ne avviene attraverso l'inserimento temporaneo nelle comunità alloggio per bimbi. Tale permanenza, che al momento è in media di otto o nove mesi per i figli di tossicodipendenti, risulta ancora eccessiva per una equilibrata evoluzione del bambino, come viene peraltro sostenuto da tempo dalla letteratura e ricerca scientifica in materia. Assunta la necessità, anche nel rispetto della normativa vigente, di considerare il minore e il suo interesse come preminente nell'azione e negli interventi sociali, sanitari e giudiziari, il convegno ha affrontato aree tematiche quali genitorialità nella situazione di tossicodipendenza, interventi di sostegno alla madre, ma anche di protezione e tutela del minore, percorsi e azioni nella rete dei servizi.

Di seguito, cercherò di evidenziare quelle che ritengo le principali tematiche. Genitorialità e tutela del minore richiamano a due principi fondamentali per i servizi contenuti nel nostro ordinamento giuridico: il diritto del minore a essere educato nell'ambito della propria famiglia e la preminenza dell'interesse del minore in tutte le decisioni di competenza delle istituzioni pubbliche e private.

Il diritto alla famiglia, ma nel contempo alla preminenza dell'interesse del minore, comporta, per le politiche del settore, la necessità di attivare interventi di sostegno alla famiglia e quindi anche alla competenza genitoriale. Tuttavia, allorché la situazione familiare sia di grave pregiudizio per lo sviluppo del bambino, è necessario attivare interventi di protezione e tutela che possono comportare l'allontanamento temporaneo o definitivo dello stesso. Per i servizi socio - sanitari, da ciò deriva la necessità dell'esercizio contestuale di due funzioni tra loro diverse e che appaiono contrastanti: il supporto, l'aiuto alla genitorialità e dall'altro la valutazione e il controllo, che possono poi portare a eventuali relative sanzioni dall'alto. Per sanzioni intendiamo l'allontanamento.

La situazione di tossicodipendenza può comportare una condizione esistenziale totalizzante, tale da escludere ogni altra motivazione, interesse, relazionalità, che non sia connessa alla sostanza, uno star male pesante che toglie possibilità e capacità di dono all'altro, in questo caso il figlio. In tale situazione, diventa difficile, se non impossibile, fare emergere, sostenere, valorizzare aspetti e risorse genitoriali. Non solo, ma il percorso stesso non è lineare, bensì soggetto ad alti e bassi, miglioramenti e ricadute che provocano i disagi che noi sappiamo.

Entro la gravità della situazione di tossicodipendenza, per il permanere del bambino nel suo ambiente, è da considerare l'incidenza degli inserimenti in comunità per bambini di figli di tossicodipendenza, che sono stati 68 su 165 bambini, quindi il 41 per cento.

Tuttavia, pur comportando una genitorialità difficile, le situazioni di tossicodipendenza sono molto diverse l'una dall'altra, così come si diceva: ci sono situazioni che escludono totalmente il rapporto con il bambino e invece situazioni che lo consentono e quindi c'è la necessità di personalizzare il percorso. Ne deriva pertanto una capacità genitoriale del tutto assente, oppure una capacità genitoriale esistente.

La necessità di diversificare i percorsi nell'ambito del convegno è stata bene illustrata dal Presidente del Tribunale dei Minori, la dottoressa DE MARCO, che ha evidenziato anche nei comportamenti che l'autorità giudiziaria ottiene, la necessità di diversificare i percorsi, per cui, nel caso in cui la madre faccia uso di sostanze illecite in gravidanza si tende ad allontanare il bambino perché esprimerebbe, in qualche modo, la volontà a non uscire dal suo percorso di vita, invece nel caso in cui alla madre sia prescritto il metadone, in qualche modo ciò esprime la volontà di uscire dal proprio percorso e in questo caso i provvedimenti del Tribunale sono diretti a mantenere la madre vicino al bambino.

Tutti gli interventi che sono stati fatti nell'ambito del convegno hanno evidenziato che la principale strategia di appoggio alla genitorialità, anche al fine di garantire un intervento adeguato alla peculiarità della situazione, è quella dell'intervento precoce, non solo ai fini strettamente sanitari ma anche e soprattutto per definire per tempo il progetto per il bambino che nascerà e per i suoi genitori, nonché per eventuali supporti da parte dei nonni o altri parenti.

Anche qui c'è sempre la difficoltà, se non si conosce a sufficienza la storia di ogni donna,

di valutare anche i nonni inadeguati, perché hanno "prodotto" una figlia tossicodipendente, oppure di valutarli troppo adeguati senza andare a capire quali sono le ragioni che hanno portato al percorso di tossicodipendenza.

A questo proposito, da anni è attivo presso l'ospedale ostetrico e ginecologico Sant'Anna di Torino un coordinamento dei servizi ospedalieri e di maternità con i SERT cittadini, per la presa in carico delle donne in gravidanza con problemi di dipendenza. L'esperienza di questi anni ha evidenziato una significativa e positiva incidenza di questi interventi anche in relazione all'attaccamento e alla futura permanenza del bambino con la mamma.

Questa particolare esperienza è stata rappresentata dai servizi dell'ospedale Sant'Anna di Torino. Va da sé che l'ospedale Sant'Anna è quello dove maggiormente si partorisce in Torino e provincia, ma naturalmente questi casi non si presentano solo all'ospedale Sant'Anna, per cui da riunioni che avevamo fatto sul territorio risultava che c'era una disparità di trattamento, non voluta evidentemente, tra le donne tossicodipendenti che in qualche modo si rivolgevano ai servizi della città di Torino e le donne che invece appartengono a un altro territorio.

Adesso la realtà italiana è diversa, ovviamente. Per darvi un dato, la provincia di Torino ha 315 Comuni, di cui l'82% ha meno di 5.000 abitanti, in pratica la Provincia di Torino corrisponde, come numero di Comuni, alla Regione Emilia Romagna, piuttosto che alla Regione Toscana, per cui abbiamo una complessità di situazioni forse maggiore rispetto ad altre parti, ad altri territori italiani. Quindi, una rete e una presa in carico fin da quando si scopre che la donna è incinta.

Una seconda strategia di intervento emersa nel convegno, dopo la presa in carico precoce, è stata quella relativa al potenziamento della quota di aiuto sociale sul territorio, sia durante la gravidanza, sia alla nascita, sia nei primi anni di vita del bambino.

A questo proposito, uno specifico intervento a cura del Comune di Torino ha illustrato la rete dei servizi sociali territoriali e domiciliari per tutti i cittadini in difficoltà, ai quali possono anche accedere le persone con problemi di tossicodipendenza o le loro famiglie: quindi accesso ai servizi primari, progetti di lavoro, autonomia abitativa, educativa territoriale, assistenza domiciliare e via dicendo.

Noi gestiamo i servizi attraverso i consorzi di Comuni. Ho sempre avuto difficoltà da parte dal mio assessore al Bilancio a coprire tutte le spese perché l'educativa territoriale, che credo sia ormai non solo consolidata ma fondamentale, da nessuna parte c'è scritto che fa parte delle competenze della Provincia, per cui io, tutti gli anni, rischiavo di non riuscire a dare tutte le risorse necessarie al territorio.

In particolare, è stata evidenziata la necessità di orientare sempre più questi servizi al sostegno della genitorialità, poiché il bambino sta bene nella misura in cui il suo genitore agisce in relazioni significative.

Tali relazioni e competenze genitoriali, spesso carenti e deboli nelle persone o famiglie in difficoltà, possono essere aiutate a crescere, a svilupparsi attraverso l'accompagnamento alle attività di cura ed atteggiamenti positivi nella quotidianità della relazione col proprio figlio.

Qualora l'aiuto sociale non fosse sufficiente, la terza strategia dovrebbe essere rappresentata dalla comunità madre - bambino o anche dalla comunità genitori - bambini, che deve essere proposta al più presto. Non so nel resto d'Italia, ma in provincia di Torino ci sono le nostre, cioè quelle della Provincia e alcune gestite dal privato sociale.

C'è una grossa difficoltà a reperire posti per donne con bambini e quindi, la legge di riforma dell'assistenza, che attribuisce la gestione dei servizi ai Comuni, dovrebbe richiedere a questi un aiuto concreto o comunque al territorio, per poter costruire o istituire queste strutture.

Con la presa in carico precoce, il progetto dovrebbe già essere attivato durante la gravidanza in modo da evitare al bambino alcuni passaggi quali la prolungata permanenza in ospedale, l'inserimento in una comunità per minori o l'affidamento familiare a terzi.

