione: sostanze fumate raggiungono il cervello in 7 secondi. *(§9.2.1)*
Comorbilità	Barriere burocratiche che impediscono l'accesso alla sanità pubblica. *(§4.7)*	Unzione degli infermi in situazioni limite di salute fisica. *(§7.6.5)*	Somatizzazione della sofferenza; abbandono del trattamento per desolazione. *(§8.2.1)*	Malattie marcatrici: TBC, HIV, danno orale e dentale. *(§9.5.1)*

Il discernimento non è un esercizio astratto. Ha una destinazione concreta: la persona che sta dall'altra parte, con la sua storia singolare, la sua piaga aperta e il suo desiderio non ancora del tutto desto. Tutto ciò che è stato illuminato in questa parte del manuale —la dignità, la libertà, il vincolo, il trauma, la biologia, lo spirito— converge in un unico gesto pastorale: quello di restare al fianco senza lasciare.

L'Agire che viene non è l'applicazione meccanica di ciò che si è appreso nel Giudicare. È la sua verifica nella carne della storia reale. Lì, nella parrocchia, nella scuola, nel carcere, nella strada, l'agente scoprirà che i criteri appresi hanno bisogno di essere incarnati ogni volta di nuovo, in ogni persona, in ogni momento. Questo non è una debolezza del metodo: è la sua più grande virtù. Un manuale che potesse dire all'agente esattamente cosa fare in ogni situazione non lo starebbe formando, lo starebbe sostituendo.

Ciò che questo manuale offre è qualcosa di più prezioso di un protocollo: uno

sguardo capace di vedere l'altro come un essere completo, spezzato ma non morto, perduto ma non senza destino. Con quello sguardo, offriamo proposte per il nostro Agire.

Parte IV

Agire

La risposta pastorale

Quando Marcelo arrivò per la prima volta alla cappella, nessuno sapeva granché di lui. Alcuni lo avevano visto vagare per il quartiere da mesi. Dormiva dove poteva: a volte a casa di un amico, altre in un androne, altre direttamente alla stazione. Aveva trent'anni e qualcosa, anche se il corpo ne dimostrava molti di più. Camminava in fretta, sempre con la testa bassa e un giubbotto grigio anche quando faceva caldo.

Entrò un pomeriggio di pioggia. Nel salone parrocchiale stavano finendo la catechesi e preparando la merenda per i bambini. Marcelo rimase in piedi vicino alla porta, a disagio, come se fosse pronto ad andarsene in qualsiasi momento. Una donna che serviva il latte con cacao lo guardò e semplicemente gli chiese:

—Vuoi mangiare qualcosa?

Marcelo annuì senza parlare troppo. Mangiò in fretta. Poi rimase seduto da solo, guardando come i bambini correvano da una parte all'altra mentre una catechista li sgridava perché stavano giocando a palla dentro.

Nessuno gli chiese subito cosa consumasse. Nessuno gli chiese spiegazioni. Nessuno gli parlò di trattamento.

Prima ci fu una sedia. Poi un piatto di cibo. Poi qualcuno che cominciò a ricordare il suo nome.

Con il tempo cominciò a presentarsi sempre più spesso. A volte aiutava a spostare i tavoli prima della merenda. Altre volte spariva per giorni interi. Quando tornava, portava nel corpo la stanchezza della strada, gli occhi persi e l'odore mescolato di fumo, vino e notti senza dormire. Le ricadute erano costanti.

C'erano settimane in cui sembrava stare meglio e di colpo tornava a perdersi. Più di una volta rubò piccole cose per consumare. Mentì anche molte volte. Alcuni nella comunità si stancavano. Altri diffidavano. Alcuni si chiedevano se davvero valesse la pena continuare a insistere.

Ma il parroco ripeteva qualcosa di semplice:

— Le persone sono più importanti dei loro momenti peggiori.

Marcelo aveva cominciato a consumare molto giovane. Prima alcol. Poi cocaina. Poi bazuco o crack. Era passato per lavori temporanei, liti familiari, notti in commissariato e periodi di strada. Sua madre era morta anni prima. Con sua figlia quasi non aveva rapporto. Da molto tempo viveva sentendo di dare fastidio ovunque.

E forse per questo ciò che più lo sconcertava della parroc-

Un sabato, mentre preparavano la pentola popolare, una signora anziana gli chiese aiuto per portare delle borse di verdure. Marcelo la accompagnò in cucina e lei, senza sapere molto della sua storia, gli disse:

—Grazie figlio, meno male che sei arrivato perché da sola non ce la facevo.

Quella frase gli rimase a risuonare dentro per giorni.

"Figlio".

Era tantissimo tempo che nessuno lo chiamava così.

La comunità cominciò lentamente a diventare parte della sua vita. Non in modo perfetto. Non come nelle storie ordinate. Ci furono conflitti, stanchezza, discussioni e momenti molto duri. Una notte arrivò picchiato dopo una rissa. Un'altra volta dovettero portarlo all'ospedale perché quasi non riusciva a respirare. Più avanti si presentò piangendo perché un amico del quartiere era morto consumando.

E la parrocchia continuò a esserci. A volte con parole. A volte senza sapere cosa dire. A volte semplicemente stando.

Marcelo cominciò a partecipare ad alcune celebrazioni. All'inizio restava in fondo, vicino alla porta. Poi si fece coraggio a leggere un'intenzione a messa. Più avanti aiutava a sistemare le sedie dopo gli incontri. Un'estate cominciò ad accompagnare i bambini al campo estivo parrocchiale.

Non fu un recupero lineare. Non lo sono mai. C'erano ancora giorni brutti. C'era ancora la paura di ricadere. Conviveva ancora con ferite profonde.

Ma qualcosa aveva cominciato a cambiare.

Non era più solo.

E in quell'esperienza semplice —una cappella aperta, una comunità che conosce il suo nome, una mensa condivisa, qualcuno che lo aspetta quando sparisce, qualcuno che torna a cercarlo quando cade— Marcelo cominciò lentamente a recuperare qualcosa che credeva perso da anni: la sensazione che la sua vita valesse la pena.

Tempo dopo, durante una riunione, qualcuno gli chiese cosa fosse stato per lui il più importante in tutto quel percorso.

Marcelo rimase a pensare per un bel po' prima di rispondere.

Poi disse piano:

—Sono venuto perché avevo fame… ma alla fine sono rimasto perché qui ho sentito che se un giorno non mi fossi presentato, qualcuno sarebbe venuto a cercarmi.

La storia di Marcelo non è un caso di successo clinico. È una storia di vincolo. Nessuno gli ha applicato un protocollo. Nessuno gli ha progettato un itinerario terapeutico fin dal primo giorno. Qualcuno gli ha chiesto se voleva mangiare, e poi si è ricordato del suo nome. Questo è stato tutto — ed è stato sufficiente perché qualcosa cominciasse a muoversi.

Le proposte che seguono in questa parte del manuale nascono dalla stessa logica. Non sono ricette né modelli chiusi. Sono cammini che diverse comunità hanno percorso, dalla parrocchia alla scuola, dal quartiere al carcere, animate da una convinzione comune: che il primo gesto pastorale non è tecnico ma umano, e che l'etica della cura non è un principio astratto ma una decisione concreta che si prende ogni volta che qualcuno arriva, ogni volta che qualcuno cade, ogni volta che qualcuno torna.

L'agente che percorre queste pagine troverà strumenti, criteri ed esperienze. Ma la domanda che orienta tutto resta la stessa che fu posta quel pomeriggio di pioggia: *vuoi mangiare qualcosa?*

Capitolo 11

Proposte pastorali per ambito

Questa prima parte raccoglie orientamenti e proposte concrete che qualsiasi comunità può mettere in pratica nei diversi ambiti in cui si dispiega la vita pastorale. Non sono modelli chiusi né protocolli fissi. Sono cammini sperimentati che ogni comunità dovrà inculturare nel proprio territorio.

Figura 11.1: Gli anelli di risposta pastorale

11.1 | Ambito parrocchiale

Se la diagnosi del nostro tempo ci rivela una crisi di vincoli e un profondo senso di orfanità, la risposta della parrocchia non può limitarsi solamente al culto, alla gestione di programmi o all'apertura di dispositivi tecnici. La parrocchia, prima che un'istituzione che offre servizi, è chiamata ad essere una comunità che genera vita. L'agire pastorale nel mondo delle dipendenze

consiste, essenzialmente, nell'offrire una filiazione e un'appartenenza là dove il consumo ha lasciato isolamento e vuoto.

Questa missione diventa concreta quando la parrocchia riesce a costituirsi come una vera casa. Il primo gesto di questa trasformazione è la disposizione di uscita, che si manifesta nella porta d'ingresso e nel lavoro di strada. Una comunità che non aspetta che il sofferente bussi alla sua porta, ma esce a cercarlo ai margini, agli angoli e nei corridoi dove la vita fa male. Questa vicinanza si traduce in gesti di una semplicità radicale: camminare il territorio, condividere un pezzo di pace e ricevere la vita come viene, senza domande, senza condizioni e senza giudizi previi.

Una volta che il vincolo si stabilisce, l'ospitalità iniziale trova il suo alveo nella creazione di gruppi e spazi condivisi. Partiamo dalla certezza che nessuno si salva da solo; in un mondo che tende alla frammentazione, la parrocchia offre il cerchio e l'incontro come ambiti dove la parola torna ad avere luogo. Questo processo si sostiene mediante l'accompagnamento personale, un vincolo di fedeltà e pazienza che consiste nel camminare al fianco di ogni vita unica, sostenendo la mano nei momenti di maggiore fragilità e accompagnando con pazienza i tempi di ogni processo.

Il recupero passa anche attraverso il quotidiano e il semplice. La vita comunitaria —condividere la mensa, organizzare i compiti del giorno, celebrare i vincoli— restituisce alla persona il senso di dignità e di appartenenza a qualcosa di più grande dei propri problemi. In questo quadro, i laboratori e le attività di prevenzione (lo sport, l'arte, i mestieri) non sono intrattenimenti, ma strumenti perché ciascuno possa dispiegare le proprie capacità e tornare a progettare un futuro. La spiritualità attraversa tutto questo movimento, non come un'imposizione, ma come un'offerta di senso che invita a scoprire un Dio che cammina nel semplice e che è fonte di speranza.

Comprendiamo che i processi di recupero e integrazione sono cammini di lungo respiro, segnati da avanzamenti e cadute. Per questo, l'agire parrocchiale implica non lasciare la mano ed essere disposti a ricominciare tutte le volte che sia necessario. Questa cura si estende necessariamente alle famiglie, che soffrono il logorio del dolore e hanno bisogno di essere accolte nella loro angoscia. Infine, la parrocchia riconosce che non è un'isola; si sa parte di una rete comunitaria e cerca di articolare gli sforzi con circoli, centri di salute e organizzazioni del quartiere, comprendendo che il territorio si cura tra tutti. Quando la comunità riesce ad essere quello spazio di accoglienza e cura, diventa un segno che la vita, nonostante tutto, può sempre tornare a germogliare.

Comprendiamo che ci sono alcune azioni che di solito fanno parte della risposta

pastorale delle nostre parrocchie. È importante che questi spazi comprendano come accompagnare coloro che soffrono per questi problemi.

11.1.1 Spazi di ascolto e accompagnamento spirituale:

Ogni vita è unica e ha bisogno di un vincolo vicino che la sostenga. Accompagnare è camminare al fianco, con pazienza e fedeltà.

Alcuni gesti concreti possono essere:

- Incontri personali
- Visite
- Stare attenti
- Accompagnare in pratiche burocratiche o momenti difficili.

11.1.2 Gruppi, laboratori e attività che danno vita:

Il fare aiuta a guarire e a prevenire. Imparare, creare, muoversi, scoprire capacità apre cammini nuovi.

Alcuni gesti concreti possono essere:

- Laboratori di mestiere
- Sport
- Musica
- Arte
- Sostegno scolastico
- Spazi dove ciascuno possa dispiegare i propri talenti

11.1.3 Lavoro con le famiglie:

Anche le famiglie soffrono e hanno bisogno di essere accompagnate. Prendersene cura significa rafforzare il cuore di ogni processo.

Alcuni gesti concreti possono essere:

- Incontri di genitori

- Spazi di ascolto
- Orientamento
- Stare vicini nei momenti di crisi

11.1.4 La liturgia:

La liturgia è il grande momento di incontro delle comunità parrocchiali, in cui si esprime la fede e la sua comprensione. Per questa ragione è importante che questi problemi della nostra gente entrino in dialogo con la nostra preghiera comunitaria e celebrazione.

Alcuni gesti concreti possono essere:

- Incorporare questi temi nell'omelia
- Giornate penitenziali
- Adorazioni eucaristiche

11.1.5 I ritiri spirituali:

Molte delle nostre parrocchie offrono i cosiddetti ritiri d'impatto (Cenacolo, Emmaus, ecc.) basati su testimonianze di vita che generano identificazione. È importante che questi ritiri abbiano spazio per ricevere la vita spezzata della persona che consuma o dei suoi familiari.

Alcuni gesti concreti possono essere:

- Incorporare testimonianze di persone che hanno attraversato questi problemi e li hanno superati.
- Pianificare momenti di accompagnamento di gruppo per quelle persone che dopo aver fatto il ritiro vogliono ripensare la propria vita.
- Proporre a chi fa i ritiri azioni di servizio concreto con persone in situazione di strada, o esclusione sociale grave.

11.1.6 Il lavoro di strada:

La Chiesa esce incontro, non aspetta. Va a cercare, si fa vicina, si immette nella vita del quartiere e apre le sue porte perché tutti abbiano un posto.

Alcuni gesti concreti possono essere:

- Percorsi di strada
- Missione nel quartiere
- Stare agli angoli delle strade
- Aprire la parrocchia con qualcosa da mangiare o bere da condividere
- Ricevere senza domande né condizioni.

11.1.7 I Centri di Quartiere

Una porta aperta nel quartiere

Il consumo problematico di sostanze non è solo un problema di salute individuale: è, prima di tutto, un sintomo di esclusione. Dietro ogni persona che consuma c'è quasi sempre una storia di orfanità affettiva, di diritti violati, di vincoli spezzati. Per questo, una risposta che si limiti all'ambito clinico o a quello spirituale senza radicarsi nel territorio dove quella persona vive, lavora e soffre, arriva sempre tardi e arriva sempre dall'esterno.

La parrocchia ha un vantaggio che nessun altro attore del sistema possiede: è già nel quartiere. Non arriva al territorio; ci vive. Conosce le famiglie, conosce la storia, conosce i nomi. Questo inserimento previo è la risorsa più preziosa di cui dispone per costruire una risposta pastorale al consumo problematico, ed è il fondamento su cui si può montare un centro di quartiere.

Un centro di quartiere non è un centro di salute, né una comunità terapeutica, né una mensa. È qualcosa di diverso e più basilare: uno spazio di accoglienza e vincolo dal quale si articola tutto il resto. È, per usare un'immagine del linguaggio sportivo, il centrocampo: da lì passa il pallone. Da lì si arriva alle risorse del sistema e da lì si ritorna. Senza quel nodo territoriale, gli interventi restano frammentati e le persone restano sole nel tragitto tra un dispositivo e l'altro.

Tre assi: vicinanza, gestione e accompagnamento

La metodologia del centro di quartiere si sostiene su tre assi che non sono tappe bensì atteggiamenti permanenti e simultanei.

Vicinanza. Il primo gesto non è tecnico ma umano: fare spazio. Ricevere la vita come viene, senza condizionare l'accesso ad alcun requisito previo. La persona che arriva —o che si va a cercare— non ha bisogno di essere pronta per

cambiare, né di aver preso una decisione, né di avere risolto i propri problemi basilari. Arriva come è, con le sue ferite aperte, con la sua storia intera. Il centro di quartiere la riceve così, e comincia da lì.

Questa vicinanza si costruisce con gesti concreti: un piatto di cibo, un nome ricordato, una visita a domicilio, l'accompagnamento a una visita medica. Non sono gesti ausiliari all'accompagnamento: sono l'accompagnamento stesso nelle sue prime forme. L'inclusione reale, non discorsiva, è sempre corpo a corpo. Ogni persona è sacra; nessuna vita è di troppo.

Un elemento chiave della vicinanza è lo **sguardo integrale**. Il centro di quartiere non si occupa di una parte della persona —il suo consumo, la sua salute, la sua causa giudiziaria— ma della sua storia completa. Cerca di conoscere la sua famiglia, la sua abitazione, i suoi vincoli, la rete di contenimento di cui dispone o che gli manca. Questo sguardo d'insieme è possibile proprio perché il centro è nel quartiere e può vedere ciò che nessuno specialista esterno può vedere.

Gestione. Il secondo asse è l'articolazione in rete. Il centro di quartiere non sostituisce il sistema sanitario, la scuola, gli organismi giudiziari o i programmi statali: li connette con la persona. Molte volte ciò che fallisce non è l'esistenza delle risorse ma l'accesso ad esse. La burocrazia espelle; gli orari escludono; i moduli spaventano. Il centro di quartiere agisce come interfaccia tra la persona e il sistema, accompagnandola in ogni pratica, ogni invio, ogni ricovero, ogni dimissione.

Questa funzione di nodo nella rete è insostituibile. Senza di essa, una persona che esce da una comunità terapeutica resta sola. Con essa, ha un luogo dove tornare, qualcuno che la aspetta, una rete che la sostiene mentre ricostruisce la propria vita.

Accompagnamento. Il terzo asse è la continuità del vincolo nel tempo. I processi di recupero dal consumo problematico sono lunghi, non lineari, attraversati da ricadute e regressi. Il sistema sanitario formale lavora per episodi; il centro di quartiere lavora per storie. Sostiene il vincolo prima del problema, durante il trattamento e dopo le dimissioni. Non c'è un momento in cui l'accompagnamento finisca; ci sono momenti in cui diventa più o meno intenso secondo ciò di cui la persona ha bisogno.

Chi sostiene il centro

Il centro di quartiere non richiede un'équipe di professionisti per funzionare. La sua forza sta nei **volontari con radicamento territoriale** — persone

del quartiere stesso che conoscono il territorio perché ci vivono — e negli **accompagnatori pari**: persone che hanno attraversato esse stesse situazioni di consumo ed esclusione, e che per questo hanno una credibilità e una vicinanza che nessun tecnico esterno può eguagliare.

L'accompagnatore pari non accompagna dalla teoria ma dall'esperienza del dolore, della caduta e della possibilità reale di ricominciare. La sua presenza dice ciò che nessun discorso può dire: che il cambiamento è possibile perché è già avvenuto in qualcuno in carne e ossa, di quel quartiere, con quella storia.

Il ruolo dell'agente pastorale o del referente ecclesiale è sostenere la mistica dell'insieme, garantire che il centro non perda la sua identità di accoglienza incondizionata, e articolarsi con le reti più ampie — parrocchiali, diocesane, istituzionali.

Il centro come spazio spirituale

Il consumo problematico è, tra le altre cose, una malattia spirituale. Non nel senso moralistico del termine, ma nel più profondo: la persona che consuma ha perso spesso la convinzione che la sua vita valga la pena di essere vissuta. Ha perso il senso, la gioia, la passione per l'esistere.

Per questo il centro di quartiere non è solo un dispositivo sociale: è uno spazio dove si genera senso. Dove qualcuno ti chiama per nome e questo è già un atto spirituale. Dove la comunità dice con la sua presenza che nessuna vita è di troppo. Dove si riaccende, poco a poco e senza fretta, la passione per vivere.

La parrocchia che apre un centro di quartiere non sta offrendo un servizio aggiuntivo: sta essendo ciò che da sempre è stata chiamata ad essere. Un luogo dove gli esclusi trovano posto. Una famiglia grande che riceve la vita come viene.

11.1.8 Come cominciare

Non serve avere tutto risolto per cominciare. Serve uno spazio fisico — può essere una stanza nel salone parrocchiale —, un piccolo gruppo di persone disposte ad accogliere, e la decisione di non giudicare chi arriva. Il resto si costruisce camminando.

Alcuni passi concreti per l'inizio:

- **Mappare il territorio:** Chi sono le persone in situazione di consumo nel quartiere? Dove si trovano? Quali risorse esistono già nella zona —

Cfr. Gen 4, 9 — *Dov'è tuo fratello?*

centri di salute, programmi comunali, organizzazioni comunitarie?

- **Identificare referenti:** Ci sono persone nella comunità con esperienza di recupero che potrebbero accompagnare come pari? Ci sono volontari con radicamento nel quartiere disposti a formarsi?
- **Aprire lo spazio:** Un orario fisso, un luogo conosciuto, una porta che sia sempre aperta. La regolarità genera fiducia; la fiducia genera vincolo; il vincolo genera processo.
- **Articolarsi con la rete:** Conoscere i dispositivi disponibili nel territorio — centri di salute, comunità terapeutiche, programmi di impiego, uffici di tutela — e costruire relazioni concrete con i loro referenti. Il centro di quartiere non può fare tutto da solo; la sua forza sta nell'essere il nodo di una rete che sì può.
- **Formarsi:** L'accompagnamento di persone con consumo problematico richiede strumenti. La formazione degli agenti non è un lusso ma una condizione di sostenibilità. Senza di essa, il logorio fa sì che i volontari abbandonino e il centro si chiuda.

11.1.9 L'abbraccio alle infanzie

In alcune realtà dove l'età di inizio del consumo è in media 9 anni, la parrocchia non può aspettare che il problema si manifesti nell'adolescenza; deve *arrivare prima* attraverso spazi promozionali che rafforzino la costruzione dell'essere sociale.

L'agire parrocchiale con le infanzie si fonda sul paradigma della *crescita comunitaria*. Questo modello comprende che quando le famiglie sono molto disfunzionali o molto spezzate, la crescita non è un compito confinato esclusivamente alla sfera dell'intimità familiare biologica, ma è una responsabilità condivisa da tutta la comunità. La parrocchia deve costituirsi come una *famiglia grande* che offre riparo e appartenenza là dove i legami primari si trovano fragilizzati.

Criteri e azioni per il lavoro parrocchiale

Perché questo accompagnamento sia efficace e trasformatore, si propongono le seguenti linee di azione:

- **Dare priorità al primario:** Prima di qualsiasi approccio pedagogico o spirituale profondo, la comunità deve assicurare il diritto all'alimentazione,

all'igiene e al riparo. Il bagno, la mensa condivisa e l'abbraccio sono le prime medicine che restituiscono dignità al bambino.

- **Spazi specifici di ascolto:** È necessario che all'interno della parrocchia esistano luoghi dove i bambini abbiano la propria voce e équipe specifiche che li guardino. L'accompagnatore del bambino non deve essere lo stesso che accompagna la madre o il padre, per evitare pregiudizi e garantire che il bambino si senta protagonista del proprio processo.
- **La pedagogia della tenerezza:** Il limite sano nell'accompagnamento delle infanzie è la tenerezza. Si deve agire con una pazienza infinita, riconoscendo che un bambino che è stato violato sta *rinascendo* e ha bisogno di modelli di autorità che non si basino sulla punizione, ma sull'esempio e il perdono.

Ruoli fondamentali nel territorio

La comunità dispiega la sua forza sanante attraverso figure chiave che la parrocchia deve identificare e potenziare. Si tratta delle **Famiglie di appoggio**. In questa proposta alcune famiglie della comunità si aprono per collaborare con la scuola, la terapia o anche per alloggiare temporaneamente bambini in situazioni di crisi, aggiungendo braccia e affetto alla rete di crescita.

Infine, la parrocchia deve lavorare sempre per il rafforzamento del vincolo familiare di origine, evitando il sovra-intervento che frammenta il bambino o la separazione forzata che approfondisce il danno. Si tratta di accompagnare gli adulti responsabili affinché recuperino la loro capacità di cura, mentre la Chiesa agisce come il tessuto di sostegno che non lascia nessuno solo nel compito di crescere i figli.

11.1.10 La proposta preventiva delle «3 C»

Di fronte al dolore e alla sofferenza che attraversano tanti quartieri, la prevenzione non può ridursi solamente a campagne informative o interventi sporadici. La prevenzione è, prima di tutto, la decisione di arrivare prima, di *primerear*. È uscire incontro prima che la sofferenza diventi più profonda e le proposte di morte occupino il posto che la comunità ha lasciato vuoto. È andare a cercare la pecora smarrita, e lavorare perché le altre non si perdano.

La parrocchia, intesa come Chiesa tra le case, è chiamata a guardare il quartiere con occhi di misericordia e con cuore di famiglia. Là dove la vita trascorre —nella strada, nella piazza, all'angolo, nella scuola, nel campetto— la comunità

cristiana scopre anche il suo luogo di missione. Il quartiere è la parrocchia, e la parrocchia è chiamata a organizzarsi per custodire la vita.

In questo cammino, molte comunità hanno scoperto che la prevenzione richiede di generare spazi concreti di appartenenza, identità e cura. Non basta solamente denunciare l'avanzata del narcotraffico o avvertire sui rischi del consumo. È necessario costruire proposte reali di vita, capaci di accompagnare quotidianamente bambini, bambine e adolescenti.

Per questo sono nate le *3C della Vita*: Cappella, Collegio e Club. Tre dimensioni profondamente unite tra loro, che esprimono una comunità che si organizza per ricevere la vita come viene e accompagnarla in tutte le sue tappe.

Le 3C della Vita: Le tre "C" esprimono una stessa intuizione pastorale: costruire spazi sani e gioiosi dove bambini, bambine e adolescenti possano crescere accompagnati, dispiegare le loro potenzialità e scoprire che le loro vite hanno valore.

La Cappella offre comunità e senso. Il Collegio apre orizzonti e opportunità. Il Club genera appartenenza, identità e cura quotidiana. Le tre insieme formano una trama comunitaria che accompagna la vita integralmente.

Per questo le "3C della Vita" si presentano come risposta concreta di fronte alle "3C della morte": Calle (Strada), Cárcel (Carcere) e Cementerio (Cimitero). Là dove la cultura dello scarto propone abbandono e disperazione, la comunità cristiana risponde organizzando la speranza e costruendo cultura dell'incontro.

Le tre "C" non sono programmi isolati né strutture indipendenti. Sono espressioni di una Chiesa che vuole farsi famiglia in mezzo al quartiere, una Chiesa che riceve la vita come viene e si organizza perché nessun giovane si perda.

11.1.11 I gruppi di Auto-aiuto

Cos'è un gruppo di auto-aiuto

Un gruppo di auto-aiuto si definisce come un punto d'incontro dove persone che affrontano una problematica simile —sia esso lutto, dipendenze, separazione matrimoniale o malattie croniche— condividono le loro sfide, difficoltà e strategie di coping. Questi spazi si caratterizzano per l'orizzontalità e la reciprocità tra i loro membri; tutti si considerano uguali e possiedono un'autorità unica basata sull'esperienza vissuta. A differenza di una terapia diretta da esperti, il gruppo si centra sull'accompagnamento reciproco e il supporto tra pari.

Vantaggi di un gruppo di auto-aiuto

La partecipazione a questi gruppi offre benefici significativi per il benessere integrale della persona:

- **Riduzione dell'isolamento:** Connettendosi con persone in situazioni simili, la persona smette di sentirsi stigmatizzata o sola nel suo dolore.
- **Gestione emotiva:** Aiuta a ridurre l'ansia, migliora l'autostima e favorisce la speranza vedendo il progresso di altri che agiscono come modelli.
- **Empowerment:** Rafforza la capacità dei membri di risolvere i propri problemi e condividere informazioni aggiornate sulla loro condizione.
- **Basso costo e alta efficacia:** È un modello di intervento sociale accessibile che richiede pochi investimenti e genera un alto impatto comunitario.

Perché un gruppo di auto-aiuto in parrocchia

La parrocchia è un luogo ideale per questi gruppi perché incarna la missione della Chiesa come ospedale da campo e centro di guarigione integrale. Da una prospettiva teologica, questi gruppi vivono la sinodalità, intesa come il cammino che percorrono insieme i membri del Popolo di Dio. Implementare questi gruppi in parrocchia permette:

Amoris Laetitia N°291

- Sfruttare la fiducia istituzionale e la vicinanza della Chiesa con i suoi membri.
- Destigmatizzare la salute mentale, trattandola come una condizione medica che richiede cura e non come una debolezza di carattere.
- Trasformare il dolore in un'opportunità per l'incontro con Cristo e la crescita in comunità.

