

MATERNITÀ IN-DIPENDENTE

MATERNITÀ IN-DIPENDENTE

Una ricerca condotta
in comunità di accoglienza
per donne tossicodipendenti con figli

Progetto L. 45
“Maternità In-dipendente”
E.F. 2002

© Comunità Edizioni



Sede: Via G. Baglivi 8 - 00161 Roma
tel. 0644230395-0644230403
fax 0644117455
email: *info@cnca.it*
sito web: *www.cnca.it*

Premessa

Il presente lavoro è il report finale di una ricerca condotta in sei diverse comunità d' accoglienza per donne con problemi di dipendenza e i loro figli, nel periodo maggio-ottobre 2004. Tale ricerca è stata realizzata nell'ambito del progetto "Maternità In-dipendente" di titolarità del CNCA (Coordinamento Nazionale Comunità d' Accoglienza), finanziato dal Ministero del Welfare in base alla L. 45/99. Ora le competenze in materia sono passate al Dipartimento Nazionale Politiche Antidroga, struttura attivata presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri. Tale ricerca rappresenta la prima fase del progetto sopra citato. Il rapporto è stato redatto da Antonella Camposeragna, eccetto il paragrafo "Genitorialità e Tossicodipendenza nella letteratura italiana" e l'Appendice legislativa curati da Piera Poli.

Lo staff della ricerca è stato così costituito:

Giuseppina De Angelis (Coordinatore del progetto)

Antonella Camposeragna (Responsabile della Ricerca)

Stefania Mistichelli, Piera Poli, Riccardo Poli, Fiorella Rodella (Ricercatori).

Il testo si articola come segue:

Nel primo capitolo vengono citati i riferimenti alla letteratura scientifica che hanno portato alla definizione del contesto, del quadro teorico di riferimento nonché del disegno della ricerca.

Nel secondo capitolo si esplicita la ricerca, esplicandone gli obiettivi, i metodi, gli strumenti e le metodologie d' analisi.

Nel terzo, vengono descritte per sommi capi le realtà indagate, secondo una griglia i cui punti sono: la storia del servizio, la casa d'accoglienza, gli obiettivi, la metodologia e la rete dei servizi cui gravita la comunità.

Nel quarto si evidenziano gli attuali modelli di servizi d' accoglienza per donne tossicodipendenti e i loro figli.

Nel quinto, sulla base degli elementi definiti, si sostengono i punti di forza del modello attuale e si cerca di fornire indicazioni e tracciare i possibili percorsi per colmare le debolezze al fine di creare un modello di intervento “eccellente”.

Nel sesto e ultimo capitolo si tracciano le conclusioni cui si è giunti e le raccomandazioni per coloro che si accingono a progettare un servizio di accoglienza rivolto a donne e i loro figli.

Si ringraziano per la disponibilità e la collaborazione attiva:

La Cooperativa di Solidarietà “Ama - Aquilone” di Castel di Lama (AP)

La Cooperativa Sociale Il Sorriso di Fontanafelice (BO)

I Centri di Accoglienza Emilia Romagna - La Rupe Sasso Marconi (BO)

La Comunità dei Giovani di Verona

La Cooperativa Sociale di Bessimo (BS)

Il Gruppo Abele di Torino

Un ringraziamento particolare va alle ospiti delle Comunità oggetto d'indagine, alle quali il rapporto di ricerca deve molto.

CAPITOLO 1

TOSSICODIPENDENZA E MATERNITÀ

1.1. I servizi *gender-oriented*: qualche dato dalla letteratura internazionale¹

La dipendenza da sostanze è un problema di salute sia per gli uomini sia per le donne per tutte le età e per tutti gli strati sociali; tra le donne, tuttavia, l'uso di sostanze presenta delle caratteristiche particolari per cui è necessario un trattamento differenziato.

Nella maggior parte dei paesi europei si è registrato un aumento del numero di donne consumatrici di sostanze, di cui molte risultano essere madri o donne incinte. Le donne tossicodipendenti (TD) risultano essere un gruppo molto eterogeneo, con bisogni diversi e specifici, molti dei quali non vengono soddisfatti dai servizi esistenti.

Le stime di prevalenza sulla popolazione europea tossicodipendente danno come 3-5:1 (EMCDDA 2000, IREFREA 2001) il rapporto maschi/femmine. Le donne in trattamento risultano essere più giovani degli uomini e la proporzione di donne diminuisce con l'aumentare dell'età. Questo dato, se da un lato riflette la differenza di genere nell'entrare in trattamento, dall'altro potrebbe riflettere anche diversità nei comportamenti d'abuso o entrambi gli aspetti.

I dati sulla popolazione tossicodipendente femminile vengono comunemente considerati sottostimati: in Belgio, ad esempio, un'indagine svolta con la metodologia di campionamento *snowball* ha rilevato che esiste una

¹ Per la revisione della letteratura si sono utilizzati gli articoli indicizzati su Medline (*key words* utilizzate: *women drug abuse, motherhood & drug use, parenthood & drug use, women drug abuse treatment*) e dei siti internet specialistici (NIDA, EMCDDA, Q4Q, NDAC, Pompidou Group, IREFREA)

porzione numericamente consistente, e diversa dalle stime ufficiali, di donne con problemi d'abuso. Alcuni autori (Copeland & Hall, 1992) correlano questa sottostima alla maternità, poiché esistono, per le donne, delle difficoltà d'accesso ai servizi: spesso infatti esse devono badare ai figli, per cui non possono seguire un trattamento di tipo residenziale, oppure non si rivolgono ai servizi per il timore che i figli vengano loro sottratti, potendo essere messe in discussione le loro capacità genitoriali e temendo lo stigma sociale di madri inadatte. Risulta, infatti, che in Europa sia cospicua (18-75%) la percentuale di donne TD che hanno almeno un figlio e che molte di esse siano ragazze madri (EMCDDA, 2000).

Una ricerca effettuata dal NIDA (1999) evidenzia che fino al 70% di donne consumatrici di sostanze negli Stati Uniti riporta esperienze d'abuso fisico e sessuale. Uno studio su donne che volevano entrare in trattamento per abuso di sostanze, indica che le donne hanno maggiori probabilità di avere avuto genitori con esperienze di abuso di alcol o droghe (SAMHSA, 1997). Inoltre, le donne consumatrici hanno sovente alti livelli di depressione, ansia senso di inadeguatezza, un basso livello di autostima e una scarsa fiducia in se stesse (Dansky, 1995; Ross 1998).

Un altro dato rilevante fornito dalla letteratura riguarda che, a differenza degli uomini TD che hanno prevalentemente partner non TD, le donne TD tendono ad avere invece partner TD, tanto che molte di loro sono state iniziate all'uso di sostanze proprio dal loro partner. Le donne TD, inoltre, risultano avere più problemi di ordine psicologico degli uomini TD, quali ansia, depressione, disturbi alimentari (Blume, 1992), hanno un basso livello di autostima, una concezione negativa di sé, sensi di colpa (Basdekis & Krausz, 2001); è notevole la proporzione di donne TD che ha vissuto episodi di abuso psicologico e sessuale, sia di vecchia data sia legati alla loro condizione attuale.

Le donne incontrano poi maggiori ostacoli nel richiedere e ricevere un trattamento. Negli USA solamente il 41% delle donne che necessitano il trattamento lo riceve davvero (Woodward, 1997), anche perché la maggior parte dei servizi è centrato sulla figura maschile, e non soddisfa i bisogni delle donne; ad esempio negli Stati Uniti risulta piuttosto comune la mancata ricettività per l'accoglienza dei figli. A questo proposito un trial randomizzato controllato (Hughes, 1995) condotto su due gruppi di donne, avente l'obiettivo di confrontare gli effetti dell'aver con sé i figli durante un percorso in una comunità terapeutica, ha dimostrato che le madri con i figli tri-

plicavano la durata della ritenzione in trattamento e che dopo tre mesi il tasso di ritenzione era del 65% contro il 18% del gruppo di madri che seguiva il trattamento senza i figli. Le conclusioni, cui giungono gli autori, sono a favore di un percorso terapeutico che accolga i figli delle donne con problemi di abuso perché favorisce la ritenzione in trattamento, migliora le relazioni madre-bambino e favorisce il reinserimento.

Un altro trial clinico randomizzato controllato (Coletti, 1992) ha confrontato gli esiti della ritenzione in trattamento terapeutico in comunità tra donne cui era permesso di portare con sé i propri figli e donne a cui non lo era. I risultati preliminari hanno suggerito che le madri in trattamento assieme ai figli avevano una ritenzione in trattamento molto più lunga delle donne che seguivano il trattamento lontano dai propri figli.

Uno studio retrospettivo (Stevens & Arbiter, 1995) ha esaminato le caratteristiche di 161 donne con figli e gli esiti del trattamento della comunità terapeutica in cui sono state arruolate. Le sostanze di abuso erano prevalentemente cocaina ed eroina; in media, queste donne avevano un'età di 28 anni, e risultavano prevalentemente non sposate (mai sposate, divorziate o separate), senza occupazione e con esperienza di detenzione in carcere. La metà di queste donne avevano un decreto dal Tribunale. Ad un sottocampione di queste donne è stato somministrato un questionario sugli atti di violenza subiti, ed è emerso che il 90% ha subito una violenza fisica ed oltre il 95% ha subito una violenza sessuale. Dopo 6 mesi dal termine del trattamento sono stati confrontati un gruppo di donne dimesse con un gruppo di donne che ha abbandonato: il primo gruppo è risultato avere meno ricadute nell'uso di sostanze, meno arresti, essere occupato ed avere almeno un figlio con sé.

Si riportano poi i risultati di un altro studio (Nelson-Zlupko, 1996) significativo al fine di indagare l'utilità di specifici servizi in comunità terapeutiche per donne negli Stati Uniti. I servizi maggiormente offerti nelle CT indagate vanno dal counseling individuale, al trattamento farmacologico, al supporto psicologico per l'abuso di sostanze. I servizi meno presenti riguardavano l'educazione sessuale e la contraccezione, la genitorialità, il supporto nella cura dei figli. Ventiquattro donne, intervistate su quali servizi ritenessero più necessari, hanno risposto che erano i servizi rivolti alla gestione e alla cura dei figli quelli più importanti e che addirittura la possibilità di usufruire di questi servizi poteva migliorare le risposte al trattamento per l'abuso di sostanze.

L'importanza della cura del figlio e l'associazione tra maternità e ritenzione in trattamento terapeutico residenziale è stata ampiamente studiata da Brudenell in una serie di articoli. Si riportano in questa sede i risultati di quello che si ritiene il più significativo (Brudenell, 1997) per la nostra ricerca. Lo studio qualitativo, condotto attraverso interviste in profondità e osservazioni a 12 donne in trattamento presso una comunità residenziale, ha messo in evidenza l'enfasi che danno le donne alla maternità, nel senso di spinta ad entrare e rimanere in trattamento. In questo processo si evidenziano tre momenti chiave, dove i servizi devono necessariamente soddisfare dei bisogni specifici per ottenere gli esiti migliori; questi momenti sono: la gravidanza, dove è importante far porre alla donna attenzione alla propria salute, i primi tre mesi del bambino, dove il focus dell'intervento terapeutico deve essere aiutare la donna a gestire i momenti stressanti della gestione del neonato, dai 4 agli 11 mesi del bambino, dove oltre al mutuo supporto tra donne è fondamentale dare sostegno al problema della dipendenza, per evitare ricadute.

In sintesi, l'analisi della letteratura internazionale mette in evidenza alcuni aspetti di cui bisogna tener conto nell'intervento con donne con problemi di abuso di sostanze:

- lo stigma sociale. Le donne difficilmente ricorrono ai servizi di trattamento e cura per le dipendenze per timore dello stigma sociale di madre non "buona" e per il timore che le vengano sottratti i figli;

- mancanza del supporto da parte del partner. Le donne che usano sostanze hanno più probabilità di avere un partner che consuma anch'egli sostanze. La relazione affettiva può quindi essere distruttiva se uno dei due partner decide di cercare aiuto per smettere con l'uso; pertanto talvolta le donne sono svantaggiate nella ricerca di un supporto e nel rimanere in trattamento;

- cura dei figli. Sono le donne a prendersi cura dei propri figli: è necessario pertanto dar loro l'opportunità di soddisfare i bisogni dei figli prima dei bisogni di trattamento delle madri, anche perché questo aiuta l'entrata e la ritenzione in trattamento;

- mancanza di conoscenza dei servizi. Sembra essere diffusa una scarsa conoscenza dei servizi e della gamma di opzioni di trattamento disponibili, la mancanza di una cultura di rete e di case management, e l'idea negativa dei servizi di trattamento.

1.2. I servizi per donne con problemi di dipendenza da sostanze in Europa

In alcuni paesi europei e soprattutto in quelli del Nord Europa, la nascita di servizi rivolti alle donne tossicodipendenti inizia al termine degli anni '70, inizio anni '80.

La nascita di questi servizi era spesso dovuta all'iniziativa dello staff femminile, che ha voluto inserire un servizio ad hoc per donne consumatrici in alternativa ai "soliti" trattamenti terapeutici. Björling (1997), descrive lo sviluppo dei primi servizi ad hoc per donne all'interno dei servizi di trattamento svedesi negli anni settanta, che avevano come focus l'abuso sessuale, le violenze subite, i sensi di colpa, la sessualità e la maternità che per la prima volta venivano affrontati nei setting terapeutici residenziali. All'inizio, i gruppi terapeutici tra donne non sono stati considerati come una "vera" terapia. Il primo servizio specifico per donne in Svezia, è stata un'unità di strada che si rivolgeva, tra gli altri, alle donne incinte consumatrici di sostanze.

Uno dei principali motivi per cui si sono espansi in Europa i servizi rivolti alle donne, è stato l'aumento consistente del problema relativo ai figli di madri tossicodipendenti, per cui i servizi hanno dovuto sviluppare un approccio diverso che tenesse conto della identità e dei bisogni specifici delle donne e dei loro figli. La gravidanza rappresenta talvolta il primo momento in cui le donne entrano in un qualche trattamento e in Belgio, Danimarca, Francia, Irlanda, Austria e Portogallo i servizi per le donne sono nati sulla base di offrire un supporto, prevalentemente farmacologico sostitutivo (EMCDDA, 2000).

In Danimarca, ad esempio, alla fine degli anni '70, è aumentato il numero di donne con figli entrate in contatto con i servizi per le dipendenze e si è registrato un consistente aumento di neonati in sindrome di astinenza, secondo uno studio condotto dall'Università di Copenhagen. Dinanzi a questa evidenza, sono fioriti parecchi servizi per donne incinte con problemi di dipendenza.

Diversamente, in Germania, nella seconda metà degli anni ottanta, le prime comunità terapeutiche per donne sono nate su una base di tipo più "femminista", per cui gruppi di operatrici hanno deciso di lasciare le comunità terapeutiche residenziali "standard" per fondarne altre specifiche per donne; le prime sono state realizzate a Berlino, a Monaco e ad Amburgo (Pompidou Group, 2000).

Nel Regno Unito, la nascita di servizi ad hoc per donne è stata in seno a

servizi generici per le tossicodipendenze, per cui, all'interno delle comunità che accettavano anche donne, si è iniziato ad impiegare personale femminile per svolgere i colloqui con le donne, creare gruppi terapeutici composti da sole donne, counselling specifico per la genitorialità e il babysitting.

Negli anni novanta, lo sviluppo di servizi è proseguito, includendo anche servizi per donne incinte e servizi per coppie tossicodipendenti. In Danimarca, ad esempio, sono nati dei trattamenti centrati sul case management, attraverso una rete di servizi specialistici e multidisciplinari, per donne incinte; nel Regno Unito vi sono parecchie comunità terapeutiche per donne e figli, mentre in Germania i servizi specifici per donne continuano ad essere prevalentemente gestiti da associazioni di stampo femminista.

In Grecia, Spagna e Italia la maggior parte dei servizi per donne TD e i loro figli si sono sviluppati solo dalla seconda metà degli anni novanta, per quanto, esempio la coop. di Bessimo abbia la struttura per donne con figli alla fine dell'87.

L'approccio verso i figli di donne TD varia molto da paese a paese: in Svezia e Danimarca, seppur presente la possibilità di dare i figli in adozione, si punta di più sul fornire un supporto alle donne per gestire la maternità, facendo in modo che figli rimangano con le madri. Nei paesi mediterranei, quali Grecia, Spagna, Italia e Portogallo, si tende di più a coinvolgere la famiglia allargata nella cura e gestione dei figli (EMCCDA, 2000).

1.3. Genitorialità e tossicodipendenza nella letteratura italiana

1.3.1. Le prime riflessioni negli anni Ottanta

La letteratura relativa alla questione della genitorialità nelle situazioni di tossicodipendenza comincia ad acquisire una significativa visibilità solo negli anni Ottanta, quando all'interno delle riviste di settore appaiono e si fanno via via più numerosi i contributi che riportano esperienze condotte all'interno dei Servizi o riflessioni su diversi aspetti del tema.

Questi contributi non vengono qui esaminati in modo analitico, in quanto frammentari e di carattere nettamente descrittivo-esplosivo. L'unico testo che si presenta particolarmente significativo è quello apparso nel 1985 a cura di Di Canio, dal titolo *Sperimentazione di un modello d'in-*

tervento con le gestanti tossicodipendenti teso a favorire la relazione madre-bambino, con il quale gli autori presentano un modello di intervento interdisciplinare, sperimentato nel 1982-83 con gestanti tossicodipendenti. Tale sperimentazione è basata su un lavoro d'equipe che coinvolge più figure specifiche (ginecologo, pediatra, neuropsichiatria infantile, psicologo, assistente sociale) tutte impegnate, a partire da una prospettiva teorica di tipo psicomotivo, nella presa in carico della coppia madre-bambino durante la gravidanza e nei primi anni di vita del neonato.

Uno dei presupposti teorici di partenza è la natura non tanto organica quanto relazionale dei fattori che determinano il rischio per il figlio di madre tossicodipendente e che interferiscono con la qualità del rapporto affettivo della madre con il feto prima e con il bambino dopo. L'articolo ci mostra donne tossicodipendenti in gravidanza la cui situazione è sul piano economico e sociale per lo più instabile se non proprio degradata, e sul piano psichico carica di solitudine; si tratta di donne particolarmente esposte alla depressione, che nella loro vita hanno subito notevoli aggressioni (psichiche, fisiche, sessuali), e che vivono una gravidanza spesso non ricercata iniziata e intrapresa senza consapevolezza e quindi senza scelta. I principali sentimenti legati ad essa appaiono il rifiuto e la negazione. Altre volte c'è un maggiore investimento emotivo ed il bambino viene idealizzato, vissuto come oggetto onnipotente, che colma il vuoto esistenziale, con il compito di dare più che di ricevere affetto.

1.3.2. *Gli anni Novanta: il progressivo ampliarsi dei punti di vista*

Il primo contributo significativo degli anni Novanta è *Famiglie con genitori tossicodipendenti*, del 1991, di V. Andreoli, psichiatra e docente della Facoltà di Medicina dell'Università di Verona, incentrato sullo studio di un caso relativo ad una famiglia con entrambi i genitori tossicodipendenti. L'accento è posto in particolare sul fenomeno della confusione dei ruoli: la coppia di marito e moglie sembra essere diventata una semplice coppia di figli, che ha rinunciato alla gestione della vita familiare, "cedendola" alla famiglia d'origine del marito. Nella situazione creatasi mancano le caratteristiche strutturali della famiglia ed anche i ruoli; la coppia è in una posizione di regressione ed i nonni hanno una presenza vicariante costante nei confronti sia dei bambini sia dei genitori. Su questo sfondo si muovono le oscil-

lazioni della genitorialità legate al rapporto con le sostanze: ai momenti di delega totale si alternano momenti d'astinenza e momenti in cui i due genitori si comportano come genitori normali; la funzione genitoriale sembra riprendere come dopo una parentesi naturale, in una dinamica relazionale on-off in cui l'alternanza non sembra, in ogni fase, portare i segni della fase precedente, come sensi di colpa e comportamenti iperprotettivi o ipergratificanti. Nonostante l'esiguità del contesto di osservazione, secondo V. Andreoli, è possibile individuare proprio in questa oscillazione il dato centrale relativo alla genitorialità nelle situazioni di tossicodipendenza.

Il primo contributo completo che si occupa in modo specifico del tema della maternità in situazioni di tossicodipendenza, sia dal punto di vista medico e psicologico, che politico giuridico e sociale è nel 1993 il volume curato da M. Malagoli Togliatti e S. Mazzoni *Maternità e Tossicodipendenza*.

Gli autori propongono per la madre tossicodipendente un'ottica d'intervento intesa a salvaguardare mamma e bambino e a favorire lo sviluppo di un adeguato processo di attaccamento reciproco tra loro. Fino a quel momento il tema era stato trattato trascurando o comunque mettendo in secondo piano il legame tra la madre tossicodipendente ed il suo bambino, come se fosse possibile affrontare il tema pensandolo riferito a due persone ben distinte. Particolare attenzione meritano due dei contributi raccolti nel volume: le pagine curate dalla Mazzoni, dedicate all'esposizione dei risultati di una ricerca basata sul concetto di rappresentazioni materne; e quelle curate dalla Malagoli Togliatti, più attenta alle dinamiche relazionali.

Nel contributo di S. Mazzoni, *Tossicodipendenza e maternità: un'esperienza di ricerca*, l'ipotesi di partenza consiste nell'idea che la tossicodipendenza della madre o di entrambi i genitori non basti a spiegare di per sé il rischio per lo sviluppo del bambino. Le caratteristiche della relazione madre-bambino vengono indagate attraverso il sistema rappresentativo della madre, alla ricerca d'eventuali elementi di difficoltà relazionale tra la madre tossicomane ed il proprio figlio durante la gravidanza. Lo strumento principale della ricerca è l'*Intervista sulle Rappresentazione Materne in Gravidanza*, costruita da Ammaniti e da altri collaboratori nel 1990 basata sul Differenziale Semantico. Tale strumento è stato somministrato ad un campione di 13 donne tossicodipendenti che si sono rivolte durante la gravidanza all'Ambulatorio per le farmacodipendenze del Policlinico Gemelli di Roma tra l'89 e il 90 ed è stato poi sottoposto anche ad un campione di controllo di 13 donne in gravidanza non tossicomane omogeneo al campione speri-

mentale per età, per provenienza sociale e per livello di istruzione. I risultati di questa ricerca sottolineano che:

- Per quanto riguarda la *rappresentazione di sé*, le donne tossicodipendenti in gravidanza forniscono una rappresentazione di se stesse più negativa rispetto al campione di controllo; attribuiscono fragilità a sé e al partner, mentre il bambino viene idealizzato come più forte di ambedue.

- Per quanto concerne le *rappresentazioni del bambino*, le differenze tra il prima e il dopo parto sono limitate, anche se dopo la nascita, il bambino è sentito come più dipendente e più fragile. Questo può significare o che il bambino prima idealizzato viene riconosciuto dopo la nascita più realisticamente oppure che vi è una “delusione” della madre nel trovarsi di fronte un bambino bisognoso di cure, di punti di riferimento ed incapace di fornire egli alla madre ciò che ella sperava.

- In relazione alle rappresentazioni della tossicodipendente, della propria madre e di se stessa come figlia, si evidenziano il desiderio di essere migliore della propria madre ed una percezione molto negativa della propria esperienza di figlia.

Nell'intervento della Malagoli Togliatti, *La tossicodipendente di fronte alla maternità e i suoi rapporti con la rete familiare*, l'attenzione con un salto si sposta dal piano intrapsichico a quello relazionale. Punto di partenza è l'osservazione che le ricerche compiute in ambito nazionale ed internazionale sulla tossicomania femminile sottolineano in modo più stretto che per i coetanei maschi l'importanza dei fattori familiari.

La Malagoli Togliatti fa rilevare l'importanza dei dati emersi da alcune ricerche ed in specifico il fatto che molte donne tossicodipendenti erano state vittime d'abusi sessuali, spesso incesti, durante l'infanzia o erano state maltrattate da adulte. In altri casi appartenevano a famiglie normali ma incapaci di offrire sostegno e aiuto perché in particolari situazioni di stress causati da lutti (tossicomania traumatica), oppure a famiglie contraddittorie per la negazione dei profondi conflitti esistenti, attraverso modalità di comunicazione interpersonale e affettiva distorte o ancora a famiglie relazionalmente definite invischiate, con un forte coinvolgimento di uno dei genitori nella tossicomania della figlia e con l'altro genitore in situazione periferica. Si segnala poi come cruciale il rapporto tra la madre tossicodipendente ed il proprio vissuto corporeo: spesso sembra molto difficile l'accettazione dell'identità femminile; è cattivo il rapporto con il proprio corpo; ci sono irregolarità mestruali legate allo stile di vita e agli effetti bio-

logici della sostanza stupefacente. La non attenzione ai segnali che annunciano la gravidanza fa sì che le donne non riescano a decidere di abortire prima della scadenza del terzo mese, ma in realtà non decidono di tenere neanche il bambino e lo stato di ambivalenza fra atteggiamenti distruttivi e di accettazione può prolungarsi fino oltre al parto. Altro punto d'interesse è quello relativo alla costruzione degli equilibri di coppia: la coppia con uno o entrambi i membri tossicodipendenti spesso è caratterizzata da rapporti fusionali o di tipo infermieristico, in cui possono emergere difficoltà per l'inserimento emotivo e relazionale del neonato. La coppia della donna tossicomane generalmente non è preparata ad affrontare tutti i compiti necessari a fornire un ambiente idoneo all'allevamento del bambino: un'abitazione adeguata, ritmi di vita regolari, svincolo dalle famiglie d'origine, pur mantenendo rapporti collaborativi con i nonni. Il fallimento è frequente soprattutto se la coppia rimane nella posizione di figli delegando ai nonni la propria funzione genitoriale. Può accadere che i nonni siano molto coinvolti nel rapporto con il nipote invece che impegnati a rielaborare la loro relazione spesso conflittuale con la figlia o il figlio tossicodipendente. Il risultato finale è l'accaparramento del bambino per cui i nonni si sostituiscono ai genitori e non promuovono l'acquisizione del ruolo genitoriale.

Il dato dell'ambivalenza è rilevato in diversi dei contributi su cui si sofferma M. Malagoli Togliatti: le donne tossicomane che accettano di portare avanti la gravidanza spesso presentano un comportamento ambivalente e reazioni che vanno dalla delega totale ai sanitari, sperando così che il feto riceva le giuste cure senza intaccare la propria condizione tossicomane, all'idealizzazione, attraverso la quale il bambino atteso viene visto come *riscatto*, la gravidanza come evento *salvifico* rispetto al quale si mettono in atto tentativi eroici di cambiamento della propria condizione tossicomane spesso destinati a fallire. Si può ipotizzare anche che vi sia una scarsità di fantasie materne rispetto al bambino atteso, considerato solo come oggetto di proiezioni aggressive o d'idealizzazione maniacale. La donna tossicomane in gravidanza sembra non riuscire a "calarsi nella pelle" del proprio feto, tende a mantenere il suo precedente stile di vita mostrando in questo una certa rigidità verso il cambiamento, ha difficoltà a seguire le prescrizioni mediche e a rispettare i programmi terapeutici. Un'altra ricerca ha definito una serie di fasi tipiche delle coppie madre-bambino fino ai primi anni di vita. In queste relazioni si assiste all'iniziale idealizzazione dell'oggetto-bambino come

possibilità di sostituire l'oggetto-droga basata sulla negazione di sentimenti negativi e distruttivi. Alla fine della gravidanza si verifica la riemersione dei sentimenti negativi e distruttivi e la presenza di un sentimento di vuoto interiore; dopo la nascita si registra un ulteriore carico di depressione associata all'aggravamento delle difficoltà sociali e materiali.

Infine si esamina il campo della ricerca dedicata alle caratteristiche dei neonati, che mostrano una maggiore difficoltà, confrontati con neonati normali, ad interagire efficacemente con l'ambiente ed un'irritabilità verso un maggior numero di stimoli. Questi bambini risultano più difficili da allevare, meno disponibili all'interazione; presentano differenze nella percezione, nelle abilità organizzative, nel comportamento, mostrano mobilità orale frenetica e disturbi nel ritmo sonno-veglia.

La questione viene ridefinita criticamente nel 1994 da R. Mazza e C. Marchiò, rispettivamente psicologo-terapeuta della famiglia e assistente sociale del Comune di Lucca, nel contributo *Quando a drogarsi sono mamma e papà*, dove si parte da una analisi delle teorie della terapia familiare della tossicodipendenza. In queste la tossicodipendenza è vista come una sorta di esito indiretto della trasmissione inter-generazionale di comportamenti che, nel tramandarsi senza soluzioni da una generazione all'altra, si legherebbero a stati mentali depressivi e confusivi. A partire da questo sfondo teorico, assume una nuova valenza il concetto di rischio: il rischio per il figlio di tossicodipendenti di diventare tossicodipendente potrebbe essere legato al ripetersi nella nuova famiglia delle stesse modalità relazionali, affettive ed emotive e degli stessi stili d'accudimento non-funzionali che hanno caratterizzato la famiglia d'origine dei genitori tossicodipendenti. In questa prospettiva il fenomeno più significativo relativo alla genitorialità in situazioni di tossicodipendenza, diventa così, secondo gli autori, quello per cui una buona parte dei genitori tossicodipendenti vive insieme ai figli con la famiglia d'origine, mentre pochi risiedono in abitazioni proprie e indipendenti. Il ruolo del bambino, figlio di genitori tossicodipendenti, appare pertanto quello di essere sin dalla nascita elemento-perno di una complessa rete di relazioni intergenerazionali fra genitori e nonni, in una sorta di circolo autopertuantesi, le cui conseguenze tuttavia vengono negate attraverso vari meccanismi difensivi. Mentre i nonni assolvono spesso ad un ruolo di supporto e sostegno, anche educativo, verso il bambino, il bambino diventa strumentale al rapporto nonni-genitori e ai loro sentimenti reciproci e viene alternativamente gestito dagli uni e dagli altri in funzione dei loro bisogni. Si viene

così a creare un clima complessivo caratterizzato da confusione genitoriale e generazionale, competizione e ambivalenza, sentimenti di colpa e ricatti reciproci, rabbia e confusività.

I nonni, più o meno consapevolmente, si sentono “cattivi genitori” a causa della tossicodipendenza dei figli e vivono la relazione con il nipote all’interno di una dimensione riparativa e compensatoria. Per il genitore tossicodipendente, il bambino è carico di sentimenti ambivalenti, viene spesso vissuto come dono al proprio genitore in un confuso tentativo altrettanto riparatorio. Spesso questi conflitti generazionali producono circoli viziosi, poiché se il genitore accenna ad autonomizzarsi, subentra nei nonni la paura di perdere il nipote, e la percezione dell’incapacità genitoriale del figlio si sostituisce alla paura che lo diventi realmente. La sfiducia nei figli contribuisce alla loro ulteriore deresponsabilizzazione ritardando ogni possibile processo di cambiamento.

La preoccupazione che il bambino figlio di genitori tossicodipendenti rischi di essere un bambino “non visto”, portatore di un possibile disagio oscurato dalla patologia più manifesta dei propri genitori, rappresenta il punto di partenza de *La funzione genitoriale nei tossicodipendenti*, contributo del 1996 di A. Lo Russo e P. Querini e relativo all’esperienza sviluppata presso il SerT di Venezia. Nell’articolo vengono descritti il percorso e gli esiti di una ricerca consistente nell’analisi del materiale emerso all’interno di un gruppo di genitori tossicodipendenti, condotto, a partire da modelli teorici psicodinamici, con l’obiettivo di rinforzare la funzione genitoriale dei pazienti e contemporaneamente di raccogliere informazioni per approfondire la conoscenza del fenomeno. Il tossicodipendente viene descritto come persona che non ha superato tutte le esperienze di separazione necessarie alla crescita e viene identificata in un eterno adolescente, che usa coattivamente la trasgressione come illusorio tentativo di differenziarsi dalle figure adulte di riferimento con cui continua a sentirsi in uno stato di conflittuale dipendenza. Ciò che gli autori si chiedono è come può un genitore tossicodipendente, ancora legato mentalmente ad una fase di differenziazione dai propri genitori, svolgere adeguatamente un ruolo che permetta al bambino di sperimentare nel tempo l’evoluzione dalla condizione iniziale di dipendenza totale a quella finale di indipendenza. Gli autori formulano tre linee interpretative principali:

- I figli di genitori tossicodipendenti sono bambini precocemente adulti e appaiono incarnare il Super Io del genitore tossicodipendente. Esiste già

nel periodo prenatale un'inversione dei ruoli tra madre e feto, per cui il feto è contenuto nell'utero materno, ma allo stesso tempo agisce da contenitore del sé materno. Nel periodo della latenza questa inversione diventa molto più esplicita e il genitore reitera il suo comportamento trasgressivo, affidando il senso del limite ai rimproveri dei propri genitori o alle implorazioni del proprio figlio.

- Nel genitore tossicodipendente vi è un utilizzo del “mettere al mondo un figlio” del tutto simile all'utilizzo della sostanza stupefacente come tentativo di riempire il “buco” attraverso “l'oggetto-bambino” a cui il tossicodipendente attribuisce la funzione di ricostruire le parti vitali del proprio sé.

- Nei genitori tossicodipendenti si assiste ad un'amplificazione dello scarto tra la rappresentazione che essi hanno dello sviluppo dei loro figli e il bambino reale. Infatti, se la tossicodipendenza è da intendersi come l'espressione di una patologia dell'identità e del narcisismo, bisogna considerare nel genitore tossicodipendente una difficoltà d'investimento sul figlio, con rappresentazione distorta o mancanza di rappresentazione oggettuale del figlio, vissuto come prolungamento narcisistico di sé.

Gli stessi autori sempre nel 1996, con *La funzione paterna nei tossicodipendenti. Gruppo psicoterapeutico e intervista semistrutturata*, hanno presentato un progetto di ricerca-intervento che ha permesso di focalizzare l'attenzione sulla funzione genitoriale dei tossicodipendenti e su eventuali problematiche nella crescita dei loro figli. Il progetto ha come obiettivo l'elaborazione dei vissuti emotivi, consci e inconsci, dei tossicodipendenti rispetto al proprio ruolo genitoriale, far emergere una rappresentazione del bambino reale e del bambino fantasmatico, raccogliere elementi predittivi sulla psicopatologia dei figli dei tossicodipendenti. Le problematiche legate ai tossicodipendenti genitori che sono emerse sono le seguenti: il tossicodipendente è privo d'autostima e quindi incapace di credere nella sua possibilità di svolgere adeguatamente una funzione paterna; quasi tutti i padri tossicodipendenti devono portare il peso di un'eredità paterna estremamente conflittuale o perché è assente o perché è un modello identificatorio inadeguato (alcolista, violento). Quello tossicodipendente è un padre che dovrà imparare a contenere le angosce del proprio figlio, non avendo potuto vivere l'esperienza di un padre capace di contenere le sue.

1.3.3. *Dal fronte universitario, dei servizi e del Privato sociale: nuovi vertici osservativi, nuove metodologie di ricerca e nuovi specifici progetti d'intervento*

Il 1996 segna un'importante novità con il testo *I genitori tossicodipendenti e i loro figli* a cura di P. Stocco dove si affronta per la prima volta l'osservazione, prolungata nell'arco di un anno, di 10 casi di coppie madre-bambino con bambini entro i dieci anni. Il gruppo di ricerca ha focalizzato tre principali aspetti nei problemi relazionali: per quel che riguarda il genitore, il dato principale sembra rappresentato dalla riattualizzazione, in seguito alla genitorialità, di dinamiche profonde, di conflitti non risolti che risalgono all'infanzia ed al legame con i propri genitori. Il più delle volte questa riattualizzazione sembra impedire lo strutturarsi di una relazione nuova tra il genitore tossicodipendente ed il proprio figlio, relazione che non ha le caratteristiche fallimentari di quella già esperita nel ruolo di figlio. Nel genitore tossicodipendente sembra avere un peso significativo la difficoltà di creare un dialogo empatico con il bambino, di modulare lo scambio interattivo con lui, attraverso la sintonizzazione con lui come individuo attivo, che comunica i propri bisogni, i desideri e le intenzioni. Significativa appare infine la difficoltà del genitore tossicodipendente a gestire un "altro diverso da sé" che si trovi in una posizione di dipendenza fisica ed affettiva. Sembra presente in questi genitori da un lato la forte paura di fusione e d'invischiamento con il bambino e dall'altro la tensione verso la fuga dalla relazione e dalle richieste continue che essa comporta.

Una diversa prospettiva è quella utilizzata in *Genitori tossicodipendenti: alcuni modelli d'intervento nella realtà occidentale* da S. Krull nel 1996, secondo la quale il fatto che "le famiglie con genitori tossicodipendenti che di solito attirano l'attenzione, sono quelle che finiscono sulle pagine della cronaca nera" rischia di consolidare il "pregiudizio secondo il quale i tossicodipendenti sono completamente incapaci di essere validi genitori", mentre in realtà solo una minima parte di questi bambini viene segnalata ai servizi competenti, visto che il più delle volte le famiglie riescono a trovare delle soluzioni interne per l'accudimento dei bambini.

Con *I figli dell'oblio: progetto per l'assistenza residenziale delle madri tossicodipendenti*, del 1996, F. Bonello e C. Bertuola presentano un progetto dell'Azienda USL di Bassano del Grappa per attuare una presa in carico globale delle famiglie di tossicodipendenti con figli. Le autrici, operatrici del SerT, descrivono alcune caratteristiche del lavoro con i tossicodipendenti ed

alcune difficoltà che hanno incontrato. «Il tossicodipendente quando è in grado di chiedere aiuto, cerca qualcuno che si prenda cura di lui, del suo corpo e della sua persona, in un percorso che ricorda molto da vicino il processo di crescita dell'infanzia. In questo i genitori tossicodipendenti rischiano di essere molto simili ai propri figli: fino a quando non sono saturi i bisogni del genitore, è molto difficile per lui rispondere con continuità agli stessi bisogni del figlio». Sostengono le autrici che il rischio è che si sviluppi una catena transgenerazionale di patologie narcisistiche di tipo carenziale e deprivativo. Spesso la madre tossicodipendente a causa dell'azione dell'uso di sostanze ha più probabilità di avere un neonato con bisogni speciali che possono condizionare l'interazione con la madre e produrre problemi nell'attaccamento fin dalla nascita. Spesso hanno aspettative irrealistiche sul bambino, si aspettano che i loro figli siano in grado di risolvere precocemente un gran numero di compiti, creando spesso in loro sentimenti di fallimento. Il problema di questi bambini è, infatti, un'adultizzazione precoce e il non rispetto della sacralità dell'infanzia, la loro vita è molto poco prevedibile poiché non sanno quale risposta possono attendersi dalla madre.

I genitori tossicodipendenti tendono a sviluppare dei legami ambivalenti verso i figli e a connotare il loro investimento affettivo di forti cariche narcisistiche; allo stesso tempo il figlio è anche un rivale, che con l'urgenza dei suoi bisogni sottrae risorse affettive e spazio al genitore. Sembra che il genitore tossicodipendente pressato dai propri problemi faticosi a mantenere una rappresentazione mentale costante del figlio dando così a volte l'impressione di dimenticarlo. Concludono le autrici che questi "figli dell'oblio" rischiano di essere privati di una famiglia solida, spesso affidati in via informale a nonni o parenti senza una valutazione sull'adeguatezza di tale soluzione.

Un ruolo d'assoluto rilievo nel panorama della ricerca è quello svolto dal gruppo di ricerca attivo presso la Facoltà di Psicologia dell'Università di Padova, per opera di G. Fava Vizziello e dei suoi collaboratori, in stretto rapporto con la realtà dei servizi del Veneto e con le istituzioni regionali. Proprio grazie alla prospettiva di studio e d'intervento aperta da questo gruppo di lavoro in particolare nel 1997, in seguito alla pubblicazione del volume *Tra genitori e figli la tossicodipendenza* a cura di G. Fava Vizziello e P. Stocco, il tema della maternità nelle situazioni di tossicodipendenza ha conosciuto un significativo momento di rilievo principalmente per quanto riguarda la risonanza a livello accademico, ma anche per quanto riguarda la

ricaduta sulla quantità e qualità complessiva delle pubblicazioni sul tema, nonché per l'apertura di nuovi momenti di riflessione all'interno dei diversi servizi.

Nel ricostruire il progressivo definirsi dell'approccio da parte dei Servizi alla questione un dato viene presentato dagli autori come particolarmente significativo: il problema della genitorialità nella tossicodipendenza fino ad un certo momento non veniva *visto* dagli operatori dei servizi soprattutto per via di un determinato approccio *al tossicodipendente*. Come se la funzione genitoriale non facesse parte della storia personale del soggetto tossicodipendente, della sua realtà ma anche delle sue potenzialità, come se lo sguardo su questo stesso soggetto fosse vittima di un processo di *schacciamento*, in virtù del quale l'operatore risultasse non in grado di vedere la storia personale, la persona dietro la tossicodipendenza. La storia del riconoscimento di questa negazione e del progressivo definirsi dell'esigenza di un diverso approccio, la storia della ricerca di strumenti in grado di sostenere questo passaggio concettuale e operativo sono il cuore del volume in questione. I contributi raccolti nel testo riguardano le conoscenze di base sull'argomento da differenti punti di vista: biologico, psicologico e sociale; mostrano i risultati delle prime ricerche sul campo riguardo all'entità del fenomeno sia all'estero che in Italia. All'interno dell'ampio materiale raccolto dal volume paiono particolarmente significativi due contributi. Si fa riferimento in primo luogo a *I genitori tossicodipendenti e i loro figli*, che rappresenta il punto di partenza ideale del percorso di ricerca con un'analisi critica della letteratura esistente e la definizione delle ipotesi fondamentali sulle quali il gruppo di ricerca sosterrà le sue ricerche. Premessa di quest'operazione di rilettura critica è la riflessione con la quale le autrici osservano che i figli dei tossicodipendenti solo da poco sono diventati oggetto di attenzione e si sta già creando uno stereotipo che tende a caratterizzare questi figli come diversi, addirittura dal momento del concepimento, individuando aspetti di vulnerabilità genetica con precoci manifestazioni percettivo-motorie. È però riportato che fino ad oggi la gran parte dei figli dei tossicodipendenti è arrivata alla maggiore età protetta dalla famiglia allargata, poco conosciuta dai servizi, senza problemi degni di particolare rilievo, tanto da non essere segnalata neppure dalla scuola.

