

25/09/2009

Giornata di studio: TUTELARE IL MINORE PROMUOVERE I GENITORI

Buongiorno a tutti,

con il mio intervento vorrei proporvi alcune riflessioni sul **tema della giornata di oggi, promossa dalla Cooperativa di Bessimo**, dal titolo: **TUTELARE IL MINORE PROMUOVERE I GENITORI e della tavola rotonda: TRA ASPETTATIVE E POSSIBILITA' DI CAMBIAMENTO: GLI SPAZI PER UNA CONCRETA COLLABORAZIONE.**

Tema che mi ha riportato con la memoria agli inizi della mia esperienza professionale, avvenuta proprio con la Coop. Di Bessimo in una Comunità per genitori e coppie con problemi di addiction.

E oggi come allora mi confronto con la **complessità delle situazioni cliniche di genitori tossicodipendenti o alcolodipendenti con figli minori, complessità** che a vario titolo e in maniera trasversale **interessa tutti gli operatori e i servizi socio sanitari** che si occupano della tutela, del benessere e della crescita dei minori, nonché della cura e della riabilitazione di soggetti con problemi di dipendenza quando questi siano anche genitori.

Tema poliedrico, dunque, dove alla **complessità delle relazioni** genitori /figli si accompagna la complessità degli interventi richiesti, e l'emergere inevitabile di **vissuti transferali e controtransferali**, giocati all'interno della **relazione operatori/utenti** e nei rapporti **tra servizi** coinvolti nella tutela del minore e nella cura del genitore con problemi di dipendenza.

Dobbiamo riconoscere che la problematica della genitorialità è stata, per un certo verso, a lungo **scotomizzata dai SERVIZI PER LE DIPENDENZE**, come se la funzione genitoriale fosse ritenuta meno rilevante rispetto ad **altri elementi valutati come più indicativi per un bilancio di lavoro terapeutico**, quali ad esempio l'astensione dalle sostanze, la riuscita di un reinserimento socio-riabilitativo, la tenuta del trattamento.

La dimensione relazionale era presa in considerazione per la valutazione degli interventi rivolti al soggetto dipendente e più come relazione con il

partner o con i propri genitori d'origine, piuttosto che come capacità di accogliere e crescere un figlio.

- * In realtà, oggi più che mai, si riscontra nella nostra pratica CLINICA come **il tema della genitorialità**, costituisca un **importante aspetto del lavoro clinico dei servizi per le dipendenze**, i quali, in ogni caso, hanno per compito istituzionale la prevenzione, cura e trattamento della dipendenza.

Abbiamo potuto osservare come in questi anni **la dimensione del fenomeno di genitori tossicodipendenti e/o alcolodipendenti con figli minori sia andato progressivamente aumentando** all'interno dei SERT, sia che si tratti di padri, madri o entrambi i membri della coppia.

In parallelo si è assistito

ad un **aumento della popolazione afferente ai nostri Servizi, in particolare di sogg. con problemi di abuso o dipendenza da alcol e cocaina**, e un aumento dell' **età media dei soggetti**, passata dai 26 ai 31 anni, dal 1991 al 2008 (dato nazionale, riportato dalla RELAZIONE Annuale AL PARLAMENTO SULLE TOSSICODIPENDENZE).

A ciò si è osservato **una modificazione del fenomeno dipendenza** che ha determinato l'accesso ai nostri Servizi **di nuovi pazienti**, portatori di nuovi consumi, nuove modalità di consumo, nuovi stili di vita e di relazioni ad esso associati, nonché nuove domande d'aiuto.

Mi riferisco in particolare ai **soggetti con problemi di abuso o dipendenza da cocaina**, spesso associata all'alcol, che rappresentano un **trend di utenza progressivamente aumentata** e che ci ha indotti a rivedere sia l'aggancio che l'approccio terapeutico verso situazioni, caratterizzate da **un mantenimento sufficientemente adeguato** dei ruoli sociali o professionali, una apparente condizione di funzionalità dei legami intrafamigliari, ed una maggior accettazione sociale della problematica di dipendenza, **elementi questi che, nei casi di genitori con figli minori, contribuiscono a rendere più complessa la valutazione della ricaduta dei comportamenti di abuso o dipendenza nel rapporto genitori- figli.**

- Di fronte alla presenza di questi **nuovi scenari del fenomeno dipendenza, e all'importanza sempre più riconosciuta** all'interno dei nostri Servizi **di un'attenta valutazione delle capacità genitoriali**,
- **si è posta la necessità di pensare a modalità di presa in carico che comprendessero anche la genitorialità come aspetto centrale della persona dipendente e del nostro intervento clinico.**
- E' infatti condivisibile la **considerazione che vede, spesso, i figli di persone dipendenti, in condizioni di sofferenza**, legate ai comportamenti di abuso o dipendenza e alle distorsioni relazionali interne al nucleo familiare,
- Ma come clinici che operano con persone che soffrono di addiction, si riconosce anche la condizione che

essere genitori con problemi di dipendenza non significa tout court aver compromesso in modo definitivo la funzione genitoriale.