Quali tipi di gruppi di auto-aiuto esistono

Esistono diverse comunità di recupero basate principalmente sul modello dei dodici passi, classificate secondo l'area di intervento:

- **Per la persona con dipendenza o condotta compulsiva:**

  - **AA (Alcolisti Anonimi):** Il gruppo pioniere focalizzato sul recupero dall'alcolismo.
  - **NA (Narcotici Anonimi):** Per chi cerca di liberarsi dalla dipendenza da qualsiasi tipo di droga.
  - **Giocatori Anonimi:** Focalizzato sulla dipendenza dal gioco e dalle scommesse.
  - **Sessodipendenti Anonimi:** Per il recupero da condotte sessuali compulsive.

- **Per familiari e amici:**
  - **Al-Anon:** Gruppi per adulti colpiti dall'alcolismo di una persona cara.
  - **Alateen:** Spazi specifici per adolescenti che convivono con familiari alcolisti.
  - **Nar-Anon:** Per familiari di persone con dipendenza dalle droghe.

- **Altri gruppi di mutuo aiuto:** Come il Gruppo Resurrezione per persone in lutto.

Il programma dei 12 passi

Il programma dei 12 passi è un modello di aiuto reciproco tra pari concepito per superare condotte addittive e disfunzionali. Si basa su un insieme di principi guida che cercano un risveglio spirituale e un cambiamento di vita integrale attraverso le seguenti tappe:

1. *Abbiamo ammesso di essere impotenti di fronte alla nostra dipendenza e che le nostre vite erano diventate ingovernabili.*
2. *Siamo arrivati a credere che un Potere Superiore a noi stessi potesse restituirci la sanità mentale.*
3. *Abbiamo deciso di affidare la nostra volontà e la nostra vita alla cura di Dio, come noi lo intendiamo.*
4. *Abbiamo fatto un minuzioso e coraggioso inventario morale di noi stessi.*
5. *Abbiamo ammesso davanti a Dio, davanti a noi stessi e davanti a un altro essere umano la natura esatta dei nostri errori.*

6. *Eravamo interamente disposti a lasciare che Dio eliminasse tutti questi difetti di carattere.*

7. *Gli abbiamo chiesto umilmente di liberarci dalle nostre colpe.*

8. *Abbiamo fatto una lista di tutte le persone a cui avevamo fatto del male e siamo stati disposti a riparare il danno causato.*

9. *Abbiamo riparato direttamente il danno causato a quelle persone ogni volta che ci fosse possibile, eccetto quando farlo avrebbe danneggiato loro o altri.*

10. *Abbiamo continuato con il nostro inventario personale e, quando sbagliavamo, lo abbiamo ammesso immediatamente.*

11. *Abbiamo cercato, attraverso la preghiera e la meditazione, di migliorare il nostro contatto cosciente con Dio, come noi lo intendiamo, chiedendogli solamente di farci conoscere la sua volontà per noi e di darci la forza per compierla.*

12. *Avendo ottenuto un risveglio spirituale come risultato di questi passi, abbiamo cercato di portare questo messaggio ad altri dipendenti e di praticare questi principi in tutti i nostri atti.*

11.1.12 La catechesi

In praticamente tutte le parrocchie, cappelle e organizzazioni legate alla nostra Chiesa Cattolica, c'è qualche processo di catechesi. Si tratta di un'enorme quantità di popolazione che affida la propria fede a Dio, che si apre all'ispirazione dello Spirito Santo, e si prepara a camminare con Cristo nella vita quotidiana.

Quale migliore opportunità perché tutte queste persone e gruppi mettano in discussione il proprio rapporto con il consumo di SPA, e il modo in cui vedono le persone con problemi di consumo al fine di minimizzare i processi di stigmatizzazione. Da una pedagogia della fiducia, dell'affetto e della corresponsabilità familiare e comunitaria, si possono affrontare temi specifici legati alle droghe.

Illuminati dalla Parola di Dio, nei processi di catechesi si mette in relazione la prevenzione del consumo di droghe con l'identità cristiana. Si educa alla libertà interiore, alla promozione di vincoli sani, capaci di resistere a quelle dinamiche personali e sociali che conducono a diverse forme di schiavitù.

I temi da sviluppare, adattati a ogni età, processo di gruppo e particolarità, sono:

- L'amore di Dio.
- La gratitudine e la cura del corpo come dono di Dio e amore verso se stessi.
- La comprensione e la cura delle emozioni.
- La costruzione e la gestione di relazioni sane nella coppia, in famiglia e tra amici.
- L'influenza delle pressioni sociali e di gruppo verso il consumo di droghe.
- La comprensione cristiana della libertà e le possibili schiavitù, tra cui il consumo di droghe e i problemi correlati.
- Il discernimento davanti alle tentazioni, specificamente in relazione al consumo di SPA.
- L'amore di Dio come misericordia e ispirazione per cambiare quando sbagliamo.
- L'amore di Dio nei processi di perdono quando siamo stati danneggiati da atti propri e altrui.
- La missione di prenderci cura di noi stessi e degli altri nel loro cammino di salvezza.

Perché le attività siano realizzabili nella pratica, è importante offrire materiali pastorali semplici, partecipativi e adattabili a diversi ambiti ecclesiali. Il formato di itinerario aiuta a disporre di suggerimenti, che poi vengano adattati alla realtà di ogni gruppo. Si può generare un processo a sé stante, o intercalare con altri itinerari di catechesi.

La metodologia e l'approccio suggeriti sono i seguenti:

- Rafforzare l'identità cristiana e la capacità di dire "no" al male con libertà interiore.
- Incontri molto visivi e partecipativi.
- Clima di fiducia e affetto.
- Vocabolario positivo, semplice e concreto.
- Illuminare con la Parola di Dio.

- Adattare alle diverse tappe della vita: infanzia, adolescenza, gioventù e età adulta.

- Nei gruppi di bambini e adolescenti, integrare genitori o referenti adulti in alcune sessioni.

- Adeguare i temi, i materiali e le dinamiche pedagogiche alle differenze che possono esserci tra maschi e femmine nelle situazioni legate al consumo di droghe. Questo può includere diverse dimensioni, come l'impatto sul corpo, l'elaborazione cognitiva ed emotiva, la costruzione dell'identità, e i contesti sociali che attraversano ciascuna persona nel suo essere uomo o donna.

11.1.13 Il club parrocchiale: una comunità che genera appartenenza

In molti quartieri, l'angolo della strada appare come uno dei principali spazi di identità e appartenenza per adolescenti e giovani. Ma molte volte quell'appartenenza resta attraversata da proposte di violenza, consumo, delinquenza o disperazione. Di fronte a ciò, i club parrocchiali sorgono come una risposta concreta della comunità organizzata per custodire la vita.

I club parrocchiali nascono molte volte in modo semplice: una partita nel campo del quartiere, una scuola calcio, un corso di boxe, un laboratorio di danza nel salone parrocchiale o un'attività ricreativa organizzata dai giovani della comunità. Ma quando la comunità sostiene quei piccoli gesti nel tempo, cominciano a trasformarsi in veri spazi di incontro, cura e appartenenza.

Un club parrocchiale è una comunità che utilizza lo sport, il gioco, l'arte e la vita condivisa come strumenti per accompagnare e custodire la vita di bambini, bambine e adolescenti del quartiere.

Con il tempo, quei piccoli spazi crescono e si consolidano. Compaiono allenamenti settimanali, squadre per fasce d'età, tornei, viaggi, campeggi, celebrazioni, magliette, bandiere e colori che esprimono un'identità condivisa e rafforzano il sentimento di appartenenza.

Ma la cosa centrale non è l'attività in sé. La cosa più importante è il vincolo che si genera attorno ad essa. Gli allenatori, i professori e i referenti non sono solamente coloro che insegnano uno sport: sono adulti significativi che ascoltano, accompagnano, contengono e aiutano a crescere.

Il club parrocchiale non nasce per selezionare i migliori né per formare sportivi di alto rendimento. Nasce perché nessun bambino resti fuori. Perché tutti abbiano un luogo dove essere attesi, riconosciuti e accompagnati.

Per questo le sue regole sono di solito diverse da quelle di molti club tradizionali: quote gratuite, iscrizione flessibile, proposte inclusive e una logica in cui nessuno resta fuori per non rendere o per non essere "bravo" sportivamente.

La maglietta, lo stemma, la bandiera, i colori, i viaggi, i tornei e le celebrazioni generano qualcosa di molto più profondo: il sentimento di far parte di una famiglia.

Là dove molti ragazzi erano soli, senza attività, senza adulti che li guardassero o accompagnassero, il club diventa presenza quotidiana. Un luogo dove qualcuno chiede come stanno, mette limiti, ascolta, consiglia e abbraccia.

In molti contesti attraversati dal narcotraffico, non basta offrire attività isolate o solo nei fine settimana. Le organizzazioni criminali contendono ogni giorno il cuore, il tempo e il senso della vita dei nostri giovani. Per questo la prevenzione ha bisogno di presenza sostenuta, spazi aperti durante la settimana e processi comunitari che accompagnino la vita quotidiana.

Il club appare allora come una risposta concreta di fronte all'isolamento e alla cultura dello scarto. Mentre la logica del narcotraffico organizza la morte, la violenza e l'esclusione, la comunità organizzata propone incontro, gioco, amicizia, cura e appartenenza.

Gli allenamenti smettono di essere semplicemente pratiche sportive per trasformarsi in spazi di accompagnamento. Le prestagioni, i viaggi e i campeggi diventano tempi di convivenza e comunità. La competizione smette di centrarsi unicamente sul vincere e passa ad esprimere altri valori: giocare insieme, non lasciare nessuno fuori, imparare a condividere e celebrare anche in mezzo alle difficoltà.

Attraverso lo sport, l'arte e la cultura, i club diventano anche vere scuole di leadership positiva. Molti giovani che sono cresciuti partecipando a questi spazi poi assumono compiti di accompagnamento, coordinamento o formazione di altri ragazzi del quartiere, trasformandosi essi stessi in referenti comunitari.

Così, il club parrocchiale diventa molto più di uno spazio ricreativo. È una strategia pastorale e comunitaria per raggiungere chi stava restando solo. Una forma concreta di organizzare la speranza e contendere il territorio dalla tenerezza, dalla presenza e dalla cura della vita.

L'importanza del Volontariato

La Pastorale delle Dipendenze nelle istanze diocesane e parrocchiali non sostiene la sua fecondità nella mera assunzione di servizi professionali, ma nella vocazione e nell'impegno del suo volontariato. Il volontario non è un collaboratore secondario né una risorsa assistenziale d'emergenza; costituisce la base della missione e il cuore stesso della Pastorale in tutte le Istanze di Comunione Ecclesiale.

Assumere la centralità del volontariato implica riconoscere che la testimonianza samaritana della Chiesa si incarna in uomini e donne della propria comunità che offrono il loro tempo e la loro vita per abbracciare i più vulnerabili. È questa rete di vicinanza gratuita che sostiene il quotidiano dei centri di quartiere, configurando la mistica del «focolare» e della «famiglia allargata» prima di strutturare i meccanismi specifici di supporto, supervisione e contenimento istituzionale per le équipe operative.

11.1.14 Prendersi cura di chi si prende cura

Fondamento e Senso

La cura degli agenti pastorali è un elemento centrale del servizio. In essa si gioca la qualità dell'accompagnamento offerto nella missione.

Principi dal Magistero e dall'Umanità

La proposta di cura si sostiene su cinque principi fondamentali che permettono di umanizzare il compito e prevenire l'esaurimento emotivo o *burnout*:

- **Cultura dell'incontro:** Riconoscere la vulnerabilità propria e dell'altro attraverso uno sguardo tenero che chieda genuinamente dello stato del compagno.
- **La tenerezza come forza:** Comprendere che la tenerezza è il linguaggio dei più piccoli e uno strumento trasformatore in contesti di dolore.
- **Riconoscimento della propria ferita:** Accettare che anche chi si prende cura è una persona vulnerabile e *spezzata* psicospiritualmente, il che permette un accompagnamento più orizzontale e umano.
- **Il riposo come parte della missione:** Seguendo il mandato di Mc 6, 31 («Venite in disparte, voi soli, e riposatevi un po'»), il riposo non è

un'interruzione del compito, ma una condizione necessaria per poterlo sostenere nel tempo.

- **Gestione dei limiti e della colpa:** Imparare a tracciare limiti salutari e lasciare andare ciò che non dipende da noi stessi, lavorando sulla colpa che genera il fermarsi. In questo senso, la Preghiera della Serenità è una guida importante:

> *Signore,*
> *concedimi la Serenità*
> *di accettare le cose*
> *che non posso cambiare*
> *il coraggio*
> *di cambiare quelle che posso*
> *e la saggezza*
> *di riconoscere la differenza*

Strategie di Azione Parrocchiale

Perché la cura sia efficace, la parrocchia deve istituzionalizzare spazi e protocolli concreti:

- **Incontri Fraterni («Fermarsi per continuare»):** Realizzare riunioni mensili delle équipe per condividere la vita, pregare ed elaborare le frustrazioni proprie del territorio, rafforzando la consapevolezza del lavoro in rete.
- **Apostolato del Tempo:** Creare una rete di laici volontari che suppliscano temporaneamente la persona che si prende cura in compiti amministrativi o di accompagnamento di base, permettendole di prendere brevi pause o occuparsi di questioni personali.
- **Protocolli di Emergenza (Guide ABC):** Stabilire guide chiare di azione davanti a situazioni di crisi affinché l'agente sappia come agire senza ricevere tutto l'impatto emotivo in modo disordinato.
- **Supervisione e Formazione Continua:** Offrire spazi di ascolto con professionisti o pari con esperienza per supervisionare il lavoro, orientare la vocazione ed evitare che la sofferenza degli assistiti venga portata in modo personale a casa.

- **Risorse Spirituali e Ludiche:** Promuovere l'uso di manuali di spiritualità specifici (preghiere, musica), così come esperienze di connessione con la natura o attività ricreative che offrano un «respiro per l'anima».

Conclusione

Prendersi cura di chi si prende cura dalla parrocchia implica passare da un'attenzione centrata unicamente sul successo del trattamento a uno sguardo integrale che valorizzi la salute fisica, mentale e spirituale dei suoi servitori. Solo attraverso una comunità che si prende cura di se stessa in rete, è possibile sostenere la speranza nei luoghi dove lo scarto e la sofferenza sembrano prevalere.

11.1.15 L'accompagnamento del lutto: restare quando arriva la morte

Nella pastorale delle dipendenze, la morte non è una possibilità lontana: è una compagna frequente. Fratelli che muoiono per overdose a un angolo di strada. Giovani assassinati per debiti con il narco. Madri che trovano i loro figli senza vita in una stanza. Persone in situazione di strada la cui morte non arriva ai giornali. L'esperienza territoriale conferma che molti agenti pastorali e famiglie convivono con una successione di perdite che raramente trovano uno spazio di elaborazione e consolazione.

Tuttavia, il lutto per la morte di una persona con dipendenza possiede caratteristiche che lo distinguono da altri lutti e che la comunità parrocchiale ha bisogno di comprendere per poter accompagnare:

- **Un lutto stigmatizzato.** La famiglia che perde un figlio per overdose o per violenza associata al consumo porta un doppio dolore: la perdita e la vergogna. La società tende a emettere un giudizio implicito —«qualcosa avranno fatto di sbagliato», «se l'è cercata»— che isola i familiari in lutto e nega loro il diritto alla consolazione pubblica che viene concessa naturalmente davanti ad altre morti. Questa solitudine del lutto è una delle forme più crudeli dello scarto.

- **Un lutto anticipato e prolungato.** Molte famiglie cominciano a elaborare il lutto molto prima della morte fisica. Il deterioramento progressivo del fratello, le sparizioni, i ricoveri, le ricadute successive generano una perdita graduale della persona che conoscevano. Quando la morte arriva, a volte viene vissuta come un sollievo che immediatamente

genera colpa. Altre volte arriva come la conferma di un dolore che si portava in silenzio da anni.

- **Un lutto senza chiusura.** In contesti di violenza territoriale, molte famiglie non recuperano il corpo, non sanno esattamente cosa sia accaduto, o la morte resta impunita. L'impossibilità di chiudere il ciclo aggrava la sofferenza e può cronicizzarla.

- **Un lutto che raggiunge l'équipe pastorale.** Gli agenti che accompagnano persone con consumo problematico perdono fratelli con cui hanno camminato per mesi o anni. Quelle morti lasciano segni profondi che, se non vengono elaborate, si accumulano fino a produrre un esaurimento emotivo che può portare all'abbandono del compito.

La teologia del lutto che questo manuale propone è dipinta dal XVI secolo nella Pala di Isenheim. La scena della sepoltura di Gesù, descritta nel capitolo 3, mostra la Chiesa che resta quando l'efficacia è ammutolita. Maria, Giovanni e la Maddalena non tentano di risuscitare il crocifisso; lo sostengono, lo piangono e preparano il suo corpo con riverenza. Questa è l'immagine di una comunità che non abbandona i propri morti né coloro che li piangono. Come dice il manuale: *la Chiesa è una madre che non lascia la mano dei suoi figli, nemmeno quando il mondo ha già dato loro sepoltura.*

Alcuni gesti concreti possono essere:

- **Liturgie memoriali.** Celebrazioni periodiche —almeno una volta all'anno— in cui la comunità parrocchiale nomini e ricordi le persone morte per cause legate al consumo nel territorio. Questi spazi liturgici compiono una doppia funzione: onorano la memoria dei defunti e rompono l'isolamento delle famiglie rendendo pubblico e comunitario un dolore che di solito viene vissuto nella clandestinità della vergogna.

- **Gruppi di accompagnamento per famiglie in lutto.** Spazi regolari dove madri, padri, fratelli e partner che hanno perso qualcuno a causa della dipendenza possano condividere la loro esperienza con altri che attraversano la stessa realtà. Questi gruppi non richiedono conduzione professionale specializzata, sebbene l'articolazione con un professionista della salute mentale per i casi di lutto complicato sia raccomandabile. Ciò che sì richiedono è un referente formato nell'ascolto attivo e un impegno di riservatezza e non giudizio.

- **Accompagnamento personalizzato nel momento della morte.** Quando la comunità viene a sapere della morte di un fratello in situazione

di consumo, il gesto pastorale più importante è essere presente: accorrere, accompagnare la famiglia nelle pratiche, offrire la celebrazione delle esequie senza condizioni e senza giudizio. In molti casi, la famiglia teme che la Chiesa la respinga o la giudichi; la presenza incondizionata in quel momento può essere l'inizio di un vincolo di fiducia che sostenga il processo di lutto successivo.

- **Santuari della memoria.** Alcuni centri di quartiere e comunità della regione hanno creato spazi fisici —una parete, un altare, un angolo— dove si collocano i nomi o le foto di chi non c'è più. Questi santuari funzionano come un gesto comunitario che dice: questa persona è esistita, è stata amata, e la sua vita ha avuto un valore che la morte non cancella.

- **Spazi di elaborazione per l'équipe pastorale.** Gli agenti che perdono fratelli hanno bisogno di uno spazio proprio per elaborare quelle morti. Questo non si risolve con una preghiera rapida alla fine di una riunione; richiede momenti dedicati in cui l'équipe possa nominare chi ha perso, esprimere ciò che sente e ricevere il sostegno dei propri pari. Questa dimensione si articola direttamente con quanto sviluppato nella sottosezione precedente sulla cura di chi si prende cura.

L'accompagnamento del lutto non è un'aggiunta marginale alla pastorale delle dipendenze. È la prova del fuoco dell'etica della cura: se la Chiesa accompagna solo finché c'è speranza di recupero e si ritira quando arriva la morte, allora la sua presenza era condizionata al risultato e non alla dignità della persona. Restare al fianco della famiglia che ha perso il proprio figlio —senza spiegazioni facili, senza moralismi, senza la tentazione di trovare un senso immediato al non-senso— è l'atto pastorale più nudo e più vero che una comunità possa offrire. È ciò che fanno Maria, Giovanni e la Maddalena nella predella (parte inferiore) della Pala: restare.

11.2 | Ambito educativo

11.2.1 La prevenzione scolastica

Parlare di prevenzione in ambito scolastico esige, prima di tutto, ampliare lo sguardo. Se riduciamo la prevenzione alla trasmissione di informazioni sulle sostanze o a interventi sporadici di fronte a situazioni emergenti —come possono essere i "laboratori sulle dipendenze"— corriamo il rischio di restare alla superficie del problema. L'esperienza e la riflessione accumulata ci invitano a

comprendere che i consumi problematici non costituiscono un fenomeno isolato, ma molte volte l'espressione di una crisi più profonda: fragilità nei vincoli, indebolimento del tessuto comunitario e, in numerosi casi, un vuoto di senso nella vita delle persone.

In questo quadro, la scuola occupa un posto privilegiato. Non perché debba risolvere da sola una problematica così complessa, ma perché è uno degli spazi privilegiati dove si configurano abitudini, vincoli, sguardi sulla vita e progetti di futuro. Quando una scuola fa bene il proprio, diventa profondamente preventiva.

Ora, quando una scuola fa bene il proprio? Potremmo dire, sinteticamente, che quando contiene, accompagna e abilita la proiezione vitale. Soffermiamoci brevemente su ciascuna di queste dimensioni essenziali del compito educativo.

Contenimento e accompagnamento

La prevenzione nella scuola comincia, prima di tutto, da un atteggiamento: quello della presenza, della vicinanza e del vincolo. Esserci, ascoltare, sostenere, abilitare la parola. Molte volte, il primo gesto preventivo non è un intervento strutturato, ma la capacità di un adulto significativo di generare fiducia e riconoscimento.

Da lì, la prevenzione si dispiega come costruzione di una vera cultura istituzionale della cura. Non si tratta semplicemente di aggiungere attività isolate, ma di rivedere pratiche, climi e dinamiche quotidiane: come ci relazioniamo?, che posto diamo alla parola degli studenti?, come affrontiamo i conflitti?, quali esperienze di appartenenza offriamo?

In linea con quanto sviluppato in questo manuale, sappiamo che molte volte le dipendenze affondano le loro radici in una profonda orfanità affettiva, nell'indebolimento dei vincoli e nella difficoltà di trovare senso. Non si tratta solamente di "non sapere alcune cose", ma di una disposizione esistenziale: la persona sperimenta un vuoto che finisce per cristallizzarsi nella percezione di un mondo ostile o inabitabile. Allora appare il consumo come una via d'uscita illusoria, una forma di evasione.

Di fronte a questa esperienza negativa del mondo, la scuola può diventare un luogo abitabile, uno spazio che convochi ad essere presenti. E questo avviene, soprattutto, attraverso i vincoli quotidiani. Sono specialmente gli adulti di riferimento —docenti e personale non docente— coloro che possono generare un clima di amabilità e riconoscimento, dove gli studenti possano rendersi presenti con le loro storie, molte volte attraversate da dolori e angosce.

La scuola funziona molte volte come un vero "ospedale da campo". Lì arrivano bambini, adolescenti e anche adulti con ferite profonde. Ma perché quelle ferite possano essere accolte e accompagnate, è necessario che gli adulti non passino oltre, che non restino trincerati unicamente in questioni funzionali o burocratiche che finiscono per generare distanza e indifferenza.

In contesti di frammentazione sociale, questa presenza acquista un'importanza decisiva. Molti bambini e adolescenti crescono oggi in ambienti dove gli adulti di riferimento hanno smesso di essere figure protettrici per diventare invisibili o assenti. A questo si aggiunge che, in numerosi contesti vulnerabili, il narcotraffico avanza cercando di catturare bambini e giovani. Lì il compito di contenimento e protezione che svolgono le scuole diventa urgente. Qualcosa di simile accade con i rischi associati al "territorio digitale", incluse le nuove forme di dipendenza legate all'uso problematico di schermi e dispositivi. In molti casi, le scuole si stanno trasformando in uno dei pochi ambiti capaci di aiutare a regolare questi consumi.

Un bambino o una bambina trascorre gran parte della propria vita a scuola. Per questo è importante che durante quel tempo possa rendersi presente con la propria storia e la propria realtà; che possa esplorare la propria interiorità e farlo da un'esperienza di convivenza amabile con gli altri. In definitiva, sono gli altri che rendono abitabile il mondo. Ogni persona ha bisogno di sentirsi riconosciuta e valorizzata per ciò che è —e non solamente per ciò che potrebbe arrivare ad essere—. Lì si rafforza la fiducia, che costituisce il suolo solido sul quale si dispiega la traiettoria vitale. In contrasto con la "dipendenza" —intesa qui come ciò che ostruisce o silenzia— la scuola deve essere uno spazio per la "dizione": un luogo dove ogni studente possa trovare ed esprimere la propria voce.

Al contrario, quando qualcuno attraversa l'esperienza scolastica come un anonimo, come qualcuno non riconosciuto, la scuola non solo smette di prevenire, ma può diventare un ambito che predispone all'evasione. Ancor più, quando le relazioni dell'ambiente scolastico diventano ostili (per la violenza o il bullying, l'indifferenza, la competizione eccessiva, ecc.), è probabile che tutto questo sia terreno fertile per condotte addittive: così la scuola genera la tendenza all'evasione, al non voler abitare ed essere presenti.

Quando la scuola riesce a costituirsi veramente come Comunità Educativa, i vincoli conformano una potente rete di contenimento e cura. La fiducia prevale allora sulla logica del mero controllo. In quel quadro, la scuola si trasforma in promotrice di un'autentica Cultura della Cura. Questo esige, naturalmente, un'articolazione intelligente tra le diverse istanze di accompagnamento: da chi accoglie alla portineria fino ai docenti, tutor e équipe di orientamento.

La prevenzione non è mai un compito individuale; è sempre una costruzione collettiva.

E sebbene molte volte non abbiamo tutte le risposte, possiamo costruirle insieme ad altri. Per questo risulta fondamentale comprendere che la prevenzione non si esaurisce dentro la scuola. L'articolazione con le famiglie, le organizzazioni comunitarie e altri attori del territorio amplia la portata delle azioni e rafforza le reti di cura. La scuola diventa così un nodo all'interno di una trama più ampia capace di sostenere le persone nelle loro molteplici dimensioni.

La proiezione vitale

L'altro grande elemento che rende preventiva la scuola è la sua capacità di collaborare alla proiezione vitale degli studenti: cioè, nel modo in cui una persona immagina, orienta e organizza la propria vita verso il futuro.

La proiezione vitale ha a che fare con il senso che ciascuno dà alla propria esistenza, con gli orizzonti verso i quali vuole camminare e con ciò che considera prezioso. Non si limita unicamente a mete concrete —"voglio studiare una determinata carriera" o "voglio avere un determinato lavoro"—, ma include domande molto più profonde: che tipo di persona voglio diventare, quali vincoli desidero costruire, quali valori voglio incarnare, quale traccia vorrei lasciare, come immagino una vita piena e significativa.

La scuola è, in questo senso, un luogo privilegiato per sviluppare una vera "pedagogia della speranza". Forse questa è oggi una delle sue maggiori sfide. Gli orizzonti di proiezione appaiono molte volte indeboliti o direttamente cancellati. Da un lato, viviamo bombardati da situazioni dolorose e racconti sociali attraversati dal disincanto. Dall'altro, la realtà si presenta spesso come chiusa su se stessa, senza trascendenza né promessa.

Ma la scuola ha bisogno della speranza come di un ingrediente essenziale. Educhiamo perché speriamo; e speriamo qualcosa di buono dalle persone e dal futuro. La scuola è chiamata ad essere un antidoto di fronte alla mancanza di orizzonti.

C'è qui una questione sottile, sebbene profondamente significativa: quando la proposta educativa appare vuota di senso, incolore, insalubre o addirittura "indigesta", può anch'essa produrre danno. Oltre a favorire, in molti casi, l'abbandono scolastico, genera scetticismo rispetto alla propria possibilità di progettare la vita. Là dove qualcuno dovrebbe trovare ispirazione e senso, trova qualcosa che lo addormenta e scoraggia.

Per questo, una delle funzioni essenziali della scuola consiste nell'aprire orizzonti, nell'osare porsi domande sui fini e non unicamente sui mezzi. L'educazione non può ridursi a fornire strumenti o abilità per sopravvivere; deve anche offrire sensi che permettano di aspirare a una vita piena.

Gli studenti hanno bisogno di potersi riconoscere come protagonisti del proprio progetto vitale. Un progetto che raggiunge pienezza quando viene pensato dalla prospettiva del servizio, della comunione e dell'apertura agli altri. Solo così ogni persona può dare "frutto in abbondanza".

Azioni e orientamenti concreti

Condividiamo qui alcune azioni e orientamenti concreti che già si praticano in molte delle nostre scuole, e che rivestono un carattere preventivo.

