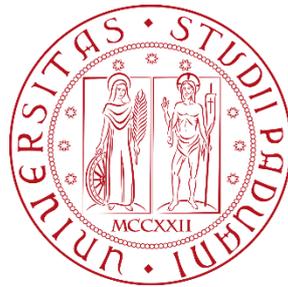


UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

DIPARTIMENTO DI SCIENZE POLITICHE,  
GIURIDICHE E STUDI INTERNAZIONALI

Corso di laurea *Triennale* in Servizio Sociale



TOSSICODIPENDENZA E GENITORIALITÀ:  
RUOLO E STRUMENTI DEI SERVIZI SOCIALI NELLA  
PROTEZIONE DEI MINORI

*Relatore:* Prof. BARBARA SEGATTO

*Laureanda:* IRENE DE PIERI  
matricola N.2009138

A.A. 2022/2023



# INDICE

<b>INTRODUZIONE .....</b>	<b>3</b>
<b>CAPITOLO I.....</b>	<b>5</b>
<b>DI COSA PARLIAMO QUANDO PARLIAMO DI DROGHE.....</b>	<b>5</b>
1.1. Definizione .....	5
1.2. Classificazione delle droghe .....	7
1.2.1. Cannabis .....	9
1.2.2. Cocaina .....	10
1.2.3. Eroina.....	12
1.3. Effetti delle droghe.....	13
1.3.1. Ambito sanitario .....	14
1.3.2. Ambito lavorativo .....	16
1.3.3. Ambito sociale .....	17
1.4. Droghe e dipendenza: il fenomeno in Italia.....	19
<b>CAPITOLO II.....</b>	<b>23</b>
<b>ESSERE GENITORI TOSSICODIPENDENTI .....</b>	<b>23</b>
2.1. Genitorialità e tossicodipendenza .....	23
2.2. Gravidanza, periodo prenatale e periodo perinatale.....	25
2.3. Genitori dipendenti da sostanze e attaccamento .....	30
2.3.1. Attaccamento paterno .....	33
2.4. Conseguenze del crescere con genitori tossicodipendenti.....	34
2.4.1. Effetti a breve termine.....	34
2.4.2. Effetti a lungo termine .....	36
<b>CAPITOLO 3.....</b>	<b>41</b>
<b>IL RUOLO DEI SERVIZI SOCIALI IN CONTESTI DI TOSSICODIPENDENZA DI GENITORI DI MINORI .....</b>	<b>41</b>
3.1. La centralità del minore nel lavoro dei Servizi sociali.....	41
3.1.1. Politiche e leggi relative alla tutela dei minori.....	41
3.1.2. Ruolo dei Servizi Sociali .....	43
3.2. Tutela dei figli delle persone tossicodipendenti.....	44
3.2.1. Coordinamento e rete tra i differenti servizi .....	45
3.2.2. Un modello di protocollo operativo.....	46
3.2.2.1. Accesso e invio .....	47
3.2.2.2. Valutazione .....	47
3.2.2.3. Verifica e conclusione .....	49

3.2.3.	<i>Segnalazione all'Autorità Giudiziaria</i> .....	49
3.3.	Strumenti dei Servizi sociali.....	51
3.3.1.	<i>Interventi per la protezione dei minori</i> .....	51
3.3.1.1.	<i>Collocamento del minore presso la famiglia di origine e affidamento ai Servizi Sociali</i> .....	51
3.3.1.2.	<i>Comunità Mamma-Bambino</i> .....	52
3.3.1.3.	<i>Affidamento familiare</i> .....	53
3.3.1.4.	<i>Adozione</i> .....	54
3.3.2.	<i>Interventi per il recupero dei genitori tossicodipendenti</i> .....	55
	<b>CONCLUSIONE</b> .....	<b>57</b>
	<b>BIBLIOGRAFIA</b> .....	<b>61</b>

# INTRODUZIONE

Negli ultimi anni, la questione della tossicodipendenza ha suscitato un ampio dibattito ed è stata oggetto di approfondite analisi. Con il termine "tossicodipendenza" si fa riferimento ad una condizione patologica grave in cui un individuo presenta un'irrefrenabile necessità di consumare una o più sostanze stupefacenti, pur essendo consapevole dei danni che questo abuso può causare a livello fisico, psicologico e nelle relazioni interpersonali. Varie istituzioni come i Dipartimenti antidroga, l'*European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction*, gli Osservatori Regionali delle tossicodipendenze, i Servizi per le Dipendenze, le Università, gli Istituti di ricerca, le associazioni No Profit convergono nell'indicare che la tossicodipendenza in Italia è un fenomeno in costante crescita nella società contemporanea, coinvolgendo individui di tutte le età, dai 18 agli 84 anni; non si tratta dunque di un fenomeno che copre un periodo legato solo alla adolescenza ed età giovanile ma copre anche le fasce di età adulta e si intreccia dunque con altri passaggi di sviluppo quali quello della genitorialità.

Il proposito della tesi è proprio quello di esaminare il legame tra tossicodipendenza e genitorialità. Seppur ogni caso è unico e può variare in base a diversi fattori, è innegabile che la tossicodipendenza possa avere un impatto significativo sulla capacità dei genitori di fornire un ambiente sicuro e stabile per i propri figli.

La decisione di affrontare l'interazione tra tossicodipendenza e genitorialità è derivata dall'esperienza di tirocinio della scrivente presso il Servizio sociale comunale nell'ambito della tutela dei minori. Durante questa esperienza, ho avuto l'opportunità di osservare da vicino il ruolo degli assistenti sociali e gli interventi che essi attuano in contesti di protezione dei minori. Questo mi ha portato a riflettere approfonditamente sulle complesse decisioni con cui i professionisti si confrontano quotidianamente e sull'importanza di pianificare interventi di sostegno per famiglie vulnerabili.

Considerando che il tema della tossicodipendenza è oggigiorno ampiamente trattato, mi sono interrogata diverse volte sulla genitorialità fragile che potrebbero manifestare i genitori con un

Disturbo da Uso di Sostanze; sulle possibili conseguenze per i figli; sugli interventi possibili per i genitori tossicodipendenti; sulla necessità di una comprensione approfondita del problema per rilevare le dinamiche nascoste sottostanti alla tossicodipendenza e alla genitorialità, nonché per comprendere l'influenza reciproca tra questi due fenomeni.

Nell'elaborato verrà offerto un approfondimento in merito alle sostanze psicotrope, al loro utilizzo e alle conseguenze sulla salute, sulla carriera professionale e sulle relazioni interpersonali, con particolare attenzione alle droghe più comunemente utilizzate, quali la cannabis, la cocaina e l'eroina (primo capitolo). Successivamente, nel secondo capitolo, sarà esaminata la genitorialità dei genitori tossicodipendenti, iniziando dalle conseguenze dell'uso di droghe durante la gravidanza e sui neonati nel periodo prenatale e perinatale. Si studieranno gli effetti a breve e lungo termine sui figli minori di genitori tossicodipendenti. Infine, il terzo capitolo si concentrerà sul ruolo dei servizi sociali in situazioni di questo genere e sugli strumenti a loro disposizione per garantire interventi volti a creare un ambiente sano per la crescita dei minori. Si esamineranno anche gli interventi mirati al recupero dei genitori tossicodipendenti e al ripristino della loro capacità genitoriale, con l'obiettivo di creare un ambiente familiare stabile per il reinserimento dei minori nella famiglia.

Il fine ultimo di questo elaborato è approfondire la comprensione del fenomeno della tossicodipendenza e delle sue gravi e durature conseguenze, soprattutto quando il soggetto coinvolto è un genitore. L'obiettivo principale è contribuire all'idea che l'uso di droghe da parte di un genitore non ha impatti solamente sull'individuo stesso, ma influisce profondamente sulla vita dei figli, sulla loro salute mentale e sulla stabilità del loro futuro. Prevenire tali situazioni, rimuovere le cause del disagio e favorire un ambiente in cui il minore possa vivere serenamente è compito dei Servizi sociali, i quali dispongono di strumenti adeguati per incrementare la tutela e il benessere dei bambini.

# CAPITOLO I

## Di cosa parliamo quando parliamo di droghe

### 1.1. Definizione

Etimologicamente, la parola “droga” deriva dal termine olandese “droog”, che significava “secco” o “essiccato”, riferendosi alle piante aromatiche secche che venivano importate in Europa dagli olandesi dell’Estremo Oriente nel XVI secolo. Questo termine veniva utilizzato, infatti, nel contesto di prodotti vegetali o sostanze che venivano essiccati per la conservazione o per l’uso successivo. La cosiddetta “cosa secca” è meglio conosciuta oggi come “spezia”, una sostanza vegetale aromatica che viene – come veniva in passato – usata per insaporire cibi e bevande.

In campo farmacologico, invece, il termine “droga” assume un significato diverso, indicando ogni sostanza di origine naturale, sia vegetale che animale, che contiene uno o più principi attivi. Questi principi attivi, una volta adeguatamente estratti, preparati e preservati, vengono impiegati per scopi terapeutici o sperimentali.

L’Organizzazione Mondiale della Sanità (2023) dà una definizione estesa del termine: *«Le droghe psicoattive sono sostanze che, quando assunte o somministrate nel proprio sistema, influenzano i processi mentali, come la percezione, la coscienza, la cognizione o l’umore ed emozioni. [...] La produzione, la distribuzione, la vendita o l’uso non medico di molte droghe psicoattive sono controllati o vietati al di fuori dei canali legalmente autorizzati dalla legge. Le droghe psicoattive hanno diversi gradi di restrizione di disponibilità, a seconda dei rischi per la salute e dell’utilità terapeutica, e vengono classificate in base a una gerarchia di programmi sia a livello nazionale che internazionale...»*

La definizione dell’OMS suggerisce le principali caratteristiche della droga:

- Sostanza
- stupefacente
- sottoposta alla legge

La droga è una “sostanza”, perché composta da elementi chimici che possono essere in diverse forme, come solidi, liquidi o gassosi; è “stupefacente”, perché causa un’alterazione della mente, dell’umore e dei sensi; è “sottoposta alla legge”, perché ne è controllato e limitato l’uso, se non addirittura vietato, per ragioni di salute pubblica, ordine sociale e prevenzione del crimine.

Strettamente correlati alla terminologia “droga” vi sono i concetti di “dipendenza patologica” e “tossicodipendenza”. È risaputo, infatti, che le droghe causano dipendenza, e che le persone che fanno uso di sostanze psicoattive sono conosciute dalla società come “tossici”, “tossicomani”, o “tossicodipendenti”.

La dipendenza rappresenta una distorsione del comportamento che trasforma un’abitudine comune in una ricerca eccessiva e patologica di piacere tramite mezzi, sostanze o azioni. La sensazione di piacere derivante dall’uso di sostanze stupefacenti, tuttavia, sebbene possa apparire inizialmente altamente gratificante, tende a dissolversi rapidamente. Di conseguenza, riemergono nuovamente i bisogni legati a queste sostanze, i quali sono percepiti a livello psicologico come un senso di vuoto, mancanza e assenza, mentre dal punto di vista fisico si manifestano come sintomi di astinenza.

Secondo il *DSM-5*, «una modalità patologica d’uso della sostanza che conduce a disagio o compromissione clinicamente significativi è caratterizzato da almeno due delle condizioni seguenti, che si verificano entro un periodo di 12 mesi:

- 1) La sostanza è spesso assunta in quantità maggiori o per periodi più prolungati rispetto a quanto previsto dal soggetto;
- 2) Desiderio persistente o tentativi infruttuosi di ridurre o controllare l’uso della sostanza;
- 3) Una grande quantità di tempo viene spesa in attività necessarie a procurarsi la sostanza (per es., recandosi in visita da più medici o guidando per lunghe distanze), ad assumerla (per es., fumando “in catena”), o a riprendersi dai suoi effetti;
- 4) Craving o forte desiderio o spinta all’uso della sostanza;
- 5) Uso ricorrente della sostanza che causa un fallimento nell’adempimento dei principali obblighi di ruolo sul lavoro, a scuola, a casa;
- 6) Uso continuativo della sostanza nonostante la presenza di persistenti o ricorrenti problemi sociali o interpersonali causati o esacerbati dagli effetti della sostanza;

7) *Importanti attività sociali, lavorative o ricreative vengono abbandonate o ridotte a causa dell'uso della sostanza;*

8) *Uso ricorrente della sostanza in situazioni nelle quali è fisicamente pericolosa;*

9) *Uso continuato della sostanza nonostante la consapevolezza di un problema persistente o ricorrente, fisico o psicologico, che è stato probabilmente causato o esacerbato dalla sostanza;*

10) *Tolleranza, come definita da ciascuno dei seguenti: a) il bisogno di dosi notevolmente più elevate della sostanza per raggiungere l'intossicazione o l'effetto desiderato; b) un effetto notevolmente diminuito con l'uso continuativo della stessa quantità della sostanza;*

11) *Astinenza, come manifestata da ciascuno dei seguenti: a) la caratteristica sindrome di astinenza per la sostanza (riferirsi ai Criteri A e B dei set di criteri per Astinenza dalle sostanze specifiche); b) la stessa sostanza (o una strettamente correlata) è assunta per attenuare o evitare i sintomi di astinenza.»*

Il termine “tossicodipendenza” fa dunque riferimento alla «*più specifica condizione di chi avverte la necessità irrefrenabile e frequente di assumere una sostanza, nonostante la consapevolezza degli effetti dannosi che essa può produrre.*» (Cetrano e Perino, 2013, p. 87)

## **1.2. Classificazione delle droghe**

Da un punto di vista giuridico, la categorizzazione delle sostanze stupefacenti si basa sulla definizione fornita dal sistema normativo, il quale è influenzato da fattori sociali, economici e culturali. Questo sistema stabilisce se le sostanze stupefacenti siano considerate legali o illegali; leggere o pesanti; naturali o sintetiche. La loro legalità può dipendere anche dalla loro utilità terapeutica; ad esempio, quando prescritte da un medico, come nel caso della morfina. Inoltre, si può tenere conto dell'effetto che queste sostanze producono sul sistema nervoso centrale, e dunque, che influenza ha una particolare sostanza sulla persona. A tal proposito, «*si distinguono quattro ampie categorie di droghe*

- *droghe che deprimono il sistema nervoso centrale;*
- *droghe che riducono il dolore;*
- *droghe che stimolano il sistema nervoso centrale;*
- *droghe che alterano la funzione percettiva.»* (Gallina, 2013, p. 56).

Le droghe deprimenti sono gli alcolici, i barbiturici, le benzodiazepine, i solventi. Se usate con moderazione, queste sostanze riducono l'ansia e la tensione, la capacità di concentrazione

e la memoria, portando a sensazioni di benessere, di rilassamento e di lieve euforia. I narcotici sono le sostanze che riducono il dolore, la sensibilità e le reazioni emotive. Esse derivano dal papavero, e sono l'oppio, la morfina e la codeina, l'eroina e il metadone. Le droghe stimolanti sono le anfetamine, le metanfetamine, designer drugs, MDMA, la nicotina, la cocaina e la caffeina. Queste aumentano la vigilanza e l'attenzione, diminuiscono la sensazione di fatica e di fame. Gli allucinogeni, infine, sono la marijuana, LSD, la ketamina, la mescalina. Esse alterano la funzione percettiva, modificando le esperienze sensoriali grazie a illusioni e allucinazioni, e favorendo stati di euforia.

In Italia, l'intera sfera relativa agli stupefacenti è regolamentata dal Decreto del Presidente della Repubblica (D.P.R.) n. 309 del 1990. La legge nazionale stabilisce direttive riguardanti la produzione, il commercio e l'uso delle sostanze stupefacenti, oltre a trattare la lotta contro le attività illegali, la prevenzione delle tossicodipendenze e la cura delle persone coinvolte.

Le sostanze stupefacenti non sono classificate in base ai loro effetti, ma piuttosto in relazione alla loro presenza all'interno di tabelle che vengono periodicamente aggiornate dal Ministero della Salute.

Nel 2006, il Governo Italiano ha introdotto la cosiddetta Legge Fini-Giovanardi, che ha unificato le sanzioni per tutte le violazioni, indipendentemente dal tipo di sostanza stupefacente coinvolta. Questa legge ha eliminato la distinzione precedente tra droghe leggere e pesanti, ponendo tutte le sostanze sotto la medesima legislazione. Tuttavia, nel 2014, la Corte Costituzionale italiana ha dichiarato incostituzionale la riforma Fini-Giovanardi per questioni procedurali. Di conseguenza, è stata ripristinata la differenziazione sanzionatoria tra droghe pesanti e leggere. Questa distinzione è stata riaffermata attraverso la creazione di cinque nuove tabelle, che includono anche le sostanze introdotte nel 2006 o in epoche successive.

*«In modo sintetico, le tabelle comprendono:*

- *Tabella I: oppio e derivati oppiacei (morfina, eroina, metadone ecc.); Foglie di Coca e derivati; Amfetamina e derivati amfetaminici (ecstasy e designer drugs); Allucinogeni (dietilammide dell'acido lisergico - LSD, mescalina, psilocibina, fenciclidina, ketamina ecc.)*
- *Tabella II: cannabis*
- *Tabella III: barbiturici*
- *Tabella IV: benzodiazepine*

- *Tabella dei medicinali: sostanze attive che hanno attività farmacologica e pertanto sono usate in terapia e le relative preparazioni farmaceutiche.»<sup>1</sup>*

Le tabelle sono aggiornate generalmente con Decreto ministeriale (pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana) ogniqualvolta se ne presenti la necessità, cioè, ad esempio, quando: vengono modificate le liste delle sostanze classificate a livello internazionale come stupefacenti o psicotropo; una sostanza diventa oggetto di abuso; qualche nuova droga viene immessa nel mercato clandestino; quando viene registrato un nuovo medicinale ad azione stupefacente o psicotropa. L'ultimo aggiornamento delle tabelle risale al 13 luglio 2023 pubblicato nella Gazzetta Ufficiale, in vigore quindi dal giorno 28 luglio 2023.

