



# informa

n.16

CONGRESSO TEMATICO NAZIONALE

Ottobre 2011

VI Congresso Regionale FeDerSerD Lombardia

## FARE I GENITORI, ESSERE FIGLI nel mondo delle dipendenze

**MILANO - 27 e 28 ottobre 2011**  
Centro Congressi ATAHOTEL Executive

**FAMIGLIE COMPLESSE** **MADRI** **DIPENDENZE PATOLOGICHE**  
**LE DECISIONI DEGLI OPERATORI** **NEUROBIOLOGIA**  
**DANNO** **PROTEZIONE** **COPING** **RAPPORTI TRA SERVIZI**  
**SEGRETO** **FIGLI piccoli grandi**  
**VALUTAZIONE** **RESILIENZA**  
**PADRI** **QUALI INTERVENTI** **INVISIBILI** **RISCHIO**  
**ATTACCAMENTO**

Se potessimo raccogliere tutti gli scritti e le riflessioni e i progetti e le ricerche che a partire dalla nascita dei Ser.T in Italia gli operatori hanno prodotto e utilizzato e applicassimo a questo insieme di testi un generatore di nuvole di etichette, come si fa con i siti web, sarebbe curioso osservare che tipo di rappresentazione visiva delle parole chiave verrebbe fuori.

Le informazioni e gli intrecci tra concetti sono tanti e potrebbe essere utile disporre di una visualizzazione dei campi semantici più frequentati per orientare l'attenzione, ricostruire una mappa del percorso e dare direzioni al loro sviluppo.

Abbiamo provato a organizzare i campi nei quali gli operatori hanno impattato, in tre grandi questioni. Lo scopo del congresso è di condividere questo percorso nella sua storia e nei suoi sviluppi.

La questione della visibilità • La questione della compatibilità • Le questioni in ombra  
...Le questioni da sviluppare

- 1 I temi del congresso
- 3 I dati preliminari della indagine lombarda
- 4 Il punto del gruppo regionale sulla genitorialità
- 7 Il punto del gruppo regionale cocaina
- 10 Contributo di FeDeSerD regionale  
alla rivisitazione del sistema dipendenze
- 12 Abstracts congressuali

Supplemento a Mission  
PERIODICO  
TRIMESTRALE DELLA  
FEDERAZIONE  
ITALIANA DEGLI  
OPERATORI DEI  
DIPARTIMENTI E DEI  
SERVIZI DELLE  
DIPENDENZE

ANNO X, 2011 - N. 32  
Proprietà: FeDerSerD  
Sede legale  
Via Giotto 3,  
20144 Milano

Comitato di Direzione  
Direttivo nazionale  
FeDerSerD

Direttore scientifico  
Alfio Lucchini

Comitato di Redazione  
Maurizio Fea, Vincenzo  
Marino, Laura Tidone,  
Giovanni Strepparola,  
Cinzia Assi

Sede operativa e  
Redazione Mission  
Via G. Mazzini, 54  
20060 Gessate (Mi)  
tel. 3356612717  
missiondirezione@  
virgilio.it

Direttore responsabile:  
Stefano Angeli

Copyright by  
FrancoAngeli s.r.l.  
Milano

Poste Italiane Spa  
Sped. in Abb. Post.  
D.L. 353/2003  
(conv. in L. 27/02/2004  
n. 46)  
art. 1 comma 1 - DCB  
Milano Autorizzazione  
Tribunale  
di Milano n. 131  
del 6 marzo 2002

Edizione fuori commercio

[segue dalla copertina]

## La questione della visibilità

Nei Servizi in questi anni accorgersi che i tossicodipendenti sono anche genitori ha richiesto l'attivazione di tanti sguardi diversi e soprattutto l'azione di staccarsi dall'occhio automatico che ci fa vedere solo quello che siamo abituati a vedere.

I figli dei nostri pazienti sono stati chiamati nella letteratura i *bambini invisibili* e le conseguenze negative su di loro della dipendenza patologica dei loro genitori, il danno nascosto.

Le loro esigenze e le loro caratteristiche non arrivavano ad essere catturate da nessuno sguardo, così come per il tossicodipendente in passato, il fatto di essere e fare il genitore non faceva scattare nessuna attenzione e alcuna associazione con il suo piano di cura o con la sua evoluzione.

Nel congresso vogliamo raccontare in che misura i due protagonisti della scena del nostro lavoro, i genitori tossicodipendenti e i loro figli, in questi anni, sono usciti dall'invisibilità e cosa appare ai nostri occhi osservandoli da diverse angolature.

### • Cosa ci racconta l'osservazione del dato quantitativo/qualitativo?

Consideriamo così necessario avere la consapevolezza della portata del nostro oggetto di lavoro da aver inserito in prima mattina e tra le lezioni magistrali i risultati della ricerca Demos, condotta su base nazionale che pur non avendo come focus privilegiato la rilevazione delle nostre tematiche, tuttavia ha impattato con esse in maniera significativa, così come accade quando durante un viaggio si scopre che vicino al monumento da osservare ci sono cose altrettanto intriganti da scoprire e le si visitano. Nella sessione intitolata Temi gestionali e organizzativi presentiamo dei dati per rivelare cosa conosciamo delle caratteristiche dei figli dei nostri pazienti in base ai descrittori ai quali possiamo accedere nei nostri Servizi e cosa possiamo osservare dei nostri pazienti genitori.

### • Cosa ci raccontano la ricerca in biologia e psicologia e medicina?

Quali sono le matrici biologiche e psicologiche che marcano questa connessione di istinto e cultura che connota l'azione dell'allevamento della prole nella quale per alcuni individui, si iscrive in maniera prepotente un bisogno di adattamento del proprio equilibrio psicofisico con sostanze psicoattive? Quali spazi di condizionamento e quali di cambiamento si possono individuare nella relazione tra genitori che sono adulti in difficoltà e i loro figli? Come e quanto pesano nella costruzione della personalità del bambino il condizionamento alle sostanze veicolato durante la gravidanza dalla madre e come accompagnare questa in modo da far nascere il bambino il più possibile in salute?

Le lezioni magistrali e alcuni altri interventi sulla gestione della gravidanza quando la madre è tossicodipendente, ci aiuteranno a trovare risposte.

La teoria dell'attaccamento, le conoscenze sulla vulnerabilità nella regolazione delle emozioni, potranno dare contributi interessanti.

### • Cosa ci raccontano i Testimoni privilegiati?

Abbiamo chiamato Testimoni privilegiati per l'ottica di noi professionisti, le persone coinvolte in prima persona con le nostre tematiche, cioè il genitore con dipendenza patologica stessa e il figlio.

I ricercatori infatti mettono spesso in guardia. dall'utilizzare come parametri descrittivi dell'esperienza normale i risultati che si ricavano dalle ricerche stesse perché il contesto nel quale vengono svolte e alcune loro caratteristiche non permettono generalizzazioni alla popolazione generale. Le associazioni di mutuo aiuto pur essendo composte da persone che presentano una vulnerabilità maggiore rispetto alla popolazione generale, sono depositarie di un sapere esperienziale che permette di raggiungere una conoscenza maggiormente aderente alla normalità dell'esperienza quotidiana.

Inoltre in particolare rispetto all'esperienza di essere figlio di un genitore con dipendenza patologica, in assenza di un sapere esperto più diffuso e codificato riteniamo molto utile per i professionisti mettersi in ascolto della voce dell'esperienza.

## La questione della compatibilità

La domanda: *si può essere contemporaneamente tossicodipendenti e buoni genitori* ha arrovellato operatori e generato tanti altri dilemmi, coinvolgendo sia il piano delle conoscenze teoriche che quello più emotivo ed etico.

Questa domanda è attivante sul piano emotivo per tante ragioni, essa ci confronta in primo luogo con l'idea di cosa sia la genitorialità adeguata e come si misura, e alcuni studi al proposito, mettono in guardia gli operatori dal non assumere standard di adeguatezza idealizzati.

La misurazione della adeguatezza genitoriale si accompagna ad altre azioni professionali importanti, e impegnative anch'esse.

Oltre l'accertamento della presenza del danno nel minore l'altro atto professionale delicato per le conseguenze che comporta è la valutazione della presenza di fattori di rischio.

Gli operatori hanno dovuto ricercare indicatori sempre più affidabili e misurabili per reggere alle contestazioni di istanze non solo cliniche, come ad esempio quelle del Tribunale per i minorenni in alcuni casi, e lavorare secondo principi deontologici di equità.

In questo contesto complesso, gli operatori delle Dipendenze, hanno dibattuto se considerare o no un oggetto di lavoro l'attenzione al benessere dei figli dei loro pazienti e se raccogliere o promuovere le richieste di aiuto dei pazienti genitori.

Interrogativi quali: occuparsi della genitorialità è compito anche di chi cura la tossicodipendenza,

mette a rischio l'alleanza terapeutica, sono presenti da tempo nel dibattito culturale dei SerT.

Durante il congresso nella sessione temi clinici e negli interventi portati dai referenti delle comunità terapeutiche avremo modo di riflettere ampiamente su queste questioni in termini di evidenze di efficacia e di criticità in questa direzione.

La genitorialità e la cura dei figli è un tema che anche nelle situazioni patologiche mostra una compatibilità necessaria e utile con la promozione e l'attivazione dei fattori di resilienza, nel congresso apriremo una sponda importante anche su questo fronte.

La lezione magistrale della professoressa Arcidiacono ci introdurrà alla esplorazione di quelle che sono le strategie prevalenti di coping che scattano naturalmente nel sistema familiare che ospita un tossicodipendente e come lavorare per potenziare quelle più efficaci a partire da dati di ricerca in varie culture.

Dalla domanda iniziale sulla compatibilità tra buona genitorialità e tossicodipendenza è scaturito negli anni un altro grosso interrogativo che ha interessato non solo gli operatori ma anche i responsabili dei servizi e chi li gestisce.

*Come lavorare in maniera integrata tra servizi diversi tra loro per oggetto di cui si occupano e cultura, costruendo offerte di intervento appropriate, flessibili e coerenti?*

## Le questioni in ombra

In una materia così complessa pensiamo sia inevitabile che alcuni aspetti siano più presenti e frequentati di altri, lo spazio del congresso è una occasione anche per problematizzare le questioni che rimangono in ombra e che richiederebbe invece maggiore attenzione.

La sessione *"Una finestra sulle differenze di genere"* vuole evidenziare come criticità, la tendenza ad affrontare sia dal punto di vista scientifico che organizzativo la dipendenza patologica, con una modalità gender blind e fornire stimoli per approfondire il peso della determinante genere in una serie di aspetti che intrecciano il maschile e il femminile con l'essere madre e padre, i contesti violenti è uno di questi, la gestione del corpo e i disturbi di personalità un altro.

Il tema più significativo che rimane nell'ombra anche nello sviluppo del congresso è quello che riguarda l'attenzione ai padri. Pur essendo maggiore il numero dei pazienti padri rispetto a quello delle pazienti madri, spesso gli interventi in presenza di un minore non sono diretti a loro nello stesso grado con il quale sono diretti alle madri,

Inoltre sembra ci sia una tendenza a sottovalutare il loro impatto sulla vita dei figli quando la madre non è anch'essa tossicodipendente, mentre le ricerche segnalano al riguardo cose interessanti.

Accenniamo ad alcune delle altre questioni importanti che rimangono poco problematizzate sperando che il congresso possa promuoverne la esplorazione e lo sviluppo.

- Quali sono le differenze nell'impatto sulla vita dei figli conseguenti al tipo di dipendenza patologica del genitore, se da sostanze illegali, alcool o comportamenti di dipendenza, vedi il gioco d'azzardo?

- Come riequilibrare l'intensità e la quantità degli interventi dedicati ai figli e ai genitori al momento della nascita, rispetto a quelli svolti nei periodi successivi dello sviluppo?

Concludiamo osservando che le ricerche inviano un chiaro messaggio: i genitori utilizzano servizi che trovano accettabili e evitano quelli che non percepiscono così.

Speriamo che il Congresso con la molteplicità delle voci che porta in campo e le tematiche che rappresenta sappia dare un contributo in questa direzione. Pensiamo che la sfida sarà raccolta se i servizi, tutti, saranno in grado di raccogliere e dare risposte non solo ai bisogni individuali ma alle famiglie che le ricerche psicosociali chiamano le *famiglie complesse* e se considereranno in primo piano anche i bisogni dei figli.

A proposito di visibilità anche i Servizi devono diventare visibili per i pazienti.

## Una omissione consapevole

Forse a tutti sarà saltata all'occhio la mancanza nel congresso di uno spazio dedicato alle questioni che coinvolgono il Giudice del Tribunale per i Minorenni. La mancanza non è frutto di una omissione involontaria ma di una precisa scelta di campo.

Consapevoli dell'importanza delle questioni legate alla tutela del minore, e del grosso impatto emotivo che esse comportano, in questo congresso abbiamo voluto spostare l'attenzione degli operatori dalle situazioni di emergenza e urgenza a quelle tante piccole, grandi, realtà di: *"quotidiana genitorialità"* delle quali siamo spettatori nei Servizi, per osservarle con più attenzione e comprensione.

Forse questo atteggiamento potrà aiutarci ad assumere quella che ci appare oggi come una sfida, e cioè, la possibilità di costruire con i nostri pazienti un'alleanza per essere "genitori sufficientemente buoni" nonostante la loro Dipendenza patologica.

*Il gruppo di lavoro di FeDerSerD Lombardia "Genitorialità e differenze di genere" ringrazia tutti i colleghi, i Servizi, le Associazioni le persone che hanno messo a disposizione le loro esperienze e conoscenze e il loro tempo per costruire il Congresso.*

*Il gruppo di lavoro di FeDerSerD Lombardia "Genitorialità e differenze di genere" invita tutti i partecipanti al Congresso, a mettere in condivisione negli spazi offerti dal congresso esperienze, criticità e desideri di sviluppo.*

Sandra Basti, Anna Canestrari, Nicoletta Cesari, Cosetta Greco, Maria Luisa Zoia

## DATI PRELIMINARI DELLA INDAGINE PROMOSSA DA FEDERSERD LOMBARDIA TRA I DIPARTIMENTI DELLE DIPENDENZE SUL TEMA "GENITORIALITÀ E DIPENDENZA"

Questa è la prima ricognizione fatta in Regione Lombardia per provare a quantificare la rilevanza del fenomeno genitorialità e dipendenza.

I dati che abbiamo raccolto provengono da cinque ASL lombarde e sono quindi parzialmente rappresentative della realtà regionale.

Possiamo tuttavia fare alcune osservazioni preliminari che ci aiutano a descrivere con maggiore precisione il fenomeno oggetto delle nostre osservazioni: 1053 soggetti di cui 779 maschi e 274 femmine, in cura presso i Servizi Dipendenze, che sono anche genitori di uno o più figli.

La classe di età più rappresentata di questi genitori è 40-49 anni, seguita da 30-39 anni, l'età media è 43. Dunque una popolazione che, anche per questi aspetti, presenta sempre più caratteristiche tipiche di una popolazione adulta.

La metà di questa persone è in carico ai servizi da meno di 4 anni, quindi con un tempo di trattamento relativamente breve, sebbene il 15% dei soggetti sia in cura da più di 15/20 anni.

La metà di questa persone ha come sostanza primaria di abuso l'eroina, seguita da cocaina e alcool. Interessante la presenza di 17 casi di dipendenza da gioco primaria.

Il profilo disegnato da questi dati è sostanzialmente sovrapponibile al profilo generale della popolazione in cura presso i SerD lombardi.

Non sembrerebbe quindi essere una popolazione con caratteristiche tossicomane e socio anagrafiche particolari.

Anche il profilo clinico, sebbene fatto con pochi elementi, non si discosta dal resto della popolazione in trattamento: 17% dei soggetti è accompagnato da una diagnosi di comorbidità psichiatrica, con una prevalenza di diagnosi posta a carico delle femmine rispetto ai maschi.

Un terzo dei soggetti è in cura con farmaci agonisti, e anche in questo caso la distribuzione maschi/femmine è omologa alla popolazione generale degli assistiti. Quanti sono i figli di queste persone: 1642 di cui 2/3 di età compresa tra 0 e 13 anni.

Non sorprende la presenza di un buon numero (270) di figli maggiorenni, dato che oltre la metà dei genitori ha più di 40 anni.

Diventa interessante osservare questi figli in relazione ai contesti di crescita, alla influenza dei provvedimenti legali, alla concorrenza dei servizi con competenze sui minori, e per i soggetti adolescenti, l'esistenza di comportamenti a rischio.

La maggior parte delle segnalazioni al TM riguarda la

fascia da 0 a 13 anni, ma si va anche oltre, quindi un dato da esplorare e capire meglio.

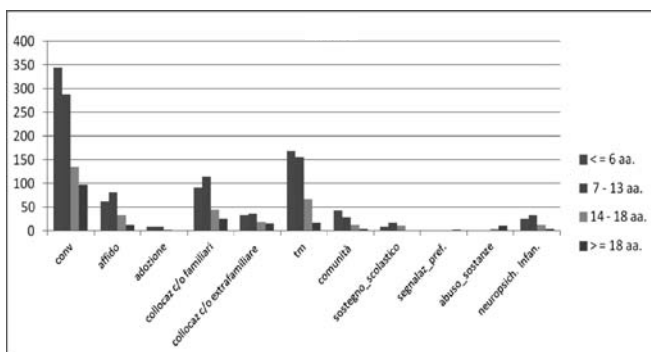
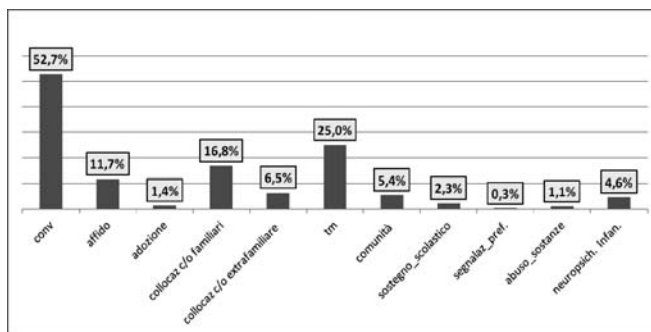
Le adozioni sono 1,4 % riferite in gran parte a figli di età inferiore a sei anni, e gli affidi 11%.

Con altri provvedimenti del T.M. come collocazioni familiari e comunità, si raggiunge la percentuale del 41% di casi nei quali sembra esserci stato un intervento direttivo in favore del minore.

Quindi più della metà dei figli vive con i genitori tossicodipendenti in trattamento, senza che vi siano stati interventi di segnalazione né in conseguenza provvedimenti di tutela di alcun tipo.

Certamente è una osservazione che va confermata con l'acquisizione di maggiori dettagli e il perfezionamento del modello di rilevazione.

Rilevante appare il dato della collaborazione con i servizi di neuropsichiatria infantile, indicatore di un certo grado di sofferenza del minore probabilmente convivente, così come l'esistenza di sostegno scolastico per 37 casi.



È evidente come sia necessario arricchire quantitativamente il dato per avere una significatività valida, ma l'obiettivo sarebbe quello di conoscere l'universo reale e non solo statistico di questa popolazione, arricchendo di dettagli il profilo dei figli e possibilmente cercando di costruire un modello di rilevazione che consenta di monitorare l'evoluzione.

*Per ora ci limitiamo a ringraziare i colleghi delle ASL che hanno collaborato attivamente a queste prime rilevazioni e senza i quali neanche questo primo passo sarebbe stato possibile, impegnandoci, se le istituzioni vorranno sostenere questo indirizzo di ricerca, a svilupparne gli indirizzi e le finalità a vantaggio dei pazienti, dei servizi e della comunità scientifica.*

## Genitori Alcol/Tossicodipendenti PROBLEMI E RISORSE NELLE FAMIGLIE

Gruppo di Lavoro FeDerSerD Lombardia  
GENITORIALITÀ E DIFFERENZA DI GENERE - 2011

Il tema della genitorialità e della differenza di genere è stato negli anni un particolare focus di attenzione di FeDerSerD a livello nazionale.

In Lombardia, a partire dal congresso regionale del 2008, si è costituito un gruppo di lavoro formato da operatori di diversi settori del pubblico e del privato sociale che ha proseguito l'elaborazione concettuale e metodologica e avviato un confronto tecnico operativo tra diverse realtà.

A Milano nel maggio 2009, si è svolto il SEMINARIO "Donne che diventano madri, Uomini che diventano padri nell'esperienza della dipendenza patologica", e nell'ottobre 2010 è stato organizzato un Workshop, nell'ambito del congresso nazionale di FeDerSerD a Riva del Garda, intitolato "Dipendenze, genitorialità e differenze di genere".

Il confronto che si è sviluppato fino ad oggi ha fatto emergere molteplici fronti di problematicità, a partire dalla scarsa conoscenza quali - quantitativa del fenomeno stesso, e rivelato significative esperienze di integrazione tra servizi e soprattutto posto l'accento non solo sulle criticità ma anche sulle capacità e sulle risorse del genitore e dei figli di tossicodipendenti.

Quanto segue rappresenta la sintesi e l'articolazione tematica di quanto emerso nell'ambito di questo confronto ormai pluriennale trasversale per servizi e professionalità:

**un genitore tossicodipendente è di per sé diverso o peggiore di un altro genitore non tossicodipendente ma magari con altri problemi?**

Rispetto alla valutazione di **competenza genitoriale**, quando essa è osservata in popolazioni vulnerabili, sembrano essere usati criteri più attenti e severi di quelli con cui si valuta la popolazione generale, magari privilegiando gli aspetti più vicini al punto di vista dell'osservatore e scotomizzandone gli altri.

La pratica operativa rileva che nei confronti dei genitori "non tossicodipendenti" è frequente, da parte dei servizi sociali, una marcata sottostima dei consumi di sostanze illegali, specie se occasionali o accessuali, e dei comportamenti di addiction in generale, le cosiddette "dipendenze senza sostanza": giochi patologici ("macchinette", poker on line, ecc.), modalità compulsiva di spendere il denaro, disturbi del comportamento alimentare (specie bulimia e tendenza alle abbuffate).

Per quanto riguarda i genitori tossicodipendenti è più facile trovarsi davanti genitori trascuranti che maltrattanti, genitori che "o non si rendono conto del

danno che producono o, se lo riconoscono, non sanno capire come lo producono".

### La PATOLOGIA

Rispetto alla **patologia** una tossicodipendenza prolungata, ad *esordio precoce* è prognosticamente più sfavorevole di un comportamento di abuso ad esordio tardivo (età adulta).

La tossicodipendenza in quanto tale si aggiunge alla **patologia di fondo come elemento aggravante** e anche come patologia a sé stante.

Il ricorso alla sostanza deteriora, nel tempo, le capacità di controllo, la tolleranza alla frustrazione già scarsa e quindi la capacità di "tenuta".

Questi due atteggiamenti sono correlati fra di loro ed entrambi sono espressione della difficoltà ad entrare in sintonia con i bisogni del bambino.

Un'area che la letteratura indica come disattesa sia nella valutazione che nell'intervento è sia per le donne che per gli uomini è il peso delle esperienze traumatiche nella costruzione della personalità e delle storie di dipendenza da sostanze.

La relazione importante tra capacità di stabilire attaccamenti sicuri e presenza di esperienze traumatiche, richiede di far uscire dall'ombra questa componente della psicopatologia.

### MADRI

È significativo che le **madri** tossicodipendenti vedano il bambino o più grande di quello che è, e quindi pensino sia in grado di comprendere, farsi carico, sopportare più di quello che in realtà possa, o più piccolo e quindi pensino che non sia in grado di capire, di accorgersi, di farsi delle domande, di ricordare il passato.

Esse inoltre tendono ad attribuire al figlio sentimenti o opinioni proprie senza riuscire a distinguere nettamente tra sé e lui (lei si separa dal marito e pensa che anche il figlio non ci tenga tanto al padre).

Questa difficoltà di sintonizzazione emotiva potrebbe migliorare attraverso un percorso terapeutico che permettesse al genitore di contattare e diventare consapevole delle proprie emozioni, imparando poi a integrarle con i contenuti mentali.

Inoltre potrebbe essere necessario prevedere un "mediatore", che aiuti la madre a comprendere i messaggi del figlio, indirizzandola ad una capacità interpretativa strutturalmente inabilitata dal fatto che alla madre la propria madre non ne ha insegnato il codice, la "lingua madre".

Molte nostre pazienti presentano un disturbo di personalità borderline, esito di uno stile di attaccamento disorganizzato, i cui esiti si estrinsecano nella estrema vulnerabilità ai sentimenti negativi, nel cronico senso di vuoto e solitudine, nell'impossibilità di richiamare alla mente nei momenti di stress emotivo e di depressione esperienze emotive e affettive di sostegno.

Succede che periodi anche lunghi di buoni risultati, crescita di consapevolezza, capacità di introdurre cambiamenti, fare progressi, vengono come spazzati

via da un evento luttuoso, un'esperienza di abbandono, un cambiamento non necessariamente drammatico ma che altera un assetto o dei punti di riferimento.

Nelle "crisi" il comportamento si "disorganizza", diventa impulsivo e confuso, gli spazi di riflessione si chiudono e questa è una *modalità stabile di risposta allo stress* verso la quale bisogna costruire argini, capacità di previsione, autocoscienza.

Da tutto ciò nasce che occuparsi di madri tossicodipendenti voglia dire prepararsi ad un intervento di lunga durata e a livelli diversi di intensità a secondo degli eventi e della fase di crescita dei figli.

Invece gli interventi sui genitori tossicodipendenti e sui loro figli, sembrano concentrarsi dal periodo della gravidanza ai primi tre anni di vita del bambino, e sono assenti con genitori che hanno invece figli più grandi, senza che questa tendenza sia giustificata da evidenze cliniche.

## GRAVIDANZA

Condizione importante è la presa in carico precoce della gravidanza che preveda un'attenta analisi delle condizioni generali della persona, sia dal punto di vista medico che sociale e psicologico.

Lavoro necessario per arrivare a capire se quella madre o quella coppia potranno crescere un figlio: è quindi una doppia presa in carico dove la tutela del minore e l'aiuto all'adulto si integrano.

Il timore da parte della donna tossicodipendente gravida di essere segnalata al Tribunale per i minorenni l'allontana dall'utilizzare l'aiuto offerto.

È dimostrato che alcol, cannabis e cocaina assunti durante la gravidanza producono alterazioni delle strutture neurali e somatiche, producendo problemi comportamentali e psicomotori, danni cognitivi e umorali.

Particolare attenzione è necessario rivolgere al consumo di bevande alcoliche che è diffuso, culturalmente accettato e sottostimato, soprattutto dalla classe medica e dai servizi socio sanitari che dovrebbero occuparsi della salute della donna e del nascituro.

Particolare attenzione deve essere diretta al fenomeno e alle possibili conseguenze *dell'assunzione di alcol sulla fertilità e sullo sviluppo, la crescita e il benessere fetoneonatale* che interessano una significativa percentuale della popolazione femminile in età fertile.

Al momento attuale questo tipo di correlazione non è stato definito specificamente per quanto riguarda le dosi "rischio" relative a comportamenti di consumo, infatti mentre la gravidanza in donne alcoliste è da considerarsi a rischio di esito fetoneonatale negativo, i rischi di una assunzione moderata di alcol in gravidanza sono meno facilmente valutabili, anche se di grandissima importanza in termini epidemiologici, dato che *circa un terzo delle donne in età fertile sono consumatrici*.

Una soglia di assunzione di alcol che sia "sicura" per sequele a breve e lungo termine sulla prole non è stata ancora stabilita, e il consumo di un drink al

giorno (equivalente a 15 g di alcol assoluto, ovvero 125 cl di vino o 300 cl di birra) viene considerato avere o non avere ripercussioni negative sugli indici di sviluppo psicomotorio del neonato in rapporto alla sensibilità degli indicatori di alterazione neurologica valutati.

Molti sono gli elementi che contribuiscono a questa apparente discrepanza.

In primo luogo vi è la *valutazione del consumo di alcol riferito dalla gestante, spesso non veritiero* (sottostima del consumo), su cui molti studi si basano; in secondo luogo, fattori genetici modulerebbero la sensibilità e la resistenza al danno etanolo-indotto, come dimostrato dalla concordanza per la diagnosi di sindrome alcol-fetale (FAS) nel 100% dei gemelli monozigoti contro il 64% dei gemelli dizigoti.

Inoltre, molti fattori legati allo stile di vita (condizioni socioeconomiche, fumo di sigaretta, uso di droghe) rendono difficile isolare, valutare separatamente gli effetti dovuti alla sola assunzione di alcol.

Amenorrea, cicli anovulatori, deficit della fase luteinica e iperprolattinemia persistente sono infatti relativamente frequenti nelle donne etiliste, ma sono stati osservati anche nelle cosiddette "bevitrici sociali".

I dati disponibili depongono per un *effetto tossicoteratogeno diretto dell'alcol* e dei suoi metaboliti sull'embrione, aumentata incidenza di complicanze che includono la perdita fetale precoce o tardiva, il ritardo di crescita intrauterino (IUGR) e l'insieme eterogeneo di anomalie globalmente definite come FAS. I più documentati effetti della esposizione intrauterina all'alcol, sono il basso peso alla nascita e la maggiore incidenza di parto pretermine, ambedue queste complicanze sono state osservate anche a seguito di un consumo moderato di alcol.

Inoltre sono stati correlati: iperattività, irrequietezza, scarsa capacità di attenzione, difficoltà di apprendimento, disturbi dell'udito.

Tra le anomalie anatomiche e neurologiche si è anche evidenziato una riduzione del numero di cellule e di connessioni dendritiche nell'ippocampo struttura coinvolta nelle capacità di apprendimento e memoria e nel controllo inibitorio del comportamento.

## PADRI

Scegliere come padre per i propri figli un uomo con difficoltà a rivestire il ruolo (ovviamente ce n'è) dice qualcosa anche del progetto di genitorialità della madre e anche questo è un elemento su cui lavorare (con la madre).

Significativamente esiste una tendenza a "far fuori i padri" e la "femminilizzazione" dei servizi riserva un elemento di potenziale collusività con questa tendenza.

Nel contesto più specifico della variabile differenza di genere riferita alla genitorialità abbiamo trovato efficace l'espressione "il padre come Progetto ombra", per indicare la tendenza ad attivare interventi sulle madri, sulle madri con i figli e a trascurare gli interventi su entrambi i partner o sui padri in

quanto tali.