- **DUNQUE, compito dell'operatore di un Servizio delle Dipendenze è quello di non sottovalutare la condizione di genitorialità del soggetto, ma valutare attentamente**, per ogni singolo caso, se lo stato di dipendenza rappresenti una condizione di vulnerabilità e di rischio per il minore, nella misura in cui **si ritiene vi sia un generale superiore interesse per il minore e la sua tutela, come obiettivo che deve sempre permeare l'intervento di operatori e servizi.**
- **I genitori con problemi di addiction da sostanze stupefacenti e/o alcol che afferiscono ai nostri Servizi** possono essere madri con figli minori in presenza o meno di un partner non dipendente, padri con problemi di dipendenza con partner non dipendente o coppie di genitori con problemi di dipendenza o ancora donne che si trovano ad affrontare lo stato di gravidanza e la conseguente maternità.

Nell'ambito di tale **tipologia di utenza** si riscontrano

situazioni cliniche più compromesse rispetto ad altre,

laddove l'essere **genitore**, per il soggetto dipendente, e per il **minore** avere **genitori tossicodipendenti** rappresenta una situazione di rischio e marginalità, attivando o riattivando dinamiche fortemente disturbanti e disturbate per il rapporto genitori -figli.

In questa casistica si riscontra come

- * Il problema principale, nella **costruzione del rapporto**, è rappresentato dal fatto che il **genitore con problemi di addiction** è **impegnato a fronteggiare i propri bisogni non risolti, di un Sé fragile e vulnerabile**, che sarà fonte di una significativa carenza nella comunicazione affettiva, nel contatto corporeo e negli atteggiamenti empatici nella relazione con il figlio.
- * **Nell'ambito della relazione, il genitore fornisce attenzione e cure discontinue e inadeguate**, incapaci di contenere e bonificare le identificazioni proiettive del bambino, lasciandolo alla mercè della sua esperienza frammentaria e delle sue angosce.
- * **Il figlio è spesso vissuto come oggetto secondario** all'uso della sostanza e i **suoi gesti ed azioni** tendono ad essere interpretati dal genitore nei termini di un proprio bisogno, di uno stato di confusione interno, di un senso di colpa e di vergogna legati alla propria inadeguatezza.
- * **Il rapporto tra madre/figlio**, in particolare, è caratterizzato da **aspetti che oscillano fra l'idealizzazione di sé e del proprio bambino, come prolungamento narcisistico e momenti di rifiuto inconsapevole o di negazione**, sia del ruolo materno sia dei bisogni del bambino.
- * Nelle donne con problemi di addiction vi è una difficoltà ad avere **manifestazioni anticipatorie sul bambino** ed è frequente, come afferma Erikson (1950) l'**incapacità di costruire a livello mentale uno "spazio interno"**, in cui il bambino possa svilupparsi.
- * Lo stesso autore sottolinea che nei casi di **donne future madri**, si osserva una difficoltà ad accedere alla **"regressione funzionale o fisiologica" della gravidanza**, che è quel processo mediante il quale la

madre è in grado di sintonizzarsi con il suo bambino codificando non convenzionalmente le informazioni provenienti dal feto.

- Quando si parla di **sintonizzazione affettiva**, come ci ricorda D.N. STERN (1998) si intende segnalare quel processo di relazione che fin dai primi giorni di vita del neonato crea una comunicazione che in modo inconsapevole **fonda le basi del senso di sé del bambino**.

Si riferisce a quella **corrispondenza affettiva** che né il concetto di empatia né quello di imitazione comprendono, ma riguarda quei comportamenti che “**esprimono la qualità del sentimento condiviso**”.

Quando la mamma e il bambino sono nell’esperienza della sintonizzazione, i comportamenti sono mossi da **stati interni che si trovano in sintonia**; il bambino in tal modo sperimenta uno stato d’animo e soprattutto uno stato affettivo, quello della condivisione, che crea il fondamento del senso di sé.

