

Gravidanza, neogenitorialità e tossicodipendenza III. Aspetti psicologici e socio-sanitari nell'assistenza alla donna e nella tutela del neonato

Antonella Liverani*, Teresa I. Ercolanese**, Rita M. Pulvirenti**, Enrico Valletta**

*Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche; **UO Pediatria, Ospedale G.B. Morgagni – L. Pierantoni, AUSL della Romagna, Forlì

In questo terzo e ultimo articolo vengono affrontate, attraverso la descrizione di due situazioni esemplificative, le difficoltà che un Percorso Nascita strutturato su una metodologia di lavoro multidisciplinare può trovarsi a dovere gestire per garantire la salute della gestante in stato di tossicodipendenza e del neonato. Viene discussa la necessità di un forte coordinamento tra i diversi servizi socio-sanitari lungo tutto il decorso della gravidanza e di una progettualità attenta e flessibile nel post-parto per favorire lo sviluppo di una corretta genitorialità salvaguardando, allo stesso tempo, il benessere del neonato.

In this third and last paper we describe, moving from two clinical stories, some challenges that a pregnancy assistance program should manage in a multidisciplinary setting to protect the health of the addicted woman and of the newborn. We discuss the opportunity of a strong cooperation between the different health and social services and the need for a careful and flexible project planning that can support the development of a healthy parenthood protecting, at the same time, the wellbeing of the newborn.

Volendo riflettere sulle possibili modalità di approccio e di intervento nei confronti della donna in condizione di tossicodipendenza, in gravidanza e nel post-partum, almeno due sono gli ambiti da considerare. Anzitutto l'importanza di porsi di fronte alla donna in modo non predefinito. È necessario, cioè, che la "tossicodipendenza" non diventi l'elemento dominante in grado di compromettere la capacità del professionista di mantenere un pensiero critico e consapevole, preservando altresì l'attitudine ad accogliere la donna nella sua intenzione e con la sua storia. Il secondo elemento è la possibilità di lavorare integrando i contributi dei diversi Servizi socio-sanitari, perché la progettazione degli interventi tenga conto della complessità e della indispensabile multidisciplinarietà. Risposte articolate e flessibili, quindi, a problematiche assistenziali complesse dove la "tutela", intesa in termini non solo giuridici, assume rilevanza sociale, culturale e sanitaria e riguarda madre e feto, neonato, relazione primaria madre-bambino e genitorialità.

La storia di Elena

Elena ha 22 anni ed è di origini sudamericane. La madre emigra in Italia quando

Elena ha 5 anni lasciandola con il padre e una zia. A 13 anni Elena arriva in Italia per ricongiungersi alla nuova famiglia della madre, che si è risposata e ha avuto un'altra figlia. Il Ser.T la conosce quando è ancora minorenne, accompagnata dalla madre su invio dell'Ufficio Minori della Questura per problemi legati all'uso di eroina. Considerando la grave fragilità e la minore età, a Elena viene proposto un inserimento in Comunità, che accetta e dove rimane fino alla maggiore età. Al rientro in famiglia riprende l'uso di eroina e l'abuso di alcol, acuendo i comportamenti a rischio all'interno di uno stile di vita marcatamente sregolato (condotte aggressive auto- ed etero-dirette, comportamenti illeciti/illegali, frequentazioni e rapporti sessuali promiscui). In questo periodo sperimenta anche due detenzioni per spaccio di stupefacenti. Nella primavera del 2015 Elena inizia una gravidanza che intende portare a termine, senza peraltro includere il padre nel progetto di genitorialità. In questa fase è in trattamento con metadone, ma non segue in modo regolare il programma terapeutico e persiste in condotte altamente trasgressive che mettono a grave rischio la prosecuzione della gestazione, la

propria salute e quella del nascituro. Ammette di non riuscire a mantenere uno stile di vita più regolare e a evitare l'uso di sostanze e di alcol, non esegue con puntualità il monitoraggio ostetrico e gli esami prescritti che rivelano, tra l'altro, una positività per HCV. Elena non mostra forme di interessamento e coinvolgimento nel rispetto del bambino che dovrà nascere e rifiuta un possibile ricovero volto alla disintossicazione. Nei confronti degli operatori assume atteggiamenti provocatori e scarsamente collaboranti.

Verso il 6° mese di gravidanza, il Ser.T concorda con Elena l'inserimento in una Struttura COD (Centro di Osservazione e Diagnosi) finalizzato alla disintossicazione e al mantenimento dell'astinenza da alcol a tutela e fino al termine della gravidanza. Il lavoro diagnostico delinea un disturbo psichiatrico con personalità borderline dai tratti istrionici e antisociali (labile moralità e discontrollo degli impulsi) e si conviene con la donna per un parto cesareo programmato. Anche durante il ricovero in COD Elena manifesta condotte impulsive con fughe (e positività per cocaina) e successivi rientri volontari. Si rende necessario quindi un passaggio di ricontrattazione con il Ser.T e a questo punto Elena si pone finalmente in termini più critici e motivati, mantenendo da lì in poi una migliore adesione alle prescrizioni.