Generare nella scuola spazi di ascolto: Ascoltare in tempo può cambiare una storia. La scuola deve essere un luogo dove qualcuno possa parlare e sentirsi accolto. **Alcuni gesti concreti possono essere:**

- Le tutorie
- Gli spazi di dialogo
- La disponibilità dei docenti
- Disporre luoghi dove avvicinarsi

Scommettere sulla comunità educativa Una scuola che si prende cura genera appartenenza. Quando qualcuno si sente parte, la vita si protegge di più. **Alcuni gesti concreti possono essere:**

- Attività di integrazione tra alunni, genitori, docenti, personale non docente, dirigenti
- Spazi di partecipazione
- Cura del clima tra tutti.

Protagonismo dei giovani: I giovani non sono solo destinatari, sono protagonisti. Possono prendersi cura gli uni degli altri e far parte della risposta.

Alcuni gesti concreti possono essere:

- Gruppi di pari
- Leader giovanili
- Progetti promossi dagli studenti

Lavoro con le famiglie: La scuola e la famiglia hanno bisogno l'una dell'altra. Insieme possono sostenere meglio i ragazzi.

Alcuni gesti concreti possono essere:

- Incontri con i genitori
- Spazi di dialogo
- Accompagnamento

Formazione dei docenti: L'educatore è fondamentale. Ha bisogno di strumenti, ma anche di sostegno per il suo compito.

Alcuni gesti concreti possono essere:

- Formazioni
- Spazi di riflessione
- Accompagnamento istituzionale

Articolazione con il territorio: La scuola non è sola. Fa parte di una rete più ampia di cura.

Alcuni gesti concreti possono essere:

- Vincolo con parrocchie
- Centri di quartiere
- Invii accompagnati.

Senza dubbio, in questa e altre questioni, la scuola può e suole confrontarsi con i propri limiti. E questo la obbliga tanto a esaminarsi criticamente quanto a evitare di chiudersi dietro mura che, pur pretendendo di proteggerla, finiscono per soffocarla.

In un contesto attraversato da molteplici fragilità, la scuola è chiamata ad essere segno e spazio di cura. Non da una logica di sorveglianza o controllo, ma da una proposta che umanizzi, vincoli e dia senso.

Là dove esiste una vera comunità educativa, esiste anche un ambito profondamente preventivo.

11.2.2 Le università

Quando parliamo di un'Università ricordiamo i suoi tre ruoli principali:

Didattica: è la trasmissione della conoscenza.

Ricerca: è la produzione della conoscenza.

Estensione: è la relazione con il Territorio.

Sebbene abitualmente ci concentriamo di più sulla Didattica, è urgente ricordare che i tre devono essere coordinati. Quando l'Università si allontana dai territori, la sua ricerca non si mette al servizio dei loro bisogni e la sua didattica finisce per ripetere le stesse conoscenze, molte volte decontestualizzate. Al contrario, quando questi tre ruoli sono ben integrati e si complementano, l'Università contribuisce allo Sviluppo Umano Integrale in modo molto più pieno. Per questa ragione, cercheremo di dar conto di ciascuno di questi ruoli nella sua relazione con il nostro tema.

L'Università non può rimanere estranea al problema della droga né alle realtà della povertà, perché si tratta di una delle problematiche più complesse del tessuto sociale contemporaneo. Per questo è fondamentale l'intervento universitario attraverso la formazione, l'impegno sociale, la ricerca interdisciplinare e l'estensione.

La visione istituzionale deve assumere l'approccio ai consumi da una prospettiva di salute pubblica e diritti umani, rifiutando la criminalizzazione e promuovendo l'integrazione del soggetto nella comunità attraverso la conoscenza e l'accompagnamento. Deve comprendere e trasmettere che la persona che consuma è un soggetto di diritti, e quali sono le conseguenze di ciò. Inoltre, questa azione si allinea direttamente con gli impegni globali degli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile (OSS), i quali fanno parte del piano d'azione globale adottato dai paesi membri dell'Organizzazione delle Nazioni Unite (ONU), impattando in modo diretto sull'Eliminazione della Povertà (OSS 1), la Salute e il Benessere

(OSS 3), l'Uguaglianza di Genere (OSS 5), l'Innovazione e le Infrastrutture (OSS 9), la Riduzione delle Disuguaglianze (OSS 10) e la costruzione di Pace, Giustizia e Istituzioni Efficaci (OSS 16).

Quando l'Università include nella sua offerta accademica questi temi, si moltiplicano i referenti che rispondono alla problematica. Pertanto, se la diagnosi che fanno le nostre comunità nel territorio evidenzia una grande sproporzione tra il problema e le risposte, è necessario incidere nelle Università affinché incorporino in modo trasversale questi temi nella loro agenda accademica. Un altro dei compiti importanti è il contributo di elementi basati sull'evidenza per il dibattito pubblico e la comprensione del quadro giuridico di ogni paese. Gli attori di base, dedicati interamente alle urgenze del territorio, non dispongono dei tempi istituzionali per l'aggiornamento formativo. È importante che l'università superi quella distanza, trasferendo i saperi e gli strumenti scientifici che rafforzino e diano sicurezza alla preziosa azione che essi già realizzano nelle loro comunità.

La Didattica

L'università non deve solo formare i referenti territoriali ma anche i professionisti che diventeranno specialisti. Tradizionalmente si è pensato questo ruolo per medici, psicologi, assistenti sociali, avvocati o infermieri. Tuttavia, davanti alla complessità delle dipendenze e delle vulnerabilità sociali, tutte le carriere universitarie e le discipline devono impegnarsi attivamente in questa sfida, formando professionisti sensibili e tecnicamente preparati. In questo modo, l'istituzione assume questo impegno trasversale come un contributo diretto all'adempimento globale degli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile (OSS).

L'offerta accademica deve espandersi mediante la trasversalità dei diversi campi del sapere. Di seguito, vediamo alcuni esempi:

- **Carriere di Educazione e Professorati:** Hanno il potenziale di progettare e realizzare laboratori educativi e pedagogici (come insegnamento della lingua madre, lingue straniere, letteratura, cultura, tra gli altri) adattati per persone in processo di trattamento.

- **Ingegnerie e Carriere Tecniche:** Possono promuovere laboratori pratici (come meccanica, informatica o elettricità, tra gli altri) orientati a formare e qualificare la manodopera, aprendo cammini di inserimento lavorativo.

- **Carriere di Scienze Economiche e Amministrazione:** Hanno la capacità di tenere laboratori di imprenditorialità e finanza personale, formando i partecipanti nella creazione di cooperative e micro-imprese che assicurino la loro autonomia economica.
- **Carriere di Arti, Design e Comunicazione:** Possono implementare laboratori di arteterapia, musica e design come strumenti di espressione emotiva, oltre a collaborare nella progettazione di campagne comunitarie di prevenzione senza stigmi.
- **Tutte le aree della conoscenza:** Hanno la capacità di sviluppare discipline e progetti che promuovano dinamiche per rafforzare la bassa autostima, motivare la continuità degli studi e incoraggiare l'accesso all'istruzione superiore.

Lo studio universitario deve fornire protocolli affinché la prevenzione sia più efficace e i trattamenti più sicuri, con rigore scientifico. L'Università deve insegnare ai futuri professionisti che l'approccio non è uguale in una scuola, in una fabbrica o in un tribunale, ma che si deve formare con strumenti specifici che si adattino alla realtà di ogni persona e a ogni contesto.

Infine, la conoscenza universitaria è la migliore difesa contro la punizione. Un professionista formato sa che il consumo è un tema di salute e non un reato. Questo garantisce che i programmi trattino le persone con dignità, rispettino la loro privacy e cerchino il loro recupero, adempiendo sempre alle leggi vigenti in ogni territorio.

La Ricerca

È urgente sviluppare una proposta metodologica che progetti le basi per una linea di ricerca applicata che colleghi i dispositivi territoriali con l'accademia e gli organismi pubblici, orientata a generare dati scientifici capaci di incidere in modo efficace nelle politiche sulle droghe vigenti.

- **Spostamento Epistemologico:** È necessario ridurre l'attuale sproporzione verso gli approcci neuroscientifici riduzionistici che isolano il fenomeno nel cervello individuale. Quella conoscenza è importante, ma non l'unica necessaria.
- **Obiettivi Strategici:**
    1. *Incidenza Politica:* Nasce dall'articolazione di due affluenti complementari: la costruzione del potere comunitario dalle basi e il dominio

del linguaggio tecnico-istituzionale delle politiche pubbliche basate sull'evidenza.

2. *Arrivare Prima:* È urgente sviluppare una ricerca con approccio preventivo per identificare segnali d'allarme precoci nelle traiettorie delle infanzie e delle gioventù.
3. *Risposte per i Consumi:* È necessario diagnosticare, mappare e documentare le dinamiche e i modelli di consumo reali nei quartieri periferici.

- **Complementarità Metodologica:** È urgente promuovere un dialogo orizzontale tra l'università e il territorio mediante una metodologia mista:
  - *Ricerca Quantitativa:* Produzione di dati statistici rigorosi, fondamentali per dimostrare la scala del problema e contendere bilanci statali.
  - *Ricerca Qualitativa (Teoria Fondata):* Adozione dell'approccio della *Grounded Theory* sotto la premessa metodologica di «andare nudi ad ascoltare» il territorio, permettendo che le categorie analitiche e terapeutiche emergano direttamente dalla voce dei coordinatori e protagonisti dei quartieri.

A partire da questo approccio, la discussione e la valutazione dei risultati ottenuti nelle aule e nei laboratori territoriali permette di comprendere come l'educazione agisca come un pilastro fondamentale per la ricostruzione delle vite. L'interazione diretta e lo scambio di esperienze accademiche di carattere scientifico-culturale generano un prezioso archivio di dati per future ricerche, favorendo lo sviluppo della scienza e la riflessione sul ruolo del sistema educativo come strumento reale di inclusione sociale.

- **Co-costruzione di Indicatori Comunitari:** Consiste nello sviluppo congiunto di metriche dinamiche di valutazione per verificare i processi comunitari. Questo indicatore supera il pregiudizio statale statico (centrato unicamente sull'astinenza o la dimissione clinica) per misurare processi di inclusione reale: regolarizzazione documentale, ristabilimento dei legami familiari, controlli di salute, riconnessione scolastica e sviluppo di autonomia lavorativa nelle cooperative.

L'Estensione Universitaria

La relazione dell'Università con il territorio non deve essere assistenzialista, ma basata sul trasferimento di conoscenze e sull'azione diretta nei diversi ambienti

della società. Per questo, i progetti di estensione possono e devono implementarsi in qualsiasi spazio comunitario, dando priorità a quelli con maggiori indici di esclusione sociale, come scuole pubbliche, centri comunitari, mense popolari, insediamenti informali e spazi di vulnerabilità critica. L'articolazione si realizza tanto con gli attori che già operano nel territorio (leader comunitari, referenti di quartiere e ONG) quanto direttamente con gli abitanti di queste zone.

L'idea è formare questi referenti e comunità attraverso la consegna di dati statistici, studi sul campo e rapporti aggiornati, permettendo la progettazione di interventi strategici, intelligenti, basati sull'evidenza e adattati alle realtà più emarginate.

Si devono fornire alle organizzazioni territoriali strumenti metodologici affinché possano realizzare le proprie rilevazioni, permettendo una rilevazione precoce di nuove tendenze di consumo o rischi emergenti in zone specifiche. È importante tradurre le ricerche universitarie in guide pratiche e protocolli di azione semplice che servano come supporto tecnico affinché il leader di quartiere sappia come agire, a chi rivolgersi e come sostenere l'accompagnamento in contesti di alta vulnerabilità.

Attraverso questo collegamento di estensione, si riesce a risignificare vite per mezzo dell'estensione universitaria, raggiungendo risultati fondamentali basati su cinque pilastri essenziali:

1. **Elevamento dell'autostima e riduzione del sentimento di emarginazione:** Mostra alle persone partecipanti (come accade, ad esempio, con le donne in situazione di vulnerabilità e dipendenza) il loro vero potenziale e valore personale, combattendo gli stigmi e i pregiudizi.

2. **Aumento dell'impegno nel proprio processo di recupero:** L'apprendimento continuo risveglia l'interesse per nuove opportunità di educazione e di lavoro.

3. **Promozione dell'interazione sociale e dello scambio di saperi:** Crea un ambiente di mutuo appoggio attraverso la convivenza e il dialogo orizzontale tra le comunità e l'équipe universitaria volontaria.

4. **Formazione delle partecipanti:** Offre conoscenze pratiche e tecniche per assicurare un reinserimento sociale ed economico molto più autonomo nella società.

5. **Contributo a una formazione docente più sensibile e umana:** Permette agli accademici e ai futuri professori di sviluppare abilità em-

patiche e strumenti pedagogici progettati specificamente per ambienti complessi di insegnamento.

11.3 | L'ambito lavorativo

Nel cuore delle nostre comunità e proposte pastorali, il lavoro è compreso come una necessità. Il lavoro costituisce l'asse fondamentale sul quale si ricostruisce il riconoscimento della dignità umana e si risana la trama sociale danneggiata dall'esclusione profonda. *«Abbracciare la vita come viene»* implica ricevere ogni fratello e sorella nella sua realtà totale, assumendo l'impegno di accompagnarli in modo integrale dal loro primo arrivo in situazione di strada o consumo problematico, fino a raggiungere la loro piena inclusione sociale e lavorativa.

Il lavoro, oltre ad essere indispensabile per la dignità, *aiuta a tessere relazioni di scambio e mutuo aiuto, permette di sentirsi collaboratore di Dio per custodire e sviluppare questo mondo, e fa sentire utili alla società e solidali con i propri cari.* Per chi ha abitato i margini dello scarto e della vulnerabilità, la modalità di sopravvivenza consuma tutta la sua energia quotidiana; il lavoro formale o comunitario interrompe quella logica distruttiva, restituendogli la certezza di essere protagonista della propria storia.

Pertanto, è necessario sviluppare strategie orientate a garantire in modo effettivo l'accesso al diritto sacro del **Lavoro**, integrandolo come strumento terapeutico e pedagogico all'interno dell'itinerario di recupero. Non si tratta di attività parallele alla pastorale, ma della pastorale stessa incarnata nella mensa, nel laboratorio, nella cooperativa e nella finanza solidale, promuovendo un'economia sociale centrata sulla vita, che custodisce la Casa Comune e rispetta i processi della comunità.

11.4 | La Pastorale Diocesana

Il problema delle dipendenze non riconosce confini parrocchiali. Colpisce famiglie di tutta la diocesi, oltrepassa la capacità di risposta di una sola comunità ed esige uno sguardo che possa abbracciare il territorio nel suo insieme. Per questo, l'organizzazione della pastorale a livello diocesano non è un'opzione amministrativa, ma una necessità pastorale.

Una risposta diocesana permette, in primo luogo, di conoscere con maggiore precisione la realtà del territorio: identificare le zone più colpite, le risorse già esistenti e i vuoti che restano senza copertura. Senza quella mappa, ogni

parrocchia agisce in modo isolato, ripetendo sforzi o lasciando senza attenzione chi ne ha più bisogno.

In secondo luogo, la dimensione diocesana rende possibile articolare una rete di accompagnamento che nessuna parrocchia potrebbe sostenere da sola. Comunità terapeutiche, gruppi di famiglie, équipe di formazione e spazi di prevenzione nelle scuole possono coordinarsi e completarsi quando c'è un'istanza che li convoca e li sostiene.

Infine, la Chiesa particolare –la diocesi– è il luogo proprio della communio ecclesiale. È lì che il vescovo, come pastore, può promuovere una risposta unitaria che rifletta l'opzione di tutta la Chiesa locale per i più vulnerabili. Una pastorale diocesana delle dipendenze è, in tal senso, un'espressione concreta della sinodalità: camminare insieme verso chi ne ha più bisogno.

11.4.1 Missione

Che la Chiesa si prenda cura dei suoi figli:

La pastorale delle dipendenze riflette la chiamata della Chiesa a prendersi cura di ciascuno dei suoi figli, abbracciando specialmente coloro che ne hanno più bisogno, e sviluppando strategie preventive affinché i più giovani non compromettano la loro vita in cammini che li danneggino. Questa cura integrale non si limita solo al supporto spirituale, ma si estende alle dimensioni fisiche, emotive e sociali di ogni persona, di ogni famiglia e comunità. Attraverso questa pastorale la Chiesa si impegna a proteggere e guarire coloro che sono caduti nell'abisso della dipendenza, offrendo strumenti per il loro recupero, accompagnamento costante e speranza in una vita nuova, implementando al contempo misure di prevenzione adeguate per evitare che più persone soffrano queste schiavitù.

Che la Chiesa sia la famiglia dei più spezzati:

La pastorale delle dipendenze deve essere il volto accogliente di una Chiesa samaritana che non teme di abbracciare coloro che sono più feriti dalla vita. Come una madre che accoglie i suoi figli più fragili, la Chiesa è chiamata a essere rifugio e consolazione per coloro che, per diverse circostanze, sono caduti nella schiavitù delle dipendenze. Questa pastorale diventa così un'espressione concreta dell'amore incondizionato di Dio, costruendo una famiglia spirituale dove i più spezzati sono visti, ascoltati, accompagnati e integrati nella comunità, nel loro processo di guarigione e redenzione. In tal senso, Papa Benedetto XVI diceva: *La Chiesa è la famiglia di Dio nel mondo.*

Benedetto XVI, *Deus caritas est* (2005).

Che la Chiesa approfondisca la sua opzione per il Vangelo della vita:

La pastorale delle dipendenze deve essere una testimonianza vivente dell'opzione della Chiesa per il Vangelo della Vita, proclamando con forza che ogni vita è sacra e degna di essere amata, difesa e restaurata. In un mondo che molte volte tende a emarginare ed escludere i più vulnerabili, questa pastorale riafferma l'impegno della Chiesa con la difesa di ogni vita umana, dal suo inizio fino alla sua fine naturale. Approfondire questa opzione significa promuovere la vita piena, combattendo non solo le dipendenze, ma anche le strutture di peccato e di esclusione che le alimentano.

11.4.2 Visione

ntità:

La visione della pastorale delle dipendenze si fonda sull'identità della Chiesa come comunità di fede, speranza e amore, che risponde alle realtà del mondo dalla propria missione. Sebbene la proposta ecclesiale non si assomigli a quella dei centri di salute, che affrontano le dipendenze da un approccio clinico e assistenziale, la Chiesa non rinnega l'importanza di queste istituzioni e prospettive. Al contrario, comprende che il suo lavoro è complementare al loro, offrendo un accompagnamento spirituale e apportando il suo sguardo integrale e comunitario. La Chiesa promuove la dignità umana e il rispetto per la vita in tutte le sue tappe, presentando nella sua azione pastorale il cammino d'amore di Gesù. Questo si manifesta tanto nella prevenzione, che cerca di arrivare prima nella vita dei bambini e dei giovani, quanto nell'accompagnamento delle persone che già percorrono i cammini della dipendenza, invitandole a tornare a Dio e alla Chiesa. Così, la Chiesa diventa un faro di speranza per coloro che soffrono a causa delle dipendenze, creando una comunità che promuove l'inclusione, la solidarietà e la cura reciproca nel processo di guarigione.

La pastorale delle dipendenze deve intendersi come uno sforzo integrale e trasversale che trascende i confini dei ministeri tradizionali e si estende a tutte le aree della vita della Chiesa. Questo implica che, al di là delle azioni dirette che possa realizzare, questa pastorale deve mettersi al servizio della catechesi, delle scuole, dei gruppi giovanili e delle famiglie, offrendo supporto e risorse per affrontare la problematica delle dipendenze e la loro prevenzione in modo integrale. La trasversalità di questa pastorale si riflette nella collaborazione con diversi gruppi e ministeri, creando una rete di supporto che permette di affrontare le dipendenze da molteplici angolature. Così, la Chiesa diventa una testimonianza di sinodalità, dove ciascuno contribuisce secondo i propri doni e vocazioni al servizio del bene comune e alla cura dei più vulnerabili.

11.4.3 Obiettivi

1. Sensibilizzare le comunità ecclesiali riguardo al problema e alla risposta che offre la Chiesa.
2. Promuovere risposte preventive e assistenziali nelle parrocchie, scuole e istituzioni ecclesiali.
3. Identificare le diverse istituzioni e gli attori delle diocesi che stanno rispondendo a questo tema.
4. Tessere reti tra quelle istituzioni e attori che stanno rispondendo tra loro, e gli altri spazi pastorali della diocesi.
5. Sviluppare risposte assistenziali o preventive là dove fosse necessario.
6. Produrre una Riflessione cattolica e diocesana su questo problema e i suoi cammini di soluzione che permetta di arricchire lo sguardo.
7. Annunciare il Vangelo della Vita, nel momento storico che ci tocca, e nei contesti ecclesiali in cui si sviluppa la nostra diocesi.
8. Incidere nelle politiche pubbliche e nell'opinione generale da una prospettiva umana basata sul Vangelo.
9. Riunire tutte le risposte assistenziali, preventive, di accompagnamento e reinserimento sociale che si danno nelle parrocchie, scuole, comunità e istituzioni della diocesi.
10. Formare e accompagnare gli agenti pastorali della diocesi affinché dispongano di strumenti adeguati.

11.4.4 Attività

1. Organizzare incontri per la sensibilizzazione della società, organizzazione delle risposte preventive e assistenziali, e integrazione delle reti pastorali.
2. Mettersi al servizio delle altre pastorali, offrendo informazione riguardo ai problemi del consumo e della dipendenza da alcol, droghe, gioco, pornografia, e altre dipendenze comportamentali, così come della loro prevenzione e trattamento.
3. Rendere vicine e disponibili le risorse della Chiesa, e della società civile alla comunità diocesana.

4. Realizzare giornate di discernimento, analisi e riflessione al fine di sviluppare uno sguardo proprio, espresso nel proprio linguaggio religioso.
5. Sviluppare un dialogo sociale e politico al fine di incidere nelle politiche pubbliche.
6. Organizzare istanze di formazione continua per gli agenti pastorali della diocesi, includendo corsi, incontri e materiali adattati al contesto locale.
7. Generare spazi regolari di accompagnamento e revisione per le équipe che lavorano in questa pastorale, curando la salute integrale di chi accompagna.

11.5 | L'ambito della carcerazione

La pastorale carceraria missionaria opera nel denominato mondo della carcerazione, il quale comprende non solo la persona privata della libertà, ma tutto il suo contesto: famiglia, potere giudiziario, personale penitenziario e di sicurezza, così come le aree tecniche di educazione, salute, sociali, lavoro e giuridiche. La relazione con questo mondo circostante ha come fine accompagnare le persone in modo integrale, pertanto accompagna anche nel superamento delle dipendenze all'interno del penitenziario e orienta nel cammino verso la libertà.

L'équipe di pastorale carceraria è integrata da agenti pastorali e catechisti con formazione specifica nel contesto di reclusione, insieme alla presenza di professionisti come accompagnatori terapeutici. Questa composizione facilita il dialogo e il lavoro congiunto con il personale penitenziario e le famiglie, permettendo un approccio integrale che, tra gli altri aspetti, cerca di evitare la sovramedicazione delle persone detenute.

L'avvicinamento a questa realtà si realizza attraverso diverse iniziative:

- Si portano avanti laboratori con sbocco lavorativo nel piano della laborterapia. Questi spazi rispondono alla preoccupazione di coloro che stanno per recuperare la libertà rispetto alle loro future possibilità di impiego. I laboratori funzionano come ambiti di fiducia dove si ascoltano i carcerati e si stabiliscono vincoli che servono da ponte tra loro e il personale. Il lavoro è artigianale, con gruppi ridotti di dieci-dodici persone per garantire un'attenzione adeguata a ciascun individuo.
- Allo stesso modo, si promuovono pranzi terapeutici in carcere, ai quali partecipano le persone detenute insieme al personale penitenziario, psicologi specializzati e l'équipe di pastorale. Questa attività favorisce un

clima di maggiore fiducia e migliora il trattamento quotidiano all'interno del penitenziario. Il lavoro della pastorale è un servizio missionario aperto a tutti senza distinzione, portando un messaggio di speranza e vicinanza.

- Il lavoro con le famiglie è considerato una delle chiavi fondamentali. È frequente che i vincoli si frammentino per la stanchezza o altri motivi, il che colpisce profondamente il processo di chi è privato della libertà. Comunicando con le famiglie, si aiuta a ristabilire quei legami spezzati e a far sì che possano sostenere i propri cari nei trattamenti. In questo senso, la partecipazione di gruppi di supporto di familiari di persone dipendenti risulta molto significativa.

Il compito pastorale cerca di mostrare a ogni persona l'amore di Dio in ogni azione intrapresa. Per questo, si offrono momenti di spiritualità adattati al contesto di reclusione, come i ritiri di evangelizzazione kerygmatica, che offrono una proposta di senso e un'opportunità di vita nuova.

Infine, si cerca la costruzione di una catena solidale mediante l'articolazione con reti esterne, nelle quali sono inclusi diversi spazi assistenziali. Questa rete è vitale per assicurare la continuità del trattamento e dell'accompagnamento quando una persona esce dal carcere o deve continuare la propria pena in un contesto comunitario. Si tratta di una risposta integrale che mette al primo posto la persona, accogliendo la vita così come viene.

11.6 | Comunità Terapeutiche

La comunità terapeutica è un modello di assistenza residenziale rivolto a persone con disturbi da uso di sostanze che cerca di comprendere la persona non unicamente dal consumo, ma dalla totalità della sua storia, delle sue emozioni, dei suoi vincoli familiari, del suo contesto sociale, della sua salute fisica e della sua dimensione spirituale. Nel quadro di questo manuale, la comunità terapeutica si comprende come un'espressione concreta della famiglia comunitaria sviluppata nel capitolo 6: uno spazio sicuro, strutturato e restaurativo dove il fratello spezzato trova tetto, mensa, nome e vincolo. Non è un ospedale né un carcere; è un focolare temporaneo che cerca di riparare ciò che l'orfanità funzionale ha danneggiato, offrendo le condizioni di attaccamento sicuro che permettano l'integrazione graduale di una personalità fratturata.

La Pala di Isenheim che apre questo manuale ci ricorda che gli antoniani non erano solo monaci oranti: erano curatori che aprirono il loro monastero per ricevere i malati di ergotismo. Quella decisione di convertire uno spazio di

preghiera in uno spazio di accoglienza è il gesto fondante di ogni comunità terapeutica di ispirazione cristiana. La comunità terapeutica è il monastero antoniano del nostro tempo: un luogo dove la vita ferita viene ricevuta così come viene, e dove la cura del corpo, la restaurazione dell'anima e il risveglio dello spirito avvengono in un unico processo quotidiano.

Per molti anni, i problemi di dipendenza sono stati affrontati unicamente da prospettive moralistiche o punitive, dove il consumo veniva interpretato esclusivamente come una mancanza di volontà o un problema di condotta. Tuttavia, come ha sviluppato ampiamente la sezione del Giudicare, le dipendenze sono fenomeni complessi e multifattoriali dove intervengono elementi biologici, psicologici, familiari, sociali ed esistenziali. Per questa ragione, una comunità terapeutica deve offrire un approccio integrale che permetta di lavorare tutte le aree deteriorate della vita della persona, evitando qualsiasi riduzionismo che l'articolo 8.1.4 ha identificato come tentazioni permanenti del campo.

11.6.1 Le dimensioni del processo residenziale

L'approccio residenziale dispiega le quattro dimensioni che questo manuale ha proposto come costitutive della persona. Non come compartimenti stagni ma come sfaccettature di una stessa unità che si lavorano in modo simultaneo nella convivenza quotidiana:

La dimensione biologica

Il consumo prolungato di sostanze genera alterazioni fisiche, neurologiche e comportamentali che influenzano il funzionamento generale dell'individuo. Molte persone entrano nei processi residenziali con compromissioni importanti del sonno, dell'alimentazione, della salute fisica, della gestione degli impulsi e della regolazione emotiva. Per questo, la comunità terapeutica deve promuovere abitudini salutari mediante routine strutturate, alimentazione adeguata, attività fisica, igiene personale, riposo e monitoraggio medico quando necessario.

L'obiettivo non è unicamente raggiungere l'astinenza, ma restaurare il benessere fisico e la capacità funzionale della persona. Come ha sviluppato il capitolo 9, la neuroplasticità che ha permesso al cervello di apprendere la dipendenza è la stessa che permette di tracciare nuovi cammini: le routine salutari non sono un regolamento disciplinare ma una pedagogia biologica del riapprendimento. Inoltre, quando la patologiapatologia duale lo richiede, la comunità deve garantire l'accesso all'assistenza psichiatrica e alla medicazione necessaria per

Cfr. art. 6 (Giudicare, Brevissimo Glossario)

Cfr. art. 8.2 (Giudicare, La psiche, Trauma...)

la stabilizzazione del sistema nervoso, articolandosi con i servizi sanitari del territorio.