Nonostante in Italia, come nel resto dell'Europa e del mondo, la maggior parte delle droghe siano illegali, si stima che 4 milioni 900 mila persone residenti in Italia compresi nella fascia di età 18-84 anni abbiano assunto almeno una sostanza stupefacente illegale nel corso del 2022 (demografica.adnkronos.com). La sostanza maggiormente utilizzata nello stesso anno dallo stesso target è stata la cannabis; seguita da oppiacei e oppioidi, cocaina, sostanze stimolanti, allucinogene e New Psychoactive Substances (Nuove Sostanze Psicoattive – NPS).

### *1.2.1. Cannabis*

Insieme a tabacco, alcol e caffeina, la cannabis è una delle droghe più consumate a livello mondiale.

La cannabis è una pianta della famiglia Cannabacee, ampiamente diffusa e che cresce nelle zone temperate e tropicali. Dalla cannabis si ricavano due tipi di droga: la marijuana, che si ottiene dalle infiorescenze e dalle foglie essiccate della pianta, e l'hashish, resina estratta attraverso varie tecniche di battitura e pressatura, confezionata in bastoncini e panetti; l'olio di cannabis (hash) viene invece estratto dalla cannabis tramite solvente. Il principio attivo è il  $\Delta^9$ -tetraidrocannabinolo – comunemente conosciuto come THC – sostanza responsabile degli effetti della cannabis sull'organismo.

La varietà di cannabis "indica" ha proprietà calmanti e rilassanti; mentre la cannabis "sativa" ha un effetto energizzante e stimolante. Quest'ultima tipologia è dioica: esistono, cioè, piante maschili e femminili. Il THC è ampiamente concentrato nelle infiorescenze della pianta femminile; rispetto a foglie, piante maschili, steli e semi che ne contengono poco.

---

<sup>1</sup> Tabelle delle sostanze stupefacenti e psicotrope (salute.gov.it)

La cannabis in genere viene fumata, spesso mescolata al tabacco o inserita in un dispositivo per il fumo (bong). In alternativa, può essere mangiata, ricevendo un effetto che dura più a lungo. Tuttavia, perché il THC si attivi, è necessario che riceva calore, motivo per cui viene fumata e quindi fatta scaldare e bruciare, oppure mangiata soltanto dopo che è stata cotta (ad esempio, all'interno dei famosi "biscotti"). Se si mangia la cannabis senza che sia cotta, non si ha alcun effetto.

Dopo che si è fatto uso di cannabis, gli effetti raggiungono il loro picco dopo circa 10 minuti, e durano 1 – 3 ore. Tali effetti possono variare da persona a persona e dipendono da fattori come la dose, la potenza del prodotto, la tolleranza individuale e lo stato di salute generale. Tuttavia, alcuni degli effetti comunemente sperimentati dalle persone dopo aver assunto cannabis sono euforia, spensieratezza, alterazioni sensoriali, aumento dell'appetito, mancanza di coordinazione, difficoltà di concentrazione e memoria, aumento del battito cardiaco, ansia e paranoia, sonnolenza, effetti sulla pressione sanguigna, vasodilatazione.

Con la cannabis alcuni giovani consumano sostanze psicoattive legali come alcol e tabacco: questa triade connota la stragrande maggioranza di situazioni di consumo connesse al divertimento. L'assunzione della cannabis è, dunque, rinforzata dai coetanei, *«e avviene per processi imitativi o per timori legati all'esclusione dal gruppo e alla mancanza di integrazione sociale. La pratica di fumare individualmente si sviluppa quando subentra l'intenzionalità, quando si ricerca l'acquisto della sostanza e il suo uso non è più accidentale e saltuario, bensì diventa abituale, continuativo e compulsivo.»* (Gallina, 2013, p. 58)

La cannabis rimane un punto focale nel dibattito tra proibizionismo e antiproibizionismo, nonché nella distinzione tra droga pesante e droga leggera. Un argomento frequente riguarda il presunto legame tra l'uso di cannabis e l'accesso a sostanze più pericolose e devastanti, come eroina e cocaina. La Gateway Theory (teoria della porta d'accesso) si basa sull'idea che i consumatori di cannabis avrebbero maggiori probabilità di passare ad altre sostanze rispetto a chi non ne fa uso.

### 1.2.2. Cocaina

La cocaina risulta essere, dopo la cannabis, un'altra sostanza illecita usata frequentemente in Europa.

La benzometilecgonina, comunemente conosciuta come cocaina, prende il nome dalla pianta da cui viene ricavata – la pianta di coca – originaria del Sud America, principalmente del Perù,

della Colombia e della Bolivia. La cocaina viene ottenuta tramite la macinazione delle foglie di coca. Dopo un processo di raffinazione, si ottiene una forma altamente pura di questa sostanza, che appare come una sorta di pasta o polvere bianca. È importante notare che la cocaina comunemente venduta sul mercato raramente è pura; al contrario, è spesso mescolata con altre sostanze, tra cui talco, caffeina, anestetici, anfetamine o eroina.

La cocaina viene assunta inalando attraverso cannelli apposti o tramite l'uso di banconote arrotolate, pratica conosciuta come "sniffamento". Dopo essere passata attraverso le mucose nasali, la sostanza entra nel flusso sanguigno, e gli effetti si manifestano entro pochi minuti, per poi svanire nell'arco della mezz'ora successiva. È possibile usare la cocaina anche fumandola con apposite pipette o per via endovenosa, anche mescolata ad altre sostanze, come ad esempio l'eroina.

Una volta che raggiunge il cervello, la cocaina comincia a produrre gli effetti, inducendo in chi la usa una fortissima sensazione di euforia, con migliorata performance cognitiva e motoria, aumento dell'ipervigilanza e diminuzione del desiderio di cibo e sonno. L'individuo sperimenta una sensazione di maggiore benessere, sviluppa fiducia nelle proprie abilità e presenta una percezione ridotta del rischio, il che potrebbe portarlo ad assumere atteggiamenti rischiosi in situazioni potenzialmente pericolose. A livello fisico, si manifestano incremento del battito cardiaco, della pressione arteriosa, della temperatura corporea, e dilatazione delle pupille. Questi effetti rimangono presenti per un periodo di tempo relativamente breve, solitamente tra 15 e 90 minuti. Dopo questa fase, sopraggiunge uno stato di disforia, il cosiddetto "down", caratterizzato da sentimenti di tristezza, apatia, difficoltà di concentrazione e attenzione, agitazione, nervosismo e affaticamento. Di fronte al "down", l'individuo spesso risponde cercando un'altra dose al fine di attenuarne gli effetti.

La cocaina, negli anni Ottanta, *«era riservata ad alcuni ceti più agiati, ora è invece una sostanza diffusa tra la popolazione in generale e tra i giovani, senza distinzione di reddito, professione, cultura ed età. Tra i consumatori abituali si possono distinguere due gruppi. Il primo è costituito dai consumatori socialmente integrati, che usano la sostanza nei fine settimana, alle feste, in occasioni speciali, talvolta in grande quantità o frequentemente. Molti di essi affermano di controllare il consumo imponendosi delle regole, anche se è frequente lo sviluppo di modelli compulsivi di uso che richiedono poi un intervento terapeutico. Il secondo gruppo include i consumatori più marginalizzati o socialmente esclusi, tra cui ex consumatori*

*di eroina che possono fare uso di crack o assumere cocaina per via parenterale.»* (Gallina, 2013, p.59).

A differenza della cocaina, in crack è definito come la droga degli emarginati. È una sostanza derivata dalla lavorazione della cocaina, con l'aggiunta di bicarbonato di sodio e ammoniaca. La miscela che ne deriva viene bollita e prende la forma di cristalli, che una volta raffreddati vengono suddivisi in piccoli pezzi. Viene utilizzato attraverso apposite pipe e questa modalità di assunzione produce un rapido incremento degli effetti, che sono intensi ma di breve durata (3-15 minuti). Gli effetti cercati comprendono sensazioni di energia e forza, migliorata capacità comunicativa, euforia, diminuzione dell'inibizione, maggiore vivacità e un senso di forte eccitazione. Tuttavia, il down è molto pesante.

### *1.2.3. Eroina*

Il nome commerciale “eroina” deriva dal tedesco “heroish”, che significa “eroico”, poiché era una sostanza riconosciuta come un analgesico più efficace della morfina. Fino agli anni Venti, infatti, l'eroina poteva essere acquistata in farmacia come un analgesico. Fu successivamente bandita dal commercio quando ci si accorse che, oltre a far passare i comuni mal di testa e tosse, aveva degli effetti a lungo termine devastanti per il corpo umano, oltre che la morfina presentava maggiori effetti collaterali, tra cui il forte rischio di dipendenza. L'uso della morfina ad oggi rimane riservato al trattamento di sindromi dolorose come dolori oncologici, gravi traumi, etc..

Il nome scientifico dell'eroina è diacetilmorfina.

L'eroina è una sostanza semi-sintetica ottenuta dall'elaborazione chimica della morfina, che a sua volta si ricava dall'oppio, sostanza estratta dai semi di alcune varietà di papaveri. L'eroina si presenta come una polvere finissima, tipicamente di colore bianco, ma può essere anche bruna o rossastra a seconda della purezza. La produzione, infatti, può essere soggetta a numerosi tagli anche con altre sostanze pericolose.

L'eroina può essere sniffata, fumata, iniettata in vena.

Gli effetti variano a seconda della modalità di assunzione: *«l'iniezione endovenosa produce maggior intensità e un rapido raggiungimento dell'euforia (da 7 a 8 secondi), mentre l'iniezione intramuscolare produce un inizio relativamente lento dell'euforia (da 5 a 8 minuti). Se inalata o fumata, l'effetto più forte si ottiene generalmente fra i 10 e i 15 minuti.»* (www.ipsico.it)

Di solito, coloro che utilizzano eroina riferiscono di sperimentare rapidamente una serie di sensazioni piacevoli, comunemente descritte come uno “slancio” (rush), poco dopo aver assunto la sostanza. L'intensità di queste sensazioni dipende dalla quantità di droga assunta e dalla velocità con cui entra nel circolo sanguigno. Tali effetti piacevoli hanno una durata estremamente breve, di soli pochi minuti. I risultati immediati dell'assunzione sono quindi piacevoli.

Questa fase di rush è seguita da una *«fase caratterizzata da calma, rilassatezza, soddisfazione e distacco da quanto succede all'esterno.»* (Serpelloni, 2008)

Circa un'ora dopo l'assunzione, si raggiunge il picco massimo degli effetti dell'eroina. Durante questa fase, la mente può percepire una sensazione di profonda tranquillità e il corpo può essere avvolto da una sorta di piacere intenso e interiore. In questo stato, è comune che il consumatore cerchi l'isolamento per godere appieno di queste sensazioni, spesso dimenticando temporaneamente qualsiasi problema o preoccupazione.

*«Dopo gli effetti iniziali gli assuntori rimangono assopiti per molte ore. Le funzioni mentali si offuscano per l'effetto dell'eroina sul Sistema Nervoso Centrale, che comporta anche un abbassamento della frequenza cardiaca e della respirazione, che diminuisce enormemente, a volte fino al punto di causare la morte. L'effetto si esaurisce entro 2-6 ore dall'iniezione.»* (Serpelloni, 2008).

Dopo che l'effetto euforico iniziale svanisce, emergono una serie di sintomi caratteristici, tra cui il restringimento delle pupille in modo evidente (“pupille a spillo”). Ciò è accompagnato da una sensazione di sonnolenza, apatia e difficoltà a mantenere la concentrazione. L'attività fisica e mentale diminuisce, e il linguaggio può apparire confuso e poco fluido. Si può avvertire un prurito insistente e possono insorgere sensazioni di nausea che possono sfociare nel vomito.

### **1.3. Effetti delle droghe**

L'abuso di sostanze psicotrope e lo sviluppo di una dipendenza patologica possono generare effetti negativi sulla salute sia nel breve che nel lungo periodo. Gli effetti delle droghe non si limitano all'impatto fisico, ma possono anche influenzare l'equilibrio psicologico, la stabilità finanziaria, le relazioni personali e l'interazione sociale.

### 1.3.1. Ambito sanitario

A subire i duri colpi della droga, e con conseguenze faticosamente reversibili, è il cervello.

Come spiegato nel manuale *Neuroscienze delle dipendenze. Cervello, mente e droghe. Struttura, funzionamento e alterazioni droga-correlate*, l'uso di qualsiasi droga interferisce con il normale funzionamento cerebrale, alterando percezioni, pensieri, azioni, e soprattutto la capacità di memorizzare e ricordare. Nello specifico, le droghe – arrivate al sangue dopo essere state sniffate, iniettate, o fumate – giungono al cervello, agendo sul sistema nervoso, nonché l'insieme delle strutture che permettono all'organismo di ricevere stimoli dall'ambiente, di elaborarli e reagire ad essi velocemente e in modo appropriato. Le cellule del sistema nervoso che trasmettono le informazioni sono i neuroni. Essi entrano in contatto tra loro attraverso punti di contatto, dette sinapsi, formando una rete intricata. I neuroni comunicano attraverso impulsi di tipo elettrico. In corrispondenza delle sinapsi, gli impulsi elettrici vengono trasformati in segnali chimici tramite sostanze chiamate neurotrasmettitori. I neurotrasmettitori vengono rilasciati dalle vescicole sinaptiche del neurone e poi, legandosi ai recettori (strutture cellulari con la funzione di riconoscere specifiche molecole e di trasmettere il segnale) del neurone successivo, danno nuovamente inizio ad un segnale elettrico. In questo modo, l'impulso nervoso viaggia a gran velocità attraverso migliaia di neuroni, fino ad arrivare a destinazione.

Le droghe riescono ad alterare questa trasmissione dei segnali a livello di sinapsi, poiché riescono a simulare i neurotrasmettitori e stimolare direttamente alcuni recettori specifici, sostituendoli. È così che le droghe riescono a superare la barriera ematoencefalica, che protegge il cervello dalle sostanze nocive.

Per fare un esempio concreto, il principio attivo della cannabis, il THC, stimola recettori che fisiologicamente sono stimolati dall'anandamide, un endocannabinoide prodotto naturalmente dal corpo umano. Il sistema endocannabinoide è coinvolto nella regolazione di una varietà di processi fisiologici, tra cui il controllo del colore, dell'umore, dell'appetito e delle risposte immunitarie. Il principale recettore al quale si lega il THC è il recettore CB1; l'attivazione dei recettori CB1 da parte del THC è ciò che causa gli effetti psicoattivi tipici della cannabis. La morfina, da cui deriva l'eroina, stimola recettori che naturalmente sono stimolati dalle endorfine. L'eroina si lega ai recettori  $\mu$ -oppioidi, che sono coinvolti nella regolazione del dolore, del sistema di ricompensa e di altre funzioni fisiologiche. Diversamente, la cocaina non agisce direttamente sui recettori, ma influisce sul loro funzionamento. La cocaina agisce principalmente bloccando la ricaptazione delle monoamine, tra cui la dopamina, la serotonina

e la noradrenalina, nei terminali nervosi. Ciò comporta un aumento della concentrazione di queste sostanze chimiche nel cervello, con conseguenti effetti stimolanti ed euforici.

Tuttavia, l'effetto sopra descritto non si esaurisce con la metabolizzazione della droga dal corpo umano; il cervello memorizza e ricorda tutti i suoi effetti e ciò può influire sul suo corretto funzionamento. Quanto più precocemente si fa uso di sostanze stupefacenti, tanto più semplice è innescare alterazioni strutturali e funzionali che potrebbero compromettere le capacità cognitive e l'intelligenza di un individuo. I circuiti cerebrali responsabili del processo decisionale, dell'apprendimento e della memoria cominciano a subire modifiche fisiche di lunga durata.

Questo rappresenta il principale motivo per cui coloro che abusano di sostanze psicoattive possono sperimentare difficoltà legate alla memoria, all'attenzione e alla capacità di prendere decisioni adeguate, oltre a incontrare problemi nell'inibire comportamenti inappropriati. In aggiunta, possono emergere sintomi come ansia, depressione, aumento dell'aggressività, paranoia e allucinazioni. Ma le conseguenze negative correlate all'uso di droghe non si esauriscono a livello cerebrale, bensì coinvolgono anche polmoni, fegato, intestino, cuore, reni, denti, muscoli, etc.. L'uso di droghe a lungo termine può infatti provocare danni ad organi e sistemi del corpo. Gli effetti sull'apparato respiratorio possono essere molto pericolosi.

Con le droghe utilizzate tramite via endovenosa, potrebbero aumentare le malattie infettive a causa di iniezioni condivise. Ma vi sono anche conseguenze fisiche minori, quali: acne o lesioni cutanee, segni di aghi e vene collassate, problemi di mascella e ai denti, calvizie, dimagrimento, ect..

In base alla tipologia e alla quantità di droga utilizzata, la gravità e molteplicità di effetti negativi che sperimenta la persona sono soggettivi e variabili.