Per scarso accrescimento fetale, partorisce alla 35ª settimana. La proposta di allattare al seno, anche come elemento di protezione nei confronti di una possibile sindrome astinenziale neonatale, viene rifiutata dalla donna per la consapevolezza di non poter garantire l'astensione da alcol e sostanze. Tuttavia, già nelle prime fasi del puerperio, manifesta un buon interessamento nei riguardi del bambino e si rende progressivamente autonoma nell'accudimento e nella nutrizione, affidandosi alle indicazioni della infermiere. Durante la permanenza in

Neonatologia gestisce correttamente un paio di uscite in permesso, rientrando puntualmente e in buone condizioni. Al momento della dimissione, a sostegno della genitorialità di Elena e del suo percorso terapeutico, si organizza, in sinergia con gli altri servizi, la transizione presso una Comunità terapeutica madre-bambino.

La storia di Valeria

Valeria ha 27 anni. La presa in carico da parte del Consultorio avviene alla 26^a settimana di gravidanza. La richiesta iniziale è di interrompere la gravidanza – scelta non più possibile considerata l'età gestazionale – ma è disponibile a considerare anche la possibilità di un abbandono alla nascita.

La gravidanza si colloca all'interno di una tossicodipendenza attiva e nota al Ser.T da quando, due anni prima, i genitori di Valeria, divenuti consapevoli del suo stato di dipendenza, le hanno imposto di rivolgersi al Servizio. Tuttavia la motivazione al trattamento si mantiene altalenante, se non esplicitamente refrattaria, anche di fronte alla gravidanza. Il compagno è anch'esso seguito al Ser.T da diversi anni. Nella storia di quest'ultimo emergono svariati ingressi in Comunità, alcuni con buon esito anche se recidivanti, che finiscono con il cronicizzarne la condizione patologica. Nonostante la buona volontà, si denota una profonda fragilità strutturale che si manifesta soprattutto al di fuori dei contesti protetti. La coppia si è formata da circa un anno, è in una condizione di grave precarietà e conduce uno stile di vita altamente sregolato con condotte antisociali. Entrambi sperimentano la detenzione.

Valeria affronta il programma terapeutico con un atteggiamento acritico e accondiscendente, senza mostrare un'autentica motivazione. Appare compiacente alle richieste dei genitori che regolarmente la accompagnano ai controlli ma mantiene in sé il forte desiderio di non interrompere il rapporto con la sostanza. L'atteggiamento in riferimento alla gravidanza è distaccato e indifferente. I suoi genitori, al contrario, appaiono partecipi ed esprimono direttamente al Servizio Sociale la loro disponibilità a rendersi responsabili del bambino sia in termini economici che di accudimento. Valeria partorisce in analgesia alla 35^a settimana. Il neonato viene ricoverato in Neonatologia, soprattutto per sorvegliare un'eventuale sindrome astinenziale che peraltro non si verifica. La scarsa affidabilità materna riguardo alla recidivanza nell'abuso di sostanze rende opportuno l'allattamento artificiale. Durante il ricovero e in accordo con il Servizio Sociale, il

bambino viene riconosciuto da entrambi i genitori. In questo periodo, il programma di trattamento della madre è direttamente gestito dal Ser.T, i cui operatori la incontrano in Ostetricia mantenendo i contatti anche con il personale ostetrico. Un tentativo di manipolare le urine raccolte per l'esame tossicologico dà la misura della scarsa motivazione della donna ad affrancarsi dalla dipendenza.

Lo sviluppo della relazione primaria è caratterizzato dallo scarso investimento materno che non si esprime con un interessamento mirato sui bisogni del bambino, quanto piuttosto con un'attenzione su aspetti secondari e più superficiali. Prima della dimissione viene discussa la possibilità di una pianificazione delle future gravidanze e viene applicato un dispositivo anticoncezionale sottocutaneo.

Considerando la grave fragilità della coppia, il Servizio Sociale inoltra una segnalazione in Procura e definisce, insieme ai neogenitori, un progetto che includa i nonni materni a sostegno e protezione del bambino. In accordo con il Ser.T stabilisce anche il programma di verifiche sul percorso terapeutico. Dopo la dimissione protetta a domicilio con la corresponsabilizzazione dei nonni, il progetto deve confrontarsi con la scarsa adesione della coppia al percorso terapeutico e con una nuova detenzione del padre del bambino. A questo punto la madre accetta l'inserimento in Comunità terapeutica mentre il bambino viene affidato ai nonni materni.