Entrando nello specifico della ricerca risulta di particolare interesse l'affermazione iniziale molto netta secondo cui solo una parte dei genitori tossicodipendenti stabilisce con i figli rapporti destrutturati se non addirittura

distruttivi; molti riescono a far sentire una loro presenza positiva, se non altro in alcuni momenti dell'evoluzione. Vengono poi individuate le peculiari caratteristiche presenti in letteratura riferite a madri tossicodipendenti: primariamente l'ambivalenza che caratterizza i percorsi gravidici di queste donne, con l'alternanza d'idealizzazioni di sé come madri e dei propri figli e di violenti rifiuti del ruolo e del nascituro. Secondo elemento è il desiderio della donna tossicodipendente di una gravidanza o di un bambino spesso come difesa vitale o esperienza di riscatto. Tale desiderio sostanzialmente non differisce da quello delle donne che non fanno uso di droghe e che si trovano in condizioni socioeconomiche simili. Un terzo dato rilevante è che, anche quando la gravidanza viene accettata, essa è comunque caratterizzata da fasi d'angoscia legate allo scontro tra l'evidenza e la sempre presente negazione (conscia o inconscia) dell'evento. Tracce di questa negazione si evidenzerebbero attraverso diversi fenomeni quali il mancato riconoscimento del ritardo mestruale come segno di gravidanza; il ritardo dell'accertamento e la disattenzione verso le necessità del feto. Infine, nella donna tossicodipendente in gravidanza, il tentativo di ricreare un'omeostasi nella psiche viene spesso contrassegnato dalla idealizzazione, nel bambino stesso, delle parti buone del sé, con prospettive di riscatto e di salvezza che si contrappongono ad un atteggiamento di delega di compiti e responsabilità agli operatori sanitari. La preoccupazione materna primaria diventerebbe così *intermittente*, seguendo i ritmi dell'uso di sostanze, spesso obbligando l'ambiente a farsi carico del bambino ad intermittenza, esprimendo in quest'altalenanza, le vicissitudini della idealizzazione del bambino.

Il secondo contributo di particolare interesse è *Dalla gravidanza difficile al rischio di una maternità impossibile*, in esso si propone di utilizzare le rappresentazioni materne in gravidanza per approfondire il concetto di *gravidanza a rischio*. In situazioni segnate da problemi di droga, di prostituzione, di conflitti familiari a cui si aggiungono spesso problemi di natura economica e sociale, sostengono le autrici, «è spesso difficile per la donna affrontare i complessi cambiamenti, le rielaborazioni e le trasformazioni esterne e interne che le possono consentire di preparare lo spazio fisico che accoglierà il nascituro ma, soprattutto, lo spazio mentale adatto ad accogliere e a contenere l'idea di un bambino e di se stessa come madre di quel bambino». Per avvalorare quest'assunto il gruppo della Fava Vizziello presenta una ricerca iniziata nel 1989 e condotta su un campione di 13 gestanti in comunità dopo il rifiuto delle loro famiglie di origine di aiutarle. Gli elementi di

rischio individuati che caratterizzano le donne del campione della ricerca, sono i seguenti:

- gravidanze non desiderate, spesso iniziate e proseguite senza consapevolezza e senza scelta da parte di donne in giovane età;
- problemi di personalità in donne che conducono uno stile di vita con scarsa attenzione alle norme igienico-sanitarie anche durante la gravidanza che tendono ad essere incostanti e caotiche nell'espressione del bisogno;
- precarietà lavorativa: la metà delle coppie appartenenti al campione è disoccupata o ha lavori saltuari o conduce attività illegali e corre il rischio di trovarsi in gravi situazioni economiche di fronte alla nuova situazione familiare;
- situazione abitativa non stabile e non autonoma: spesso la coppia è ospite delle famiglie d'origine oppure si adatta a situazioni di fortuna o comunque precarie.

La ricerca prende in esame la gravidanza in tre momenti specifici: il settimo mese di gravidanza, il quarto giorno dopo il parto e il quinto mese di vita del bambino, con lo scopo di seguire i momenti più significativi della gravidanza e del dopo-parto per ciò che riguarda lo strutturarsi delle rappresentazioni ed il loro modificarsi. Lo strumento utilizzato per indagare l'evolversi delle rappresentazioni materne, è l'*Intervista sulle rappresentazioni mentali materne in gravidanza e nel post-partum* di D. Stern nella versione *Mate-R* modificata dalla Fava Vizziello. Partendo dai presupposti teorici e metodologici sono state formulate le seguenti ipotesi, che la ricerca ha lo scopo di verificare:

- «Il cambiamento della rappresentazione di se stesse come madri e del bambino costituisce l'espressione del passaggio dalla relazione fantasmatico alla relazione reale, nella madre, e fonda le possibilità per un adeguato sviluppo affettivo del bambino».
- «La difficoltà della donna ad organizzare la rappresentazione del bambino e di se stessa come madre e, soprattutto a modellarla nel tempo, costituisce un indice di problematicità se persiste anche dopo la nascita del bambino, in quanto evidenzia una carenza rispetto ad un modello identificatorio positivo cui fare riferimento per immaginarsi come madre».
- Il bambino atteso è vissuto con modalità idealizzate rispetto al suo potere salvifico e di riscatto della madre dalle condizioni di vita in cui si trova.
- È rilevabile nella donna un'idealizzazione di se stessa come madre in

sintonia con le aspettative onnipotenti e ideali nei confronti del figlio *salvatore*.

- È rilevabile nella donna una rappresentazione della propria madre come negativa, con modalità di distanziamento da essa, quale modello con il quale è impossibile identificarsi per le esperienze passate e di carenti modelli identificatori positivi che hanno connotato l'infanzia e l'adolescenza di queste donne.

- È rilevabile un movimento della rappresentazione del partner dall'idealizzazione, nel periodo di gravidanza, ad un processo di delusione e di svalutazione, nel momento in cui i compiti emersi dopo la nascita del bambino sembrano sottolineare i limiti e le incapacità della figura maschile e della relazione.

- È rilevabile la permanenza dell'idealizzazione e quindi dello "spazio ideale" di pensiero creato durante la gravidanza e nei primi mesi dopo la nascita, con l'impossibilità di "vedere" ed entrare in relazione con il bambino "reale".

I fenomeni effettivamente rilevati da questa ricerca sono i seguenti:

- una certa rigidità delle rappresentazioni, rigidità che sembra essere indice di resistenza al cambiamento da parte di queste donne; rispetto al dato della capacità delle rappresentazioni di modularsi in base al modificarsi degli eventi, le rappresentazioni delle madri rilevate dalla ricerca, confrontate con quelle rilevate in un campione di popolazione generale, sono profondamente diverse ed hanno un diverso andamento;

- un comportamento *anomalo* del bambino, che sembra comportarsi in modo da appagare i desideri e i bisogni di completezza della madre;

- per quanto riguarda la rappresentazione di sé come donna, nelle madri tossicodipendenti appare l'esistenza di due differenti rappresentazioni: da un lato esse si percepiscono in modo abbastanza negativo come donne, mostrando una scarsa stima di se stesse, dall'altro esiste un aspetto di idealizzazione del sé come madre legata probabilmente al desiderio di voler realizzare, attraverso la maternità, un senso del proprio sé maggiormente gratificante;

- la tendenza a costruire l'immagine di sé come madre attraverso un'opposizione particolarmente marcata alla propria madre;

- una significativa difficoltà nei processi di identificazione e di separazione che conducono al costituirsi dell'identità materna;

- la tendenza da parte della madre ad investire il bambino del proprio

progetto di “riscatto” dal passato, in modo che il bambino sembra svolgere una funzione vicariante rispetto ai bisogno narcisistici della madre, colmando, con la propria nascita il senso di vuoto esistenziale e relazionale, arricchendo il futuro di una progettualità positiva, ma essendo anche fin dall’inizio invischiato nella problematica materna;

- la difficoltà a rinunciare al progetto costruito in gravidanza e quindi a riconoscere il bambino reale;

- la relazione con il partner è caratterizzata spesso dal rifiuto e dall’ambivalenza, viene spesso descritto con toni negativi e considerato incapace di fornire sostegno economico ed affettivo, altre volte è presente una tendenza all’idealizzazione soprattutto nel periodo precedente al parto, mentre dopo emerge la delusione delle aspettative che il partner sembra disattendere.

Come conclusione, il gruppo di ricerca di Fava Vizziello sostiene che gli elementi che caratterizzano la gravidanza e la maternità di queste donne possono essere letti come fattori di rischio in quanto possibili espressioni di una mancata libertà nelle valutazioni e nell’interpretazione degli eventi e delle manifestazioni di quella “coazione a ripetere” della conflittualità di base che invaderà anche la relazione con il bambino. Queste espressioni di rigidità, di mancanza di libertà sono messe a confronto con i risultati di uno studio effettuato su un campione di donne appartenenti alla popolazione normale, in cui le rappresentazioni della funzione materna sembrano invece modularsi in reazione agli eventi significativi quali la nascita del bambino e i suoi cambiamenti. Occorre però sottolineare, sostengono gli autori, che il campione preso in esame dal gruppo di ricerca non rappresenta “le tossicodipendenti”, ma un gruppo molto ristretto di ragazze in una situazione sociale e personale molto complessa. E «che non esistono grosse diversità nel percorso genitoriale tra le madri tossicodipendenti e altre madri che hanno avuto un’altrettanto difficile situazione di contesto, come se la droga, a questi livelli di rischio sociale non fosse che una minima aggravante».

In *Tossicodipendenza e genitorialità: differenze e complicazioni* del 1997, L. Grosso, psicologo del Gruppo Abele di Torino, sostiene che rispetto alla relazione d’attaccamento tra madre e figlio ed alla capacità della madre tossicodipendente di prendersi cura del suo bambino si possono fare solo approssimazioni; infatti «nella realtà il disinteresse della madre tossicodipendente verso il proprio figlio non si manifesta quasi mai con un reale abbandono: prende più spesso le forme di un coinvolgimento a corrente alternata che oscilla tra momenti di distrazione anche totale e momenti di sovracompen-

sazione, di una incapacità comportamentale (non nelle intenzioni) di mettere il bambino al primo posto». «L'uso di sostanze non significa necessariamente disattenzione genitoriale. L'esperienza mostra che l'uso di sostanze rende più probabile tale disattenzione. Tuttavia l'arco in cui la disattenzione si esercita è molto ampio: dalla negligenza e trascuratezza sistematica, alla creazione di alcuni vuoti in alcuni momenti, agli atteggiamenti di compensazione dettati da formazioni reattive, alla complementarità e supplenza di figure genitoriali sostitutive, all'esercizio di una genitorialità non diversa da tante altre madri e padri sufficientemente buoni che non fanno uso di sostanze». In conclusione L. Grosso afferma che l'equazione: *uso di droga = incapacità genitoriale = stato d'abbandono* è un'equazione non dimostrata e che l'esperienza indica poter essere vera in alcune situazioni esasperate, ma non nella maggioranza dei casi.

In *Villa Emma, un servizio residenziale di supporto alla relazione nel campo della tossicodipendenza* di P. Biancon e G. Macula, sempre del 1997, viene presentato il progetto di una struttura residenziale gestita in collaborazione tra il SerT di Mestre, il servizio di Neuropsichiatria Infantile e la comunità terapeutica CeIS di Mestre. Le autrici, assistenti sociali che coordinano la struttura, evidenziano che «le madri tossicodipendenti difficilmente riescono, nei tempi necessari al bambino, a farsi carico complessivamente del proprio figlio e che per una donna sia necessaria l'interruzione dell'uso di sostanze per poter svolgere la funzione materna, poiché da intossicate sono assenti in quanto occupate a procurarsi la droga e quando sono presenti con il figlio sono spesso dormienti per effetto dell'eroina». Inoltre queste situazioni spesso comportano una presenza massiccia dei nonni con la forte tendenza alla svalutazione dei genitori del bambino, una conseguente condizione di dipendenza da loro ed il ritiro progressivo della madre nell'allevamento del figlio. Questo atteggiamento potenzia il senso di inadeguatezza della madre tossicodipendente che vede mancare anche quel sostegno e quell'aiuto verso il superamento della sua condizione.

In *La tutela dei figli di persone con un disturbo di dipendenza da sostanze. L'intesa tra servizi territoriali dell'Asl di Modena e privato sociale* di M. Aldrovandi e altri, del 1998, vengono elaborate modalità operative di sostegno e tutela dei minori figli di tossicodipendenti, che siano allo stesso tempo terapeutiche e di sostegno anche per i genitori. La prima intesa, quella tra SerT e Seef (Servizio per l'età evolutiva e la famiglia), è stata costruita tenendo conto di alcune linee di principio: la cura dell'adulto tossicodipendente

e la tutela del figlio non devono essere considerate l'una in alternativa o in conflitto con l'altra, ma devono essere viste in armonia essendo l'una la condizione dell'altra. In sostanza l'accordo prevede che gli operatori del SerT debbano, fin dalle prime fasi della presa in carico del paziente, indagare se ci sono minori e se si debba attivare un percorso di tutela; si cerchi il consenso del paziente per il suo invio al servizio specificamente deputato alla tutela dei minori; nel caso che il paziente persista a negare il suo consenso, lo si avverta chiaramente del fatto che la legge mette al primo posto le esigenze di tutela del minore e che, quando vi siano elementi per ritenere che un minore si trovi in situazione di rischio, anche l'operatore del Sert ha il dovere inderogabile di segnalare la situazione al Seef che a sua volta la segnalerà al Tribunale dei Minori; il paziente deve essere informato preventivamente che se non può o non vuole attestare la propria adesione ad un percorso di aiuto finalizzato al recupero, ciò verrà ritenuto come un segnale negativo circa la possibilità di assumere adeguatamente compiti genitoriali.

Dopo questo primo accordo sulle modalità operative è stato necessario aprire un confronto con gli operatori di comunità di recupero dalla tossicodipendenza (Enti ausiliari). Questo dialogo, in specifico con il Ceis di Modena, ha portato all'attivazione di un progetto chiamato "Casa Mimosa" che ha portato alla realizzazione di una casa per madri e bambini all'interno di una comunità terapeutica. Nel costruire questi percorsi terapeutici occorre fare in modo che i tempi richiesti dallo sviluppo di una motivazione alla genitorialità siano compatibili con le esigenze di crescita del bambino. L'eventuale avvicinamento del bambino al genitore ed un suo inserimento in comunità non possono avvenire come un tentativo, ma solo come un traguardo significativo di un progetto in cui l'adulto abbia già compiuto e consolidato significativi obiettivi. In questo modo bambino e genitore potranno sperimentare la convivenza limitando le probabilità di fallimento.

Con *Le esigenze negate dei figli dei tossicodipendenti* di C. Papetti e altri, apparso nel 1998, l'équipe del SerT di Melegnano, ha elaborato un progetto di ricerca-intervento relativo ai minori residenti nel territorio e parallelamente sulle caratteristiche dei genitori in carico al SerT su un campione di 144 minori. Dall'analisi dei risultati della ricerca è emerso che quelle dei figli dei genitori tossicodipendenti in termini numerici non può essere considerato un sottoinsieme marginale o trascurabile del problema generale della tossicodipendenza. Gli elementi emersi dalla ricerca sono i seguenti: tra i bambini non emergono patologie specifiche, né situazioni di deprivazione o

trascuratezza gravi, né carenze sul piano igienico-sanitario; il percorso evolutivo dei minori sembra caratterizzato da un significativo numero di cambiamenti del nucleo di convivenza, con conseguente discontinuità nei riferimenti affettivi e continua necessità di affrontare esperienze di separazione dalle figure d'attaccamento; il padre risulta assente, evidenziando in questo modo la ripetitività dei modelli relazionali della famiglia di origine del tossicodipendente che è caratterizzata dalla perifericità della figura paterna; in pochi casi si è reso necessario un provvedimento di adozione, di affido o di istituzionalizzazione. Il più delle volte sono i nonni ad essere coinvolti nel provvedimento di affido dei minori. A conclusione della ricerca gli autori sottolineano che questi bambini sono da considerarsi a rischio di sofferenza psichica.

Con *Una ricerca-intervento su genitorialità e tossicodipendenza. L'utilizzo di un'intervista semistrutturata*, M. Piscitello e P. Querini, nel 1998, presentano un studio-intervento del SerT di Venezia per esplorare, attraverso la somministrazione di un'intervista su un campione di 13 utenti, il tipo di rischio psicopatologico a cui i figli possono andare incontro. Il punto di partenza della ricerca sono lo studio delle rappresentazioni che i tossicodipendenti hanno dei loro figli, nonché le rappresentazioni che hanno di se stessi come figli e come genitori. L'ipotesi di partenza è che «la tossicodipendenza sia, in molti casi, espressione di patologia dell'identità e del narcisismo, sulla base di precoci carenze affettive e di disturbi nelle relazioni arcaiche, si è ipotizzato che vi sia nel tossicodipendente-genitore, una difficoltà d'investimento sul figlio, con rappresentazione distorta o mancanza di rappresentazione oggettuale del figlio, vissuto come prolungamento narcisistico di sé, parte idealizzata e riparatoria del sé del tossicodipendente. Anche nel caso in cui i tossicodipendenti-genitori raggiungano un investimento oggettuale del figlio, se pur distorto, si è ipotizzata un'amplificazione dello scarto tra rappresentazione che essi hanno dello sviluppo del loro figlio e il bambino reale». Per quanto riguarda l'analisi dei contenuti, è emerso che rispetto al legame della coppia, le coppie tossicodipendente sembrano caratterizzate da una «organizzazione fusiva collusiva» con una mancanza di elaborazione temporale e del processo maturativi. La fusionalità nelle coppie con genitori tossicodipendenti sembra inoltre esprimersi attraverso una difficoltà di separazione dei membri della coppia dalle famiglie d'origine, caratterizzate da rapporti violenti e da promiscuità sessuale. Si è evidenziato inoltre che la gravidanza dà luogo a proiezioni di dinamiche narcisistiche quali l'idea di

uscire dalla solitudine, la speranza di cambiamento e d'apertura a una nuova vita, occasione per smettere di drogarsi. Altre volte la responsabilità che avere un figlio comporta sembra rimandare ad un'angoscia claustrofobica legata ad una fantasia di morte o viene vissuto come un oggetto che lega, una catena, una fregatura. La maggior parte dei padri non immagina il bambino, in molti casi il confronto con il bambino reale, subito dopo la nascita si è dimostrato duro e difficile. I figli o vengono inglobati nella relazione fusionale di coppia senza che ci sia un vero spazio per essi, oppure uno dei due partner, in genere quello cosiddetto *sano*, fa coppia con il figlio escludendo il partner tossicodipendente; per diversi padri la nascita del bambino comporta la difficoltà di confrontarsi con il nuovo *status* di marito e di padre, spesso con la presenza del figlio si sentono esclusi dal rapporto duale con la moglie, perpetuando ancora la dimensione di figlio; i primi anni di vita di questi bambini sono segnati dall'assenza fisica e psicologica di buona parte dei padri, prevalentemente tossicodipendenti attivi nel periodo successivo alla nascita del figlio, spesso la nascita del primo figlio diventa l'occasione per riprendere la tossicodipendenza.

Le autrici concludono sostenendo che sembra possibile fare alcune ipotesi circa la presenza di indici di rischio psicopatologico nei bambini figli di genitori tossicodipendenti quali l'assenza fisica e psicologica di buona parte dei padri, prevalentemente tossicodipendenti attivi nel periodo successivo alla nascita del figlio; la difficoltà ad assumersi la responsabilità genitoriale che implica la necessità di separarsi dall'identità di tossicodipendente per assumere quella di genitore, con conseguente lutto legato al superamento della fase adolescenziale; la rilevanza dello scarto che emerge tra il figlio reale ed il figlio immaginario e la presenza della difficoltà di una rappresentazione mentale oggettuale del figlio poiché la rappresentazione di sé nel tossicodipendente è talmente denigrata e svilta che il figlio non può che diventare o l'oggetto proiettivo dei suoi aspetti negativi, quindi il persecutore, o la realizzazione della sua immagine ideale. I figli di genitori tossicodipendenti appaiono quindi vittime di un messaggio paradossale, sembrano portare avanti una "profezia che si autoavvera", confermando le parti buone dei loro genitori al punto da assumersi un ruolo genitoriale con un appiattimento della dimensione transgenerazionale.

Con *Legame genitoriale e tossicodipendenza. La valutazione dei pattern di accudimento in una popolazione di tossicodipendenti in trattamento*, W. Mascetti e E. Marcucci nel 1999 presentano un'ulteriore ricerca, condotta

dal SerT di Mariano Comese, nata dall'ipotesi che la tossicodipendenza sia un'espressione sintomatologica dell'incapacità di far fronte a particolari compiti di sviluppo dell'età adolescenziale, dovuta a deficit precoci del sistema autoregolativo del sé. L'obiettivo degli autori è quello di rilevare, attraverso strumenti psicologici, la correlazione fra tossicodipendenza e pattern di accudimento disfunzionale.

Con *Valutazione delle capacità genitoriali e inversione dei ruoli nei contesti tossicomani* nel 1999 F. Bonello e A. Pigatto, psicologi e psicoterapeuti dei servizi sociali dell'Azienda USL di Bassano, affermano di ritenere importante che venga valutata la specificità dell'influenza esercitata sul bambino dal contesto tossicomani in cui si trova a crescere, evitando però fuorvianti generalizzazioni. È difficile riscontrare nei figli di tossicodipendenti delle condizioni di abbandono materiale o di sottrazione delle cure primarie, questi figli infatti non presentano quasi mai gravi difetti di sviluppo neuropsichico, mentre è più frequente trovare in questi bambini i segni di una negligenza parentale. In queste famiglie spesso viene a mancare l'attribuzione della *sacralità* alla vita dei bambini, i ruoli si confondono, la crescita non avviene gradualmente, ma per sbalzi, reazione agli urti, precoce adattamento all'esterno. In questo senso si manifesta la carenza del contesto affettivo, la precocità di questi bambini di badare a se stessi in alcuni casi è assimilabile ad un abbandono, ciò porta come conseguenza il rischio di esiti psicopatologici in relazione alla adultizzazione precoce. È frequente che questi bambini debbano adattarsi alle esigenze e agli umori dei genitori, vengono spostati da un luogo all'altro e da un contesto affettivo all'altro, senza poter sperimentare una risposta soddisfacente, prevedibile e continuativa in rapporto ai propri bisogni fisici psicologici, di relazione e al rispetto dei propri ritmi.

Le carenze nelle cure primarie dipendono quindi dalla difficoltà del genitore di pensare al bambino come individuo "altro da sé", rispettato nelle sue esigenze e nei suoi ritmi. Quando ciò avviene in maniera massiccia fin dalle prime fasi dello sviluppo e in assenza di relazioni sostitutive maggiormente strutturanti, è fortemente compromesso lo sviluppo di un sé integrato, nei casi meno gravi il bambino compie un precoce sviluppo di alcune funzioni dell'io in modo da sviluppare una relativa autonomia nel rapporto con l'esterno. L'esito è quello del bambino adultizzato, che in alcuni casi può diventare un adulto apprezzato proprio per le qualità che ha iper-sviluppato al fine di sopperire alle carenze genitoriali. L'essere trascuranti di questi genitori non si esprime con comportamenti violenti o esponendo i bambini all'e-

videnza della loro tossicodipendenza; la loro sottile violenza si esprime nel sottoporre i figli all'alternarsi imprevedibile di una madre talvolta molto presente, dolce, sensibile ed in altri momenti assente.

Pubblicato sempre nel 1999 è il testo *I tossicodipendenti e i loro figli* a cura di U. Zizzoli e C. Vaccari, che rappresenta la riflessione e l'approfondimento che il Servizio per le Tossicodipendenze di Reggio Emilia ha dedicato al tema dei figli dei tossicodipendenti.

Gli autori sostengono che la relazione genitoriale dei loro utenti non si sviluppa mai nel vuoto, ma è il risultato di un contesto familiare ed extrafamiliare più ampio che va inquadrata nell'ambito di una relazione coniugale e di una relazione parentale allargata. Diventa quindi importante una presa in carico pluriprofessionale del nucleo familiare e non più del singolo soggetto tossicodipendente, per poter intervenire sugli aspetti psicologici, sociali, economici, ma anche neuropsichiatrici, educativi e pediatrici. Questo implica la necessità di costituire dei momenti di raccordo e di confronto tra i vari servizi e le diverse professionalità coinvolte sul medesimo caso familiare. Gli autori sottolineano che questo rappresenta uno dei limiti maggiori dell'attuale modello organizzativo dell'Azienda USL poiché al loro interno i servizi spesso si muovono in modo separato e a volte contraddittorio. Mentre è importante nel lavoro sulla genitorialità che gli operatori che si trovano ad affrontare situazioni di genitori tossicodipendenti possano disporre di strumenti utili per poter rilevare se un bambino, spesso ben cresciuto, vestito e pulito, si trova in una situazione di disagio.

Non è possibile individuare una famiglia dei tossicodipendenti. È tipica poiché esistono tante famiglie diversamente caratterizzate a seconda che la tossicodipendenza riguardi uno o entrambi i genitori, che sia risolta e relegata al passato oppure ancora presente, che sia sconosciuta agli altri familiari oppure che costituisca un elemento esplicito di influenza della relazione coniugale e genitoriale.

Gli autori distinguono tre tipologie di famiglie:

- Famiglie nelle quali la tossicodipendenza risulta essere un'esperienza superata o in via di superamento, già adeguatamente rielaborata nel vissuto coniugale della coppia; sono famiglie pressoché normali in cui la nascita di un figlio costituisce spesso un elemento di conferma e di coronamento di quel sogno di normalità tanto faticosamente perseguito. Gli eventuali momenti di difficoltà e di smarrimento possono essere considerati correlati ad ogni tipo di percorso esperienziale.

- Famiglie nelle quali la tossicodipendenza è un elemento di perturbazione non ancora riassorbito e che causa una modificazione sostanziale delle relazioni familiari; sono famiglie nelle quali la tossicodipendenza costituisce spesso un elemento di frattura perché coinvolge uno solo dei due coniugi (per lo più il marito), la relazione genitoriale è spesso disturbata dal conflitto con il coniuge assente o dalle pressioni esercitate dai nonni. Queste sono famiglie potenzialmente a rischio dal punto di vista genitoriale.

- Famiglie nelle quali l'esperienza genitoriale viene ad inserirsi in un contesto fortemente problematico come ulteriore elemento di perturbazione; sono famiglie destrutturate in cui la tossicodipendenza accomuna entrambi i coniugi e in cui la nascita di un figlio rappresenta una sorta di ulteriore detonatore. Sono queste famiglie ad alto rischio.

Publicati nel 1999 sono gli atti di un convegno tenutosi ad Ascoli Piceno dal titolo "L'abbraccio possibile. Tossicodipendenza, minori e genitorialità"; in essi la responsabile della C.T. "Augusto Agostini", dott.ssa F. Talamonti, presenta il Progetto Arianna, progetto di presa in carico residenziale di madri tossicodipendenti e dei loro figli. La struttura nasce per dare risposta alla necessità di trattamento da parte di ragazze con problemi di abuso di sostanze che contemporaneamente fossero anche madri e per essere un'alternativa all'affido etero-familiare assicurando in questo modo la continuità del significativo legame madre-bambino e lo sviluppo di un adeguato processo di attaccamento reciproco. Alla madre viene proposto un programma terapeutico volto al superamento delle complesse problematiche personali che allo stesso tempo tuteli i diritti ed il benessere del minore, ponendo particolare attenzione alle eventuali disfunzioni e carenze del rapporto madre-bambino allo scopo di facilitare ed orientare cambiamenti ed aggiustamenti. Una struttura residenziale di questo tipo, afferma la responsabile della comunità, è una delle risposte possibili alle situazioni di rischio che può vivere un figlio di genitori tossicodipendenti, ma è necessaria una attenta valutazione preliminare da parte dei servizi territoriali e del tribunale per verificare le motivazioni e le capacità materne. Nell'ambito del medesimo seminario il dott. Roberto Mazza, psicoterapeuta della famiglia dell'Università degli Studi di Pisa, nel contributo *Il bambino nell'ambito della struttura residenziale*, evidenzia che i bambini figli di tossicodipendenti sono sempre inseriti all'interno di una complessa rete di relazioni intergenerazionali fra i genitori e i rispettivi nonni, caratterizzate da una forte confusione di ruoli genitoriali e generazionali. L'aggressività, l'eccitazione, l'ipe-

rattività, l'iperadattamento osservati spesso in questi bambini costituiscono i meccanismi difensivi più comuni.

1.3.4. *Contributi più recenti*

In *Maternità e tossicodipendenza: una casistica a confronto* del 2000, Patrizia Bricca, psicologa dirigente del Ser.T. di Monselice (PD) presenta lo sviluppo della funzione genitoriale in un gruppo di madri tossicodipendenti, inserite in comunità terapeutica, osservato all'interno di un progetto specifico, durato quattro anni, in collaborazione con il suo servizio. All'interno della comunità terapeutica le madri hanno potuto sperimentare una serie di attività terapeutiche e riabilitative accomunate dall'obiettivo di sostenere ed incrementare la loro competenza genitoriale.

Le problematiche che si evidenziano durante il percorso comunitario sono varie:

- l'intensità della dipendenza del neonato dalla madre crea stati di forte angoscia ed impotenza tali da tradurre l'incapacità a soddisfare i bisogni del figlio in comportamenti di distanza emotiva o di esplicito rifiuto, vengono osservate condotte di accudimento "vuote", stereotipate e povere di scambio emotivo;

- a volte la funzione materna si è ridotta ed impoverita nell'esercizio ossessivo di un solo compito, esercitato in maniera ripetitiva e quasi sadica, come se l'azione reiterata potesse controllare la molteplicità dei bisogni del bambino e l'incapacità della madre di rispondervi, sono i casi in cui vengono osservate problematiche legate ad un nutrimento eccessivo e continuo;

- gli stili di attaccamento più frequentemente osservati sono evitanti e disorganizzati, bambini che non mostrano particolari reazioni alla separazione della madre né particolari difficoltà all'interazione con l'estraneo, presentando una sorta di adattamento indifferenziato e di autarchia emotiva che li porta a non cercare attivamente il sostegno dell'adulto;

- spesso i bambini al loro ingresso presentano un limitato livello di competenze cognitive, frequenti ritardi nello sviluppo del linguaggio e una generale incapacità ad organizzare il gioco in sequenze significative.

Durante il soggiorno comunitario le relazioni tra madre e figlio possono cambiare: si può assistere alla fuga della madre e conseguente abbandono del figlio, ma anche ad altre situazioni in cui c'è stato un cambiamento positivo

con riduzione degli aspetti di rifiuto e trascuranti nei confronti del bambino, con migliorata capacità di distinguere i propri bisogni da quelli del bambino.

All'interno di questo progetto specifico, è stato osservato che le madri che hanno portato a termine il programma comunitario sembrano aver acquisito una maggiore consapevolezza sia delle proprie caratteristiche che dei propri limiti, sono più in grado di formulare richieste di aiuto appropriate.

Nel contributo *Tossicodipendenza e funzioni genitoriali nella valutazione peritale a tutela del bambino* del 2000, gli autori, M. Collini psicologa del Centro Prima Infanzia dell'A.U.S.L. Bologna Nord e G. Rigon neuropsichiatra infantile dell'A.U.S.L. Città di Bologna, sottolineano che è sempre più frequente il caso in cui gli specialisti della salute mentale infantile vengono chiamati in ambito peritale in qualità di consulenti per fornire risposte ai quesiti formulati dal Tribunale per i Minori in merito a situazioni in cui uno o entrambi i genitori hanno una storia recente o passata di tossicodipendenza. La richiesta solitamente è quella di effettuare accertamenti psicodiagnostici tesi a valutare la struttura di personalità dei genitori al fine di valutare se essa sia compatibile con la capacità di assumere e mantenere l'impegno connesso con l'esercizio della funzione genitoriale, contestualmente viene richiesta la valutazione dell'atteggiamento affettivo dei genitori verso il figlio e la qualità delle relazioni primarie, con l'obiettivo di stabilire se siano tali da consentire al bambino una crescita non patologica. Gli autori sostengono che numerosi sono i fattori di rischio evolutivo legati a condizioni ambientali sfavorevoli ed in particolare la qualità delle interazioni tra genitori e figli, la disfunzionalità di queste interazioni e l'intermittenza delle figure di riferimento in epoca precoce, questi rappresentano i fattori che maggiormente influenzano l'esito dello sviluppo del bambino. Quando si parla di relazioni disfunzionali si intende sia la dimensione interattiva sia quella rappresentazionale. Inoltre sono molto frequenti in situazioni di tossicodipendenza che il bambino venga esposto a esperienze di abbandono e/o di separazione frequenti, cioè ad una mancanza di stabilità e continuità nell'ambiente di accudimento e nelle figure di riferimento. Per la salute mentale del bambino è fondamentale la continuità delle cure e del contatto con la figura di attaccamento primario, i continui cambiamenti sono per il bambino traumatici. In questa prospettiva i parametri fondamentali per formulare un giudizio prognostico sullo sviluppo sono l'organizzazione e la stabilità

delle relazioni precoci, avere cioè la possibilità di vivere un'esperienza di attaccamento stabile e continuativa costituisce una condizione indispensabile affinché il bambino acquisisca una propria autonomia ed una propria identità. Nelle situazioni di tossicodipendenza in associazione a disfunzionalità genitoriali è necessario condurre un programma di intervento integrato e coordinato sul genitore e sul bambino, occorre quindi progettare programmi di intervento prevedendo uno stretto coordinamento, anche attraverso protocolli, tra i diversi servizi e che siano rivolti contemporaneamente ai genitori tossicodipendenti ed ai loro figli. La convivenza del bambino con i propri genitori costituisce la condizione primaria per produrre cambiamenti positivi: la comunità terapeutica residenziale per genitori e figli in cui è possibile condurre un lavoro integrato di cura e supporto, costituiscono esperienze terapeutiche positive per i genitori e favoriscono lo sviluppo di una relazione primaria con il bambino tale da favorire il suo sviluppo. Affinché tali programmi siano efficaci devono essere precoci (dalla gravidanza) e duraturi.

Preziosa è anche l'esperienza del Gruppo Abele nel trattamento di genitori, presentata dalla dott.ssa Laura Carletti nel contributo *Genitorialità e tossicodipendenza: esperienze di una comunità residenziale*, del 2001, in cui viene esposta la presa in carico di queste persone nell'arco di dieci anni di trattamento. Le aree di intervento su cui la comunità lavora sono il contenimento dell'uso e abuso di sostanze, il lavoro sulla persona e sulla coppia e l'appoggio e la valorizzazione delle capacità genitoriali. Il lavoro relativo alla genitorialità con coppie e mamme in situazioni di dipendenza ha evidenziato nel tempo alcune costanti nelle modalità di relazionarsi al bambino e di vivere il loro essere genitori:

- il modello del dito puntato, cioè del “siamo obbligati a”, si sentono giudicati dall'esterno, dalla famiglia, dai servizi, dal tribunale, dalla comunità, in realtà si autogiudicano e si sentono profondamente colpevoli pur negandolo. L'atteggiamento conseguente è spesso quello della rabbia, dell'aggressività, del rifiuto verso la progettualità e l'accompagnamento, del vittimismo. Pretendono molto e fanno continue richieste assistenziali, tutto è dovuto, nello scontro il figlio è in seconda fila o percepito come un ostacolo. Compito della comunità è di stimolare la rivalutazione del ruolo genitoriale e del figlio come una priorità per la vita del genitore;

- il modello guscio ovvero “tutto solo mio”, il figlio viene vissuto come un possesso personale, tesoro prezioso da preservare da attacchi esterni, vi è

un rapporto simbiotico vissuto con determinazione. Spesso il figlio riempie, come faceva la sostanza, tant'è che spesso quando la simbiosi diminuisce, ricompare l'assunzione della sostanza. In questa fase prevale con modalità esclusiva la diade madre-bambino, da cui anche il padre è escluso. L'atteggiamento conseguente è quello di non accettare aiuti e sostegno esterno, nel non riuscire a vedere i veri bisogni di sé e del figlio, nel non riuscire a distinguerli e nel percepire come minaccioso tutto ciò che è esterno. "Il figlio è mio, solo mio e ci penso io": è la rivendicazione di una genitorialità di cui si ha bisogno per esistere. Chiusura, isolamento, presunzione, apparente sicurezza, strumentalizzazione della maternità per sentirsi buoni, validi e capaci, per nascondere fragilità e paure. Toccherà alla comunità aprire spiragli sul sé per stimolare uno sguardo interno;

- il modello saponetta, cioè "svicolo volentieri", è un tentativo di svicolare dall'impegno del figlio, senza svicolare dall'immagine del genitore adeguato, utilizzando ad esempio i propri genitori come surrogato di genitorialità. In questo modo si evita il coinvolgimento e i problemi profondi della genitorialità e della gestione del figlio. Questo consente di svicolare dai problemi, alleggerendo il carico emotivo, affettivo e pratico, delegando ad altri la gestione pur rivendicandola a se stessi. Spesso si percepiscono genitori molto validi e buoni e il figlio assume un valore terapeutico. Compito della comunità è di smascherare l'illusione provocata dal prevalere dell'esperienza della rappresentazionalità della genitorialità per promuovere una genitorialità affettivamente più adeguata nella quotidianità. Si tratta di superare il processo mimetico in cui la confusione tra essere figlio ed essere genitore gioca un ruolo determinante e regressivo.

Il lavoro in comunità propone la rimotivazione del proprio essere genitore a partire dalla riscoperta dell'essere stato figlio, per arrivare ad assumere, con più consapevolezza, il ruolo genitoriale.

Utile per comprendere le caratteristiche che può avere una Comunità Terapeutica che propone un percorso sulla genitorialità per donne tossicodipendenti, è utile presentare il contributo del 2003, *Bambino e madre in comunità* di C.M. Garavini, psicoterapeuta, e G. Bortolotti, assistente sociale, entrambe consulenti sulla genitorialità della Comunità La Rupe di Bologna.

Le autrici sostengono che il loro lavoro con i ragazzi e le ragazze che hanno fatto uso abituale di sostanze ha evidenziato come la tossicodipendenza comprometta seriamente la capacità genitoriale e quanto importante

sia nei percorsi educativo-terapeutici aiutare i giovani nella riacquisizione dei compiti parentali.

Per accogliere un bambino in comunità occorre identificare le condizioni che possono contenere i possibili rischi connessi alla vita all'interno di una struttura. Le caratteristiche individuate dalle autrici come elementi di protezione sono:

- interventi specialistici con le madri, i padri, sia di gruppo che individuali;
- formazione e consulenza costante agli educatori e alla responsabile che si occupano dei bambini;
- dimensione familiare e numero limitato di ospiti;
- spazi interni ed esterni organizzati ed attrezzati per i bambini;
- apertura al territorio (nidi e materne pubbliche);
- organizzazione della giornata che consenta alle madri di dedicarsi ai figli soprattutto nei momenti più importanti (risveglio, pasti, sonno);
- presenze di personale educativo specifico per i bambini, che si occupi del bambino quando la madre è impegnata in attività educative o si trova in momenti di particolare difficoltà per cui ha bisogno di essere alleggerita nei suoi compiti di accudimento, che sostenga le madri negli impegni educativi, nella relazione con il bambino e nella crescita di consapevolezza delle responsabilità educative;
- collaborazione sistematica con i servizi sociali competenti per il minore con l'obiettivo della sua tutela;
- presenza di una rete di volontari e di famiglie d'appoggio che sono disponibili a stabilire rapporti di aiuto e di collaborazione ed ospitano nella loro casa la madre con il bambino ed il bambino da solo;
- cura delle relazioni del bambino con figure significative esterne alla comunità, soprattutto i padri.

La presenza del bambino accanto alla madre impone alla comunità di assumere anche la responsabilità della tutela del minore e di svolgere un ruolo di protezione e cura del bambino supportando la madre nell'attuazione dei compiti parentali o sostituendosi a lei nei momenti di difficoltà.

Le comunità che accolgono minori hanno il compito di:

- Osservare attentamente le caratteristiche della relazione madre-bambino.
- Supportare la madre nella graduale riacquisizione delle competenze genitoriali.

- Segnalare ai servizi sociosanitari eventuali carenze e difficoltà gravi che possono rappresentare un rischio per la crescita del bambino.

Sempre del 2003 è il seminario tenutosi a Brescia dal titolo *Una famiglia di famiglie. La presa in carico di adulti e bambini nelle comunità terapeutiche della Cooperativa di Bessimo*, in cui viene illustrata la complessità del trattamento di adulti e minori all'interno delle comunità, anche alla luce di un Progetto finanziato dalla legge 45/99 e finalizzati appunto alla presa in carico di adulti e minori inseriti in comunità. L'attuazione di tale progetto ha comportato una radicale messa in discussione degli assunti ideologici e metodologici degli anni precedenti, che vedeva l'intervento sulla genitorialità concentrato prevalentemente nel far accrescere le consapevolezza e le competenze dei genitori per influire sul benessere dei figli, che quindi venivano considerati in un certo senso "appendici" dei loro genitori. Il profondo cambiamento è avvenuto nel dare rilievo all'individualità dei bambini, attivando una serie di interventi finalizzati a migliorare le loro condizioni di vita. Il bambino comincia ad essere considerato utente della comunità a tutti gli effetti e quindi con problematiche e bisogni specifici a cui dare risposta. Per cogliere, interpretare e trattare il disagio dei minori è stato necessario introdurre nuove figure professionali (uno psicologo della relazione, una psicologa dell'età evolutiva ed una psicopedagogista) con l'obiettivo di arricchire il bagaglio di conoscenze ed ampliare i vertici osservativi. L'introduzione di questo progetto ha comportato un lavoro di formazione delle educatrici all'infanzia, è stato definito un piano di intervento che comprendeva l'accoglienza e la presa in carico di genitori e minori a vari livelli, elaborando progetti educativi che coinvolgessero bambini e genitori e che garantissero la presa in carico dell'adulto e la tutela del minore.

Nel contributo *La peculiarità degli interventi terapeutici nella comunità per donne con figli di Civate Camuno* gli operatori presentano un'esperienza di 15 anni di trattamento della diade madre-bambino sottolineando che la presenza del bambino diventa parte integrante della proposta di recupero indirizzata alla madre tossicodipendente, pur con le dovute considerazioni: innanzitutto non esiste automatismo, un figlio non cambia la madre, benché ve ne sia l'illusione, ma può diventare un elemento estremamente positivo, la sua presenza può incentivare la madre ad un impegno maggiore. La struttura di Civate offre un modello educativo familiare, vengono svolte varie attività terapeutiche ed educative e tra queste l'osservazione e il soste-

gno specifico alla relazione madre-bambino, la psicoterapia individuale e di gruppo e tutte le altre attività pensate per adulti e bambini.

