

**Dr. ssa Querini Patrizia**

## **IL TOSSICODIPENDENTE DIVENTA GENITORE: PROBLEMATICHE DI INTEGRAZIONE TRA SERVIZI**

**Parole chiave:** gruppo interservizi, parallelismo operatore/paziente, dalla diade alla triade, superamento della frammentazione degli interventi, dalla visione dicotomica a un'operatività integrata tra servizi, parallelismo tra gruppo all'interno del Ser.T e gruppo interservizi

### **Riassunto**

Il Servizio Tossicodipendenze di Venezia ha attivato un gruppo interservizi con l'obiettivo di superare la frammentazione degli interventi rivolti al tossicodipendente che diventa genitore.

Le Autrici ripercorrono i passaggi più salienti emersi nelle discussioni del gruppo interservizi.

Nei primi incontri prevale **la diffidenza e la critica**, ognuno si esprime restando arroccato sulle proprie posizioni, difendendo il suo operato e accusando gli altri Servizi di inadempienza.

Col procedere del confronto e con l'acquisizione della capacità di comprendere l'uno le ragioni dell'altro, si è arrivati a una **relazione più integrata** in cui ognuno, col sostegno del gruppo, ha potuto sopportare di rinunciare alle fantasie di onnipotenza e ha potuto collaborare costruttivamente alla stesura di un protocollo operativo interservizi.

Alla fine del percorso diviene chiaro in tutti gli operatori che la possibilità di lavorare secondo criteri di efficacia e di efficienza in favore del paziente, ha a che fare con il raggiungimento di un pensiero integrato tra i Servizi.

Solo il **superamento della posizione "schizo-paranoide"**, che mantiene elevata la conflittualità tra i Servizi, e la **possibilità di approdare**, attraverso un processo maturativo, a **una posizione "depressiva"**, permette ai singoli operatori di mettere le proprie specifiche competenze professionali al servizio di un progetto comune.

Soltanto così la rete dei Servizi potrà non colludere con le parti scisse del paziente e fungere da contenitore nel suo percorso evolutivo.

Orna Albertina

## **DIPARTIMENTO DELLE DIPENDENZE – ULSS 20 - Progetto “MADRE BAMBINO”**

Il progetto cura in particolare la **presa in carico** della tossicodipendente gravida attraverso gli interventi di una rete di servizi e, dove se ne valuti la necessità, con un'accoglienza residenziale.

Il progetto si pone come contesto privilegiato in cui si accolgono i bisogni e si potenziano le risorse delle pazienti tossicodipendenti, ed eventualmente dei rispettivi partner, per quanto riguarda la loro funzione genitoriale.

Destinatarie del progetto sono donne tossicodipendenti in stato di gravidanza, o con bambini piccoli.

Per accedere al progetto **non** viene obbligatoriamente **richiesta la condizione drugfree**. Si sottolinea l'importanza soprattutto in caso di gravidanza di offrire tutte le risorse possibili anche a chi ancora non ha smesso l'uso di sostanze; ovviamente, in questi casi, si instaurerà immediatamente una terapia sostitutiva per ridurre i rischi connessi all'uso di sostanze sia per la madre, sia per il feto.

Il progetto individuale prevede anche il **coinvolgimento di familiari significativi e dei partners** delle donne accolte, con l'obiettivo di accompagnare anche loro in un percorso di paternità. Il loro coinvolgimento, però, è previsto solo nel caso in cui ne sentano l'esigenza e si dimostrino motivanti a partecipare al progetto.

**Dr. Panza Maurizio**

## **Presentazione Comunità Terapeutica "Buon Pastore" Varazze (SV)**

**Parole chiave:** C.T. "Buon Pastore" Varazze - Donne tossicodipendenti anche con figli - Sostegno alla famiglia e alla maternità - Il progetto terapeutico

### **Riassunto:**

Il Centro Accoglienza di Varazze (SV) è sorto nel 1981 per sostenere il cammino di donne con problemi di tossicodipendenza, che vengono accolte insieme agli eventuali figli minori. Crediamo che investire sul sostegno alla famiglia e alla maternità incida sul "problema droga" proprio perché, come determinante è stato il suo ruolo nella formazione e crescita dell'individuo, altrettanto potrà esserlo nel momento del recupero-reinserimento.

L'esperienza della maternità può favorire l'avvio di un ripensamento circa uno stile di vita incentrato sulla dipendenza. La strada verso la responsabilizzazione è, tuttavia, difficile: concentrate sui propri bisogni, le gestanti tossicodipendenti mancano del senso dell'attesa del figlio e faticano a costruirsi una rappresentazione mentale del bambino e dei compiti di cura che competeranno loro dopo la nascita.

Il bisogno del figlio non è solo quello di un accudimento fisico, ma è principalmente quello di essere accolto dalla madre, di poterla sentire presente. E' questa la direzione verso cui sono rivolti i nostri interventi con le madri, affinché riescano a riconoscere l'importanza del loro delicato ruolo e ad assumersene la responsabilità e i doveri conseguenti. L'obiettivo è centrato non soltanto sulla madre, ma anche sulla relazione con il bambino e, attraverso il bambino, con il padre e con altri familiari che dimostrino di esser consapevoli delle responsabilità che loro competono.

Il progetto terapeutico è basato sul dialogo e sul continuo approfondimento della conoscenza di sé per sviluppare la relazione con gli altri: il rapporto madre-figlio costituisce il luogo privilegiato per la crescita della madre e contemporaneamente è strumento efficace di comunicazione con gli altri. Il lavoro creativo, il dialogo, la correzione vicendevole, l'ascolto, la conoscenza ed il mutuo sostegno formano la trama costante dell'esperienza di condivisione e di crescita.

