

Cooperativa Sociale di Bessimo

QUELLO CHE LE DONNE NON DICONO...

TOSSICODIPENDENZA AL FEMMINILE

E DISAGI CORRELATI

ATTI DEL SEMINARIO TENUTO A GOTTOLENGO (BS)

IL 23 NOVEMBRE 2000

INDICE

PRESENTAZIONE	3
SALUTO DEL SINDACO	5
INTRODUZIONE	6
DA “ANCHE” LE DONNE A “PER” LE DONNE	8
LE DONNE PER LE DONNE: UN PERCORSO DI RISCOPERTA ED EMANCIPAZIONE	10
UN CONTRIBUTO	14
ANALISI DELL'UTENZA FEMMINILE DEL SERT DI BRESCIA - I DATI -.....	16
ANALISI DELL'UTENZA FEMMINILE DEL SERT DI BRESCIA – GLI ASPETTI CLINICI -	27
LE DIPENDENZE DEL NUOVO MILLENNIO: I DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE ...	30
L'AGGANCIO DELLA DONNA TOSSICODIPENDENTE NEL LAVORO DI STRADA.....	34
TERAPIA E RIABILITAZIONE IN COMUNITÀ TERAPEUTICA FEMMINILE:.....	37
LA TUTELA DEI DIRITTI DELLA DONNA NELLA CONVIVENZA E NELLA CRISI DELLA COPPIA	44
CONCLUSIONE	46
CHI SIAMO	48
I NOSTRI SERVIZI.....	50

PRESENTAZIONE

Don Angelo Chiappa

**Docente di Pedagogia allo IAL di Brescia
Scuola Regionale per Operatori Sociali**

Diamo inizio ai nostri lavori, invitando a salire sul palco il sindaco di Gottolengo l'Avvocato Romano Manfredi, ed il presidente della Cooperativa di Bessimo Giovanni Zoccatelli.

Io sono Don Angelo Chiappa, mi sono occupato dei minori prima del ciclone tossicodipendenza; dopodiché sono passato all'area formativa nella scuola regionale di Brescia con appendici a Cremona, Mantova ed in altre sedi seguendo la parte pedagogica.

Molti educatori della Cooperativa di Bessimo mi hanno conosciuto come docente; è anche per questo che mi trovo qui a coordinare, e per la verità lo faccio molto volentieri a partire da una riflessione estremamente interessante che mi aiuta a cogliere il senso di questa giornata ed a darle uno specifico significato.

Quando venticinque anni fa abbiamo cominciato in maniera significativa in Lombardia a ragionare attorno a queste e a tante altre cose nel complesso del mondo del sociale aspettavamo che fosse "mamma" Regione a convocarci, ad organizzarci e devo dire che ci furono anni in cui "mamma" Regione offrì tante opportunità di formazione, di aggiornamento, di convegni; sua la legge 1/86 ed il primo piano socio-assistenziale sono nati da questo sforzo di produrre e raccogliere cultura da chi poco in termini professionali allora, molto in termini di volontariato era l'interlocutore diretto dei problemi che man mano andavano emergendo o consolidandosi.

Poi "mamma" Regione ha un po' tirato i remi in barca e la funzione del fare cultura si è diffusa sul territorio; constato con piacere che da alcuni anni ricevo depliant, inviti da gruppi, da CSE e da Comunità per Tossicodipendenti, della stessa zona geografica, che si ritrovano insieme per riflettere e produrre cultura.

Credo sia un traguardo: le realtà con una storia consolidata alle spalle non esauriscono il loro essere, nel fare, ma diventano motori di una cultura più diffusa sul territorio.

In fondo ricevere semplicemente dagli altri cultura e non sentirci mai soggetti capaci di produrre cultura è uno dei gap che noi che lavoriamo nel sociale abbiamo il dovere e oggi credo anche la capacità di superarli per arrivare ad essere interattivi coi circuiti culturali e per non pensarci sempre i figli minori di un sistema che se c'è, se vive, è perché ha trovato nelle appendici territoriali la propria collocazione e la propria promozionalità.

Voglio ricordare i precedenti incontri, organizzati dalla Cooperativa di Bessimo, sul tema della complessità droga; lo scorso anno il tema dei "bambini che hanno genitori che si bucano" e quest'anno il tema attorno alle donne "Quello che le donne non dicono".

Mi compiaccio con il sindaco di Gottolengo per questa splendida sala, un gioiello di quelli che man mano si scoprono, nati perché i paesi che producevano cultura e sentivano il bisogno di contenitori di cultura.

Il fatto che le comunità affrontando grossi sforzi economici li stiano recuperando e rimettendo in circuito lo vedo come un segno di primavera: vuol dire che davvero nelle nostre comunità sta almeno declinandosi il bisogno di tornare ad essere soggetti che producono cultura, che ricercano occasioni di cultura. E' impresa improba, ma è sempre stato così; è sempre stato più facile arare il terreno o vangare l'orto che produrre cultura.

I tempi si evolvono, chi ha memoria storica non dimentica i luoghi in cui si raccoglievano le firme, si facevano dibattiti da seggiole volanti nei Consigli Comunali quando si ipotizzava che una comunità per tossicodipendenti avrebbe preso sede in quel posto o in quell'altro posto.

L'aver resistito su questa frontiera credo ha prodotto questi cambiamenti; prendiamone atto perché non sono segni di poco conto.

Al presidente della Cooperativa di Bessimo l'introdurci nel merito dei lavori.

SALUTO DEL SINDACO

Avv. Romano Manfredi

Sindaco di Gottolengo

Ringrazio Don Chiappa per le belle parole ma oggi devo essere io a rivolgere ringraziamenti ed a essere compiaciuto per questa giornata che viene celebrata a Gottolengo.

Lo dico col cuore: sono davvero contento e quasi orgoglioso di ospitare a Gottolengo questa iniziativa, in particolar modo sono contento di avere Villa Bina¹ non come casa ma come ambiente dove si promuove il più alto esempio di solidarietà umana.

Sono importanti sì le strutture ma prima devono esserci gli uomini, lo spirito di iniziativa, la voglia di fare.

Spesso vediamo le cattedrali nel deserto, le grandi strutture che sono vuote: Villa Bina l'ho vista nascere, ho visto le difficoltà e le esperienze che sono maturate al suo interno.

E' certo una gran bella villa ma è più bello quello che c'è all'interno.

Il mio compiacimento va alla Cooperativa di Bessimo ed al suo leader don Redento Tignonsini, che abbiamo già ospitato tra noi. In quella giornata, alla quale hanno partecipato molti giovani della cooperativa e non, don Redento ha gettato un seme che sta piano piano fiorendo. Si è infatti costituito a Gottolengo un gruppo di genitori e giovani che vogliono impegnarsi, vogliono proporre qualcosa, vogliono affrontare i temi che voi quotidianamente vivete e questo è il bello delle cose: vedere degli esempi e poi seguirli.

Ripeto che sono contento di avere qui Villa Bina: la sua attività è sentita a Gottolengo come parte del tessuto sociale, la gente è contenta di avere qui questa iniziativa, perché è una testimonianza di vita in comune, di ripensamento della propria vita dei propri errori.

E' un segno questo di cui abbiamo bisogno, ne hanno bisogno le nostre associazioni e le nostre famiglie, per cercare di mettersi in discussione, di rivedere la propria vita e soprattutto di farlo insieme.

¹ Villa Bina ospita la comunità terapeutica femminile della Cooperativa di Bessimo.

INTRODUZIONE

Giovanni Zoccatelli

Presidente Cooperativa di Bessimo

Il convegno di oggi è nato come idea all'interno del progetto di apertura della nuova struttura di Gottolengo, struttura comunitaria che la Cooperativa di Bessimo ha rilevato dal CEBS nel 1998 con l'obiettivo di accorpate le due nostre comunità femminili ed offrire quindi una Comunità nuova più accogliente e funzionale alle donne che ci chiedono accoglienza.

Parallelamente a tale operazione si è pensato che fosse una buona occasione per organizzare anche un convegno che potesse puntare l'attenzione sulla presa in carico di donne tossicodipendenti, sulle particolarità presenti in tali servizi e sulle caratteristiche peculiari di tale tipologia di utenza.

Così come per il convegno dello scorso anno dal titolo "Quando il papà e la mamma si bucano" all'interno del quale si era voluto approfondire in maniera specifica il tema della genitorialità e della coppia tossicodipendente, anche in questo si è scelto di approfondire un tema specifico e cioè quello della tossicodipendenza al femminile consapevoli delle particolarità e complessità di tale tipo di presa in carico.

La Cooperativa di Bessimo fin dal 1984 ha scelto di gestire una Comunità che ospitasse solo donne convinta che le caratteristiche, i bisogni, i vissuti, le strategie e le peculiarità di questa tipologia di utenza necessitasse di un intervento specifico pur all'interno del progetto educativo della Cooperativa di Bessimo.

Nell'arco di questi sedici anni la Comunità di Zanano prima, di Sale Marasino poi, di Paitone ed ora di Gottolengo si sono occupate di gestire la presa in carico di donne tossicodipendenti sviluppando quindi una grande e lunga esperienza che attraverso la giornata di oggi spero venga messa in risalto, analizzata ed arricchita dal confronto con altre esperienze o con altri servizi che si sono occupati e che si occupano, da diversi punti di vista, di patologie, problematiche e disagi correlati.

Parlare delle Comunità di Zanano, Sale Marasino, Paitone e Gottolengo mi porta a ricordare e ringraziare le persone che a vario titolo, con differenti ruoli e differenti responsabilità hanno permesso la nascita, lo sviluppo e il consolidamento di questo tipo di servizio. Voglio citare in particolare Don Redento ed Ermete Cominelli che in qualità di fondatore il primo e presidente dal 1992 al 1999 il secondo hanno lavorato per far nascere e svilupparsi tali Comunità.

Vorrei ricordare inoltre Valeria Radice Fossati, più conosciuta al nostro interno con il nome di Francesca, che ha gestito la nostra prima comunità femminile di Zanano dall'apertura fino al 1990, Maria Virginia Fornari, più conosciuta come Mavi, che a tutt'oggi è Responsabile dell'intervento educativo della Comunità di Gottolengo, Lorena Benigna che dal 1994 al 1999 ha gestito la Comunità di Sale Marasino, permettendo alla nostra organizzazione di fare i conti concretamente anche con l'accoglienza di donne che necessitavano di pronto intervento o situazioni per le quali la normale soglia di ingresso della comunità femminile "classica" sarebbe stata troppo alta.

All'interno di questo convegno si cercherà di mettere assieme, attraverso i relatori invitati ma anche attraverso i partecipanti provenienti da servizi pubblici e privati, le esperienze di coloro che da più punti di vista si sono occupati e si occupano di donne con problemi di dipendenza.

Come evidenziato all'interno della relazione annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia del 1999, la specificità della tossicodipendenza al femminile rappresenta un tema ancora poco approfondito dal contesto della comunità scientifica italiana sia per quanto riguarda gli aspetti epidemiologici, statistici o sociali ma anche per gli aspetti psicologici e terapeutici relativi.

In Italia le donne rappresentano circa il 14% di tutta la popolazione tossicodipendente di cui circa un terzo ha figli minori. Nel 1998 i SERT hanno avuto in carico per trattamenti 18.916 donne con un rapporto maschi/femmine di circa 6 a 1 confermando inoltre una tendenza crescente della presenza femminile soprattutto al Nord. Altri dati riguardano in particolare l'incidenza, sulla tipologia femminile, di alcune patologie correlate (epatite, HIV).

Tale carenza di dati e di studi mette in risalto ancora una volta la necessità di dare voce e spessore alle esperienze che in questi anni si sono sviluppate e strutturate.

La data di nascita dei servizi qui oggi rappresentati e l'età di tali esperienze penso che possano permetterci di non parlare più di sperimentazione. Penso che la professionalità e la consolidata esperienza diretta, siano sufficienti per tracciare, perlomeno i contorni che caratterizzano la tossicodipendenza al femminile non tanto o non solo dal punto di

vista statistico ma in particolare dal punto di vista delle interpretazione dei vissuti o degli interventi terapeutici messi in campo.

Non volendo inoltrarmi in argomenti specifici oggetto dell'assemblea di oggi, mi permetto di sottolineare due aspetti che spero vengano affrontati:

- Un primo elemento riguarda un dato contenuto in uno studio statistico realizzato sulla base di tutti i programmi gestiti dal 1985 al 1999 dalla Cooperativa di Bessimo e che stiamo analizzando in questi mesi. Nel cercare di mettere in evidenza il periodo nel quale si concentrava il maggior numero di interruzioni di programma fra le diverse tipologie accolte dalla nostra Cooperativa (maschile singolo, femminile singolo, coppie, donne con figli), si è visto che i percorsi femminili hanno la più alta percentuale di interruzioni volontarie nell'arco del primo mese di permanenza. Questa percentuale si alza ancora di più se si considera in particolare la fascia di età compresa fra 16-22 anni. Significativamente più bassa, rispetto ad altre tipologie di utenti, è invece la percentuale delle donne che interrompono il percorso dopo il sesto mese. Tali dati potrebbero far pensare ad una maggior difficoltà di aggancio iniziale e di tenuta riferita ai percorsi femminili, ma anche una maggior facilità nel continuare e portare a termine il percorso, con durate medie del trattamento spesso più alte rispetto ai percorsi maschili.
- Parlando di tossicodipendenza al femminile, come abbiamo visto, si deve spesso fare i conti con scarsità di dati e di studi specifici; tale carenza la si riscontra anche per quanto riguarda l'offerta di servizi di accoglienza appositi. Se per il trattamento residenziale di tossicodipendenti maschi si parla sempre di più di soglie di ingresso differenziate in relazione alle caratteristiche dell'individuo, per il trattamento residenziale femminile si fatica molto spesso a trovare posto nei servizi esistenti con il risultato che le donne che chiedono accoglienza immediata si trovano spesso da sole senza risposte concrete. Se si collega questa realtà con la carenza di servizi di accoglienza appositi per le donne e con la fatica di aggancio evidenziata dai nostri dati si potrebbe riflettere su quanto i servizi esistenti sappiano modulare il proprio intervento in relazione ai differenti bisogni delle donne tossicodipendenti o se invece come per i maschi sia opportuno strutturare servizi di bassa soglia rivolti a questa tipologia di richiesta.

Prima di concludere vorrei sottolineare un aspetto che probabilmente interessa più la Cooperativa di Bessimo che non questa assemblea ma che comunque ritengo importante affrontare.

Spesso al nostro interno ci siamo ritrovati a rilevare, non senza dispiacere, che nonostante la grande mole di lavoro portato avanti quotidianamente dalle nostre comunità e servizi e nonostante la grande differenziazione di servizi messi in campo, è sempre prevalsa in noi la logica del fare, del progettare, strutturare e gestire risposte concrete di accoglienza dei bisogni piuttosto che occuparci e partecipare per creare confronto, discussione e cultura a livello pubblico attraverso la realizzazione di pubblicazioni o l'organizzazione di convegni o seminari.

In questi ultimi anni, e questo convegno ne è una prova, consapevoli della esperienza e del grande lavoro che come Cooperativa di Bessimo abbiamo svolto e continuiamo a svolgere all'interno del complesso mondo della tossicodipendenza, il tentativo è stato e sarà quello di cercare di sopperire a tale carenza cercando, anche se a volte con fatica, di stimolare un forte confronto ed integrazione su temi legati alla tossicodipendenza e ai servizi.

Confronto ed integrazione finalizzato, oltre che ad aggiornare e migliorare il nostro intervento, anche ad una partecipazione attiva nella rilevazione, progettazione, gestione e verifica della rete di servizi nel settore del disagio in generale e della tossicodipendenza in particolare.

Auguro a tutti i relatori e partecipanti un interessante e fruttuoso lavoro.

DA “ANCHE” LE DONNE A “PER” LE DONNE

Don Redento Tignonsini

Fondatore e Presidente Onorario della Cooperativa di Bessimo

La droga, che per definizione scientifica e legale, è tutto ciò che altera, in up o in down, l'ecosistema fisico e o psicologico della persona utente, è sempre stata considerata, nella Cooperativa di Bessimo, UNA COMPENSAZIONE o, meglio, uno STRUMENTO di compensazione.

Compensazione ad un disagio personale, di qualsiasi genere esso sia. Compensazione ad un vuoto, ad una povertà personale di protagonismo nel raggiungere la soddisfazione di sé secondo il “chi sei?” e il “che cosa vuoi?”, dalle cui risposte si può progettare e realizzare la propria vita, col “che cosa puoi”.

La fatica a questa stupenda avventura porta molti individui o alla rinuncia o alla pretesa di sostituzione nell'essere attori in prima persona, del proprio vivere personale e sociale. Nell'una o nell'altra scelta si ricorre alla compensazione (droga), quella che meglio risponde al bisogno invaso del momento.

Con queste mie parole mi sia permesso condensare la storia di 30 anni di compensazione con lo strumento “droga”.

Delusi dall'insuccesso del movimento del '68, tanti giovani che in esso credevano, lottavano e speravano, si sono defilati da una società “sgangherata”; sullo stesso filone, con movimenti diversi, si è arrivati ai nostri giorni.

Tanti giovani e non più giovani si defilano, si compensano da una vita “sgangherata” che produce solitudine e depressione. Sono ingannati e delusi dai pochi che guidano, per tornaconto personale, la cultura dell'uomo “fare”, dell'uomo “avere” dell'uomo del “piacere” sempre, dovunque, comunque e senza fatica.

La fatica dell'avventura della vita è il nemico da combattere ad ogni costo, da medicalizzare con ogni mezzo. Chi accetta questa filosofia diventa uno “zombie” in mano al commercio, dipendente dagli spot pubblicitari e, nella perdita della propria libertà razionale di scelta, molti di essi si compensano con la droga: paradiso degli insoddisfatti.

Il lento emergere della presa di coscienza e dell'emancipazione (spesso malintesa) femminile, ha fatto sì che, negli anni settanta, al sorgere delle prime comunità terapeutiche, le donne compensate dalla droga fossero, in numero ed intensità, molto meno presenti sulla scena del quotidiano sociale e familiare.

A Bessimo 23 anni fa sono arrivate le prime utenti: erano in coppia e, per la quasi totalità, coinvolte dal partner. Era il tempo delle ragazze “missionarie” del tossicodipendente, delle “crocerossine”. Erano spinte dal meraviglioso istinto di maternità, protettivo e salvifico. Nella comunità, aiutare Lui era aiutare anche Lei.

Ma col processo, già descritto, anche le donne, si sono sempre più personalizzate nelle scelte del piacere e del farsi piacere, dalla “VITA BELLA” alla “BELLA VITA” e la compensazione è diventata un fatto personale. Non bastava più quindi, alle richiedenti, attivare una terapia di risulta, ma si è vista la necessità di pensare una terapia individuale e personalizzata.

E fu così che, anche nella nostra Cooperativa, sono nate le case per sole donne ed è nata l'utilità di separare, in molte situazioni e per un certo periodo, le coppie richiedenti, per dar modo, prima della terapia di coppia, ad una terapia individuale.

Questo processo è stato per noi intuito e messo in atto, fondati come siamo sulla priorità della persona e non nella lotta alla droga.

Noi in comunità NON parliamo di droga ma di VITA. Siamo fondati, fin dai nostri primi documenti programmatici, sulla nobiltà dell'essere umano, capace di protagonismo e della propria realizzazione nella gioia di vivere. Gioia ottenuta da ognuno con le proprie capacità di soddisfare se stessi, senza bisogno di compensazioni: liberi da ogni dipendenza.