1.3.5. Conclusioni

Dopo una presentazione conoscitiva della letteratura italiana più significativa relativa alla questione della genitorialità nelle situazioni di tossicodipendenza in una prospettiva storica e cronologica, è possibile fare alcune considerazioni in merito all'evoluzione dei contributi sull'argomento e alle teorie utilizzate dalla ricerca universitaria per approfondire alcune tematiche specifiche.

Il primo dato che emerge è l'iniziale scarsa visibilità del problema: il problema della genitorialità nelle persone tossicodipendenti fino ad un certo momento non viene visto dagli operatori dei servizi, probabilmente nascosto dalla patologia più manifesta del genitore, ma anche a causa di una visione del tossicodipendente che lo considera più come figlio che come genitore a sua volta. I primi ad accorgersi della situazione sono i reparti di neonatologia che si sono trovati a gestire la nascita di bambini in situazioni di astinenza (S.A.N.); anche le comunità terapeutiche si sono trovate ad accogliere ragazze in stato di gravidanza o con figli affidati a familiari; inevitabilmente anche gli operatori dei SerT ad un certo punto hanno rilevato la presenza di bambini nei corridoi del servizio che accompagnano i genitori.

In tutti questi casi è la presenza *fisica* dei bambini a costringere gli operatori dei vari servizi ad accorgersi di loro e a "scoprire" il problema della genitorialità dei loro utenti adulti.

Agli inizi degli anni '80 comincia quindi una riflessione su queste tematiche: dal riconoscimento della negazione del problema da parte degli operatori dei vari servizi, inizia un percorso di ricerca e di formazione indirizzato a cercare di comprendere l'entità del fenomeno e di ampliare le conoscenze da un punto di vista biologico, psicologico e sociale. Da questo percorso nasce anche un diverso approccio alla persona tossicodipendente, più complesso ed articolato, che lo vede meno schiacciato nel ruolo di figlio dei propri genitori e con più responsabilità verso i propri figli. Iniziano ricerche, sperimentazioni, protocolli di intervento che coordinano l'azione di più servizi; aprono strutture attrezzate per occuparsi della presa in carico contemporanea dei genitori tossicodipendenti e dei loro figli.

Nella Regione Veneto si sviluppa un lungo e complesso percorso di ricerca che porta all'organizzazione di un corso di formazione specifico per addetti ai lavori dei vari servizi, che porterà successivamente alla pubblicazione del testo di G. Fava Viziello e P. Stocco della cui importanza si è detto.

Un altro elemento da sottolineare, leggendo i contributi precedentemente esposti con un'ottica cronologica, è di quali aspetti del problema si sono occupate le ricerche e gli interventi nel corso degli anni. Durante i primi anni di attenzione a queste problematiche, i ricercatori si sono concentrati prevalentemente sugli aspetti farmacologici e clinici del problema ed hanno individuato trattamenti in grado di garantire un buon andamento della gravidanza ed una disassuefazione del neonato in tempi brevi e senza effetti secondari conclamati. Successivamente gli interrogativi che vengono posti riguardano lo sviluppo psicologico del bambino nato in situazioni di tossicodipendenza dei genitori. Attualmente la convinzione su cui concordano molti ricercatori è che la tossicodipendenza dei genitori rende i bambini a rischio per l'influenza che hanno i sistemi di comportamento coinvolti nello sviluppo del legame affettivo con i genitori. La tossicodipendenza viene considerata in letteratura come una delle condizioni che può avere effetti deleteri sull'attaccamento e produrre un impatto negativo sulla competenza genitoriale. Allo stesso tempo è via via maturata un'ottica di intervento intesa a salvaguardare entrambi e a favorire lo sviluppo di un adeguato processo di attaccamento reciproco non trascurando il legame che comunque esiste tra la madre tossicodipendente ed il suo bambino.

Prescindendo dal dato cronologico, si può analizzare la questione secondo una prospettiva epistemologica con l'intenzione di far emergere *il ritratto della madre tossicodipendente* a cui gli autori esaminati hanno fatto riferimento e che hanno contribuito a delineare. Innanzitutto per *ritratto di madre tossicodipendente* intendiamo quell'insieme di caratteristiche che la letteratura ha riscontrato e quindi attribuito a queste persone. Si cercherà a seguire di evidenziare le affermazioni che riguardano la genitorialità delle persone tossicodipendenti su cui concordano la maggior parte degli autori di cui abbiamo analizzato il contributo e che vanno a definire il suddetto *ritratto*. Le affermazioni, le ipotesi, le caratteristiche più rilevanti e riscontrabili sono state raccolte e suddivise nelle seguenti quattro aree tematiche di riferimento:

Contesto ambientale: area in cui vengono raccolti tutti i fattori legati al contesto ambientale e suddivisi nei seguenti ambiti:

- *ambito socio-sanitario*: le donne tossicodipendenti oltre a caratterizzarsi per l'abuso di sostanze, spesso hanno problemi di personalità e di depressione ed uno stile di vita con scarsa attenzione alle norme igienico sanitarie;
- *ambito socio-economico*: nelle donne tossicodipendenti si riscontra frequentemente uno stile di vita irregolare associato spesso a precarietà lavorativa (disoccupazione, lavori saltuari) e ad attività illegali (spaccio, piccoli furti, rapine), spesso hanno una situazione abitativa non stabile e non autonoma il più delle volte a carico della famiglia di origine;
- *ambito esperienziale*: molto volte queste donne hanno avuto nella loro vita numerose esperienze traumatiche, come lutti, violenze subite (fisiche, psichiche e sessuali), carcerazioni e prostituzione;
- *ambito affettivo*: la maggior parte delle donne tossicodipendenti provengono da situazioni familiari in cui sono presenti: forti conflitti, deprivazione affettiva, perdite, separazioni, carenza di continuità affettiva; vivono in situazioni di solitudine ed isolamento, spesso hanno compagni tossicodipendenti in situazioni altrettanto difficili; i rapporti di coppia sono spesso determinati dall'uso comune di sostanze.

Area afferente alla genitorialità, in cui vengono raccolte tutte le caratteristiche, individuate in letteratura, riferite alle donne tossicodipendenti come madri. La caratteristica che ricorre più frequentemente è l'ambivalenza rispetto alla gravidanza e al bambino, che si manifesta un'alternanza di aspetti fortemente idealizzati e momenti di rifiuto e di delega. La preoccupazione materna primaria nelle madri tossicodipendenti si manifesta in modo 'intermittente', seguendo i ritmi dell'assunzione di sostanza, oscilla tra momenti di assenza anche totale o di "presenza assente" a momenti di sovracompensazione. Altro elemento riscontrato frequentemente è l'induzione all'inversione dei ruoli, con richiesta al bambino di farsi carico delle aspettative e dei desideri dei genitori, accelerando l'autonomizzazione del bambino e una sua precoce adultizzazione.

Area motivazionale, legata alla storia della gravidanza o a precedenti gravidanze; spesso si tratta di giovani donne in cui la gravidanza non è cercata, non è desiderata ed è portata avanti senza consapevolezza e senza scelta, caratterizzata da rifiuto e negazione. Spesso sono donne che hanno avuto aborti o altri figli in situazioni difficili, ma anche quando la gravidanza è accettata, sono frequenti i momenti di forte angoscia legata all'evento e

momenti di negazione dello stesso (che si evidenziano attraverso il mancato riconoscimento del ritardo mestruale, ritardo degli accertamenti, disattenzione verso i bisogni del feto, uso di sostanze, mancati controlli). Spesso sono donne che desiderano una gravidanza o un bambino come difesa vitale e come esperienza di riscatto; il “bambino viene spesso atteso con modalità idealizzate rispetto al suo potere salvifico e di riscatto della madre dalle condizioni di vita in cui si trova, il bambino viene vissuto come oggetto onnipotente che colma il vuoto esistenziale della madre con il compito di dare più che di ricevere affetto.

Area delle rappresentazioni materne, suddivisa in:

- *rappresentazioni di sé come madre (e come donna):* rappresentazione negativa di sé come donna, scarsa stima di sé; idealizzazione di se stessa come madre in sintonia con le aspettative onnipotenti ed ideali del bambino; ambivalenza con alternanza di idealizzazione e di rifiuto; difficoltà al cambiamento delle rappresentazioni, difficoltà al passaggio dalla relazione fantasmatico alla relazione reale, difficoltà a costruire un’immagine di sé e a modellarla nel tempo; rigidità nelle rappresentazioni; resistenza al cambiamento;

- *rappresentazioni del bambino:* ambivalenza con alternanza di idealizzazione e rifiuto; idealizzazione del bambino; difficoltà al passaggio dal bambino fantasmatico al bambino reale; difficoltà al cambiamento e alla modifica nel tempo della rappresentazione del bambino; rigidità delle rappresentazioni; aspettative onnipotenti; il bambino è investito del progetto materno di riscatto dal passato; colma con la propria nascita il senso di vuoto esistenziale e relazionale ed è fin dall’inizio invischiato nella problematica materna; difficoltà a rinunciare al progetto costruito durante la gravidanza per far posto al bambino reale;

- *rappresentazioni della propria madre:* la maggior parte delle donne tossicodipendenti ha una rappresentazione della propria madre come negativa, ha carenti modelli identificatori positivi, percepisce la propria madre come modello con il quale è impossibile identificarsi, costruiscono un’immagine di sé come madre attraverso un’opposizione marcata alla propria madre, la maggior parte di esse desidera essere migliore della propria madre;

- *rappresentazioni del partner:* le donne tossicodipendenti hanno una rappresentazione del proprio partner che tende all’idealizzazione durante la gravidanza, mentre dopo la nascita del bambino prevalgono delusione e svalu-

tazione poiché percepiscono il compagno come incapace di fornire sostegno e sicurezza sia economica che affettiva.

1.3.6. Tipi di intervento a sostegno della genitorialità nelle situazioni di tossicodipendenza

- Protocolli ospedalieri di messa in rete di più servizi (reparti di ostetricia e ginecologia, SerT, servizi sociali, consultori e servizi di neuropsichiatria infantile). L'obiettivo di questi servizi è quello di offrire un intervento integrato alla gestante tossicodipendente e alla coppia madre-bambino e di ridurre i rischi perinatali connessi all'uso di sostanze in gravidanza.

- Interventi ambulatoriali di sostegno, di counselling, di presa in carico di persone tossicodipendenti mirato al rinforzo delle competenze genitoriali. Sono spesso finanziati da progetti e quindi hanno il problema della discontinuità.

- Comunità Terapeutiche residenziali Madre-Bambino. Accolgono in comunità sia le madri che i bambini e propongono un percorso sia sul recupero della tossicodipendenza che sul sostegno alla genitorialità. L'ottica di intervento delle comunità madre-bambino (e coppia-bambino) è quella di salvaguardare sia il genitore che il figlio e favorire lo sviluppo di un adeguato processo di attaccamento reciproco non trascurando il legame che comunque esiste tra la madre tossicodipendente ed il suo bambino.

- Comunità Terapeutiche residenziali Coppia-Bambino. Accolgono in comunità l'intero nucleo familiare e propongono un percorso sulla tossicodipendenza, sulla genitorialità e sulle problematiche di coppia. Inoltre si segnala il monitoraggio effettuato dalla Comunità di Civate-Coop. Bessimo, con la raccolta di dati dal 1993 a tutt'oggi, relativamente alla presenza di bambini e adulti sieropositivi e/o in terapia farmacovirale.

CAPITOLO 2 LA RICERCA

2.1. Obiettivi

Il progetto, di cui la presente ricerca è una prima fase, si pone l'obiettivo di promuovere e verificare l'efficacia di modelli operativi di rete di facile accessibilità, volti alla tutela della salute ed al reinserimento delle donne tossicodipendenti con figli in trattamento residenziale.

Gli obiettivi specifici che si pone l'indagine sono:

- *Compiere un'analisi della letteratura nazionale e internazionale sul fenomeno per capire il fenomeno tossicodipendenza e maternità è necessario porsi in un'ottica diversa rispetto al problema dipendenza.* La tossicodipendenza, infatti, intacca seriamente la sfera della maternità che spesso viene rifiutata, non solo a causa del tipo di vita che conduce chi fa abuso di sostanze, ma anche per ragioni sociali ed economiche. La maternità viene spesso vissuta in maniera ambivalente e come qualche cosa di irreali, spesso accompagnata da un senso di perdita relativo alla sensazione di non essere in grado di gestire in maniera efficace il ruolo di genitore. Quando, invece, una donna con problemi di abuso decide intenzionalmente di avere un bambino, anche prima che egli nasca, vive la fantasia della funzione "liberatoria" dalle sostanze rappresentata dal bimbo. Recenti studi sulla relazione di madre-bambino hanno dimostrato che il loro comportamento passa da momenti di completa assenza a momenti di grande stimolazione verso il bambino; nella cura del figlio, la madre mette in atto le relazioni oggettuali tossicomane, per cui il bambino non è sperimentato come un vero individuo, ma piuttosto come un oggetto malleabile che dovrebbe adempiere alle necessità della madre. Una diffusa spiegazione per il mancato funzionamento dell'istinto materno riguarda l'incapacità di queste donne a differenziare tra la gratificazione e la frustrazione che l'aver un bambino comporta.

Date queste premesse, gli interventi terapeutici con donne aventi figli, devono ampliare il loro raggio di azione, poiché oltre all'interruzione di comportamenti di abuso, è necessario intervenire sulla relazione madre-bambino.

È quindi un obiettivo primario della ricerca, conoscere sia attraverso studi descrittivi, sia attraverso *l'outcome research*, modelli di intervento già sperimentati e validati, che possano contribuire ad implementare i modelli esistenti.

- *Descrivere un campione di servizi rivolti a donne madri con problemi di dipendenza da sostanze.*

Tale campione non è inteso come statisticamente rappresentativo della popolazione di donne tossicodipendenti in trattamento con figli, ma rilevante per la rappresentazione del fenomeno oggetto di indagine, come verrà spiegato in seguito (cfr. §2.2). In Italia, poi, non sono molti i servizi rivolti specificatamente a donne tossicodipendenti con figli, spesso essi si sono sviluppati da servizi rivolti alla tossicodipendenza in generale e risultano essere localizzati prevalentemente nel Nord Italia. Uno degli obiettivi della presente ricerca è pertanto definire quali siano le specificità di un servizio rivolto alle madri, quanto l'essere madre implichi una differenziazione nella cura e nella riabilitazione dalla tossicodipendenza.

Partendo quindi dall'analisi di servizi specifici, che hanno un'operatività consolidata nel tempo, si cercherà di delinearne le caratteristiche.

- *Rilevare i modelli organizzativi adottati, le risorse professionali coinvolte, i processi implementati ed il sistema documentale/informativo interno.* La ritenzione in trattamento è considerata generalmente come il miglior indicatore degli esiti del trattamento stesso. Per ciò che riguarda i trattamenti rivolti alle donne, vi sono pareri discordanti tra i vari autori, per cui se per Markoff e Crawley (1996) le donne riportano più alti livelli di ritenzione e generalmente portano a termine il percorso terapeutico, una ricerca effettuata dal NIDA (1994) dimostra che le donne rimangono in trattamento per un periodo inferiore e hanno meno opzioni terapeutiche rispetto agli uomini. Sempre secondo Markoff e Crawley (1996) le caratteristiche che determinano gli abbandoni del trattamento per le donne sono collegate al tipo di trattamento e alle sue modalità, mentre negli uomini sono più soggetti a caratteristiche individuali, quali tipo di abuso, fattori ambientali e sociali.

Date queste premesse è quindi rilevante capire quali siano i servizi rivolti a queste donne, ma soprattutto in cosa essi consistano, come e con quali modalità vengano erogati, chi è il personale deputato ad erogare i servizi, quali le competenze, su quali conoscenze si basa il servizio in toto.

- *Rilevare i bisogni degli utenti.* La maggioranza dei ricercatori ritiene che le motivazioni che portano alla decisione di intraprendere un percorso terapeutico per interrompere l'uso di sostanze sia diverso tra i due generi. Blume, (1994) riferendosi alle donne tossicodipendenti, dà quali motivazioni più frequenti i problemi fisici e psichici, e problemi con le loro famiglie, mentre per uomini le motivazioni vanno ricercate in problemi occupazionali e legali. Power e Taylor (1995) indicano come il determinante nella differenza motivazionale tra uomini e donne, la responsabilità di occuparsi dei bambini e, in secondo luogo, il timore di veder sottratti i loro bambini se non dimostrano di essere "buone" madri. Quindi, il rischio di perdere la custodia dei bambini e l'incapacità di prendersi cura di loro diventano le motivazioni principali per le donne che entrano in trattamento e, paradossalmente, è anche uno dei principali ostacoli ad intraprenderlo.

Al fine di migliorare i livelli di ritenzione in trattamento e fornire servizi sempre più adeguati alle esigenze delle donne e dei loro figli, si vuole pertanto indagare sui bisogni delle donne, quali bisogni siano soddisfatti e in che modo, e rilevare quelli che ancora non sono stati sufficientemente indagati.

- *Rilevare i bisogni formativi del personale impiegato.* Se da un lato la ricerca vuole descrivere la realtà esistente, dall'altro vuole anche proporre un'implementazione dei modelli attuali. Tale implementazione non può prescindere dall'esistente e colmare eventuali lacune dei servizi erogati; la formazione del personale è pertanto uno strumento principe per impiantare nuovi modelli ed erogare servizi che sempre più siano adeguati alle esigenze degli utenti, sia le donne che i loro figli.

- *Analizzare la rete dei servizi e rilevare i punti di forza e di debolezza di tale rete.* In Europa esistono numerosi progetti rivolti a donne con problemi di dipendenza, siano esse incinte o madri di bambini piccoli. Questo interesse crescente è la testimonianza del tentativo di porre maggiore attenzione al problema della tossicodipendenza nella popolazione femminile e respon-

dere in maniera più accurata alle necessità delle donne. L'aspetto di maggior forza di questi progetti è non solo l'attenzione posta alle donne, ma anche il rafforzare e valutare gli aspetti propri dell'identità di genere. Nella maggioranza di casi, questo tipo di intervento è in grado far evitare alla donna la conseguenza legale e dolorosa della separazione dal bambino, che la porterebbe verso l'esacerbamento di una situazione esistenziale già difficile. Uno dei più grandi rischi in questo tipo di interventi è che il bambino possa essere usato come una sorta di strumento terapeutico per "salvare la madre", mettendolo quindi in una posizione secondaria. Al fine di evitare questo rischio sono stati sviluppati interventi multidisciplinari, con specifici spazi terapeutici (individuali e/o di gruppo) per l'adulto, spazi distinti dedicati al miglioramento della relazione madre-bambino.

In questi interventi c'è la tendenza a tenere distintamente separato il fatto che avere una madre tossicodipendente possa essere un fattore di rischio potenziale per lo sviluppo evolutivo del bambino, supportato anche dal fatto che la maternità, in molti casi, è un fattore che facilita la cura e il reinserimento di donne con problemi di abuso, soprattutto nei casi in cui sia possibile mantenere uno spazio parentale sano per queste donne e i loro bambini.

In quest'ottica, pertanto, l'intervento rivolto a madri tossicodipendenti non può non essere un intervento multidisciplinare e integrato, dove servizi rivolti alla cura dell'adulto interagiscono con quelli preposti alla cura del bambino, dove quindi realtà diverse, con diverse impostazioni e filosofie, costruiscono un lavoro di rete e dove il focus sia la relazione genitore-bambino.

2.2 Metodi e strumenti

Gli obiettivi e le ipotesi di ricerca postulano la necessità di procedere con la tipica metodologia dell'analisi qualitativa, con i suoi tre tratti distintivi (Ricolfi, 1997):

- l'assenza della matrice dei dati;
- la non ispezionabilità della base empirica;
- il carattere relativamente informale delle procedure di analisi dei dati;

L'importante, in ogni ricerca, sia essa di tipo qualitativo che quantitativo, è sapere cosa cercare, il come ne è una conseguenza, perché è la cosa cercata che impone una o l'altra delle metodologie.

Il nostro vivere quotidiano rigurgita di statistiche. I media sono i primi

attori di questa illusione collettiva della “conoscenza basata sui numeri”, ma andare in profondità non è sempre possibile con le sole statistiche, se si vogliono analizzare i fattori e le relazioni tra i fattori di un determinato fenomeno sociale.

La ricerca qualitativa è una famiglia assai ampia di tecniche di ricerca che si pone l'obiettivo di analizzare tutto ciò che non è numerico, quindi testi, dialoghi e interviste, brani audio, filmati, immagini ecc. Le società di ricerche di mercato che offrono studi di questo genere utilizzano normalmente due tecniche specifiche: i focus group, interviste di gruppo spesso gestite da uno psicologo, dove si può apprezzare l'interazione tra gruppi, o le interviste in profondità, interviste di lunga durata effettuate su singoli individui rappresentativi della popolazione oggetto dell'indagine.

La ricerca qualitativa si presta ad essere applicata a situazioni micro-relazionali, reali, quindi osservabili e affrontabili soltanto da vicino. In queste situazioni il ricercatore deve immergersi, non deve rimanere uno spettatore impassibile, ben conscio però che la sua soggettività andrà ad influire sulla rilevazione dei dati che sta compiendo.

E questo fatto non deve essere sentito come una fonte inquinante, ma come una risorsa, perché è in grado di rivelare la presenza di elementi che sfuggono invece ad ogni determinazione di tipo oggettivistico. Blanchet ci ricorda, a questo proposito, che «la soggettività del prodotto informativo è una proprietà intrinseca ad ogni tipo di intervista e, per questo, l'informazione “estratta” dalla biografia di B, suppone un'ulteriore attività di manipolazione (attraverso l'analisi del contenuto) da parte di A, corrispondente all'inevitabile interpretazione del messaggio raccolto».

Il ricercatore, che si avvale di un'analisi qualitativa, opera per raccogliere impressioni, rappresentazioni individuali o collettive di specifici fatti e esperienze umane, la loro analisi e disaggregazione allo scopo di far luce sui fatti immediatamente visibili, o di portare alla luce i fatti non immediatamente percepibili, che stanno sotto il mondo delle nostre immediate percezioni quotidiane; non opera dunque sui grandi numeri, né si avvale di strumenti matematici. Egli in questo senso, non è interessato al numero dei casi, ma alla enucleazione del maggior numero di aspetti e informazioni ricavabili dal caso umano singolo o contestuale.

I metodi applicati alla ricerca qualitativa non sono di recente invenzione e hanno una lunga tradizione in varie discipline accademiche (Murphy et al, 1998). Ciò che è emerso da una revisione recente della letteratura è il far

convergere tutte queste tecniche sotto un paradigma comune, spesso con l'obiettivo di essere in posizione simmetrica con la ricerca quantitativa. Nella ricerca sanitaria, l'*evidence based medicine* ha ancora di più sottolineato questa differenza di approcci con il risultato di definire la ricerca qualitativa "quello che non è la ricerca quantitativa" (Sackett et al. 1997).

L'assurdità di definire la ricerca qualitativa in opposizione a quella quantitativa è oltremodo evidente, in quanto la ricerca qualitativa si deve anch'essa basare, parimenti a quella quantitativa, sull'evidenza empirica, altrimenti non si può parlare di ricerca. La differenza tra le due metodologie sta nel fatto che l'evidenza, ossia i dati raccolti, non è in forma numerica e richiede un'analisi di tipo interpretativo piuttosto che statistico. È oltremodo assurdo non sostenere che anche i dati numerici sono comunque sottoposti a un processo di tipo interpretativo mentre vengono raccolti e analizzati. Si pensi ad esempio un questionario atto a valutare il livello di depressione, che seppur utilizzando una scala attendibile debitamente validata, traspone le sensazioni e le opinioni di un individuo sotto forma numerica: è inevitabile che ci siano delle interpretazioni da parte dei ricercatori.

La ricerca qualitativa ha il suo impiego ottimale laddove sia necessario qualcosa di diverso e più ricco rispetto ai numeri per descrivere un fenomeno.

Selezione del Campione

Una fondamentale differenza tra la ricerca quantitativa e quella qualitativa sta proprio nella metodologia del campionamento.

I ricercatori "quantitativi" hanno l'obiettivo di reperire un consistente campione casuale – in base ovviamente alla potenza dello studio – che sia sufficientemente rappresentativo della popolazione generale, al fine di eliminare le differenze individuali che ne inficerebbero la generalizzazione, e potendo nel contempo effettuare delle inferenze statistiche.

I ricercatori "qualitativi" si rivolgono invece a un piccolo campione specifico al fine di produrre una spiegazione plausibile e coerente del fenomeno in studio. L'obiettivo è quindi di studiare un fenomeno e/o le sue interazioni con altre variabili e capirlo. I risultati non saranno statisticamente generalizzabili, ma lo potrà essere il modello e la teoria che da questo tipo di studio vengono prodotti.

Pertanto la selezione del campione è avvenuta secondo questi criteri di rilevanza e di consistenza qualitativa.

Il campione risulta pertanto costituito dai seguenti servizi residenziali rivolti a madri con problemi di dipendenza, situati in sei diversi siti:

- Ascoli Piceno: Ama-Aquilone (struttura residenziale femminile)
- Bologna: La Rupe (struttura residenziale femminile)
- Civate: Coop. di Bessimo (struttura residenziale per mamma e bimbo)
- Imola: Il Sorriso (struttura residenziale femminile per mamma e bimbo)
- Torino: Gruppo Abele (struttura residenziale per mamma e bimbo)
- Verona: Comunità dei Giovani (struttura di pronta accoglienza per donne incinte e/o puerpere)

Queste sei comunità costituiscono le unità di analisi.

Definizione e Costruzione degli strumenti

In base agli obiettivi dello studio si è pensato di utilizzare tre tipi di strumenti qualitativi: l'osservazione partecipante, l'intervista in profondità e il focus group. Inoltre è stato utilizzato un breve questionario autocompilato dal referente della struttura, relativo ai dati strutturali del servizio (target, personale e tipologia, risorse strutturali, risorse finanziarie, etc.) che costituisce la scheda di rilevazione dei dati della struttura.

L'utilizzo di tre differenti strumenti di ricerca ha avuto l'obiettivo di arricchire ed approfondire i dati raccolti.

Per ciò che attiene l'osservazione, il metodo utilizzato è quello dell'*osservazione strutturata*, che suggerisce al ricercatore cosa osservare e quando. È stata pertanto costruita una griglia di osservazione strutturata atta a rilevare la tipologia del servizio, a fornire una descrizione della struttura, ad evidenziare il contesto organizzativo, il clima, il sistema documentale e informativo. Con osservazione partecipante intendiamo che il ricercatore agisca allo "scoperto", informando tutti i presenti dei motivi della sua presenza (agendo pertanto in un modo eticamente corretto), ma senza interagire con gli eventi.

I ricercatori hanno compilato la griglia di osservazione durante l'osservazione stessa.

Lo strumento dell'*intervista in profondità* ha l'obiettivo di rilevare in dettaglio l'oggetto del presente studio.

Il modello di intervista utilizzato è quello dell'intervista semi-strutturata, per cui l'intervista si sviluppa da una traccia di domande aperte che focalizzano l'argomento. Da tale traccia di intervista sia l'intervistatore che l'intervistato possono divergere al fine di esplicitare un concetto con maggiore det-

taglio. Si sottolinea che l'obiettivo dell'intervista nella ricerca qualitativa è scoprire qual è la struttura dei significati attribuiti dall'intervistato a uno specifico argomento e il compito del ricercatore è quello di evitare, il più possibile, di imporre la sua struttura e le sue opinioni. Il ricercatore deve restare il più neutro possibile anche dinanzi a posizioni opposte alle sue credenze e valori. È evidente che un bias prodotto dalla presenza stessa del ricercatore è inevitabile. In sintesi, data la traccia di intervista, il ricercatore è libero di definire l'ordine delle domande, approfondire o meno alcuni temi, contenere eventuali divagazioni non rilevanti da parte dell'intervistato, ricondurlo sui temi dell'intervista, facilitare le risposte.

Pertanto sono state costruite quattro differenti tracce di interviste in base al target della somministrazione: ai responsabili dei servizi, agli operatori a contatto con l'utenza, alle utenti, ai referenti di servizi in rete con il servizio del campione in esame.

Questi i temi trattati per target di intervista:

responsabili: rilevazione delle caratteristiche del servizio (mediante scheda di rilevazione autocompilata) modello organizzativo, caratterizzazione del modello organizzativo in relazione alla particolarità dell'utenza, processi di comunicazione interni ed esterni, criteri e modalità di implementazione dei processi, sistema di valutazione, modalità di selezione del personale, sistema di formazione e aggiornamento del personale, risorse e limiti della struttura residenziale;

operatori: profilo degli operatori, caratterizzazione del modello organizzativo in relazione alla particolarità dell'utenza, processi di comunicazione interni ed esterni, criteri e modalità di implementazione dei processi, sistema di valutazione, analisi dei bisogni formativi, risorse e limiti della struttura residenziale;

utenti: informazioni sulla persona, rilevazione dei bisogni in relazione alla situazione di tossicodipendenza, rilevazione dei bisogni in relazione all'essere madre, vissuto nella struttura residenziale, analisi dell'apporto del servizio al soddisfacimento dei bisogni;

servizi esterni: identificazione del ruolo e delle funzioni del servizio rispetto al problema della maternità in tossicodipendenza, rapporti con le strutture residenziali, lavoro di rete con le strutture residenziali, individuazione delle possibili aree di lavoro comune per migliorare l'azione sulle problematiche della maternità in tossicodipendenza.

Tutte le interviste sono state audioregistrate, previo consenso orale dell'intervistato, e quindi trascritte. Per la tutela della privacy, nel caso in cui sia stata fatta menzione di persone o eventi che potessero far ricondurre all'intervistato o ad altri, questi sono stati cancellati dalla trascrizione.

Il *focus group* è un metodo di intervista di gruppo che utilizza la comunicazione tra ricercatore e intervistati al fine di ottenere più dati. A differenza delle interviste di gruppo, che permettono la raccolta di dati da più persone contemporaneamente, il focus group utilizza esplicitamente l'interazione tra i componenti del gruppo come generatore di dati. Questo significa che il ricercatore non si limita a porre domande al gruppo, il quale risponderà a turno, ma incoraggerà la comunicazione tra i vari membri del gruppo stesso. Questa metodologia è particolarmente utile per esplorare non solo gli atteggiamenti e le opinioni delle persone ma per capire perché la pensano in quel modo. I temi del focus group sono stati definiti in base ai dati forniti dalle osservazioni e dalle interviste in profondità.

I focus group sono condotti con due diversi gruppi di persone: il primo è costituito dal un gruppo di donne presenti nelle strutture residenziali, il secondo dal gruppo degli operatori. In ognuno dei sei siti interessati dall'indagine sono stati condotti i due focus group.

I temi trattati sono stati rispettivamente *per il gruppo di donne* (mamme e donne presenti nella comunità al momento del focus group):

- funzione del gruppo delle donne (sostegno nel recupero dalla dipendenza, sostegno nell'essere madre);
- funzione del gruppo degli operatori (sostegno nel recupero dalla dipendenza, sostegno nell'essere madre);
- l'essere donna in una Comunità Terapeutica (vissuto rispetto alla femminilità e come viene affrontata questa tematica nella CT)

mentre *per il gruppo degli operatori* (responsabile della struttura, tutti gli operatori, nonché personale volontario se facenti parte dell'équipe) sono stati:

- La comunicazione e le dinamiche del gruppo operatori
- La formazione degli operatori, rispetto a:
 - Genitorialità
 - Mediazione familiare
 - Psicopedagogia dell'età evolutiva
 - Case management
 - La comunicazione nel gruppo di lavoro
 - La comunicazione con l'esterno

Metodologia di analisi dei dati

Nell'analisi di dati qualitativi si procede in maniera molto differente rispetto alle analisi quantitative, le quali prevedono il testing di una serie di ipotesi in maniera sequenziale utilizzando dei test statistici; l'analisi qualitativa procede di pari passo con la raccolta dei dati: lo scopo della raccolta dei dati è fornire un'accurata rappresentazione del fenomeno in studio usando una "rappresentazione dettagliata" (Geertz, 1993). Secondo la "grounded theory" le categorie e le interpretazioni sono già presenti al momento della raccolta del dato, in quanto il dato stesso è già un'interpretazione della realtà: «La fase di raccolta dei dati e quella dell'analisi non sono separate in maniera netta: s'inizia ad analizzare i dati non appena sono disponibili, in altre parole nel corso del processo della ricerca. La relazione che c'è tra raccolta e analisi è a spirale e gli autori suggeriscono di cominciare subito ad analizzare i dati, costruire una prima interpretazione provvisoria, poi andare avanti, raccogliere altri dati per verificare questa formulazione che si modifica alla luce dei dati trovando un'altra teoria riveduta, poi di nuovo si torna ai dati, in un processo quindi di tipo circolare che termina quando la formulazione che si ottiene sarà giudicata sufficiente per spiegare i dati disponibili. In altre parole uno dei criteri per valutare la validità di una teoria è il fit della teoria con i dati; vale a dire la teoria che si ottiene deve essere adeguata per spiegare quei particolari dati su cui si fonda» (Sommantico, 1999).

Seguendo le indicazioni metodologiche di Henwood e Pidgeon (1995) con la *grounded theory* si procede attraverso la triangolazione delle fonti, l'attenta descrizione delle procedure, l'analisi continua dei dati raccolti anche da parte dei soggetti dell'indagine e da osservatori esterni ciò al fine di consentire rispettivamente la credibilità, riproducibilità, confermabilità e affidabilità della ricerca.

Le fasi proposte da Pandit (1997) nella costruzione della *grounded theory* hanno accompagnato la costruzione di questo processo di ricerca. La partenza è dalla rivisitazione della letteratura specifica, del lavoro svolto dal servizio negli anni; la costruzione di un rigoroso protocollo di raccolta dei dati, attraverso la triangolazione di fonti e il confronto con osservatori-partecipanti dai diversi background scientifici; l'esame dei processi e l'ordinamento dei materiali via via raccolti attraverso lo sviluppo di connessioni e il nuovo confronto con la letteratura per giungere a una migliore definizione dei costrutti individuati.

In un approccio quantitativo, la stesura del rapporto è il mezzo tecnico

per rendere visibili le generalizzazioni cui si è giunti in base alle osservazioni raccolte. In altre parole, il ricercatore interpreta i testi raccolti con un altro testo; l'interpretazione dei testi presentata è quindi il metodo utilizzato. L'interpretazione, cui il presente rapporto ne è la forma scritta, è avvenuta secondo procedure di sintesi dei dati raccolti e formulazione di ipotesi.

Nell'analisi dei dati raccolti attraverso l'osservazione si è costruita quindi una griglia di lettura atta a confrontare gli elementi strutturali dei servizi oggetto dell'indagine e la congruenza tra quanto osservato e i dati raccolti con le interviste.

Per le interviste e i focus group si è proceduto all'analisi dei contenuti dei temi indagati, sia sintetizzandoli che testando ipotesi costruite a priori e verificando quanto i contenuti le validassero o le inficiassero.

CAPITOLO 3 LE REALTÀ INDAGATE

3.1 Comunità Terapeutica “Augusto Agostini” – Coop. Ama-Aquilone, Ascoli Piceno

Cenni di storia del servizio

Nel 1981 nasce, ad Ascoli Piceno, l'associazione AMA, su iniziativa di un gruppo di volontari per offrire una sponda solidale a giovani e famiglie che vivono il problema della tossicodipendenza. Da questa spinta solidaristica viene fondata nelle Marche una delle prime comunità terapeutiche, la Comunità “AMA” a Castel di Lama, che diventa in breve tempo un punto di riferimento importante per le dipendenze patologiche.

A San Benedetto del Tronto nel 1983 nasce l'associazione “L'Aquilone” e nel 1989 la Cooperativa Sociale “L'Aquilone”: lo stesso gruppo di volontari costituisce due enti diversi per perseguire obiettivi distinti ma complementari: l'accoglienza e il supporto a tutte le forme di disagio del territorio (tossicodipendenti, senza fissa dimora, minori a rischio, etc) e il reinserimento socio lavorativo di soggetti svantaggiati.

A partire dalla fine degli anni '80, questi tre enti (Ass. AMA, Ass. Aquilone, Coop. Aquilone), seppur giuridicamente separati, si sono presentati sul territorio come gruppo, ma solo dal 1997 sono diventati un'unica entità costituendosi in Cooperativa di Solidarietà “Ama-Aquilone” a scopo plurimo (coop. sia di tipo “a” che “b”).

Nel 1998 nasce la CT per donne e bambini “Augusto Agostini”; il nome della comunità è quello di un operatore, con pregresse esperienze di abuso di sostanze, che lavorò in comunità fino al giorno della sua morte e che visse sulla sua pelle il gravoso distacco dai suoi figli per entrare in comunità: la comunità infatti nasce proprio con l'idea di dare una possibilità di effettuare un programma terapeutico «a genitori che non volessero o non potessero lasciare i propri figli (...) una grande casa dove tutte le madri potessero con-

tinuare a vivere con il figlio con spazi comuni di gioco. Dove (...) le logiche terapeutiche non si fermassero ai bisogni degli adulti e non dimenticassero le esigenze del minore» (Chiararoni, 2001). Gli stessi edifici che costituiscono la comunità sono stati progettati e costruiti in funzione dei bambini.

La struttura ospita un massimo di 13 madri con o senza figli in comunità. Alla data dello svolgimento della presente ricerca sono presenti otto madri, di cui due in attesa di affidamento del figlio dal TM, e sei bambini di età compresa tra uno e quattro anni.

La struttura di accoglienza

La Comunità si trova nei pressi di Pagliare del Tronto, anche se in ubicazione piuttosto isolata; è collocata alla fine del percorso dell'Oasi Naturalistica del paese, a pochi chilometri dalla SS Salaria. È collegata comunque al paese da una linea di autobus.

La comunità ha a disposizione due strutture: la cosiddetta “casetta gialla” – chiamata così per il colore dell’intonaco esterno – una palazzina a due piani (circa 150 m² per piano) ed una struttura in legno, aggiunta più tardi, collegata alla prima da una verandina, di un solo piano (circa 250 m²), con un soppalco. Inoltre a disposizione della comunità c’è il verde intorno alle due strutture (in parte attrezzato per i bambini con giochi ed una piccola piscina) e le strutture sportive immediatamente confinanti (un campo da calcio, uno da calcetto)

La casetta gialla è adibita a zona notte: al piano terra si trovano tre camere da letto doppie (per la coppia mamma-bambino) fornite di servizi interni, c’è un cucinino ed un piccolo refettorio (tavolo da 14/15 persone, televisione, divanetto), utilizzati per la prima colazione. Al piano di sopra ci sono le restanti camere, che possono ospitare due mamme con i rispettivi figli. Le stanze di sopra hanno un balcone, cui si accede anche grazie ad una scalinata esterna. Le stanze delle ospiti sono personalizzabili, con foto e oggettistica.

La struttura in legno è la zona giorno: è costituita da una grande stanza con un camino, adibita in parte a refettorio e in parte a zona televisione; sulla sinistra c’è la cucina e sulla destra gli uffici, la lavanderia, la ludoteca (costruita a misura di bambino) ed il soppalco, dove avviene l’ergoterapia. La zona refettorio è attrezzata con cinque tavolini da sei posti ognuno, la zona televisione è formata da tre divani posti a ferro di cavallo di fronte alla televisione fornita di videoregistratore. La cucina è abbastanza ampia con

un'isola al centro utilizzata come piano di lavoro. La lavanderia è uno stanzino fornito di lavatrice, lo spazio per stendere è esterno, sotto la veranda della casa gialla.

Tra la casetta gialla e la struttura in legno c'è uno spiazzo attrezzato con un tavolo di legno con le panche. Parte del giardino è inoltre attrezzata con i giochi per i bambini.

Obiettivi

La finalità del servizio è lavorare sulla tossicodipendenza della mamma e contemporaneamente lavorare sulla funzione materna. Accogliere le mamme tossicodipendenti con i figli e permettere loro di costruire un progetto di vita insieme in un ambiente protetto.

Il programma terapeutico è suddiviso in tre fasi con i seguenti sottobiettivo:

- Fase I (0-6 mesi)
 - Accoglienza e presa in carico
 - Acquisizione della dimensione della quotidianità e dell'ordinarietà
 - Eventuale ripresa dei rapporti con la famiglia di origine e/o attuale
 - Inserimento scolastico ed extrascolastico del minore
- Fase II (6-18 mesi)
 - Consolidamento dei legami affettivi tra madre e bambino
 - Maturazione di scelte autonome
 - Valorizzazione delle potenzialità e delle risorse individuali
 - Acquisizione di responsabilità all'interno del gruppo
- Fase III (18-24 mesi)
 - Superamento della dipendenza psicologica da sostanze stupefacenti
 - Maturazione di una scelta rispetto al proprio reinserimento
 - Sviluppo o ripristino di un'identità materna adeguata
 - Realizzazione di un'interazione madre/bambino soddisfacente e consona allo sviluppo del bambino, costante nel tempo e rispondente alle sue esigenze

Metodologia

L'accesso in comunità avviene solamente su invio da parte del SerT di residenza della donna. Prima dell'ingresso, la donna ha dei colloqui con gli operatori del Centro di Accoglienza della Comunità, quindi all'ingresso svolge un colloquio con l'operatore di turno che, oltre a illustrare le finalità

della Comunità e le attività proposte, definisce il progetto individuale e, se la persona accetta, firma il contratto terapeutico, che sottende la presa in carico da parte della Comunità e l'impegno della persona a raggiungere gli obiettivi. Contemporaneamente viene consegnato il regolamento della Comunità, che la persona visiona e ne firma l'accettazione. Tale regolamento è un vero e proprio contratto terapeutico, dove la persona si impegna ad accettare le regole della comunità, come a non usare sostanze stupefacenti, se non sotto prescrizione medica, a partecipare a tutte le attività.

Ogni utente adulto ha un operatore cui fare riferimento per qualsiasi problema e con cui avere colloqui individuali. Ogni giorno si tengono dei gruppi gestiti dagli stessi operatori che vertono, a turno, sui seguenti tre grandi temi: tossicodipendenza (rielaborazione dei vissuti, motivazioni a intraprendere il programma, vita comunitaria), problematiche affettive e sessualità (confronto con gli altri, legami e rapporti familiari, conoscenza e valorizzazione di sé) e genitorialità (esperienza della genitorialità, vissuti madre-figlio, scambi esperienziali).

Una volta alla settimana si tiene l'assemblea generale, dove si riportano alle utenti i contenuti che le riguardano sviluppati dalla riunione settimanale di staff e dove si può consegnare alle utenti un messaggio scritto personale; le utenti sono sollecitate a riflettere su tale messaggio e a scrivere le loro riflessioni. La scrittura è vista come uno strumento terapeutico poiché favorisce la riflessione, infatti alla fine del percorso viene restituito ad ognuna delle utenti un fascicoletto contenente questo scambio di riflessioni scritte, che rappresenta il cammino realizzato in comunità.