Il progetto terapeutico individuale per obiettivi personalizzati, della durata di due anni, è concordato e periodicamente verificato con l'operatore e l'équipe, anche attraverso riunioni di gruppo, colloqui personali, attività lavorative, momenti di formazione, diverse attività organizzate, momenti informali di aggregazione, verifiche collettive trimestrali. Dal 14° mese di Comunità brevi permessi facilitano la ripresa dei contatti con l'esterno in vista del rientro definitivo.

Prima della conclusione del percorso, in collaborazione con il Ser.T. e i Servizi Sociali di riferimento, si definisce un progetto di reinserimento che può prevedere le dimissioni, l'inserimento in appartamenti protetti della Comunità con lavoro esterno, il prolungamento del programma, a seconda delle esigenze della madre e del bambino.

**Dr. ssa Picciolini Anna**

**Valutazione dell'offerta di programmi di assistenza per le problematiche specifiche delle donne tossicodipendenti e dei loro figli**

Il titolo di questa relazione è quello di una ricerca che il Ministero della sanità ha affidato a Parsec circa due anni fa e di cui sono la coordinatrice. Siamo adesso alla conclusione dell'indagine sul campo e quindi in grado di proporre i primi risultati alla riflessione di un gruppo qualificato di operatori e operatrici del settore.

Sul sito che abbiamo aperto poco dopo l'avvio della ricerca, "indipendenzadonna.org", abbiamo registrato più di 100 "programmi mirati" ad affrontare le problematiche specifiche delle donne tossicodipendenti. Sottolineo "delle donne", viste cioè non esclusivamente nella condizione di "madri".

A questo numero di interventi corrisponde un numero più limitato di strutture, perché alcune di esse, soprattutto quelle riconducibili all'area abitualmente definita del "privato sociale", gestiscono una pluralità di interventi, svolgono più di un'attività.

Sono circa una cinquantina quindi le strutture, pubbliche o private, che operano in questo campo, dedicando alle donne una particolare attenzione, dichiarando qualche volta esplicitamente di usare la "differenza di genere" come chiave di lettura del fenomeno, come categoria interpretativa della tossicodipendenza e come "filosofia" sottesa ai programmi di assistenza.

Non è forse inutile dire rapidamente che cosa si intende per differenza di genere: non la differenza sessuale in senso biologico, ma la differenza fra la costruzione sociale del maschile e del femminile come sistemi simbolici e valoriali (di valori).

Il sesso anagrafico, cioè, non è una variabile come le altre, ma definisce l'universo oggetto della rilevazione in un modo altro rispetto a quanto fanno le classiche variabili socio-demografiche (età, condizione lavorativa, ecc. ecc.).

Questo dovrebbe valere ancora di più di fronte ad un fenomeno come la tossicodipendenza, soprattutto quella da eroina: dal punto di vista quantitativo sappiamo, fin dalle prime rilevazioni, che le donne tossicodipendenti sono sempre state e ancora sono una netta minoranza rispetto agli uomini tossicodipendenti. Di contro, se consideriamo le persone che si occupano della tossicodipendenza altrui, vediamo che le operatrici sono più degli operatori, e le madri/sorelle/mogli/fidanzate che si prendono cura degli uomini tossicodipendenti sono più dei padri/fratelli/mariti/fidanzati che fanno lo stesso nei confronti delle donne.

Di fronte ad un fenomeno così evidentemente segnato dalla categoria di "genere", l'approccio, sia per quanto riguarda l'analisi sociologica, che per quanto riguarda i programmi di assistenza, non può essere neutro (*gender blind*).

Cerchiamo di dare alcuni esempi, provando a leggere in termini di differenza di genere alcuni snodi significativi del percorso che porta prima all'instaurarsi della tossicodipendenza e poi a cercare di uscirne:

- l'instaurazione di un processo di "dipendenza" ha a che fare con il senso di sé, il rapporto con il fuori di sé, l'altro da sé, ha a che fare con il senso di responsabilità, l'autonomia, l'autostima (su tutti questi punti la costruzione dell'identità personale passa attraverso percorsi nettamente differenti per maschi e femmine)
- la dipendenza da sostanze psicotrope, in quanto illegali, presenta caratteristiche di trasgressione che possono renderla un percorso più attraente (o più facile) per un ragazzo che per una ragazza (qui però bisogna fare attenzione al passaggio generazionale, alle figlie delle donne "emancipate" per le quali la trasgressione potrebbe risultare più attraente, proprio perché si sentono "uguali agli uomini")
- le modalità di reperimento del denaro sono determinate da fattori legati alla condizione di dipendenza (il tipo di sostanza e il suo costo, la frequenza e le modalità di uso...), e da fattori legati al soggetto dipendente (fra cui l'essere uomo o donna in una società che, comunque, offre/consente a uomini e donne opportunità diverse di accesso al lavoro, di disponibilità di denaro, ecc...)
- la reazione del contesto (familiare e/o amicale) alla condizione di tossicodipendenza scoperta e/o dichiarata tende a colpevolizzare più la donne che l'uomo tossicodipendente
- anche il rapporto con i servizi presenta aspetti contraddittori e differenziati: le donne hanno più disponibilità ad un rapporto con il medico (in generale), accettano più facilmente di essere soggetti "deboli" e bisognosi di cura, ma in questo caso lo stigma, la colpevolizzazione, può tenerle lontane
- nei servizi, gli operatori, che sono per lo più operatrici, condividono spesso, magari inconsapevolmente, lo stesso giudizio di "colpevolezza", e quindi accusano, anche se non esplicitamente, la donna tossicodipendente di non essersi attenuta ad un modello femminile socialmente accettato, di cui il senso di responsabilità e la non-trasgressione sono parti fondanti
- comunque, per bene che vada, i servizi, le loro regole, i progetti di "recupero", le terapie di sostegno psicologico, sono stati "tarati" sulla figura del maschio tossicodipendente, statisticamente maggioritaria, spesso senza intenzione, senza neppure la consapevolezza di aver adottato un'ottica *gender blind*

- per tutto questo (e non solo) l'uscita dalla dipendenza è più difficile per una donna che per un uomo tossicodipendente, più faticosa la strada verso una ridefinizione di sé come persona, per la quale la responsabilità verso sé stessa diventi più importante della sensazione di colpevolezza verso il mondo e l'autonomia sia in grado di sostituire la dipendenza.