L'inserimento congiunto di madre e bambino in comunità è certamente preferibile ad altri interventi in cui vi è la separazione dal minore. Nella comunità, la madre viene osservata e impara ad occuparsi del bambino, l'assunzione della sostanza è sospesa e può essere formulato un progetto di autonomia.
Vi sono tuttavia alcuni nodi che devono indurre alla riflessione: i tempi necessari per il reperimento del posto madre e bambino, inoltre la comunità viene spesso vissuta dalle madri come un'imposizione per non perdere il figlio e perciò il percorso rischia di non essere realmente accettato. Nonostante ciò, questo inizio può servire ad avviare processi di cambiamento. Il senso di fallimento che ne deriva quando non si regge la comunità e c'è un allontanamento della donna, viene interpretato come un non voler bene al figlio. Qualora, nelle gravissime difficoltà o per la cattiva collaborazione della madre o di entrambi i genitori, non siano percorribili queste strade, l'altra strategia è quella dell'inserimento del bambino da solo in comunità o presso una famiglia affidataria.
Queste soluzioni hanno due grandi limiti: proteggono di meno il legame dei genitori con i bambini e i tempi di recupero degli adulti, qualora questo sia possibile, sono lunghi e non rispettano i tempi dei bambini, cioè un recupero di una persona tossicodipendente va intorno ai due anni e un bambino che sta lontano due anni dalla propria mamma, dai propri genitori, come è già stato ricordato, subisce sicuramente dei danni. Questa soluzione andrebbe attuata solo quando c'è una prognosi negativa, fondata sull'assenza della famiglia estesa e su una previsione di irrecuperabilità dei genitori.
Su 79 figli di genitori tossicodipendenti ospitati nelle comunità per neonati e bambini piccoli gestite dalla Provincia dall'81 al '90, abbiamo 37 minori che sono stati dichiarati adottabili e pertanto collocati in affidamento a rischio giuridico, 11 che sono stati affidati a famiglie terze, 11 ai nonni, 6, che corrisponde più o meno all'8 per cento, sono rientrati in famiglia con il supporto e l'osservazione da parte dei servizi e 14 bambini, più o meno il 18 per cento, è stato inserito insieme alle loro madri in comunità.
Dal convegno sembra essere emerso un percorso di intervento dei servizi così delineato: presa in carico e valutazione precoce delle potenzialità genitoriali e del nucleo allargato, al fine di poter definire e attivare al più presto possibile gli interventi necessari che possono configurarsi in ordine di priorità come segue: sostegno domiciliare territoriale al genitore o alla sua famiglia, inserimento in comunità mamma - bambino, inserimento transitorio eterofamiliare, affidamento familiare, comunità e, in estremo, adozione.
Questo percorso deve considerare comunque la peculiarità di ogni situazione e quindi prevedere quella necessaria flessibilità che salvaguardi sempre e comunque sia nell'interesse del minore, sia il ricongiungimento ai propri genitori.
La necessità che il minore possa vivere con i propri genitori non deve però pregiudicare il sano e corretto sviluppo psicologico e della personalità del bambino a causa dei tempi troppo lunghi. Purtroppo, come ha evidenziato il Presidente del Tribunale dei Minori di Torino, i tempi sono ancora troppo poco rispettosi delle esigenze dei bambini in quanto, relativamente allo specifico delle tossicodipendenze, le variabili sono molteplici. Sempre rispetto ai tempi, secondo la dottoressa DE MARCO, non pare esserci che una strada: occorre anticipare la raccolta di dati da fornire al Tribunale per tutte le donne tossicodipendenti che il SERT sa essere in stato di gravidanze, tenere pronta la relazione con tutti i dati per quando partorirà. Occorre pertanto fare proposte più dinamiche e più complete. Nonostante tutte queste difficoltà, occorre potenziare l'integrazione della rete, diminuire e anticipare i tempi di intervento e di valutazione percorrendo strade diverse, senza mai stancarsi di provare, ma sempre rispettosi dei diritti delle persone e in particolare dei bambini.
La realtà della provincia di Torino, rispecchia abbastanza quello che emerge dal convegno. Spesso le difficoltà ci arrivano dalla rigidità delle norme, delle procedure e quindi rivolgo un invito a dare indicazioni, perché il percorso sia personalizzato e tenga in considerazione i singoli casi.»

Chairman Dott.ssa M. Novella CORDONE:- «Adesso la dottoressa Margherita RICCIUTI del SERT di Torino ci parlerà di "Tossicodipendenza e differenza di genere nel ruolo genitoriale".»

Dott.ssa Margherita RICCIUTI:- «Per quello che riguarda la differenza di genere, vi sono delle peculiarità nella tossicodipendenza femminile che riguardano sia le risorse, sia le criticità.
Rispetto alle criticità qualcuno che mi ha preceduto ha già detto alcune cose. Noi sappiamo che la tossicodipendenza femminile si instaura solitamente in tempi più brevi e in modo anche più grave e che comporta anche un numero maggiore di rischio connesso di morte e di contagio. Poi, più avanti, vedremo dati specifici su questo.
Si tratta di pazienti solitamente meno gestibili da parte dei servizi e che accettano con maggiore difficoltà dei trattamenti strutturati.
Arrivano al servizio solitamente dopo, da un punto di vista della carriera di tossicodipendente, di quanto arriva il maschio, anche forse per una questione di carattere sociale perché comunque rivolgersi al servizio, per molti, è ancora un accettare una stigmatizzazione sociale e quindi, per la donna, c'è maggiore resistenza a farlo.
Ovviamente, per la donna, esiste in misura maggiore il rischio della prostituzione, che è un modo per procurarsi la sostanza e a questo sono correlati da una parte una minore incidenza di precedenti penali in quanto sono meno indotte a delinquere per potersela procurare, avendo questa sorta di risorsa a livello del proprio corpo e, per quello che riguarda invece le positività, si nota, rispetto alla popolazione di tossicodipendenti maschile, un livello di istruzione solitamente più elevato. Questo è un dato relativo al lavoro, che vedremo poi smentito dallo studio Vedette, che vede i maschi in posizione di vantaggio rispetto al lavoro sulle donne: è un dato rilevato su un piccolissimo numero di utenti, 100, di un quartiere della periferia torinese, il quartiere Vallette. Quando la donna è in trattamento, perché questi sono dati su utenti in trattamento da parecchio tempo, anche rispetto alla capacità lavorativa, mostra una capacità maggiore rispetto al maschio di mantenere il lavoro con una certa stabilità e inoltre le donne mostrano una maggiore capacità evolutiva per quello che riguarda i trattamenti.
Dai dati dello studio Vedette, si può rilevare che i titoli di studio più elevati vedono le donne in una percentuale nettamente superiore e questo, che è un dato a livello nazionale, è confermato dalle cifre relative alla Corte di Roma, dove è stato fatto uno studio più specifico rispetto a questo tema.
Per quello che riguarda invece i fattori di rischio, in particolare per ciò che riguarda lo scambio di siringhe e i rapporti sessuali non protetti, per le donne sono dei fattori di rischio che hanno un'incidenza decisamente più alta che non per gli uomini e, riguardo ai rapporti non protetti, ovviamente c'è anche un'incidenza più elevata di affezioni da HIV.
A questo corrisponde, come abbiamo già visto prima, una più bassa incidenza delle carcerazioni. Fra l'altro, per le donne c'è anche un uso maggiore di psicofarmaci. E, come si può vedere, nelle righe più in basso, le quantità di sostanza che vengono utilizzate sono marcatamente più elevate rispetto a quelle utilizzate dai maschi.
Per quello che riguarda i fattori di rischio riferiti alla mortalità, si vede che, per tutte le cause dei fattori di rischio, le donne tossicodipendenti hanno un rischio di mortalità acquisita doppio rispetto ai fattori di rischio della mortalità maschile. Vediamo che i dati confermano che, per quello che riguarda l'infezione da HIV, il rischio è decisamente maggiore, mentre rimane uguale a quello dei maschi per quello che riguarda le overdose e poi è un po' più elevato per tutte le altre cause più specifiche: ciò fa portare al doppio la causa generica di rischio di mortalità rispetto alla popolazione maschile. In compenso, esistono meno fattori di rischio rispetto alla morte violenta.
Da un punto di vista psicologico, sono state elaborate alcune teorie, in particolare da autori come Teneto e Cirillo, che tracciano un parallelismo fra la tossicodipendenza

maschile, però per quello che riguarda le forme dell'area nevrotica di transizione legate alla depressione quindi non per tutte le forme di tossicodipendenza maschile, e i disturbi alimentari femminili, anoressia e bulimia, per cui sembra che siano i ruoli socialmente costruiti a orientare una risposta al disagio che va verso la tossicodipendenza piuttosto che verso l'anoressia e la bulimia e, in effetti, esistono molte analogie fra queste due patologie. In primo luogo, quella dell'aggressività rivolta contro di sé e da una parte vi sarebbe il tentativo di autonomizzarsi nella fuga nella droga e dall'altra, sul versante femminile, un tentativo di autonomizzarsi attraverso il rifiuto del nutrimento che è una funzione prettamente materna, di legame simbolico anche con la famiglia molto forte. In entrambi i casi viene riferito un vissuto di potenza e di lucidità, sia per la donna anoressica, sia per il tossicodipendente e per tutti e due, prima che le loro patologie diano luogo al deterioramento. Vi sono anche delle storie familiari simili nelle famiglie di origine, sia per quello che riguarda un particolare invischiamento all'interno di queste famiglie, sia per quello riguarda un particolare disimpegno.