Tuttavia, tutti coloro che fanno uso di droghe corrono il medesimo rischio: che la droga diventi per loro una dipendenza. La dipendenza, infatti, è uno degli effetti più rilevanti che la droga causa. Questo perché tutte le droghe hanno la capacità di aumentare la quantità di dopamina nel sistema della gratificazione. Di riflesso, il cervello produce meno dopamina o diminuisce il numero di recettori che possono riceverne il segnale. Come risultato, il livello di dopamina normalmente utilizzabile dal cervello di chi consuma droghe può diventare eccezionalmente basso in assenza di droghe. Di conseguenza la capacità di provare piacere in condizioni normali viene fortemente ridotta, e anzi, una persona tossicodipendente, in assenza della sostanza, può sperimentare una vera e propria crisi di astinenza.

L'astinenza si manifesta nel momento in cui si interrompe o si riduce l'uso della sostanza e i sintomi e i segni variano a seconda del materiale utilizzato. Generalmente, l'astinenza si manifesta inizialmente con sensazioni di ansia e intenso desiderio della sostanza, seguiti da un aumento della frequenza respiratoria, sudorazione, sbadigli, lacrimazione, crampi allo stomaco, e contrazioni muscolari, tachicardia, ipertensione, febbre, brividi, nausea, diarrea, etc..

Oltre alle crisi di astinenza, la dipendenza può causare anche overdose, nonché l'assunzione di un'eccessiva quantità di sostanze stupefacenti, che può avvenire per motivi accidentali o intenzionali. L'overdose può presentarsi con molti sintomi, differenti in base alla persona; ciò che è bene tenere a mente è che può causare morte o danni permanenti molto seri.

### 1.3.2. *Ambito lavorativo*

*«La complessa relazione esistente tra le sostanze psicoattive (con particolare riguardo alle sostanze illegali e all'alcol) e il mondo del lavoro è una questione ancora poco esplorata a livello italiano ed europeo. L'ambiente di lavoro, qualsiasi possa essere, è parte della comunità e in quanto tale ne riflette forze e debolezze. Se l'uso di sostanze può risultare in qualche misura compatibile con una vita normale che includa anche l'attività professionale, il fenomeno dell'abuso oltre a produrre i conosciuti e già stimati effetti a livello individuale, interpersonale e familiare, nell'ambito lavorativo, può ridurre la produttività, minacciare la sicurezza propria ed altrui e provocare costosi problemi medici e sociali.» (Rampazzo, s.d., p.1).*

Storicamente, l'uso di droghe nel luogo di lavoro non è stato giudicato sempre allo stesso modo. Ripercorrendo la storia, infatti, vi sono stati contesti in cui alcune sostanze psicoattive venivano utilizzate per migliorare le prestazioni lavorative o per supportare condizioni di lavoro estenuanti. Durante il periodo di dominazione spagnola (1533 - 1821) gli spagnoli facevano masticare le foglie di coca agli indigeni sfruttati nelle miniere di Potosì, in Bolivia, per dare loro maggiore resistenza e ridurre la fame e la sete. Ancora, ai soldati durante la Seconda Guerra mondiale (1939 - 1945), venivano somministrate anfetamine per aumentare l'energia, la concentrazione e la resistenza fisica.

Ad oggi, purtroppo, lavoratori che fanno uso di droghe per aumentare l'attenzione, le prestazioni e le performance sono ancora molti. Soprattutto negli ultimi anni si è assistito ad un allargamento a tutte le categorie professionali. Vittorio Tanzi – responsabile qualità del Centro per i Disturbi di Personalità e Tossicomania – in un articolo del 2012 su Repubblica spiegava come tra i suoi pazienti contasse imprenditori, manager, magistrati, piloti, operai, avvocati,

artigiani, autisti e poliziotti e anche che «più è stressante il tipo di mestiere e più è frequente il ricorso alla cocaina...» (Berizzi, 2012) Secondo i medici del lavoro, 1 lavoratore su 5 fa uso di cocaina per rendere di più.

Se per un lavoratore fare uso di sostanze può sembrare un modo per migliorare le proprie performance, d'altro canto l'effetto su di esso è contrario, in quanto l'abuso incide negativamente sulla produttività, sull'assenteismo, sul rischio di infortuni, malattie e mortalità sul lavoro, con tutti i costi associati.

Per cercare di contenere il danno, con il Decreto Legislativo 309 del 1990, sono stati imposti dei test antidroga (*drug test*) per i lavoratori che svolgono mansioni a rischio sicurezza propria ed altrui (mulettisti, gli appartenenti alla polizia di stato o alle forze armate, gli addetti alla guida, i medici che eseguono interventi chirurgici, ...). Se il lavoratore risulta positivo al test antidroga, il datore di lavoro procederà alla sospensione e ad eventuali altre azioni ritenute necessarie e consentite dalla legge. I lavoratori impegnati in mansioni lavorative non citate tra quelle a rischio sicurezza non devono fare i drug test, neanche se richiesto dal datore di lavoro. Ciò implica che una altrettanto grande fascia di lavoratori non sono sottoposti ad alcun tipo di controllo.

Una visione conclusiva del fenomeno è quella che mette in luce i rischi economici in cui incorrono i lavoratori che fanno uso di sostanze stupefacenti. Come già specificato, infatti, l'utilizzo continuativo di droghe comporta dipendenza. In modo particolare, il craving e il fenomeno dell'astinenza spingono il tossicodipendente ad una ricerca quasi maniacale della sostanza. In questo modo, le persone dipendenti da sostanze psicoattive molto spesso rischiano di spendere tutti i propri risparmi in droga.

### *1.3.3. Ambito sociale*

La cultura predominante oggi considera generalmente il consumo e l'abuso di sostanze di per se stesso deviante. In sociologia, il termine "devianza" fa riferimento alla non conformità agli standard normativi del gruppo maggioritario, il quale, non potendo accettare tale comportamento, lo disapprova e spesso lo condanna con l'emarginazione o con sanzioni sociali di vario tipo.

L'uso – ma non l'abuso – di tabacco e alcool è generalmente tollerato dalla società, perché da esso non deriva alcun disturbo del comportamento o della socializzazione. Vi è un notevole grado di accettazione anche per i consumatori di sostanze leggere, come ad esempio la cannabis.

Pur non godendo di un'applicazione totale, questa prospettiva trova sostanziali aree di accordo all'interno dell'opinione pubblica in molte azioni occidentali (soprattutto per quanto riguarda i giovani). Tale posizione è influenzata dall'esperienza accumulata che suggerisce l'assenza di pericoli fisici significativi e un impatto sociale limitato associato a tali sostanze.

L'uso di droghe pesanti, invece, è considerato deviante dalla società, a causa dei gravi rischi connessi alla salute che esse comportano, che compromettono il funzionamento sociale e lo stile di vita di coloro che le assumono. Una reazione sociale ambigua ce l'ha la cocaina che, da parte sua, da un lato è disapprovata dalla società a causa delle conseguenze nocive che comporta, dall'altro, però, il suo uso non massiccio non altera il funzionamento sociale delle persone che ne fanno uso. Per tale ragione, è una delle droghe sempre più utilizzate (Tamborrino, 2005).

La compromissione del funzionamento sociale e dello stile di vita derivante dall'uso di droghe, soprattutto quelle pesanti, si manifesta attraverso una serie di comportamenti messi in atto dal tossicodipendente che influiscono negativamente sulle relazioni familiari e sociali. Gli stessi familiari e amici potrebbero essere riluttanti ad accogliere una persona affetta da tossicodipendenza nella propria casa o cerchia sociale per svariati motivi. Il motivo principale, che spesso porta a ulteriori preoccupazioni, è la consapevolezza dei danni alla salute che un tossicodipendente può subire a causa delle droghe stesse e delle crisi di astinenza. Queste preoccupazioni spesso si estendono alla possibilità che il tossicodipendente possa manifestare comportamenti aggressivi non solo nei confronti dei familiari e degli amici, ma anche nella società, con l'attuazione di comportamenti criminali.

L'analisi della correlazione tra droga e criminalità merita un'esplorazione articolata, al fine di evitare generalizzazioni arbitrarie. Diverse prospettive emergono nel contesto della criminalità legata al consumo di droghe, «*occorre pertanto distinguere:*

- *una criminalità diretta, quale compromissione di reati eseguiti sotto l'effetto di droghe,*
- *una criminalità da sindrome di astinenza,*
- *una criminalità indiretta, dovuta alla necessità di procurarsi il denaro per acquistare la droga,*
- *una criminalità da ambiente, connessa con la sottocultura e le aree criminose nelle quali vengono a confluire i tossicomani più gravi.»* (Tamborrino, 2005).

La correlazione tra droga e reati varia, inoltre, in base al tipo di sostanza coinvolta. L'uso di droghe pesanti, specialmente l'eroina, tende a portare alla criminalizzazione; al contrario, altre droghe possono avere un comportamento trascurabile sul comportamento criminale.

È importante sottolineare che l'effetto immediato e diretto delle droghe raramente spinge a commettere atti violenti o crimini. Tuttavia, alcune sostanze possono provocare perturbamenti della sfera psichica che si manifestano come cambiamenti nel controllo dell'inibizione, stati psicotici, stati confusionari o di agitazione, nonché elevazione del tono dell'umore.

Disturbi psicopatologici di questo tipo possono manifestarsi attraverso reati violenti, aggressioni sessuali o di altra natura, azioni incongrue e comportamenti imprudenti. Queste manifestazioni possono emergere con l'uso di tutte le sostanze psicoattive, compresi gli psicofarmaci. Comportamenti impulsivi o violenti, legati direttamente agli effetti delle anfetamine, della cocaina o degli allucinogeni, sono stati segnalati, sebbene con minore frequenza. Ancora più raro è osservare tali comportamenti nell'ambito dell'assunzione di cannabis, dove prevalgono atteggiamenti di astensione, stati di tranquillità e piacevole inerzia, caratteristiche che rendono difficile l'associazione con comportamenti criminali.

La droga che più di tutte risulta criminogena è sicuramente l'eroina, non tanto per l'azione farmacologica immediata, dettata dall'impulsività che la droga causa (in rari casi si verificano aggressioni, violenze, addirittura omicidi), quanto piuttosto per le cause indirette.

La criminalità dell'eroinomane può essere riconducibile agli atti delittuosi che commette a causa della sofferenza angosciante provocata dalla crisi di astinenza. I reati commessi, tra cui furti, rapine, scippi, spaccio, ... sono perlopiù per procurarsi il denaro per l'acquisto della droga.

#### **1.4. Droghe e dipendenza: il fenomeno in Italia**

Il fenomeno della tossicodipendenza in Italia si pone come problema sociale a partire dagli anni Settanta. Durante questo periodo, l'uso di sostanze psicoattive assume un carattere di ribellione e trasgressione, riflettendo una "controcultura" alternativa rispetto a quella predominante. È in questo contesto che, assieme all'uso di sostanze quali cannabis e droghe "psichedeliche", si afferma l'uso di sostanze "pesanti", come morfina ed eroina.

Negli anni Ottanta e Novanta, si osserva un progressivo processo di "normalizzazione" dell'uso di sostanze stupefacenti. Questa normalizzazione riguarda: la crescente disponibilità

di sostanze illegali, un aumento di individui sperimentatori, una diffusione più ampia di consumatori, un atteggiamento tollerante nei confronti dell'uso moderato e ricreativo, specialmente da parte di non consumatori, e un grado di adattamento culturale al consumo di droghe illegali. Questi stessi anni segnano l'emergere dell'HIV e l'allarme sociale associato a questa malattia e ai consumatori di sostanze. Questo contesto favorisce la ricerca di modalità di consumo che possano integrarsi meglio con uno stile di vita più "normale" e convenzionale.

A partire dagli anni Novanta, si assiste alla comparsa sul mercato delle cosiddette "nuove droghe" come cocaina ed ecstasy. Queste sostanze sono allettanti per la loro facilità di assunzione e per gli effetti stimolanti che offrono. Tuttavia, l'idea errata e superficiale che queste nuove droghe creino meno dipendenza rispetto all'eroina contribuisce a un aumento drammatico della distribuzione e dell'uso, sempre più legati ai luoghi di intrattenimento, dello sport e del lavoro. Si sviluppa il fenomeno della poliassunzione, in cui l'abuso della sostanza principale, di solito eroina, è accompagnato dall'uso di altre sostanze psicotrope come cocaina, cannabis, alcol e benzodiazepine.

Lo scenario odierno «è caratterizzato da logiche di distribuzione delle droghe che rincorrono i continui mutamenti del mercato, con la tecnologia di internet che gioca un ruolo da protagonista nel facilitare la disponibilità delle sostanze. I prodotti sono sempre più vari e caratterizzati da prezzi contenuti; la vendita segue canali sempre più diversificati.» (Cetrano e Perino, 2013, p. 89).

La Relazione annuale al Parlamento concernente il Fenomeno delle Tossicodipendenze in Italia per l'anno 2023 fornisce un quadro completo della complessa situazione delle tossicodipendenze nel Paese.

Dal punto di vista dei consumi, si osserva un incremento del fenomeno su diverse fasce di età: sia nella fascia 18-84 anni che nella fascia 15-19 anni. Tuttavia, è particolarmente preoccupante l'aumento rilevato tra i giovani, rispetto ai dati del 2021: si nota un notevole aumento dei consumi nella fascia giovanile, passando dal 18.7% al 27.9%. Questo incremento è particolarmente marcato per quanto riguarda l'utilizzo di cannabinoidi sintetici e Nuove Sostanze Psicoattive.

Per quanto concerne l'impatto sulla salute, si registra una crescita generale dell'utilizzo dei servizi pubblici e delle comunità terapeutiche da parte delle persone coinvolte nelle tossicodipendenze. Contestualmente, si osserva un aumento dei casi di accesso ai Pronto Soccorso e di ricoveri ospedalieri legati a problematiche correlate all'uso di droghe. Rilevante

è anche l'aumento delle diagnosi di infezioni da HIV e AIDS, spesso giunte in uno stadio avanzato. Ciò sottolinea la necessità di maggiori sforzi nel campo della prevenzione e dell'informazione.

Un altro aspetto significativo è il cambiamento nelle tendenze legate al genere (maschile e femminile) delle persone coinvolte nelle tossicodipendenze. In particolare, è emerso che le studentesse di 15-16 anni presentano prevalenze di consumo paragonabili o addirittura superiori a quelle dei coetanei maschi per quanto riguarda l'uso di cannabinoidi, Nuove Sostanze Psicoattive<sup>2</sup>, cocaina e oppiacei. Questo fenomeno si estende anche alla popolazione adulta, con una crescita delle prevalenze di consumo nel genere femminile.

La cocaina mantiene la sua presenza rilevante nel mercato delle droghe in Italia, con una significativa quantità della sostanza che arriva principalmente via mare dai Paesi produttori dell'America del Sud. I dati stanti al 2022 rilevano che in Italia siano state sequestrate oltre 26 tonnellate di sostanza, rispetto alle circa 3 tonnellate e mezzo del 2018. A farne largo uso sono i giovanissimi (15-19enni); si conta circa 44.000 studenti che ne riferiscono l'utilizzo (circa il 2% della popolazione studentesca). Nel corso dello stesso anno, l'utilizzo è stato registrato da circa 500.000 individui, con età compresa tra i 18 e gli 84 anni, rappresentando l'1.1% della popolazione.

I derivati della cannabis sono le sostanze stupefacenti più diffuse in Italia. Nel corso del 2022, in oltre 9.400 operazioni di polizia, che costituiscono circa il 50% delle operazioni totali, sono state confiscate più di 47 tonnellate di cannabis e sue varianti. La diffusione capillare nel paese è ulteriormente confermata dal fatto che circa 4 milioni di persone, comprese tra i 18 e gli 84 anni (8.5% della popolazione), hanno dichiarato di aver utilizzato prodotti a base di cannabis almeno una volta durante l'anno. Attraverso l'analisi delle acque reflue, si stima che vi siano circa 50 dosi giornaliere ogni 1.000 abitanti.

I quantitativi di eroina sequestrati nel corso del 2022 sono rimasti stabili: la quantità di sostanza sequestrata, pari a circa 550 chilogrammi, rimane invariata rispetto al 2021, rappresentando ancora meno dell'1% del totale delle sostanze confiscate dalle Forze dell'Ordine. Nella popolazione studentesca, circa 25.000 ragazzi (1%) hanno segnalato l'uso della sostanza nel 2022. Nella popolazione generale, il numero di persone tra i 18 e gli 84 anni

---

<sup>2</sup> Le nuove sostanze psicoattive sono prodotti sintetici che possono essere facilmente modificati, rendendoli sfuggenti alla rilevazione e non subito inclusi negli elenchi delle sostanze proibite da leggi e accordi internazionali. Questa categoria è estremamente vasta e mutevole, in costante evoluzione, e comprende composti ad alto rischio o potenzialmente mortali.

che hanno dichiarato di aver fatto uso di eroina/oppiacei almeno una volta nell'anno è aumentato notevolmente, raggiungendo le 750.000 persone (1.4%). Questo valore è tre volte superiore rispetto alla rilevazione del 2017.

Le particolari caratteristiche delle nuove sostanze psicoattive (NPS) rendono estremamente complesso il monitoraggio della loro diffusione. Nella popolazione generale, circa 300.000 persone nel 2022 hanno dichiarato di aver fatto uso di NPS. Tra la popolazione studentesca si individuano oltre 140mila ragazzi che riferiscono il loro utilizzo. In particolare, le NPS più popolari tra gli studenti sono i cannabinoidi sintetici (4.4%), seguiti dagli oppioidi sintetici (0.9%), la ketamina (0.7%) e i catinoni (0.5%).