LE DONNE PER LE DONNE: UN PERCORSO DI RISCOPERTA ED EMANCIPAZIONE

MariaVirginia Fornari

**Responsabile di comunità terapeutiche femminili
della Cooperativa di Bessimo dal 1990**

Un'occasione

Probabilmente per il fatto che il numero di tossicodipendenti maschi è notevolmente superiore a quello delle donne, fino ad oggi non si sono eseguiti grandi studi sulle differenze di genere in questo campo ed anche la riabilitazione ha raramente tenuto in debito conto tali diversità, proponendo, invece, approcci unici modellati sulle esigenze "maschili".

La tossicodipendenza delle donne merita un'analisi preferenziale e privilegiata per evidenziare le cause che portano a tali effetti.

Oggi è semplicemente ed umilmente l'occasione per iniziare a parlare, a riflettere, a condividere cercando di dare voce al profondo dolore delle donne tossicodipendenti per poterne comprendere insieme le ragioni più intime di un malessere dal quale si può "uscire" affrontando un viaggio alla riscoperta di se stesse, del proprio valore, della propria dignità, del senso del proprio esistere, del senso della vita stessa.

La storia

Agli inizi degli anni '80, la Cooperativa di Bessimo apriva la prima Comunità rivolta alle donne tossicodipendenti.

In questi anni sono state prese in carico circa mille donne, provenienti dalle Regioni del nostro bacino di utenza, di età compresa tra i 18 e i 40 anni, con grado di scolarità medio-alto, disposte ad intraprendere un percorso mirato alla propria condizione

- ◆ di single
- ◆ di coppia
- ◆ di ragazza madre.

E', quello della donna, un mondo ricco di sfumature, d'estremi, d'intensità, di passioni, di compromessi, di sensi di colpa, di risorse, d'illusioni, di complessità.

Negli anni '80 e primi '90, si avvicinavano alla Comunità donne confuse, contestatrici del sistema, strascichi del movimento femminista, donne in lotta che investivano se stesse nella proposta comunitaria come fosse una famiglia, con un profondo senso di appartenenza e di rispetto, come occasione privilegiata di incontro, di solidarietà per potersi RI-EDUCARE e RI-TROVARSI.

In questi ultimi anni, il target delle nostre utenti si è notevolmente modificato: oggi si sta diffondendo sempre più la tendenza all'uso di droghe diverse e di psicofarmaci, oggi si è portati a ragionare in termini MULTI-CAUSALI quali

- ◆ il fattore di personalità,
- ◆ interpersonale,
- ◆ sociale,
- ◆ culturale,
- ◆ socio-demografico.

Le donne tossicodipendenti oggi

E' utile, secondo me, saper leggere nella differenziazione tra tossicodipendenza ieri ed oggi, non solo il diverso utilizzo delle sostanze, ma saper cogliere con consapevolezza che le persone sono differenti con

- ◆ altri bisogni
- ◆ altri problemi
- ◆ altri tipi di richieste.

Non solo cambiano le sostanze, ma cambia anche il modo di comunicare i propri malesseri, i propri disagi che hanno spesso radici profonde e antiche.

Le problematiche della donna tossicodipendente pongono spesso in evidenza il concetto di un **sé negativo** accompagnato dalla **negazione dell'identità femminile**, agita attraverso la scissione fra l'io ed il corpo, l'incapacità di stabilire relazioni gratificanti, le difficoltà ad auto-determinarsi e progettarsi che dà origine al bisogno di dipendere sempre dagli altri per le proprie scelte.

Nella storia di vita delle nostre ragazze ciò che più cogliamo sono i loro **sentimenti d'abbandono** (padri assenti, separazioni, divorzi, lutti), **di rifiuto** (istituti, figure sostitutive), **di trascuratezza** (alcolismo di un genitore, preferenza per i fratelli maschi, problemi economici), e soprattutto **il non aver potuto sperimentare una dimensione di cure materne, d'accudimento, d'affetti ed un'esperienza d'attaccamento in cui poter crescere in autonomia, autostima, con capacità relazionali ed affettive.**

Queste mancanze hanno un seguito nelle loro relazioni successive. E così, il loro bisogno d'amore paterno non appagato rende le ragazze molto vulnerabili dal punto di vista affettivo e pronte a ricercare ad ogni costo un sostituto.

Altri dati importanti che emergono dall'ambiente familiare riguardano situazioni di violenza di tipo sessuale nella prima infanzia e nell'adolescenza: le ragazze portano con sé il peso delle colpe, sentendosi defraudate della loro innocenza.

In generale si può dire che la droga è utilizzata dalle donne come anestetico del dolore, come disinibitore, come forma di comunicazione rivolta al contesto familiare e sociale.

Altri due aspetti destabilizzanti che emergono dai vissuti personali sono rappresentati dalla

- ◆ sieropositività
- ◆ prostituzione.

La donna sieropositiva vive un profondo senso di colpa poiché il suo corpo diventa portatore di "pericoli" anziché di vita.

Le donne coinvolte nello spaccio di droga sono sicuramente meno degli uomini, così come è minore in generale la criminalità femminile. Un aspetto della devianza femminile più forte e drammatico è rappresentato dalla prostituzione, che lascia nella donna un senso di non rispetto, disprezzo e vergogna verso se stesse.

Non è facile accompagnarle verso un cammino teso ad integrare la loro identità femminile, a dare un nuovo valore al proprio corpo, a sentirsi degna di rispetto.

Comunità e progetto educativo

La dipendenza passiva ha sempre origine da una mancanza d'amore

La Comunità terapeutica è un ambiente familiare e sociale in cui un gruppo di persone in relazione fra loro sperimenta in modo attivo un percorso educativo che modifichi lo stile di vita precedente in modo significativo.

La nostra Comunità terapeutica propone una serie di passi da compiere e di nuovi elementi da acquisire.

Essi sono:

- ◆ la vita di gruppo regolata da norme di convivenza,
- ◆ la riscoperta e l'approfondimento della conoscenza di sé (attraverso gli strumenti comunitari),
- ◆ la relazione con gli altri,
- ◆ la proposta di valori quali la convivenza, le responsabilità personali, il rispetto, la tolleranza, la reciprocità, la solidarietà, la fiducia, la sincerità,

- ◆ la riscoperta del senso della propria vita.

Credo che la Comunità sia un'occasione d'incontro e di scambio nel quale l'utente possa permettersi di creare, vivere e giocare in relazioni più sane e nelle quali sentire accolti ed ascoltati i propri bisogni fondamentali

- ◆ di affetto
- ◆ di vicinanza
- ◆ di condivisione
- ◆ di comprensione
- ◆ di sentirsi qualcuno
- ◆ di sentirsi di qualcuno.

Entrare in contatto con i propri bisogni e poterli esprimere è un passo importante verso la consapevolezza che questi aspetti non sono solo delle fragilità da nascondere, ma parti di sé intime, da vivere nella loro unicità.

Il riconoscere e legittimare questi aspetti di sé permettono di:

- ◆ trasformare le loro difese rigide in difese più sane e costruttive;
- ◆ di instaurare relazioni con altre figure femminili basate sul confronto e sulla condivisione e non solo sulla competizione e sulla sfida;
- ◆ di far emergere le loro emozioni e vivere soprattutto quelle positive;
- ◆ di dare un'ottica positiva al loro mondo emotivo;
- ◆ di sentirsi più degne di un futuro diverso e potersi meritare il "bello" della propria vita;
- ◆ di incanalare e trasformare le loro energie vitali in punti di forza come l'aggressività in grinta, l'orgoglio in determinazione, la razionalità in riflessività

ma soprattutto:

- ◆ di uscire da un deserto affettivo per entrare in un giardino di relazioni significative;
- ◆ di passare dall'isolamento ad una solitudine ricettiva intesa come ascolto di sé;
- ◆ di modificare l'ostilità in ospitalità verso l'altro.

Valorizzare le proprie capacità, sentirsi adeguate ad affrontare le situazioni, ma anche le frustrazioni, cercare di vivere la quotidianità come elemento di rinnovamento fanno da basi per poter far crescere l'autostima, la fiducia e i loro desideri di indipendenza ed emancipazione.

La nostra Comunità quindi cerca di lavorare su **due binari paralleli**:

- ◆ il nuovo stile rappresentato dalla quotidianità, dalle regole, dagli strumenti, dal fare i conti con gli altri;
- ◆ il lavoro personale che punta al guardarsi dentro, a sviluppare la capacità di ascolto per individuare e chiarire e propri problemi, per far nascere il desiderio che il meglio di sé possa liberarsi e vivere.

Quando il grande Michelangelo terminò il Mosè, lo presentò al pubblico e tutti si complimentarono con lui per la sua arte e per la sua maestria, per il tocco leggero e per la delicatezza delle forme.

"Non l'ho fatto io!" disse Michelangelo.

"Ma come è possibile? Certo che lo hai fatto tu!" dissero gli altri.

Michelangelo rispose:

"Non l'ho fatto io. Mosè era dentro il blocco di marmo ed io con martello e scalpello, ho tolto il marmo che lo copriva".

Nodi aperti

- ◆ disturbi alimentari
- ◆ donne tossicodipendenti con problematiche psichiatriche
- ◆ vuoto interiore: mancanza di interessi e di valori
- ◆ massificazione giovanile intesa come appianamento delle differenze
- ◆ ripiegamento su se stessi
- ◆ reinserimento sociale.

UN CONTRIBUTO

Katia

Ex utente della comunità terapeutica femminile

Questa di oggi è per me l'opportunità per portare testimonianza vera del "vero bene", del "vero amore". Valori capaci di far muovere e spostare montagne, macigni, cose umanamente comprensibili solo attraverso la Fiducia e la Speranza.

Ecco, se ripenso al mio ingresso in Comunità, la prima sensazione che ricordo è la grande inconsapevolezza e la grande paura, unite alla disperazione, a quel senso di nullità che fa sentire una persona vuota dentro, vuota nel suo più profondo essere.

Ricordo la titubanza iniziale, la diffidenza verso quel senso di calore e di accoglienza del quale sentivo un'immenso bisogno, ma che credevo impossibile ritrovare.

Bisogni profondi di comprensione, affetto, accettazione che io non ritrovavo né per me né per ciò che mi circondava... Avevo perso la "voglia di vivere". Da qui il baratro della sofferenza mi schiacciava, mi opprimeva ed io non trovavo, o non volevo trovare, la forza di reagire e di combattere per me e per chi mi voleva bene. Credevo di aver perso tutto... anche la dignità!

Non è facile rimettere e rimettersi in discussione: c'è voluto del tempo e tanta pazienza da parte mia e da parte di tutta la "proposta" comunitaria per aiutarmi a risalire quella salita della quale non vedevo mai il traguardo.

La capacità di accogliermi e di volermi di nuovo bene, in modo consapevole, è stata frutto di tanto lavoro personale fatto qui, in questa struttura, con tutti gli strumenti che essa propone nel quotidiano, semplicità, autenticità, allenamento e tanta, tanta volontà: nessuno può o deve sostituirti, ma può aiutarti a riconoscere il "senso", l'"essenza", la "priorità. Valori basilari che nel tempo ho compreso e dei quali sto facendo tutt'oggi uso e tesoro.

Ci sono stati giorni gioiosi così come giorni neri, il "cambiamento" era in atto perché l'onestà e la chiarezza sono valori che costano nella coerenza e nella continuità. Ma questa per me è stata la "palestra di vita" fondamentale per il mio presente.

Mi ha aiutato a comprendermi e a fare scelte importanti per il mio futuro, scelte graduali, anche quando la fretta e la voglia di "provarci" al di fuori mi facevano diventare insofferente e polemica.

Ecco, in questo devo darmi atto e merito di aver riposto fiducia e stima nello staff e nella mia convinzione che qualcosa stava veramente cambiando in me.

Tutto quello che ho imparato a fare in Comunità mi è servito e mi serve fuori per continuare nello "stile di vita" che sono stata in grado di scegliere e sviluppare nel quotidiano.

Ci sarebbero mille situazioni da raccontare per quantificare il "bene" che ho ricevuto qui e nel dire "bene" voglio dire "vero amore": quello che non guarda al di fuori, ma al di dentro di ogni essere umano che è poi l'essenza ed è ciò che ancora oggi (e credo sempre), mi porta a ricercare la "sostanza" nelle persone e nelle "scelte", scelte di qualità.

Anche questo valore si è radicato in me con convinzione ed è quello che mi aiuta nella ricerca continua di "stabilità". L'essere più riflessiva e cauta mi aiuta in questi frangenti, perché i ritmi e l'apparenza fuori sono pericoli costanti, a volte sommersi o velati da false lusinghe. Mantenere la mia umiltà e la mia dignità è importantissimo oggi per me. Da qui riconosco l'amore che ho oggi per la mia persona, quasi uguale a quello che ho nella Fede, perché mi riconosco come strumento positivo nelle mani del "vero amore", non senza conflitti o titubanze.

Per arrivare alla serenità oggi so che posso contare nelle capacità riscoperte o acquisite in Comunità, nel mio percorso di vita, prima, durante e dopo. Giorni limpidi che mi ripagano della sofferenza che ha caratterizzato il mio vissuto. Ho capito cosa veramente voglio, ricerco, progetto. Serenità, equilibrio, indipendenza ed autonomia per partire sempre da me nell'andare verso l'altro, non più come unico scopo ma come crescita personale: più sono ricca dentro più posso donare al di fuori e fuori d'amore ne serve tantissimo.

Molteplici sono le "dipendenze" che sono in agguato per colmare i tanti vuoti dell'anima: dare il nome giusto a queste carenze è importante tanto quanto saperne riconoscere la pericolosità con onestà ed obiettività. Anche la capacità di ammettere che io ho bisogno di te come tu di me può essere base di crescita e oggi in Cooperativa (dove lavoro) è lo strumento che porto avanti nel concreto: l'ho imparato qui in Comunità la reciprocità il più possibile incondizionata, per quanto mi è umanamente possibile.

Ho davanti ancora tanta strada, quel traguardo è sempre là, davanti ai miei occhi e nel mio cuore, ma oggi lo “zaino” è pieno, pieno di opportunità riscoperte, coltivate, conosciute e cresciute prima all’ombra, poi al fianco di queste persone splendide che sanno dare il “vero amore” con una spontaneità ed un’intensità che per me è unica e mi dà l’esempio.

Un’ultima cosa vorrei dire ed è diretta alle compagne che come me hanno fatto e stanno tutt’ora facendo “fatica”: ragazze sicuramente non è facile, ma non è impossibile ricominciare a vivere: Credeteci ed accogliete questa “proposta” come un’opportunità concreta di apertura e di nuova vita.

Vi abbraccio con affetto e stima.

ANALISI DELL'UTENZA FEMMINILE DEL SERT DI BRESCIA - I DATI -

Dott.sa Elisabetta Secchi

Responsabile del SERT di Brescia

Il contributo del Ser.T. di Brescia è diviso in due parti, una riguarda i dati , l'altra più gli aspetti clinici ed è curata dal mio collega Dott. Ghidori. L'analisi dei dati che vi presenterò non ha alcuna pretesa nè epidemiologica nè sociologica ma semplicemente intendo fare insieme a voi una breve lettura macroscopica di alcune caratteristiche dell'utenza che si è rivolta al Ser.T. di Brescia negli ultimi 5 anni, in particolare osservando, se ci sono, le differenze tra maschi e femmine.

Quando Guido Bertelli mi ha chiesto di partecipare a questa vostra iniziativa portando alcuni dati sull'utenza femminile, mi è venuto in mente che una nostra collega, l'assistente sociale Dott.ssa Orlandi, aveva fatto una tesi di laurea analizzando l'utenza afferita all'allora NOT negli anni 1984 - 1989 notando alcune differenze tra maschi e femmine. Nello studio della collega emergeva sostanzialmente che le donne rispetto ai maschi: erano più sposate, più separate, più conviventi, che per le donne si registrava un abbandono scolastico lievemente inferiore e una lieve maggiore scolarizzazione, che erano più disoccupate, più eroinomani, che usufruivano di più del trattamento metadonico e di meno della comunità, che avevano meno carcerazioni.

Mi è parso allora interessante andare a verificare se a distanza di più di 10 anni si erano verificate variazioni, considerando l'utenza presa in carico negli ultimi 5 anni 1995/1999, analizzando le stesse caratteristiche e poche altre. Devo dire che anche se me lo aspettavo sono rimasta comunque colpita nel trovare nei dati una conferma così evidente per la maggior parte delle variabili considerate, pur a distanza di tanti anni e solo in parte giustificato dalla cronicizzazione.

Scorreremo molto velocemente le tabelle e vi invito a non considerare i dati e le interpretazioni in termini assoluti rispetto al fenomeno, perché si riferiscono al campione di utenza afferente al Ser.T. di Brescia, il numero di soggetti nuovi e soprattutto delle donne nuove è molto piccolo e quindi poco significativo, infine per uno studio più approfondito sarebbe necessario incrociare i dati tra loro e con altre variabili qui non considerate. Le tabelle ci possono dare solo alcune tendenze che ci permettono di fare alcune considerazioni.

All'utenza totale presa in carico negli anni sono stati tolti i residenti fuori della Provincia di Brescia, essendo questi per la maggior parte utenti detenuti presso le strutture di Canton Mombello e Verzano, "nuovi" per il nostro servizio ma molto spesso già conosciuti da altri Ser.T.: avrebbero quindi inficiato la categoria dei cosiddetti "nuovi utenti". Pertanto il campione analizzato per ciascun anno riguarda i soggetti residenti nella Provincia di Brescia ed in particolare (la stragrande maggioranza) nel bacino d'utenza del nostro Ser.T. - ex USSL 18. Specifico infine che per nuova utenza si intendono i soggetti presi in carico per la prima volta nell'anno considerato, per utenza già conosciuta si intendono i soggetti in carico dall'anno precedente e quelli riammessi nell'anno considerato.

Utenza Considerata

Anno	F nuove	F già in carico	M nuovi	M già in carico	Totale	M Tot.	F Tot.
1995	14	122	94	427	657	521	136
1996	21	112	95	438	666	533	133
1997	20	105	69	444	638	513	125
1998	20	115	81	443	659	524	135
1999	24	117	79	441	661	520	141

L'osservazione dell'utenza complessiva considerata conferma un dato da sempre noto: la percentuale delle femmine è stabile intorno al 20 % (il rapporto tra maschi e femmine è 5:1).

