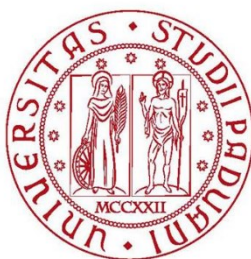


UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA
DIPARTIMENTO DI SCIENZE POLITICHE, GIURIDICHE
E STUDI INTERNAZIONALI

Corso di laurea *Triennale* in Servizio Sociale



TOSSICODIPENDENZA E MATERNITÀ:
fattori di rischio e protezione nel lavoro del servizio sociale

Relatrice: Prof.ssa Barbara Segatto

Laureanda: Camilla Baratto
matricola N. 2013460

A.A. 2022 – 2023

INDICE

INTRODUZIONE	3
CAPITOLO I	5
1.1 Definire la tossicodipendenza.....	5
1.2 La tossicodipendenza al femminile.....	8
1.3 Fattori di rischio nello sviluppo della dipendenza al femminile.....	10
1.4 Conseguenze delle sostanze d'abuso in gravidanza.....	12
CAPITOLO II	15
2.1 Definire la genitorialità.....	15
2.2 Genitori tossicodipendenti.....	18
2.3 Le caratteristiche della donna dipendente in gravidanza.....	20
2.4 Il ruolo paterno.....	22
2.5 Il ruolo della famiglia.....	24
2.6 Gli esiti perinatali sul neonato.....	25
2.7 Gli esiti a lungo termine sul minore.....	28
CAPITOLO III	31
3.1 Il ruolo dei servizi sociali.....	31
3.2 L'importanza di un lavoro integrato.....	32
3.3 La presa in carico durante la gravidanza.....	33
3.4 I possibili interventi alla nascita del bambino.....	36

3.5 Punti di forza dell'intervento dei servizi.....	40
3.6 Criticità riscontrate negli interventi dei servizi.....	42
CONCLUSIONI	45
BIBLIOGRAFIA	47

INTRODUZIONE

Il presente elaborato è incentrato sul tema della genitorialità nei casi che riguardano persone tossicodipendenti e le relative conseguenze nei confronti dei minori, verso il quale i servizi socio sanitari mettono in atto programmi di prevenzione e intervento con l'obiettivo di assistere i genitori nella gestione della situazione di dipendenza e nello sviluppo delle competenze necessarie, tenendo sempre presente che al centro dei progetti di aiuto messi in atto deve esserci il benessere e la protezione del minore. L'obiettivo è definire gli elementi utili a comprendere le motivazioni per cui attualmente risulta necessario ampliare la ricerca e la conoscenza relativa a questo particolare fenomeno, evidenziando la necessità di implementare la programmazione di interventi preventivi di presa in carico e percorsi terapeutici di recupero specifici e personalizzati.

Per quanto riguarda la struttura della tesi, si suddivide in quattro principali capitoli che, con l'ausilio della letteratura di riferimento, propongono una visione d'insieme su alcuni degli aspetti principali del Disturbo da Uso di Sostanze, ponendo l'attenzione sulle caratteristiche e le conseguenze di tale problematica nei confronti di genitori tossicodipendenti e, nello specifico, donne che vivono la maternità, considerando gli esiti a breve e lungo termine sulla prole.

Nel dettaglio, all'interno del primo capitolo si introduce il tema della dipendenza, le particolarità che caratterizzano il consumo nel genere femminile e nelle donne in gravidanza e i fattori favorevoli allo sviluppo di tale problematica, concentrandosi sulla dimensione della famiglia di origine, della figura del partner e del contesto sociale di riferimento.

Il secondo capitolo inizia introducendo il tema della genitorialità e le caratteristiche che contraddistinguono le famiglie in cui sono presenti genitori tossicodipendenti, per poi proseguire con un approfondimento sulla visione che la società ha nei confronti della

presenza contemporanea di condizioni quali la maternità e il Disturbo da Uso di Sostanze. Nella seconda parte del capitolo si pone l'attenzione sul ruolo del padre e della famiglia d'origine nei confronti del nascituro e le conseguenze che la presenza o la mancanza di tali figure possono portare al benessere della diade madre-bambino e allo sviluppo del minore. Si pone infine l'attenzione sulle problematiche perinatali dei bambini venuti a contatto in utero con le sostanze, per poi evidenziare come gli esiti del DUS della madre possano ripercuotersi per tutto l'arco della vita dei figli, con conseguenze oltre che sanitarie, anche relazionali, comportamentali/cognitive e sociali.

Il terzo, e ultimo, capitolo dell'elaborato è incentrato sui diversi interventi di lavoro integrato che i servizi socio-sanitari possono avviare durante il periodo della gravidanza e del post partum nei confronti delle donne dipendenti e delle famiglie: in tali situazioni è importante impostare un lavoro sinergico che tenga in considerazione la multifattorialità e la complessità delle storie che vanno approcciate dai professionisti fornendo sostegno e accompagnamento ai genitori e tutelando i minori coinvolti, in modo tale da evitare risvolti negativi nel tempo. Verranno, infine, presentati i punti di forza e di debolezza riscontrati nel tempo relativamente all'operato dei servizi sociali, nel territorio nazionale, nei confronti dei genitori tossicodipendenti e i loro figli.

CAPITOLO I

Uso di sostanze, gravidanza e maternità

1.1 Definire la tossicodipendenza

La tossicodipendenza in Italia è divenuta un fenomeno di interesse pubblico tra la metà degli anni '70 e gli inizi degli anni '80, quando si sviluppano le prime ricerche e interventi specifici sull'argomento. In questo periodo si diffonde il consumo delle droghe pesanti come l'eroina ed altri tipi di oppiacei, in aggiunta all'utilizzo, già consolidato, di cannabis e droghe psichedeliche, favorendo la nascita della figura del tossicodipendente ritenuto un soggetto infermo e disadattato. Nel corso degli anni '80 e '90 il problema legato al consumo di sostanze si complica con la diffusione dell'HIV, malattia associata spesso al soggetto tossicodipendente che lo rende ancor più malvisto ed emarginato dalla società. Negli stessi anni compaiono nel mercato illegale nuove droghe, come cocaina ed ecstasy, sostanze eccitanti che si credeva non creassero dipendenza e la cui distribuzione si espanse, di conseguenza, molto velocemente (Perino, 2013).

L'organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) descrive la dipendenza come una «condizione psichica, talvolta anche fisica, derivante dall'interazione tra un organismo e una sostanza, caratterizzata da risposte comportamentali e da altre reazioni che comprendono un bisogno compulsivo di assumere la sostanza in modo continuativo o periodico, allo scopo di provare i suoi effetti psichici e talvolta di evitare il malessere della sua privazione». In questa definizione rientrano anche le dipendenze senza sostanza, che riguardano comportamenti problematici come il disturbo da gioco d'azzardo, lo shopping compulsivo, la new technologies addiction (dipendenza da internet, social network, videogiochi, televisione, ecc.), diverse nelle manifestazioni cliniche ma per molti aspetti correlate sul piano eziologico e psicopatologico (Ministero della Salute, 2023).

Il DSM-5 (Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali) afferma che «la caratteristica essenziale di un disturbo da uso di sostanze è un cluster di sintomi cognitivi, comportamentali e fisiologici che indicano come l'individuo continui a fare uso della sostanza, nonostante significativi problemi correlati alla sostanza stessa» (DSM-5). La dipendenza comporta difficoltà e danni psico-fisici significativi, e si manifesta con almeno due delle seguenti condizioni, che si verificano entro un periodo di 12 mesi:

- La sostanza è assunta in quantitativi sempre maggiori per periodi prolungati;
- Desiderio persistente della sostanza e tentativi fallimentari di ridurne o controllarne l'uso;
- Utilizzo di gran parte del proprio tempo nella ricerca della sostanza, nel consumo o recupero dai suoi effetti;
- Fallimento nell'adempimento dei principali obblighi di ruolo al lavoro, scuola o casa;
- Forte desiderio della sostanza (craving);
- Uso della sostanza nonostante i persistenti e ricorrenti problemi sociali o interpersonali causati dal consumo;
- Attività sociali, lavorative o ricreative visibilmente ridotte;
- Ricorso alla sostanza anche in situazioni di pericolo, in cui viene richiesta prudenza (alla guida)
- Uso continuativo della sostanza malgrado la consapevolezza di avere un problema di natura fisica o psicologica legata ad essa
- Tolleranza alla sostanza che richiede dosi sempre maggiori per raggiungere l'effetto desiderato
- Presenza di sintomi di astinenza (DSM-5).

La dipendenza è definita dal rapporto che si crea tra il soggetto consumatore e la sostanza d'abuso ed è costituita da più dimensioni: la dipendenza fisica si manifesta nelle crisi di astinenza quando avviene un'improvvisa cessazione dell'assunzione della sostanza e comporta sintomi quali forti dolori in tutto il corpo, nausea e tremori. La dipendenza psichica, invece, interessa il cervello e consiste nell'impellente bisogno di assumere nuovamente la sostanza per ritrovare l'apparente sensazione di benessere derivante dalla stessa (Akers, 1991).

Tale dipendenza può manifestarsi anche molto tempo dopo la completa disintossicazione, a causa dell'esposizione a fattori ambientali o mentali connessi al periodo di consumo (luoghi, persone, cose, e altri).

L' O.M.S. classifica e suddivide le droghe in tre gruppi, in base all'effetto prevalente sul SNC:

1. Le sostanze depressive inducono depressioni del Sistema Nervoso Centrale, sedando o diminuendo l'attività cerebrale. Le principali sono: oppiacei (oppio, morfina, eroina), sedativi (barbiturici e benzodiazepine), sostanze volatili (solventi), alcol.
2. Le sostanze stimolanti attivano ed eccitano l'attività cerebrale. Le principali sono: cocaina (crack se fumata), amfetamine, nicotina, caffeina.
3. Le sostanze psichedeliche producono alterazioni nella percezione e comprensione della realtà. Le principali sono: LSD, cannabinoidi, alcuni funghi (es. mescalina, peyote), ecstasy.

Tanto più velocemente la sostanza attraversa la barriera ematoencefalica e raggiunge il SNC, tanto più rapida e intensa sarà la comparsa dell'effetto desiderato che si esaurirà altrettanto rapidamente, determinando nel soggetto il bisogno di assumere nuovamente e sempre più frequentemente, dando inizio alla dipendenza (Righi et al., 2016).

Gli effetti di ciascuna sostanza si manifestano diversamente nelle persone e dipendono da alcuni fattori come:

- il dosaggio e le modalità di assunzione
- il funzionamento cerebrale individuale;
- il tipo di personalità del soggetto;
- lo stato psichico in cui il soggetto si trova in quel momento;
- le conoscenze del soggetto sulla sostanza e sugli effetti che dovrebbe determinare;
- il contesto ambientale in cui avviene il consumo.

Le sostanze stupefacenti possono essere di origine naturale e derivare da piante (semi ed estratti), animali o minerali, e, si possono trovare in natura così come sono (es. foglie di coca essiccate) oppure devono subire leggere modifiche per essere fruibili (es. morfina). Altre sostanze, invece, sono trattate chimicamente in laboratorio: amfetamine, barbiturici e benzodiazepine sono completamente sintetiche mentre eroina, L.S.D. e alcool sono

definite semisintetiche perché hanno un'origine naturale ma vengono sottoposte a lavorazioni chimiche.

Infine, le droghe possono essere suddivise in base al loro inquadramento giuridico in: sostanze legali (alcol, vino, birra, superalcolici etc.) ed illegali (oppio ed oppiacei, cocaina, canapa e derivati, L.S.D. e altri) (Costa e Colloca, 2003).

1.2 La tossicodipendenza al femminile

La maggior parte delle persone che fanno uso di sostanze stupefacenti sono di sesso maschile e per questo gli studiosi, nel corso degli anni, si sono concentrati sulla ricerca delle motivazioni legate all'uso di sostanze e alla loro diffusione focalizzandosi su un'ottica maschile, senza fare alcuna differenza di genere (Malagoli Togliatti, 2003) e supponendo che la conoscenza del fenomeno e della sua evoluzione nella storia dell'uomo potesse essere applicata, allo stesso modo, all'universo femminile.

La motivazione per cui la riflessione teorica e gli interventi clinici si sono limitati a studiare l'universo maschile sono da ricercare innanzitutto nell'inferiorità numerica delle donne che consumano droghe e si rivolgono ai servizi (Molteni, 2011).

La donna tossicodipendente, al contrario di quanto sostenuto in precedenza, si differenzia dall'uomo per alcune caratteristiche specifiche: per prima cosa, hanno una visione negativa del proprio corpo e presentano irregolarità mestruali causate dallo stile di vita e dall'uso di sostanze stupefacenti. Questo si riflette nei comportamenti auto-distruttivi verso il proprio corpo e nella mancanza dell'utilizzo di precauzioni per salvaguardare la propria salute, nei casi in cui venga praticata la prostituzione. Per quanto riguarda l'assunzione di sostanze, le donne consumano maggiormente tranquillanti e sedativi, e, nonostante i quantitativi siano minori rispetto agli uomini, sviluppano più velocemente la dipendenza. Questo comporta l'emergere di maggiori problematiche e rischi, soprattutto nei confronti dei loro figli, nell'eventualità di una gravidanza. Altre condizioni legate al genere che vanno ad influire e complicare la situazione di tossicodipendenza nella donna sono: la svalutazione del proprio ruolo sociale e la sottomissione all'uomo, l'incapacità di prendere decisioni in autonomia, i problemi legati all'ansia e alla depressione, le basse aspettative verso sé stesse e il mondo che le circonda, i bisogni di cura dei loro bambini e i particolari problemi medici (Lupi, 2015).