A costo di essere banale, dico che anche di fronte all'evento genitorialità c'è una evidente asimmetria fra donne e uomini, data anche l'asimmetria, biologica e sociale, dei due sessi/generi rispetto alla riproduzione. Quando si parla quindi della genitorialità come un elemento che può essere positivo nella vita di un/a persona tossicodipendente, in quanto, potenzialmente, capace di portare all'uscita dalla tossicodipendenza, questo significa cose molto diverse se la persona che abbiamo davanti è una donna in gravidanza o il padre del bambino. La costruzione sociale del ruolo materno e paterno continua a caricare la donna/madre della maggior parte delle responsabilità di cura verso la prole. Questa asimmetria è più giustificata prima della nascita del bambino, ma continua anche dopo la nascita, quando l'assunzione di responsabilità potrebbe essere tendenzialmente paritaria.

Sulla base di queste ipotesi di lavoro abbiamo prima di tutto messo a punto una mappatura dell'offerta di assistenza, per condurre un'analisi più dettagliata su una trentina di interventi.

L'impianto di tutta la ricerca è squisitamente qualitativo: semplificando non ci interessava tanto capire quanti servizi o strutture hanno interventi mirati alle problematiche specifiche delle donne tossicodipendenti e quanti impostano la loro offerta in maniera neutra, ma ci interessava vedere "che cosa fa chi fa interventi mirati", con quale organizzazione, con quale filosofia di intervento.

Non darò quindi, né ci saranno, se non eccezionalmente, nel rapporto di ricerca, dati percentuali. Noi pensiamo di aver fotografato alcune realtà importanti, forse tutte, e quella che ne emerge è una "fotografia di gruppo".

La tipologia di servizio più diffusa è quella della Comunità terapeutica, in particolare residenziale, spesso mista, ma con programmi almeno parzialmente differenziati, che prevedono un percorso terapeutico riabilitativo, di durata variabile fra i 6 mesi e i tre anni.

Solo in un piccolo numero di casi siamo davanti a una Casa-famiglia che accoglie la diade madre-bambino. Abbiamo poi "censito" alcuni SerT e alcuni interventi molto particolari. Ne cito due: l'iniziativa di un'Associazione che organizza gruppi a cui partecipano tutte le donne utenti di alcune comunità; uno sportello di informazione e orientamento, presso un carcere, rivolto alle donne, non solo tdip.

Una prima osservazione: non è la natura pubblica o privata della struttura che "assiste" a caratterizzare l'intervento: le differenze fra SerT e comunità ci sono, ma sono altre. Ne sottolineiamo due: i primi, i SerT, sono strutture di appoggio per persone che rimangono nel contesto di appartenenza, le

seconde, le CT, si sostituiscono al contesto, ritenendolo tale da impedire un percorso di uscita dalla dipendenza. Una seconda differenza è che i SerT sono quasi sempre nodi di una rete di servizi diversi, con i quali condividono protocolli di intervento spesso formalizzati, mentre la rete di cui fa parte una CT è spesso costituita dalle altre CT o dagli altri servizi che fanno riferimento alla stessa organizzazione. E' ovvio che non si può definire "di rete" per esempio, il rapporto con il SerT che manda le utenti. Lo è solo a certe condizioni.

Su tutto questo comunque stiamo ancora lavorando, attraverso lo studio di alcuni casi più emblematici.

Andiamo avanti. La scelta di organizzare un servizio in grado di offrire programmi di assistenza a donne tossicodipendenti nasce quasi sempre come risposta a un bisogno percepito da chi già gestisce una struttura "mista". Un SerT, una Cooperativa sociale, un Ordine religioso, una Comunità terapeutica, già operanti nel campo della tossicodipendenza, si pongono il problema.

Una comunità per mamme a bambini è nata dall'esperienza di un centro di ascolto; un'altra come risposta a un bisogno individuato a livello di parrocchia e gestito all'inizio dagli stessi genitori di ragazzi tdip, L'iniziativa dei genitori la si trova spesso. Più eccezionalmente c'è una richiesta esplicita da parte di tossicodipendenti madri, che temono, rischiano di vedersi legalmente sottratto il bambino dal Tribunale dei minori.

In un caso ci è stato detto che l'Ordine religioso che gestiva alcune comunità terapeutiche inizialmente riteneva rari i casi di tdip fra le donne e poi è stato costretto a misurarsi con un bisogno sociale (affidando la gestione della nuova comunità a un Ordine di suore)

Non si può quasi mai parlare di un esplicito "approccio di genere". Tale approccio semmai, ma non sempre, nasce dopo: prima c'è una realtà che appare non interamente riconducibile agli schemi collaudati in anni di servizi di assistenza, servizi intenzionalmente rivolti alla persona nella sua individualità, ma di fatto costruiti in base alle esperienze maturate a confronto con la schiacciante maggioranza di utenti maschi.

Ma su questo aspetto ritornerò nell'ultima parte di questo intervento

**Valutazione:** che cosa possiamo intendere per valutazione in questo contesto? La valutazione dell'attività dei servizi, dovrebbe dare indicazioni ai decisori delle politiche pubbliche, dimostrando l'efficacia o meno degli interventi. Di fronte a strutture che erogano servizi, infatti, l'analisi dell'efficienza (cioè del rapporto fra risorse, umane, finanziarie, ecc. e risultati) è di gran lunga meno utile e significativa dell'analisi dell'efficacia (cioè del rapporto fra servizio erogato e bisogni dell'utenza). L'efficacia è certamente di più difficile misurazione, e sconta la difficoltà anche concettuale, oltre che empirica, di una corretta misurazione dei bisogni (per definizione in larga misura impliciti e inespressi).

