comunità, questi colleghi che lavorano su questo settore.
In termini tendenziali, anche secondo quella che è la mia esperienza più recente, vediamo che comunità con questa specializzazione potrebbero essere pensate come più protettive rispetto al radicamento del bambino nella propria famiglia di origine, i genitori e la madre; non dico neanche i numeri perché sono ridicoli dal punto di vista statistico, però tendenzialmente ritengo che questa indicazione sia valida per la mia esperienza e che soprattutto, laddove si fanno questi tipi di percorsi, l'adozione non rappresenta un esito così presente.
Prima delle conclusioni, volevo presentarvi che cosa si sta facendo dal '98 a Torino e in regione rispetto a questo problema che vi citavo, cioè al fatto che c'è un problema abbastanza grosso collegato al fatto che questi bambini hanno dei percorsi di vita così accidentati e che, come diceva l'Assessore BRUNATO c'è una certa lentezza. I tempi delle madri sono diversi da quelli dei figli. Poi, c'è un altro elemento, che i servizi degli adulti sono sempre stati fortemente protettivi rispetto ai propri pazienti genitori, rispetto al lavorare in integrazione con i servizi che si occupano più della tutela del minore, al fine di dare a questi bambini il genitore che si merita e che si meriterebbero.
A Torino abbiamo pensato di costituire dei centri di valutazione delle capacità genitoriali, che abbiamo chiamato CARE, Centro per l'attività sul rischio in età evolutiva. Questi CARE, che sono attualmente uno nell'azienda 1 e ne sono in corso di costituzione altri tre, avranno un nome uguale o similare a Torino, oltre alle esperienze che ci sono già; sono servizi di secondo livello, di valutazione delle capacità genitoriali, composti da operatori provenienti dai servizi degli adulti, quindi dai SERT e anche dalla psichiatria, che si occupano della tutela dei bambini e della valutazione delle capacità genitoriali dei propri pazienti.
Se dei bambini non si occupano gli adulti, non si sa chi se ne dovrebbe occupare e quindi, in qualche maniera, perché il SERT non si deve occupare di comprendere, capire, probabilmente in un setting diverso da quello che è il setting di trattamento del proprio servizio, quali sono gli interventi da prestare rispetto alla valutazione e quindi il tentativo di CARE è quello di assumere all'interno del trattamento e della valutazione del proprio paziente genitore anche l'aspetto della tutela del minore.
Abbiamo visto che assistenza adeguata e mantenimento metadonico migliorano gli esiti ostetrici cioè danno dei bambini più sani. Disassuefazioni fallite danno esiti peggiori del proseguimento dell'uso di eroina e quindi non sono da praticare, che il destino dei bambini presenta queste caratteristiche: ci sono numerosi cambiamenti in affidamento tra il primo e il terzo anno di età, che il 20% dei bambini va in adozione e che questa adozione avviene tra il terzo e il quarto anno di età, cioè in epoche anche abbastanza tardive e poi, che all'ultima rilevazione del follow - up, solo il 20 per cento dei bambini risultavano affidati a entrambi i genitori.
Abbiamo visto che i servizi hanno fatto un forte investimento sull'inserimento in comunità terapeutica i cui esiti restano ancora incerti rispetto all'affidamento finale dei bambini.
Non entro nei meriti degli esiti dei trattamenti in comunità, perché penso che le comunità per mamma e bambino e per coppie debbano essere valorizzate e probabilmente dovrebbero poter forse anche accettare in fasi precoci donne in trattamento metadonico.
Abbiamo sottolineato la necessità di migliorare la qualità della valutazione, la precocità rispetto ai destini che abbiamo visto, della valutazione e capacità genitoriali e vi segnalo, perché ho sentito l'intervento di Roma e mi è molto piaciuto, che c'è una scarsità di interventi di holding assistenziali ampie, che siano rivolte al sostegno della relazione madre e bambino, coppia e bambino, cioè ci sono pochissimi interventi nell'area educativo - pedagogica che seguano le donne coi bambini in mantenimento metadonico.
In Piemonte c'è un progetto di questo tipo, ad Asti, è sostenuto dal 309 e l'ultima cosa che dico, per ringraziare anche tutti i miei colleghi, è che l'esperienza nostra ha evidenziato l'importanza di una buona integrazione funzionale tra i diversi servizi che si occupano del problema.»

Chairman Dott.ssa M. Novella CORDONE:- «Ora l'intervento della dottoressa Simona SALETTI della Comunità di Bessimo, Struttura di Gabbioneta, che ci parlerà de "La presa in carico di famiglie tossicodipendenti in un modello di interventi residenziali".»

Dott.ssa Simona SALETTI:- «Inizio il mio intervento cercando di illustrare il mio lavoro, che si svolge in una comunità residenziale per coppie tossicodipendenti. I lucidi mostrano un campione statistico che va dal '93 al '98, e illustra la tipologia di utenza e dei minori inseriti. Il campione è di 54 bambini, il dato evidente è che si inserisce prevalentemente nei primi anni di vita e c'è una fetta che è pari al 18,5 per cento di nati in comunità.
Questi bambini nati in comunità sono frutto di gravidanze che sono iniziate o durante il percorso o prima del percorso. Questo significa anche farci carico del trattamento metadonico, che accompagna le madri nelle gravidanze che sono iniziate prima.
Su questo totale di 54 minori, il 78 per cento vengono inseriti con un decreto del Tribunale per i minorenni. La maggioranza delle coppie, il 68% sono coppie genitoriali che vengono in comunità appunto coi loro figli, gran parte di questi, più della metà, ha un solo figlio, c'è una fetta piccolissima che ne ha tre, è un caso solo, mi pare.
Il dato relativo alle condizioni, però ormai è poco attendibile, è quello che riguarda l'infezione da HIV e il dato aggiornato ad oggi è che circa il 20 per cento delle coppie inserite è portatrice di HIV.
Relativamente alle persone con doppia diagnosi, solo il 6,6% ha manifestato problematiche psichiatriche e per problematiche psichiatriche abbiamo incluso solo quelle con sintomi gravi, escludendo le problematiche border o i disturbi dell'umore.
Nel nostro campione, sia relativamente agli uomini che alle donne, circa la metà degli inserimenti avviene nella fascia di età attorno ai 31/35 anni, dato significativo perché è l'età media in cui le nostre coppie arrivano con i bimbi.
Per maggiore chiarezza di esposizione, leggo la mia relazione. Genitori e figli in comunità terapeutica. Mi sembra importante iniziare con l'articolo 1 della legge 184: il minore ha diritto a essere educato nell'ambito della propria famiglia. Credo sia questo lo spirito con cui la cooperativa di Bessimo, nel 1984, ha iniziato ad accogliere i nuclei familiari con problemi di tossicodipendenza.
All'inizio degli anni '80 la cooperativa disponeva l'apertura di una comunità rivolta alla popolazione femminile e alla nuova realtà di coppie tossicodipendenti. Fin dai primi tempi ci si trovò di fronte alle richieste di quelle donne o nuclei familiari che chiedevano un inserimento anche per i propri figli e tempi e spazi per gestire il rapporto con i bambini il più delle volte collocati presso i nonni.
Il percorso educativo inizialmente non prevedeva l'immissione dei bambini, che vennero mantenuti fuori dal programma fatti salvi gli incontri ritenuti indispensabili affinché si conservasse un minimo di rapporto relazionale affettivo tra madre e figlio, genitori e figlio.
La gestione di queste situazioni e ancor più l'inserimento di alcune donne in gravidanza, che partorivano durante il programma in comunità, ci fecero avvertire la necessità di accogliere anche i figli di queste donne, di queste famiglie.
Si può immaginare come la presenza di un bambino sia divenuta a quel punto parte integrante della proposta di recupero indirizzato alle famiglie tossicodipendenti con le dovute considerazioni.
Un figlio non cambia la madre o i genitori tossicodipendenti, benché ve ne sia spesso l'illusione. La maternità è spesso subita, è risultato dell'ingestibilità della solitudine, è voluta come autoterapia, è strumentale, è incosciente, è una rivalsa sulla famiglia e sulla società.
Il figlio può diventare un elemento estremamente positivo però. La sua presenza può incentivare la famiglia a un maggiore impegno nella reale conoscenza di se stessi e dei propri bisogni, nell'affrontare la realtà e nel fare fatica; un figlio che piange, che chiede di giocare, che ha fame richiama ognuno di noi a un impegno concreto e quindi anche le famiglie.