Negli ultimi tempi, si è assistito ad una crescita di interesse nei confronti della tossicomania femminile, per differenti ragioni:

- la percentuale di donne che soffrono di dipendenza da sostanze è in aumento e l'avvio al consumo nelle nuove generazioni è precoce rispetto alle donne adulte;
- nella maggior parte dei paesi europei è in aumento il numero di donne che fanno uso di sostanze e che, allo stesso tempo, affrontano una gravidanza o sono già madri, nonostante la loro fertilità sia minata da ritmi di vita sregolati e a fattori di tipo sanitario.

Le principali ricerche in merito sono state condotte secondo tre filoni dominanti:

1. Ricerche sull'analisi delle caratteristiche biologiche. Studiano quali sono le caratteristiche biologiche che potenzialmente potrebbero influire sul consumo di sostanze stupefacenti in individui a rischio e, per quanto riguarda le donne, studiano le possibili conseguenze della dipendenza sul sistema endocrino e neurologico. Di particolare interesse sono i problemi legati alla gravidanza e alle conseguenze a breve, medio e lungo termine sulla madre e sul bambino.
2. Ricerche sulle dinamiche presenti nella maternità delle donne tossicodipendenti. La gravidanza implica l'assunzione di un ruolo adulto ma queste donne hanno spesso una scarsa stima di sé, accompagnata da comportamenti depressivi e difficoltà ad affrontare gli eventi maturativi della vita. La maternità è vista in genere come un rapporto idealizzato con il nascituro che, per un certo periodo, sostituisce la dipendenza e consente l'abbandono della sostanza. Quando però tale idealizzazione non avviene, e a seguito della nascita del bambino la madre non ritrova la propria identità e la fiducia in sé stessa, può accadere che riemergano sentimenti negativi e stati depressivi, che inducono ad una ricaduta ancor peggiore nella tossicomania. Per evitare tutto ciò, è necessario garantire una presa in carico della donna già dalla gravidanza e fino ai primi anni di sviluppo del bambino.
3. Ricerche di tipo psicosociale. Si considerano i fattori del contesto sociale che influiscono e determinano il comportamento del singolo individuo. Negli ultimi 30 anni, infatti, le ricerche hanno messo in luce, da una parte, l'importanza della famiglia, del gruppo dei pari e dei processi di emarginazione sociale, dall'altra gli elementi che compongono i contesti detti terapeutici, come l'accesso ai servizi territoriali e alle comunità di cura (Malagoli Togliatti, 2003).

1.3 Fattori di rischio nello sviluppo della dipendenza al femminile

Per comprendere le cause che incidono sullo sviluppo della dipendenza è utile adottare una prospettiva multidimensionale, di tipo bio-psico-sociale che prenda in considerazione un insieme di fattori di rischio di diversa natura, tra cui:

- fattori genetici: trasmissione intergenerazionale, alterazioni nella produzione di neurotrasmettitori endogeni (dopamina), responsabili dei processi legati alla gratificazione e alla ricompensa;
- fattori psicologici: difficoltà nella regolazione emotiva, scarsa tolleranza alla frustrazione e compresenza di psicopatologie (ansia, depressione, disturbo da stress post-traumatico);
- fattori socio-ambientali: trascuratezze infantili, eventi traumatici e mancanza di sostegno familiare, basso status socioeconomico, instabilità abitativa e precarietà occupazionale (Audero, 2021).

Uno dei fattori che incidono maggiormente sullo sviluppo della dipendenza nel genere femminile è la presenza di relazioni intime con un partner anch'esso tossicodipendente. In alcuni casi è proprio il compagno consumatore che introduce la donna all'uso di sostanze, mentre in altre situazioni la nascita di una relazione con un altro tossicodipendente avviene in seguito a periodi di uso solitario (Molteni, 2011). Spesso può accadere che in queste relazioni determinate dalla condivisione della condizione tossicomane, si verifichi, in particolare nelle donne, una dinamica di doppia dipendenza: da una parte dalla sostanza e dall'altra la co-dipendenza dal partner, che solitamente è colui che procura la droga ad entrambi. Gli stati confusionali indotti dall'uso possono influire negativamente sulle capacità di comunicazione e di relazione nella coppia, portando all'instaurarsi di episodi di violenza durante i litigi (Andrews et al., 2011) in cui è la donna a subire maggiori ripercussioni.

Per quanto riguarda la condizione lavorativa di queste donne, rispetto agli uomini esse sono più spesso disoccupate o sottoccupate, svolgono lavori precari o poco qualificati e di conseguenza percepiscono uno stipendio inferiore. La difficoltà di raggiungere un'autonomia economica e lavorativa le rende dipendenti dal partner o dalla famiglia

d'origine e questo può complicare ulteriormente il quadro tossicomaniaco, allontanando la possibilità di chiedere aiuto e ricevere un trattamento di cura (Molteni, 2013).

Considerando poi i fattori ambientali, le ricerche hanno dimostrato che la dipendenza da sostanze si manifesta più frequentemente in donne cresciute in famiglie multiproblematiche, economicamente, psicologicamente e affettivamente instabili, nelle quali lo spaccio e il consumo si accompagnano o sostituiscono all'avvio alla prostituzione, all'accattonaggio e al furto (Malagoli Togliatti, 2003).

In questi contesti familiari può accadere che le donne subiscano, in misura maggiore rispetto agli uomini, abusi fisici e sessuali durante l'infanzia e l'adolescenza. Questi avvenimenti traumatici determinano un maggior rischio per le donne di sviluppare una dipendenza da sostanze, correlata ad altri disturbi di natura psicopatologica come depressione, ansia, autolesionismo, disturbi di personalità (istrionico e borderline) e del comportamento alimentare. È per questo motivo che le ragioni legate al consumo di sostanze psicoattive sono differenti nei due sessi: mentre gli uomini vogliono provare sensazioni forti, vivere esperienze di trasgressione e scoperta, le donne vedono l'assunzione di sostanze come un'auto-terapia, per affrontare situazioni difficili e combattere l'ansia. A questo si lega il fatto che le donne facciano uso soprattutto di sostanze dal potere sedativo (psicofarmaci e oppiacei), prescritte da un medico oppure, il più delle volte, recuperate illegalmente, mentre gli uomini, spinti dalla curiosità, siano più propensi a sperimentare combinazioni nuove e pericolose di diverse sostanze psicoattive (Molteni, 2013).

Un ulteriore fattore determinante nello sviluppo della tossicomania femminile è l'abbandono affettivo, subito dalla donna nell'infanzia, da parte della figura materna, espresso in termini di anaffettività e indifferenza nei confronti dello sviluppo di un legame di attaccamento con la figlia. In alcuni casi, tale disfunzionalità affettiva si manifesta con un'inversione dei ruoli madre/figlia, in cui è la figlia a dover interpretare il ruolo materno fornendo affetto, sostegno e contenimento alla propria madre. Le motivazioni di tali comportamenti sono da ricercare nelle storie di vita di queste madri, in cui sono presenti specifici eventi traumatici che non sono stati elaborati e che sono, a loro volta, legati al rapporto con i propri genitori, la madre in particolare. Tali difficoltà danneggiano la relazione della donna con la propria figlia, impedendole di costruire un legame genuino e profondo (Cirillo et al., 2017).

L'avvio al consumo di droghe da parte della ragazza può avvenire proprio a causa di un rapporto insoddisfacente con la madre e in presenza di situazioni di forte stress e inquietudine.

A seguito della manifestazione di atteggiamenti devianti quali abbandoni scolastici e fughe da casa, la tossicodipendenza rappresenta l'estrema forma di ribellione e provocazione che sancisce la fine degli sforzi da parte della figlia di veder esaudite le sue richieste di accudimento da parte della madre (Lupi, 2015).

1.4 Conseguenze delle sostanze d'abuso in gravidanza

L'aumento delle donne tossicodipendenti in età fertile porta a un incremento di gravidanze ad alto rischio e all'aumento del numero di neonati che presentano problematiche di vario genere prima, durante e dopo il parto. L'uso combinato di più sostanze, noto anche come poliabuso, è una caratteristica comune delle donne che soffrono di dipendenza da sostanze e le conseguenze di tale utilizzo sono, quindi, attribuibili alla combinazione di più esogeni e non ad un solo agente tossico (Righi et al., 2016).

Nelle donne consumatrici, la gravidanza viene spesso scoperta in ritardo a causa di irregolarità del ciclo mestruale, scarsa cura e percezione del proprio stato fisico, controlli prenatali occasionali e stili di vita inadeguati. Di frequente, inoltre, soffrono di patologie infettive legate alle modalità di assunzione delle droghe e alla mancanza di precauzioni nei rapporti sessuali.

Durante la gravidanza, le droghe sono responsabili di problematiche di tipo funzionale con alterazione dei neurotrasmettitori e dei loro recettori nell'ambito dell'organizzazione cerebrale con conseguenze anche a lungo termine sul neonato. Inoltre, possono causare allungamenti, ritardi o distocie durante il parto (Pulvirenti et al., 2016).

Durante la gravidanza, la donna, per il bene del nascituro, potrebbe decidere di cessare improvvisamente l'assunzione di oppiacei. I rischi di tale agito sarebbero estremamente elevati in termini di probabili ricadute e per la possibilità che la sindrome astinenziale possa causare un aborto spontaneo nel primo trimestre o un parto prematuro nell'ultimo trimestre di gravidanza. La soluzione migliore non è, quindi, la disintossicazione ma l'avvio, il prima possibile, di una terapia di mantenimento con agonisti oppiacei quali il

metadone e la buprenorfina, considerati i più sicuri e funzionali in tali situazioni (Righi et al., 2016).

Le conseguenze dell'eroina in gravidanza sono le seguenti: ipoplasia cellulare in diversi organi e apparati, modifica del momento e della qualità della mielinizzazione che altera lo sviluppo degli oligodendrociti, inibisce la crescita dendritica, la migrazione e la ramificazione neuronale. Ciò comporta una riduzione della circonferenza cranica e del volume cerebrale, che influiscono sullo sviluppo cognitivo e comportamentale (Pulvirenti et al., 2016).

L'uso di cocaina, invece, porta ad un incremento delle resistenze vascolari con conseguente riduzione del flusso sanguigno uterino e della quantità di ossigeno a disposizione del feto (Righi et al., 2016). L'ipossia intrauterina e la malnutrizione indotte dalla vasocostrizione determinano un ritardo nella crescita. La cocaina è responsabile di frequenti malformazioni congenite scheletriche, cardiovascolari, urogenitali e gastrointestinali. Può causare microcefalia e anomalie che coinvolgono il SNC e gli organi di senso (l'udito in particolare). Nel neonato i dismorfismi possono configurare la cosiddetta "sindrome cocainica" con allargamento delle fontanelle, glabella prominente, edema periorbitale, brevità della piramide nasale e ipoplasia delle unghie. L'uso frequente di cocaina durante la gravidanza è correlato, anche, all'insorgenza di disturbi neurocomportamentali nell'infanzia.

Per quanto riguarda i cannabinoidi, essi attraversano la placenta e hanno un metabolismo fetale molto lento. Determinano uno scarso accrescimento endouterino e anomalie neurologiche diverse (tremori, irritabilità e ipertono). La cannabis aumenta il rischio di prematurità, basso peso alla nascita e altri effetti teratogeni (Pulvirenti et al., 2016).

Relativamente all'alcol e al fumo di tabacco, a causa della loro legalità, si tende spesso a sottovalutarne la pericolosità, sia da parte della donna consumatrice che dei servizi coinvolti nella cura. L'etanolo è una molecola che attraversa facilmente le membrane cellulari e supera la barriera feto-placentare, per questo, non esiste una quantità "sicura" di alcol che è possibile assumere in gravidanza senza rischi per il feto ed è quindi consigliata l'assoluta astinenza (Righi et al., 2016).

Il fumo di tabacco in gravidanza rappresenta la problematica maggiore che influisce sulla salute dei bambini. Le sostanze contenute nella nicotina attraversano la placenta, causando vasocostrizione e riducendo così il flusso uterino. Il monossido di carbonio si

lega più facilmente all'emoglobina rispetto all'ossigeno, impedendone il trasporto tra i tessuti, e rallentando la crescita del feto con conseguente basso peso alla nascita. Le complicanze ostetriche e perinatali sono riconducibili a quelle provocate dai cannabinoidi e includono: il distacco e la rottura della placenta, l'aborto, il parto prematuro e un aumento della mortalità perinatale. Infine, la nicotina incide negativamente sullo sviluppo del SNC e aumento il rischio di comparsa di deficit cognitivi e neurocomportamentali durante l'infanzia (Pulvirenti et al., 2016).

CAPITOLO II

Genitori tossicodipendenti

2.1 Definire la genitorialità

Il concetto di genitorialità può fare riferimento a molteplici dimensioni e significati, rendendo difficile darne una definizione unica ed esaustiva. Innanzitutto, la genitorialità comprende l'insieme delle funzioni che una madre e/o un padre realizzano per prendersi cura del proprio figlio e rispondere ai suoi bisogni evolutivi, all'interno del contesto socioeconomico e culturale in cui vive la famiglia. Tali funzioni non sono immutabili ma variano nel tempo in base alle necessità, alle caratteristiche del bambino e all'esperienza acquisita (Benedetto & Ingrassia, 2010).

Nella famiglia moderna il figlio acquisisce un ruolo primario e i genitori investono molto nel suo benessere e sviluppo (Zanatta, 2011). Ciò significa che gli adulti sono chiamati ad essere e dimostrare sempre di più per sentirsi all'altezza e potersi definire dei buoni genitori e i figli sono sovraccaricati di aspettative per il futuro.