Assumiamo comunque che un intervento efficace è quello in grado di soddisfare i bisogni dell'utenza. Ma come definire l'utenza? Potrebbe

essere quella potenziale, cioè le donne tossicodipendenti in una particolare area territoriale (il bacino d'utenza appunto) alle quali offrire programmi per uscire dalla dipendenza, programmi non necessariamente collegati all'evento maternità. Oppure l'utenza effettiva, cioè le donne che sono a contatto con il servizio (o con altri servizi con esso collegati), che ad esso si rivolgono, magari saltuariamente, che hanno stabilito un rapporto, magari esile, con qualche operatrice, o operatore. Direi che allo stato delle cose, ci dobbiamo, ci possiamo accontentare della capacità di rispondere ai bisogni di chi è già nell'area: la maggior parte delle strutture non è neppure organizzata per rilevare dati sull'utenza potenziale, in molti casi (soprattutto per le comunità terapeutiche) non ha nemmeno senso parlare di bacino di utenza, perché le ospiti arrivano anche, talvolta prevalentemente, da altre regioni.

I SerT sembrano avere qualche strumento di conoscenza del contesto e registrano fenomeni confermati intuitivamente da altri/e: aumento di età per l'eroina, in genere, modifiche nei consumi: meno eroina e più cocaina, in calo l'Hiv e la mortalità per Aids. Da fonti più legate alla realtà ospedaliera sembra esserci una divaricazione fra tossicodipendenza e Hiv (parliamo in questo caso di donne in gravidanza). Le donne tossicodipendenti sono più raramente sieropositive (vecchia ricerca della fine degli anni '80 sulle modifiche dei comportamenti), mentre le donne sieropositive spesso non sono tossicodipendenti, ma il partner è sieropositivo.

Torniamo ai bisogni. Per comodità abbiamo provato a raggruppare i bisogni delle donne tossicodipendenti in una sorta di sequenza temporale: bisogni di una donna, di una donna in gravidanza, di una madre.

1. Bisogni di una **donna tossicodipendente**: essere accompagnata verso una ricostruzione di sé che accentui gli elementi di autonomia, di responsabilità verso sé stessa, e quindi di cura di sé. Particolare attenzione va portata al concetto di responsabilità, troppo spesso (per le donne più che per gli uomini) identificato esclusivamente con la responsabilità verso l'altro/a.

Cruciale è il concetto di autonomia: la falsa emancipazione dell'assunzione di sostanze come trasgressione, che si traduce in "dipendenza"; la dipendenza dal partner come strada verso la dipendenza dalle sostanze assunte.

Come contrastare questo processo? Nell'esperienza, nel vissuto, delle donne è iscritta la "bisognosità" come un dato strutturale della personalità, di qui l'interdipendenza e una (prevalente) visione relazionale del mondo. Autonomia allora non come solipsismo, ma come rifiuto di norme che non tengono conto di questa dimensione relazionale.

Quindi, un progetto di "recupero" che contrasti la dipendenza in nome dell'autosufficienza non è (probabilmente) efficace.

Dalle interviste emergono interessanti spunti di riflessione su questi bisogni, ma anche sui fattori di rischio e sui fattori di protezione per le donne di fronte alla tossicodipendenza, e i fattori spesso si intrecciano.

Cito alcune affermazioni: *le donne tossicodipendenti sono meno degli uomini tossicodipendenti, perché sono più protette, anche socialmente. Ma quando sono tdip sono più gravi, e guariscono di meno.*

*La situazione delle donne è più complicata sul piano relazionale: la dipendenza dal partner viene vissuta come riconoscimento, passaggio necessario per accettare il proprio corpo e non attaccarlo con l'assunzione di sostanze.*

*Le donne tdip presentano in genere problematiche complessive più gravi rispetto agli uomini tdip, con una situazione di maggior sofferenza mentale, un maggior degrado e un minore supporto familiare, una maggiore colpevolizzazione, più traumi. E' come se le donne fossero più resistenti e avessero più risorse, mentre agli uomini basta meno per produrre quella vulnerabilità che porta alla dipendenza.*

*Le donne tdip sono in una situazione difficile, perché il mondo della tdip è maschile, ci sono i problemi legati alla prostituzione, e in caso di gravidanza, all'eccesso di responsabilità che grava su di loro. Le donne tdip hanno difficoltà ad esprimere la loro femminilità, dopo essersi omologate a condotte di tipo maschile/*

*Però: Le donne di solito accedono di meno ai servizi, perché sono meno quelle che diventano croniche. Le donne tdip hanno più risorse, stanno meno in strada, trovano più facilmente un posto dove stare al caldo.*

*E ancora: la donna è più complicata dell'uomo, ha più sfaccettature*

Ma cosa succede quando queste persone complicate e piene di sfaccettature arrivano ai servizi, quali bisogni esprimono?

Diamo ancora la parola alle interviste.