Alcuni studi statunitensi tracciano un rapporto fra lo status socio - economico della donna e le sostanze utilizzate per cui, secondo questi studi, marijuana, cocaina e tabacco verrebbero utilizzati più frequentemente da donne nubili, disoccupate, assistite dai servizi pubblici e che hanno interrotto i loro studi, mentre l'alcool sarebbe, secondo questi studi, appannaggio delle classi sociali più elevate. Uno studio della Florida mette poi in relazione un uso di sostanze illegali maggiore fra le donne assistite dai servizi sociali e in particolare fra le donne che vivono nei centri rurali, mentre sarebbe minore nei centri urbani. Questi sono dati che potrebbero stupire, però li ho riportati, proprio perché nella loro contraddittorietà mettono in luce la necessità di affrontare, anche nel contesto italiano, degli studi specifici sulla tossicodipendenza di genere o meglio sui fattori della tossicodipendenza legati al genere.

Vediamo adesso quali sono i fattori che favoriscono nella donna la scelta di un partner tossicodipendente. In primo luogo, un fattore fortemente predisponente è quello della presenza di un familiare tossicodipendente nella famiglia di origine, spesso si tratta di una persona con la quale la donna ha un rapporto affettivo molto stretto, può essere il padre, può essere anche un fratello e la scelta di un partner tossicodipendente è una sorta di tentativo rinnovato di salvare dalla dipendenza qualcuno a cui si era affettivamente molto legato e che nella propria famiglia di origine non si è riuscito a salvare. Un altro fattore predisponente è un rapporto conflittuale con una madre che viene percepita come dominante. In questo caso, la scelta di un partner tossicodipendente offre alla donna la possibilità di agire un ruolo dominante verso un soggetto debole e quindi di poter essere dominante, potremmo dire, almeno quanto sua madre. Un altro aspetto predisponente è l'attitudine femminile a prendersi cura e l'incontro con un partner che a sua volta esprime nei confronti della donna una ricerca di accudimento materno, come spesso sappiamo fanno i soggetti tossicodipendenti. Vi sono poi alcuni studi sui ruoli alterni all'interno delle coppie con partner tossicodipendente e donna che non lo è, laddove la donna assume, di volta in volta, ruoli diversi, ora della madre nutritiva nei confronti del bambino buono, quando il partner è astinente e poi più un ruolo invece di madre poliziotto nei confronti del figlio ribelle, quando invece il partner ha delle ricadute.

Possiamo vedere come esistano dei fattori di rischio particolarmente elevati proprio per le donne che hanno dei familiari tossicodipendenti. Per esempio, fra le donne che fanno abuso di alcool, il 61 per cento aveva un parente stretto alcolista. Nelle donne in trattamento da eroina, c'è un parente stretto alcolista nel 60% dei casi e una madre alcolista nel 46% di donne in trattamento per abuso di cocaina.

Per quello che riguarda il rapporto della donna tossicodipendente con il nascituro, vediamo che spesso si tratta di gravidanze casuali, non sono certo programmate e che comunque, nel momento in cui si manifestano, vengono fatte oggetto di forti investimenti affettivi, in quanto la donna vede nella gravidanza la sua possibilità di riscatto rispetto alla situazione e spesso questo figlio viene eccessivamente idealizzato e proprio perché viene

percepito un po' come il Messia che salverà la madre dalla situazione della tossicodipendenza. Questa eccessiva idealizzazione impedisce alla donna di fare, nei confronti del figlio, investimenti emotivi adeguati che accompagnano solitamente, nella generalità delle situazione, l'attesa di una nascita. Quando la gravidanza è vissuta in questo modo, la nascita rappresenta un risveglio molto brusco, in quanto bisogna passare dalla percezione del bambino immaginato alla percezione del bambino reale e con questo bambino reale la madre ha una grandissima difficoltà a rapportarsi e questo può anche causare delle gravi ricadute nella tossicodipendenza ed è per questo che è importante, all'inizio della gravidanza, dare tutti i supporti necessari. L'impatto con il bambino reale porta spesso la madre a delegare ad altri gran parte delle principali funzioni di accudimento. L'effetto della gravidanza, se in un primo momento ha sulla donna questo effetto di cercare di distanziarla dall'uso di sostanze, questo sia per proteggere il nascituro, ma anche per proteggere la propria possibilità di tenere il bambino con sé, evitando interventi del Tribunale dei Minori, dall'altra, subito dopo la nascita, come dicevo prima, può comportare dei gravi rischi di ricadute, se non sono effettuati tutti quegli interventi necessari per sopportarla adeguatamente.

Per il partner invece, l'impatto con la gravidanza della donna può essere già questo un fattore che aumenta il rischio della ricaduta, perché in qualche modo viene fantasticata l'angoscia dell'abbandono. Questa, devo dire, è una reazione alla gravidanza che moltissimi maschi hanno. Ho lavorato per dodici anni in una clinica ostetrica prima di lavorare nei SERT e anche nei maschi non tossicodipendenti spesso si notavano delle reazioni di tipo depressivo all'annuncio della gravidanza proprio per questo rischio dell'abbandono, anche unite un pochino all'invidia, per certi versi, della gravidanza e, in particolare, un vissuto di inadeguatezza, spesso in padri che non erano tossicodipendenti e se non lo erano forse avevano qualche ragione in più per avere questi timori.

Vi mostro un lucido che indica alcuni dati che riguardano un piccolo numero di utenti del quartiere Vallette, sono 100, e hanno un significato estremamente relativo. La collega che illustrerà in seguito il lavoro di Torino vi porterà dei dati che certamente sono molto più significativi di questi, però li ho voluti presentare perché è interessante notare come quasi sempre l'uomo tossicodipendente ha una partner che non è tossicodipendente. Nel 70% dei casi, l'uomo tossicodipendente ha una partner non tossicodipendente mentre, per le donne tossicodipendenti, nel 78% cento dei casi, il partner è anch'esso tossicodipendente. Questo, ovviamente, squilibra a svantaggio della donna in modo molto significativo la probabilità, rispetto all'uomo tossicodipendente di potere tenere il figlio con sé perché, ovviamente, come già è stato detto da chi mi ha preceduto, quando all'interno della famiglia esiste almeno un genitore che non lo è, il bambino chiaramente ha molte più probabilità di potere restare all'interno della famiglia.

Nella famiglia della donna ci sono dei problemi più significativi per quello che riguarda la propria maternità, in quanto, mentre il figlio del maschio tossicodipendente riceve da parte della madre una maggiore collaborazione, un maggiore accudimento, invece il figlio della femmina tossicodipendente spesso trova nella madre un atteggiamento polemico e di rivalità nei confronti della figlia. Quindi, la femmina tossicodipendente ha anche all'interno della sua famiglia di origine generalmente un appoggio minore di quanto non possa avere il maschio tossicodipendente, proprio perché esiste questa maggiore competitività.

Altri aspetti particolari del vissuto dei nonni nei confronti di questi bambini è che da una parte questi bambini vengono vissuti come un dono, in quanto sono in qualche modo una riparazione di ciò che i figli hanno fatto loro patire. Al tempo stesso però vengono anche vissuti in modo ambivalente, perché rappresentano concomitantemente l'incapacità che i nonni hanno avuto nel loro essere genitori. Di solito sono delle famiglie che appartengono a due situazioni estreme: o sono particolarmente invischiate oppure particolarmente disimpegnate.