Quando si diventa madri, o padri, avviene una ridefinizione della considerazione di sé stessi come adulti che comporta in ciascuno differenti reazioni e conseguenze, sulla base delle caratteristiche personali e del contesto e la qualità delle relazioni con il partner e la famiglia di origine.

Ogni genitore instaura con il proprio figlio una relazione di un certo tipo, in base, soprattutto, al legame di attaccamento che si viene a creare a partire dai primi mesi di vita, che è fortemente influenzato dai modelli educativi appresi dal genitore durante la sua infanzia.

Il bambino, a sua volta, contribuisce a plasmare il genitore attraverso le interazioni reciproche e i segnali di bisogno, affetto, mancanza e piacere che rinforzano la relazione.

L'attaccamento è un aspetto essenziale della relazione tra genitore e figlio per garantire la sicurezza e la salute psico-fisica del neonato. Il caregiver è considerato dal bambino una base sicura da cui partire per conoscere il mondo che lo circonda e a cui ritornare nei momenti di difficoltà, per sentirsi rassicurato.

La teoria dell'attaccamento, definita da John Bowlby negli anni '60, afferma che i bambini nascono già in possesso di meccanismi comportamentali finalizzati a favorirne la sopravvivenza come, ad esempio, la ricerca della figura genitoriale di riferimento (o del caregiver di riferimento) nel momento in cui vengono percepiti pericoli esterni o sofferenze interne (malattia, fame, stanchezza, e altro).

Nel corso del tempo il bambino seleziona, tra tutte le interazioni che ha costruito con gli adulti di riferimento, quelle più significative e consolidate che diventano relazioni. Vanno a formarsi, di conseguenza, i Modelli Operativi Interni (MOI), ovvero schemi mentali di conoscenza che consentono al bambino di saper riconoscere e interpretare le relazioni e agire di conseguenza, influenzando anche la percezione che ha di sé stesso.

Ad esempio, un bambino che ha costruito un modello operativo della figura di attaccamento come sensibile, disponibile e attenta ai suoi bisogni, interiorizzerà un modello complementare di sé come degno e meritevole di cure e di protezione.

Le fasi che caratterizzano lo sviluppo del sistema di attaccamento sono le seguenti:

- Prima fase: 0-6 mesi. I bambini appena nati non sono in grado di distinguere le persone tra loro e reagiscono indistintamente al contatto umano. Verso la quarta settimana tendono a sorridere alla vista di un volto umano se ricevono, a loro volta, un sorriso in cambio. La costanza del vedere il viso della madre infonde nel bambino un senso di sicurezza e continuità, indispensabile per la definizione del proprio essere. Nel terzo mese inizia a delinearsi la relazione di attaccamento: il bambino, infatti, distingue le persone e reagisce in modo diverso ad ognuna, in particolare nei confronti della madre piange quando si allontana e cerca il contatto fisico protendendosi verso di lei per essere preso in braccio. Se la mamma risponde agli stimoli del figlio si crea un rapporto reciproco di conoscenza e dipendenza, necessario per lo sviluppo di un attaccamento sicuro.
- Seconda fase: 6 mesi-3 anni. Verso i 7-8 mesi il bambino comincia a dimostrarsi spaventato alla presenza di persone estranee, cercando il conforto e la protezione della madre. L'obiettivo del bambino in questa fase è scoprire l'ambiente

circostante, potendo contare sulla presenza della mamma, come appoggio sicuro, nei momenti di sconforto e paura.

- Terza fase: dai 3 anni in poi. La formazione della relazione di attaccamento è completa. Con il progressivo sviluppo del linguaggio le interazioni si intensificano e diventano più articolate. Il bambino è in grado di pensarsi come soggetto distinto dai propri genitori, con i propri desideri, obiettivi e risorse. L'attaccamento è presente durante il corso di tutta la vita, nonostante sia meno evidente negli adulti rispetto che negli infanti (Bowlby 1969; 1973; 1980).

A seconda di come l'adulto reagisce alle richieste di cura e protezione del bambino, si verranno a costruire i diversi stili di attaccamento che sono stati classificati da Mary Ainsworth (1979) tramite la Strange Situation, una tecnica di valutazione della relazione tra madre e bambino che prevede l'esposizione di bambini di un anno a condizioni di lieve pericolo (presenza di un estraneo e solitudine), per osservarne i comportamenti.

Dai rilevamenti ottenuti sono stati identificati tre differenti modelli di risposta del bambino nei confronti della figura materna.

Coloro che avevano ricevuto adeguate risposte ai loro bisogni fisiologici ed affettivi si dimostravano gioiosi di ricongiungersi con la madre al termine dell'esperimento, tranquillizzandosi in sua presenza e riprendendo con gioia l'attività ricreativa. Questi bambini vennero classificati come sicuri. Le caratteristiche principali di un attaccamento sicuro sono: autonomia nell'esplorazione dell'ambiente, capacità di comunicare chiaramente i propri bisogni e di trovare conforto nella presenza dell'adulto di riferimento. Vi è quindi un corretto equilibrio tra dipendenza e indipendenza.

I bambini con madri indifferenti alle loro necessità durante la vita quotidiana, nell'esperimento rifiutavano il contatto, evitavano lo sguardo della madre e l'interazione con essa, continuando a giocare indifferenti. Questo tipo di attaccamento, classificato come Insicuro-Evitante, è caratterizzato da una maggiore propensione nei confronti dell'indipendenza, dell'autonomia e della repressione dei propri bisogni, rispetto alla figura genitoriale.

Infine, l'ultima tipologia riguarda i bambini con attaccamento insicuro-ambivalente, che, durante i test, si dimostravano bisognosi di un contatto fisico con la madre ma, allo stesso tempo, opponevano resistenza manifestando rabbia e frustrazione. Questi bambini

risultano incapaci di esplorare in autonomia e di relazionarsi con l'estraneo, provando grande disagio nell'essere allontanati dalla madre e faticando a farsi consolare.

Una quarta categoria, corrispondente allo stile insicuro-disorganizzato, è stata scoperta da Mary Main e Judith Solomon alla fine degli anni '80 (Main e Solomon, 1986). Questi bambini presentano movimenti e comportamenti contraddittori e, nei confronti dell'ambiente circostante, si dimostrano spaesati e disorientati. Tali manifestazioni si osservano solo in presenza del genitore, ad indicare una correlazione con il tipo di legame presente tra i due.

La costruzione di un attaccamento sicuro aiuta a vivere esperienze positive, ad affrontare le difficoltà in maniera costruttiva e adattiva e sostenere relazioni significative. Al contrario, un attaccamento insicuro (evitante, ambivalente o ancor più quello disorganizzato) può incidere negativamente sulla capacità di affrontare le situazioni di stress e difficoltà, mettendo in atto strategie di coping inadatte o comportamenti scorretti e devianti (Mikulincer & Florian, 1999).

Numerose ricerche hanno dimostrato che lo sviluppo di un attaccamento sicuro nell'infanzia rappresenta un fattore protettivo nei confronti della manifestazione di disturbi psicopatologici; al contrario, coloro che hanno costruito stili di attaccamento insicuri, presentano più facilmente problematiche quali problemi di autostima, episodi traumatici in età infantile, abusi fisici, emotivi o sessuali, che influiscono negativamente sullo sviluppo cognitivo ed emotivo della persona, che risulta maggiormente esposta al rischio di soffrire, in età adulta, di un disturbo da uso di sostanze.

2.2 Genitori tossicodipendenti

La più importante problematica neurobiologica determinata dalla tossicodipendenza che condiziona l'esercizio della genitorialità è la presenza di alterazioni nel circuito neurale ricompensa-stress. Nel genitore che soffre di dipendenza, infatti, i circuiti neurali della ricompensa sono attivati al momento dell'assunzione delle sostanze stupefacenti, portando così in secondo piano l'importanza delle ricompense derivanti dalla relazione con il bambino. Per questo motivo, il tossicodipendente si dimostra poco interessato e attento nei confronti dei bisogni del bambino e fatica ad impegnarsi nella creazione di un legame significativo e duraturo.

Di frequente, i momenti caratterizzati dal pianto del neonato, creano un forte sentimento di stress nel genitore, che risponde a tale difficoltà ripiegando sull'utilizzo delle sostanze. La condizione di tossicodipendenza influisce sulla capacità di gestire le proprie reazioni emotive, per questo, nelle situazioni di maggiore irritabilità e tensione, può accadere che il bambino, in risposta ad una sua richiesta di attenzioni, sia vittima di violenze da parte dell'adulto, perché ritenuto troppo esigente.

In questi contesti familiari, in cui i genitori non rappresentano figure di riferimento sicure e affidabili, i bambini crescono senza una guida che garantisca loro le dovute attenzioni e il supporto emotivo che necessitano portandoli a sviluppare, nel tempo, problemi di natura psicopatologica (Anselmucci, 2022).

Un'ulteriore problematica, si lega alla possibilità che le madri con disturbo da uso di sostanze (DUS) passino diverso tempo fuori casa per procurarsi la sostanza, oppure, per portare a termine percorsi terapeutici in comunità, in carcere o in ospedale. La distanza incide sulla creazione e il mantenimento del rapporto madre-bambino e sulla costruzione di una routine quotidiana che possa assicurare stabilità e coerenza.

È inevitabile che un bambino che, nella relazione con il genitore, riceve attenzioni e risposte alle sue richieste in maniera incostante e saltuaria, e sia quindi incapace di prevederne il comportamento, sia portato a sviluppare uno stile di attaccamento insicuro. I genitori tossicodipendenti, in molti casi, risultano essere consapevoli delle loro carenze nei confronti dei figli, infatti, provano sentimenti di colpa, rimpianto e responsabilità nei confronti della loro condizione, e delle conseguenze ad essa associate, che è vissuta come un fallimento dipendente unicamente da sé stessi. La sfiducia nelle proprie capacità può, inoltre, ostacolare la decisione di chiedere aiuto ai servizi e di intraprendere un percorso di recupero delle competenze genitoriali (Giannini e Cassese, 2022).

Per comprendere le motivazioni di determinati comportamenti e modalità di esercizio delle funzioni genitoriali nella coppia tossicodipendente, è necessario tenere in considerazione il fatto che queste persone sono cresciute a loro volta in famiglie problematiche e disfunzionali. La mancanza di modelli genitoriali positivi su cui fare riferimento durante il loro sviluppo è causa dell'incapacità a riconoscere i bisogni e le necessità reali dei propri figli, una volta diventati genitori a loro volta.

In particolare, per quanto riguarda la madre della tossicodipendente, risulta spesso segnata da eventi di vita complessi, traumi ancora irrisolti, legati soprattutto alla famiglia

d'origine, che le impediscono di instaurare un legame soddisfacente con la figlia, risultando disinteressata e trascurante. Il rischio è che questo tipo di comportamento e modello genitoriale si rifletta, in futuro, nelle modalità di accudimento della figlia, divenuta madre, nei confronti del proprio bambino, mettendo in atto ciò che viene definita la trasmissione intergenerazionale dello stile di attaccamento. Per evitare che questo succeda, è importante che il genitore sia consapevole della sua situazione e delle conseguenze subite dal figlio, a causa delle modalità di accudimento inadatte alle sue reali necessità e che si impegni nel risanare tali carenze materiali e affettive (Cirillo et al., 2017).

Secondo la letteratura, il danno nei confronti del minore con genitori tossicodipendente può essere di tre tipi: sanitario, sociale e psicologico. Il danno sanitario si traduce nella possibilità di una crisi di astinenza alla nascita (SAN) o di una trasmissione al feto, da parte della madre, di patologie infettive come l'HIV. Il danno sociale, invece, è rappresentato dai frequenti cambiamenti di contesto abitativo e relazionale che impediscono la possibilità di fare affidamento su punti di riferimento stabili e costanti, in misura maggiore rispetto alle famiglie in cui non è presente la problematica della dipendenza. Inoltre, tale tipologia di danno potrebbe esprimersi nell'esposizione del bambino ai luoghi di spaccio e consumo delle sostanze, in ambienti poco igienici e pericolosi.

Infine, il danno psicologico si riscontra nello sviluppo di stili di attaccamento insicuri, a causa della trascuratezza nei confronti dei bisogni psico-affettivi del bambino e la mancanza di figure genitoriali affidabili e capaci. In alcune situazioni questi bambini fanno da genitori ai propri genitori: tale inversione dei ruoli li rende precocemente autonomi e adulti, tanto che, agli occhi di un osservatore esterno, si dimostrano iperadeguati e controllati, senza problematiche evidenti, in quanto, abituati a nascondere le loro emozioni (Cambiaso, 1999).

2.3 Le caratteristiche della donna dipendente in gravidanza

La gravidanza nella donna tossicodipendente è, spesso, un evento non desiderato e non voluto consapevolmente che la pone di fronte alla necessità di prendere decisioni fondamentali per la propria vita. Quando c'è di mezzo un problema di dipendenza, alcune

di loro decidono di abortire, con la consapevolezza di non potersi prendere cura adeguatamente dei bisogni del bambino, a volte per la mancanza di un sostegno da parte del compagno e della famiglia di origine. Uscire dalla dipendenza, affrontare una gravidanza e crescere un figlio in solitudine non è certamente semplice e mette in particolare difficoltà coloro che già vivono in situazioni complesse (Audero, 2021).

Il fatto che, a volte, la gravidanza venga scoperta in ritardo, a causa della mancanza di attenzione da parte delle donne tossicodipendenti nei confronti della propria salute fisica, può impedire la scelta di interrompere la gravidanza, in quanto, viene superato il tempo limite entro cui ciò è permesso dalla legge. Oltretutto, in queste circostanze, la donna ha poco tempo per metabolizzare e adattarsi alla nuova situazione, sia dal punto di vista fisico che psicologico, e per ricorrere ai trattamenti medici necessari per assicurare il proprio benessere tossicologico e la salute del feto (Liverani et al., 2017).