Dal confronto dei dati tra l'Italia e gli altri paesi dell'Unione Europea, emerge che il nostro paese è uno di quelli che presenta percentuali più alte in Europa per quanto riguarda il consumo di droghe. Nella Relazione Europea sulla droga del 2022, emerge che nel 2019 in Italia la stima del consumo ad alto rischio di oppiacei raggiunge 7.2-7.9 casi per 1000. Questo è il dato registrato più alto. Al contrario, il minore registrato è quello del 2010-2011 dell'Ungheria, che presenta 0.4-0.5 casi per 1000. Per quanto riguarda la cocaina, si stima che durante il 2017 in Italia l'1.7% di giovani adulti (15-34 anni) abbia fatto uso di cocaina. In Turchia, nello stesso anno (2017) la stima di giovani adulti che hanno fatto uso di cocaina sono invece lo 0.1%. L'Irlanda nel 2019 e l'Austria nel 2020 registrano invece percentuali rispettivamente di 4.8 e di 5.6. Rispetto all'uso di cannabis, infine, nel 2017 in Italia il 20.9% di giovani adulti hanno fatto uso di cannabinoidi lungo l'arco dell'anno. Il dato è da inserirsi in un contesto europeo in cui in Turchia nel 2017 si è registrata una percentuale di 1.8, mentre in Cechia nel 2020 di 22.9.

In conclusione, l'uso delle droghe in Italia rappresenta una sfida complessa e multidimensionale che coinvolge aspetti sociali, sanitari e legali. Nel corso degli anni, il paese ha affrontato problemi legati al consumo e al traffico di sostanze stupefacenti. Nonostante gli sforzi delle autorità per contrastare il traffico di droga e promuovere programmi di prevenzione e trattamento, l'abuso di droghe rimane un problema diffuso.

## CAPITOLO II

### **Essere genitori tossicodipendenti**

#### **2.1. Genitorialità e tossicodipendenza**

La tossicodipendenza è una condizione complessa e pericolosa, che può avere conseguenze negative sulla salute fisica, mentale e sociale dell'individuo. La tossicodipendenza, però, non coinvolge solamente il soggetto tossicodipendente, bensì è un fenomeno che può avere ripercussioni anche su familiari, amici e sulla società circostante, con il rischio di compromettere le relazioni e influenzare la vita delle altre persone.

Un caso specifico è l'influenza che la tossicodipendenza ha nel caso in cui il soggetto tossicodipendente sia genitore, e dunque gli effetti che tale condizione comporta in soggetti fragili, bambini e minori d'età, figli di uno o entrambi i genitori dipendenti da sostanze stupefacenti.

A tal proposito, è fondamentale comprendere la relazione tra genitorialità e qualità dello sviluppo infantile. Il processo di sviluppo umano sperimentato durante la prima infanzia è strettamente legato alla qualità delle interazioni che si verificano nell'ambiente familiare. Ogni aspetto della realtà familiare ha un impatto, positivo o negativo, sulla crescita dell'individuo. L'*Early Childhood Development* (ECD) è il periodo che va dalla gravidanza all'età di circa 8 anni e coinvolge gli aspetti cognitivi, socio-emotivi, linguistici e fisici del bambino. Lo sviluppo neurologico e quindi psicologico del bambino non è automatico, bensì avviene in risposta a stimoli sociali ed interpersonali: la genitorialità rappresenta dunque una delle influenze ambientali più potenti, sia sul benessere attuale che sulle prospettive future dei bambini (Milani, 2018, p. 22).

Il termine "genitorialità" denota l'ampio spettro di responsabilità e attività che i genitori intraprendono per assicurare il benessere dei propri figli. Essa è imperniata sull'interazione tra genitore e figli e comprende i diritti e i doveri per l'educazione e lo sviluppo del bambino. Una

genitorialità ritenuta “responsabile” fa riferimento «*a genitori che tutelano l’interesse superiore del figlio, assumendo un atteggiamento affettuoso, responsabile, non violento, che riconoscono i bisogni del bambino, gli fanno da guida e fissano dei limiti, in modo che il figlio possa sviluppare appieno il suo potenziale.*» (Milani, 2018, p.64).

La genitorialità – come sostiene Belsky (1984) nel suo modello concettuale suggerito dalla teoria bioecologica dello sviluppo umano di Bronfenbrenner – emerge dalla combinazione di numerosi elementi e può essere suddivisa in tre categorie principali:

1. le caratteristiche personali del genitore, che prendono in considerazione la biografia del genitore, comprendente della sua personalità, attitudini e valori, dei suoi modelli parentali di riferimento e delle cure genitoriali che offre ai suoi figli;
2. le caratteristiche personali del bambino, nonché le sue disposizioni fisiche, psicologiche e i suoi bisogni di sviluppo;
3. infine, l’ultima categoria comprende le variabili sociali e contestuali, ovvero tutti quegli elementi che hanno un impatto indiretto sulla genitorialità (Milani, 2018, p. 69).

I genitori che si trovano coinvolti nell’uso di sostanze stupefacenti possono essere esposti ad una serie di sfide nella loro capacità genitoriale. In termini generali, avviene una mancanza di attribuzione di sacralità alla vita dei bambini da parte dei genitori. Il genitore non riesce ad instaurare una relazione empatica con il figlio, con una conseguente mancanza di sensibilità e di comprensione dei suoi bisogni. Ad influenzare tale modalità genitoriale vi è l’utilizzo della sostanza da parte del o dei genitori, gli effetti e le conseguenze della droga, e lo stress che deriva dallo stile di vita del tossicodipendente. È bene sottolineare come vi sono però anche altri elementi non direttamente connessi all’utilizzo della sostanza che possono rendere la genitorialità un compito complesso.

È necessario prendere particolarmente in considerazione la genitorialità che loro stessi hanno sperimentato quando erano piccoli da parte dei loro genitori e che li ha portati a sviluppare modelli di attaccamento spesso di tipo insicuro. L’incapacità genitoriale può essere attribuita al fatto che l’esperienza delle relazioni affettive insoddisfacenti vissute come figlio ha condizionato così profondamente il mondo interiore del genitore che quest’ultimo non è in grado di assumere un ruolo adulto né di indirizzare le proprie energie emotive verso il proprio figlio (Cirillo, 1996). Molte volte, chi diventa tossicodipendente ha vissuto esperienze

traumatiche, abusi o trascuratezze da parte dei propri genitori o caregiver, creando così un ciclo perpetuante di sofferenza.

## **2.2. Gravidanza, periodo prenatale e periodo perinatale**

La Relazione Annuale al Parlamento relativa al Fenomeno della Tossicodipendenza in Italia per l'anno 2023 evidenzia come l'uso e l'abuso di sostanze stupefacenti non sia una prerogativa esclusivamente maschile, bensì sia in crescita anche per il genere femminile. Questo fenomeno si manifesta in modo significativo nella fascia d'età compresa tra i 15 e i 34 anni, che rappresenta il periodo di massima fertilità per le donne. L'aumento del numero di donne tossicodipendenti in età fertile e di madri con problemi legati alla tossicodipendenza sta generando un incremento delle gravidanze ad alto rischio e un aumento del numero di neonati che possono sperimentare complicazioni prima, durante e dopo il parto (Righi, Polidori e Valletta, 2016).

Per una donna che fa uso di sostanze riconoscere una gravidanza può essere una sfida, poiché l'uso di droghe può causare alterazioni ormonali che possono provocare una diminuzione del ciclo mestruale, fino all'amenorrea; senza considerare che la donna tossicodipendente sperimenta spesso sintomi che possono facilmente confondersi con quelli della gravidanza, come stanchezza, nausea e vomito. Di conseguenza, nella maggior parte dei casi, a meno che la gravidanza non sia stata pianificata, la donna si rende conto di essere incinta solo a gravidanza avanzata, rischiando di non essere entro i limiti consentiti<sup>3</sup> per un'eventuale interruzione volontaria. Inoltre, le donne che utilizzano droghe illecite sono esposte a un aumentato rischio di contrarre infezioni come l'HIV, l'HTLV, l'HBV e l'HCV, con la potenziale possibilità di trasmetterle durante la gravidanza o l'allattamento al feto (Tavolo Tecnico operativo interdisciplinare per la promozione dell'Allattamento al Seno, 2023).

Quando subentrano conclamati disturbi da uso di sostanze, la donna tossicodipendente che ha scoperto la gravidanza inaspettata fatica ad interrompere completamente l'uso di droghe. Così facendo, si espone ad un pericoloso stile di vita, compromettendo la propria salute e

---

<sup>3</sup>Attualmente in Italia, ogni donna ha il diritto di richiedere l'interruzione volontaria di gravidanza (IVG) entro i primi 90 giorni di gravidanza per ragioni di salute, motivi economici, sociali o familiari

trascurando l'impatto negativo che le droghe (o l'alcol) hanno sul feto ed i rischi connessi al periodo neo e perinatale.

L'alcol attraversa la placenta e raggiunge direttamente il feto, con una concentrazione praticamente identica a quella presente nell'organismo della madre. Tuttavia, il feto, non possedendo gli enzimi necessari per metabolizzare l'alcol, subisce effetti dannosi sul cervello e sui tessuti in fase di sviluppo. Questi effetti dannosi possono includere parto prematuro, malformazioni fisiche, ridotta circonferenza cranica, basso peso alla nascita, ritardo mentale, la gravità dei quali dipende dalla quantità di alcol consumata. Il nascituro può presentare sintomi o disturbi alcolici, culminando nella sindrome feto-alcolica (Fetal Alcohol Syndrome-FAS), irreversibile e spesso progressiva (Scafato, 2015).

La nicotina, da parte sua, ha un effetto vasocostrittore sulla placenta, che porta ad una ridotta disponibilità di nutrienti per il feto; ciò può comportare distacco o rottura della placenta, parto prematuro, aborto spontaneo, ridotta crescita del feto e basso peso alla nascita, disturbi respiratori, e Sindrome della Morte Improvvisa Infantile (SIDS - Sudden Infant Death Syndrome) (Serpelloni et al., 2012).

Riconducibili agli effetti del fumo di tabacco in gravidanza sono gli effetti della cannabis sulla donna che ne fa uso cronico, tra cui rottura o distacco della placenta, ridotta crescita fetale e basso peso alla nascita, aborto spontaneo, parto pretermine, a cui si aggiungono danni al sistema nervoso, e disturbi neurocomportamentali (Righi, Polidori e Valletta, 2016).

Fino ad ora si è parlato dei rischi che droghe per definizione "leggere" (alcol, tabacco, cannabis) comportano durante il periodo di gestazione. Quelle sopracitate sono droghe che non generano una dipendenza intensa, ed una loro eventuale interruzione a causa della gravidanza non si manifesta con sintomi importanti, quali ad esempio crisi di astinenza. Queste caratteristiche, se da un lato rendono più facile la possibilità di smettere di farne uso, dall'altro non vengono considerate con la dovuta serietà dalle persone che sono dipendenti, le quali ne sottovalutano le conseguenze. Le stime disponibili mettono in luce che il 50-60% delle donne italiane in gravidanza consuma bevande alcoliche (Scafato, 2015). Circa il 30% delle donne non riesce ad abbandonare la sigaretta quando è incinta; infine, la cannabis risulta essere tra le droghe illecite più abusate dalle donne in gravidanza (Serpelloni et al., 2012).

Un discorso più complesso e diversificato va affrontato per quanto riguarda l'uso cronico di cocaina ed eroina durante una gravidanza.

I risultati dell'uso di cocaina da parte di donne in gravidanza sugli effetti sul feto non sono ancora completamente compresi. Tuttavia, numerose ricerche scientifiche hanno rilevato che i neonati nati da madri che assumono cocaina durante la gravidanza tendono ad essere spesso prematuri e ad avere parti che durano più a lungo del normale. Tra gli effetti della cocaina sul feto, si riscontrano una diminuzione dell'apporto di ossigeno al sangue e una carenza di sostanze nutritive, con conseguente ritardo nella crescita intrauterina, basso peso alla nascita, microcefalia e possibili anomalie a livello scheletrico, cardiaco, visivo, uditivo o genitourinario. L'uso di cocaina durante la gravidanza ha, quindi, un impatto neurotossico sul feto, contribuendo a manifestazioni di comportamento anomalo nell'infanzia, tra cui problemi nelle abilità motorie e nella postura, difficoltà nella nutrizione e disturbi cognitivi dell'attenzione e di instabilità dell'umore ([www.ortofonologia.it](http://www.ortofonologia.it)).

L'inizio della gravidanza in una donna che fa un uso cronico di eroina, invece, richiede una valutazione attenta, poiché comporta la considerazione di due principali categorie di rischi: quelli associati all'uso continuativo della sostanza e quelli legati alla possibilità di una sindrome di astinenza neonatale.

L'abuso di oppiacei, e in particolare di eroina, causa numerose complicanze ostetriche fetali, tra cui ridotta crescita, basso peso alla nascita, insufficienza placentare, aborto spontaneo, morte intrauterina, rottura prematura delle membrane, parto pretermine o precipitoso, depressione respiratoria, infezioni, sindrome di astinenza del meconio, e sindrome di astinenza neonatale. La donna potrebbe sentirsi incline a cessare immediatamente l'uso di oppiacei, ma questa opzione comporta rischi significativi. In particolare, vi è un elevato pericolo di ricaduta e, in aggiunta, la sindrome da astinenza potrebbe innescare un aborto spontaneo durante il primo trimestre di gravidanza o un parto prematuro nel terzo trimestre. Di conseguenza, in questa situazione, invece di cercare la disintossicazione immediata, è essenziale iniziare quanto prima una terapia di mantenimento con agonisti oppiacei, come il metadone e la buprenorfina (Righi, Polidori e Valletta, 2016). Anche se presentano effetti negativi, questi sono meno gravi dell'uso della sostanza stessa: il metadone, infatti, può portare a problemi nella crescita postnatale del neonato e a vari disturbi neurocomportamentali.

L'utilizzo di sostanze durante la gestazione comporta rischi notevoli per il feto. Le sostanze assunte in gravidanza, così come con i farmaci, raggiungono il feto principalmente attraverso la placenta, come accade per l'ossigeno e le sostanze nutritive, necessari per la crescita e lo

sviluppo fetali. Quelle che non attraversano la placenta possono comunque danneggiare il feto (Gunatilake e Patil, 2021).

Superato poi il periodo di gestazione, le neo-madri tossicodipendenti presentano altri rischi per il neonato, questa volta connessi all'allattamento al seno. Molte sostanze psicoattive passano rapidamente nel latte materno, e possono dunque essere trasmesse al neonato. Ad esempio, la concentrazione di alcol nel latte materno è paragonabile a quella del sangue materno. Il livello di nicotina nel latte materno può, invece, persino superare quello presente nel sangue materno, indicando un processo di concentrazione per questa sostanza (Tavolo Tecnico operativo interdisciplinare per la promozione dell'Allattamento al Seno, 2023). La medesima cosa accade per le droghe "illegali". I cannabinoidi e la cocaina, passando nel latte, possono causare effetti nel lattante quali letargia, difetto della suzione, disturbi neurocomportamentali. Il metadone e la buprenorfina, utilizzati come terapia di mantenimento per le donne dipendenti da eroina, risultano essere presenti con una concentrazione molto bassa nel latte materno.

Le problematiche connesse alla tossicodipendenza nei periodi prenatale e perinatale sono molteplici, e con conseguenze negative, a volte letali, per il bambino. Un fenomeno che merita attenzione è quello delle crisi di astinenza neonatali, che si distinguono in: Sindrome di Astinenza Neonatale da sostanze (SAN); e Sindrome Alcolico Fetale (FAS).

Il termine Sindrome di Astinenza Neonatale (SAN) si riferisce comunemente a un insieme di manifestazioni cliniche che si verificano nei neonati dopo la nascita a causa della brusca cessazione dell'esposizione intrauterina a sostanze stupefacenti o psicotrope assunte dalla madre, tra cui cocaina, metadone, oppiacei, benzodiazepine, barbiturici. Tutte le droghe che causano dipendenza nella madre possono dare origine a una dipendenza anche nel feto, e nel neonato dopo la nascita. Quando la droga non è più presente, il sistema nervoso del neonato può entrare in uno stato di ipereccitazione, manifestando i segni e i sintomi dell'astinenza.

I sintomi della Sindrome da Astinenza Neonatale (SAN) coinvolgono diversi sistemi corporei, tra cui il Sistema Nervoso Centrale e Autonomo e l'apparato digerente. La manifestazione dei sintomi può variare in base alla sostanza assunta dalla madre durante la gravidanza, al periodo di tempo trascorso tra l'assunzione e l'età gestazionale del neonato. Questi sintomi possono presentarsi in modo precoce, solitamente entro le prime 24-48 ore dalla nascita, oppure in modo più tardivo, solitamente tra il quinto e il decimo giorno di vita del neonato (Rechichi, 2021). I sintomi comprendono *«irritabilità, problemi del sonno, pianto*

*inconsolabile, agitazione, difficoltà di alimentazione, vomito, diarrea, tachipnea»* (Fiori, 2020). Alcuni sintomi possono essere particolarmente caratteristici quando la Sindrome è provocata da specifici abusi di sostanze. L'eroina e gli oppiacei manifestano la SAN con sintomi che possono durare da 4 fino a 6 mesi. La cocaina, invece, ha la maggior incidenza di Sindrome della Morte Improvvisa del Lattante (Sudden Infant Death Syndrome - SIDS), che consiste nel decesso precoce di un bambino di età compresa tra un mese e un anno.