STATO CIVILE

Nuova utenza

anno	celibe/nubile		coniugato/a		vedovo/a		separ/divor	
	M (%)	F (%)	M (%)	F (%)	M (%)	F (%)	M (%)	F (%)
1995	77 (82)	9 (64)	10 (11)	1 (7)	0	1 (7)	6 (6)	3 (21)
1996	78 (82)	15 (71)	8 (8)	3 (14)	0	1 (5)	8 (8)	1 (5)
1997	50 (72)	14 (70)	13 (19)	3 (15)	0	1 (5)	6 (9)	2 (10)
1998	56 (69)	10 (50)	12 (15)	5 (25)	2 (2)	2 (10)	8 (10)	3 (15)
1999	50 (63)	17 (71)	17 (22)	2 (8)	2 (3)	0	9 (11)	4 (17)

Utenza già conosciuta

anno	celibe/nubile		coniugato/a		vedovo/a		separ/divor	
	M (%)	F (%)	M (%)	F (%)	M (%)	F (%)	M (%)	F (%)
1995	329 (77)	72 (59)	55 (13)	26 (21)	0	5 (4)	41 (10)	19 (16)
1996	326 (74)	64 (57)	60 (14)	23 (21)	1 (0)	7 (6)	51 (12)	18 (16)
1997	338 (76)	54 (51)	57 (13)	25 (24)	2 (0)	5 (5)	47 (11)	19 (18)
1998	331 (75)	61 (53)	55 (12)	29 (25)	2 (0)	7 (6)	49 (11)	16 (14)
1999	325 (74)	64 (55)	53 (12)	25 (21)	7 (2)	10 (9)	51 (12)	18 (15)

Una certa tendenza si intravede anche nell'utenza nuova (anche se, rispetto al passato, in questa tipologia può influire il tipo di sostanza d'abuso, ossia la maggiore presenza di soggetti dipendenti da cocaina) ma in particolare in quella già conosciuta emerge che le donne si sposano e si separano di più.

Riverificando con il mio collega Dott. Martinelli, più aggiornato in campo statistico-epidemiologico, posso affermare che rispetto alla popolazione generale più o meno delle stesse fasce di età i tossicodipendenti si sposano meno e quando lo fanno si separano di più, oltre al fatto che quando si sposano tendono molto di più a restare con la famiglia d'origine di uno dei coniugi.

SCOLARITA'

Nuova utenza

anno	elementare		media inferiore		corso professionale		media superiore		laurea	
	M (%)	F (%)	M (%)	F (%)	M (%)	F (%)	M (%)	F (%)	M (%)	F (%)
1995	14 (15)	2 (14)	58 (62)	8 (57)	8 (8)	2 (14)	11 (12)	2 (14)	0	0
1996	12 (13)	4 (19)	64 (67)	11 (52)	7 (7)	1 (5)	11 (12)	3 (14)	0	0
1997	5 (7)	2 (10)	54 (78)	14 (70)	1 (1)	2 (10)	4 (6)	1 (5)	2 (3)	1 (5)
1998	7 (9)	1 (5)	48 (59)	15 (75)	9 (11)	1 (5)	6 (7)	2 (10)	3 (4)	0
1999	7 (9)	1 (4)	58 (73)	15 (63)	1 (1)	1 (4)	9 (11)	6 (25)	1 (1)	0

Utenza già conosciuta

anno	elementare		media inferiore		corso professionale		media superiore		laurea	
	M (%)	F (%)	M (%)	F (%)	M (%)	F (%)	M (%)	F (%)	M (%)	F (%)
1995	69 (16)	10 (8)	282(66)	81 (66)	35 (8)	11 (9)	35 (8)	17 (14)	2 (0)0	0
1996	68 (16)	13 (12)	289(66)	73 (65)	38 (9)	9 (8)	37 (8)	16 (14)	1 (0)	0
1997	66 (15)	14 (13)	300(68)	68 (65)	36 (8)	8 (8)	34 (8)	12 (11)	1 (0)	0
1998	64 (14)	15 (13)	300(68)	78 (68)	32 (7)	7 (6)	30 (7)	13 (11)	3 (1)	0
1999	63 (14)	14 (12)	314(71)	84 (72)	28 (6)	7 (6)	29 (7)	11 (9)	3 (1)	0

Qui il dato eclatante è che, ancora, la scolarità è significativamente inferiore rispetto alla popolazione generale, in particolare, come sappiamo, l'abbandono scolastico rappresenta uno degli indicatori di disagi/difficoltà preesistenti all'esperienza tossicomane. Per quanto riguarda le donne: abbandonano poco meno la scuola dell'obbligo e un po' di più conseguono il diploma di scuola superiore. Tranne una donna nel 1997, non ci sono laureate. In generale i laureati sono quasi assenti, ma ciò non vuol dire che sia una categoria immune dalle problematiche tossicomane, probabilmente più difficilmente si rivolgono al nostro servizio.

OCCUPAZIONE

Nuova utenza

anno	occupato/a		disoccupato/a		casalinga		studente	
	M (%)	F (%)	M (%)	F (%)		F (%)	M (%)	F (%)
1995	48 (51)	7 (50)	45 (48)	7 (50)		0	0	0
1996	63 (66)	11 (52)	25 (26)	7 (33)		0	2 (2)	1 (5)
1997	40 (58)	9 (45)	27 (39)	8 (40)		1 (5)	1 (1)	2 (10)
1998	47 (58)	7 (35)	29 (36)	7 (35)		2 (10)	0	3 (15)
1999	51 (65)	10 (42)	23 (29)	8 (33)		0	1 (1)	4 (17)

Utenza già conosciuta

	occupato/a		disoccupato/a		casalinga		studente	
	M (%)	F (%)	M (%)	F (%)		F (%)	M (%)	F (%)
1995	192 (45)	30 (25)	228 (53)	77 (63)		11 (9)	2 (0)	2 (2)
1996	207 (47)	36 (32)	228 (52)	66 (59)		10 (9)	0	0
1997	223 (50)	36 (34)	217 (49)	60 (57)		7 (7)	0	0
1998	215 (49)	36 (31)	214 (48)	68 (59)		8 (7)	1 (0)	1 (1)
1999	219 (50)	50 (43)	206 (47)	55 (47)		7 (6)	0	1(1)

Le donne sono meno occupate, ma anche qui l'aspetto eclatante, seppure in continua diminuzione, è in generale il dato della disoccupazione, soprattutto in riferimento alla nostra provincia

GENITORI

Nuova utenza

	viventie conviventi		padre deceduto		madre deceduta		padre sconosciuto		madre sconosciuta		entrambi deceduti		separati o divorziati	
	M (%)	F (%)	M (%)	F (%)	M (%)	F (%)	M (%)	F (%)	M (%)	F (%)	M (%)	F (%)	M (%)	F (%)
1995	44 (47)	9 (64)	23 (24)	1 (7)	3 (3)	0	1 (1)	0	0	0	10 (11)	0	10 (11)	4 (29)
1996	60 (63)	4 (19)	16 (17)	5 (24)	2 (2)	2 (10)	2 (2)	1 (5)	0	0	4 (4)	2 (10)	9 (9)	5 (24)
1997	32 (46)	11 (55)	19 (28)	2 (10)	3 (4)	0	1 (1)	0	0	0	1 (1)	2 (10)	6 (9)	5 (25)
1998	30 (37)	7 (35)	21 (26)	3 (15)	3 (4)	0	0	0	0	0	5 (6)	3 (15)	16 (20)	4 (20)
1999	43 (54)	11 (46)	15 (19)	6 (25)	2 (3)	1 (4)	0	0	0	0	7 (9)	1 (4)	10 (13)	4 (17)

Utenza già conosciuta

	viventie conviventi		padre deceduto		madre deceduta		padre sconosciuto		madre sconosciuta		entrambi deceduti		separati o divorziati	
	M (%)	F (%)	M (%)	F (%)	M (%)	F (%)	M (%)	F (%)	M (%)	F (%)	M (%)	F (%)	M (%)	F (%)
1995	237 (56)	50 (41)	110 (26)	33 (27)	14 (3)	5 (4)	9 (2)	3 (2)	0	1 (0)	16 (4)	6 (5)	38 (9)	24 (20)
1996	220 (50)	47 (42)	121 (28)	31 (28)	17 (4)	3 (3)	8 (2)	3 (3)	0	0	18 (4)	4 (4)	51 (12)	23 (21)
1997	226 (51)	39 (37)	124 (28)	28 (27)	15 (3)	6 (6)	7 (2)	2 (2)	0	1 (1)	18 (4)	4 (4)	49 (11)	24 (23)
1998	217 (49)	43 (37)	127 (29)	30 (26)	17 (4)	6 (5)	6 (1)	1 (1)	0	1 (1)	19 (4)	7 (6)	47 (11)	25 (22)
1999	215 (49)	43 (37)	112 (25)	30 (26)	17 (4)	8 (7)	6 (1)	1 (1)	0	0	25 (6)	10 (9)	58 (13)	23 (20)

Queste tabelle evidenziano in modo molto significativo un'altra caratteristica generale della tossicodipendenza, ossia l'elevato numero di persone che per decesso o separazione o altro hanno un solo genitore.

La media delle percentuali negli anni mostra che nella nuova utenza il 49% dei maschi ed il 44% delle femmine, in quella già conosciuta il 51% dei maschi ed il 39% delle femmine, ha genitori viventi e conviventi, tutti gli altri hanno almeno un genitore mancante.

E notiamo ancora che in particolare sono senza padre. Infatti considerando i decessi, quelli sconosciuti e che, con la separazione dei genitori, i figli convivono il più delle volte con la madre, o vengono allevati dai nonni, si evidenzia comunque che per circa il 40% dei nostri pazienti il padre è assente sia nella nuova utenza che in quella conosciuta.

Non sappiamo poi, qui, quanti genitori viventi e conviventi hanno o hanno avuto a loro volta storie e vicissitudini di disagio più o meno importante nel rapporto di coppia e/o nel ruolo genitoriale. Per quanto riguarda le donne si nota che hanno i genitori meno conviventi, più deceduti, per lo meno nell'utenza già conosciuta, e soprattutto più separati dei maschi.

CONVIVENZA

Nuova utenza

anno	solisole		con partner/coniuge		con figli		soggetti con figli	
	M (%)	F (%)	M (%)	F (%)	M (%)	F (%)	M (%)	F (%)
1995	19 (20)	1 (7)	13 (14)	6 (43)	5 (5)	0	m.d.	m.d.
1996	11 (12)	4 (19)	16 (17)	6 (29)	5 (5)	2 (10)	m.d.	m.d.

anno	soli/sole		con partner/coniuge		con figli		soggetti con figli	
	M (%)	F (%)	M (%)	F (%)	M (%)	F (%)	M (%)	F (%)
1997	12 (17)	4 (20)	23 (33)	5 (25)	10 (14)	2 (10)	17 (25)	6 (30)
1998	16 (20)	1 (5)	17 (21)	13 (65)	6 (7)	7 (35)	14 (17)	10 (50)
1999	30 (40)	8 (33)	18 (23)	9 (38)	7 (9)	4 (17)	20 (25)	8 (33)

Utenza già conosciuta

anno	soli/sole		con partner/coniuge		con figli		soggetti con figli	
	M (%)	F (%)	M (%)	F (%)	M (%)	F (%)	M (%)	F (%)
1995	72 (17)	17 (14)	77 (18)	44 (36)	26 (6)	29 (24)	m.d.	m.d.
1996	83 (19)	17 (15)	76 (17)	40 (36)	29 (7)	22 (20)	m.d.	m.d.
1997	75 (17)	19 (18)	69 (16)	43 (41)	30 (7)	22 (21)	72 (16)	40 (38)
1998	88 (20)	22 (19)	83 (19)	47 (41)	33 (7)	24 (21)	79 (18)	48 (42)
1999	152 (34)	34 (19)	91 (21)	42 (36)	31 (7)	25 (21)	95 (22)	55 (47)

Nella nuova utenza vediamo tendenze che vengono confermate con decisione in quella già conosciuta, ossia che le donne vivono meno da sole, molto di più con il partner, di più con i figli e che più donne hanno figli (o comunque che le donne con figli tendono a rivolgersi di più al servizio).

SOSTANZA D'ABUSO PRIMARIA

Nuova utenza

anno	eroina		cocaina		cannabis	
	M (%)	F (%)	M (%)	F (%)	M (%)	F (%)
1995	71 (76)	12 (86)	14 (15)	2 (14)	7 (7)	0
1996	57 (60)	18 (86)	23 (24)	1 (5)	14 (15)	1 (5)
1997	44 (64)	13 (65)	19 (28)	7 (35)	4 (6)	0
1998	43 (53)	12 (60)	32 (40)	7 (35)	4 (5)	0
1999	38 (48)	13 (54)	35 (44)	10 (42)	6 (8)	1 (4)

Per quanto riguarda altre sostanze: 1995 un M ecstasy; 1996 un M allucinogeni; 1997 un M amfetamine e uno ecstasy; 1998 un M allucinogeni e uno benzodiazepine.

Utenza già conosciuta

anno	eroina		cocaina		cannabis	
	M (%)	F (%)	M (%)	F (%)	M (%)	F (%)
1995	405 (95)	120 (98)	15 (4)	1 (1)	5 (1)	0
1996	408 (93)	109 (97)	22 (5)	3 (3)	4 (1)	0
1997	407 (92)	101 (96)	30 (7)	4 (4)	6 (1)	0
1998	402 (91)	110 (96)	35 (8)	5 (4)	5 (1)	0
1999	390 (88)	111 (95)	48 (11)	6 (5)	3 (1)	0

Per quanto riguarda altre sostanze: 1995 un M amfetamine e uno ecstasy, una F alcool; 1996 un M amfetamine e uno ecstasy; 1997 un M ecstasy; 1998 un M amfetamine.

Le donne che accedono al servizio sono più eroinomani. Ma in generale il dato molto significativo è il progressivo e continuo calo dei soggetti dipendenti da eroina (nell'utenza già conosciuta comunque ancora con % molto elevate) a fronte dell'incremento dei cocainomani così evidente nella nuova utenza, comprese le donne.

Il confronto, negli anni, tra le percentuali di cocainomani della nuova utenza e quelle dell'utenza già conosciuta evidenzia quanto sia più difficile l'aggancio terapeutico con questi soggetti, e forse ancora di più con le donne cocainomani.

SOSTANZA D'ABUSO SECONDARIA

Sotto ogni anno è riportata la percentuale di M e di F con abuso secondario
Nuova utenza

anno	cocaina		cannabis		eroina		alcool		benzodiazepine	
	M (%)	F (%)	M (%)	F (%)	M (%)	F (%)	M (%)	F (%)	M (%)	F (%)
1995 M(61)F(57)	25 (44)	0	28 (49)	7 (88)	0	1 (12)	2 (4)	0	1 (2)	0
1996 M(48)F(52)	21 (46)	4 (36)	16 (17)	5 (45)	3 (7)	0	0	0	3 (7)	1 (9)
1997 M(42)F(45)	11 (38)	3 (33)	11 (38)	2 (22)	0	1 (11)	2 (7)	1 (11)	2 (7)	1 (11)
1998 M(52)F(50)	13 (31)	3 (30)	14 (33)	4 (20)	1 (2)	2 (20)	5 (12)	1 (10)	1 (2)	0
1999 M(56)F(67)	17 (39)	9 (56)	15 (34)	3 (19)	2 (5)	2 (13)	7 (16)	0	1 (6)	1 (2)

Per quanto riguarda altre sostanze: 1996 due M e una F ecstasy; 1997 un M allucinogeni, due M e una F crack; 1998 un M allucinogeni e due ecstasy; 1999 un M amfetamine, una F allucinogeni e una ecstasy.

Utenza già conosciuta

anno	cocaina		cannabis		benzodiazepine		alcool		eroina	
	M (%)	F (%)	M (%)	F (%)	M (%)	F (%)	M (%)	F (%)	M (%)	F (%)
1995 M(63)F(53)	102(38)	26 (40)	99 (37)	18 (28)	37 (14)	12 (18)	23 (9)	7 (11)	5 (2)	0
1996 M(63)F(55)	108(39)	24 (39)	100(36)	20 (32)	30 (11)	10 (16)	26 (9)	6 (10)	9 (3)	1 (2)
1997 M(53)F(58)	103(44)	28 (46)	93 (39)	17 (28)	7 (3)	9 (15)	20 (8)	5 (8)	6 (3)	1 (2)
1998 M(57)F(59)	104(41)	31 (46)	78 (31)	17 (25)	32 (13)	11 (16)	22 (9)	6 (9)	7 (3)	2 (3)
1999 M(56)F(58)	113(50)	36 (53)	69 (28)	15 (22)	28 (11)	8 (12)	20 (8)	6 (9)	7 (3)	1 (1)

Per quanto riguarda altre sostanze: 1995 un M e una F amfetamine, due M e una F allucinogeni; 1996 due M e una F amfetamine, due M allucinogeni; 1997 due M e una F amfetamine, due M allucinogeni, due M ecstasy; 1998 due M e una F amfetamine, due M allucinogeni, un M crack; 1999 due M e una F amfetamine, un M allucinogeni, due M ecstasy.

Più del 50% dell'utenza sia nuova che già conosciuta assume almeno un'altra sostanza ed è quindi politossicodipendente. La cocaina è sempre stata la prima sostanza d'abuso secondaria ma anche qui, in particolare nell'utenza già conosciuta, si nota l'incremento negli anni. Le donne fanno un po' più uso di benzodiazepine e meno di cannabis, l'atteggiamento verso l'alcool sembra simile.

INSERIMENTI IN COMUNITA' TERAPEUTICHE

anno	nuova utenza		utenza già conosciuta	
	M(%)	F(%)	M(%)	F(%)
1995	18 (19)	4 (29)	157 (37)	44 (36)
1996	10 (11)	2 (10)	162 (37)	37 (33)
1997	8 (12)	2 (10)	154 (35)	31 (30)
1998	5 (6)	2 (10)	138 (31)	32 (28)
1999	4 (5)	4 (17)	135 (30)	24 (21)

Si evidenzia il noto calo negli anni degli inserimenti in comunità terapeutiche. Le donne ne usufruiscono di meno, anche se nella nuova utenza il dato non è così chiaro.

SOGGETTI IN TRATTAMENTO SOSTITUTIVO CON METADONE

anno	nuova utenza		utenza già conosciuta	
	M (%)	F(%)	M(%)	F(%)
1995	14 (15)	7 (50)	140 (33)	69 (57)
1996	18 (19)	6 (29)	165 (38)	58 (52)
1997	19 (28)	5 (25)	182 (41)	55 (52)
1998	14 (17)	5 (25)	209 (47)	65 (57)
1999	18 (23)	8 (33)	238 (54)	76 (65)

Le donne usufruiscono di più del trattamento con metadone sia nella nuova utenza sia in quella già conosciuta. Occorre ricordare che l'utenza inserita in comunità e quella con trattamento metadonico spesso si sovrappone poichè nello stesso anno alcuni soggetti hanno usufruito di un trattamento con metadone e una volta terminato sono entrati in comunità, oppure, ormai da qualche anno, sono entrati in comunità con la terapia farmacologica in corso. Ho il dato degli ultimi due anni: nel 1998 più del 30% (57 su 177) e più del 40% (73 su 167) nel 1999 sono entrati in comunità con il trattamento metadonico.

CARCERAZIONI

anno	nuova utenza		utenza già conosciuta	
	M (%)	F (%)	M (%)	F (%)
1995	11 (12)	0	73 (17)	16 (13)
1996	7 (7)	0	76 (17)	16 (14)
1997	8 (12)	2 (10)	51 (11)	5 (5)
1998	5 (6)	1 (5)	49 (11)	7 (6)
1999	12 (15)	1 (4)	56 (13)	6 (5)

Si evidenzia un calo delle carcerazioni negli anni: Le donne ci vanno di meno.