*Ci sono ovviamente dei bisogni che appartengono alla generalità dell'utenza: dietro la tdip c'è una grande sofferenza legata alla relazione con i genitori, che non ha funzionato, c'è una difficoltà a stare bene con sé stessi e stare a proprio agio con la propria persona, percepita come fragile, insicura. Anche per l'uomo c'è una storia di svalutazione: il tdip usa la sostanza per stare bene e per sentirsi più forte e in grado di affrontare gli altri. Questa percezione di sé "non all'altezza" vale per donne e uomini.*

*Però è anche vero che le donne sono diverse, hanno lavorato meno degli uomini, sono fisicamente più degradate, violentate quasi tutte (per lo più da familiari), la sfera sessuale sconosciuta (e corrono rischi di malattie o gravidanze indesiderate più della "normale" popolazione femminile).*

*Le donne si portano dietro maggiori sensi di colpa, hanno momenti depressivi e manifestano bassi livelli di autostim.a. Mancano inoltre di fiducia nella persona che hanno di fronte (spesso per violenze subite prima, in famiglia o altrove).*

*Viene ripetuto più volte che: Quando una donna prende la decisione di iniziare il trattamento, è più costante nell'impegno. E' più difficile far fare un percorso a una donna, ma se lo inizia, cambia di più rispetto all'uomo.*

Un problema serio è *la difficoltà delle tdip di mettersi in relazione, per comunicare e chiedere aiuto. Il problema è la capacità di chiedere aiuto per ricevere delle cure, sono spesso incapaci di prestare attenzione ai bisogni e alle esigenze del proprio corpo, si rivolgono al servizio quando non ce la fanno più...*

*La presa in carico della persona ... si basa sul far emergere doti e propensioni alle quali la persona non aveva più attinto da tempo, per far intravedere un concetto più positivo di sé. La donna tdip deve riprendersi una propria dignità intesa come capacità di prestare attenzione al proprio corpo, alla propria femminilità, alla possibilità di maternità. Le donne tdip – abbiamo già citato- hanno difficoltà ad esprimere la loro femminilità, dopo essersi omologate a condotte di tipo maschile.*

2. Passiamo a un secondo livello di bisogni, quelli della donna in gravidanza. Di fronte alla maternità (e nella fase di **gravidanza**) queste “contraddizioni” fra autonomia e dipendenza risultano esaltate.

Qui introduco un elemento teorico a mio avviso importante: la relazione madre/feto è considerata dalla riflessione femminista degli ultimi trent’anni come un esempio di relazione a suo modo unica, intermedia fra una relazione fra individui con identità definite e separate, e una relazione funzionale simbiotica. La placenta come terzo nella relazione, condizione di possibilità della relazione stessa. Il corpo/mente della madre come ambiente dove si sviluppa un “progetto di essere umano”.

Se la maternità è involontaria (non programmata, casuale) a prescindere dalla condizione di tossicodipendenza della donna, questa relazione può risultare compromessa, e va (comunque) ri/programmata.

Bisogni di una donna tossicodipendente **in gravidanza**: essere considerata nella sua soggettività consapevole, cioè essere presa sul serio, come persona la cui capacità decisionale può essere offuscata, ma va recuperata, non azzerata. Quindi il primo passaggio, compatibilmente con i tempi di accertamento della gravidanza, è la decisione se portarla avanti o meno. Di fronte alla decisione di abortire è evidente che la fragilità, e quindi il bisogno di essere sostenuta, di una donna tossicodipendente è maggiore di quello di un’altra donna. Di nuovo sottolineiamo la necessità di fare attenzione al discorso sulla responsabilità: la prima responsabilità di cui ricostruire il senso è quella verso sé stessa. Decisa la prosecuzione della gravidanza, si può cominciare a parlare di responsabilità verso il futuro essere umano. Anzi il fatto che ci sia stata una scelta è un passaggio da valorizzare: questa diventa a tutti gli effetti una maternità voluta. Nel caso, più probabile, che lo stato di gravidanza venga accertato fuori dai tempi che ne consentono l’interruzione, si lavora su un terreno più delicato.

Dalle interviste emerge un quadro abbastanza complesso.

Tossicodipendenza e gravidanza costituiscono *un binomio difficile, ma non impossibile*; c’è, ci può essere l’opportunità per avviare un progetto terapeutico.

La situazione più frequente sembra essere quella di una gravidanza casuale, ma accettata.

*La gravidanza in tdip non è un evento scelto, ma qualcosa che capita.*

*Ci sono difficoltà di accorgersi della gravidanza, di adottare uno stile di vita più responsabile.*

Di fronte alla gravidanza però la reazione immediata di molte è *“io adesso aspetto un bambino e quindi smetterò”*.

*Rara la richiesta di interruzione della gravidanza. Momento “magico”*

Manca la percezione delle difficoltà. In qualche caso *l’idea del figlio che salva è condivisa dalla coppia*.

Gravidanza accettata, talvolta, solo dalla donna: *Il 50% dei partner sparisce.*

*In questi casi la coppia vive grosse conflittualità (può essere necessario allontanare la donna, per consentirle di scegliere in ambiente sereno)*

*La famiglia d’origine a volte scopre solo in questa situazione che la figlia è tdip.*

A lei comunque spetta la scelta: *le serve un sostegno nei momenti cruciali: la decisione rispetto all’IVG, l’eventuale affidamento.*

In altre interviste la gravidanza appare una scelta: *non è (mai) un incidente, ma un accadimento all’interno di una relazione più o meno stabile, da strumentalizzare come vincolo per il partner, o per recuperare i rapporti con la famiglia d’origine, o a conferma delle proprie capacità creative.*

Casuale o voluta, la gravidanza, secondo la maggior parte dei nostri interlocutori, *non comporta un’evoluzione, è un mito da sfatare che sia un punto di partenza per la crescita.*

Perché ciò accada bisogna *lavorare sulla consapevolezza, sulla fiducia, sulla relazione, sulla costruzione di un’identità diversa.*

*Se la donna fa un’esperienza di “cura di sé” durante la gravidanza, questa può essere un’esperienza positiva, finalizzata all’assunzione di responsabilità.*

Un cenno a parte merita la questione del trattamento metadonico per le donne in gravidanza (per le tdip da eroina) con uno *scalaggio non breve*.