Tuttavia i padri sono un perno della crescita e nell'acquisizione di ruolo sociale e di genere e, se sono carenti, inadeguati e tendono a emarginarsi da soli devono essere supportati e "ritirati dentro" dando loro peso e significato nella relazione familiare e nella funzione genitoriale.

## FIGLI

Anche in assenza di dati omogenei e attendibili è stata riportata in più sedi di confronto la presenza nei servizi di un alto numero di bambini che la letteratura definisce bambini invisibili o esposti a un danno nascosto, ipotizzando la mancanza di una sufficiente collaborazione tra servizi a scopo di prevenzione e di sostegno su tutti quei casi che non sono stati segnalati al Tribunale per i minorenni.

Questa osservazione punta a portare l'attenzione su un continuum di interventi piuttosto che su tipologie da usare in casi estremi o in assenza di interventi.

Appare interessante sviluppare l'osservazione di quanto differisca nel genitore tossicodipendente lo stile educativo se il figlio è maschio o femmina, e poiché molte ricerche sulle famiglie multiproblematiche mostrano un diverso percorso femminile e maschile nell'affrontare le difficoltà poste dai comportamenti disfunzionali dei loro genitori, sarebbe utile potenziare l'attenzione anche al punto di vista dei figli.

Si segnala la difficoltà di ingaggio delle donne in progetti terapeutici sulla genitorialità al di fuori di contesti coatti.

Si segnala una assenza quasi totale di interventi focalizzati sui minori con l'obiettivo di sviluppare resilienza e coping.

### La Rete e i Nodi dei Servizi: osservazioni e criticità

Sono operativi in varie realtà italiane protocolli con l'Ostetricia, la Pediatria e il Consultorio Familiare nonostante le difficoltà legate al coinvolgimento degli operatori degli altri servizi anche a partire dal nodo della combinazione/distribuzione tra chi tutela la madre, chi la coppia, e chi il minore e in assenza di linee guida condivise.

#### *L'atteggiamento degli operatori*

L'esperienza insegna quanto sia importante essere consapevoli e vigili a riguardo delle distorsioni cognitive che gli operatori o i decisori politici introducono quando l'oggetto del lavoro tocca tematiche molto attivanti sia il piano emozionale che valoriale. Ad esempio la tendenza a essere più critici verso le madri che usano sostanze, rispetto a quanto lo si sia nei confronti dei padri, oppure stabilire una correlazione scontata tra essere tossicodipendenti e inadeguatezza genitoriale e non accorgersi della consapevolezza che i genitori stessi hanno dei loro limiti.

Non si deve sottovalutare il costo che essere genitori tossicodipendenti comporta per i figli ma neppure non riconoscere le differenze in termini di stabilità per questi, quando i genitori pur non riuscendo a smettere di usare hanno una maggiore controllo sull'uso.

Un atteggiamento veramente responsivo da parte degli operatori, richiede la profonda comprensione dei dilemmi affrontati dai genitori stessi, include il riconoscimento delle loro risorse come genitori e la disponibilità a trovare soluzioni flessibili che tengano conto del loro problema di uso.

Nei servizi che si occupano dei minori, pur essendoci stime che una percentuale importante di minori in carico sono figli di persone con dipendenza da sostanze, le conoscenze che gli operatori hanno delle problematiche di uso di sostanze non fanno parte della descrizione del loro profilo professionale, rendendo opaca la comprensione dei bisogni e delle necessità dei figli.

D'altro canto nei Servizi per le Dipendenze non è rappresentata in modo omogeneo la capacità di "leggere" e analizzare le caratteristiche e i bisogni dell'utenza e predisporre interventi specifici riferiti al tema del genere e di una dimensione particolare come la genitorialità.

Nella alcol/tossicodipendenza il concetto di genitorialità, maternità/ paternità "adeguata" necessita di una riflessione condivisa per rendere possibili criteri di valutazione confrontabili e verificabili, così da evitare che dal pensiero mitologico, a cui si ricorre nella rappresentazione socioculturale di temi così radicali, si passi alla ideologia invece che più all'integrazione tra mito e scienza.

Si segnala da parte del privato sociale:

- la difficoltà a condividere con i servizi i criteri usati per la valutazione dei limiti e delle risorse della madre. Le differenze tra le valutazioni spesso non riescono ad essere meta-analizzate in modo da esplicitare i criteri con i quali vengono fatte e/o confrontarli.

- La necessità di pensare agli interventi con madre - figlio in comunità, non più entro il modello di cura totalizzante della comunità, così come poteva essere pensato in passato, ma come una serie di interventi che si graduano nel tempo e che rappresentano solo un pezzo del percorso terapeutico.

- La necessità per la comunità di sviluppare con il territorio una progettualità che vada al di là di quanto può essere fatto con i pazienti al suo interno.

- La necessità che i SerT costruiscano protocolli condivisi anche con il privato sociale.

- Quali risorse attivare come sostegno quando nel progetto di vita della madre con figlio manca il partner o la famiglia d'origine. Alcune comunità stanno sperimentando la rete delle famiglie d'appoggio.

### Considerazioni conclusive

Per motivare maggiormente la necessità di attivare a livello regionale una azione di approfondimento sull'esercizio della genitorialità nelle persone che usano sostanze, sull'impatto che la tossicodipendenza dei



genitori ha sui figli e come i Servizi se ne occupano, integrando i tanti aspetti prima descritti.

Così come sta accadendo in altri stati europei, occorre individuare strategie di intervento e linee guida capaci di integrare il benessere del bambino con il benessere delle famiglie a cui essi appartengono, inserendo l'attenzione alla Famiglia come un target più esplicito e più programmatorio.

Da qui l'esigenza di conoscere quali dati il SerT e i Consultori raccolgono di default sui loro pazienti per identificare le caratteristiche dei pazienti genitori e dei loro figli e la fotografia che viene fuori di essi da questi dati.

Con un semplice database raccoglieremo per quanto riguarda i genitori, l'informazione sulla sostanza di uso primaria, il tempo di permanenza in trattamento, la presenza di altra psicopatologia. In merito ai figli si raccoglierà l'informazione su con chi vivono e quale tipo di intervento si è fatto su di loro,

Chiederemo ai responsabili dei servizi:

- che facilitazioni i servizi offrono per essere fruibili dai pazienti anche in quanto genitori?

- che monitoraggio in itinere i servizi fanno dei bisogni dei pazienti come genitori e dei figli e delle iniziative proposte?

Sappiamo che non esistono ancora modelli di intervento efficaci per evitare che i figli dei tossicodipendenti vadano incontro alla probabilità di incorrere nelle conseguenze che la letteratura indica, però cominciano a strutturarsi indicazioni su come costruire interventi efficaci su alcune variabili.

Occorre quindi che i Servizi sia quelli che si occupano delle dipendenze patologiche che quelli che si occupano dei minori rendano visibili alla loro attenzione i minori, e non solo gli adulti come individui, ma l'intera famiglia.

**Sandra Basti, Anna Canestrari, Nicoletta Cesari,  
Cosetta Greco, Maria Luisa Zoia**

## COCAINA E DOPPIA DIAGNOSI

**Gruppo Regionale Cocaina  
FeDerSerD Lombardia - 2011**

### Introduzione

In questo periodo stiamo assistendo ad un processo di professionalizzazione in tutti i campi delle neuroscienze.

In particolare per quanto riguarda le tossico - alcooldipendenze la legge 309 del 1990 ha sancito la suddivisione degli incarichi e l'attivazione di un doppio sistema di intervento per ciò che concerne da un lato la malattia mentale e dall'altro le condizioni di abuso e dipendenza.

A vent'anni di distanza si possono iniziare a tirare le prime somme valutando come questa divaricazione di competenze abbia contribuito ad allontanare i Dipartimenti delle Dipendenze e della Salute Mentale, sottostimando fortemente le implicazioni psicopatologiche e psicosociali delle malattie trattate; questo fatto ha avuto un ruolo importante nel disincentivare le attività specialistiche intensive e ad alta integrazione dei servizi coinvolti: nell'area lombarda i dipartimenti di Salute Mentale si sono sempre più specializzati nella diagnosi e nella cura delle psicosi croniche, quali la Schizofrenia e il Disturbo Bipolare (come da DSM-IV) con una competenza territoriale significativamente definita, mentre i Dipartimenti delle Dipendenze in molte realtà hanno mirato ad applicare una politica di suddivisione delle competenze riallestendo l'offerta trattamentale rispetto alla sostanza d'abuso indipendentemente dalla competenza territoriale.

La comorbidità tra la patologia psichiatrica e l'uso di sostanze (Doppia Diagnosi) è la condizione che più di tutte soffre di questo vuoto istituzionale.

Sebbene i Dipartimenti di Salute Mentale si occupino attivamente delle psicosi croniche, permane una difficoltà nella presa in carico per quanto riguarda i Disturbi di Personalità di quanti abusano di sostanze, i cosiddetti "pazienti complessi".

Infatti sia l'assetto organizzativo del DSM che dei Dipartimenti Dipendenze risulta carente nella progettazione e verifica di efficacia di modelli di intervento innovativi in grado di far fronte validamente alla presa in carico, alla gestione e al monitoraggio di questi utenti.

### Il ruolo dei Disturbi di Personalità nelle tossicodipendenze

I Disturbi di Personalità (DDP), secondo studi epidemiologici, riguardano circa il 15% della popolazione generale.

La caratteristica principale di questi disturbi consiste nell'essere inflessibili e maladattativi, compromettendo il funzionamento in varie aree, quali quel-

la lavorativa, sociale e personale; molto spesso a questi tratti disfunzionali si assiste anche ad un avvicinamento alle sostanze d'abuso che infine può esitare in una dipendenza grave con risvolti psichiatrici, fisici e sociali devastanti.

Per quanto riguarda la comorbidità con il Disturbo da Uso di Sostanze ormai, sia i ricercatori sia i clinici, sono d'accordo nel ritenere essere associata più frequentemente con i disturbi di cluster B ed in particolare con i DDP Borderline e Antisociale.

Siamo a conoscenza degli allarmanti dati sulla diffusione di cocaina nel territorio Lombardo e nelle aree metropolitane in particolare.

Secondo recenti statistiche fino al 60% e più dei pazienti che chiedono un trattamento per tossicodipendenza soffre anche di un Disturbo di Personalità soprattutto i sottotipi più "impulsivi": Antisociale e Borderline.

La comorbidità tra Tossicodipendenza e DDP contribuisce ad aumentare la cronicità dell'abuso di sostanze ed è correlata ad un ridotto livello di funzionamento globale insieme ad una maggiore prevalenza di disturbi in altre aree quali: la depressione dell'umore, il discontrollo degli impulsi, le tendenze antisociali ed il test di realtà rispetto ai pazienti tossicodipendenti senza diagnosi di DDP.

### Alcuni tentativi recenti esemplificativi

Per cercare di ovviare a questo inconveniente in Lombardia si è tentato di attuare protocolli di intervento sulla Doppia Diagnosi in concerto tra i vari ospedali e le unità ASL.

#### La situazione di Milano

Attualmente a Milano è in vigore un programma di collaborazione che però ha mostrato, nell'operatività sul campo, i suoi limiti.

Il protocollo in questione è nato sull'onda della costituzione delle Comunità Terapeutiche con modulo "Doppia Diagnosi" inizialmente volute in compartecipazione di spesa tra i due dipartimenti.

A seguito del passaggio della retta a totale carico delle Dipendenze, nel 2008, il protocollo d'intesa ha però perso molto del suo valore iniziale.

A tutt'oggi infatti tale protocollo non viene preso in considerazione dalla maggior parte dei servizi Ser.T e tra i pochi CPS che inviano i pazienti in comunità DD in Lombardia.

#### La situazione di Brescia

A Brescia nel 2007 è stato stipulato un protocollo di intesa Dipartimento Dipendenze/Dipartimento di Salute Mentale.

In particolare nell'attuazione concreta del protocollo sono emerse alcune criticità di varia natura ed entità.

Per esempio in un certo numero di situazioni cliniche è stato difficoltoso: individuare il case-manager, oppure organizzare incontri tra operatori di strutture diverse oppure difficilmente si è attivata un'equi-

pe funzionale tra i 2 servizi.

Avendo preso atto delle criticità sopra riportate nel 2010 il protocollo è stato revisionato e la sperimentazione sarà attuata nel corso di questo anno.

#### La situazione di Lecco

Il processo per la gestione dei pazienti a doppia diagnosi nel territorio di Lecco prevede varie forme di collaborazione tra il Dipartimento dipendenze e il Dipartimento di Salute mentale; spesso nella pratica clinica di Lecco, dopo una domanda di consulenza in una delle due direzioni, si giunge ad una collaborazione che può essere anche ad *equipe parziali* (ad esempio psichiatra del DSM + equipe completa del Ser.T, oppure psichiatra + medico ed assistente sociale del Ser.T, ecc.) oppure per i casi più gravi ad *equipe complete*.

Nel tempo gli operatori dei servizi del territorio di Lecco hanno notato come le collaborazioni di maggior pregio ed operatività siano state quelle in cui la domanda iniziale di un Servizio fosse stata effettuata in modo preciso ed esaustivo ed anche corredata da una ipotesi diagnostica.

#### La situazione di Milano 2 (sud-est)

Esistono due DSM sul territorio, un protocollo di intesa formalizzato con un DSM e una bozza d'intesa con l'altro, e ovviamente il Dipartimento Dipendenze.

Anche in questo caso indiscutibilmente ha pesato la variazione delle modalità di invio dei pazienti nelle comunità a Doppia Diagnosi.

In linea generale a tutt'oggi le collaborazioni tra i servizi per le dipendenze e i servizi psichiatrici dipendono dai rapporti di cordialità e disponibilità tra colleghi.

Nel 2007 la Regione aveva avviato un percorso formativo di dieci incontri dal titolo: "*Buone prassi nel campo della comorbidità*" indirizzato sia agli operatori dei Ser.D che dei Servizi Psichiatrici, patrocinato e supervisionato scientificamente dalle due società scientifiche SIP e FeDerSerD.

Gli incontri, pur essendo stati un momento di scambio interessante e proficuo, hanno visto la partecipazione di tre operatori della salute mentale e di cento operatori Ser.D rendendo di fatto difficili i tentativi di "co-costruzione" di un modello operativo effettivamente condiviso.

#### Conclusioni sulla situazione in Lombardia

In sintesi la situazione lombarda appare alquanto variegata e complessa.

La mancanza di linee guida condivise sugli approcci e sui trattamenti della doppia diagnosi, linee guida già peraltro presenti in molti altri paesi, non permette il riconoscimento e il corretto approccio alla condizione di comorbidità. In questo modo si rischia di facilitare l'instaurarsi di un'evoluzione cronica e maligna con ripercussioni sulla salute dell'individuo, prima, e sulla comunità, poi.

## Alcune nostre proposte

### 1. Protocolli e convenzioni

Proponiamo la formazione di un gruppo di operatori misto (ASL - A.O. - Privato Sociale) a livello regionale che si occupi di creare *protocolli* su interventi congiunti tra Psichiatria e Dipendenze ed eventualmente avviare, laddove si rendesse necessario, apposite *convenzioni* tra i Dipartimenti di Salute Mentale e i Dipartimenti delle Dipendenze.

Le convenzioni tra Aziende Ospedaliere, Aziende Sanitarie Locali e Servizi del privato Sociale (CT e SMI) dovrebbero essere poste in essere, a parer nostro, avvalendosi *necessariamente* di una supervisione condotta dalla Regione Lombardia.

### 2. Moduli di Consultazione

Agevolare la creazione di Moduli di Consultazione per la Doppia Diagnosi in collaborazione tra il DSM, Dipartimenti Dipendenze e privato sociale.

Questi servizi dovrebbero cooperare per attuare programmi e i protocolli comuni, evitando prese in carico parallele con risultati clinici più costosi e gravati da un alto tasso di ricadute.

La creazione di tali moduli consultivi dovrebbe comunque tenere conto dei bisogni locali plasmandosi sulla organizzazione operativa dei servizi collaboranti, diversi da territorio a territorio.

### 3. Mappatura delle offerte sul territorio

*Nell'operatività* quotidiana gli operatori delle dipendenze ravvisano la forte carenza di offerte residenziali per pazienti con gravi disturbi di personalità.

Le poche CT di cui si è a conoscenza sono di esclusivo appannaggio del Dipartimento di Salute Mentale e di difficile accesso ai pazienti Doppia Diagnosi. Sarebbe quindi opportuno creare una *mappatura* specifica delle *Comunità Terapeutiche* esistenti sul territorio lombardo mirata ad allargare l'offerta terapeutica attuale.

Tale mappatura infatti dovrebbe servire a ridefinire l'esatta entità quantitativa e qualitativa delle offerte per i pazienti in DD.

Infatti le CT con modulo DD ad invio esclusivo dei Dipartimenti delle Dipendenze (ad oggi la totalità delle CT-DD Lombarde) appaiono ben organizzate a rispondere a bisogni assistenziali propri della patologia tossicomane associata ad una patologia psichiatrica che necessita di medio/bassa-protezione mostrando carenze dal punto di vista dell'approccio sanitario-psichiatrico ad "alta protezione" necessario invece al trattamento di questi pazienti.

### 4. Bisogni formativi congiunti

In questo contesto ci pare infine fondamentale aumentare l'attenzione ai *bisogni formativi* e di aggiornamento, finora insufficienti o poco specifici, degli operatori chiamati a confrontarsi con la Doppia Diagnosi.

Ciò sarebbe necessario anche per orientare l'organizzazione di interventi futuri e per adattare i servizi al continuo cambiamento degli stili di consumo dei nostri pazienti.

## Avviare un tavolo di discussione

Alla luce dei punti sopraesposti si richiede pertanto di avviare un percorso condiviso al fine di individuare le carenze organizzative e le lacune dei servizi preposti alla cura di pazienti altamente complessi come sono i pazienti in *Doppia Diagnosi*.

E da ricordare inoltre che questa patologia può risultare tanto invalidante nei pazienti quanto, al tempo stesso, gravosa e a rischio di *burnout* sugli operatori preposti alla sua cura.

Infine è da sottolineare che la gestione non ottimizzata di questi soggetti risulta particolarmente costosa da un punto di vista economico per le agenzie che a vario titolo intervengono sul caso.

Antonia Cinquegrana (*coordinatrice*)  
Gianmaria Zita, Paolo Pianezzola,  
Adelmo Fiocchi, Antonio Caruso,  
Claudio Sichenze, Paola Decò,  
Giuseppe Pennisi, Nadia Cibello, Cinzia  
Stellato, Marilena Tettamanzi

*Pubblichiamo un contributo tecnico che FeDerSerD Lombardia ha inviato, sulla base dei lavori in corso in Regione Lombardia, alla Direzione Generale Famiglia, conciliazione, integrazione e solidarietà sociale a fine giugno 2011.*

*Il contesto di riferimento è quello dell'avvio di un percorso regionale di rivisitazione complessiva del sistema delle dipendenze, attualmente giunto alla sperimentazione degli strumenti diagnostici.*

*Ci rendiamo conto della necessaria semplicità, parzialità (dovuta ai pochi temi qui affrontati) e forse semplificazione di alcuni passaggi, ma speriamo di contribuire in modo propositivo e innovativo a tutela della professionalità dei servizi.*

**(Alfio Lucchini e Edoardo Cozzolino)**

## DALLA DEFINIZIONE DI METODOLOGIE DIAGNOSTICHE AI PERCORSI IN TEMA DI CONSUMO, ABUSO E DIPENDENZA

Nella evoluzione dei fenomeni di consumo e dipendenza, prima di approfondire gli aspetti legati alla relativa organizzazione socio sanitaria, sono importanti alcune premesse essenziali.

### 1. DEFINIZIONE DI CONSUMO, ABUSO E DIPENDENZA

Mentre i consumi rientrano nei fenomeni sociali e culturali che si intersecano con le arie sanitarie e socio sanitarie quasi esclusivamente per gli aspetti preventivi e di riduzione dei rischi (si pensi al consumo normale di alcol, diffuso in quasi tutta la popolazione), l'abuso e la dipendenza sono patologie riconosciute dall'OMS, dalla comunità scientifica e dalla prassi internazionale.

### 2. LA DIAGNOSI

I confini tra consumo, abuso e dipendenza sono a volte non facili da definire ed occorre una diagnosi specialistica appropriata al fine di evitare interventi inadatti o, addirittura, controproducenti (analogamente alla valutazione differenziale tra una depressione transitoria per evento luttuoso ed una depressione maggiore).

Gli strumenti validati internazionalmente, dal DSM IV all'ASI alla SCL 90, sono comunemente utilizzati dai Servizi ambulatoriali e residenziali per porre diagnosi nel settore delle dipendenze.

I problemi attivi sono i seguenti:

- Il miglioramento dell'utilizzo degli strumenti in termini quantitativi;
- L'utilizzo di strumenti semplificati seppur validati;
- La verifica della loro applicazione

*Proponiamo quindi:*

- Una indagine sulla reale applicazione degli strumenti diagnostici (DSM IV, ASI, SCL 90) nei servizi in fase diagnostica e di follow up, seguita da una pro-

*posta di formazione puntuale e dalla costruzione di strumenti codificati di verifica per le vigilanze ASL.*

- La sperimentazione della versione italiana del MATE, "Measurement in the Addictions for Triage and Evaluation", validato a livello internazionale, forma dell'ASI semplificata e mirata per lo screening e la diagnosi nel settore (diritti d'uso già acquisiti).

**Affinché siano attuabili i percorsi di seguito ipotizzati, sembrano importanti alcune precisazioni:**

- la diagnosi e la certificazione dovrebbero essere curate solo dal servizio pubblico (SerT/NOA), a maggiore garanzia non solo dell'appropriatezza dell'intervento rispetto alla situazione clinica del paziente, ma anche della valutazione degli aspetti budgetari/economici correlati, così come previsti nella definizione di "budget di cura", compiti ovviamente esclusivi della sfera pubblica;
- i "pacchetti" di trattamento dovrebbero essere strettamente correlati, per periodi ben definiti, alla tipologia diagnostica (consumo, abuso o dipendenza) ed alla fase clinica;
- si ritiene centrale il ruolo del Dipartimento gestionale delle Dipendenze non solo per la programmazione pubblico privato (e la erogazione dei servizi pubblici), ma anche per ogni definizione di modelli di sperimentazione locale (ad esempio di integrazione pubblico - privato) con assegnazione di budget dedicato secondo criteri regionali.

### 3. PROPOSTE OPERATIVE NELLE TRE TIPOLOGIE

#### 3.1 I CONSUMI

Nella gran parte delle situazioni non vi è una situazione critica su cui intervenire, ma la diagnosi di esclusione rispetto ad una situazione più impegnata deve essere effettuata dai SerT/NOA.

Gli interventi di prossimità, i centri di ascolto, le parrocchie, i servizi di educativa di strada e i centri di aggregazione giovanile dei Comuni - oltre ai canali già previsti dal DPR 309/90 - si inquadrano quali possibili strutture di screening per favorire ed eventualmente accompagnare l'avvicinamento ai SerT/NOA per la valutazione diagnostica.

Completata la diagnosi, in presenza di consumo occasionale, l'intervento dei SerT/NOA e del privato accreditato dovrà essere limitato ad attività educative, motivazionali, di richiamo normativo, tendenzialmente di gruppo, e di consulenza a genitori e educatori. Importante è la attività di formazione dei moltiplicatori (insegnanti, educatori) per la gestione del fenomeno.

Tenendo conto delle professionalità coinvolte, i gruppi educativi o le consulenze sopra citate potrebbero rientrare in area di cura. Se si sceglie una remunerazione si propone un pacchetto massimo di n. 8 incontri di gruppo e n. 2 consulenze individuali.

Non riteniamo vi debbano essere altre spese per il SSR per questa tipologia. Infatti il consumo problematico e stabile rientra nella diagnosi di abuso, con i relativi provvedimenti.

### 3.2 L'ABUSO

In questa fattispecie, fatta la diagnosi al SerT/NOA, ci troveremo di fronte a tipologie di utenti con utilizzo prevalente di alcol, o di cocaina, o con comportamenti di addiction (senza sostanza), o con poliabuso.

Per quanto attiene l'intensità di cura, possiamo avere:

- Ambulatoriale, a media/alta intensità, con pacchetti di cicli di terapie da definire con prevalenza di aspetti medico/psicologici.
- Residenziale, per periodi ridotti, cicli terapeutici massimi di 4/6 settimane, sul tipo della riabilitazione alcolologica, come previsto anche dalla legge 125.

Sembra opportuno ricordare la "tendenza" della magistratura a non concedere benefici, quali misure alternative, in presenza di diagnosi di consumo ed anche abuso.

### 3.3 LE DIPENDENZE

Fatta la diagnosi al SerT/NOA, ci troveremo di fronte ad utenti con dipendenza vuoi da sostanze vuoi da comportamenti additivi.

Potremo seguire le seguenti vie:

- Trattamenti ambulatoriali (SerT/NOA, SMI), che, per essere efficaci secondo letteratura, dovrebbero essere di lunga durata. Si segnala l'opportunità di ambulatori e/o moduli nei SerT/NOA di specializzazione su aspetti/forme peculiari delle dipendenze e patologie correlate.
- Residenzialità e semiresidenzialità. A nostro parere si impone un ridisegno delle strutture comunitarie. In prima battuta si possono ipotizzare:
  - Una tipologia specialistica breve (ad esempio doppia diagnosi in fase acuta) di n. 3 mesi prorogabile fino a n. 6 mesi, con trattamenti ad alta intensità.
  - Una tipologia terapeutico riabilitativa con inserimento massimo di n. 18 mesi, con interventi di media intensità.
  - Una tipologia educativa con inserimento massimo di n. 36 mesi, con trattamenti a bassa intensità.

La tipologia residenziale scelta non è in funzione della tipologia del paziente, ma degli obiettivi da perseguire in quel ricovero/inserimento, ad esempio un soggetto con doppia diagnosi stabilizzato, con prevalenti bisogni socio assistenziali, dovrebbe essere inserito in una residenziale educativa.

### 4. ALCUNE AREE CRITICHE ED IN SVILUPPO

Vi sono alcune aree innovative che iniziano ad avere un significativo impatto sui servizi.

*Si propone quindi di studiare:*

- *L'impatto retrospettivo e prospettico delle nuove competenze medico legali (area assenza tossicodipendenza lavoratori e area codice della strada) dei SerT/NOA, anche per le valutazioni organizzative*
- *L'analisi dei modelli di customer satisfaction in uso nei Dipartimenti e la formulazione di una proposta di modello unificato regionale*

*- L'impatto retrospettivo e prospettico delle nuove dipendenze (internet, sexual, gambling, ecc.) e del tabagismo sui SerT/NOA, sia per numerosità che per modelli di intervento che per regole di compartecipazione alla spesa, con proposte operative organizzative nel settore e analisi dei costi.*

### 5. UNA RIFLESSIONE: IL RUOLO DEL MMG

Sia la legislazione sia alcune sperimentazioni in Italia vedono coinvolti i medici di medicina generale, con possibile estensione ai pediatri di libera scelta, nella fase trattamentale per pazienti dipendenti da sostanze.

FeDerSerD ha da sempre valorizzato queste esperienze (Trieste, Pescara, Roma, Cagliari), cercando di definire un modello possibile sostenibile anche per i costi rispetto ai benefici. Deve essere infatti chiaro che iniziare percorsi di collaborazione SerT/MMG implica un investimento economico notevole. È essenziale confrontare il costo/anno di paziente ambulatoriale al SerT (per i soli aspetti sanitari) ed il suo eventuale costo per un trattamento in ambulatorio MMG.

Il modello sostenibile si configura come segue: dopo la diagnosi al SerT/NOA e un primo mese (minimo) di trattamento farmacologico, il MMG può condurre il trattamento stabilizzato per un massimo di 5/7 pazienti. Egli cura la prescrizione del farmaco, i dosaggi, i tempi e le modalità dell'affido. Può condurre in proprio controlli urinari 1 volta la settimana (o in alternativa al SerT). Il follow up ed ogni necessità di approfondimento diagnostico e specialistico e di fine terapia, nonché l'integrazione psico sociale, restano al SerT/NOA.

Altro campo di interazione, più semplice, è quello della diagnosi precoce: è possibile predisporre strumenti essenziali di diagnosi precoce (flow-chart) in ambulatorio del MMG, per l'eventuale invio al SerT/NOA in caso di positività. È opportuno ripetere che si tratta di screening: l'approfondimento del livello di gravità come sopra delineato può avvenire solo ai SerT/NOA.

*Proponiamo quindi:*

- *La predisposizione di strumenti utili per il MMG e PLS sulle varie aeree per screening e diagnosi precoce.*
- *La predisposizione di un progetto quadro di rapporti con il MMG per valutare le azioni sopra delineate, comprensivo di un piano di formazione e dei costi.*

Milano, 27 giugno 2011

## ABSTRACTS CONGRESSUALI

1

### MA TU COME FAI?

Un corso formativo guidato da professionisti, un gruppo di genitori che si confrontano

Cooperative RicercAzione e Kaleidos – Faenza\*

*\*I professionisti coinvolti in questo corso sono stati: Agresti Erika, psicologa e psicoterapeuta; Borghi Gilberto, pedagogo clinico; Dotti Michele, educatore e formatore; Gatta Claudia, sociologa; Taroni Fabio, pedagogo; Togni Dariana, sociologa.*

Il progetto di cui desideriamo parlarvi nasce dal confronto tra professionisti di due differenti cooperative, RicercAzione e Kaleidos che si sono trovati concordi nella lettura di bisogni del territorio in cui operano. Educatori, pedagogisti, sociologi e psicologi hanno tentato una lettura dei fenomeni che emergevano notando che in contesti diversi (difficoltà dei ragazzi a scuola, difficoltà di una fascia di giovani adulti legata alla tenuta lavorativa, necessità di orientamento da parte degli adolescenti, senso di solitudine dei genitori, difficoltà educativa nella definizione delle regole, gestione complessa della responsabilità educativa...) venivano espressi contenuti che potevano essere meglio compresi in uno sguardo più globale. Abbiamo riflettuto sulla difficoltà ad essere genitori oggi, a svolgere le proprie funzioni educative in un momento di complessità sociale, di frammentarietà delle reti di sostegno, di molteplicità di letture dei fenomeni quale è quello in cui ci troviamo ora. Da queste considerazioni nasce "Ma tu come fai?", dalla scelta di sostenere i genitori nel loro ruolo e di creare occasioni di incontro e di confronto con professionisti e di favorire i rapporti informali tra pari che possano essere coltivati al di là dello specifico corso.