Gli operatori si relazionano con gli utenti centrando il rapporto sulla costruzione di una relazione, anche di tipo amicale e affettivo.

La Comunità attribuisce grande importanza all'ergoterapia, sia relativa alla gestione della vita comunitaria (cucina, lavanderia, pulizie), sia relativamente ad attività di laboratorio, che consiste nel svolgere piccoli lavori manuali per conto di committenti esterni (al momento dell'indagine, essa consisteva nello stampare con un macchinario dei numeri su dei tubi in plastica).

La gestione della vita comunitaria è sotto la responsabilità delle utenti al termine della seconda fase e ed essa stessa considerata un'attività facente parte del percorso terapeutico.

I bambini, quando non sono a scuola, sono seguiti da un'animatrice, che sta con loro nei momenti in cui le madri sono occupate in attività terapeutiche.

tiche o di lavoro, facendoli giocare e favorendo il loro inserimento nel territorio e nella vita comunitaria. I bambini possono frequentare anche le attività extrascolastiche offerte dal territorio. Inoltre il ruolo dell'animatrice è importante non solo perché dà alle mamme il tempo di partecipare alle attività terapeutiche o lavorative, ma anche perché impedisce loro di "coprirsi" dietro alle esigenze di cura dei figli, anteponendo l'accudimento del bambino al lavoro personale.

Per ogni ospite (madre e bambino) si redige una cartella clinica, contenente le relazioni periodiche inviate al SerT e ad altri servizi. Il sistema di monitoraggio e verifica utilizza come strumenti il "diario di bordo", i verbali delle riunioni di staff, gli esiti delle verifiche, ossia le uscite delle utenti dalla comunità non accompagnate, dopo la seconda fase del percorso terapeutico, o rientri temporanei in famiglia. L'andamento del percorso volto al miglioramento delle funzioni genitoriali è monitorato attraverso l'osservazione del rapporto madre-figlio.

Attualmente non è prevista per lo staff la supervisione esterna per mancanza di fondi.

La Comunità si sostiene con le rette pagate dal Servizio Sanitario Nazionale.

La rete dei servizi

I servizi in rete si distinguono tra quelli rivolti alle donne per la cura della dipendenza e quelli rivolti alla cura e gestione dei bambini. Questi ultimi sono veri e propri servizi per i bambini indipendentemente dalla tossicodipendenza della madre; in particolare il pediatra sostiene non esserci alcun lavoro di rete, poiché entra in contatto con la comunità solo qualora un bimbo sia malato e svolge quindi un ruolo dettato dalla funzionalità e dalla risposta immediata ad un'esigenza.

Anche con l'asilo nido non esiste una rete formale, in quanto i rapporti tra le due strutture sono nati sulla base di relazioni personali tra i responsabili delle due strutture sin dalla creazione dell'asilo; il lavoro di rete tra insegnanti, psicologo della cooperativa che gestisce l'asilo e operatori della comunità avviene solo su casi particolari; il ruolo della madre è quindi periferico rispetto agli operatori della comunità che rimangono i referenti per l'asilo. Anche in questo caso non è previsto un progetto comune tra CT e Asilo sul bimbo, poiché il Nido svolge la sua funzione educativa prescindendo dalla storia del bambino stesso.

Il SerT è venuto a conoscenza dell'esistenza della comunità con la pratica quotidiana e i rapporti con questa ed altre comunità seguono una procedura standard. L'utente si invia al colloquio con la psicologa della comunità responsabile degli ingressi, poi c'è un altro colloquio in comunità; il rapporto con la comunità termina quand'è terminato il percorso di reinserimento dell'utente, prevedendo però la fase dell'inserimento socio-lavorativo.

L'inserimento nella struttura residenziale da parte del SerT avviene quando la madre tossicodipendente non ha una solida famiglia alle spalle oppure quando la donna è incinta o in presenza di bambini molto piccoli; si decide caso per caso e la collaborazione è forte con gli operatori della struttura residenziale. Il SerT monitora il percorso con delle verifiche periodiche (colloqui con l'utente e con l'operatore della comunità).

La scelta di inserire l'utente della struttura la fa «l'équipe in base alla conoscenza del caso, a quello che esce fuori dal momento in cui si prende in carico il ragazzo, le situazioni che si creano»; per quanto riguarda il ruolo dell'utente in questa decisione la psicologa del SerT spiega che «noi la proponiamo [la comunità] e poi la comunità valuta questo, la proposta chiaramente la facciamo noi all'utente, certe volte ci viene forse richiesto, dall'utente e dai familiari, viene comunque maturata dall'utente l'esigenza di andare in comunità... Laddove non viene richiesto, in situazioni riguardanti appunto le madri, non è certamente che noi ci opponiamo (...)».

Il monitoraggio del percorso dell'utente in comunità avviene con verifiche periodiche sull'andamento del programma e il SerT ci ha dichiarato di avere anche redatto una procedura standardizzata sulle modalità e tempi di verifica. Non esiste un protocollo formale di collaborazione tra il SerT e la comunità, e ci si avvale della rete informale tra gli operatori dei due servizi.

Oltre ai succitati servizi, si menzionano anche il Tribunale dei Minori e il Consultorio, con i quali la CT ha instaurato un rapporto di collaborazione volto al miglioramento della relazione madre-bambino.

3.2 Comunità Terapeutica La Rupe Femminile – Coop. La Rupe, Bologna

Cenni di storia del servizio

La prima Comunità Terapeutica della Coop. La Rupe, nasce nel 1984 con una realtà molto piccola e dove le persone accolte erano prevalentemente uomini molto giovani. Nel tempo hanno iniziato a presentarsi donne

con bambini, per cui si è iniziato a collaborare con un'altra comunità, ma varie difficoltà hanno portato lo staff a progettare nel 1994 una comunità che si occupasse di donne con problemi di dipendenza, con o senza figli. Si è importato il programma della comunità maschile Buon Pastore e poi modificato e adattato alle esigenze della comunità femminile. Attualmente la comunità sta maggiormente sviluppando la fase dell'inserimento, utilizzando anche appartamenti, dove le persone vivono in semiautonomia, per preparare lo sgancio nel modo migliore dalla vita comunitaria.

La struttura di accoglienza

La comunità è collocata in cima ad un colle, vicino ad un ospedale di Bologna e non lontano dal centro della città. È immersa nel verde. È servita dai mezzi pubblici grazie alla vicinanza dell'ospedale. La struttura consta di una casa residenziale a tre piani, un parco circostante, un edificio adibito a laboratorio e lavanderia. Attiguo alla comunità vi è anche un edificio adibito ad un altro progetto, un servizio di accoglienza diurno per bambini allontanati dalle famiglie. Gli spazi appaiono ben illuminati da luce naturale. Gli edifici sono in buone condizioni e ben mantenuti come anche il verde esterno. Gli arredi gradevoli, semplici e funzionali. Non ci sono accorgimenti particolari nelle pitture murali. La struttura è ad uso gratuito.

L'ingresso è al piano terra ed è ampio. Da lì si dipartono sulla destra una piccola stanza per uso esclusivo degli operatori, con attrezzature da ufficio e armadio con medicinali e tutta quanta la documentazione di servizio. Sulla sinistra l'appartamento della coppia residente composta da camera e bagno. Nel centro "sala divani", con tv e tavolo riunioni, ad uso sia degli operatori che delle ospiti. Sempre dal lato destro dell'ingresso si accede ad un corridoio su cui si affaccia un'altra stanza con tavolo e sedie, anche questa accessibile sia a operatori che a mamme e bambini e ad un bagno, di uso esclusivo degli operatori. Dal corridoio si accede ad un vano scale che conduce al seminterrato dove sono presenti la cucina della comunità, due stanze adibite a dispensa, la sala da pranzo comune a tutti, la sala giochi per bambini. Dall'ingresso centrale, sempre sul lato destro si accede ad un altro vano scale che conduce al primo piano. A metà scale si trova un bagno per uso esclusivo dei bambini, con fasciatoio. Al primo piano si trovano 5 camere con minimo 2 letti e massimo 5 per uso esclusivo delle donne e mamme con bambini, 2 bagni ad uso delle mamme. Non è possibile personalizzare con oggetti e altro le camere da letto e altri spazi della struttura.

L'edificio adibito a laboratorio conta di 1 stanza grande per metà magazzino merce e per metà spazio per pausa lavoro con camino e forno (utilizzato talvolta per fare le pizze), 2 stanze di lavoro con macchinari per l'assemblaggio di componenti su circuiti stampati di schede elettroniche per ascensori, 1 stanza adibita lavanderia.

Il parco circostante alla struttura comprende una zona con tavolo e dondolo antistante l'ingresso, una zona attrezzata con giochi per bambini, un piccolo campo da pallavolo, un piccolo orto curato dalla coppia residente, una zona di verde libera.

La struttura può ospitare un massimo di 10/12 donne e 10 bambini, per complessivi 22 posti letto. La struttura è rivolta a donne e madri con figli.

Obiettivi

Il programma terapeutico della Rupe femminile ha due obiettivi principali: il recupero dalla tossicodipendenza e, per quel che riguarda le mamme (perché non tutte le donne accolte sono anche madri), un percorso rispetto alla genitorialità, per cui sostegno, accompagnamento ma anche assessment di quello che è il loro percorso.

È possibile inoltre svolgere programmi differenziati nella durata e individualizzati rispetto alla tipologia dell'utenza (ad esempio patologie psichiatriche, percorsi più brevi per soggetti con diverse esperienze di comunità).

Il programma terapeutico proposto prevede una fase di accoglienza non residenziale finalizzata a favorire una conoscenza del programma proposto e a valutare la motivazione della persona ad intraprendere un percorso comunitario, mentre la parte residenziale è svolta in comunità, struttura caratterizzata dal piccolo numero di ospiti che favorisce un clima familiare, non spersonalizzante, e dalla presenza di una coppia di responsabili, senza figli, che risiede in comunità con i propri figli.

Il percorso di comunità prevede, dopo la fase di accoglienza, un periodo di 18 mesi circa in comunità residenziale e circa sei mesi in "casetta" di reinserimento. La fase di dimissione avviene quando la persona ha la garanzia di una casa e di un lavoro.

L'inserimento dei figli delle ospiti in comunità è finalizzato a non separare genitori e figli e consentire un lavoro parallelo: sul problema della tossicodipendenza e sul recupero di una "genitorialità sufficientemente buona". È possibile infatti offrire alle ospiti spunti di crescita personali su entrambi gli aspetti, che abbiamo constatato essere strettamente interdipendenti, evi-

tando separazioni in relazioni spesso già toccate dalle ripercussioni del problema.

Alla base dell'intervento c'è la convinzione che la madre, adeguatamente accompagnata nel percorso, possa giungere ad assumersi il proprio ruolo materno.

Metodologia

L'accesso delle donne avviene su invio del SerT di residenza o sul libero accesso.

L'analisi dei bisogni viene effettuata dall'operatore dell'accoglienza, che coincide con il responsabile della comunità, supportato da una psicologa basandosi sulla relazione presentata dal SerT. Il programma terapeutico segue generalmente un percorso standardizzato, dando però delle priorità terapeutiche.

Il momento della presa in carico coincide con quello di informazione sul "regolamento", ossia una settimana residenziale in cui si cimenta il patto terapeutico con le ragazze, le quali hanno la possibilità di calarsi dentro il percorso e le regole che lo guideranno.

La comunità ha un percorso in fasi, molto strutturato, della durata 2 anni, con verifiche di percorso ogni 4 mesi che coinvolgono l'intera comunità. C'è un costante monitoraggio del percorso terapeutico attraverso i colloqui individuali con l'operatore di riferimento, i gruppi terapeutici (specifici per le donne e le mamme). Il lavoro terapeutico si avvale oltre che degli operatori interni di professionisti esterni (psicologa e assistente sociale) oltre che del supervisore. Le mamme sono chiamate ad una autovalutazione del proprio percorso che esercitano a seconda del grado di consapevolezza e maturazione acquisito durante la vita in comunità.

Lo staff degli operatori ha momenti di programmazione settimanale interna, e mensile con lo staff della comunità maschile per i raccordi con le mamme che hanno il compagno alla maschile. Agli incontri partecipa anche la coppia residente.

Il modello organizzativo appare stabile, è molto normativo e la relazione operatori utenti è segnata dall'autorità, con un ruolo di accompagnamento ma anche di direzione.

La rete esterna appare ben raccordata e ci sono buoni collegamenti sia con i servizi educativi per i bambini che con quelli terapeutici delle madri (servizi sanitari, SerT, servizi sociali, tribunale dei minori – quest'ultimo

però filtrato dai servizi sociali). Non è stato registrato uno specifico orientamento della rete esterna al sostegno della genitorialità. Sono servizi esterni specialistici che si attivano o per seguire l'iter del percorso generale della cura in comunità o per rispondere ad esigenze di cura specifiche legate a motivi di salute di mamme e bambini.

Il laboratorio è una attività a valenza terapeutica e preformativa al tempo stesso. Costituisce una fonte di entrata e sostentamento per la comunità, anche se residuale. È una attività molto specializzata e, a detta del responsabile, è un elemento di criticità per trovare l'operatore che conosca "quel mestiere" e sia in grado di insegnarlo e quindi coniugare funzione professionale e terapeutica.

La coppia residente costituisce un elemento fortemente caratterizzante la comunità. È un positivo riferimento per l'organizzazione costituendo un elemento di flessibilità sui turni degli operatori e al tempo stesso un elemento di individualizzazione e familiarità nei rapporti con le mamme e i bambini.

Altro elemento cruciale per garantire la flessibilità è quello della rete di famiglie esterne volontarie disponibili sia all'affidamento familiare in caso di necessità sia per il supporto e l'accompagnamento delle madri nella parte finale del percorso.

La comunità è frequentata anche da qualche volontario esterno che offre ulteriori apporti ai servizi domestici.

Si lavora anche con le famiglie delle ospiti, che hanno gruppi mensili o colloqui individuali in occasione della visita in comunità.

Tutta l'attività è monitorata da strumenti quali diari di bordo, registri, agende di programmazione, verbali dei gruppi terapeutici, schede di osservazione, strumenti di autovalutazione. Da notare che la comunità ha la certificazione di qualità e quindi ogni procedura è stata codificata. Questo appare un elemento che sicuramente ha dato grande strutturazione e reso "leggibile" più facilmente dall'esterno l'approccio. Fatica tuttavia ad essere pienamente applicato, interiorizzato e spontaneamente applicato, costituendo un elemento di "fatica" nella quotidianità dell'operatore.

Esiste una cartella utente molto strutturata, ma non esiste un sistema informativo completamente informatizzato.

La rete dei servizi

La rete dei servizi della comunità La Rupe appare ben strutturata e ricca

di servizi, che vanno dall'Ospedale Maggiore di Bologna – reparto Ostetricia e Ginecologia – alla Scuola Materna.

Con l'eccezione del SerT, rivolto alla cura della dipendenza delle madri, tutti i servizi sono centrati sul minore, dalla gravidanza della madre all'età scolare.

Un aspetto particolarmente interessante della rete dei servizi è costituito dall'associazione di famiglie di volontari "Emiliani", che supporta la comunità garantendo "spazi di vita familiare" ai bambini ospiti. I bambini ospiti della comunità, previa valutazione da parte dell'operatore responsabile e in accordo con la madre, possono trascorrere i weekend con famiglie afferenti l'associazione. L'obiettivo è dare ai bimbi un momento di vita familiare, stando attenti alle necessità del bimbo ed eventualmente fornire un supporto alla diade madre-bambino una volta che è terminato il percorso terapeutico. Un punto critico della collaborazione tra la comunità e l'associazione è dovuto al fatto che sono pochi i momenti di interazione tra le famiglie e le coppie madre-bambino.

Il rapporto con la scuola materna comunale "Beltrame" si è molto consolidato negli anni, per cui da un passaggio di informazioni operatori-insegnante ora è propedeutico all'inserimento del bambino un colloquio con la mamma, in compagnia dell'operatore. Uno dei punti critici sottolineati dalla scuola è la scarsa attenzione al momento dell'"addio" dei bambini, che spesso da un giorno all'altro "spariscono", perché la madre ha concluso o abbandonato il percorso terapeutico. Nella scuola vi sono dei posti riservati ai bambini della comunità che per questo possono iniziare la scuola anche durante l'anno. Le insegnanti sono molto attente a soddisfare i bisogni affettivo-emotivi dei bambini.

Un altro nodo di rete è il Servizio Genitorialità e Infanzia, area emergenza minori, del Comune di Bologna, che si occupa della presa in carico di minori nelle situazioni di grave disagio sociale in nuclei familiari privi di domicilio. Se infatti la madre ha una residenza, la presa in carico del minore è delegata ai Servizi Sociali Territoriali di competenza nel territorio di residenza della madre. È dunque questo un nodo di rete per i casi limite, dove i bimbi sono figli di madri, senza residenza, non seguite da nessuno e quando l'aggancio con qualsivoglia servizio pubblico si ha al momento della nascita del bambino. Quindi, grazie alla nascita del bimbo, viene verificata la dipendenza della madre dall'ospedale che segnala al servizio il bambino. A questo punto o il servizio interviene mettendo il figlio in ambito protetto

da solo, chiedendo alla madre di iniziare un percorso terapeutico con il SerT, oppure la mamma entra in una comunità con il suo bambino, previo accordo con il SerT di competenza. In questo secondo caso si sono sviluppati i rapporti con la rete.

La collaborazione con l'Ospedale Maggiore è nata per i problemi infettivologici delle pazienti comuni dei due servizi; nel tempo è subentrato un percorso più formalizzato con l'azienda USL, attivando dei percorsi di assistenza, principalmente nei confronti delle donne sieropositive, ma poi anche alle donne a rischio per storie di tossicodipendenza e quindi è stato creato un ambulatorio ostetrico-ginecologico per pazienti tossicodipendenti. L'ambulatorio segue quindi la donna prima del parto e subito dopo il parto, in collaborazione al reparto di neonatologia dell'Ospedale e quindi i rapporti con la comunità si esauriscono in questo tempo.

È apparso molto interessante il modello del SerT, che lavora in stretto raccordo con il consultorio familiare dinanzi alle situazioni di una donna in procinto di diventare madre con problemi di dipendenza, per cui supporta la persona però chiarendo molto bene che in questo supporto è importante anche la collaborazione con quei servizi che dovranno tutelare il bambino. Quindi si cerca di tenere aperta una collaborazione anche se non sempre facile, per la diffidenza e la paura che questa collaborazione si traduca poi in una espropriazione della funzione genitoriale o addirittura che il bimbo venga dato in affidamento. Sulla base di questo è stato creato un protocollo proprio volto a definire quella che potrebbe essere una modalità di collaborazione tra SerT e consultorio familiare sui genitori tossicodipendenti.

3.3 Comunità Terapeutica Specialistica di Civate Camuno – Cooperativa di Bessimo

Cenni di storia del servizio

La Cooperativa di Bessimo, cooperativa sociale fondata nel 1976, si è da sempre occupata del problema della dipendenza. La prima Comunità, nata presso una casa di Bessimo di Rogno (Bg) da cui la Cooperativa ha preso il nome, si occupava di un'utenza prevalentemente maschile, ma già negli anni '80, è stata rilevata l'esigenza di una Comunità specifica per l'utenza femminile.

Fin dai primi inserimenti di donne, gli operatori hanno rilevato i bisogni

di donne che erano anche madri, le quali richiedevano tempi e spazi per gestire il rapporto con i propri figli, collocati altrove, per lo più presso i nonni.

La gestione di queste situazioni, ed ancor più l'inserimento di donne incinte che partorivano durante il percorso in Comunità, fecero avvertire la necessità di accogliere anche i figli di queste donne. La presenza dei bambini però incideva pesantemente sui ritmi propri della Comunità, sulle attività formative e lavorative, creando non poco disagio alle utenti che non erano madri. Si è pertanto pensato di strutturare un progetto per questa particolare e complessa utenza di donne che, nonostante i loro problemi di dipendenza, volessero riappropriarsi del proprio ruolo di madre.

La casa individuata per accogliere il nuovo progetto fu quella di Sale Marasino negli anni 1987/88 e successivamente quella di Civate Camuno (Bs), di proprietà dell'Edison, ma affidata alla Comunità Montana per scopi benefici e in gestione alla Cooperativa di Bessimo tramite una convenzione. Dal 1993 accoglie donne tossicodipendenti e madri, per le quali è prevista la convivenza comunitaria con il proprio figlio allo scopo di salvaguardare i diritti di quest'ultimo e di aiutare la tossicodipendente a educarlo.

La struttura di accoglienza

La comunità dista circa 10 minuti di macchina dal paese di montagna di Civate Camuno, dove si trova la stazione ferroviaria. Non esistono mezzi pubblici che dal paese conducano alla comunità.

La struttura dall'esterno si presenta come una villa padronale di grandi dimensioni è costituita da due ali, suddivise nel centro da un cancello, attraverso cui si accede da un parco attrezzato per bambini. L'ala destra ospita al piano terra l'infermeria, la sala fumo, la dispensa, la sala TV, utilizzata sia per la visione di film che come sala giochi. Al primo piano si trovano gli uffici degli operatori, i bagni, la cucina, il refettorio due camere ognuna rispettivamente per due mamme con i loro bambini. Al secondo piano dell'ala destra si trova la seconda zona notte con altre due camere.

Nell'ala destra si trovano anche tre appartamenti, occupati dalle mamme in fase avanzata o finale del percorso comunitario, ed hanno un accesso autonomo. Gli appartamenti sono formati da camera, bagno e cucina.

Nell'ala sinistra, si ha, al piano terra, il laboratorio per l'ergoterapia e al primo e secondo piano l'asilo nido interno della comunità; gli spazi sono attrezzati per i bambini, divisi per età. Al primo piano in particolare si tro-

vano il refettorio per i bimbi, con seggioloni per i più piccoli, i bagni, la palestra; al secondo le stanze per attività ludico-ricreative.

Le camere e gli appartamentiini sono personalizzabili con oggetti personali, quali peluche o fotografie.

La struttura può ospitare un massimo di 11 donne e 13 bambini.

Obiettivi

L'obiettivo è il recupero di madri tossicodipendenti con figli, sia come persone sia come madri. Sostanzialmente la proposta educativa è quella della "pedagogia della relazione" il cui significato di fondo sta nell'incontrare storicamente la persona con i suoi bisogni e tentare di fornire risposte concrete, tenendo conto dei limiti e delle possibilità di ognuno e consentendo una continua ridefinizione del progetto.

Il percorso terapeutico ha una durata complessiva di circa due anni ed è suddiviso in cinque momenti.

- *prefase*: corrisponde al periodo di ingresso dell'utente, dura circa due mesi ed è caratterizzata da un distacco dal mondo esterno. Al fine di permettere alla donna di verificare la propria motivazione al cambiamento e la propria volontà di adesione al percorso la si aiuta a comprendere la proposta terapeutica;

- *prima fase-conoscenza*: la durata è di circa 8/10 mesi, utile al raggiungimento della conoscenza e accettazione di sé. Si avvia un'apertura maggiore alle relazioni con la famiglia d'origine e al partner;

- *seconda fase-responsabilità*: durata di 4/6 mesi circa, è caratterizzata da una maggiore assunzione di responsabilità e autonomia rispetto a sé, al figlio e dall'inizio delle prime esperienze all'esterno in famiglia e/o negli appartamenti interni ed esterni alla comunità;

- *terza fase-progettualità/autonomia*: della durata di questa di 2/4 mesi; obiettivo di questo periodo è essenzialmente quello di favorire un graduale inserimento sociale e nel frattempo verificare la tenuta dell'impatto con il mondo esterno.

- *reinserimento*: per 6 mesi dopo la dimissione, la comunità offre alla persona la possibilità di monitorare il reinserimento sociale attraverso incontri strutturati.

Peculiarità della Comunità è comunque la cura del bambino, per cui i macro-obiettivi da realizzare durante la permanenza del bimbo in comunità sono:

- il fargli sperimentare sicurezza e tranquillità come benessere psicofisico per aiutarlo a chiarire e comprendere la sua situazione;
- l'organizzazione ordinata della vita quotidiana nei suoi aspetti più pratici;
- il clima stimolante che incoraggi la sua naturale crescita e rinforzi la fiducia in sé stesso;
- l'esperienza sociale e di relazione ricca di rapporti con l'esterno e soprattutto con i coetanei;

Metodologia

Il servizio di Accoglienza della Cooperativa di Bessimo valuta le richieste di inserimento che pervengono dai SerT, raccoglie le informazioni e fa una prima analisi dei bisogni delle utenti, sebbene la reale analisi sia condotta poi in comunità. È possibile la visita alla struttura. La donna, appena entrata, viene accolta dalle educatrici, accompagnata da una utente "anziana" in quella che sarà la sua camera, le viene mostrata la struttura, cercando di farla sentire a suo agio. Per i primi quaranta giorni, le uscite si effettuano accompagnate da una educatrice e i rapporti con l'esterno vengono filtrati. Il bambino che entra con la mamma, viene accolto dal gruppo dei bambini, che fanno una festicciole e gli mostrano gli spazi a loro dedicati.

La Comunità di Civate segue un modello educativo familiare, dove le utenti affiancate dalle educatrici si dedicano alla cura del figlio e all'andamento della casa in tutti gli aspetti pratici e organizzativi (lavanderia, cucina, pulizie della casa, organizzate secondo turnazioni che tengono conto delle capacità e delle potenzialità proprie d'ogni donna). In concomitanza a ciò il laboratorio ergoterapico offre uno spazio in cui sperimentare la dimensione lavorativa.

Ogni operatrice ha in carico, in particolare alcune utenti, per le quali è la referente; di queste cura le cartelle e si occupa nello specifico delle singole situazioni e collabora con le operatrici che hanno la funzione di dare sostegno alla maternità e che si occupano nello specifico dei bambini. Vi sono due psicoterapeuti che si occupano distintamente dell'aspetto genitorialità/relazione madre-figlio attraverso supporti individuali, di gruppo, osservazione sui minori e supervisione all'equipe dell'educatrici all'infanzia e dell'aspetto relativo al funzionamento individuale, della rilettura della loro storia personale, attraverso sostegno individuale e di gruppo.

Nel loro percorso le donne sono accompagnate, sostenute e stimolate da

significativi strumenti per il lavoro di introspezione e per la risignificazione del loro quotidiano. Ogni utente è costantemente coinvolta e responsabilizzata sul suo programma terapeutico e i suoi progressi. Gli strumenti utilizzati a verifica di ciò sono principalmente i colloqui settimanali con l'operatore di riferimento, "il lavoro di fase" a cadenza quindicinale (ossia risposte scritte a domande strutturate e mirate discusse successivamente con l'operatrice) la relazione settimanale, la riunione settimanale che alterna momenti di riflessione sulle singole donne a momenti di riflessione sull'intero gruppo.

La comunità di Civate si caratterizza come una micro-società all'interno della quale la vita e le dinamiche di gruppo conseguenti, la condivisione dei momenti più significativi del quotidiano, la circolazione degli affetti, la messa in comune di conflitti, tensioni, difficoltà ed esperienze, vengono utilizzate per la comprensione, la modifica del comportamento individuale e lo sviluppo personale del progetto di vita. In questo processo di socializzazione, la madre tossicodipendente viene aiutata ad acquisire quegli strumenti di crescita ed autonomia indispensabili.

La rete dei servizi

Gli interlocutori esterni sono il SerT, i servizi sociali per i minori, il CSSA di Brescia, la neuropsichiatria, la ASL per i medici di base e il pediatra, il Tribunale dei minori.

Sebbene l'obiettivo della CT sia fornire un servizio che si occupi in toto della madre TD, sembra che i servizi siano piuttosto scotomizzati, per cui secondo la responsabile «noi chiediamo sempre che i servizi ci siano a collaborare e a lavorare insieme, purtroppo spesso succede che il Sert si occupa solo della tossicodipendenza e il servizio minori si occupa solo della parte dei minori, e così via.»

Il SerT di zona è quello di Darfo, che ha rapporti con le comunità di tutt'Italia, ma con le comunità della zona è possibile parlare anche di vigilanza, poiché il SerT si reca sul posto e verifica che i requisiti permangano all'interno della comunità, oltre a ricevere notifica di ogni paziente che entra ed esce dalla CT. Esiste un protocollo formale d'intesa, il SerT fa richiesta alla CT e si avvia la procedura d'inserimento. La relazione con la CT è legata al percorso dell'utente

Il Centro Servizi Sociali Adulti è un servizio del Ministero della Giustizia, che si occupa di concedere misure alternative alla detenzione a

persone che hanno ricevuto condanne. In particolare, per le donne con figli di età inferiore ai 10 anni è possibile la detenzione domiciliare, in una casa o in una comunità residenziale, indipendentemente dalla condanna (Legge Finocchiaro) per salvaguardare il minore. Il CSSA collabora molto con i SerT e con i servizi sociali territoriali rivolti ai minori, i quali fanno da tramite con la CT. Tra il CSSA di Brescia e la CT di Cividate esiste una convenzione, che facilita la collaborazione sullo stesso caso; anche in questo caso, il rapporto con la CT termina quando l'utente è dimessa, per cui il lavoro di rete è più che altro uno scambio d'informazioni, verbali o scritte sullo stesso caso.

Un ulteriore servizio con cui la CT collabora è l'Ospedale della Val Camonica, reparto Ginecologia e Ostetricia, nei casi di utenti della CT incinte e puerpere. Sul territorio sussiste una buona organizzazione dei Consultori, e tra Consultori e ospedale, per cui in genere la persona è già conosciuta prima del momento del parto. Il rapporto con la CT solitamente inizia quando le donne si recano alle visite al consultorio e termina dopo il parto.

Un altro interlocutore territoriale è il pediatra della ASL, che ha in carico i bambini della CT (pur non sapendo al momento quanti sono) poiché è l'unica pediatra di zona.

Mediamente ogni anno 4-5 bambini della CT frequentano o la scuola materna o quella elementare di Cividate Camuno. Tra il Comprensorio Scolastico e la CT non sussistono protocolli d'intesa. Il rapporto con la comunità inizia con l'iscrizione del bambino a scuola e cessa quando la madre, se residente altrove, viene dimessa.

3.4 Comunità Terapeutica Femminile Il Sorriso – Cooperativa Il Sorriso, Imola

Cenni di storia del servizio

Nel 1983 si è costituita la cooperativa "Il Sorriso" che gestiva una comunità terapeutica maschile. Negli anni sono aumentate le richieste per mamme con bambini per cui nel 1996 si è creata la CT per donne e bambini. Inizialmente erano pochi gli operatori che si dedicavano a questo tipo di esperienza, che inizialmente puntava sulla cura delle dipendenze e via via si è dato sempre più spazio alla genitorialità.

La struttura di accoglienza

La comunità è collocata su un colle, vicino al paese di Fontanelice. A poco più di 2 km vi è una fermata di un autobus che collega la comunità con Imola. La CT è costituita da due case residenziali attigue, la prima ospita le madri per i primi 6 mesi del percorso terapeutico, corrispondenti alle fasi dell'accoglienza e motivazionale. La seconda denominata Casetta, accoglie le madri nella fase cosiddetta clinica, successiva a quella motivazionale di durata 9 mesi. Entrambe circondate da verde con parco giochi per bambini attrezzato e prato con rete per gioco a pallavolo (per gli adulti). Nei pressi delle due strutture vi sono piccoli annessi usati come vano caldaie, rispostigli per scope e biciclette dei bambini, un fienile ad uso magazzino e parcheggio del trattore per i contadini che hanno in gestione la coltivazione dei campi siti nei terreni di proprietà della Cooperativa. Vi è poi una terza struttura distante 1 km dalle due strutture precedenti ubicata però sulla stessa strada, denominata Casoncello, che accoglie le madri in fase reinserimento che dura 12 mesi. In questa fase le madri si ricongiungono con il loro partner in trattamento nella maschile. Per loro la durata delle fasi precedenti è accorciata complessivamente a 12 mesi (3+3+6). La famiglia vive in autonomia di gestione degli spazi, del lavoro e delle relazioni educative, pur continuando a partecipare ai colloqui terapeutici individuali e di coppia. Per le madri sole senza partner, che seguono invece il percorso con durata standard (3+3+9), la fase di reinserimento viene svolta a Imola in un appartamento di proprietà della Comunità che può accogliere fino a 3 madri con bimbi.

Nella "Villa" e nella "Casetta", non ci sono spazi specificatamente ed esclusivamente dedicati ai bambini. Lo spazio gioco al chiuso, è quello nella sala tv della Villa. Nella Casetta è in fase di ultimazione la ristrutturazione di ambienti da adibire a futuro asilo nido aziendale, che avrà funzioni di vero e proprio asilo e ludoteca ad uso esclusivo dei bimbi della comunità.

La Villa ha un ingresso al piano terra costituito da un piccolo atrio, dove è appesa una lavagnetta nella quale le ragazze devono registrare "dove sono" rispetto alla struttura in ogni momento della giornata. Una mancanza di registrazione o una registrazione scorretta da luogo alla presa di provvedimenti. Nel corridoio attiguo vi sono due bacheche per i turni di servizio delle mamme e per i provvedimenti disciplinari, poi il refettorio, e un magazzino contenente deposito vestiti mamme e bambini ricevuti in donazione e regali di oggetti fatti alle ospiti dai loro familiari. Nei piani superiori

della Villa vi sono l'ufficio degli operatori, lavanderia, sala riunioni, laboratorio, sala tv, che da l'accesso alla zona notte su due piani, per un totale di 10 camere mamma-bambino.

La Casetta dispone di un ampio salone ingresso al piano terra, con divani e tv. Su questa si affacciano 3 camere di cui 2 per mamma bambino e 1 per ragazze per complessivi 5 posti letto. In fondo al salone c'è una rampa di scale che conduce al primo piano dove sono presenti 4 camere, 2 per mamma bambino e 2 per sole ragazze. Tutte con bagno in camera, un anti-camera, un rispostiglio. In questa struttura non ci sono spazi precipuamente destinati ai bambini. Solitamente il salone di ingresso viene usato per i gruppi serali per guardare la tv o per discutere tra le mamme che abitano in casetta. Attualmente nella casetta sono in corso lavori di ampliamento che nel giro di poco tempo daranno vita ad uno spazio attrezzato per il gioco dei bambini con tre vani, due al piano terra e uno al piano superiore concepiti, i primi due come ambienti per il gioco, il secondo per il riposo.

La gestione degli spazi prevede compiti di piccola manutenzione, pulizia e cura degli ambienti assegnati a turno alle donne ospiti. Gli incarichi facenti parte dei piani di lavoro sono assegnati ogni 2 mesi. Gli incarichi riguardano la pulizia della cucina e della sala pranzo, nonché il servizio di refezione, la lavanderia, il servizio di baby sitter, il laboratorio, le pulizie di casa, le pulizie dei mezzi. La preparazione dei cibi è a cura della cooperativa con esclusione della cena della domenica, alla quale pensano le donne utilizzando gli alimenti di cui fanno richiesta al servizio durante la settimana.

Le camere delle ospiti sono personalizzabili con oggettistica personale e nella sistemazione dell'arredo.

La comunità ospita donne e madri.

Obiettivi

Il programma terapeutico è suddiviso in 4 fasi e dura 2 anni sia per le madri che le donne senza figli. La prima fase è quella dell'orientamento, è denominata accoglienza e dura tre mesi e serve per l'ambientamento; questa fase è propedeutica all'intero percorso. Trascorsi questi tre mesi, che sono inoltre caratterizzati dall'assenza di contatti con l'esterno, si giunge alla fase motivazionale che dura 4 mesi perché «dopo il primo periodo ci sono momenti di crisi e lì solo dove c'è una buona motivazione restano, altrimenti abbandonano». In questa fase riprendono i contatti con le famiglie di origi-

ne. Poi c'è la fase clinica dedicata all'elaborazione delle problematiche personali, che dura 10 mesi e la persona può iniziare a stare sola fuori in autonomia. Infine, c'è l'ultima fase di reinserimento, dove le donne e i loro figli vivono in appartamento a Imola e hanno un lavoro procurato dalla CT, che generalmente consiste in una borsa lavoro o tirocinio formativo. L'obiettivo è quello di gestire denaro, lavoro e vita all'esterno. Se la valutazione è positiva, le donne vengono dimesse.

Metodologia

L'analisi dei bisogni viene in primis effettuata dal SerT inviante che comunica alla responsabile terapeutica il caso di cui si chiede la presa in carico. Viene fatta l'anamnesi del caso e viene spiegato tutto già telefonicamente. Segue poi un appuntamento con la paziente e la responsabile per conoscere meglio la persona e il suo punto di vista, perché le informazioni del SerT spesso differiscono da quelle fornite dall'utente stessa.

L'individualizzazione del percorso terapeutico avviene secondo lo standard delle 4 fasi succitate con i relativi obiettivi.

Gli strumenti terapeutici prevalenti sono i gruppi e i colloqui individuali, diversi e con valenze differenti per ciascuna fase del percorso terapeutico. Le madri poi frequentano il gruppo sulla genitorialità. Periodicamente c'è una assemblea della comunità a cui partecipano mamme e non mamme.

Nel gruppo genitorialità l'apertura viene sempre fatta da una madre che porta in discussione un suo problema.

Vi è poi una attività di laboratorio di incollaggio di mattonelle per pavimenti delle navi. Il laboratorio è seguito da una operatrice ma è condotto da una mamma "anziana" che, a turno, ha l'incarico di seguire il gruppo di donne che lavorano e che ha la responsabilità dell'organizzazione del lavoro in vista delle commesse. Ha una modesta rilevanza economica.

Gli strumenti di verifica constano innanzi tutto nell'osservazione quotidiana e nei colloqui individuali, che non dispone però di particolari protocolli o strumenti. Altro momento ritenuto importante ai fini dell'efficacia del percorso terapeutico è quello delle verifiche rispetto alle uscite in esterno. Le attività terapeutiche sono condotte da personale interno.

Esiste una cartella clinica utente composta da documenti cartacei e file con i testi delle relazioni inviante ai servizi e altri documenti diario prodotti dall'operatore di riferimento.

La rete dei servizi

La CT ha rapporti consolidati con gli asili e con le ludoteche del Comune di Imola. C'è in essere un progetto esterno per la lettura di libri e storie per le mamme e i bambini. Un pediatra della ASL ha in carico i bimbi della CT, così come un medico di base ha le donne.

Rispetto alla tossicodipendenza il percorso trova sponde nei servizi sociali invariati e il servizio minori, sul SerT di Imola non ci sono giudizi unanimi rispetto al grado di collaborazione. Il SerT con cui vi è un rapporto di collaborazione, basato sull'invio di pazienti da questo alla CT, è quello della ASL10 di Firenze; il rapporto è nato su una proposta per un intervento su un caso dal personale stesso del SerT. Il SerT si è quindi recato con la paziente presso la CT e verificando le metodologie è iniziata la presa in carico.

Ogni tre mesi in genere ci sono momenti di verifica congiunta tra i SerT invariati e la CT, sebbene non tutti i servizi facciano queste verifiche.

La CT segue anche le donne in inserimento lavorativo, relazionandosi con le imprese ove esse lavorano.

Un altro importante interlocutore della CT è il Tribunale dei Minori di Bologna. In realtà il primo interlocutore tra la CT e il TM è il servizio sociale territoriale che in collaborazione con il TM individua la struttura adatta a quel bambino per cui il TM ha stabilito un provvedimento (attraverso lo strumento operativo del "decreto") secondo cui il bambino deve essere in un ambito protetto. Sono i servizi sociali ad avere convenzioni con le CT e sono sempre i servizi a progettare l'intervento per madre e bambino. Se la madre accetta il percorso comunitario, il servizio sociale territoriale, in raccordo con la CT, diventano i "tutori" del bambino. A questo punto il rapporto tra TM e CT diventa un rapporto diretto; gli operatori inviano relazioni periodiche al TM sul rapporto genitoriale madre-figlio, sebbene da parte dei giudici vi sia la sensazione che troppo spesso venga dedicata più attenzione alla cura dell'adulto rispetto alle esigenze dei figli. Una volta che la madre è dimessa dalla CT, il TM monitora sempre attraverso il servizio sociale, che si avvale di altre risorse, quali parenti della persona o associazioni di volontariato.

3.5. Comunità San Mauro – Gruppo Abele, Torino

Cenni di storia del servizio

A Torino dal 1987 si sono registrati diversi abbandoni alla nascita di bimbi sieropositivi, il cui destino era spesso l'ospedalizzazione. Si presenta-

va quindi l'urgenza di dare una casa a questi bambini con l'obiettivo di lavorare nella prospettiva dell'informazione e della formazione. Nell'agosto del 1990 è stata aperta la Comunità di Cavoretto: essa accoglieva un massimo di sei bambini sieropositivi in stato di abbandono di età compresa tra gli zero e i tre anni. Nel corso degli anni '90, una maggior informazione su AIDS ha ridotto il numero di bambini abbandonati, e i bisogni dei bambini accolti erano differenti: non più in reale stato di abbandono, ma riconosciuti dalla madre, se non da entrambi i genitori, seppure coinvolti in problemi di tossicodipendenza per i quali si attivavano Servizi Sociali e Tribunale per i Minorenni. Il lavoro in questa direzione registrava quindi l'emergere di nuovi bisogni espressi non solo dai figli sieropositivi di donne tossicodipendenti, ma anche dalle loro madri. Nello stesso tempo al Servizio di prima accoglienza del Gruppo Abele giungevano sempre più numerose le richieste di Ser.T e Tribunale per i Minorenni di percorso terapeutico comunitario per ragazze madri tossicodipendenti, non sieropositive. Nacque così l'esigenza di creare una comunità nuova in grado di attivare interventi specifici in supporto alla diade madre-bambino. Si individuò lo spazio in una villa di San Mauro Torinese e si attivò la comunità nel febbraio 1993.

La struttura di accoglienza

La comunità si trova a 3 km dal paese di San Mauro, che dista a sua volta 15 km da Torino; è in collina e non è servita da mezzi pubblici dal paese di San Mauro, che invece è raggiungibile da Torino con una linea di autobus.