Per qualcuno la stessa scelta vale anche per le mamme, *scalato anche per molto tempo, nonostante i controversi orientamenti della politica pubblica.*

Più rigide altre dichiarazioni: *donne a metadone solo se incinte (a scalare).*

Chiedono alle donne lo scalaggio metadonico, e *solo quando questo è completato entra anche il bambino.*

3. Passiamo ai bisogni di una **madre** tossicodipendente: ai bisogni di donna e madre potenziale, che rimangono tutti, in tutta la loro drammatica contraddittorietà, si aggiunge il problema di essere sostenuta nell’essere madre, nel caso che il figlio le venga lasciato/affidato. Il rischio (ed è questo uno degli aspetti forse più sottolineati) è che la madre, ma anche chi le sta intorno, affidino al figlio un ruolo salvifico. Di fronte poi alla frustrazione di queste aspettative di “salvezza” scatta la colpevolizzazione,

la sensazione di inadeguatezza, ecc. La teoria della madre "sufficientemente buona" ci sembra interessante e utile per riportare con i piedi per terra chi è coinvolto in questa vicenda (oltre alla madre, chi la circonda, magari con le migliori intenzioni).

Da sottolineare: il fatto che qualora (come molto spesso accade) la gravidanza e la maternità non abbiano inciso in maniera risolutiva sulla condizione di tossicodipendenza, questo non deve implicare un giudizio senza appello sulla persona e sulla sua possibilità di proseguire un percorso di recupero, e di essere appunto una madre "sufficientemente buona".

Dalle interviste tutta la difficoltà di rispondere a questo livello di bisogni.

*La nascita del bambino non è terapeutica, può portare a ricadute, evidenzia inadeguatezza, bisogna dare obiettivi per una crescita personale, basata sulla relazione con il figlio; il ruolo di madre l'ha preso la nonna o comunque non c'è consapevolezza della responsabilità; si cresce prima come donne e poi come madri, i minori hanno bisogno di sicurezze, bisogna che queste donne ne acquisiscano alcune per poterle trasmettere al bambino.*

*Una volta nato il figlio, la difficoltà di prendersene cura. Bisogna costruire la relazione madre-figlio: gli interventi degli operatori vengono vissuti come attacchi personali, solo con il tempo vengono abbassate le difese e si accetta l'aiuto. Obiettivo del servizio è fare in modo che la donna si riappropri del ruolo di madre e sia consapevole del proprio ruolo nella crescita e nello sviluppo del figlio.*

Il rapporto con i servizi di assistenza è molto problematico.

*La prima cosa che ti chiedono è una domanda di senso, sull'andare a lavorare con una "borsa lavoro" di un milione e mezzo, per "spaccarsi il culo", mentre basterebbero due ore per fare questa cifra.*

*Sono molto rari i casi di donne motivate a uscire dalla dipendenza e ad avviare un progetto terapeutico per scelta propria. Vengono per paura di perdere il figlio (si sentono vittime della società); quelle più giovani vengono perché costrette dalla famiglia o dalle istituzioni. Solo dopo qualche mese di comunità scatta una motivazione, attraverso le relazioni con le operatrici e le altre ospiti. Confronto costruttivo capace di mettere in discussione il loro stile di vita, senza farle sentire giudicate o accusate. Si lavora sulla consapevolezza, sulla dignità di donne...e sul senso del lavoro, su una speranza di vita...*

*L'obiettivo, nella struttura residenziale, è favorire l'instaurarsi di un buon attaccamento madre-bambino sostenendo la genitorialità. La comunità offre uno stile di vita regolare*

*Si parte dall'idea di non separare la madre dal bambino, si cerca di creare una situazione familiare tra madre e bambino, anche se vengono da situazioni familiari disastrose hanno bisogno di riappropriarsi di quella maternità che non hanno mai vissuto in modo appropriato.*

*Importanza del nido per i bambini: pensiamo che la mamma è qui per sé stessa, e quindi deve avere il maggior tempo possibile per sé stessa e nel*

*momento in cui riuscirà ad acquistare una coscienza di sé acquisterà anche un coscienza di madre.*

*Può anche darsi che l'esito sia un altro. Esempio di una donna tdip, alcoolista e con una patologia psichiatrica, che si è resa conto di doversi occupare di sé stessa, ma di non essere in grado di occuparsi del figlio, è stata "accompagnata" alla decisione di darlo in adozione.*

Restano sullo sfondo altri bisogni, quelli di tipo più squisitamente sanitario, quelli di tipo economico ecc. Né gli uni né gli altri sono stati oggetto della ricerca in quanto non sono fra le competenze dirette delle strutture che abbiamo inserito nella nostra mappa. Abbiamo posto l'accento soprattutto sui problemi di ordine psicologico e sociale.

In sintesi, i servizi dovrebbero essere in grado di stimolare e sostenere nelle donne:

- la capacità di avere cura di sé, della propria salute, di essere capaci di autostima e di autonomia;
- la capacità di affrontare la maternità come scelta, scelta che spetta sostanzialmente (e nella nostra legislazione anche formalmente) alla donna (vale per una donna tossicodipendente quello che vale per ogni donna: porsi di fronte alla maternità come scelta e non come destino);
- la capacità (della madre) di "prendersi cura" del bambino in modo differenziato a seconda delle proprie effettive possibilità, capacità che va sostenuta in tutti i suoi aspetti;
- la capacità di accettare/utilizzare l'apporto e il sostegno di altre persone, in ordine di "priorità": il partner/padre, la famiglia di origine propria e/o di entrambi, le reti amicali esterne al circuito della tossicodipendenza, i servizi sociali territoriali.

Sono "buone pratiche" quelle che accompagnano la donna dall'accertamento della gravidanza, alla nascita, alla maternità in modo da far nascere/crescere queste capacità. Sono buone pratiche quelle che alla diade madre bambino danno il massimo di positività.

Va sottolineata, e certo voi lo sapete meglio di me, l'importanza dell'**équipe operativa**, ovvero, quello che la struttura che eroga il servizio deve essere/fare per garantire il massimo di efficacia.