### LA PROPOSTA DEL CORSO AI GENITORI

#### L'idea

Essere genitori non è per nulla facile, e non esistono scuole dove ti insegnano ad esserlo.

Si impara sulla propria pelle, sulla propria fatica.

Ma alle volte è anche terribilmente bello.

E spesso passa per la testa di un genitore che se ci fosse qualcuno a cui chiedere: "Ma tu come fai?", almeno sentiremmo che non siamo soli ad avere quel problema e a non trovare una soluzione.

E magari a volte già a raccontarlo si aprirebbero spiragli che non si pensavano.

Vorremo poter offrire ai genitori questa possibilità.

Con rispetto, attenzione e professionalità.

Vorremmo che raccontando i problemi e i successi, le fatiche e le soluzioni, i genitori possano cominciare a cercare insieme, a confrontarsi, a valorizzare e valutare criticamente le soluzioni possibili, con la mediazione e la professionalità di chi si occupa di educazione.

#### Il metodo

Cerchiamo di offrire una metodologia che parte dalla narrazione dei genitori stessi, dei loro problemi e delle loro soluzioni trovate.

La concretezza della vita reale è la migliore traccia da seguire per non perdersi. Perciò confrontandoci e discutendo insieme, in modo interattivo, cerchiamo di valorizzare, potenziare e valutare le soluzioni operative, le alternative possibili e i limiti da accettare, in un'ottica di ricerca personale e di gruppo, integrando questo percorso con l'apporto di pedagogisti, sociologi, esperti di comunicazione educativa e sociale, psicologi e pedagogisti clinici di volta in volta presenti.

#### Il programma

I contenuti sono stati articolati su 4 ambiti:

#### 1) La capacità del genitore di saper gestire una relazione educativa.

Quindi viene favorito un confronto sul ruolo educativo, sull'ascolto e sulla comunicazione, sui confini della relazione, e sulle regole di comportamento, sulle emozioni vissute, dai figli e dai genitori.

Possono anche essere affrontate, se offerte dai genitori, tematiche come il rapporto con la scuola, i media, la violenza, il cibo, il sonno, il sesso, l'uso delle sostanze, ecc.

#### 2) L'uso del gioco e degli strumenti educativi con i propri figli. Sperimentiamo il gioco, la narrazione, la recitazione, il divertimento mentale, non tanto come riempitivo dei tempi vuoti, ma come i canali di comunicazione e di educazione essenziali e mai eliminabili per far crescere i propri figli, di ogni età e di ogni condizione.

#### 3) La terza area è quella relativa ai valori dell'educazione.

Cerchiamo di sostenere il genitore nell'educare i figli al valore della persona, della relazione rispettosa e libera, di un progetto di sé, dell'autonomia di pensiero, di giudizio e di condizione di vita, dell'autostima, della capacità critica, e della sensibilità umana.

#### 4) "Laboratorio di formazione personale", dove il genitore può "lavorare" un po' il proprio equilibrio interno, e cercare maggiore energia in sé, maggiore coerenza dei propri comportamenti, maggiore consapevolezza del proprio ruolo e dei suoi cambiamenti, maggiore resistenza a stare nel ruolo genitoriale.

### INCONTRO PUBBLICO DI PRESENTAZIONE

Il corso è stato presentato pubblicamente a tutta la cittadinanza.

E' stata un'occasione di presentazione dei contenuti

del percorso e dei formatori.

Dai genitori sono state fatte alcune domande rispetto allo svolgimento delle attività e sono cominciate ad emergere anche interrogativi che riguardavano la gestione di situazioni familiari.

La serata ha raccolto 40 presenze circa.

## IL CALENDARIO/GLI INCONTRI

Gli incontri si sono svolti ogni due settimane dalle 18,45 alle 21,15, presso la sede dell'Università per Adulti di Faenza.

Sono state organizzate poi due domeniche "full

| Data  | Ambito                              | Titolo  | Contenuto   |
|-------|-------------------------------------|---|---|
| 11/02 | Gestione della relazioni            | Proviamo a capirci?<br>L'ascolto e la comunicazione       | Le regole comunicative di base per educare i figli                  |
| 25/02 | Strumenti e metodi                  | Quando un genitore gioca coi figli                        | Il gioco come essenza e grammatica dell'educazione                  |
| 11/03 | Educare ai valori                   | Tra ideale e reale.<br>La persona oggi                    | persone libere e responsabili                                       |
| 18/03 | Gestione della relazione            | Non lo posso vedere così!!                                | Di fronte alle emozioni dei figli: cosa fare e cosa non fare        |
| 25/03 | Strumenti e metodi                  | Come stuzzicare l'appetito ...mentale                     | Svegliare la motivazione ad apprendere con i giochi di logica       |
| 08/04 | Gestione della relazione            | Io no! La regola e la libertà                             | La gestione delle regole di comportamento e della libertà           |
| 22/04 | Laboratorio di formazione personale | I si e i no.<br>Da noi ai figli                           | I divieti e i permessi, ricevuti e consegnati ai propri figli       |
| 06/05 | Educare ai valori                   | Che differenza!!<br>Lo straniero e il diverso             | Educare alla identità di sé e alla diversità come ricchezza         |
| 16/05 | Gestione della relazione            | Rischio... disagio... agio...<br>siamo sicuri?            | Genitori e adolescenti a confronto tra rischi e limiti              |
|       | Laboratorio di formazione           | Chi ha paura di stare bene?                               | Gestire le proprie emozioni di genitore                             |
| 20/05 | Educare ai valori                   | Insieme per una società educante                          | Educazione e relazioni sociali                                      |
| 03/06 | Strumenti e metodi                  | Siamo attori, o personaggi?                               | Mimetizzarsi per trovarsi: i giochi di ruolo come luogo di identità |
| 06/06 | Gestione della relazione            | Ali e radici. I piedi per terra per volare fuori dal nido | Educare all'autostima e all'autonomia dei figli                     |
|       | Laboratorio di formazione personale | Siamo figli del figlio che siamo stati                    | I copioni di vita: per un finale non scritto                        |

*immersion*", in una casa vicino a Faenza, in campagna, con possibilità di animazione per i figli, gestita da educatori della cooperativa Kaleidos.

I genitori, per partecipare al corso, hanno versato una quota.

## IL GRUPPO DEI GENITORI

I genitori iscritti erano 12.

Gli incontri sono stati numerosi a la partecipazione è stata non sempre regolare, tuttavia si è ritirato un

unico partecipante e per motivi di salute.

I presenti sono sempre stati molto partecipativi e il gruppo ha costruito un buon clima di fiducia che ha permesso la condivisione di contenuti personali.

Ci è sembrato importante lavorare in gruppo: l'esperienza di un genitore sollecitava il racconto di un altro e le modalità di reazione dell'uno davano spunti di riflessione all'altro.

Diversi partecipanti si sono detti motivati a continuare e abbiamo concordato di organizzare incontri al termine dell'estate.

## LE TEMATICHE EMERSE

Quasi ad ogni incontro è emersa la necessità di parlare della gestione delle regole in famiglia, a testimoniare che questo è effettivamente un nodo, oggi, nella pratica educativa.

Le domande raccolte in forma anonima in parte riguardavano la necessità di rispondere contemporaneamente ai propri bisogni di genitore e ai bisogni del figlio.

In altre domande si chiedeva come gestire la propria ansia, la propria difficoltà personale perché questa non incidesse negativamente sul bambino.

Particolare attenzione è stata data ai valori che sottendono l'azione educativa e la necessità di integrare le proprie scelte con messaggi dei media e dei contesti sociali che spesso contrastano ciò che si cerca di trasmettere.

### L'annaffiatoio

I simboli hanno un effetto.

Perché utilizzare una scatola per raccogliere le domande anonime?

La scatola è neutra ed impersonale.

Perché allora non utilizzare un annaffiatoio.

L'annaffiatoio richiama all'idea della cura e della crescita, che è quello che ci piacerebbe fare proponendo questo corso di accompagnamento alla genitorialità.

E così è stato, le domande che non hanno trovato posto durante le serate in cui sorgevano sono state custodite nell'annaffiatoio per essere evase da chi meglio poteva rispondere tra i conduttori.

### - Domande

\* Quando io reagisco in modo ansioso con il mio bambino sgridandolo, per esempio perché si fa male, poi recupero chiedendo scusa. Va bene farlo?

\* Prima di dedicarmi a mio figlio ho bisogno di avere sotto controllo la situazione: casa pulita, ordine...

\* Quando e perché dire a un figlio: "sono fatto così, è il mio carattere", diventa un limite?

\* C'è differenza tra maschi e femmine nello stile del gioco?

\* L'autonomia dei figli pesa più ai figli o ai genitori?

\* Stili di vita?

- tutto subito? - qualità del mangiare? - esisto solo io? - esperienze significative? - adulti adolescenti? - sobrietà, semplicità, fraternità?

\* Potere, rabbia, frustrazione, scambi di ruoli, confusione, presa di posizione

\* Il compromesso può essere un valore/elemento positivo di discussione da considerare nell'adolescenza?

\* Le regole ci sono e vanno rispettate con buon senso. ma quando si intromettono i nonni o altri che sotto sotto fanno o danno ai figli ciò che i genitori avevano detto no (come si fa?)

## LE VALUTAZIONI DEI GENITORI RISPETTO AL CORSO

Al termine degli incontri è stato chiesto ai genitori di compilare un questionario di gradimento e di valutazione del corso.

Le valutazioni finali sono molto positive sia sulla possibilità di confronto con il gruppo, sia relativamente al clima creatosi tra i partecipanti, sia sulle competenze dei professionisti.

Sono stati indicati inoltre alcuni temi non trattati durante il percorso ma su cui i genitori sentono il bisogno di confrontarsi.

Ci siamo quindi accordati per rivederci dopo l'estate.

## IL GRUPPO DI LAVORO E CONDUTTORI/TRICI

E' formato da professionisti che fanno parte delle due cooperative coinvolte, portano competenze differenti e restituiscono quindi diverse prospettive dei fenomeni educativi, famigliari e sociali.

L'aspetto della multidisciplinarietà è un elemento caratteristico di questa équipe che coinvolge pedagogisti, educatori, psicologi, formatori e sociologi.

I genitori hanno apprezzato la compresenza dei diversi formatori durante gli incontri, talvolta sono stati in aula fino a quattro professionisti contemporaneamente. Lo scambio ha reso vivaci gli incontri, e le domande dei partecipanti hanno trovato risposte su livelli diversi.

### Le cooperative

#### Kaleidos

Kaleidos è una cooperativa che opera da 11 anni nel territorio faentino. Promossa da esperti di educazione, con specifiche e diverse professionalità, nasce per offrire servizi nel settore educativo e formativo.

Da allora ha avviato percorsi di formazione e aggiornamento per insegnanti (riconosciuti dal Provveditorato agli Studi di Ravenna); corsi di formazione per educatori e animatori e per genitori; corsi di applicazione del Metodo Feuerstein e Tzuriel; laboratori didattici di scienze, matematica, storia e altre materie nelle scuole medie e elementari.

Attualmente gestisce tre servizi pomeridiani per adolescenti in collaborazione con altri enti; svolge laboratori teatrali, musicali, di educazione interculturale e ambientale.

Realizza atelier didattici nell'area storico linguistica, espressiva e scientifica, generalmente *all'interno di istituti e scuole*.

Fornisce esperti e docenti nei settori: educativo, musicale, informatico, teatrale, artistico. Svolge corsi di formazione per genitori, insegnanti e responsabili di servizi educativi.

Fornisce consulenza psico-pedagogica; e pedagogico - clinica.

Svolge il *servizio di ludobus*.

Collabora con comuni, scuole di ogni ordine e grado, Centri di Formazione Professionale, privati, cooperati-



ve, associazioni.

Progetta, organizza, gestisce dei *centri estivi* ed invernali sul territorio comunale di Faenza e di Sant'Agata sul Santerno e di Russi.

Propone spettacoli di animazione con burattini, ombre cinesi e spettacolo di magia.

Il nostro staff è composta da pedagogisti, insegnanti, educatori, psico-pedagogisti, psicologi, pedagogisti clinici ed esperti di varie metodologie didattiche ed educative.

### RicercAzione

RicercAzione è una cooperativa sociale che opera dal 1987 nel campo della ricerca e dell'intervento sociale, la cooperativa da anni si propone a soggetti privati e pubblici, come promotrice di valori e di obiettivi per un miglioramento della qualità della vita

La specificità della Cooperativa consiste in un approccio di indagine sociale che privilegia:

- la rilevazione dei bisogni e delle informazioni volte ad individuare le problematiche e gli ambiti di intervento;
- la progettazione e realizzazione di attività formative con modalità partecipative e cooperative;
- la realizzazione di interventi attraverso reti di competenze presenti sul territorio.

Attualmente la cooperativa è impegnata in progetti e servizi per la promozione delle pari opportunità e la conciliazione tra lavoro e famiglia; la valorizzazione della genitorialità; la promozione dell'agio giovanile, la facilitazione di processi di integrazione ed inclusione sociale, psicologica e culturale.

Nell'ambito della promozione dell'agio giovanile abbiamo e stiamo svolgendo interventi con gli adolescenti in luoghi informali (parchi, strade etc.) e formali (scuole, parrocchie etc.); incontri formativi con genitori, educatori, allenatori sportivi ed insegnanti.

La Cooperativa è iscritta allo Schedario dell'Anagrafe Nazionale Ricerche del Ministero dell'Università e della Ricerca Scientifica e Tecnologica

Il gruppo di lavoro ha formazioni ed esperienze professionali di tipo sociologico, psicologico, pedagogico, interculturale.

## LA GENITORIALITÀ NELLE DONNE TOSSICODIPENDENTI SECONDO L'INTERVENTO INTEGRATO DEL SER.T DSB25 ASL NAPOLI 1

E. Asturaro\*, F. Auriemma\*\*

\* *Dirigente Psicologo - U.O. Ser.T DS 25 ASL Napoli 1 Centro*

\*\* *Dirigente Medico Responsabile - U.O. Ser.T DS 25 ASL Napoli 1 Centro*

### Premessa

Nel Ser.T del DS.25 della ASL Napoli 1 Centro, l'11% degli assistiti seguiti nel corso del 2010 sono donne.

Le caratteristiche di queste pazienti sono:

- età tra 25 e 39 anni;
- nazionalità italiana, (relativamente alle nuove iscritte) con fissa dimora
- completamento delle Scuole dell'obbligo.

Il 50% di esse è senza occupazione o impegnata in lavori saltuari, abusa di eroina come sostanza primaria, ormai sempre più spesso in associazione con la cocaina.

Nel caso in cui l'assistita abbia più di 40 anni, risulta abusatrice di alcol come sostanza primaria nel 19% dei casi.

In considerazione dell'età fertile delle pazienti, gli obiettivi dell'intervento tenderanno a:

- valutare il recupero della funzione genitoriale, perché l'assistita possa diventare una madre adeguata dal punto di vista affettivo
- costruire un contesto di valutazione che si astenga dal pregiudizio che una madre tossicodipendente non possa essere una buona madre
- infine, includere nella valutazione la famiglia di origine o i parenti stretti, considerando che la nascita di un bambino comporti una rielaborazione e una rinegoziazione dei rapporti con la propria famiglia di origine.

### Metodo

Hanno partecipato al progetto i Servizi del DS 25: U.O. Ser.T, U.O. Salute mentale (U.O.S.M.), U.O. Materno infantile (U.O.M.I.).

Tra i servizi partecipanti si sono costituiti gruppi di lavoro integrato coinvolgendo professionalità di differente estrazione culturale.

Nel Ser.T. Si è attivato un programma complesso che ha riguardato:

- la prevenzione del rischio di gravidanze inconsapevoli mediante counseling delle assistite.
- la diagnostica precoce della gravidanza, al fine di valutare ed intervenire sull'eventuale sofferenza psicosociale mediante sostegno alla gravida ed al partner, spesso anch'egli tossicodipendente.
- si è attivato un programma di sostegno alle capacità genitoriali attraverso psicoterapie di coppia o di

gruppo.

- il sostegno è continuato anche nelle fasi successive al parto ed in tutto il percorso di accudimento del minore.

- il progetto ha previsto l'individuazione negli ambienti delle famiglie di appartenenza dei genitori, laddove possibile, una rete di sostegno alla coppia.

- nel caso di IVG si è proceduto al sostegno psicologico ed al monitoraggio clinico della puerpera.

### Risultati

Nel corso del progetto è stato effettuato il counseling a tutte le assistite (77) volto alla prevenzione delle gravidanze indesiderate; in 9 casi sono state effettuate terapie di sostegno per il mantenimento della gestazione e la preparazione al parto.

In 3 casi l'assistita è stata inviata presso comunità terapeutiche in grado di praticare la disintossicazione e l'accompagnamento al parto.

In 2 casi, successivamente alla nascita del bambino, è stato programmato l'ingresso in centri di accoglienza che permettono la permanenza delle stesse fino allo svezzamento.

4 ragazze, adeguatamente supportate, hanno volontariamente interrotto la gravidanza, poichè non si ritenevano pronte ad affrontare la maternità e soprattutto perchè non certe della paternità del nascituro.

Questi ultimi casi, inoltre:

- non godevano del supporto familiare, in quanto senza fissa dimora,
- non avevano un lavoro stabile
- presentavano disturbi di personalità (Cluster B).

### Conclusioni

Le prime fasi del progetto sono state caratterizzate da una certa difficoltà nel costruire un linguaggio comune a tutte le professionalità presenti.

Sono stati necessari numerosi incontri per definire le attività e le competenze di ciascun operatore.

Inoltre, si è resa necessaria la formazione di tutti gli operatori coinvolti, indipendentemente dai Servizi di provenienza (UU.OO. Salute Mentale e Ser.T) e dalle professionalità individuali relativamente alle corrette modalità per effettuare un counseling efficace.

Un counseling efficace alle assistite afferenti al Servizio permetterà, infatti, di affrontare diversi punti critici:

- Diagnosi precoce della gravidanza: attività di prevenzione attraverso prelievo ematico per la determinazione delle BHCG effettuato mensilmente e preceduto da counseling informativo e/o preparatorio ad una eventuale gravidanza responsabile.
- Supporto psicologico come sostegno genitoriale individuale o di coppia in caso di volontà favorevole a mantenere la gravidanza.
- Counseling di supporto in caso di IVG, con indirizzo alle strutture idonee, grazie ad una rete di servizi precostituita.
- Attivazione della rete di supporto dei parenti prossimi (ad es. i nonni) quale intervento efficace nel caso di ricadute nella tossicodipendenza dopo il parto.

- Invio in specifiche Comunità di accoglienza in caso di assenza della rete di supporto parentale allo scopo di un valido accompagnamento pre e post-gravidanza.

Sembra necessario insistere sull'attività preventiva, da attivare con il counseling fin dai primi colloqui con un'assistita.

Inoltre, essendo spesso le utenti in contatto con il Ser.T, sembra opportuno continuare il supporto alla coppia anche dopo alcuni anni dalla nascita di un neonato in quanto la letteratura internazionale riporta una maggiore probabilità di abuso di sostanze in figli di genitori tossicodipendenti.

Sarebbe opportuno formulare un progetto per un follow up a distanza di 5 anni delle madri tossicodipendenti al fine di verificarne la funzione genitoriale e la condizione complessiva di crescita del figlio.

## 3

## ESSERE ADOLESCENTI TRA GIOCO D'AZZARDO, INTERNET E SHOPPING

V. Albertini \*, A. Morandi \*, E. Ferrini \*,  
S. Gagliardi \*, L. Rontini \*, M. Bonansegna \*\*  
*Associazione 89Rosso, Firenze \**  
*Dottoressa in Psicologia, Firenze \*\**

### Introduzione

Gli studi sui rapporti tra stili di vita, comportamenti a rischio, modalità d'uso del tempo libero e promozione della salute, in particolare per quanto riguarda adolescenti, sono ampiamente presenti in letteratura (Baumrind, 1987; Meringolo, & Chiodini, 2005; Parker, Williams, & Aldridge, 2002).

È in questa fascia d'età che è possibile sperimentare nuove situazioni e sensazioni attraverso comportamenti socialmente non stigmatizzanti, ma che possono configurarsi come problematici, in particolare l'utilizzo di internet, il gioco d'azzardo e lo shopping (Lavanco & Croce, 2008).

### Obiettivo

La presente indagine, che si inserisce nell'ambito di un progetto di ricerca e intervento promosso dal Liceo Scientifico "P. Gobetti" di Bagno a Ripoli (Fi), ha l'obiettivo di esplorare gli stili di vita giovanili in riferimento al fenomeno delle "dipendenze sociali", in particolare rispetto ad attività come il gioco, l'uso di internet e lo shopping.

### Metodo

Partecipanti. 511 studenti di 5 istituti scolastici nella provincia di Firenze (età media = 15 anni, DS = 1,0) di cui il 63% maschi.

Strumenti. Questionario appositamente predisposto per gli stili di vita, le attività legate al gioco, l'utilizzo di internet e le modalità di acquisto.

Sono state inoltre somministrate le scale SOGS-RA per il gambling (Winters, Stinchfield & Fulkerson, 1993), Internet Addiction Tests-IAT (Young, 1998), Scala sullo Shopping Problematico-SSP (Lavanco & Varvieri, 2005).

### Risultati

Rispetto al gioco, i risultati indicano una familiarità con quelli più immediati da svolgere nel tempo libero e con una spesa minima come ad esempio il gratta e vinci (69%) ma anche con frequenti estrazioni giornaliere (20%).

Il 9% dei partecipanti risulta avere comportamenti di tipo problematico rispetto al gioco d'azzardo, mentre

per un 20% si rileva una condizione di possibile rischio.

Emerge una relazione negativa tra la soddisfazione verso il tempo libero e i punteggi della scala IAT e dello Shopping Problematico.

### Conclusioni

La percezione rispetto all'utilizzo del proprio tempo libero è un fattore rilevante per quanto riguarda l'utilizzo delle nuove tecnologie, mentre i giochi la cui vincita appare immediata risultano essere quelli prevalentemente utilizzati.

La condizione del proprio benessere economico appare mediata dai messaggi provenienti dai mass-media, soprattutto per quanto riguarda i comportamenti legati allo shopping.

I risultati emersi dall'indagine sembrano suggerire la necessità di approfondire, oltre a variabili di tipo psicologico, anche il ruolo di variabili di contesto che possono avere una relazione nel favorire o meno i comportamenti problematici degli adolescenti rispetto al gioco d'azzardo, internet e shopping.

4

## INTERVENTI ATTUATI CON I FIGLI DI GENITORI ALCOLISTI

Cinzia Celebre, Michela Grassi  
S.C. Dipendenze Sostanze Legali - Dipartimento delle Dipendenze - A.S.S. n. 1 Triestina

La S.C. Dipendenze Sostanze Legali del Dipartimento delle Dipendenze dell'A.S.S. n. 1 Triestina propone un approccio ed un trattamento dell'alcolismo di tipo sistemico per cui la presa in carico è allargata a tutto il sistema familiare.

Il programma di cura prevede l'integrazione di vari interventi: colloqui individuali e/o familiari, psicoterapia, terapia di gruppo, sostegno sociale, trattamento farmacologico ecc. all'interno di un unico progetto di recupero che ha come scopo il cambiamento nella vita sociale, lavorativa e di relazione del soggetto.

I familiari come i figli sono direttamente o indirettamente coinvolti nell'intervento, sia con la partecipazione ai colloqui familiari che alla psicoterapia di gruppo.

Da diversi anni viene inoltre offerto un supporto ai ragazzi che vengono in contatto con il servizio per un problema alcol correlato dei loro genitori, un sostegno individuale e/o l'inserimento in un gruppo di pari, dove possono confrontarsi con altri ragazzi che vivono od hanno vissuto la stessa esperienza. Gli obiettivi del gruppo sono quelli di aiutare il ragazzo/a che vive in famiglia ad uscire dal silenzio e dall'isolamento, confrontandosi con altri pari. Importante è parlare di quanto accade a casa, della malattia dell'alcolismo, della negazione dell'alcolista, della co-dipendenza dei familiari, delle emozioni che provano come la paura, la vergogna, la rabbia, l'impotenza e la delusione. Un altro obiettivo è rafforzare l'autostima, riconoscere i propri bisogni e soddisfarli, come il diritto di uscire e di divertirsi, di essere/fare i figli.

Molti sono i figli che afferiscono al servizio e che vengono coinvolti nel programma di cura del loro genitore, tra questi nell'ultimo triennio hanno frequentato il gruppo 47 ragazzi con un'età media tra i 18-24 anni, con una prevalenza di ragazze 57% (27 F) rispetto ai ragazzi 43% (20 M).

Nel 64% dei casi la condizione del genitore alcolista era di astinenza anche grazie all'inserimento in un trattamento di cura, mentre per il restante 36% il genitore era in una condizione di alcolismo attivo.

Le presenze al gruppo oscillavano da 6 a 12 ragazzi con una frequenza da un mese fino a due anni.

### Una figlia adolescente

La madre di A. si rivolge al servizio per intraprendere un programma di cura, dopo l'ennesimo litigio con la figlia. A. è una ragazza di 19 anni vive con la madre, i suoi genitori si sono separati quando era piccola.

Scarsi sono i rapporti con il padre, che A. definisce alcolista.

Fin dai primi colloqui assieme alla madre A rimane spesso in silenzio e se interpellata esprime una grande rabbia nei confronti della stessa, fino a dire "preferirei che tu fossi morta".

Quando la madre si ricovera, A. inizia a frequentare il gruppo figli.

Nei primi incontri emerge il rancore e la rabbia nei confronti della madre, ma non solo "sono cresciuta da sola, mia madre lavorava e alla sera beveva...mio padre lo sento e lo vedo raramente, i miei nonni e i miei zii conoscevano la situazione ma hanno sempre minimizzato, non sono mai intervenuti".

Quando A. ha 14 anni si iscrive alla scuola alberghiera "sarei andata via da casa e solo nei fine settimana avrei rivisto mia madre".

A. dopo un paio di incontri con il gruppo dichiara di far uso di eroina, ne parla a volte con sfida ed a volte appare spaventata. "Ho iniziato a fumare con i miei compagni di scuola, poi ho provato la cocaina".

A. rientra a casa ed instaura un rapporto stretto di amicizia con una coetanea con la quale condivide molte esperienze fra cui l'uso di eroina.

A. fuma eroina e solo un paio di volte se la inietta, minimizza i rischi dell'uso "non ho un problema di dipendenza, non ne sento il bisogno" anche se è spaventata per le possibili conseguenze "la mia amica è ridotta male e rischia delle conseguenze penali, temo di essere anch'io implicata in ciò".

Con l'aiuto del gruppo A. oggi ha interrotto i rapporti con questa ragazza che lei definiva "amica" ed ha preso le distanze dall'eroina.

Anche la madre che con l'astinenza ha ripreso la sua lucidità e presenza nel rapporto con la figlia, con gran fatica cerca di riconquistarsi il suo ruolo genitoriale.

A. racconta "mia madre ha affrontato al telefono la mia amica dicendole di non chiamarmi più" "io mi sono arrabbiata con lei, non doveva dire certe cose alla mia amica quando lei fino a un paio di mesi prima faceva la stessa cosa con l'alcol".

L'adolescenza vissuta con un genitore alcolista oscilla tra gli umori estremamente fluttuanti di questo e le emozioni mutevoli tipiche del ragazzo, in un ambiente familiare caratterizzato da preoccupazioni e tensioni quotidiane. Si aggiunge il timore che gli altri si rendano conto della situazione, la paura d'essere respinto o guardato con commiserazione.

Per questo motivo presentano un bisogno enorme di tenere tutto sotto controllo, un diniego dei propri bisogni e delle proprie emozioni (Andreoli, Basile, 1986).

### Una figlia adulta

V. ha 30 anni è vissuta con una madre alcolista, solo per brevi periodi astinente, con un padre ed una sorella minore.

Attualmente vive da sola, dopo aver concluso una difficile relazione con un compagno.

Dai suoi racconti emergono elementi di riflessione "solo adesso capisco il beneficio secondario che otte-

nevo nell'averne una madre alcolista.

Ero io che gestivo la casa e mi prendevo cura di mia sorella, avevo un grosso ruolo riconosciuto soprattutto da mio padre...avevo un potere decisionale per le cose di casa, dagli acquisti allo stabilire gli orari...mi sentivo diversa dalle mie coetanee e per non sentirmi compatita mi vantavo delle mie responsabilità".

Rispetto alla madre ricorda "nessuno sospettava che avesse un problema con l'alcol, era molto brava a nascondere.

Quando rientravo a casa la vedevo stanca o nervosa, pensavo fosse dovuto al troppo lavoro, mi illudevo che con il mio aiuto sarebbe stata meglio".

Nella famiglia subentra una dinamica per cui tutti nascondono "anch'io avevo imparato benissimo a nascondere a tutti quel che accadeva e quel che vivevo in casa, ero abituata a non riconoscere più i miei veri sentimenti. Ho vissuto emozioni forti e contrastanti, ho tenuto sempre tutto sotto controllo, anche le mie relazioni amicali e sentimentali".

Rispetto alle relazioni affettive dice "quando una persona mi concedeva un pò d'affetto mi svendevo pur di averlo".

V sottolinea l'importanza del gruppo dicendo "mi ha consentito di sentirmi riconosciuta, sentire che c'era uno scambio umano.

Mi ha permesso di sentirmi accettata per quella che sono, di fare delle cose non perché devo ma perché scelgo di farle".

Una persona adulta che ha vissuto con un genitore alcolista è molto critica ed esigente verso sé stessa, fatica ad esprimere le proprie opinioni o a prendere una decisione; sviluppa un gran bisogno di tenere tutto sotto controllo, ha la tendenza a sovra responsabilizzarsi o, viceversa, a farsi accudire completamente.