La struttura è costituita da una grande casa colonica che sin dai primi anni del '900 è stata adibita a residenza per accogliere bambini in difficoltà. Si trova al centro di un grande parco attrezzato sia per i bambini (playground e piccola piscina) che per gli adulti, vi è un grande gazebo che è utilizzato nei momenti liberi per la socializzazione e d'estate per i svolgere i pasti. L'ingresso della struttura è situato al piano terra e conduce nell'ala centrale: da qui si dipartono, sulla destra, una grande sala, arredata dalle utenti, dove si trova anche la televisione unitamente ad un pianoforte; sulla sinistra invece si trova l'accesso alla sala da pranzo e alla cucina che è molto ampia e ben attrezzata. Al piano terra vi sono gli uffici per gli operatori e la lavanderia, nonché l'asilo per i bimbi, la sala computer per le utenti e un magazzino.

Al primo piano vi sono 8 stanze, 7 singole per madre-bimbo ed una doppia. Vi è poi un piccolo spazio adibito a laboratorio dove vengono lavorate le stoffe per creare borse che vengono poi vendute all'esterno.

Adiacente alla casa residenziale c'è un piccolo appartamento dove viene ospitata l'utente con il proprio figlio quando la donna è in prossimità di concludere il proprio percorso in comunità.

La gestione degli spazi prevede compiti di manutenzione di tutti i luoghi comuni, quindi la pulizia e la cura degli ambienti. Queste mansioni vengono assegnate e svolte a turno dalle utenti. I turni vengono assegnati una volta a settimana e sono indicati in una tabella appesa alla bacheca di ingresso. Per quanto riguarda la preparazione dei pasti, essa avviene su turnazione quotidiana, mentre il riordino della cucina e della sala da pranzo viene invece autogestito dalle ospiti.

Si punta molto sulla personalizzazione degli spazi, sia per quelli comuni (con decorazioni e murales eseguiti dalle ospiti), che quelli ad uso personale.

Obiettivi

La filosofia che sta alla base della comunità, e del Gruppo Abele più in generale, è quella di pensare alla persona come singolo e personalizzare il percorso. Si accompagna la donna verso una scelta che può essere anche quella di affidare il bambino a una famiglia oppure di restare con il bambino. La scelta dell'affidamento non viene vissuta dalla comunità come un fallimento perché in ogni caso il percorso è servito per aiutare la madre ad essere più consapevole e responsabile circa le sorti del figlio.

Dopo la prima fase di accoglienza, dalla durata variabile a seconda che la donna sia o meno in trattamento metadonico di disintossicazione, c'è la fase centrale del progetto, dove la persona è *drug free* ed inizia ad essere più motivata e a voler terminare il percorso comunitario non solo per il decreto del TM verso il figlio.

Dopo un anno c'è la fase del reinserimento con le prime uscite e un lavoro.

La CT ha sviluppato anche un progetto specifico per i figli delle ospiti, ove gli obiettivi generali sono:

- *Accoglienza* del bambino come persona dotata di proprie caratteristiche psicofisiche aiutandolo a continuare il cammino di crescita secondo il proprio bagaglio personale;

- *Attenzione* al processo evolutivo del bambino dando stimoli quotidiani nello spazio a lui riservato e cercandone la continuità nei momenti di vita con la madre;

- *Osservazione* del rapporto madre-bambino e padre-bambino per costruire-ricostruire e sperimentare la relazione affettiva.

Metodologia

Le richieste d'inserimento pervengono, dai SerT e dai Servizi Sociali territoriali, al Servizio di prima accoglienza del Gruppo Abele che valuta la congruenza del progetto individuale con il programma comunitario. Successivamente la proposta viene presentata allo staff della CT e la persona incontra la responsabile che valuta con la propria équipe ogni singolo inserimento.

Segue la visita alla comunità stessa.

Il progetto, gli obiettivi da raggiungere, i percorsi possibili, le modalità di verifica, sono definiti con la persona, i Servizi invianti e il Tribunale per i Minorenni.

Le attività prevedono laboratori che permettono di esprimere e sviluppare la propria creatività e manualità; spazi culturali per ampliare gli interessi di ognuna ed aprire la comunità al mondo; attività fisiche ludiche svolte singolarmente e con i loro bimbi (palestra, ludoteca, acquaticità, ecc...) Inoltre si offre la possibilità di recuperi scolastici e corsi di orientamento al lavoro. Le regole garantiscono la vita e i rapporti all'interno della comunità. Esse sono funzionali alle persone e quindi punti di riferimento che possono subire delle modificazioni durante il percorso; sono esplicitate alle persone già in fase di pre-ingresso, perché solo in questo modo vi può essere adesione e accettazione della regola. A parte le regole di carattere generale (non uso di sostanze, di alcol, rispetto degli orari, delle persone e dell'organizzazione interna) vi sono altre regole che hanno un carattere più personale e che possono modificarsi durante il percorso sulla base del progetto individuale e della sua evoluzione. La trasgressione è un modo per comunicare qualcosa e pertanto provoca un confronto proficuo. In questa logica si inserisce la "personalizzazione della sanzione".

I colloqui individuali e i gruppi sono uno strumento di accompagnamento, sostegno, stimolo e verifica del percorso comunitario. I gruppi hanno diversi obiettivi, dalla discussione sulle dinamiche legate alla convivenza, alla rilettura della tossicodipendenza, all'identità di genere, alla genitorialità, alla propria storia di coppia e al chiarirsi le reali aspettative rispetto alla relazione.

Un obiettivo importante del percorso comunitario delle persone accolte è la verifica della stabilità della relazione affettiva con il partner che avevano precedentemente della comunità. Questa possibilità è articolata in più modi, la scelta dei quali è proposta e discussa dall'équipe con le persone.

I rapporti con le famiglie sono regolati dopo un periodo di "black out"

della durata di circa un mese. Gli incontri avvengono in comunità e la finalità consiste nel far partecipi i genitori del percorso comunitario delle figlie.

Gli strumenti di verifica sono soprattutto l'osservazione quotidiana e gli incontri di équipe e di supervisione. Attualmente si sta studiando un protocollo per monitorare la relazione madre-bambino.

La rete dei servizi

La CT si avvale di un'ampia rete con cui vi è un raccordo molto stretto: la scuola, il medico, l'assistente sociale, il dentista, il SerT, il tribunale. Esiste poi un ampio numero di volontari che sostiene la comunità: oltre 20 persone.

Da molti anni il SerT di San Mauro collabora con la comunità: nel 1997 è stata stipulata una convenzione con la CT in base alla quale è previsto che il Sert sostenga le donne dal punto di vista psicologico attraverso i colloqui e dal punto di vista medico/infermieristico attraverso i controlli medici, la prescrizione di farmaci e di visite specialistiche. Talvolta il SerT sostiene la donna in comunità anche attraverso l'attivazione di borse lavoro, ma questo non è un compito inserito nella convenzione. Nel SerT è stata allestita una stanza per i bambini con giocattoli e tappeti dove i bimbi possono incontrare i genitori, i parenti, sebbene non si lavori direttamente con i bambini, in collaborazione con la neuropsichiatria e il consultorio familiare di San Mauro.

Un altro interlocutore rilevante per la CT è il servizio di assistenza sociale dell'Ospedale San Anna di Torino, reparto denominato Centro assistenza alle gravide, sebbene tra questo e la CT non vi siano protocolli di intesa. Questo servizio è il *trait d'union* tra la CT e il TM. La segnalazione che sovente parte proprio dal servizio sociale ha lo scopo di dare un'assistenza alla madre e alla genitorialità e in determinati casi la segnalazione è limitata al solo al servizio sociale, come ad esempio nel caso in cui la gestante abbia già intrapreso un percorso terapeutico e non vengano rilevate situazioni di rischio per i minori. Dal 1987 c'è un accordo fra il tribunale dei minori con i reparti maternità degli ospedali. I servizi sociali fanno una segnalazione al tribunale se il bambino nasce sia con dipendenza da metadone che da oppiacei. Il primo accordo prevedeva la segnalazione al momento della nascita dalla quale partiva subito il provvedimento di adottabilità del bambino; oggi invece vi è una procedura per cui, per le donne che hanno già un progetto avviato, il bambino segue il progetto della madre, senza aprire il programma

di adottabilità. Per le altre nascite si aprono le procedure di adottabilità, ma non si manda più il bambino nelle comunità solo per bambini, ma i bimbi vanno in affidamento alle famiglie che fanno parte del “progetto neonato”, firmato e scritto dal tribunale dei minore dalla procura della repubblica presso il TM e dal Comune di Torino, per evitare che i bambini stiano in comunità per minori finché il SerT non prende in carico la madre. In un anno, un terzo delle procedure di adottabilità sono relative a donne che seguono un percorso in comunità.

Il TM non ha rapporti diretti con la CT, se non attraverso le relazioni scritte dagli operatori o attraverso eventuali colloqui su un caso. Anche il giudice del TM di Torino sottolinea come nelle comunità madre bambino, l'attenzione sia rivolta soprattutto all'adulto, quasi dimenticando che il bambino è più importante della madre per il tribunale dei minori. È come se il tossicodipendente fosse l'unico utente e non invece la coppia mamma-bambino

L'Asilo Nido del Comune di San Mauro è attualmente frequentato da due bambini dalla comunità, su invio da parte del SerT o dalla stessa CT; la scuola non prevede posti riservati ai bambini ospiti della CT. Non sono previsti incontri formali con la comunità se non in un momento iniziale quando il bambino viene inserito.

3.6. Centro di Prima Accoglienza “Progetto Madre Bambino” – Comunità dei Giovani, Verona

Il servizio

Il progetto avviato dal 1995 in collaborazione con il SerT 2 di Verona cura la presa in carico precoce della donna TD incinta attraverso la messa in rete di tutti i servizi coinvolti in questo particolare momento della donna. L'obiettivo del centro è quello di realizzare a Verona una prima accoglienza per mamme tossicodipendenti con i loro figli e sostenerle dalla gravidanza fino ai primi 3 mesi di vita del bambino. Per quanto riguarda l'articolazione del programma dell'intervento, prima c'è la conoscenza dell'utente, della sua storia, attraverso il SerT. La permanenza in struttura si conclude con l'inserimento della mamma e del bambino presso una comunità terapeutica mamma-bambino.

Il finanziamento avviene tramite la retta del Sert per le utenti e dei servizi sociali del Comune per il bambino, un'altra parte di finanziamento viene sovvenzionata dai fondi della pronta accoglienza per ragazzi tossicodi-

pendenti, che si trova nella stessa sede della pronta accoglienza mamma-bambino.

La struttura di accoglienza

Il Centro si trova in un quartiere periferico alle porte di Verona, servito dai mezzi pubblici. È una struttura molto grande di recente costruzione (5 anni). Nello stabile è stato ricavato un ambiente apposito per le mamme tossicodipendenti. Ai due lati dell'ingresso si trova l'ufficio del responsabile e l'ufficio degli operatori e dell'infermiera, in quest'ultimo vengono somministrate le terapie farmacologiche.

Al piano terreno vi è un piccolo appartamento, dove sono ospitate le mamme. L'appartamento consta di una cucina, di una grande sala e della stanza dei colloqui. La sala si apre in un piccolo giardino attrezzato con i giochi per i bambini. Nell'ala sinistra invece si trovano gli ambienti del centro di accoglienza per persone tossicodipendenti: la lavanderia, la cucina e la sala da pranzo. Al primo piano sono presenti le camere sia degli uomini tossicodipendenti (10 stanze) che delle mamme (2).

Le stanze delle mamme sono doppie ed il letto è ad una piazza e mezzo per permettere ai bambini di potere dormire con le madri, oltre al lettino per i bambini. La peculiarità della comunità riguarda proprio la gestione degli spazi, dal momento che nella stessa sono presenti 2 centri di accoglienza. Dal punto di vista strutturale non ci sono divisioni nette, a circoscrivere gli ambienti vi sono le porte che dividono una stanza dall'altra, e questo aspetto può rappresentare una criticità, soprattutto quando gli utenti del centro di accoglienza accedono nell'appartamento delle mamme, pur non potendolo fare.

La pulizia degli ambienti viene fatto dalla mamma in completa autonomia, non sono fissate turnazioni. Le mamme si organizzano sia per quanto riguarda la divisione dei compiti sia per quel che concerne gli orari in cui svolgere attività di manutenzione e di pulizia.

Nella struttura si punta molto sull'abbellimento degli spazi, proprio per creare un ambiente familiare e accogliente. È nettamente percepibile la differenza fra l'arredamento della zona dedicata alle mamme rispetto a quella degli utenti del centro di accoglienza. L'appartamento è comunque arredato dall'educatrice e dal responsabile, le utenti non possono personalizzare gli spazi se non dopo averlo concordato con l'educatrice.

Metodologia

Il risultato atteso per le donne ospiti del Centro è quello di permettere alla madre di vivere con serenità la gravidanza e i primi mesi di maternità, di avvicinarsi al bambino e di potere intraprendere poi un percorso più strutturato in una comunità madre-bambino.

Un elemento che facilita il raggiungimento di risultati positivi è la buona collaborazione fra il centro e i servizi invianti per capire quali siano i bisogni dell'utente e costruire un progetto altamente individualizzato sull'utente sulla base delle sue problematiche, difficoltà e risorse.

All'interno del centro ci sono due ruoli molto precisi e importanti. Il ruolo dell'educatrice che svolge una funzione di maternage, che si occupa degli aspetti più affettivi e relazionali e poi la figura del responsabile che svolge un ruolo più normativo e che si occupa dell'aspetto della tossicodipendenza dell'utente. Il modello organizzativo è cambiato nel tempo soprattutto per quanto riguarda la convivenza con i ragazzi tossicodipendenti del centro di accoglienza. Si è sempre più cercato di dividere gli spazi, di "difendere il territorio delle mamme e dei bambini". Si è cercato poi con il tempo di dividersi sempre più i ruoli, il responsabile che ha un ruolo normativo non può investire quello affettivo che è svolto dall'educatrice.

Non esiste un sistema di documentazione. Si raccolgono le sintesi delle supervisioni e delle riunioni d'équipe e le cartelle cliniche delle utenti, ma il materiale non è raccolto in modo sistematico.

La rete dei servizi

Per quanto riguarda la rete esterna, i rapporti principali si hanno con il servizio di ginecologia dell'ospedale e del Sert, con la psichiatra del Sert per le terapie, con l'assistente sociale del Sert per i problemi legali, con il consultorio, con la neuropsichiatra, con il pediatra dell'ospedale.

Con il tribunale non si hanno tanti contatti se non attraverso l'assistente sociale.

È importante sottolineare che il CPA è nato in seno al SerT e che tra operatori sanitari del servizio pubblico e quelli della Comunità dei Giovani, vi è una stretta collaborazione su diversi progetti.

La rete dei servizi di questo territorio appare ben consolidata, tant'è che si tiene una supervisione settimanale sui casi cui partecipano tutti gli operatori e i soggetti coinvolti nel progetto madre bambino: gli operatori della comunità, il referente della comunità, la neuropsichiatra infantile, l'assisten-

te sociale del serT, la psicologa. Tutte le osservazioni sono molto integrate con le informazioni che provengono dagli operatori che sono nella comunità a stretto contatto con la diade madre-bambino.

La filosofia di fondo del sistema di rete è, a differenza della filosofia di altre comunità, è quella di focalizzarsi soprattutto sul rapporto madre-bambino, cercando di gestire la situazione nei migliori dei modi ma senza lavorare solo sulla tossicodipendenza. Secondo la neuropsichiatra «l'importante è che queste donne siano tutelate al momento del parto e dei primi mesi di vita del bambino pensando poi al progetto futuro che sarà l'inserimento della mamma e del bambino presso una comunità terapeutica. La tossicodipendenza non è la parte a cui si presta maggiore attenzione.»

Il servizio territoriale di neuropsichiatria infantile lavora in collegamento con il Comune di Verona e anche con il tribunale civile e tribunale minorili.

Il lavoro di rete è poi molto intenso con le famiglie, la scuola, i pediatri. Il campo di azione è molto vasto. Sempre secondo la neuropsichiatra, il lavoro di rete è molto difficile da attivare soprattutto per questioni legate alla comunicazione «è difficile riuscire a contattare per esempio la neuropsichiatria dell'ospedale di Borgo Roma, è difficile riuscire a contattare assistenti sociali che fanno riferimento ad alcuni distretti di Verona e che devono girare per il territorio».

Sono stati attivati una serie di protocolli, per esempio con alcune scuole, con il tribunale di Verona; da poco è stato firmato un vero protocollo di collaborazione con il consultorio familiare di Verona e le procedure sono codificate.

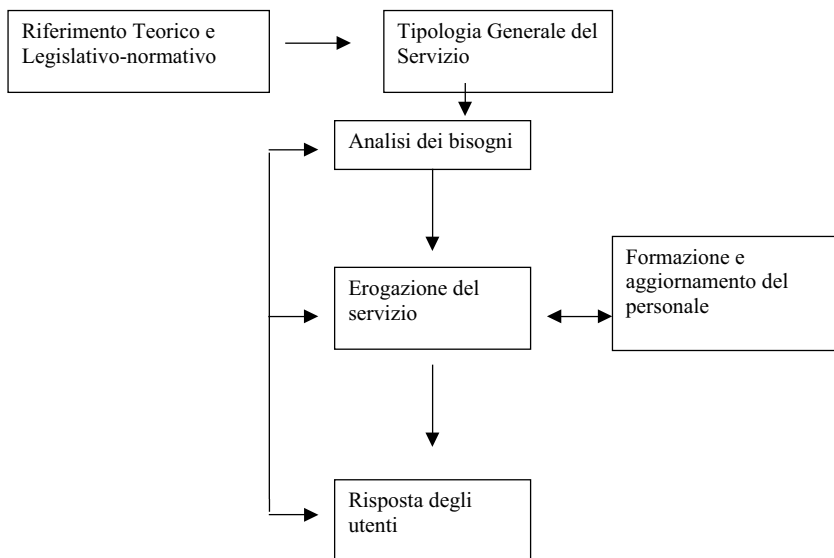
Il SerT è il nodo focale della rete. Esso si occupa di attivare la rete e di prendere contatti con i servizi che inviano le madri (spesso le madri non sono inviate dal SerT di Verona ma da altri SerT della regione e fuori regione) e con i servizi del Comune e con il tribunale dei minori. Ha la funzione di tramite, di tenere i contatti con i servizi e non sempre interviene direttamente con le madri e i bambini, interviene nel scegliere a quale comunità indirizzare la donna, ha un ruolo spesso informativo, alle madri vengono date informazioni sulle comunità future, anche se lo psichiatra del SerT ci ha riferito che «(...) abbiamo avuto qualche difficoltà spesso a far accedere le nostre mamme alle comunità successive per problemi di prenotazione, per problemi di sovraffollamento di queste strutture, anche se sta migliorando la situazione. Inizialmente ci siamo molto appoggiati alla comunità di Bessimo

che però solo adesso sta iniziando a lavorare sulla genitorialità, prima erano troppo centrati solo sul tema della tossicodipendenza».

Un punto debole di questo sistema è, a detta degli intervistati, il servizio psichiatrico, che non è incluso nella rete, ma «(...) adesso ci attiveremo per fare in modo che sia maggiormente coinvolto nel nostro progetto».

CAPITOLO 4 I MODELLI ATTUALI

In questo capitolo vengono descritti gli elementi che caratterizzano i modelli delle comunità indagate. Un servizio nasce per rispondere alle esigenze di chi ne usufruisce e pertanto immaginiamo che un servizio sia descrivibile in base a questo presupposto teorico di meccanismo a retroazione dove, fermi restando i riferimenti teorici e quelli legislativo-normativi che comunque determinano il servizio nei suoi caratteri generali e che nel presente rapporto sono descritti nel primo capitolo, gli altri elementi si modulano nel tempo in base a nuovi bisogni degli utenti e alle risposte di questi al servizio. Altri elementi chiave del modello vanno ricercati nel sistema di rete con gli altri servizi e nel monitoraggio e nella valutazione del servizio.



Nel presente capitolo si tenta quindi di esplicitare questi elementi caratterizzanti, evidenziando i punti di forza e di debolezza per poi delineare nel capitolo seguente un modello organizzativo “eccellente” di servizio per donne con problemi di dipendenza e i loro figli.

4.1. Tipologia di servizio

I servizi sono sostanzialmente di due tipi: Centri di Accoglienza o Comunità Terapeutiche.

- I Centri di Accoglienza sono servizi dove l'accoglienza è limitata a 3 mesi e non è strutturata per un trattamento della tossicodipendenza della madre, quanto piuttosto ad un servizio di sostegno alla natalità e alla genitorialità, propedeutico all'ingresso della madre in un vero e proprio percorso terapeutico. Il CPA di Verona è l'unico rispondente a queste caratteristiche ed è un servizio di titolarità del SerT 2 di Verona, finanziato con il Fondo Nazionale Lotta alla Droga.

Nello scorso anno ha ospitato 5 donne e 3 bambini; i bambini sono nella maggior parte dei casi neonati, le donne hanno prevalentemente un'età superiore ai 25 anni. Il tasso di ritenzione in trattamento è stato del 60% nell'anno 2003.

- Le Comunità Terapeutiche (CT) sono volte alla cura e riabilitazione di donne con problemi di dipendenza da sostanze con o senza figli presenti. Sono enti accreditati che erogano il servizio in convenzione con le ASL e in alcuni casi ricevono un finanziamento dal Fondo Nazionale Lotta alla Droga.

L'accesso per le utenti è quindi condizionato dall'invio del SerT di appartenenza e per i loro figli dal Servizio Sociale e/o Tribunale dei Minori. Le CT prevedono un lavoro con le persone suddiviso in fasi, dove il passaggio da una fase all'altra è sottoposto a verifica. Mediamente è un percorso della durata di 18-24 mesi. Sono CT nate dall'esperienza di comunità più “tradizionali”, per poter rispondere ad esigenze di donne TD dando nel contempo un sostegno alla genitorialità.

Nell'anno passato le utenti sono state circa 15-20 per ciascuna CT, mentre quelle attualmente in trattamento sono tra le 8 e le 12. I bambini, in numero medio di uno per utente attualmente in carico presso la CT, hanno

un'età prevalente compresa tra 1 e 6 anni. Le donne hanno prevalentemente un'età superiore ai 25 anni. Il tasso di ritenzione in trattamento risulta piuttosto alto per l'anno passato, essendo pari all'80% e quindi superiore ai tassi riportati da CT rivolte ad altra utenza. È importante però sottolineare che in questo incide in maniera pesante il decreto del TM che porta la donna a terminare il percorso terapeutico per non perdere l'affidamento del figlio.

4.2. Analisi dei bisogni

Qualsiasi servizio, a maggior ragione se finanziato con denaro pubblico, deve andare in contro alle esigenze di chi usufruisce direttamente del servizio ma anche della società globalmente intesa. Deve quindi fornire un servizio al singolo ma anche alla comunità, includendo in essa anche il sistema dei servizi.

I termini “bisogni dell'utenza” nel campo dei trattamenti delle tossicodipendenze sono solo di recente apparsi nel dibattito scientifico e professionale e possono essere variamente interpretati. Molto schematicamente, esiste una tendenza “estrema” a leggerli come “ciò che chiede l'utente”. Ne conseguirebbe che il ruolo dei *treatment provider* dovrebbe ruotare attorno alla raccolta ed al soddisfacimento di queste richieste.

Questa tendenza è l'esatto opposto della posizione di chi intende il ruolo del *treatment provider* come colui o colei che, in possesso di esperienze e competenze specifiche, deve decidere il trattamento opportuno¹. In maniera del tutto evidente, in questo caso l'operatore decide secondo le sue idee.

Vi potrebbe essere una terza opzione, secondo la quale i trattamenti specifici e generali sono scelti per opzione legislativa, per decreto.

Se questi appena descritti sono gli aspetti più estremi di una discussione sulla natura del rapporto che deve esistere tra l'operatore ed il paziente, essi rischiano di volgere il discorso verso una discussione ideologica abbastanza povera e priva di sbocchi.

¹ È qui utile fare una importante distinzione tra un determinato trattamento (o gruppo di trattamenti, o trattamento integrato) e gli obiettivi che questi trattamenti vogliono raggiungere. Assai diverso è il trattamento diretto verso il raggiungimento di una stabile astinenza, da quello che si prefigge di ottenere una serie di obiettivi come il miglioramento della condizione fisica del paziente od il suo mantenimento in vita.

Sembra, invece, necessario volgere l'attenzione a tutte le modificazioni che sono state osservate nelle caratteristiche e nelle tipologie dei pazienti che hanno problemi droga correlati, così come sono apparsi all'attenzione in questi ultimi decenni.

Consideriamo inoltre che il problema della tossicodipendenza è visto con un'ottica prevalentemente maschile o asessuata. Solo negli ultimi anni si sta dando un'attenzione al problema cercando di rispondere adeguatamente ad esigenze specifiche. L'area dei bisogni dell'utenza è molto complessa ed in continuo mutare. Per questa ragione, i bisogni dell'utenza non possono essere fissati una volta per tutte ed hanno bisogno di un sistema di monitoraggio continuo, in grado di identificare le necessità dei pazienti in una forma continua.

Questa utenza adulta ha bisogni di cura per la dipendenza intrecciati con un altro tipo di bisogni che sono simili a quelli che i loro figli stanno attualmente sperimentando e che proprio per questa sovrapposizione temporale vi è l'incapacità delle madri di leggerli e soddisfarli.

Nel caso specifico, le donne che entrano in trattamento hanno sia bisogni di cura per se stesse che necessità di essere supportate nella genitorialità, ed in molti casi la decisione di entrare in trattamento è forzata dal decreto.

La persona arriva quindi in comunità dopo che i suoi bisogni sono già stati valutati, o dal SerT o dai Servizi Sociali o dal Tribunale dei Minori. Sovente quindi l'analisi dei bisogni si basa sulla relazione clinica redatta dal SerT invariante e sul primo colloquio. Quando l'utente è visto persona difficilmente in grado di definire i propri bisogni, non si può parlare di vera e propria analisi dei bisogni, se non per aspetti molto limitati, poiché i bisogni "generali" li si conoscono già (o si crede di conoscerli) e il percorso terapeutico proposto lascia poco spazio all'individualizzazione.

Se invece l'approccio di riferimento inquadra l'utente come persona che compie una scelta, i primi colloqui vengono condotti dall'operatore di accoglienza, e si cerca di capire insieme ai servizi quali siano i bisogni prioritari dell'utente e quale progetto costruire per lei. Poi il lavoro viene portato avanti con l'operatore di riferimento attraverso diversi colloqui, con strategie varie. L'analisi dei bisogni viene fatta in itinere e quotidianamente dagli operatori. Diversamente, nel caso in cui vi sia una visione dell'utente come persona da educare, i bisogni vengono in qualche misura predefiniti e il progetto viene strutturato fin dalla prima fase di accoglienza.

La metodologia di analisi dei bisogni dovrebbe anche seguire una sorta di protocollo e modalità condivise; questa costituisce infatti un indicatore del livello di sistematicità degli interventi: nelle CT più sistematiche, quali la Rupe e il Gruppo Abele, questa viene effettuata da un operatore in particolare, come il responsabile o l'operatore dell'accoglienza, che, con l'avallo dell'esperienza e di una metodologia consolidata dalla prassi, segue un sistema di analisi. In realtà meno strutturate, quali il Sorriso e Ama, questa viene compiuta dall'operatore di turno.

4.3. I servizi erogati

I servizi che vengono offerti si possono suddividere tra:

– *quelli specifici per le donne:*

- identificazione e aiuto per problemi sottostanti o correlati alla tossicodipendenza (ad e.s. disturbi alimentari, depressione, problemi psichiatrici)

- fornire supporto ai bisogni emotivi e materni
- arteterapia

– *quelli per i bambini e/o il sistema familiare:*

- cura e gestione dei bimbi durante le attività terapeutiche e durante il tempo libero (in comunità, in luoghi esterni)
- coinvolgimento di altre persone significative del sistema familiare delle utenti, quali partner e genitori
- supervisione del rapporto madre-bambino, osservazione
- training per le capacità parentali

– *reinserimento lavorativo:*

- ergoterapia
- invio a centri di formazione
- invio ad attività lavorative esterne alla comunità

La metodologia utilizzata risulta piuttosto simile per tutte e cinque le comunità, che strutturano il lavoro terapeutico in fasi: in generale la prima fase, che risulta essere anche quella sottoposta a maggiori regole è quella dell'accoglienza, mentre l'ultima, caratterizzata da più autonomia della persona è quella del reinserimento. Altro elemento comune è quello ergoterapeutico: accanto agli aspetti più psicoterapeutici, in tutte le comunità sono sostenu-

te e favorite le attività lavorative, facenti quindi parte del percorso terapeutico. Il laboratorio è una attività a valenza terapeutica e formativa al tempo stesso. Talvolta, essa costituisce una fonte di entrata e sostentamento per la comunità, anche se residuale. Se si tratta di attività molto specializzata, diventa un elemento di criticità trovare l'operatore che conosca "quel mestiere" e sia in grado di insegnarlo e quindi coniugare funzione professionale e terapeutica.

Le modalità di trattamento variano considerevolmente tra le strutture. Da un lato si colloca una struttura dove l'approccio si basa sulla gestione di un singolo caso, con un rapporto operatore/donna in trattamento 1:1, con un progetto individualizzato, dall'altro CT con un forte orientamento terapeutico, dove vengono utilizzate molto le terapie di gruppo. La maggior parte delle strutture pone l'accento sull'importanza di sostenere le donne nella ricerca di un lavoro per un reale reinserimento sociale. Viene pertanto promossa l'acquisizione di nuove competenze professionali, sia esternamente (far in modo che le donne abbiano un lavoro nell'ultima fase del percorso terapeutico, oppure facendo loro acquisire un titolo di studio), sia internamente, attraverso le attività di laboratorio.

4.3.1. *I sistemi di monitoraggio e valutazione*

La valutazione di processo e la valutazione di esito sono attività consolidate all'interno delle CT facenti parte della presente indagine. L'attenzione a questo aspetto del processo di presa in carico e cura delle persone tuttavia non è sistematico e le comunità differiscono molto l'una dall'altra. Il processo ad esempio viene monitorato attraverso le comunicazioni tra operatori nel passaggio di consegne dei turni di lavoro e lo strumento utilizzato è proprio il diario di bordo e la comunicazione orale.

Questa propensione all'oralità si ripercuote su una non strutturazione e su una non standardizzazione degli strumenti di valutazione sia di processo che degli esiti. La variabilità individuale dell'operatore sembra essere presente quasi sempre, seppur esistano dei "correttivi di standardizzazione", rappresentati dagli incontri con il SerT, riunioni di équipe e supervisione.

Tutte le comunità utilizzano come strumento per monitorare i processi il "diario di bordo" e la cartella utente. La Rupe è la comunità con una maggior strutturazione degli strumenti per la valutazione e la verifica: tutta l'at-

tività appare ben documentata da strumenti quali diari di bordo, registri, agende di programmazione, verbali dei gruppi terapeutici, schede di osservazione, strumenti di autovalutazione. Da notare che la comunità ha la certificazione di qualità e quindi ogni procedura è stata codificata. Questo appare un elemento che sicuramente ha dato grande strutturazione e reso “leggibile” più facilmente dall’esterno l’approccio.

Solo in un caso (Gruppo Abele), le cartelle cliniche risultano essere informatizzate.

Un altro strumento fondamentale per la valutazione di processo e di esito è costituito dalle riunioni di équipe, che vengono effettuate ogni settimana.

La Supervisione è una modalità condivisa di valutazione e di formazione degli operatori, eccetto per una comunità (Ama) che in questo momento, per questioni finanziarie non ne può usufruire.

Gli aspetti più squisitamente genitoriali non si avvalgono di strumenti specifici, se non l’osservazione degli sviluppi della relazione madre-figlio. Il Gruppo Abele sta sviluppando uno strumento specifico per verificare i miglioramenti della relazione.

I servizi indagati, in generale, attuano una valutazione che è nata all’interno stesso del servizio: un limite di ciò è l’autoreferenzialità. Quando infatti si sovrappongono due ruoli, quello di realizzatore di un intervento terapeutico e quello di valutatore dell’intervento stesso, si corre il rischio di selezionare solo ciò che nel giudizio finale diventa auto-legittimazione delle proprie azioni.

Si ritiene pertanto che sarebbe auspicabile che il modello di valutazione fosse il frutto di un’elaborazione separata dagli ambiti di applicazione, affidandolo ad un gruppo di esperti estranei al sistema.

Inoltre riteniamo che i modelli di valutazione finora adottati debbano essere maggiormente sistematizzati, prendendo in considerazione non solo gli *outcome* (esiti del trattamento) e gli *output* (insieme delle attività svolte), ma anche l’intero processo, ossia le modalità organizzative e gli *input* (personale, attrezzature, risorse economiche, etc).

4.4. Il personale

In generale i ruoli svolti dal personale impiegato si collocano su due poli: quello terapeutico-educativo rivolto agli adulti, e quello educativo-animato-

riale rivolto ai bimbi. Questi ruoli sono entrambi ricoperti da persone che hanno effettuato studi in ambito psicologico-educativo con una forte motivazione ad un lavoro con elevati stress emotivi e alto livello di frustrazione.

È inoltre presente del personale volontario, che in alcune strutture ha ruoli di supporto agli operatori e quindi non entra nell'operatività quotidiana del servizio. In un caso (il Sorriso) il personale volontario ha un ruolo specifico e cioè svolge incarichi di "guardiania" in tutti i turni notturni senza il supporto degli operatori; questi volontari non partecipano alle riunioni di équipe. In un altro caso (la Rupe) vi è una coppia di volontari che risiede stabilmente nella comunità e sebbene sia presente nei turni notturni e festivi, senza altri operatori, partecipa alle riunioni di équipe e alle decisioni di staff con un ruolo ben specifico. Queste due tipologie di volontari, sono a nostro avviso facenti parte dello staff e pertanto sono stati intervistati. Altro personale volontario che non è stabilmente impiegato nel servizio non è stato incluso nell'indagine.

L'orario di lavoro risente della presenza di personale ad hoc che ricopre i turni notturni e festivi, in quanto, se questo è presente, gli operatori hanno una giornata lavorativa media di 8-10 ore dal mattino al secondo pomeriggio, altrimenti le turnazioni avvengono anche sulle 24 ore.

La giornata dell'operatore inizia sempre con il passaggio di consegne dall'operatore che lo ha preceduto e con la lettura del diario di bordo. La giornata risente molto degli impegni delle donne, per cui se necessario possono anche essere previsti accompagni di queste a visite mediche, etc. Un operatore, ad esempio ha riferito che «(...) la giornata tipo dell'operatore (...) è sempre diversa; nel senso che non c'è mai un giorno uguale al precedente», variando a seconda degli impegni che ogni giorno si presentano e contemporaneamente tenendo conto delle diverse emergenze che si possono presentare. Agli operatori sono quindi richieste come qualità intrinseche una flessibilità mentale e una disponibilità particolari.

Tutti gli intervistati sottolineano l'importanza di "stare con le mamme", intendendo con ciò sia il trascorrere del tempo con loro sia essere sempre pronti all'ascolto e a recepire i loro bisogni: «(...) le utenti hanno bisogno quotidianamente di essere gratificate rispetto al lavoro che fanno e di essere ascoltate».

Ogni operatore ha delle donne che gli/le fanno riferimento, per cui sono a loro disposizione ogni qualvolta la donna desidera comunicare qualcosa di particolare o debba presentare qualche problematica.

Un momento molto particolare è rappresentato dal pranzo che, quale momento informale e destrutturato, permette agli operatori di compiere un'osservazione particolare delle madri ma soprattutto del loro rapporto con i figli.

Tra gli operatori e le donne è piuttosto comune una sorta di conflittualità, che se da un lato è terapeutica, poiché attraverso lo scontro e il conflitto vi può essere un cambiamento e una crescita, dall'altro può essere generatrice di tensioni che se non contenute possono "esplosione". Sicuramente la tensione è forte nei momenti iniziali del percorso terapeutico, dove la donna non sente ancora quella fiducia nell'operatore per cui entra in ansia anche a lasciargli/le il bambino. Il bambino è spesso la figura di tramite nel rapporto madri-operatori subendo una sorta di triangolazione: se la madre non vive in un clima di fiducia con l'operatore ma soprattutto con la comunità intera, sfoga la sua aggressività sulle ansie di cura del figlio.

Altri momenti di tensione sono dovuti a conflittualità tra le utenti dove l'operatore deve svolgere un ruolo di mediatore, facendo ricorso a notevoli risorse interne.

Verso i bambini tutti gli operatori esprimono affetto e tutti riportano che il compito dell'educatore è sostenere la mamma nella cura e gestione del bimbo, senza mai sostituirsi a lei, ma solo offrendole esempi e consigli. Alcuni, però, riportano di avere difficoltà a mantenere con essi un rapporto solamente educativo.

4.4.1. *Tipologia*

Il personale è prevalentemente costituito da: educatori professionali, psicologi, educatori di comunità, i quali sono presenti in tutte le strutture. In due casi vi è anche la figura di un medico e in un caso l'assistente sociale.

Dall'analisi dei dati emerge che la componente femminile del personale è prevalente (rapporto maschi femmine 2:9). Se da un lato l'impiego di personale femminile può favorire l'identificazione delle utenti con modelli "sani" rappresentati dagli operatori e facilitare il dialogo soprattutto per problematiche concernenti la femminilità e la stessa maternità, dall'altro si ritiene comunque opportuno che le utenti si confrontino con personalità maschili anch'esse positive (tenendo conto che molte di esse sono vittime di abusi da parte di uomini), ma soprattutto la figura maschile è auspicabile per i bimbi. Nelle strutture dove è presente infatti la figura maschile, essa è oggetto di attenzioni e punto di riferimento soprattutto per i bambini.

Il personale è generalmente assunto con un contratto a tempo indeterminato.

Le figure professionali sono nell'ordine di numerosità: educatori (professionale e di comunità), psicologi, pedagogisti.

Solo in un caso (Coop. Bessimo) è riportato l'impiego di personale con pregressa esperienza di tossicodipendenza che ha seguito e portato a termine un programma terapeutico nella stessa organizzazione.

Il personale in genere viene selezionato mediante colloquio con il responsabile della struttura previo accordo con l'organizzazione dell'Ente e la selezione avviene in prima istanza in base al curriculum vitae.

Le competenze richieste, oltre al titolo professionale che, soprattutto per le strutture accreditate, è una "conditio sine qua non", sono relative alle competenze tecniche nella gestione dei gruppi e conduzione di colloqui, ritenute fondamentali dagli intervistati, appare decisiva la "motivazione" a fare questo lavoro.

Un'ulteriore competenza implicita e personale, prerequisito per poter svolgere il lavoro di operatore di comunità è la capacità relazionale, al fine di instaurare un rapporto positivo con le utenti e con i bambini, assieme ad una forte predisposizione al lavoro sociale. Oltre a questo è importante essere disposti al lavoro di gruppo e al confronto con gli altri operatori.

I livelli di turn over non sono molto alti e le persone che sono uscite dal servizio sono state reintegrate con altre.

L'esperienza sul campo è percepita da tutti come molto importante e fondamentale per svolgere la mansione di operatore di comunità: «(...) le cose studiate all'università sono servite pochissimo... le competenze si acquisiscono con il lavoro in comunità, per esempio nel corso del primo anno sono stata affiancata dalla responsabile e non avevo in carico nessun utente in particolare e solo dal secondo anno ho cominciato a svolgere il mio ruolo in autonomia, anche se il lavoro di staff rimane fondamentale (...)».

Un'ulteriore caratteristica richiesta agli operatori è la disponibilità: per gli orari e per la qualità del lavoro stesso la persona deve infatti essere flessibile e disponibile ai cambiamenti di programma dettati dalle emergenze. La gestione delle situazioni di emergenza è una componente del lavoro: questa difficilmente viene appresa in contesti diversi da quello lavorativo e quindi l'esperienza, ma soprattutto il lavoro che si svolge assieme agli altri operatori ne costituiscono le basi.

In questo lavoro un'altra componente essenziale è il sapersi mettere in

relazione con altri operatori, sia della stessa comunità che con quelli di altri servizi in rete. La capacità di ascolto e il raccordo con gli altri, evitando disconferme e collusioni, sono quindi abilità che, se non intrinseche, vanno acquisite nel primo periodo di lavoro.

In sintesi, la componente principale delle capacità richiesta al personale è quella relativa alla presa in carico in toto di una persona. Questa capacità deve anche includere il saper leggere e riferire ad altri i cambiamenti degli utenti in carico, sia in forma orale che scritta, attraverso relazioni «(...) da inviare ai SerT di riferimento su come sta andando il percorso... ci sono poi gli incontri con i SerT ed i Servizi Sociali e lì si deve spiegare a che punto è la persona, le vittorie, le sconfitte e sviluppare mano a mano il programma. Sono comunque competenze che si sviluppano con l'esperienza (...)».

Gli operatori che in particolare si occupano dei bambini, oltre ad una formazione di base ad hoc con componenti psicopedagogiche devono essere in grado di saper gestire i bambini a livello pratico, riuscendo a raggiungere con essi e le madri un buon livello di empatia, senza che però questo infici il loro ruolo di educatore. L'operatore addetto ai bambini, infatti ha anche una funzione che va oltre il proprio ruolo: essere da modello di riferimento per le madri. «(...) bisogna saper dire No e farsi rispettare (...)» è una caratteristica del lavoro che è condivisa da molti.

Una caratteristica comune ai modelli indagati è il lavoro di équipe, ossia cooperazione coordinata tra diversi operatori professionisti che lavorano insieme con ruoli e funzioni diverse.

L'équipe multidisciplinare ha la gestione completa dell'impianto terapeutico-riabilitativo, di quello gestionale ed è coordinata dal Responsabile della CT.

4.4.2. *La formazione*

La realtà operativa di questi anni ha inequivocabilmente dimostrato che nel settore della tossicodipendenza non esiste una risposta esaustiva ed unica, così come non esiste uno strumento valido per tutte le situazioni e tutti i soggetti. Non esiste, dunque, "la tossicodipendenza", ma tante tossicodipendenze quanti sono i soggetti, per i quali, necessariamente, va predisposta una risposta personalizzata e finalizzata agli specifici problemi.

La necessità di rispondere a tutte le esigenze poste dall'uso/abuso di

sostanze determina una complessità tale a livello organizzativo, strumentale, professionale, operativo, che rende, di fatto, impossibile per un singolo servizio, anche ricco di personale e risorse strutturali, riuscire a soddisfare tutte le esigenze poste dal problema e a dare risposte esaustive.

Al fine di offrire un servizio adeguato quindi, sono elementi fondamentali la differenziazione e specializzazione del servizio, realizzazione del lavoro di rete e adeguata formazione degli operatori coinvolti.

Anche nelle organizzazioni oggetto dell'indagine quindi la formazione è vista come parte integrante del servizio stesso. Ne è prova che tutte e sei le organizzazioni dedicano molta attenzione alla formazione continua soprattutto per quello che riguarda gli operatori neoassunti.