Nella scoperta della responsabilità, il figlio è elemento gratificante che permette alla famiglia di riconoscersi positivamente, nell'appropriarsi della consapevolezza che, fornendo cure adeguate ed avendo un sufficiente grado di amorevolezza, si consente al figlio uno sviluppo armonico e psicologico adeguato, nell'apprendere ad anteporre ai propri bisogni quelli di un altro, nell'imparare a osservare e cogliere lo stato di bisogno, per creare ed intraprendere proficue soluzioni.
La nostra comunità ospita diverse tipologie di famiglie: con figli presenti in comunità, con figli in affido o in adozione, con entrambi i genitori tossicodipendenti, più raramente con un solo genitore tossicodipendente. Spesso i genitori arrivano in comunità dopo l'emissione di un decreto da parte del Tribunale per i Minorenni a tutela del figlio, che impone chiare prescrizioni e l'obbligo per i genitori di occuparsi anche e prevalentemente della propria tossicodipendenza.
Talvolta la presa in carico in una situazione di coazione, come appunto dopo l'emissione di un decreto, rende ancora più complesso l'aggancio relazionale, con la presenza di un delicato intreccio di sentimenti contrastanti e ambivalenti nei confronti delle istituzioni, ma anche nei confronti della stessa comunità. La tematica affrontata è quella di fare i conti con l'inesistenza di motivazioni personali al cambiamento a cui seguono spesso momenti di crisi, di tensione, di acting out.
In ogni caso è importante partire da qui con i genitori per aprire un confronto, per iniziare un percorso di crescita partendo dalla tutela che altri, il Tribunale per i Minorenni, il servizio sociale, la comunità stessa hanno pensato relativamente ai loro figli, cercando costantemente un adeguato rapporto tra presa in carico e controllo.
Spesso il figlio del tossicodipendente viene rivestito di aspettative salvifiche, il figlio viene pensato come una garanzia sul futuro, come un aspetto di normalità, come una rivalsa sulle famiglie di origine.
Accogliere queste aspettative, aiutare i genitori a ridimensionarle, accettare di condividere le eventuali cadute motivazionali legate alla genitorialità, è una parte significativa del percorso comunitario. Accogliere in comunità i figli dei genitori tossicodipendenti è prendere atto che una situazione familiare questi bambini se la portano addosso comunque, ce l'hanno davanti nella loro vita, ce l'hanno dentro quando parlano, quando giocano. Non bastano tempo e distanza fisica per scrollarsi di dosso la propria famiglia.
E' importante farsi portatori di una cultura che valorizzi il recupero insieme dell'intero nucleo familiare senza mistificazioni, con chiarezza, lavorando per superare le differenti letture dei problemi che altri servizi hanno, con la disponibilità a correre anche il rischio dell'insuccesso.
Ciò significa guardare al minore inserito in comunità non come ad un ospite, ma come ad un utente, come individuo a cui rivolgere attenzione in termini di prevenzione di un disagio futuro, di accudimento, di presa in carico, di cura.
Non si può dimenticare che il minore è una persona distinta e portatrice di un proprio mondo interno, con un ritmo di crescita diverso da quello dei propri genitori, che va salvaguardato e tutelato.
Diventa quindi fondamentale supportare i genitori e anche gli educatori coinvolti in questo progetto, nel considerare e trattare il bambino, rispettandone la dignità, i bisogni e i tempi, riconoscendo il suo passato e aiutandolo a capire, a vivere la dimensione presente. Dal novembre del '98, la cooperativa sociale di Bessimo, dapprima nell'ambito della legge sul fondo nazionale Lotta alla Droga e poi sul fondo regionale della legge 45, ha avviato presso le comunità terapeutiche residenziali per nuclei familiari e per donne con figli un progetto di presa in carico integrata, che consideri sia gli adulti che i minori come utenti della comunità.
La durata di questi progetti è triennale. Il progetto di presa in carico delle coppie tossicodipendenti o della donna con figli, si realizza prestando attenzione non soltanto all'individuo portatore di disagi rintracciabili nella sua storia, ma anche nella relazione che è nata o è cresciuta nella condizione di tossicodipendenza.

Una prospettiva integrata che ci porti a vedere il sintomo dell'individuo, permette di individuare le ragioni che hanno portato al sintomo e le condizioni attuali presenti all'inizio del percorso terapeutico.
La stessa prospettiva ci porta anche a identificare le risorse che spesso esistono nella relazione genitoriale e che possono diventare il motore per il cambiamento e per la ricerca di nuovi equilibri per la famiglia.
Caratteristica peculiare della comunità per nuclei familiari è che, oltre alla dimensione individuale, ci si occupa anche della relazione e dei legami affettivi fra genitori e i loro figli.
I nostri utenti spesso hanno alle spalle esperienze relazionali disturbate dall'uso di sostanze che interferivano nei rapporti familiari e sociali, con la conseguenza di avere impedito loro una chiara interiorizzazione dei modelli relazionali sani.
La presenza di un figlio richiede, oltre a un equilibrio e un benessere personale, la capacità di accogliere e accudire il bambino, distinguendo i suoi bisogni da quelli dei genitori. Spesso questi genitori non sono consapevoli del valore del figlio inteso come persona e lo utilizzano come strumento per soddisfare desideri personali. E' importante che nel periodo di permanenza in comunità, i genitori imparino ad assumere sempre più responsabilmente e in modo autonomo la gestione del figlio, avendo scoperto dentro di sé le proprie risorse e il proprio ruolo genitoriale.
La comunità può accompagnare e sostenere questa ricerca ed allenamento dell'essere un genitore sufficientemente buono, graduando le richieste e i pesi di tale ruolo, fino a restituirlo pienamente ai papà e alle mamme, al termine del percorso terapeutico.
Il progetto propone una presa in carico terapeutica integrata della persona con problematica di tossicodipendenza e supporto formativo agli operatori.
La compresenza di interventi differenziati, mirati e in sinergia tra loro, costituisce per la persona tossicodipendente un'indispensabile esperienza di coesione e quindi di sviluppo.
Si tratta pertanto di un progetto terapeutico multifocale che tiene presenti le varie professionalità che intervengono nella costruzione del progetto famiglia, che si articola a più livelli e si realizza attraverso la messa in comune e l'integrazione delle competenze di ciascuna professionalità coinvolta nel trattamento.
Un primo livello del progetto è quello dell'intervento diretto e specialistico con l'utenza.
Un secondo è quello della collaborazione coordinata fra i diversi operatori coinvolti nel trattamento, i SERT, i servizi materno infantili, il Tribunale per i Minori.
Il progetto prevede supporto al ruolo genitoriale, osservazione dei minori e delle loro dinamiche personali e relazionali, presa in carico del minore, presa in carico delle relazioni affettive disturbate, interventi psicologici rivolti ai soggetti tossicodipendenti con figli minorenni inseriti in comunità, come consultazioni per la valutazione psicologica, presa in carico di gruppo o individuale, possibili consultazioni brevi individuali, presa in carico delle relazioni affettive disturbate, valutazione psicologica.
Gli interventi formativi vengono rivolti agli operatori impiegati nella comunità, sia nella presa in carico dei soggetti adulti che dei minori, nella forma di consulenza all'équipe degli operatori della comunità, consulenza e formazione del personale della comunità impegnato direttamente nella cura dei minori e dei soggetti, supervisione teorico - clinica rivolta all'équipe degli operatori della comunità, consulenza sui casi rivolta all'équipe.
Bessimo è in Val Camonica, Provincia di Bergamo. Si chiama cooperativa di Bessimo, perché la prima casa l'abbiamo aperta appunto lì. Lavoriamo nell'ambito della tossicodipendenza dal '76 e il nostro lavoro ormai è esteso su tre Province, Bergamo, Brescia e Cremona. A Cremona c'è la comunità nella quale lavoro, Bessimo, a Bergamo, è un'altra comunità per nuclei familiari e nella provincia di Brescia è raggruppato il maggior numero dei servizi.»