Quando il feto è stato esposto all'alcol durante la gravidanza si parla invece di Sindrome Feto-Alcolica (FAS). Solo una piccola percentuale, approssimativamente il 3-4%, dell'alcol presente nel corpo materno viene eliminata dal feto. Inoltre, gran parte dell'alcol che il feto elimina attraverso il liquido amniotico viene successivamente riassorbita grazie alla deglutizione fetale del liquido stesso e all'assorbimento da parte delle mucose. La Sindrome da Alcolismo Fetale (FAS) spesso si presenta in modo subdolo, manifestandosi attraverso malformazioni minori, difficoltà nell'apprendimento e problemi comportamentali e psicoevolutivi. Questi elementi costituiscono ciò che è conosciuto come lo spettro dei Disturbi da Alcolismo Fetale (Fetal Alcohol Spectrum Disorders - FASD). La diagnosi di FAS e FASD non è sempre immediata nei primi mesi di vita e, di fatto, viene spesso sospettata e individuata in ritardo durante l'infanzia, quando si manifestano disabilità legate a tali disturbi (Righi, Polidori, Valletta, 2016).

In conclusione, le sfide che i neonati nati da madri tossicodipendenti devono affrontare sono complesse. Il supporto medico, psicologico e sociale è essenziale per aiutare queste madri a raggiungere un futuro migliore per sé stesse e per i loro figli. Utopica, ma non impossibile, è la possibilità che la gravidanza inaspettata per una donna tossicodipendente possa essere vissuta come una sorta di redenzione personale, un momento in cui si intraprende un percorso verso una vita migliore. Il concepimento e la gravidanza possono rappresentare un punto di svolta cruciale nella loro lotta contro le dipendenze. Questa prospettiva può essere vista come un segno di speranza e un'opportunità per mettere fine all'uso di sostanze dannose. La futura maternità può essere interpretata come un incentivo per abbandonare le dipendenze, poiché la madre vuole fornire al proprio bambino un ambiente sano e sicuro. In alcuni casi, il bambino stesso assume un ruolo simbolico di "salvatore" per la madre, un motivo potente per combattere le dipendenze e cercare una vita migliore. La gravidanza di una persona tossicodipendente può essere vista come un momento di speranza e trasformazione, ma richiede un impegno significativo per superare le dipendenze e garantire la salute del bambino.

### 2.3. Genitori dipendenti da sostanze e attaccamento

I bambini sono orientati fin dalla nascita all'interazione con gli altri esseri umani. Infatti, bastano pochi mesi perché nel neonato emerga una predilezione nei confronti di una persona, solitamente la madre. Questo rapporto tra gli infanti e la persona che si prende cura di loro primariamente è considerato il più importante, perché destinato a lasciare la sua impronta su tutti gli altri successivi rapporti emotivamente coinvolgenti che il bambino svilupperà. Questa relazione, o legame affettivo, che ciascun individuo stabilisce con un individuo specifico, il caregiver, è definito come "attaccamento".

L'attaccamento è un intimo, affettuoso e duraturo legame che unisce reciprocamente i membri della diade, in modo da garantire vicendevolmente vicinanza, protezione e sicurezza. Favorire un'esperienza positiva di attaccamento nel bambino è fondamentale per la comprensione delle emozioni, la scoperta della coscienza e del concetto di sé.

L'attaccamento caregiver - infante è, dunque, un tassello fondamentale alla base di una crescita sana ed equilibrata del bambino. A tal proposito, la psicologia canadese Mary Ainsworth riuscì a distinguere i diversi tipi di attaccamento che si instaurano tra bambini e caregiver, domandandosi perché alcuni bambini avessero un'esperienza di attaccamento più positiva rispetto ad altri.

La differenza individuale nel legame di attaccamento viene individuata dalla Ainsworth attraverso la Strange Situation, tecnica basata sull'osservazione sistematica dell'interazione madre-figlio durante la prima infanzia (12-24 mesi) che richiede che il bambino, seguendo un ordine predefinito, interagisca, si separi e ricongiunga con il suo caregiver e con un adulto estraneo. Lo scopo dell'esperimento era quello di capire la motivazione del bambino ad essere vicino al caregiver, e sul grado in cui la presenza del caregiver dà al neonato sicurezza e fiducia.

Con un lavoro sinergico assieme a John Bowlby, i due psicologi riuscirono a congiungere il tipo di attaccamento che il bambino adotta e le caratteristiche del caregiver. Esistono diversi tipi di attaccamento, caratterizzati dalla fiducia o meno nella disponibilità delle figure di attaccamento, e che hanno effetti profondi e di lunga durata sul benessere del bambino prima e poi dell'adulto che diventerà.

Mary identifica tre tipologie di attaccamento infantile (Trasatti, 2022).

L'attaccamento di tipo A è definito di tipo "insicuro/evitante"; i bambini mostrano una propensione ad evitare il caregiver e a limitare le interazioni, dimostrando segni di insicurezza.

Quando il caregiver è presente, manifestano un atteggiamento freddo e distante, mostrando preferenza per l'esplorazione dell'ambiente circostante e non coinvolgendo il caregiver nelle proprie attività. In assenza del caregiver, il bambino non mostra segni di stress o disagio e mantiene la stessa indifferenza anche in presenza di estranei. Al momento del riunirsi con la figura di attaccamento, il bambino sembra ignorarla, mantenendo un atteggiamento indifferente, senza cercarla con lo sguardo o avvicinarsi, ma continuando a giocare. Il caregiver presenta un modello comportamentale simile, evitando il contatto con il bambino e dimostrando fastidio, il che porta a una relazione basata su sentimenti di sfiducia e rifiuto del contatto fisico.

Da una prospettiva basata sul Modello Operativo Interno (MOI), il bambino potrebbe percepirsi come una persona priva di valore e amore, vedendo il mondo come un luogo freddo, ostile e poco accogliente, dove è difficile esprimere sé stessi e i propri sentimenti. Il caregiver e gli altri sembrano distanti, poco affidabili e inclini a evitare il contatto, contribuendo a consolidare questa visione negativa del mondo e delle relazioni.

L'attaccamento di tipo B è definito di tipo "sicuro"; i bambini utilizzano il caregiver come una base sicura da cui partire per esplorare il mondo circostante. Quando il caregiver è presente, mostrano affetto nei suoi confronti, sono accoglienti e sorridenti, interagendo positivamente con la figura di riferimento, esplorando l'ambiente e curiosando tra i giocattoli. In sua assenza, il bambino potrebbe manifestare una leggera protesta per la sua mancanza e mostrare segnali di stress e disagio, ma, una volta calmato, riprende tranquillamente le attività, anche in presenza di estranei. Quando la figura di attaccamento ritorna, il bambino si avvicina a essa, è sorridente e si lascia consolare. La figura di attaccamento presenta un comportamento simile, essendo generalmente sensibile alle esigenze del bambino, disponibile e premurosa.

Da un punto di vista dei MOI, il bambino si percepisce come una persona a cui spetta amore e affetto, vede il mondo come un luogo accogliente e da esplorare e il caregiver come una figura di supporto.

L'attaccamento di tipo C è definito di tipo "insicuro/ambivalente" (o ansioso-resistente); in presenza del caregiver, i bambini mostrano un attaccamento ambivalente, aggrappandosi saldamente a lui ma allo stesso tempo cercando di respingerlo; mostrano una notevole riluttanza a esplorare la stanza dei giochi e restano appresso al caregiver. Quando il caregiver si allontana, esprimono il loro dolore attraverso un pianto difficile da placare; quando invece ritorna, il bambino mostra un comportamento incoerente e ambivalente, cercando il contatto con il caregiver, ma allo stesso momento allontanandolo.

Il caregiver risulta essere una figura che fatica ad empatizzare con il bambino, mostrando la propria presenza o meno in base alle proprie esigenze. In accordo con i MOI, ciò disturba e altera la percezione mentale che il bambino ha di sé e del mondo che lo circonda. Il pensiero principale è quello di non meritare dagli altri amore e stima, e le persone che le stanno attorno appaiono incerte e instabili.

Negli anni a seguire, grazie al contributo della psicologa Mary Main, è stata fornita una categorizzazione anche per i bambini che non rientravano nelle tre precedenti classificazioni.

Si parla a tal proposito di un attaccamento di tipo D, definito “insicuro disorganizzato”; i bambini mostrano segni di confusione e disorientamento, manifestando comportamenti peculiari come dondolarsi o rimanere immobili, insieme a sequenze disorganizzate di comportamento. Spesso, assumono una postura rigida e un’espressione spaventata sul volto. Vivono in uno stato di profonda dissonanza tra il loro desiderio di cercare affetto e vicinanza da una figura di riferimento, rappresentato dal sistema di attaccamento, e il bisogno di difendersi, che li porta a immobilizzarsi di fronte a situazioni percepite come pericolose, aspetto caratteristico del sistema di difesa.

La disorganizzazione del comportamento di attaccamento si verifica quando il genitore manifesta atteggiamenti minacciosi, abusivi, aggressivi o disconnessi. Inoltre, può verificarsi quando il genitore, durante la cura del bambino, reagisce con angoscia, rabbia o paura a ricordi personali traumatici altamente emotivi, trasmettendo al bambino le stesse emozioni.

Quanto detto fino ad ora rispetto all’attaccamento è utile per comprendere le difficoltà che i figli di genitori tossicodipendenti possono incontrare nell’instaurare un attaccamento positivo e nelle conseguenti difficoltà che derivano da questo. Le donne della popolazione generale sono prevalentemente caratterizzate da un attaccamento sicuro; gli stili di attaccamento più frequentemente osservati nella diade madre tossicodipendente - figlio sono, invece, quello insicuro/evitante e quello insicuro/disorganizzato. In questi casi, la figura che dovrebbe prendersi cura del benessere del bambino diventa fonte di paura e ansia per lui. Il bambino sviluppa così una rappresentazione negativa del caregiver, considerandolo come una figura pericolosa e spesso abusante, da cui si sente perseguitato (Trasatti, 2022).

Nei primi mesi di vita di un bambino con un genitore tossicodipendente, emerge una carenza significativa di contatto fisico e di ricerca di contatto visivo da parte del genitore. Il bambino non sviluppa timore verso estranei poiché non riesce a identificare chiaramente le figure genitoriali di riferimento. Il genitore tossicodipendente trasmette la sua carenza emotiva al

figlio, nonostante fornisca un adeguato sostentamento materiale. Questo genitore è spesso più concentrato sulle proprie esigenze personali, incapace di mostrare sensibilità ed empatia nella relazione con il figlio.

In termini più ampi, si nota una confusione dei ruoli, una crescita non graduale ma piuttosto irregolare, con adattamenti precoci all'ambiente esterno e una prematura assunzione di responsabilità da parte dei bambini. I figli di genitori tossicodipendenti diventano in breve tempo dei piccoli adulti, un processo che nasce sia dalla limitata interazione con la figura di attaccamento che dalla necessità della madre di utilizzare il bambino come base sicura, invertendo il tradizionale ruolo genitore-figlio.

Spesso, questi bambini faticano a mantenere un senso coerente di sé. Questa difficoltà è causata dall'instabilità nelle relazioni di accudimento, dalla frequente assenza dovuta a episodi di malattia e dalla presenza di diverse figure adulte che ruotano attorno al bambino. Questa situazione porta a un isolamento sociale, accentua i sentimenti di solitudine, abbandono e perdita, e aumenta il rischio di problemi psicopatologici (Bramucci, 2019).

### *2.3.1. Attaccamento paterno*

Per molti anni, la psicologia dell'età evolutiva ha concentrato la sua attenzione principalmente sull'analisi delle interazioni dei bambini con un solo genitore, solitamente la madre, mentre l'interazione padre-figlio è stata indagata molto meno frequentemente. Questo approccio limitato ha contribuito a trascurare l'importante ruolo che i padri svolgono nello sviluppo dei loro figli.

È importante sottolineare che i bambini stabiliscono relazioni di attaccamento significative sia con le madri che con i padri, e questo processo inizia già dalla seconda metà del loro primo anno di vita. Uno degli aspetti cruciali nell'interazione padre-figlio che sembra rivestire un ruolo chiave nello sviluppo di relazioni di alta qualità tra i bambini e i loro padri è la capacità dei padri di fornire una stimolazione fisica che sia sensibile ma al contempo coinvolgente per i bambini stessi. Questo tipo di interazione è stata definita come "sensibilità al gioco" e "relazione di attivazione padre-figlio". Padri che manifestano sensibilità e coinvolgimento nei confronti dei loro figli contribuiscono in modo sostanziale a promuovere relazioni di attaccamento sicure e a consentire ai bambini di esplorare il mondo con fiducia e curiosità (associazionepropsy.org).

In adolescenza, poi, un attaccamento intimo e forte con il padre è associato a migliori risultati nell'ambito educativo, comportamentale ed emotivo; coinvolgimento e vicinanza paterna con l'adolescente lo proteggono dall'incappare in comportamenti delinquenti e dalla sperimentazione del disagio emotivo.

È chiaro, dunque, che la tossicodipendenza del padre rischia di compromettere questo attaccamento positivo e, al pari delle conseguenze di un attaccamento debole madre-figlio, può portare a conseguenze negative per la crescita sana del bambino, non meno rilevanti rispetto a quelle causate dalla tossicodipendenza di una madre.

## **2.4. Conseguenze del crescere con genitori tossicodipendenti**

### *2.4.1. Effetti a breve termine*

Come già specificato, la droga causa alterazioni comportamentali della persona dipendente, in questo caso del genitore, quali *«impulsività significativa, difficoltà nella gestione dell'aggressività, autocontrollo labile/ipercontrollo, affettività ambivalente, scarsa aderenza all'esame della realtà, difficoltà nell'integrazione dei processi percettivi e di pensiero; problematiche evolutive della personalità, immaturità e debolezza dell'Io, preminenza di aspetti narcisistici, dipendenza dall'altro/scarso riconoscimento dell'altro. Tali caratteristiche non favoriscono certamente lo sviluppo di funzioni genitoriali e non facilitano l'aprirsi di quello spazio del prendersi cura che è imprescindibile per la crescita del bambino»* (Bramucci, 2019).

Gli effetti dell'abuso di sostanze da parte dei genitori sui figli che vivono in queste situazioni possono variare notevolmente in base alla gravità e alla durata della dipendenza, oltre che all'età, al sesso e alle circostanze individuali del bambino.

Non di rado la tossicodipendenza è associata alla trascuratezza, talvolta anche al maltrattamento (Bramucci, 2019). Il 40% dei genitori segnalati per comportamenti fisicamente maltrattanti e il 56% dei genitori segnalati come negligenti soddisfano i criteri del Disturbo da Uso di Sostanze. In campioni di madri in trattamento per la cura all'abuso di alcol e droghe, più del 50% ha riportato di aver trascurato il proprio bambino almeno una volta.

La trascuratezza è una tipologia di maltrattamento che si riferisce al fallimento del genitore o del caregiver nel soddisfare i bisogni primari e nel fornire le cure essenziali, l'istruzione e la dimensione affettiva appropriata all'età del bambino.

Una delle prime sfide che i genitori che abusano di sostanze affrontano è la difficoltà nell'organizzazione. L'uso eccessivo di droghe o alcol può compromettere la loro capacità di stabilire una routine stabile per la famiglia. Questo può influire negativamente sulla struttura delle attività quotidiane, come la preparazione dei pasti, il mantenimento della pulizia della casa e l'organizzazione delle attività dei bambini. Il tutto assieme alla potenziale irregolarità degli orari, con pasti, orari di riposo e altre routine disturbate dall'uso di sostanze da parte del genitore. I genitori potrebbero essere svegli e attivi durante la notte, oppure potrebbero dormire per lunghi periodi durante il giorno (stayhonest.org). La mancanza di una routine coerente può portare a un ambiente disordinato e incerto, che può causare disagio e insicurezza nei bambini.

In secondo luogo, i figli di genitori tossicodipendenti possono assistere a situazioni altamente traumatiche, come le liti familiari, che purtroppo possono degenerare in episodi di aggressione fisica o scene di violenza. Questi eventi drammatici tendono a verificarsi con maggiore frequenza quando uno o entrambi i genitori tossicodipendenti sono sotto l'influenza di sostanze stupefacenti o quando stanno vivendo le conseguenze delle crisi di astinenza. È cruciale sottolineare che i bambini e gli adolescenti in queste situazioni rischiano non solo di assistere passivamente a tali episodi traumatici ma anche di diventarne vittime dirette. Questi giovani possono essere oggetto di aggressioni fisiche. La loro vulnerabilità è aumentata a causa del caos che spesso circonda la famiglia.

In aggiunta, l'abuso di sostanze può portare a una serie di problemi economici e mancanza di risorse finanziarie per fornire il necessario supporto ai propri figli. Spesso, i genitori che abusano di sostanze possono spendere una parte significativa del loro reddito per acquistare droghe o alcol, a scapito delle necessità essenziali della famiglia, come il cibo, il vestiario, le bollette e le cure mediche.

Infine, è importante sottolineare che l'abuso di sostanze può comportare gravi rischi per la sicurezza dei bambini. I genitori che utilizzano droghe possono avere a casa sostanze nocive e attrezzature per l'uso delle droghe, come aghi e siringhe, che rappresentano un grave pericolo per i bambini se non vengono tenute al sicuro. Questo può aumentare il rischio di incidenti e avvelenamenti accidentali, mettendo ulteriormente a rischio la salute e la sicurezza dei bambini. In aggiunta, i genitori possono esporli a condizioni pericolose, portandoli con sé durante la

ricerca della sostanza o in luoghi dove sono presenti altre persone che abusano di droga, come feste o raduni.

Nelle famiglie con genitori tossicodipendenti non è raro che sussista anche una condizione di trascuratezza educativa, che indica la mancanza di capacità nel fornire l'istruzione essenziale per il crescere del bambino. I problemi con assenze ingiustificate dei bambini a scuola durante l'infanzia possono evolversi in situazioni di assenteismo più gravi durante l'adolescenza e culminare nell'abbandono della scuola. Durante la prima infanzia, i genitori tendono a dedicare meno tempo alla lettura e a fornire meno stimoli educativi ai loro neonati e bambini piccoli. A scuola, i genitori diventano meno disponibili per assistere con i compiti, monitorare le prestazioni accademiche e seguire da vicino il progresso scolastico.