In quattro casi su sei la formazione è interna, ossia sono le organizzazioni stesse che organizzano momenti formativi ad hoc per gli operatori. La formazione interna sembra essere privilegiata rispetto a quella esterna perché risponde con più adeguatezza alle reali esigenze formative degli operatori, essendo costruita *ad hoc*.

I momenti formativi sistematici sono quelli obbligatori per gli operatori neo assunti ed hanno una doppia valenza formativa: da un lato apprendere conoscenze e competenze spendibili nel lavoro quotidiano, dall'altro acquisire conoscenze relative all'organizzazione e condividere i modelli teorici di riferimento per il trattamento delle dipendenze e il sostegno alla genitorialità.

Oltre a questa formazione *in service* esistono anche delle opportunità formative interne per tutti gli altri operatori. Per questioni organizzative non tutti gli operatori del servizio vi possono partecipare contemporaneamente, pertanto si utilizza la prassi del riportare l'esperienza formativa agli operatori che non vi hanno potuto partecipare.

Solo in un caso la formazione continua *in service* è annualmente obbligatoria per tutti gli operatori. In generale il singolo operatore è libero di scegliere la frequenza ad un corso di formazione o un convegno o un altro momento formativo, sia interno che esterno, compatibilmente alle proprie esigenze.

Tenendo conto che la maggior parte degli operatori è educatore o psicologo, si suppone che ai fini dei crediti ECM sia diffusa la partecipazione ad eventi formativi. Tra l'altro due delle organizzazioni indagate sono *provider* per eventi formativi ECM (La Rupe e Gruppo Abele).

I temi della formazione interna sono in genere proposti all'organizzazione dal responsabile del servizio su suggerimento degli operatori.

Solo in un caso (CPA Verona) l'operatore sembra avere libera scelta di aggiornarsi a seconda delle proprie esigenze, indipendentemente da un mandato del centro di accoglienza. Questa modalità risente comunque del fatto che l'organizzazione in questione non offre moduli formativi interni.

La modalità prevalente è quindi quella della cooptazione, dove sicuramente il singolo operatore ha una certa discrezionalità ma che va comunque mediata con le esigenze dell'organizzazione e soprattutto se l'Ente organizza o meno corsi di formazione.

Tra gli argomenti dei corsi di formazione proposti agli intervistati vi è una prevalenza di tematiche correlate alle dipendenze quali, le “nuove droghe”, i cambiamenti nel trattamento delle dipendenze che produrrà il nuovo Disegno di Legge in tema di lotta alla droga, il trattamento della dipendenza da alcol, problemi correlati ai disturbi alimentari e alla comorbidità di patologie psichiatriche.

Solo una comunità ha trattato specificatamente il tema del sostegno alla genitorialità.

In sintesi, è sicuramente alta la propensione per le attività formative, sentite come un'esigenza sia dagli operatori che dalle organizzazioni e prova ne è il continuo proporre di interne.

Andrebbero però anche sostenuti i momenti formativi esterni, che permettano un maggior confronto tra operatori con professionalità e ambiti lavorativi diversi. Un limite è però rappresentato dalla limitata disponibilità di risorse economiche.

4.5. La risposta del servizio da parte degli utenti

4.5.1. Le donne

Le CT che hanno partecipato alla ricerca ospitano donne con problemi di dipendenza prevalentemente da eroina. Alcune di esse sono in trattamento farmacologico con metadone. Sono tutte comunità femminili con la possibilità di ospitare i loro figli minori.

I bambini vengono accettati se hanno un'età inferiore ai 12 anni, ma generalmente i figli presenti non hanno più di 6 anni. Le donne devono aver come obiettivo la disintossicazione e la motivazione a seguire un trattamento orientato all'abbandono dell'uso di sostanze. Per molte di loro questa scel-

ta è stata effettuata in base al decreto del TM, che altrimenti avrebbe affidato ad altri i figli. La Comunità di San Mauro, in particolare, ha l'obiettivo di far compiere alla donna la scelta consapevole di abbandonare la sostanza e avere in affidamento il figlio, oppure continuare a usare la sostanza e dare il figlio in affidamento ad altri.

La gravidanza e/o la nascita del figlio assume quindi una funzione di catalizzatore, aiutando la donna a compiere una scelta importante. Il bisogno di un cambiamento per assicurare un futuro migliore a se stesse e ai propri figli è quindi in tutti i casi, sia che ci sia o meno la coercizione del tribunale, la molla che fa scattare la decisione di entrare in comunità.

Le comunità provvedono ad inserire i figli nelle strutture scolastiche territoriali, o nel nido della struttura stessa.

Le donne, aventi prevalentemente un'età compresa tra i 20 e i 35 anni, con un massimo di 39, hanno spesso riportato esperienze di abuso e violenza. Sono presenti anche donne con patologie droga correlate e alcuni casi con comorbidità psichiatrica.

Il ruolo delle utenti nell'ambito della comunità è generalmente molto forte, si deve collaborare per portare avanti il proprio progetto e ci si deve aiutare. Esse sentono molto la comunità come "loro" proprio perché ognuna di loro contribuisce alla gestione della "casa" con le pulizie, la cucina, la lavanderia, etc.

Il gruppo

Il gruppo utenti rappresenta un elemento positivo e il confronto permette una crescita. I gruppi terapeutici, condotti da un operatore, sono infatti i luoghi in cui vengono discusse non solo le problematiche individuali, ma anche quelle che nascono dalla vita in comune e pertanto è sentito come un momento di crescita personale e di gruppo. Sono però i momenti informali quelli che rendono coeso e partecipato il gruppo delle donne.

Le donne percepiscono il loro gruppo come chiave di volta per produrre un cambiamento individuale: nel gruppo esse sono protagoniste e il gruppo permette loro di confrontarsi: «(...) tra le ragazze nascono i problemi quando non comunicano tra loro (...)». Il gruppo è elemento di forza e di coesione «(...) siamo tutte sulla stessa barca (...)» e il confronto tra donne aiuta ad affrontare le situazioni più problematiche con maggiore serenità. Il gruppo è di grande sostegno per le problematiche relative alla dipendenza, in quanto il gruppo ha una funzione di contenimento sostenendo coloro che

vorrebbero abbandonare il percorso in comunità «(...) se ci si accorge che qualcuna di noi vorrebbe riprendere a farsi noi come gruppo non la proteggiamo e la copriamo ma al contrario parliamo con lei per aiutarla a cambiare idea (...)». Le donne, quindi, non percepiscono il gruppo come una forza che controlla ma come un contenitore che sostiene nei momenti difficili.

Il gruppo è un facilitatore della crescita personale proprio per l'accentuazione di elementi competitivi, di sfida, «cioè dimostrare anche al gruppo di potercela fare» ma anche a se stesse

Il sostegno poi fornito dalle utenti a fine percorso è determinante per sostenere le donne nei momenti di crisi ed inoltre è un modello cui ispirarsi.

La funzione del gruppo riguardo alla maternità è ambivalente: se da un lato il confronto tra mamme facilita la gestione dei figli attraverso consigli e supporti pratici, dall'altro accettano con difficoltà che vengano messe in discussione i loro modelli genitoriali, «perché entrano in gioco tante parti emotive tue, legate anche alla famiglia di origine».

I momenti percepiti come i più difficili sono quelli iniziali e ci si deve non solo adattare alle regole, ma anche integrarsi con il gruppo: «non ho mai vissuto con tante donne (...), quando sono arrivata, sono entrata in confusione, non sapevo cosa dire».

Tutte riportano difficoltà dovute alla convivenza coatta con altre donne e con altri bambini. Ognuno è portatore di problemi e modi di essere diverso e quindi sono proprio le differenze individuali ad essere oggetto di discordia.

Al contempo, però, sono vissuti anche degli aspetti positivi «la convivenza è difficile ma è una lezione di vita perché si impara a stare in mezzo agli altri» Un problema che può presentarsi è quello legato al turn over delle donne che entrano ed escono dalla comunità e il cambiamento a volte crea delle difficoltà a riequilibrarsi nel gruppo. Per alcune donne i problemi di convivenza sono legati all'identità di genere: essere tutte donne crea delle difficoltà «perché noi donne ci attacchiamo ad ogni piccola cosa, siamo sempre lì a pettegolare con tante gelosie», mentre per altre essere solo donne rappresenta una forza perché si crea complicità e solidarietà femminile.

Un altro aspetto positivo del gruppo è la riscoperta del sentimento dell'amicizia «mentre fuori non sapevamo neanche cosa fosse».

La gestione dei bambini

La gestione collettiva dei bambini ha una duplice valenza: da un lato è

sentita come molto positiva, perché permette ai bimbi di socializzare con altri, ma dall'altro crea forti tensioni tra le mamme che spesso devono ancora elaborare un forte senso di colpa con i propri figli: «(...) la convivenza non è sempre facile (...) le cose che tra noi le riusciamo a giostrare, ma quando ci sono di mezzo i bambini è più difficile, per esempio ogni tanto i bambini litigano e tu lo sai che sono bambini (...) ma ti viene sempre da reagire (...) magari all'inizio è un po' più difficile, poi con il tempo (...)». Questi momenti di difficoltà vengono quasi sempre agiti, e spesso le relazioni tra figli diventano un veicolo per sfogare tensioni tra madri o tensioni interiori: «(...) Non lo sopporto! Mi sono arrabbiata con la figlia di una mamma che tirava i capelli a mio figlio e la mamma si è arrabbiata con me (...)»

Il bisogno più condiviso che hanno le utenti non riguarda tanto la tossicodipendenza quanto la maternità. Del resto questo è in linea con i motivi che le hanno indotte ad intraprendere questo specifico percorso terapeutico dove il bimbo rappresenta una sorta di ancora di salvezza: «(...) se non mi obbligavano non ci sarei mai entrata!... Io non mi farò, non farò mai vedere niente al bambino (...)».

Gli operatori riportano nelle madri una difficoltà a sentire emotivamente il figlio e sui cambiamenti delle loro risposte emotive attraverso l'osservazione, valutando se la donna sta andando "nella direzione giusta". Questo aspetto è comunque condiviso dalle utenti che sentono la necessità di un supporto nell'esercizio del loro ruolo e il bisogno di apprendere cosa fare in concreto con un bambino piccolo, nelle cure quotidiane, "avere" l'attenzione alle sue esigenze, tollerare le frustrazioni, provare gioia e disponibilità nel trascorrere tempo a giocare.

In genere le CT hanno orari e tempi piuttosto rigidi, dettati sicuramente dalla convivenza in un ambiente ristretto, ma che a volte non si adattano alle esigenze dei bambini e della loro gestione. Le stesse madri si lamentano di non aver sufficiente tempo di stare con i propri figli, o del fatto che gli orari sono eccessivamente rigidi per i figli: «(...) a casa mia non farei mai alzare tutti i giorni la mia bambina alle sette».

Un momento molto particolare e rappresentativo del rapporto madri e figli è quello dei pasti. Sono momenti in cui si sente concretamente la tensione di un rapporto ancora da consolidarsi, dove la mamma è spesso nervosa perché il bimbo non sta fermo o non mangia e urla al figlio il quale urla a sua volta, percependo il nervosismo della madre.

Le madri si sentono molto supportate dalle operatrici deputate principalmente della cura e gestione dei bambini., sebbene il supporto degli operatori viene sentito a volte come invasivo rispetto alla genitorialità. «Se ci dicono come riprendere un bambino ci devono anche giustificare il perché, a volte i loro interventi sul bambino non sono adeguati e noi che siamo mamme sappiamo a volte meglio cosa fare con i nostri figli che loro».

Sono inoltre sentiti come troppo limitati i momenti in cui i bambini escono dalla comunità e questo tra le madri genera ansia sostenendo che i figli trascorrono troppo tempo in comunità quindi risentano di una sorta di “istituzionalizzazione”.

Nessuna madre in nessuna comunità fa riferimento alle strutture in rete come supportanti la funzione genitoriale.

La rappresentazione degli operatori

Gli operatori sono all’inizio percepiti negativamente perché rappresentano l’autorità, l’“istituzione”; con il tempo sembra che la relazione tenda a migliorare poi si inizia ad instaurare un rapporto basato sulla fiducia, sebbene sia sovente presente la sensazione di non essere comprese «(...) dagli operatori che spesso sono molto giovani e non sempre hanno esperienze nel campo della tossicodipendenza. Oppure si fa fatica ad accettare i loro consigli perché alcuni non hanno figli e non sanno cosa vuol dire (...)».

Gli atteggiamenti degli operatori, strutturati secondo gli assi della disponibilità, ascolto, accoglienza ma anche dell’esemplificazione, del sostegno, della direttività e autorità, sono apparsi riconosciuti e ritenuti importanti per aiutare il recupero di una funzione genitoriale. La discussione e il dialogo sono elementi imprescindibili che aiutano la persona a “vedere la realtà così come è” e costituiscono le fondamenta per il percorso terapeutico.

Per ciò che concerne il supporto alla maternità, le donne vedono le operatrici per i bambini l’elemento focale. Esse, dando consigli sulla gestione dei figli, anche e soprattutto agendo con i bambini, supportano la madre nell’aver consapevolezza della realtà del figlio.

Quest’idea non è però sempre condivisa, poiché alcune donne riportano di non accettare sempre di buon grado i consigli sulla genitorialità quando questi sono offerti da operatori che non sono genitori «non sentiamo sempre che i consigli che ci danno gli operatori che non hanno figli sono adeguati, a volte ne sappiamo più noi che siamo mamme rispetto a loro che non hanno vissuto la maternità».

L'operatore è percepito molto come competente e supportante per quanto riguarda la tossicodipendenza: l'intero gruppo operatori è in genere visto come una risorsa per il percorso terapeutico, per la propria crescita e maturazione. Agli operatori in genere ci si affida completamente, e i momenti fondamentali non sono tanto i gruppi terapeutici quanto i colloqui individuali con i propri operatori di riferimento. Se all'inizio le donne tendono a risolvere da sole i propri problemi, l'instaurazione del rapporto di fiducia con l'operatore le porta sempre più a discutere con questi i suoi problemi e questo confronto con un'altra persona sembra essere di grande aiuto.

Il sostegno fornito dagli operatori viaggia su due dimensioni intrecciate tra loro: quella tecnica e quella affettiva. La dimensione affettiva può sia facilitare che ostacolare il percorso terapeutico: se da un lato favorisce la comunicazione, dall'altro il timore del giudizio di una persona a cui si vuole bene e che è ritenuta come positiva, impedisce in alcuni casi la messa in discussione e la crescita.

Il soddisfacimento dei bisogni e delle aspettative

In generale le donne intervistate appaiono soddisfatte del loro percorso all'interno della Comunità. I punti critici riguardano la rigidità delle regole e la vita troppo "comunitaria" per i bimbi, i quali dovrebbero uscire di più e avere maggiori contatti con il mondo esterno.

Le donne sentono la necessità di avere uno spazio proprio per dedicarsi ai figli e creare con loro un legame più stretto. È opinione comune che diventare madri porta a sentirsi più responsabili sia rispetto a sé che rispetto al bambino: «(...) Ti fa stare molto più con i piedi per terra (...) i bambini hanno orari precisi e quindi sicuramente la quotidianità con un figlio ha ritmi diversi (...)».

Le aspettative che hanno rispetto alla comunità sono infatti quelle di riuscire a diventare una buona mamma e contemporaneamente trovare uno spazio dove essere sostenute per un percorso personale di cura dalla tossicodipendenza, sebbene questo percorso sia visto come difficoltoso e con molti ostacoli: «(...) Quando sono entrata qui mi aspettavo che fosse come San Partigiano, invece ho visto che la gente mi trattava con rispetto, però quando è cominciata questa cosa del lavoro personale e vedevo che soffrivo pensavo forse stavo meglio a San Patrignano dove lavori lavori, però riesci a chiuderti nel tuo guscio, mentre qui non ce la fai a starci senza farti toccare da niente (...)». A questo proposito un'altra mamma ci dice: «(...) Qui non

ci resisterò mai così... allora star male per star male provo a far quello che mi consigliano (...) poi soffri ma cominci a vedere qualcosa che pian piano comincia ad andare a posto (...).

Un bisogno che non è riportato come prioritario dalle utenti, ma che comunque, se soddisfatto, facilita il loro percorso di recupero della genitorialità, è il rapporto con le loro famiglie di origine, rapporto in alcuni casi lacerato e in qualche modo connesso alla loro tossicodipendenza. Le donne sostengono di essere state aiutate al riavvicinamento con la famiglia di origine, attraverso i gruppo genitori, i colloqui e le visite.

I gruppi terapeutici sono valutati come un ulteriore sostegno alla crescita personale, determinanti però appaiono i colloqui individuali con l'operatore di riferimento. Anche l'aver responsabilità di gestione della comunità, se per alcune è sentito come un peso o come una sottrazione di tempo da dedicare ai figli, per altre è una spinta alla persona a crescere e a leggere meglio in se stessa.

Un esito comune, a detta delle utenti, è che, dopo il periodo trascorso in comunità, sentono di più i figli, diventano meno rigide e via via imparano a coinvolgersi emotivamente verso i figli

Nelle donne intervistate vi è una visione ottimistica del futuro, pensato come ricostruirsi una famiglia, avere un lavoro, una vita "normale", quindi in maniera piuttosto astratta e quasi miracolistica, senza riferimenti specifici alla realtà.

4.5.2. I bambini

Relativamente ai figli delle utenti, precisiamo in questa sede che il focus dell'indagine della presente ricerca è stato la relazione madri-figli, ossia quali servizi, e con quali modalità, venissero offerti alle donne per migliorare la relazione. Gli strumenti di rilevazione sono stati pertanto costruiti con il fine di registrare questo aspetto e non la risposta dei bambini al servizio.

I bambini quindi non sono stati direttamente intervistati anche vista la loro età media: tutti i bambini ospitati hanno meno di 6 anni e la maggior parte risultano avere età inferiore a tre anni. Non è stato quindi possibile intervistarli né attraverso tecniche di colloquio né tecniche di disegno.

Esistono delle metodologie e delle tecniche una valutazione dell'intelligenza nella prima infanzia: ad esempio Užgris e Hunt (1979) hanno messo a punto un sistema composto da sei scale (sviluppo della capacità di seguire

con lo sguardo e la permanenza degli oggetti, sviluppo dei mezzi per ottenere eventi ambientali desiderati, sviluppo dell'imitazione vocale e gestuale, costruzione di relazioni spaziali tra oggetti, sviluppo di schemi di relazioni con oggetti), con l'obiettivo di fornire uno strumento utile a studiare l'influenza che circostanze ambientali diverse possono avere su aspetti diversi dello sviluppo. Al fine quindi della nostra ricerca sarebbe stato utile somministrare questa batteria di test ai bambini ospiti della comunità e ad altri bambini come gruppo di controllo, e compiere delle osservazioni sui due gruppi. Non ci è comunque parso l'obiettivo fondamentale della presente indagine, sia da un punto di vista etico (si dovrebbe ipotizzare che i bambini del gruppo di controllo vivano in condizioni ambientali ottimali e questa ipotesi non convince i ricercatori), che metodologico (come selezionare il gruppo di controllo? come identificare i confondenti?). Inoltre rammentiamo che le risorse, sia economiche che umane che temporali, vincolavano l'eventuale sviluppo di questo aspetto, che di per sé è un trial clinico vero e proprio.

Si è pertanto ricorsi ad osservare i comportamenti dei bambini all'interno della vita comunitaria, a intervistare mamme, operatori delle comunità, operatori dei servizi in rete, e in questa sede si riportano le principali conclusioni cui si è giunti.

A detta degli operatori della comunità e degli operatori della rete, quali insegnanti di asili nido e scuole di infanzia, nonché pediatri, nessun bambino riporta problematiche tali da dover ricorrere alla psicodiagnostica della neuropsichiatria infantile. Soprattutto i pediatri e gli insegnanti ribadiscono in maniera quasi esagerata la "normalità" di questi bambini, sia dal punto di vista sanitario che sociale.

Questa sottolineatura può dar adito a varie letture, non escludentesi l'una con l'altra:

- i bambini, effettivamente, non presentano problematiche particolari;
- siamo in presenza di un atteggiamento di difesa da parte degli intervistati. Si può ipotizzare che gli intervistati abbiano avvertito la paura di essere giudicati dall'intervistatore, come "persone che stigmatizzano" i bambini per il fatto di essere figli di mamme tossicodipendenti. Questo li avrebbe indotti ad negare eventuali differenze e ad accentuare le somiglianze: "sono bambini come tutti gli altri". Benché gli intervistatori non abbiano intenzionalmente provocato questa paura, non si può escludere che questo "fantasma" abbia agito nella comunicazione;

- non vi è una reale presa in carico di questi bambini se non come semplici assistiti dal sistema sanitario nazionale o come alunni della scuola dell'infanzia.

Come verrà esplicitato nel paragrafo successivo si propende – almeno in parte – per questa ultima ipotesi, poiché, eccetto il Tribunale dei Minori, che ha un mandato specifico, non ci sembra che gli altri attori della rete relativa ai minori, abbiano una specifica presa in carico dei bambini in quanto figli di donne con problemi di dipendenza. Solo in casi molto particolari, con evidenti deficit intellettivi o con problemi nello sviluppo neuropsichiatrico, si fa ricorso a specialisti.

A questo riguardo un discorso a parte crediamo possa esser fatto per la scuola, che si differenzia dal sistema dei servizi socio-sanitari per il modo di considerare e di entrare in relazione con i propri “utenti”. L'ottica normalizzante è per certi versi connaturata alla *mission* di una organizzazione educativa come la scuola.

La scuola e i servizi educativi in generale hanno un approccio diverso rispetto ai servizi sociali e sanitari nel trattare i propri “utenti” e di interpretare i loro bisogni. La considerazione che si ha del proprio “utente”, dei bisogni che esprime, si riflette sul modo di concepire il funzionamento di un servizio e sul modo di organizzarlo.

La scuola è centrata sull'apprendimento, lo sviluppo cognitivo ed emotivo delle persone. Se non proponesse occasioni di apprendimento e contesti di socializzazione la scuola non avrebbe senso di esistere. Così anche i servizi educativi per la prima infanzia. Parimenti una comunità terapeutica per tossicodipendenti non avrebbe senso di esistere se non prendesse in carico persone con problemi di dipendenza da sostanze stupefacenti.

Nel corso del tempo questa specificità, radicale, si è andata certo rivestendo di numerose altre funzioni che hanno arricchito l'identità del servizio. Si sono trasformate anche le modalità con le quali si è inteso realizzare la finalità di fondo originaria. La scuola così è divenuta una comunità di apprendimento che offre anche servizi di orientamento, di socializzazione, di prevenzione del disagio. Una scuola aperta al territorio, con le varie agenzie educative extrascolastiche, che dialoga con le famiglie. Ma se la scuola venisse meno al suo compito di confrontarsi con l'obiettivo degli apprendimenti, non sarebbe più scuola ma qualcos'altro. Lo stesso vale per la comunità terapeutica. Se avesse inteso solo guardare al problema “cura della

dipendenza”, medicalmente inteso, non avrebbe centrato l’obiettivo di salute complessivo legato al recupero di *life skill* che permettano un completo reinserimento sociale della persona al termine del percorso terapeutico.

Dunque la scuola guarda la persona nel suo insieme, in quanto soggetto che apprende. I servizi socio-sanitari prendono in carico le persone focalizzandosi sul “bisogno/problema” che queste portano al servizio. I servizi socio-sanitari sono centrati come identità, funzionamento, organizzazione sul “problema specifico da risolvere” della persona. È dunque logico aspettarsi che tutto ciò condizioni il linguaggio e il modo degli operatori di percepire le persone che usufruiscono del servizio in un senso, “normalizzante”, o nell’altro, più centrato sul “problema da risolvere”.

Tornando alla realtà osservata dei bambini inseriti in comunità si può affermare che i bambini appaiono ben inseriti nel quotidiano, sentono la comunità come “casa loro”; soprattutto i bambini che vi sono nati hanno questa percezione positiva, più negativa è invece quella dei bimbi più grandi che hanno ricordi di una vita “fuori” dalla comunità.

La qualità del loro vivere in comunità è fortemente dipendente dalla serenità con cui la madre affronta il percorso. Più volte gli operatori intervistati hanno sottolineato questo aspetto, individuando come elemento di criticità i casi di bimbi con madri in trattamento metadonico, che sono meno attente ai propri figli perché ancora “anestetizzate” da una sostanza, per le quali è necessario fornire più supporti per i bambini.

I bambini vanno generalmente a scuola (dell’infanzia) o all’asilo nido durante il periodo scolastico, mentre le attività all’interno delle CT sono attività di gioco con operatori addetti proprio alla cura e gestione dei bimbi e con le madri. La vita dei bimbi in comunità è soggetta a meno rigore nei tempi e nei modi rispetto a quella delle madri.

Non in tutti i casi la singola madre accompagna il bimbo a scuola: a volte è il solo operatore ad avere l’incarico, in altri casi assieme ad una madre a turno. Denominatore comune è tuttavia il fare in modo che ogni singola madre instauri un rapporto diretto con l’insegnante del figlio, senza delegarlo agli operatori, sebbene questo tentativo venga spesso contrastato dagli operatori scolastici: «[le mamme della comunità] le trattiamo esattamente come le altre (...) evitiamo di dire tante cose, evitiamo magari di dare ulteriori preoccupazioni (...) alcune le vediamo più responsabili, magari alcune le vediamo meno adatte (...) però se ci fossero problemi gravi contattiamo la comunità (...) Spesso queste mamme sono accompagnate dagli operatori,

quindi sono presenti, sentono tutto quello che diciamo, noi cerchiamo sempre di non dire più del dovuto, di non gravarla di più, ripeto, se ci fosse qualche problema diverso dal solito (...).

Quasi tutti gli educatori trascorrono anche del tempo con i bimbi, sebbene vi siano degli operatori che hanno il compito preciso della presa in carico dei bimbi. Al mattino sovente gli operatori stanno con i bambini quando le madri sono impegnate in attività di pulizia e/o accompagnano con o senza le madri i figli a scuola.

I compiti degli operatori che seguono prevalentemente i bambini sono il farli giocare e il supportare le madri nella relazione con i propri figli.

Le madri lamentano che nelle comunità è spesso assente una figura maschile, necessaria per lo sviluppo dell'identità di genere dei bambini e necessaria anche, soprattutto nei casi dei bambini con un padre assente in senso psicologico, a non fare nascere sentimenti negativi verso il sesso maschile. Non è infatti un caso che nella CT La Rupe i bambini siano "attaccatissimi" alla figura dell'unico uomo presente, ossia il volontario residente, che svolge mansioni di manutenzione della casa.

L'affetto per i bambini è senza dubbio un elemento fisiologico e facente parte della natura umana: se da un lato l'affetto è funzionale all'instaurarsi di quella relazione di fiducia che porta le madri ad aprirsi con gli operatori e a mettere in discussione se stessa, sia come donna che come madre, dall'altro crea ansie persecutorie nelle madri che percepiscono l'atteggiamento dell'operatore come una supplenza alla loro incapacità ad esprimere affetto ai loro figli. Gli stessi operatori, del resto, esprimono talvolta difficoltà a mantenere con i bambini un rapporto solamente educativo, soprattutto quando rilevano un'anaffettività della madre.

Il coinvolgimento emotivo non è solo degli operatori della comunità, ma nel caso della Rupe lo ritroviamo nelle famiglie dell'associazione di volontariato che supportano la comunità stessa: «(...) quando il bambino è a casa tua, è tuo figlio (...), pur sottolineando il ruolo di supporto alla genitorialità e ai bambini rappresentato dall'associazione.

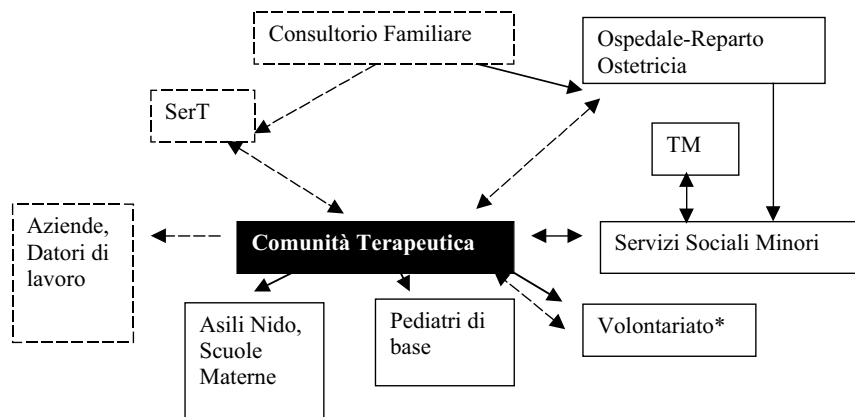
In conclusione riteniamo che il punto di vista del bambino andrebbe approfondito, coinvolgendo anche altri attori quali le scuole e le agenzie formative ed educative. Valutare quanto i servizi rispondano alle esigenze dei bambini e la risposta di questi ai servizi potrebbe essere uno spunto per un'ulteriore ricerca.

4.6. La rete dei servizi

Tutte le comunità oggetto della ricerca hanno sottolineato l'importanza e la prassi del lavoro in rete.

Lo schema sotto rappresentato riporta i diversi attori e le interconnessioni fra loro. Questo schema si applica generalmente a tutte le realtà indagate. Sono evidenziate in nero i servizi e le interconnessioni che riguardano prevalentemente i minori, con il tratteggio quelle che riguardano le madri. La doppia freccia indica un rapporto biunivoco, dove vi è un reale scambio tra le due realtà, quella singola il solo invio.

Appare quindi subito evidente che la CT è l'unica realtà di presa in carico della diade madre-figlio e che i servizi che si occupano dell'adulto non prendono in carico il minore e vice versa. Un'altra evidenza è rappresentata dal fatto che i nodi della rete sono costituiti prevalentemente da Istituzioni o Servizi Pubblici.



L'iter classico di una donna tossicodipendente che aspetta un figlio è quella di recarsi in ospedale a partorire; se il figlio nasce in condizioni di

* associazioni che in genere gravitano attorno alla CT. Possono essere di supporto ai bambini come alle madri.

rischio, quale ad es. la sindrome di astinenza, il servizio sociale dell'ospedale fa una segnalazione al Tribunale dei Minori il quale a sua volta interviene con un decreto: la madre a questo punto ha un breve lasso di tempo per decidere se entrare in una struttura terapeutica di cura oppure se dare il figlio in affidamento e/o, eventualmente, attivare le procedure per l'adottabilità.

Dalle interviste con i nodi della rete emerge con forza che gli operatori che si occupano della "difesa" del bambino sono interessati alle istanze infantili, contrapposte agli operatori degli adulti, che si preoccupano della cura della madre.

Alcuni degli operatori per i minori hanno espresso l'esigenza di aumentare le loro conoscenze sulle caratteristiche della tossicodipendenza: il non conoscere crea ansia, il tossicodipendente spaventa e talvolta si prova un vissuto negativo nei suoi confronti, cosa che, al momento della nascita di un figlio induce gli operatori a preoccuparsi del neonato, della sua eventuale crisi di astinenza e della sua urgente collocazione in "mani sicure", lasciando che il genitore "vada pure per la sua strada". In alcuni casi, ci sembra di poter dire di aver rilevato nelle interviste effettuate con gli operatori dei minori un senso di rabbia nei confronti di una madre che, con il suo permanere nella tossicodipendenza, nonostante gli aiuti ricevuti, causa sofferenza al figlio e suscita quindi desideri punitivi, più o meno consapevoli, da parte degli operatori.

Da quanto emerso dalle interviste, in quasi tutti i territori oggetto di indagine, si sono avuti negli anni momenti di confronto e scontro su posizioni diverse, che in alcuni casi hanno portato all'obiettivo comune di proteggere la crescita del bambino e di aiutare il genitore fortemente problematico, perché possa esprimere al meglio le sue potenzialità genitoriali.

Non sembra però vi siano a tutt'oggi opinioni condivise tra i vari attori della rete sui criteri secondo i quali un genitore è ritenuto affidabile e pertanto libero di stare accanto al bambino "indifeso", o al contrario quando debba scattare la scelta estrema di ritenerlo inaffidabile e quindi mettere in moto una serie di provvedimenti per esautorarlo, temporaneamente o definitivamente, dall'occuparsi del proprio bambino.

In questo senso le CT rappresentano proprio l'anello di congiunzione tra i servizi che tutelano il minore e quelli che aiutano l'adulto, sebbene vi siano attori che ritengono che anche questo servizio privilegi comunque la cura dell'adulto, quasi dimenticando che il bambino è più importante della madre. È come se il tossicodipendente fosse l'unico utente e non invece la

coppia mamma-bambino; secondo l'intervista al Giudice del Tribunale dei Minori di Torino, «il personale non è preparato. Penso che il personale in queste comunità ritenga di dover lavorare sulla tossicodipendenza e non sulla genitorialità. Io ho questa impressione. Secondo me dovrebbe essere migliorata la capacità prognostica, perché tutti si sintonizzano sui 18 mesi, senza capire che 18 mesi e poi un fallimento dopo sono troppi per la vita di un bambino e anche per un bambino. Noi siamo sempre e solo giudici, e quindi se c'è una capacità prognostica si riesce a tutelare meglio il bambino. Ci vuole più competenza da parte di persone specializzate per pronosticare meglio.»

Di contro, i servizi per i minori, quali scuole e pediatri di base, sembrano non farsi carico delle esigenze delle madri, ma essere solamente il riferimento per le comunità per ciò che riguarda le esigenze socio-educative e sanitarie dei bambini, al di là del fatto che siano oggetto di un decreto del TM, che li vede in quel territorio proprio per la tossicodipendenza della madre. È quindi una rete che si basa su criteri di funzionalità, su bisogni e risposte a questi bisogni non in maniera sistematica, ma dettata dalla situazione.

Lo stesso TM, che pure è interessato a monitorare le condizioni in cui grava la madre, per stabilire se essa possa avere l'affidamento del figlio, in realtà ha scarsi contatti con la comunità stessa, sulla quale, lo ripetiamo, gravano sia le esigenze delle madri che quelle dei figli.

L'unico attore della rete che accoglie sia le istanze della madre che del figlio è spesso rappresentato dal privato sociale, che, su sollecitazione di un altro privato sociale – la stessa CT – interviene su entrambi i soggetti, sostenendo la donna e prendendosi cura del figlio.

4.7. Analisi organizzativa dei modelli attuali

Gli elementi finora descritti ci permettono di compiere un'analisi organizzativa dei modelli sia interna alle CT che esterna, relativa alla rete dei servizi.

4.7.1. I modelli organizzativi delle CT

Gli obiettivi comuni delle strutture di accoglienza sono:

- Supportare le donne a raggiungere una stabilità sociale e prepararle per condurre una vita senza l'uso di sostanze stupefacenti.
- Fornire loro un ambiente sicuro e protetto.
- Supportarle nel far loro prendere coscienza di come produrre cambiamenti positivi nelle loro vite.
- Aumentare la loro autonomia e il senso di responsabilità.

Per ciò che concerne la relazione madre-bambino, le CT hanno come obiettivo l'aumento del senso di responsabilità, di stabilità, di sicurezza e di fiducia.

I modelli organizzativi delle comunità oggetto della ricerca, rappresentano un'evoluzione di comunità terapeutiche per tossicodipendenti, che negli anni hanno sentito sempre più forte l'esigenza di creare un servizio ad hoc per donne con figli. In un caso particolare la comunità è invece l'evoluzione di una comunità alloggio per bambini sieropositivi abbandonati in ospedale.

Di fatto, lavorare con mamme che hanno avuto (o hanno ancora) esperienze problematiche di dipendenza da sostanze, presenta aspetti di complessità e difficoltà non facilmente sormontabili. I bisogni sono infatti dettati dalle esigenze della madre di riconoscere e recuperare se stessa e la sua emotività, conciliandoli con quelli del bambino. La presenza contemporanea di madre e figlio comporta quindi una ridefinizione dei ruoli e delle modalità di lavoro sia dell'équipe più prettamente terapeutica che di quella educativa. Il problema più grande è rappresentato dal fatto che «(...) le madri stesse sono ancora bambine da educare e coccolare (...)» (operatore Comunità San Mauro di Torino) i cui bisogni non accolti sono simili a quelli che stanno sperimentando i loro figli e che proprio per questa sovrapposizione temporale non riescono sempre ad essere visti ed accolti.

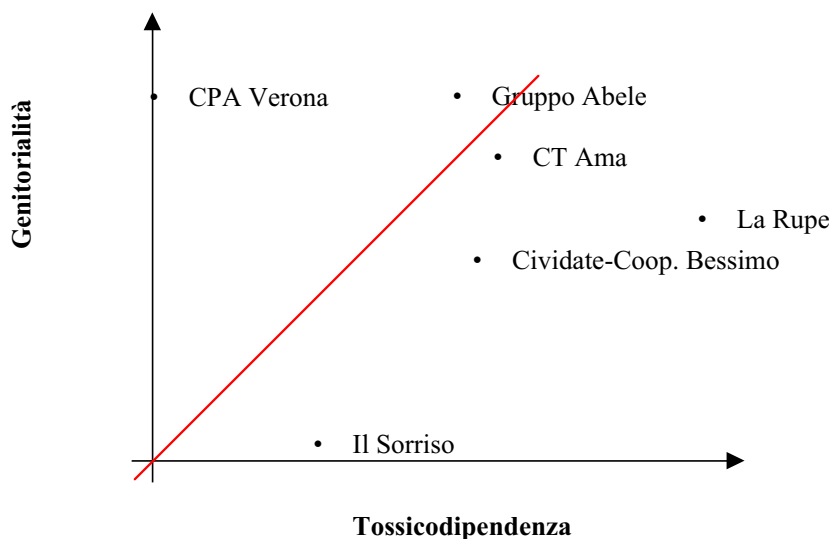
Per far fronte a questi doppi bisogni, le CT si avvalgono di modelli organizzativi piuttosto complessi, sia per la tipologia di servizio proposto sia per la sua erogazione. Le CT infatti hanno come finalità la cura e la riabilitazione della donna tossicodipendente e contemporaneamente offrirle un sostegno nella gestione dei figli. Ipotizzando che questa finalità sia raggiungibile con due obiettivi, il trattamento per le dipendenze e il sostegno alla genitorialità, e pensando a queste due dimensioni ortogonali fra loro, si può immaginare una rappresentazione grafica del grado di raggiungimento di ciascuno dei due obiettivi e porre le comunità oggetto dell'indagine su un piano

cartesiano, ove l'asse delle ascisse rappresenta il percorso terapeutico per la tossicodipendenza e quello delle ordinate il percorso sul sostegno della genitorialità.

Come indicatori del grado di raggiungimento dell'obiettivo: "cura della tossicodipendenza" si sono considerati la complessità e la ricchezza del programma terapeutico, anche dopo l'uscita dalla comunità, le opportunità di riflessione sulle problematiche della dipendenza, le metodologie utilizzate (individuali e/o di gruppo).

Per l'obiettivo "sostegno della genitorialità", il fatto che esistesse o meno un programma terapeutico-educativo per questo aspetto, la sua complessità, le opportunità e le modalità di miglioramento degli aspetti genitoriali e il monitoraggio dei cambiamenti.

Questa è la rappresentazione grafica risultante:



È evidente che tra il nostro campione esistono delle differenze, i cui due estremi sono rappresentati dal CPA di Verona che ha come obiettivo primario l'accoglienza della madre TD dalla gravidanza ai primi mesi dopo il parto, e dalla CT Il Sorriso che nei fatti mostra come obiettivo primario sia

il recupero della donna TD e dove il percorso della genitorialità è parallelo all'obiettivo primario. Tra questi due estremi si collocano le altre comunità.

Nel grafico è rappresentata la bisettrice, che indica l'equidistanza dai due obiettivi fra loro ortogonali. La nostra ipotesi è che vi sia una tendenza generale a dare più una attenzione alla cura della donna TD in confronto agli aspetti più genitoriali.

Un aspetto non esplicito, ma che emerge dalle organizzazioni indagate, è la *concezione della persona*: attorno a questa concezione infatti si ispira tutto il modello organizzativo. Vi sono comunità in cui emerge una considerazione passiva dell'utente, che viene visto come persona da educare secondo il modello prestabilito: la stessa successione in più fasi standardizzata, induce a minimizzare sulle differenze individuali. All'estremo opposto vi è l'idea che l'utente sia in realtà una persona diversa da tutte le altre, che deve essere sostenuta a compiere una scelta, minimizzando il numero di fasi e responsabilizzando sempre di più la donna.

Un indicatore di questo aspetto è a nostro avviso è la modalità con cui l'operatore imposta la *relazione con l'utente*: vi sono modelli che privilegiano un rapporto centrato sull'autorità, rappresentata dall'operatore e all'estremo opposto modelli che impostano il rapporto sulla fiducia reciproca. Un ulteriore indicatore è il *rapporto tra operatori e responsabili*: il gruppo operatori infatti nei modelli più centrati sulla fiducia ha la percezione di poter intervenire direttamente sulle decisioni, il gruppo si sente coeso e vi è uno scambio di comunicazioni aperto con i responsabili. Al contrario, comunità più centrate sull'autoritarismo, mettono in luce un modello dove l'operatore non si sente facente parte di un gruppo e dove la sua discrezionalità è in secondo piano rispetto a quella del responsabile della struttura².

² Nell'elaborazione di questi indicatori e del modello risultante, l'autrice ha fatto riferimento a M. Brusaglioni "La cultura delle organizzazioni", in *La psicologia organizzativa* (1990), a cura di M. Brusaglioni, E. Spaltro, Enciclopedia di Direzione e Organizzazione Aziendale, Franco Angeli.

Nell'articolo di cui sopra, si evidenziano due modelli organizzativi lungo un continuum che va dall'autoritarismo alla professionalità. Il modello autoritario è caratterizzato dal potere gestito attraverso elargizione di premi e punizioni a coloro che rispettano o non rispettano le regole, il comando è spersonalizzato e deriva da regole. Al polo opposto, è situato il modello professionale, che è invece caratterizzato dalla gestione del potere attraverso la competenza e la responsabilità stessa del poter fare una cosa è sentita come elemento gratificante; il controllo è solo relativo al raggiungimento dei risultati e

Sul lato della gestione delle dinamiche di potere con l'utente e con gli operatori, il Sorriso e la Rupe sono CT centrate più su modelli che si basano sull'autoritarismo, mentre risultano modelli centrati sulla fiducia la CT Ama e quella gestita dal Gruppo Abele.