Essendosi presa cura del genitore la persona adulta continua spesso a dare aiuto agli altri, mancando in lei la capacità di chiedere aiuto e di esprimere i propri bisogni (Fava Viziello, Fiorin, Pavani, Zingarello, 1990). Tuttavia, crescere con genitori alcol-dipendenti può avere delle implicazioni legate a fattori di resilienza.

Da adulto può dimostrare una spiccata sensibilità per i rapporti umani, una notevole forza di volontà, combattività e coraggio, come una grande capacità nel far fronte ad ogni sorta di situazione, poiché per necessità già da bambino ha imparato a mettere in moto tutte le possibili risorse.

## Figlie e madri alcoliste

In entrambe le testimonianze ho scelto due figlie con madre alcolista anche se in due momenti diversi del ciclo di vita, adolescenza ed età adulta.

Il bere della madre può rivelarsi più influente per la salute sia fisica che emotiva dei figli.

La madre è investita in un ruolo di accudimento e le figlie crescendo sentono un maggior bisogno di identificazione con la stessa.

Il processo di separazione-individuazione viene rappresentato come la nascita psicologica dell'individuo, col riscontro del soddisfacimento dei bisogni fonda-

mentali dei bambini, ovvero nutrimento e/o accudimento ed esplorazione (Mahler, 1978).

Per l'individuo è fondamentale aver sviluppato l'attaccamento, comportamento primario teso alla ricerca e al mantenimento della prossimità con una figura preferenziale, in questo caso la madre.

La dipendenza è un atteggiamento derivato dal bisogno di attaccamento, che si esprime attraverso atteggiamenti mirati a evocare assistenza, guida e approvazione.

Cosa facilmente riscontrabile in alcuni figli, che rischiano di sviluppare dipendenze da altre sostanze o una dipendenza comportamentale in cui l'oggetto è la relazione affettiva.

## Elementi ricorrenti che emergono dai gruppi riguardo la condizione di Figlio

Sono evidenti il peso della responsabilità, la rabbia nei confronti del genitore che beve e a volte anche nei confronti dell'altro genitore per l'impotenza dimostrata; la difficoltà a parlare dei loro problemi familiari con gli altri, anche con i loro pari; la tendenza a mantenere nascosta la situazione di sofferenza che vivono a casa, essendo la vergogna molto forte.

Le testimonianze dei figli come la letteratura ci indicano che la relazione tra genitore e figlio può diventare una relazione "inversa", dove il figlio si assume responsabilità più tipiche dell'adulto, essendo questi in difficoltà nel suo ruolo genitoriale.

Il genitore alcolista concentrato sul suo malessere e sui suoi bisogni, non riesce a riconoscere i bisogni e le richieste di un figlio (Noventa, Baldini, 2008).

I figli possono pensare di accudire e proteggere il genitore che beve, e facendo di tutto per portarlo a smettere di bere.

In questa situazione i legami familiari sono caratterizzati da un lato da forti contrasti e scarsi rapporti, dall'altro da un legame emotivo caratterizzato da un affetto profondo che porta a grosse preoccupazioni e senso di responsabilità. Se il giovane vive la minaccia di separazione o di perdita, prova stati di ansia o depressione, che lo possono portare ad un distacco disimpegnato o a un'indipendenza provocatoria che spesso suona falsa.

## Conclusioni

Dalle testimonianze dei figli abbiamo sentito come i problemi alcolcorrelati incidono sulle modalità relazionali e sulla comunicazione familiare, rendendo critica e fragile la relazione genitore-figlio.

Anche se rimane opportuno ricordare che un nesso eziopatogenetico tra vicende relazionali e comportamento sintomatico non va inteso in un'ottica deterministica, ma piuttosto come individuazione di fattori di rischio.

Svolgendo questo lavoro ci si accorge che un sistema familiare sano, non è la famiglia perfetta, che non affronta momenti di crisi e difficoltà, bensì quella che, di fronte alle situazioni problematiche, riesce flessibilmente a riorganizzarsi e a modificare gli equilibri in maniera evolutiva.

## Bibliografia

- ALLAMANI A., MORETTINI A., 1987. *Approccio familiare e sistemico nella terapia dell'alcolismo*. In *Alcologia* 6 (1) 9-20, Allyn and Bacon Longwood Division.
- ANDREOLI V., BASILE A., 1986. *Alcol e Famiglia*. Franco Angeli Milano.
- BOWLBY J. 1989. *Una base sicura*. Raffaello Cortina Milano.
- FAVA VIZIELLO G.M., FIORIN A., PAVANI V., ZINGARELLO C., 1990. *Molteplicità dei problemi nei figli di genitori alcolisti*. In *Si - rivista di studi sociali del Veneto*, 5 51-58.
- MAHLER M., PINE F., BERGMAN A., 1978. *La nascita psicologica del bambino-simbiosi e individuazione*. Editore Bollati Boringhieri, Torino.
- NOVENTA A. BALDINI I., 2008. *Figli di genitori alcolisti in trattamento*. In Lucchini, Nava, Manzato "Buone pratiche e procedure terapeutiche nella gestione del paziente alcolista". Franco Angeli.

## UN INTERVENTO INTEGRATO SULLA GENITORIALITÀ DEI SOGGETTI ALCOL/TOSSICODIPENDENTI L'ESPERIENZA DEL SER.D DI LECCO

A. Castellani\*, P. Chisu\*\*, M Fumagalli\*\*,  
B. Losa\*\*, G. Stucchi\*\*, L. Tavani\*\*\*  
\*Ed. Prof., \*\*A.S., \*\*\*Psicologo.,  
Dipartimento Dipendenze ASL Lecco  
Resp. dr.ssa S. Marabelli

Il Dipartimento dell'ASL di Lecco, già da alcuni anni, sta ponendo particolare attenzione alla dimensione familiare che i pazienti sperimentano nella loro vita, attuale e passata.

Tale attenzione si svolge lungo due direttrici principali, che possono rappresentare la situazione vissuta dal soggetto:

- la sua biografia, in cui particolare attenzione viene posta alle relazioni significative per la persona e fra queste le relazioni parentali, dalle prime di cura e accudimento, alle successive
- la condizione di figlio inserito in un sistema familiare entro cui si sviluppano le diverse azioni e caratterizzato da un grado più o meno elevato di autonomia: economica, gestionale, ecc.

Se queste sono attenzioni che vengono poste trasversalmente su tutta la casistica, una sorta di lente con cui si guarda alla situazione che si incontra, particolare attenzione viene poi posta ai minori figli di soggetti in carico al servizio.

Tale attenzione prende spunto, non solo dal mandato che a volte riceve il servizio di effettuare una osservazione ed un monitoraggio di alcune situazioni di soggetti minorenni, ma anche dalla scelta di mantenere una posizione di osservazione / valutazione / monitoraggio della realtà esperienziale e rappresentativa che i minori, figli dei nostri pazienti, vivono.

Il nostro Poster vuole mettere a fuoco questa sottopopolazione, volendo dare una rappresentazione dell'incidenza di tale fenomeno, descrivere quali prassi vengono adottate, informare sulle azioni di sistema che sono state definite all'interno di un protocollo fra servizi.

Richiamiamo alcune riflessioni, quali suggestioni, certamente conosciute dagli operatori dei nostri servizi ma che fanno da sfondo alla traduzione operativa del fare.

I compiti degli operatori dei servizi per le dipendenze sono quelli di intervenire affinché non venga impedita agli alcol/tossicodipendenti la possibilità di essere genitori e questo prende il via dalla cura della loro dipendenza e dalla ricerca del loro benessere; la competenza genitoriale è sicuramente un costrutto multifattoriale in cui la dipendenza da una sostanza / comportamento rappresenta un asse importante, ma non certo unico.

La dipendenza, come sindrome, produce effetti di carattere comportamentale immediati (lo stato di alterazione), a lungo termine (quale modifica di uno stato emozionale e di cambiamento di schemi mentali) e cambiamenti nei pattern relazionali (in primis quelli di ambito familiare).

L'assunzione di un nuovo ruolo, quale quello di "genitore", prevede un impegno ad accompagnare la trasformazione di parti di sé, sia individuali, sia nel rapporto / relazione con l'altro genitore.

Quando i servizi incrociano l'esperienza del diventare o essere genitore nel paziente alcol-tossicodipendente, hanno la straordinaria occasione di potersi coinvolgere in un processo in cui gli schemi abituali e consolidati del soggetto / alcol-tossicodipendente / genitore possono essere "criticati" e trasformati all'interno di una nuova struttura personale.

Ora, questo processo può avvenire sia attraverso nuovi spazi di presa in carico (sanitaria, sociale, psicologica) con una modalità di tipo "riflessivo", sia più simbolicamente attraverso la modellazione che il servizio può offrire: una modalità di tipo transazionale.

Un'ultima riflessione richiama la dimensione allargata dei servizi dove, in una logica sistemica, l'intervento del singolo servizio prende significato e plusvalore nell'insieme di quanto viene fatto ad accompagnamento e supporto.

E' per questo che si è posta particolare attenzione al confronto e alla stesura di un protocollo fra servizi, tentando di definire alcune buone prassi.

### DATI DI CONTESTO

*[Si forniscono alcuni dati socio-demografici in cui va collocata l'azione del servizio]*

Il territorio della provincia di Lecco è suddiviso in 3 distretti (Lecco, Merate, Bellano). Mentre i distretti di Lecco e Merate appaiono più omogenei e con una densità abitativa più coesa, il distretto di Bellano è tipicamente montano e lacustre e caratterizzato dalla presenza di numerosi piccoli comuni e, di conseguenza, con bassissima densità abitativa.

La connotazione dei territori induce quindi anche forme di intervento diverse.

Il territorio provinciale ha una superficie di 816,67 km quadrati ed è composto da 90 comuni di cui la maggior parte (57) ha tra i 1000 e i 5000 abitanti e solo 6 superano i 10.000.

La densità è di circa 411 abitanti per km quadrato (aggiornato al 31.10.2008). Gli abitanti, al 31.12.2010 sono 340.198 (Lecco: 166.574, Merate: 119.770, Bellano: 53.845).

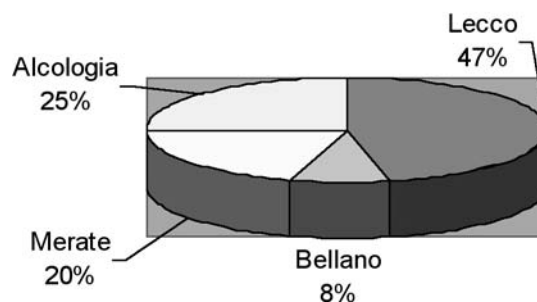
Il Dipartimento delle dipendenze è composto dal Ser.T. di Lecco (comprensivo dell'unità di offerta di Bellano), dal Servizio Alcologia e dal Ser.T. di Merate.

### TOSSICODIPENDENZA E GENITORIALITÀ

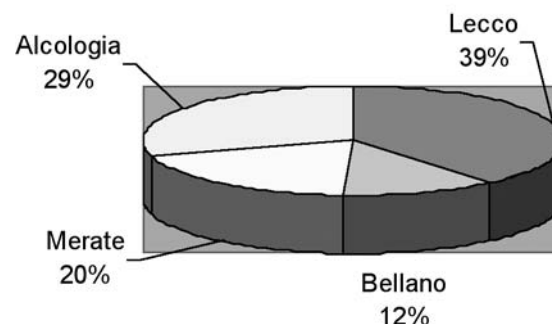
Si presentano di seguito gli ultimi dati rilevati su questo argomento da parte del Dipartimento Dipendenze dell'ASL di Lecco.

*[Si tenga presente che, al fine di rendere il più uniforme e puntuale la raccolta dati in servizi e presidi diversi, è stata scelta una data precisa; in questo caso il 10 gennaio 2011].*

#### Tot. persone in carico 584

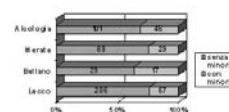


#### Tot. minori coinvolti 218

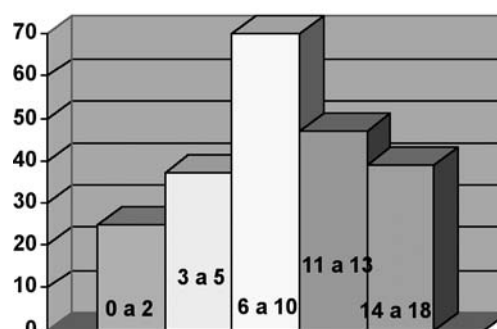


Dei 218 minori coinvolti: 122 (55,96%) vivono con il genitore in carico al servizio

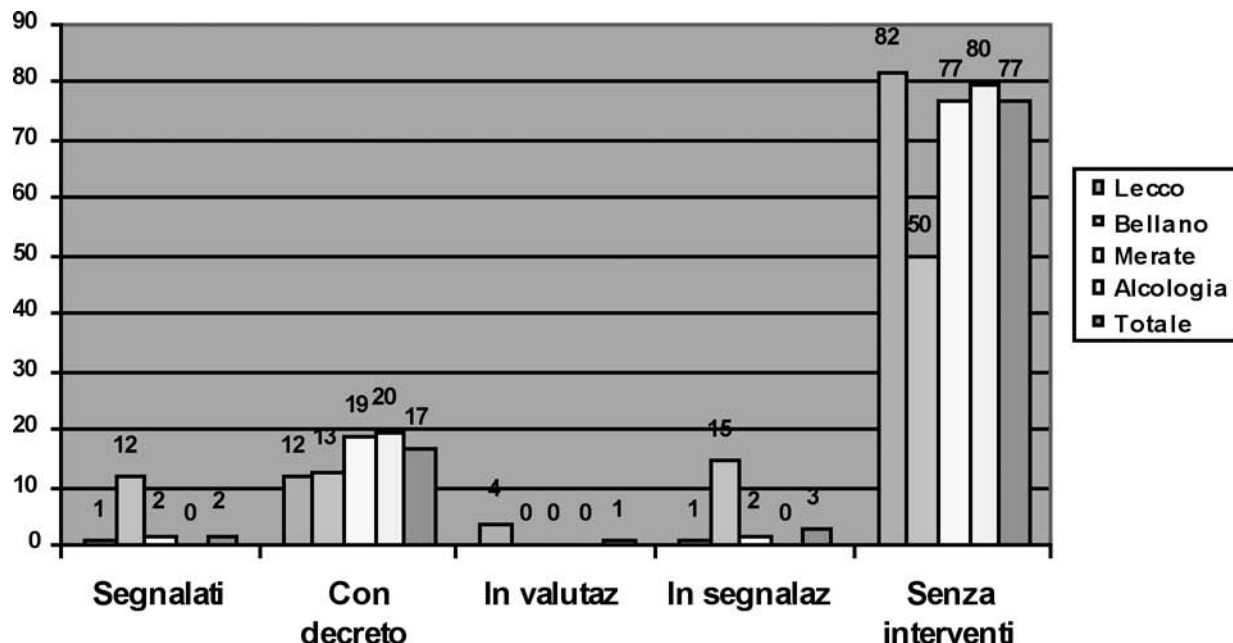
Rapporto persone in carico con o senza figli minori



#### Fascia d'età minori coinvolti



Gli interventi (dati in percentuale)



### IL PROTOCOLLO OPERATIVO "TOSSICODIPENDENZA E GENITORIALITÀ"

Nel 2005 è iniziato, da parte di un gruppo di operatori del Ser.T e del Servizio Famiglia, un lavoro di ricerca sul tema "Tossicodipendenza e genitorialità", che ha portato nel 2006 all'elaborazione di un protocollo operativo ridefinito a seguito dei cambiamenti a livello istituzionale.

Tale protocollo è stato presentato e condiviso con l'Ente che si occupa attualmente della tutela dei minori.

Il protocollo operativo si articola secondo il seguente schema d'interventi:

Nella fase d'accoglienza viene effettuata una valutazione della situazione familiare, con particolare riferimento alla presenza di minori.

Lo psicologo rileva e valuta la presenza di fattori protettivi di rischio e di stress. In caso di gravidanza viene attivato un counselling psico / sociale e sanitario.

Ipotesi A) Nel caso in cui venga valutata una prevalenza dei fattori protettivi, viene svolta una azione di aiuto e sostegno al singolo genitore o alla coppia genitoriale da parte del Dipartimento.

Ipotesi B) Nel caso in cui vi sia una forte copresenza di fattori di rischio, di stress e di fattori protettivi, i genitori vengono sollecitati a rivolgersi al Consultorio per una più approfondita valutazione psicodiagnostica delle competenze genitoriali, attraverso:

1. rilevazione dei fattori di stress;
2. rilevazione dei fattori protettivi;
3. la restituzione da parte del Consultorio ai genitori e al Ser.D. della valutazione e dell'eventuale progetto di intervento consultoriale di sostegno;

4. la CONCERTAZIONE di un progetto comune tra Ser.D. e Consultorio.

Viene, inoltre, presentata l'opportunità di un eventuale accudimento psicodiagnostico del bambino.

Ipotesi C) Nel caso in cui venga osservata una situazione caratterizzata dall'assenza di fattori protettivi e dalla presenza di significativi fattori di rischio, viene fatta una SEGNALAZIONE all'Autorità Giudiziaria.

Tale procedura può essere adottata dopo un confronto fra gli operatori di entrambi i Servizi anche nel caso in cui la coppia o il genitore rifiuti l'invio al Consultorio.

### SCENARI FUTURI

Il Dipartimento ha consolidato la modalità operativa sopra descritta, pur mantenendo un monitoraggio ed un eventuale revisione del protocollo, volto soprattutto a potenziare il confronto e l'integrazione tra i vari attori coinvolti; ha mantenuto vivo l'approfondimento sul tema della genitorialità, sia in termini di pensiero, sia attraverso il sostegno all'utenza afferente al servizio anche nelle situazioni in cui si avvia una segnalazione al T. M.

In questi casi sarebbe opportuno avere un riscontro tempestivo da parte dell'organo competente al fine di mantenere la continuità nella compliance terapeutica del paziente.

Si è rilevato un incremento da parte del T. M. e dei Servizi delle richieste di valutazione e/o presa in carico di soggetti dipendenti, genitori di minori, ed in particolare stranieri, che comporta un approccio metodologico di diagnosi e trattamento specifico ancora da approfondire.

Auspicabile un'attenzione anche formativa (clinica, diagnostica, trattamentale) su questo specifico tema.



## 6

## PROGETTO "GENITORI: "IL TESORO NASCOSTO"

E. Gravino, A. Pagani, M. Antonioni,  
S. Cero, B. Bezzi, R. Pellegrini, M. Colangelo,  
M. Mirandola, A. Ravasini  
AUSL PARMA Distretto di Parma  
Dipartimento assistenziale integrato Salute Mentale  
Dipendenze Patologiche - Ser.T Parma

L'apertura nel 2007 di "Mondo Teen" per i giovani di età compresa tra i 15-24 anni con sede separata dal Ser.T ha coinciso con una domanda da parte dei genitori di un sostegno nell'affrontare la problematica della Tossicodipendenza. Dalla riflessione che ne è seguita da parte del Servizio è emersa la possibilità di proporre ai genitori con figli in carico e non al servizio uno spazio tra pari che andasse ad integrare gli interventi previsti all'interno dei programmi terapeutici individuali (terapia della famiglia, sostegno individuale educativo ecc).

L'esperienza è iniziata nel aprile 2008 con l'idea della **mutualità e dello scambio reciproco** per poi aggiungere momenti di formazione e informazione.

### Approccio metodologico integrato e diversificato usato

**Approccio Pedagogico**  
della responsabilità: la famiglia adempie ai compiti dell'educazione e ne risponde

la **pedagogia dell'identità**: l'amore dei genitori fa sviluppare una consapevolezza che permette alla persona di riconoscersi

la **pedagogia della speranza**: la speranza dei genitori è l'anima del progetto di vita, del pensarsi adulto

la **pedagogia della fiducia**: la fiducia della famiglia fa nascere e sostiene le potenzialità del figlio

la **pedagogia della crescita**: i genitori sono attori e testimoni del percorso di sviluppo del figlio.

**Approccio Analisi Transazionale**  
modello per la lettura della comunicazione e delle dinamiche interpersonali rimanendo nel "qui e ora" specifico di una attività di Counseling.  
Ci siamo soffermati sull'analisi della persona (in questo caso del genitore) che si muove all'interno dell'ambiente in cui vive evidenziando i comportamenti che essa manifesta.

**Approccio dell'auto Mutuo aiuto**  
Focalizzare la discussione sul presente e non sul pas-

sato: il passato non è modificabile, il miglioramento del presente può migliorare il nostro futuro.  
Si lavora sulla fiducia, la volontà e l'autocontrollo. Si lavora sui sentimenti ed effetti concreti ed immediati.

### OBIETTIVI

Permettere alle persone (genitori) intrappolate in condizionamenti (giochi-copioni) di riacquistare un controllo sul proprio comportamento e sulle proprie emozioni, mettendo in essere procedure utili al cambiamento.

Questa consapevolezza personale (di contatto e di esperienza dei loro vissuti) diventa così una risorsa per comprendere come questi loro vissuti possono influenzare nel "qui ed ora" la relazione con i propri figli.

Rafforzare l'autonomia e le loro competenze genitoriali, educative utilizzando e riconoscendo le risorse che hanno già e producendone di nuove per sé e per gli altri

Creare all'interno del gruppo un clima che permetta lo scambio e la solidarietà oltre il problema della tossicodipendenza dei loro figli

Creare nelle persone uno stato di benessere

Sviluppare capacità di ascolto

Rafforzare la capacità di sapere leggere e gestire il conflitto nella relazione

Saper stare sul problema nel "qui ed ora"

Acquisire maggiori capacità di comunicazione

Riformulazione delle relazioni familiari attraverso gli strumenti dati

### ARGOMENTI TRATTATI

Concetto di Problema/Bisogno/Risorsa.

Lavoro sulle risorse dei figli: Concetti base della PNL.

Principi e apprendimento della comunicazione.

Concetto di: Pensiero - Emozione-Azione.

Concetto dei "giochi.

Spinte/Copione.

Stati dell'io.

Testimonianze.

Aspetti farmacologici della Tossicodipendenza e dell'alcolismo.

### ATTIVITÀ SVOLTE CON IL GRUPPO:

Interventi teorici di approfondimento

Esercitazioni in macro-micro gruppo

Confronto attivo tra i partecipanti

### CADENZA DEGLI INCONTRI: quindicinale.

Il gruppo è chiuso a 12/15 persone per permettere la formazione

7

## GLI ASSISTITI DEL SER.T 31 ASL NAPOLI 1 CENTRO CRESCONO: DA FIGLI A GENITORI

Curcio F.1, Cuccurullo M.2, D'Ascoli G.3, Focaccio F.4, Longobardo A.4, Losasso C.1, Masucci S.5, Parente M.1, Petti M.2, Veneruso C.5, Villano G.5, De Rosa G.6

1 - Dirigente Medico - U.O. Ser.T. DS 31 ASL Napoli 1 Centro;

2 - Dirigente Sociologo - U.O. Ser.T. DS 31 ASL Napoli 1 Centro;

3 - Assistente Sociale Collaboratore - U.O. Ser.T. DS 31 ASL Napoli 1 Centro;

4 - Dirigente Psicologo - U.O. Ser.T. DS 31 ASL Napoli 1 Centro;

5 - Coll. Prof. San.Infermiere - U.O. Ser.T. DS 31 ASL Napoli 1 Centro; 6 - Dirigente Medico Responsabile - U.O. Ser.T. DS 31 ASL Napoli 1 Centro

### Premessa

Molte iniziative vengono continuamente attivate per il supporto alla genitorialità nel caso di dipendenza da sostanze.

Di contro pochi sono i dati in letteratura relativi ad una maggiore conoscenza delle caratteristiche del genitore tossicodipendente e delle modifiche che l'interazione con la propria discendenza apportano nei comportamenti d'abuso. In particolare sul versante del potenziamento della salute o della espressione di ulteriore patologia psichica e sociale.

Scopo del presente lavoro è di conoscere meglio le caratteristiche dei soggetti assistiti del Ser.T.31 della ASL Napoli 1 Centro.

### Metodo

Sono stati raccolti i dati relativi alla coorte di soggetti assistiti nel corso del 2010, tratti dalle cartelle cliniche ed ottenute con interviste cliniche.

Inoltre, sono stati esaminati i risultati degli esami tossicologici urinari per la ricerca dei cataboliti delle principali sostanze d'abuso e delle analisi di laboratorio eseguite per lo screening delle principali patologie infettive.

I dati sono stati esaminati mediante un database appositamente progettato.

Le variabili in esame sono: condizione di tossicodipendenza dell'assistito, storica ed attuale; stato civile; occupazione; tipo di trattamento presso il Servizio.

Il campione è costituito da 522 soggetti, di cui 480 maschi e 42 femmine.

In molti casi solo un componente della coppia genitoriale è dipendente da sostanze psicoattive.

Rilevante è la differenza tra la percentuale dei padri tossicodipendenti rispetto alle madri.

### Risultati

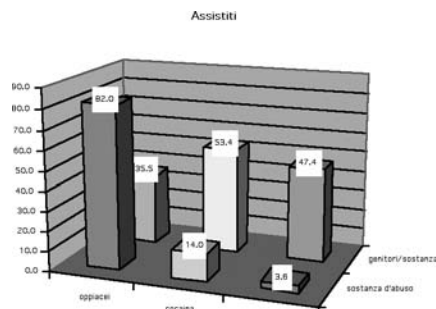


figura 1

Tra i 522 assistiti esaminati, l'82% (428) ha fatto uso di oppiacei, soprattutto in poliabuso; il 14% (73) di cocaina; il 3,6% (19) viene assistito per abuso alcolico; 1 soggetto è assistito per gioco d'azzardo ed uno per abuso di benzodiazepine.

Il 38,7% dei soggetti (202/522) ha figli; tra gli utilizzatori di oppiacei è genitore il 35,5% (152/428); tra i cocainomani il 53,4% (39/73) ha figli; tra gli alcolisti il 47,4% (9/19) è genitore (figura 1).

Da evidenziare che per i cocainomani e gli alcolisti la linea di demarcazione non è netta: spesso gli utilizzatori di cocaina utilizzano bevande alcoliche e meno spesso anche gli alcolisti utilizzano cocaina.

**Le caratteristiche degli utilizzatori di oppiacei (428):** 392 sono maschi e 36 femmine; età 41,7+/- 7,0 anni; mediana 42 anni.

I titoli di studio conseguiti dai maschi (301 interviste): 8 (2,7%) non hanno la licenza elementare; 115 (38,2%) hanno conseguito la licenza elementare; 130 (43,2%) hanno ottenuto la licenza media; 46 (15,3%) hanno conseguito un diploma superiore ed 1 (0,3%) è laureato.

Tra le femmine (26 interviste): 1 (3,8%) è analfabeta; 5 (19,2%) hanno la licenza elementare; 7 (26,9%) hanno la licenza media inferiore; 9 (34,6%) il diploma superiore e 4 (15,4%) sono laureate.

Lo stato civile dei soggetti (359 intervistati - 330 maschi e 29 femmine): tra i maschi il 39,4% (130) è coniugato/convivente; il 9,7% (32) è separato/divorziato ed il 50,9% (168) è celibe. Tra le femmine il 48,3% è coniugato/convivente ed il 51,7% è nubile.

La situazione lavorativa presenta il 40,8% (172/422) di disoccupati.

Tra i 428 assistiti 17 utilizzano solo oppiacei e 411 sono poliabusatori; l'11,9% ha avuto una diagnosi di psicopatologia lifetime.

Il 13,5% (46/340) è in terapia farmacologica con buprenorfina/naloxone e l'86,5% in terapia con metadone HCl.

Il 30% dei tossicologici effettuati (108/360) si presenta negativo negli ultimi 6 mesi.

L'uso endovena è sceso dal 81,2% al 30,4%.

Lo screening infettivologico ci dice che il 3,2% sono portatori di HBsAg, il 68,2% presenta anticorpi per l'HCV ed il 6% è positivo per gli anticorpi verso l'HIV. Il 70,6% (175/248) presenta tatuaggi ed il 47,2%

(208/248) ha avuto più di 20 partner nella vita.

**Le caratteristiche degli utilizzatori di oppiacei con figli (153) sono:**

145 maschi ed 8 femmine; età 42,4 +/- 6,6 anni; mediana 43 anni.

I titoli di studio conseguiti dai maschi (106 interviste): 3 (2,8%) non hanno la licenza elementare; 38 (35,8%) hanno conseguito la licenza elementare; 54 (50,9%) hanno ottenuto la licenza media; 11 (10,4%) hanno conseguito un diploma superiore e non ci sono laureati.

Tra le femmine (8 interviste): 2 (25,0%) hanno la licenza elementare; 2 (25,0%) hanno la licenza media inferiore; 3 (37,5%) hanno il diploma superiore ed 1 (12,5%) è laureata.

Lo stato civile dei soggetti (103 intervistati - 95 maschi e 8 femmine): tra i maschi il 56,3% (58) è coniugato/convivente; il 12,6% (13) è separato/divorziato ed il 22,6% (24) è celibe.

Tra le femmine il 75,0% è coniugato/convivente ed il 25,0% è nubile.

La situazione lavorativa presenta il 29,6% (45/152) di disoccupati.

Tra i 153 assistiti 10 utilizzano solo oppiacei e 143 sono poliabusatori; il 13,6% ha avuto una diagnosi di psicopatologia lifetime.

Il 14,7% (17/116) è in terapia farmacologica con buprenorfina/naloxone e l'86,3% in terapia con metadone HCl.

Il 31,2% dei tossicologici effettuati (40/128) è negativo negli ultimi 6 mesi.

L'uso endovena è sceso dal 83,2% al 24,7%.

Lo screening infettivologico ci dice che il 4,9% è portatore di HBsAg, il 64,6% presenta anticorpi per l'HCV e lo 0,7% è positivo per gli anticorpi verso l'HIV.

**Le caratteristiche degli utilizzatori di cocaina (73):**

71 sono maschi e 2 femmine; età 36,8 +/- 7,5 anni; mediana 37 anni.

I titoli di studio conseguiti dai maschi (66 interviste): 3 (4,5%) non hanno la licenza elementare; 20 (30,3%) hanno conseguito la licenza elementare; 38 (57,6%) hanno ottenuto la licenza media; 5 (7,6%) hanno conseguito un diploma superiore ed 1 (1,5%) è laureato.