Inoltre, la comunicazione tra genitori che fanno uso di sostanze stupefacenti e insegnanti è spesso limitata. Molti genitori, a loro volta, possono aver avuto esperienze negative con il sistema scolastico e possono evitare l'interazione con esso a causa dell'ansia o della vergogna personale (Lander, Howsare, Byrne, 2013).

Tutti i suddetti effetti vengono classificati come "a breve termine" non perché scompaiano in poco tempo, ma piuttosto perché sono delle piccole azioni che, se considerate singolarmente, potrebbero sembrare semplici omissioni, ma, quando si accumulano e persistono nel tempo, diventano una fonte di problemi psicologici per il bambino, spesso con conseguenze permanenti.

#### *2.4.2. Effetti a lungo termine*

I figli che vivono la tossicodipendenza dei genitori in maniera esponenziale, spesso, sono esposti a situazioni di trascuratezza fisica, educativa o psicologica, oltre ad essere testimoni di comportamenti legati all'abuso di sostanze stupefacenti da parte dei loro genitori. Tutto ciò che vivono, dalla nascita fino all'adolescenza, li porta a sviluppare una serie di disturbi psicopatologici.

La salute mentale influisce sulle emozioni, il pensiero e il comportamento di una persona, plasmando la sua gestione dello stress, le decisioni che prende e le sue interazioni con gli altri. Per i bambini, la salute mentale rappresenta il raggiungimento di traguardi emotivi e di sviluppo, l'acquisizione di competenze sociali e strumenti per affrontare le sfide.

I bambini con genitori affetti da tossicodipendenza presentano spesso una maggiore propensione a manifestare comportamenti immaturi, irresponsabili o impulsivi. Inoltre,

possono avere un quoziente d'intelligenza (QI) inferiore, maggiore assenteismo scolastico e sperimentare problemi comportamentali, ansia e depressione. Talvolta, manifestano tendenze all'aggressività, alla disobbedienza e all'isolamento sociale. Alcuni ragazzi interiorizzano il loro dolore e negano i loro bisogni e sentimenti, altri invece agiscono con rabbia e frustrazione nei momenti di disagio. I sintomi che i bambini con genitori tossicodipendenti possono manifestare a causa dell'ambiente familiare instabile in cui vivono variano da individuo a individuo, e dipendono dalla gravità dell'abuso di sostanze da parte dei genitori e dalla presenza di altre forme di maltrattamento o trascuratezza (Butler, 2015).

Molti di questi bambini attraversano un percorso di crescita straordinariamente complesso e anomalo a causa della loro realtà familiare segnata dalla tossicodipendenza, che gli permette di sviluppare delle notevoli capacità di adattamento e meccanismi difensivi al fine di esercitare una sorta di controllo sulla dinamica familiare. Essi si trovano ad assumere un ruolo di cura e protezione nei confronti dei genitori, stabilendo una sorta di inversione di ruolo; sono costretti a svolgere responsabilità che di solito spettano agli adulti, cercando di garantire il benessere della famiglia. Ad esempio, il bambino potrebbe possedere una conoscenza sulle sostanze stupefacenti che i suoi genitori assumono, e ciò comporta fin da subito un'alterazione della percezione del mondo e delle relazioni sociali; inoltre, potrebbe conoscere tutte le dinamiche private dei genitori tossicodipendenti, le conseguenti crisi di astinenza e le possibili vie di cura terapeutica disponibili. Nell'inversione dei bisogni di dipendenza, si pongono i bisogni del genitore prima di quelli del bambino. Questo predispone il bambino a una possibile difficoltà nello stabilire confini sani nelle relazioni e nel comprendere le connessioni essenziali tra pensieri, sentimenti e comportamenti. Ciò può portare a una carenza di autoconsapevolezza e, a volte, a un'eccessiva attenzione ai bisogni degli altri (Lander, Howsare e Byrne, 2013).

In termini di disturbi mentali ed emotivi diagnosticabili, i bambini che sono vittime di abuso di sostanze da parte dei genitori sono significativamente più vulnerabili a sviluppare una vasta gamma di disturbi infantili (Lander, Howsare e Byrne, 2013). Tra queste problematiche, spiccano alcuni disordini psicologici più rilevanti tra cui ADHD, Disturbi del Comportamento, Disturbi dell'Umore e Disturbi Post-Traumatico da Stress.

Il Disturbo da Deficit di Attenzione e Iperattività (ADHD) è una condizione spesso associata, che può influire negativamente sulla capacità di concentrazione e apprendimento. Nei bambini possono anche manifestarsi iperattività e impulsività. Crescendo è possibile riscontrare difficoltà nella comunicazione e nell'interazione sociale; questi bambini possono apparire

distratti, agitati, inquieti e rispondere impulsivamente quando non è il loro turno (Sulkes, 2022). La ricerca indica che probabilmente l'ADHD è causato da alterazioni dei neurotrasmettitori e dunque, derivante da fattori genetici. Tuttavia, l'ADHD può essere associato anche ad altri fattori ambientali. Nel caso dei genitori tossicodipendenti, l'ADHD diagnosticato al bambino può derivare dall'esposizione ad alcol e droghe durante la gravidanza, con il conseguente basso peso alla nascita, oppure da eventi traumatici durante l'infanzia, come trascuratezza, abuso o violenza.

I Disturbi del Comportamento sono caratterizzati da una serie di comportamenti definiti come "esternalizzanti", poiché coinvolgono azioni in cui il disagio interno si manifesta esternamente attraverso comportamenti disfunzionali quali aggressività, impulsività, provocazione, violazione delle norme e altre azioni socialmente inadeguate. Agire in maniera appropriata rispetto alle norme sociali e regolare autonomamente il proprio comportamento sono competenze complesse che il bambino apprende durante la prima infanzia, grazie all'interiorizzazione delle regole imposte dall'adulto in svariate situazioni. I fattori di rischio dei disturbi di comportamento per un bambino con genitori tossicodipendenti possono essere l'esposizione di sostanze stupefacenti durante la gravidanza, una scarsa qualità della cura nel periodo perinatale, conflitti all'interno dell'ambiente familiare, esposizione a maltrattamenti e abusi e stili di attaccamento insicuri.

I Disturbi dell'Umore sono caratterizzati da disturbi psicologici prolungati, che possono manifestarsi con periodi di estrema tristezza (depressione), eccessiva euforia o eccitazione (mania), o una combinazione di entrambi. La presenza costante di stress, incertezza e instabilità nell'ambiente familiare dei bambini di tossicodipendenti porta nella maggior parte di casi a bassa autostima e alla depressione. Un individuo affetto da depressione può manifestare apatia e tristezza oppure essere irritabile e ansioso. Spesso, le persone con depressione sperimentano difficoltà nel provare emozioni, inclusi sentimenti di dolore, gioia e piacere, in modo consueto, e il mondo intorno a loro può sembrare privo di vivacità e grigio, perdendo interesse nelle attività che svolgono (Coryell, 2021).

Il Disturbo Post-Traumatico da Stress è associato ad eventi che generano sentimenti di paura, impotenza o terrore. Questi eventi possono includere esperienze dirette, come gravi lesioni fisiche o situazioni di pericolo di vita, o esperienze indirette, come essere testimoni di gravi incidenti, rischi mortali o la morte di un'altra persona, o l'apprendimento di eventi traumatici che coinvolgono parenti stretti o amici. I bambini che hanno vissuto in un ambiente di

tossicodipendenza possono sviluppare PTSD a causa degli eventi traumatici, negligenza o abuso, o esperienze stressanti legate alla loro situazione familiare (Barnhill, 2020).

Per concludere, una diffusa preoccupazione è quella che riguarda un possibile sviluppo di un Disturbo da Uso di Sostanze nei figli di tossicodipendenti. Il fatto che un bambino sia stato fin da piccolo in un ambiente caratterizzato dalla normalizzazione della droga non significa che inevitabilmente tutti i figli di genitori tossicodipendenti diventino tali; tuttavia, è importante sottolineare che molti fattori possono influenzare le scelte di vita di una persona e il loro percorso verso la dipendenza da sostanze e dar vita a quello che possiamo definire “circolo delle dipendenze”. Fattori come la predisposizione genetica, l’ambiente familiare a rischio, modelli di comportamento poco sani e traumi derivanti da abusi fisici, emotivi o sessuali, possono di certo aumentare il rischio di dipendenza e di altri problemi psicologici.



## CAPITOLO 3

### **Il ruolo dei servizi sociali in contesti di tossicodipendenza di genitori di minori**

#### **3.1. La centralità del minore nel lavoro dei Servizi sociali**

L'Autorità Garante per l'Infanzia e l'Adolescenza afferma che il «*grado di civiltà e di sviluppo di una società si misura sulla sua capacità di promuovere e difendere i diritti di coloro che sono più fragili, indifesi, incapaci di tutelarsi autonomamente*». A partire da questa premessa, quando un assistente sociale si trova a lavorare con famiglie fragili in cui sono presenti minori di età è di fondamentale importanza che agisca sempre nell'interesse di questi ultimi.

##### *3.1.1. Politiche e leggi relative alla tutela dei minori*

Le politiche e le leggi relative alla tutela dei minori sono un tema legislativo complesso che coinvolge diverse normative e disposizioni specifiche a livello internazionale e nazionale.

La Convenzione sui Diritti del Fanciullo, approvata nel 1989 dall'Assemblea generale delle Nazioni Unite e ratificata dall'Italia con la legge n.176/1991, è lo strumento normativo internazionale più importante e completo in materia di tutela dei diritti dell'infanzia, contenente 54 articoli. Gli artt. 1-41 sono inerenti all'enunciazione dei diritti sull'infanzia, definendo "fanciullo" ogni individuo avente un'età inferiore a diciott'anni (art.1). A livello personale ogni bambino ha diritto alla vita (art.6), ad un nome ed alla nazionalità (art.7), alla tutela da tutte le forme di sfruttamento e abuso (art.34). A livello sociale invece può godere del servizio sanitario pubblico (art.24), del diritto all'istruzione (artt.28-29) e del diritto alla libera espressione e al libero pensiero (art.12). L'interesse superiore del fanciullo deve essere una considerazione preminente (art.3).

A livello nazionale, la Costituzione Italiana agli artt.30-31 stabilisce il principio fondamentale della protezione dei diritti dei minori e fornisce una base importante per le leggi e le politiche relative ai minori e alla loro tutela, affermando che *«la Repubblica [...] protegge la maternità, l'infanzia e la gioventù, favorendo gli istituti necessari a tale scopo»* (art.31) e che è *«un dovere e diritto dei genitori mantenere, istruire ed educare i figli»* (art.30).

Nel caso in cui i genitori non siano in grado di adempiere ai loro doveri verso i figli, la legge prevede che possano essere esonerati da tali responsabilità. La questione è trattata in dettaglio nel Codice Civile Italiano. Il giudice ha la facoltà di dichiarare la decadenza dalla responsabilità genitoriale quando un genitore viola o trascura i propri obblighi nei confronti dei figli o abusa dei relativi poteri, arrecando grave danno al minore (art.330). Se la condotta di uno o entrambi i genitori continua a essere dannosa per il figlio, il giudice, a seconda delle circostanze, può adottare provvedimenti appropriati, inclusa l'opzione di allontanare il minore dalla residenza familiare o di rimuovere il genitore o il convivente che maltratta o abusa del minore (art.333).

I servizi sociali contribuiscono attivamente alla promozione del benessere dei minori e all'attuazione di misure preventive nei confronti delle situazioni di rischio che possono coinvolgerli. Per questo motivo, nel caso in cui i servizi sociali identifichino fragilità all'interno di una famiglia con minori in età, hanno la facoltà di procedere con una segnalazione all'Autorità Giudiziaria. In modo specifico, la legislazione prevede cinque circostanze particolari in cui i servizi sociali sono tenuti per legge a effettuare questa segnalazione, con l'obiettivo primario di garantire la protezione del minore:

1. Minori in “stato di abbandono” (Legge 184/1983, art.9, c.1)
2. Minori abbandonati moralmente o materialmente, o cresciuti in ambienti insalubri o pericolosi, o da persone a causa di negligenza, immoralità, ignoranza o per altre ragioni incapaci di prendersi cura della loro educazione (art.403 C.C.)
3. Minori che esercitano la prostituzione (R.D.L. 1404/34, art.25 bis, c.1)
4. Minori stranieri presenti in Italia privi di assistenza e vittime di reati legati alla prostituzione e alla pornografia minorile, nonché di tratta e traffico di esseri umani (R.D.L. 1404/34, art.25bis, c.2)
5. Situazioni in cui è necessario anticipare o prorogare il termine di un affidamento familiare o di un collocamento in comunità (Legge 184/1983, art.4, c.5).

È di cruciale importanza che i Servizi Sociali coinvolti nella protezione dei minori non solo siano al corrente della legislazione che regola il loro operato, ma anche che la comprendano a fondo e ne applichino correttamente i principi. La conoscenza approfondita della legislazione è essenziale poiché fornisce la base legale su cui si fondano tutte le azioni e le decisioni prese in ambito di tutela dei minori.

### *3.1.2. Ruolo dei Servizi Sociali*

Il Servizio sociale per i minori in modo specifico si occupa, da un lato, di fornire supporto e assistenza alla genitorialità, dall'altro svolge funzioni di vigilanza, protezione e tutela dei minori in situazioni di difficoltà o carenze nella genitorialità, anche in assenza di una richiesta diretta dalla famiglia. Queste due principali competenze del servizio sociale, definite “di aiuto e di controllo”, vengono esercitate in modo integrato, al fine di promuovere cambiamenti positivi nella famiglia, responsabilizzare i genitori, e rimuovere, per quanto possibile, le cause del disagio e sostenere i genitori nell'adempimento dei loro compiti, garantendo al minore il diritto di crescere in un ambiente sereno ([www.informafamiglie.it/servizi-alle-famiglie/tutela-minori](http://www.informafamiglie.it/servizi-alle-famiglie/tutela-minori)).

È opportuno discernere due categorie di interventi quando si fa riferimento ai Servizi sociali per i minori in contesti di fragilità. Si parla di interventi in contesto di beneficenza, nonché di tutela in senso ampio, quando si è di fronte ad una famiglia collaborante, poiché non è necessario un intervento dell'Autorità Giudiziaria. La famiglia, consapevole delle fragilità che incorpora, accede in modo spontaneo al Servizio, oppure viene inviata da enti o professionisti esterni e, una volta agganciata, si dimostra collaborante con gli interventi e/o orientamenti proposti dall'assistente sociale. In questo caso, il processo di aiuto è una presa in carico del nucleo che vede i genitori come personaggi attivi, con i quali progettare, identificare e definire gli obiettivi da perseguire. Si inizia da una posizione marginale del nucleo, in cui l'assistente sociale ha un ruolo centrale e predominante, e si evolve verso una relazione di aiuto in cui la persona coinvolta assume gradualmente una posizione da protagonista. Questo processo è accompagnato da un progressivo spostamento verso una posizione di relativa marginalità da parte dell'assistente sociale (Cellini e Dellavalle, 2015, p.62).

Accanto agli interventi di beneficenza si parla poi di interventi su ordine dell'Autorità Giudiziaria, nonché di tutela in senso stretto. Introducendo una terza figura, quella dell'Autorità Giudiziaria, viene spostata la situazione da un contesto di intervento spontaneo ad un

procedimento giudiziale e prescrittivo. Tale procedura è attivata da una segnalazione da parte dei Servizi all'Autorità Giudiziaria, qualora sia ravvisata una situazione di rischio<sup>4</sup> di pregiudizio o di pregiudizio<sup>5</sup> in cui si trova il minore. La decisione di effettuare una segnalazione non costituisce una risposta punitiva verso i genitori che non sono stati in grado di progredire attraverso gli interventi co-progettati; al contrario, rappresenta un ulteriore strumento clinico-terapeutico, finalizzato a garantire la protezione del minore e a creare una situazione in cui valutare la situazione familiare e supportare la famiglia nel percorso di miglioramento delle loro competenze genitoriali.

I Servizi segnalano all'Autorità Giudiziaria per motivi emergenziali – per collocare i minori che si trovano in stato di pregiudizio – preventivi – per prevenire la persistenza dei problemi del minore e l'abbandono del progetto da parte della famiglia – o trattamentali, dove non si sono riscontrati abbastanza cambiamenti positivi nel contesto spontaneo (Segatto e Dal Ben, 2020, p. 51). In altri casi, la Procura minorile si rivolge al servizio sociale o sociosanitario competente dopo aver ricevuto una segnalazione pervenuta da soggetti terzi. Il servizio viene quindi incaricato di indagare e valutare la situazione segnalata e di presentarla al Tribunale per i Minorenni.

Se è vero che i bambini necessitano della presenza della propria famiglia per il loro sviluppo, e avere una famiglia è un loro diritto (Legge 184/83, art.1), tuttavia, in alcune circostanze, la famiglia stessa può diventare una fonte di disagio, talvolta anche grave, come nelle situazioni approfondite in questo elaborato. In queste complesse circostanze, i servizi sociali sono investiti del compito di intervenire, guidando un processo di aiuto finalizzato al miglioramento della situazione. Essi portano una significativa responsabilità, in quanto le loro decisioni possono avere un impatto sostanziale, sia negativo che positivo, sulla vita delle persone nell'ambito della loro professione (Segatto e Dal ben, 2020, p.56).