In alcuni casi, la donna riesce ad immedesimarsi nel suo ruolo di madre e a sentirsi utile per il bambino, nonostante tale consapevolezza sia spesso fragile e potrebbe capitare che la donna, in seguito ad un evento stressante, si richiuda in sé stessa riprendendo l'utilizzo di sostanze. In ogni caso, la donna, più frequentemente dell'uomo, riesce a superare il suo egocentrismo per dedicarsi ai bisogni del nascituro ma spesso rimane da sola. Questo, perché, il maschio tossicodipendente fatica ad accettare l'arrivo di un bambino che, in un certo senso, rappresenta un ostacolo alla relazione con la partner, vissuta in alcuni casi come quella tra una madre e un figlio da accudire (Burrioni et al., 2005).

La gravidanza comporta un momentaneo arresto nello sviluppo della donna, che necessita una ridefinizione del proprio sé, nel passaggio da figlia a madre, e una riflessione sulla propria storia personale, spesso, nel caso di donne tossicodipendenti, caratterizzata da traumi infantili, abusi, violenze e mancanze. È quindi un momento di forte scompensamento che potrebbe sfociare nel consumo di sostanze. La donna che utilizza sostanze durante la gravidanza è, spesso, consapevole dei rischi nei confronti del feto e prova sentimenti di colpa e vergogna, sentendosi incapace di prendersene cura in modo adeguato, soddisfacendone i bisogni fisici ed emotivi. Tali insicurezze allontanano le madri dalla possibilità di rivolgersi ai servizi per chiedere un supporto (Giannini e Cassese, 2022).

Nei casi più favorevoli, l'inizio di una gravidanza rappresenta uno stimolo per la donna ad intraprendere un trattamento terapeutico, decidendo di interrompere il consumo di sostanze per garantire al feto uno sviluppo sano e regolare. Quando questo non avviene,

alla nascita del bambino, la donna affronta le conseguenze dannose arrecate dal suo comportamento negligente, comprendendone la gravità (Stocco et al., 2012).

La gravidanza, inoltre, è un evento che assume un'importante rilevanza socioculturale, le cui caratteristiche dipendono dal periodo storico e dal contesto sociale di appartenenza.

Difficilmente la condizione di tossicodipendente e di madre vengono concepite dalla società come associate e possibili, perché portatrici di due visioni di vita opposte: la maternità è simbolo di prosperità e realizzazione della donna mentre la dipendenza è sinonimo di decadenza, trascuratezza e fallimento personale (Collodi 2000).

La dipendenza femminile risulta essere un comportamento che si discosta totalmente dalle rappresentazioni sociali della maternità e dalle aspettative di ruolo ad essa associate, in quanto, è noto che il consumo di sostanze determini grossi rischi per il feto durante la gravidanza e per il successivo sviluppo psico-fisico del bambino (Molteni, 2011).

La madre viene ipercontrollata da tutti coloro che le stanno intorno, per assicurare che si attenga al suo ruolo, mettendo in evidenza le sue capacità ma soprattutto i suoi sbagli. Sentendosi oppresse dalle responsabilità e dai sensi di colpa potrebbero proiettare la loro frustrazione verso il figlio con atteggiamenti di rabbia e violenza (Tazi-Preve, 2020).

Il forte pregiudizio nei confronti di queste madri, unito al senso di colpa e di vergogna per la loro condizione e la paura di perdere la custodia del figlio, indebolisce la fiducia riposta in sé stesse e le allontana dalla possibilità di chiedere aiuto e di apportare un cambiamento significativo alle proprie vite.

Nella società odierna, l'interesse pubblico si sta spostando, da una visione centrata unicamente sulle problematiche e i rischi della dipendenza nei confronti della famiglia e della società, verso la ricerca di soluzioni e interventi che possano potenziare le risorse della donna al fine di garantirne il benessere.

2.4 Il ruolo paterno

L'interesse dei ricercatori nei confronti della figura paterna che fa uso di sostanze stupefacenti è molto scarso, in relazione agli studi effettuati nei riguardi della tossicodipendenza femminile e delle conseguenze, durante e dopo la gravidanza, sullo sviluppo del bambino.

Per quanto riguarda la madre tossicodipendente, se il bambino nasce con problematiche legate a crisi di astinenza, viene effettuata direttamente dall'ospedale la segnalazione ai servizi sociali, che mettono in atto le procedure previste per tali situazioni.

Se, invece, è il padre ad essere tossicodipendente, il suo ruolo genitoriale non viene considerato una problematica dai servizi, che spesso non effettuano alcuna segnalazione, in quanto si ritiene che basti la presenza di una madre adeguata a garantire il benessere e lo sviluppo del minore.

In Italia, al momento, non esistono programmi specifici di presa in carico per il recupero delle competenze genitoriali rivolti a padri tossicodipendenti, che non siano direttamente legati al percorso riabilitativo della donna, anch'essa dipendente. Questo probabilmente a causa di un pregiudizio condiviso, legato all'idea che il padre, in quanto utilizzare di sostanza, sia completamente incapace di adempiere al suo ruolo genitoriale.

L'uomo con DUS trae beneficio solamente da ciò che ha, su di lui, un effetto immediato e non da ciò che presuppone un'attesa e un rinvio della gratificazione nel tempo.

Inoltre, la memoria a breve termine risulta compromessa e questo incide sulle sue capacità, come genitore, di rispondere costantemente ai bisogni del figlio.

Il bambino, a contatto con questa tipologia di padre, nel caso sia presente una relazione tra i due, apprende e interiorizza una scansione temporale caratterizzata dall'immediatezza, dalla ripetitività e dalla ricerca continua della gratificazione, sviluppando di conseguenza problemi legati all'apprendimento.

Il bambino, inoltre, frequenta gli ambienti legati alla dipendenza del padre, come luoghi di spaccio e consumo o il Ser.D quando è in atto un percorso terapeutico, oppure, può essere vittima di violenza subita o assistita e di maltrattamenti reiterati (Marcomini et al. 2007).

Baisini e Guerri (2008) hanno definito le peculiarità della funzione paterna, rispetto alla figura materna, che riguardano principalmente l'area del linguaggio, dell'intelligenza, della socialità e dell'identità sessuale. La presenza del padre incide su diversi aspetti della vita del bambino, come, ad esempio, il successo scolastico, la relazione con i pari, la curiosità e la scoperta del mondo, lo sviluppo cognitivo e la regolazione comportamentale ed emozionale.

Le funzioni paterne si possono, quindi, raggruppare in tre dimensioni: la funzione protettiva, di separazione e di limite. Per quanto riguarda le prime due, da una parte il

padre protegge la relazione che si crea tra madre e figlio e dall'altra la separa, aiutando il bambino ad aprirsi al mondo e ad instaurare relazioni sociali. Infine, il padre è colui che pone dei limiti nei confronti di quanto è lecito o non è lecito fare e che insegna al figlio ad assumersi la responsabilità delle proprie azioni e decisioni (Baisini e Guerri, 2008).

2.5 Il ruolo della famiglia

La nascita di un figlio richiede una ridefinizione degli spazi e dei ruoli familiari, e comporta un cambio generazionale da genitori a nonni e da figli a genitori. È fondamentale poter fare riferimento su un sistema familiare funzionale che possa dare sostegno ai neogenitori, che risponda correttamente ai bisogni del bambino, promuova modelli positivi di comportamento e sentimenti di gentilezza, affetto e comprensione (Giannini e Cassese, 2022).

Per le donne tossicomani l'arrivo di un figlio prevede, inevitabilmente, l'intreccio delle dinamiche di relazione con le famiglie di origine con quelle della coppia. In situazioni già complesse, la coppia deve, inoltre, impegnarsi nella costruzione di un ambiente familiare consono all'arrivo di un neonato, ricercando un'abitazione adeguata e definendo uno stile di vita appropriato. Può accadere che, non riuscendo a portare a termini tali compiti, i due partner decidano di farsi da parte, chiedendo aiuto ai futuri nonni che acquisiscono, così, la funzione genitoriale durante la gravidanza e alla nascita del bambino, accentuando il senso di inadeguatezza dei loro figli. Da questo punto di vista, la presenza di un legame profondo con la famiglia di origine, se da una parte è certamente un utile supporto dal punto di vista sociale, dall'altra può essere un ostacolo allo sviluppo psicologico della persona. Può accadere, infatti, che i nonni si dimostrino molto propensi a prendersi cura del nipote, rifiutandosi, però, di risanare il legame, spesso conflittuale, con la propria figlia, perché ritenuta immatura e incapace di assumersi le proprie responsabilità. Alla donna non viene data la possibilità di sviluppare le proprie competenze genitoriali e di acquisire il proprio ruolo di madre, finendo così per essere messa da parte. La complessità di queste situazioni richiede un intervento da parte dei servizi orientato non solo sulla diade madre-bambino e sulle risorse a disposizione della donna ma anche sullo sviluppo e sostegno delle relazioni affettive che la circondano,

puntando su un supporto efficiente da parte delle famiglie di origine (Malagoli Togliatti, 2003).

2.6 Gli esiti perinatali sul neonato

La donna tossicodipendente in gravidanza va incontro a possibili complicanze mediche (infezioni di organi e apparati, AIDS, patologie epatiche croniche) e ostetriche (aborto, parto pretermine, danni fetali), legate non soltanto al consumo di sostanze ma anche allo stile di vita sostenuto.

L'eroina, assunta in gravidanza, essendo una sostanza con emivita breve, causa nella madre e nel neonato frequenti crisi di astinenza. Alla nascita, l'interruzione improvvisa del passaggio della sostanza provoca nel neonato la Sindrome di Astinenza Neonatale (SAN), la cui gravità dipende dalla quantità di sostanza assunta dalla madre durante la gestazione (Tibaldi, 2005).

Il bambino in genere nasce prematuro e resta in ospedale per il tempo necessario; dopodiché, una volta a casa, si dimostra difficile da gestire, irascibile, iperattivo, con problemi legati al ritmo sonno-veglia e all'alimentazione irregolare. Questi comportamenti mettono a dura prova la capacità della madre di far fronte ai bisogni del neonato, creando sentimenti di stress e depressione, che possono, nei casi più difficili, alimentare il desiderio di riprendere l'utilizzo di sostanze, mettendo da parte i propri doveri di genitore (Malagoli Togliatti, 2003).

L'eroina e il metadone, utilizzato come alternativa nella terapia, provocano una SAN completa, i cui sintomi sono: tremori, irritabilità, insonnia, pianto insistente, ipertono, iperreflessia e convulsioni. Il neonato presenta sudorazione, sbadigli e starnuti frequenti, febbre, suzione frenetica e scoordinata, vomito, diarrea, disidratazione, scarso aumento ponderale.

La SAN derivante dall'eroina si manifesta poco dopo il parto e permane per pochi giorni, mentre invece, quella causata dal metadone, insorge più tardivamente e i sintomi persistono anche per 4-6 mesi. La buprenorfina, utilizzata in sostituzione al metadone, sviluppa una SAN di gravità e durata inferiori.

La SAN da cocaina e cannabinoidi, invece, si manifesta rapidamente e perdura per breve tempo. I sintomi sono: tremori, disturbi del sonno, iporeflessia, iperreattività e anoressia.

Infine, la SAN da nicotina prevede irritabilità, tremori e disturbi del sonno (Pulvirenti et al., 2016).

Nel 1975 Loretta P. Finnegan mise a punto un sistema di punteggio per valutare la sindrome da astinenza neonatale. Nello strumento sono elencati i segni clinici associati alla patologia nei primi giorni di vita del bambino, su cui gli operatori sanitari devono prestare attenzione, tra i quali:

- rilevazione della sudorazione
- rilevazione della temperatura corporea
- rilevazione della polipnea maggiore a 60 atti al minuto
- rilevazione della presenza di suzione frenetica
- rilevazione di difficoltà all'alimentazione
- presenza di rigurgiti, vomito, diarrea o disidratazione
- pianto inconsolabile, tremori spontanei o provocati, mioclonie e convulsioni generalizzate,
- qualità del sonno dopo il pasto
- congestione nasale
- riflesso di Moro
- abrasioni cutanee
- sbadigli

Dovrà essere rilevata, tramite un punteggio, la presenza o assenza di ciascun item durante le valutazioni effettuate nei tempi prestabiliti, per decidere se attivare un trattamento farmacologico che vada ad arginare la problematica.

Un limite di tale sistema è la differenza riscontrata nelle valutazioni tra i vari operatori che richiede, dunque, una formazione apposita sull'utilizzo della scala Finnegan, in modo da superare la discrezionalità e i pregiudizi nei confronti delle madri tossicodipendenti, che potrebbero influenzare le rilevazioni.

Un'altra difficoltà è legata alla lunghezza dello strumento, che richiede tempi di osservazione piuttosto lunghi, e al fatto che sia stato progettato, inizialmente, per la valutazione dei segni d'astinenza legati agli oppioidi e non alle altre sostanze, nonostante sia stato dimostrato che non siano particolarmente differenti tra loro. L'obiettivo è quello di fare in modo che, nei servizi ospedalieri, ogni unità operativa di nido o neonatologia

preveda l'utilizzo di uno strumento di valutazione standard da utilizzare nei casi a rischio (Apuzzo e Iodice, 2021).