La dimensione psicologica

Molte persone presentano antecedenti di trauma, abbandono, violenza, rifiuto, bassa autostima, perdite affettive, problemi di identità, ansia, depressione o difficoltà severe nella gestione delle emozioni. Il consumo di sostanze appare frequentemente come un tentativo autoterapeutico di anestetizzare una sofferenza emotiva divenuta intollerabile. Per questa ragione, il processo terapeutico non può limitarsi alla condotta osservabile: deve focalizzarsi sull'autoconoscenza, il riconoscimento emotivo, lo sviluppo di abilità di coping, la responsabilità personale e la ricostruzione dell'autostima.

La terapia individuale, il lavoro di gruppo, la psicoeducazione e l'accompagnamento continuo diventano strumenti fondamentali per promuovere cambiamenti interni reali e sostenibili. Nei casi di patologia duale — che come segnala il capitolo 8.2.2 sono la norma e non l'eccezione nei territori —, l'approccio deve sanare la frattura interna che sostiene il consumo, non solo trattare il sintomo visibile.

La dimensione sociale

La persona fa parte di un contesto che può influenzare positivamente o negativamente il suo processo di recupero. Molte volte esistono dinamiche familiari disfunzionali, vincoli violenti, esclusione sociale, disoccupazione, povertà, mancanza di opportunità o cerchie di consumo che perpetuano la dipendenza. Per questo, la comunità terapeutica deve diventare un laboratorio di convivenza dove la persona possa apprendere nuove forme di relazione basate sul rispetto, la responsabilità, la sana comunicazione e il rispetto delle norme.

Questa dimensione include necessariamente il lavoro con la famiglia, intesa dall'approccio sistemico dell'articolo 8.4.5 come un sistema che frequentemente si organizza attorno al sintomo e la cui trasformazione è condizione perché il recupero sia duraturo. Gli incontri familiari, i gruppi di genitori e gli interventi vincolari non sono un complemento del processo residenziale: ne sono parte costitutiva. Allo stesso modo, il modello deve includere processi di reinserimento sociale e lavorativo che permettano alla persona di ricostruire il proprio progetto di vita, riconoscendo — come ha fondato il capitolo 6.3 — che il lavoro è una dimensione sacra dell'identità umana e non un premio che si concede alla fine del percorso.

La dimensione spirituale

Molte persone che attraversano processi di dipendenza sperimentano un profondo vuoto esistenziale, perdita di scopo, disperazione e disconnessione da se stesse. Il capitolo 7 di questo manuale ha analizzato questa realtà come una frattura della trascendenza: l'essere umano possiede un'apertura costitutiva al divino che, quando resta bloccata dal trauma e dal consumo, lascia il soggetto in uno stato di orfanità spirituale che nessun intervento puramente tecnico può colmare.

La comunità terapeutica di ispirazione cristiana deve essere uno spazio dove il risveglio spirituale possa avvenire in libertà. Questo non significa imporre pratiche religiose come condizione di permanenza — la partecipazione deve promuoversi sempre dall'invito e dall'accompagnamento umano, mai dalla coercizione o dalla segnalazione —, ma creare le condizioni perché la ricerca di senso trovi alveo. La Lectio Divina, l'adorazione eucaristica, la confessione, i ritiri, i momenti di preghiera comunitaria, le attività di servizio e il lavoro sul perdono sono strumenti che il capitolo 7 ha fondato come cammini di riconnessione con la trascendenza.

L'accompagnamento spirituale può aiutare a rafforzare valori come l'onestà, il perdono, la gratitudine, l'umiltà, l'empatia e il senso della vita. Può offrire strumenti per risignificare la sofferenza, rafforzare la resilienza e favorire la costruzione di un'identità basata su valori e obiettivi che trascendano la logica del consumo. La finalità non è generare dipendenza religiosa, ma contribuire alla crescita integrale della persona. Come insegna l'articolo 7.1.4, la spiritualità universale è la porta; la vita comunitaria e sacramentale è la casa a cui quella porta può aprirsi. Il fratello che non professa una fede può trovare nel clima spirituale della comunità — il silenzio, la cura, la bellezza, il ritmo della vita condivisa — il terreno dove la propria ricerca cominci a germogliare.

11.6.2 La dignità e la vita quotidiana come processo terapeutico

Molte persone che entrano in una comunità terapeutica arrivano avendo sperimentato un deterioramento progressivo della propria dignità, della propria autostima, dei propri vincoli e della propria percezione di sé. Con frequenza appaiono sentimenti intensi di colpa, vergogna, rifiuto, fallimento personale e disperazione. La persona smette di vedersi come qualcuno di prezioso e comincia a identificarsi unicamente a partire dal suo consumo o dalla sua storia di vita. Nessuna persona può sostenere cambiamenti reali se continua a percepirsi

come qualcuno senza valore o senza speranza.

Per questa ragione, la comunità terapeutica non funziona unicamente come un luogo di ricovero, ma come uno spazio di apprendimento e trasformazione dove la dignità si sperimenta nel concreto. Ogni attività quotidiana diventa un'opportunità per rafforzare abitudini, valori e abilità per la vita: alzarsi a un orario determinato, preparare la colazione, pulire uno spazio condiviso, imparare un mestiere, risolvere un conflitto con un compagno, chiedere scusa, assumersi una responsabilità. La persona ha bisogno di sperimentare che può tornare ad essere utile, capace, rispettata e valorizzata all'interno di una comunità. Come ha sviluppato l'articolo 6.1.2, l'atto di chiamare per nome è il gesto fondamentale di restaurazione della dignità ontologica. Nella comunità terapeutica, quel gesto si ripete centinaia di volte al giorno.

Il trattamento rispettoso e l'esistenza di norme chiare ma umanizzate fanno parte di ciò che il manuale denomina misericordia strutturata: un quadro di convivenza che non è né la rigidità della caserma né l'anomia della strada, ma la fermezza amorevole di un focolare che si prende cura perché mette limiti e mette limiti perché si prende cura.

11.6.3 Criteri di discernimento per una comunità terapeutica fedele al Vangelo

Non ogni comunità terapeutica che si dichiari cristiana risponde automaticamente allo spirito di questo manuale. Lo schema delle quattro dimensioni che organizza il Giudicare offre un criterio di discernimento pratico: quando una proposta residenziale sviluppa una dimensione ma nega qualcuna delle altre, ciò che sta negando è la corretta comprensione della persona umana. In concreto:

- Una comunità che lavori lo spirituale ma rifiuti l'assistenza medica o psichiatrica incorre nello spiritualismo riduttore che l'articolo 8.1.4 critica.
- Una comunità che lavori il biologico e il comportamentale ma proibisca o ignori la dimensione spirituale incorre nel biologismo che lo stesso articolo segnala.
- Una comunità che isoli il residente da ogni contatto con la sua famiglia e il suo territorio contraddice la comprensione relazionale dell'essere umano che il capitolo 6 fonda.
- Una comunità che utilizzi l'umiliazione, il castigo fisico o la coercizione religiosa come strumenti «terapeutici» nega la dignità ontologica che l'articolo 7.1.3 dichiara inalienabile.

Questi criteri non sono un giudizio esterno sulle comunità esistenti, molte delle quali realizzano un lavoro ammirevole con risorse scarse. Sono una bussola che il manuale offre perché ogni comunità possa valutarsi con onestà e crescere verso una maggiore integralità.

11.6.4 Sostenibilità e apertura al territorio

La sostenibilità economica costituisce uno dei pilastri fondamentali per il funzionamento adeguato e la permanenza di una comunità terapeutica. Un centro di queste caratteristiche richiede risorse costanti per coprire necessità basilari come alimentazione, infrastruttura, manutenzione, servizi, assistenza professionale, attività terapeutiche e programmi di reinserimento sociale. Per questa ragione, risulta indispensabile sviluppare un'amministrazione responsabile, trasparente e organizzata, che permetta di garantire stabilità finanziaria e continuità nei processi di assistenza.

Tuttavia, la sostenibilità non deve dipendere unicamente da quote economiche o risorse interne, ma anche dalla capacità di stabilire vincoli e alleanze con diversi settori della società. L'articolazione con istituzioni statali, comuni, organizzazioni non governative, imprese private, comunità parrocchiali, associazioni comunitarie e gruppi di volontariato può diventare uno strumento chiave per rafforzare il funzionamento del progetto. Queste alleanze permettono di generare supporti materiali, professionali e umani che beneficino direttamente le persone accompagnate.

Storicamente, molte comunità terapeutiche sono rimaste isolate o invisibilizzate, generando disconoscenza e stigmatizzazione verso le persone in recupero. È necessario promuovere una maggiore apertura e integrazione con il territorio, permettendo che la comunità circostante conosca il lavoro realizzato, partecipi attivamente e comprenda che la riabilitazione dalle dipendenze costituisce anche una responsabilità sociale collettiva. La comunità terapeutica non è un mondo a parte: è un nodo all'interno della rete di cura che questo manuale propone, e la sua efficacia dipende in gran misura dalla qualità delle sue connessioni con il tessuto territoriale.

11.6.5 L'articolazione con il modello ambulatoriale

Come si sviluppa nella sezione seguente, la comunità terapeutica e il trattamento ambulatoriale non sono alternative esclusive ma momenti di un continuo di cura. Una persona può iniziare il suo processo in un accompagnamento ambulatoriale parrocchiale, richiedere in un momento di crisi un ricovero in una

comunità terapeutica, e tornare al dispositivo ambulatoriale per sostenere il suo processo nel territorio. Un'altra persona può uscire dalla comunità e trovare nell'accompagnamento ambulatoriale la rete di contenimento di cui ha bisogno per non restare nel vuoto che questo manuale ha descritto come «l'abisso della libertà».

L'ingresso in una comunità terapeutica non deve pensarsi come l'unica risposta possibile né come una destinazione permanente. La sfida della pastorale è costruire l'articolazione tra dispositivi perché la persona non resti intrappolata in uno solo né cada nei vuoti tra di essi. L'etica della cura esige che il transito tra modalità sia accompagnato e che nessun tratto del cammino resti senza rete.

11.7 | Il Modello di Trattamento Ambulatoriale: Flessibilità e centralità vincolare

All'interno del disegno istituzionale delle risposte comunitarie, è fondamentale diversificare le modalità di assistenza per non ridurre l'intervento esclusivamente a schemi residenziali o di ricovero. Il **Trattamento Ambulatoriale** si costituisce come una strategia istituzionale prioritaria, praticabile e di alto impatto, che in molti contesti della regione rappresenta l'unica modalità di accompagnamento accessibile per la maggior parte delle persone con consumi problematici.

11.7.1 Perché il modello ambulatoriale è prioritario

Il trattamento ambulatoriale non è una versione ridotta o di minor rango del trattamento residenziale. È una modalità con identità propria la cui rilevanza si fonda su tre realtà:

- **Accessibilità territoriale:** In gran parte dell'America Latina, le comunità terapeutiche residenziali sono scarse, costose o geograficamente inaccessibili per le popolazioni più vulnerabili. Il modello ambulatoriale permette di dispiegare una risposta là dove la persona vive, senza esigere uno sradicamento che molti soggetti —specialmente donne con figli a carico, lavoratori informali o adolescenti scolarizzati— non possono sostenere.
- **Preservazione dei vincoli:** Permettendo che la persona non venga svincolata dal proprio contesto quotidiano, il trattamento ambulatoriale

lavora con la trama relazionale reale del soggetto. Non si tratta di guarirlo in un ambiente protetto per poi restituirlo a un territorio che resta inalterato; si tratta di accompagnare la trasformazione del soggetto e del suo contesto in modo simultaneo, il che è coerente con l'approccio sistemico sviluppato in questo manuale.

- **Coerenza con l'etica della cura:** Il modello ambulatoriale incarna in modo naturale il principio di non condizionare l'accesso all'accompagnamento. La persona non ha bisogno di ricoverarsi per essere accompagnata; basta che arrivi. Questa flessibilità è particolarmente rilevante per chi si trova nelle tappe iniziali del processo di cambiamento (precontemplazione e contemplazione), dove l'esigenza di un ricovero può funzionare come barriera di accesso che finisce per allontanare il fratello invece di riceverlo.

11.7.2 A chi è rivolto

Una concezione frequente ma erronea limita il trattamento ambulatoriale ai casi «meno gravi» o «meno compulsivi». Sebbene sia vero che alcune situazioni richiedono il contenimento di un dispositivo residenziale —specialmente quando esiste rischio vitale, scompenso psichiatrico acuto o assenza totale di rete di supporto—, l'evidenza e l'esperienza territoriale mostrano che il modello ambulatoriale può accompagnare efficacemente un ampio spettro di situazioni:

- Persone nelle tappe iniziali di consumo problematico dove l'intervento precoce può prevenire la cronicizzazione del disturbo.
- Persone che escono da un dispositivo residenziale e necessitano di un accompagnamento di transizione che sostenga i risultati raggiunti e prevenga la ricaduta nel territorio.

Cfr. art. 8.2 (Giudicare, La psiche, Trauma...)

- Persone con patologiapatologia duale stabilizzata che richiedono un monitoraggio sostenuto nel tempo senza necessità di ricovero.
- Donne con figli a carico che non possono accedere a un ricovero senza perdere il vincolo con i propri bambini o rischiare la custodia.
- Adolescenti scolarizzati la cui svincolamento dal sistema educativo aggrava il danno invece di ripararlo.
- Persone in situazione di strada o estrema vulnerabilità per le quali il primo compito è l'avvicinamento vincolare e la riduzione del danno, prima che qualsiasi processo formale sia possibile.

Il criterio di invio non deve basarsi unicamente sulla gravità del consumo, ma su una valutazione integrale che consideri il capitale di recupero del soggetto, la presenza o assenza di rete vincolare, l'esistenza di patologia duale e le condizioni concrete di vita.

11.7.3 Le componenti del dispositivo ambulatoriale

Un trattamento ambulatoriale integrale non è una consulenza clinica isolata. Deve strutturarsi come un itinerario di accompagnamento che integri le seguenti componenti:

- **Accompagnamento individuale:** Spazi regolari di ascolto e monitoraggio dove la persona possa elaborare la propria storia, identificare le proprie vulnerabilità e costruire un progetto di vita. Questo accompagnamento può essere realizzato da professionisti della salute mentale o da accompagnatori pari formati, secondo la complessità del caso.
- **Lavoro di gruppo:** Gruppi terapeutici, gruppi di auto-aiuto o spazi di incontro tra pari che offrano appartenenza, contenimento e la possibilità di imparare dall'esperienza degli altri. Il gruppo funziona come un laboratorio di vincoli sani dove la persona può sperimentare nuove forme di relazionarsi.
- **Lavoro con la famiglia:** L'approccio sistemico sviluppato in questo manuale esige che il dispositivo ambulatoriale includa una componente familiare attiva. Non si accompagna solo la persona che consuma ma la rete vincolare che la sostiene o la espelle. Gli incontri familiari, i gruppi di genitori e gli interventi domiciliari sono parte costitutiva del processo.
- **Assistenza psichiatrica e medica:** Nei casi di patologia duale o di deterioramento fisico significativo, il dispositivo deve garantire l'accesso a valutazione e monitoraggio psichiatrico, così come all'assistenza delle comorbilità mediche. L'articolazione con i servizi sanitari del territorio è indispensabile.
- **Attività promozionali e comunitarie:** Laboratori di mestieri, attività sportive, artistiche e ricreative che offrano alternative concrete al tempo vuoto e che rafforzino le abilità sociali e l'autoefficacia. Questi spazi, che il manuale ha sviluppato sotto il paradigma di «arrivare prima», non sono complementi del trattamento: sono parte del trattamento.
- **Accompagnamento spirituale:** Per chi lo desideri, l'offerta di spazi di preghiera, lettura orante, ritiri brevi o accompagnamento pastorale può

rafforzare la dimensione del senso e della trascendenza che il capitolo 7 ha sviluppato come costitutiva del recupero.

11.7.4 La parrocchia e il centro di quartiere come sede naturale

Una delle forze del modello ambulatoriale è che può dispiegarsi negli spazi che la Chiesa già possiede nel territorio. La parrocchia, la cappella, il centro di quartiere o il Hogar de Cristo possono funzionare come sedi di un dispositivo ambulatoriale che non richiede un'infrastruttura ospedaliera per operare. Ciò che richiede è un'équipe formata, un'organizzazione dei tempi, e la decisione istituzionale di aprire le porte a questa modalità di accompagnamento.

Questo non significa che la parrocchia diventi un centro di salute mentale. Significa che può offrire le componenti comunitarie dell'accompagnamento —gruppi, laboratori, ascolto, attività, spiritualità— articolandosi con i servizi professionali sanitari del territorio per le componenti che superano la sua competenza. Il modello ambulatoriale parrocchiale funziona come un nodo della rete, non come un sostituto dei servizi specializzati.

11.7.5 La relazione tra il modello ambulatoriale e il residenziale

Ambulatoriale e residenziale non sono alternative esclusive ma momenti di un continuo di cura. Una persona può iniziare il suo processo in un accompagnamento ambulatoriale parrocchiale, richiedere in un momento di crisi un breve ricovero in una comunità terapeutica, e tornare al dispositivo ambulatoriale per sostenere il suo processo nel territorio. Un'altra persona può uscire da una comunità terapeutica e trovare nel dispositivo ambulatoriale la rete di contenimento di cui ha bisogno per non restare nel vuoto che questo manuale ha descritto come «l'abisso della libertà».

La sfida della pastorale è costruire questa articolazione perché la persona non resti intrappolata in un solo dispositivo né cada nei vuoti tra i dispositivi. L'etica della cura esige che il transito tra modalità sia accompagnato e che nessun tratto del cammino resti senza rete.

11.7.6 Le sfide del modello ambulatoriale

L'onestà pastorale esige di riconoscere che il modello ambulatoriale affronta difficoltà proprie:

- **L'aderenza:** Non potendo contare sul contenimento fisico di uno spazio residenziale, il rischio di abbandono del processo è maggiore. La chiave per sostenere l'aderenza è la qualità del vincolo: una persona non smette di andare in un luogo dove si sente ricevuta per il proprio nome.
- **La gestione delle crisi:** Il dispositivo ambulatoriale deve avere protocolli chiari per situazioni di crisi —ricaduta, ideazione suicidaria, scompenso psichiatrico— che includano l'articolazione con i servizi di emergenza e la possibilità di invio transitorio a un dispositivo residenziale.
- **La formazione dell'équipe:** L'accompagnamento ambulatoriale esige un'équipe che combini il sapere professionale con il sapere territoriale, così come è stato sviluppato nella sezione sulla gestione della tensione tra i due saperi. Gli accompagnatori pari, i referenti comunitari e i professionisti della salute devono lavorare in un'orizzontalità che rispetti le competenze di ciascuno.
- **Il coordinamento in rete:** Il modello ambulatoriale non può operare in modo isolato. Richiede articolazione con i servizi sanitari, gli organismi di protezione sociale, il sistema educativo e il sistema giudiziario. Questa articolazione è con frequenza l'anello più debole e quello che più sforzo istituzionale richiede.

In sintesi, il trattamento ambulatoriale non è una risorsa di seconda linea per i casi che non raggiungono la gravità di un ricovero. È la modalità che meglio incarna la vocazione territoriale di questa pastorale: accompagnare il fratello dove vive, con chi vive e nella realtà che vive, senza strapparlo dalla sua storia né aspettare che la crisi sia così grave che non resti altra opzione che il ricovero. Se la parrocchia è l'ospedale da campo che Papa Francesco propone, il dispositivo ambulatoriale è la sua sala di assistenza permanente.

11.8 | La Pastorale Nazionale

11.8.1 Il perché di una Pastorale Nazionale

La creazione di una Pastorale Nazionale risponde all'urgenza di riunire le diverse risposte che la Chiesa già offre attraverso progetti, servizi e comunità, superando la dispersione degli sforzi per agire come un corpo organico e sinodale. È imperativo trovare un terreno comune di accordo tra le diverse esperienze locali, unificando criteri, direttive e linguaggi che rafforzino l'identità ecclesiale della rete.

Questa struttura è l'alveo per trasmettere lo sguardo della Chiesa universale e nazionale, integrando il Magistero pontificio sulle dipendenze con gli orientamenti della Conferenza Episcopale davanti alle sfide specifiche del proprio paese. È necessario creare una mistica di cura della vita che riconosca la sacralità di ogni persona e promuova una «pedagogia della cura» di fronte alla cultura dello scarto.

Allo stesso modo, la Pastorale Nazionale agisce come un motore per favorire il sorgere di nuove risposte pastorali, così come la crescita di quelle esistenti, promuovendo la creatività e nuovi progetti nei territori dove la vita è più minacciata. Infine, ha la missione di sviluppare una voce profetica fondata e con fondamenti nella Dottrina Sociale della Chiesa; una voce che denunci con coraggio le strutture di peccato e il narcotraffico, offrendo criteri chiari su temi sensibili come le politiche pubbliche di cura e la sicurezza dei cittadini, sempre dalla difesa della dignità umana.

11.8.2 La mistica che ci anima

La nostra mistica si fonda sulla centralità di Gesù Cristo, che esce incontro nei fratelli spezzati e sofferenti. Ci anima lo spirito del buon samaritano, che spinge la Chiesa a fermarsi, avvicinarsi e curare le ferite di coloro che sono rimasti al bordo del cammino, offrendo una «terapia dell'amore». Questo lavoro si vive dalla pedagogia della cura e della misericordia, riconoscendo in ogni persona scartata il volto sofferente di Cristo. Non si tratta solo di un servizio tecnico, ma di un atto di culto e di comunione mistica che cerca di restituire la speranza e il senso della vita attraverso una spiritualità incarnata nel quotidiano.

11.8.3 La trasversalità del lavoro della Pastorale Nazionale

La Pastorale Nazionale delle Dipendenze non è un compartimento stagno, ma un'azione trasversale di tutta l'azione evangelizzatrice. Offre contributi essenziali a diverse aree:

- **Pastorale Giovanile:** Fornendo strumenti per la prevenzione e l'accompagnamento, in modo particolare nelle periferie esistenziali dove i giovani sono più vulnerabili.
- **Pastorale Familiare:** Rafforzando la famiglia come primo spazio di prevenzione e accompagnamento.
- **Pastorale della Salute:** Integrando l'approccio bio-psico-sociale-spirituale nell'assistenza integrale della persona.

- **Pastorale Sociale e Caritas:** Articolando la lotta contro l'esclusione e la promozione dello sviluppo umano integrale.
- **Catechesi:** Includendo contenuti preventivi che guariscano e promuovano valori per la vita.
- **Altro:**

11.8.4 La voce profetica e l'incidenza nelle politiche pubbliche

Un'équipe focalizzata sul tema ha il compito di studiare, riflettere e offrire contributi alla Conferenza Episcopale per denunciare le strutture di peccato. Questa voce profetica deve segnalare con coraggio e prudenza i problemi del narcotraffico, del crimine organizzato e della corruzione che impongono la legge del più forte nei territori. La Pastorale deve incidere nella sfera pubblica esigendo dalle autorità la vigenza dello Stato di Diritto, l'accesso universale alla salute e politiche di cura che diano priorità alla riabilitazione sulla criminalizzazione. È la voce di coloro la cui voce non viene ascoltata in un sistema che privilegia il lucro sulla vita umana.

Allo stesso modo la pastorale nazionale può, nel caso, essere l'organo delle denunce. Chi è nel territorio, non può denunciare lì, per il rischio che corre la propria vita. La pastorale può predisporre i mezzi per canalizzare quelle denunce negli organismi appropriati, se fosse necessario.

11.8.5 L'Organizzazione

La struttura organizzativa riunisce referenti di diverse diocesi sotto un modello di gestione ecclesiale integrato e sinodale. In questo senso è necessario lo sviluppo delle pastorali diocesane. I referenti territoriali nominati in ogni diocesi possono lavorare in modo articolato con referenti tematici, riunendo nella pastorale diversi sguardi:

- **Scuole e Università:** Come alleati in programmi preventivi e radar precoci di rischio.
- **Parrocchie e Cappelle:** Attraverso équipe di prevenzione locali che ricevono la vita come viene.
- **Ospedali e Centri di Salute:** Integrando fede e scienza in équipe interdisciplinari.

- **Dispositivi di trattamento:** Come le comunità terapeutiche, gruppi di auto-aiuto, o Hogares de Cristo, che offrono accompagnamento e/o spazi di accoglienza immediata.

Si assicura una composizione mista di vescovi, chierici, religiose/i e laiche/i esperti per garantire tanto l'identità ecclesiale quanto la competenza tecnica.

11.8.6 Quadro Metodologico (Riconoscere, Interpretare, Scegliere)

Seguendo il paradigma del Cammino di Emmaus, la metodologia è processuale e comunitaria:

- **Riconoscere (L'Ascolto):** Implica essere presenti nelle transizioni vitali delle persone, ascoltando le loro ferite senza giudizi in centri di ascolto e dispositivi a bassa soglia.
- **Interpretare (L'Annuncio e la Formazione):** Offrire una chiave di lettura dal Vangelo che dia senso all'esistenza, illuminando la realtà con la Parola di Dio e il Magistero.
- **Scegliere (L'Invio e la Missione):** Trasformare la persona recuperata in un testimone audace, riconoscendo specialmente il carisma degli accompagnatori pari che camminano corpo a corpo con gli altri.

11.8.7 Azioni concrete che può sviluppare la pastorale

Perché la Pastorale Nazionale non sia solo una dichiarazione di principi, ma una realtà effettiva, si propongono le seguenti linee di azione prioritarie:

- **Formazione Integrale e Permanente:** Stabilire un piano nazionale di formazione tecnica e spirituale per vescovi, sacerdoti e agenti pastorali.
- **Rete di Équipe Locali:** Promuovere che in ogni diocesi esista una pastorale diocesana che funzioni come un dinamizzatore locale della pastorale.
- **Mappatura delle risposte:** tanto ecclesiali quanto quelle offerte dagli Stati e dalle organizzazioni della società civile.
- **Dispositivi di Accompagnamento:** Dare priorità alla creazione di **Centri di Ascolto** e dispositivi a bassa soglia dove si riceva la vita come

viene, offrendo un'accoglienza immediata e misericordiosa senza requisiti previi.

- **Accompagnatori Pari:** Formalizzare e riconoscere all'interno della struttura pastorale il carisma degli **accompagnatori pari**, integrando persone recuperate affinché camminino corpo a corpo con coloro che iniziano il loro processo di liberazione.
- **Incontri:** Organizzare e promuovere incontri di riflessione, trasmissione di esperienze e sguardi. Questi rafforzano il senso di appartenenza e di corpo di fronte alla missione.
- **Produzione di Materiali:** Elaborare materiali di prevenzione, formazione e informazione (grafici e audiovisivi) adattati alla cultura locale, per essere integrati in modo trasversale nella catechesi e nella pastorale ordinaria.
- **Comunicazione e presenza pubblica:** Sviluppare una strategia di comunicazione che permetta alla pastorale di occupare spazio nei media di massa e nei social network, offrendo una narrativa umanizzante sulle dipendenze che contenda il racconto di criminalizzazione e stigma. Include portavoce formati, materiali audiovisivi e legami con giornalisti impegnati nei diritti umani.
- **Ambienti Sicuri:** Implementare in modo irrinunciabile **protocolli di protezione dei minori** e codici di condotta per tutti gli agenti pastorali, assicurando che ogni spazio ecclesiale sia un ambiente sano, trasparente e libero da abusi.
- **Incidenza e Monitoraggio:** Organizzare una base dati nazionale e un centro di studi e documentazione che permetta di seguire l'evoluzione della problematica nel paese, offrendo contributi fondati per la voce profetica della Conferenza Episcopale e il dialogo con lo Stato.
- **Alleanze Istituzionali:** Stabilire protocolli di collegamento permanente con il Sistema Sanitario Nazionale nei casi in cui sia possibile, organismi internazionali (come CICAD/OEA) e altre reti regionali per assicurare una risposta integrata e professionale.

11.8.8 Sintesi operativa

Per la sua operatività, la Pastorale Nazionale si definisce come un organismo di servizio della Conferenza Episcopale con le seguenti priorità:

1. **Identità:** Definizione chiara come rete di accompagnamento e prevenzione sotto la tutela della PLAPA/CELAM e organismi nazionali.
2. **Piano di Formazione:** Creazione di scuole nazionali di formazione tecnica e spirituale per agenti pastorali.
3. **Protocolli di Cura:** Implementazione rigorosa di codici di condotta e protezione dei minori per garantire ambienti sicuri.
4. **Relazioni Istituzionali:** Collegamento permanente con il Sistema Sanitario Nazionale, organismi internazionali (come CICAD/OEA) e reti regionali di pastorale.