I modelli appaiono poi situati su un continuum rigidità-flessibilità. Gli indicatori di questa variabile sono rappresentati da:

- la strutturazione in fasi (quanto più essa è stabilita a priori quanto più si è rigidi) o in alternativa il suo opposto, ossia l'individualizzazione dei percorsi terapeutici;
- il livello di responsabilizzazione delle utenti (direttamente proporzionale al livello di flessibilità);
- il rispetto delle regole e le procedure di sanzionamento per la loro infrazione (quante più regole esistono e quanto più gravi sono i sanzionamenti quanto più una CT è rigida);
- i contatti con l'esterno, quali genitori e partner (quanto più essi sono stimolati e incoraggiati tanto più si è flessibili).

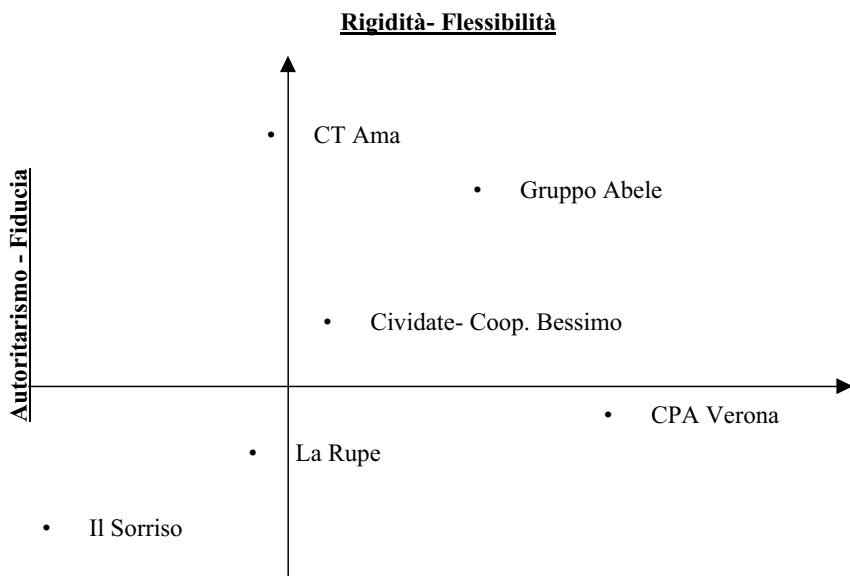
Anche in questo caso è possibile una rappresentazione grafica, collocando sull'asse delle ascisse il continuum rigidità-flessibilità e sulle ordinate la relazione con l'utente.

Considerando questi come fattori determinanti la rigidità o la flessibilità si configurano quindi quali comunità rigide La Rupe e il Sorriso, comunità a livelli intermedi di flessibilità e rigidità la comunità della Coop. Ama e quella della Coop. Bessimo, come comunità flessibili il Gruppo Abele e il CPA di Verona.

L'importanza delle regole e del loro rispetto è sicuramente dettata dalla convivenza; a questo proposito, tuttavia, vi è una notevole variazione sul tema: da un lato esse sono molteplici e vengono tutte scritte e controfirmate dalle donne appena entrano in comunità, dall'altro riguardano solo gli aspetti della convivenza e si punta «(...) sul ragionamento del perché si deve fare una data cosa (...)».

pertanto vengono valorizzate caratteristiche quali iniziativa, creatività, capacità di impegno per il raggiungimento degli obiettivi.

Si precisa che il termine "fiducia" è stato più volte sottolineato dagli intervistati, pertanto si è deciso di utilizzarlo. Da un punto di vista teorico il continuum su cui si sviluppa il modello sarebbe meglio rappresentato dai termini: autoritarismo-autorevolezza.



Un aspetto critico è quello relativo all'*analisi dei bisogni*: prassi comune è quella di basare l'analisi sulla relazione clinica redatta dal SerT inviante e sul il primo colloquio. Gli operatori ritengono che difficilmente la persona sia in grado di definire i propri bisogni, anche perché sovente arriva alla comunità per decreto e non per libera scelta. Sicuramente questo approccio risente dell'idea di utente: se il modello si avvicina a un'idea di utente come persona che compie una scelta, i primi colloqui vengono condotti dall'operatore di accoglienza, e si cerca di capire insieme ai servizi quali siano i bisogni prioritari dell'utente e quale progetto costruire per lei. Poi il lavoro viene portato avanti con l'operatore di riferimento attraverso diversi colloqui, con strategie varie. L'analisi dei bisogni viene fatta in itinere e quotidianamente dagli operatori. Diversamente, nel caso in cui vi sia una visione dell'utente come persona da educare i bisogni vengono in qualche misura predefiniti e il progetto viene strutturato fin dalla prima fase di accoglienza.

Un indicatore del livello di sistematicità degli interventi è proprio fornito dalla metodologia di analisi dei bisogni: nelle CT più sistematiche (la Rupe, Gruppo Abele) questa viene effettuata da un operatore in particolare, come il responsabile o l'operatore dell'accoglienza, che, con l'avallo dell'e-

sperienza e di una metodologia consolidata dalla prassi, segue un sistema di analisi. In realtà meno strutturate (Ama, il Sorriso) questa viene compiuta dall'operatore di turno.

Un aspetto che caratterizza le comunità è dato dalla *promozione alla comunicazione* sia tra operatori, che tra operatori e utenti, che tra operatori ed esterno. In tutti i casi, gli intervistati ritengono che debba essere favorita e partecipata ed essere sia orizzontale che verticale. Si è registrato solo un caso (Il Sorriso) di grande difficoltà nella comunicazione verticale. Un indicatore di questo aspetto è la modalità di comunicazione che avviene principalmente in maniera orale per la quotidianità sia tra operatori che tra operatori ed utenti: i passaggi di consegne al cambio turno dell'operatore, i colloqui individuali, le riunioni di équipe, gruppi terapeutici. Si fa ricorso alle forme scritte in casi specifici, quali il contratto che l'utente firma all'ingresso, relazioni sull'utenza, turnazione dei lavori di pulizia e cucina. Questo in maniera generale, ma una comunità specificatamente utilizza la forma scritta sia per comunicare con l'utente che viceversa in quanto la forma scritta implica una maggiore riflessione, sia da parte di scrive che di chi legge.

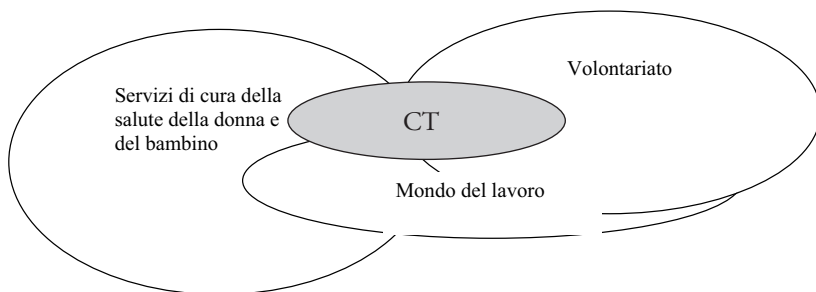
Uno strumento che per tutti sembra poter favorire gli esiti positivi è costituito dalla *famiglia di origine della madre*. In alcune comunità si lavora proprio con le famiglie delle donne, che hanno gruppi mensili o colloqui individuali in occasione della visita in comunità. Purtroppo questo ulteriore strumento non è sempre utilizzabile, ma sembra comunque essere un fattore da tenere in considerazione.

Il livello di responsabilizzazione delle utenti non varia molto per ciò che concerne le attività da svolgere in comunità, ma in alcuni casi la responsabilità è vista come un traguardo terapeutico, per cui solo chi arriva ad un certo punto del percorso è realmente responsabile di qualcosa o di una piccola attività. Quest'approccio improntato su premio e punizione se da un lato può incentivare la persona ad andare avanti nel percorso per ottenere una maggiore stima di sé, dall'altro può portare nelle altre, che ancora non sono arrivate a quel livello, sensazioni negative verso quella persona e verso la comunità stessa.

Un altro elemento interessante dei modelli è la *modalità di coinvolgimento della rete*. Rispetto a ciò, si evidenziano due modalità prevalenti: quella partecipativa i cui effetti si ripercuotono sull'erogazione del servizio stesso, e quella più normativa, dettata dalla legislazione vigente e dal coinvolgimento di determinati attori perché le norme stesse del servizio lo stabiliscono. Le

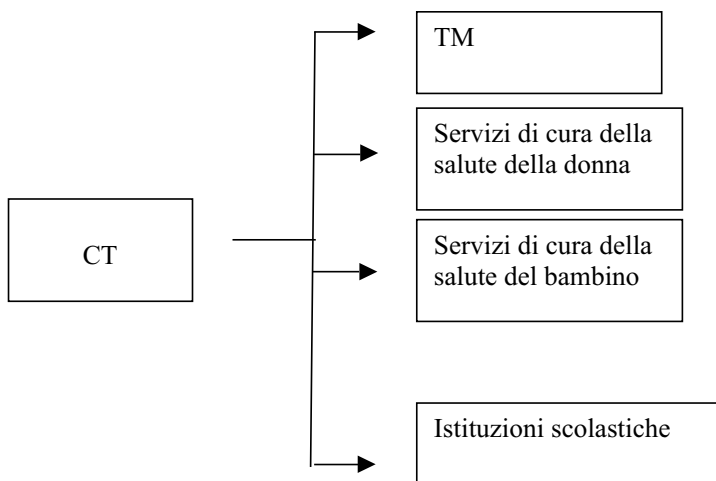
modalità di coinvolgimento finiscono per influenzare le dinamiche di networking. Infatti, quando le CT che si collocano più sul polo partecipativo, quali La Rupe e il Gruppo Abele, si ottiene un modello di rete più dinamico, di interscambio con la realtà esterna.

Modello partecipativo



Sul versante opposto si collocano invece le CT Ama e il Sorriso, dove il modello di rete è statico, dettato e normato da esigenze specifiche.

Modello Normativo



Questi quindi in sintesi le modalità di coinvolgimento della rete da parte delle strutture di accoglienza indagate. Nel capitolo seguente si riportano alcune riflessioni relative ai modelli di rete analizzati, prescindendo dal ruolo della comunità terapeutica.

4.7.2. *I modelli di rete*

La rete è un sistema o un disegno strutturato di connessioni che hanno significati particolari. *Il lavoro di rete è una forma mentis³ più che un insieme di teorie e di pratiche nuove*; per questo i modello di rete devono essere letti più come un processo più che come una somma di servizi.

Il sistema della cura e trattamento della dipendenza di donne con figli comprende vari attori che intervengono con modalità e livelli di presa in carico diversi. Innanzi tutto ci pare che in realtà non si tratti di un vero sistema integrato, sebbene in genere le CT siano il punto centrale di tale sistema (cfr. paragrafo precedente).

Il sistema risultante è quindi un modello basato sulla funzionalità: ogni nodo della rete contribuisce a un “pezzetto” della presa in carico in base a vincoli normativi e discrezionali.

Un vantaggio di tale sistema è sicuramente dato dalla indipendenza di ogni nodo di rete, che pertanto è modificabile e sostituibile, senza arrecare troppi scompensi all’intero sistema. Ogni nodo affina le sue competenze specialistiche, ma talvolta vi possono essere delle sovrapposizioni che creano confusione sia nell’utente che nell’intero sistema. Anche il continuo invio da una parte all’altra genera, soprattutto nelle utenti, ansie persecutorie, che fanno loro vivere alcuni attori come “buoni” (in genere quelli che si prendono cura di loro, quali SerT, CT etc.) e altri come “cattivi” (in primis il TM, che viene visto come quello che toglie loro il bambino).

Un’altra considerazione cui si è giunti è la divisione per funzioni dell’intero sistema, che genera a sua volta dei micro sistemi; in particolare vi sono quelli deputati alla cura della salute della donna, quali SerT, Consultori, Ospedali (reparti di ginecologia e ostetricia, reparti di malattie infettive), che in qualche misura sono tra loro correlati e il raccordo avviene in maniera

³ Folgheraiter F., Donati P.P. 1991, *Politiche Sociali*, on line.

sistematica. Un esempio chiaro di ciò è dato dal sistema di rete che abbiamo rilevato a Verona.

Meno strutturata e sistematizzata appare invece la rete per la cura del bambino, dove l'elemento cardine risulta essere il Tribunale dei Minori per la sua competenza legislativa sul minore, ma che comunque non si relaziona in maniera continuativa neanche con la CT, per quanto abbia in affidamento il minore, se non attraverso verifiche effettuate con relazioni periodiche. L'intervista con il giudice del TM di Torino ben chiarifica la situazione: «Non si conoscono fisicamente le strutture (...) Noi conosciamo gli operatori della comunità perché vengono convocati oltre alla relazione che ci fanno (...) Non ci sono protocolli con le comunità. Anche perché noi non scegliamo le comunità. È il SerT a sceglierle.»

L'interazione tra i nodi di rete quindi appare definita attraverso le procedure dettate dalle Leggi vigenti, e veicolata attraverso relazioni periodiche. Sono anche piuttosto rari i casi di "visite di routine" effettuate dagli operatori dei servizi alle CT, non tanto per una non volontà, quanto per un sovraccarico di lavoro riportato dagli operatori stessi. Crediamo che una rete, per essere efficace ed efficiente, debba essere fatta di "persone" e non tanto di rapporti scritti su un caso. Purtroppo questa sembra essere la modalità più comune.

Una digressione va fatta su altre realtà coinvolte, che restano al di fuori dei servizi e delle istituzioni pubbliche. Questa realtà è quella relativa al mondo del volontariato, che appare molto interagente con le CT e con gli altri servizi. Vi è una condivisione di obiettivi e di presa in carico, sebbene il loro ruolo sia comunque marginale rispetto a quello dei servizi pubblici. Ci pare di poter concludere che, laddove non sussistano dei regolamenti e delle norme che impongono la collaborazione tra enti, questa in realtà sia effettiva perché legittimata dal bisogno che ha creato questa collaborazione stessa.

CAPITOLO 5

DALLE CRITICITÀ DEL MODELLO ATTUALE AL MODELLO ECCELLENTE

5.1. Punti di forza e punti critici del servizio di accoglienza per donne tossicodipendenti con figli

La ricerca condotta ci permette di definire degli elementi che caratterizzano questo tipo di servizio e la cui esistenza permette la costruzione di un modello di adeguatezza. L'elemento chiave che accomuna i modelli delle comunità terapeutiche è il fornire un servizio specifico per la cura e riabilitazione della donna tossicodipendente tale da:

- essere basato sul confronto tra utenti e utenti e operatori
- utilizzare i colloqui e i gruppi terapeutici per affrontare le tematiche relative alla dipendenza e al maternage
 - promuovere il potenziale e l'autonomia delle donne
 - implementare le capacità sociali
 - includere l'analisi dei bisogni della persona nella sua interezza, soddisfare più bisogni, compiere il monitoraggio e verifiche in itinere
 - fornire un aiuto concreto e un supporto alla maternità

In generale, le strutture facenti parte del nostro campione rispondono in maniera piuttosto adeguata ai bisogni dell'utenza, creando un ambiente sicuro, protetto e confortevole, sia dal punto di vista fisico che psicologico, dove le donne possono confrontarsi tra loro sia per quanto riguarda problemi di tossicodipendenza che quelli relativi alla cura e gestione dei figli.

Il fatto che la maggior parte del personale sia costituito da donne, da un lato, facilita il confronto con gli operatori, che possono diventare un modello cui aspirare, ma dall'altro è sentito come un limite, sia dalle donne, sia dai bambini, sia dagli operatori stessi. Le prime infatti risentono di esperienze negative pregresse con figure affettive maschili (padri spesso assenti o violenti, partner problematici) per cui sarebbe importante permettere loro il

confronto con una figura maschile positiva. Per i bambini, che risentono della mancanza del padre, vi è un investimento affettivo, spesso eccessivo, nelle rare figure maschili che “deambulano” nella comunità. Per le operatrici stesse, infine, «è importante avere una figura maschile, come elemento di rassicurazione: per queste donne è fondamentale potersi confrontare in modo più sano con la figura maschile e un uomo può stemperare la tensione di un gruppo di operatrici donne» .

La localizzazione fisica delle strutture appare un punto di forza: le CT sono generalmente situate in zone piuttosto lontane dai centri abitati, pur essendo sovente raggiungibili da mezzi pubblici. Questa ubicazione appare essere funzionale agli scopi terapeutici, permettendo alle donne in trattamento di poter rimanere adeguatamente distanti da stimoli che potrebbero inficiare il loro percorso, ma al tempo stesso, soprattutto per coloro che sono nella fase di reinserimento, poter raggiungere il lavoro in maniera autonoma.

Un altro punto di forza è la socializzazione dei bambini interna alla vita comunitaria. Essi si sentono pienamente inseriti sia all'interno delle strutture, sia dal punto di vista fisico che relazionale, tanto da considerare le comunità come “case” e gli operatori come una sorta di “zii”. La vita esterna alla comunità è rappresentata per lo più dalla vita scolastica e questo ci sembra un punto deficitario delle CT, tant'è che le stesse madri sostengono che i bambini stiano “troppo” in comunità e che siano anch'essi soggetti a orari piuttosto rigidi, dettati dalla convivenza. Si ritiene pertanto che l'aspetto relativo alla gestione dei bambini debba essere implementato, in funzione di una maggior offerta di opportunità, di concerto con la comunità locale e con associazioni di volontariato, come ad esempio il caso della Rupe.

L'approccio delle cure e del sostegno alla persona, seppur tarato sui bisogni della maternità, necessita di un maggior ancoraggio sul ruolo della donna, mediando da un approccio più “donna centrico”. Le strutture risentono ancora molto di una visione “tradizionale” della cura e riabilitazione della tossicodipendenza, improntata su caratteristiche maschili, e le comunità non sempre rispondono in maniera adeguata a bisogni legati all'identità di genere, alcuni più “leggeri”, come la cura del corpo e la possibilità di truccarsi, ma altri più profondi, come l'essere oggetto di abusi. In particolare le strutture più rigide e normative sono quelle meno attente ai bisogni più femminili.

Un ulteriore punto critico dei modelli indagati appare l'ingresso delle donne alle comunità. Esso avviene generalmente su invio da servizi per le tossicodipendenze, su sollecitazione del Tribunale dei Minori e/o dai Servizi Sociali. La stessa relazione del SerT è fondamentale per la presa in carico della persona.

Il fatto di avere un figlio è sovente il principale motivo che spinge una donna consumatrice di sostanze ad intraprendere un percorso terapeutico: in molti casi è attraverso la maternità che si riesce ad intervenire sulla cura della dipendenza. Per questi motivi si ritiene auspicabile una maggior diffusione della conoscenza di questa tipologia di servizio, e non solo ai servizi pubblici per le dipendenze, al fine di incrementarne l'utilizzo, anche con materiale informativo (opuscoli informativi, sito internet) creato ad hoc e rivolto sia ai servizi che agli utenti potenziali.

5.2. Bisogni dell'utenza non soddisfatti

L'analisi delle interviste alle donne e i focus group condotti con loro, ci hanno permesso di mettere in evidenza alcuni punti per i quali sarebbe utile una riflessione.

Per quanto, lo ripetiamo, le donne si ritengono piuttosto soddisfatte del modello di intervento ricevuto dalla CT ospitante, si sono rilevate delle difficoltà a porsi in maniera critica, ma costruttiva, verso la CT stessa, soprattutto nelle CT più rigide.

Emerge con forza che il sostegno maggiore per la maternità avviene dal gruppo delle donne, e il gruppo degli operatori è visto più come un riferimento, un attore *super partes* che viene coinvolto laddove il gruppo utenti non riesce da solo.

Le donne ritengono fondamentali i colloqui individuali con gli operatori rispetto ai gruppi. I gruppi terapeutici si configurano quindi come elementi essenziali per creare quel clima di gruppo che sostiene e rinforza la donna.

Uno spazio che andrebbe allargato riguarda gli aspetti più femminili, della sessualità, dell'affettività. Sarebbe importante dedicare qualche ora alla settimana insieme ad un esperto per confrontarsi circa le proprie debolezze come donne, la sfera affettiva («perché scelgo sempre dei partner con certe caratteristiche?»), le violenze subite, sia dal punto di vista fisico che psicolo-

gico. Proprio per il passato doloroso che le donne hanno avuto, sarebbe importante avere degli spazi in cui si possa parlare delle proprie esperienze traumatiche « non ci sono questi momenti e una buona percentuale di noi ha avuto traumi pesanti ma non se parla molto».

Le donne sentono in genere bisogno di dedicare tempo e spazi di pensiero al loro lato più femminile, come curare se stesse, avere cura del proprio corpo, indossare abiti diversi, truccarsi. Talvolta questo lato molto individuale e femminile rischia di soccombere dietro ad un programma normativo funzionale al percorso terapeutico che non concede molto spazio per l'elaborazione di queste dimensioni dell'identità. Il bisogno di una maggior definizione dell'identità di genere porta queste donne a sentire l'esigenza di discutere di più tra loro, senza i figli: «gli operatori ci vedono solo come mamme e a volte non prendono in considerazione che siamo donne». «Hai poco spazio per pensare un poco a te stessa, io ho lavorato molto su mio figlio, su di me ho pensato ben poco».

Le donne hanno la percezione di avere lavorato molto su di loro rispetto all'essere madri ma di avere avuto poche occasioni di pensare a sé come donne.

Le donne si confrontano spesso tra loro rispetto al tema della sessualità e dell'affettività. Desidererebbero confrontarsi e discutere sul tema delle relazioni di coppia, sul perché si sono sempre scelti compagni con caratteristiche molto simili, sui problemi che hanno incontrato e che incontrano rispetto alla sessualità. Di questo ne parlano insieme ma sentono anche la necessità di potere partecipare a gruppi con un esperto (psicologo) che possa aiutarle a capire e comprendere meglio questi aspetti.

Un altro dato emerso, e più volte sottolineato nel presente rapporto, riguarda l'importanza di includere personale di sesso maschile.

Infine, è sentita forte, in alcune CT, l'esigenza di dare più opportunità di socializzazione esterna ai bambini, coinvolgendoli in attività ludico ricreative.

5.3. L'implementazione del modello attuale soddisfacendo i bisogni formativi del personale

Il personale e le sue caratteristiche rivestono un ruolo fondamentale nella riuscita o meno dei percorsi terapeutici. Il personale è infatti un grande punto di riferimento delle donne in trattamento e sono le competenze e le

capacità del personale impiegato tra i fattori determinanti e caratterizzanti il servizio stesso: esperienza sul campo, capacità di costruzione di relazioni significative basate su un clima di fiducia reciproca, competenze di *counseling* sui problematiche relative alla dipendenza, competenze nelle capacità genitoriali.

La formazione *in service* del personale, per quanto sia una modalità condivisa e prioritaria nelle realtà indagate, dovrebbe comunque essere implementata, se non altro per alcuni aspetti specifici, trasversali a tutte le figure professionali. Gli interventi formativi necessari riguardano sia temi strettamente legati all'utenza, ma anche temi legati ai rapporti tra operatori e con la comunità, e tra la comunità e la rete dei servizi.

I bisogni formativi rispetto alla gestione delle problematiche dell'utenza differiscono molto a seconda della comunità. Un tema che comunque è trasversalmente sentito importante è che in molti avvertono lacune formative riguarda in generale la tematica della genitorialità in vari aspetti: sia come offrire un sostegno, ma anche altri aspetti quali la mediazione familiare. Questo aspetto particolare è quello che più di altri andrebbe sostenuto, vista l'importanza attribuita alle famiglie di origine e/o alla famiglia attuale, considerato che il partner, se è presente, sovente è latore di problematiche simili a quelle della madre: «bene o male abbiamo a che fare sempre con le famiglie sia quelle di origine che quelle che le donne hanno attualmente, da un punto di vista concreto dobbiamo anche decidere quando e se fare incontrare i compagni delle donne ospiti e ulteriori conoscenze in questo ambito sarebbero importanti». Rispetto a questo tema è fondamentale anche il coinvolgimento della rete che comunque è coinvolta in quest'aspetto «c'è un intreccio fra le ragazze prese in carico e le famiglie che possono essere i mariti e/o i genitori e quindi provare a capire il percorso anche delle famiglie, e questo anche attraverso la rete e le donne quando usciranno dovranno rifare i conti con queste famiglie».

Un'attenzione maggiore andrebbe posta sulla famiglia per evitare che le donne una volta uscite alla comunità non ricadano nelle medesime dinamiche familiari. «Sarebbe importate un intervento diretto sulla famiglia, anche grazie alla rete» per capire come accompagnare e sostenere le donne una volta che si reinseriscono in un contesto familiare.

L'approccio teorico che ipotizziamo essere quello cui fare riferimento è quello sistemico-relazionale. I contenuti della mediazione possono riguardare più livelli: psicologico e relazionale (rapporto tra i due genitori, di questi

con la famiglia d'origine, tra madre e figli e altri rapporti significativi contingenti); economico e legale; ogni questione che emerge come urgente o problematica durante il percorso terapeutico. Questo approccio, definito come *mediazione globale*, si distingue dalla cosiddetta *mediazione parziale* che, invece, concentra l'attenzione solo sulle modalità di gestione e relazione dei figli.

Sempre tra le tematiche suggerite dagli operatori si situa un ampliamento delle conoscenze riguardanti la psicopedagogia dell'età evolutiva e la gestione dei bambini che hanno vissuto la tossicodipendenza della madre. Alcuni operatori infatti sostengono che, seppur già affrontato, in realtà questo tema non è mai stato sviluppato in modo sistematico, le «nostre competenze le abbiamo acquisite o perché siamo genitori o per gli studi effettuati prima di lavorare in comunità, ma qui poi non si è mai approfondito questo aspetto che è importante».

Anche gli aspetti psichiatrici (doppia diagnosi, disturbi alimentari, alcolismo) e la gestione delle crisi della donna con problemi di dipendenza sono elementi che andrebbero approfonditi, seppur questa esigenza è più sentita dagli operatori che si occupano del rapporto madre-bambino.

Un altro aspetto concerne le modalità di costruzione e gestione di interventi in rete, tipo case management. Le reti utilizzate delle varie strutture sono infatti elementi fondanti i modelli organizzativi, ma le potenzialità delle reti dovrebbero essere oggetto di una maggiore partecipazione degli operatori. Questo aspetto è però più di sistema complessivo che della singola comunità. Rimandiamo quindi al paragrafo seguente per un approfondimento di questa tematica.

Trasversalmente a queste tematiche che fanno parte della quotidianità del lavoro e delle competenze spendibili con il rapporto con l'utenza, vi sono altri aspetti di tipo più organizzativo sui quali è piuttosto forte l'esigenza di un momento formativo *ad hoc*.

Questi momenti riguardano, lo scambio di esperienze con altre comunità, e altri servizi che si occupano di tossicodipendenza e genitorialità.

Parallelamente a questo andrebbero maggiormente condivise e ampliate le modalità comunicative, sia orizzontali che verticali, che verso l'esterno, fornendo agli operatori degli strumenti comunicativi specifici. Gli operatori, infatti, risentono di vivere due grosse problematiche che si traducono o in una delega completa da parte degli altri servizi, o al contrario, una presenza molto forte del servizio esterno, vissuta come invasiva. Migliorare

quindi gli aspetti comunicativi, con momenti di confronto comune, potrebbe essere una soluzione possibile a questa difficoltà.

La comunicazione orizzontale, fondamentale per il lavoro in comunità, andrebbe ulteriormente supportata da conoscenze e competenze relative alle dinamiche di gruppo per ottimizzare le équipe di lavoro.

Per una CT in particolare, il Sorriso, che sta vivendo un momento di crisi e di cambiamento a causa della disgregazione dell'èquipe che ha visto la dimissione di tre operatori, riteniamo auspicabile uno spazio appropriato di confronto interno. Non sono previsti infatti momenti formali di supervisione, se non per i casi, dove ci si confronta come gruppo di lavoro: «se non c'è un momento formalizzato per dedicarsi ad analizzare le dinamiche di gruppo, poi può succedere che se esistono dei conflitti, questi possono venire agiti senza essere verbalizzati e questo è pericoloso perché ci sono tanti non detti. Per questi motivi sarebbe importantissimo potere avere delle supervisioni sulle dinamiche di gruppo». Il gruppo che si riunisce per la supervisione è costituito solo dagli operatori che si occupano degli adulti, mentre tutti gli operatori ritengono che sarebbe importante reintegrare nell'èquipe anche gli educatori dei bambini perché comunque fanno parte del gruppo di lavoro e questo scollamento porta il gruppo a sentirsi disgregato.

Un problema che il gruppo sente è relativo ad una comunicazione non efficace con gli altri livelli organizzativi per esempio la cooperativa e la dirigenza, il confronto non è sempre chiaro e le richieste che il gruppo pone non sempre sono accolte e comprese. La comunicazione con i vertici non sempre è facile «ci sono grossi problemi della comunità ed è importante chiarirli con i vertici, quando abbiamo provato ad esprimere queste difficoltà poi non sono mai state risolte».

5.4. L'implementazione della rete: il case management

Da quanto emerso dalle interviste alle donne e agli operatori, sembra esserci una dicotomia tra servizi “buoni” che aiutano il genitore tossicodipendente e servizi “cattivi” che valutano e controllano e poi portano via i bambini. Ci chiediamo se la realtà sia davvero questa o se non si possa pensare alle due dimensioni dell'aiuto e del controllo come a due facce di una stessa medaglia che entrano in gioco nell'interesse della relazione madre-bambino.

Dietro lo stereotipo del servizio cattivo c'è il fantasma del Tribunale dei Minori, con cui i servizi hanno un rapporto importante ma al tempo stesso non continuo e talvolta conflittuale (da ambo le parti).

La nostra ipotesi di implementazione della rete dei servizi esistenti parte dall'ottimizzazione delle risorse già esistenti, ripensandole come sostegno e promozione delle capacità genitoriali, superando un certo modo di lavorare tra servizi eccessivamente affidato alla buona volontà dei singoli operatori oppure a semplici vincoli legislativi, per approdare ad un metodo di lavoro costante, visibile dal punto di vista istituzionale e fattibile.

Lo strumento del *Case Management*, pensato negli Stati Uniti, come modalità d'intervento della *Community Care*, è in gran parte nato dalle esigenze create dalle nuove legislazioni, prima quella psichiatrica, poi quelle sanitarie generali.

Possiamo considerarlo come un modo operativo economico ed efficiente teso all'efficace raggiungimento degli obiettivi di assistenza individuale. È un intervento orientato alla Persona e pensato sulla Persona superando, così, tutte le difficoltà di un'assistenza disaggregata, antieconomica e inefficiente, che rischia di lasciare l'assistito solo con i suoi problemi.

Il *case management* è definibile come un processo integrato finalizzato ad individuare i bisogni degli individui ed a soddisfarli, nell'ambito delle risorse disponibili, partendo dal riconoscimento della loro unicità. Esso si configura come una metodologia d'intervento processuale, articolata in cinque momenti: la valutazione iniziale, la costruzione del piano assistenziale individualizzato, la messa in atto del progetto assistenziale, il monitoraggio, la chiusura del caso.

Nel corso di tale processo, la responsabilità dei servizi forniti all'utente è del *case manager*, il "responsabile del caso", il quale lo segue in tutti i suoi momenti. Tale responsabile può agire esclusivamente come "regista" che valuta, costruisce il piano e segue il caso nel tempo, oppure può essere direttamente impegnato nell'erogazione delle prestazioni. È previsto che a lui/lei venga assegnata un'ampia libertà d'azione, che si traduce in potere decisionale su quali prestazioni fornire e nel disporre di un budget da utilizzare come meglio ritiene. La decentralizzazione delle responsabilità decisionali al *case manager* e l'affidamento a lui/lei degli strumenti (economici e di autorità) necessari per metterle effettivamente in atto sono cruciali in questo modello. Ciò significa che il *case manager*, in sede di valutazione iniziale, deve esaminare effettivamente quali sono i bisogni del richiedente, senza

essere condizionato da una propria prospettiva teorica o dalle risorse disponibili. Il *case manager* deve poi saper costruire un “pacchetto di prestazioni”, offerte da attori diversi, tra loro coerenti e coordinate, il più possibile adatte ai bisogni dell’utente. È inoltre, cruciale la sua capacità di seguire il caso nel tempo, valutare come cambiano le sue condizioni e modificare quando necessario il pacchetto di prestazioni erogate. Nello svolgimento di queste diverse funzioni, è fondamentale che il *case manager* sappia costruire un dialogo costante con l’utente e la sua famiglia.

Il significato di questo approccio di rete può essere meglio delineato prendendo in considerazione due dei maggiori punti di difficoltà che gravano sul funzionamento attuale dei modelli presentati.

Il primo è la difficoltà della rete dei servizi istituzionali a differenziare oltre certi limiti la gamma delle prestazioni, nella loro continua ricerca di soddisfazione dei molteplici bisogni individuali. La caratteristica più evidente che la rete dei servizi è stata proprio quella di una notevole differenziazione, ma è evidente ora che questo processo di continuo adattamento ai bisogni da parte del sistema delle burocrazie dei servizi incontra limiti strutturali.

Il secondo problema è connesso, invece, alla difficoltà di mantenere vivo, nelle prestazioni, ciò che potremmo chiamare, in senso generico, il loro senso umano, rappresentato dalla relazione madre-bambino. Risulta difficile, in altri termini, mantenere le prestazioni professionali, nella loro corsa verso un sempre maggior grado di specializzazione tecnica o di razionalizzazione burocratica, il più vicino possibile alle pratiche umane di base, conservando ad esse ancora il carattere di significativa comunicazione interumana.

Pensiamo quindi a un modello di case management i cui obiettivi prioritari siano:

- sostenere e sviluppare le capacità genitoriali della madre con problemi di dipendenza
- proteggere il minore fin dal suo concepimento dove il coinvolgimento della madre tossicodipendente, l’ottenimento della sua partecipazione alla costruzione di migliori condizioni di crescita del figlio è ritenuto il primo obiettivo da conseguire attraverso la collaborazione tra gli operatori.

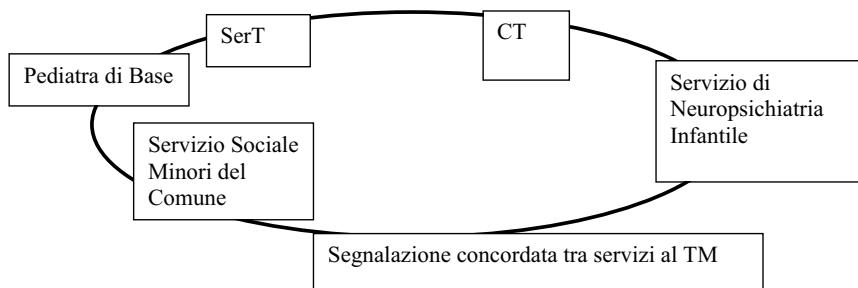
La prima fase del lavoro consiste nella valutazione completa della situazione da parte del *case manager* per terminare con l’elaborazione di un progetto per quel nucleo familiare condiviso dai vari servizi. Tale progetto deve

essere verificato preventivamente nella fattibilità, deve essere sottoposto a verifica periodica ma soprattutto deve essere accettato e condiviso dal nucleo familiare.

Il lavoro di rete si organizza attorno al caso e coinvolgerà figure professionali e servizi variabili a seconda delle problematiche contingenti.

La premessa indispensabile di un lavoro su base di case management, ma anche di qualsiasi lavoro di rete, è il continuo scambio di informazioni tra le varie figure professionali dei vari servizi e questo flusso informativo è gestito dal *case manager*.

Il modello di lavoro diventa quindi il seguente, dove a seconda del caso, ognuno degli attori dentro il flusso continuo di informazioni può essere il case manager:



Il modello sopra esposto è un modello di base. Trattandosi di un'utenza multi-problematica, non è possibile non lavorare in rete con altre agenzie che curino particolari bisogni dell'utenza. Innanzitutto è fondamentale il lavoro in rete con agenzie sanitarie per gli aspetti tossicologici, ostetrico-ginecologici, patologie droga correlate, problematiche psichiatriche, per quello che riguarda le donne, così come i pediatri e neuro-psichiatri infantili per i figli. Le agenzie scolastiche e formative per i bambini sono altrettanti nodi essenziali, così come servizi sociali per minori e adulti e lo stesso TM.

Infine, alla luce di quanto emerso relativamente ai bisogni delle donne non soddisfatte sarebbe auspicabile inserire nella rete agenzie specialistiche, quali servizi di *advocacy*, di consulenza per donne abusate, etc.

CAPITOLO 6 CONCLUSIONI

Il presente testo, oltre a essere un descrittivo delle realtà indagate, ha l'ambizione di delineare i modelli esistenti di cura delle tossicodipendenze e sostegno alle capacità genitoriali attualmente sviluppati in Italia.

Pur consapevoli dei limiti, dovuti sia alla selezione del campione, che degli strumenti indagati, ci sembra di poter sostenere che le comunità terapeutiche siano di grande supporto a donne con figli e con problemi di dipendenza.

I dati della letteratura, a sostegno del trattamento delle madri assieme ai figli, vengono confermati anche nel nostro campione, sia da un punto di vista quantitativo (alto tasso di ritenzione) che da quello qualitativo, rappresentato dal soddisfacimento da parte delle utenti.

Il problema che però non ci pare molto risolto riguarda proprio l'analisi di bisogni delle utenti, che non sempre vengono analizzati in maniera sistematica e che troppo si basano sulle relazioni degli enti invianti, le quali, a detta degli operatori delle CT, spesso non sono totalmente corrispondenti alla realtà delle cose.

Un ulteriore aspetto problematico è dato dai sistemi di monitoraggio e valutazione, troppo spesso autoreferenziali e incompleti, perché eccessivamente centrati sull'*outcome* individuale e sull'*output*.

Il personale appare un punto di forza, sia per le competenze tecniche che le grandi capacità relazionali con l'utente e con il gruppo di lavoro. Il personale e le sue caratteristiche sono determinanti nella riuscita dei percorsi terapeutici. Il personale è infatti un grande punto di riferimento delle donne in trattamento e sono le competenze e le capacità del personale impiegato tra i fattori determinanti e caratterizzanti il servizio stesso: esperienza sul campo, capacità di costruzione di relazioni significative basate su un clima di fiducia reciproca, competenze di *counselling* sui problematiche relative alla dipendenza, competenze nelle capacità genitoriali. Ma accanto a questi aspetti, per così dire tecnici, ve ne sono altri di tipo motivazionale e di dispo-

sizioni individuali, quali la predisposizione all'ascolto, la flessibilità e un'alta motivazione al lavoro di presa in carico delle persone.

Un aspetto non sufficientemente indagato dalla presente ricerca sono le modalità di selezione del personale, che si configura come elemento chiave nei modelli indagati, anche se, crediamo, nell'addestramento del personale neoassunto abbia un ruolo determinante la diffusione della cultura organizzativa, che porta le persone verso una vera e propria cultura di gruppo, di ascolto e sostegno reciproco.

Il confronto e la condivisione diventano gli elementi chiave della modalità di lavoro del gruppo degli operatori, e non è un caso che, laddove vi siano problemi organizzativi che determinano un cambiamento nel gruppo, questo si ripercuota sull'intero servizio, coinvolgendo anche le utenti.

L'importanza del gruppo è avvertito anche dalle utenti, le quali, seppur ritengano fondamentale il colloquio individuale con l'operatore per la loro crescita personale, in realtà è proprio questo clima di gruppo (creato e sostenuto dagli operatori) che le porta a costruire loro stesse un gruppo, che identificano come momento di sostegno e crescita reciproci, sia nel loro percorso di cura dalla dipendenza, che in quello di madri.

Un elemento critico che riguarda il personale, più volte sottolineato nel rapporto, è la predominante presenza di operatori donne. Il fatto che la maggior parte del personale sia costituito da donne, da un lato, facilita il confronto con gli operatori, che possono diventare un modello cui aspirare, ma dall'altro è sentito come un limite, sia dalle donne, sia dai bambini, sia dagli operatori stessi.

Un altro punto di forza è la socializzazione dei bambini interna alla vita comunitaria. Essi si sentono pienamente inseriti sia all'interno delle strutture, sia dal punto di vista pratico che relazionale. La vita esterna alla comunità è rappresentata per lo più dalla vita scolastica e questo ci sembra un punto deficitario delle CT, tant'è che le stesse madri sostengono che i bambini stiano "troppo" in comunità e che siano anch'essi soggetti a orari piuttosto rigidi, dettati dalla convivenza. Si ritiene pertanto che l'aspetto relativo alla gestione dei bambini debba essere implementato, in funzione di una maggior offerta di opportunità, di concerto con la comunità locale e con associazioni di volontariato, come ad esempio il caso della Rupe.

Le donne sentono la necessità di avere uno spazio di gruppo in cui elaborare certi vissuti riguardanti la propria affettività e la femminilità. I punti deboli delle CT fatti emergere dalle donne riguardano la poca attenzione che

si pone alle problematiche legate proprio alla femminilità e all'essere donna, anche dal punto di vista concreto, come ad esempio la cura del proprio corpo e del proprio aspetto.

L'affettività dovrebbe riguardare anche gli aspetti familiari delle donne per evitare che le donne una volta uscite alla comunità non ricadano nelle medesime dinamiche familiari.

Un aspetto formativo che andrebbe pertanto proposto è quello relativo alla mediazione familiare, secondo un approccio sistemico-relazionale. Tale approccio permette di prendere in considerazione sia le famiglie di origine delle donne, sia quelle attuali, sondando i vari aspetti, da quello più psicologico e relazionale a quello più economico e legale, in un'ottica di mediazione familiare globale.

Un suggerimento che viene direttamente dagli operatori e che ci sembra importante è quello di facilitare lo scambio di esperienze tra comunità terapeutiche per confrontarsi sugli obiettivi, le metodologie, il lavoro di rete. Quello che si propone sono veri e propri stage, dove un operatore ha la possibilità di vedere con i propri occhi come si lavora in un'altra realtà. Crediamo che questo sarebbe anche utile non solo per gli aspetti più propriamente tecnici del lavoro dell'operatore di comunità, ma anche per gli aspetti legati all'accreditamento e al sistema di rete.

Per ciò che riguarda quest'ultimo, come già sottolineato, i nodi delle reti utilizzate delle varie strutture sono infatti elementi fondanti i modelli organizzativi, ma le potenzialità delle reti dovrebbero essere oggetto di una maggiore partecipazione degli operatori. Questo aspetto di sistema meriterebbe un intervento formativo ad hoc, diretto non alle singole comunità, bensì ai sistemi di rete locale. Il nostro modello di riferimento è quello del case manager. Anche se forse è eccessivamente ambizioso, questo modello, ampiamente utilizzato nella psichiatria anglosassone, crediamo possa offrire grandi potenzialità anche in questo ambito. Quello che auspichiamo è che questa ricerca possa contribuire a facilitare incontri periodici tra operatori di servizi diversi, mediante una metodologia condivisa e aventi obiettivi comuni. Facilitare insomma la costituzione di un gruppo di lavoro dove si possano discutere le rispettive "scienze e conoscenze", sia favorito l'ascolto reciproco, un riconoscimento di competenze, identità e storie, mettendo al centro dell'attenzione non tanto il tossicodipendente, non tanto il fatto di essere un genitore "buono o cattivo", né tanto meno riferirsi solo al bambino, bensì la relazione del bambino e il genitore tossicodipendente.