PERCENTUALE SOGGETTI SIEROPositivi INFEZIONE DA HIV
(percentuale sul numero di soggetti che ha eseguito il test)

anno	nuova utenza		utenza già conosciuta	
	M %	F %	M %	F %
1995	16	25	40	48
1996	10	29	40	46
1997	15	6	35	46
1998	4	25	34	43
1999	13	21	33	38

Confortante il calo negli anni dei soggetti sieropositivi in generale, ma in modo significativo, sia nella nuova utenza che in quella già conosciuta, si evidenziano le più alte percentuali delle donne (per alcuni noti fattori quali più prostituzione, più eroinomani, più rischio di contrarre infezioni attraverso i rapporti sessuali).

SOGGETTI DECEDUTI

anno	nuova utenza		utenza già conosciuta	
	M (%)	F (%)	M (%)	F (%)
1995	0	0	13 (3)	3 (2)
1996	0	0	17 (4)	5 (4)
1997	0	0	7 (2)	2 (2)
1998	0	0	5 (1)	3 (3)
1999	0	0	10 (2)	2 (2)

Non si notano significative differenze tra maschi e femmine. Nella popolazione immatricolata al Ser.T. dall'1.1.1995 al giugno 2000, costituita da 733 soggetti, risultano decedute 13 (1,7%) persone (l'immatricolazione si effettua quando un soggetto si presenta, o viene segnalato dalle forze dell'ordine, per la prima volta al servizio) di cui 8 maschi (1,3%) e 5 femmine (3,3%).

Riepilogando, da questo campione di utenza presa in carico dal Ser.T. di Brescia nel quinquennio 95/99, come in gran parte nello studio di circa 10 anni prima, possiamo dire che rispetto ai maschi le femmine sono ancora più sposate, più separate, più conviventi, più donne hanno figli, abbandonano un po' meno la scuola dell'obbligo e sono un po' più scolarizzate, sono un po' più disoccupate, sono più eroinomani (ma sembra che anche loro manifestino una significativa tendenza a virare verso la cocaina), fruiscono meno della comunità e più del trattamento con metadone, vanno meno in carcere, sono più sieropositive all'infezione da HIV; infine probabilmente hanno o hanno avuto la famiglia d'origine con situazioni critiche, potenzialmente traumatiche, più dei maschi.

Per concludere credo di poter dire che, anche se a grandi linee, abbiamo ricordato e sfiorato alcune caratteristiche, alcuni nodi critici peculiari della problematica in generale della tossicodipendenza. Tali caratteristiche riguardano aspetti sociali, familiari, psicologici e sanitari, ce ne sono molti altre, ma anche solo queste bastano a ribadire a noi tutti la complessità dei nostri pazienti. Ognuno di loro porta spesso compresenti vari nodi critici e magari più eclatanti alcuni piuttosto che altri e la complessità appare, anche solo rispetto alle variabili considerate oggi, ancora , come dire, più intensa per le donne tossicodipendenti. Anche l'approccio alla paziente tossicodipendente è probabilmente ancora più complicato, in particolare per gli aspetti legati alla sua specificità in quanto donna, in quanto donna nella cultura/società generale e in quella del gruppo dei tossicodipendenti; penso alla prostituzione, alla sessualità, alla gravidanza o alla frequente esperienza dell'interruzione della gravidanza, al rapporto con la propria madre o ai figli....

Come operatore-medico mi sembra di avere e di aver avuto un approccio clinico ed emotivo simile con pazienti maschi e femmine, d'altra parte le difficoltà, la malattia, la sofferenza non hanno differenze di sesso o razza, e quindi credo in entrambi i casi, oltre all' aver svolto il meglio possibile la mia professione, di aver sentito e spero rimandato vicinanza nei momenti di dolore, ma anche in quelli evolutivi di crescita, in egual misura sia che il paziente fosse uomo sia che fosse donna.

Ma debbo dire che con le donne, forse anche in quanto donna, mi sono ritrovata a vivere alcune emozioni in modo più forte, eclatante. E quando facevo queste considerazioni pensavo a certe relazioni con il partner spesso così connotate da simbiosi e forte dipendenza; alla sessualità ed alla prostituzione a volte con episodi drammatici e violenti; alle gravidanze volute o non volute entrambe spesso connotate da sentimenti forti e contrastanti quasi sempre compresenti: grande vitalità, desiderio di riscatto, di investimento, o sensazione di impotenza, di subire un evento "più

grande" di loro, capitato come tanti altri, non sentendosi in grado di affrontarlo, o ancora gravidanze vissute riponendo nel figlio aspettative magiche di cambiamento e di risoluzione di tutti i problemi; pensavo ancora al rapporto così complicato di molte nostre pazienti con i loro figli, ma pensavo anche a volte alla grande capacità di affrontare, metabolizzare, elaborare e superare i momenti più difficili.

Credo che tutti questi sentimenti o eventi non siano estranei a tante altre donne che hanno avuto o hanno storie di vita difficili, ma con le nostre pazienti non di rado possiamo trovarci di fronte contemporaneamente a tutti questi aspetti, oltre ovviamente alla dipendenza da una o più sostanze e magari alla presenza di una sieropositività all'infezione da HIV o di altre patologie correlate.

ANALISI DELL'UTENZA FEMMINILE DEL SERT DI BRESCIA – GLI ASPETTI CLINICI –

Dott. Luigi Ghidori

Psicologo del SERT di Brescia

Il mio intervento sarà d'integrazione e complemento a quanto già esposto dalla Dr.ssa Secchi. Farò riferimento in particolare ad alcuni dati fenomenologici rilevatori di differenze nel modo di esprimersi della tossicodipendenza femminile piuttosto che maschile ritagliandomi inoltre un breve spazio per parlarvi, sulla base della mia esperienza clinica, di un caso a mio avviso emblematico del modo di rivelarsi della tossicodipendenza femminile.

Nel fare questo mi farò guidare da due concetti che, secondo me, sono la chiave di lettura per interpretare il fenomeno, vale a dire il concetto di complessità e di affettività. Affettività intesa nella sua accezione sia clinica, di stato d'animo, di umore, sia nella sua concezione più comune di emozioni e sentimenti.

Venendo velocemente ai lavori a cui facevo riferimento questi sono articoli di autori italiani (Scarsi e Logorio per un verso e Pancheri nell'altro caso) i quali, richiamandosi agli studi di due autori anglosassoni Kaplan e Sadock sulla correlazione tra l'uso di sostanze e disturbi psicopatologici, hanno cercato di cogliere le differenze comportamentali e sintomatologiche tra maschi e femmine.

Il primo dato che queste ricerche evidenziano è il ricorso da parte dei maschi all'uso di sostanze che favoriscono l'impulsività e l'aggressività, ovvero a sostanze che inducono comportamenti antisociali associati, vale a dire le sostanze note come eroina, cocaina, anfetamine ecstasy. Invece per quanto riguarda le donne si rileva come queste si affidano più frequentemente all'uso di sostanze che tendono a ridurre l'impulsività e l'aggressività, in particolare gli psicofarmaci (benzodiazepine, ipnotici, ansiolitici, ecc.).

In sintesi i maschi tendono a ricorrere all'uso di sostanze illegali mentre le donne si rivolgono più frequentemente a quelle legali.

Questi autori dicono che tale comportamento è dovuto al fatto che le donne sono più inclini ad agire sulla componente affettiva, della sofferenza emotiva, e quindi a fare delle scelte più conservative più protettive rispetto ai maschi.

Per quanto riguarda i disturbi psicopatologici si è visto da questi lavori come ancora una volta entri in gioco prepotentemente la sfera affettiva nel distinguere il modo in cui si manifesta il disagio nei due sessi.

In particolare se i disturbi psicotici pare abbiano un'incidenza simile tra maschi e femmine, diverso è il discorso per quanto riguarda i disturbi affettivi e i disturbi di coscienza, (per disturbi di coscienza mi riferisco in particolare ai sintomi di conversione come l'isteria). In questo caso i nostri autori affermano che questi disturbi hanno un'incidenza molto maggiore nelle donne che non negli uomini e lo stesso vale per i disturbi d'ansia, decisamente più frequenti nelle donne.

Quanto riferito sottolinea come, a proposito delle manifestazioni psicopatologiche, queste siano più frequenti nelle donne quale portato della dimensione affettiva del disagio nell'universo femminile.

Apro una breve parentesi per quanto riguarda il suicidio, un agire così estremo che tanti riferimenti e analogie ha con la tossicodipendenza. In questo caso, si è visto come vi sia maggiore incidenza del comportamento suicidario nell'uomo rispetto alla donna; un'incidenza doppia riportano le ricerche ed i lavori a cui facevo riferimento.

Un dato contrastante con la maggior propensione da parte delle donne ad ammalarsi di disturbi affettivi, in particolare la depressione. Dato contrastante se si considera che il suicidio spesso è la conseguenza ultima di un grave disagio, una grave sofferenza depressiva. Per cercare di capire questa dissonanza vanno considerati fattori che distinguono l'agire femminile da quello maschile.

Richiamandomi ancora ai nostri autori, essi, sostengono che la donna è più propensa a ricorrere al pensiero inclusivo, tende maggiormente a rendere partecipi gli altri, a coinvolgerle persone che le sono vicino; essa è più attenta alle relazioni affettive, ha meno timori a ricorrere ad aiuti esterni a differenza del maschio che è più incline all'azione impulsiva, a decidere da solo, ad agire piuttosto che pensare. Pare che sia proprio questa variabile, questa aggressività, impulsività maschile, oltre che la disposizione a muoversi da solo, a determinare la doppia incidenza del suicidio nell'uomo rispetto alla donna.

A proposito di inclusività femminile, un dato senz'altro indicativo è quello relativo alla presenza dei figli. Si è notato infatti che vi è una relazione inversamente proporzionale fra presenza di figli e comportamento suicidario: più è alto il numero dei figli, minori sono i suicidi. Pare che il rapporto di attaccamento e di protezione che si instaura tra la madre ed i figli costituisca un deterrente verso il comportamento suicidario.

Sono stati poi condotti degli studi estensivi sull'incidenza differenziale di tratti di personalità e disturbi psicopatologici, in particolare ricerche condotte con l'ausilio del MMPI2, un questionario che permette di tracciare delle linee interpretative della personalità. Per quanto riguarda questi studi si è rilevato come nella popolazione generale le scale di base che hanno una maggiore elevazione nelle donne sono le scale dell'ipocondria, dell'isteria, della depressione, della paranoia, mentre per quanto riguarda le scale di contenuto sono quelle dell'affettività che hanno una maggiore elevazione nelle donne piuttosto che negli uomini.

Riguardo ciò posso fare una piccola comparazione con i dati che abbiamo rilevato al SERT poiché da qualche tempo utilizziamo questo questionario in modo sistematico per i nuovi utenti che arrivano al Servizio. Si evidenzia una sovrapposizione fra questi dati anche per quanto riguarda le donne tossicodipendenti che afferiscono al SERT di Brescia dove ritroviamo una maggior elevazione delle scale dell'ipocondria, dell'isteria, della depressione, della paranoia, con un solo dato in controtendenza, seppur poco significativo, vale a dire la scala della deviazione psicopatica. Non so quale sia la ragione di questo dato, posso solo dire che il campione esaminato è relativo ad un numero ristretto di soggetti, pertanto non permette di tirare delle conclusioni.

L'altro dato da ricordare è che questa scala vede un'elevazione decisamente superiore alla norma in tutti i soggetti tossicodipendenti, riscontro costante da quando utilizziamo questo test.

Nel complesso questi elementi indicano che nelle donne vi è una propensione più marcata all'espressione dell'affettività e una maggiore preoccupazione somatica (vedi le scale dell'isteria e dell'ipocondria) come emerso in precedenza.

Numerose riflessioni hanno riguardato l'eventuale specificità fenomenologica nella tossicodipendenza femminile e nel modo di esprimersi di questa, in particolare da parte di alcuni autori che si occupano di terapia familiare i quali hanno condotto degli studi concludendo che nelle storie di vita delle donne tossicodipendenti sono spesso presenti eventi traumatici, relazioni trascuranti, abusanti, modelli di attaccamento insicuri, frammentati con conseguenti disturbi interpretativi del proprio mondo interno e di organizzazione del Sé.

Non so quanto questi modelli di attaccamento disturbato siano specifici delle donne tossicodipendenti, poiché molti riscontri obiettivi hanno rilevato ampiamente che fattori quali: perdita prematura di un genitore, aduttizzazione intempestiva, modelli relazionali invischianti o ambivalenti sono significativamente presenti nello sviluppo del sintomo di abuso e di dipendenza da sostanze stupefacenti in entrambi i sessi.

Quello che invece si può sottolineare è che in queste situazioni le donne seguono percorsi tipicamente femminili nel tentativo di mettere ordine in questa incerta organizzazione del Sé.

Questi percorsi tipici sono:

- La frequenza di casi in cui l'incontro con la droga avviene attraverso il partner, mediato dal rapporto affettivo (cioè avviene raramente nel maschio);
- L'instaurarsi di tali legami con compagni tossicodipendenti, o comunque soggetti con comportamenti devianti, non sono casuali, e fanno in modo che la dipendenza da sostanze si accompagni frequentemente ad una dipendenza affettiva spesso umiliante, squalificante, dove la conflittualità esasperata si traduce in violenza, in prepotenza;
- La motivazione iniziale, a detta di queste donne, è supportata da una sorta di missione salvifica ("lo faccio per lui, per salvarlo"), e solo col trascorrere del tempo si connota come risposta al bisogno personale di essere accettata, amata, o per timore dell'abbandono, della solitudine.

Voglio riportare un caso, a mio avviso emblematico, del modo di raccontare, da parte delle donne, la propria tossicodipendenza. E' la storia di Anna (nome di fantasia), di cui seguo le vicende da alcuni mesi. Proviene da una famiglia della ricca borghesia torinese. La sua infanzia è stata caratterizzata dalla presenza di una madre violenta che sfogava tutte le sue frustrazioni nei confronti dei due figli, in particolare della minore, cioè di Anna, la quale, arrivata nella primissima adolescenza decide di allearsi con la madre, nell'ambito del conflitto tra i genitori, ritenendola il soggetto più debole. In cambio di questa alleanza la madre cessa le violenze ma nel giro di pochi mesi se ne va con un altro uomo. Anna riporta questa esperienza come un abbandono incomprensibile, non ancora elaborato, un tradimento di cui ancora non sa darsi ragione. Nel tentativo di riparare a questa partenza cerca di riavvicinarsi al padre, sentendosi in colpa per l'alleanza con la figura materna, con l'intenzione di prenderne il posto. E' un tentativo disperato. Anna conoscerà presto l'angoscia della perdita, la conseguente reazione depressiva e all'età di 15 anni, dopo una breve esperienza con le droghe leggere, inizierà ad usare eroina tramite il partner tossicodipendente. Negli anni a seguire di compagni Anna ne cambierà quattro e le relazioni si concluderanno sempre con percosse e maltrattamenti. Ancora oggi la storia della tossicodipendenza di Anna non si è conclusa. Dopo un percorso di comunità aveva trovato lavoro come

ausiliaria in una comunità per soggetti psicotici, occupazione che ha perso dopo aver ripreso l'uso di sostanze. Non ha ancora terminato di sperimentare e vivere la violenza come espiazione di colpa, di ripercorrere le tappe infantili e adolescenziali di abbandono nel tentativo di governarle.

Questo caso, a mio avviso, è esemplificativo di come frequentemente le donne, per una serie di ragioni psicologiche, culturali, seguono questo percorso abbastanza caratterizzante nel descrivere la propria tossicodipendenza. E' un percorso che le vede spesso assumere questi ruoli salvifici, con vissuti di onnipotenza, evidentemente nel bisogno di appagare sentimenti di scarsa autostima. Questi comportamenti trovano spiegazione nella biografia delle tante tossicodipendenti e nella loro condizione antropologica e psicologica che le vede abitualmente assumersi la colpa di tutte le relazioni interpersonali, il biasimo di ciò che accade, il bisogno di salvare gli altri.

Per concludere, e riportarmi al tema dell'incontro, direi che l'esempio narrato è un modo abbastanza ricorrente di esprimere da parte delle donne la propria tossicodipendenza. Un modo tormentato e complesso, che ha bisogno di essere avvicinato, e interpretato, con il codice linguistico degli affetti per trovare un senso.

Riferimenti bibliografici

- ◆ AAVV -Attaccamento e sistemi regolativi nelle tossicodipendenze, Masson, Milano.
- ◆ Crittenden,P.M. -Attaccamento in età adulta, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- ◆ Venturelli -Tossicodipendenza: quale passato,in Famiglia.Continuità, affetti, trasformazioni, Franco Angeli, Milano.
- ◆ Cirillo, Berrini, Cambiaso, Mazza,-La famiglia del tossicodipendente, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- ◆ Marzocchi,-"Vulnerabilità dell'adolescente e tossicofilia", Giornale di neuropsichiatria dell'età evolutiva,5.

LE DIPENDENZE DEL NUOVO MILLENNIO: I DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE

Dott. Mario Lombardi

**Centro per i Disturbi del Comportamento Alimentare
(Responsabile: prof. Fausto Manara)
Azienda ASL 18 Brescia - Università degli Studi di Brescia**

Che cosa sono i Disturbi del Comportamento Alimentare

I Disturbi del Comportamento Alimentare (che per abbreviare chiameremo DCA) sono malattie “psicosomatiche”: sono cioè malattie che interessano la mente e il corpo. Sono Anoressia Nervosa (AN), Bulimia Nervosa (BN) e DCA non altrimenti specificati (DCA nas o Atipici o Parziali). AN e BN condividono molti caratteri ed è frequente che la stessa persona passi, in momenti diversi della vita, dall’uno all’altro disturbo. Molte anoressie evolvono in senso bulimico (più della metà) e la maggior parte dei casi di BN ha sofferto in precedenza di un disturbo anoressico, conclamato, o, più spesso parziale, breve, passato inosservato. Le diete drastiche, soprattutto se ripetute più volte, producono due conseguenze: alterano il metabolismo con tendenza ad ingrassare più facilmente; inducono DCA, in particolare in senso bulimico poiché la restrizione favorisce la perdita di controllo.

Tre caratteristiche sono indispensabili per porre diagnosi di AN: l’intensa paura di ingrassare, la forte perdita di peso e l’amennorea (l’assenza di almeno tre cicli mestruali consecutivi: si considera comunque amenorrea la persona i cui cicli mestruali avvengono solo dopo somministrazione di ormoni). Le persone con questo disturbo dicono che “si sentono grasse”, o che qualche parte del loro corpo è “grassa”, quando sono in realtà sottopeso o addirittura emaciate: sono preoccupate delle loro misure corporee, e di solito insoddisfatte di qualche loro caratteristica o della loro apparenza fisica. Spesso preparano pasti elaborati per gli altri, ma tendono a limitarsi ad una stretta selezione di cibi a basso contenuto calorico: possono accumulare, nascondere, ridurre in briciole o gettare via il cibo. La maggioranza dei soggetti con questo disturbo nega fermamente o minimizza la gravità della loro malattia, e non è interessata, o si oppone, alla terapia.

Tre sintomi sono necessari per la diagnosi clinica di BN: l’intensa paura di ingrassare, le abbuffate compulsive e i comportamenti impropri di compenso (vomito, abuso di lassativi, di clisteri, di diuretici, di farmaci anoressizzanti, digiuno, esercizio fisico eccessivo). Nella BN il peso non è eccessivo, ma è, al contrario, normale o, ancora più spesso, inferiore alla norma con frequenti fluttuazioni.

Come si vede, la paura morbosa di ingrassare è il sintomo comune a questi disturbi. Spesso queste persone si rendono conto che la loro vita è dominata dai conflitti riguardanti il mangiare.