Le femmine (2 interviste): hanno la licenza media inferiore.

Lo stato civile dei soggetti (70 intervistati - 69 maschi e 1 femmina): tra i maschi il 62,3% (43) è coniugato/convivente; il 5,8% (4) è separato/divorziato ed il 2,9% (2) è celibe. La femmina è nubile.

La situazione lavorativa presenta il 42,3% (30/71) di disoccupati.

Tra i 73 assistiti 23 utilizzano solo oppiacei e 50 sono poliabusatori; il 15,1% ha avuto una diagnosi di psicopatologia lifetime.

Il 50,7% (37/73) ha utilizzato il supporto psicologico.

Il 28,3% dei tossicologici effettuati (13/46) si presenta negativo negli ultimi 6 mesi. Non viene riportato uso endovenoso.

Lo screening infettivologico ci dice che il 3,3% sono portatori di HBsAg, il 4,9% presenta anticorpi per l'HCV e nessun positivo per gli anticorpi verso l'HIV.

**Le caratteristiche degli utilizzatori di cocaina con figli (38):**

sono tutti maschi; età 39,8 +/- 7,0 anni; mediana 40 anni.

I titoli di studio conseguiti dai maschi (35 interviste): 12 (34,3%) hanno conseguito la licenza elementare e 23 (65,7%) hanno ottenuto la licenza media.

Lo stato civile dei soggetti (37 intervistati): l' 89,5% (34) è coniugato/convivente; 1 è separato/divorziato ed il 5,3% (2) è celibe.

La situazione lavorativa presenta il 31,6% (12/38) di disoccupati.

Tra i 38 assistiti 12 utilizzano solo cocaina e 26 sono poliabusatori; il 18,4% ha avuto una diagnosi di psicopatologia lifetime.

Il 55,3% (21/38) ha utilizzato il supporto psicologico.

Il 47,4% dei tossicologici effettuati (18/38) si presenta negativo negli ultimi 6 mesi.

Non viene riportato uso endovenoso.

Lo screening infettivologico ci dice che il 3,4% sono portatori di HBsAg, il 3,4% presenta anticorpi per l'HCV e nessun positivo per gli anticorpi verso l'HIV.

**Le caratteristiche degli utilizzatori di alcool (19):**

15 sono maschi e 4 femmine; età 50,5 +/- 10 anni; mediana 50.

I titoli di studio conseguiti dai maschi (13 interviste): 2 (15,4%) non hanno la licenza elementare; 2 (15,4%) hanno conseguito la licenza elementare; 6 (46,1%) hanno ottenuto la licenza media; 2 (15,4%) hanno conseguito un diploma superiore ed 1 (7,7%) è laureato.

Le femmine (4 interviste): 2 hanno la licenza media inferiore e 2 sono laureate.

Lo stato civile dei soggetti (17 intervistati - 15 maschi e 2 femmine): tra i maschi il 29,4% (5) è coniugato/convivente; il 23,5% (4) è separato/divorziato ed il 35,3% (6) è celibe.

Una femmina è separata/divorziata ed una è vedova.

La situazione lavorativa presenta il 63,2% (12/19) di disoccupati.

Tra i 19 assistiti 15 utilizzano solo oppiacei e 4 sono poliabusatori; il 10,5% ha avuto una diagnosi di psicopatologia lifetime.

Il 26,3% (5/19) ha utilizzato GHB.

Lo screening infettivologico ci dice che il 13,3% sono portatori di HBsAg, nessuno presenta anticorpi per l'HCV o per HIV.

**Le caratteristiche degli utilizzatori di alcool (8) con figli:**

7 sono maschi e 1 femmina; età 54,0 +/- 10,3 anni; mediana 53,5 anni.

I titoli di studio conseguiti dai maschi (5 interviste): 3 hanno ottenuto la licenza media; 1 ha conseguito un diploma superiore ed 1 è laureato.

La femmina è laureata.

Lo stato civile dei soggetti (5 intervistati - 4 maschi e 1 femmina): tra i maschi 1 è coniugato/convivente; 2 sono separati/divorziati ed 1 è celibe.

La femmina è separata/divorziata.

La situazione lavorativa presenta il 50% (4/8) di disoccupati.

Tra gli 8 assistiti 5 utilizzano solo alcool; il 12,5% ha avuto una diagnosi di psicopatologia lifetime. Il 25,0% (2/8) ha utilizzato GHB. Lo screening infettivologico ci dice che il 14% è portatore di HBsAg, nessuno presenta anticorpi per l'HCV o per HIV.

### Conclusioni

La prima sensibile differenza riguarda l'inversione del rapporto tra consumatori non genitori e genitori assistiti tra i consumatori di oppiacei e gli altri.

Solo 1/3 dei consumatori di oppiacei sono genitori, laddove circa la metà degli altri assistiti hanno figli. Anche l'età appare sensibilmente differente: si passa dai 41 anni in media degli eroinomani ai 36 dei cocainomani, ai 50 degli alcolisti.

Naturalmente i genitori sono sempre qualche anno più anziani.

Relativamente allo stato civile, 17 punti percentuali in più differenziano i coniugati/conviventi con figli da quelli senza, a prescindere dal tipo di sostanza abusata, con una significatività statistica.

Per ciò che attiene il dato relativo all'attività occupazionale del campione, elevato è il tasso di disoccupazione complessivo; i genitori sono significativamente più occupati.

Le condizioni di salute dei genitori: sono state presi in considerazione HIV, Epatite B e C.

Anche in tal caso le differenze riflettono abitudini più spregiudicate degli eroinomani.

### Riferimenti bibliografici

1) *Neuropsychopharmacology: The Fifth Generation of Progress*. Edited by Kenneth L. Davis, D.Charney, J.T. Coyle, and C.Nemeroff. American College of Neuropsychopharmacology 2002.

2) *Epidemiologic Reviews* 2004;26:36-52 - "The Social Epidemiology of Substance Use" - S.Galea, A.Nandi, and D.Vlahov.

## UN MODELLO DI RICERCA E INTERVENTO SUI MINORI IN COMUNITÀ PER MADRI TOSSICODIPENDENTI E FIGLI: DALLA GENITORIALITÀ A RISCHIO AL BENESSERE DEL BAMBINO

Capra N.\*, Simonelli A.\*\*, De Palo F.\*\*,  
Fani B.\*\*, Rao M.\*\*

\* *Comunità terapeutiche "Casa Aurora" e "Villa Emma" - Soc. Coop. "Villa Renata", Venezia*

\*\* *Università degli studi di Padova - Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione*

Fino a pochi anni fa, le Comunità italiane per madri tossicodipendenti con figli hanno fornito i trattamenti necessari alla disintossicazione della donna e alla sua successiva re-introduzione nella società; per il bambino in Comunità con la madre, invece, non erano previsti finanziamenti mirati al trattamento specialistico individualizzato, che, se necessario, veniva svolto dai servizi sanitari e/o sociali esterni alla Comunità. Durante il biennio 2006-2007, nella regione Veneto si è assistito ad una radicale e necessaria riorganizzazione dei servizi residenziali per madri tossicodipendenti con figli (unità di offerta di tipo C1). Successivamente, sono stati definiti i requisiti e i relativi standard per autorizzare all'esercizio, accreditare a livello istituzionale le strutture socio sanitarie e sociali e al fine di garantire i livelli essenziali di assistenza.

In particolare, per l'unità d'offerta C1, è stato previsto che il trattamento deve prevedere, allo stesso tempo, una serie di interventi medico-farmacologici, psicologici e socio-educativi che coinvolgano non solo la madre, ma anche il minore.

In questa direzione, dal 2010, sono state riconosciute le seguenti prestazioni socio-sanitarie dirette ai bambini accolti presso le comunità terapeutiche della categoria C1, svolte da professionisti e tecnici: interventi individualizzati, psicomotricità di gruppo, osservazione e valutazione delle relazioni padre-figlio e madre-figlio, osservazione e valutazione neuropsichiatrica, supervisioni sulla relazione madre-bambino e psicoterapia relazionale.

Ad oggi quindi, oltre alle madri, anche i bambini sono ufficialmente utenti della Comunità, ai quali sono destinati specifici interventi di cura socio-psico-fisica. E a partire da queste considerazioni che si è sentita l'esigenza di sviluppare un progetto che prendesse in considerazione i bambini residenti in comunità e la qualità del loro sviluppo affettivo e relazionale.

Dalla collaborazione tra il Dipartimento dello Sviluppo e della Socializzazione dell'Università degli Studi di Padova e le Comunità terapeutiche madre-bambino "Casa Aurora" e "Villa Emma", gestite dalla coopera-

tiva "Villa Renata" di Venezia e nato il progetto "Un modello di ricerca e intervento sui minori in comunità per madri tossicodipendenti e figli: dalla genitorialità a rischio al benessere del bambino" che prevede una valutazione multi-metodo lungo un approccio longitudinale, diretto a programmare e monitorare gli interventi educativi eseguiti dai genitori e lo sviluppo dei bambini che risiedono nelle comunità terapeutiche.

Il focus dell'assessment è organizzato su tre aree, ognuna delle quali riguarda differenti livelli:

(a) la valutazione delle condizioni psichiche della madre, in termini di personalità e di caratteristiche individuali, rilevate attraverso la somministrazione di interviste e questionari come la Adult Attachment Interview (AAI; George, Kaplan, & Main, 1985) e la Structured Clinical Interview for DSM-IV - Asse II (SCID-II; First, Gibbon, Spitzer, Williams, & Benjamin, 1997) e test dinamici di tipo proiettivo come il Reattivo di Rorschach (1921);

(b) la valutazione della competenza genitoriale della madre e, se presente, quella del padre, osservando le interazioni adulto-bambino sia in ambienti di routine quotidiana, sia in setting strutturati attraverso l'Attachment Q-Sort (AQS; Waters, & Deane, 1985) il Lausanne Trilogue Play (LTP; Fivaz-Depeursinge, & Corboz-Warnery, 1999) e le Emotional Availability Scales (EAS; Biringen, Robison, & Emde, 1998);

(c) la valutazione dello sviluppo adattivo del bambino, osservato per mezzo di strumenti specifici per ogni fase di sviluppo come le Vineland Adaptive Behavior Scales (VABS; Sparrow, Balla, & Cicchetti, 1984), la Child Behavior Checklist/il Caregiver-Teacher Report Form (CBCL/C-TRF; Achenbach, 1991, 1992) e l'Attachment Story Completion Task (ASCT; Bretherton, Ridgeway, & Cassidy, 1990).

Il presente modello di ricerca e intervento nasce specificamente con l'obiettivo di osservare il livello di sviluppo del bambino, nonché i fattori protettivi e/o di rischio insiti nella sua crescita, e di pianificare interventi adeguati ai bisogni di ogni specifico utente minore e di ogni specifica relazione madre-bambino. Esso, dunque, concentra l'attenzione sul benessere dei minori, figli di madri tossicodipendenti.

Il motivo di questa scelta riguarda l'inevitabile necessità di guardare alla realtà della situazione di questi bambini: hanno una madre tossicodipendente con una funzione genitoriale a rischio, alla quale vengono affiancati educatori, quali caregiver alternativi più adeguati.

Se si considera l'aspetto "adolescenziale" delle donne tossicodipendenti, questo può essere fattore di grave rischio della genitorialità di queste pazienti: spesso nelle madri è presente una sorta di invidia per la presa in carico del figlio che si sviluppa in una situazione di conflitto tra la madre stessa e il bambino.

Inoltre, solitamente questa tipologia di pazienti ha gravi difficoltà nel riconoscere i limiti tra sé e il figlio, anche corporei: spesso, soprattutto se si tratta di una figlia femmina, la madre fa fatica a distinguere sé stessa dalla bambina, confondendo i propri pensieri, azioni e sentimenti con quelli della figlia; quando si tratta di un maschio, la difficoltà riguarda la capacità

della madre di distinguere il bambino dal proprio padre e/o dal proprio partner. Pertanto, la scelta di un progetto rivolto alla salute del minore focalizza tutte le attenzioni sulla ricerca di quali siano le azioni più adeguate alla finalità preposta: il benessere del bambino figlio di una genitorialità a rischio.

A questo scopo, la somministrazione parallela degli strumenti di valutazione alla madre e all'educatore consente di indagare anche quale sia l'immagine che quest'ultimo - e più ampiamente la Comunità - ha del Bambino: monitorare adeguatamente la visione che la Comunità ha del bambino permette di crearne una percezione univoca, che spesso viene persa a causa delle numerose contingenze dell'ambiente comunitario.

L'attenzione che gli educatori rivolgono costantemente al bambino viene condivisa con la madre, con la quale, a loro volta, viene costruita un'immagine comune e unica del minore.

Di fatto gli educatori e l'equipe curante stessa delle comunità per madri tossicodipendenti e figli svolgono una funzione di base sicura che né la madre, né il minore hanno trovato altrove e rappresentano un modello relazionale alternativo e vicariante sia per la donna, sia per suo figlio.

## SINGLE CASE

Di seguito verranno illustrati i risultati della valutazione di un single case, estrapolato dal campione dei soggetti - e delle diadi - residenti nelle comunità in cui è attivo in progetto dal 2010.

La diade osservata è costituita da un bambino di 25 mesi di età, in comunità dalla nascita, e dalla madre di 41 anni, tossicodipendente dall'età di 23 anni.

È presente anche il padre, il quale ha partecipato all'interazione triadica osservata per mezzo dell'LTP.

Sono stati somministrati tutti gli strumenti di valutazione previsti dal progetto sopra descritto, ad esclusione delle Emotional Availability Scales e dell'Attachment Story Completion Task, a causa dell'età prematura del bambino.

I risultati mostrano una situazione di grave disagio psico-affettivo della diade. Nello specifico, i risultati dell'AAI delineano uno stile di attaccamento della madre insicuro coinvolto, e disturbo di personalità Borderline, caratterizzato da fragilità dell'Io nella gestione degli affetti, episodi dissociativi e processi metacognitivi compromessi, che possono tradursi nell'incapacità di comprendere e contenere i bisogni del figlio e in una funzione genitoriale disfunzionale.

Per quanto riguarda il bambino i risultati delle scale Vineland, evidenziano un livello di sviluppo complessivo inferiore alla sua età anagrafica.

Nell'area della comunicazione, il minore riporta una grave difficoltà nell'espressione verbale mentre nell'area della socializzazione, si individua un certo grado di compromissione delle attitudini della sfera relazionale. Tali caratteristiche non sembrano modificarsi nel tempo (valutazioni ripetute a distanza di 2 mesi), evidenziando dunque un accumulo delle difficoltà del bambino.

La difficoltà nell'ambito delle relazioni sembra essere confermata anche dai risultati ottenuti con l'AQS, da cui emerge una prevalenza nell'utilizzo di comportamenti insicuri, caratterizzati soprattutto da evitamento, autonomia e una particolare centratura sull'esplorazione dell'ambiente e dei giochi, piuttosto che sull'interazione con gli adulti, compresa la madre. Inoltre, è presente un quadro sintomatologico multi sfaccettato, caratterizzato da problematiche nella manifestazione delle emozioni e a livello attentivo, in cui sembrano manifestarsi anche dinamiche di isolamento e la tendenza all'utilizzo di comportamenti aggressivi.

Il bambino, dunque, sembra manifestare delle sintomatologie specifiche, che fanno presupporre una certa vulnerabilità particolarmente negli aspetti emotivi e prestazionali legati allo sviluppo.

Infine, l'osservazione delle interazioni triadiche madre-padre-bambino mette in luce le risorse del padre all'interno della triade: egli mette in atto stimolazioni adeguate con cui sostiene l'attenzione del figlio, il quale si mostra disponibile ad interagire con l'adulto.

Il padre, dunque, sembra costituire un'importante risorsa per il contesto familiare, fungendo da supporto nelle attività condivise e da promotore per interazioni familiari maggiormente funzionali.

## I GENITORI IN GRUPPO: QUALE RISORSA TERAPEUTICA?

Anna Desantis\*, Rosella Pacifico\*\*

*Struttura: Unità Operativa Complessa Dipendenze e Patologie d'Abuso - ASL Rieti*

*\*Assistente Sociale, \*\*Psicologo dirigente*

Nella U.O.C. Dipendenze e Patologie d'Abuso della ASL di Rieti da circa 10 anni si è costituito un gruppo-Associazione di genitori di ragazzi tossicodipendenti nato da una riflessione del Servizio sui vissuti familiari rispetto alla presenza di un figlio tossicodipendente.

### Il gruppo si costituisce

Sapevamo che puntare alla creazione di un gruppo di auto aiuto di genitori e familiari di tossicodipendenti era cosa non semplice. Le difficoltà erano insite nelle caratteristiche della patologia e nella resistenza, da parte dei TD e delle loro famiglie a riconoscere, nella tossicodipendenza un problema e soprattutto un problema familiare, oltre naturalmente alla necessità da parte dei familiari di nascondere il problema vissuto come vergogna.

Le difficoltà di vita del TD non possono che ripercuotersi nella vita familiare creando profondi squilibri; questo era molto evidente già allora nel nostro territorio poiché il fenomeno della TD sembrava affondare le proprie radici non in un isolamento e degrado sociale, se non in pochi casi ed in un periodo a cavallo degli anni ottanta, ma continuavano e continuano ancora oggi a vivere in una sorta di dipendenza/vincolo con la famiglia di origine e con i suoi valori.

Di fronte ad una td vissuta dentro le mura domestiche, ci sembrava evidente già da allora che la famiglia, che si trova coinvolta nella td del figlio, che si isola per vergogna e per i sensi di colpa, doveva essa stessa diventare parte del trattamento e della cura.

D'altra parte quelle famiglie che in quegli anni venivano chiamate dagli operatori e che avevano il coraggio di venire, tutte, nello stesso modo, riportavano le stesse paure, gli stessi dubbi, la rabbia, i sensi di colpa, lo smarrimento, l'impotenza e terminavano il colloquio con la stessa frase " E' inutile, queste cose può capirle solo chi le vive direttamente, chi è dentro il problema" rimandando all'operatore non tanto una squalifica professionale, quanto una incapacità umana a comprendere la sofferenza. Ed effettivamente, al di là della professionalità e della formazione degli operatori, il loro "sapere" è cosa diversa dallo



*Come l'acqua  
i vissuti emotivi  
irrompono e cercano  
contenimento*

"starci dentro". Fatte queste riflessioni è stato gioco forza capire che l'unica cosa da fare era offrire l'opportunità di incontrarsi fra loro e con noi; è nato così il primo gruppo di auto aiuto per genitori di figli tossicodipendenti.



*Il lago è il cerchio che contiene come i genitori in cerchio nel gruppo contengono le loro ansie e le loro angosce*

### Il gruppo sopravvive

All'inizio è stata molto dura; dopo il primo anno, alcune volte al gruppo venivano due genitori, altre solo uno; i genitori non volevano varcare quella soglia, quel cancello perché significava riconoscere di avere un problema, di cui si sentivano in parte colpevoli. Insieme noi due operatori riflettemmo: o bisognava rinunciare all'esperienza o dovevamo insistere nella speranza di creare una effettiva risorsa per il Servizio; poco alla volta le sedie messe in cerchio si sono riempite e ad oggi i genitori che in totale hanno frequentato e giovato del gruppo sono stati circa 60.

### Il gruppo cresce

Ci siamo chieste perché un gruppo di auto aiuto funziona più dei colloqui con ogni singolo familiare: le risposte vengono dal gruppo.

Il gruppo nasce intorno ad un problema comune; tutti i componenti del gruppo sono dei pari, condividono obiettivi comuni per cui il problema diventa l'obiettivo da raggiungere, l'esperienza condivisa con gli altri è un vantaggio per gli altri perché crea cooperazione e mutualità, nessuno riveste un ruolo di potere, non c'è leadership per cui la comunicazione è orizzontale, c'è scambio reciproco di informazioni, di racconti, di emozioni, c'è un forte coinvolgimento emotivo e personale, c'è orientamento all'azione nel senso che si "impara facendo" e si "cambia facendo".

Lo scopo del gruppo è quello di raccontare e condividere l'esperienza e i vissuti con gli altri, permette di ampliare il proprio orizzonte, di vedere l'esperienza più chiaramente, di aggiungere punti di vista da parte di chi quella esperienza l'ha già vissuta o la sta vivendo con altre emozioni; di sperimentare una nuova modalità di risposta ai problemi, dei nuovi comportamenti e nuovi modi di sentire e di trasmettere le proprie emozioni e i propri vissuti.

Questo permette ad ogni membro del gruppo di riconoscere il problema, di vedere nuove strategie di risoluzione del problema, di eliminare il pregiudizio, lo stigma perché il gruppo insieme costituisce una forza ed un sostegno.

### Il gruppo accoglie, condivide, si emoziona

Nel momento in cui il genitore comprende, con l'aiuto del gruppo, la propria situazione, è il gruppo stesso che restituisce a ciascuno, attraverso suggerimenti, esperienze, vissuti, emozioni, la capacità e l'abilità nell'affrontare in maniera competente il problema, perché il gruppo è capace di contenere la sofferenza di ciascuno, permette di condividere il dolore che fino ad allora aveva diviso, separato ed isolato la famiglia dall'esterno. Il gruppo quindi sostiene ogni suo membro, lo accompagna, lo comprende, si emoziona, soffre, si identifica, condivide, ma anche stimola, aiuta nell'azione, restituisce competenze e responsabilità; il gruppo è uno spazio personale da dedicare a se stessi e alla propria salute sociale.

In gruppo si trova la forza, che da soli non si ha: lo stare in gruppo smuove gli aspetti positivi di ciascuno, permette di evidenziare le potenzialità di ciascuno, di dare fiducia e speranza.



*Nel gruppo si trova nuova forza e vitalità*

### Il gruppo valorizza le competenze

Il gruppo dunque è un luogo privilegiato dove la domanda di aiuto non viene chiesta all'esterno, alle istituzioni, non si delega a nessuno, non si rimane passivi, ma il problema viene gestito all'interno, in maniera autonoma, partendo da se stessi, riscoprendo le proprie risorse. Si attiva così un cambiamento che parte da se stessi, con la partecipazione emotiva e l'esperienza degli altri del gruppo.

Ciascuno è dunque artefice in prima persona del proprio cambiamento, ciascuno riprende in mano la propria vita, la propria storia personale e familiare, la propria genitorialità, riappropriandosi del proprio potere personale attraverso un percorso con il gruppo che aiuta sostiene e suggerisce.

Il gruppo non è più allora una somma di persone, ma acquista una anima propria, una propria identità; il gruppo ha una sua forza, si diventa una cosa sola, pur rimanendo una persona autonoma all'interno del gruppo stesso.

### Il gruppo permette il cambiamento

Una importante considerazione che ha accompagnato la vita del gruppo e che mano a mano è diventata più chiara e definita è che il gruppo serve sì ad alleviare ansie ed angosce ma dà la possibilità ai familiari di intraprendere un percorso di cambiamento che a volte anticipa o segue quello del proprio figlio e che comunque arriva a definirsi come parallelo determinando le condizioni per cui viene a modificarsi l'intero ambito delle relazioni familiari: padri deleganti si riappropriano del loro ruolo genitoriale, coppie genitoriali che

*Nel gruppo diverse percezioni favoriscono nuove potenzialità*



non riuscivano più a dialogare trovano nuove e diverse modalità di contatto e stabiliscono nuove vicinanza; madri tendenti a gestire pervasivamente la quotidianità degli altri membri della famiglia fanno passi indietro e scoprono i limiti del loro ruolo riappropriandosi della possibilità di prendersi cura di sé stesse. Il gruppo si fa carico anche dell'accompagnare e sostenere la intersezione e la contaminazione dei vari percorsi di cambiamento (quello della persona tossicodipendente e quello dei familiari): aiuta a capire lo sbalordimento rispetto a modi nuovi di reagire, dà la possibilità di espressione di emozioni per troppo tempo sopite o addirittura rimosse, consente ed accompagna, attraverso il contributo di tutti i membri del gruppo, una elaborazione cognitiva dei vissuti che altrimenti non sarebbe stata possibile.

### Il gruppo comunica con l'esterno

Questo è l'esperienza vissuta dal nostro gruppo negli anni, un gruppo che è stato difficile da attivare ma che oggi è diventato forte ed accogliente rispetto ai nuovi genitori. Si percepisce la forza del gruppo da tanti piccoli avvenimenti: le telefonate al di fuori del gruppo, gli incontri, le condivisioni di accadimenti dolorosi e gioiosi: quando questo accade significa che il gruppo è diventato qualcosa di più di uno spazio di sofferenza e di dolore; si apre un tempo nuovo che guarda fuori, il gruppo non è più auto centrato, si vive anche aria di speranza e di certezza.

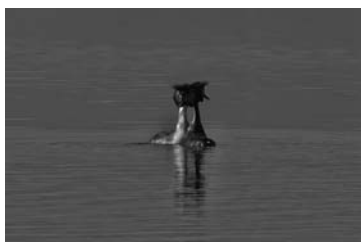
Ed un giorno, improvvisamente una madre ha detto "abbiamo qualcosa da dire anche fuori di qui, forse la nostra esperienza e la nostra consapevolezza può essere condivisa con altri, può aiutare altri genitori che come noi non ce la fanno a varcare il cancello che porta al servizio pubblico".

Gelo assoluto, perplessità, timore, paura impotenza, ciascuno ha espresso il suo parere e le sue perplessità. Poi qualcuno ha detto: "è pronto ciascuno di noi, fuori di qui, a dire che noi siamo genitori di ragazzi tossicodipendenti?" gli altri hanno risposto: "da soli no, insieme si può".

Ed è nata l'associazione "Insieme si può".

L'associazione oggi collabora attivamente con l'U.O.C.

Dipendenze della ASL, sta aprendo uno sportello di ascolto all'interno dell'Informagiovani del Comune di Rieti con la finalità di



*Il gruppo favorisce nuove relazioni*

accogliere in modo anonimo i genitori ed i ragazzi che non sono pronti a varcare la soglia del Ser.T e ad accompagnarci quando abbiano acquisito la consapevolezza del problema; nel settore della prevenzione sono attivi nelle scuole con incontri mirati, insieme agli operatori dei CIC (gli stessi dell'U.O.C.-Dipendenze).



*Dal gruppo si può guardare all'esterno*



**DPA** Dipendenze e Patologie d'Abuso  
Unità Operativa Complessa - AUSL, spa



*I luoghi del gruppo: Riserva Laghi Lungo e Ripasottile e Cascata delle Marmore*



10

## ESITI DELLE SEGNALAZIONI AL TRIBUNALE PER I MINORENNI EFFETTUATE DALLA SEDE SER.T DI SARONNO DEL DIPARTIMENTO DELLE DIPENDENZE ASL DI VARESE NEGLI ANNI DAL 1996 AL 2011

Maria Raffaella Guzzetti\*, Sara Renoldi\*, Sara Frigerio\*, Francesca Perlangeli\*, Maria Eleonora Camporese\*, Antonella Morandi\*, Chiara Bonizzoni\*, Manuela Cairati\*, Maria Maddalena Zanzola\*, Fabio Reina\*, Vincenzo Marino\*\*

\* Operatori Equipe Sede Ser.T di Saronno - U.O. Territoriale Dipendenze Varese Sud del Dipartimento delle Dipendenze ASL di Varese

\*\* Direttore del Dipartimento delle Dipendenze ASL di Varese

Presso la Sede Ser.T di Saronno del Dipartimento delle Dipendenze ASL di Varese, dall'anno 1996 ad oggi sono stati seguiti 33 madri con problematiche di dipendenza da sostanze psicotrope, per un totale di 36 gravidanze.

Le madri di due di questi bambini non erano conosciute al Ser.T o erano state seguite in passato senza avere in corso un piano terapeutico al momento del parto.

Ci sono state segnalate dai Reparti di Ginecologia dell'Ospedale di Saronno e di Desio perché i neonati avevano manifestato una Sindrome di Astinenza Neonatale.

Ventiquattro dei 36 neonati sono stati segnalati al Tribunale per i minorenni dal nostro Servizio con finalità preventive.



In questo studio vogliamo valutare gli esiti delle segnalazioni effettuate.

### Materiali e metodi

I ventiquattro neonati segnalati sono figli di ventun madri tossicodipendenti.

La sostanza d'abuso principale di 20 madri tossicodipendenti era l'eroina, una sola donna era abusatrice

esclusivamente di cocaina.

Per il tentativo di disassuefazione all'eroina si è utilizzata la terapia sostitutiva con metadone, mantenendo un dosaggio costante nei primi mesi al fine di ottenere una sospensione delle sostanze stupefacenti e poi scalando il dosaggio di metadone di 1 mg ogni 2-3 giorni per arrivare al momento del parto ad un dosaggio inferiore a 20 mg.

Come è noto un dosaggio inferiore a 20 mg in gravidanza rende meno probabile o con una sintomatologia più lieve l'incidenza e la durata della Sindrome d'Astinenza Neonatale.

Le madri tossicodipendenti sono state indirizzate all'Ambulatorio per gravide tossicodipendenti della Mangiagalli di Milano o al Reparto di Ginecologia dell'Ospedale di Saronno.

Due madri sono state seguite dal Clinica ostetrica dell'H Sacco di Milano perché già seguite presso tale struttura per problemi infettivo logici. Una donna ci è stata invece segnalata al momento del parto dall'H di Desio.

Sedici madri erano affette da epatopatia HCV correlata, quattro da infezione cronica da HIV, cinque non avevano contratto nessun tipo di infezione.

L'intenzione di effettuare la segnalazione al Tribunale per i minorenni e la finalità della segnalazione veniva comunicata alle madri direttamente dagli operatori del Ser.T che avevano in carico la paziente durante la gravidanza.

Per tutte le madri seguite si è stilato un progetto terapeutico con altre strutture o servizi, di supporto alla madre e al nascituro che già veniva esplicitato nella segnalazione.

### Risultati

Ventidue neonati non hanno avuto SAN o hanno avuto una SAN di lieve entità. Due neonati hanno manifestato una SAN conclamata, ma come detto in precedenza erano donne che non erano seguite da nessun Ser.T in gravidanza.