11.9 | La Pastorale Latinoamericana di Accompagnamento e Prevenzione delle Dipendenze PLAPA

Condividiamo di seguito il documento di unità che ha dato origine alla Pastorale Latinoamericana di Accompagnamento e Prevenzione delle Dipendenze (PLAPA). In esso appaiono tutte le espressioni di desiderio che inondano la nostra rete, così come i posizionamenti che hanno dato alla luce questo manuale.

Dichiarazione nel quadro dell'Incontro continentale
Verso una Pastorale Latinoamericana delle Dipendenze

Documento di Unità

Convocati dal Consiglio Episcopale Latinoamericano (CELAM), condividendo in spirito sinodale, ci siamo riuniti virtualmente il 15, 16 e 17 febbraio 2023, rappresentanti di diversi progetti pastorali, servizi e comunità ecclesiali dedicate a dare risposta alla sofferenza delle dipendenze, provenienti da 13 paesi della nostra America per riflettere e analizzare l'opportunità di dare vita a una Pastorale delle Dipendenze Latinoamericana.

Sappiamo che le dipendenze sono un problema multicausale e complesso. E che nella lotta per accompagnare la sofferenza dei nostri fratelli abbiamo percorso cammini comuni che ci rendono fratelli nell'abbraccio e nella speranza. Allo stesso tempo, impariamo gli uni dagli altri le buone pratiche. Per questo...

Diciamo SÌ a:

- La dignità della persona, inalienabile dignità di figlia di Dio nella quale non importa come stiamo o cosa abbiamo fatto, vale sempre la pena, c'è sempre speranza. La persona in consumo è considerata sempre soggetto di diritti.

- Che il soggetto della pastorale delle dipendenze è quella persona spezzata e scartata dalla società, che anela una liberazione e ha bisogno di cambiare la dipendenza con l'autonomia, che ha perso il senso della vita, è rimasta con la propria autostima ferita, con un grande dolore che la attraversa.

- Che la nostra pastorale comprende l'essere umano integralmente, come un soggetto bio-psico-sociale-spirituale.

- Che sono anche soggetti di questa Pastorale la famiglia, la comunità.

- L'importanza degli accompagnatori pari: come costruzione di fratello/sorella per la persona in consumo. Sono coloro che avendo attraversato un processo di recupero dalle proprie dipendenze sono in condizione di accompagnare corpo a corpo coloro che appena iniziano il loro processo.

- Nuove forme di vincolarsi, ponendo l'accento su un progetto di vita integrale.

Riconosciamo che:

- È necessario sottolineare il danno che genera il consumo nella persona, nella famiglia, nella società.

- Ci focalizziamo sulla riparazione, il reinserimento e la ricostruzione della persona.

- C'è una naturalizzazione di alcuni consumi, come l'alcol, tra gli altri.

- Dobbiamo dare maggiore importanza al lavoro preventivo ponendo l'enfasi sui valori della vita.

- Ci preoccupa la facilità di accesso alle sostanze, droghe sintetiche, psicofarmaci e la liberalizzazione del loro uso negli spazi pubblici.

Condividiamo che:

- È importante comprendere il contesto socioculturale ed economico dei nostri paesi. Viviamo in una società dei consumi attraversata dalla violenza estrema, dalla povertà che spinge alla situazione di strada, al sicariato, alla tratta di persone, alla prostituzione e a tante altre realtà che violano la vita piena.
- Esiste un'alta relazione tra consumo, delinquenza e carcere; il narcospaccio che sovrappone i ruoli di consumatore e venditore a partire dalle stesse vittime che lo assumono come sostentamento di vita.
- Le dipendenze non sono esclusive di una classe sociale. Tutte le classi sociali sono colpite trasversalmente dal consumo in qualcuna delle sue forme. A diverse realtà sociali e di età, diversità di approcci.
- Molte volte escludiamo la persona quando la sua dipendenza diventa conflittuale e violenta.
- I vincoli familiari e sociali sono importanti nella consolidazione di reti interdisciplinari di contenimento.
- La famiglia è chiave: può essere fornitrice o meno di strumenti per elaborare le emozioni, fondamentali per i processi di recupero, ma può anche favorire il consumo, sviluppare codipendenze, e persino essere ostacolo nei processi di recupero.
- È importante analizzare gli aspetti positivi, le opportunità e le risorse che la realtà ci offre per affrontare questa sfida. In questo senso comprendiamo che è necessario leggere i segni dei tempi, e che se il problema delle dipendenze è proprio di questo tempo, rispondendo con fede stiamo seguendo le orme di Gesù e costruendo la Chiesa come Lui ci va indicando.
- I mezzi di comunicazione sono anche importanti al momento di pianificare azioni preventive di sensibilizzazione.
- Il grande contributo della Chiesa comincia nella cura, nell'accompagnamento e quando si apre a tutta la comunità.
- L'approccio sistemico e integrale implica la famiglia, il quartiere, la comunità, la Chiesa, vissuti dalla pedagogia della cura e del rispetto dei diritti umani.
- In molti dei nostri paesi si evidenzia una presenza debole dello Stato quanto a politiche pubbliche e vuoti legali.

Riteniamo necessario che:

- La Chiesa assuma un maggiore impegno e presenza; e delle reti che essa possiede si ottenga un maggiore sfruttamento del loro potenziale.
- I nostri Vescovi e Sacerdoti abbiano un maggiore impegno e partecipazione in questo tema. Per questo riteniamo necessario sviluppare una formazione specifica tanto per loro quanto per i nostri agenti pastorali.
- Si sfruttino gli spazi per bambini e giovani, come la catechesi, i gruppi giovanili e la ricchezza dei movimenti ecclesiali che sono molto adeguati per la prevenzione e la sensibilizzazione sulla problematica.
- Si condividano buone pratiche tra i diversi credi, movimenti sociali e ONG.
- Si abbiano come alleati scuole e università in programmi preventivi.
- Si sfruttino la cultura virtuale e i social network.
- Si affronti con coraggio la cultura permissiva e romantica del consumo specialmente nell'ambiente familiare.

Vogliamo:

- Vedere Cristo in ciascuno che è spezzato, scoprire il volto sofferente di Cristo nell'Altro.
- Portare speranza, misericordia, solidarietà, amore e guarigione dalla spiritualità cristiana, seguendo la testimonianza del buon samaritano.
- Essere famiglia che aiuti nel cammino di guarigione reciproca.
- Superare la sfida della solitudine delle équipe che accompagnano con una maggiore comunione nella diversità.
- Animarci nella speranza della costruzione di un mondo nuovo.
- Riconoscere la ricchezza dei carismi che ci permettono di ampliare le opportunità.
- Équipe interdisciplinari, dove fede e scienza lavorino insieme.
- La formazione permanente per un migliore accompagnamento.

Che le nostre parole:

- Valorizzino, includano tenerezza, compassione e amore verso tutte le persone.
- Permettano che emerga il soggetto persona e non la condizione di dipendente.
- Condividano nei nostri ambienti un linguaggio religioso e teorico-tecnico, dignificante, stimolante, propositivo, includente, ispiratore, coerente, comprensibile per tutti.
- Conoscano il linguaggio delle persone consumatrici.
- Si spoglino di ogni pregiudizio e ricevano la vita come viene.
- Generino discepoli missionari vincolati in comunità ecclesiali.

In Nostra Madre di Guadalupe, che riceve Cristo per darlo al mondo che è la sua più grande speranza, poniamo i sogni condivisi e, stando insieme a Lei ai piedi dei crocifissi da questa realtà, continuiamo a confidare nel potere trasformatore dell'amore che tutto può.

17 febbraio 2023

Capitolo 12

Esperienze concrete

Questa seconda parte presenta esperienze istituzionali con identità propria, traiettoria verificabile e possibilità di articolazione in rete. Ogni esperienza include una scheda di riferimento per facilitare il contatto e la collaborazione.

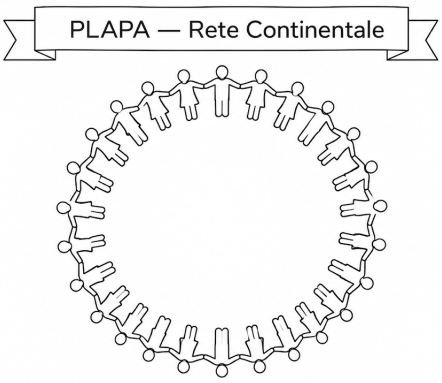


Figura 12.1: Rete di esperienze concrete della PLAPA

12.1 | Catechesi Preventiva

Paese: Uruguay
Descrizione: Incorporazione di elementi preventivi nei programmi di catechesi
Contatto: `pastoraldeadicciones@caritasuruguaya.org.uy`

Nella sezione di Proposte pastorali per ambito (11.1.12), all'interno dell'Ambito parrocchiale, abbiamo sviluppato la proposta di un approccio preventivo dalla catechesi. Caritas Uruguaya sta implementando a livello nazionale questa proposta e può essere motivo di ispirazione per altri paesi. Qui lasciamo il suo contatto.

12.2 | La Pastorale della Sobrietà

> **Paese:** Brasile
> **Descrizione:** Rete pastorale che raggruppa gruppi di auto-aiuto, preghiera e sostegno in tutto il paese
> **Contatto:** `cnbb3@sobriedade.org.br`

La Pastorale della Sobrietà nasce come una risposta concreta della Chiesa in Brasile (CNBB) alla sfida lanciata dal Papa San Giovanni Paolo II di combattere il flagello delle dipendenze. La sua missione è evangelizzare attraverso l'annuncio di Gesù Cristo Liberatore, promuovendo la dignità della persona e della famiglia mediante il servizio, il dialogo e la testimonianza, facendo degli esclusi i suoi prediletti. Di fronte a una cultura che mercifica lo scarto, questa pastorale risponde alla chiamata biblica di Deuteronomio 30, 19, trasformando la ricerca della sobrietà in un'opzione radicale per scegliere la vita.

Dt 30, 19 — *Pongo oggi davanti a te la vita e la morte, la benedizione e la maledizione. Scegli la vita*

12.2.1 Identità: Il Gruppo di Auto-aiuto (GAA)

L'identità di questa pastorale risiede nella vivenza dei 12 Passi del Programma di Vita Nuova all'interno del Gruppo di Auto-aiuto, uno spazio guidato dal motto istituzionale: «Sobrietà e pace, solo per oggi grazie a Dio». Il lavoro del gruppo comprende:

- **Dipendenze da sostanze lecite e illecite:** alcol, tabacco e altre droghe.
- **Comportamenti:** menzogna, ostinazione, rifiuto, manie, egoismo, mancanza di perdono, di accettazione, tra altri.
- **Disturbi di salute mentale:** ansia, depressione, fobie, attacchi di panico, tra altri.
- **Compulsioni:** gioco d'azzardo, scommesse online, acquisti, tecnologie, codipendenza emotiva, tra altri.

La forza del gruppo costituisce una risorsa efficace per ripristinare l'equilibrio emotivo, spirituale, sociale e comunitario attraverso l'aiuto reciproco e un modello sistemico e comportamentale che coinvolge tutta la famiglia.

12.2.2 Il Programma «Nuova Vita»: I 12 Passi

Questa metodologia si basa sui 12 passi: ammettere, confidare, consegnare, pentirsi, confessare, rinascere, riparare, professare la fede, pregare e vigilare, servire, celebrare e festeggiare.

Il programma non si limita solo a bloccare l'uso di sostanze, ma propone la riscoperta della dignità e del vero senso della vita, favorendo la terapia dell'amore incondizionato e il sostegno reciproco. È un processo graduale che richiede perseveranza nella ricerca della sobrietà e nella conversione di vita alla luce del Vangelo. Così, offre un cammino di speranza e trasformazione per chi desidera liberarsi dalle catene della sofferenza e vivere pienamente in tutte le sue dimensioni.

12.2.3 Dinamica dell'Incontro Pastorale

La Pastorale della Sobrietà si differenzia da altri gruppi civili per il suo carattere esplicitamente evangelizzatore. Le sue riunioni settimanali seguono una struttura di accoglienza e preghiera dove si proclama con fede: «Pietà Redentrice di Cristo: donaci la sobrietà». Il nucleo dell'incontro è il Gruppo di Auto-aiuto con le seguenti caratteristiche:

- **Carattere aperto e inclusivo:** Qualsiasi persona può partecipare. Non si limita alle tossicodipendenze, ma amplia il suo raggio d'azione a diversi tipi di dipendenze, compulsioni, peccati e sofferenze.
- **Separazione per vincoli affettivi:** Non si dividono i partecipanti per la loro condizione o sostanza, ma si separano i membri di una stessa famiglia o persone con legami affettivi stretti. L'obiettivo è evitare confronti, giudizi o inibizioni reciproche durante l'incontro.
- **Ascolto rispettoso:** Si garantisce uno spazio sicuro dove si può parlare senza essere giudicati. È rigorosamente vietato dare consigli, emettere opinioni o interrompere chi condivide la propria testimonianza.
- **Riservatezza:** Il segreto e il sigillo assoluto su quanto condiviso nella riunione è la base della fiducia del gruppo.

- **Terapia dell'Amore e del Perdono:** Aprendo il cuore e ascoltando l'altro, i partecipanti diventano sensibili al dolore altrui, stimolando un cambiamento nella condotta personale.

12.2.4 Fronti d'Azione

La pastorale articola il suo servizio in cinque fronti strategici all'interno della società:

1. **Prevenzione:** Educazione e sensibilizzazione familiare e sociale per evitare l'inizio delle dipendenze.
2. **Intervento:** Accoglienza immediata e orientamento nei momenti di crisi.
3. **Recupero:** Il cammino dei 12 passi e integrazione nella vita comunitaria.
4. **Reinserimento:** Sostegno per il ritorno alla vita familiare, lavorativa e civile.
5. **Azione Politica:** Partecipazione e interlocuzione presso i segretariati delle politiche sulle droghe e prevenzione delle dipendenze per esigere e contribuire a proporre politiche pubbliche che rispettino la dignità umana.

12.2.5 L'Agente di Sobrietà

Non è un tecnico o terapeuta clinico, è un portatore di speranza. La sua missione è esprimere, con umiltà, l'amore gratuito del Padre, servendo gratuitamente sull'esempio di Maria, nostra madre e madre di tutti, facendo degli esclusi i prediletti attraverso la Pastorale della Sobrietà e, come afferma il Papa Francesco, cerca di combattere quella «prigione invisibile» delle dipendenze con gli strumenti della fede, la parola condivisa e la vita in comunità.

12.3 | Gli Hogares de Cristo (Centri di Quartiere)

> **Paese:** Argentina
> **Descrizione:** Centri di Quartiere nelle parrocchie
> **Contatto:** `maxfehrmann@hogardecristo.org.ar`

Una risposta comunitaria e profetica dai quartieri popolari

La Familia Grande Hogar de Cristo non nasce da una pianificazione tecnica, ma da un gesto profondamente evangelico: la lavanda dei piedi. Nel Giovedì Santo del 2008, l'allora Cardinale Jorge Mario Bergoglio ripeté il gesto di Gesù con giovani che stavano lottando per uscire dal consumo. Lì propose la mistica che oggi orienta centinaia di centri di quartiere: *Ricevere la vita come viene e accompagnarla corpo a corpo*.

Questo gesto fondazionale, oggi proiettato globalmente dal Papa Francesco, è una presa di posizione ecclesiale: di fronte alla tentazione di lavarsi le mani davanti al dolore degli esclusi, la Chiesa sceglie il luogo del servizio. Lì dove il mondo scarta, gli Hogares de Cristo rivelano che l'amore diventa presenza e che la Chiesa assume la responsabilità condivisa di non abbandonare nessuno lungo il cammino.

Pilastri dell'Identità Pastorale

La risposta degli Hogares de Cristo si basa su una spiritualità incarnata che si regge su tre pilastri:

- **Vicinanza:** È la decisione di lasciarsi toccare dal dolore del fratello. Implica mettere al centro chi la società rende invisibile, permettendo che la sua realtà attraversi la propria vita.
- **Presenza:** La vicinanza fatta quotidianità. È lo stare che dà certezza a chi ha vissuto l'orfanità e l'abbandono: *posso contare su di voi, non vi cancellerete*.
- **Vincolo:** Dalla presenza nasce il vincolo e il riconoscimento del nome. Per gli Hogares de Cristo, il passaggio dallo stigma al nome proprio – dall'essere un anonimo della strada all'essere un figlio della comunità – è l'inizio di ogni guarigione.

La Comunità come Territorio di Guarigione: Mensa, Casa e Famiglia

Nella convinzione che nessuno si salva da solo, la Familia Grande Hogar de Cristo (FGHC) comprende che il consumo è spesso il sintomo di solitudini prolungate. Per questo, il cammino non è solo l'astinenza, ma la ricostruzione dell'appartenenza.

- **La Mensa:** Non si tratta solo di assistere con il cibo, ma di far sedere il fratello a tavola, integrandolo come un uguale.

- **La Casa:** I centri di quartiere sono focolari. Nella vita condivisa – mangiare, lavorare, pregare e celebrare insieme – si ricostruisce la dignità umana.
- **La Famiglia:** L'approccio è integrale. Salute, documentazione, educazione e fede formano un unico processo che accompagna la persona nella sua totalità.

Un'Epistemologia dell'Apprendimento

La FGHC propone di entrare nel territorio come discepoli. È una pastorale che impara a dire «non so» e si lascia interpellare dalla vita dell'altro. In questo orizzonte, la ricaduta non si legge come un fallimento morale, ma come una parte del cammino che esige più vicinanza. La porta rimane sempre aperta perché il criterio non è l'efficacia, ma la fedeltà dell'amore.

Dimensione Profetica

Infine, la FGHC interpella le strutture. Lì dove il mercato della droga offre un'appartenenza falsa, la Chiesa propone una comunità che si prende cura. È un cammino che testimonia che la vita può rinascere quando è accolta e amata, celebrando ogni piccolo germoglio di vita come un seme di risurrezione.

12.3.1 La Cooperativa: Il pane nostro di ogni giorno

> **Paese:** Argentina
> **Descrizione:** Cooperativa di elaborazione di alimenti di persone in recupero
> **Contatto:** `pannuestrolamatanza@gmail.com`

Il Pane Nostro di Ogni Giorno è una cooperativa di lavoro nata nel cammino pastorale dell'Hogar de Cristo della Parrocchia San José, a La Matanza. Non è iniziata come un'impresa né come un progetto elaborato a tavolino. È nata da un bisogno concreto che appariva tutti i giorni nell'accompagnamento dei centri di quartiere: molti ragazzi e ragazze riuscivano a uscire dalla strada, iniziare un processo di recupero, tornare a una casa o a una comunità, ma continuavano a essere privi di una possibilità reale di lavoro.

All'inizio l'urgenza era stata un'altra. La comunità usciva a cercare le persone che si trovavano in situazione di strada. La prima cosa fu avvicinare cibo caldo, aprire un luogo dove potessero riposare, ascoltare, accompagnare. Poi vennero

gli spazi più stabili dell'Hogar de Cristo, le case, i centri di quartiere, le équipe di accompagnamento. Ma in quel cammino apparve una domanda che non si poteva eludere: come prosegue la vita di una persona che inizia a recuperarsi se non ha lavoro, routine né un luogo dove sentirsi necessaria? Da quella domanda nacque Il Pane Nostro di Ogni Giorno.

La prima forma fu semplice: un locale di ristorazione nel Polideportivo San José, a La Matanza, dove iniziarono a lavorare giovani dell'Hogar de Cristo che erano in recupero. Nel 2022, lavoravano già più di 50 persone, con la possibilità di progettare la propria vita, svilupparsi professionalmente e reinserirsi socialmente.

Con il tempo, l'esperienza crebbe. Quello che era iniziato come un locale di ristorazione si stava trasformando in una cooperativa con diversi compiti e spazi di lavoro. Oggi Il Pane Nostro di Ogni Giorno combina produzione, cucina, servizio al pubblico, panificazione, distribuzione, logistica, acquisti, pulizia, manutenzione e organizzazione quotidiana. Nel 2025 è una Cooperativa di Lavoro che dà occupazione a più di 250 persone a La Matanza, rafforzata in alleanza con la Familia Grande Hogar de Cristo.

La cooperativa non funziona in un solo luogo né svolge un solo compito. A La Matanza si riconoscono diversi spazi legati all'esperienza: il Santuario Virgen del Milagro de Caacupé, il Locale di Ristorazione —dove si serve quotidianamente al pubblico— e la Panificatrice Colonia Mi Esperanza, dove si elaborano prodotti. Questa diversità aiuta a comprendere meglio la dimensione dell'esperienza: non si tratta solamente di "fare il pane", ma di costruire una rete di lavoro comunitario attorno alla vita quotidiana del quartiere.

Nella panificatrice si elaborano prodotti per vendere e distribuire. Nel locale di ristorazione si cucina e si serve il pubblico. Altri compagni si occupano di acquisti, amministrazione delle forniture, distribuzione, ricezione degli ordini, pulizia, manutenzione degli spazi e organizzazione dei turni. Alcuni hanno più esperienza e insegnano a chi è appena arrivato. Altri stanno muovendo i primi passi e hanno bisogno di imparare dalle cose più basilari: arrivare in orario, mantenere un compito, prendersi cura di un attrezzo, lavorare con gli altri, avvisare quando non possono andare, riscuotere per il proprio lavoro e amministrare un po' di denaro.

Questa è una delle chiavi dell'esperienza. Il Pane Nostro di Ogni Giorno non è solamente un'impresa produttiva. È parte del processo di recupero comunitario dell'Hogar de Cristo. Per questo non si organizza unicamente attorno all'efficienza o alla produttività. Lì lavorano persone che provengono da situazioni molto difficili: consumo problematico, strada, carcere, violenza,

abbandono, anni di esclusione. Alcuni continuano ad essere legati a case conviviali, centri di quartiere o spazi di accompagnamento. Altri hanno già più percorso e aiutano a sostenere i nuovi.

La cooperativa funziona come un luogo di lavoro, ma anche come una scuola di vita quotidiana. Si impara un mestiere, ma si recuperano anche abitudini. Si produce cibo, ma si ricostruiscono anche vincoli. Si lavora per vendere, ma anche perché ogni compagno torni a sentirsi parte di qualcosa.

Molte comunità hanno laboratori, guardaroba, fiere, corsi o piccole produzioni solidali. Tutto ciò ha molto valore. Ma ne Il Pane Nostro di Ogni Giorno il lavoro non appare come un'attività parallela alla pastorale né come un aiuto per sostenere un'opera. Il lavoro è inserito dentro il cammino di recupero. È uno strumento concreto perché una persona possa tornare a ordinare la propria giornata, recuperare fiducia, assumere responsabilità e sentirsi necessaria per gli altri.

L'esperienza mostra anche che l'inclusione lavorativa non si raggiunge solamente procurando macchinari o forniture. Serve una comunità che accompagni. Per questo, insieme all'equipaggiamento e alla formazione, sono fondamentali la presenza quotidiana, l'ascolto, la pazienza, l'organizzazione e la capacità di ricominciare quando qualcosa non va bene.

Come in ogni esperienza reale, non tutto è ordinato né facile. Ci sono giorni in cui mancano le vendite, si rompe una macchina, qualcuno non arriva, sorgono conflitti o un compagno ricade. Ma la logica non è scartare chi non ce la fa. La logica è comunitaria: parlare, sostenere, riordinare, riprovare. Questa pazienza è parte del metodo.

Per una parrocchia che voglia iniziare qualcosa di simile, l'insegnamento principale è che non serve iniziare in grande. Il Pane Nostro di Ogni Giorno è iniziato da un bisogno concreto ed è cresciuto passo dopo passo. Prima una comunità che esce a cercare, ascolta e accompagna. Poi un compito possibile: cucinare, impastare, vendere, distribuire. Poi un'organizzazione più stabile. Più avanti, formazione, equipaggiamento, articolazioni e nuove unità produttive.

La cosa decisiva non è copiare esattamente un panificio o un locale di ristorazione. La cosa decisiva è comprendere il metodo: che il lavoro sia parte dell'accompagnamento, che i protagonisti siano gli stessi compagni, che la comunità sostenga il processo e che la produzione sia al servizio della ricostruzione delle vite.

Nell'Hogar de Cristo si suole dire che nessuno si recupera da solo. Il Pane Nostro di Ogni Giorno mostra una forma concreta di rendere vera quella frase:

una mensa, una cucina, un panificio, una distribuzione, un turno di lavoro, una comunità che si fida e molti compagni che, mentre producono il pane di ogni giorno, ritrovano un posto nella vita.

12.3.2 La Cooperativa di Accompagnatori AUPA

> **Paese:** Argentina
> **Descrizione:** Cooperativa di accompagnatori nei processi di recupero e integrazione
> **Contatto:** `cooperativaaupa@hogardecristo.org.ar`

La Cooperativa di Lavoro di Accompagnatori di Utenti di Paco Limitata (AUPA), nata nel 2011 nella Villa 21-24 e nel NHT Zavaleta (CABA), costituisce un modello di inclusione sociale per via lavorativa che sfida gli schemi convenzionali di assistenza. Iscritta presso l'INAES (Matricola 48.298) nel settembre 2013, opera sotto l'orbita della Federación Familia Grande Hogar de Cristo e si articola in forma diretta con la Parrocchia Nuestra Señora de Caacupé. La proposta dimostra che la cura delle persone più vulnerabili è indissociabile dall'organizzazione collettiva e dalla dignificazione di coloro che si prendono cura.

Popolazione Obiettivo: Persone consumatrici di pasta base di cocaina nella Città di Buenos Aires e nel conurbano bonaerense, accompagnate dal loro primo grido di aiuto fino alla loro inclusione sociale effettiva.

Pilastri della Proposta Cooperativa:

- *Il lavoro come vincolo:* Gli accompagnatori non eseguono un protocollo freddo; abitano il territorio e sostengono una presenza quotidiana, trasformando il lavoro cooperativo nella stessa modalità terapeutica.

- *Inclusione reciproca:* Molti associati sono persone recuperate nei Centri di Quartiere dell'Hogar de Cristo; la cooperativa dignifica la loro traiettoria di vita trasformandoli in lavoratori della cura degli altri.

- *Formazione autogestita:* La partecipazione orizzontale nelle assemblee e la presa di decisioni collettive rafforzano le capacità umane e la corresponsabilità comunitaria al di là del mestiere lavorativo.

Sintesi del Modello

L'esperienza di AUPA offre una risposta replicabile per l'America Latina di fronte al fallimento dei servizi sociali tradizionali. Dimostra che quando le istituzioni formali non raggiungono le periferie, la comunità organizzata può costituirsi come soggetto collettivo di cura. La forma cooperativa fornisce il quadro giuridico e istituzionale necessario per garantire diritti lavorativi, responsabilità condivise e sostenibilità nel tempo, trasformando il dolore in lavoro dignitoso e organizzazione comunitaria.

12.3.3 Proposta delle 3 T: Terra, Tetto e Lavoro (Quartiere Comunitario)

> **Paese:** Argentina
> **Descrizione:** Comunità dove vivono e lavorano persone in recupero
> **Contatto:** `3tmarcospaz@gmail.com`

Ispirata alla chiamata del Papa Francesco a organizzarsi attorno ai Diritti Sacri di ogni essere umano, la proposta delle 3 T (*Terra, Tetto e Lavoro*) costituisce una risposta strutturale e a lungo termine di fronte alla povertà e all'esclusione sociale. Partendo dall'abbraccio primario nel territorio (strada, cibo, igiene) sviluppato nei Centri di Quartiere dell'**Hogar de Cristo**, questo modello avanza verso il consolidamento di un **Quartiere Comunitario** in zone rurali. Questo dispositivo propone un processo inverso di migrazione (dalla città alla campagna) per famiglie che cercano un cambiamento radicale di vita, lontane dalla violenza e dal consumo delle baraccopoli.

I Tre Assi Sacri dello Sviluppo Umano

L'organizzazione del Quartiere Comunitario si struttura direttamente sui tre pilastri delle 3 T:

- **Lavoro (Dignità e Cooperativismo):** Funziona come un processo di ricostruzione della cultura del lavoro per chi è escluso dal sistema lavorativo formale. Secondo una logica cooperativa, assembleare e di discernimento comunitario, gli sforzi si orientano principalmente alla **produzione agroecologica di alimenti** (carne, latte, uova, verdure, miele) per combattere la fame e la disuguaglianza nutrizionale. Include inoltre economie della cura ambientale come il riciclaggio, la produzione di saponi e l'elaborazione di conserve.