I disturbi in cui sono presenti alcuni, ma non tutti i sintomi necessari per la diagnosi di AN o BN, sono detti DCA nas: fra questi negli ultimi anni ha suscitato uno speciale interesse il Disturbo da Alimentazione Incontrollata nel quale sono presenti le abbuffate compulsive, ma non i comportamenti impropri di compenso della BN, più gravi e pericolosi. Queste persone in genere si presentano in sovrappeso.

L’abbuffata compulsiva è tale se presenta due caratteristiche: la quantità di cibo ingerita in un periodo di tempo circoscritto è chiaramente maggiore di quella che la maggior parte della gente ingerirebbe in circostanze simili; la persona prova un senso di perdita di controllo sul proprio comportamento alimentare (sente di non essere capace di smettere e di non poter decidere né cosa né quanto mangiare).

L’abbuffata compulsiva può essere presente in tutte le forme di DCA, indipendentemente dal peso: il cibo consumato spesso ha un elevato contenuto calorico e una consistenza che facilita la rapida introduzione. Il cibo viene solitamente consumato nel modo più discreto possibile, o in tutta segretezza, viene deglutito molto rapidamente, masticando poco. Una abbuffata finisce di solito a causa di fastidi addominali, sonnolenza, interruzione da parte di qualcuno o induzione di vomito: il vomito fa diminuire il dolore fisico da distensione addominale, permettendo sia di continuare a mangiare, sia di terminare l’abbuffata e spesso fa diminuire il senso di colpa e l’angoscia che segue all’abbuffata stessa. Infatti, sebbene questa possa essere piacevole, spesso è seguita da una spietata autocritica e depressione.

In conclusione, è fondamentale rendersi conto che i comportamenti di queste persone non sono frutto di un capriccio o di mancanza di volontà: sono invece i sintomi di malattie, talora gravi e che condizionano pesantemente la vita di ogni giorno. Occorre anche avere consapevolezza che le persone che ne sono affette vivono in uno stato di grande sofferenza che va rispettata.

Le conseguenze di queste malattie

Il digiuno e la perdita di peso lasciano per un certo tempo invariati i parametri biologici, finché, quando il soggetto è gravemente sottopeso, si possono manifestare amenorrea (scomparsa del ciclo mestruale), anemia e/o leucopenia (diminuzione dei globuli bianchi), disidratazione, alterazioni della funzionalità del fegato, della tiroide, del surrene, ipotermia (riduzione della temperatura del corpo), bradicardia (riduzione della frequenza del battito cardiaco con rischi di aritmie), ipotensione (riduzione della pressione arteriosa), edemi (gonfiori localizzati soprattutto alle gambe), lanugo (comparsa sul corpo di una fine peluria simile a quella dei neonati), osteoporosi (fragilità delle ossa con rischio di fratture spontanee).

I comportamenti compensatori impropri (vomito, abuso di lassativi, clisteri e diuretici) possono provocare ipopotassiemia (diminuzione del potassio nel sangue che può innescare aritmie cardiache e, per fortuna raramente, morte improvvisa), erosione dentale (per l'acidità dei succhi gastrici), ipertrofia parotidea (ingrandimento delle parotidi che sono molto esposte alle infiammazioni), lacerazioni dell'esofago e dello stomaco (fortunatamente rare), melanosis coli (lesioni intestinali da lassativi), stitichezza cronica.

A che età, chi e quanti colpiscono

I DCA rappresentano un problema grave e diffuso tra le adolescenti e le giovani donne. Nei Paesi Occidentali industrializzati, compresa l'Italia, ogni 100 ragazze in età di rischio (12-25 anni) 8-10 soffrono di qualche DCA: 1-2 nelle forme più serie e pericolose (AN, BN) le altre nelle forme più lievi, spesso transitorie, di DCA nas. I recenti dati dell'ISTAT stimano che nella popolazione italiana circa 800.000 persone ne sono affette.

L'AN è una malattia soprattutto femminile (90-95% dei casi): a differenza che in epoche passate, oggi interessa tutti gli strati sociali. L'età di esordio cade, per lo più, fra i 10 e i 30 anni: l'età media di insorgenza è 17 anni. L'AN era una malattia rarissima, ora è una malattia piuttosto frequente: l'aumento dei casi è iniziato dopo la II Guerra Mondiale ed è diventato più intenso negli anni Settanta e Ottanta. E' una malattia frequente nei Paesi Occidentali industrializzati, in Australia e Nuova Zelanda, in Sud Africa e Giappone mentre è praticamente assente nei Paesi poveri dell'Africa, dell'Asia e dell'America Latina. Si può ritenere una sindrome legata, tra l'altro, ai valori e ai conflitti della cultura Occidentale, in particolare riguardo al ruolo femminile.

La BN è una malattia di definizione recente e negli ultimi quindici anni ne è stata segnalata una diffusione dilagante. Il dato è connesso alla maggiore conoscenza di questa "nuova" malattia fra i medici e nella popolazione generale, oltre che, come per l'AN, alle influenze dei fattori sociali e culturali. Anche la BN è diffusa nelle varie classi sociali senza differenze significative e, come l'AN, sembra pressoché esclusiva dei Paesi Occidentali industrializzati e del Giappone.

Le cause

Vari fattori concorrono a determinare l'insorgenza dell'AN e della BN, ma non è ancora possibile costruire una teoria sintetica che spieghi i meccanismi che generano tali malattie.

Sono stati riconosciuti innanzitutto dei fattori predisponenti: individuali, familiari, culturali. Fra quelli individuali, il sesso femminile e l'età (adolescenza, prima giovinezza), una storia di sovrappeso e di diete, caratteristiche psicologiche (tratti ossessivi di personalità, aspettative esasperate, perfezionismo mai soddisfatto, grandi difficoltà nel processo di separazione-individuazione, rifiuto del corpo adulto e della sessualità, fissazione all'infanzia e a forme infantili di dipendenza e di controllo; nella BN sono frequenti scarso controllo degli impulsi, intolleranza delle frustrazioni, tendenza a bruschi cambiamenti di umore), un disturbo profondo dell'immagine corporea (legato alla relazione emotiva con il proprio corpo).

Tra i fattori familiari una parte fondamentale è giocata dalle caratteristiche di vischiosità e scarsa definizione dei ruoli del gruppo familiare, dall'incapacità di riconoscere e incoraggiare la distinzione, la separazione, l'autonomia. I fattori culturali si identificano nella soggezione al mito del successo, nel bisogno di rispondere sempre alle attese sociali e di compiere al meglio le prestazioni richieste, nella dipendenza dal consenso e dall'ammirazione degli altri, nella competitività esasperata, nell'esaltazione della magrezza e del mito della bellezza.

Esistono poi fattori precipitanti: eventi della vita quali separazioni e perdite, alterazioni degli equilibri familiari, nuove richieste ambientali, esperienze sessuali, minacce alla stima di sé, talora una malattia fisica acuta o un trauma accidentale (ad esempio craniocerebrale).

Un evento spesso (forse sempre) in gioco è l'esperienza dei cambiamenti che avvengono con l'adolescenza, vissuta come un trauma e una minaccia al controllo di sé e della propria vita: a questo proposito è opportuno ricordare che la pubertà femminile è una vicenda più complessa e "clamorosa" di quella maschile dal punto di vista della elaborazione mentale (rapido aumento del peso corporeo, trasformazioni evidenti delle forme corporee, comparsa del ciclo mestruale, rischio di gravidanza, cambiamento profondo nel modo di essere guardata).

E' molto probabile che, senza il concorso dei fattori individuali la malattia non possa svilupparsi. E' infatti possibile che esista un "punto debole" nelle persone che soffrono di DCA che le rende più esposte degli altri a questo tipo di malattie. Si può quindi dire che solo la contemporanea presenza della predisposizione e dei fattori scatenanti è in grado di determinare la malattia.

Si individuano anche dei fattori di autoperpetuazione di tali disturbi. Sono, anzitutto, gli effetti del digiuno e della perdita di peso: accentuano la concentrazione sul cibo, il corpo e il mangiare; aggravano (o determinano) le distorsioni nella percezione dell'immagine corporea e dei segnali interni; scatenano crisi bulimiche che a loro volta aumentano l'ansia e la paura di perdere il controllo e richiedono contromisure difensive come il vomito, l'abuso di lassativi e ulteriori restrizioni della dieta. Vi sono poi i guadagni secondari legati alla malattia (attenzione dei familiari, evitamento di situazioni sessuali e sociali angosciose).

Un cenno meritano anche i fattori iatrogeni, cioè gli interventi medici che possono talora favorire lo scatenamento, il mantenimento o l'aggravamento dell'AN e della BN. La prescrizione di diete, più o meno drastiche, in età adolescenziale, senza adeguata valutazione dei fattori di rischio può avviare l'inizio della malattia (il circolo vizioso restrizione-bulimia-restrizione).

La prescrizione di preparati ormonali che provocano artificialmente la comparsa delle mestruazioni dovrebbe essere per quanto possibile evitata: infatti l'apparente ritorno di un funzionamento normale non può che rinforzare quel diniego della malattia che è un elemento strutturale dell'AN e una causa importante di resistenza alle terapie (d'altra parte va valutato, nel caso di lunghe amenorree, il rischio di un'osteopenia).

Le rialimentazioni forzate non sufficientemente contrattate con la paziente e tali da provocare un aumento troppo rapido di peso scatenano gravissime ansie, sono seguite facilmente da ricadute e, talora, provocano tentativi di suicidio. L'uso di rinforzi negativi umilianti per indurre una rieducazione alimentare può essere molto dannoso in persone che hanno già un livello tanto fragile e problematico di stima di sé.

I DCA sono ereditari? E' noto che l'AN è più frequente fra le sorelle e le madri di anoressiche che nella popolazione generale e che spesso i genitori delle persone affette da BN sono obesi: questi dati, che potrebbero essere legati sia a fattori biologici che ambientali, non sono comunque tali da considerarsi una prova dell'ereditarietà di queste malattie.

Come si curano

L'AN e la BN sono malattie gravi, pericolose, difficili e lunghe da curare. Sono malattie mentali che coinvolgono e sconvolgono profondamente sia la mente che il corpo. Proprio per questo, per la loro cura è sempre opportuno rivolgersi a specialisti che si occupano specificamente di questi disturbi. Vanno trattati prendendo in considerazione, contemporaneamente, i problemi nutrizionali e quelli psicologici o psichiatrici.

Si potrà così mettere in atto una psicoterapia (individuale o di gruppo, di coppia o familiare, di analisi o cognitivo-comportamentale), piuttosto che l'uso di farmaci, la rieducazione alimentare o, in casi particolari, la nutrizione forzata (per via venosa o ancora tramite sondino naso-gastrico). A seconda della gravità potrà essere sufficiente una cura ambulatoriale, piuttosto che essere necessario un ricovero in day-hospital o in un reparto di degenza. Va tenuto presente che quanto più l'intervento potrà essere precoce, tanto maggiore potrà essere la probabilità di un successo terapeutico e tanto minore il rischio di evoluzione verso la cronicità.

Queste patologie non vanno quindi mai sottovalutate né, tanto meno, negate. E' opportuno rivolgersi, in prima battuta, al Medico di Base per una valutazione iniziale, ma sarà necessario avviarsi il più presto possibile verso strutture specializzate nella cura dei DCA. Proprio per la complessità di tali malattie si deve diffidare di coloro che prospettano cure o rimedi semplici, rapidi o addirittura miracolistici: non ne esistono.

Come evolve la malattia

Le forme più benigne (un terzo circa) guariscono con qualunque terapia. Per i restanti due terzi il decorso è molto variabile: va da un singolo episodio, benigno, che si risolve, fino all'estremo opposto di una malattia cronica, persistente o ricorrente, con un'elevata mortalità (per l'AN, in alcuni studi, è pari al 18% dei casi; per la BN non va oltre il 7%). In un terzo dei casi, includendo anche i meno gravi, la malattia dura più di 6 anni: è dimostrato però che miglioramenti e guarigioni possono verificarsi anche a grande distanza di tempo dall'esordio (10-15 anni).

Anche le persone che soffrono di questi disturbi da diversi anni, dunque, possono sperare, purchè sorrette da un'adeguata motivazione, in una guarigione. Il suicidio è una causa frequente di morte nei DCA (25-30% dei casi di decesso): è da notare che l'età della morte (in media 27 anni) è relativamente tardiva rispetto a quella di insorgenza.

Il tasso di ricadute (ritorno dei sintomi dopo breve remissione) è superiore al 30%; le recidive (ritorno dei sintomi dopo lunga remissione e interruzione del trattamento) possono capitare anche a molti anni di distanza collegati a un evento stressante. Questi esiti negativi sono tanto più facili da prevenire quanto più la cura è precoce.

Tutti questi dati fanno capire quanto può essere complicato confrontarsi con tali malattie, ma è importante ricordare che quanto più la diagnosi e la cura dei DCA è precoce tanto più saranno facili da prevenire esiti negativi.

L'AGGANCIO DELLA DONNA TOSSICODIPENDENTE NEL LAVORO DI STRADA

Gessica Gosetti

Operatrice del Progetto Strada di Brescia

Innanzitutto credo che siano doverose alcune premesse sul Progetto Strada, anche se so che tra i presenti la maggior parte conosce già il tipo di intervento e di che cosa si tratta.

Il Progetto Strada è un servizio di “riduzione del danno” che opera nella zona del Carmine. È frutto della collaborazione tra pubblico (Regione, A.S.L., Ser.T. di Brescia, Comune di Brescia), privato sociale (Cooperativa di Bessimo, Cooperativa il Calabrone) e Caritas.

Gli obiettivi che questo servizio cerca di raggiungere sono:

1. Riduzione dei rischi correlati alla tossicodipendenza:
 - Infezione da HIV
 - Malattie trasmesse sessualmente
 - Epatiti
 - Overdose
2. Miglioramento della qualità della vita
3. Aggancio ai servizi.

Per far questo lavoriamo sia in strada che in sede, contattando le persone tossicodipendenti offrendo strumenti di prevenzione quali: Siringhe profilattici, Narcan e materiale informativo.

Ho creduto doveroso fare questa premessa, nonostante il mio intervento sia mirato all’aggancio della donna tossicodipendente, perché penso sia necessario conoscere il contesto e il modo in cui operiamo per capire alcune delle affermazioni che farò di seguito.

Presso il nostro servizio ruotano quotidianamente circa 70 persone, uomini e donne, che vengono da noi per scambiare siringhe, avere profilattici, bere un caffè, fare quattro chiacchiere... Ed è proprio qua che il nostro intervento, quando possibile, cerca di far leva... attraverso una relazione significativa.

E qua entrano in gioco le donne... perché vi chiederete? Se da un lato il lavoro di strada è affascinante, dall’altro non è facile agganciare persone con discrezione e informalità e questo lo è ancora di più nel caso in cui si tratti di un donna. Parliamo ovviamente di una donna che vive la sua condizione di tossicodipendenza in una ulteriore condizione di disagio ed emarginazione, la strada e che spesso hanno alle spalle vissuti tremendi! Perché è proprio questo il tipo di donne che noi nella maggior parte dei casi agganciamo.

La relazione da instaurare spesso è difficile perché da parte loro c’è molta diffidenza, molta paura del giudizio, timore di farsi conoscere e di conoscere. Capita quindi, questo vale soprattutto per il lavoro in sede, che una “nuova” ragazza arrivi al Progetto più volte, di corsa e senza parlare con nessuno quasi si sentisse inseguita e che solo dopo parecchi giorni riesca per la prima volta a parlare con un operatore o un volontario.

Così dicendo sembra però che di donne al Progetto non ne vengano... ma i dati per fortuna contraddicono questa sensazione.

Dal ’95 ad oggi gli operatori e le operatrici che hanno ruotato attorno al Progetto di donne ne hanno contattate tante, ecco alcuni dati:

Anno	Maschi	Femmine
'95 – '96	532	140

'97	364	87
'98	365	84
'99	400	91
'00 (primo semestre)	248	63

Pur non essendo un'esperta in numeri e in grafici, balza all'occhio come di donne fin dai primi tempi ne siano arrivate e di come l'andamento nel corso degli anni sia stato stabile e con una leggera tendenza crescente. I nostri dati se da un lato mostrano la presenza di molte donne tossicodipendenti, dall'altro confermano però il fatto che la tossicodipendenza sia un fenomeno prevalentemente maschile, confermando i dati nazionali che stimano il fenomeno in un rapporto 1:5.

Ma il fatto che siano meno, non significa che abbiano meno problemi o che come operatori dobbiamo investire meno. Anzi per quanto possa essere breve la mia esperienza di operatrice che lavora in strada da poco più di due anni, ho imparato che se da un lato è vero che all'inizio è più difficile instaurare una relazione con una donna, dall'altro una volta poste le basi per le donne che vivono la strada, noi diventiamo un grosso punto di riferimento.

Credo che ci siano tutto una serie di nodi critici legati esclusivamente all'universo femminile, che le donne tossicodipendenti vivono e che noi come operatori di strada ci troviamo ad affrontare.

La maggior parte delle donne che conosciamo oltre a vivere la già difficile condizione di tossicodipendenza, vive anche la drammaticità della prostituzione come mezzo per il mantenimento della sostanza. Non è questo il luogo e il momento per discutere questo problema (servirebbero ore), ma come operatori non possiamo non rilevare come questo comportamento ponga le donne in una ulteriore condizione di "rischio" per se stesse e per la popolazione.

Spesso infatti di fronte all'offerta di un compenso maggiore, la donna dipendente da sostanze non esita ad offrire prestazioni senza utilizzare il profilattico, con tutti i rischi che questo comporta. Purtroppo anche con la nostra utenza maschile abbiamo spesso visto come sia difficile andare ad incidere su quelli che sono i comportamenti sessuali a "rischio", ma vi rendete conto di come lo sia ancor di più in questo caso dove si deve entrare nelle difficili e segrete sfere della sessualità e della prostituzione e di come spesso sia impossibile anche solo parlarne.

Visto anche il tipo di problemi legati a questi comportamenti, abbiamo rilevato l'importanza della presenza di almeno un'operatrice donna all'interno dell'équipe degli operatori di strada.

Spesso le donne vivono anche relazioni più o meno "patologiche" con tutta una serie di partner che le affiancano. Possiamo distinguere due categorie:

- Quel gruppo di donne che hanno un partner anch'egli tossicodipendenti e a cui sono legate da tempo;
- Quelle che invece sono affiancate da "strani" personaggi non tossicodipendenti e solitamente non giovani.

Nel primo caso, le donne dichiarano di avere un legame di tipo sentimentale (a volte arrivano anche coppie regolarmente sposate), ma la sostanza non so quanto lasci spazio all'antico legame. Spesso questo tipo di relazioni, si dimostra per la donna più un vortice da cui è impossibile uscire perché oltre a dover mantenere sé stessa deve mantenere anche il partner, il quale di fronte alle minacce di abbandono, riesce sempre a convincerla a non farlo. In queste situazioni diventa anche difficile avere una relazione significativa con queste donne, perché c'è sempre presente anche figura del partner. Difficilmente la donna accetta soluzioni o proposte che non lo includano.