Chairman Dott.ssa M. Novella CORDONE:- «Adesso la dottoressa CARLETTI, del Gruppo ABELE, farà un intervento su "Genitorialità e tossicodipendenza: esperienze di una comunità residenziale".»

Dott.ssa Laura CARLETTI:- «Presento il lavoro del Gruppo ABELE con le persone tossicodipendenti e i loro figli. Abbiamo pensato di fare anche una pubblicazione piccola, molto minima, per illustrare il progetto in forma più dettagliata.
Vi presento i dati della comunità per coppie di Murisengo, che lavora sul progetto coppie, dal 1989 ad oggi, e da quell'anno ad ora sono vi passate circa 250 persone. La ricerca che abbiamo fatto sulla presa in carico di queste persone coinvolge i primi dieci anni di lavoro con loro.
Le aree di intervento su cui la comunità lavora, chiaramente sono il contenimento dell'uso e abuso della sostanza e il lavoro sulla persona, la verifica delle capacità o meno di mantenersi coppia in assenza della sostanza, l'appoggio e la valorizzazione delle capacità genitoriali.
Le coppie, in questi primi dieci anni di lavoro, sono state 95, il 36 per cento è arrivata in comunità senza figli ed è rimasta senza figli, il 58% erano coppie genitoriali e poi abbiamo avuto un 6 per cento di coppie che ha concepito il primo figlio in comunità.
Quanto alla provenienza dei bimbi, prendendo in considerazione, chiaramente, soltanto la fetta delle coppie genitoriali: abbiamo avuto 42 bambini arrivati in comunità, il 68% è arrivato già in gestione della famiglia di origine, il 9% è arrivato a noi con un inserimento curato quindi un passaggio dalla comunità per minori, che è un 13%, un 6% da un affido familiare, quasi sempre ai nonni, e l'affido extra familiare è stato del 4% e questo vuol dire famiglia extra rispetto all'entourage familiare e alla comunità madre - bambino, che è stato del 9%; quindi si è evidenziata una scelta, una modifica di progetto da una mamma sola a un investire sulla coppia e quindi anche con il partner.
Dopo il trattamento in comunità, dopo un anno e mezzo, due, di lavoro con loro, la situazione si è modificata, abbiamo avuto un 82% di gestione ai genitori. Questo vuol dire anche una conferma da parte del Tribunale e dei provvedimenti di affido e quindi un investimento sulla coppia. C'è stato poi un affido extra familiare del 9% e un affido familiare ai nonni di un 9%.
I percorsi sono stati poi così articolati: tutta la questione non è stata così lineare e semplice, abbiamo avuto, dei 32 bambini inseriti subito con i genitori, 27 sono stati confermati e quindi hanno fatto praticamente tutto il percorso con la famiglia e sono anche usciti, nel reinserimento con loro, sono passati 3 in affidamento extra familiare e 2 in affidamento familiare. I bimbi che arrivavano già da un affido sia ai nonni che a una famiglia, sono stati confermati alla famiglia di origine. Dei 6 bimbi che arrivavano da una comunità per minori, 2 sono andati in affido familiare, 1 è rimasto da noi solo, senza la mamma, perché la mamma poi se ne è andata, 3 sono stati confermati alla famiglia di origine. I 4 bimbi che arrivavano da una comunità madre - bambino sono poi stati confermati alla famiglia di origine. Quindi, un totale di 39 bimbi hanno praticamente avuto la possibilità di vivere con la famiglia. Questi bimbi hanno una fascia di età compresa maggiormente tra i zero e i tre/ quattro anni, questo perché chiaramente i provvedimenti del Tribunale, avvengono chiaramente alla nascita e quindi con un procedura d'urgenza di affidamento e di prescrizione per la madre e per il padre di fare un percorso terapeutico.
Qui c'è un dato territoriale nostro sulla provenienza: lavoriamo maggiormente chiaramente con la città di Torino, 24 bimbi li abbiamo gestiti insieme ai servizi di Torino, nella Provincia, cioè fuori dal centro, abbiamo gestito 7 bimbi, nella regione 4. La nostra ASL territoriale che è quella di Casale Monferrato, la ASL 21, chiaramente ci coinvolge di più e quindi abbiamo lavorato con loro su 9 situazioni e fuori regione, ma molto poco, questo proprio per scelta, per lavorare meglio sul territorio, anche rispetto a inserimenti post - comunità, soltanto con 3 bimbi.

L'adesione al trattamento di coppia dei nostri ospiti. C'è un 75% di coppie che riesce a portare a termine il programma, tenendo conto che un 58% dei trattamenti sono stati completati anche in accordo con i servizi e con chi ha lavorato con loro e invece per un 17% c'è questa interruzione concordata, però è una interruzione dopo l'anno di comunità, quindi già con un percorso avviato e strutturato. C'è un 8 per cento di trasferimenti, quasi sempre quando la coppia si scoppia e quindi sceglie percorsi separati, un 11 per cento di abbandoni fino al terzo mese e una espulsione del 6 per cento.
Gli ultimi dati sono più riferiti alle altre aree di lavoro, sulle sostanze. Abbiamo visto una remissione permanente di un 43 per cento dalle dimissioni dalla comunità, un 18 per cento dopo una ricaduta post - comunità, a volte anche abbastanza fisiologica, una ricaduta di coppia che coinvolge il 35 per cento delle coppie accolte. Un 20 per cento, dove la coppia è in ricaduta, sia il partner femminile che maschile, un 6 per cento della ricaduta di lei, un 9 per cento della ricaduta di lui, un trasferimento (sono il 4 per cento). Quando avviene che la ricaduta coinvolge solo uno dei due partner, quasi sempre avviene poi anche la separazione della coppia.
Questo è un po' più complesso, ma forse riuscite a capirlo meglio nel librettino. Vediamo le remissioni rispetto all'uso di sostanze, suddivise per anni di dimissioni, quindi partendo dall'89/'90. La composizione dei gruppi è sempre molto varia e a volte va bene e a volta ci sono un po' più situazioni di difficoltà. Ultimi dati: coppia e separazione. Dicevo prima che a volte la coppia si scoppia e abbiamo una conferma della coppia del 66%; le coppie che si sono separate in comunità durante il percorso sono l'11 per cento, con un 18% di separazione post - trattamento e un 5 per cento di separazioni intermittenti. Quelle classiche coppie che insomma sono sempre sull'orlo di una separazione, ma non si separano poi mai.
Sulla sieropositività: abbiamo avuto HIV negativi, 76 per cento, positivi concordanti, quindi ambedue i partner, il 12 per cento, lei HIV positivo il 3 per cento, solo lui il 9 per cento, quindi una percentuale tutto sommato, molto bassa.
Alcune riflessioni sulle esperienze di due comunità del gruppo ABELE. Il lavoro relativo alla genitorialità con coppie e mamme in situazioni di dipendenza, svolto rispettivamente nelle due comunità del Gruppo ABELE di Murisengo che è una comunità per coppie con figli, e di San Mauro, che accoglie solo mamme con figli, ha evidenziato nel tempo alcune costanti che vorremmo utilizzare per cercare di spiegare i vissuti, i problemi, le paure, le difese che si evidenziano nelle relazioni della vita di comunità. Vivere la dipendenza da una o più sostanze e al contempo una relazione educativa di tipo genitoriale non è cosa semplice. Infinite sono le interconnessioni che creano alleanze e separazioni, chiarezza e confusione, piacere e disagio, forse paura, così come sono varie e variegate le risposte genitoriali in quanto ogni diade madre - bambino o triade, madre - padre - bambino è un universo a sé, un mondo complesso unico e irripetibile. E' anche vero che si possono riscontrare delle costanti delle modalità di risposta e reazioni simili su cui si innestano le personali originalità. La nascita di un figlio costituisce per tutti un delicato passaggio in cui si fanno i conti con la propria famiglia di origine, con la propria situazione di coppia, con la propria trasformazione da figli in genitori. Laddove si vivono situazioni già difficili, si può assistere a un passaggio più sofferto, caratterizzato da un marcato accentuarsi delle preesistenti difficoltà.
Diversa poi è la modalità di approccio al figlio, se la genitorialità è vissuta in coppia o come singoli.
Si passa ora a delineare alcune immagini che valgono per entrambe le situazioni, tenendo presente che i vari modelli presentati sono strettamente interconnessi, interdipendenti, sfumati e sfumabili, al contempo attigui e in contrapposizione, tutti rientranti con sfaccettature differenziate nella più vasta modalità reattivo difensiva. Ci si difende dal proprio passato, perché disturba anche le azioni, ci si difende dal presente perché non si è capaci di affrontare e decifrare i messaggi del contingente, ci si difende dal futuro perché sconosciuto e fonte d'ansia. All'interno però di queste modalità difensive si possono coglie-