- **Tetto (Abitazione e Stabilità dei Vincoli):** L'accesso al tetto proprio si divide in due tappe chiave durante un processo stimato di due anni: una prima fase di alloggio transitorio in spazi comunitari per interiorizzare gli accordi del quartiere, e una seconda fase di accompagnamento nell'autocostruzione. Quest'ultima si finanzia mediante un sistema di **microcrediti** che attiva la manodopera locale. L'abitazione propria impatta in forma diretta sulla riduzione delle violenze (intrafamiliare e di genere) e in questo modo stabilizza le traiettorie scolastiche, terapeutiche e i progetti di vita.

- **Terra (Laudato Si e Cura della Casa Comune):** Di fronte alle realtà di esclusione nei quartieri che confinano con discariche, la vita nella natura si assume come uno spazio di guarigione profonda e connessione spirituale. Si implementa un'educazione ambientale continua e pratica: sistemi di scarico sostenibili, gestione agroecologica dei parassiti e riciclaggio integrale. I referenti più anziani assumono il ruolo di guidare i nuovi arrivati nelle pratiche di cura dell'ambiente.

Comunità Organizzata e Approccio alla Complessità

Il sostegno dell'autonomia nel quartiere non avviene in modo isolato, ma attraverso una rete di legami e contenimenti comunitari e istituzionali preparati ad assorbire l'alta complessità:

- **Équipe Terapeutiche Integrate:** Professionisti della salute e referenti di quartiere coesistono e lavorano in modo articolato nel territorio, garantendo spazi di ascolto individuale quotidiano, assemblee conviviali e approcci pedagogici.

- **Gestione delle Crisi e Salute Mentale:** La comunità dispone di dispositivi specifici per accompagnare le ricadute nel consumo, le crisi gravi di salute mentale e l'articolazione di persone con cause penali o conflitti con la legge, evitando l'esclusione punitiva.

- **Crescita e Contesto Comunitario:** La risoluzione dei conflitti si gestisce mediante accordi collettivi espliciti, promuovendo spazi condivisi per lo sviluppo dell'infanzia e dell'adolescenza in un ambiente libero dalla violenza.

Sintesi del Modello

La Comunità delle 3 T si consolida come un faro di speranza e radicamento di giustizia sociale. Fondendo la mistica della comunità organizzata con il sapere professionale, trasforma le storie di scarto e oscurità in testimonianze di guarigione, dimostrando che la restituzione dei diritti sacri alla Terra, al Tetto e al Lavoro è il cammino definitivo verso la dignità umana.

12.3.4 Casa Masantonio: Salute Comunitaria in Estrema Vulnerabilità

> **Paese:** Argentina
> **Descrizione:** Ospedale per persone consumatrici di pasta base, vita di strada e malattie infettive (HIV, TBC, ecc.)
> **Contatto:** `casamasantonio@gmail.com`

La Casa Masantonio (con più di 10 anni di traiettoria) è un dispositivo di accompagnamento territoriale focalizzato sulla salute pubblica e di base comunitaria. Appartiene alla Cooperativa di Accompagnatori di Utenti di Paco (AUPA) all'interno della Federación Familia Grande Hogar de Cristo, e si trova intimamente legata alla pastorale della Parrocchia Virgen de Caacupé (Villa 21-24 e Zabaleta, CABA, Argentina). Nasce come un dispositivo emancipatore e di resistenza di fronte alla disumanizzazione e alla crudeltà organizzata che emargina i più scartati dalla società.

Giustificazione: La Frattura del Sistema Sanitario Formale

Il maggior carico di malattia nelle persone in estrema vulnerabilità sociale e consumo problematico di pasta base di cocaina («paco») corrisponde a patologie prevenibili e trattabili (Tubercolosi, HIV in stadi avanzati, polmoniti acute e infezioni respiratorie). Quando si presenta una malattia grave, la finestra di opportunità per salvare la vita è biologicamente rigorosa e non risponde ai tempi soggettivi del trattamento delle dipendenze; è una corsa contro il tempo.

Il sistema sanitario formale frammenta la persona e presuppone erroneamente che il paziente abbia risolti i determinanti sociali basilari (alimentazione, tetto, capacità economica per acquisire farmaci, trasporto e stabilità psichica per sostenere un appuntamento medico). In mancanza di una **rete di cure continue**, gli approcci ospedalieri tradizionali falliscono sistematicamente,

spingendo gli utenti all'interruzione dei trattamenti e a morti estremamente premature.

Metodologia di Accompagnamento «Corpo a Corpo»

Di fronte all'assistenza clinica puntuale e isolata, Casa Masantonio interpone una clinica della vulnerabilità situata che opera secondo i seguenti assi metodologici:

- **Accompagnatori Pari:** La strategia è sostenuta da referenti territoriali e pari che hanno attraversato realtà simili. Questo elimina l'asimmetria del potere medico tradizionale, costruendo un ponte di fiducia indispensabile per l'aderenza terapeutica.
- **Rete di Cure Integrali:** La somministrazione del trattamento farmacologico si inserisce all'interno della copertura dei bisogni umani più basilari. Curare la malattia esige, simultaneamente, garantire un piatto di cibo, riparo, una doccia dignitosa, spazi di riposo sicuri e accompagnamento affettivo.
- **Gestione della Complessità Medica nel Territorio:** Articolazione diretta con lo Stato e gli effettori ospedalieri per la facilitazione di appuntamenti, monitoraggio clinico, fornitura di schemi di medicazione complessa (come il Trattamento Direttamente Osservato a Breve Termine - DOTS per la Tubercolosi) e accompagnamento durante i ricoveri.

Evidenza Scientifica di Efficacia e Successo Terapeutico

Il modello di Casa Masantonio ha cessato di essere solo un'«esperienza pastorale innovativa» per consolidarsi come una tecnologia sociale di salute pubblica validata a livello internazionale. Uno studio di coorte retrospettivo (periodo 2019-2023) pubblicato sulla *Revista Panamericana de Salud Pública* dell'Organizzazione Panamericana della Sanità (OPS/OMS) ha prodotto risultati contundenti sull'efficacia del dispositivo in una popolazione di altissima vulnerabilità (dove il 55% si trovava in situazione di strada effettiva e il 77% sotto consumo problematico di sostanze):

- **Successo Terapeutico nella Tubercolosi:** Ha raggiunto un **93, 8%** di successo nella guarigione e conclusione dei trattamenti, rispetto al 70, 2% registrato nella popolazione generale dell'Area Metropolitana di Buenos Aires (AMBA).

- **Riduzione dell'Abbandono (Perdita di follow-up):** È crollato drasticamente a solo un **2, 1%**, rispetto all'allarmante 19, 9% del sistema sanitario convenzionale.

- **Diminuzione della Mortalità:** Ha registrato un tasso di mortalità notevolmente inferiore rispetto alla media abituale per questo profilo di pazienti (4, 1% in Casa Masantonio contro un 9, 7% nelle strategie abituali di assistenza).

Sintesi del Modello

La proposta di Casa Masantonio dimostra che per ottenere successo nel trattamento di malattie complesse in contesti di esclusione, è biologicamente e socialmente indispensabile integrare il sapere professionale con l'accompagnamento comunitario e territoriale. Accompagnare la salute «corpo a corpo» non solo restituisce il benessere fisico e evita i contagi epidemiologici nei quartieri popolari, ma restituisce in modo primordiale il volto umano e la dignità ai più rotti fra i rotti.

12.3.5 Spazio SumaySimi: Approccio Comunitario ai Disturbi Mentali Gravi

> **Paese:** Argentina
> **Descrizione:** Programma per utenti di pasta base con disturbi mentali severi e estrema vulnerabilità sociale
> **Contatto:** `cooperativaaupa@hogardecristo.org.ar`

Lo Spazio «SumaySimi» (dal quechua: *Sumay*, calma; *Simi*, parlare; calmarsi nell'incontrarsi e nell'essere ascoltato) nacque nell'aprile 2019 sotto l'orbita della Cooperativa AUPA e della Familia Grande Hogar de Cristo nella Villa 21-24 e nel NHT Zavaleta. Questo dispositivo sorge per dare risposta a una realtà complessa che travalica i protocolli tradizionali: persone in situazione di strada con consumo problematico di pasta base che presentano, simultaneamente, disturbi mentali gravi e/o disabilità fisiche e intellettive.

- **Giustificazione (La Doppia Esclusione):** Questa popolazione soffre un'emarginazione assoluta, poiché non accede agli ospedali psichiatrici per la sua situazione di strada e consumo, è rifiutata nei centri per le dipendenze comuni per la gravità del suo quadro psichiatrico, e viene espulsa dai dormi-

tori per problemi comportamentali. Il dispositivo interviene direttamente su questa comorbilità per ridurre la cronicità e la mortalità.

- **Sedi e Modalità di Assistenza:** Il programma distribuisce il suo accompagnamento in due sedi strategiche a CABA:
  - *Sede Ambulatoriale (Casa GESA, Barracas):* Funziona dal lunedì al venerdì in turno diurno, offrendo supporto e monitoraggio a più di 100 persone.
  - *Abitazione Comunitaria (Casa SumaySimi, Pompeya):* Residenza permanente con copertura 24/7 e capacità per 20 persone, fornendo la stabilità abitativa indispensabile per rendere praticabile qualsiasi processo terapeutico.
- **Assi Operativi della Proposta:**
  - *Assistenza clinica integrale:* Équipe interdisciplinare (psichiatri, psicologi, assistenti sociali e operatori) che realizza psicoterapie, controlli di salute fisica e la somministrazione rigorosamente supervisionata di psicofarmaci.
  - *Laborterapia e mestieri:* Laboratori di falegnameria, fabbro e giardinaggio con un duplice fine: terapeutico (riorganizzazione della routine e riabilitazione delle funzioni cognitivo-esecutive) e formativo per l'inclusione lavorativa.
  - *Accompagnamento pari:* Inserimento di persone recuperate dal consumo come protagonisti dell'équipe, la cui esperienza testimoniale e territoriale migliora l'aderenza e riduce le ricadute.
- **Principi Replicabili per la Comunità:** Il modello propone quattro azioni applicabili a qualsiasi territorio parrocchiale o centro di quartiere:
  1. *Identificare senza scartare:* Individuare quadri di dualità psichiatrica nel quartiere e non inviarli alla cieca, mantenendo il legame e camminando insieme a loro.
  2. *Strutturare il lavoro:* Utilizzare i laboratori di mestiere come strumenti di riabilitazione clinica del deterioramento cognitivo e non come un mero passatempo.
  3. *Professionisti in uscita:* Articolare con psicologi e psichiatri disposti a rompere la logica dello studio per intervenire direttamente nel territorio.
  4. *Valorizzare il pari:* Formalizzare e retribuire il ruolo dell'accompagnatore pari per la sua legittimità unica nel costruire fiducia.

Sintesi del Modello

SumaySimi dimostra che l'amorevolezza comunitaria e la tecnica professionale hanno bisogno l'una dell'altra per umanizzare la salute mentale. Non si tratta di un centro clinico con spiritualità aggiunta, ma di una vera famiglia che riceve la vita come viene, corpo a corpo e senza condizioni previe, facendo sì che coloro che non trovavano posto in nessun sistema trovino, finalmente, uno spazio di appartenenza, guarigione e dignità.

12.3.6 Le Case Libertà

> **Paese:** Argentina
> **Descrizione:** Programma per persone private della libertà o liberate, con grave vulnerabilità sociale
> **Contatto:** `cooperativaaupa@hogardecristo.org.ar`

Le Case Libertà sorgono nel quadro della rete degli Hogares de Cristo. Da quello spirito pastorale, le Case Libertà accompagnano persone attraversate dal consumo problematico di sostanze, dall'esclusione sociale e dal sistema penale, ponendo al centro il vincolo, la dignità e la speranza.

La proposta si regge su una convinzione semplice ma profonda: la libertà non si costruisce solamente con leggi o decisioni individuali, ma con comunità, tempo e cura. Per questo, le Case Libertà non lavorano isolate né "contro" lo Stato, ma articolando con organismi penitenziari, giudiziari e sociali, apportando una presenza umana e territoriale lì dove molto spesso predominano la frammentazione, la burocrazia o l'abbandono.

Il lavoro si sviluppa in tre grandi campi di accompagnamento:

1. L'accompagnamento nei contesti di reclusione.

   Le Case Libertà accompagnano le persone private della libertà attraverso visite, ascolto, assistenza concreta e sostegno relazionale. Il compito non si limita ad *andare in carcere*, ma a sostenere la vita lì dove la reclusione suole approfondire la solitudine e la disperazione. Si lavora dalla vicinanza, molto spesso con accompagnatori pari —persone che hanno anch'esse attraversato situazioni di consumo, carcere o esclusione— mostrando che il cambiamento è possibile. La spiritualità è presente come orizzonte di senso e speranza, sempre da una logica aperta e non imposta.

2. L'accompagnamento post-penitenziario

L'uscita dal carcere non è intesa come la fine del problema, ma come l'inizio di una tappa fragile e decisiva. Le Case Libertà sostengono spazi conviviali e comunitari dove le persone possano ricostruire abitudini, vincoli e progetti di vita. Da una *pedagogia della libertà*, si impara a vivere senza consumo, senza violenza e senza reato, non dalla punizione ma dalla cura reciproca, dalla convivenza e dalla responsabilità condivisa. Il lavoro, l'abitazione e la comunità sono visti come diritti fondamentali affinché la libertà sia reale.

3. L'accompagnamento giuridico-penale

   Le Case Libertà accompagnano anche l'accesso alla giustizia di persone che spesso finiscono perse all'interno del sistema giudiziario. Molto spesso si tratta di persone con molteplici cause, senza comprensione dei propri processi giudiziari né possibilità reali di sostenere misure alternative. Lì l'accompagnamento cerca di *umanizzare* la giustizia: tradurre, orientare, sostenere e costruire ponti tra la persona, la sua comunità e le istituzioni. Il diritto non appare separato dalla vita concreta, ma legato al territorio, al vincolo e alle possibilità reali di trasformazione.

In sintesi, le Case Libertà cercano di sostenere processi di trasformazione reali, comprendendo che nessuno cambia da solo e che anche nelle storie più danneggiate continua a esistere una possibilità di ricostruzione. Più che un dispositivo, è una comunità organizzata che accompagna la vita prima, durante e dopo la reclusione, scommettendo su una società che non scarti le persone e che abbia il coraggio di prendersi cura.

12.3.7 Imprenditoria Comunitaria

A differenza della logica corporativa del mercato tradizionale —caratterizzata dalla competizione individualista, dall'accumulo e dallo scarto degli anelli più deboli—, l'imprenditoria nel quadro dell'economia sociale e solidale nasce rigorosamente dal *noi*. Si definisce come la messa in comune di volontà, forze di lavoro, saperi e abilità di un gruppo di persone che integrano una comunità, con l'obiettivo esplicito di migliorare la qualità della vita e lo sviluppo socioeconomico di tutti i suoi partecipanti.

Il metodo di accompagnamento nei nostri Centri di Quartiere contempla una transizione graduale e curata attraverso tre dispositivi fondamentali:

- **La laborterapia:** È il lavoro che permette di connettersi con sé stessi

- **Il Laboratorio Parrocchiale / Spazio Formativo:** È l'istanza iniziale dove i giovani e gli adulti recuperano o incorporano abitudini quotidiane elementari (la routine oraria, la cura degli strumenti, l'ascolto delle consegne, il lavoro di squadra e la tolleranza alla frustrazione). Qui l'obiettivo primordiale non è la redditività, ma il riallacciamento dei legami e la scoperta delle potenzialità individuali.

- **L'Unità Produttiva (UP):** Costituisce l'evoluzione organizzativa del laboratorio verso un progetto sociale autosostenibile strutturato per la produzione e commercializzazione formale di beni o servizi. Richiede una distribuzione chiara dei ruoli (chi produce, chi amministra le spese, chi gestisce gli ordini e la logistica) e una registrazione economica rigorosa delle entrate e delle uscite.

In questa struttura, il lavoro è inserito dentro il cammino di recupero. La pazienza comunitaria diventa metodo: quando un compagno attraversa una crisi o una ricaduta, la comunità organizzata non lo espelle né lo scarta, ma apre spazi di assemblea, dialogo e discernimento per riordinare il processo e riprovare. Il fine ultimo di queste imprese è dimostrare che l'autosufficienza dei settori vulnerabili è possibile quando è sostenuta da una rete comunitaria affettiva e costante.

12.4 | Microcrediti e Finanza Solidale

> **Paese:** Argentina
> **Descrizione:** Programma di microcrediti e educazione finanziaria per persone in recupero
> **Contatto:** `ecosol@caritas.org.ar`

La Finanza Solidale rappresenta l'operativizzazione di un'economia che serve alla vita delle persone e dice *«NO a un'economia di esclusione e iniquità dove il denaro regna invece di servire»*. Nei territori di esclusione, l'accesso al sistema bancario e creditizio formale è completamente precluso a causa delle esigenze burocratiche e patrimoniali. Di fronte a questo scenario, la strategia dei **Fondi Rotativi** promossa da Caritas e dall'Hogar de Cristo si presenta come un'alternativa basata esclusivamente sulla prossimità e sulla fiducia reciproca.

Un Fondo Rotativo è uno strumento di prestito comunitario dove il denaro circola in modo trasparente: quando un imprenditore o cooperativa restituisce il proprio credito, quella stessa risorsa viene utilizzata immediatamente per

finanziare il progetto di un altro compagno del quartiere. Questa dinamica assicura due principi rettori fondamentali:

1. **Circolarità:** Non esiste l'accumulo speculativo né l'interesse usurario; c'è un flusso costante di benefici che ritorna alla base comunitaria.
2. **Garanzia Solidale:** L'impegno e l'avallo del gruppo o del Centro di Quartiere sostengono e respaldan l'adempimento di ogni membro, trasformando il pagamento della rata in un atto di responsabilità collettiva verso gli altri.

12.4.1 Linee Strategiche di Finanziamento

I microcrediti sono destinati in modo specifico a quattro dimensioni del rafforzamento produttivo:

- **Acquisto di Forniture:** Acquisizione della materia prima indispensabile per avviare o garantire la continuità della produzione senza dipendere da intermediari abusivi.
- **Macchinari e Strumenti:** Equipaggiamento tecnico che permette di migliorare la scala, i costi e la qualità del lavoro, accelerando i processi di autosufficienza.
- **Miglioramento dello Spazio:** Lavori di infrastruttura, adeguamento dei laboratori o predisposizione di aree di commercializzazione e fiere. Nei contesti periurbani o rurali, molto spesso questa voce impatta direttamente sul miglioramento dell'abitazione familiare.
- **Rafforzamento Tecnico:** Finanziamento per formazioni specifiche in amministrazione efficiente, design, marketing socio-comunitario e uso dei social network per la vendita.

12.4.2 Guida Metodologica per l'Accompagnamento Integrale

Affinché la finanza solidale adempia il suo ruolo trasformatore, l'équipe interdisciplinare del dispositivo territoriale deve applicare una guida di tre passi essenziali, sotto la premessa che **non si presta denaro a un numero impersonale, ma si appoggia un progetto di vita:**

1. **Identificazione:** Ascoltare attentamente il bisogno reale dell'imprenditore o della cooperativa nel territorio. Valutare in modo congiunto la fattibilità e il potenziale produttivo del progetto, assicurando che la persona

disponga dei supporti necessari in materia di salute, documentazione civile e stabilità abitativa.

2. **Formulazione:** Accompagnare tecnicamente il partecipante per tradurre la sua idea in un piano concreto e ordinato di entrate, uscite e calcolo dei costi, determinando con realismo l'importo del microcredito e uno schema di rate di restituzione sostenibile.

3. **Monitoraggio:** Realizzare visite periodiche e in presenza allo spazio di lavoro. Questo passo è tanto tecnico quanto umano; implica celebrare i successi commerciali dell'impresa, fornire strumenti amministrativi nel campo d'azione e aggiustare le difficoltà operative o personali prima che mettano a rischio il processo.

12.5 | Centro di Reinserimento Sociale «Fortaleza»

> **Paese:** Bolivia
> **Descrizione:** Istituto penale per minori con approccio restaurativo
> **Contatto:** `centro.fortaleza@hotmail.com`

Il Centro di Reinserimento Sociale «Fortaleza – San Guillermo de Malavalle» assiste adolescenti dai 14 ai 18 anni (estensibile fino ai 20) sotto misure giudiziarie in Bolivia. Implementa un modello socioeducativo e restaurativo gestito esclusivamente da personale civile, senza presenza di polizia, ponendo l'asse del processo nella dignità e nella trasformazione del giovane.

- **Contesto di Vulnerabilità:** I giovani provengono da zone periferiche di alta esclusione. Le loro traiettorie sono segnate dall'abbandono scolastico, dall'analfabetismo, dalla violenza intrafamiliare, dalla situazione di strada e da un consumo problematico di sostanze (marijuana e «piedra») strettamente legato a condotte trasgressive.

- **Approccio Multidisciplinare Intramurale:** Un'équipe interdisciplinare (educatori, psicologi, assistenti sociali, pedagogisti) coordina quotidianamente spazi chiave:

  – Laboratori di convivenza, rafforzamento emotivo e educazione sessuale graduale.

  – Prevenzione delle ricadute e progettazione partecipativa di un piano di vita autonomo.

  - Istruzione curricolare obbligatoria e formazione tecnica/artistica (elettricità, informatica, musica).

- **Sfide dell'Intervento:** Il dispositivo lavora sulla resistenza e la sfiducia iniziale dell'adolescente, la fragilità o l'assenza di contenimento nelle famiglie d'origine, la bassa autostima e la necessità di disporre di più risorse umane specializzate.

- **Sostenibilità Post-Uscita:** Per mitigare il rischio del ritorno in contesti di esclusione, il centro implementa il programma **«Acompañando en el Retorno»**, l'unico dispositivo di post-uscita in Bolivia che offre monitoraggio tecnico e contenimento nella transizione del giovane verso l'ambiente libero.

- **Giustizia Restaurativa e Reti:** Promuove l'articolazione con reti comunitarie, educative e pastorali per smantellare la stigmatizzazione sociale, orientando l'orizzonte verso una giustizia che invita il giovane ad assumere la responsabilità del danno causato, riparare i propri vincoli e riconciliarsi con la propria comunità.

12.5.1 Sintesi del Modello

La proposta del Centro Fortaleza dimostra che è possibile sostituire il controllo punitivo tradizionale con una scuola di vita e opportunità reali. Attraverso un accompagnamento civile vicino e un programma pionieristico di post-uscita, il modello restituisce la dignità, la parola e l'avvenire ai giovani storicamente esclusi.

12.6 | L'approccio nell'ambito della carcerazione

> **Paese:** Argentina
> **Descrizione:**
> **Contatto:** `pastoralcarcelariasinfronterap@gmail.com`

Nella sezione di Proposte pastorali per ambito (11.5), all'interno dell'Ambito della carcerazione, abbiamo sviluppato la proposta di un approccio di accompagnamento nelle carceri. La Pastorale Carceraria Argentina sta implementando questa proposta e può essere motivo di ispirazione per altri paesi. Qui lasciamo il suo contatto.

12.7 | La Fazenda da Esperança

Paese: Brasile (e altri paesi)
Descrizione: Comunità di vita per il recupero di persone in situazione di dipendenza
Contatto: `secretaria.presidencia@fazenda.org.br`

La Fazenda da Esperança è una proposta di recupero ispirata alla vivenza quotidiana del Vangelo.

La metodologia sviluppata dalla Fazenda non si orienta esclusivamente all'astinenza dal consumo di sostanze psicoattive, ma contempla un processo integrale di ricostruzione della persona. Da questa prospettiva, si comprende che la dipendenza colpisce non solamente la dimensione fisica, ma anche i vincoli affettivi, la stabilità emotiva, la vita spirituale e la capacità di integrazione sociale e comunitaria. Di conseguenza, il recupero si realizza mediante un'esperienza concreta di convivenza fraterna, lavoro e spiritualità.

La dinamica quotidiana all'interno della comunità ha come finalità favorire il processo di riconciliazione della persona con sé stessa, con gli altri e con Dio. L'itinerario terapeutico e formativo si sviluppa in modo graduale, rispettando i tempi individuali e riconoscendo le particolarità, le ferite e le sfide presenti in ogni storia personale.

Il processo si avvia con l'accoglienza. La persona è ricevuta a partire dal riconoscimento della sua dignità umana, della sua storia e del suo potenziale di recupero, evitando ogni forma di stigmatizzazione o riduzione della sua identità al problema della dipendenza. Fin dall'inizio si promuove un'esperienza comunitaria orientata alla riscoperta di valori fondamentali come la fiducia, il rispetto reciproco e la responsabilità condivisa.

La convivenza quotidiana costituisce uno dei pilastri essenziali della proposta. Il condividere la vita con altri fratelli in processo di recupero rende possibile il confronto personale, il riconoscimento dei limiti e la costruzione di nuove forme di relazione interpersonale. In questo modo, la comunità si configura come uno spazio terapeutico, educativo e spirituale che favorisce il superamento dell'isolamento e la ricostruzione del senso di appartenenza.

Il lavoro occupa ugualmente un posto centrale all'interno del processo di recupero, essendo compreso come uno strumento pedagogico e terapeutico. Attraverso i compiti quotidiani —tra cui l'agricoltura, la cucina, la pulizia, la panificazione, la cura degli animali, la manutenzione e altri servizi comunitari— la persona riscopre il valore dello sforzo, della disciplina, dell'impegno e dell'utilità sociale.

Inoltre, il lavoro contribuisce alla riorganizzazione della vita interiore e al rafforzamento dell'autostima, frequentemente deteriorata da anni di consumo, esclusione e sofferenza.

La spiritualità costituisce il nucleo fondamentale dell'esperienza della Fazenda. La comunità propone la vivenza concreta della Parola di Dio, specialmente mediante la pratica della cosiddetta *Parola di Vita*, attraverso la quale si cerca di vivere quotidianamente un versetto del Vangelo nelle situazioni ordinarie della convivenza. In questo senso, la spiritualità non si limita a una dimensione teorica o dottrinale, ma si esprime in atteggiamenti concreti di trasformazione personale e comunitaria.

All'interno di questo processo integrale si lavorano anche aspetti fondamentali per il recupero e il reinserimento della persona, quali:

- il riconoscimento della propria fragilità e della necessità di aiuto;
- l'accettazione responsabile della propria storia personale;
- l'apprendimento del perdono e la riconciliazione;
- la ricostruzione dei vincoli familiari e comunitari;
- lo sviluppo della responsabilità e dell'autonomia;
- la vivenza quotidiana della sobrietà;
- la riscoperta del senso della vita e della dignità umana;
- l'apertura alla speranza e a un progetto di vita rinnovato.

La Fazenda da Esperança comprende che il processo di recupero non avviene in modo immediato, ma mediante un cammino progressivo di trasformazione interiore. Per questa ragione, l'accompagnamento quotidiano, la testimonianza di coloro che hanno già percorso questo itinerario e la vivenza fraterna costituiscono elementi essenziali all'interno della metodologia proposta.

Uno degli aspetti più significativi di questa esperienza è il protagonismo assunto dalle stesse persone recuperate. Molti di coloro che hanno attraversato il processo scoprono successivamente una vocazione di servizio e accompagnamento verso quanti arrivano in situazione di vulnerabilità. In questo modo, chi in precedenza aveva bisogno di aiuto può diventare a sua volta agente di speranza e sostegno per gli altri.

In questo quadro, la Fazenda da Esperança si presenta come una risposta pastorale concreta di fronte al fenomeno delle dipendenze, offrendo non solamente

un trattamento orientato al superamento del consumo, ma un'esperienza di vita nuova, fondata sull'amore, sulla convivenza comunitaria e sulla vivenza del Vangelo.

12.7.1 Gruppi Speranza Viva

I Gruppi Speranza Viva sono spazi comunitari dove giovani, famiglie e persone che hanno realizzato il loro processo di recupero continuano a coltivare la vita nuova scoperta durante il loro tempo in comunità.

Questi gruppi nascono dalla comprensione che il recupero non termina con l'uscita dalla Fazenda, ma che ha bisogno di essere sostenuto quotidianamente attraverso vincoli sani, la vita spirituale e l'accompagnamento fraterno. Per questo, gli incontri settimanali diventano un luogo di perseveranza, ascolto e rafforzamento reciproco, aiutando ogni persona a rimanere salda nel cammino della sobrietà e della speranza.

Gli incontri possono realizzarsi in modo presenziale o virtuale, secondo le possibilità di ogni regione e comunità. In essi si vive un clima di accoglienza e semplicità, dove ogni partecipante trova uno spazio per condividere la propria vita, le proprie lotte e i propri progressi, senza paura del giudizio né dell'esclusione. Il centro di ogni riunione è sempre la vivenza del Vangelo, specialmente attraverso la riflessione sulla Parola di Dio e l'esperienza concreta di metterla in pratica nella vita quotidiana.