La conseguenza principale legata all'assunzione di alcol in gravidanza è lo sviluppo della Sindrome Feto-Alcolica (FAS) nei neonati. I bambini che ne soffrono presentano caratteristiche facciali insolite come: marcato sottosviluppo della metà inferiore del viso, ponte nasale depresso, labbro superiore sottile, mascella appiattita; occhi taurini e basso attaccamento delle orecchie. Presentano, inoltre, ritardi nella crescita, durante e dopo la gravidanza, e anomalie cardiache. Durante lo sviluppo questi bambini manifestano frequentemente dei disturbi nel comportamento, difficoltà cognitive e di apprendimento (Latt et al., 2009).

La FAS si manifesta nell'1% della popolazione mondiale, spesso con sintomi e malformazioni minori e di vario genere che costituiscono il cosiddetto "spettro dei disordini feto-alcolici" (FASD) (Righi et al., 2016). Le forme meno evidenti di tale disturbo a volte non vengono riconosciute né ricercate dai pediatri, e la sindrome viene diagnosticata solo in seguito alla comparsa di disabilità conclamate. La gravità delle anomalie congenite dipende dalla quantità di alcol assunta, dal periodo gestazionale di esposizione e dalla predisposizione individuale (Pulvirenti et al., 2016).

Le sostanze stupefacenti, l'alcol e la nicotina non possono essere assunte durante l'allattamento ed è necessario astenersi da tale pratica, in caso di prosecuzione del consumo.

L'eroina, assunta attraverso il latte materno, provoca nei neonati tremori, irritabilità, vomito e inappetenza. La cocaina si mescola con il latte causando tachicardia, ipertensione, irritabilità, tremori, vomito, diarrea e convulsioni. Anche i cannabinoidi filtrano nel latte e procurano letargia, ridotta suzione, scarsa crescita, ipotonia, disturbi neurocomportamentali e dello sviluppo motorio. In relazione al fumo di tabacco, le conseguenze del passaggio della nicotina attraverso il latte influiscono principalmente sullo sviluppo neurologico e sul rischio di crisi ipoglicemiche, inoltre, provocano vomito, alterazione del colorito, tachicardia e irrequietezza.

L'utilizzo di farmaci sostitutivi come il metadone e la buprenorfina durante l'allattamento non è controindicato, al contrario, esso sembra ridurre le probabilità di insorgenza e le conseguenze della SAN (Pulvirenti et al., 2016).

Va rilevato, che le madri che allattano sono maggiormente predisposte ad occuparsi del loro bambino, in quanto si crea un legame profondo, che scoraggia l'abbandono del minore, una volta dimesso dall'ospedale.

Nonostante tali evidenze empiriche, in Italia, l'allattamento al seno per le donne in terapia è ancora sconsigliato o, comunque, poco utilizzato come pratica comune. Questo avviene, innanzitutto, perché mancano, nel nostro Paese, operatori specializzati in grado di operare in équipe per coinvolgere le famiglie nei percorsi di recupero dalla tossicodipendenza. Inoltre, la questione, essendo estremamente delicata e potendo influire sul benessere futuro del minore, preoccupa i professionisti che preferiscono non rischiare.

Sarebbe quindi necessario rivedere le modalità di intervento e costruire nuove linee guida per supportare le madri che desiderano allattare al seno e che assumono la terapia metadonica, superando le barriere sociali e i pregiudizi su questa categoria (Carlino et al., 2013).

2.7 Gli esiti a lungo termine sul minore

I figli di soggetti tossicodipendenti hanno maggiori probabilità di instaurare con i loro genitori un legame di attaccamento di tipo insicuro-disorganizzato, caratterizzato dalla mancanza di risposte soddisfacenti ai loro bisogni. Il bambino si sente trascurato, non amato e si genera in lui la paura di essere abbandonato, che lo accompagnerà anche in età adulta, rendendo difficile l'instaurarsi di relazioni significative (Scavo, 2004).

Capita, di frequente, che in queste famiglie il padre sia assente a causa della sua tossicodipendenza o in seguito alla decisione di allontanarsi dal nucleo, provocando nel bambino una forte mancanza fisica e psicologica, durante i periodi più importanti del suo sviluppo.

Questi bambini risultano precocemente adultizzati, assumendo, talvolta, il ruolo dell'adulto al posto del genitore tossicodipendente e sapendo distinguere i momenti di svago, in cui è concesso loro di essere sé stessi, da quelli in cui devono farsi carico della situazione (Andreoli, 1991). Per i servizi sociali è difficile individuare i bambini che vivono queste situazioni perché ad una prima analisi si dimostrano autonomi e competenti. I vissuti di sofferenza tendono a manifestarsi soprattutto durante

l'adolescenza, quando si confrontano con i loro coetanei e comprendono con più consapevolezza ciò che hanno affrontato.

Il figlio di tossicodipendenti potrebbe assimilare i modelli educativi e relazioni disfunzionali appresi durante l'infanzia dalla propria famiglia d'origine, riproponendoli allo stesso modo, una volta diventato genitore (Cirillo et al., 2017).

La trasmissione intergenerazionale dello stile di attaccamento, secondo il modello di causalità lineare, prevede che le relazioni di attaccamento sviluppate dal genitore in età infantile influenzino direttamente le modalità di accudimento nei confronti del figlio e lo stile di attaccamento che andrà a formarsi (Fava Vizziello e Simonelli, 2007).

Diversi studi (Cassibba, 2003; Howes, 2002), hanno smentito questa teoria, mettendo in luce il fatto che il bambino, durante l'infanzia, sviluppi diversi legami e modelli relazionali con altri adulti significativi che possono sostituire, del tutto o in parte, il legame di attaccamento che solitamente si instaura con la madre. La trasmissione intergenerazionale può, quindi, essere interrotta dalla presenza di fattori evolutivi, esperienziali o ambientali a cui gli individui sono esposti nel corso della vita (Fava Vizziello e Simonelli, 2007).

I bambini, in presenza di genitori tossicodipendenti, possono sviluppare deficit anche nell'area sociale, emozionale e comportamentale, perché le figure di riferimento non sono in grado di offrirgli un ambiente di crescita stabile, sano e protetto.

Le più diffuse problematiche riscontrate sono: scarsi risultati scolastici (e conseguente abbandono degli studi), coinvolgimento in risse e furti, ansia, timidezza, disordini alimentari, rabbia, autolesionismo, sintomi psicosomatici (mal di testa, mal di stomaco, ...) e malattie psichiatriche come la depressione o disturbi della personalità.

I fattori di rischio che incidono ulteriormente sulla salute psicologica del bambino sono: basso status socioeconomico del nucleo familiare, presenza di uno o più componenti implicati nella criminalità, mancanza di spazi all'interno dell'abitazione che risulta essere sovrappopolata.

Un'altra caratteristica di questi bambini è la difficoltà a stringere legami di amicizia con i propri coetanei perché non hanno acquisito, durante lo sviluppo, le necessarie abilità sociali e si vergognano di raccontare la loro storia, per paura di essere rifiutati ed esclusi. Una di queste abilità è definita sviluppo emotivo e consiste nella capacità di identificare, comprendere e regolare le emozioni, proprie ed altrui. Sono solitamente i genitori ad

insegnare al bambino come gestire i propri stati d'animo ma questo non avviene nelle famiglie in cui vi sono genitori tossicodipendenti (Anselmucci, 2022).

Per quanto riguarda l'ambiente scolastico, il minore può presentare numerose problematiche come difficoltà di apprendimento, concentrazione, aggressività, autocontrollo e socializzazione. Il bambino si sente vulnerabile, emarginato, giudicato dai compagni e dalle insegnanti e per questo fatica a relazionarsi e confrontarsi, restando in disparte anche nei momenti di condivisione e svago. La mamma tossicodipendente, da parte sua, non è in grado di accompagnare e sostenere il figlio in questa esperienza, sentendosi anch'essa giudicata per le sue mancanze dagli insegnanti e dagli altri genitori, rimanendo estranea al contesto.

Anche al di fuori della scuola le relazioni sociali sono carenti perché, spesso, al bambino non è permesso di invitare amici a casa o di uscire per incontrarli, peggiorando così il suo sentimento di inadeguatezza e solitudine (Lupi, 2015).

CAPITOLO III

L'intervento dei servizi

3.1 Il ruolo dei servizi sociali

In Italia e nel resto d'Europa, a partire dagli anni Settanta, è stata avviata una riflessione significativa sugli interventi attuati in favore di bambini e famiglie che vivono in situazioni di vulnerabilità, che ha portato, in seguito, all'emanazione della legge n. 149 del 28 marzo 2001, che ha affermato il diritto di ogni bambino di crescere all'interno del proprio ambiente familiare. In questo modo, si è sviluppata una nuova concezione che considera il bambino come parte centrale di un contesto più allargato e multidimensionale, all'interno del quale vi sono relazioni significative, come quelle con le figure genitoriali. Questa prospettiva richiede di considerare negli interventi non solamente il benessere e la tutela del minore ma anche, contemporaneamente, la necessità di dare supporto ai genitori e di rinforzare la rete sociale di riferimento.

Gli operatori devono, quindi, prestare particolare attenzione, in fase di valutazione, a riconoscere le reali difficoltà delle famiglie, investendo sulle risorse e le potenzialità presenti, che possono influire sul benessere e lo sviluppo del bambino.

I principi operativi, per chi si occupa di garantire la tutela dei diritti del minore e di fornire, al contempo, un adeguato intervento ai genitori, possono essere così riassunti:

- Individuare le famiglie a rischio (evitando generalizzazioni e pregiudizi), ed effettuare una prima valutazione sanitaria e psicosociale della famiglia, al fine di individuare i fattori di rischio, la natura del problema e porre le basi per il progetto di intervento in un contesto collaborativo.
- Raccogliere informazioni sulle tre principali aree che potrebbero rappresentare un danno per il minore: sanitario, sociale e psicologico e la loro attinenza con la problematica dei genitori.
- Intervenire tempestivamente in presenza di fatti documentati ed accertati, relativamente a danni organici sui minori (incidenti, crisi d'astinenza neonatali,

ingestione di sostanze ecc.), o danni sociali rilevabili, connessi ad incuria, scarsa attenzione all'igiene, all'alimentazione, all'educazione o altro, da parte dei genitori, al fine di evitare che un fattore di rischio diventi un grave danno o un pericolo per il minore.

- Costruire col genitore un rapporto di fiducia fondato sulla comprensione e sulla condivisione dell'esistenza di un danno che il bambino subisce, al fine di porvi rimedio.
- Collaborare con tutti i servizi responsabili del caso in contesti chiari e definiti, coinvolgendo i destinatari degli interventi nelle decisioni che li riguardano.
- Programmare periodici incontri di monitoraggio e condivisione con la famiglia e i diversi servizi territoriali durante l'intera durata del percorso, al fine di accertarne l'andamento (Lupi, 2015).

3.2 L'importanza di un lavoro integrato

A livello nazionale, il riconoscimento dell'integrazione socio-sanitaria nella programmazione ed erogazione dei servizi è avvenuta con la Legge 328/2000 "Legge Quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali", in cui si afferma che il Sistema integrato degli interventi socio-sanitari si realizza attraverso il coinvolgimento di una pluralità di professionisti e servizi, istituzionali e non, ai quali sono attribuiti ruoli, responsabilità, competenze e risorse diverse.

L'aumento del numero di donne tossicodipendenti con figli richiede la progettazione di nuove modalità di presa in carico integrata che coinvolgano, allo stesso tempo, i servizi per le dipendenze e i servizi per la tutela dei minori, con l'obiettivo di supportare il percorso terapeutico della madre, evitando ricadute, e sviluppando le sue competenze genitoriali.

Integrare le diverse modalità operative e le conoscenze ed esperienze dei professionisti dei vari servizi coinvolti, è fondamentale per rispondere alla multidimensionalità e alla complessità delle situazioni con cui ci si confronta (Dal Ben et al., 2021).

L'unione e la coerenza di intervento tra i Servizi permettono alla donna, o alla coppia, di potersi fidare maggiormente, superando la diffidenza verso le Istituzioni, e di poter

contare su un percorso di accompagnamento privo di interruzioni, che possa garantire una maggiore stabilità nelle vite delle persone.

Le équipes multidisciplinari sono lo strumento principale attraverso cui avviene il lavoro di integrazione sociosanitaria: esse operano in sinergia agendo sull'individuazione dei bisogni, la ricerca di possibili soluzioni e la progettazione del percorso di aiuto (Liverani et al., 2017). Il lavoro di équipes è fondamentale per affrontare situazioni multiproblematiche e costruire un efficace progetto di intervento, attraverso il coinvolgimento di diversi servizi e figure professionali, che operano in funzione di un obiettivo comune (Dal Ben et al., 2021).

Nonostante la mancanza di una normativa nazionale che consideri la definizione di progetti di presa in carico integrata per madri con DUS e i loro bambini, di recente, in alcune regioni, sono stati predisposti protocolli operativi e linee guida con lo scopo di coinvolgere, in un unico piano integrato di intervento, tutti i servizi e i professionisti responsabili della cura della diade madre-bambino (Dal Ben et al. 2021).

I principali obiettivi di queste nuove prassi operative sono:

- definire unitariamente le modalità di presa in carico del nucleo familiare;
- condividere e distribuire ruoli e responsabilità ai diversi operatori;
- monitorare e valutare in maniera congiunta l'andamento della situazione;
- intervenire prontamente in situazioni di rischio, mettendo in protezione le persone coinvolte;
- stabilire linguaggi e procedure comuni fra servizi, facilitando la comunicazione tra professionisti e con i destinatari degli interventi (Rapporto Parsec, 2013).