La complessità delle situazioni e il coordinamento delle azioni

Nella vicenda di Elena emerge il concretizzarsi di azioni sinergiche di più Servizi socio-sanitari e del Terzo Settore che hanno contribuito a una progettualità complessa e multidisciplinare. Il Ser.T, nella sua funzione specialistica, ha mantenuto la continuità del rapporto terapeutico con la donna attraverso i diversi contesti (il COD, l'Ostetricia e la Neonatologia, la Comunità terapeutica). Il Servizio Sociale ha operato a salvaguardia del rapporto madre-bambino in un ambito protetto che sostenesse la genitorialità, pur in una situazione di grave fragilità personale. L'Ostetricia e la Neonatologia hanno gestito il parto e la degenza integrandosi con il Ser.T e con il Servizio Sociale per il monitoraggio del programma terapeutico e del percorso di tutela. Le Comunità che si sono susseguite nel pre e nel post-partum hanno fornito validi contenitori in grado di osservare e accompagnare Elena in questa prima fase della sua genitorialità. La pianificazione dei diversi tasselli operativi ha trovato

voce al tavolo dell'Equipe Multidisciplinare dove i servizi coinvolti hanno portato ciascuno la propria lettura dei bisogni, integrandola in risposte che tenessero conto di una valutazione condivisa.

Nel caso di Valeria, l'integrazione dei Servizi socio-sanitari si è realizzata con tempi e modalità diversi e (solo) apparentemente non sinergici. La complessità del funzionamento multidisciplinare prevede infatti la capacità di gestire l'operatività di ciascun Servizio, mantenendo salda la cornice entro cui ogni intervento si colloca e si integra. In questo caso il Ser.T aveva già un'approfondita conoscenza di entrambi i genitori, mentre il Servizio Sociale si avvicinava solo nel momento della gravidanza alla prima presa in carico della coppia. D'altra parte, l'Ospedale che si trova ad agire nel tempo circoscritto della degenza, ha tempi operativi molto rapidi ma che devono comunque condensare tutte le azioni necessarie per realizzare una dimissione protetta. Tutti i passaggi richiedono quindi forte integrazione ma anche rispetto dei tempi operativi dei diversi Servizi. Questa integrazione non può che realizzarsi attorno al tavolo multidisciplinare, dove convergono i diversi punti di osservazione, si definiscono i passaggi operativi e si prevedono i tempi esecutivi [1-3].

La dipendenza che può "intossicare" la maternità: tra rischi e potenzialità

Come abbiamo visto, il mondo della dipendenza può caratterizzarsi per condizioni di vita malsane, fondate spesso su condotte e comportamenti antisociali, nei quali la capacità riflessiva e adattiva è sostituita da un'impulsività che non lascia spazio al processo di mentalizzazione [4]. Inoltre, la condizione di tossicodipendenza si accompagna talora a un disturbo psichico che complica ulteriormente il contesto ed eleva il rischio di condotte antisociali [5]. Di fronte a quadri così complessi e ormai organizzati ci si confronta con un funzionamento patologico già strutturato o che tende a strutturarsi e che contempla l'eventualità di importanti momenti di esacerbazione.

Le relazioni di coppia sono spesso connotate da tratti di grave instabilità e vulnerabilità, dove la gravidanza si colloca in uno spazio "non pensato". Le istanze affettive ed emotive sono tendenzialmente immature e la stessa gravidanza appare come un agito e l'arrivo del figlio è l'imprevisto. Paradossalmente, il bambino incarna in sé un significato idealizzato salvifico e non c'è spazio per l'impegno e la responsabilità che questo cambiamento comporta. La gravidanza può assumere quindi una valenza "narcisistica" a compensazione dei vuoti materni ed essere vissuta come intri-

sa di significati risolutivi, dove “il bambino salva la madre” o come forma di “risarcimento” e “riparazione” del fallito rapporto con le proprie figure primarie. Ancora, può essere percepita esclusivamente nella sua concretezza, come condizione fisica stressante, dove la scarsa mentalizzazione la riduce a un mero mutamento fisico e, impedendo un valido processo evolutivo, non consente neppure l’insorgere di un compiuto sentimento di maternità. Frequenti sono le donne che si trascurano prima e nel corso della gravidanza e che hanno scarsa capacità di dare un senso alle proprie trasformazioni fisiche.