- **Gli aspetti di fragilità del Sé della madre, tuttavia, non impediscono il tentativo di garantire un accudimento primario**, ma di tipo pratico e burocratico, che risulterà essere **carente sul piano affettivo**, perché non in grado di contenere e rispondere adeguatamente ai bisogni del bambino.

* A questo proposito **Zucca Alessandrelli (1999)** sottolinea come il fallimento delle esperienze di relazione con l’ambiente di cura e di accoglienza produrranno nel bambino quelle ferite o incrinature nel tessuto narcisistico di fondo che lo costringeranno a ricercare sul versante percettivo sensoriale, in modo compensatorio, una risposta che dia maggior qualità alla base del senso di sé.

Nascerà la costrizione a cercare compensazioni nella realtà esterna, sentite come fonte di eccitamento e di soddisfazione. Si pongono quindi le

premesse per la strutturazione di una personalità fragile e vulnerabile che cercherà nella realtà esterna un fondamento alla propria identità.

- * Nel caso di **coppie con problemi di dipendenza**, il quadro si fa più complesso, sia in relazione alla problematicità dei comportamenti di abuso, sia sul piano della relazione, dove si osservano **meccanismi di co-dipendenza** messi in atto all'interno della coppia, funzionali al mantenimento di una **relazione spesso connotata da elementi di tipo sadomasochista**, dove entrambi i componenti giocano un perverso ruolo ad incastro, con le inevitabili conseguenze di tali comportamenti sulle capacità genitoriali di entrambi.
- * **In queste famiglie, i figli possono trovarsi** in una relazione di accudimento invertita, in cui sono loro a dover provvedere ai bisogni dei propri genitori. Questi bambini sono spesso afflitti da pesanti sensi di colpa per non essere stati capaci di aiutare il genitore a smettere di usare sostanze.
- * **In particolare nelle famiglie con problemi di alcolismo**, i figli devono fare i conti con l'estrema **imprevedibilità dell'evento** e con ciò che spingerà il genitore a bere: **il bambino cercherà di controllare** la scena domestica, spesso angosciante, placando o soccorrendo gli altri, oppure ritirandosi in sé stesso o assumendo il ruolo di capro espiatorio

Di fronte a tale tipologia di utenza, ossia genitori con problemi di addiction, il SERT PROMUOVE INTERVENTI volti alla presa in carico e alla messa in atto di **TRATTAMENTI SPECIALISTICI** per i quali

- * è necessario sottolineare che in linea di massima gli **interventi** prediligono un **progetto terapeutico** per aiutare, a secondo dei casi, **o il singolo genitore, o l'intero nucleo familiare**, proponendo una nuova opportunità di apprendimento di modalità affettive e cognitive più adeguate, rivolte sia alla cura di sé che ai bisogni del bambino
- * In quest'ottica, la **reversibilità dello stato di dipendenza** non va identificata come punto di arrivo del percorso terapeutico che il Servizio si propone, **ma come un punto di partenza** di un lavoro che

necessità di **strumenti e interventi di sostegno tra loro integrati**, volti a comprendere le condizioni scatenanti che hanno indotto la persona alla messa in atto della dipendenza

- * Il Ser.t per **affrontare la problematicità di tali situazioni, TENENDO CONTO DELLA NECESSITA' DI INTERVENTI TEMPESTIVI**, condivide il principio della
- * **PRESA IN CURA MULTIPLA DELLA PERSONA con problemi di addiction, secondo il pensiero di ZUCCA Alessandrelli.**

- * Secondo questo modello di lettura della dipendenza, i pazienti hanno una presa in cura multipla **in primis nella mente degli operatori**, ossia una risposta non tanto e non solo organizzativa, quanto terapeutica, da parte del gruppo curante, che **modula l'esperienza di accoglimento e sviluppo** del paziente, **in varie fasi ed interventi clinici, ben integrati tra loro e sintonizzati sui bisogni evolutivi della persona.**

Ogni intervento rappresenta un anello di una catena terapeutica, che **S.Corbella (2003)** ha definito come **“EPISODIO TERAPEUTICO”**, integrato armonicamente con diversi interventi a differenti livelli di realtà.

La presa in cura multipla specie nei casi di genitori dipendenti, **facilita l'applicazione di una strategia operativa** che permette di evidenziare e analizzare i bisogni di ogni paziente e del suo nucleo familiare, in quella fase specifica del percorso di vita, con l'obiettivo di aiutare la persona a valorizzare il senso di Sé fino a che possa credere alla sua evoluzione emotiva, nonostante le barriere difensive che questi pz. mettono in atto.