Ringraziamenti

Si ringraziano in primo luogo le donne e i loro figli, ospiti delle Comunità terapeutiche e del Centro di Accoglienza, per la grande disponibilità a raccontare se stesse e un pezzo della loro vita.

Si ringraziano gli operatori, i responsabili delle Comunità Terapeutiche e tutti coloro che abbiamo incontrato durante le nostre “visite” alle Comunità per la loro generosa ospitalità e la grande collaborazione dimostrata.

Si ringrazia, infine, Maria Teresa Tagliaventi per il prezioso contributo nella costruzione degli strumenti di indagine.

APPENDICE
LEGISLAZIONE IN MATERIA
DI SISTEMI DI ACCREDITAMENTO
DELLE STRUTTURE MADRE-BAMBINO

1. Legislazione nazionale

L'obiettivo del Sistema di Autorizzazione e di Accreditemento è quello di garantire al cittadino un sistema di servizi pubblici e privati certificati con livelli minimi qualitativi uniformi di assistenza ed efficacia.

L'Autorizzazione e l'Accreditemento sono necessari per erogare prestazioni per conto del servizio socio-sanitario.

In particolare, per quanto riguarda la legislazione a cui fare riferimento quando si parla di Comunità Terapeutiche per tossicodipendenti che fanno percorsi specifici sul sostegno alla genitorialità, occorre partire innanzitutto dall'atto di intesa stato-regioni del 1999, che è il primo strumento che propone una regolazione normativa per le accoglienze madre-bambino all'interno dei trattamenti specialistici.

1.1. Provvedimento 5 agosto 1999, n.740, Schema di atto di intesa Stato Regioni recante "Determinazione dei requisiti minimi standard per l'autorizzazione al funzionamento e per l'accreditemento dei servizi privati di assistenza alle persone dipendenti da sostanze di abuso"

Il presente atto d'intesa ridefinisce i requisiti minimi per l'autorizzazione al funzionamento e introduce le regole generali per l'accreditemento dei servizi già autorizzati al funzionamento. L'accreditemento costituisce requisito preliminare per l'instaurazione di rapporti contrattuali ed economici tra gli enti, le associazioni e le aziende del S.S.N. per l'acquisto di prestazioni nei confronti delle persone tossicodipendenti. Al fine dell'accreditementi vengono definite *aree di prestazioni* acquistabili e non più *tipologie* in base al programma complessivo proposto dall'ente. Tra i criteri dell'accreditemento è presente sia per il settore pubblico che per quello privato, l'obbligatoria adozione di strumenti di valutazione condivisi, scientificamente valicati e

confrontabili, favorendo il processo di confronto e di integrazione, nonché la trasparenza e la correttezza del rapporto con gli utenti.

Art. 1 – Il privato che si occupa di tossicodipendenza coopera al raggiungimento degli obiettivi dello Stato, delle regioni e del S.S.N. nell’ottica dell’integrazione sociosanitaria ed interistituzionale dei servizi, della pari dignità e della valorizzazione delle specifiche capacità d’intervento, delle potenzialità aggiuntive e delle specificità del volontariato e dell’autoaiuto.

Art. 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 – Autorizzazione al funzionamento.

L’autorizzazione determina l’iscrizione all’apposito albo delle regioni che elenca tutti i servizi che operano sul territorio.

Requisiti soggettivi:

- possesso della personalità giuridica di ente o società con finalità commerciali in regola con le norme vigenti;
- possesso della qualifica ONLUS.

Requisiti strutturali:

Le attività che utilizzano immobili, questi devono essere in possesso dei requisiti previsti dalle leggi in materia di edilizia, urbanistica, igienico-sanitaria, ambientale, infortunistica e di prevenzione incendi. Le sedi operative devono essere ubicate in aree di insediamento abitativo o in aree rurali, comunque in zone salubri.

Le strutture devono garantire i requisiti minimi necessari per l’esercizio delle specifiche attività. In particolare le strutture residenziali e semiresidenziali con capacità ricettiva superiore a otto posti ed inferiore a trenta posti, devono garantire i seguenti requisiti minimi:

- locali e servizi igienici adeguati al numero degli ospiti;
- locali per pranzo e soggiorno commisurati al numero degli ospiti, con relativi servizi igienici;
- locali per cucina e dispensa adeguati al numero degli ospiti;
- locali e servizi per il responsabile e per gli operatori;
- locali per attività riabilitative adeguati al numero di ospiti e alle modalità di intervento previste nel progetto riabilitativo.

Le strutture residenziali devono inoltre garantire i seguenti ulteriori requisiti:

- camere da letto con non più di otto posti letto,

- lavanderia e guardaroba adeguati al numero degli ospiti;
- nel caso sia prevista la presenza di soggetti minori in trattamento, disponibilità di stanze da letto e locali ad essi riservati.

Tutti i locali dovranno essere adeguatamente arredati, favorendo anche la personalizzazione dello spazio fisico, compatibilmente con il progetto riabilitativo.

Requisiti funzionali:

Ogni ente deve presentare una descrizione chiara del programma, con un elenco delle prestazioni svolte e un regolamento del quale deve essere fornita copia ed adeguata informazione agli utenti. L'organizzazione interna deve essere svolta in conformità al programma e al regolamento e deve prevedere l'esclusione di ogni forma di coercizione fisica, psichica e morale, garantendo la volontarietà dell'accesso e della permanenza.

In ogni struttura deve essere presente un registro giornaliero degli utenti e una copertura assicurativa.

Il personale deve essere idoneo, in numero adeguato al programma svolto e comunque non inferiore a due unità. Ogni servizio deve avere un responsabile di programma con idonei titoli e requisiti professionali. Gli operatori devono essere in possesso di idonei titoli e requisiti professionali e devono essere in numero complessivo non inferiore ad uno, a tempo pieno, ogni dieci utenti. Il personale minimo previsto deve avere un rapporto di lavoro retribuito con il gestore nel rispetto dei contratti di lavoro delle rispettive qualifiche. Per tutto il personale devono essere previsti momenti di lavoro di equipe e programmi periodici di formazione e di aggiornamento.

Art. 9 e seguenti – Accreditalamento degli enti o associazioni per i servizi sociosanitari.

L'accreditalamento è riservato agli enti già autorizzati al funzionamento.

Al fine dell'accreditalamento i servizi sono raggruppati in *aree di prestazione* in base al programma complessivo, e sono:

- servizi di accoglienza;
- servizi terapeutici/riabilitativi;
- servizi di trattamento specialistici;
- servizi pedagogici/riabilitativi;
- servizi di tipo multidisciplinare integrato.

I *servizi di trattamento specialistici* sono definiti dall'accoglienza di pazienti con caratteristiche predefinite di particolari problematiche (pazienti psichiatrici, donne in gravidanza o puerperio etc) e che necessitano di trattamenti medico/psicoterapeutici, di valutazione diagnostica multidisciplinare e anche con ricorso a trattamenti farmacologici e relativo monitoraggio.

Oltre che di servizi gli enti o associazioni possono essere accreditati anche per i *programmi* (programmi di riduzione delle emergenze, di prevenzione, supporto sociale e sanitario temporaneo a persone in condizioni di grave difficoltà o disagio, autoaiuto, avviamento al lavoro etc)

I programmi di intervento devono descrivere le prestazioni erogate, le azioni devono essere specificatamente indicate descrivendo le unità di personale impiegato.

Il programma deve contemplare una fase di valutazione, la metodologia e gli strumenti devono essere scientificamente validati. Infine deve essere predisposto un progetto annuale di supervisione da attuare sotto la guida di un professionista esperto.

Un altro passaggio legislativo fondamentale è costituito dalla legge quadro nazionale sul riordino del sistema sociale.

1.2. Legge 8 novembre 2000, n. 328: “Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali”.

Nell'art.1 comma 4 è specificato che gli enti locali, le regioni e lo stato riconoscono e agevolano il ruolo degli organismi privati non lucrativi di utilità sociale (cooperative sociali, fondazioni, enti, organizzazioni di volontariato) con le quali lo stato ha stipulato patti, accordi o intese operanti nella gestione del sistema integrato di interventi e servizi sociali.

Nel comma 5 è specificato che alla gestione e all'offerta dei servizi provvedono soggetti pubblici nonché soggetti privati in una progettazione e realizzazione concertata degli interventi.

Nell'art. 6 (Funzioni dei comuni) comma 2 lettera *c*), viene definito che spetta ai comuni l'autorizzazione, l'accreditamento e la vigilanza dei servizi sociali e delle strutture residenziali e semiresidenziali a gestione pubblica o privata.

Nell'art. 8 (Funzioni delle regioni) comma 3 lettera *f*), viene definito che spetta alle regioni la definizione, sulla base dei requisiti minimi fissati dallo Stato, dei criteri per l'autorizzazione, l'accreditamento e la vigilanza delle strutture e dei servizi a gestione pubblica o privata.

Nell'art. 9 (Funzioni dello Stato) comma 1 lettera c) viene definito che spetta allo Stato fissare i requisiti minimi strutturali ed organizzativi per l'autorizzazione all'esercizio dei servizi e delle strutture residenziali.

L'art. 11 (Autorizzazione e accreditamento) Il comma 1 definisce che i servizi e le strutture residenziali e semi-residenziali a gestione pubblica o privata, sono autorizzati dai comuni. L'autorizzazione è rilasciata in conformità ai requisiti stabiliti dalla legge regionale che recepisce ed integra i requisiti minimi nazionali. Il comma 2 definisce che i requisiti minimi nazionali trovano immediata applicazione per i servizi e per le strutture di nuova istituzione, mentre per i servizi e le strutture già operanti i comuni provvedono a concedere autorizzazioni provvisorie prevedendo l'adeguamento ai requisiti regionali nazionali entro il termine stabilito da ciascuna regione ed in ogni caso non oltre i 5 anni dalla data di entrata in vigore dalla legge. Il comma 3 definisce che i comuni provvedono all'accreditamento e corrispondono ai soggetti accreditati tariffe per le prestazioni erogate.

1.3. Decreto 21 maggio 2001, n. 308 “Requisiti minimi strutturali e organizzativi per l'autorizzazione all'esercizio dei servizi e delle strutture a ciclo residenziale e semiresidenziale, a norma dell'art.11 della legge n. 328”. Decreto attuativo della L. 328

Art. 1. Viene adottato il Regolamento che fissa i requisiti minimi strutturali ed organizzativi per l'autorizzazione all'esercizio dei servizi e delle strutture.

Viene specificato che le regioni devono recepire ed integrare tali requisiti, devono individuare le condizioni in base alle quali le strutture sono da considerare di nuova istituzione e devono stabilire le modalità e i termini entro cui prevedere l'adeguamento ai requisiti per le strutture già operanti.

Art. 2. I requisiti riguardano le strutture e i servizi che sono rivolti a: minori, disabili, anziani, persone affette da AIDS, persone con problematiche psico-sociali.

Restano ferme le disposizioni adottate dalla legge n°45 in materia di strutture e servizi destinati al recupero e alla riabilitazione della tossicodipendenza.

Art. 3. Le comunità di tipo familiare e i gruppi appartamento che accolgono fino ad un massimo di sei utenti, devono possedere i requisiti strutturali previsti per gli alloggi destinati a civile abitazione. Per le comunità che

accolgono minori, gli specifici requisiti organizzativi, adeguati alle necessità educative-assistenziali dei bambini e degli adolescenti, sono stabiliti dalle regioni.

Art. 4. Fino all'entrata in vigore della disciplina regionale, i comuni rilasciano autorizzazioni all'esercizio dei servizi e delle strutture a seguito della verifica del possesso dei requisiti minimi strutturali e organizzativi del presente decreto.

Art. 5. Requisiti comuni delle strutture:

Fermo restando che le strutture devono possedere i requisiti previsti dalle norme vigenti in materia di urbanistica, edilizia, prevenzione degli incendi, igiene e sicurezza e l'applicazione dei contratti di lavoro, le strutture devono possedere i seguenti requisiti minimi:

- essere ubicati in luoghi abitati facilmente raggiungibili con l'uso di mezzi pubblici, tali da permettere la partecipazione degli utenti alla vita sociale del territorio;
- essere dotati di spazi destinati ad attività collettive e di socializzazione distinti dagli spazi destinati alle camere da letto organizzati in modo da garantire l'autonomia individuale, la fruibilità e la privacy;
- presenza di figure professionali sociali e sanitarie qualificate, in relazione alle caratteristiche ed ai bisogni dell'utenza;
- presenza di un coordinatore responsabile della struttura;
- adozione di un registro degli ospiti e predisposizione per gli stessi di un piano individualizzato di assistenza e, per i minori di un progetto educativo individuale; il piano individualizzato ed il progetto educativo individuale devono indicare in particolare: gli obiettivi da raggiungere, i contenuti e le modalità dell'intervento, il piano delle verifiche;
- organizzazione delle attività nel rispetto dei normali ritmi di vita degli ospiti;
- adozione, da parte del gestore, di una Carta dei servizi sociali comprendente la pubblicizzazione delle tariffe praticate con indicazione delle prestazioni ricomprese.

Art. 6. Requisiti comuni ai servizi:

Ferma restando l'applicazione dei contratti di lavoro il soggetto erogatore dei servizi alla persona deve garantire il rispetto delle seguenti condizioni organizzative, che costituiscono requisiti minimi:

- Presenza di figure professionali qualificate in relazione alla tipologia di servizio erogato.
- Presenza di un coordinatore responsabile del servizio.
- Adozione, da parte del soggetto erogatore, di una Carta dei servizi sociali comprendente la pubblicizzazione delle tariffe praticate con indicazione delle prestazioni ricomprese.
- Adozione di un registro degli utenti del servizio con indicazione dei piani individualizzati di assistenza.

Art. 7. Requisiti specifici delle strutture:

Per individuare i requisiti minimi delle strutture si considerano:

- Strutture a carattere comunitario.
- Strutture a prevalente accoglienza alberghiera.
- Strutture protette.
- Strutture a ciclo diurno.

Le strutture a carattere comunitario sono caratterizzate da bassa intensità assistenziale, bassa e media complessità organizzativa, destinate ad accogliere utenza con limitata autonomia personale, privata del necessario supporto familiare o per la quale la permanenza nel nucleo familiare sia temporaneamente o definitivamente contrastante con il piano individualizzato di assistenza.

Oltre ai requisiti indicati precedentemente, le strutture devono possedere:

Strutture a carattere comunitario:

Requisiti strutturali:

Capacità recettiva: da 7 a 20 posti letto compresi eventuali posti letto per emergenze; per le strutture per minori massimo 10 posti letto più eventuali 2 posti letto per emergenze;

Camere da letto: singole o doppie;

Servizi igienici: un servizio igienico attrezzato per la non autosufficienza ogni 4 ospiti; nelle strutture per minori un servizio igienico ogni 4 ospiti;

Presenza di una linea telefonica a disposizione degli ospiti.

Prestazioni: le caratteristiche strutturali, organizzative e tecnologiche devono permettere l'erogabilità delle seguenti prestazioni:

Somministrazione di pasti;

Assistenza agli ospiti nell'espletamento delle normali attività e funzioni quotidiane;

Attività aggregative e ricreativo culturali;

Eventuali prestazioni sanitarie in relazione alle specifiche esigenze dell'utenza ospitata, assimilabili alle forme di assistenza rese a domicilio.

Art. 8. Ferma restando l'applicazione dei requisiti minimi di cui al presente decreto, fino all'adozione di ulteriori disposizioni regionali, continuano ad applicarsi le norme regionali relative ai procedimenti di autorizzazione emanati prima della legge n°328.

1.4. Riforma del Titolo V della Costituzione (autunno 2001)

Attribuisce alle regioni la potestà legislativa in materia socio-assistenziale.

I governi regionali potranno e dovranno valutare se e quando costruire il proprio sistema sociale facendo o non facendo riferimento alla normativa quadro nazionale della L.328/00. Si è in questo modo modificato il quadro istituzionale in cui è collocata la L.328/00, le indicazioni della legge assumono funzione di proposta politica più che di vincolo normativo.

2. Legislazione regionale

I percorsi regionali di recepimento della legge nazionale sono stati tra loro molto diversi nei tempi e negli approcci. Alcuni esempi di regioni che hanno legiferato in materia specificando i requisiti specifici per le comunità madre-bambino:

2.1. Emilia-Romagna:

La legge regionale di recepimento della L. 328/00 è la L.R.12 marzo 2003, n.2 "Norme per la promozione della cittadinanza sociale e per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali", che in materia di autorizzazione e accreditamento fa riferimento alla L.R. 12 ottobre 98, n.34 "Norme in materia di autorizzazione ed accreditamento delle strutture pubbliche e private che svolgono attività socio-sanitaria e socio-assistenziale" con i successivi provvedimenti attuativi.

La Delibera di Giunta n.327, 23 febbraio 04, aggiorna in applicazione della L.R. 34/98 in materia di autorizzazione e accreditamento alla luce dell'evoluzione del quadro normativo nazionale:

- Requisiti generali e specifici per *l'autorizzazione* al funzionamento delle strutture per persone dipendenti da sostanze d'abuso con figli minori (o donne in gravidanza).

Requisiti strutturali:

Può ospitare da 10 a 25 utenti compresi i minori. Tale attività specialistica può essere collocata all'interno di una comunità terapeutico-riabilitativa residenziale fermo restando i requisiti specifici di seguito delineati.

Oltre ai requisiti strutturali, organizzativi e di personale della comunità terapeutico-riabilitativa per tossicodipendenti, devono essere presenti: camere con un max di 4 posti letto compresi quelli per i minori, arredi e attrezzature idonee all'accudimento del minore, locale dedicato alle attività ludiche ed educative dei minori.

Requisiti organizzativi:

Deve essere prevista la presenza di un operatore con funzioni di accudimento e accompagnamento del minore.

Un operatore educatore professionale o pedagogista o psicologo con funzioni di supporto alla acquisizione, elaborazione e consolidamento delle competenze genitoriali nella relazione quotidiana tra genitori e figli.

Personale con qualifica di psicologo, psicoterapeuta o neuropsichiatra per almeno quattro ore settimanali per interventi mirati alla costruzione dell'identità e delle competenze genitoriali.

- Requisiti generali per *l'accreditamento* delle strutture residenziali per persone dipendenti da sostanze d'abuso con figli minori (o donne in gravidanza).

Deve essere svolto un programma di superamento della tossicodipendenza unitamente ad interventi volti all'apprendimento e consolidamento del ruolo genitoriale.

Sono accolti i figli minori che, di norma, hanno un'età compresa da 0 a 6.

Devono essere previsti protocolli/procedure di interfaccia con i servizi territoriali sanitari e sociali per l'infanzia e con le autorità giudiziarie.

L'accesso del genitore con 1 o più bambini avviene su invio di un Sert; l'accesso del minore è regolato dall'affidatario (genitore o servizio).

Qualora si ricorra a personale volontario per garantire la reperibilità notturna in struttura, questo deve essere in possesso di titoli di competenza, acquisiti anche in affiancamento, per il trattamento delle tossicodipendenze e l'assistenza ai minori.

Deve essere realizzato un audit clinico delle cause di interruzione che influiscono sull'efficacia della continuità dei trattamenti.

Deve essere garantita l'attività di supervisione dell'équipe.

La conformità al programma riabilitativo deve essere monitorata.

Deve essere individuato un operatore con funzioni di care manager.

I protocolli di interfaccia con i servizi devono prevedere i criteri di eleggibilità al trattamento in residenza e le modalità di invio e passaggio in cura e le modalità di valutazione dei risultati.

Deve essere predisposta una procedura per l'accoglienza e la presa in cura delle persone con figli minori (o donne in gravidanza) che definisca:

- modalità di ammissione
- modalità di trattamento (comprensiva delle collaborazioni necessarie per la presenza dei minori o la condizione di gravidanza)
- modalità di gestione del trattamento integrato (genitorialità-tossicodipendenza)
 - modalità di monitoraggio del trattamento
 - criteri di dimissione/trasferimento in cura

Deve essere prevista valutazione sistematica della adeguatezza delle capacità genitoriali.

2.2 Lombardia:

La regione Lombardia con la delibera regionale D.g.r 7 aprile 2003, n.7/12621, recepisce gli standard per l'autorizzazione al funzionamento in coerenza con la normativa nazionale e stabilisce i requisiti per l'accreditamento per le seguenti tipologie di servizio:

- servizio accoglienza;
- servizio terapeutico-riabilitativo;
- servizio di trattamento specialistico;
- servizio pedagogico-riabilitativo;
- Ser.T. multidisciplinare e integrato.

– I requisiti standard per l'*autorizzazione* al funzionamento si distinguono in organizzativi e strutturali e fanno riferimento alla normativa regionale ex d.g.r. 12 marzo 1999, n.41878. L'autorizzazione viene riconosciuta per il programma svolto nelle singole unità operative/moduli (l.r.31/97). Sono requisiti generali che non hanno delle specificità in relazione alla tipologia di servizio, non ci sono quindi requisiti specifici per l'autorizzazione al funzionamento delle comunità residenziali che ospitano anche i figli.

- I criteri di *accreditamento* sono specifici e si articolano per tipologie di servizio. Sono requisiti organizzativi e requisiti di qualità (indicatori di struttura, indicatori di processo e di risultato, di attività, rilevazione della soddisfazione dell'utente).

Le strutture residenziali che ospitano anche i bambini fanno parte dei cosiddetti *Servizi di Trattamento Specialistico* che sono definiti dalla possibilità di erogare prestazioni specifiche per l'accoglienza di soggetti con particolari problematiche (genitorialità, doppia diagnosi e per alcol e polidipendenza).

Servizi di Trattamento Specialistico per coppie, soggetti con figli e nuclei familiari: accoglie soggetti tossicodipendenti per i quali è prevista la convivenza comunitaria con i propri figli e/o partner allo scopo di salvaguardare i diritti degli stessi e di aiutarli nella ricostruzione delle relazioni affettive ed educative.

I Requisiti per l'accreditamento di tali strutture specialistiche sono:

Vengono individuate le seguenti aree di prestazioni da assicurare agli ospiti:

- primo contatto in cui viene verificato con il soggetto le caratteristiche della richiesta d'aiuto da lui espressa e si illustrano le offerte del servizio e l'iter procedurale;

- valutazione diagnostica multidisciplinare, sia dell'individuo che della coppia, che permette di formulare un programma terapeutico personalizzato che affronti il recupero della salute fisica, psichica e sociale;

- in presenza di figli inseriti presso altra struttura o famiglia, la comunità si occupa di costruire un progetto per la graduale ricostruzione della relazione affettiva ed educativa, tutelando sia il minore sia i genitori da esperienze negative ed eccessivamente dolorose, compreso il sostegno ai soggetti nel rapporto con altre figure professionali che entrano in contatto con il figlio;

- supporto e accompagnamento del soggetto, della coppia e del nucleo familiare sul piano delle relazioni affettive ed educative in relazione ai bisogni espressi.

Il personale deve essere articolato come segue:

- responsabile di programma;
- personale qualificato, compreso personale con competenza nell'area minorile e psicologo per un tempo complessivo di 324 minuti settimanali per ospite;

- personale di supporto per un tempo complessivo di 288 minuti settimanali per ospite;
- la competenza medica ed infermieristica deve essere garantita o autonomamente o dai Sert, tenuto conto di un tempo mediamente stimato per l'assistenza non inferiore ai 24 minuti per soggetto.

Le strutture possono ospitare un numero massimo di 20 soggetti complessivamente e devono avere un carattere esclusivamente residenziale.

Il funzionamento è permanente nell'arco delle 24 ore, per 365 giorni.

In particolare la presenza all'interno del servizio di minori figli degli ospiti in comunità, spesso segnalati in precedenza al Tribunale per i minorenni, e quindi in presenza di un decreto che vincola i genitori a proseguire ed ultimare il percorso comunitario, determina che:

- la comunità collabori con il Sert di provenienza attraverso relazioni di aggiornamento ed incontri periodici;
- la comunità collabori anche con i servizi sociali che si occupano della tutela dei minori inseriti.

Quello dei figli dei tossicodipendenti è un problema enorme e drammatico, sono bambini contesi fra servizi, famiglie, famiglie allargate, rispetto a cui è necessario pianificare interventi proteggendo la genitorialità di chi è in grado di scommettere su se stesso e di cambiare e però anche tutelando i bambini laddove questo non è possibile.

Da parte loro, i Tribunali dei Minorenni emettono sempre più spesso decreti che prescrivono il collocamento del bambino in luogo protetto, quando è possibile, con la madre in modo tale che la persona abbia la possibilità di affrontare le sue complesse problematiche personali e allo stesso tempo che possa confrontarsi ed essere supportata in un percorso come genitore.

BIBLIOGRAFIA

- BASDEKIS R., KRAUSZ M. 2001, "Gender related difference in heroin addicts concerning physical emotional and sexual abuse and psychiatric comorbidity", *Quaderni di Itaca*, 9, Ed. Cedis
- BJÖRLING, B. 1997, "Intervention, prevention and treatment from a gender perspective. On the eve of a breakthrough", in: *Council of Europe (ed) Symposium on Women and Drugs - Focus on Prevention* (Bonn, 6-7 October 1995), Proceedings, Council of Europe Publishing, Strasbourg, pp. 99-106
- BLUME S.B. 1992, "Alcohol and other drug problem in women", in: *Substance Abuse, a comprehensive textbook*, Williams & Wilkins, Baltimore, USA
- BLUME, S. B. 1994 "Women and addictive disorders", in: *American Society of Addiction Medicine* 1994, 1-16
- BRUNDENELL I, 1997, "A grounded theory of protecting recovery during transition to motherhood", in: *Am J Drug Alcohol Abuse*, 23 (3), 453-466
- CHIARAMONI C. (a cura di) 2001, *Immagina*, Coop. Ama-Aquilone
- COLETTI SD et al. 1992, PAR Village: "Specialized intervention for cocaine abusing women and their children", *J Florida Med Ass*, 79 (10), 701-705
- COPELAND J., HALL W. 1992, "A comparison of women seeking drug and alcohol treatment in a specialist women's and two traditional mixed sex treatment services. Client characteristics and treatment outcome", *Drug Alcohol Dependence*, 32, 81-92r
- COPELAND J., HALL W. 1992, "A comparison of treatment drop-out of women seeking drugs and alcohol treatment in a specialist women's and two traditional mixed-sex treatment services", *British Journal of Addiction*, 87, 883-890
- DANSKY B.S. et al. 1995, "Prevalence of victimization and post traumatic stress disorder among women with substance abuse disorders: comparison telephone and in-person assessment samples". *Int J Add* 30(9). 1079-1099

- EMCDDA 2000, *Annual Report*, European Monitoring Centre on Drug & Drug Addiction, Lisbon
- FONA B. 2000, "Funzione genitoriale e tossicodipendenza: due realtà inconciliabili?", Tesi di diploma IAL, Scuola per operatori sociali, Brescia
- GLASER BG & STRAUSS AL. 1967, *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*, New York, Aldine
- GOSSOP M. et al. 1994, "Sexual Behaviour and its relationship to drug-taking among prostitutes in South London", *Addiction*, 89, 961-970
- GREEN J, BRITTEN N. 1998, "Qualitative research and evidence based medicine", *BMJ*, 316, 1230-1232
- GUGGENBÜHL L., UCHTENHAGEN A., Paris D. 2000, *Adequacy in Drug Abuse Treatment and Care in Europe (ADAT)*, Part II: Treatment and Support Needs of Drug Addicts. *Final report*, Zurich
- HENWOOD K., & PIDGEON N. 1995, "Grounded Theory and Psychological Research", *The Psychologist*, March, 115-18
- HUGHES P.H. et al. 1995, "Retaining cocaine abusing women in a therapeutic community: the effect of a child in live-in program", *Am J Pub Health* 85. 1149-1152
- MARKOFF. L. Y. CAWLEY. P. 1996, "Retaining your clients and your sanity: using relational model of multi-systems case management", *Journal of Chemical Dependency treatment. Chemical Dependency. Women at risk* (vol. 6) 1-2: 45-65
- MARSH P., FISHER M. 1992, *Good intentions; developing partnership in social services*, York, J. Rowntree Foundation, UK
- MULLAHY CM. 1998, *Essential Readings in Case Management*, Gaithersburg, MD, (USA), Aspen Publishers Inc.
- MURPHY E. 1991, *Community Care For People With Mental Illness*, in: *After Asylum*, London Boston Faber & Faber limited
- MURPHY E. DINGWALL R. GREATBATCH D. et al 1998, *Qualitative research methods in health technology assessment: a review of literature*. Aton: Core Research
- NELSON-ZLUPKO et al. 1996, "Women in recovery: their perception of treatment effectiveness", *J Abuse Treatment*, 13, 51-59
- NIDA 1994, *Women and drug abuse*, National Institute on Drug Abuse NIH publication, N° 94-3.732 .
- NIDA 1999, *Treatment Methods for Women*, in NIDA INFOFACTS, National Institute on Drug Abuse, May 1999
- PANDIT N. R. 1997, "The Creation of Theory: A Recent Application of the

- Grounded Theory Method”, *The Qualitative Report*, Vol.2, Num. 4, December
- POMINI V. NIKOLAU A. 2001, “Women drug users”, in: *Client’s need in the drug field*, Quaderno di Itaca, Ed. Cedis
- POMPIDOU GROUP COUNCIL OF EUROPE 2000, *Problem drug use by women. Focus on community-based intervention*, Strasbourg
- POWER R. 1995, *Women and drug user lifestyles*. Report from the conference: *Women and substance misuse*, Brighton: 19-20.1
- REED BG 1985, “Drug misuse and dependency in women: the meaning and implication of being considered a special population or minority group”, *Int J Addiction*: 20 (1), 13-62
- RICOLFI L, 1997, *La ricerca qualitativa*, Roma, NIS
- ROSS HE., CORBETT R., DEVINE D. 1998, “Sex difference in the prevalence of psychiatric disorders in patient with alcohol and drug problems”, *B J Addiction*, 83, 1179-1192
- SACKETT D., RICHARDSON WS et al. 1997, *Evidence based medicine: how to practise and teach EBM*, London, Churchill Livingstone
- SAMHSA 1997, “Substance Abuse Treatment and Domestic Violence”, *Substance Abuse & Mental Health Service Agency*, Washington DC
- SOMMANTICO M. 1999, “Grounded theory”, in: Arcidiacono C., *Napoli, diagnosi di una città*, Napoli, Magma Edizioni
- STEVENS S.J., ARBITER N. 1995, “A therapeutic community for substance abusing pregnant women with children: process and outcome”, *J Psychoactive Drugs*, 27, 49-56
- STOCCO P et al. 2000, *Women drug abuse in Europe: gender identity*, IRE-FREA.
- U?GRIS I, HUNT J. 1979, *La valutazione nella prima infanzia – Scale ordinali nello sviluppo psicologico*, Firenze, La Nuova Italia Edizioni
- WOODWARD A. et al. 1997, “The Drug Abuse Treatment Gap: recent estimates”, *Health Care Financing Review*, 18 (3) 15
- AMMANITI M. 1993, *Gravidanza e percezione del Sé*, in: Malagoli Togliatti, Mazzoni, pp. 53-61
- AMMANITI M. 1995, *Le categorie delle rappresentazioni in gravidanza*, in: Ammaniti, pp. 33-42
- ANDREOLI V. 1991, “Famiglia con genitori tossicodipendenti”, in: *Il bambino incompiuto*, 2, 1991, pp. 151-161
- ATTI DELLA TERZA CONFERENZA NAZIONALE sui problemi connessi con la dif-

- fusione delle sostanze stupefacenti e psicotrope, Genova, 28-29 novembre 2000
- ATTI DEL CONVEGNO *Droga, Madre e Bambino*, Torino 2000
- ATTI DEL SEMINARIO *L'abbraccio possibile. Tossicodipendenza, minori e genitorialità*, Cooperativa di Solidarietà "Ama Aquilone", Ascoli Piceno 1999
- ATTI DEL SEMINARIO *Una famiglia di famiglie, la presa in carico di adulti e bambini nelle comunità di Bessimo*, Brescia 2003
- BIANCON P., MACULA G. 1997, "Villa Emma, un servizio di supporto alla relazione madre-bambino nel campo della tossicodipendenza", in: *La rivista del servizio sociale*, 3, pp. 93-100
- BONELLO F., BERTUOLA C. 1996, "I figli dell'oblio: progetto per l'assistenza residenziale delle madri tossicodipendenti", in: *La rivista del servizio sociale*, 1, pp. 51-62
- BONELLO F., PIGATTO A. 1999, "Valutazione delle capacità genitoriali e inversione dei ruoli nei contesti tossicomani", in: *Minori e giustizia*, 1, pp. 38-52
- BORTOLOTTI G. 1999, "Il bambino nell'ambito di una struttura residenziale" (Atti del Seminario), Ascoli Piceno
- GARAVINI C.M., BORTOLOTTI G. 2003, "Bambino e madre in comunità", in: *Prospettive Sociali e Sanitarie*, 3, pp.18-20
- BOTTICCHIO E. 1998, "Madri tossicodipendenti inserite in comunità con i propri figli. Riflessioni sull'esperienza di presa in carico", in: *Itaca*, 6, pp. 58-69
- BRICCA P. 2000, "Maternità e tossicodipendenza: analisi di una casistica", in: *Itaca*, 12, pp. 88-95
- CANCRINI L. 1998: "I figli di donne tossicodipendenti. Nodi relazionali, reazioni e risposte", in: *Itaca*, 6, 1998, pp. 43-50
- CANCRINI M.G., KRULL S., MALAGOLI TOGLIATTI M., MAZZONI S., MELE F. 1996, *Genitori tossicodipendenti*, Roma
- CIRILLO S. 1996, "La tutela dei minori figli di genitori tossicodipendenti", in: Ghezzi D. Vadilonga F. (a cura di), *La tutela del minore: protezione dei bambini e funzione genitoriale*, Milano, pp. 219-233
- COLUCCI M.R. 1998, "La bambina che beveva troppo", in: Fava Vizziello G. Pigatto S. (a cura di), *I percorsi della dipendenza*, Padova, pp. 47-51
- DANIEL B. 2002, "Le cure genitoriali: il metro di giudizio degli assistenti sociali", in: *Lavoro sociale*, 2, 1, aprile, pp. 29-42
- DI CAGNO L., MASSAGLIA P., BASSANELLI R., BONDONIO L., BUTANO C.

- GANDIONE M., RANDACCIO S. 1985, "Sperimentazione di un modello di intervento con le gestanti tossicodipendenti teso a favorire la relazione madre-bambino, in: *Prospettive psicoanalitiche nel lavoro istituzionale*, 3, pp. 231-242
- EMILIANI F., MOLINARI L. 1995, "Criteri di rischio psicosociale: i minori e le loro famiglie", in D'Alessio M., Ricci Bitti P.E., Villone Bertocchi G. (a cura di), *Gli indicatori psicologici e sociali del rischio*, Napoli, pp. 57-74
- FABRIS G., PIGATTO A. 1998, "Il predestino della temerarietà. Breve saggio sui figli dei tossicomani", in: *Psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza*, 55, pp. 603-610
- FAVA VIZZIELLO G., SIMONELLI A. 1998, "Genitori tossicodipendenti e bambini figli di tossicodipendenti", in: *Personalità/Dipendenze*, IV, pp. 27-41
- FAVA VIZZIELLO G., INVERNIZZI R., ANTONIOLI M.E., MAESTRO M. 1995, "La struttura del cambiamento rappresentativo e narrativo della madre dalla gravidanza alla maternità e modalità di attaccamento", in: *Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza*, 62, 3, pp. 185-198
- GASPARINI M. 1996, "Genitori in difficoltà e strategie di aiuto alla funzione genitoriale", in: *Il bambino incompiuto*, 2, pp. 65-69
- GROSSO L., 1997, "Tossicodipendenza e genitorialità: differenze e complicazioni", in: *Minori e giustizia*, 1, pp. 74-84
- GROSSO L., CARLETTI L., GHIANI P., RAIMONDO M. 2000, *Il lavoro del Gruppo Abele con le persone tossicodipendenti e i loro figli*, Torino, Edizioni Gruppo Abele
- KRULL S. 1996, "Genitori tossicodipendenti: alcuni modelli di intervento nella realtà occidentale", in: Lai Guaita M.P. (a cura di), *Famiglia e tossicodipendenza*, Bari 6, pp. 135-146
- LO RUSSO A., QUERCINI P. 1996, "La funzione genitoriale nei tossicodipendenti", in: *Prospettive psicoanalitiche nel lavoro istituzionale*, 14, pp. 228-241
- MALAGOLI TOGLIATTI M., MAZZONI S. 1993, *Maternità e tossicodipendenza*, Milano
- MALAGOLI TOGLIATTI M., ROCCHETTA L. 1987, *Famiglie multiproblematiche*, Roma
- MASCETTI W., E. MARCUCCI, 1999, "Legame genitoriale e tossicodipendenza", in: *Itaca*, 7, pp. 79-94
- MAZZA R., MARCHIO C. 1994, "Quando a drogarsi sono mamma e papà", in: *La rivista del servizio sociale*, pp. 9-30

- NIZZOLI U., VACCARI C. (a cura di) 1999, *I tossicodipendenti e i loro figli*, Ravenna
- PAPETTI C., MAFFEZZONI C., BIGNAMINI M., CHIESA A., PICCININI F., ESPOSITO G. 1998, "Le esigenze negate dei figli dei tossicodipendenti", in: *Prospettive sociali e sanitarie*, 1, pp. 17-21
- PASSI B., MARTONI M., FABBRI S. 1999, "Quale identità per i figli dei tossicodipendenti", *Personalità/Dipendenze*, 1, pp. 15-20
- PELLAI A., BERTOLETTI S., CONTINI F., PAZARDJIKLIAN I., PAGANO A., FERRARSI G. 1998, "Tossicodipendenza, maternità e rischio socio-sanitario del neonato", in: *Prospettive sociali e sanitarie*, 7, pp. 16-20
- PISCITELLO M., QUERCINI P. 1998, "Una ricerca-intervento su genitorialità e tossicodipendenza. L'utilizzo di un'intervista semistrutturata", *Itaca*, 6, pp. 27-42
- ROSSI M. 1998, "Comunità terapeutiche: Lavori in corso. Prima parte. Le logiche dell'intervento sulle tossicodipendenze". *Itaca*, 6, pp. 74-85
- STOCCO P. 1999, "Identità di genere e tossicodipendenza", *Personalità/Dipendenze*, 1, pp. 21-25
- STOCCO P., CRISTOFALO P., BATTISTEL N., SIMONELLI A. 1996, "I genitori tossicodipendenti e i loro figli", *Bollettino sulle farmacodipendenze e alcolismo*, 3, pp. 55-61
- TANNER K., TURNEY D. 2003, "Il ruolo dell'osservazione nel valutare le cure genitoriali", *Lavoro sociale*, 3, 1, pp. 43-52
- VACCARI S., FERRANTINI D. 2004, "Genitori tossicodipendenti", in: *Prospettive Sociali e Sanitarie*, 2, pp. 18-20

INDICE

Premessa	Pag.	5
Capitolo1 Tossicodipendenza e maternità	»	7
1.1. I servizi <i>gender-oriented</i> : qualche dato dalla letteratura internazionale.	»	7
1.2. I servizi per donne con problemi di dipendenza da sostanze in Europa	»	11
1.3. Genitorialità e tossicodipendenza nella letteratura italiana	»	12
1.3.1. Le prime riflessioni negli anni Ottanta	»	12
1.3.2. Gli anni Novanta: il progressivo ampliarsi dei punti di vista	»	13
1.3.3. Dal fronte universitario, dei servizi e del Privato sociale: nuovi vertici osservativi, nuove metodologie di ricerca e nuovi specifici progetti d'intervento	»	20
1.3.4. Contributi più recenti.	»	34
1.3.5. Conclusioni	»	40
1.3.6. Tipi di intervento a sostegno della genitorialità nelle situazioni di tossicodipendenza	»	44
Cap. 2 La ricerca.	»	45
2.1. Obiettivi.	»	45
2.2. Metodi e strumenti.	»	48
Cap. 3 Le realtà indagate.	»	57
3.1. Comunità Terapeutica "Augusto Agostini" – Coop. Ama Aquilone, Ascoli Piceno	»	57
3.2. Comunità Terapeutica La Rupe Femminile – Coop. La Rupe, Bologna.	»	62

3.3. Comunità Terapeutica Specialistica di Civate Camuno – Cooperativa di Bessimo	Pag	68
3.4. Comunità Terapeutica Femminile Il Sorriso – Cooperativa Il Sorriso, Imola	»	73
3.5. Comunità San Mauro – Gruppo Abele, Torino	»	77
3.6. Centro di Prima Accoglienza “Progetto Madre Bambino”– Comunità dei Giovani, Verona	»	82
Cap. 4 I modelli attuali.	»	87
4.1. Tipologia di servizio	»	88
4.2. Analisi dei bisogni.	»	89
4.3. I servizi erogati	»	91
4.3.1. I sistemi di monitoraggio e valutazione.	»	92
4.4. Il personale	»	93
4.4.1. Tipologia	»	95
4.4.2. La formazione.	»	97
4.5. La risposta del servizio da parte degli utenti	»	99
4.5.1. Le donne	»	99
4.5.2. I bambini	»	105
4.6. La rete dei servizi	»	110
4.7. Analisi organizzativa dei modelli attuali	»	112
4.7.1. I modelli organizzativi delle CT	»	112
4.7.2. I modelli di rete	»	120
Cap. 5 Dalle criticità del modello attuale al modello eccellente	»	123
5.1. Punti di forza e punti critici del servizio di accoglienza per donne tossicodipendenti con figli	»	123
5.2. Bisogni dell’utenza non soddisfatti	»	125
5.3. L’implementazione del modello attuale soddisfacendo i bisogni formativi del personale	»	126
5.4. L’implementazione della rete: il case management.	»	129
Cap. 6 Conclusioni.	»	133
Appendice: Legislazione in materia di Sistemi di accreditamento delle strutture madre-bambino	»	137

Legislazione nazionale	Pag.	137
Legislazione regionale	»	144
Bibliografia	»	149

Finito di stampare nel mese di aprile 2005 dalla Grafica Universal
per conto della GESP - Città di Castello (PG)