re delle peculiarità specifiche alla base di atteggiamenti e comportamenti spesso riscontrabili.
Il modello del dito puntato, cioè del "siamo obbligati" a. Ci si sente giudicati all'esterno, dalla famiglia, dai servizi, dal Tribunale per i Minori, dalla comunità, dai coetanei poiché, a ben riflettere, ci si autogiudica, ci si sente colpevoli nel profondo, anche se lo si nega, per le scelte fatte, e si utilizza la modalità del giudizio, come difesa tramite un meccanismo proiettivo. L'atteggiamento conseguente è però spesso quello della rabbia, dell'aggressività, dell'avversione verso la progettualità e l'accompagnamento. Ci si atteggia come vittime, si effettuano continue richieste assistenziali, si pretende molto, tutto è dovuto. Questi sono i comportamenti di superficie con cui gli operatori devono inizialmente fare i conti. Nello scontro, il figlio è in seconda fila o percepito come ostacolo. Compito della comunità è di stimolare la rivalutazione del ruolo genitoriale e del figlio come una priorità per la vita del genitore. Il mondo ce l'ha con me: è il ritornello di sottofondo.
L'abbiamo chiamato il modello guscio: "tutto solo mio". Si vive il figlio come possesso personale, tesoro prezioso da preservare da attacchi esterni. Simbiosi enfatizzata, da vivere con determinazione. Spesso il figlio riempie, come faceva la sostanza, tant'è che spesso, quando la simbiosi diminuisce, ricompare l'assunzione della sostanza stessa. 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, nel percepire come imperioso e minaccioso tutto ciò che è altro dalla nuova coppia, perché aprire un varco può significare crisi ulteriore. "Il figlio è mio, solo mio e ci penso io": è la rivendicazione di una genitorialità di cui si ha bisogno per esistere e autoaffermarsi nel nuovo ruolo rigeneratore rispetto a quello precedente. Chiusura, isolamento, presunzione, apparente sicurezza, strumentalizzazione della maternità per sentirsi buoni, validi e capaci sono atteggiamenti frequentemente osservati. Si vuole nascondere a se stessi ogni fragilità o paura. Toccherà agli operatori delle comunità aprire spiragli sul sé profondo per stimolare uno sguardo interno.
Modello saponetta e quindi "svicolo volentieri". E' un tentativo di svicolare dall'impegno del figlio, senza svicolare però dall'immagine del genitore adeguato utilizzando ad esempio i propri genitori, quindi i nonni del bimbo come surrogato di genitorialità. In questo modo non ci si fa troppo coinvolgere, toccare dai problemi profondi della genitorialità e della gestione del figlio. Niente mi tocca: sembrerebbe il ritornello ripetuto per allontanare da un coinvolgimento profondo famiglia di origine, comunità, servizi e partner. Ciò consente anche di svicolare dai problemi, alleggerendo il carico emotivo, affettivo, pratico, delegando ad altri la gestione, ma tuttavia rivendicandola a sé. Spesso ci si percepisce genitori molto validi e buoni, il figlio assume un valore terapeutico. Se la madre è sola, spesso diventa la grande Dea Madre, onnipotente e onnicomprensiva. Compito degli operatori è di smascherarle l'illusione provocata dal prevalere dell'esperienza rappresentazionale della genitorialità, a volte ai limiti del caricaturale, 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.
Queste sono tre modalità molto diffuse e osservabili, su cui è possibile lavorare per spostare il centro di interesse. 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. In questo modo, gli individui possono così uscire dalla rigidità dei propri modelli, sperimentandosi in modo nuovo e quindi dall'obbligato al provare piacere di, da "I figlio è solo mio" al parliamone insieme, dallo "svicolo volentieri" al "mi coinvolgo un po'".
Il lavoro svolto ha consentito, pur in due contesti comunitari differenti, di suscitare domande prima che di dare risposte, di aumentare l'autostima, prima che di sapere cosa fare col figlio, di imparare ad imparare prima di credere che basti partorire per essere un

buon genitore, di scoprire il valore individuale della persona, prima di percepirsi solo come coppia, per poi saper scindere la capacità genitoriale dall'esito del rapporto di coppia. E' possibile quindi riflettere sulla genitorialità, per aumentare la propria personale conoscenza e presa di coscienza di una nuova vita e di un nuovo ruolo così che la sostanza stupefacente non diventi l'ostacolo, il sostituto o la molla per la scelta genitoriale.
Il lavoro di comunità intende far sì che la condizione di vita sperimentata con l'arrivo di un figlio possa stimolare movimenti, passaggi, un tumulto di emozioni e anche concettualizzazioni, che inducano cambiamenti nel proprio sé genitoriale profondo.
L'accompagnamento residenziale, attraverso la situazione individuale e di coppia e il lavoro di gruppo insieme alle competenze specialistiche offerte dai servizi, consente di attivare quindi un processo di assunzione di nuove e progressive responsabilità genitoriali.»

Chairman Dott.ssa M. Novella CORDONE:- «Adesso la dottoressa CERRI del PARSEC ci illustrerà il progetto che il Ministero della Sanità ha affidato al PARSEC sulle problematiche che sono state oggetto oggi di illustrazioni varie. Questo progetto partirà intorno ai primi mesi dell'anno, tra gennaio e febbraio.»

Dott.ssa Daniela CERRI:- «In realtà sono qui per presentare due progetti. Uno si è già concluso nel dicembre del '99 e uno è il progetto invece di cui si parlava poc'anzi e che è in via di attuazione.
Questo primo progetto, appunto il progetto Diade, quello che si è concluso nel dicembre '99, è rivolto a donne tossicodipendenti in gravidanza o madri di bambini piccoli, ovvero una comunità transitoria che accoglieva anche donne ancora in trattamento metadonico.
Questo progetto è stato finanziato dal fondo nazionale ed è stato realizzato dall'Associazione PARSEC in partnerariato con l'ASL Rm B, sempre perché questa ASL è particolarmente sensibile a questa problematica, visto che stamattina la dottoressa COLLODI ci ha raccontato di questo nuovo progetto sulla presa in carico delle coppie tossicodipendenti in attesa di un figlio. Il progetto era in realtà inizialmente ideato per la durata di due anni. Poi, in realtà, per una riduzione di finanziamenti, è stato attivato solamente per un anno. A conclusione del progetto, naturalmente, abbiamo ripresentato il progetto, però non è stato rifinanziato e questa purtroppo è stata una grande perdita nel senso che si era proprio appena iniziato a creare anche un orientamento di intervento, un senso, un riconoscimento anche a livello territoriale e invece purtroppo il fatto che non è stato rifinanziato è stata proprio una grande perdita di valore e di significato.
Il secondo progetto, di cui accennerò brevemente qualcosa, è stato commissionato dal Ministero della Sanità, ed è uno studio relativo alla valutazione dell'offerta dei programmi di assistenza per le problematiche specifiche delle donne tossicodipendenti e dei loro figli.
Parlarvi di questi due progetti, in realtà, è raccontarvi anche un po' quella che è la modalità e la cultura di intervento dell'Associazione PARSEC, nel senso che, nella loro specificità e complementarità, raccontano come il lavoro svolto negli ultimi vent'anni da PARSEC ha avuto sin dall'inizio una precisa impostazione, quella di unificare le esperienze concrete e quindi di campo con una riflessione che potesse a volte precederle e a volte invece seguirle.
Non a caso, alla fine degli anni '80, PARSEC è stato registrato quasi contemporaneamente nell'albo degli enti ausiliari nel settore delle tossicodipendenze e nell'albo degli enti di ricerca istituito dal Ministero per la Ricerca Scientifica.
I termini ricerca - intervento o ricerca - azione non sono per noi delle etichette che potevano andare di moda qualche anno fa, ma un vero e proprio indirizzo concettuale e un panorama culturale di riferimento. Perciò è abbastanza naturale affrontare una determi-

nata problematica sociale da un doppio punto di vista, quello dell'operatore e quello di un ricercatore sociale. Tutto ciò porta a due conseguenze principali. La prima riguarda l'individuare precocemente il manifestarsi di bisogni e di esigenze di sostegno da parte delle persone a rischio di esclusione sociale. La seconda, strettamente connessa alla prima, è relativa alla tendenza a proporre agli interlocutori degli enti pubblici attività sperimentali e innovative, che tentano di formulare una prima risposta alle nuove esigenze che si sono rilevate. Anche sul fenomeno delle donne tossicodipendenti in gravidanza, e/o con figli, si è seguita la stessa strada e quindi: rilevazione del bisogno, attivazione dell'intervento e studio, a livello nazionale, del fenomeno.