Vi sono poi alcuni aspetti peculiari da un punto di vista psicologico dei genitori tossico-

dipendenti che hanno dei bambini, che andrebbero particolarmente tenuti presenti soprattutto quando si fanno interventi di sostegno o di tipo psicologico nei loro confronti. Da una parte, i genitori tossicodipendenti tendono a negare la sofferenza che hanno vissuto nelle loro famiglie di origine e spesso, come abbiamo visto dai dati precedenti, sono persone che nella loro famiglia di origine hanno avuto delle grosse sofferenze. Questa sofferenza raramente, nella terapia, nell'elaborazione, viene esplicitata, si fa molta fatica a farla venire fuori. Un'altra peculiarità è la difficoltà che hanno a svincolarsi dalla famiglia di origine e, proprio per questa difficoltà, tendono a riprodurre delle reazioni invischiate oppure disimpegnate anche nel nuovo nucleo familiare, perché la tendenza è quella di trasferire il modello familiare che hanno sperimentato nella propria famiglia al nuovo nucleo.
Esiste anche un grosso rischio di investimento affettivo sul bambino che è funzionale alla relazione della coppia genitoriale con i propri nonni, appunto l'offerta ai nonni del bambino come dono, che rappresenta per loro nonni in un certo senso l'appagamento di un vuoto affettivo, ma anche questo segno di ambivalenza, di fallimento.
Un altro problema che hanno i genitori tossicodipendenti è quel rischio ad attribuire tutte le difficoltà che hanno come genitori, anche le difficoltà fisiologiche, al loro essere tossicodipendenti e questo li mette in situazioni di disagio verso se stessi, verso la propria capacità genitoriale. E' importante mettere in campo degli interventi che aiutino queste persone, proprio per sostenere l'adeguatezza del loro ruolo, che abbiano lo scopo di dare intanto un sostegno e un contenimento di tipo psicologico, di offrire anche un supporto educativo, di essere anche strumenti di tipo informativo e di mettere in campo interventi di tipo assistenziale e questi, è importante che vengano effettuati non soltanto a livello dei servizi per le tossicodipendenze, ma che possano essere la risultante di holding di tipo assistenziale, che vedano integrate tra di loro in un lavoro di rete tutte quelle agenzie che sono preposte agli interventi sulla maternità, sull'infanzia e comunque sul sostegno alla genitorialità. Quindi, un concorso di interventi che vede insieme, oltre al SERT, anche il Dipartimento di Igiene e quello di Ostetricia, i Dipartimenti Materno e Infantile, i servizi sociali territoriali e comunque quanto, a livello locale, rappresenta una risorsa in tema di sostegno alla genitorialità, cercando di portare l'intervento il più possibile al di fuori dell'assistenziale per la tossicodipendenza restituendolo proprio, per quanto è possibile, a un sostegno alla genitorialità, così come potrebbe essere offerto a qualunque donna.
E' anche importante che questi interventi mirino al coinvolgimento di entrambi i genitori, perché è ancora molto diffuso il pensiero che la maternità sia una questione di donne ed è sempre più vero il contrario: la maternità è sempre meno soltanto una questione di donne e, se per tutte le donne che hanno un figlio è importante il sostegno del partner, lo è ancora di più, evidentemente, per quelle donne che hanno un problema in più. Per cui, anche il sostegno alla paternità responsabile diventa di fatto un aiuto alla competenza materna della donna tossicodipendente.»

Chairman Dott.ssa M. Novella CORDONE:- « Ora la dottoressa Susanna COLLODI, dell'ASL Roma B, ci parlerà de "La presa in carico ed il trattamento della donna tossicodipendente durante la gravidanza e il puerperio".»

Dott.ssa Susanna COLLODI:- «Mentre ascoltavo gli interventi che mi hanno preceduto, riflettevo su come ancora sono grandi le differenze tra il Nord e il Sud e come gli interventi strutturati, estremamente validi al Nord, hanno invece al Sud, Roma la considero Sud, un corrispettivo completamente diverso.
Sono andata al congresso di Torino, di cui ha parlato l'Assessore alle Politiche Sociali, colma di ammirazione, ovviamente. Noi, queste cose, non ce le sogniamo nemmeno, ma non solo, prima di raccontarvi la mia esperienza, vorrei dire due parole sulla situazione nel Lazio, che pure è una delle regioni con il più alto numero di tossicodipendenti. La col-

lega prima parlava di Torino, citava delle cifre, dei numeri. Considerate che nella ASL dove lavoro, che è divisa in cinque distretti, uno dei distretti ha una popolazione che è pari a quella del Molise. E la popolazione tossicodipendente, ovviamente, corrisponde in percentuale. Nel Lazio c'è ancora fortissimo un rifiuto da parte degli operatori sanitari e sociali, non addetti ai lavori, a trattare i tossicodipendenti che sono vissuti, come diceva la dottoressa SAMBATARO, di un'altra Regione del Sud, profondo Sud, come pericolosi prima di tutto e comunque fastidiosi, portatori di problemi e quindi, se è possibile evitarli, è meglio. Per farvi un esempio pratico, se telefono, come responsabile di un SERT, a un consultorio o a un reparto di ostetricia per prenotare una visita per una paziente, l'appuntamento mi viene dato dopo circa otto mesi e quindi in genere a parto avvenuto. Se invece è la paziente che va senza dichiarare il proprio stato di tossicodipendenza ovviamente questo non avviene, i tempi sono molto più brevi. I problemi sorgono dopo, perché questa tossicodipendenza non è stata dichiarata.

A parte questo amaro excursus, noi lavoriamo appunto in un servizio alla periferia Sud di Roma e abbiamo un'alta percentuale di pazienti eroinomani, come tutti i SERT, con un'età media abbastanza elevata, sui 32 anni e quindi un'alta percentuale di pazienti con figli minori. Di questi, circa 30/35 su 250 pazienti analizzati ultimamente, sono coppie tossicodipendenti entrambi da eroina in carico al servizio e sinora il nostro lavoro, che si è svolto anche negli anni passati, di seguire le coppie tossicodipendenti con figli minori, è stato effettuato attraverso una rete che non è strutturata, codificata ma è una rete di rapporti interpersonali, quasi amicali, con delle persone rare, che hanno un'identità di vedute simili alle nostre e quindi ci consentono di non avere dei tempi di attesa così mostruosi come avviene normalmente. Le strutture del pubblico e del privato sociale che si occupano in modo strutturato del problema tossicodipendenza e maternità a Roma sono pochissime e alcune, ne sentirete parlare più tardi, sono dei progetti che pur essendo estremamente validi non sono stati rinnovati e quindi sono delle esperienze che si sono troncate bruscamente, con tutte le conseguenze che potete immaginare per delle persone che stavano usufruendo di tutta una serie di servizi e che si sono viste abbandonare di colpo.

Nel mio servizio, oltre appunto a questo lavoro che ormai dura da molti anni soprattutto con alcune persone dei servizi sociali del Comune di Roma e del Tribunale dei Minori, in questi ultimi due anni ci siamo trovati di fronte a un fiorire di gravidanze, abbiamo avuto in due anni 12 gravidanze che non sono poche in un servizio per tossicodipendenti, di coppie eroinomani, per cui abbiamo deciso di mettere in atto un protocollo operativo che poi si è andato definendo in corso d'opera e di designare una équipe che si occupasse esclusivamente o quasi di queste problematiche. E' un'équipe che è costituita tutta da donne, c'è un medico che casualmente e fortunatamente è una ginecologa e c'è una psicologa, naturalmente, un'assistente sociale e un'infermiera professionale.

La presa in carico avviene piuttosto precocemente perché è precoce la diagnosi di gravidanza. E' un esame che facciamo di routine e le pazienti lo accettano molto volentieri e proprio perché sappiamo che la dipendenza da oppiacei, siano essi sostanze sostitutive o eroina, dà frequentemente amenorrea, quindi periodicamente, tra i vari esami che facciamo, facciamo il test di gravidanza.

Quindi, la presa in carico viene fatta in tempi brevi. Per quella che è la nostra esperienza, le coppie tossicodipendenti che apprendono di aspettare un figlio e, sono d'accordo con la dottoressa RICCIUTI, non sono gravidanze cercate, ma desiderate, non hanno, per lo meno nella nostra esperienza, mai accettato un'ipotesi di effettuare un'interruzione volontaria di gravidanza. Se aborti ci sono stati, sono stati aborti spontanei, questo perché, come dicevano i colleghi che mi hanno preceduto, la nascita di un figlio viene caricata di grossissimi significati salvifici e risolutivi nei confronti della propria situazione di dipendenza. Sono coppie che si amano e che quindi vedono questo figlio come colui per il quale si abbandona l'eroina: è un amore più forte dell'eroina. Questo purtroppo non sempre avviene, anche perché poi, come sappiamo, la realtà è diversa.