- * **Il primo impegno del clinico del SERT è la valutazione della personalità di base del genitore in termini di inquadramento diagnostico.**

Per effettuare una **diagnosi accurata** si devono acquisire varie informazioni che spaziano dall'anamnesi personale e familiare, sociale e sanitaria, il profilo di personalità, la motivazione al cambiamento e tutti i dati utili all'elaborazione del progetto terapeutico.

Una diagnosi “ a più voci” da parte degli operatori psico-sociali e sanitari che operano in integrazione coordinata, per giungere ad una valutazione diagnostica che approfondisca tutti gli aspetti del genitore dipendente con figli minori.

Ove possibile, si predilige una **valutazione non solo della persona con problemi di dipendenza, ma dell’intero nucleo familiare** o delle figure affettive di riferimento, nella consapevolezza della presenza di una sofferenza comune di cui spesso non vi è coscienza.

- * **La fase diagnostica** si configura come un **“processo”** che non si può esaurire con una statica classificazione diagnostica, ma come una diagnosi **“in itinere”**, che necessita di elasticità e possibilità di revisione critica delle valutazioni effettuate.

- * Fattore importante di tutta la prima fase terapeutica è **l’accoglienza** e la possibilità di **stabilire un contatto** con soggetti che assumono una posizione difensiva proprio rispetto alla relazione, che temono a causa del profondo bisogno dell’altro e del timore di dipenderne. **Allora l’operatore dovrà monitorare, attraverso sé stesso, il clima relazionale, per dosare la distanza nella relazione, in modo da non assumere posizioni né troppo rigide né troppo comprensive o peggio “buoniste”, ed evitare abbandoni o fughe difensive dei pz.**

- * **Valutate le risorse e i bisogni della persona, ovvero il senso della sua storia, le motivazioni della sua fragilità, il significato della ripresa della fiducia nel cambiamento, si hanno gli elementi per predisporre un**
 - **PROGETTO DI INTERVENTO INDIVIDUALIZZATO,** calibrato sui bisogni della persona, vista nella sua complessità.

La proposta terapeutica può svilupparsi in percorsi paralleli , con forme diverse di trattamento, articolate tra di loro.

I trattamenti erogati dal SERT sono:

- * **il sostegno psicologico e la psicoterapia individuale**, a secondo dell'orientamento formativo del clinico, volto a individuare i conflitti attuali e profondi, nonché il grado di motivazione al cambiamento, all'elaborazione di eventuali ricadute e al loro significato,
- * **la presa in carico di coppia**, che si realizza prestando attenzione non soltanto all'individuo, ma alla relazione che è nata e/o cresciuta nella condizione di dipendenza e alle dinamiche di co-dipendenza che i partner mettono in atto a scopo difensivo, o
- * **la presa in carico familiare**, con l'obiettivo di rendere consapevoli il paziente e la sua famiglia dei loro comportamenti disfunzionali per poterli modificare, facendo spesso cogliere il significato terapeutico delle ricadute nell'uso delle sostanze, vissuto da tutti come un fallimento irrecuperabile e motivo di punizione e colpa.
- * Si predispongono, inoltre, **interventi di sostegno sociale**, che nel caso di genitori dipendenti con figli minori assumono una valenza fondamentale.

A seguito di quanto emerso dall'anamnesi sociale e dall'analisi del contesto del soggetto, **l'Ass. Sociale attiva le risorse** necessarie al sostegno della persona nel caso in cui presenti una condizione di disagio socio-economico e relazionale, tiene i contatti con la rete formale e informale: **il raccordo tra Servizi**, le Comunità terapeutiche e le Cooperative sociali.

Il ruolo dell'Ass. Sociale assume valenza significativa anche nel predisporre, insieme all'equipe curante, **inserimenti in comunità terapeutica di genitori con problemi di dipendenza**, ove la situazione lo necessita.

Dalla nostra esperienza clinica, **la condivisione degli obiettivi terapeutici tra Servizio e Comunità e il costante raccordo sul caso**, si è rivelato

avere ricadute positive sull'andamento del percorso comunitario e del progetto terapeutico.

Del resto tale pratica è ormai consolidata ed è il frutto di anni di collaborazione tra Servizi e Comunità.