3.3 La presa in carico durante la gravidanza

Nella presa in carico della donna consumatrice durante la gravidanza sono coinvolti tutti i servizi che intervengono per supportare il benessere della diade madre-bambino, tra cui: gli operatori del Servizio per le Dipendenze (medico, infermiere, psicologo, psichiatra, assistente sociale), l'Unità Operativa di Ostetricia e Ginecologia, che si occupa di monitorare la salute della madre e del nascituro durante la gravidanza; l'Unità Operativa di pediatria e il pediatra, che si occupano di tenere sotto controllo lo sviluppo psico-fisico del bambino; il Servizio Sociale della tutela minori, il Tribunale per i Minorenni, se risulta

necessario mettere in atto dei provvedimenti di tutela e, in base ai diversi casi, altri servizi specialistici come la neuropsichiatria infantile e il CSM (Linee Guida Ulss 3, 2020).

Se la donna non è presente nel circuito dei servizi, il compito di rilevare le informazioni sulla situazione e di mettersi in contatto con gli altri servizi territoriali, è del servizio a cui la donna si è rivolta per chiedere un supporto. Se, invece, la donna arriva in ospedale e, solamente nel momento del parto, si viene a conoscenza della condizione di tossicodipendenza, è l'Assistente Sociale Ospedaliero ad occuparsi della raccolta degli elementi necessari per formulare un progetto di presa in carico, in collaborazione con gli altri servizi, e ad effettuare la segnalazione al Tribunale dei Minori, nel caso di positività del neonato alle sostanze (Rapporto Parsec, 2013).

Una volta in carico, sarà necessario definire un progetto personalizzato che tenga conto dei bisogni specifici della donna e del bambino, delle difficoltà e delle risorse presenti nel loro ambiente di vita, tenendo sempre presente la volontà e le opinioni della donna per quanto riguarda il suo futuro. Il progetto deve prevedere obiettivi realistici e raggiungibili e va monitorato periodicamente dall'équipe, adattandolo ai cambiamenti e alle diverse esigenze che possono presentarsi nel tempo (Rapporto Parsec, 2013).

Innanzitutto, durante la gravidanza, gli operatori del SerD si occupano di delimitare e interrompere il consumo di sostanze, avviando una terapia sostitutiva (Dal Ben et al., 2021), che possa prevenire le ricadute, evitare il rischio infettivo e migliorare il benessere della donna e del feto. La necessità di monitorare regolarmente l'assunzione della terapia permette ai professionisti di avere un contatto costante con la donna, creando una relazione di fiducia anche con coloro che si dimostrano inizialmente più insicure e diffidenti.

In seguito, il servizio ospedaliero di Ostetricia e Ginecologia o, eventualmente, l'ambulatorio ginecologico del consultorio familiare, si occuperanno di eseguire gli esami clinici necessari, le visite ostetriche, il monitoraggio dello sviluppo fetale e di predisporre, se necessario, un ricovero ospedaliero preparto.

Nei casi complessi come quelli che riguardano le donne tossicodipendenti in gravidanza, è importante attivare, oltre al monitoraggio fisico, un trattamento psicologico, gestito dal SerD, dal consultorio familiare o dal centro di salute mentale, che preveda dei colloqui volti ad analizzare la richiesta di aiuto, le problematiche presenti e la storia pregressa della donna, o della coppia genitoriale. La madre va aiutata a metabolizzare l'evento della

gravidanza, a sviluppare sentimenti di responsabilità nei confronti della cura della propria salute e di quella del bambino e a riconoscere la sua problematica legata alla dipendenza e alle conseguenze ad essa correlate.

I Servizi Sociali hanno il compito di agevolare la creazione di una rete di sostegno intorno al nucleo familiare che sia di supporto nei momenti di necessità, che comprenda anche i servizi e le strutture del territorio che possono favorire l'evoluzione positiva della gravidanza ed evitare, il più possibile, l'allontanamento del minore (Rapporto Parsec, 2013).

Frequentemente, alla nascita, il bambino viene affidato dal Tribunale ai Servizi Sociali, per questo, è necessario aver instaurato in precedenza una relazione di conoscenza e fiducia con i genitori, in modo da poter concordare con loro il percorso di intervento, gli obiettivi da perseguire, le risorse da mettere in campo e le verifiche da attuare per garantire la tutela del minore (Linee Guida Ulss 3, 2020).

La donna in terapia, nella maggior parte dei casi, nonostante la difficoltà di mettere in discussione sé stessa e la propria storia passata, per il bene del proprio figlio acconsente ad intraprendere un percorso di trattamento in comunità per madre e bambino. Nei casi più complessi, la donna fatica a riconoscere le proprie mancanze e nega i bisogni del bambino, rivolgendosi con rabbia e indignazione nei confronti dei servizi che tentano un approccio di intervento. In queste situazioni, è necessario accompagnare la donna nel prendere coscienza della sua attuale incapacità di svolgere il proprio ruolo materno e della necessità di provvedere, in primis, alla tutela del bambino e all'attivazione di un percorso di recupero.

Il Tribunale dei Minori, in queste circostanze, richiede ai servizi un intervento immediato nei confronti della donna che porti risultati soddisfacenti nel più breve tempo possibile, in quanto il bambino necessita della sua presenza e delle sue cure durante le diverse fasi del suo sviluppo psico-fisico. Questa esigenza, però, può portare a idealizzare il ruolo materno, aspettandosi dei feedback ideali che non corrispondono alla realtà del contesto in cui avviene il percorso di guarigione (Burrioni et al., 2005).

Inoltre, la delicatezza della situazione richiede ai professionisti di intervenire non soltanto sulla diade madre-bambino ma anche sull'ambiente di appartenenza, costituito dalla relazione di coppia con il partner, il sostegno della famiglia d'origine e le risorse a

disposizione che influiscono, positivamente o negativamente a seconda delle caratteristiche, sullo sviluppo del rapporto tra madre e figlio (Malagoli Togliatti, 2003).

3.4 I possibili interventi alla nascita del bambino

La nascita del bambino pone gli operatori di fronte a molteplici tipologie di situazioni che richiedono la messa a punto di differenti progetti nei confronti della diade madre-bambino.

In primis la donna potrebbe aver seguito una terapia di recupero dalla dipendenza durante la gravidanza, arrivando astinente al parto o con un trattamento di mantenimento in corso; oppure il progetto potrebbe non essere stato seguito correttamente o mai cominciato.

In ogni caso, la maggior parte delle volte, il neonato viene ricoverato nel reparto di Neonatologia per tenere sotto controllo le sue condizioni, in caso si manifestino sintomi legati alla positività dalle sostanze. Nel caso venga accertata tale positività o insorgano patologie come la SAN o la FAS, i servizi coinvolti sono obbligati ad effettuare la segnalazione alla Procura della Repubblica presso il Tribunale per i Minorenni (Linee Guida Ulss 3, 2020). Il Giudice Tutelare emanerà, quindi, un provvedimento sulla base delle informazioni ricevute dagli operatori dei servizi e degli interventi messi in atto in precedenza.

Innanzitutto, il minore potrebbe essere collocato presso il proprio nucleo familiare, nei casi in cui i genitori risultino sufficientemente in grado di prendersene cura, con l'appoggio eventualmente delle rispettive famiglie di origine. Perché ciò avvenga, la madre deve aver portato a termine con successo un percorso riabilitativo, senza assunzione di sostanze durante la gravidanza.

Il SerD ha il compito di monitorare il mantenimento della condizione di astinenza della madre, integrando il programma in corso con interventi psicologici, sociali ed educativi, quando necessario. Altri servizi come la Neuropsichiatria infantile e il pediatra di riferimento si occupano di verificare regolarmente le condizioni di salute del bambino, riportando le valutazioni effettuate ai Servizi Sociali Territoriali (Rapporto Parsec, 2013). Questi ultimi fanno da intermediari tra tutti i servizi coinvolti, aggiornando periodicamente il Tribunale sull'andamento della situazione, e occupandosi del percorso di recupero delle competenze genitoriali, del rapporto affettivo, della funzione educativa.

Il provvedimento di affidamento viene messo in atto come soluzione temporanea, nei casi in cui i genitori non siano momentaneamente in grado di assicurare al minore le cure necessarie per il suo sviluppo psico-fisico.

L'affidamento è di tipo intrafamiliare quando il minore viene seguito da parenti entro il quarto grado e non necessita di un provvedimento amministrativo o giudiziario. Il più delle volte sono i nonni ad assumere tale funzione, prendendo il posto dei propri figli come genitori. A volte, può accadere che i nonni decidano di occuparsi del nipote per sentirsi meno in colpa nei confronti della condizione di tossicodipendenza in cui si trovano i loro figli, che viene percepita come un fallimento del loro percorso genitoriale. A sua volta, il genitore del minore si sente inadatto e incapace, avendo in un certo senso fallito sia come figlio che come figura genitoriale.

Queste dinamiche familiari non permettono al bambino di crescere in un clima sereno e costruire relazioni sane e significative.

In questi casi, si opta per un affidamento eterofamiliare del minore, che gli consenta di vivere esperienze positive e di veder soddisfatti i propri bisogni affettivi, potendo contare su adulti capaci e affidabili. La famiglia affidataria, nei casi in cui vi sia un contatto tra le parti, può rappresentare un'importante risorsa di supporto per il nucleo d'origine, anche dopo il rientro del minore nella sua famiglia.

È importante che, durante tutto il percorso, i servizi coinvolti facciano da mediatori, agevolando i rapporti tra le due famiglie, con l'obiettivo primario di garantire il benessere del bambino (Lupi, 2015).

Durante il periodo di separazione, i genitori saranno invitati a seguire le prescrizioni del Tribunale, intraprendendo un percorso di terapia e recupero delle competenze genitoriali, con l'aiuto dei servizi e dei professionisti a disposizione che informeranno, periodicamente, l'Autorità Giudiziaria sugli esiti dei diversi trattamenti in corso.

Al termine dell'affidamento potrà avvenire il rientro del minore in famiglia d'origine oppure si deciderà di predisporre interventi alternativi, in caso di inidoneità dei genitori.

L'adozione è il provvedimento estremo messo in atto dal Tribunale quando viene valutata la completa inidoneità e irrecuperabilità delle competenze genitoriali e il relativo stato di abbandono morale e materiale del minore da parte dei genitori e dei parenti entro il quarto grado. Tale disposizione può avvenire anche subito dopo la nascita del bambino se la

madre si rifiuta di prendersene cura, lo abbandona o non lo riconosce (Rapporto Parsec, 2013).

L'obiettivo primario dell'adozione è trovare una famiglia che si prenda cura del bambino adeguatamente, in un ambiente sano e accogliente.

I servizi sociali hanno il compito di facilitare il distacco tra il minore e i suoi genitori, per attenuare il più possibile il trauma, aiutando entrambe le parti a rielaborare correttamente l'accaduto, favorendo, allo stesso tempo, l'accoglienza e l'integrazione nella nuova famiglia (Segatto e Dal Ben, 2020).

Un'ulteriore tipologia di provvedimento, attuabile nei casi di recuperabilità delle funzioni genitoriali, è l'inserimento in Comunità madre-bambino (Rapporto Parsec, 2013).

Tali strutture prevedono l'avvio di un progetto residenziale di recupero dalla tossicodipendenza, in associazione a interventi volti a migliorare le competenze genitoriali e a garantire il benessere del minore, oppure, interventi per supportare donne dipendenti in gravidanza o donne separate momentaneamente dai propri figli che intraprendono un percorso di valutazione e rinforzo del proprio ruolo materno.

La terapia viene monitorata sia dagli operatori interni alla struttura che dall'équipe dei professionisti dei servizi coinvolti, tramite colloqui periodici.

Le Comunità riflettono il modello della casa e gli spazi sono adibiti appositamente per facilitare le donne nel responsabilizzarsi nei confronti della cura e della gestione del proprio figlio.

Infatti, le mamme dormono in stanza con i propri figli, occupandosene durante la giornata, in particolare, nei momenti più delicati come il risveglio, l'accompagnamento all'asilo o a scuola, la somministrazione dei pasti e l'attività ricreativa. Vengono inoltre mantenuti i contatti verso l'esterno, con i servizi territoriali e di volontariato che si occupano del bambino durante la sua quotidianità (educativi, scolastici, ricreativi, sportivi, e altri).

La Comunità deve, da una parte, garantire il rispetto delle norme e il controllo dei comportamenti della persona, dall'altra, lasciare la donna libera di esercitare sul figlio la propria funzione genitoriale, prendendo decisioni, definendo regole e punizioni e gestendo autonomamente la vita di tutti i giorni.

All'interno della struttura sono presenti diverse figure professionali tra cui: educatori, psicologi, assistenti sociali che lavorano a supporto della madre tramite colloqui individuali e incontri di gruppo.

Durante il percorso vengono coinvolte le famiglie d'origine, affinché siano una risorsa su cui fare affidamento, e il padre del bambino, se presente, con cui verranno organizzati incontri con il figlio e la compagna in modo da potersi confrontare e condividere sentimenti, emozioni, paure e difficoltà.

Al termine della permanenza in Comunità, il progetto prosegue con l'inserimento delle madri e dei figli, in appartamenti in condivisione con altre mamme, in modo da permettere loro di poter lavorare e allo stesso tempo prendersi cura del bambino, con l'obiettivo finale di raggiungere la piena autonomia (Lupi, 2015).

È importante sottolineare che il percorso comunitario non è per tutti e deve essere proposto a fronte di un'accurata valutazione dello stato di salute dei genitori, della loro motivazione ad impegnarsi per migliorare e delle caratteristiche del minore. I figli adolescenti, ad esempio, difficilmente accettano di entrare in Comunità e il delicato momento evolutivo che stanno vivendo scoraggia gli operatori nell'esporsi ai rischi di possibili influenze negative da parte degli altri ospiti presenti. Anche per il genitore è difficile accettare, da subito, l'ingresso in Comunità, sentendosi giudicato negativamente e costretto a seguire un percorso definito da altri. Con il tempo, però, a fronte dei risultati ottenuti nella costruzione di una relazione profonda con il proprio figlio, è in grado di comprenderne l'importanza e l'utilità.