Comunque, la fortuna, tra virgolette, di avere un medico che è ginecologo, ci consente di effettuare tutte le visite di controllo al SERT, anche gli esami ematochimici di controllo, i prelievi. Questo, da un lato, potrebbe sembrare designante, discriminatorio nei confronti di queste donne ma, vista quella che è la realtà, fortemente espulsiva, come vi dicevo, degli altri servizi a Roma, è invece rassicurante per queste persone, che siano operatori conosciuti, che continuano a prendersi cura di loro anche in questa fase, così diversa, come è quella della gravidanza.
Come vi ho detto, le pazienti che abbiamo trattato e che stiamo trattando, sono tutte eroinomani e tutte in terapia metadonica. In questo senso, il nostro obiettivo è stato quello, durante la gravidanza, di arrivare a un dosaggio di terapia, tale da non dare alla donna né sintomi astinenziali, né sintomi disforici e da dare contemporaneamente al neonato una sindrome d'astinenza neonatale che fosse il più lieve e il più transitoria possibile.
Quindi abbiamo, poi vedremo quali sono le caratteristiche dei nostri pazienti, attuato delle progressive riduzioni, scalaggi della terapia metadonica, che sono stati accettati e vissuti bene anche perché veniva fatta una grossa operazione di sostegno attraverso il counselling, attraverso la psicoterapia, sia della donna, sia della coppia.
Abbiamo cercato laddove possibile, dove c'erano le risorse, di coinvolgere le famiglie di origine sia materne che paterne, in modo che la preparazione alla genitorialità e l'attaccamento della madre al bambino fossero un lavoro che veniva cominciato già durante la gravidanza e che procedeva di pari passo con la riduzione della terapia metadonica e quindi con un progressivo abbandono delle sostanze sostitutive.
Una svolta nel nostro lavoro c'è stata quando abbiamo cominciato a collaborare con un progetto del Comune di Roma che si chiama "Raggiungere gli irraggiungibili", che è finanziato con la legge 285 ed è coordinato da diversi servizi della nostra azienda, il SERT, ma non soltanto, la neuropsichiatria infantile e i consultori, i reparti di ostetricia e pediatria e che è in partnerariato con un'organizzazione del privato sociale. Quindi si è costituita all'interno dell'azienda, non in città, né in Regione, una rete istituzionale valida e codificata. Le operatrici del privato sociale svolgono quello che per noi è il lavoro più interessante, il pezzo che ci mancava e cioè un lavoro di assistenza domiciliare che viene fatto nei primi mesi insieme a noi, insieme per quello che riguarda le nostre pazienti perché questo progetto non è rivolto soltanto alle donne tossicodipendenti, ma a tutte le situazioni di disagio psichico e sociale, quindi a situazioni di estrema povertà, di patologie psichiatriche, di gravi forme di depressione e quindi anche di tossicodipendenza.
La prima parte dell'assistenza domiciliare la facciamo insieme a queste operatrici. Quali sono i fini? I fini sono, con una frequenza bisettimanale, di tre ore ogni volta, nelle prime 26 settimane di vita del bambino e poi con una frequenza settimanale di tre ore per tutto il primo anno di vita del bambino, quelli naturalmente di aiutare, continuare nella costruzione della relazione madre - bambino, ma anche attraverso la comprensione delle esigenze di un neonato; sappiamo tutti quale rivoluzione un neonato provochi nella vita di una famiglia, possiamo immaginare che cosa può provocare in una situazione fragile come è quella di una donna tossicodipendente.
Questa assistenza è anche un aiuto ad accettare nuovi ritmi di vita attraverso un aiuto domestico, è imparare ad osservare l'evoluzione delle competenze del bambino, i suoi progressi durante il primo anno di vita e a comprenderle, è un supporto alle cure del neonato con una particolare attenzione al coinvolgimento dei padri. E' ancora un'informazione su quelle che sono le opportunità dei servizi territoriali, è una funzione di accompagnamento ad essi.
Nei casi che abbiamo trattato in questi due anni e di cui vi illustrerò poi le caratteristiche, ci siamo trovati di fronte essenzialmente a tre tipi di problematiche che vorrei brevemente illustrarvi.
La prima ci si è presentata nel momento della diagnosi di gravidanza, quindi della decisione di tenere il bambino. Malgrado fossero persone già in carico e che quindi ci conoscevano, è scattata immediata la paura che noi, l'autorità pubblica, gli togliessimo il

bambino. La nostra esperienza ci ha insegnato che un atteggiamento amichevole, minimizzante, rassicurante da parte dell'équipe non pagava assolutamente, portava a una fuga. D'altronde, a volte, senza una coazione, non era possibile l'aggancio della coppia, ma ci siamo detti un rapporto, una relazione terapeutica coatta come può costruire una genitorialità valida e un valido rapporto madre - bambino? Per cui abbiamo visto che la metodologia che è risultata poi migliore, era quella di un contratto molto chiaro fin dal primo colloquio, in cui noi non negavano assolutamente il nostro potere di togliergli il bambino, ma manifestavamo molto chiaramente la nostra volontà invece di lasciarglielo e di lavorare perché appunto questo avvenisse.
I nostri erano tutti pazienti in carico e quindi sapevano che nel nostro servizio non si collude, non si è nemmeno giudicanti e quindi hanno tutti, nei casi trattati, accettato questo modo di lavorare.
Il periodo della gravidanza è servito a preparare la coppia al lavoro a domicilio, che certamente poteva essere vissuto come molto più intrusivo.
Il secondo problema, ne hanno già accennato alcune colleghe, è stato quello delle famiglie di origine che certamente sono una risorsa molto importante da attivare, quando ci sono le condizioni e soprattutto le nonne sono una risorsa che si fa attivare molto volentieri anche per quei motivi che spiegava la dottoressa RICCIUTI, cioè perché il bambino è una nuova possibilità, una nuova occasione di sperimentare una maternità in persone che hanno "fallito" la propria maternità avendo prodotto una figlia tossicodipendente, però è anche un discorso pericoloso perché, ovviamente, può comportare che la figlia che ha fatto un grosso investimento di ricevere amore dal proprio figlio, dalla propria madre, si veda superata da questa relazione e quindi possa avere ancora più dei vissuti di frustrazione e quindi ritornare a una situazione di uso di sostanze.
CIRILLO, volevo citarvelo un attimo, sostiene che il fallimento della strategia di ottenere una sorta di risarcimento per interposta persona si ha anche quando la nonna si mostra disponibile. Infatti, molto spesso, il suo innamoramento per il nipotino, visto come un dono della vita che le permette di fare una nuova prova di maternità, si traduce in un ulteriore rifiuto della figlia. Questa, che in un primo momento, era stata favorevole ad affidare suo figlio alla madre, sperimenta una crescente confusa gelosia, una sensazione di doppio tradimento per il legame che si crea sopra la sua testa, tra due esseri da cui sperava di ricevere amore compensatorio ai propri vuoti infantili. Da qui, il precipitare in un uso crescente di droga per ottundere le proprie sofferenze o in altri comportamenti autodistruttivi.
Quindi, nei casi in cui è stato possibile, abbiamo attivato - noi lavoriamo molto in terapia familiare nel nostro servizio - delle terapie familiari convocando le famiglie allargate e cercando di fare un lavoro sistemico che fosse volto sia a ripristinare i confini, sia a un tentativo di risolvere i conflitti. Laddove questo non è stato possibile, abbiamo preferito limitare il coinvolgimento delle famiglie di origine o quantomeno non richiederlo espressamente e lavorare invece con la coppia sulla costruzione della genitorialità rimandando i rapporti con le famiglie di origine a una fase successiva.
Il terzo e maggiore problema di fronte a cui ci siamo trovati è stato quello dei padri. Padri, appunto, anche loro tutti eroinomani in trattamento che avevano una serie di problemi. Innanzitutto, maggiori difficoltà a scalare le terapie metadoniche durante la gravidanza delle loro compagne, pur avendo lo stesso tipo di grosso investimento emotivo su questo figlio che stava per nascere, ma che soprattutto avevano avuto una serie di ricadute dopo la nascita del bambino e soprattutto è stata tanto maggiore la frequenza di ricadute quanto più la madre era libera. Abbiamo avuto delle madri che sono arrivate alla fine della gravidanza drug free, abbiamo avuto dei bambini che sono nati senza sindrome da astinenza neonatale e con un peso accettabile, buono, di 3,2 kg e quindi tranquillissimo, e queste madri poi hanno proseguito con una sorta di apparente benessere, apparente buon rapporto con il proprio figlio, in realtà operando una completa scissione della propria componente tossicomanica e proiettandola completamente sul partner