Il secondo tipo di categoria può sembrare sicuramente più vantaggioso per la donna che si affianca a questo tipo di persone. Probabilmente all'inizio è anche così, il quartiere in cui lavoriamo è pieno di "clienti" disposti a dare asilo anche per una sola notte alle ragazze e spesso sono loro le prime ad approfittarsene. In alcuni casi però questa relazione diventa duratura nel tempo e simbiotica, tanto da rendere totalmente impossibile l'avvicinarsi alla ragazza senza la presenza del "partner". In questi casi abbiamo constatato come l'unica possibilità di intervento debba per forza passare attraverso l'intermediazione con questi personaggi.

Ma vi è anche un'ampia fetta di donne che non ha nessun partner.

In questo caso difficilmente abbiamo rilevato che le donne siano amiche tra loro. Tutte si conoscono, spesso anche si aiutano, ma difficilmente sono amiche anzi spesso nascono anche accesi diverbi per questioni inerenti alla prostituzione. In passato, all'interno del "Progetto Guanto" (progetto finalizzato alla prostituzione), sono stati fatti

tentativi di gruppi di auto aiuto, ma l'esperienza sembra aver dato pochi frutti, probabilmente anche per il tipo di argomenti che questi incontri avrebbero messo in gioco.

Principalmente la donna che vive la tossicodipendenza in strada è sola, anche in quei casi in cui di fatto non lo è!

Credo che sia importante fare un'altra distinzione all'interno di questa realtà, che riguarda donne di età molto differenti tra loro. Potremmo dividerle in effetti in due categorie, le donne meno giovani e le giovanissime.

Le prime hanno alle spalle una lunga esperienza di tossicodipendenza, spesso strettamente legata a grossi vissuti di emarginazione. Vivono situazioni di grave sradicamento familiare (spesso non sentono la famiglia da anni) e hanno vissuto numerose e fallimentari esperienze di comunità. Sono conosciute dai Ser.T. e nel momento in cui riesci a stabilire una relazione con loro, sono molto affidabili, in alcuni casi abbiamo avuto anche esperienze di "opinion leader" molto soddisfacenti.

Molte di queste hanno alle spalle matrimoni falliti, figli (spesso affidati) e gravidanze interrotte. Tante vivono la drammatica esperienza della sieropositività. Con loro si creano dei buoni rapporti anche perché sono molto chiare nell'esprimere i loro bisogni.

Il caso delle giovanissime, invece, è un fenomeno molto più nuovo e problematico. Nel quartiere in cui lavoriamo capita ormai ogni giorno di vedere ragazze molto giovani, in alcuni casi probabilmente minorenni, legate a gruppi di magrebini. In questi casi è molto difficile l'aggancio, soprattutto perché non afferiscono al nostro servizio. Tra loro c'è molta diffidenza, soprattutto nei confronti degli operatori e provano un forte disappunto per i servizi in genere (Ser.T, Comunità). Quando qualcuna di queste si avvicina a noi rileviamo spesso il fatto che sono molto sprovvedute, tra loro regna la sensazione di essere in grado di gestire la sostanza e di poterne interrompere l'uso in qualsiasi momento. Da un lato pensano di conoscere già tutto, ma dall'altro non hanno "memoria storica" (questo vale anche per i maschi giovanissimi). Anche se le più giovani usano spesso l'eroina per via inalatoria (fumata), queste sono portate ad aver più frequentemente comportamenti a rischio, anche perché sottovalutati.

Vado concludendo accennando alle difficoltà che la donna incontra nella giungla dei "servizi". Se da un lato con il nostro lavoro rileviamo tutta una serie di bisogni a cui difficilmente si riesce a dare risposte concrete, dall'altro è vero che per i maschi tossicodipendenti ci sono molte più possibilità di carattere assistenziale.

Non esiste di fatto un dormitorio femminile, o meglio il dormitorio c'è ma l'ingresso delle donne tossicodipendenti avviene solo per periodi brevi e con programmi di inserimento concordati con il Ser.T..

I servizi che distribuiscono panini e alimenti in genere operano una discriminazione di genere dandone meno alle donne, "in quanto hanno più possibilità di agganciare e di farsi offrire".

Manca un consultorio specifico, a bassa soglia, dove le ragazze possano accedere senza impegnative e appuntamenti. Spesso per problemi di tipo ginecologico collaboriamo con l'Ambulatorio "La Rete", ma è difficile farle arrivare da un medico senza un accompagnamento.

Ma il bisogno più grosso che noi rileviamo, credo sia proprio la necessità di un pronto intervento a bassissima soglia, una specie di "Castagneto" al femminile. Mancano spazi di tregua dove una donna può fermarsi, leccarsi le ferite e decidere con più serenità cosa fare. La mia esperienza di tirocinio presso questa Comunità mi ha fatto conoscere e apprezzare da vicino l'intervento educativo messo in atto, ma molte delle ragazze che incontro non sono pronte per il momento di affrontare un intervento così strutturato, potranno esserlo in futuro.

Certo alcune delle questioni qui sollevate sono fonte di disagio comune anche per la popolazione maschile, il nostro lavoro ci rende calamità di bisogni di cui nessuno vuole farsi carico.

La difficoltà del nostro aggancio credo stia proprio qua, nell'essere in grado di mettere al centro di se stessa la persona, la sua originalità e la sua irripetibilità; a lavorare affinché il disagio diventi anche risorsa, punto di rottura, opportunità di trasformazione per la donna che lo vive.

TERAPIA E RIABILITAZIONE IN COMUNITÀ TERAPEUTICA FEMMINILE: PROBLEMI E METODI SPECIFICI

Irma Missaglia
Responsabile Comunità Terapeutica Femminile “Arca” di Como

Giorgio Maccabruni
Psicoterapeuta

“La Costa” di Fino Mornasco è la Comunità Femminile dell’”Arca”, cooperativa che, creata e guidata da don Aldo Fortunato, da anni si occupa a Como del recupero di tossicodipendenti.

Quando nel 1983 don Aldo Fortunato aprì la prima Comunità, la scelta di seguire un’utenza esclusivamente maschile era stata motivata da questioni tecniche: si riteneva, infatti, che una C. mista fosse troppo dispersiva ai fini terapeutici, perché la presenza di entrambi i sessi avrebbe distolto dall’obiettivo primario, cioè il lavoro su se stessi. Conseguenza quasi logica della convivenza tra ragazzi e ragazze infatti è lo scattare di dinamiche di innamoramento e, in tali circostanze, l’attenzione si sposta dalla propria persona a quella del partner; il ruolo della coppia diventa centrale ed essa tende ad agire automaticamente escludendo il confronto con il resto del gruppo e con gli operatori stessi, creando una sorta di sistema chiuso.

La scelta di un’utenza maschile piuttosto che femminile fu determinata unicamente da una maggior richiesta di quegli anni. Nel 1989, quando la Comunità maschile era ormai ben avviata, poiché la domanda femminile si faceva sempre più pressante, si decise di aprire una comunità per donne: dapprima a Como, poi in una sede più ampia e più adatta a Fino Mornasco. La Comunità Terapeutica Femminile, da allora, ha complessivamente accolto 180 ragazze, di cui 30 presenti nell’attualità. Dal punto di vista istituzionale, la Comunità è accreditata nella tipologia “psicoergoterapica” e risponde già agli standard superiori previsti dalla Regione Lombardia.

Non sono previste limitazioni nella possibilità di accedere alla struttura, ad eccezione della presenza di franca psicosi o di condizioni che rendano necessaria terapia psicofarmacologica. La Comunità è attrezzata per accogliere alcune pazienti con i loro figli (al momento ne sono presenti quattro). L’offerta prevede prestazioni ampiamente eccedenti gli standard minimi, sia nell’ambito delle prestazioni specialistiche che di quelle educative; per citarne alcune: la psicodiagnostica pre-ammissione, un elevato rapporto di ore-psicoterapia per utente, l’effettuazione di psicoterapia della famiglia, di interventi sessuologici, di interventi alcolologici, di psicomotricità. La durata del trattamento è orientativamente di 30-36 mesi, comprensivi della fase di “Assestamento” (primi sei mesi) e di Rientro (ultimi sei mesi).

Siamo stati qui chiamati a trattare di “specificità” sia di problemi che di metodi: nessun dubbio che quando la tossicodipendenza sia coniugata al femminile sussistano problemi particolari e che di conseguenza necessitino metodi particolari.

Incominciamo dai primi: i problemi specifici (in fondo i metodi non sono altro che un prodotto consequenziale di questi). Crediamo di poter fare alcune asserzioni alla luce di dati oggettivi in nostro possesso, sia dell’esperienza sin qui fatta, sia di quanto la letteratura indica.

1. trattando di femmine tossicodipendenti, il profilo psicopatologico dentro a cui ci muoviamo è certamente di più alto rilievo rispetto all’analoga popolazione maschile; in questo senso propendono nettamente le osservazioni cliniche del nostro Centro Filtro, supportate dal gran numero di protocolli testistici di cui disponiamo; non vogliamo qui trattare in modo approfondito ciò che è oggetto di una nostra ricerca in corso, ma basta osservare il grafico 1 (che riguarda un’ampia casistica valutata presso di noi e presso la Comunità femminile “Fraternità Capitanio” di Monza) per supportare quanto affermato.

Non si pensi che ciò derivi da fattori selettivi nell’invio: non esiste una significativa differenza statistica con un gruppo-controllo di femmine tossicodipendenti valutate presso un Ser.T.. Come si configura, concretamente, il problema specifico? Crediamo che il punto sia che affinché una femmina possa trovare soggettivamente vantaggioso avviare e protrarre un’esperienza tossicomane, debbano mediamente sussistere maggiori “motivi”, in termini di disagi/disturbi a livello mentale, rispetto a quanto necessario in un maschio.

Sulle ragioni per cui la “soglia” sia così differenziata si possono solo fare illazioni: forse le femmine sono più “robuste” e tolleranti la sofferenza psichica, e quindi vi è una minore attrattiva per quella “via di fuga autoterapica” che è la tossicodipendenza e di conseguenza serve molta più psicopatologia per renderla vantaggiosa; o, forse, i “contenitori” di tipo culturale sono tuttora più solidi per il mondo femminile, e di conseguenza per travalicarne il limite serve una maggior destrutturazione personale ed una maggior pressione di impulsi disorganizzati; o, forse, proprio per la sua natura più sociale (anche recenti studi psicobiologici e d’antropologia culturale confermano questo dato) la femmina presenta una maggior disposizione ad espressioni psicopatologiche più socialmente accettabili che non il passaggio all’atto nella condotta tossicomane (e vi perviene quindi solo quando il quadro sia di maggior gravità).

2. Pur non variando molto tra tossicodipendenti maschi e tossicodipendenti femmine il problema di fondo della mancanza di un’identità personale integrata, in queste ultime molto più spesso si osserva il sovrastrutturarsi di pseudo-identità costruite su modelli assertivi impropri per il sesso di appartenenza (ad esempio “il duro tossico occupato a dimostrare che ha le palle”). Di per sé questo non sarebbe un problema: facile far esperire, nell’esperienza comunitaria, sia con i maschi che con le femmine l’analoga assenza di quegli attributi (anche solo il fatto che la dimostrazione di possederli sia coattiva e continua, ben ne segnala l’effettiva carenza).

Il problema insorge sul passaggio successivo: sulla identità reale da andare ad acquisire: quand’anche la ragazza rinuncia al mito delle “finte palle da esibire”, tende a restarle appiccicata la “mascolinizzazione mentale”, soprattutto come rifiuto dell’idea che si possa essere un individuo di valore ed assertivo pur essendo donna. Va segnalato, non a caso, come frequenti già in fase di Filtro siano le espressioni negative sull’idea di entrare in un gruppo di donne (non altrettanto si rileva per i maschi rispetto al fatto di trovarsi tra maschi).

Altrettanto di rilievo è il fatto che l’anamnesi remota evidenzia spesso sin dall’età infantile l’accesso prevalente a gruppi maschili; paradossalmente, anche in corso del trattamento, ciò in cui restano più invischiate sono i più deteriori preconcetti maschili verso le femmine, che rendono poco appetibile orientarsi ad approdare ad un’identità sintona alle proprie caratteristiche biologiche; sino al punto che l’attesa verso la “donna” e l’“essere donna” risponde spesso alle più banali, rozze e stereotipate immagini maschili di questo ruolo.

Problema specifico, quindi, è di guidare le nostre ragazze a costruirsi un’identità personale di “donna con le palle vere”, cioè condurle al riconoscimento della propria specificità femminile ed al recupero della femminilità in una dimensione assertiva, in cui ciò che vale veramente è il “peso concreto della persona”.

3. Da quanto osserviamo direttamente, da quanto ci riportano le utenti delle loro storie esistenziali, da quanto ci riferisce la nostra psicoterapeuta della famiglia (che ha lavorato molto con famiglie di maschi), possiamo affermare che anche il livello di patologia del contesto è mediamente molto più elevato: i giochi relazionali perversi sono solitamente più complessi ed intensi, le singole individualità più spesso portatrici di serie alterazioni, le dinamiche relazionali più destrutturate. In sintesi, si tratta solitamente di “famiglie tritasassi”, in grado di fare a pezzettini chiunque ci si trovi in mezzo: evidentemente per produrre una “tossica” anche qui serve molta più patologia familiare di quanto non ne serva per un maschio.

Questo potrebbe non essere, astrattamente, un problema per la Comunità (salvo che per la nostra povera terapeuta della famiglia): purtroppo, nel concreto, anche se volessimo tenere alla larga le famiglie, tutta quella perversità relazionale ce la porta in Comunità la ragazza. Così adusa a rapportarsi in quei modi malsani con ogni figura simil-parentale le si presenti di fronte, immediatamente tende a tentare di riprodurre la relazione patologica anche nel nuovo contesto. Ora:

- stante il fatto che, in fondo, la Comunità ha come strumento di lavoro una “ri-genitorializzazione” (in senso Transazionale)
- stante il fatto che la Comunità manifesta una prevalenza di codici paterni per rispondere all’eccedenza di codici materni (come li intendeva Fornari) presenti nella storia familiare delle pazienti
- stante il fatto che in Comunità le figure materne, paterne e fraterne proprio non mancano

il risultato è che tutta la gravità della “patologia familiare” delle pazienti diventa in Comunità grave “patologia della relazione interpersonale” da gestire e curare.

4. Diversa è la sessualità maschile e femminile. Gravemente alterata è la sfera della sessualità nelle nostre ragazze. Non che questo riguardi solo le femmine: i nostri psicologi del Centro Filtro ci segnalano, ad esempio, come almeno un 30-35% dei maschi che vi accedono, proprio del tutto maschi non siano. Il problema che rende specifico il problema della sessualità nelle nostre utenti si fonda sul fatto che –come noto– la vita sessuale nella donna è un po’ più complessa, tende ad avere un significato più pregnante e certamente più interconnesso a tutte le altre sfere (quella affettiva, quella della posizione relazionale, sinanche quella cognitiva) di quanto non accada nell’uomo (non fosse altro che per la più diretta competenza generativa di cui è portatrice la donna).

Nel caso delle nostre ragazze, entrare nelle tematiche sessuali vuol dire addentrarsi nella jungla: l'esperienza di sessualità in età infantile o pre-adolescenziale, vuoi come abuso subito, vuoi come modalità per conquistarsi precocemente una pseudo-identità adulta, vuoi come transazione per darsi un ruolo nel gruppo di pari, copre la più parte di loro; di eventi pedofilici e/o incestuosi non ci manca la casistica; i casi certamente non ci mancano di successiva sessualità agita come si trattasse di dispensare caramelle, o come modo di tenere l'altro legato a sé anche rinunciando ad ogni dignità personale, o come fonte di sostentamento della tossicodipendenza; non siamo neppure carenti di esperienze omosessuali contestualizzate nel globale Disturbo dell'Identità manifesto nel corso dell'adolescenza; le violenze sessuali subite, talvolta sentendosene pure responsabili per le folli situazioni in cui ci si era messe, sono pane quotidiano.

Lavorare per una ridefinizione e crescita personale di queste ragazze trascurando la componente della loro sessualità, vorrebbe dire costruire una casa senza il tetto: da qui il nostro problema. Problema che si chiama recuperare (o costruire del tutto) una propria femminilità in cui si integrino e comunichino cuore, testa e pancia -ed annessi- (spesso parte del problema sta proprio nell'incapacità di far dialogare l'"anima irascibile", quella "razionale" e quella "concupiscibile" di cui ci parlava Aristotele). Problema che si chiama anche ridare un valore al proprio corpo, spesso violato, spesso lasciato violare, ancor più spesso buttato via o venduto per poco; problema che si chiama disabitare ad un uso strumentale della sessualità come via più facile per interagire (su variabili superficiali) con gli altri, come via efficace e semplice per attrarre a sé (non a caso "seduzione" vuol dire proprio questo), come via per "schivare" il proprio sentimento di inadeguatezza in un possibile rapporto "persona a persona".

Il problema accessorio specifico, è che spesso le nostre ragazze ambirebbero ad una "amnesia selettiva" su queste parti della loro vita pregressa: non potendo eliminare il fatto che queste esperienze vi siano state, hanno coltivato l'ideale di perderne memoria (peccato che persino l'eroina risulti solo temporaneamente efficace). Il prodotto di ciò è stato in genere un "accantonamento" di queste esperienze, da cui è derivato un "irrandirsi" del vissuto su di esse (che descrivono spesso come un' intima sensazione di "schifo" o di "sporco", percepita dentro di sé) che crea un gradino, una difficoltà ulteriore nell'avvicinarsi e nel proporsi agli altri (come dire: "se lascio che gli altri mi vengano troppo vicino, ne sentiranno la puzza"; oppure "se lascio vedere cosa ho dentro, si disgheranno e mi rifiuteranno"); ma, soprattutto, ne deriva il fatto che tali parti della loro storia personale - nel momento in cui riemergono - si ripresentino generalmente del tutto non elaborate nei loro significati, nelle loro premesse e conseguenze, spesso con ancora tutte le loro componenti fantastiche infantili od idealistiche adolescenziali.

Brutto lavoro, quindi, quello di rendere possibile un'integrazione di queste parti di vita, anche perché spesso alla base dell'espandersi del problema dentro alle nostre utenti, ci sta anche una rilevante dose di "moralismo" della peggior specie, quello che conduce ad idee del tipo "una che ha fatto queste cose è una schifezza e non vale più niente", "se si è così, non si cambia più", ecc.; ed il risultato di quest'approccio rozzamente moralistico è spesso una vera e propria "coazione a ripetere" di comportamenti sempre più degradanti e giustificati solo in una persona che pensi di sé "tanto sono solo una schifezza", "tanto il mio corpo e la mia sessualità non hanno alcun valore", "è andata così e non si potrà più cambiare". Il problema, per noi, si chiama quindi "far integrare per non replicare" e "moralizzare senza moralismo" (intendendo per "moralizzare" il fatto di condurre ad un assetto di valori che veda al centro la persona per quel che è e quel che fa, il suo significato e peso intrinseco e la sua conseguente dignità).

Sicuramente questi quattro punti trattati non esauriscono la quota di "specificità" dei problemi che si hanno nel trattare tossicodipendenti di sesso femminile: si potrebbe parlare anche di altri problemi quali tutta l'area dei disturbi dell'alimentazione che spesso sono presenti nelle nostre pazienti, della peculiarità della riabilitazione lavorativa, della necessità che sia particolarmente efficace anche l'abilitazione alla competenza domestica, l'esigenza che venga recuperata (o, più spesso acquisita) quella giusta dose di vezzosità e di "buone maniere" attraverso cui la femminilità si esprime, la riabilitazione ad indossare una gonna od a mettersi un fermacapelli od a scegliere la pettinatura giusta oppure a dosare un trucco leggero....