- * Sempre nell' ambito dell'equipe curante e nell'ottica della presa in cura multipla, anche gli interventi svolti dalle figure dell' **INFERMIERE** e dell' **EDUCATORE**, hanno una funzione terapeutica nella relazione d'aiuto con i pz , **prima ancora che essere portatori di un ruolo fatto di compiti e mansioni**, e tali figure rappresentano importanti risorse nella realizzazione del progetto terapeutico,
- * Funzioni terapeutiche sono rivestite anche dalla **figura del medico, in primis nella relazione d'aiuto con il genitore dipendente**, oltre che nella valutazione del grado di dipendenza, e nella predisposizione di interventi di detossicazione ambulatoriale o ospedaliera, e nella prescrizione di terapia farmacologica per il mantenimento dell'astensione da sostane e alcol.

Il medico valuta anche la presenza di **eventuali disturbi psichici** associati alla dipendenza per quanto riguarda le situazioni di **pazienti in Doppia Diagnosi**.

In tal caso la collaborazione e la presa in carico del pz. avviene tra SERT E CPS.

- * **TRA GLI INTERVENTI** messi in atto DAL SERT, di cui vi ho accennato, va ricordata la **TERAPIA DI GRUPPO**.

La terapia di gruppo è ritenuta il trattamento d'elezione per produrre un cambiamento nelle persone con problemi di ADDICTION, a secondo degli obiettivi della terapia, sia essa a indirizzo psicodinamico , che cognitivo-comportamentale o psico-educativo.

Laddove sussistono le condizioni cliniche, si propone al paziente la partecipazione a **gruppi terapeutici** con l'obiettivo di raggiungere e mantenere l'astensione da sostanze, rivisitando aspetti del proprio carattere e fragilità di base che sono state causa della dipendenza.

- * Nell'ambito dei nostri Servizi sono state attivate, **diverse tipologie di Gruppi**, sia per soggetti con problemi di dipendenza, , sia per i loro partner, sia gruppi multifamigliari, che per genitori di soggetti con addiction, tutti con l'obiettivo di promuovere il cambiamento del modello comportamentale disadattivo del paziente e della sua famiglia in modo più o meno radicale.
- * Vorrei solo citare al riguardo il **Gruppo per la ripresa delle funzioni – GRF-** per persone con problemi di dipendenza, siano essi genitori con figli minori e non, attuato nei nostri Servizi, secondo il modello di Gruppo proposto da Zucca Alessandrelli del CART di Milano.
- * Il gruppo **GRF** si caratterizza come gruppo ad orientamento psicodinamico, omogeneo per patologia, , di tipo supportivo-espressivo, a tempo determinato.

Vengono inserite persone che si trovano in uno stato di “patogenia” e non ancora di “patologia” rispetto alla diagnosi di dipendenza, ossia in una condizione psichica non ancora irrigidita e stabile, ma fluida che possa rispondere ad un intervento di gruppo a tempo determinato

I componenti del GRUPPO, con l'aiuto del conduttore, interagiscono sulle tematiche della loro fragilità interna, concentrandosi su **Focus terapeutici** relativi

- **all'analisi dei tratti di carattere narcisistici:** come l'ipersensibilità e l'arroccamento, la rabbia e la passività, la svalorizzazione di sé, il sentimento di vergogna e fallimento, i comportamenti a rischio.
- **Il gruppo si pone l'obiettivo di sviluppare la consapevolezza della propria vita emotiva** raggiunta attraverso il rapporto con i pari e il conduttore e
- **allo sviluppo del senso e del valore di sé** come persona e del desiderio di prendersene cura, **CHE TROVA NEL GRUPPO DEI PARI** il contenitore ideale per la messa in comune di sentimenti come la coesione, il sostegno la reciprocità e la diversità.

Questa modalità di funzionamento del gruppo dei pari porterà la persona a sentire il gruppo come un riferimento su cui contare, un oggetto di continuità e stabilità, come uno spazio in cui sentirsi accolti nelle proprie vulnerabilità. E' questa funzione di “**schermo protettivo**” del gruppo che

verrà introiettata e assimilata dal pz e andrà a ricostituire “**un’area pre-oggettuale**” che è stata carente nel suo processo di sviluppo, ma decisiva per la ristrutturazione e la possibilità trasformativa del Sé.

In quest’ottica il **Gruppo per la ripresa delle funzioni, rappresenta un’opportunità terapeutica** per il recupero di quelle funzioni del Sé che i genitori con problemi di dipendenza non sono in grado di attivare da soli e tanto meno di vivere nel rapporto con i figli.