Pensiamo alla presenza delle figure professionali necessarie (questa indicazione non può ovviamente essere standardizzata, data la varia tipologia degli interventi). E' però evidente che le figure professionali devono essere presenti in numero e per un tempo sufficiente a garantire la relazione sia con l'utenza, che all'interno dell'équipe, e che il *turn over*

costituisce un problema. Vale a dire che nella valutazione la situazione in cui i componenti dell'équipe cambiano frequentemente, è negativa, ma lo è ancora di più la situazione in cui sono le stesse figure professionali ad essere precarie.

E, importante il sesso dei componenti dell'équipe?

Se i maschi sono in maggioranza fra le persone tossicodipendenti, c'è invece una prevalenza di donne fra chi si occupa di loro. Questa prevalenza a volte stupisce, oppure viene giudicata ininfluyente: a volte sembra casuale, ma casuale non è, se non altro è un effetto del fatto che nelle "professioni" di cui parliamo ci sono più donne che uomini (psicologhe, educatrici, infermiere, ginecologhe). Si comincia in famiglia, come ho già detto.

Alcune fra le nostre interlocutrici parlano di una "vicinanza di genere", ma è un'affermazione generica, che poi si articola meglio.

Dalle interviste emergono alcuni giudizi positivi sulla maggior presenza di donne nell'équipe:

*Qui gli uomini "saltano". Il rapporto con il genere maschile viene vissuto con diffidenza e arroganza, tutti gli uomini sono bastardi. Questo vale soprattutto per gli operatori coetanei, con l'obiettore o con gli anziani scatta la parte materna o seduttiva in positivo, l'essere figlie. Noi donne siamo un riferimento, figure positive, modelli (si può vivere con un milione e 400.000 lire al mese).*

*La "vicinanza di genere" è accresciuta dal fatto che le operatrici con figli piccoli, possono portarli al nido "interno", (dove vanno i bambini delle donne ospiti).*

Altre ritengono questo fattore ininfluyente: *Nello specifico la donna si rivolge con più facilità a un'operatrice, ma quando si crea un rapporto di fiducia, si apre anche con l'operatore.*

Però emergono anche elementi negativi:

*Tra operatrice e utente donna, scatta la rivalità, c'è diffidenza, gelosia, competitività, l'uomo (utente) è più facilmente agganciabile.*

*Sovente queste donne tendono ad essere seduttive nei confronti degli operatori, mentre sono in competizione con le operatrici e con le altre utenti.*

Condizione (abbastanza) necessaria per l'efficacia dell'intervento è che il servizio preveda attività di monitoraggio degli esiti, e di follow up (questo lo fanno certamente i servizi sanitari, ma gli altri? Ne hanno le risorse, sia finanziarie che di competenze professionali?) E' comunque evidente che alla stessa équipe sarebbe di grande utilità un processo di autovalutazione dell'efficacia del lavoro svolto.

Qui le risposte non sono incoraggianti e quelle positive vengono esclusivamente dai SerT. Interessante il risultato di ricerca sugli esiti fra donne andate in comunità: *prendiamo come indicatore di risultato l'affidamento del bambino alla madre e vediamo che ci sono risultati migliori per le madri che sono andate in comunità madre-bambino o in*

*comunità per coppia, rispetto a quelle che sono andate in comunità mentre il bambino era affidato ai nonni o ad altri.*

Restano da affrontare altri due argomenti.

Diciamo qualcosa brevemente sull'importanza del lavoro di rete. E' banale dire che la risposta efficace ad una pluralità di bisogni non può essere che plurale, cioè frutto del lavoro intrecciato di più strutture o di più servizi afferenti alla stessa struttura..

Dalla ricerca questo emerge più come un dover essere, che come una realtà. Appare comunque talvolta un processo avviato.

*Proprio il Progetto madre-bambino ha avuto anche il merito di collegare le strutture del pubblico a quelle del privato sociale.*

*Si parla di una Rete di rapporti con le scuole, con famiglie volontarie, che intervengono in comunità, fanno animazione con i bambini, se li prendono a casa per il weekend, sostengono nella fase di reinserimento.*

*Viene sottolineata l'importanza di mettere in rete i servizi, chi si occupa della persona da un punto di vista fisico, con chi se ne occupa dal punto di vista psicologico e sociale.*

Come accennavo all'inizio la situazione "di rete" è più congeniale ai SerT.

*All'estremo opposto troviamo comunità che registrano addirittura difficoltà nei rapporti con altre comunità nel caso in cui il partner/padre segua il programma altrove.*

L'ultimo tema che vorrei affrontare riguarda quello che è stato un po' l'assunto di partenza del nostro lavoro: la positività, più ancora la necessità intrinseca di un approccio di genere di fronte a un fenomeno come la tossicodipendenza e la maternità delle donne tossicodipendenti.

Sono poche le situazioni in cui tale approccio è esplicito: è del 1999 l'organizzazione da parte del SerT di Modena di un convegno su questo tema a cui anche altre fanno riferimento.

*Si parla di Programmi di trattamento specifici per uomini e donne, nati dal dibattito.*

*Si afferma che il tema della differenza di genere deve essere affrontato per mettere a punto programmi di trattamento specifici, perché si evince dalla letteratura che i protocolli d'intervento tarati sulla figura maschile conducono a elevati indici di fallimento quando sono replicati sulle donne*

*In alcune situazioni c'è stato un dibattito interno vivace. Il fatto di trattare le donne madri in maniera diversa ha aperto un dibattito, la discussione poi non è andata avanti, ma è passata all'operatività, in questa CT c'è un approccio di genere molto forte.*

*Consapevolezza che serve una prospettiva di genere, per tenere conto della complessità delle differenze. Esiste un dibattito nella struttura, ma non si è arrivati all'approccio diversificato, se non nel senso che a una situazione di maggior sofferenza mentale e disagio sociale, si risponde in modo più protettivo.*

Le donne sono per lo più percepite come "differenti perché madri". E' solo di fronte alla maternità che si riconosce come ovvio e necessario un

approccio diverso per uomini e donne. Nel corso del tempo però, sono molti gli operatori e le operatrici che “scoprono” una sorta di via femminile alla tossicodipendenza e ipotizzano la necessità di un percorso terapeutico riabilitativo che di ciò tenga conto.