che è entrato in depressione, che ha ripreso l'uso di eroina e che veniva progressivamente emarginato. Io ce l'ho fatta, lui no. Io ho fatto un figlio sano, lui è ancora tossico e via dicendo. Che cosa abbiamo fatto in questi casi? L'intervento domiciliare ha cercato di coinvolgere il più possibile questo padre nelle cure del neonato, cambiarlo, fargli il bagno e via dicendo.
Il nostro intervento al SERT e quindi in un contesto diverso, è stato quello di cercare di fare un lavoro di coppia che cercasse di recuperare la storia di questa coppia, a prescindere dall'eroina. Ci sono stati 5 casi di persone che hanno presentato questo problema: uno si è risolto positivamente nel senso che il padre ha cessato sia l'uso di eroina e poi, nel tempo, anche quello di sostanze sostitutive e adesso è circa un anno che entrambi i genitori sono completamente astinenti, mentre altri tre sono sfociati nello scioglimento della coppia e nell'espulsione del padre.
In due anni abbiamo trattato dodici gravidanze, dieci nascite avvenute e due gravidanze sono ancora in corso. I pazienti erano 24, dai 28 ai 36 anni, 21 con la licenza media inferiore, 3 con la licenza media superiore, quasi tutti avevano un'occupazione, il 30 per cento aveva una occupazione stabile, gli altri saltuaria.
Dodici coppie di eroinomani, con alle spalle dai sette ai nove anni di uso di droga, di cui dieci coppie per via endovena, negli ultimi tre anni e due coppie per via inalatoria, sempre negli ultimi tre anni. Due partner maschi facevano anche uso di cocaina, tutti facevano uso di cannabinoidi. Tutte le coppie erano in trattamento al SERT almeno da un anno, al momento della diagnosi di gravidanza. I dosaggi medi delle donne andavano dai 30 ai 60 cc a mantenimento, quelli degli uomini dai 60 ai 120 cc a mantenimento.
Durante il periodo della gravidanza, undici femmine hanno presentato morfinurie tutte negative, una femmina ha presentato due morfinurie positive e le altre tutte negative, ci sono state dieci positività in otto maschi e ben quattro maschi che durante la gravidanza hanno avuto tutte le morfinurie negative, sono stati bravissimi.
Undici coppie erano negative all'HIV, di esse sette erano positive all'epatite B e all'epatite C, due positive soltanto all'epatite C e due negative all'epatite B e all'epatite C. Una coppia è sieropositiva all'HIV, all'epatite C e all'epatite B.
Naturalmente, le coppie che sono negative all'epatite B e all'epatite C e all'AIDS sono quelle che facevano uso di eroina per via inalatoria.
Delle dieci gravidanze terminate, otto madri oggi sono drug free, due sono in terapia metadonica a scalare, quattro padri sono drug free, tre sono in terapia metadonica a scalare e tre sono in terapia metadonica a mantenimento.
Si è parlato prima della differenza tra il mondo del possibile, che viene sognato e vagheggiato dalla donna durante la gravidanza e il mondo del reale con cui poi la donna si scontra invece dopo il parto, direi la coppia, più che la donna. Noi cerchiamo di lavorare perché questi due mondi siano il più vicini possibili.»

Chairman Dott.ssa M. Novella CORDONE:- « Abbiamo quattro interventi di quelli stabiliti, poi apriremo quelli a richiesta. Se cortesemente preparate un sunto del vostro intervento, perché poi lo vogliamo documentare. Adesso parlerà la dottoressa BURRONI del SERT di Torino che ci illustrerà il "Progetto regionale piemontese: esiti a breve, medio e lungo termine del trattamento delle madri tossicodipendenti e dei loro bambini. Valutazione integrata delle capacità genitoriali dei genitori tossicodipendenti".»

Dott.ssa Paola BURRONI:- «Sono una neuropsichiatra infantile, sono Primario del SERT dell'ASL 1 di Torino e da molti anni mi occupo di tossicodipendenza e anche in particolare di questo settore del trattamento delle donne tossicodipendenti in gravidanza. Mi ha colpito il fatto che le colleghe che mi hanno preceduto segnalassero un divario geografico tra le realtà del Nord e del Sud. Mi sembra che questo possa essere uno degli aspetti importanti che guidano anche il Governo nell'orientamento dei trattamenti. Volevo dire, anche un po' per sdrammatizzare queste differenze che sono nel bene e nel male, per

esempio che a Torino manca assolutamente un sistema di accoglienza dei pazienti tossicodipendenti extracomunitari, mentre mi risulta che a Roma ci sia un'ottima esperienza, anche coordinata a livello cittadino, su questo tema.
Lavoro nell'ASL 1, nell'ASL centrale e questo problema è abbastanza misconosciuto. La mia presentazione, che ha questo lungo titolo, è stata preparata in collaborazione con i colleghi SALAMINA, TIBALDI e PASQUALINI, POLI e TIANAROSA e in particolare vi ricordo che la dottoressa TIBALDI che lavora con me ormai da vent'anni, e che è la responsabile del centro perinatale del Sant'Anna, che ricovera al parto e gestisce l'ambulatorio ostetrico per le donne tossicodipendenti inviate dai SERT.
Il coordinamento dell'assistenza alle tossicodipendenti in gravidanza è iniziato a Torino nel 1978.
Oggi vi parlerò dei sistemi di cura, degli esiti a breve termini sui neonati dei trattamenti, a medio e lungo termine sui bambini, dei trattamenti residenziali delle madri verso l'esito sui bambini e poi di come sono stati affrontati i problemi della valutazione della capacità genitoriale. Da vent'anni è attivo a Torino un sistema di cura che progressivamente si è completato intorno alla madre in gravidanza, al neonato e alla madre col bambino. Ci piace parlare del sistema di cura, in quanto c'è un buon livello di integrazione tra i servizi che compongono questo sistema di cura. Dal punto di vista della classificazione organizzativa, in letteratura si trovano questi sistemi descritti come comprehensive care, cioè che comprendono al loro interno le diverse specializzazioni e i diversi servizi che si devono occupare di un problema complesso.
Questo gruppo di lavoro che è diviso in due settori, un settore ospedaliero e un settore più del coordinamento dei SERT, con persone in compresenza, è composto solo da donne e ha adottato una tipologia assistenziale nei confronti dei propri pazienti, che è quella tipica della holding assistenziale ampia. Le donne hanno un percorso di trattamento che va dalle diagnosi di gravidanza sino alla nascita del bambino e ai periodi successivi, che prevede un sistema di facilitazione del loro accesso alle cure per cui le donne hanno appuntamenti quando possono e quando vogliono, vengono accettate alla visita ostetrica anche quando sono in ritardo, hanno nelle liste di priorità dei SERT la precedenza sulle altre tipologie di casi, quindi è una holding assistenziale piuttosto intensa, rivolta all'accoglimento delle donne.
Oltre a lavorare sul modello assistenziale che ho brevissimamente descritto, abbiamo, nel corso di questi anni, anche raccolto i dati clinici e le informazioni di tipo anagrafico e sociale, che hanno riguardato i trattamenti delle donne in gravidanza e il loro trattamento in comunità e poi i percorsi di vita dei bambini, cioè gli accadimenti che riguardano questi bambini dal momento della nascita fino alle fasi successive della loro vita, con particolare riguardo ai provvedimenti del Tribunale dei Minori, che prevedono l'affidamento dei bambini alle diverse figure che diventano loro genitori nel corso del tempo.
Le linee di studio che si sono sviluppate nel tempo sono due, una che riguarda la valutazione degli outcome ostetrici, a breve termine, e un'altra che invece riguarda la valutazione dei percorsi di vita dei bambini. In questo progetto, che è diventato da circa due anni a carattere regionale, della Regione Piemonte, è prevista anche una sezione dedicata alla formazione degli operatori, per la valutazione delle capacità genitoriali. I tipi di interventi che sono applicati su questa casistica, sono interventi professionali, inserimenti in strutture, trattamenti farmacologici, valutazione del trattamento delle capacità genitoriali dei genitori tossicodipendenti.
Vi presento i dati della prima linea di studio che riguarda gli outcome ostetrici. La popolazione che è presentata in questa diapositiva è composta di donne che hanno partorito al centro perinatale del Sant'Anna di Torino tra il '78 e il '99. Sono 349 donne residenti a Torino e provenienti dall'hinterland torinese. Hanno delle condizioni di bassa scolarità e un'età media al parto che è leggermente superiore rispetto alle donne di pari età, che hanno partorito nello stesso ospedale, nello stesso periodo. Dal punto di vista della convivenza, cioè del vivere da sole o con il partner o con la famiglia di origine c'è una

forte distribuzione: non sempre queste donne hanno una loro collocazione abitativa e relazioni stabili. In questa nostra casistica, il partner è nel 63,4 per cento un tossicodipendente, conosciuto anche dai nostri servizi e l'età media al parto è un po' superiore a quella della popolazione di donne di pari età che hanno partorito al Sant'Anna nello stesso periodo, la media di inizio della tossicodipendenza sono i 20.4 anni, che è un dato che corrisponde alla popolazione generale delle tossicodipendenti trattate a Torino. A Torino i soggetti trattati in un anno sono circa 5.000, distribuiti nelle quattro ASL, e le donne tossicodipendenti su questa popolazione sono circa il 18%, cioè c'è una popolazione di donne tossicodipendenti lievemente superiore a quella che veniva segnalata come dato nazionale. Andare verso il Nord aumenta la probabilità che le donne diventino tossicodipendenti.