Rappresenta la possibilità di rimettere in movimento nella relazione con i pari e il conduttore le possibilità trasformative del Sé, quel senso di esserci e di funzionare verso una prospettiva di **maggior fiducia nel futuro**, portando nella relazione **la possibilità di una tensione trasformativa**, elemento questo certamente innovativo e sorprendente da un punto di vista affettivo, per pazienti che sono stati oggetto di scarso investimento affettivo. **Questo lavoro porterà inevitabilmente a ricadute positive nella relazione tra genitori e figli e nell’esercizio della loro funzione genitoriale.**

I percorsi terapeutici proposti ai genitori con problemi di dipendenza, prevedono **valutazioni e monitoraggio** dell’andamento **a breve, medio e lungo termine** per VERIFICARE insieme al paziente e nell’ambito dell’equipe, **i risultati raggiunti**, le risorse da riattivare, le difficoltà emerse, le eventuali ricadute e la messa in atto di interventi di prevenzione della ricaduta.

RAPPORTI E ASPETTATIVE TRA SERVIZI

In relazione alle **aspettative reciproche dei Servizi**, del Tribunale per i Minorenni, delle Comunità, coinvolti a vario titolo nel lavoro con genitori dipendenti,

- * vorrei far riferimento ad un TEMA, nel quale si intrecciano rapporti e aspettative tra Servizi, che si iscrivono nella **dimensione della complessità** di cui vi ho parlato.

1. Mi riferisco alla SEGNALAZIONE da parte del SERT ai SERVIZI SOCIALI O AL TRIBUNALE PER I MINORENNI di quelle situazioni in cui lo stato di dipendenza rappresenta una condizione di pregiudizio per il minore.

- * Si tratta di casi DI GENITORI DIPENDENTI che spesso giungono alla nostra osservazione perché mossi da condizioni di urgenza di vario genere:
- * di tipo sanitario: per alleviare i sintomi della dipendenza o di tipo sociale : richiesta di un inserimento lavorativo,
- * o perché spinti a rivolgersi al Servizio da famigliari di riferimento.

Nella valutazione diagnostica da parte dell'equipe, si osserva, l'incapacità da parte del genitore di ammettere la corrispondenza tra abuso di sostanze e incuria dei figli, nonché la mancanza di consapevolezza della gravità del comportamento di dipendenza sul benessere dei figli.

Si evidenzia una scarsa motivazione al cambiamento e resistenze al trattamento. A ciò si possono associare condizioni socio-economiche precarie e non garantenti il benessere familiare, la presenza di patologie organiche o alcolcorrelate, e talvolta la presenza di pendenze penali che compromettono il quadro generale,

In alcuni casi si assiste a una **vera e propria negazione del problema** che **diminuisce la possibilità di costruire un'alleanza terapeutica** e una motivazione al cambiamento, non essendo lo stesso pz. in grado di riconoscere di avere un problema di dipendenza.

Non viene accolto l'aiuto proposto dal Servizio, a causa di aspetti interni autodistruttivi, ma svalorizzato e attaccato, rendendo complessa la presa in carico.

- * Dopo una prima valutazione della situazione, che cerca di coniugare celerità e completezza , l'EQUIPE DEL SERT SEGNALA la situazione al SERVIZIO Sociale del territorio, in quanto si prefigura una condizione di pregiudizio per il minore.

In accordo con i colleghi del territorio, valutato il caso, si provvederà congiuntamente ad una **segnalazione al TM mirata alla tutela del minore**, in considerazione del fatto che i genitori dello stesso non sono in grado di svolgere tale funzione.

- * La segnalazione, ha anche lo **scopo** di consentire agli **operatori la legittimazione del loro intervento**, e favorire un processo di comprensione e di sostegno della situazione segnalata.
- * si concretizza sempre quando si ravvisano condizioni di pregiudizio, e con la consapevolezza, da parte dell'equipe curante, che vi possano essere delle risorse da attivare a carico dei genitori con problemi di dipendenza, al momento non utilizzate e che necessitano di un aiuto per essere riattivate.
- * **In questi termini la segnalazione si propone di assumere un valore terapeutico, di cambiamento degli aspetti psico-socio-sanitari relativi alla condizione del genitore con problemi di dipendenza, non certo come un elemento a connotazione punitiva o colpevolizzante, come talvolta viene vissuto dal paziente.**

L' **AVVIO DI UNA SEGNALAZIONE** da parte del Sert pone innanzitutto gli operatori di fronte al loro dovere di segnalazione di situazioni a rischio per il minore e può rappresentare per il genitore l'avvio di una presa di coscienza difficile e laboriosa che lo metta di fronte ai propri limiti e alla propria necessità di cura.