Un intervento mirato di cui abbiamo già fatto cenno, è nato dal fatto che *le ragazze traevano poco beneficio dallo stare in gruppi (psicoterapia o altro) in cui erano sole con 18 uomini.*

Un altro Sert, quello di Ravenna, ha fatto un convegno sulla differenza di genere, dal punto di vista delle operatrici dei servizi: come le donne operano nei servizi; poi hanno partecipato al convegno di Modena (e ad altri). *Non ne deriva una modalità diversa di operare, ma sarebbe da approfondire: quando abbiamo davanti una donna tipicamente si percepisce una situazione più difficile, che abbiamo davanti anni di intervento, la sensazione che ci siano traumi e violenze subite.*

Ancora: *Non c'è trattamento differenziato tranne che per la gravidanza. Però ci sono riflessioni basate sull'esperienza.*

*Nella struttura c'è un dibattito aperto sulle differenze di genere, e da questo è venuta la scelta di una comunità per sole donne per poter lavorare in modo specifico e approfondito su alcuni aspetti, come la maternità.*

Non pretendo di tirare delle conclusioni: sarei felice se avessi messo in evidenza dei problemi. Ho tralasciato certamente alcune aree tematiche di non secondaria importanza, per dirne solo una: i finanziamenti che fanno la differenza fra esperienze effimere e servizi permanenti, fra situazioni in cui si rincorre l'emergenza e quelle in cui invece si potrebbe programmare seriamente.

Ho tralasciato anche di riferire ciò che emerge dalla ricerca sui metodi che vengono adottati nelle diverse strutture, nelle diverse comunità.

Ma la ricerca non è del tutto conclusa. Anzi vorrei che oggi fosse un'occasione per arricchirla. Da domani, chiederei a chi non è mai andato a visitare il nostro sito, di farlo, perché diventi, più di quanto non sia stato finora, il luogo dove operatori e operatrici, ricercatori e ricercatrici, potranno confrontarsi e condividere esperienze e riflessioni.

**Dr. ssa Tecce Maria Carla**

**L'esperienza della Comunità Regina Mundi di Treviso  
Progetto "Mamma si può – soccorso e aiuto a madri in difficoltà"**

La Comunità accoglie madri tossicodipendenti o alcooldipendenti con i loro bambini, in un programma residenziale di recupero e reinserimento sociale e lavorativo.

**OBIETTIVO FINALE:**

Che le ragazze inizino a prendersi carico del proprio figlio:  
attraverso:

- 1 - la presa in carico di se stesse,  
    acquisizione di responsabilità  
    consapevolezza di sé  
    esplicitazione di risorse individuali
- 2 - lo sviluppo di capacità genitoriali di accudimento
- 3 - lo sviluppo di capacità genitoriali di relazione.

La comunità interviene in questo processo organizzando spazi e tempi in funzione delle madri, dei bambini e delle madri e dei bambini insieme.

Per favorire il percorso di riappropriazione della propria esistenza, la struttura comunitaria offre alle ragazze spazi e tempi di "non maternage" grazie ai quali – nella certezza che i bambini sono accuditi al meglio - ciascuna può conoscersi meglio, confrontare le proprie pulsioni con la realtà, esperire situazioni di responsabilità e coinvolgimento gestionale, rapportarsi alle altre ospiti ed agli operatori, conoscere e ampliare tematiche relative allo sviluppo del bambino, della donna, della coppia.

Per il conseguimento di questo obiettivo, vengono realizzate attività lavorative (dalla cura e gestione della casa a lavori diversi), di formazione (corsi di computer, recupero anni scolastici, corso di formazione "Genitori efficaci" metodo Gordon) e terapeutiche (colloqui individuali, terapia in gruppo, gruppo di auto mutuo-aiuto, assistenza sanitaria). Gli operatori della comunità – con la supervisione di uno psicologo psicoterapeuta esterno – svolgono funzioni di sostegno e di monitoraggio del percorso e delle risorse individuali.

I bambini accolti nella casa hanno età variabili fra 0 e 9 anni. Per loro la comunità garantisce la frequenza scolastica o alla scuola materna, l'assistenza di una educatrice nello svolgimento dei compiti e nei giochi comuni all'interno della casa in uno spazio appositamente allestito. Anche in questo caso l'attività degli operatori ha una forte valenza di osservazione del comportamento e dello sviluppo dei bambini, preziosa fonte di confronto nelle riunioni d'équipe con gli operatori dei consultori e nell'affiancamento delle madri nel loro rapporto con i figli.

Tempi comuni: le madri si occupano sempre dei propri figli innanzi tutto nei momenti più emotivamente significativi della giornata: i pasti, il risveglio e il

momento di addormentarsi. Successivamente gli spazi della relazione si ampliano comprendendo: il trasporto a scuola o l'accompagnamento al pulmino, l'assistenza durante i giochi o lo svolgimento dei compiti, le attività ricreative che la comunità organizza stabilmente anche residenzialmente fuori dalla casa.

Il compito di favorire l'instaurarsi di una relazione positiva e di un attaccamento significativo, è reso particolarmente difficile dal fatto che spesso la storia delle madri e dei figli si è, in qualche punto, a volte per lungo tempo – divaricata: le madri hanno conosciuto la marginalità più acuta, i figli hanno conosciuto uno o più abbandoni. Per entrambi si tratta di recuperare il tempo della separazione: quel tempo fatto di semplici e molteplici atti, scambi che permettono a ciascuno di conoscere l'altro, di avvicinarsi, di misurarsi con i suoi bisogni.