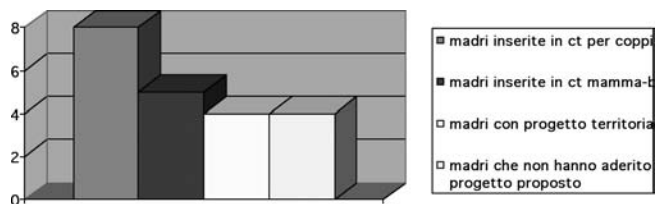
Nessuno dei 4 neonati figlio di madri portatrici dell'infezione da HIV ha contratto il virus.

Per quanto riguarda l'infezione da HCV un bambino l'ha contratta qualche anno dopo, presumibilmente bucandosi con una siringa della madre che nel frattempo era ricaduta nell'uso di stupefacenti.

Otto madri sono state inserite con il partner e il bambino in Comunità per coppie tossicodipendenti.

Cinque madri sono state inserite in Comunità mamma-bimbo per madri tossicodipendenti.

Per quattro madri è stato pensato un progetto di supporto per madre e nascituro territoriale, si trattava di donne astinenti dall'uso di stupefacenti al momento del concepimento del nascituro o che hanno immediatamente interrotto l'uso di sostanze appena saputo di essere gravide, con una buona rete di sostegno familiare.

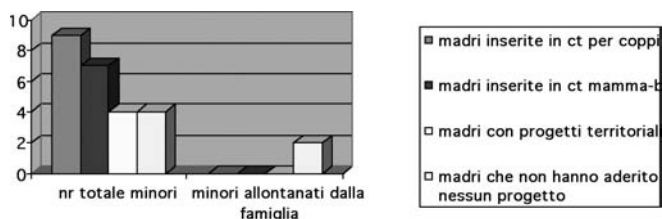


Ad altre quattro donne è stato proposto l'inserimento in una comunità mamma-bimbo, ma hanno rifiutato la proposta.

Il tribunale per i minorenni in questo caso ha deciso di allontanare il bambino alla nascita, inserirlo in una Comunità per Minori, emettere un provvedimento di adottabilità.

A tutte queste madri il Servizio ha continuato ad offrire un supporto.

Due di questi bambini ora sono stati adottati da altre famiglie, due invece sono poi tornati a vivere con la propria madre.



## CONCLUSIONI

L'interazione tra i Servizi Ospedalieri e Territoriali (pubblici e del privato sociale) è indispensabile per salvaguardare il più possibile il benessere fisico e psichico del bambino e della madre tossicodipendente.

La letteratura segnala che la gravidanza agisca da potente fattore di cambiamento, rappresentando non solo un vincolo rispetto al progetto di cura ma anche una risorsa supplementare.

Una prima conseguenza del diventare genitori è quella di offrire alla madre tossicodipendente un'opportunità evolutiva.

L'intervento dei Servizi assume un ruolo decisivo nel concretizzare le potenzialità di cambiamento rappresentate dalla maternità.

Riteniamo che la segnalazione al Tribunale per i Minorenni se effettuata con queste finalità ed adeguatamente spiegata favorisce la collaborazione della madre con i Servizi.

## BIBLIOGRAFIA

Regione Veneto - Progetto Provoid - Linee guida per l'assistenza alle donne tossicodipendenti con figli DRG 4019/2002

Tribunale Minori Milano - La segnalazione a tutela dei minori - febbraio 2010

Difesa sociale vol 83, nr 3 (2004) pag 13-52

L'attenzione alle madri. Gravidanza, nascita e dimissioni ospedaliere POLIS 96

## NEL NOME DEL PADRE. FAMIGLIA E SOCIALIZZAZIONE PATOGENA

(Ricerca condotta sulla "seconda generazione" di consumatori afferenti al Dipartimento Dipendenze Patologiche ASL TA- Sezione Dipartimentale Ser.T. di Taranto)

Anna Paola Lacatena\*, Maria Grazia Lentini\*\*, Cosimo Buccolieri\*\*\* Vincenzo Simeone\*\*\*\*

\*Dirigente Sociologa c/o Dipartimento Dipendenze Patologiche ASL di Taranto.

\*\* Dirigente Psicologa, Psicoterapeuta c/o Dipartimento Dipendenze Patologiche ASL di Taranto -Sezione Dipartimentale di Taranto

\*\*\*Dirigente Medico c/o Dipartimento Dipendenze Patologiche ASL di Taranto -Sezione Dipartimentale di Taranto

\*\*\*\* Dirigente Medico Il Livello -Direttore Dipartimento Dipendenze Patologiche ASL di Taranto

"Fra le mille novità che caratterizzano l'interpretazione del percorso di crescita verso l'età adulta da parte degli adolescenti di oggi, ve n'è una che può essere ritenuta la madre di tutte le differenze con gli adolescenti dei decenni precedenti. Si tratta della diffusa convinzione che il proprio sé sia molto più importante dell'altro: gli adolescenti di oggi hanno sdoganato il narcisismo."

(Pietropolli Charmet G., Fragile e spavaldo ritratto dell'adolescente di oggi, Editori Laterza Bari, 2008, pag. 3)

## Introduzione

Questo scritto nasce dalla volontà di interrogarsi in merito ai fattori ambientali, sociali, culturali e relazionali presenti nel contesto familiare dei tossicodipendenti definiti di "seconda generazione", ossia figli di un genitore o entrambi i genitori tossicodipendenti iscritti presso il Ser.T. di Taranto (dal settembre 1980 al 31 dicembre 2007).

La ricerca nella sua forma integrale è stata pubblicata da: Rivista "Dal Fare al Dire" Edizioni Publiedit-Periodico Trimestrale di Informazione e Confronto sulle Patologie da Dipendenza- numero 01/ 2009

Dagli archivi del Dipartimento delle Dipendenze Patologiche della ASL TA-Sezione Dipartimentale di Taranto, infatti, è emersa una percentuale di pazienti con un genitore (o entrambi) tossicodipendente già in carico a questo Servizio, con esiti vari che merita un tentativo di approfondimento.

Per diverso tempo, la tossicodipendenza è stata concepita come "colpa morale", stigma collettivo e contagioso da negare e comunque da nascondere.

Successivamente la si è concepita come patologia

dalla matrice organicistica, ossia derivante da cause esclusivamente organiche ed ereditarie.

Solo di recente, si è passati ad una visione più integrata che non esclude componenti biologiche ed organiche ma che fissa l'attenzione con maggiore convinzione sulle cause ambientali e culturali.

Rispetto all'oggetto specifico di questa ricerca, sembra opportuno, al di là delle caratteristiche proprie del genitore, così come possono essere percepite dal figlio, spostare il focus sulla relazione e sulla comunicazione: come a dire che non si intende considerare "malato" un componente della relazione ma la relazione stessa, considerandola come disturbata, il tutto calato in un contesto socio-culturale problematico quale si presenta quello della modernità "liquida".

In ultima istanza, dunque, nel corso della presente ricerca ci si è interrogati, finendo per promuovere una vera e propria provocazione, sui patterns educativi della famiglia attuale e su quanto le differenze tra genitore tossicodipendente e genitore non portatore di tale problematica si sia assottigliata convergendo verso un genitore poco adulto, poco consapevole del proprio ruolo, incapace di accompagnare il proprio figlio lungo il percorso della costruzione del proprio autentico Sé, a prescindere dall'uso o meno di sostanze stupefacenti.

Parlare di responsabilità familiare vuol dire sempre più fornire una risposta all'altro.

Responsabilità come "rispondere a" necessita di una rete di interdipendenze e di rispetto degli impegni presi nei confronti di un altro; implica anche l'idea di un impegno.

A tal proposito, il termine francese engagement sta a indicare un impegno nella sfera pubblica (una persona engagé è una persona impegnata anche politicamente), mentre il termine inglese commitment ci ricorda la dimensione di cura del legame proprio della responsabilità, della promessa fatta all'altro, con la fiducia necessaria per mantenerla.

## La ricerca

Nell'ambito della ricerca promossa dal DDP ASL TA-Sezione Dipartimentale di Taranto, attraverso l'analisi della documentazione a disposizione negli archivi storici del Servizio (settembre 1980- dicembre 2007), sono state contate 31 coppie di genitori/figli tossicodipendenti in carico al Servizio per le Tossicodipendenze di Taranto.

**Popolazione Ser.T. di Taranto anno 2007: 1758**

### Tipologia del target di riferimento

|                        |    |                        |   |    |
|------------------------|----|------------------------|---|----|
| Padre/figlio           | 17 | Padre/figlia           | 4 | 21 |
| Madre/figlio           | 3  | Madre/figlia           | 3 | 6  |
| Padre/madre<br>/figlio | 1  | Padre/madre<br>/figlia | 1 | 2  |

|                 |    |                 |   |    |
|-----------------|----|-----------------|---|----|
| Padre più figli | 2  | Madre più figli | 0 | 2  |
| Totale          | 23 |                 | 8 | 31 |

Prevalenza:  $p=n/N=31/1758=0,017=1,7\%$

È necessario rimarcare che il dato di cui sopra fa riferimento alla presa in carico di entrambi i soggetti (genitore/figlio), consapevoli che lo stesso si sposterebbe sensibilmente verso l'alto qualora fosse stata presa in considerazione la sola notizia riportata dal figlio rispetto all'uso di sostanze (soprattutto "alcol") di uno o entrambi i genitori mai presi in carico dal Ser.T. in questione.

Dalla raccolta della storia di vita dei pazienti, infatti, l'assunzione di sostanza da parte del genitore o di entrambi i genitori emerge come dato significativo ma lo stesso non definisce la possibilità di una classificazione nell'area della dipendenza e, comunque, non essendo in carico al Servizio tale aspetto non può essere indagato nella sua completa espressione ed attendibilità.

### Tipologia del target in relazione alla sostanza primaria

| Genitore    | Figlio                     | %    |
|-------------|----------------------------|------|
| Solo Alcol  | Solo Alcol                 | 1%   |
| Solo Alcol  | Alcol con Eroina o cocaina | 8%   |
| Solo Eroina | Solo Eroina                | 31%  |
| Solo Eroina | Eroina e Cocaina           | 59%  |
| Solo Eroina | Solo cocaina               | 1%   |
| Totale      |                            | 100% |

Non si è riscontrata una sostanziale differenza rispetto alla media/anni della presa in carico del paziente che risulta pari a 22,8 anni per i figli e 22,4 per i genitori, fatta eccezione per il genitore alcolista che arriva al Ser.T. tra i 45 ed i 50 anni, sebbene in tutti i casi l'esordio dell'uso di sostanze è piuttosto precoce.

Attualmente quasi il 15% de "genitori" continua a frequentare il Servizio e a sottoporsi a terapia (farmacologia integrata o solo psico-sociale), il 20% è deceduto, mentre il 58% è archiviato in quanto non sottoposto ad alcun intervento presso il Ser.T. di Taranto da cinque anni.

Infine, il 7% circa è da considerarsi "perso di vista" in quanto l'ultimo contatto risale a qualche anno fa sebbene non siano ancora trascorsi i canonici cinque anni utili all'archiviazione della cartella che a tutti gli effetti risulta a tutt'oggi "aperta".

### Conclusioni

Dai dati raccolti dalle cartelle presenti nell'archivio del

Ser.T. di Taranto e dall'analisi degli stessi e delle storie di vita registrate nel corso dei colloqui effettuati sui pazienti definiti di "seconda generazione" è emerso come gli stessi appaiono il frutto di ciò che è possibile definire come "socializzazione riuscita".

Profondamente diversi i contesti sociali tra la prima generazione e la seconda, il tutto dimostrato anche da un utilizzo differente degli stupefacenti, in termini di sostanze e di modalità di assunzione, in realtà le due corti sembrano presentare un tratto comune da riportare proprio al meccanismo della socializzazione.

Se le sostanze stupefacenti non si collocano in modo casuale in questo o quel momento storico e se l'eroina è stata la sostanza più consumata negli anni '80, c'è da chiedersi perché la cocaina sortisce il gradimento dei consumatori della contemporaneità.

Forse il filo rosso che tiene insieme e accomuna queste tipologie è proprio il concetto del Sé (inautentico). Iperprestazione, efficientismo, mobilità, flessibilità, ansia rispetto alla possibilità di contattare la propria debolezza, il proprio affanno, il proprio tormento sono caratteristiche del mondo attuale, cui il tossicodipendente si è adeguato con un preciso corrispettivo psichico. La cocaina sembra stare a Narciso come l'eroina stava ad Edipo.

Dal dolore insostenibile di quest'ultimo alla depressione negata dell'individuo attuale il tutto attraversando il giardino del non essere mai veramente se stessi.

Alimentando la percezione di poter essere padroni assoluti della propria psiche, senza i rischi della droga sporca, quale è ancora oggi concepita l'eroina, la cocaina sembra eliminare i sintomi della depressione, accelerando la corsa al fine di corrispondere alle pressanti richieste esogene ed endogene.

Ma se l'eroina era la droga che conduceva dalla nevrosi della negazione di sé alla sperimentazione dell'autentico Sé altrimenti negato, maltrattato, tradito, la cocaina è quella che meglio di altre conduce dall'ansia del troppo sé alla sperimentazione della sua negazione assoluta.

In ogni caso, pur partendo da percorsi di socializzazione profondamente differenti, l'esito è lo stesso perché la stessa appare la matrice: non sembra esserci spazio, pur nella spasmodica ricerca di modelli educativi validi, di un reale processo dialogico e dialettico con il bambino.

*"Per imparare dal bambino ci è necessario provare empatia; ma d'altra parte l'empatia cresce quanto più si impara: Antitetico a questo è l'atteggiamento dell'educatore che vorrebbe un bambino fatto così e così, o che crede di doverlo avere così e così e tenta di plasmarselo in base alla sua idea in vista di quegli scopi sacrosanti. Così facendo egli ostacola la libera espressione del bambino, e al tempo stesso perde l'opportunità di imparare qualcosa."*

Evidentemente un tale abuso è spesso non intenzionale e perpetuato non solo a danno del bambino, ma più in generale all'interno di varie relazioni umane proprio perché spesso adulti "maltrattanti" sono stati bambini "maltrattati".

Non si tratta, dunque, di elaborare sempre nuovi

modelli educativi per aspiranti perfetti genitori ma coltivare la persona prima della possibilità di riconoscersi in ogni qualsivoglia ruolo.

Tradire la socializzazione riuscita potrebbe essere l'unica strada per riconquistare l'autenticità del proprio essere, fatto di bisogni reali al momento sommersi da tutta una coltre di consumi ed esigenze veicolate dall'identificazione con insani modelli mass-mediologici. E questo non riguarda solo il consumo di "sostanze", considerate queste ultime esattamente aderenti per modelli di marketing e leggi di mercato a qualsiasi altra sostanza di consumo.

Pur presentandosi come una sorta di ossimoro, è difficile chiedersi "chi sono" se la socializzazione è riuscita, sebbene il tradimento non è del tutto escluso dalle sue possibilità.

*"La domanda può essere riferita a se stessi, prima secondo la formula, così potrei finire anch'io se Dio non mi aiuta, più tardi secondo la formula: se lo fanno loro, perché non dovrei anch'io? Questo apre un vaso di Pandora di scelte individualistiche che prima o poi diventano generalizzate senza riguardo al fatto che lo svolgimento della vita dell'individuo sia stato determinato da scelte giuste o sbagliate."*

Nell'introduzione si è pensato alla possibilità che questa ricerca potesse finire con una provocazione, assecondando la volontà di non giungere a conclusioni con pretese di certezza.

Allora quale migliore chiusura se non una domanda senza risposta: curare bene in alcuni casi non è forse meglio che prevenire quando è ormai troppo tardi?

E la prevenzione non dovrebbe cominciare dove ha inizio quella fase fondamentale e sempre più complessa e multidimensionale che è la socializzazione primaria a prescindere dalla prima o seconda generazione di tossicodipendenti?

In estrema sintesi per ciò che attiene alla cura e alla prevenzione appare impellente una diversa e più puntuale attenzione nei confronti della genitorialità tout court.

<sup>1</sup> Miller, A. *La persecuzione del bambino*, Universale Bollati Boringhieri, Torino, 2007, pagg 88-89

<sup>2</sup> Berger P.L. e Luckmann T., *La realtà come costruzione sociale*, Il Mulino, Bologna, Ed.2007, pag. 232

## PATTERN INTERATTIVI ED ESPLORATORI NELLA STRANGE SITUATION: UN CONFRONTO TRA FIGLI DI MADRI TOSSICODIPENDENTI E POPOLAZIONE NON CLINICA

Marilena Moretti\*, Micol Parolin\*,  
Alessandra Simonelli\*

\*Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della  
Socializzazione, Università di Padova

### Introduzione

La tossicodipendenza materna, quale condizione clinica e di rischio del contesto affettivo-relazionale del bambino, può influire sull'organizzazione dell'attaccamento, con prevalenza di pattern insicuri e/o disorganizzati (van IJzendoorn et al., 1992, 1999; Cerezo et al., 2008).

In letteratura, tuttavia, non emerge un modello relazionale prevalente sia nella dimensione dell'insicurezza (Simonelli, Fava Vizziello, 2002; Seifer et al., 2004; Rodning et al., 1991) che della sicurezza (Espinosa et al., 2001; Beeghly et al., 2003); i risultati - infatti - possono essere in alcuni casi sovrapponibili a quelli ottenuti considerando la popolazione normativa.

Le dinamiche interattive, matrice per lo sviluppo del legame di attaccamento, tra le madri tossicodipendenti e i loro figli, presentano caratteristiche disfunzionali da ricondurre a deficit nelle capacità interattive da parte di entrambi i membri della diade.

Dal punto di vista evolutivo i bambini, oltre a presentare anomalie del funzionamento neuro-comportamentale nel periodo neonatale, possono mostrare pattern interattivi disfunzionali nel corso della prima infanzia e in età successive manifestando comportamenti di irritabilità, reattività, e minori livelli di espressività emotiva, affettività positiva e coinvolgimento nell'interazione (Beeghly et al., 2003; Eiden et al., 2011).

Dal punto di vista del genitore, il contributo materno all'interazione si caratterizza invece per scarsi livelli di sensitivity, responsivity e coinvolgimento emotivo e per le componenti di affettività negativa e intrusività (Strathearn et al., 2010).

Attualmente, nonostante l'importanza attribuita al legame di attaccamento e alla qualità degli scambi interattivi madre-bambino, si assiste ad una moltitudine di ricerche che si sono occupate della qualità del legame di attaccamento mediante il sistema categoriale, a scapito di evidenze empiriche volte ad indagare lo stile interattivo delle diadi madre-bambino (Simonelli et al., accepted).

### Obiettivi

La presente ricerca consiste in uno studio esplorativo volto a:

- a) confrontare la qualità del legame di attaccamento di figli di madri tossicodipendenti con un gruppo di controllo appartenente alla popolazione generale;
- b) riconoscere indicatori interattivo-comportamentali che, a prescindere dalla classificazione secondo pattern di attaccamento, risultino tipici dell'interazione tra le madri tossicodipendenti e i loro figli.

### Metodo

L'indagine ha coinvolto due gruppi:

- (a) 11 diadi madre-bambino, residenti in comunità per madri tossicodipendenti e figli, denominate DRUG (età madre:  $X = 29$  anni, età bambino:  $X = 24$  mesi, 58% maschi);
- (b) 76 diadi appartenenti ad una popolazione non clinica, NON DRUG (età madre:  $X = 33$  anni, età bambino:  $X = 13$  mesi, 57% maschi).

Alle coppie è stata somministrata la Strange Situation Procedure (SSP, Ainsworth, Blehar, Waters, Wall, 1978) metodologia osservativa che permette di individuare lo stile interattivo e il pattern di attaccamento della diade madre-bambino; tale procedura è stata codificata da due giudici indipendenti (Cohen  $K = .82$ ; ICC = .92) secondo tre sistemi:

- a) la classificazione dei pattern di attaccamento (Sicuro B, Insicuro Evitante A, Insicuro Ambivalente C);
- b) l'applicazione di scale osservative specifiche per i comportamenti interattivi (applicate ogni 3 minuti);
- c) l'osservazione di 8 indicatori comportamentali (esplorazione locomotoria, manipolatoria, visiva, orientamento visivo, pianto, vocalizzi, sorrisi, comportamenti orali) rilevata attraverso misure di frequenza (ad intervalli di 15 secondi).

Per la verifica del secondo obiettivo sono state estratte, per l'appaiamento con il gruppo DRUG, 11 diadi NN DRUG, in modo da osservare bambini, che a parità di pattern di attaccamento, manifestassero indicatori comportamentali diversi.

### Risultati

I risultati ottenuti relativi al primo obiettivo, che si è proposto di confrontare la qualità del legame di attaccamento di figli di madri tossicodipendenti con un gruppo di controllo appartenente alla popolazione generale, non sono stati significativi; applicando la statistica del Chi quadrato, le distribuzioni relative ai pattern di attaccamento sono risultate sovrapponibili ( $\chi^2 = [N = 87, 2] = 5.797, p = .055, ns$ ) (grafici 1 e 2); in entrambi i gruppi si assiste ad una prevalenza del pattern sicuro (B) (Beeghly et al., 2003; Espinosa et al., 2001).

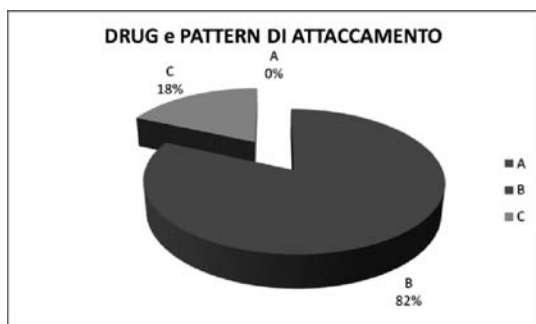


Grafico 1. Distribuzione dei pattern di attaccamento nel gruppo DRUG

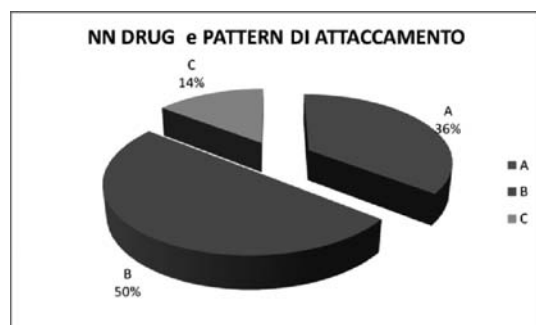


Grafico 2. Distribuzione dei pattern di attaccamento nel gruppo NN DRUG

Analizzando a livello qualitativo le sottocategorie di attaccamento sicuro, il gruppo DRUG si distingue per la prevalenza di bambini classificati con pattern B1 (DRUG = 66.66%, NNDRUG = 28.94%).

Per la verifica del secondo obiettivo, che si è proposto di indagare la presenza di eventuali differenze nello stile interattivo tra i due campioni studiati, sono state considerate soltanto le variabili non discriminanti il pattern di attaccamento (Ainsworth et al., 1978).

Per quanto riguarda:

- a) l'osservazione dei comportamenti interattivi, i bambini appartenenti al gruppo DRUG mettono in atto comportamenti di interazione a distanza con maggiore frequenza rispetto al gruppo NN DRUG, negli episodi 2 e 5 della procedura (Test di Mann-Whitney, Ep.2:  $z = 2.265$ ;  $p < .05$  Ep.5:  $z = 2.988$ ;  $p < .05$ ).

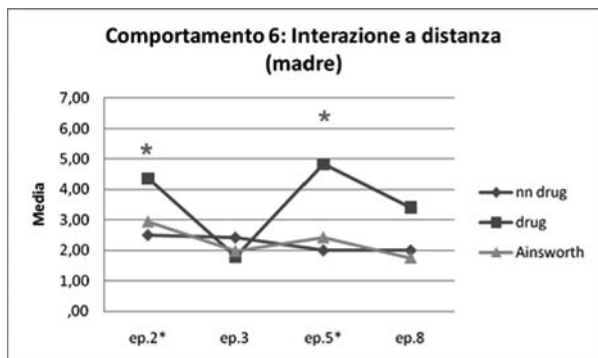


Grafico 3. Interazione a Distanza con la madre: DRUG Vs. NN DRUG

- b) l'analisi degli 8 comportamenti interattivi ed esploratori, i bambini appartenenti al gruppo DRUG si orientano visivamente alla madre con più frequenza rispetto ai soggetti appartenenti ai NN DRUG nell'episodio 3 (U di Mann-Whitney:  $z = 1.725$ ;  $p < .05$ ), e rivolgono un maggior numero di vocalizzi alla madre negli episodi 2 e 5 (U di Mann-Whitney: Ep.2:  $z = 2.608$ ;  $p < .05$ , Ep.5:  $z = 2.312$ ;  $p < .05$ )

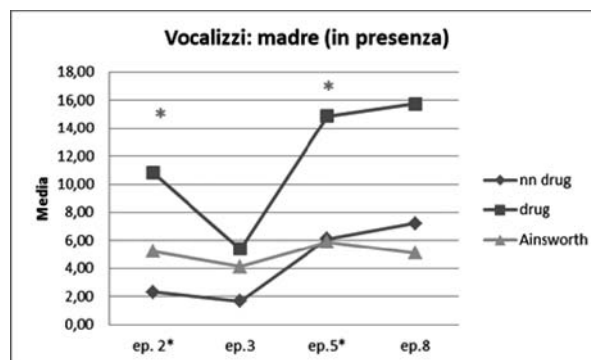


Grafico 4. Vocalizzi: DRUG Vs. NN DRUG

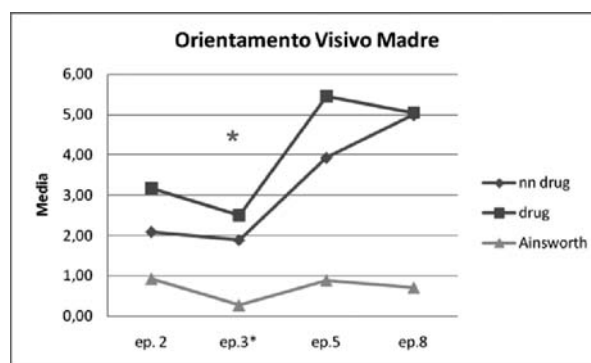


Grafico 5. Orientamento Visivo Madre: DRUG Vs. NN DRUG

### Conclusioni

L'omogeneità nella distribuzione dei pattern di attaccamento tra i due gruppi studiati e la prevalenza, a livello qualitativo, del pattern B1 nel gruppo DRUG possono essere ricondotte all'effetto del trattamento residenziale in comunità per madri tossicodipendenti (Suchman et al., 2010; Egeland et al., 1984): si ipotizza che il contesto terapeutico comunitario abbia permesso il costituirsi di una legame di attaccamento del bambino caratterizzato da tratti di maggiore sicurezza.

La maggiore frequenza nel gruppo DRUG dei comportamenti di "Interazione a distanza" e "Vocalizzi (madre)" negli episodi 2 e 5, e di "Orientamento visivo (madre)" nell'episodio 3, può essere interpretata come dimostrazione dell'acquisizione da parte dei bambini figli di madri tossicodipendenti di competenze interattive appropriate per l'età ( $X = 24$  mesi) (Ainsworth et al., 1978).

La messa in atto di tali competenze risulta però compromessa in altri episodi della procedura in cui la maggiore presenza di stress incide sulla scarse capa-

cità autoregatorie dei bambini (Mayes, 2002, Eiden et al., 2011).

### Bibliografia

Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S., (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Beeghly, M., Frank, D. A., Rose-Jacobs, R., Cabral, H. & Tronick, E., (2003). Level of prenatal cocaine exposure and infant-caregiver attachment behavior. *Neurotoxicology and Teratology*, 25, 23-38.

Cerezo, M. A., Pons-Salvador, G., & Trenado, R.M., (2008). Mother-infant interaction and children's socio-emotional development with high and low-risk mothers. *Infant Behavior and Development: An International and Interdisciplinary Journal*, 31, 578-589.

Eiden, R. D., Schuetze, P., & Coles, C. D., (2011). Maternal cocaine use and mother-infant interactions: direct and moderated associations. *Neurotoxicology and Teratology*, 33, 120-128.

Egeland, B. & Farber, E., (1984). Infant-Mother attachment: factors related to its development and changes over time. *Child and Development*, 55, 753-771.

Espinosa M., Beckwith L., Howard J., Tyler R., & Swanson K., (2001). Maternal psychopathology and attachment in toddler of heavy cocaine-using mothers. *Infant Mental Health*, 22, (3), 316-333.

Mayes, L. C. (2002). A behavioral teratogenic model of the impact of prenatal cocaine exposure on arousal regulatory systems. *Neurotoxicology and Teratology*, 24, 385 - 395.

Rodning C., Beckwith L. & Howard, J., (1991). Quality of attachment and home environments in children prenatally exposed to PCP and cocaine. *Development and Psychopathology*, 3, 351-366.

Seifer, R. S., LaGlasse, L. L., Lester, B. M., Bauer, C. R., Shankaran, S., Bada, H. S., et al. (2004). Attachment Status in children prenatally exposed to cocaine and other substances. *Child Development*, 75, 850-868.

Simonelli A. & Fava Vizziello G.M., (2002). La qualità delle rappresentazioni di attaccamento in madri tossicodipendenti come fattore di rischio per lo sviluppo affettivo del bambino. *Età evolutiva*, 72, 54-60.

Simonelli, A., Moretti, M., Penta, P., Maffei, E., (accepted). 1978-2008, 40 anni di Strange Situation. Comportamenti interattivi e pattern di attaccamento: una verifica del modello di Ainsworth. (Accepted). *Giornale Italiano di Psicologia*.

Strathearn, L. & Mayes, L.C. (2010). Cocaine addiction

in mothers: potential effects on maternal care and infant development. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1187: 172-183.

Suchman, N., DeCoste, C., Castiglioni, N., McMahon, T. J., Rounsaville, B. & Mayes, L. (2010). The mothers and toddlers program, an attachment-based parenting intervention for substance abusing women: post-treatment results from a randomized clinical pilot. *Attachment & Human Development*, 12, 5, 483-504.

Van IJzendoorn M.H., Goldberg S., Kroonenberg, P.M., & Frenkel, O.J. (1992). The relative effects of maternal and child problems on the quality of attachment: a meta-analysis of attachment in clinical samples. *Child Development*, 63, 840-858

Van IJzendoorn, M.H., Schuengel, C., & Bakermans-Kranenburg, M.J. (1999). Disorganized attachment in early childhood: meta-analysis of precursors, concomitants, and sequelae. *Development and Psychopathology*, 11, 225-249.