La regressione psichica che la madre sperimenta durante la gravidanza e dopo il parto per contattare il “Sé bambina” e la relazione primaria con la propria madre – passaggio necessario per attivare quelle corde emozionali che le consentiranno di entrare in contatto con il proprio bambino – in casi così compromessi rischia di “cadere nel vuoto”. Nella storia di queste pazienti troviamo rapporti affettivi difficili e ambivalenti, dove quelle corde emozionali sono molto fragili o rotte. Eventi traumatici, relazioni trascuranti, difficoltà nell’organizzazione e nella rielaborazione della propria storia minano la struttura del Sé. Questo si traduce in modalità di funzionamento dominate da impulsività e mancanza di controllo, passaggio all’atto e scarsa capacità di pianificazione che si manifestano anche con una profonda diffidenza nei confronti delle Istituzioni. Tutti questi elementi sono da considerarsi poten-

ziali “agenti tossici” che, in modo pervasivo, influenzano la relazione con il bambino intaccando la costruzione della sincronia della diade, funzione fondamentale che autoregola le reciproche interazioni madre-bambino e sulla quale poggia tutto il processo di attaccamento primario [6-8].

La complessità di questi elementi ci pone di fronte a una condizione in cui la salvaguardia della salute richiede un approccio – sia nei confronti della donna che del feto-neonato – che non può esaurirsi nel consueto lavoro clinico, ma che deve necessariamente protendersi verso il sostegno e l’accompagnamento alla maternità e alla genitorialità come fattori di salute psicologica e di tutela sociale. Gestire la complessità significa, soprattutto, lavorare in equilibrio tra i rischi e le potenzialità, perché, se da un lato è necessario prevenire i possibili danni, dall’altro è doveroso dare la possibilità che le risorse della donna trovino valorizzazione nel processo della maternità e della genitorialità. Ed è qui che l’integrazione socio-sanitaria e la sinergia delle diverse professionalità consentono di lavorare sulla prevedibilità dei bisogni, la ricerca delle migliori soluzioni e la condivisione del percorso dedicato. È una forma di accompagnamento nel quale non c’è interruzione di presa in carico ma una continua integrazione delle parti all’interno di nuovi scenari che danno coerenza alle proposte e puntano a colmare la diffidenza nei confronti delle Istituzioni. Sono la coesione e la compattezza tra i Servizi che restituiscono alla donna e/o alla coppia una

condizione di maggiore stabilità e fanno sì che i singoli interventi possano venire accolti come forme di aiuto, piuttosto che come interventi di controllo.

✉ enrico.valletta@auslromagna.it

✉ antonella.liverani@auslromagna.it

1. Bertozzi N, Inostroza N, Balzani V, Martino F (a cura di). La nascita colora la vita. Azioni e progetti intorno al Percorso Nascita nel territorio forlivese. Franco Angeli, 2012.
2. Liverani A, Ercolanese TI, Valletta E. L’Equipe Multidisciplinare in ambito materno-infantile: uno strumento di intervento socio-sanitario integrato. *Quaderni acp* 2014;21:260-3.
3. Liverani A, Massa L, Ercolanese TI, et al. La gravidanza nell’adolescente: perché dobbiamo e come possiamo prendercene cura. *Quaderni acp* 2015;22:241-4.
4. Bignamini E, Bombini R. Considerazioni sul pensiero e sul linguaggio delle tossicodipendenze. *Medicina delle Tossicodipendenze* 2003;11(38).
5. Di Giannantonio M. La doppia faccia della doppia diagnosi. Franco Angeli, 2008.
6. Ammaniti M, Pazzagli C, Speranza AM, Vimercati Sanseverino L. Attaccamento e sistemi regolativi nelle tossicodipendenze. In: Fava Vizziello G, Stocco P. Tra genitori e figli. La tossicodipendenza. Masson, 1997.
7. Crittenden PM. Nuove prospettive sull’attaccamento. Teoria e pratica in famiglie ad alto rischio. Guerini e Associati, 1994, pp 31-60.
8. Fava Vizziello G, Leo MG, Simonelli A. Il destino delle madri, la tossicodipendenza nei figli. In: Fava Vizziello G, Stocco P. Tra genitori e figli. La tossicodipendenza. Masson, 1997, pp. 383-412.

Ringraziamenti

Accompagnare e sostenere queste donne non sarebbe possibile senza il costante coordinamento dei Servizi dell’AUSL della Romagna e del Comune di Forlì e del Terzo Settore, diretti da Edoardo Polidori (Ser.T), Licia Massa (Consulitorio), Anna Maria Baldoni (Pediatria di comunità), Celestino C. Bertellini (UO Ostetricia-Ginecologia), Maria Teresa Amante (Servizio Sociale, Area Tutela Minori) e Nadia Bertozzi (Centro per le Famiglie). Preziosa per competenza e sensibilità la collaborazione di Tamara Fanelli (Ufficio Minori, Questura di Forlì-Cesena). A loro, ai loro collaboratori e a tutto lo staff dell’UO Pediatria va la nostra riconoscenza.