Come nasce quindi il progetto Diade? Prima di tutto la gravidanza nelle tossicodipendenti si evidenzia come un fenomeno di notevole rilevanza da diversi punti di vista, che invitano a considerare l'assistenza della gestante tossicodipendente nella sua globalità e multidisciplinarità. Da un punto di vista medico, la gravidanza entra immediatamente tra quelle situazioni a rischio elevato. L'assunzione non controllata di oppiacei e di altre sostanze stupefacenti concorre in maniera determinante a complicare il decorso fisiologico della gestazione e del parto. L'idea del progetto nasce proprio dalla constatazione della complessità della realtà della gravidanza nelle donne tossicodipendenti e dalla rilevazione di una carenza di strutture, che siano in grado di offrire una presa in carico integrata e globale. Infatti, solo l'attivazione di una strategia di rete volta a cogliere e a valorizzare le risorse presenti sul territorio, può dare la possibilità di cogliere la maternità come un incentivo per uscire dal problema della dipendenza e fornire alle donne quegli strumenti che le rendano capaci di tutelare lo sviluppo psicofisico del nascituro. L'obiettivo generale del progetto è stato fornire una risposta specifica a un'ulteriore dimensione dell'utenza tossicodipendente, la genitorialità. L'intento è quello di cogliere l'occasione della maternità come contributo alla risoluzione del problema tossicomanico a favore di un processo di responsabilizzazione e crescita individuale, in relazione al bambino e al nascituro.

La creazione di un centro diurno e residenziale inserito nella rete di servizi già esistenti sul territorio svolge il compito di sostenere la donna affinché arrivi alla maternità, nel periodo precedente e in quello successivo al parto, in modo sereno e responsabile e libero da interferenze con l'ambiente da lei abitualmente frequentato. La struttura costituisce l'elemento focale di un intervento che funge da collante tra le varie istituzioni formali e informali collegate alla tossicodipendenza e alla genitorialità, offrendo alla donna tossicodipendente in gravidanza o con figli, la possibilità di intraprendere un percorso educativo e terapeutico insieme al proprio bambino, evitando drammatiche separazioni che accentuerebbero le difficoltà ad affrontare un programma terapeutico.

Il progetto è nuovo nel suo genere, almeno nel territorio del Lazio. Risultano infatti inesistenti sul territorio romano strutture che in modo specifico rispondano alle esigenze in questo particolare tipo di utenza. Il semplice reperimento di un alloggio per donne in gravidanza o per coppie madre e bambino presenta spesso delle difficoltà poco superabili anche da parte delle comunità terapeutiche. Inoltre, l'accesso ad esse, ove è possibile, è subordinato nella maggior parte dei casi all'aver già effettuato un percorso di disintossicazione.

Il progetto Diade prevede per ciascun utente un progetto individualizzato che può andare dal reinserimento lavorativo all'accesso poi in una comunità terapeutica, in cui è prevista la possibilità di effettuare all'interno del centro lo scalaggio e il mantenimento metadonico e farmacologico sulla base delle indicazioni concordate con il SERT.

Al fine di raggiungere l'obiettivo generale, vengono forniti alla donna quegli strumenti atti a renderla capace di tutelare la propria salute psicofisica, nonché lo sviluppo psicofisico e sociale del bambino attraverso la possibilità per la gestante/madre di compiere un lavoro educativo terapeutico rispetto all'abuso di droghe, la presa in carico della diade madre - bambino, nell'ottica di una quotidianità il più possibile nella norma, l'offerta del supporto necessario per formare e rinforzare la rete familiare e sociale della

diade e la trasmissione di competenze teorico - pratiche e il sostegno psicologico alla madre in merito alla crescita e cura del figlio in un clima decolpevolizzante e responsabilizzante.
Il centro residenziale Diade è rivolto a giovani donne tossicodipendenti in gravidanza o madri di bambini piccoli senza fissa dimora o con situazioni familiari particolarmente problematiche e può ospitare complessivamente cinque persone. L'invio al progetto Diade può avvenire tramite i servizi territoriali, socio - sanitari, sia pubblici che privati. Ogni utente della comunità, tenendo comunque sempre ben presente la presenza del bambino e quindi della diade madre - bambino, ha un progetto individuale da seguire e ciò porta inevitabilmente alla differenziazione degli interventi. La vita comunitaria che si svolge in autogestione rispetto alle attività generali, supportata da quotidiane riunioni organizzative, legate alla manutenzione della casa, alla cucina, insomma alle attività quotidiane, prevede gruppi di confronto con cadenza trisettimanale in cui vengono osservati e discussi comportamenti ed emozioni in un contesto di convivenza con altre persone. Il tempo libero è in gran parte strutturato, in particolare il week end, nell'ottica dell'apprendimento di una personale organizzazione degli spazi personali. Con cadenza bisettimanale vengono dedicati spazi definiti alle attività che vanno dalla lavorazione del legno ai laboratori musicali. Parallelamente, i bambini sono impegnati nelle attività ludiche e in gruppi di educazione psicomotoria. Nell'arco della giornata, sono previsti momenti in cui la madre e il bambino possano trovarsi in intimità, ciò allo scopo di favorire nella madre il maternage e nel bambino l'attaccamento. Le diadi residenti presso il centro infatti sperimentano spesso per la prima volta uno stare insieme così intenso. Una sola regola prevede l'esclusione automatica dalla comunità, ovvero l'introduzione di sostanze stupefacenti all'interno della struttura. Anche la violenza fisica può comportare l'esclusione, anche se questo è più legato poi alla possibilità di elaborazione dell'evento da parte dell'utente. Le regole necessarie alla convivenza comunitaria vengono comunque stabilite dagli stessi utenti in gruppi di responsabilizzazione. Il progetto prevede che anche il padre, coinvolgendo quindi in questo modo la triade, possa incontrare periodicamente, questo sempre dopo attenta valutazione del caso, la madre e il bambino, nonché c'è la possibilità per la coppia di usufruire di un sostegno psicoterapeutico che accompagna il percorso di disintossicazione e riabilitazione.
Vediamo alcuni dati. Da agosto a dicembre del '99 le richieste ricevute sono state 19, un numero notevole se consideriamo l'estrema specificità della popolazione bersaglio e l'esistenza di un consistente numero sommerso della stessa.
Tutte le donne contattate risultano disoccupate, provengono quasi tutte da Roma, 17, due dai dintorni ed hanno un'età media di 27,7 anni, con un minimo di 20 ed un massimo di 40. Su 7 primi colloqui effettuati nell'arco dei primi quattro mesi, sono state accolte 5 donne presso il centro, tutte in forma residenziale.
Il progetto, nella sua prima formulazione, era stato ideato per la durata di due anni, ma la riduzione del finanziamento a un solo anno di operatività ha portato a modificare lo stesso, focalizzandolo essenzialmente sulle fasi pre parto e post parto ed a cercare sul territorio strutture in grado di accogliere la coppia madre e bambino per gli interventi successivi.
Il progetto iniziale prevedeva come sede per il centro asilare e diurno, l'ex ospedale del Sant'Anna che avrebbe garantito la possibilità di poter usufruire, all'interno di uno stesso spazio, di un polo psico - sociale e medico, con una presa in carico totale dell'utenza. La mancata consegna dei locali in tempo utile per l'avvio del progetto ha dunque causato non solamente un notevole ritardo nell'attuazione operativa del progetto nel senso che poi, nel momento in cui questi locali non erano più utilizzabili, ci si è dovuti attivare per trovare un appartamento adeguato, ma soprattutto, non potendo più confidare su un polo medico e sociale, la necessità di dover costruire una rete esterna coi servizi, per poter prendere in carico l'utenza, nel senso che appunto bisognava ricostruire tutta una serie di rapporti con il DSM, i consultori, i ginecologi, i pediatri.