La preghiera occupa un posto fondamentale all'interno di questi incontri. Attraverso momenti di spiritualità, testimonianze e silenzio interiore, le persone imparano a ritrovare Dio e a riscoprire nuovamente il senso profondo delle proprie vite. La spiritualità proposta non cerca solamente di trasmettere contenuti religiosi, ma di risvegliare un'esperienza viva di amore, appartenenza e riconciliazione.

12.7.2 Ambasciatori della Speranza

All'interno di questa missione sorgono i cosiddetti Ambasciatori della Speranza, uomini e donne che, dopo aver percorso un cammino di recupero e maturazione umana e spirituale, assumono liberamente l'impegno di accompagnare altri fratelli e famiglie. Il loro servizio nasce dalla testimonianza e dalla gratitudine per la vita recuperata. Non accompagnano dalla teoria, ma dall'esperienza concreta del dolore, della caduta e della possibilità reale di ricominciare.

Gli Ambasciatori della Speranza diventano così segni vivi che la trasformazione è possibile. La loro presenza aiuta specialmente coloro che hanno appena

iniziato il cammino, perché trasmettono vicinanza, comprensione e speranza. Essi sostengono la vita comunitaria, animano gli incontri, visitano le famiglie, accompagnano i momenti di difficoltà e aiutano a costruire una vera rete di sostegno fraterno.

12.8 | Gli Hogares Claret

> **Paese:** Colombia (e altri paesi)
> **Descrizione:** Comunità terapeutica modello
> **Contatto:**

La Fondazione Hogares Claret è un'istituzione colombiana senza scopo di lucro fondata il 12 maggio 1980, promossa dalla Congregazione dei Missionari Claretiani. La sua origine è direttamente legata alla crisi di consumo di sostanze tra i giovani che viveva la Colombia in quell'epoca. Il suo fondatore, padre Gabriel Antonio Mejía, trascorse otto mesi in Italia conoscendo il modello delle comunità terapeutiche di Progetto Uomo, esperienza che divenne il seme del primo centro di rieducazione per persone con dipendenze a Medellín.

Con più di 46 anni di traiettoria, il suo lavoro affronta la dipendenza, la situazione di strada, la smobilitazione dal conflitto armato e i conflitti con la legge penale, con particolare attenzione all'infanzia, all'adolescenza e alla gioventù.

La sua missione è accompagnare le persone colpite dall'emarginazione, dalla dipendenza e dalla violenza, aiutandole a trovare il senso della propria vita. Non si tratta di un trattamento meramente clinico: la fondazione si concepisce come un progetto per la vita e la speranza, che offre una risposta amorevole ed efficace a chi ha bisogno di sostegno per costruire un progetto di vita proprio. I suoi valori istituzionali sono il servizio disinteressato, l'amore, il superamento, la responsabilità e il rispetto per la vita.

Il cuore metodologico è il modello della **comunità terapeutica**, basato sull'auto-aiuto e l'aiuto reciproco, sostenuto da quattro pilastri.

1. **La spiritualità:** senza di essa, afferma la fondazione, non c'è riabilitazione. Non si intende in senso devozionale ristretto, ma come un modo di essere e vivere in comunità, espresso attraverso i valori.

2. **L'educazione basata sulla coscienza**, che promuove il potenziale creativo e il benessere intrinseco dei residenti, riduce lo stress e sviluppa le

capacità cognitive e emotive. Include l'uso della meditazione trascendentale come strumento terapeutico, con risultati misurati scientificamente in giovani con esperienze traumatiche.

3. **Il Movimento Scout**, che apporta formazione del carattere, abilità manuali, cura del corpo e servizio al prossimo, in un contesto di vita comunitaria e contatto con la natura.

4. **L'Istituto della Famiglia:** ogni otto giorni si realizza un'attività formativa con i genitori o tutori, riconoscendo che nessun processo di recupero è completo senza coinvolgere la famiglia.

Per garantire la qualità dei suoi processi, dal 1994 la fondazione dispone del **Centro Latinoamericano di Formazione**, che offre diplomi in tossicodipendenza e dipendenze, certificati dall'Universidad Claretiana. Questa scommessa sulla formazione continua degli agenti è un elemento che ogni pastorale delle dipendenze dovrebbe considerare seriamente.

Hogares Claret sostiene che la felicità non è piacere, ma integrità: si è felici quando si ha un senso che trascende il quotidiano e si è in pace con la propria coscienza. Questa convinzione orienta tutto il suo lavoro e offre alla pastorale un insegnamento fondamentale: accompagnare una persona con dipendenza non è semplicemente aiutarla a lasciare una sostanza, ma aiutarla a trovare un motivo per vivere.

12.9 | Case per Donne

> **Paese:** Porto Rico
> **Descrizione:** Programma residenziale e ambulatoriale per l'accompagnamento di donne con problemi di consumo di sostanze e vita di strada
> **Contatto:** `madredominga@gmail.com`

Il Centro Madre Dominga, Casa Belén, Inc., situato nella regione sud di Ponce, Porto Rico, vanta una traiettoria di oltre 26 anni dedicata al servizio, all'accompagnamento integrale e alla restaurazione di donne in condizioni di estrema vulnerabilità sociale. La proposta affronta in modo diretto e specializzato donne colpite dal Disturbo da Uso di Sostanze (DUS), alcolismo, condizioni complesse di salute mentale e situazioni di abbandono o vita di strada. Attraverso un progetto operativo gratuito, il dispositivo interrompe le dinamiche di esclusione e scarto per convertirle in processi di dignità, guarigione e autonomia.

Sotto la massima istituzionale *«Per ogni donna riabilitata, c'è una famiglia restaurata»*, il modello assume che l'impatto dell'accompagnamento alla donna trascende la sua individualità, agendo come un fattore moltiplicatore che ripara il tessuto familiare e comunitario circostante.

12.9.1 Identità Filosofica e Approccio di Intervento

La proposta si fonda su un modello multidisciplinare che fonde la missione sociale e spirituale con approcci clinici contemporanei di alta efficacia:

- **Approccio Sensibile al Trauma e Centrato sulla Donna:** Riconosce che le traiettorie di consumo e strada nella popolazione femminile sono attraversate da storie pregresse di violenza di genere, abusi e disgregazione familiare. L'intervento si progetta rispettando e proteggendo la singolarità e i ritmi della donna.
- **Approccio Multidisciplinare Integrale:** La struttura dell'équipe tecnica articola componenti psicologiche, sociali, mediche, educative e spirituali, garantendo che nessuna dimensione della persona rimanga trascurata.
- **Strategia Ambulatoriale Adattativa:** Rompe con le barriere burocratiche e architettoniche dei sistemi sanitari tradizionali mediante modalità terapeutiche flessibili che facilitano l'accesso permanente e volontario ai servizi di aiuto.

12.9.2 Strategie di Prossimità Comunitaria («Outreach») e Medicina di Strada

Di fronte all'isolamento che soffrono le donne in situazione di strada, il Centro dispone strategie di intervento extramurale per portare la cura direttamente negli scenari quotidiani di abitabilità e consumo delle partecipanti:

- **Avvicinamento Umanizzato e Libero da Giudizio:** Il primo contatto si definisce per un ascolto attivo e empatico, dando priorità alla costruzione di un vincolo di fiducia reciproca al di sopra di qualsiasi esigenza di astinenza immediata.
- **Mitigazione dei Bisogni Primari e Dignificazione:** Distribuzione regolare di alimenti, vestiti e kit di igiene personale. Queste azioni rispondono all'urgenza fisica immediata e al contempo promuovono pratiche essenziali di autocura e dignità corporale.

- **Salute Primaria e Cura delle Ferite:** Professionisti infermieristici e di salute comunitaria realizzano medicazioni in strada di ulcere, lacerazioni e ferite complesse derivate dal consumo e dalle intemperie dell'ambiente, riducendo le infezioni gravi e fungendo da ponte con il sistema sanitario primario.

12.9.3 Riduzione dei Danni e Risposta alla Crisi degli Oppioidi

La proposta incorpora in modo trasversale l'approccio della **Riduzione dei Rischi e dei Danni**, assumendo un ruolo attivo nella salute pubblica della regione di fronte alla crisi delle sostanze sintetiche:

- **Prevenzione del Sovradosaggio nel Territorio:** Formazione pratica in strada e laboratori socioeducativi sui rischi associati al consumo. Include la distribuzione strategica di **naloxone** per la reversione del sovradosaggio da oppioidi e la fornitura di test di rilevamento del fentanil.

- **Screening e Collegamento Clinico:** Realizzazione di test rapidi di rilevamento di HIV e altre infezioni sessualmente trasmissibili, coordinando in modo immediato gli accompagnamenti, i trattamenti medici specializzati e le gestioni dei casi corrispondenti.

- **Percorsi di Transizione e Invio Responsabile:** Attivazione di reti comunitarie e interistituzionali per canalizzare invii efficaci verso programmi stabili di abitazione, disintossicazione volontaria, sostegno psicologico profondo e stabilizzazione emotiva.

12.9.4 Sintesi del Modello

Il Centro Madre Dominga, Casa Belén, Inc., consolida una clinica della prossimità e della tenerezza a Porto Rico, dimostrando che la prossimità comunitaria (outreach) e la riduzione dei danni sono le chiavi maestre per aprire processi di cambiamento nelle donne più escluse. Intrecciando il sapere tecnico di case manager, psicologi e infermieri con una profonda mistica comunitaria, la proposta restituisce la sovranità delle donne sulle proprie vite, seminando speranza dove prima regnava lo scarto.

12.10 | Hogares Crea

Paese: El Salvador (e altri paesi)
Descrizione: Comunità terapeutica
Contatto: `hogarcreass@yahoo.com`

L'Associazione Hogares CREA di El Salvador implementa un modello di riabilitazione integrale per persone con Disturbo da Uso di Sostanze (DUS) e alcolismo, fondato sulla mistica delle comunità terapeutiche e sul riconoscimento della dignità intrinseca di ogni individuo. La proposta innova adattando in modo sistematico la celebre metodologia socio-pastorale del **«Vedere, Giudicare e Agire»** agli itinerari clinici e pedagogici di recupero. Questo approccio olistico trasforma lo spazio residenziale in un ambiente sicuro, strutturato e accogliente, progettato espressamente per risvegliare la riflessione critica e l'agency personale del partecipante.

A differenza dei modelli clinici tradizionali di carattere puramente direttivo, Hogares CREA pone il residente come protagonista ed esperto della propria storia, promuovendo il sostegno reciproco e la solidarietà come motori della trasformazione personale e sociale.

12.10.1 Il Metodo Pedagogico-Terapeutico: Vedere, Giudicare e Agire

La proposta metodologica si dispiega in modo trasversale nel quotidiano della comunità terapeutica attraverso tre dimensioni interconnesse:

- **1. Vedere (Osservazione Critica e Diagnosi Soggettiva):** Consiste nella generazione di spazi sicuri dove i residenti sviluppano la capacità di osservare la propria realtà con onestà. Attraverso cerchi di riflessione comunitaria e sessioni di ascolto individualizzato, i facilitatori guidano la persona a esaminare criticamente i propri comportamenti di consumo, i modelli disfunzionali, le dinamiche familiari problematiche e gli impatti reali sulla propria salute fisica, mentale e sociale. L'osservazione condivisa permette al residente di vedersi riflesso nelle esperienze dei propri pari, il che riduce drasticamente i meccanismi di difesa e abbatte la barriera della negazione.
- **2. Giudicare (Analisi Collettiva e Coscienza delle Cause Profonde):** Si struttura come un processo pedagogico e partecipativo di analisi profonda. Non si pone da una prospettiva moralista o punitiva, ma rigorosamente

educativa e terapeutica. L'obiettivo è che i residenti, accompagnati dall'équipe di facilitatori, identifichino i fattori personali, familiari, biografici e socioculturali che hanno configurato la loro traiettoria di vulnerabilità. Comprendere il peso del trauma, le pressioni sociali, la mancanza di opportunità e le esclusioni strutturali permette di sviluppare una coscienza critica, smantellando la colpa paralizzante e aprendo la strada alla responsabilità soggettiva.

- **3. Agire (Piano Integrale e Protagonismo nel Recupero):** Si concretizza nella progettazione e nell'esecuzione partecipativa di un piano d'azione realistico e significativo per la vita. I residenti assumono un ruolo attivo e corresponsabile mediante due livelli di esecuzione:
  - *Dimensione Intramurale:* Gestione della cura di sé, adempimento delle responsabilità nella vita comunitaria, preparazione degli alimenti, laboratori di competenze socioemotive e manutenzione dello spazio comune.
  - *Dimensione Extramurale:* Riparazione attiva dei vincoli familiari, sviluppo di capacità produttive, volontariato comunitario, livellamento educativo e processi guidati di reinserimento lavorativo.

12.10.2 Monitoraggio, Reti di Sostegno e Agency

Per garantire il successo a lungo termine della proposta, le azioni del piano di vita sono monitorate, valutate e aggiustate in modo costante secondo l'evoluzione di ogni persona. La comunità si organizza sotto una logica di **reti di sostegno emotivo** basate sulla fiducia reciproca e sull'orizzontalità. Validando i residenti come agenti attivi di cambiamento —capaci di prendere decisioni responsabili e di accompagnare il recupero dei propri compagni— il dispositivo favorisce lo sviluppo dell'autonomia, della resilienza e di un senso di appartenenza solidale che perdura oltre l'uscita istituzionale.

Sintesi del Modello

La proposta di Hogares CREA di El Salvador dimostra che la triade del Vedere, Giudicare e Agire costituisce un potente strumento clinico e comunitario per l'approccio al consumo problematico. Fondendo la struttura della comunità terapeutica con un'analisi critica e non punitiva della realtà, il modello restituisce alle persone in situazione di esclusione la loro capacità di decisione e il loro protagonismo, trasformando gli ambienti di scarto in scuole di vita organizzata, dignità e solidarietà.

12.11 | Munasim Kullakita

> **Paese:** Bolivia
> **Descrizione:** Programma di accompagnamento integrale per bambini, bambine e adolescenti con consumi problematici, vita di strada e legati a reti di tratta
> **Contatto:** `fundacion@munasimkullakita.org`

La situazione di bambine, bambini e adolescenti (NNA) in situazione di strada e contesti di alta vulnerabilità sociale costituisce una problematica strutturale che li espone a gravi rischi come la violenza, lo sfruttamento sessuale commerciale, la tratta di persone, il consumo problematico di sostanze e l'esclusione assoluta. Di fronte a questo scenario, la Fondazione Munasim Kullakita —con una solida traiettoria nella protezione e restituzione dei diritti— propone un **Modello di Intervento Integrale** che articola in modo sinergico il contatto diretto in strada, i dispositivi di assistenza comunitaria a bassa soglia e i processi sostenuti di inclusione sociale.

12.11.1 Tappe e Momenti Strategici dell'Intervento

Il processo metodologico non si concepisce in modo isolato, ma come un itinerario progressivo diviso in tre tappe fondamentali:

- **Prima Tappa: Lavoro di Contatto e Approccio in Strada**
  - *Primo Momento (Avvicinamento iniziale):* Centrato sulla creazione di vincoli di fiducia stabili e comunicazione affettiva mediante l'**Ascolto Attivo**. Parallelamente, si realizzano diagnosi comunitarie situazionali per identificare le dinamiche della strada, mappe di rischio e bisogni immediati della popolazione.
  - *Secondo Momento (Lavoro dalla strada):* Implementazione di attività ricreative, sportive, ludiche e socioeducative direttamente negli spazi quotidiani di abitabilità dei bambini, delle bambine e degli adolescenti. Si cerca di generare contenimento sociale, promuovere la loro partecipazione attiva e attivare le prime strategie di aggancio per la restituzione dei loro diritti.
- **Seconda Tappa: Dispositivi di Assistenza e Riduzione dei Danni e dei Rischi**

  - *Spazio Aperto:* Funziona come una piattaforma permanente di incontro comunitario, accoglienza momentanea e supporto socioeducativo basilare.
  - *Mensa Popolare «Raíz de Esperanza»:* Dispositivo strategico che offre supporto alimentare regolare e dignitoso. Si consolida come l'asse operativo del **Trattamento Comunitario**, agendo come punto di incontro interistituzionale, contenimento sociale e coordinamento con reti alleate nel territorio.

- **Terza Tappa: Inclusione Sociale, Autonomia e Monitoraggio**
  - *Inclusione Familiare:* Processi di riallacciamento e reintegrazione progressiva in contesti familiari che certifichino condizioni di sicurezza e affetto.
  - *Autonomia Personale:* Sviluppo di competenze trasversali e strumenti per la vita quotidiana, orientati alla presa di decisioni responsabili e all'autogestione.
  - *Inclusione Lavorativa:* Gestione di formazioni tecniche efficaci, articolazione con programmi pubblici di impiego e progettazione di mezzi di sussistenza sostenibili a lungo termine.

12.11.2 Risultati Attesi del Modello

Attraverso l'implementazione di questa proposta, si perseguono i seguenti impatti quantitativi e qualitativi:

- Mitigazione e riduzione diretta dei rischi associati alla tratta di persone, allo sfruttamento sessuale e alle violenze in strada.
- Consolidamento della fiducia degli adolescenti nel sistema di protezione, assicurando la loro permanenza e partecipazione nei programmi.
- Accesso continuo a schemi di alimentazione nutrizionale dignitosa e un accompagnamento professionale interdisciplinare.
- Uscita con successo delle beneficiarie verso la vita autonoma mediante l'inclusione familiare o lavorativa effettiva.

12.11.3 Articolazione Istituzionale e Politiche Pubbliche

La sostenibilità della proposta si regge sulla base della corresponsabilità sistemica. A tal fine, si formalizza l'articolazione, l'invio e i tavoli di lavoro con gli

attori chiave del Sistema di Protezione in Bolivia: il **Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale** (per l'inserimento lavorativo e il settore privato), le **Difese Civiche dell'Infanzia e dell'Adolescenza** (DNA), i **Governi Autonomi Dipartimentali** e le reti comunitarie di base.

Sintesi del Modello

La proposta della Fondazione Munasim Kullakita traduce i diritti costituzionali in una pratica di protezione situata nel territorio. Attraverso una metodologia che va dall'asfalto della strada fino all'inserimento lavorativo formale, il modello dimostra che la riduzione dei danni e l'accompagnamento amorevole e tecnico costituiscono la chiave affinché le infanzie spezzate dall'esclusione recuperino la loro voce, la loro dignità e la loro autonomia.

12.12 | Samaritani della Strada

> **Paese:** Colombia
> **Descrizione:** Programma residenziale e ambulatoriale di accompagnamento integrale per persone in situazione di strada
> **Contatto:** `samaritanosdelacalle@gmail.com`

Il Sistema di Assistenza all'Abitante di Strada della Fondazione Samaritani della Strada a Cali si compone di dormitori sociali, centri di accoglienza diurna, case di passaggio e centri di assistenza specializzati organizzati a bassa, media e alta soglia. Questi dispositivi trascendono la nozione di «un tetto per la notte»: articolati sotto l'approccio della **Riduzione dei Rischi e dei Danni (RRD)**, costituiscono la porta d'ingresso reale affinché le persone in situazione di strada mitighino il loro modo di sopravvivenza quotidiana, recuperino i loro diritti primordiali e costruiscano autonomia per reinserirsi socialmente.

12.12.1 L'Importanza dell'Approccio di Riduzione dei Rischi e dei Danni (RRD)

Il modello teorico-pratico di RRD sostiene le azioni intramurali e territoriali mediante quattro impatti chiave:

- **Prevenzione della mortalità:** Disponibilità di naloxone per i sovradosaggi, identificazione precoce di convulsioni e articolazione immediata con il sistema sanitario di emergenza.

- **Mitigazione delle malattie:** Fornitura di materiale igienico e cura di ferite complesse, prevenendo la trasmissione di HIV, epatite e infezioni che saturano il sistema sanitario.
- **Diminuzione della violenza nello spazio pubblico:** Offrire un ambiente sicuro per pernottare e riposare riduce direttamente gli indici di furti, risse e il consumo problematico in strada.
- **Costruzione di fiducia e dialogo:** Eliminando la minaccia dell'espulsione per consumo attivo, le équipe interdisciplinari raggiungono un approccio integrale basato sull'onestà, l'elaborazione dei traumi e la valutazione volontaria del consumo.

12.12.2 Processo di Accompagnamento e Risocializzazione (Non Lineare)

Per evitare che il processo si interrompa precocemente esigendo un'astinenza iniziale, l'itinerario si organizza in modo flessibile in cinque tappe:

1. **Vincolo:** Accesso senza restrizioni ad alimentazione, doccia e letto, libero da condizioni punitive o esigenze previe.
2. **Stabilizzazione:** Copertura dei bisogni basilari e riposo per diminuire la sindrome di astinenza e lo stress della strada.
3. **Offerta:** Attivazione di percorsi istituzionali personalizzati (identificazione, salute integrale e istruzione) secondo il ritmo dell'utente.
4. **Decisione:** Autodeterminazione della persona per avviare processi di disintossicazione, regolarizzazione civile o inserimento lavorativo.
5. **Progetto:** Uscita progressiva verso case di transizione, soluzioni abitative autonome o processi di riallacciamento familiare con monitoraggio tecnico.

12.12.3 Dispositivi, Strategie di Inclusione e Proiezione

L'offerta istituzionale si diversifica mediante strategie centrate sulla persona e sul suo contesto reale:

- **Strategia Istituzionale e Extramurale:** Articolazione dei centri fissi di assistenza con équipe di strada che realizzano ricerche attive e accompagnamento nei territori di consumo.

- **Centro Inter-specie:** Dispositivo trasversale a bassa soglia che permette l'ingresso degli utenti insieme ai loro animali da compagnia, eliminando una delle principali barriere di accesso al sistema di cura.
- **Centro di Sostenibilità:** Dispositivo specifico per persone uscite che hanno superato la vita di strada e consolidano la loro autonomia.
- **Inclusione Lavorativa Attiva:** Inserimento formale di circa 80 persone recuperate, inserite lavorativamente nella Fondazione o in imprese del settore pubblico-privato.
- **Strategia «CALIDOSOS» (Marchio di Città - 2026):** Componente di inserimento sociale che impiega persone qualificate che hanno superato la vita di strada per la cura, la manutenzione e l'abbellimento delle aree verdi e degli spazi pubblici di Cali.
- **Cooperativismo in Sviluppo:** Linea strategica orientata alla creazione di una cooperativa di lavoro associata per le persone uscite inserite formalmente nel mercato del lavoro.

Sintesi del Modello

Le strategie della Fondazione Samaritani della Strada forniscono la base minima indispensabile per rendere praticabile la risocializzazione: un corpo sicuro, un trattamento dignitoso e una porta aperta. L'approccio di RRD garantisce che quella porta rimanga aperta precisamente per la popolazione che presenta maggiore vulnerabilità e che si trova esclusa dai modelli tradizionali di assistenza.

12.13 | Casa Comunitaria San José

> **Paese:** Argentina
> **Descrizione:** Programma di accompagnamento ambulatoriale per bambini, bambine e adolescenti vittime di abusi, violenze, abbandono e altri problemi gravi
> **Contatto:** `casacomunitariasanjose@gmail.com`

La Casa Comunitaria *San José* (fondata nel 2020) nasce dall'intreccio dell'accompagnamento pastorale e comunitario di famiglie attraversate dalle violenze, dal consumo di sostanze, dall'esclusione e dalla povertà, insieme a referenti territoriali e professionisti inseriti nelle comunità. Nasce come un'estensione

della traiettoria pastorale della Parrocchia «Santa María Madre del Pueblo» nel Bajo Flores (quartieri P. Ricciardelli, Illia, Rivadavia 1 e 2, e Charrúa, della Ciudad Autónoma de Buenos Aires), di fronte alla necessità di dare una risposta specifica alle infanzie e adolescenze danneggiate da esperienze traumatiche di gravità.

12.13.1 Lo Sguardo: Identità e Spirito del Progetto

La sua identità si definisce dai seguenti pilastri fondamentali:

- **Senso di «Familia Grande»:** Il progetto nasce, si sviluppa e culmina nella comunità. Cerca di ricostruire la «trama interiore» di bambini e bambine le cui vite sono state danneggiate dalla disuguaglianza e dall'assenza di adulti protettori.
- **Mistica di Prevenzione nei Quartieri Popolari:** Si inscrive nella mistica del lavoro preventivo delle parrocchie dei quartieri popolari. La meta è *arrivare prima della droga e della violenza*, sanando le radici della sofferenza per evitare che l'esclusione spezzi i progetti di vita.
- **Approccio dei Diritti e Tenerezza:** Sotto l'ispirazione del Papa Francesco, si propone di sanare le ferite con tenerezza, riconoscendo i bambini, le bambine e gli adolescenti come soggetti pieni di diritti.
- **Bussola Spirituale:** Il Vangelo di Gesù e la fede sono la guida per guardare dal cuore e trovare forme nuove di approccio interiore e comunitario.

12.13.2 Metodologia di Accompagnamento

La metodologia della Casa è **integrale, interdisciplinare e artigianale**, adattandosi alla complessità di ogni situazione particolare per evitare il «naufragio» delle infanzie. I suoi supporti principali sono l'abbraccio dall'esperienza pastorale-comunitaria, un approccio integrale clinico-sociale e il lavoro in rete mediante articolazione intersettoriale. Si lavora sotto la premessa che solo in Comunità si può trasformare la complessità.

12.13.3 Aree d'Azione, Dispositivi e Assi di Lavoro

Il dispositivo funziona dal lunedì al venerdì in turno diurno e struttura i suoi interventi in:

- **Accompagnamento Ambulatoriale di Alta Complessità:** Centrato su bambini e adolescenti che hanno subito vulnerazioni gravi (abusi, violenze, abbandoni, sfruttamento sessuale, ecc.), affrontando integralmente tutto il sistema familiare primario o allargato mediante valutazioni e trattamenti individuali o relazionali.
- **Approccio Terapeutico Psico-Sociale e Laboratori:** Assistenza psicologica frequente, accompagnamento dal Servizio Sociale e articolazione con psicopedagogia, psichiatria e accompagnatori terapeutici. Include laboratori espressivi di gioco, arte e psicomotricità per recuperare la parola e l'espressione.
- **Accoglienza Iniziale:** Spazio di colazione, pranzo o merenda per ricevere coloro che arrivano in un ambiente caldo, ospitale e sicuro.
- **Programma di Famiglie di Accoglienza Comunitaria:** Dà priorità al fatto che famiglie dello stesso quartiere accolgano temporaneamente i minori, evitando lo sradicamento e l'istituzionalizzazione classica. Facilita transizioni curate rispettando i tempi delle infanzie e delle famiglie.
- **Lavoro con i Vincoli, la Crescita e il Territorio:** Gruppi per adulti con difficoltà nella crescita dei figli, visite domiciliari, consulenza in cause giudiziarie e articolazione con strutture sanitarie, scuole e organismi statali, accompagnando in modo preventivo la crescita comunitaria insieme ai Centri di Quartiere.
- **Formazione Permanente e Addestramento:** Formazione e supervisione rivolta a referenti territoriali, studenti e professionisti per trasmettere criteri di individuazione precoce, diagnosi e strumenti specifici per interventi complessi nei quartieri popolari.

12.13.4 Il Lavoro in Rete e la Comunità

La proposta non cerca di sostituire la rete sociale del bambino, della bambina o dell'adolescente, ma di rafforzarla attraverso:

- **Reti Artigianali:** Costruzione di maglie di contenimento su misura di ogni bisogno, articolando direttamente con club, scuole e centri del territorio.
- **Corresponsabilità con lo Stato:** Si riconosce lo Stato come garante principale dei diritti, assumendo la Casita l'impegno comunitario di rendere operativi e rendere effettivi tali diritti nel territorio.

- **Invio Responsabile:** L'accesso si realizza mediante invii di parrocchie o équipe dei quartieri popolari, sotto l'impegno esplicito che le équipe invianti mantengano l'accompagnamento attivo della famiglia.

Sintesi del Modello

La Casa San José propone una clinica della vulnerabilità situata nel quartiere popolare, dove il comunitario e il professionale si integrano in modo artigianale per restituire la dignità e la speranza alle infanzie ferite. Si consolida come uno spazio di alta complessità focalizzato sull'accompagnamento profondo, la protezione dei vincoli e la tessitura di reti di contenimento personalizzate.