- * Tuttavia tale operazione non è indolore, poiché rappresenta per il pz. il passaggio da un contesto spontaneo più o meno esplicitato di cura, anche se problematico, ad un **contesto coatto** che modifica i rapporti tra utente e Servizi e il loro significato, vedendo allo stesso tempo la presenza di più attori coinvolti nel caso.
- * In questo iter di segnalazione da parte del Servizio, si cerca sempre un'alleanza terapeutica e **il coinvolgimento del paziente e del nucleo familiare**, in modo da offrire loro uno spazio in cui siano esplicitate le motivazioni della segnalazione, il livello del controllo e quello della

relazione, quali sono i compiti dei servizi e i loro ruoli di aiuto, per stabilire e mantenere una condizione di fiducia e sostegno.

- * Non sempre questo risulta facile e scontato, ma spesso va costruito proprio nell'ambito della **relazione terapeutica**, partendo dai vissuti punitivi e di colpa che i pazienti portano con Sé, insieme alle rabbie persecutorie vissute nei confronti del Servizio e agite spesso per lunghi periodi.

- **LA SEGNALAZIONE e l'intervento del TM**

rappresenta per i genitori la possibilità di perdita del figlio, ma al contempo un'opportunità di aiuto e una reale possibilità di affrontare la loro condizione di dipendenza. In alcuni casi è come se il problema della propria dipendenza venisse veramente visto per "la prima volta" con occhi critici e sentito come sofferenza dando avvio ad una presa di coscienza della necessità di cura di Sé.

- * **la coazione al rapporto con il Servizio per le Dipendenze**, nella forma della prescrizione da parte del Tribunale, può costituire **una risorsa oltre che per i genitori anche per gli operatori**, i quali potranno meglio definire il contesto di aiuto e controllo in cui operare e sostenere il genitore dipendente ad attivare un percorso di motivazione, dove riconoscere elementi di realtà prima negati, ed intraprendere un reale recupero delle proprie funzioni genitoriali.
- * L'astensione dalle sostanze può rappresentare il primo passo verso il cambiamento e la responsabilizzazione come persona e come genitore, consentendo al soggetto anche la possibilità di avviare un **percorso psicoterapeutico più approfondito**.

2- Oltre ai casi noti al Sert, per cui lo stesso Servizio è il segnalante ai Servizi Sociali o al Tribunale,

- * nella pratica clinica vi sono situazioni in cui il **caso non è noto al SERT e L'INVIO avviene da parte dei SERVIZI SOCIALI**

dove gli elementi di difficoltà del minore sono già stati valutati e gli operatori invianti riscontrano una problematica di tossico o alcol dipendenza o un sospetto abuso.

- * In questo caso va prestata particolare attenzione alla **modalità di invio**, che dev'essere pensata ed elaborata tra i Servizi che hanno in carico il nucleo familiare e il Sert

Si può motivare il genitore a rivolgersi ad un Sert per ricevere un aiuto, necessario ad affrontare la condizione di dipendenza o di abuso, causa dello stato di inadeguatezza genitoriale, affinché il suo superamento possa condurre ad una soluzione della trascuratezza nei confronti dei figli, o al disagio da essi manifestato.

Non sempre questo invio va a buon fine a causa di **resistenze o negazione** del problema, oppure, nei casi in cui il pz. giunga al Servizio, **non si realizza un aggancio terapeutico** funzionale ad un percorso di recupero.

- * **Il lavoro integrato tra Servizi** permette di **verificare** con puntualità la situazione e **concordare di procedere alla segnalazione** al TM che, come già detto, può mobilitare genitori e coniugi co-dipendenti nelle loro responsabilità, in una cornice di realtà che è appunto quella delineata dall' intervento del TM.

3-Viceversa, un'altra tipologia di utenza che si incontra nell'operatività del Sert è rappresentata da quei casi di genitori con problemi di dipendenza, per cui l'invio da parte dei Servizi sociali si traduce in una presa in carico del pz. e del nucleo familiare, entrambi portatori di una domanda d'aiuto che hanno potuto esplicitare proprio con il sostegno dei Servizi Sociali invianti.

In questo quadro che ho cercato di delineare, certamente parziale e non esaustivo delle situazioni che si riscontrano nella pratica clinica di un Servizio per le dipendenze, il trattamento della dipendenza di genitori con figli minori, non si esaurisce nella risoluzione dell'astensione dalle sostanze, ma in un **PROGETTO COMPLESSIVO DI CAMBIAMENTO che vede l'integrazione e la**

reciprocità dei Servizi coinvolti, per costruire una struttura relazionale, di risorse che consenta alla persona dipendente di perseguire un cambiamento nella direzione di una **genitorialità adeguata e lontana dalla condizione di dipendenza**.