Per quanto riguarda la popolazione bersaglio, dalla rilevazione dei bisogni a livello territoriale, è emersa immediatamente la difficoltà di tale popolazione ad accedere ai servizi pubblici preposti all'assistenza. Altrettanto rapidamente è emersa l'esistenza di un consistente sommerso che non accede ai servizi per due ordini di motivi: prima di tutto un timore che la madre e il bambino vengano allontanati, separati e un secondo motivo, il ritorno della donna durante il periodo della gravidanza, spesso, nella famiglia di origine: mi collego un po' al discorso già fatto più volte stamattina per cui questo momento della gravidanza diventa il momento, illusoriamente, nella fantasia, sia per la famiglia di origine che per la donna tossicodipendente, della possibile salvezza e in realtà poi vi sono frequenti ricadute nella tossicomania dopo la nascita del bambino. Inoltre, alla gravidanza e alla maternità fa da sfondo, nella maggior parte dei casi contattati, l'esistenza di un rapporto di coppia caratterizzato dal vincolo tossicomanico, che rende più difficoltosa l'elaborazione di uno spazio psicologico e fisico per la diade. Il bisogno si fa evidente quando, nei confronti della diade madre - bambino, interviene il dipartimento materno infantile, il Tribunale per i Minori, con decreti che prevedono o l'allontanamento del minore dal nucleo familiare, considerato inadatto a un sano sviluppo del bambino, o il collocamento della coppia madre e bambino in una struttura protetta con l'obbligo per la madre di seguire un programma terapeutico ed è appunto soprattutto in queste situazioni che il centro Diade ha offerto e dimostrato quanto sia necessario continuare a offrire una risposta, evitando la separazione della coppia madre e bambino e garantendo quindi alla donna uno spazio per la riappropriazione delle sue funzioni genitoriali. Tutto ciò avviene all'interno di un più ampio percorso di recupero e di ridefinizione del sé. Il trattamento comunitario per la donna tossicodipendente comporta spesso la separazione dai figli o lo scontato assorbimento del minore da parte della famiglia di origine, in assenza spesso di una valutazione adeguata delle stesse, creando un clima estremamente colpevolizzante per la donna.

La presenza dei bambini all'interno della struttura ha richiesto di modificare degli spazi, nonché un rapporto diretto con gli agenti territoriali, che favoriscano la socializzazione del bambino, quindi scuole, ludoteca, associazioni sportive, nella visione di un bambino che non sta seguendo un programma terapeutico e nella convinzione del diritto che il bambino ha di vivere una quotidianità il più possibile vicina alla norma.

Due parole su questa ricerca nazionale, riprendendo alcuni punti che ho accennato nella premessa, che raccontano di come nella storia di PARSEC c'è sempre stata una forte e inscindibile connessione fra l'azione e la ricerca. E' proprio su questa base che il Ministero della Sanità ha deciso di commissionare uno studio relativo alla valutazione dell'offerta di programmi di assistenza per le problematiche specifiche delle donne tossicodipendenti e dei loro figli e noi, come associazione, abbiamo deciso di partecipare alla gara sottolineando la forte interconnessione fra l'attività di ricerca e quella operativa. La nostra proposta non si basava su uno studio completamente avulso dalla realtà fattuale, approccio che molti ritengono come unico requisito idoneo a garantire una certa scientificità della ricerca, ma su una stretta interconnessione fra esperienza e riflessione su di essa. Riteniamo infatti che soltanto un'attenzione di questo tipo garantisca che gli esiti di qualsiasi studio possano tradursi in azioni concrete, con tempi abbastanza ridotti.

Questo tipo di impostazione è comunque simile a quella che il Ministero della Sanità sottolineava nel capitolo tecnico relativo alla ricerca da realizzare. Pertanto il poter svolgere oggi questa indagine su tali basi ci tranquillizza sulla possibilità di concretizzare in futuro ciò che emergerà.

Una volta esplicitato l'approccio metodologico, basato sulla ricerca - azione, sono stati definiti gli obiettivi dello studio, di carattere generale o di sfondo, che sono i seguenti: primo, definire le caratteristiche e i bisogni specifici della popolazione femminile tossicodipendente, in secondo luogo delineare il quadro epidemiologico della condizione psicofisica dei figli delle donne tossicodipendenti, con particolare riguardo agli aspetti neu-

ropsicologici e affettivi relazionali, quindi verificare l'offerta di programmi assistenziali effettivamente specifici per le problematiche delle donne tossicodipendenti e infine delineare strategie di intervento comuni alle esperienze già in atto, che si siano dimostrate efficaci nel dare adeguato supporto alla crescita del bambino e della sua famiglia.
Naturalmente, queste finalità di massima verranno rese operative attraverso l'approfondimento delle seguenti aree tematiche: valutazione dei fattori che condizionano la prognosi e l'impostazione terapeutica personalizzata, quindi caratteristiche sociali, storia tossicomanica, profilo psicologico della donna tossicodipendente con riferimento anche al ruolo positivo o negativo legato alla gravidanza, follow - up con bilancio dello stato di salute dei figli delle tossicodipendenti sotto diversi aspetti, medico, neurocognitivo, psico - affettivo, tipologia dei programmi terapeutici adottati e loro organizzazione, rapporto con i servizi territoriali e gestione dei problemi legali. Per concretizzare lo studio in tutte le sue articolazioni, si procederà attraverso le seguenti attività, che si realizzeranno seguendo una concatenazione logica e contemporaneamente, al fine di raggiungere gli obiettivi predetti, si cercherà di identificare i servizi e i programmi già esistenti attraverso il coinvolgimento degli organismi della Regione, i SERT, i coordinamenti e le associazioni rappresentative del privato sociale e le società scientifiche, realizzando così una prima mappatura del territorio nazionale relativa all'offerta assistenziale. Quindi si dovrà: definire i modelli più significativi e adeguati, complessivamente, i bisogni delle specifiche problematiche della tossicodipendenza femminile, individuando così le best practices, ovvero le pratiche migliori da attuare, costituire un comitato tecnico - scientifico nazionale composto dai responsabili delle strutture di eccellenza, più esperte e rappresentative, e da rappresentanti dei Ministeri e delle Regioni, che individui alcune priorità e modalità di intervento, sviluppare e sperimentare con il contributo del comitato un protocollo di intervento integrato e di sostegno al nucleo madre e bambino, riassumere in una pubblicazione i risultati di detta sperimentazione pilota, proponendo anche modalità organizzative del sistema assistenziale, che consentano alla rete territoriale dei servizi una adeguata risposta al problema.
Posso solamente dire che sicuramente, a conclusione di questa ricerca, ne sapremo forse un po' di più anche rispetto ai servizi, alla loro presenza e alla risposta che c'è su tutto il territorio nazionale, in particolar modo rispetto alle donne tossicodipendenti in gravidanza.
Da una breve riflessione rispetto anche agli interventi di stamattina, mi sembra di capire che in realtà c'è bisogno di incentivare, approfondire e allargare questo territorio di intervento, specialmente nel Sud d'Italia, che è quello un po' più povero e più in difficoltà rispetto al Nord, che è sempre un po' più emancipato e in avanti in queste cose.»

Chairman Dott.ssa M. Novella CORDONE:- «Grazie, dottoressa. Adesso iniziamo gli interventi a richiesta. Ne facciamo uno solo.»

Dott. Paolo STOPPO:- «Mi interesso delle problematiche di tale genere di trattamento, soprattutto per quanto riguarda donne e nuclei familiari, di edema del bambino, da una quindicina d'anni e volevo manifestare innanzitutto un sincero apprezzamento per le relazioni che si sono succedute qui stamattina, perché le ho trovate di estremo interesse, soprattutto anche per lo sforzo che è stato profuso nel tentare di individuare non solo delle modalità di intervento, ma anche di corroborare l'intervento con la ricerca scientifica, cosa che non è assolutamente semplice e scontata.
Ho soprattutto apprezzato anche la relazione della dottoressa BURRONI, che ci ha presentato un modello di eccellenza, e non vorrei però che questo modello, così talmente ben articolato e che credo davvero rappresenti un'esperienza da best practice, ci traesse in inganno di pensare a una sua facile replicabilità perché così non è; credo che questo modello che ci è stato rappresentato sia il portato di almeno una decina, forse di più, una ventina d'anni di lavoro e questo mi consente di segnalare due aspetti.