## PSICOPATOLOGIA, STILI DI PERSONALITÀ E GENITORIALITÀ NELLE TOSSICOMANIE: STUDIO DI CONFRONTO FRA GENERE MASCHILE E FEMMINILE

E. Morrone<sup>1</sup>, A. Ruggiero<sup>2</sup>, E. Cecere<sup>2</sup>,  
F. Spagnuolo<sup>3</sup>, I. D'Alessio<sup>4</sup>, M.L. Esposito<sup>5</sup>,  
A. Esposito<sup>6</sup>, A. d'Amore<sup>7</sup>

<sup>1</sup> *Psichiatra, U.O.C. Ser.T. Aversa (CE)*

<sup>2</sup> *Psicologa - psicoterapeuta a contratto, U.O.C. Ser.T. Aversa (CE)*

<sup>3</sup> *Assistente sociale, U.O.C. Ser.T. Aversa (CE)*

<sup>4</sup> *Psicologa volontaria U.O.C. Ser.T. Aversa (CE)*

<sup>5</sup> *Dirigente medico U.O.C. Ser.T. Aversa (CE)*

<sup>6</sup> *Psicologa, consulente Tribunale minori Napoli*

<sup>7</sup> *Direttore Dipartimento Dipendenze Patologiche ASL CE - Direttore U.O.C. Ser.T. Aversa (CE)*

*"Il genitore che non ha elaborato la propria sofferenza non potrà prendersi cura della sofferenza del figlio"*  
M. Selvini, "Psicosi e misconoscimento della realtà"

La Tossicodipendenza può essere inquadrata nell'ottica di una patologia affettiva, dove il sintomo principale è l'incapacità nella regolazione degli affetti, sviluppata all'interno di relazioni primarie insicure e di interazioni regolative disfunzionali con le figure di attaccamento.

L'odierna tendenza da parte dei consumatori di droghe a rendere compatibile l'uso e la dipendenza da sostanze con la conduzione di una vita relativamente "normale" ha reso senz'altro meno evidenti le situazioni di marginalità e di evidente stigma conosciute negli anni passati.

Questa tendenza è resa possibile anche dall'uso non di una sola sostanza, come accadeva in passato, ma di più sostanze d'abuso che spesso spostano nel tempo lo sviluppo delle difficoltà e della conseguente richiesta d'aiuto.

Può intercorrere del tempo fra inizio dell'uso e vivere una condizione di disagio con conseguente richiesta d'aiuto, comportando conseguentemente l'innalzamento dell'età di accesso ai servizi.

Questa tendenza alla "compatibilità" e al poliuso riguarda sia i nuovi utenti sia quelli già in carico da più tempo.

Tale modalità d'uso sembra rendersi integrabile con una vita fatta di lavoro, di relazioni, di figli.

Il tema della genitorialità costituisce in molti casi un importante aspetto del lavoro clinico del Ser.T, anche con riferimento al lungo permanere della relazione terapeutica che si protrae per oltre 5 anni nel 60% dei pazienti in carico.

La questione della competenza genitoriale delle persone tossicodipendenti si intreccia con un processo di cambiamento che riguarda la trasformazione dell'identità del tossicodipendente, il moltiplicarsi dei modelli familiari ed il dibattito sul trattamento anche farmacologico della tossicodipendenza; numerose trasformazioni di modelli e di ruoli rendono fluidi i confini fra "salute" e "malattia" e fra "normalità" e "devianza", legando in un continuum condizioni ritenute ancora, da molti, dicotomiche.

La valutazione legata ad un intervento sia di tipo clinico che di ricerca su soggetti tossicodipendenti che sono anche genitori impone un approfondimento su più assi che si intrecciano in ambito relazionale e dell'attaccamento: tossicodipendenza-genitorialità, compulsione-autonomia, valutazione-formazione.

La genitorialità può derivare ma anche prescindere da una relazione di coppia che già di per sé attiva ed implica una serie di importanti modificazioni dinamico-relazionali nell'individuo (come aspetti di proiezione superegoica secondo Kernberg, di un "uso" dell'altro in termini difensivi e/o riparativi secondo Balint, di complementarità di pattern d'attaccamento per Carli).

Tale genitorialità può essere intesa come un impulso biologico di trasmissione di geni (generatività), come adeguamento funzionale ad una forma di pressione sociale, come fase del ciclo evolutivo della famiglia, come possibilità di creare uno spazio comune di elaborazione della scena primaria, come attivazione di un modello motivazionale di accadimento e cura, come riparazione, attraverso il figlio, di relazioni fallite.

L'elemento fondante ed unificante di tutti questi processi legati alla tossicodipendenza ed alla genitorialità potrebbe essere un "bisogno" che trova la sua matrice in un complesso intreccio bio-psico-sociale di esigenze intra ed inter personali, che hanno una valenza fortemente legata ad un inarrestabile e compulsivo sentimento di anelazione ad una libertà da modelli, situazioni, sentimenti ed aspettative che paradossalmente costringono ad una riedizione di stili e pattern comportamentali che, se non compresi, elaborati ed interiorizzati, costringono ad una sofferta mancanza di "vera" libertà.

Il tossicodipendente, attraverso l'uso compulsivo della sostanza, perde la capacità di scelte libere da questo vincolo e attraverso un figlio può sperare di interiorizzare più adeguatamente modelli genitoriali attraverso una riedizione di quelli precedentemente appresi.

Come con la sostanza cerca disperatamente un riavvicinamento (sia con atteggiamenti imitativo-compulsivi nel caso abbia avuto dei genitori abusanti sessualmente e/o fisicamente o con atteggiamenti reattivi di richiamo nel caso di genitori assenti e/o svalutanti) ad una figura d'attaccamento sia pure disfunzionale, con un figlio può, sempre compulsivamente, rimanere intrappolato in un tentativo di riavvicinamento ad una base sicura, "usando" il ponte del richiamo della nuova generazione come fonte di riparazione.

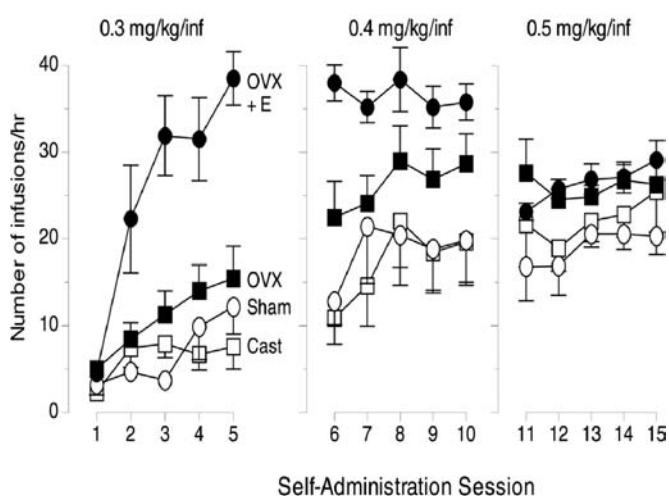
L'obiettivo del nostro studio è delineare tra gli utenti-genitori del Servizio U.O.C. Ser.T Aversa la coesistenza di disturbi dello spettro psicotico, disturbi dell'umore,



disturbi, o meglio 'stili' di personalità, ed Alessitimia, valutando la conseguente interferenza che la psicopatologia di base del genitore tossicodipendente comporta nel funzionamento in quanto padre/madre e nella relazione con il figlio; tutto questo ponendo l'accento sul confronto maschio / femmina.

Partiamo dalla considerazione anzitutto che, fra sesso maschile e femminile, rispetto all'abuso di sostanze sussiste un divario temporale che intercorre tra la prima esposizione alla sostanza e l'inizio dell'uso cronico: nelle donne esso risulta essere più breve rispetto agli uomini.

Si è riscontrato, infatti, che le donne sono più assidue consumatrici di cocaina rispetto agli uomini.



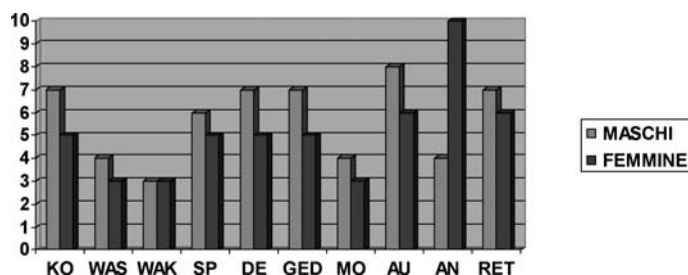
Pare che l'estradiolo nelle donne aumenti la vulnerabilità all'addiction, incrementando la dedizione all'uso di cocaina rispetto agli uomini.

L'estradiolo, infatti, induce un rapido aumento della concentrazione di dopamina, indotta dall'assunzione di cocaina, nel cervello delle donne, in particolare nello striato, ma non degli uomini.

Innanzitutto abbiamo somministrato a 40 utenti, 20 donne e 20 uomini -che sono per di più genitori- del nostro Servizio, l' U.O.C. Ser.T di Aversa, FBF - Questionario dei Sintomi-base (per la valutazione della sussistenza di sintomatologia o disturbo psicotico vero e proprio), Hamilton Depression Scale (HAM-D, per osservare la presenza della componente depressiva), MMPI PANDA (per tracciare un più dettagliato e puntuale profilo personologico) e TAS20 (per valutare la presenza di Alessitimia).

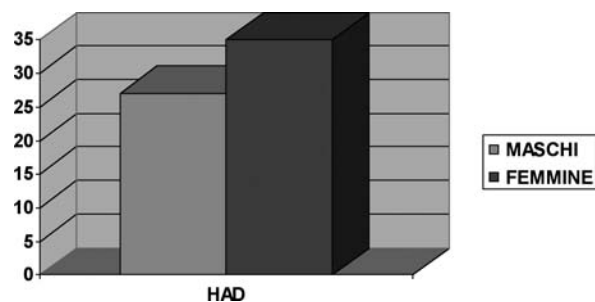
Il questionario FBF (Frankfurter Beschwerde Fragebogen) si basa sulla descrizione qualitativa e sulla valutazione quantitativa delle esperienze soggettive disturbanti più significative auto percepite dal paziente e che non sono osservabili dall'esterno. Si compone di 98 items raggruppati in 10 dimensioni fenomeniche.

Come si può osservare dal grafico, negli utenti da noi valutati quasi tutte le aree esplorate dalla FBF risultano essere maggiormente compromesse nel tossicomane di sesso maschile, rispetto alla femmina (perdita del controllo, percezione, linguaggio, pensiero, memoria, motricità, perdita degli automatismi, sovrabbon-



danza di stimoli), fatta eccezione che per la dimensione fenomenica rappresentata da anedonia ed ansia (depressività), maggiormente compromessa, invece, nella donna.

Dalla somministrazione dell'Hamilton Depression scale, che valuta la componente depressiva presente e più o meno rilevante, la tendenza è sul versante femminile, ossia emerge tra la popolazione maschile un'incidenza di Disturbi depressivi del 27%, mentre nelle donne del 35%.

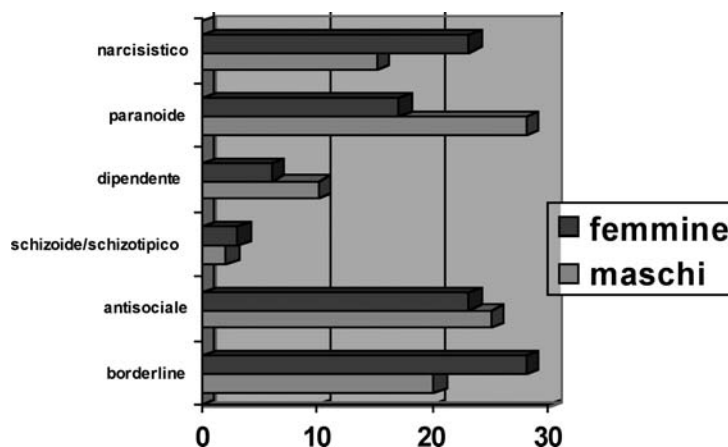


Abbiamo, poi, somministrato MMPI 2 PANDA, per il profilo di personalità.

In realtà ci riferiamo più peculiarmente all'identificazione degli "stili di personalità" degli utenti-genitori da noi valutati, ossia delle caratteristiche pervasive e profondamente impresse del modo di funzionare di un paziente.

Lo stile di personalità si configura, infatti, come il bagaglio di convinzioni stabili che la persona mantiene sul sé e il mondo, unite ai modi tipici di pensare e di sentire e ai comportamenti associati a queste convinzioni.

I risultati da noi ottenuti, con le relative differenze tra i due generi sono così di seguito riportate:



Come si può osservare, le nostre valutazioni depongono a favore del versante : narcisistico (nel nostro campione più pronunciato nelle donne), paranoide (maggiormente spiccata questa volta negli uomini), antisociale (con incidenza quasi sovrapponibile in entrambi i sessi) e borderline (più frequente nelle donne del nostro campione).

Vediamo, allora, le implicazioni cliniche e fenomeniche che tali risultati comportano.

Il genitore tossicomane-narcisista del nostro campione vive il figlio solo in relazione alle proprie aspettative personali, senza riuscire a stabilire quella naturale separazione fra alterità: io sono io, mio figlio è un'altra struttura di vita, di destino, di esperienza.

E come se la simbiosi fra madre e figlio nel primo anno di vita si mantenesse sempre, ma se in una prima fase, quella della totale dipendenza, il legame fra madre e figlio, in cui la madre deve assecondare completamente i bisogni del bambino e garantirne la sopravvivenza, perdura anche quando non sono più necessari una protezione ed una cura così intense.

Questi individui non riescono a far fronte al processo di crescita naturale dei figli, tendono a mantenere il legame simbiotico e vengono meno al loro ruolo specifico di rappresentare un argine contenitivo per i propri figli.

Nel caso dei genitori antisociali i comportamenti antisociali si trasmettono all'interno della famiglia di padre in figlio, soprattutto nei maschi, mentre le femmine nate da genitori con sociopatia tendono a sviluppare il disturbo antisociale di personalità, di somatizzazione e i disturbi da uso di sostanze.

I genitori paranoici risultano incapaci di porsi nella prospettiva dell'altro, e quindi anche del figlio, e di distinguere tra realtà obiettiva e mondo interiore (proprie sensazioni e idee).

Ai figli viene trasmessa la sensazione pervasiva di minaccia, che non viene mai considerata come un vissuto soggettivo, ma come un dato di realtà assoluto e certo.

Spesso sentono di non avere capacità sufficienti per gestire determinate situazioni inerenti il percorso di crescita del figlio e provano quindi un senso di costrizione rispetto alla gestione della famiglia che convive con l'insistente possessività ed opposizione all'autonomia del figlio.

Vanno a questo punto fatte alcune considerazioni: nella relazione madre tossicodipendente-bambino spesso diviene impossibile accedere ai vissuti di sofferenza a causa di una costante mistificazione relazionale che privilegia il fare pratico accuditivo (dei nonni, ad esempio), marginalizzando la comprensione empatica, l'espressione affettiva e la tolleranza della differenza nelle relazioni.

Inoltre, nella coppia tossicodipendente è spesso carente la capacità di holding (Winnicott, 1958) che si riferisce al saper "contenere" le richieste di sostegno emotivo del bambino, come condizione necessaria affinché questi cresca dotato di quelle competenze mentali che gli permettono di saper regolare le tensioni interne, senza viversele in maniera catastrofica, come fonte di minaccia per il proprio equilibrio psichico.

Volendo dare una definizione della paternità del tossicodipendente, nella difficoltà al riconoscimento del proprio ruolo genitoriale, si potrebbe parlare di paternità misconosciuta e paternità disertata.

Il misconoscimento nasce dal pensiero condiviso del tossicodipendente, della sua famiglia e degli operatori, che si stia realizzando un paradosso, in quanto appare impossibile che un tossicodipendente possa diventare realmente padre, perché la sua struttura psichicamente vulnerabile e dipendente, il suo ruolo di eterno figlio, i suoi aspetti di narcisismo e di depressione sono fortemente contrastanti con la funzione di padre.

Per questo, il tossicodipendente non ritiene di dover realmente cambiare i suoi comportamenti tossicomani per esercitare la paternità, per questo la famiglia evita di farsi delle domande importanti sul futuro del bambino.

Tutti colludono nell'accettare un comportamento paterno che mima di fatto la paternità.

La diserzione nasce dal forte senso di colpa che caratterizza la vita di queste persone e quindi del principio di indegnità.

Allontanarsi fisicamente ed emotivamente ripara il figlio dalle parti dannose di sé.

Dalla somministrazione della TAS-20 emerge nel nostro campione la netta prevalenza (74%) della componente alessitimica nel tossicodipendente maschio rispetto alle utenti donne.

L'Alessitimia è il termine che in psichiatria indica l'incapacità di comunicare e riconoscere emozioni, e nasce dall'osservazione clinica di persone in apparenza perfettamente adattate e prive di una sintomatologia psicologica specifica. Queste, tuttavia, esprimono in modo vago e limitato le proprie emozioni, hanno un vocabolario emotivo povero e stereotipato con tendenza alla ripetizione di espressioni, mostrano una certa rigidità nella postura e nel linguaggio del corpo ed hanno poche relazioni sociali significative.

I genitori alessitimici del nostro campione istituiscono un clima familiare freddo e normativo, improntato al rispetto maniacale delle convenzioni sociali. Risultano difficili da supportare attraverso la psicoterapia, essendo per questi individui estremamente difficile una relazione coinvolgente, come quella col terapeuta.

In conclusione, dal nostro studio si conferma come il legame definito "affectionless-control" rappresenti un modo di relazionarsi fortemente disfunzionale e confondente per lo sviluppo delle relazioni affettive sane.

Quello che ci preme sottolineare è come la presenza di una componente psicopatologica nel genitore tossicomane renda l'accudimento materiale preponderante rispetto all'accudimento empatico e affettivo.

Da questo processo risulterà che il soggetto, pur vivendo sentimenti di angoscia e frustrazione, mai li esprimerà su un piano di realtà, il disagio verrà successivamente espresso su altri piani di meta-comunicazione che, quando non vengono tradotti pratteranno al perpetrarsi dei comportamenti disfunzionali come espressione della propria identità personale.

Questi processi accuditivi si trasmetteranno direttamente dalla madre/del padre tossicodipendente al

bambino nella costruzione di un rapporto oscillante fra idealizzazione di sé e del proprio bambino, come prolungamento narcisistico, e momenti di rifiuto e negazione.

Possiamo quindi affermare come non sia la tossicodipendenza fattore di rischio per la nascita del bambino e il suo successivo sviluppo psichico, ma il contesto relazionale nel quale si è costruito il sistema rappresentativo della madre/ padre.

### Bibliografia

ANDOLFI, M.; *La terapia con la famiglia. Un approccio relazionale*, Astrolabio, Roma, 1977

ANDOLFI, M. (a cura di); *La crisi della coppia. Una prospettiva sistemico relazionale*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 1999

ANDOLFI, M. (a cura di); *Il padre ritrovato. Alla ricerca di nuove dimensioni paterne in una prospettiva sistemico relazionale*, Franco Angeli, Milano, 2001

ANDOLFI, M.; *Manuale di psicologia relazionale. La dimensione familiare*, Accademia di psicoterapia della famiglia, Roma, 2003

ANDOLFI, M.; *La terapia di coppia in una prospettiva trigerazionale*, Collana di psicologia relazionale, Roma, 2006

ANDOLFI, M., ANGELO, C.; *Famiglia e individuo in una prospettiva trigerazionale*, in *Terapia familiare* n.19, A.P.F., Roma, 1985

ANDOLFI, M., ANGELO, C.; *Tempo e mito nella psicoterapia familiare*, Boringhieri, Torino, 1987

ANGELO, C.; *La scelta del partner*, in Andolfi M. (a cura di) *La crisi della coppia. Una prospettiva sistemico relazionale*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 1999

ARIES, P.; *L'enfant et la vie familiale sous l'ancien régime*, 1960, Trad. It., *Padri e figli nell'Europa medioevale e moderna*, Laterza, Bari, 1968

BADINTER, E.; *L'un est l'autre*, 1986, Trad. It. *L'uno e l'altra. Sulle relazioni tra l'uomo e la donna*, Longanesi & Co, Milano, 1987

BARBAGLI, M.; *Provando e riprovando. Matrimonio, famiglia e divorzio in Italia e negli altri paesi occidentali*, Il Mulino, Bologna, 1990

BARTHOLOMEW, K.; *Avoidance of intimacy: an attachment perspective*, *Journal of Social and Personal Relationship* n.7, 1990

BINETTI, P., BRUNI, R., FERRAZZOLI, F., MAUCERI, S.; *Nuovi modelli di genitorialità. Il ritardo dello svincolo in una prospettiva psico sociale*, IIMS, Roma, 2004

BOSZORMENYI-NAGY, I., SPARK, G. M.; *Invisible Loyalties. Reciprocity in intergenerational family therapy*, 1973, Trad. It. *Lealtà invisibili. La reciprocità nella terapia intergenerazionale*, Astrolabio, Roma, 1988

BOWEN, M.; *Toward the differentiation of self in one's family of origin*, in Bowen M. *Family Therapy in Clinical*

*Practice*, 1978, Trad. It. *Dalla famiglia all'Individuo. La differenziazione del Sé nel sistema familiare*, Astrolabio, Roma, 1979

BOWEN, M.; *Family Therapy in Clinical Practice*, Aronson, New York, 1978

CAMPANINI, G. (a cura di); *Matrimonio e famiglia nella riflessione contemporanea*, Edizioni Città nuova, Roma, 1977

CANCRINI, M.G., HARRISON, L.; *Potere in amore*, Editori Riuniti, Roma, 1986

CANCRINI, L., LA ROSA, C.; *Il vaso di pandora. Manuale di psichiatria e psicopatologia*, Carocci, Roma, 1991

CANEVARO, A.; *Nec sine te nec tecum vivere possum*, in Andolfi M. (a cura di) *La crisi della coppia. Una prospettiva sistemico relazionale*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 1999

CANEVARO, A.; *"James Framo, la sua opera, la sua vita"*, in Andolfi M. (a cura di) *I pionieri della terapia familiare*, Franco Angeli, Milano, 2002

CARLI, L. (a cura di); *Attaccamento e rapporto di coppia*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 1995

CARLI, L. (a cura di); *La genitorialità nella prospettiva dell'attaccamento: nuovi servizi e direzioni di ricerca*, Franco Angeli, Milano, 2002

CASSIDY, J., BERLIN, L.; *The insecure/ambivalent pattern of attachment: Theory and research*, in *Child Development* n. 65, 1994

COWAN, P.A., COWAN, C.P.; *When the partners become parents: the big life change in couples*, Mahwah, New York, 2000

DELL'ANTONIO, A.; *Elementi di psicodinamica delle relazioni familiari*, Kappa, Roma, 1992

DERIU, M.; *La fragilità dei padri. Il disordine simbolico paterno e il confronto con i figli adolescenti*, Unicopoli, Milano, 2004

DERIU, M.; *Il desiderio dei padri tra tentazioni di fuga e ricerca di nuova autorevolezza*, in Ruspini E. (a cura di) *Donne e uomini che cambiano*, Angelo Guerini Editore, Milano, 2005

DICKS, H. V.; *Marital tension*, 1967, Trad. It. *Tensioni coniugali. Studi clinici per una teoria psicologica dell'interazione*, Borla, Roma, 1992

DI NICOLA, P. (a cura di); *Prendersi cura delle famiglie*, Carocci, Roma, 2002

## LA SPECIFICITÀ DELLA VALUTAZIONE DI GENITORIALITÀ NELLE DIPENDENZE

Valeria Moschese\*, Marina Cortese\*,  
Emanuela Rivela\*, Emanuele Bignamini\*  
\*Dipartimento Dipendenze 1 - ASL Torino 2

Il gruppo di lavoro che si occupa di genitorialità, all'interno del Dipartimento Dipendenze dell'ASL TO 2, ha sviluppato negli anni una propria specifica modalità di valutazione, attraverso la definizione puntuale di alcuni criteri strettamente connessi al contesto delle dipendenze.

L'approccio utilizzato è una sintesi di modelli differenti, che si integrano tra loro, al fine di favorire l'intervento in un ambito molto articolato e complesso che richiede la sinergia di più forze.

### Introduzione

Il gruppo di lavoro sulla genitorialità, costituitosi all'interno del Dipartimento dipendenze dell'ASL TO 2, ha come mission la tutela e la promozione di una genitorialità consapevole, con particolare attenzione alla salvaguardia dei minori.

Pur essendo inserito all'interno di un Servizio notoriamente rivolto alle esigenze dell'adulto, ha promosso e consolidato una specifica metodologia di lavoro volta ad approfondire temi e ricerche nell'ambito delle relazioni familiari, sino a costruire criteri specifici per concorrere con gli altri servizi alla valutazione delle capacità genitoriali.

Ha, inoltre, sviluppato alcuni specifici argomenti divenuti rilevanti nella gestione delle relazioni intra-familiari dei pazienti, quali la violenza assistita da parte dei minori, la violenza sulle donne, il reato di stalking, il segreto professionale ed il diritto di anonimato.

Il contesto di valutazione familiare può essere definito da un decreto del Tribunale per i Minorenni che determina il danno subito dai minori, garantisce la protezione degli stessi, dà l'incarico di valutazione familiare: il concorrere in un processo di valutazione delle capacità genitoriali, colloca anche la diagnosi sull'uso delle sostanze, in un contesto che non è esclusivamente terapeutico, pur essendo un intervento clinico. Il nostro gruppo di lavoro è composto da operatori che afferiscono ai diversi presidi del Dipartimento, per garantire la possibilità di avere un riferimento specifico per ogni parte dell'organizzazione.

La tipologia del tema richiede, inoltre, una stretta connessione tra le differenti professionalità, tutte rappresentate.

La multidisciplinarietà è, infatti, una delle indicazioni definite a livello regionale dal Decreto n.42 per "la costituzione di gruppi di lavoro, da parte dei Servizi socio-assistenziali e sanitari, orientati alla segnala-

zione e presa in carico di casi di abuso sessuale e maltrattamento ai danni di minori".

### Metodo

Dal punto di vista metodologico la riflessione si è concentrata sulla gestione delle informazioni orali e scritte, sulla organizzazione dei dati della cartella clinica e, non ultimo per importanza, sul rapporto con gli altri soggetti (Servizi istituzionali, Magistratura, Privato sociale) chiamati a intervenire in casi di così alta complessità.

Il modello metodologico prioritariamente utilizzato è l'approccio di rete, che si arricchisce dei contributi di altri orientamenti psicodinamici e comportamentali (ad esempio relativi al Centro Bambino Maltrattato di Milano, ed al CISMAL) e di strumenti specifici quali questionari, schede anamnestiche e protocollo d'intervento Regionale (al momento in fase di revisione).

### L'accesso al servizio, la valutazione diagnostica e il trattamento

Il primo contatto con il nostro Servizio avviene attraverso l'accoglienza della domanda, portata dal paziente o dai familiari; tale richiesta può essere effettuata presso il Servizio oppure telefonicamente.

La valutazione ed il trattamento si effettuano con l'utilizzo dei seguenti strumenti:

- Colloqui socio educativi volti alla raccolta anamnestica
- Visita medica e controllo dei metaboliti urinari
- Somministrazione di test di valutazione diagnostica (ASI, SCL-90..)
- Eventuale avvio di terapia farmacologica
- Visite domiciliari
- Compilazione della scheda di valutazione dell'esito del trattamento (dopo circa tre mesi): diagnosi situazionale e motivazionale.

*Il nostro obiettivo è di pervenire ad una "diagnosi situazionale" che permetta di addivenire ad un quadro di funzionamento della persona e che orienti verso il trattamento successivo.*

Gli indicatori specifici per la valutazione della capacità genitoriali nelle tossicodipendenze sono direttamente connessi all'uso di sostanze psicoattive.

Nello specifico si analizzano:

- la **tipologia** di sostanza e la sua **quantità**;
- le **modalità di relazione** in rapporto al livello motivazionale (valutazione della fase motivazionale) e in relazione all'astinenza e al livello di **compliance**;
- il **riconoscimento del problema** legato all'uso della sostanza e il livello di **consapevolezza personale**.

La valutazione perviene a definire un livello di GRAVITÀ che tiene conto della connessione tra il disagio e la sofferenza dei figli, e la storia dei genitori.

L'interconnessione tra questi due livelli permette di valutare il livello di consapevolezza che la persona ha

rispetto ai propri comportamenti, legati all'uso di sostanze, e la ricaduta che questi hanno sul benessere del proprio figlio.

La possibilità di concorrere ad una valutazione delle capacità genitoriali, insieme agli altri servizi preposti a tale mandato, richiede da parte degli operatori una buona consapevolezza del CONTESTO in cui si opera. Le azioni ed i comportamenti non sono appropriati o no, buoni o cattivi di per sé ma, solo in riferimento ad un preciso contesto.

Quindi la valutazione:



### Alcuni dati

Di seguito i dati relativi alla ripartizione tra maschi e femmine dei pazienti afferenti ad uno degli ambulatori del Dipartimento Patologie della Dipendenza, ASL TO2, nonché al differente rapporto tra il numero dei padri e delle madri:

| Totale pazienti Ser.D<br>ASL TO2 D1, Torino | Maschi    | Femmine  |
|---|-----------|----------|
| 596   | 508 (85%) | 88 (15%) |

| Totale pazienti<br>con figli | Padri    | Madri    | Totale<br>numero figli |
|------------------------------|----------|----------|------------------------|
| 113                          | 75 (66%) | 38 (34%) | 201                    |

| Dipartimento Dipendenze 1 - ASL TO2       |            |            |             |
|---|------------|------------|-------------|
| Numero utenti trattati - 1° semestre 2011 |            |            |             |
|   | maschi     | femmine    | Totale      |
| Tossicodipendenti                         | 752        | 145        | 897         |
| Alcolisti                                 | 115        | 45         | 160         |
| Gap                                       | 34         | 9          | 43          |
| <b>Totale</b>                             | <b>901</b> | <b>199</b> | <b>1100</b> |

### CONCLUSIONI

Le potenzialità dei genitori vanno protette e sostenute: ciò non significa sostituirsi a chi con difficoltà cerca di svolgere la propria funzione, bensì adattare l'offerta del Servizio alle necessità espresse dal paziente, in un percorso che concili l'intervento di cura con spunti educativi e psicosociali, che promuovano la genitorialità.