Ogni genitore e ogni coppia possiede le sue particolarità che lo caratterizzano e diversificano dagli altri. Per questo, sempre più, si costruiscono progetti di intervento personalizzati, sperimentando nuove modalità di azione e integrazione, adattabili alle molteplici situazioni (Garavini e Bortolotti, 2012).

I bambini figli di tossicodipendenti presentano, spesso, delle difficoltà nell'ambito della socializzazione, perché si sentono diversi e si vergognano di condividere la propria storia con i loro coetanei, per paura di essere rifiutati ed emarginati.

Un intervento che si può attivare nelle scuole è il mentoring che si basa sull'affiancamento e il supporto da parte di pari, ai ragazzi che presentano maggiori difficoltà. Coloro che si offrono come mentor devono possedere competenze legate all'ascolto, l'empatia, l'accompagnamento, la riflessione, il confronto e, inoltre, seguono dei percorsi specifici per imparare come espletare al meglio la loro funzione. Questa tipologia di interventi è sorta recentemente e, per questo, non sono ancora state ben definite le modalità di

attuazione ma costituiscono un importante punto di partenza per lavorare con bambini e ragazzi provenienti da situazioni delicate (Anselmucci, 2022).

3.5 Punti di forza dell'intervento dei servizi

Decidere di rivolgersi ai servizi sociali per ricevere un supporto non è semplice per le madri tossicodipendenti, soprattutto per la preoccupazione che i propri figli vengano improvvisamente allontanati dalla famiglia, senza certezze sull'esito del percorso e per paura di essere valutate negativamente rispetto alle proprie competenze genitoriali. Alcune donne, a seguito di queste valutazioni, provano risentimento nei confronti dei servizi perché ritengono di essere delle buone madri, capaci di rispondere ai bisogni dei figli, nonostante il riconoscimento della loro problematica legata alla dipendenza. Ciò che incide sulla buona riuscita di un intervento a sostegno della maternità è la presenza di una relazione di fiducia instaurata, nel tempo, con gli operatori che permette alla donna di essere maggiormente predisposta a farsi sostenere, sentendosi in grado di migliorare la propria condizione (Dal Ben et al., 2021).

In presenza di genitori tossicodipendenti, è necessario che i servizi si facciano carico della donna sin dalla gravidanza, per mantenere sotto controllo ed arginare i possibili rischi sanitari per la madre e il feto. Le donne che intraprendono un percorso di trattamento con metadone durante la maternità riscontrano benefici migliori, rispetto alla prosecuzione della gravidanza e allo sviluppo del bambino, in confronto a coloro che non usufruiscono della terapia, anche nei casi in cui l'utilizzo di sostanze non venga interrotto del tutto.

Per supportare le madri tossicodipendenti nell'affrontare la maternità e i sentimenti che ad essa si accompagnano, è necessario implementare al trattamento di cura della dipendenza, un counselling di supporto e adeguati interventi psicosociali, orientati ad entrambi i genitori se presenti.

L'operatore ha il compito di supportare la coppia nel ridefinire realisticamente le aspettative, spesso insoddisfatte, nei confronti dell'arrivo di un bambino nelle loro vite.

La psicoterapia supporta il genitore nel riconoscere le proprie difficoltà e a impegnarsi nel migliorare la propria condizione, per costruire un ambiente di vita familiare consono allo sviluppo del nuovo nato.

Affinché la terapia venga portata a termine con successo, i professionisti che compongono l'équipe di lavoro devono collaborare e confrontarsi periodicamente per monitorare l'andamento della situazione ed evitare che la persona si relazioni con i diversi componenti in maniera differente, creando incomprensioni e contrasti tra le parti (Scaramozzino, 2013).

Il fatto che il tossicodipendente sia anche un genitore, da una parte potrebbe essere visto dagli operatori dei servizi come un problema aggiuntivo, dall'altra rappresenta una possibilità di agganciare la persona offrendole un sostegno per dare inizio ad un percorso di crescita e miglioramento, orientato allo sviluppo delle competenze genitoriali. Questo comporta l'essere considerati degli adulti con il dovere di assumersi le proprie responsabilità, condizione a cui molti non sono abituati, essendo stati trattati come bambini dalla propria famiglia d'origine a causa della propria dipendenza, nonostante l'età matura.

In alcune situazioni il genitore tossicodipendente riconosce autonomamente nella presenza del figlio una motivazione aggiuntiva che lo spinge ad intraprendere un percorso di recupero mentre, in altri casi, è l'operatore che deve attivarsi per far comprendere alla persona i rischi a cui è esposto il figlio, ipotizzando una presa in carico che abbia l'obiettivo di facilitare l'acquisizione delle corrette modalità con cui prendersi cura del minore (Cambiaso, 1999).

Dalle ricerche emerge che l'efficacia degli interventi nei confronti di genitori tossicodipendenti aumenta se questi sono inseriti in programmi specifici che prevedano contemporaneamente il mantenimento delle terapie di contrasto alla dipendenza, affiancate da un sostegno allo sviluppo del ruolo genitoriale e delle capacità ad esso correlate.

I servizi devono considerare la persona non come soggetto a sé, ma come parte di un contesto familiare e sociale più ampio che possiede difficoltà, bisogni e risorse specifiche. Coinvolgere i componenti della rete di appartenenza dei genitori e i servizi del territorio, permette di prevenire l'aggravarsi delle situazioni e di fornire un supporto significativo alla costruzione di un ambiente di vita sano e consono alla crescita del minore.

Tale sostegno permette al tossicodipendente di non sentirsi solo, di poter uscire dalla condizione di dipendenza, ricostruire la propria vita, stringere legami e diventare un buon genitore (Bellucci, 2014).

3.6 Criticità riscontrate negli interventi dei servizi

Attualmente non esiste un registro completo degli interventi predisposti nei confronti delle donne tossicodipendenti con figli, in quanto si differenziano notevolmente sia dal punto di vista quantitativo che qualitativo a seconda della regione. In alcune realtà, i servizi che se ne occupano in maniera strutturata scarseggiano sia nel pubblico che nel privato sociale; inoltre, spesso gli operatori dei servizi si rifiutano di lavorare con i tossicodipendenti, considerandoli viziosi, infantili e poco affidabili, lasciandoli fuori dalle decisioni che li riguardano e dalla definizione condivisa di un progetto di intervento. I casi vengono, quindi, trattati attraverso una rete integrata di relazioni tra colleghi di diversi servizi che condividono lo stesso punto di vista (Collodi, 2000).

In Italia, ad oggi, non esiste una normativa comune che definisca le linee guida per la creazione di percorsi per la presa in carico integrata delle madri tossicodipendenti e i loro figli. Per questo motivo si riscontrano differenze operative all'interno dei singoli servizi e disuguaglianze di intervento su base territoriale. Solo in alcune realtà più grandi, in cui sono disponibili maggiori risorse, sono stati predisposti ed attivati protocolli operativi che prevedono l'intervento di équipe specializzate e l'utilizzo di strumenti appropriati.

La scelta di definire modelli di lavoro integrato tra i servizi è legata, oltre alla necessità di una presa in carico globale della famiglia, anche alle difficoltà dei servizi di collaborare autonomamente tra loro a causa delle diverse posizioni dei servizi di cura per adulti e per i minori che tendono a considerare, ognuno, l'interesse della propria utenza, causando inevitabili conflitti (Dal Ben et al., 2021).

La mancanza di interventi specializzati per madri tossicodipendenti che prendano in considerazione i diversi elementi che influiscono su queste situazioni complesse, risulta essere un fattore determinante nei percorsi di trattamento di queste donne.

La maggior parte dei servizi presenti, ad esempio, operano solamente nei confronti di madri tossicodipendenti in gravidanza, o con bambini molto piccoli, lasciando da parte donne con figli più grandi, o casi in cui è il padre ad essere tossicodipendente e ad aver bisogno di aiuto.

L'accesso ai servizi non è così semplice per le donne che fanno uso di sostanze, in quanto provano vergogna e un forte senso di colpa per la loro incapacità di non riuscire a

soddisfare le necessità dei figli e le aspettative riposte su di loro in quanto madri. Inoltre, alcuni servizi, all'interno dei loro programmi di intervento, prevedono grossi sacrifici in termini di tempo e lontananza continuativa da casa (ad esempio nei percorsi di comunità), senza considerare le reali difficoltà delle famiglie (barriere fisiche, economiche, sociali) e le esigenze, legate al ruolo materno, di prossimità fisica ai propri figli (Giannini e Cassese, 2022).

Risulta, quindi, complesso definire un progetto di intervento per l'intero nucleo familiare che riesca a considerare contemporaneamente i bisogni dei genitori e del minore, nel rispetto delle specificità di ognuno. L'adulto deve essere accompagnato in un percorso di cura dalla dipendenza e di sviluppo, se possibile, delle competenze genitoriali necessarie ad occuparsi del minore che, a sua volta, richiede la presenza di figure di riferimento stabili e capaci di rispondere ai propri bisogni nel tempo.

In situazioni di urgenza, succede spesso che nei confronti dei genitori non vengano effettuate valutazioni approfondite su cui poter costruire un intervento ma vengano direttamente attivate soluzioni provvisorie per mettere alla prova le loro capacità, come ad esempio l'inserimenti in comunità madre/bambino, i progetti diurni, i gruppi appartamento, ecc. La mancanza di tempistiche precise e scadenze entro cui valutare i cambiamenti avvenuti negli stili di vita e raccogliere gli elementi che provino il miglioramento della situazione di tossicodipendenza, dilata i tempi di residenza dei minori in comunità e fa sì che vengano messi in atto, sullo stesso caso, diverse tipologie di intervento, in attesa di una decisione definitiva.

Il processo di valutazione delle competenze genitoriali richiede un'attenta osservazione dell'esercizio pratico delle responsabilità genitoriali da parte di entrambi i genitori. Inoltre, è necessario considerare il contesto in cui esse si sviluppano, le risorse a disposizione della famiglia, il sostegno che viene offerto loro dai servizi e dalla comunità. È fondamentale dare la giusta importanza anche alla figura paterna, nonostante lo scarso interesse delle ricerche a riguardo, essa deve essere considerata una priorità dai servizi di tutela minori e anche dai Ser.D., che devono coinvolgere il padre già dalla gravidanza e per tutto il periodo di sviluppo del bambino (Marcomini et al., 2007).

Negli anni sono stati definiti diversi strumenti volti all'analisi delle capacità dei genitori, delle loro modalità di relazionarsi con il figlio e dei fattori di rischio presenti nelle famiglie più vulnerabili. La problematica maggiore di tali strumenti è di essere spesso

utilizzati come fonte di verità assolute su cui fare affidamento, senza considerare le peculiarità di ogni situazione, e ricadendo in possibili pregiudizi ai quali si finisce per credere aprioristicamente.

In seguito alle testimonianze degli operatori, rilevate a seguito delle ricerche effettuate presso i servizi sociali che si occupano di presa in carico di madri dipendenti nel territorio della Regione Veneto, si è potuto constatare che i percorsi di accompagnamento di queste donne sono spesso complessi e difficili da gestire.

Una mancanza significativa riscontrata nei servizi è l'assenza di formazione congiunta per i professionisti dei diversi settori che operano in situazioni congiunte, considerando ognuno le proprie peculiarità. Nel tempo, la collaborazione informale tra colleghi da vita a modalità di intervento condivise ma non standardizzate e applicabili solo in relazioni personali stabili, che richiedono l'assenza di turnover del personale e la presenza di buoni rapporti professionali e amicali tra professionisti (Dal Ben et al., 2021).

CONCLUSIONI

Dall'analisi della letteratura è emerso che il fenomeno della dipendenza al femminile è, ancora oggi, un argomento poco trattato rispetto all'interesse nei confronti dell'universo maschile, nonostante si stia cercando di differenziare le due categorie, in modo da studiarne le specifiche peculiarità legate al consumo di sostanze e alle conseguenze nei confronti di sé stessi e dei propri figli.

Lo sviluppo della dipendenza nel genere femminile appare caratterizzata dalla presenza di storie familiari segnate, per di più, da abusi e trascuratezze o di una relazione con un partner tossicodipendente che ne influenza l'avvio al consumo, limitando le possibilità di uscire da tale circolo vizioso. L'insieme di questi elementi influenzano la costruzione del proprio sé come donna e anche come madre, perché in essa si rispecchiano i modelli educativi e relazionali del suo passato che potrebbero riproporsi nel suo modo di espletare il ruolo materno. Per questo risulta indispensabile attivare percorsi integrati di presa in carico tra i diversi servizi coinvolti, che siano rivolti, allo stesso tempo, alla disintossicazione e al recupero (o sviluppo) delle competenze genitoriali, favorendo l'emergere delle potenzialità e delle risorse a disposizione, nel tentativo di garantire il benessere della diade madre-bambino. Risulta importante anche il coinvolgimento della famiglia di appartenenza dei genitori tossicodipendenti e della rete di relazioni sociali che vi gravitano intorno, in modo da attivare i supporti necessari alla buona riuscita del percorso.