Il primo riguarda la fatica di interagire con servizi diversi. Quando parliamo di modelli di intervento madre e bambino, abbiamo visto quali sono gli attori che si giocano dal punto di vista della tutela degli interessi del bambino, con quelli che invece si occupano del trattamento, della cura dell'adulto. Interagire con orientamenti culturali diversi, con questioni che toccano anche la giurisprudenza, con orientamenti giurisprudenziali diversi è una fatica improba, però credo che, se l'approccio è quello di favorire anche una valutazione sul lavoro che si svolge, credo che questo sia buono e possa sicuramente tracciare anche la strada per i prossimi anni. Saluto in maniera particolare la ricerca che promuove il Ministero della Sanità e che quindi anche dovrà definire una linea di protocollo di intervento, che sarà particolarmente avvertito dagli operatori.
Non voglio fare della propaganda scontata, ma è apparso sulla stampa un lavoro di ricerca che ho curato e che si intitola Woman and drug abuse in Europe, purtroppo è in inglese, però lo lascio qui. E' un piccolo lavoro che ho coordinato ed è stato commissionato dalla Commissione Europea, che traccia un'analisi comparativa su alcune delle best practices che ci sono in Europa e un modello di ricerca quantitativo - qualitativa. Se qualcuno fosse interessato, lo metto qui in evidenza e, ovviamente, è gratuito e quindi non avendone a disposizione che un certo limitato numero, se voi mi scrivete o siete interessati in qualche modo, ve lo forniamo gratuitamente.»

Interruzione dei lavori.

Ripresa dei lavori.

Chairman Dott.ssa M. Novella CORDONE:- «Riprendiamo con gli interventi, dando la parola a QUILLICI Rosario.»

Rosario QUILLICI:- «Porto questa comunicazione che è relativa appunto al racconto di una piccola esperienza di un'impostazione di programma per donne incinte e madri con bambini; un'esperienza molto piccola che stiamo portando avanti da tre anni nella nostra comunità di Napoli, appartenente alla Associazione SAMAN.
Per molti anni, l'Associazione SAMAN, nei confronti delle madri, ha applicato modalità di accoglienza che ruotavano intorno all'idea di far svolgere alla donna un programma comunitario, attraverso il quale avrebbe riacquistato l'equilibrio, per potersi occupare adeguatamente dei propri bambini solo al termine del percorso comunitario. Di conseguenza, le madri o le coppie venivano accolte in comunità preferibilmente senza i figli e venivano accolti comunque solo quei bambini che non potevano essere collocati diversamente, di solito nelle famiglie di origine, e che avessero comunque una età superiore ai tre anni.
Non era prevista, a quel tempo appunto, un' accoglienza per donne incinte, le quali venivano invitate a rinnovare la richiesta dopo il parto.
Alcuni sviluppi negativi di questa impostazione sono stati osservati nel biennio '96/'97 dalla nostra équipe di Napoli, al ritorno di queste donne alla fine del programma comunitario. E' stata osservata, per la maggior parte dei casi, la difficoltà di riprendere, dopo una media di due anni di programma, il rapporto con i propri figli, soprattutto con quelli molto piccoli. Sulla base di questa osservazione, l'Associazione SAMAN ha provato, a partire dal '98, a sperimentare un'accoglienza di madri con bambini molto piccoli presso la nostra sede di Napoli, individuata come idonea perché di piccole dimensioni e quindi più a carattere familiare e perché situata in un contesto cittadino. Inoltre, l'équipe vedeva la presenza di una pedagogista che affianca, integra nello specifico il lavoro dei terapeuti. L'idea iniziale era quella di salvaguardare il più possibile il rapporto madre - bambino in un periodo così importante per lo sviluppo dei piccoli, mettendo al centro dell'intervento terapeutico e pedagogico il bambino stesso. Quindi, un cambio di rotta rispetto alla concezione della centralità della persona tossicodipendente che ave-

vano fino a qualche tempo fa. Da quel momento, si è provato a porre una maggiore attenzione alla relazione madre - figlio, nel senso di incoraggiare il più possibile il mantenimento del rapporto durante il programma, partendo dal bisogno dei bambini di essere rassicurati in questa vicenda di separazione e dalla necessità di sollecitare la responsabilità genitoriale delle madri. Maternità e genitorialità quindi come aspetti importanti della realtà di queste persone. I programmi delle madri e in alcuni casi delle coppie di genitori, di conseguenza, sono stati finalizzati a verificare quanto questi aspetti potessero essere integrati e migliorati all'interno di un percorso terapeutico, sempre nell'ottica della responsabilità e di garantire ai bambini l'accudimento del quale avevano bisogno o almeno di arrivare a una consapevolezza di quale fosse il massimo legame possibile, considerandolo un valore a priori. Informati i servizi di questa possibilità, abbiamo subito registrato molte richieste.

La comunità e le attività. La nostra comunità terapeutica, SAMAN LA STELLA, non è specifica per questo particolare tipo di intervento, offre accoglienza residenziale e semi residenziale. Negli ultimi quattro anni, valutate le nuove richieste provenienti dal territorio, abbiamo ridefinito e modificato il nostro progetto terapeutico, diversificando alcuni interventi e al momento due sono i nostri principali campi di intervento: accoglienza di madri o coppie con bambini e donne incinte e accoglienza a bassa soglia, disintossicazione, programmi brevi. Nella definizione delle attività giornaliere all'interno della comunità, abbiamo cercato un'organizzazione che garantisse alle madri sia la possibilità di partecipare alle attività terapeutiche, sia la salvaguardia dei tempi e degli spazi necessari all'accudimento dei bambini e al mantenimento di un rapporto privilegiato madre - figlio. Durante la giornata, una o più madri si occupano a turno dei bambini nei momenti di svago, quando questi non sono impegnati in attività esterne come scuola, asilo, mentre le funzioni primarie, mangiare, pulizia, sonno vengono svolte esclusivamente dalla madre. Particolare attenzione e supporto anche da parte di utenti avanti nel programma, quindi nell'ottica dell'auto aiuto, viene dato alle madri appena entrate e in fase di disintossicazione. Le madri, oltre alle normali attività terapeutiche e di gruppo insieme agli altri utenti, partecipano settimanalmente a un gruppo con la pedagogista che verte su contenuti relazionali, educativi e organizzativi rispetto alla gestione dei bambini. Nell'organizzazione della giornata dei bambini, si è cercato di favorire quanto più possibile il loro rapporto con l'esterno. Sono incoraggiate uscite quotidiane con le madri, di varia natura, spese, giostre, gelaterie, pizzerie. Uno stretto collegamento con alcuni servizi essenziali è stato attivato a livello territoriale, come il consultorio familiare di zona che ha fornito assistenza ginecologica e pediatrica, la clinica pediatrica per malattie infettive del Policlinico, alcuni progetti attivati dal Comune di Napoli per l'assistenza alle ragazze madri, l'asilo e la scuola elementare della zona, il Tribunale dei Minori.

Volevo indicare alcune problematiche che sono sorte appunto in questo tipo di intervento. Una prima considerazione riguarda i bambini. La nostra esperienza, fino ad oggi, ci ha mostrato una grande capacità di adattamento dei piccoli, sia che essi provengano da situazioni fortemente disagiate, sia che viceversa avessero vissuto i primi mesi di vita con la propria famiglia in condizioni discrete. I bambini da noi osservati sono circa 24, con un'età che va da zero a sette anni, tendono a vivere le regole, l'organizzazione della comunità e l'attività degli adulti come un gioco. Il loro essere sempre e comunque al centro dell'attenzione di operatori e utenti, li sottopone a continui stimoli che ci sembra, specie per i più piccoli, portino a un precoce sviluppo delle capacità linguistiche e motorie. La difficoltà più grossa è quella di riuscire a fargli interiorizzare la figura di riferimento materno in quanto tendono a riconoscere il ruolo genitoriale nelle varie figure adulte che si dedicano a loro.