### **3.2. Tutela dei figli delle persone tossicodipendenti**

I genitori affetti da Disturbo da Uso di Sostanze presentano una genitorialità labile e assumono comportamenti che possono mettere a rischio il minore; ciò si ripercuote sul suo

---

<sup>4</sup> Condizione sfavorevole in cui non si è in grado di prevedere con ragionevole certezza e/o probabilità lo sviluppo di un possibile danno al benessere psicofisico del minore.

<sup>5</sup> Condizione di particolare e grave disagio che è già sfociata in un danno effettivo alla salute psicofisica del minore.

sviluppo psicofisico, con conseguenze permanenti. In situazioni come questa, i Servizi si occupano di svolgere una corretta valutazione dell'ambiente familiare e si impegnano a costruire un progetto di intervento integrato che prenda in osservazione le caratteristiche familiari, degli adulti e del minore, al fine di individuare il miglior percorso possibile che comporti uno sviluppo sano e positivo per il bambino.

### *3.2.1. Coordinamento e rete tra i differenti servizi*

Dinnanzi a situazioni multiproblematiche e complesse è necessario ed importante che si attivino interventi combinati tra sociale e sanitario (Legge n.328/2000) per obiettivi e azioni comuni che rispondano in maniera integrata ai bisogni della comunità, orientando il lavoro a pratiche riflessive e sussidiarie (CNOAS, 2020), improntate sulla collaborazione e sulla reciprocità. Lo strumento principale per il coordinamento tra i servizi è l'Unità Valutativa Multidimensionale Distrettuale (U.V.M.D), un incontro formale in cui è richiesta la presenza dei professionisti del Comune, delle ULSS e dei servizi attivi in un determinato processo di aiuto.

L'area di pregiudizio o di rischio di pregiudizio attinente ai minori figli di tossicodipendenti costituisce un settore ad alta integrazione che richiede un profondo impegno di scambio, confronto, progettazione, gestione e verifica congiunta.

In questo complesso quadro, entra in gioco una équipe integrata formata principalmente dagli operatori del Servizio Sociale Territoriale, del Servizio per le Dipendenze (Ser.D.) e dell'Unità Funzionale Salute Mentale Infanzia e Adolescenza (UFSMIA), o Neuropsichiatria Infantile, ed eventualmente altri servizi. Il Servizio Sociale Territoriale assume un ruolo centrale nell'orchestrare tutte le attività dei vari servizi coinvolti, garantendo che le decisioni adottate siano nel migliore interesse del minore e dell'intera famiglia. In particolare, si dedica alla valutazione sociale, raccogliendo dati fondamentali per comprendere la situazione del minore e della sua famiglia sia dal punto di vista delle condizioni oggettive di vita, sia in relazione alla qualità delle interazioni all'interno e all'esterno del nucleo familiare. L'UFSMIA o Neuropsichiatria Infantile, costituisce un servizio pubblico che opera su base ambulatoriale, concentrando i propri sforzi sulla prevenzione, diagnosi e trattamento dei disturbi neuropsichiatrici che si manifestano durante l'infanzia e l'adolescenza, coprendo un'età che va dai 0 ai 18 anni. In collaborazione con il Servizio Sociale Territoriale, vengono condotte valutazioni relative alle competenze genitoriali e alla possibilità di recupero delle stesse. Questo processo

esplora le variabili che influiscono sulla sofferenza del minore, tenendo conto dei comportamenti genitoriali, e approfondisce le risorse e le potenzialità che possono consentire ai genitori di diventare adeguatamente capaci di assumere le proprie responsabilità. I Ser.D. assumono la responsabilità della diagnosi e del trattamento dei pazienti, basando la loro presa in carico su criteri diagnostici precisi e ben definiti. La valutazione diagnostica condotta dai Ser.D. può portare alla certificazione dell'abuso di sostanze o della dipendenza da esse nel paziente. L'approccio adottato è fortemente interdisciplinare, con un' enfasi particolare sulla completa presa in carico dell'individuo, mettendo al centro le sue esigenze e necessità. Per ciascun paziente, viene elaborato un piano terapeutico e riabilitativo personalizzato, e un monitoraggio regolare per valutare l'efficacia delle azioni intraprese (Cetrano e Perino, 2013).

In caso di donna tossicodipendente in gravidanza può intervenire, inoltre, l'Unità Operativa Complessa di Ostetricia e Ginecologia (UOC) che si occupa della gestione della patologia avanzata sia nell'ambito della salute femminile (ginecologia) che nell'ambito della maternità e nascita (ostetrica); se il minore è già nato, invece, si inserisce il Servizio di Pediatria, dove il pediatra si occuperà di seguire e di avere un quadro completo rispetto all'ambito sanitario del bambino. Presso il Consultorio familiare, invece, lavorano psicologi e assistenti sociali che possono offrire consulenza psicologica e supporto; inoltre, in Consultorio si effettuano le valutazioni delle competenze genitoriali eventualmente disposte in un decreto del Tribunale per i Minorenni, e incontri a sostegno della genitorialità. Infine, il Centro per l'Affido e la Solidarietà Familiare (C.A.S.F.) entra in gioco per garantire un ambiente sicuro e adatto per il minore; possono essere coinvolti nel processo di affido, qualora il Tribunale decida che è necessario allontanare il minore dal nucleo familiare.

L'efficace collaborazione tra questi servizi è fondamentale per assicurare che i genitori tossicodipendenti ricevano il sostegno necessario per superare la loro dipendenza e che i minori ricevano l'attenzione e la cura di cui hanno bisogno per crescere in un ambiente sicuro e sano.

### 3.2.2. *Un modello di protocollo operativo*

Nel corso del 2020, la Giunta Esecutiva della Società della Salute di Pratese ha adottato una delibera relativa al Protocollo intitolato "*Gestione degli interventi socio-sanitari integrati a favore di minori figli di genitori con problematiche di consumo o dipendenza da sostanze stupefacenti e psicotrope*". L'Allegato 1 del suddetto protocollo dettaglia le diverse fasi

coinvolte nell'assunzione di responsabilità da parte dei Servizi nella presa in carico di un nucleo familiare in contesto di tossicodipendenza.

### *3.2.2.1. Accesso e invio*

Nel caso in cui il Servizio di Dipendenza (Ser.D), il Servizio Sociale o l'UFSMIA individuino una situazione di potenziale rischio per un minore, correlata a problematiche di consumo di sostanze o dipendenza da parte dei genitori, è loro responsabilità intraprendere una serie di azioni mirate. Queste azioni sono condotte in stretta collaborazione con i genitori coinvolti e comportano la notifica formale agli altri servizi competenti. Inoltre, è definito un piano terapeutico e riabilitativo che preveda un adeguato sostegno ai genitori e promuova la cooperazione tra tutti i servizi interessati. Nel caso di una donna in stato di gravidanza, i servizi competenti che sono a conoscenza della gestazione collaborano con la futura madre per elaborare un progetto condiviso, il quale prevede il monitoraggio completo della gravidanza fino al momento del parto, coinvolgendo anche il Consultorio Familiare e le Unità Operative di Ostetricia e di Pediatria e Neonatologia dell'Ospedale. L'obiettivo di questa collaborazione è garantire il benessere della madre e del nascituro, nonché fornire il necessario supporto medico e sociale durante questa fase critica della vita della famiglia.

### *3.2.2.2. Valutazione*

L'uso di sostanze da parte dei genitori di un minore non si traduce, sempre e allo stesso modo, con un'incapacità educativa o affettiva. Lo spettro in cui la disattenzione genitoriale si manifesta è molto ampio e variegato: può accadere che vi sia negligenza e trascuratezza sistematica, oppure un esercizio di genitorialità che necessita di un semplice supporto, oppure la presenza di capacità genitoriali sufficientemente buone da parte della coppia di genitori che abusano di sostanze, al pari di quelle di due genitori che non ne fanno uso (Bramucci, 2019). Inoltre, è di fondamentale importanza sottolineare che non è automatico che entrambi i genitori siano affetti da tossicodipendenza; al contrario, possono emergere diverse situazioni complesse. Ad esempio, potrebbe verificarsi il caso in cui solamente uno dei due genitori sia coinvolto in problematiche legate alla tossicodipendenza, mentre l'altro abbia già intrapreso un percorso di recupero. Oppure, potrebbe accadere che, nonostante la presenza di dipendenza da sostanze e successiva riabilitazione, soltanto uno dei genitori dimostri di possedere competenze genitoriali

in grado di preservare l'interesse del minore. Queste sfumature aggiungono un ulteriore livello di complessità alle valutazioni e alle decisioni da prendere in questo contesto delicato.

Per tutte queste ragioni, i Servizi svolgono la valutazione multidimensionale, al fine di indagare se i genitori tossicodipendenti presi in carico siano totalmente, parzialmente o per nulla idonei ad occuparsi dei figli minori, e per la creazione di un progetto di aiuto "su misura".

La valutazione deve raccogliere il maggior numero di informazioni, analizzando il fenomeno in maniera minuziosa. I fattori da considerare sono:

1. *«dati relativi alla situazione esistenziale e relazionale del minore;*
2. *storia tossicomantica dei genitori del minore (tipo di sostanze d'abuso, durata dell'abuso);*
3. *problematicità a livello di personalità (condotte violente, presenza di grave psicopatologia) che non consentono al minore la permanenza con i genitori;*
4. *tentativi pregressi di fronteggiamento del problema, fallimenti, valutazione della motivazione al cambiamento, interruzioni/abbandoni del programma di recupero, non adesione;*
5. *per la madre: assunzione di metadone e/o sostanze psicotrope in gravidanza ed eventuale nascita del bimbo con s.a.n., problemi di salute del bimbo legati all'assunzione di stupefacenti;*
6. *segnalazione da parte dei servizi dello stato di t.d., difficoltà abitative, precarietà economiche;*
7. *motivazione a seguire il programma, regolarità e disponibilità nei contatti e rapporti con i servizi sociali;*
8. *mancata assicurazione da parte dei Sert e dei servizi sociali sulle capacità genitoriali e su quelle vicarianti di parenti disposti ad occuparsi del minore;*
9. *precedenti penali e pendenze dei genitori;*
10. *problemi del minore, situazione di rischio, pregiudizi arrecati dal nucleo familiare in difficoltà o al contrario valutazione sullo stato del minore di tranquillità, serenità, socialità;*
11. *irregolarità della condotta genitoriale (cambi frequenti di casa, periodi di confusione ed incertezza, coppia conflittuale ed instabile, ecc.);*
12. *capacità di porre attenzione alle esigenze del minore.» (Bramucci, 2019)*

Ciascun Servizio procede alla valutazione in base al proprio mandato istituzionale e secondo le proprie procedure e metodologie specifiche.

Dopo aver effettuato una valutazione dettagliata, gli operatori dei servizi coinvolti si riuniscono per formare un'équipe integrata. Questo incontro avviene in presenza dei genitori al fine di definire il Progetto Quadro<sup>6</sup>. Questo progetto ha l'obiettivo di fornire un piano completo

---

<sup>6</sup> Insieme coordinato e integrato degli interventi sociali, sanitari ed educativi finalizzati a promuovere il benessere del minore e a rimuovere la situazione di rischio o di pregiudizio in cui questi si trova

che include diverse componenti cruciali. In primo luogo, si procede alla definizione di un programma terapeutico mirato a sostenere il genitore coinvolto nella dipendenza, che sarà gestito dal Servizio Dipendenze (Ser.D.). Questo programma è progettato per aiutare il genitore a superare la sua dipendenza e a riacquistare il controllo sulla propria vita. In secondo luogo, si elabora un progetto individualizzato sotto la supervisione del Servizio Sociale. Questo progetto è orientato a soddisfare le esigenze specifiche del minore coinvolto, ponendo sempre al centro dell'attenzione il benessere del bambino. Include un percorso di sostegno alla famiglia, con l'obiettivo di rafforzare le capacità genitoriali dei genitori. Questo può comportare interventi di natura socio-educativa, formativa e di tutela, con l'obiettivo di migliorare l'ambiente familiare in cui cresce il minore. Infine, nel Progetto Quadro viene predisposto un piano terapeutico riabilitativo che si allinea ai percorsi specifici offerti nell'UFSMIA. Questo piano terapeutico è progettato per aiutare il minore a recuperare il benessere psicologico e a superare eventuali difficoltà legate alla situazione familiare e alla dipendenza del genitore.

Nel caso in cui sia presente un neonato, viene avviato un percorso di monitoraggio che si estende fino all'età di almeno 24 mesi. Questo percorso comprende controlli regolari e una sorveglianza dello sviluppo del bambino da parte di un gruppo multidisciplinare. Inoltre, vengono condotte valutazioni dettagliate, comprese misurazioni dello sviluppo tramite l'uso di scale specifiche. Durante questo processo, viene dedicata particolare attenzione alla relazione tra i genitori e il bambino, alle competenze genitoriali e alla rete di supporto familiare.

### *3.2.2.3. Verifica e conclusione*

Gli operatori responsabili dell'attuazione del Progetto Quadro devono pianificare incontri periodici di valutazione congiunta.

Al termine del Progetto Quadro, i servizi si riuniscono con la famiglia coinvolta per condividere il percorso seguito e i risultati ottenuti. Se il percorso è stato positivo e gli obiettivi sono stati raggiunti con successo, si procede con la formalizzazione della chiusura del processo di presa in carico congiunta. Tuttavia, nel caso in cui gli obiettivi non siano stati raggiunti come previsto, si procede a una revisione e una ridefinizione di un nuovo progetto.

### *3.2.3. Segnalazione all'Autorità Giudiziaria*

Come già precedentemente illustrato, *«la segnalazione è un obbligo/dovere di tutti gli incaricati di pubblico servizio e pubblici ufficiali nel momento in cui, nell'esercizio delle*

*proprie funzioni, vengano a conoscenza di notizie di un presunto reato in cui sia coinvolto il minore o di elementi di pregiudizio o rischio per i minori»* (SdS Pratese, 2020). I figli di genitori tossicodipendenti sono particolarmente vulnerabili a causa dei rischi connessi alla salute dei genitori stessi, dei loro comportamenti devianti, della presenza di sostanze stupefacenti in casa e della negligenza derivante dall'uso di tali sostanze. Pertanto, è essenziale che i servizi sociali intervengano tempestivamente per garantire il benessere e la sicurezza di questi minori.

Per queste ragioni, è di vitale importanza che nel caso in cui gli operatori del Ser.D., del Servizio Sociale o dell'UFSMIA rilevino situazioni di grave pregiudizio per i minori causate da comportamenti altamente disfunzionali da parte dei genitori, o mancata cooperazione, o adesione alle indicazioni da parte dei genitori, segnalino immediatamente la situazione alla Procura per i Minorenni. Nel caso in cui i Servizi ricevano informazioni da parte dei Servizi ospedalieri relativamente ad una donna tossicodipendente in gravidanza, è fondamentale che procedano con la segnalazione, auspicabilmente prima del parto, al fine di attivare rapidamente un processo di assistenza e presa in carico della futura madre e del nascituro.

Dopo aver ricevuto una segnalazione dalla Procura per i Minorenni, il Tribunale per i Minorenni valuta attentamente le informazioni fornite dal Servizio mittente. Successivamente, emana un decreto che contiene una serie di disposizioni e obblighi che coinvolgono l'assistente sociale, i servizi indicati, la famiglia e il minore. In presenza di un provvedimento dell'Autorità Giudiziaria a tutela del minore, i Servizi devono conformarsi alle disposizioni relative all'informazione e alla collaborazione, e tutte le parti coinvolte sono tenute a rispettare scrupolosamente queste direttive, eseguendo le azioni e le responsabilità loro assegnate dal decreto emesso.

Il processo di aiuto introdotto dai Servizi coinvolti procede dunque parallelamente a quanto disposto dal Tribunale. È fondamentale che i Servizi mantengano costantemente aggiornato il Tribunale rispetto alle valutazioni riguardanti le azioni intraprese e i progressi o regressi registrati dalle persone coinvolte nel processo di assistenza. Pertanto, è di cruciale importanza che le valutazioni svolte siano dettagliate e veritiere, al fine di fornire al Tribunale una visione il più possibile accurata della situazione esaminata, consentendo così la definizione dei migliori interventi per garantire la riuscita del processo di aiuto.

### **3.3. Strumenti dei Servizi sociali**

Gli strumenti professionali rappresentano l'insieme dei mezzi che permettono di eseguire l'attività e di ottenere risultati conformi agli obiettivi stabiliti. Le azioni intraprese dai servizi coinvolti nel lavoro con famiglie in cui sono presenti genitori tossicodipendenti sono conformi alle direttive stabilite dall'Autorità Giudiziaria, previa segnalazione.

#### *3.3.1. Interventi per la protezione dei minori*

Quando si parla di interventi per i minori caratterizzati dalla presenza dell'Autorità Giudiziaria, ci si riferisce a tutti quei provvedimenti che hanno effetti sulla responsabilità genitoriale. Le disposizioni da parte dei Tribunali quando si parla di genitori tossicodipendenti con figli minori possono essere molteplici, e dipendere dal grado di rischio a cui è esposto il minore.

##### *3.3.1.1. Collocamento del minore presso la famiglia di origine e affidamento ai Servizi Sociali*

Tra le misure decretate dal Tribunale per i Minorenni, una possibilità è il collocamento del minore presso la sua famiglia di origine, con un affievolimento dei genitori dalle responsabilità genitoriali, e un affidamento ai Servizi sociali territorialmente competenti.