Alcune di queste possono sembrare "fesserie", ma in realtà condurre queste persone a poter essere "donna" è un processo che passa anche attraverso un'educazione a tutte quelle competenze (che poi liberamente ciascuna potrà scegliere di usare oppure no) che solitamente in età preadolescenziale ed adolescenziale le altre persone acquisiscono in una interazione bilanciata con la madre, il padre ed il gruppo di pari: acquisizione che di solito nelle nostre ragazze non vi è stata, e che in forma "compressa" si cerca di far realizzare nell'interazione con la Comunità.

Prima di passare ai "metodi" specifici, vorremmo dichiarare, dopo tanti problemi elencati, un "non problema specifico": a parere unanime e concorde tra quelle operatrici e psicoterapeuti della Comunità Femminile che hanno lavorato o tuttora lavorano anche con gruppi di maschi, nelle donne è sicuramente più agevole e facile -una volta ripulite le sovrastrutture-, effettuare un lavoro "in profondità": c'è maggior disponibilità a mettere in gioco senza remore variabili emotivo-affettive, ed a farle quindi divenire parte del processo terapeutico-riabilitativo; conseguentemente (sempre a concorde giudizio soggettivo di chi abbia entrambe le esperienze) anche le modificazioni indotte appaiono più di frequente "strutturali" piuttosto che "comportamentali".

Ciò vuol dire, in pratica, più lavoro per le ragazze e per lo staff, ma anche maggior soddisfazione (per tutti) per l'entità dei cambiamenti osservabili.

Veniamo ai metodi, con una premessa. Nel corso di questi anni, pur mantenendo le linee di fondo uguali alle nostre Comunità maschili, in quella femminile si è comunque creato uno "stile specifico", anche seguendo dei bisogni di approfondimento espressi dalle ragazze stesse; in questo senso, i metodi tendono a:

1. consentire di riconoscere la propria storia, i propri contenuti affettivi, le proprie caratteristiche, la propria personalità e risorse. In tal senso, la Comunità. Si propone e viene riconosciuta come spazio in cui è possibile trovare ascolto ed ascoltarsi;
2. educare all'autostima, all'affermazione di se stesse, a scoprire e identificare i propri pensieri, sensazioni, emozioni e ad esprimerli in modo chiaro;
3. educare ad un nuovo uso della propria sessualità: quindi scoprire o riappropriarsi del proprio corpo di donna con una percezione di sé quale soggetto femminile, rispetto alla vita relazionale, affettiva e sociale;
4. rivedere il rapporto con le figure genitoriali, affrontando le problematiche e le conflittualità o i rapporti di dipendenza e, dove è possibile, ridare consistenza ai rapporti familiari;
5. rielaborare i rapporti con le figure maschili sia in senso retrospettivo (situazioni in cui i partners erano in prevalenza tossicodipendenti) che prospettico (ipotizzare e sviluppare rapporti sani e paritetici)
6. riconsiderare il ruolo di madre ed il proprio modo di vivere e sentire la maternità: cogliere i momenti critici per arrivare a scoprire nuove possibili modalità relazionali
7. arrivare a progettare una vita autonoma e dignitosa con una continuità di impegno nel tempo

Per rispondere a questi obiettivi, pur all'interno di una progressione temporale del tutto personale, la Comunità è stata articolata in quattro fasi di lavoro (che si definiscono per le loro finalità particolari):

- il Filtro (valutazione clinica della paziente, definizione di risorse, limiti e bisogni specifici, avvio della contrattualità con la paziente)
- l'Assestamento (gestione del distacco dall'ambito tossicomane e dalla famiglia, adeguamento normativo, acquisizione degli strumenti di lavoro su di sé e delle competenze relazionali di base, "sgrezzamento" delle dinamiche patologiche attive, osservazione "sul campo" della paziente e conseguente definizione di massima degli obiettivi possibili e delle risorse presenti o necessarie)
- la fase Terapeutica (trattamento intensivo, organizzato in tre sottofasi operative, sia sul piano psicologico-clinico che su quello riabilitativo; progressivamente nella gestione della paziente vengono introdotte esperienze all'esterno della Comunità a livello individuale)
- il Rientro (ancora in ambito residenziale approntamento di quanto serve per il progressivo distacco, sia nei termini di riferimento lavorativo, che di gruppi di appartenenza, che di relazioni umane individuali, che di riorientamento verso il mondo esterno delle competenze personali acquisite; gradualmente viene a diventare del tutto prevalente la vita esterna alla Comunità, sino al concreto distacco).

L'équipe della Comunità è formata da otto educatrici e tre psicoterapeuti. Di questi ultimi:

- uno (maschio) effettua la valutazione clinica pre-ingresso e gestisce i gruppi di psicoterapia per tutta la fase Terapeutica
- uno (femmina) gestisce il gruppo della fase di Assestamento; in periodo medio-avanzato della fase Terapeutica effettua con la paziente il cosiddetto "lavoro sul passato" (ovvero in circa un mese, guida ad una ricostruzione dettagliata, per periodi, degli eventi esistenziali critici, i cui dati più salienti la paziente è stimolata a riportare poi nel gruppo di psicoterapia per la relativa elaborazione) ed in seguito torna a gestire direttamente la paziente a livello individuale in fase di Rientro
- uno (femmina) durante la fase Terapeutica avvia e conduce la psicoterapia della famiglia e gestisce un gruppo psicopedagogico per le utenti-madri.
- Esistono motivi specifici, che sarebbe però troppo lungo qui esplicitare, per le scelte di intercalare in questa maniera gli interventi, i diversi psicoterapeuti il loro sesso; l'approccio terapeutico è di tipo eclettico, ancorché si possa affermare che in generale prevalga nei gruppi l'uso di tecniche della Terapia Cognitiva (ivi compreso un ampio utilizzo di "compiti" per intervenire su atteggiamenti, comportamenti e schemi mentali delle pazienti), mentre nella terapia della famiglia si realizza un approccio prevalentemente sistemico.

Per una precisa scelta metodologica, l'équipe educativa è solo femminile: la presenza di persone di un unico sesso facilita l'apertura delle esperienze personali, il recupero di quei valori in cui la persona, la donna, si riconosce ed

evita situazioni di infatuazione in cui si potrebbero scatenare dinamiche relazionali che la Comunità non è interessata a gestire (e che soprattutto farebbero “perdere tempo” alle nostre utenti).

Non ultimo, questa scelta favorisce l’attivarsi di processi di identificazione, che in una prospettiva di “rifacimento guidato del percorso adolescenziale” (perché in fondo la rieducazione non è altro che questo) fornisce parte del materiale per la costruzione di “pezzi” dell’identità personale. Nonostante, infatti, il ruolo all’interno della convivenza comunitaria sia diverso, le ragazze si confrontano, si identificano con l’esperienza di queste altre donne e madri; entrano in conflitto con la loro figura per poi arrivare ad una loro autonomia.

La relazione educativa viene fondata sul rispetto, sull’onestà e sulla collaborazione reciproca; attraverso questi valori si cerca di attivare la persona a partecipare alle varie proposte, si cerca di facilitare la comunicazione, di proporre un modello di vita coerente e di sostenerlo nei momenti di difficoltà.

Questa scelta al “femminile”, se da un lato può essere funzionale, dall’altro, in un certo senso, potrebbe impoverire la relazione umana ed educativa anche rispetto alle dinamiche più delicate da gestire. In questo senso viene data alle ragazze la possibilità di confrontarsi con persone di sesso diverso attraverso le numerose figure maschili che collaborano con l’équipe della Comunità: maestri di lavoro, volontari con cui condividono interessi e tempo libero all’interno ed all’esterno della Comunità, e –nelle fasi più avanzate del trattamento- i cosiddetti “affidabili”, ovvero volontari tramite i quali iniziano a strutturare una socialità esterna con la frequenza ed appartenenza a gruppi al di fuori della Comunità.

Trasversale a tutte queste presenze, passa un lavoro di abilitazione al rapporto con la figura maschile al di fuori dell’abuso di seduttività (di cui si diceva prima); si cura quindi l’apprendimento delle regole di instaurazione e mantenimento di rapporti con il maschio, in posizione non sessualizzata, proprio utilizzando queste diverse figure nel corso dell’iter; ciò porta anche alla sperimentazione di “innamoramenti ideali” di tipo adolescenziale (senza sbocchi concreti, visto che curiamo attentamente la selezione e formazione dei nostri “affidabili”, anche ad evitare che divengano “fidanzabili”), esperienza la cui elaborazione è utile in una prospettiva di educazione amorosa. Educazione che si protrae poi anche quando, nei gruppi esterni che la paziente inizia a frequentare, nascono affetti: qui, di solito, il lavoro diviene un “accompagnamento” nelle esperienze affettive (l’amica che consiglia/la madre che informa).

Non dimentichiamo che, in fondo, tutto ciò è per le ragazze qualcosa di veramente nuovo: si confrontano con figure maschili al di fuori dall’esperienza della tossicodipendenza e, quindi, su un piano di realtà assolutamente diversa da quella conosciuta.

In termini di offerte terapeutico-riabilitative, val la pena di segnalare che:

1. come intuibile da quanto detto prima, la Comunità ha una forte impronta psicoterapeutica, ed in tal senso utilizza tutti i vari spazi di applicazione di queste tecniche (individuale, di gruppo, della famiglia). Ciò non appiattisce o riduce l’entità della componente educativa e riabilitativa dell’intervento: anzi, ne espande la potenzialità, anche per la scelta che abbiamo fatto di estendere al massimo livello l’interconnessione tra i due ambiti (vi è un reciproco condizionamento nelle linee di conduzione dei due contesti ed un interscambio informativo continuo);
2. esistono tutta una serie di attività specifiche che coprono con tecniche e contenuti adeguati quegli spazi di lavoro sulla persona che il solo intervento psicoterapeutico od educativo non sono attrezzati a svolgere; ad esempio: la psicomotricità viene utilizzata per far sviluppare un rapporto più sereno e più libero con il proprio corpo; il teatro come terapia della relazione e della comunicazione; la formazione comunitaria come spazio per guardare la realtà circostante (educazione alla salute, affrontare tematiche di attualità,...); lo sport come educazione alla fatica, alla disciplina, e all’autodisciplina; incontri con ginecologa e sessuologa come momenti di conoscenza del proprio corpo e per far emergere vissuti collegati; interventi alcolologici (sia attraverso l’intervento di professionisti specifici, sia attraverso il contatto e frequenza con gruppi di auto-mutuo aiuto come AA e CAT) pongono le premesse per un giusto dimensionamento del pericolo soggettivo di questa sostanza;
3. l’attività lavorativa all’interno della Comunità, proprio per il modo in cui viene contestualizzata nel progetto personale, diventa vera e propria “ergoterapia” ed uno strumento educativo che agevola anche l’appropriazione di responsabilità e dignità di una propria autonomia; non ultimo, fornisce competenze “vendibili” a persone che si riaffacceranno (o si affacceranno per la prima volta) sul mercato del lavoro;
4. l’organizzazione del tempo libero stimola alla scoperta o riscoperta di interessi ed esperienze nuove. La Comunità offre alle ragazze una serie di svariate “opportunità” (cineforum, corsi sportivi, ludici, mostre, spettacoli,...) anche perché trovino una risposta costruttiva e riempitiva del vuoto lasciato dall’eroina;
5. la Comunità si è attrezzata per gestire la problematica complessa di donne-madri; non va sottovalutato il fatto che il “figlio” può costituire la motivazione per entrare in Comunità, cosiccome il fatto che l’impegno di centrarsi sul figlio, di accudirlo e di entrare in sintonia con i suoi bisogni (senza andare a riprodurre le dinamiche perverse, fusionali e quant’altro di peggio esperito dalle nostre utenti in qualità di “figlie”) fa parte del lavoro terapeutico;

lavoro complessivo di maturazione della persona e di graduale superamento della dipendenza come “stile di relazione”. Quello della gestione di ragazze con figli è un lavoro in cui si amplificano le difficoltà: sia per la naturale tendenza ad evadere, attraverso il figlio, dalla ricerca di motivazioni al cambiamento realmente personali od al lavoro su di sé, sia per concreti problemi di gestione pratica che si presentano, ma anche per le stesse dinamiche emotivo-affettive dei bambini; questi, infatti, spesso trovano solo per la prima volta in Comunità una madre presente, una stabilità del contesto esistenziale, una modulazione del tempo ritmica ed appropriata; e su questo si interrogano ed interrogano gli adulti, soprattutto la madre: vogliono sapere, chiedono e temono che la nuova situazione con il suo apparente equilibrio abbia la fragilità di tante realtà del passato... Tutte cose da gestire, in relazione a cui, come prima accennato, oltre alla disponibilità delle educatrici viene alle madri fornito un gruppo psicopedagogico che le facilita nel reperire soluzioni.

6. nella nostra Comunità, alla fine “giuridica” del progetto terapeutico corrisponde una continuazione, per qualche mese, di un’offerta di “servizi personali”, che costituiscono un accompagnamento graduale nella società. La situazione però, ora, è capovolta: è la ragazza che si è creata dei punti di riferimento, ha imparato a chiedere aiuto quando serve, ha raggiunto una serie di obiettivi di fondo ed inizia veramente la sua vita in autonomia. Quello che si costruisce è un graduale rientro nella “vita normale”. La progettualità diventa la verifica delle capacità di concepire e realizzare il proprio futuro autonomamente. Viene dato un supporto psicologico che possono utilizzare settimanalmente, se ne sentono il bisogno, e un gruppo di confronto e di verifica sul tempo libero e sulla realizzazione dei progetti. Poi il distacco e –spesso- un rapporto da “buoni amici” che quando hanno bisogno l’uno dell’altro si sentono, si informano sulle novità, si confrontano sui dubbi.

Immaginiamo, nella testa di chi ci legge, una domanda: “ma tutta questa spesa di risorse ed interventi serve? Funziona?”

L’esperienza di questi anni di lavoro con le donne, ci segnala come quasi sempre il modo in cui la ragazza ha affrontato e vissuto la sua tossicodipendenza è molto diverso da quella di un ragazzo, e spesso più invalidante e disgregante. Nelle donne, il problema appare più radicato e connesso a dinamiche particolari che l’hanno aggravato con vissuti spesso pesanti, quali, ad esempio, quello della prostituzione, quello dei traumi in seguito a violenze, talvolta la presenza di maternità non volute, ed in questo contesto vissute come ulteriore conferma di incapacità a gestire delle responsabilità.

C’è da dire, per fortuna, che a favore delle ragazze gioca una “tenacia di fondo” che (quando riesce a maturare quella “decisione definitiva” di affrontare e risolvere i problemi) le porta più di frequente a riuscire nel loro intento, affrontando anche le loro maggiori difficoltà.

Serve? Funziona? I dati di follow-up, che abbiamo recentemente presentato in altro Congresso e che sono in corso di pubblicazione², indicano un esito positivo nel 48% di tutte le ragazze che hanno messo piede nella struttura; la corrispondente valutazione d’esito sulle ragazze che avevano completato il programma, indicava un prodotto positivo e stabilizzato nell’86% dei casi (con follow-up da uno a otto anni dalla dimissione). Parliamo di un esito stabilizzato, ad almeno un anno dalla dimissione e soprattutto considerato non solo in termini di mancata ricaduta nell’abuso di sostanze, ma anche in termini di integrazione personale, sociale e relazionale³

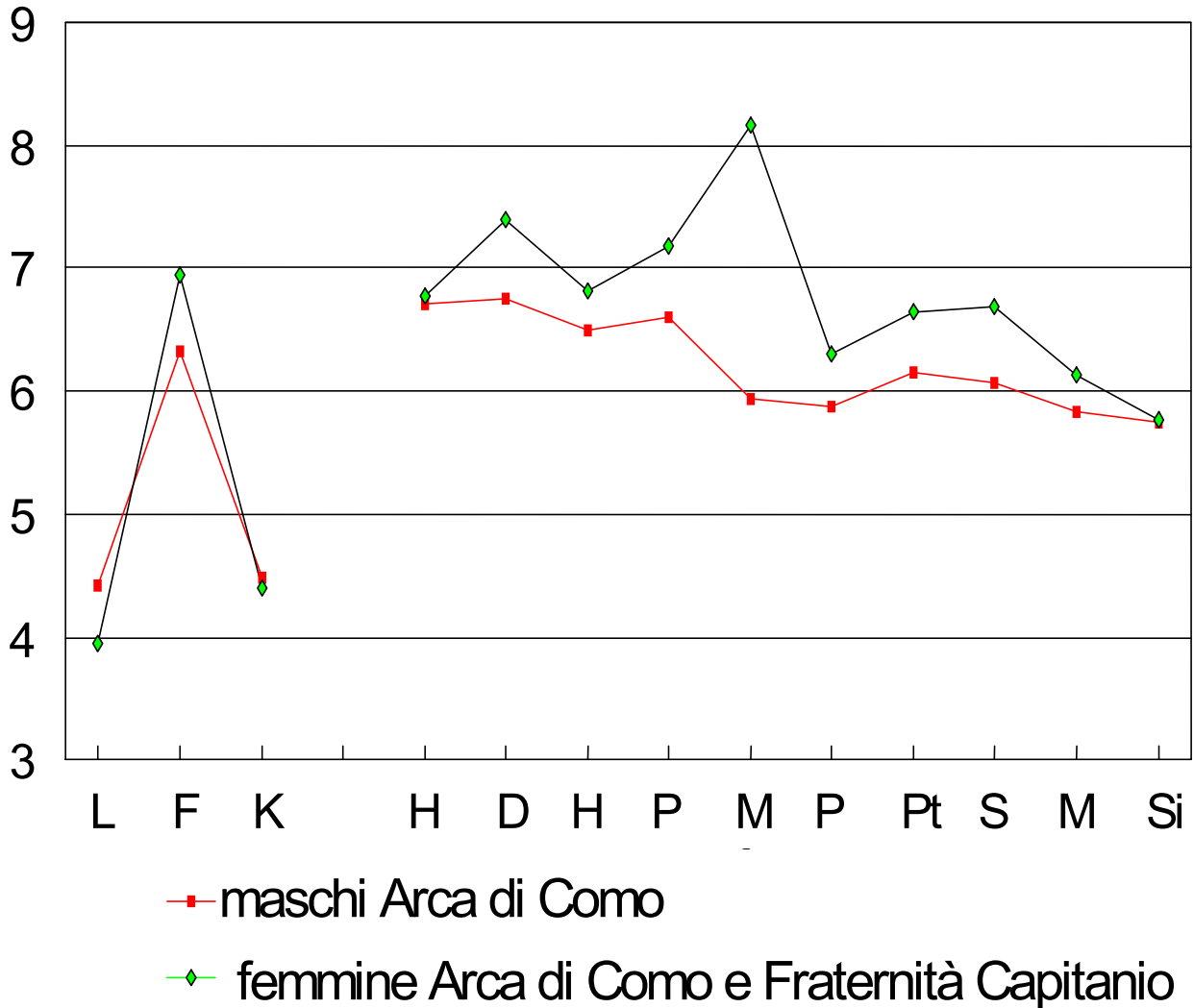
Ci sentiamo quindi di rispondere: serve, funziona, costa fatica ma ne vale sicuramente la pena.