Un'altra problematica particolare riguarda le madri. Le difficoltà psicofisiche della fase della detossicazione, di solito lo scalaggio metadonico, che caratterizza l'ingresso della maggior parte delle madri, le porta all'inizio del programma quasi sempre a vivere in modo conflittuale il rapporto con il proprio figlio.

Il bambino, da un lato, è visto come causa di uno stress eccessivo, dall'altro è vissuto come vittima dei propri errori. Nella fase successiva ai primi mesi, le madri solitamente riescono ad integrare con più calma il loro rapporto con il figlio e con il programma terapeutico. Per quanto riguarda gli altri utenti, perché appunto vi ricordo che questa non è una comunità specifica per questo tipo di intervento e quindi abbiamo altri tipi di utenti, l'integrazione tra bambini e adulti si è sempre rivelata abbastanza spontanea. Le uniche difficoltà che a volte abbiamo riscontrato sono la scarsa capacità di adattamento all'esuberanza dei bambini da parte di ragazzi ancora fortemente intossicati, soprattutto nella fase finale dello scalaggio metadonico e dai vari casi di comorbilità psichiatrica accolti.
I problemi amministrativi. Malgrado negli ultimi anni il problema delle madri con bambini sia stato posto al centro dell'attenzione delle scelte politiche e sociali nazionali, tuttavia, a livello amministrativo locale, per lo meno a Napoli e nella regione Campania in generale, il problema non viene affrontato adeguatamente. L'accoglienza delle madri in comunità viene sicuramente garantita finanziariamente dal Servizio Sanitario Nazionale, come tutti sappiamo, mentre mille difficoltà e "scarica barile" nascono nel momento in cui qualcuno deve farsi carico della retta di mantenimento dei bambini. I Comuni rispondono sicuramente solo in presenza di provvedimento di affido del Tribunale. Negli altri casi, per lo meno nella maggior parte di quelli da noi trattati, rispondono che non è di loro competenza, rimandando ad altre istituzioni, a volte alla Prefettura, a volte alla Provincia e solo in pochi casi i loro bilanci prevedono la copertura di piccole, rette per cui al momento i bambini rimangono, per la maggior parte, a carico esclusivo della comunità che, dove ci sono le possibilità, chiede anche un piccolo contributo delle famiglie di origine.
L'Associazione SAMAN, alla luce dei risultati di questa esperienza e della crescente richiesta da parte dei servizi, ha voluto strutturare un programma specifico di intervento per donne in gravidanza, madri e coppie con bambini, da allargarsi anche ad altre sue sedi. Tale programma, denominato NATALE, ha come tema centrale lo sviluppo e/o il recupero di competenze parentali.
Vi elenco le caratteristiche dell'intervento. Case alloggi per giovani coppie con una storia di dipendenza, donne in gravidanza e madri con bambini piccoli, sostegno alla genitorialità, intervento psicologico centrato sulle funzioni genitoriali, attivazione delle strutture di servizio sociale, assistenza e cure mediche ai bambini, integrazione dell'équipe anche con puericultrici.»

Francesca FERRARI:- «Sono di Trento e dirigo una associazione delle famiglie dei tossicodipendenti. Noi, dato che collaboriamo molto con la Comunità di SAN PATRIGNANO e SAN PATRIGNANO accoglie coppie, magari anche con la ragazza incinta, abbiamo avuto modo di mandare molti ragazzi, molte coppie a SAN PATRIGNANO. Però, dopo aver preparato i ragazzi alla comunità, ci imbattiamo in una rigidità da parte del Tribunale dei Minori il quale, almeno quello di Trento, dice che i bambini non devono essere lasciati alle madri tossicodipendenti o alla coppia tossicodipendente e si tende sempre, in maniera molto forte, molto precisa, a togliere il bambino e a metterlo in affidamento in qualche famiglia.
Però dopo, quando i ragazzi hanno fatto un certo percorso, si chiede a questa famiglia, ci si fa anche da tramite, di poterli accompagnare a vedere i propri genitori, ma questo è molto difficile, anche perché dicono che dobbiamo chiedere al servizio sociale, al giudice, e non c'è la possibilità di portare i bambini, i figli a vedere, almeno a visitare, i genitori. Questo vuol dire che quando una coppia rimane in comunità tre, quattro anni, che cosa succede? Che quando tornano i figli non conoscono più i propri genitori. Non solo, la famiglia affidataria tende moltissimo a tenerli e fa di tutto per averli in adozione. Quindi, bisognerebbe un po' vedere che cosa voi, come Ministero, potete fare su questo.»

Replica:- «Probabilmente, laddove ci sono strutture adatte, non so come sono messi a SAN PATRIGNANO, è più facile avere all'interno i bambini, anche da parte della magistratura, però sicuramente bisognerà trovare una forma che permetta questo. Segnaleremo il problema.»

Francesca FERRARI:- «Come Provincia Autonoma di Trento, siamo piccolissimi, abbiamo 450.000 abitanti, avrò mandato una ventina di coppie a SAN PATRIGNANO, dunque con molti bambini. Quello che si deve fare in tutte le maniere è dire: non avvertite il servizio sociale, non dite niente, andate a SAN PATRIGNANO, in modo che nessuno sappia che avete in viaggio un bambino, perché altrimenti immediatamente ve lo prendono.»

Replica:- «Questo riguarda la magistratura. Probabilmente è più facile che il magistrato decida di dare il bambino ai genitori, piuttosto che tenerlo in comunità dove ci sono strutture più piccole in cui la famiglia può avere un suo habitat specifico senza promiscuità.»
Francesca FERRARI:- «Conosco molto bene SAN PATRIGNANO, i bambini sono trattati benissimo...»

Replica:- «No, non dico che li trattano male.»

Francesca FERRARI:- «Anche nell'organizzazione hanno la presenza di pedagogisti, di psicologi, i bambini da zero ai tre anni hanno un asilo nido interno con degli operatori specializzati. Poi, dai tre anni ai sei, vanno all'asilo, alla scuola materna fuori, come tutti gli altri bambini.»

Replica:- «Non è un discorso di qualità dei servizi.»

Francesca FERRARI:- «A SAN PATRIGNANO, ci saranno 150 bambini. Quando si tratta e si va a parlare col magistrato, loro dicono che noi abbiamo i servizi sociali che ci chiedono di fare questo e allora, appena nasce, il bambino viene tolto e messo nel brefotrofio.»

Chairman Dott.ssa M. Novella CORDONE:- «Diamo la parola a Daniela VEGLIA, assistente sociale, del SERT, Azienda di Firenze.»

Daniela VEGLIA:- «Non lavoro a Firenze città, ma in uno dei Comuni limitrofi. Credo che la mia esperienza dei piccoli comuni, sia un po' diversa rispetto alle grandi città. Due questioni semplicissime. Una è quella delle coppie miste. Si sta verificando sempre di più da noi l'esordio di coppie miste, con la donna italiana e l'uomo extracomunitario, conosciutisi in strada e con attività al limite della legalità, senza permesso di soggiorno regolare.
Almeno nella nostra esperienza, molti uomini extracomunitari "sfruttano" questi figli e questi matrimoni per regolarizzare la loro esperienza. Quindi, a tutti i problemi già detti stamani si aggiunge anche questo. Volevo capire se c'erano esperienze in questo senso e essere confortata dai colleghi. Il Tribunale dei Minorenni di Firenze, che poi copre tutta la Toscana, usa molto affidare i bimbi alle comunità. Noi abbiamo figli di coppie a SAN PATRIGNANO in affidamento alla comunità, al CEIS di Lucca, perché così tendono a salvaguardare i bimbi rispetto alla fuga dei genitori dalle comunità. E' chiaro che è un intervento di rete, ci siamo noi, c'è il servizio territoriale. La nostra esperienza però ci dice che situazioni non dico meno complesse, ma di più facile gestione sono o l'affidamento ai genitori, alla coppia genitoriale o al singolo genitore o alla comunità. L'esperienza con i nonni è stata fallimentare e difficilissima: abbiamo avuto nonne che si facevano chiamare mamme. Non siamo così bravi come i colleghi di Roma nella terapia familiare, non