12.14 | Nessuno di meno per la droga

Paese: Cile
Descrizione: Spazio di sensibilizzazione nazionale sui problemi legati alla narcocultura e al consumo di sostanze
Contatto: `fcarreno@caritaschile.org`

Nessuno di Meno per la Droga è un movimento erede del lavoro che hanno realizzato per più di 15 anni diverse comunità della Chiesa Cilena.

Nel cammino percorso, insieme a persone che lavorano per la dignità di chi soffre a causa delle droghe, abbiamo imparato che ciò che primariamente salva una persona non è solo una rete di prestazioni sociali, ma una comunità sensibilizzata e preparata, che apre le sue porte mobilitata dalla fede in Dio e dalla dignità invincibile di ogni essere umano.

I Vescovi del nostro paese hanno segnalato: *è indispensabile animare la speranza, rafforzare il tessuto sociale, curare la qualità della vita e riparare il danno che il narcotraffico e la povertà producono in tanti bambini, bambine, giovani e famiglie.* (CECh, Annunciare Gesù Cristo camminando insieme. Orientamenti Pastorali 2023 - 2026, n. 14).

Riconosciamo che Gesù Cristo è colui che ci ispira, e oggi ci chiede nuovamente: *Dov'è tuo fratello?* (Gen 4, 9). Dove sono i bambini espulsi dalla scuola o quei giovani sequestrati dal narco per commettere illeciti? Dove sono le bambine e i bambini vittime dello sfruttamento sessuale come mezzo di pagamento per procurarsi droga? Dove sono coloro che sono soli, vivendo in sepolcri moderni che mutilano gli affetti e lasciano nell'oscurità il non-senso delle loro vite? E risponderemo: *Non lo so. Sono forse io il custode di mio fratello?* (Gen 4, 9).

La domanda ci ha animato a scoprire che siamo esseri radicalmente sociali, che siamo a partire dagli altri e con gli altri. La vita passa attraverso l'incontro con l'altro nell'attesa di essere fratelli, di condividere lo stesso sangue e gli stessi sogni. Rinunciare alla domanda sul fratello -come quando Caino abbassò lo sguardo e non vide suo fratello-, comporta la morte, il non-senso. Ogni volta che guardo l'altro e mi lascio interpellare da lui, potremo intuire la presenza di Dio che ci chiama a vivere con senso.

Attualmente, il movimento Nessuno di Meno per la Droga è integrato da diverse organizzazioni che cercano di rispondere alla chiamata del Papa Francesco quando nel 2018 segnalò: *La Chiesa, insieme alle istituzioni civili, nazionali e internazionali, e ai diversi organismi educativi, è impegnata attivamente in tutti i luoghi del mondo per contrastare la diffusione delle dipendenze mobilitando le sue energie nella prevenzione, nella cura, nella riabilitazione e nei progetti di reinserimento che restituiscano la dignità a coloro che ne sono stati privati.*

Di fronte a questa carta di navigazione, con Caritas Chile abbiamo avviato un processo per *accompagnare le comunità che accompagnano*, persone che soffrono a causa del consumo problematico di droghe e le implicazioni di questa realtà nei loro territori.

Quanto sopra si radica nell'obiettivo di contribuire alla costruzione di risposte integrali e comunitarie di fronte al dramma delle droghe e della violenza, mediante il rafforzamento delle capacità locali in diverse diocesi del paese. Cerchiamo che queste risposte siano Centri di Ascolto di Quartiere dove le persone (sia coloro che soffrono per il consumo di droghe sia i loro familiari) siano accolte, accompagnate, riconosciute come legittimi altri; mentre gli agenti pastorali e i volontari ricevano formazione per essere un'alternativa efficace e affettiva.

Ad oggi, abbiamo sviluppato un metodo di lavoro il cui nucleo sono i centri di ascolto di quartiere e la partecipazione sostanziale di persone che hanno vissuto situazioni di consumo di droghe, situazione di strada o altre importanti violazioni dei diritti. Con tutti loro, attiviamo dimensioni di accoglienza, formazione e celebrazione. Attualmente, integrano il movimento le seguenti organizzazioni e comunità:

- Caritas Chile
- PANAD (Pastorale Nazionale di Alcol e Droghe)
- Delegazione Episcopale per la pastorale sociale Caritas
- Vicariato Zona Centro

- Vicariato della Misericordia
- Policlinico Enrique Alvear
- Fondazione Hogar de Cristo
- Fondazione EDUCERE
- Fondazione DESPERTAR (Atacama)
- Fondazione Mujer Levántate
- Piccole Sorelle di Gesù
- Cappella Paolo VI, (Pudahuel)
- Cappella André Jarlan (Lo Espejo)
- Santuario Immacolata Concezione (San Ramón)
- Cappella de Las Ánimas (Santiago)
- Parrocchia Gesù Il Buon Pastore (Valparaíso)
- Cappella Spirito Santo (Copiapó)
- Comunità emergenti: Temuco e Osorno.

Parte V

Conclusione

Verso un manuale aperto

Capitolo 13

Un manuale aperto

13.1 | La rete dietro il manuale

Questo manuale non costituisce un punto di arrivo, ma il riflesso di un cammino ecclesiale condiviso che nasce dal grido dei nostri popoli e dall'impegno di una Chiesa in uscita. La rete che sostiene queste pagine è molto più ampia del testo stesso: è un tessuto di saperi e esperienze che coinvolge centinaia di agenti pastorali, équipe territoriali, professionisti e comunità di tutta l'America Latina e i Caraibi.

È fondamentale sottolineare che tutte le proposte sviluppate nella parte dell'*Agire* non sono teorie astratte, ma linee d'azione provate e suggerimenti pratici che stanno già trasformando realtà in diversi territori. Ogni criterio qui espresso è frutto di una riflessione critica sull'azione; ogni concetto trova il suo correlato nella realtà quotidiana delle nostre Chiese locali.

Riconosciamo che queste risposte in generale, da sole, non riescono a mettere in gioco tutte le dimensioni dell'essere umano. Ogni contributo è importante. Ma allo stesso tempo, data la complessità del fenomeno delle dipendenze, dalla rete e dal manuale assumiamo la sfida di sostenere uno sguardo integrale che eviti qualsiasi riduzionismo, comprendendo che la persona è un'unità indivisibile. Per questo, il manuale offre criteri e orientamenti invece di risposte chiuse, rispettando la singolarità di ogni processo di vita e di ogni comunità.

Dalla **PLAPA**, ci offriamo come un nesso affinché qualsiasi comunità o agente pastorale possa connettersi con le esperienze descritte in questo materiale. Crediamo nell'importanza degli incontri bilaterali e dello scambio di pratiche;

per questo, faciliteremo le connessioni necessarie affinché nessuno si senta solo in questa missione. Il manuale è, in ultima istanza, il volto visibile di una grande rete preesistente che cerca di organizzare la speranza nella nostra regione.

13.2 | La metodologia come lascito: Sinodalità nella pratica

Al di là dei contenuti tecnici e pastorali, questo manuale lascia come principale lascito una metodologia di lavoro che abbiamo denominato *epistemologia ascendente*. Questo approccio parte dalla premessa che il sapere non si impone da quadri teorici prestabiliti, ma nasce dall'ascolto attento dei territori e dal discernimento delle domande che sorgono nel fango della pratica quotidiana. La conoscenza qui plasmata è, pertanto, un sapere situato che riconosce l'autorità di coloro che camminano giorno dopo giorno accanto ai più vulnerabili.

Il processo di elaborazione è stato un esercizio concreto di *sinodalità*. La partecipazione di circa 300 agenti non è stata solo consultiva, ma costitutiva del testo. Attraverso questo cammino ecclesiale, abbiamo cercato che il manuale fosse uno spazio dove le diverse voci dell'America Latina e dei Caraibi si incontrassero e si riconoscessero, superando la frammentazione dei saperi per costruire uno sguardo integrale e condiviso.

In questo senso, la tecnologia ha giocato un ruolo fondamentale come strumento al servizio della comunione. L'uso dell'intelligenza artificiale e la sistematizzazione delle trascrizioni di riunioni virtuali hanno permesso di elaborare un volume immenso di contributi senza sacrificare la ricchezza originale delle testimonianze né la particolarità dei linguaggi locali. Questo dispiegamento tecnico non ha cercato di sostituire il pensiero umano, ma di salvaguardare la partecipazione comunitaria, assicurando che nessun contributo rimanesse escluso per limitazioni logistiche. Così, la sinodalità nella pratica dimostra che è possibile tessere reti di pensiero collettivo che sostengano la speranza e l'azione in tutta la regione.

13.3 | La proposta di un manuale *Rolling Release*

Questo documento si presenta sotto la modalità di *rolling release*, il che significa che non si considera un'opera terminata né statica, ma un materiale in aggiornamento continuo. Comprendiamo che il fenomeno delle dipendenze è estremamente dinamico: ogni giorno sorgono nuovi progressi scientifici, nuove risposte territoriali e modi più profondi di comprendere la complessità umana.

Per questo, questo manuale cerca di essere uno strumento flessibile che evolva al ritmo delle sfide che affrontiamo.

La proposta implica che, attraverso la rete della **PLAPA**, si stabiliscono meccanismi permanenti di partecipazione per l'incorporazione di nuovi elementi. La versione digitale sarà l'asse centrale di questo dinamismo, permettendo che gli aggiornamenti, le correzioni e i nuovi contributi si riflettano in modo agile, superando la fissità della carta stampata. Questo manuale è, in essenza, un impegno con l'apprendimento permanente e con la ricerca di ponti tra la scienza e la fede che offrano risposte efficaci ai nostri fratelli.

Per garantire la coerenza e la qualità tecnica e pastorale di questo processo, si dispone di un team curatore incaricato di valutare e incorporare sistematicamente i contributi della comunità. In questo modo, il manuale non solo cresce in volume, ma in profondità, assicurando che il sapere condiviso continui a essere un riflesso fedele della realtà e una guida sicura per l'azione.

13.4 | Criteri di applicazione e inculturazione territoriale

Questo manuale non pretende di imporre un modello unico di intervento né di offrire ricette infallibili applicabili in modo meccanico in qualsiasi luogo. Al contrario, il suo valore risiede nel proporre criteri e orientamenti pastorali che devono essere discerniti e inculturati in ogni territorio. Riconosciamo che le dipendenze si manifestano in forme diverse secondo il contesto geografico, sociale e culturale, il che esige una flessibilità che rispetti la singolarità di ogni processo di vita in contesti diversi.

L'applicazione degli strumenti qui descritti richiede un esercizio previo di ascolto della propria realtà. Non si tratta di trasferire esperienze da un paese all'altro senza mediazione, ma di estrarre i principi soggiacenti affinché ogni équipe locale possa dare la propria risposta creativa. Il manuale si presenta come un quadro di riferimento che prende vita quando si incarna nel linguaggio e nelle pratiche dei quartieri, delle parrocchie e dei centri di accompagnamento della nostra regione.

In questo senso, l'inculturazione non è solo un adattamento tecnico, ma un atto di rispetto per la storia di ogni popolo e la dignità di ogni persona. Invitiamo gli agenti pastorali a utilizzare questo materiale come una guida per la riflessione critica, permettendo che le particolarità del contesto illuminino e arricchiscano le proposte generali. Solo attraverso uno sguardo situato e impegnato con il

territorio, l'accompagnamento potrà essere veramente efficace e trasformatore, evitando risposte disincarnate che non rispondano al grido reale dei nostri fratelli.

13.5 | I meccanismi di collaborazione

La partecipazione attiva è il motore che permette a questo manuale di mantenersi come un'opera in costruzione permanente. A tal fine, sono stati stabiliti canali di comunicazione attraverso il sito web ufficiale della PLAPA dove le équipe territoriali possono inviare i loro contributi. I contributi possono essere consegnati direttamente attraverso quel canale digitale, o attraverso l'équipe della Pastorale Nazionale delle Dipendenze, in quei paesi dove l'organismo sia già costituito.

Questi apporti possono spaziare da correzioni di stile e forma a osservazioni concettuali e di fondo che sfidino o completino i contenuti attuali. Il processo di collaborazione cerca di emulare la dinamica sinodale della prima revisione del testo, nella quale diversi agenti realizzarono apporti significativi che furono integrati per arricchire lo sguardo integrale del manuale.

Invitiamo i lettori a non essere ricevitori passivi, ma a condividere le loro esperienze e riflessioni critiche sulla prassi nel territorio. Ogni suggerimento ricevuto è un'opportunità affinché il manuale sia un riflesso più fedele di ciò che i nostri fratelli e sorelle stanno vedendo oggi nelle parrocchie e nei centri di accompagnamento.

13.6 | Il team curatore

Per salvaguardare la coerenza tecnica e lo spirito pastorale di questo materiale, è stato costituito un team incaricato di valutare e incorporare sistematicamente le correzioni della comunità. Questo team è composto da un referente delle Pastorali Nazionali, in quei paesi dove è costituito l'organismo, e da referenti delle istituzioni ecclesiali che si dedicano al tema in più di un paese. La designazione di ogni curatore deve essere sostenuta da una lettera di referenza della sua organizzazione, diretta alla **PLAPA**, e ha una durata di tre anni.

Questo team curatore ha la missione di discernere i contributi ricevuti, assicurando che gli aggiornamenti mantengano l'armonia con lo sguardo integrale e territoriale che definisce l'identità della nostra rete. Il ruolo della curatela non cerca di restringere la partecipazione, ma di organizzare il sapere condi-

viso affinché lo strumento conservi la sua efficacia tecnica e la sua profondità spirituale.

Il team curatore si riunirà ogni 4 mesi, al fine di valutare le proposte di correzione o ampliamento che sono pervenute durante quel periodo. Le date delle riunioni saranno pubblicate sul sito web ufficiale, così come le decisioni del team curatore.

Attraverso questo team, si garantisce che il manuale cresca in volume e qualità, incorporando i progressi scientifici e pastorali che sorgono dal dialogo permanente tra la scienza e la fede.

13.7 | Le versioni del manuale

Per rispondere alle diverse necessità di formazione e consultazione nei territori, questo materiale si presenta in due formati complementari che permettono di sfruttare al massimo il suo potenziale pedagogico e pastorale.

La versione fisica è pensata per favorire una lettura lineare e sistematica, permettendo che l'agente pastorale percorra il cammino logico della proposta, dall'analisi della realtà alla fondamentazione teorica e all'implementazione di risposte concrete. È il supporto ideale per chi inizia il proprio cammino in questa pastorale o desidera realizzare una riflessione profonda e ponderata sui contenuti.

D'altra parte, la versione virtuale costituisce l'asse del dinamismo del manuale. Incorporando un sistema di collegamenti ipertestuali, permette una navigazione integrale che mette in relazione i temi tra loro, superando la frammentazione e favorendo una visione d'insieme indispensabile per l'approccio alle dipendenze. Nell'ambiente digitale, i contenuti cessano di essere compartimenti stagni per trasformarsi in una rete di saperi connessi.

Dato che questo manuale funziona sotto la logica del *rolling release* o aggiornamento continuo, è fondamentale che gli utenti identifichino con precisione quale versione del materiale stanno consultando. A tal fine, abbiamo stabilito una nomenclatura tecnica che accompagnerà ogni edizione:

- L'identificazione si compone della lettera «v» seguita dalle ultime due cifre dell'anno e dal numero della revisione corrispondente.
- È stato previsto un ciclo di tre correzioni annuali per incorporare sistematicamente i contributi della rete e i progressi scientifici.

- In questo modo, una versione etichettata come **v26.1** indica che si tratta della prima revisione realizzata durante l'anno 2026.

Questo sistema di versionamento assicura che le équipe della **PLAPA** e gli agenti territoriali lavorino sempre sul materiale più aggiornato, garantendo che gli aggiornamenti si riflettano prima nella versione digitale prima di passare a nuove stampe fisiche.

13.8 | Dimensione profetica e incidenza politica

L'accompagnamento ai fratelli in situazione di consumo non può esaurirsi nel sollievo delle ferite individuali; esige anche un impegno deciso con la trasformazione delle strutture di esclusione che generano quella sofferenza. Ispirati dalla nozione di carità politica, comprendiamo che la missione della Chiesa e della rete della **PLAPA** include il compito di denunciare le strutture che soffocano la vita nei nostri territori. Questo implica passare dall'assistenza immediata all'incidenza strategica, alzando la voce di fronte alle realtà che causano dolore nei nostri popoli.

La dimensione profetica del nostro lavoro si manifesta nella denuncia dell'impatto del narcotraffico e della globalizzazione del crimine organizzato, fattori che compromettono l'integrità della persona e la vita dei più giovani. Allo stesso tempo, ci sentiamo chiamati a interpellare gli Stati per la creazione e il sostegno di politiche pubbliche di cura e salute integrale che siano veramente umanizzanti e territoriali. Riconosciamo che nell'apertura che avremo verso le piaghe della società si gioca la nostra stessa salvezza, poiché in quelle ferite abita lo stesso Gesù Cristo.

La nostra incidenza politica non cerca il potere, ma la giustizia sociale e la protezione della dignità assoluta e inalienabile di ogni essere umano. Attraverso il lavoro in rete con altri attori sociali, cerchiamo che il diritto a una vita con senso sia una realtà per tutti, specialmente per chi abita le periferie del consumo.

13.9 | L'erogazione e la certificazione dei corsi

Questo manuale trascende la sua funzione come materiale di consultazione per costituirsi nel fondamento di un itinerario formativo sistematico destinato agli agenti pastorali di tutta la regione. L'erogazione dei corsi basati su questi contenuti si realizzerà in modo decentralizzato, coinvolgendo attivamente

le Pastorali Nazionali delle Dipendenze e le diverse istituzioni ecclesiali che integrano la nostra rete territoriale.

Per garantire che la formazione impartita sia fedele allo spirito e ai contenuti di quest'opera, il **team curatore** sarà l'incaricato di certificare i corsi che si svilupperanno nei diversi territori. Questo meccanismo di certificazione ha come obiettivo verificare la conformità delle proposte formative locali con i criteri e gli orientamenti qui plasmati, assicurando che si rispetti lo sguardo integrale e l'approccio della Persona Prima di Tutto.

In questo modo, l'avallo del team curatore assicura che la formazione ricevuta non sia un fatto isolato, ma parte di un processo di apprendimento permanente che evolve man mano che il manuale incorpora nuove revisioni e contributi della comunità. La certificazione rappresenta, in ultima istanza, una garanzia di coerenza tecnica e profondità spirituale per tutti gli agenti che si impegnano con il servizio e l'accompagnamento dei nostri fratelli.

13.10 | Un orizzonte di speranza: La luce nel cammino

Nel concludere questo manuale, dobbiamo riaffermare che la nostra speranza non è riposta in un punto di arrivo idealizzato, ma nel cammino stesso che percorriamo insieme ai nostri fratelli: Gesù Cristo è via, verità e vita. Nella pastorale delle dipendenze, corriamo il rischio di misurare il successo unicamente per l'eradicazione del sintomo o il raggiungimento di mete terapeutiche; tuttavia, la vera luce non è la fine del tunnel, ma il bagliore di dignità che brilla in ogni passo condiviso. Se alimentiamo la nostra speranza solo con la luce di coloro che *sono arrivati*, la frustrazione finirà per vincerci di fronte ai processi più lenti o dolorosi. La speranza cristiana è, fondamentalmente, una speranza nel cammino.

Il fatto che la Chiesa decida di rimanere ai piedi della croce, camminando accanto ai nuovi crocifissi di oggi, costituisce in sé stesso un successo che trascende la logica dell'efficacia. La nostra missione non è quella dello specialista che cerca solo di guarire, ma quella della comunità che sa restare nel silenzio del sepolcro, abbracciando la vita spezzata anche quando non ci sono soluzioni immediate. Scopriamo che nel dolore e nella morte che portano le dipendenze esiste un'occasione privilegiata per incontrare il Crocifisso, e è precisamente in quell'abbraccio dove si pregusta la risurrezione.

Che le persone più spezzate trovino nella Chiesa una famiglia che le abbraccia

e le chiama per nome è il segno più eloquente della presenza di Gesù tra noi. In questo modo le nostre parrocchie non sono istituzioni amministrative ma una casa e una mensa condivisa dove l'orfanità si cura con la prossimità e la tenerezza. Lì dove il mondo scarta, la Chiesa sceglie il luogo del servizio, assumendo la responsabilità condivisa di non lasciare nessuno solo nel cammino.

Facciamo nostra la preghiera della Chiesa affinché questa missione sia feconda:

> *Donaci Signore, viscere di misericordia di fronte a ogni miseria umana. Ispiraci il gesto e la parola opportuna di fronte al fratello solo e abbandonato. Aiutaci a mostrarci disponibili di fronte a chi si sente sfruttato e depresso. Che la tua Chiesa, Signore, sia un recinto di verità e di amore, di libertà, di giustizia e di pace affinché tutti trovino in essa un motivo per continuare a sperare.*
>
> ***Preghiera Eucaristica Vb***

Affidiamo tutto il nostro lavoro, le nostre gioie e le nostre frustrazioni alla protezione materna della Vergine Maria, chiedendole che ci insegni a rimanere, come lei, ai piedi delle croci dei nostri quartieri:

Benedetta sia la tua purezza e eternamente lo sia,
poiché tutto un Dio si ricrea in così graziosa bellezza.
A Te, celeste principessa, Vergine Sacra Maria,
io ti offro in questo giorno, anima, vita e cuore.
Guardaci con compassione, non lasciarci, Madre mia.

Non sono qui io, che sono tua madre?
Non sei sotto la mia ombra e la mia protezione?
Non sono io la fonte della tua gioia?
Non sei nel cavo del mio manto,
nell'incrocio delle mie braccia?
Hai bisogno di qualche altra cosa?

Fonti del Magistero e documenti ecclesiali citati

Sacra Scrittura

Le citazioni bibliche nel corso del manuale seguono il testo della Bibbia di Gerusalemme.

Antico Testamento

Gen 1, 26-27
Creazione dell'essere umano a immagine e somiglianza di Dio. pag. 178

Gen 2, 7
Il soffio della vita. pag. 174

Gen 2, 15
Il mandato di coltivare e custodire il giardino. pag. 119

Gen 4, 9
«Dov'è tuo fratello?». pag. 440 e 526

Nm 11, 5
La tentazione di tornare alle cipolle d'Egitto. pag. 39

Dt 30, 19
Pongo oggi davanti a te la vita e la morte. pag. 490

Sal 63, 7
L'abisso che ci abita. pag. 79

Qo 1, 2.14
Vanità delle vanità. pag. 197

Is 53, 4-5
Si è caricato delle nostre sofferenze, è stato trafitto per le nostre ribellioni. pag. 32

Ger 2, 13
Cisterne screpolate che non trattengono l'acqua. pag. 194

Mi 6, 8
Praticare la giustizia, amare la misericordia, camminare umilmente con Dio. pag. 164

Nuovo Testamento

Mt 25, 35
Ero forestiero e mi avete ospitato. pag. 161

Mt 25, 36
Ero malato e mi avete visitato. pag. 24

Mc 3, 33-35
Chi è mia madre e chi sono i miei fratelli? pag. 107

Mc 6, 31
Venite in disparte, in un luogo solitario, e riposatevi un po'. pag. 166

Mc 8, 36
Che giova all'uomo guadagnare il mondo intero se perde la propria anima? pag. 297

Lc 4, 18-19
Lo Spirito del Signore è sopra di me. pag. 121

Lc 5, 31
Non sono i sani che hanno bisogno del medico. pag. 219

Lc 10, 33-34
Il buon samaritano. pag. 417

Lc 14, 21-23
Conduci qui i poveri, gli storpi, i ciechi e gli zoppi. pag. 168

Lc 15, 17
Il figlio prodigo torna in sé. pag. 201

Lc 15, 20
Il padre gli corre incontro. pag. 420

Lc 19, 5
Zaccheo, scendi subito. pag. 143

Lc 22, 31-34.61-62
Ho pregato per te, perché la tua fede non venga meno. pag. 286

Lc 23, 39.43
I due malfattori crocifissi con Gesù. pag. 23

Lc 24, 13-35
I pellegrini di Emmaus. pag. 70, 75, 412 e 482

Gv 6, 35.51
Io sono il pane della vita. pag. 220

Gv 10, 3
Chiama le sue pecore per nome. pag. 92

Gv 13, 35
Da questo tutti sapranno che siete miei discepoli. pag. 244

Gv 14, 18
Non vi lascerò orfani. pag. 186

Rm 7, 19
Non faccio il bene che voglio, ma il male che non voglio. pag. 378

2Cor 5, 21
Colui che non aveva conosciuto peccato, lo fece peccato per noi. pag. 32

Gal 5, 1
Cristo ci ha liberati per la libertà. pag. 190

Gal 5, 22
Il frutto dello Spirito. pag. 227

Ef 5, 14
Svégliati, tu che dormi, sorgi dai morti. pag. 204

Eb 13, 2
Non dimenticate l'ospitalità. pag. 105

Gc 1, 19
Pronto ad ascoltare, lento a parlare. pag. 324

Documenti pontifici

Paolo VI,
Evangelii Nuntiandi. Esortazione apostolica sull'evangelizzazione nel mondo contemporaneo (1975). pag. 66

Giovanni Paolo II,
Familiaris Consortio. Esortazione apostolica sulla missione della famiglia cristiana nel mondo attuale (1981). pag. 66

Giovanni Paolo II,
Evangelium Vitae. Enciclica sul valore e il carattere inviolabile della vita umana (1995). pag. 68

Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute,
Chiesa, droga e tossicomania. Manuale pastorale (2001). pag. 66, 69 e 75

Benedetto XVI,
Deus Caritas Est. Enciclica sull'amore cristiano (2005). pag. 465

Francesco,
Evangelii Gaudium. Esortazione apostolica sull'annuncio del Vangelo nel mondo attuale (2013). pag. 23, 35, 39 e 419

Francesco,
Laudato Si'. Enciclica sulla cura della casa comune (2015). pag. 72 e 499

Francesco,
Amoris Laetitia. Esortazione apostolica sull'amore nella famiglia (2016). pag. 67, 72, 97, 101, 106, 111, 117, 220, 257, 416 e 443

Francesco,
Christus Vivit. Esortazione apostolica postsinodale ai giovani e a tutto il popolo di Dio (2019). pag. 48

Francesco,
Fratelli Tutti. Enciclica sulla fraternità e l'amicizia sociale (2020). pag. 45

Leone XIV,
Discorso in occasione della Giornata Internazionale contro l'Abuso e il Traffico Illecito di Droga (26 giugno 2025). pag. 78

Leone XIV,
Dilexi Te. Esortazione apostolica (2025). pag. 79

Leone XIV,
Magnifica Humanitas. Enciclica (2026). pag. 79

Catechismo e testi dottrinali

Catechismo della Chiesa Cattolica (1992). pag. 31 e 66

Pontificio Consiglio per la Famiglia,
Orientamenti pastorali (1987). pag. 66

Conferenze episcopali

CELAM,
V Conferenza Generale dell'Episcopato Latinoamericano e dei Caraibi. Documento di Aparecida (2007). pag. 19, 22 e 66

CECh,
Annunciare Gesù Cristo camminando insieme. Orientamenti Pastorali 2023 – 2026. Conferenza Episcopale del Cile. pag. 526

Fonte tecnica di riferimento

CICAD/OEA,
Curriculum sulle dipendenze per leader della fede. Commissione Interamericana per il Controllo dell'Abuso di Droghe, Organizzazione degli Stati Americani. pag. 27 e 28

PLAPA,
Documento fondativo della Pastorale Latinoamericana di Accompagnamento e Prevenzione delle Dipendenze (2023). pag. 20 e 484

PLAPA,
Lettera alla Chiesa dell'America Latina e dei Caraibi (2023). pag. 20

Riferimento patristico

Sant'Agostino d'Ippona,
Citato da Leone XIV nel Discorso del 26 giugno 2025, in riferimento alla ricerca della pace e della gioia come struttura del desiderio umano. pag. 79

Testi liturgici e devozionali

Preghiera Eucaristica Vb. pag. 538

Preghiera tradizionale *Benedetta sia la tua purezza*. pag. 538

Parole della Vergine di Guadalupe a San Juan Diego (*Nican Mopohua*, 1531). pag. 538

Fonti cliniche menzionate

DSM-5. Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali, 5ª edizione. pag. 274 e 403

ICD-11. Classificazione Internazionale delle Malattie, 11ª revisione (2022). pag. 274

MANUALE DI

PASTORALE LATINOAMERICANA

PER L'ACCOMPAGNAMENTO E LA PREVENZIONE DELLE DIPENDENZE

CELAM
CONSEJO EPISCOPAL LATINOAMERICANO Y CARIBEÑO

P.L.A.P.A