² Missaglia I. – Maccabruni G. “Metodologia e risultati preliminari della più recente revisione di efficacia dei trattamenti nella Comunità Terapeutica Femminile ‘Arca’ di Como – relazione alla giornata di studio Studi di follow-up e strumenti di valutazione dei percorsi comunitari – Pavia IX/2000 – in corso di pubblicazione negli Atti

³ Le cinque variabili valutate su scale ordinali predeterminate, riguardavano:

1. uso di sostanze psicoattive
2. uso di alcool
3. lavoro
4. integrazione relazionale (gruppo)
5. integrazione affettiva (partner e/o famiglia di origine)
- 6.

Protocolli MMPI valori medi femmine N = 337 maschi N = 453



LA TUTELA DEI DIRITTI DELLA DONNA NELLA CONVIVENZA E NELLA CRISI DELLA COPPIA

Avv. Ippolita Sforza

Foro di Brescia

Partendo dal titolo del convegno di oggi “tossicodipendenza al femminile e disagi correlati”, la mia relazione muove all’analisi di quegli ulteriori problemi di tipo legale che spesso la donna, tossicodipendente e non, o moglie di un tossicodipendente, si trova a dover affrontare in riferimento ad una relazione con il proprio partner, che può essere matrimoniale o libera, nonché alla presenza di eventuali figli.

La tutela della donna nella convivenza o come viene anche chiamata nella famiglia di fatto, è a tutt’oggi limitatissima.

Infatti bisogna distinguere la tutela dei figli naturali che è praticamente equiparata a quella dei figli legittimi e quindi piena, dalla tutela della donna.

Nei rapporti di convivenza la legge alla donna non riconosce alcun **diritto di mantenimento** successivo ad eventuale crisi, né alcun **diritto ereditario**, nemmeno se il rapporto è durato anni e la donna si è dedicata alla crescita dei figli, rinunciando magari ad una propria attività lavorativa o lavorando part-time.

Unici diritti riconosciuti sono l’eventuale subentro nel contratto d’affitto in caso di morte del convivente intestatario del contratto, e in alcuni casi il diritto al risarcimento del danno in caso di morte del partner dovuta a responsabilità altrui.

I rimedi a questa mancanza di tutela è una tutela che la coppia può darsi da sé con accordi scritti, donazioni, testamenti, polizze assicurative.

Una delle prime domande che la donna in crisi con il partner si pone è: posso andarmene di casa, e se lo faccio perdo dei diritti?

Innanzitutto la differenza per donne sia sposate che conviventi è se ci sono figli: se non ci sono figli può andarsene perché non esiste più il reato di abbandono del tetto coniugale; se invece ci sono figli la donna può andarsene solo per gravi motivi quali subire violenza fisica o anche solo psicologica e quindi avere necessità di tutelare sé e i propri figli: in tal caso dovrà allontanarsi facendone denuncia alle autorità per cautelarsi. Il diritto alla casa, se sussiste, non lo perde perché se ne è andata.

La questione dell’assegnazione della casa familiare a seguito di scioglimento della famiglia di fatto è stata recentemente risolta positivamente dalla Corte Costituzionale quando vi è la presenza di figli minori: infatti anche nelle famiglie di fatto la casa deve essere assegnata al genitore affidatario dei figli, anche se è di proprietà dell’altro genitore, poiché “è preminente l’interesse del figlio all’abitazione, come al mantenimento, correlato alla posizione di dovere facente capo al genitore” e si deve assicurare ai figli la conservazione dell’ambiente domestico, inteso come centro di affetti e di consuetudini di vita, che contribuisce in misura fondamentale alla formazione armonica della personalità.

Diverso è il caso in cui non vi siano figli: la casa ove sia di proprietà di uno dei due conviventi, spetterà a colui che ne risulti proprietario, e se in affitto spetterà al titolare del contratto di locazione perché il rapporto contrattuale non può essere esteso al convivente che non abbia stipulato il contratto, salvo ovviamente l’accordo di tutte le parti. In presenza di figli, per lo stesso principio sopra esposto, il convivente ha invece diritto di subentrare automaticamente nel rapporto di locazione, anche se la convivenza sia sorta durante la locazione all’insaputa del locatore.

Diversa è la tutela della **donna sposata**.

In caso di crisi la donna sposata può avviare una procedura di separazione davanti al Tribunale ordinario che le permetterà una tutela sia per i figli che per lei con una serie di diritti al mantenimento e alla casa, se ne sussistono i presupposti, anche in assenza di figli.

La donna convivente invece è costretta a rivolgersi al Tribunale per i minorenni per eventuali questioni sull’affidamento del figlio e sul diritto di visita del padre, mentre deve rivolgersi al Tribunale ordinario per il mantenimento del figlio.

In compenso la legge dice che in caso di conviventi il figlio naturale è affidato automaticamente al genitore che lo tiene con sé, e questo è un vantaggio rispetto alla donna sposata che deve ottenere dal Tribunale un provvedimento che glielo affidi.

Un problema con cui in particolare le donne tossicodipendenti si trovano spesso a fare i conti, che si tratti di figli legittimi o naturali, è quello di un affidamento etero-familiare, ogni qualvolta non siano in grado di gestire i propri figli.

Questo strumento, se non ne viene fatto un uso distorto, ossia come mezzo quasi di adozione da parte della nuova famiglia, è invece uno strumento utile, che permette alla madre di fare il suo percorso riabilitativo con il tempo che le è necessario, mantenendo il più possibile contatti e incontri con il figlio, per poi ricostituire la propria famiglia una volta completato il percorso.

Infatti l'art. 1 L. 184/83 sull'affido recita: Il minore ha diritto di essere educato nell'ambito della propria famiglia”.

E l'art. 2 dice: “Il minore che sia temporaneamente privo di un ambiente familiare idoneo può essere affidato ad un'altra famiglia, ...”

E l'art. 4 “l'affidamento cessa quando sia venuta meno la situazione di difficoltà temporanea della famiglia d'origine ...”.

Spesso può essere una battaglia lunga e difficile riottenere l'affidamento del figlio dato ad un'altra famiglia, ma quando il percorso di reinserimento della madre è stato completo e ben organizzato, in particolare quando la donna è affiancata dalla Comunità, come avviene nella Cooperativa di Bessimo, con gradualità e pazienza il ricongiungimento al figlio arriva sempre.

CONCLUSIONE

Don Angelo Chiappa

**Docente di Pedagogia allo IAL di Brescia
Scuola Regionale per Operatori Sociali**

Ho fatto alcuni appunti mentre ascoltavo i vari interventi: i contenuti che abbiamo elaborato, li abbiamo affermati, ma forse non li abbiamo ancora scritti e quindi abbiamo un gran bisogno di fissare dei contenuti a partire dai nostri dati esperienziali.

Culturalmente siamo ancora un po' troppo libro dipendenti scritti da altri, (che pure è necessario perché per farsi una cultura occorre anche sapere quale elaborazione hanno già fatto altri) e abbiamo pochissima fiducia nella capacità di elaborare culturalmente le nostre esperienze e quindi credo che questi confronti debbano continuare.

Mi ha fatto molto piacere ieri sera sentire al TG il Ministro Veronesi proporre di dare dei punteggi ai sanitari ed ai medici per obbligarli ad aggiornarsi.

Il problema della formazione continua, della formazione dentro la complessità non si può ignorarlo. Quello che il Ministro Veronesi ha fatto per i medici (adesso ci sarà la rivolta di categoria!) credo che noi per scelta nostra lo dobbiamo fare nel campo del sociale.

Questi contenuti abbiamo bisogno di pubblicizzarli. Oggi abbiamo fatto una riflessione: sono sicuro che ne uscirà un fascicolo ma ci sono tante altre forme attraverso le quali poter condividere con altri i contenuti.

Mi rifaccio all'intervento del presidente della Cooperativa di Bessimo che all'inizio ha detto: "sì è vero abbiamo fatto tanto; forse ci siamo fermati un po' poco a pensare e a tradurre il contenuto di quello che abbiamo fatto".

Non siamo più gli ingenui generosi che hanno cominciato a dissosare il terreno; abbiamo già arato, seminato, coltivato, raccolto, prodotto, cambiato prodotto quindi abbiamo la dignità per potere dire culturalmente il nostro modo di pensare che giustifica e dà ragione al nostro modo di agire.

Questa elaborazione culturale è chiaro che poi ci porta all'elaborazione di modelli di interventi; doppia diagnosi, quale soglia, bassa soglia, alta soglia: forse c'è il rischio che queste cose restino nei dizionari degli specialisti se poi di fatto non li coniughiamo attraverso delle sperimentazioni.

Le sperimentazioni devono produrre una cultura che poi va commercializzata cioè che va messa sul campo senza eccessi di timori; senza presunzione ma col diritto di mettere sul mercato i prodotti; questo ci porta sicuramente a recuperare un rapporto dialettico col territorio e con "gli specialisti".

E' finito il tempo in cui eravamo degli estranei sul territorio e nella cultura professionale; non vorrei fosse iniziato il tempo in cui siamo tornati ad essere estranei perché siamo considerati come coloro che non fanno più pensare; è l'altra soglia della tolleranza che diventa intolleranza e credo che trovare le formule attraverso le quali tenere aperto il rapporto con il territorio sia doveroso, (ricordate quando anni fa ragionavamo di integrazione sociale? oggi siamo un po' più precisi: parliamo di rapporto dialettico con il territorio).

Il territorio non è solo un'istituzione, il territorio è la gente, sono i mondi vitali nei quali le nostre esperienze sono collocate e dentro le quali vivono soggetti che sono portatori di quelle situazioni di cui noi ci facciamo carico e poi si occorre il rapporto dialettico con le istituzioni che non vuol dire conflitto; vuol dire semplicemente essere propositivi perché l'istituzione come tale deve governare i processi e se non ha le stimolazioni idonee non cambia i suoi processi.

E' la società civile nella sua organizzazione che obbliga le istituzioni a cambiare per accogliere le sollecitazioni positive giuste dialettiche dei mondi vitali e su questo credo che in questi ultimi anni abbiamo avuto poca capacità innovativa: in molti servizi che sono radicati nel piano socio assistenziale (doveva essere cambiato dopo due anni) hanno voluto mezzi per sperimentare forme nuove, modelli di interventi nuovi. La sperimentazione, l'innovazione l'abbiamo fatta ma non l'abbiamo fatta conoscere e soprattutto non l'abbiamo resa contrattuale.

Mi permetto di dire che vedo un'onda lunga di un buio terribile dove l'assunto fondamentale potrebbe essere: chi costa di meno vale di più; perché è una certa logica del mercato.

E allora è chiaro che il riflettere, l'elaborare, mettere sul mercato le nostre iniziative, tenere alto il profilo, la qualità dell'offerta che noi facciamo ci rende soggetti attivi dentro un processo di socialità di cui abbiamo bisogno noi e di riflesso diventa un diritto che noi trasmettiamo ai soggetti di cui ci facciamo carico.

Abbiamo approfondito molto il tema che rappresentava lo specifico in questa giornata “quello che le donne non dicono” direi che possiamo portare a casa molti input. Magari abbiamo bisogno di rileggerci le relazioni per trovare le coordinate intorno alle quali far convergere i tanti input che ci sono stati dati. Ma uno li riassume tutti: le donne, soprattutto quelle in difficoltà, faticano molto a dare ragione del proprio malessere e trovano poca cultura scritta al femminile.

Noi oggi abbiamo provato a scrivere una pagina in più.

CHI SIAMO

La Cooperativa di Bessimo è una cooperativa sociale che opera dal 1976 nel campo del recupero e reinserimento di soggetti tossicodipendenti.

La prima comunità è stata aperta da don Redento Tignonsini, sacerdote bresciano rientrato da sette anni di missione africana, in una casa della parrocchia di Bessimo di Rogno (BG), piccolo comune all'inizio della Valle Camonica da cui la Cooperativa ha preso il nome.

La comunità, rivolta inizialmente all'emarginazione giovanile e adulta, si è col tempo indirizzata verso il fenomeno della tossicodipendenza, che prendeva piede in quegli anni nel territorio bresciano.

Riconosciuta Ente Ausiliario della Regione Lombardia dal 1980, la Cooperativa di Bessimo aderisce al settore Federsolidarietà dell'Unione Italiana Cooperative, al Coordinamento Nazionale delle Comunità di Accoglienza (C.N.C.A.) e al Coordinamento degli Enti Ausiliari della Lombardia (C.E.A.L.).

Insieme alle cooperative sociali di tipo B "Progetto Bessimo" e "La Chizzoletta", la Cooperativa di Bessimo fa parte del Consorzio Bessimo, costituito alla fine del 1999.

La Cooperativa gestisce comunità terapeutiche residenziali maschili, femminili, per donne con figli, per minori e per famiglie di tossicodipendenti, oltre a diversi servizi di supporto e una comunità di pronto intervento. Partecipa inoltre alle attività di riduzione del danno nelle città di Brescia e Cremona.

Tutte le sedi della Cooperativa sono dislocate nelle Province di Brescia, Bergamo e Cremona. Ogni comunità residenziale, accreditata con D.G.R. Lombardia n°6/41878 del 12.03.99, accoglie, secondo la propria capacità ricettiva, da un minimo di undici a un massimo di ventiquattro persone, con la presenza media di otto figure per ogni staff.

Tutto il personale viene selezionato attraverso colloqui e test motivazionali, psicologici e attitudinali; segue inoltre un percorso formativo permanente. Alcuni staff effettuano una supervisione a cadenza periodica con la figura dello psicologo.

Gli inserimenti degli utenti avvengono esclusivamente attraverso i servizi per le tossicodipendenze (SERT) delle Aziende Sanitarie Locali (A.S.L.), con i quali si concorda il progetto di riabilitazione e di reinserimento. L'intervento in Comunità Terapeutica viene successivamente realizzato in stretta collaborazione con i SERT invianti, fino al reinserimento del soggetto.

Storicamente la nostra utenza proviene per la maggior parte dalle province di Brescia, Bergamo, Milano, Torino e Cremona. Il nostro bacino d'utenza comprende attualmente l'88% dei SERT delle A.S.L. lombarde, oltre a 70 SERT delle Regioni Piemonte, Emilia Romagna, Veneto e della Provincia Autonoma di Bolzano.

La Cooperativa di Bessimo realizza inoltre inserimenti di tossicodipendenti detenuti con la misura alternativa dell'affidamento in prova al servizio sociale e di tossicodipendenti minorenni, in stretta collaborazione con la magistratura di sorveglianza, con i Centri di Servizio Sociale per Adulti (C.S.S.A.) e con l'Ufficio di Servizio Sociale per i Minori (U.S.S.M.).

Nelle comunità terapeutiche per donne con figli e per nuclei familiari vengono inseriti anche i figli, su progetti realizzati con i servizi sociali territoriali e, in alcuni casi, con il Tribunale dei Minori.

Nella Fase di Accoglienza e nella Fase di Reinserimento la Cooperativa collabora attivamente con diversi centri di accoglienza e con altre cooperative sociali di reinserimento lavorativo, presenti sul territorio bresciano.

La Cooperativa di Bessimo, nella sua presenza sul territorio, mantiene ormai da anni stretti rapporti con gruppi di volontariato organizzato e con singoli volontari, sia per il supporto e l'animazione alle comunità terapeutiche, sia per la realizzazione di interventi di prevenzione.

In questo ambito la Cooperativa propone interventi diversificati di informazione e sensibilizzazione su disagio giovanile e tossicodipendenza, rivolti a genitori, scuole, parrocchie, comuni e associazioni.

Attualmente la Cooperativa di Bessimo gestisce undici comunità terapeutiche residenziali (di cui due con un servizio di pronto intervento), un servizio residenziale per il reinserimento in Valle Camonica e tre servizi di supporto (Servizio Accoglienza, Sede Amministrativa, Ufficio Legale). Partecipa inoltre direttamente a due servizi per la riduzione del danno nelle città di Brescia e Cremona e a diversi progetti sul Fondo Lotta alla Droga.

Nelle diverse sedi prestano servizio continuativo 125 persone, oltre a 7 dipendenti del Consorzio Bessimo (dati riferiti all'Agosto 2001).

Annualmente la Cooperativa ha in carico in circa 430 utenti, corrispondenti all'incirca a 220 presenze giornaliere, mentre dal 1976 ad oggi sono stati realizzati programmi terapeutici residenziali individualizzati per oltre 2.700 soggetti tossicodipendenti. (dati riferiti all'Agosto 2001).

L'adesione al C.N.C.A. (Coordinamento Nazionale delle Comunità di Accoglienza), la cui federazione riunisce più di duecento Associazioni e Cooperative Sociali che si occupano in Italia di tossicodipendenti, minori, handicap, disagio psichico ed emarginazione, non costituisce un adeguamento ad un modello di intervento o la ricerca di una omologazione sul piano nazionale del proprio vissuto e degli strumenti con cui la Cooperativa di Bessimo opera. Il senso di questa adesione sta nel riconoscere e scoprire che le proprie scelte e l'atteggiamento di fondo, che muove l'operatività, possono trovare riscontro e confronto in comuni criteri metodologici di lettura e di azione.

Per questo siamo profondamente convinti che ogni forma di coazione alla volontà dell'individuo, assunta a metodo di intervento, non serve alla maturazione di scelte autonome, non fa che accentuare le difficoltà di comunicazione e di relazione creando i presupposti per un'ulteriore emarginazione.

Ugualmente tutte le comunità sostengono e vivono il valore del pluralismo, rispettando motivazioni e scelte, ideali o di fede, diverse.

Come strumento concreto si privilegia la dinamica delle relazioni interpersonali che evolvono nell'esperienza di ogni giorno, accettando appieno la dimensione della quotidianità e ancorando l'esperienza al contesto socio-culturale ed alla storia del territorio.

Infine, nel rapporto con le istituzioni, da sempre non abbiamo voluto accettare deleghe assistenzialistiche, ma collochiamo il nostro impegno, pur con la nostra originalità ed autonomia, all'interno della rete di servizi del territorio, nell'ottica di una efficace integrazione.

I NOSTRI SERVIZI

Nelle prossime pagine viene presentato in maniera schematica ognuno dei diversi servizi che la Cooperativa di Bessimo gestisce e che sono elencati nella tabella seguente:

TIPO DI SERVIZIO	COMUNE	PROV .
Comunità Terapeutiche maschili	BESSIMO DI ROGNO CAPO DI PONTE MANERBIO	BG BS BS
Comunità Terapeutica maschile con pronto intervento	PUDIANO DI ORZINUOVI	BS
Comunità Terapeutica femminile con pronto intervento	ADRO	BS
Comunità Terapeutica maschile per minori e giovani	PAITONE	BS
Comunità Terapeutica femminile per donne con figli	CIVIDATE CAMUNO	BS
Comunità Terapeutica femminile	GOTTOLENGO	BS
Comunità Terapeutiche per nuclei familiari	GABBIONETA BINANUOVA PONTEVICO ROGNO	CR BS BG
Appartamenti protetti	MALONNO	BS
Interventi di riduzione del danno	BRESCIA CREMONA	BS CR
Servizio Accoglienza	MANERBIO	BS
Ufficio Legale	MANERBIO	BS
Sede Amministrativa	CONCESIO PIEVE	BS

Cooperativa Sociale di Bessimo
Via Casello, 11
25062 CONCESIO PIEVE (BS)
Tel. 030/2751455 – Fax 030/2751681
e-mail info@bessimo.it