Rispetto al sistema di cura, ai trattamenti che noi abbiamo messo in atto, abbiamo cercato di individuare quali erano i fattori predittivi che si potessero collegare con gli esiti ostetrici più favorevoli. Sono due i fattori che sono stati analizzati e collegati agli esiti. Un primo è l'assistenza in gravidanza e il secondo sono i trattamenti farmacologici. Vedremo come si individuano le significatività anche elevate, mettendo in relazione queste tipologie di intervento con gli esiti in gravidanza.

L'assistenza in gravidanza è quell'insieme di interventi che vengono erogati, ai quale la donna aderisce durante il periodo della gravidanza. Negli standard riferiti alle donne normali, gli standard sono molto elevati, addirittura studi o indicazioni prevedono sette, otto visite corredate da un insieme di esami durante il periodo della gravidanza della donna "normale". Per noi e quindi per le donne incinte tossicodipendenti che abbiamo trattato, l'assistenza adeguata, che riguarda un buon 50 per cento della nostra popolazione, è definita in questo modo: sono donne che hanno avuto non solo visita ostetrica, ma interventi con esami, trattamento farmacologico in collegamento con il SERT, almeno tre eventi di questo tipo nel corso della gravidanza, di cui almeno uno è nel secondo trimestre e quindi almeno uno è un po' più precoce perché ci sono alcune donne, quelle che hanno assistenza inadeguata, molte, che hanno interventi solamente nel terzo trimestre di gravidanza, oppure nel primo trimestre e quindi diciamo che c'è una parte della gravidanza di queste donne che risulta scoperta.

Tra i vari trattamenti, abbiamo citato e utilizzato, per verificare gli outcome ostetrici, quelli farmacologi. Il 13 per cento di donne che non hanno avuto nessun trattamento, di queste alcune, il 9 per cento, hanno continuato l'uso di eroina, altre hanno avuto, il 4 per cento, l'uso sporadico o nessun uso. Abbiamo il 50,3% di donne che hanno avuto mantenimento metadonico, circa la metà con controlli di metaboliti urinari negativi e 25 per cento delle donne sono state disintossicate entro il secondo trimestre, entro la 32sima settimana di gestazione e poi ci sono, vi sottolineo questo gruppo, il 7,9% di donne che nel corso della gravidanza si sono sottoposte a una serie di disintossicazioni fallite, sono i soliti scalari ripetuti e che quindi hanno usato contemporaneamente eroina e metadone.

Questa diapositiva mette in relazione gli esiti ostetrici, l'upgrade, lo small for date, il bambino piccolo per età gestazionale, peso, il taglio cesareo, il parto spontaneo e poi, età gestazionale minore alle 32 settimane, la nascita all'età gestazionale minore di 32 settimane o meno di 36 settimane. Vediamo che le differenze tra l'avere avuto una assistenza adeguata o inadeguata sono statisticamente significative.

Per quel che riguarda la qualità dell'assistenza, quindi il fatto che l'assistenza sia adeguata o inadeguata, vediamo che abbiamo sicuramente un effetto protettivo dell'assistenza adeguata, in quanto c'è circa la metà di incidenza percentuale di eventi ostetrici sfavorevoli rispetto alle donne che hanno avuto un'assistenza inadeguata.

Riuscire a fare avere alle nostre donne una assistenza tale per cui almeno tre controlli in gravidanza, di cui uno è nel secondo trimestre e che non è una semplice visita come vedete, è protettivo di eventi molto gravi quali un upgaring per la vita prossima del bambino, inferiore a sette, quali un peso inferiore a 2.500 grammi, che è il peso medio stabilito, quali una nascita con un'età gestazionale inferiore alle 32 settimane, quali una

nascita con età gestazionale inferiore alle 36 settimane. Avere queste tre visite è protettivo e riduce della metà il rischio.
La successiva diapositiva mette in relazione gli esiti ostetrici e il trattamento farmacologico in gravidanza. Si vede che il mantenimento senza eroina, cioè le donne che hanno fatto durante la gravidanza un mantenimento metadonico controllato e che non hanno consumato eroina, dà la minor probabilità di avere esiti ostetrici sfavorevoli. Le donne che hanno la massima probabilità di avere esiti ostetrici sfavorevoli - e qui, per brevità, abbiamo messo solo l'età gestazionale minore di 32 o 36 settimane e il peso minore di 2.500 grammi - sono quelle che fanno gli scalari ripetuti, cioè sulle quali si fanno dei progetti di disassuefazione e che poi ricominciano a prendere il metadone e ricadono. L'orientamento rispetto al trattare questa popolazione che peraltro nel corso del tempo, per quel che riguarda la nostra casistica, è un po' diminuita, è quello di aiutare le donne a introdursi, ad accettare un trattamento di mantenimento ovviamente controllato, cercando di accettare dosaggi un po' superiori a quelli medi da adottarsi in gravidanza, che, secondo noi e altri, dovrebbero essere intorno ai 40 mg di metadone, quindi accettando anche dosaggi di mantenimento superiori, abbiamo visto come questo gruppo di donne non ha nessun esito in nascite con età gestazionale inferiore alle 32 settimane. Questi sono dati molto significativi per quello che è lo sviluppo psicofisico del bambino e quindi nascono dei bambini, col mantenimento senza eroina, che sono di un buon peso, che hanno una sindrome d'astinenza certamente, però che è assolutamente trattabile e le complicazioni che riguardano il parto pretermine sono inferiori.
Adesso vedremo quelli che sono invece, secondo la seconda linea del nostro studio, gli esiti a medio e lungo termine. Non so se l'ho detto prima, ma noi dobbiamo immaginarci che questi bambini, oltre a essere il prodotto di una gravidanza a rischio, sia per gli effetti della droga, per gli stili di vita della madre ma anche per gli interventi che vengono adottati dai servizi, che in qualche maniera, secondo un'ottica di tutela, circondano questo bambino e cercano di dargli una collocazione celere e stabile in una famiglia che sia sufficientemente buona nei tempi e nei modi che sono consentiti dalle nostre capacità e di quelle della madre.
La popolazione che abbiamo studiato è un po' più piccola, perché, per i problemi che ci sono al reperimento dei dati nella provincia di Torino, abbiamo ristretto il nostro campione a 333 bambini rispetto ai 400 e tanti che facevano parte della corte precedente, che sono nati a Torino da madre tossicodipendente, residente a Torino, trattati dai nostri servizi; il periodo di osservazione e del follow-up è '78/'96. Di questi bambini, alcuni sono morti perinatali, altri sono risultati irreperibili all'anagrafe, 10 non sono stati riconosciuti e per questi non abbiamo nessun tipo di dato.
Abbiamo 312 bambini che, nati dal '78 al '96, sono stati analizzati da un follow - up che ora vi mostrerò, che descrive questi esiti: l'affidamento del bambino alle diverse età della vita e cercherò anche di dire perché, i percorsi dei bambini adottati e gli inserimenti in comunità delle madri.
Questa diapositiva mostra la durata del follow - up per singolo caso: alcuni anni sono ripetuti nel senso che '88, '88, '89, '89, '90, '90, vuol dire che sono nati più bambini in quegli anni e sulle ordinate abbiamo il periodo di follow - up che va da zero per alcuni bambini, fino a 16 anni. La media di osservazione per singolo caso è di 3,4 anni.
Questa successiva diapositiva mostra le condizioni di affidamento nei primi tre anni di vita. Prima le colleghe parlavano appunto dell'evento nascita in una donna tossicodipendente come un evento che sicuramente è collegato a una serie di rischi. Credo che la nostra esperienza dimostra che questa sia una cosa molto presente nella mente degli operatori che si occupano della tutela dei minori e anche e più nella mente degli operatori che occupano di tossicodipendenza. Il punto centrale è quello di cercare di comprendere come nei primi anni di vita del bambino, nel primo, nel secondo e terzo anno, ci sono degli accadimenti che riguardano la crescita e la nascita psicologica di questo bambino che sono molto importanti e che ovviamente noi del SERT, possiamo e dobbia-