Il gruppo di lavoro sulla genitorialità ha maturato negli anni una buona esperienza che ha garantito di avviare una continua riflessione sulle modalità operative ed in particolare sui criteri specifici che possono essere utilizzati nella valutazione delle capacità genitoriali e che devono essere posti costantemente in relazione agli interventi degli altri servizi (NPI, SS, DSM).

Tale modalità operativa ha garantito la partecipazione attiva alla valutazione ed ha permesso di avviare un processo di sensibilizzazione diffusa alla tutela dei minori con il coinvolgimento di tutti gli operatori del servizio.

### BIBLIOGRAFIA

*Cicognani E., Zani B. Genitori e adolescenti, Carocci, Firenze, 2003*

*Malacrea M., Lorenzini S. Bambini abusati. Linee guida nel dibattito internazionale, Cortina, Milano, 2002*

*Malacrea M. Trauma e riparazione. La cura nell'abuso sessuale nell'infanzia, Cortina, Milano 1998*

15

## ESSERE GENITORI, ESSERE DIPENDENTI, ESSERE IN CARCERE: LA STORIA DI UNA COLLABORAZIONE

Bellebono Elena\*, Cocchini Attilio\*\*, Mazzoleni Ferracina Benedetta\*\*\*

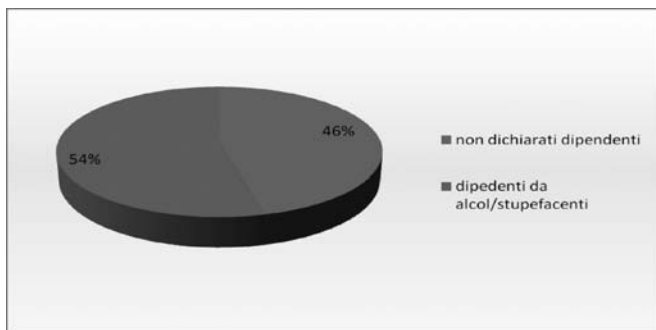
\**psicologa, Cooperativa Sociale della Brianza;*  
 \*\**psicologo, responsabile Unità Operativa Carcere Azienda Sanitaria Locale Monza e Brianza;*  
 \*\*\**assistente sociale specialista, Unità Operativa Carcere Azienda Sanitaria Locale Monza e Brianza*

L'Unità Operativa Carcere del Dipartimento Dipendenze ASL provincia di Monza e Brianza è preposta alla presa in carico e alla cura dei detenuti portatori di dipendenze da sostanze psicoattive presso la Casa Circondariale di Monza.

La Cooperativa Sociale della Brianza è attiva all'interno della Casa Circondariale di Monza e di Lecco dal 2004 attraverso diversi progetti, co-finanziati dai bandi annuali della l.r. 23/99 art. 36, e dal bando biennale della ex legge 8, volti al sostegno delle persone in esecuzione penale, anche con problematiche relative all'uso di sostanze psicotrope, e le loro famiglie.

Un ulteriore passo avanti ha avuto luogo a partire dal 2010, attraverso la sistematica messa in rete del progetto con le altre unità di offerta presenti all'interno della Casa Circondariale di Monza, nel contesto del Piano di Intervento ex DGR Lombardia n° 9502 (macroprogetto ARMONICC, ente capofila Cooperativa Sociale Atipica).

### Progetto RICOMINCIO DA CASA Bando 2010 L. R. 23/99



|                                       |          |
|---------------------------------------|----------|
| N° totale soggetti in carico CC Monza | 39       |
| Dipendenti da alcol/stupefacenti      | 21 = 54% |
| Non dichiarati dipendenti             | 18 = 46% |

Le diverse azioni attuate durante tali progetti sono state finalizzate a sostenere le persone detenute nel

mantenimento, e a volte nella creazione, delle relazioni con i familiari, attraverso:

- colloqui psicologici individuali e/o di coppia
- colloqui rivolti all'intero nucleo familiare e/o ai minori
- colloqui di gruppo, di tipo psicologico o pedagogico
- interventi di sostegno agli incontri protetti tra minori e genitori detenuti in spazio neutro
- attivazione/partecipazione delle/alle reti di intervento dei servizi coinvolti nella gestione dei casi-famiglia.
- interventi di tutoraggio rivolti a nuclei familiari con soggetti in esecuzione penale effettuati da personale volontario appositamente formato e supervisionato.

In una famiglia in cui vi è un assuntore di sostanze psicotrope, vi è di riflesso un sistema relazionale familiare "diverso" poiché modificato, stravolto e di conseguenza "manipolato" dalle sostanze stesse.

Quest'ultime, "variabili dipendenti sociali", hanno il potere di modificare sostanzialmente l'assetto e la qualità delle relazioni familiari.

La carcerazione costituisce un evento traumatico foriero di ulteriori stravolgimenti, in quanto **modifica l'equilibrio delle relazioni intra - familiari**, crea conseguenze importanti sullo stile comunicativo dei membri, mette alla prova il benessere psico - affettivo dei figli che, impotenti, subiscono tale evento.

All'interno della Casa Circondariale di Monza in questi anni la maggioranza delle famiglie prese in carico fa riferimento ad un dipendente/abusatore di sostanze psicoattive.

La dimensione della genitorialità osservata in questo specifico target è soggetta ad una molteplicità di fattori critici precipitati da un evento traumatico di separazione improvvisa quale la carcerazione, che si manifesta spesso in un quadro di deterioramento relazionale indotto dalla dipendenza.

A questo evento traumatico segue un periodo più o meno lungo di rarefazione/interruzione delle interazioni dirette genitori-figli.

Assai spesso il genitore dipendente giunge in carcere con una rappresentazione interna del figlio e del proprio ruolo genitoriale lacunosa, legata al susseguirsi degli stati di alterazione e alla polarizzazione esistenziale intorno alla sostanza, che hanno di fatto impedito la strutturazione di un sistema di pensiero e di relazione in grado di organizzare i bisogni infantili e i comportamenti accuditivi in modo adeguato.

A partire da queste premesse, l'ingresso in carcere può licitare reazioni estremamente potenti sul piano emotivo.

Sono evidentemente presenti sensi di colpa, che possono assumere addirittura carattere autodistruttivo, come pure si osserva la messa in atto di atteggiamenti difensivi piuttosto primitivi finalizzati ad occultare il dolore per la separazione, quali l'idealizzazione onnipotente del rapporto con il figlio, a cui nulla potrà togliere la carcerazione, la negazione delle proprie responsabilità in merito ai fatti che hanno determinato la pena, il rifiuto di ogni contatto diretto con il figlio che potrebbe essere "traumatizzato" dall'ingres-

so in istituto.

Si tratta di atteggiamenti che spesso si rintracciano nella stessa forma e significato funzionale, riferiti alla dipendenza dalla sostanze.

Si oscilla in entrambi casi, tra percezione di sé come totalmente inadeguato, colpevole della separazione dalla famiglia, e negazione completa delle proprie strutturali difficoltà di gestione del ruolo genitoriale, oscurate dalla sventura del carcere, che talvolta incarna e sintetizza tutte le istanze di controllo esercitate da altri organi istituzionali, come quelli preposti alla tutela dei minori.

In questo contesto, le proprie prerogative genitoriali possono facilmente essere adottate quale motivazione per rinviare ulteriormente la cura di sé, in nome del "bisogno" che i figli hanno dei genitori (molti rifiuti di inserimento in comunità residenziale sono motivati in questo modo).

Si crea così una rappresentazione antitetica fra i bisogni dei figli ed i propri, insuperabile se non vi è modo di ricomprenderli entrambi in un unico progetto.

L'apertura di uno spazio indipendente di rielaborazione assistita su questi temi assume quindi la duplice funzione di organizzare i bisogni accuditivi del figlio e di aprire uno spazio legittimo in cui riconoscere i propri bisogni di cura della dipendenza.

Anche la costruzione di un progetto di cura diviene quindi oggetto di una narrazione, in cui è possibile porre il superamento delle proprie fragilità personali alla base del recupero di una rapporto soddisfacente e realistico con i figli.

La genitorialità può quindi divenire un rilevante supporto motivazionale alla cura della dipendenza. In questo senso, il lavoro svolto in seno al progetto si è rivelato un potente supporto terapeutico all'azione svolta dal servizio dipendenze sulla persona dipendente detenuta.

Un altro aspetto di rilievo è offerto dalla dichiarata alleanza che gli operatori del progetto stabiliscono con il genitore dipendente che, in molti casi, ha quale unica esperienza precedente il rapporto con gli enti preposti alla tutela dei minori.

Generalmente si tratta di esperienze in cui è ben chiara la funzione di controllo e di valutazione, assai meno quella di riconoscimento e di supporto delle capacità presenti.

Un'importante parte del lavoro viene svolto per bonificare questi rapporti, spesso assai critici; si tratta di modificare sia la rappresentazione che i genitori dipendenti e detenuti hanno dei servizi, sia la rappresentazione che i servizi hanno costruito di questi genitori.

L'esperienza carceraria dà l'opportunità in molti casi di valutare prima e rinforzare poi le capacità genitoriali (esame di realtà, stili di attaccamento, capacità empatiche).

I risultati di questo lavoro vengono infine illustrati ai servizi che si occupano dei minori sul territorio, facilitando il più possibile il contatto diretto ed reciproco riconoscimento.

Questo consente di riprogettare la relazione con i figli riempendola di contenuti emotivi al di là della sola

valutazione di adeguatezza comportamentale.

In questo modo, si passa da ciò che bisogna essere per risultare adeguati a ciò che si può essere per rispondere ai bisogni dei propri figli.



Via Indipendenza, 99  
Meda (MB)  
info@csbrianza.com



ASL Monza e Brianza

Dipartimento  
Dipendenze  
Unità Operativa Carcere  
Via Sanquirico, 6  
20052 Monza (MB)  
uocmonza.aslmb.it



Cooperativa Sociale  
Atipica  
Via Molino Fino, 1  
20052 Verano B.za  
info.atipica.org

16

## GENITORI@FIGLI TALK ABOUT DRUGS

### Corso di formazione sulle abilità genitoriali per la prevenzione dell'uso di droghe

Michela Prando\*, Paola Stefanazzi\*\*

\* Cooperativa Sociale L'Aquilone - Sesto Calende,

\*\* Cooperativa sociale Naturart - Gallarate,  
Coordinatrici del progetto

#### PROGETTO CORALLO - DALLA TEORIA ALLA PRATICA - Durata di ogni incontro: 3 ore

##### Obiettivo generale del percorso

Aumentare la consapevolezza dei genitori sul ruolo della family risk and protective factors, which are related to drug use in the early famiglia come fattore di protezione e prevenzione dal rischio

##### Obiettivi specifici

Fornire strumenti adeguati per poter riflettere sulle

proprie scelte e decisioni genitoriali, implementare la capacità di lettura e analisi delle situazioni, offrire spunti di riflessione, aumentare la conoscenza emozionale sulle sostanze, aumentare la capacità critica, aiutare i genitori a fissare regole chiare nella famiglia e valorizzare le competenze di negoziazione.

Coscienti che la famiglia è uno dei fattori protettivi più efficaci nella vita dei propri figli per prevenire le dipendenze, dopo molti anni di lavoro nelle classi medie e superiori, abbiamo iniziato a creare dei laboratori genitori strettamente legati a quelli che facevamo alla mattina nelle classi con i loro figli.

Dal nostro punto di vista è importante strutturare un intervento con adulti che sia realmente calato nell'ambiente in cui vivono e che possa rappresentare bene le problematiche relative ai loro figli.

Per ciò la prima prassi teorica che abbiamo per strutturare il percorso genitori è studiare l'ambiente dove siamo andati ad operare, nello specifico la comunità di riferimento in cui è ubicata la Scuola.

Una volta analizzato l'ambiente, anche grazie al confronto con l'Equipe dell'educativa di strada che lavora sul territorio, abbiamo svolto i laboratori nelle classi seconde dove attraverso strumenti educativi è emerso quanto segue:

#### Come gli adolescenti vedono i genitori?

| <i>I genitori sono</i>  | <i>Frase dei ragazzi</i>  | <i>PAROLE CHIAVE</i>  |
|-------------------------|---|---|
| Protettivi e apprensivi | Non ci lasciano mai liberi<br>Dicono: "Fino ai 18 anni fai quello che dico io"<br>Rompono le scatole<br>Sono invadenti - Fanno il terzo grado<br>Si preoccupano - Non hanno fiducia<br>Non si può parlare se non c'è un minimo di fiducia   | BISOGNO DI CONTROLLO<br>PREOCCUPAZIONE<br>MANCANZA DI FIDUCIA |
| Distanti e assenti      | Si disinteressano di noi: se ne fregano<br>C'è poco dialogo e danno solo soldi<br>Se ne fregano e lasciano liberi<br>I genitori non sono presenti<br>Sono "scemi": non capiscono e quindi non riescono ad agire per aiutarci  | DISINTERESSE<br>NON CAPISCONO                                 |
| Severi                  | Ci sono spesso conflitti e scontri:<br>quando i genitori sono duri si creano muri nel rapporto ma grazie a questo il figlio si rafforza<br>Genitori e figli sono sempre in contrasto nell'adolescenza<br>Sono rigidi e incomprensibili<br>Sono severi<br>Dicono: "Come ti ho fatto ti disfo!" | CONFLITTO<br>INCOMPRESIONE                                    |
| Vicini e disponibili    | Sono comprensivi  | FIDUCIA   |



**Cosa vorrebbero dai genitori?**

|                    |  |
|--------------------|--|
| <b>DIALOGO</b>     | <i>Sarebbe meglio confidarsi e ragionare insieme</i>                   |
| <b>CONFIDENZA</b>  | Ho bisogno che mi facciano ragionare                                   |
| <b>ATTENZIONE</b>  | Mi piacerebbe che i miei genitori si accorgessero di quello che faccio |
| <b>ASSERTIVITÀ</b> | Vorrei il loro consenso nelle mie scelte                               |
| <b>FIDUCIA</b>     | Vorrei che mi credessero quando sto dicendo la verità                  |

**Cosa NON vorrebbero dai genitori?**

|   |  |
|---|--|
| <b>PRESUNZIONE DI CONOSCERE IL FIGLIO</b> | Pensano di poterci sempre capire ma non è vero ("Non sei nella mia testa, come fai a sapere?")   |
| <b>INVASIVITÀ</b>                         | I genitori vogliono sapere tutto di noi ma ora siamo grandi e non sempre i genitori devono sapere tutto  |
| <b>ABUSI DI POTERE</b>                    | Un genitore ha la possibilità di giocare un potere e c'è la tentazione di "alzare le mani" per imporsi sul figlio; poi si prova vergogna, sia nel dare lo schiaffo sia nel prenderlo |
| <b>SENSI DI COLPA</b>                     | Per ottenere ubbidienza il genitore prova a far leva sul senso di colpa del figlio   |

**Ruolo della famiglia e sostanze (Cosa chiedono i ragazzi ai genitori?)**

| Funzione                           | Frase dei ragazzi  |
|------------------------------------|--|
| <b>INFORMAZIONI SULLE SOSTANZE</b> | Che effetti ha l'hashish? Vorrei che mi spiegassero bene tutto ciò che serve sapere, così poi non ho bisogno di chiedere   |
| <b>ESPERIENZE PERSONALI</b>        | Hai mai fumato sigarette? E canne? Quando hai fumato per la prima volta?   |
| <b>CONTENIMENTO</b>                | Se io fumassi, cosa diresti? Mi ammazzano di botte se sanno che fumo<br>Mia mamma mi chiuderebbe in garage fino ai 18 anni<br>Se iniziassi a fumare mi ucciderebbero |
| <b>ESEMPIO DA SEGUIRE</b>          | Se mio padre fumatore mi becca fumare gli dico: quando smetti tu smetto anch'io!<br>Provare con i genitori è come essere autorizzati                                 |

**DISPONIBILITÀ AL DIALOGO E AUTOREVOLEZZA** Non mi basta che mi dicano di no ma che mi aiutino a capire "Perché no" Mi spaventa che il profumo di sigaretta mi piace e vorrei poterne parlare con i miei. Perché mi attira anche se so che fa male?  
Se un genitore ha una posizione troppo rigida non è possibile parlare o confrontarsi

**REGOLE E NORME** Le regole sono fatte per essere infrante  
Quando ci sono regole molto severe che non si possono discutere ti viene solo voglia di trasgredire

Attraverso lo studio dell'ambiente comunità e dell'ambiente classe abbiamo potuto individuare i bisogni specifici dei ragazzi che ci ha permesso di costruire e progettare un percorso mirato ai loro genitori.

**IL PERCOSO**

Con i genitori abbiamo dapprima analizzato la Cultura dei loro figli.

Abbiamo chiesto loro:

**Esistono peculiarità che caratterizzano la cultura attuale?**

**Che tipo di cultura c'è oggi?**

**Quale differenze da ieri?**

**Quali cambiamenti sono in atto?**

Intendendo la cultura come insieme dei contenuti e dei processi simbolici che un gruppo umano mette a disposizione dei suoi componenti, i genitori ci hanno fornito le seguenti risposte:

*"C'è internet, non sei nessuno se non c'è l'hai, la tv fa schifo, soprattutto c'è la tv sempre disponibile, prima c'erano gli orari, non ci sono programmi per ragazzi, oggi si mettono in discussione cose diverse: tipo religione, sesso. Se non appari giovane non sei, l'anziano è out, virtualmente non esistono, ma i nonni servono per i figli, non ci sono più i racconti dei nonni, una volta si percepivano le cose in modo diverso, manca la storia, cambia l'età del far figli, tutto molto più veloce, non c'è tempo di riflettere ed apprezzare, stress da tempo, e adesso cosa faccio, oggi ci si annoia, esempi solo in famiglia, perché le istituzioni o altro non ci sono, esistono meno negozi per giocattoli, la possibilità di comunicare con persone di altre culture, possibilità di parlare di più con i genitori, i bambini si annoiano spesso, giochi individuali, il denaro non ha più valore, il sacrificio esiste poco, saper apprezzare le cose, tutto subito, non c'è più attesa..."*

Da qui abbiamo ragionato attraverso gli assunti teorici della psicologia culturale che ci insegna che il pensiero si forma sulla base degli strumenti che utilizza e che gli vengono offerti dalla cultura di riferimento - ad es: i processi di pensiero appaiono come molto condizionati, addirittura plasmati, dalle tecnologie dell'informazione - bambini consumatori - reale e virtuale si compenetrano determinando le esperienze vissute quotidianamente.

Ci siamo così agganciati e abbiamo potuto leggere con i genitori il meraviglioso scritto di Pasolini "La droga una vera tragedia italiana" - 24 luglio 1975, dove Pasolini sosteneva che "la droga è sempre un surrogato della cultura".

Da qui il dibattito e la lettura che metteva fine al primo incontro sulle frasi emerse dai loro ragazzi nel lavoro in classe.

Abbiamo nel secondo incontro fornito informazioni alle famiglie, ma informazioni emozionali.

Nello specifico abbiamo collegato il primo incontro sulla cultura alla cultura dei ragazzi.

Cosa può rappresentare per dei genitori che non conoscono le sostanze la sensazione che la droga ti provoca?

Anni prima ho realizzato per il Ser.T di Varese, del quale sono stata consulente per 6 anni, la ricerca Musica Addiction, dove a partire dagli assunti teorici di Giovanni Pierini Professore di Tossicologia Forense - Università degli Studi di Bologna "Nuove Droghe:Fenomeno e Cultura in Divenire" Musica designer drugs e stati alterati di coscienza, ho realizzato la ricerca "Musica addiction" una ricerca dal 1900 ad oggi di musiche, suoni o testi, che parlano o che ci ricordano di droghe.

Sono convinta che la musica sia il primo e il più importante linguaggio attraverso cui le nuove generazioni definiscono in prima battuta la propria appartenenza e la propria identità collettiva. Se un tempo erano il mito di Elvis Presley e quello dei Beatles a offrire l'occasione di "perdersi nell'illusione di trovare se stessi", oggi tutto ciò si presenta in altre forme per esempio nella tecktonik, nel hardcore, nella jumpstyle solo per citarne alcune.

I suoni, l'ascolto e la cultura musicale sono molto importanti nella vita di ognuno di noi.

Essi, non solo occupano gran parte del nostro tempo, ma influiscono su di noi in modo spesso inimmaginabile.

A partire dal grembo materno (è la prima fase in cui entriamo a contatto con il mondo dei suoni), per poi proseguire durante la crescita, siamo influenzati (spesso inconsciamente) dai suoni, sia rumori che musica.

In questa ottica diviene importante analizzare il linguaggio musicale.

Un linguaggio complesso perché basato su emozioni e sentimenti, proprio per questo, molto affascinante.

A partire da evidenze scientifiche che ci dimostrano che la musica modifica i caratteri ematici, elettrofisiologici, cardiopolmonari (es. si preferisce la musica che abbia un tempo simile alla frequenza cardiaca - la musica rilassante tende a far diminuire la frequenza cardiaca e respiratoria, la musica più scatenata, rock o techno, tende a farla aumentare o la musica sintetizzata inibisce il parasimpatico e promuovere spiacevoli sentimenti di allerta, con aumento della frequenza cardiaca e respiratoria, ecc...) abbiamo fatto ascoltare i seguenti brani chiedendo che emozioni suscitavano nei genitori e a che droghe le collegavano: Linking park Braking the habit - Cannabis Ska-p - 1200 micrograms - Billy holiday My man e Teletubbies Hardcore - da qui abbiamo potuto parlare di cocaina -

cannabinoidi - allucinogeni - eroina - ecstasy - sviluppando la capacità emotiva dei genitori che hanno associato le giuste emozioni ed immagini (alla prima un salto, felicità e sorriso alla seconda, tristezza e depressione alla terza e così via...) che la musica ha suscitato in loro e come detto da loro "abbiamo capito meglio perché i ragazzi usano le sostanze", dire che son buone non basta, "assaggiarle" tramite la musica aiuta molto i genitori a capire meglio i comportamenti dei figli, in quanto si sono avvicinati emotivamente a loro.

Nel terzo e ultimo incontro abbiamo lavorato con i 10 genitori sulle life skill. Attraverso giochi di ruolo e simulazioni abbiamo lavorato su che tipo di ruolo la famiglia deve avere con i propri figli per essere fattore preventivo (vedi scheda ragazzi), e questo è quanto emerso dai genitori su cui abbiamo lavorato: *"non percezione del pericolo: tema della ricerca del limite ma non sapere fin dove andare senza farsi male!;bisogno prestazione: non essere abituati all'attesa ed alla delusione; ampia offerta di droghe e molta facilità nel trovarla: c'è un MARKETING del consumo... la società e il mercato ti invogliano a consumare e ti offrono occasioni facili x usarla; l'uso delle droghe diventa sempre più normale: idoli - status - modelli usano e ne risultano eroi! Mancanza di forza o mancanza di senso critico?"*

Come formatori abbiamo chiesto ai genitori cosa si portavano a casa e loro ci han dato le seguenti risposte: *"mi sono informato ed ho imparato a mettere a confronto le informazioni, devo creare momenti di dialogo, voglio capire ciò che realmente sa mio figlio, voglio mettermi in rete e collaborare tra genitori e con gli altri agenti di prevenzione, ognuno con le proprie competenze recupero dei valori e del sentimento "sociale" del prendersi cura, riuscire a mettersi nei "panni di...", non esaltare il problema e non averne troppa paura, offrire occasioni di "sano impegno": offrire alternative al modello sociale x imparare a stare nel mondo...aiutare a sentirsi responsabili, essere "riferimento", educare alla responsabilità ed alla libertà.* Tutti gli incontri hanno seguito una schema preciso d'attuazione.

17

## "GENITORI IN CORSO"

### Gruppo di sostegno alla genitorialità per persone con problemi di dipendenza

Brunella Ruffa<sup>1</sup>, Gabriele Samassa<sup>2</sup> e Paolo Jarre<sup>3</sup>  
S.C. Ser.T "Dora Riparia" - Dipartimento "Patologia delle Dipendenze" - ASL TO3

<sup>1</sup> Psicologa, psicoterapeuta

<sup>2</sup> Educatore Professionale

<sup>3</sup> Medico, Direttore di Dipartimento

Il poster illustrerà l'esperienza maturata nella S.C. Ser.T. "Dora Riparia" del Dipartimento "Patologia delle dipendenze" dell'ASL TO3, in merito agli interventi di sostegno alla genitorialità per le persone con problemi di dipendenza, relativamente Area Tematica Congressuale "Esperienze di lavoro clinico con i genitori Tossicodipendenti e con la Famiglia".

"Genitori in corso" rappresenta l'evoluzione di un progetto avviato nel 2006, finanziato con i fondi della Legge 309/90.

Il poster rappresenta in modo sintetico l'evoluzione che ha trasformato il progetto iniziale "Tutti su per terra", nell'attuale "Genitori in corso", descrivendo di entrambi le caratteristiche e le criticità che hanno sostenuto tale cambiamento.

Nel Poster, illustriamo per punti le caratteristiche salienti e gli obiettivi di "Tutti su per terra", che è stato sperimentato per due annualità (tra il 2006 al 2008) e che prevedeva un percorso di gruppo:

- gruppo aperto di condivisione guidata,
- formato su invio degli operatori Ser.T,
- non richiesta remissione sintomo,
- condotti da una psicologa,
- cadenza quindicinale.

#### Obiettivo

Aumentare l'efficacia delle funzioni genitoriali dei tossicodipendenti.

Anche le criticità vengono elencate per punti:

- Esiguo numero di soggetti inviati nonostante elevato n. di utenti Ser.T con figli
- Difficoltà a cambiare la centratura: dal sintomo alla genitorialità
- Buon senso di appartenenza al gruppo e partecipazione attiva

Parallelamente, contraddistinta dall'attuale logo, viene descritta l'esperienza "Genitori in corso", che si è articolato negli anni dal 2009 ad oggi, riprendendo lo stesso obiettivo; si riporta analogo elenco di caratteristiche e criticità:

- percorso "finito" di 5 incontri psicoeducazionali a tema,
- i gruppi (chiusi) accolgono tutti i pazienti-genitori

- inseriti nelle comunità terapeutiche del territorio + gli utenti inviati dai Ser.T,
- richiesta remissione sintomo,
- condotti da una psicologa e un educatore,
- cadenza settimanale.

Criticità:

- Buona e costante partecipazione
- Grande interesse ai temi proposti ma poco tempo per adeguato approfondimento
- Buon senso di appartenenza al gruppo e partecipazione attiva

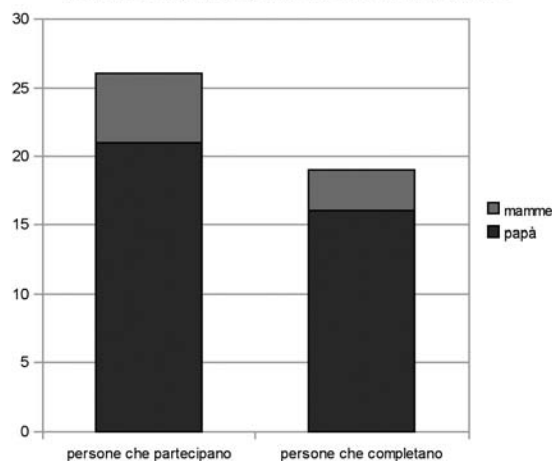
Nella parte centrale e nella metà inferiore del poster tratteggiamo le specificità dell'attuale esperienza "Genitori in corso" mettendone in evidenza, anche visivamente, gli strumenti utilizzati (dalle vignette al questionario di verifica...). Sintetizziamo gli argomenti trattati negli incontri a tema: Temi scelti tra i "grandi classici" degli incontri per genitori: l'adolescenza, parlare di sessualità, le regole... e dall'esperienza particolare del essere genitori in trattamento per la propria dipendenza patologica (alcol, droghe, gioco d'azzardo): vivere la distanza/separazione, segreti e/o bugie circa la propria condizione, la trasgressione...

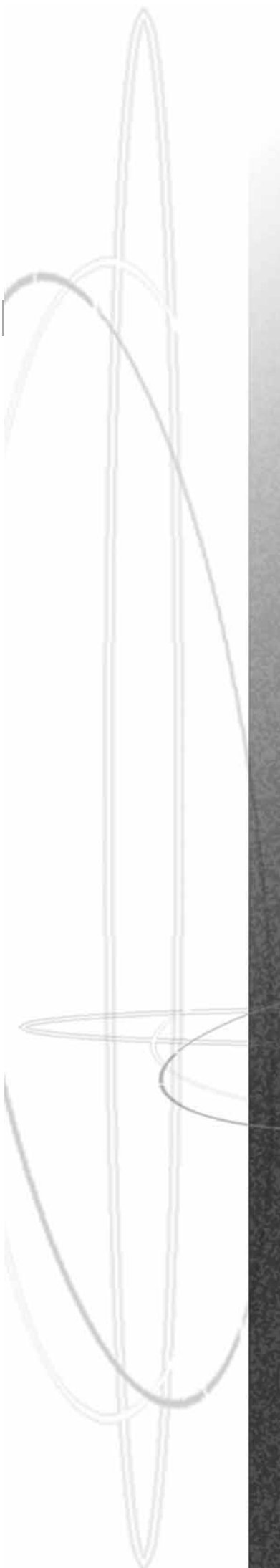
Riportiamo inoltre alcune osservazioni sui movimenti dei gruppi condotti con questa modalità, ad esempio: la continua tensione tra lo psicoeducazionale ed il terapeutico, tra il bisogno e la paura di approfondire i vissuti emotivi, tra l'esperienza di essere genitori e quella di figli.

Rileviamo come una peculiarità sia costituita dalla prevalente componente maschile che contraddistingue questi gruppi, contrariamente alla maggiore partecipazione femminile, delle mamme che frequentano di norma gli incontri sul territorio, dedicati ai genitori.

Descriviamo con il grafico sottostante l'andamento delle tre edizioni 2011 di "Genitori in corso", riportando il numero di partecipanti (divisi tra maschi e femmine) e la proporzione di chi ha frequentato in modo completo tutti gli incontri.

Ritratto dei partecipanti alle tre edizioni 2011





---

**FeDerSerD**