- * **Il nostro obiettivo terapeutico**, sia all'interno dell'equipe curante del SERT, come vi ho già accennato, che nei rapporti con i servizi, è quello di operare secondo un'ottica di PRESA IN CURA MULTIPLA del genitore dipendente con figli minori che nei **rapporti tra Servizi si traduce nel sentirsi parte di una rete terapeutica** dove si riconosca il **grado di complessità delle situazioni** trattate e l'importanza delle diverse titolarità dei Servizi, ciascuno con le proprie specifiche competenze, in un'ottica di collaborazione ed integrazione, piuttosto che di delega inconsapevole. E questo non solo per una morale di lavoro integrato, comunque motivata, ma per **ragioni terapeutiche**, data la personalità di chi ha bisogno di usare sostanze per reggere il rapporto con la realtà.
- * **La presa in cura multipla tra servizi rappresenta un contenitore a più voci che sa accogliere ed elaborare gli agiti di questi pz. dando senso all'azione come una modalità di relazione.**
- * **E' all'interno di questa relazione tra servizi e tra operatori/ pz. che si potranno perseguire le possibilità di miglioramento del Sé del genitore dipendente, attraverso la consapevolezza di questi pz. di sentirsi accolti e sostenuti nelle loro fragilità**
- * La possibilità di lavorare all'insegna dell'integrazione, sia all'interno dei SerT, sia con le risorse esterne, tenendo conto della titolarità e del mandato dei Servizi, significa non arroccarsi dietro false tutele della "PROPRIA UTENZA", e saper fronteggiare anche le manipolazioni che questa particolare fascia di pazienti mette in atto, paralizzando talvolta gli interventi e rendendone difficile la gestione.
- * Poter condividere le prassi operative dei singoli Servizi permette, allora, di evitare inutili e dannose contrapposizioni e conseguenti dilazioni di interventi, spesso necessari e urgenti.

Elaborare un progetto terapeutico tra Servizi, nell'ambito di un invio coatto comporta che:

- * tra le figure professionali dell'equipe del Sert, dei Servizi e delle Comunità, quando sussista un progetto di inserimento, si adotti un **linguaggio condiviso, una comunicazione chiara ed esplicita**, per

evitare che **le ambivalenze si traducano sui pazienti** in false illusioni o aspettative non realizzabili, che potrebbero portare a delusioni e involuzioni comportamentali;

- * Nella nostra esperienza è condivisa l'importanza di un **raccordo costante** sui casi, e una **pianificazione delle verifiche**, sia tra le equipe dei Servizi che tra i referenti del caso, per evitare che si inneschino meccanismi di collusione o manipolazioni funzionali da parte dei pz., che possano rendere problematica l'assunzione delle prescrizioni di un Decreto.
- * **Un confronto**, che rappresenti anche lo spazio per saper leggere insieme le **risposte di controreazione** che gli stessi operatori possono mettere in atto, come risposta difensiva inconsapevole alle modalità relazionali di questi pz.

La consapevolezza che lavorare tra Servizi con stili operativi, compiti e missioni diverse non comporti un facile e scontato processo di condivisione, forse può aiutare a considerare questo aspetto come un **elemento da “tenere dentro“ il progetto terapeutico**, cercando di integrare posizioni e valutazioni, che pur da differenti vertici di osservazione, abbiano come obiettivo la tutela del minore attraverso il cambiamento del genitore.

Lavorare, dunque, alla **costruzione di una rete di rapporti e al suo mantenimento**, evitando facili smagliature è **un'aspettativa, ma anche il compito di tutti**.

Penso allora, che il tavolo di confronto di oggi rappresenti già lo **spazio**, come dice il titolo della nostra tavola rotonda, **per una concreta collaborazione**, che pone le basi per una comunicazione interistituzionale che dia **valore agli interventi di ciascuno** e permetta di attivare in maniera rapida la rete degli interlocutori attorno a situazioni problematiche, non dimenticando che tutti noi **condividiamo spesso il peso di scelte difficili ed emotivamente coinvolgenti**.

Maria Angela Abrami
Psicologa, Psicoterapeuta
U.O. Ser.T di Orzinuovi, ASL di Brescia
Mail: maria.abrami@aslbrescia.it