mo essere coinvolti nel cercare di tutelare questo bambino, che è figlio di un nostro paziente che è diventato genitore e capire che cosa succede rispetto agli interventi e alle cure che noi prestiamo, ai tipi di provvedimenti che prendiamo e mi sembra che sia molto rilevante rispetto al definire quale deve essere questo atteggiamento.
Abbiamo una buona alleanza terapeutica con le nostre pazienti e non possiamo intervenire nel sistema di controllo e di tutela del minore. Dico, per contro, che se una nostra paziente diventa genitore, essa diventa nostra paziente anche in quanto genitore e i suoi problemi di genitorialità entrano dentro il nostro trattamento e devono essere trattati sia dal punto di vista di quanto una donna si senta adeguata o inadeguata o di quanto si rappresenta di essere madre nelle diverse fasi, anche della gravidanza, e di quanto è in grado di fare esperienze che tutelino la sua possibilità di essere madre rispetto a se stessa, alla sua famiglia, al suo partner e anche rispetto alle istituzioni di tutela.
Per cui voglio spezzare una lancia a favore di un maggiore investimento dei SERT rispetto a questo aspetto della tutela dei minori.
Vi dicevo che analizzando i percorsi di attivamento dei bambini nei primi tre anni di vita, che sono tutti conseguenti a provvedimenti del Tribunale, si vede come aumentano dal primo, secondo e terzo anno le adozioni, si riducono in correlazione diretta gli affidamenti alle comunità per minori, c'è una certa stabilità dell'affidamento ai nonni, c'è una certa stabilità dell'affidamento alle mamme, ma soprattutto l'affidamento a entrambi i genitori diminuisce drasticamente fino al terzo anno di vita per rimanere poi stabile nel tempo. Quindi, c'è un progressivo disinvestimento del sistema dei servizi rispetto al fatto che entrambi i genitori possano essere adeguati ad accogliere nel proprio nucleo familiare, laddove esista, un bambino.
Questa diapositiva vi mostra un aspetto particolare dei percorsi di affidamento, cioè quello che accade realmente nel periodo della gravidanza. Ci sono gli affidamenti al momento della dimissione dall'ospedale. Tutti i bambini normali vanno a casa coi genitori o con la mamma, i nostri bambini vanno, circa la metà, a casa con entrambi i genitori alla dimissione dall'ospedale, 47, che sono una percentuale molto bassa, vanno a casa con la sola madre, uno solo va a casa col solo papà, 29 con i nonni, 3 coi parenti, 13 vanno direttamente dall'ospedale con la mamma in comunità, 8 rimangono in ospedale, 53 escono dall'ospedale e vanno in comunità per minori.
Vediamo gli spostamenti dei bambini dalle diverse collocazioni al successivo provvedimento, cioè al secondo, e vedete come ci sia un'enormità di spostamenti: c'è un forte spostamento dai genitori verso la madre da sola, verso i nonni, verso le comunità per minori e che ci sono molti bambini che già alla nascita sono destinati all'adozione.
La successiva diapositiva vi fa vedere la situazione di affidamenti riferita all'ultimo aggiornamento disponibile: questi sono di nuovo numeri assoluti e questo tipo di distribuzione ci sembrava già, in rapporto ai numeri assoluti precedenti, significativo. I figli che sono affidati a entrambi i genitori sono più che dimezzati, aumentano un po' gli affidamenti alla madre da sola e ai nonni, ci sono mamme in comunità, le comunità per minori si riducono per il fatto che i bambini transitano verso l'adozione e alcuni bambini nel corso degli anni sono andati in affidamento eterofamiliare, che è una soluzione che, per esempio a Torino, dal Tribunale viene difficilmente accettata, in quanto prevede un rapporto complesso tra famiglia affidataria, famiglia naturale e i servizi.
In termini di significato, i percorsi di questi bambini mostrano le numerose esperienze di separazione e di confusione dei ruoli genitoriali e questo è il fattore di rischio per la crescita e la nascita psicologica dei bambini, non è tanto la droga, ma il fatto che le madri tossicodipendenti partoriscono a Torino dei bambini con buon peso che però, nel momento in cui incontrano i servizi e il problema della tutela di sé stessi da minori, incontrano un sistema che direi, dà origine a queste eventi.
Pensate che addirittura ci sono, su bambini, anche cinque provvedimenti di seguito, che prevedono lo spostamento del bambino dai genitori poi alla mamma, poi la mamma va un po' in comunità, poi va dai nonni, poi ritorna; è una situazione che rappresenta un

fattore di rischio per la separazione e confusione dei ruoli - penso mi comprendano molto bene i colleghi che sanno che questi sono fattori di rischio per le patologie nei nostri pazienti. E' importante che si cerchi, in un sistema integrato e attento, di ridurre il danno intorno alla nascita di questi bambini. Vi faccio vedere in seguito il percorso dei bambini adottati. Ci sono 53 bambini adottati, nel nostro follow - up: vi ricordo che 10 erano stati adottati immediatamente alla nascita e quindi sono 63, sono un buon 20 per cento. Hanno provenienze diverse rispetto al primo affidamento: c'è un bambino che è adottato all'ottavo anno di vita, dopo un affidamento eterofamiliare che non è male, dopo la comunità per minori, dopo essere stato affidato ai nonni con due provvedimenti, dopo essere stato affidato alla mamma, dopo essere stato affidato a entrambi i genitori. Questo bambino è stato adottato a otto anni, ha avuto tutti questi passaggi. La maggioranza dei provvedimenti di adozione avviene tra il secondo e il terzo anno di vita, però proseguono abbastanza numerosi anche nel quarto e nel quinto anno e ci sono numerosi cambiamenti. Ovviamente, quelli che paradossalmente hanno i minori cambiamenti nel regime di affidamento sono i bambini che, alla nascita, vanno in comunità per minori direttamente, anche se alcuni di questi risalgono, per età di affidamento diverse, per poi riprecipitare nel regime dell'adozione.

La successiva diapositiva che vi ho portato mostra invece i cambiamenti degli atteggiamenti dei servizi. Questa è la nostra azione verso l'adozione. Tra il '78 e l'85, il sistema ha mandato in adozione circa il 10% dei bambini nati da tossicodipendenti. In un secondo periodo, abbiamo considerato dall'86 al '90, andava in adozione circa il 18% dei bambini e attualmente mandiamo in adozione una cifra che quest'anno è poco più del 19% cioè il sistema di cure intorno alla madre e al bambino sta aumentando la sua tendenza a mandare in adozione.

Nel convegno di Torino una collega olandese, che ha presentato un servizio per figli di tossicodipendenti, ci ha detto che la loro percentuale di bambini adottati è intorno al 35 per cento. A me sembrava veramente molto elevato questo 20 per cento di bambini adottati e in realtà ho visto che in altri Paesi, che hanno anche storie molto diverse, soprattutto valutano diversamente i rapporti tra madri e figli, la concezione del materno è diversa, comunque hanno una percentuale superiore alla nostra.

Entriamo nel campo un po' più del trattamento non solo della gravidanza e quindi degli esiti a breve, ma nel campo del trattamento della donna. Noi abbiamo provato a vedere come l'inserimento in comunità durante la gravidanza o entro i due anni successivi al parto di un gruppo di nostre donne, quelle che hanno partorito tra l'87 e il '96, in qualche modo sia correlato con l'esito di affidamento del bambino. In sostanza, volevamo capire: ma se noi mandiamo queste donne in comunità, come facciamo? In diverse tipologie di comunità - e qui non abbiamo inserito quali sono queste tipologie, ma sono le comunità che usiamo per le donne, alcune sono comunità per madre e bambino, molto poche, perché il periodo considerato è ancora un po' precoce - adesso ci sono più inserimenti per mamma e bambino, molti di più, direi forse per tutte le donne, almeno come proposta. Le donne che hanno avuto un ingresso in comunità hanno una maggiore probabilità rispetto agli altri bambini di avere il loro bambino affidato a loro stesse? No.

Sono state prese in considerazione donne che sono state più molto più di sei mesi in comunità, che sono circa il 40 per cento delle donne che hanno partorito e quindi è un buon numero e certamente in queste donne l'inserimento in comunità era finalizzato anche a un recupero delle loro capacità e potestà genitoriali. In realtà, dal punto di vista degli esiti, cioè la destinazione finale del bambino, mostra una distribuzione che è paragonabile a quella delle donne che sono trattate in altre forme o che non hanno inserimento in comunità. Gli esiti delle donne inserite in comunità specializzate madre e bambino: siamo fermi al '96, adesso ci sono molte più comunità per madre e bambino, molto interessanti e molto belle. A Torino ce ne sono molte, so che qualcuno anche oggi parlerà, che si occupano della relazione madre e bambino nel contesto della tossicodipendenza con grande competenza; mi fa molto piacere sapere che ci sono questi tipi di