Purtroppo, in Italia, la mancanza di normative nazionali e modalità operative comuni determina grosse differenze di intervento su base territoriale e all'interno dei singoli servizi che tendono ad occuparsi esclusivamente della propria utenza, causando conflitti tra gli interessi del minore e quelli del genitore. Difficilmente, infatti, sono previsti dai servizi programmi integrati di trattamento rivolti, allo stesso tempo, alla cura della tossicodipendenza e al sostegno genitoriale, ritenuti ambiti distinti anziché due facce della stessa medaglia. Solo in alcune realtà più estese e sviluppate sono attivi protocolli

specifici per la presa in carico che prevedono modalità di intervento preventive, basate su un percorso che dalla gravidanza prosegue durante gli anni di sviluppo del minore, garantendo un supporto costante e continuativo. Tutto questo permette agli operatori di instaurare, nel corso del tempo, una relazione di fiducia con la madre e il resto della famiglia, agendo con maggiore consapevolezza e aumentando le probabilità di successo. Gli interventi che, oggi, vengono messi in atto nei confronti della diade madre-bambino per la prevenzione dei possibili rischi e la tutela della salute e del benessere di entrambi devono necessariamente essere multidimensionali e multidisciplinari. L'assistente sociale territoriale ha un ruolo primario di coordinamento dei diversi servizi e professionisti che compongono l'équipe, oltre a garantire il rispetto delle disposizioni del Tribunale e a mantenere i contatti con la famiglia, occupandosi di monitorare periodicamente l'andamento del percorso.

I principali interventi posti in essere alla nascita del minore, a seconda della situazione familiare e delle valutazioni effettuate dai servizi, sono: l'inserimento in Comunità madre-bambino, l'affidamento intrafamiliare o eterofamiliare, l'adozione. L'efficacia di tali provvedimenti dipende dalla capacità degli operatori di supportare la donna, o la coppia, nel riconoscere le proprie fragilità, ridefinire le priorità e stabilire obiettivi raggiungibili e consoni al miglioramento delle proprie condizioni di vita e del benessere del minore. La persona in carico deve essere considerata capace di autodeterminarsi, di assumersi le proprie responsabilità e deve essere accompagnata nell'acquisizione delle adeguate competenze genitoriali a partire dalle proprie capacità e risorse.

È necessario, inoltre, considerare il soggetto come parte di un contesto più ampio, dove è fondamentale sostenere lo sviluppo di reti sociali supportive che facilitino il lavoro dei genitori e ambienti di crescita appropriati per i minori, sia dentro che fuori dalla famiglia. In conclusione, vi è l'esigenza di lavorare sulla diffusione di collaborazioni formali tra servizi e istituzioni che si occupano della tutela del minore, del supporto alla genitorialità e del recupero dalla dipendenza, attraverso la definizione di protocolli operativi congiunti e riconosciuti a livello nazionale, che assicurino l'uniformità e l'equità degli interventi. Infine, è importante prevedere percorsi specifici di formazione congiunta per gli operatori coinvolti, che supportino l'acquisizione di nuove competenze e la condivisione delle esperienze professionali, puntando all'innovazione e al perfezionamento dell'efficacia dei servizi.

BIBLIOGRAFIA

- Ainsworth M.D.S., Blehar M.C., Waters E. e Wall S. (1979). *Patterns of attachment. A psychological study of the strange situation*. NY, Psychology Press.
- Akers R.L. (1991). Addiction: The Troublesome Concept, *Journal of Drug Issues*, 21(4), pp. 777-793.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.)*. Washington DC, American Psychiatric Publishing.
- Andreoli V. (1991). Famiglia con genitori tossicodipendenti, *Bambino incompiuto*, n. 2(8), pp. 151-161.
- Andrews C.M, Cao D, Marsh J.C., Shin H. (2011). The impact of comprehensive services in substance abuse treatment for women with a history of intimate partner violence. *Violence Against Women*, n. 17(5), pp. 550–567.
- Anselmucci S. (2022). *Lo sviluppo emotivo di bambini con genitori tossicodipendenti*. Tesi di laurea triennale. Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione. Università degli studi di Padova.
- Apuzzo L. e Iodice M. (2021). Finnegan score: valutazione rischio sindrome astinenza neonatale. *Nurse24.it*. Scaricabile da: <https://www.nurse24.it/studenti/scale-di-valutazione/finnegan-score-valutazione-rischio-sindrome-astinenza-neonatale.html> (Ultimo accesso 23 luglio 2023)
- Audero S. (2021). *Dipendenza da sostanze e relazione madre/bambino: fattori protettivi e fattori di rischio*. Tesi di laurea triennale. Dipartimento di scienze umane e sociali. Università della Valle d'Aosta.
- Baisini T. e Guerri A. (2008). *La ricerca sui padri: lo stato dell'arte*. In G.F. Vizziello (a cura di) *Paternità in cerca d'autore*. Milano, Elsevier Masson S.r.L.

- Bellucci S. (2014). Tossicodipendenza e genitorialità: fattori di rischio e programmi di intervento, *Psicoanalisi Neofreudiana*, 1, pp. 1-29.
- Benedetto L. e Ingrassia M. (2010). *Parenting. Psicologia dei legami genitoriali*. Roma, Carocci.
- Bowlby J. (1969). *Attachment and loss. Vol 1. Attachment*. New York, Basic Books. (Trad. it. *Attaccamento e perdita. Vol. 1. L'attaccamento alla madre*. Torino, Bollati Boringhieri. 1972).
- Bowlby J. (1973). *Attachment and loss. Vol 2. Separation*. New York, Basic Books. (Trad. it. *Attaccamento e perdita. Vol. 2. La separazione dalla madre*. Torino, Bollati Boringhieri. 1975).
- Bowlby J. (1980). *Attachment and loss. Vol. 3. Loss*. New York, Basic Books. (Trad. it. *Attaccamento e perdita. Vol. 3. La perdita della madre*. Torino, Bollati Boringhieri. 1983).
- Burroni P., Pianarosa L. e Podio M. (2005). Tra dipendenze e indipendenza: riflessioni sul trattamento delle madri tossicodipendenti, *Minori giustizia: rivista interdisciplinare di studi giuridici, psicologici, pedagogici e sociali sulla relazione fra minorenni e giustizia*, n. 3, pp. 136-142.
- Cambiaso G. (1999). *Il figlio di genitori tossicodipendenti: indicazioni per l'intervento possibile*. Relazione presentata al seminario "Quando la mamma e il papà si bucano. La presa in carico di coppie e di madri tossicodipendenti con i loro bambini. L'importanza del raccordo tra servizi diversi", 25 Marzo in Brescia.
- Carlino M., Vagliano L., Serra A., Borgarello A. M., Bordone T., e Bona G. (2013). L'arte di allattare: una sfida per le mamme tossicodipendenti in disassuefazione ei loro neonati. Indagine multicentrica, *Children's Nurses: Italian Journal of Pediatric Nursing Science*, n. 5(1), pp. 20-24.
- Cassibba R. (2003). *Attaccamenti multipli*. Milano, Unicopli.
- Cirillo S., Berrini R., Cambiaso G. e Mazza G. (2017). *La famiglia del tossicodipendente: Tra terapia e ricerca*. Milano, Raffaello Cortina.
- Collodi S. (2000). *La presa in carico della donna tossicodipendente durante la gravidanza e il puerperio in un servizio pubblico romano*. Relazione presentata alla Terza conferenza nazionale sui problemi connessi con la diffusione delle sostanze stupefacenti e psicotrope, 28-30 Novembre in Genova.
- Costa E. e Colloca M. (2003). *Aspetti biologici, psicosociali ed epidemiologici nella prognosi e nella terapia di donne tossicodipendenti*. In Nizzoli U. e Pissacroia M.

(a cura di) *Trattato completo degli abusi e delle dipendenze Vol. I*. Padova, Piccin Nuova Libreria S.p.A.

Dal Ben A., Masiero P., Schiavon A. e Summo S. (2021). *Madri in sostanza, in sostanza madri. Il ruolo dei servizi socio-sanitari nel sostegno alla donna dipendente e nella tutela del minore*. In Pattaro C. e Segatto B. (a cura di) *Ricerca nel servizio sociale: percorsi di avvicinamento alle pratiche di ricerca nei servizi*. Milano, FrancoAngeli, pp. 47-67.

Del Gaudio I. (2012). *Genitorialità e vulnerabilità: il movimento dell'accogliere dentro e lasciare andare, un continuum tra dipendenza e indipendenza*. Dottorato di ricerca. Dipartimento di Scienze della vita. Università degli studi di Trieste.

Fava Viziello G. e Simonelli A. (2007). Qualità dell'attaccamento trasmissione tra generazioni, *Famiglia oggi*, n.4.

Garavini M. e Bortolotti G. (2012). Il recupero della paternità e della maternità in genitori tossicodipendenti : a quali condizioni? e come?, *Minori giustizia*, n. 3, pp. 395–405.

Giannini R. e Cassese G. (2022). Maternità e dipendenze: una revisione critica della letteratura, *Mission-Italian Quarterly Journal of Addiction*, n. 58, pp. 39-43.

Howes C. (2002). *La relazione di attaccamento nel contesto dei caregiver multipli*. In J. Cassidy e P.R. Shaver (a cura di), *Manuale dell'attaccamento*, Roma, Fioriti, pp. 761-779.

Latt N., Conigrave K., Marshall J., Saunders J. and Nutt D. (2009). *Addiction Medicine*. Oxford University Press.

Liverani A., Ercolanese T., Pulvirenti R. e Valletta E. (2017). Gravidanza, neogenitorialità e tossicodipendenza III. Aspetti psicologici e socio-sanitari nell'assistenza alla donna e nella tutela del neonato, *Quaderni acp*, n.24(1), pp. 12-14.

Lupi S. (2015). *La tossicodipendenza femminile: il difficile rapporto madre-bambino*. Tesi di laurea magistrale. Dipartimento di Scienze Politiche. Università di Pisa.

Main M. e Solomon J. (1986), *Discovery of an insecure disoriented attachment pattern: procedures, findings and implications for the classification of behavior*. In Brazelton T. e Youngman M. (a cura di), *Affective Development in Infancy*. Norwood, N.J., Ablex.

Malagoli Togliatti M. (2003). *Donna e sostanze d'abuso*. In Comitato Pari Opportunità dell'Istituto Superiore di Sanità (a cura di), *La tutela della salute della donna. Rapporti ISTISAN 03/28*. Roma.

- Marcomini F., Moro A. e Valentini S. (2007). Padri tossicodipendenti e figli, *Minori giustizia*, n. 3, pp. 10-15.
- McCann H., Carrol G., Duguid B., Gehred K., Kirillova L., Kramer A., . . . e Mangan L. (2019). *Il libro del femminismo*. Milano, Feltrinelli.
- Mikulincer M. e Florian V. (1999). The association between spouses' self-reports of attachment styles and representations of family dynamics, *Family Process*, n.38, pp. 69–83.
- Ministero della Salute (2023). *Dipendenze e problemi correlati*. Scaricabile da: <https://www.salute.gov.it/portale/prevenzione/dettaglioContenutiPrevenzione.jsp?lingua=italiano&id=5763&area=prevenzione&menu=obiettivi2020>
- Molteni L. (2013). Revisione della letteratura in materia di genere e uso di sostanze psicoattive, *The Italian Journal on Addiction*, n. 3(2), pp. 58-65.
- Molteni L. (2011). *L'eroina al femminile*. Milano, Franco Angeli.
- Perino A. (2013). *I luoghi del servizio sociale* (Vol. 2). Roma, Aracne.
- Pulvirenti R.M., Righi F. e Valletta E. (2016). Gravidanza, neogenitorialità e tossicodipendenza II. La donna, il feto e il neonato, *Quaderni acp*, n. 23(6), pp. 262-265.
- Rapporto Parsec (2013). *Protocollo per la presa in carico di donne tossicodipendenti in gravidanza*. Scaricabile da: <https://www.yumpu.com/it/document/view/15564508/protocollo-rapporto-parsec-asl-varese>
- Righi F., Polidori E. e Valletta E. (2016) Gravidanza, neogenitorialità e tossicodipendenza I. Le droghe, ma non solo, *Quaderni acp*, n. 23(5), pp. 207-210.
- Scaramozzino D. (2013). *Figli di tossicodipendenti: Competenze genitoriali del tossicodipendente, psicopatologia dell'età evolutiva del bambino*. Scaricabile da: <http://davidscaramozzino.jimdofree.com/2013/06/27/figli-di-tossicodipendenti-competenze-genitoriali-del-tossicodipendente-psicopatologia-dell-et%C3%A0-evolutiva-del-bambino-ipotesi-d-intervento-strategico-nel-ser/> (Ultimo accesso 25 luglio 2023).
- Scavo M. C. (2004). Le “colpe” dei genitori ricadono sui figli?, *Quaderni di Itaca*, n. 10 pp. 38-49.

- Segatto B. e Dal Ben A. (2020). *Decisioni Difficili. Bambini, Famiglie e Servizi Sociali*. Milano, FrancoAngeli.
- Stocco P., Simonelli A., Capra N., e De Palo F. (2012). Research and Intervention for Drug-Addicted Mothers and Their Children: New Perspectives, *Addictions from Pathophysiology to Treatment*, n. 15, pp. 425-452.
- Tazi-Preve M. I. (2020). *Contro la maternità patriarcale*. Milano, VandA edizioni.
- Tibaldi C. (2005). Il trattamento della tossicodipendenza in gravidanza e la nascita del bambino in sindrome di astinenza neonatale, *Minori giustizia*, n. 3, pp. 143-148.
- Ulss 3 Serenissima (2020). Linee guida per interventi integrati tra il dip. Dipendenze e il dip. materno-infantile su donne gravide con disturbo da uso di sostanze. (documento privato)
- Zanatta A. L. (2011). *Nuove madri e nuovi padri*. Bologna, Il Mulino.