Questa disposizione stabilisce che il minore continuerà a vivere con i genitori tossicodipendenti, ma qualsiasi decisione straordinaria relativa alla sua cura dovrà essere comunicata all'assistente sociale, che avrà il potere di intervenire in caso di comportamenti inadeguati da parte dei genitori. L'affidamento ai Servizi è molto spesso accompagnato da una richiesta di valutazione delle competenze genitoriali condotta dal Servizio Sociale territoriale del caso oppure dal Consultorio familiare, che poi relaziona al Tribunale per i Minorenni l'esito del percorso di valutazione delle competenze genitoriali al fine di indirizzare l'Autorità Giudiziaria nella decisione di quale sia il regime di affidamento e collocamento del minore più adatto. Nel caso specifico di genitori tossicodipendenti, è inoltre necessario che il Servizio per le Dipendenze si occupi del monitoraggio dei genitori rispetto all'astinenza dalle sostanze.

Il collocamento del minore presso la famiglia di origine e l'affidamento ai Servizi sociali nel caso in cui vi sia in carico un nucleo con genitori tossicodipendenti, accade molto raramente; è più facile che venga imposta tale disposizione nel caso in cui i genitori, già consapevoli delle loro fragilità, sono da tempo conosciuti dai Servizi (prima del concepimento del figlio) per dei

piani di riabilitazione, oppure sono soggetti scarsamente coinvolti nel mondo della droga o in via di risoluzione del sintomo tossicomane (Bramucci, 2019).

### *3.3.1.2. Comunità Mamma-Bambino*

Il collocamento presso le comunità Mamma-Bambino può essere disposto dal Tribunale qualora sia stata valutata positivamente la possibilità di riabilitare le competenze genitoriali della madre affetta da tossicodipendenza. Nelle comunità Mamma-Bambino la diade viene inserita su indicazione dei Servizi Sociali comunali o delle ULSS di residenza – in conformità con le decisioni dell’Autorità Giudiziaria – su base volontaria della madre stessa, la quale ha la facoltà di decidere se accettare l’ingresso in struttura con il suo bambino e quando interromperlo. Tuttavia, se esiste un decreto emanato dal Tribunale che regola i rapporti tra madre e figlio, qualora la madre non accetti l’ingresso in struttura o decida di sospenderlo, i Servizi sono tenuti a cercare un’alternativa che comporterà la separazione della madre dal bambino.

La Comunità Mamma-Bambino è un ambiente educativo residenziale progettato per offrire sostegno e assistenza a un massimo di 10/12 famiglie composte da mamme e figli o donne in gravidanza che si trovano in situazioni di difficoltà o disagio sociale. Queste situazioni possono essere causate da violenze o da circostanze contingenti legate a problemi socioambientali, talvolta anche la tossicodipendenza. L’obiettivo è garantire un intervento adeguato per l’adulto, fornendo un ambiente protetto per il bambino. Le madri sono accolte al fine di fornire loro assistenza alla tossicodipendenza, per la disintossicazione o il monitoraggio di un trattamento psicofarmacologico o sostitutivo, e sostegno all’esercizio delle proprie responsabilità genitoriali, nonché di perseguire una maggiore autonomia personale. Per quanto riguarda i minori, si offre loro un ambiente che promuova la loro crescita in un contesto attentamente orientato alle loro esigenze, offrendo loro esperienze affettive profonde e routine solide (Stocco, et al., 2012).

La comunità mantiene una costante comunicazione con gli enti mittenti e con il Tribunale per i minorenni, è responsabile di segnalare tempestivamente l’evoluzione del programma e la qualità del legame tra madre e bambino, con l’obiettivo di ottimizzare l’impiego delle risorse disponibili per il successo del piano individuale (Casa Aurora, 2021, p.59).

### *3.3.1.3. Affidamento familiare*

Nel caso in cui il Tribunale per i Minorenni e i Servizi Sociali identifichino problemi evidenti nelle abilità genitoriali, ma ritengano che vi sia un possibile margine di miglioramento, nella maggioranza delle situazioni viene previsto l'affidamento familiare.

L'approccio dell'affidamento familiare si concentra sulle relazioni e si caratterizza per la temporaneità dell'intervento, con l'obiettivo fondamentale di riunificare il bambino con la sua famiglia d'origine (Tangorra et al., 2013, p. 14).

L'affidamento familiare è una forma di supporto familiare versatile e flessibile, finalizzato a sostenere le famiglie durante periodi difficili, offrendo assistenza ai loro figli tramite una serie di collaborazioni tra famiglie affidatarie e vari enti operanti nel territorio, responsabili della cura e della tutela dei bambini e del supporto alle famiglie stesse. L'affidamento familiare, di solito, è un intervento a breve e medio termine, mirato principalmente a famiglie che attraversano particolari difficoltà nell'educazione e nella cura dei propri figli (Tangorra et al., 2013, p.1). Gli affidi possono essere intrafamiliari, quando un minore viene affidato temporaneamente a un membro della famiglia allargata fino al quarto grado, o eterofamiliari, quando un minore viene affidato a una famiglia non biologica o estranea.

Nel contesto delle situazioni in cui i genitori sono tossicodipendenti e si trovano temporaneamente separati dai loro figli a causa di un affidamento, emerge la necessità cruciale per i genitori di affrontare con determinazione il problema legato all'uso di sostanze durante questo periodo di separazione. È essenziale che questi genitori dimostrino un impegno a lungo termine per il recupero e per la creazione di un ambiente familiare sano e sostenibile. Questo potrebbe includere la partecipazione a programmi di prevenzione delle ricadute, la costruzione di una rete di supporto positiva e il miglioramento delle competenze genitoriali. L'obiettivo finale è di consentire il ritorno del bambino nella sua famiglia d'origine, ponendo l'accento sulla fornitura di sostegno piuttosto che sull'esercizio di un controllo rigido.

Nel caso in cui sia necessario stabilire un affidamento eterofamiliare per un bambino – a causa dell'assenza delle condizioni idonee per la sua permanenza nella famiglia biologica o tra i parenti – è fondamentale che i servizi si impegnino attivamente a pianificare e promuovere periodici ritorni o incontri con la famiglia di origine (Tangorra et al., 2013, p. 48). Le modalità e le cadenze attraverso le quali i genitori e gli altri parenti possono mantenere rapporti con il minore è precisato nel provvedimento dell'affidamento familiare (Legge 184/1983 art.4). Anche l'affidatario stesso ha l'obbligo di facilitare le relazioni tra il minore e i suoi genitori,

promuovendo al contempo il processo di reintegrazione del minore nella sua famiglia d'origine (Legge 184/83, art.5).

Solitamente, con genitori tossicodipendenti con figli in affidamento familiare vengono organizzati incontri protetti oppure incontri in spazio neutro. Gli incontri protetti sono un insieme di azioni finalizzate a garantire i diritti di visita e di relazione di un minore nei confronti dei suoi genitori. Questa modalità è adottata quando le occasioni in cui il minore incontra i genitori, senza supervisione, comportano un rischio significativo di esporre il minore a esperienze psicologicamente dannose o comportamenti pregiudizievoli da parte degli adulti coinvolti. Lo Spazio Neutro rappresenta, invece, una serie di interventi mirati a favorire il recupero o lo sviluppo di relazioni familiari adeguate tra un minore e i suoi familiari. Vengono coinvolti operatori competenti, come psicologi e assistenti sociali, che fungono da mediatori. (Allegato A, Dgr 779/2013).

#### *3.3.1.4. Adozione*

Il Tribunale per i Minorenni può dichiarare adottabile un minore quando si trova in stato di abbandono, privo di assistenza morale e materiale da parte dei genitori e dei parenti che sono tenuti a provvedervi, a meno che questa privazione sia temporanea e causata da circostanze di forza maggiore. Inoltre, un minore che è stato affidato a una comunità di accoglienza o è in affidamento familiare può essere dichiarato adottabile se la famiglia di origine non mantiene stretti contatti con il bambino, insieme a un valido rapporto affettivo ed educativo ([www.anfaa.it](http://www.anfaa.it)).

L'adozione, nel caso di genitori tossicodipendenti con un figlio minore a carico, è un istituto giuridico che viene attuato in estremo quando la valutazione effettuata sui genitori ha evidenziato una prognosi negativa riguardo alla capacità di uscita dalla tossicodipendenza e alla riabilitazione delle capacità genitoriali.

Questa decisione legale può essere presa fin dalla nascita del neonato, quando il genitore tossicodipendente decide di non procedere al riconoscimento del bambino nato o quando rifiuta il progetto terapeutico-riabilitativo, soprattutto quando questo comporta altri gravi pregiudizi. Ancora una volta, questa scelta è guidata dal principio fondamentale di proteggere il benessere e il futuro del minore coinvolto, ponendo al centro il suo interesse supremo e la sua sicurezza. In tali situazioni, è vitale assicurare che l'ambiente familiare in cui crescerà il bambino sia stabile, sicuro e in grado di soddisfare tutte le sue esigenze emotive, fisiche e psicologiche.

Pertanto, la valutazione del contesto in cui verrà collocato il minore sarà essenziale per garantire una crescita sana e felice.

### *3.3.2. Interventi per il recupero dei genitori tossicodipendenti*

Fino a questo momento, è stato oggetto di discussione il panorama degli strumenti a disposizione dei Servizi sociali al fine di garantire la tutela dei minori coinvolti in situazioni di rischio o pregiudizio a causa della dipendenza da sostanze dei loro genitori. Come già anticipato, il fine del processo di aiuto auspica ad una futura riunione familiare; per questa ragione, è di fondamentale importanza evidenziare la necessità di promuovere e perseguire anche un processo di assistenza e sostegno rivolto ai genitori tossicodipendenti stessi.

Il sistema di assistenza e prevenzione per le persone con problemi di tossicodipendenza è composto da diverse componenti che lavorano in coordinamento per garantire una continuità nell'assistenza. La rete di assistenza per le persone con problemi di tossicodipendenza dovrebbe essere suddivisa in quattro livelli essenziali:

1. Il primo livello coinvolge i Centri di prima accoglienza, unità mobili e interventi in strada con l'obiettivo di raggiungere le persone con una breve storia di tossicodipendenza, nuovi utilizzatori di sostanze o coloro che sono refrattari ai trattamenti e si sono allontanati dai servizi. Le funzioni principali includono il primo contatto, il soccorso immediato, la riduzione dell'incidenza delle patologie correlate, la distribuzione di materiali sterili, terapie farmacologiche a breve termine, fornire informazioni e creare opportunità per interventi più intensi, assistenza sociale, prevenzione, gestione medica delle patologie internistiche e supporto psicologico a breve e medio termine.
2. Al secondo livello operano le strutture ambulatoriali, le quali gestiscono pazienti che sono parzialmente stabilizzati e motivati per affrontare percorsi terapeutici più complessi, che includono trattamenti farmacologici, psicoterapie e interventi socioriabilitativi. Le funzioni principali comprendono diagnosi specialistica, interventi medici integrati, supporto psicosociale specializzato con programmi a lungo termine, e il coinvolgimento delle famiglie.
3. Il terzo livello coinvolge strutture residenziali o semiresidenziali rivolte a coloro che accettano di partecipare a programmi terapeutici e socioriabilitativi a lungo termine.

Questi programmi includono terapie e interventi socioriabilitativi avanzati, oltre a formazione professionale. In alcuni casi, possono essere previste ospedalizzazioni per il trattamento della dipendenza, con un collegamento funzionale ai Servizi per le Dipendenze.

4. Il quarto livello è dedicato ai programmi di reinserimento sociale e alla prevenzione delle ricadute. Le principali funzioni di questo livello sono preparare il paziente per il ritorno nella società una volta completato il percorso terapeutico e preparare l'ambiente sociale che lo accoglierà. Inoltre, è essenziale promuovere specifici programmi per ridurre la possibilità di ricaduta nell'uso di sostanze stupefacenti (Serpelloni et al., 2002).

Quando ci troviamo di fronte a pazienti che lottano contro la tossicodipendenza e al contempo sono genitori di bambini o adolescenti, è cruciale che i servizi di supporto e riabilitazione non si limitino alla semplice disintossicazione, ma si impegnino attivamente nell'accompagnare questi genitori lungo un complesso percorso di recupero che coinvolge anche la riabilitazione delle loro competenze genitoriali o la presa di consapevolezza della loro irrecuperabilità. La tossicodipendenza è una sfida per qualsiasi individuo, ma diventa ancora più complessa quando si è anche genitori. La fase di disintossicazione è solo l'inizio di un lungo percorso verso la ripresa di una genitorialità sana. Il recupero richiede una notevole forza di volontà e motivazione da parte del genitore per stabilire un percorso di sobrietà duratura e costruire un ambiente sicuro e stabile per i propri figli. I servizi di supporto dovrebbero quindi offrire un sostegno continuo, sia durante che dopo la fase di disintossicazione. Questo può comprendere sessioni di terapia familiare, consulenza individuale per i genitori, programmi educativi sulla genitorialità, e l'accesso a risorse per il sostegno ai minori. Il coinvolgimento attivo dei servizi nella riabilitazione delle competenze genitoriali può aiutare i genitori a imparare come gestire situazioni difficili, a ristabilire il legame con i propri figli e a fornire loro un ambiente stabile e amorevole.

## CONCLUSIONE

Con la presente tesi mi sono proposta di indagare l'interconnessione tra i fenomeni della tossicodipendenza e della genitorialità. Tale ambito, seppur specifico, ha suscitato l'interesse dei ricercatori e molti sono oggi i libri e gli articoli sull'argomento.

Il fenomeno della tossicodipendenza in Italia si è affermato a partire dagli anni Settanta, ma solo successivamente le ricerche scientifiche si sono occupate degli effetti sull'organismo della droga. Con il passare degli anni, nonostante si tratti di sostanze illegali e sia cresciuta la consapevolezza dei danni che procurano agli individui, è cresciuto l'importo di nuove sostanze nel Paese e il loro consumo tanto tra la popolazione adulta, quanto tra la popolazione giovane.

Le ricerche realizzate fino ad oggi dimostrano che l'uso di sostanze comporta primariamente un'alterazione della trasmissione tra i neuroni, creando un deficit nel Sistema Nervoso Centrale, che causa di conseguenza alterazioni comportamentali e di personalità, debolezza dell'Io e affettività ambivalente. Questa è anche la motivazione primaria per la quale la droga crea dipendenza, e per la quale si sviluppano i sintomi dell'astinenza. Tuttavia, questi effetti a livello neurologico comportano a catena una serie di altre conseguenze che possono compromettere la sfera sociale, relazionale, e lavorativa del soggetto tossicodipendente. In questo senso, una persona tossicodipendente faticherà a creare relazioni solide, a mantenere un posto di lavoro stabile, ad essere economicamente indipendente, e molto più probabilmente sarà esposto a circoli della criminalità.

Le conseguenze negative delle droghe non sono compromettenti solo per la persona che ne abusa, ma anche per coloro che la circondano, specialmente i figli. Ecco, quindi, che accanto all'indagine della tossicodipendenza, il presente lavoro ha approfondito l'utilizzo di droghe da parte di genitori.

Si è quindi studiato come i comportamenti dei genitori tossicodipendenti influiscano sulla vita e salute dei figli. Le implicazioni dell'utilizzo della droga da parte di un genitore sul figlio cominciano già durante il periodo di gestazione, quando le sostanze psicotrope passano

direttamente dalla madre al figlio, e risultano essere nocive tanto per la madre quanto per il feto, con il rischio di gravi conseguenze prenatali per il bambino, tra cui malformazioni fisiche, complicanze ostetriche, fino – nella peggiore delle ipotesi – alla morte precoce alla nascita.

Tuttavia, le complicanze durante la gravidanza sono solamente l'inizio di una serie di sfide che il bambino dovrà affrontare una volta venuto al mondo. Nell'ambito dell'attaccamento emergono le prime vere difficoltà; in questo periodo, giocano un ruolo fondamentale le competenze genitoriali del tossicodipendente, le quali, essendo compromesse a causa delle alterazioni comportamentali dettate dalla droga, si ripercuotono sulla salute mentale del bambino.

Anche i comportamenti che i genitori tossicodipendenti attuano nei confronti dei figli hanno un grande impatto sulla crescita sana dei minori. Una routine discontinua, con orari poco ordinari, la negligenza, i possibili maltrattamenti, lo scarso interesse dei genitori verso l'educazione e l'istruzione dei figli e la disattenzione nel lasciare le sostanze stupefacenti a loro disposizione, infatti, sono tutte azioni che alimentano la possibilità dei minori di cadere nel circolo della tossicodipendenza e di compromettere la loro salute mentale, sfociando in veri e propri disturbi psichici, come ADHD, disturbi dell'umore, disturbi del comportamento o disturbi post-traumatici.

Quanto trattato, mi ha offerto un importante spunto di riflessione in merito al fatto che i bambini si dicono essere delle “spugne”, poiché apprendono moltissimo da come agiscono e si comportano i genitori. Evidente è che il figlio di tossicodipendenti fatica a comprendere i segnali mandati dal genitore, i quali gli appaiono disorganizzati, incoerenti e insicuri. In tali contesti, diviene molto importante l'attività dei Servizi sociali nella protezione dei minori, per limitare il prima possibile le conseguenze negative, dando così la possibilità ai figli di migliorare il loro benessere e vivere in un ambiente sano.

I Servizi sociali si occupano di tutelare il minore, e lo fanno avvalendosi del lavoro di rete, che permette di discutere e confrontarsi in merito a decisioni complesse che i professionisti devono saper prendere in questi contesti fragili. Gli strumenti di cui dispongono tali équipe multidisciplinari sono molteplici, e hanno come fine tanto la protezione del minore, quanto il recupero dei genitori dalla tossicodipendenza. Gli interventi a favore dei figli vengono applicati dai servizi dopo aver svolto un'attenta valutazione, che viene condivisa e decretata dall'Autorità Giudiziaria. Tali interventi possono mantenere il minore presso il nucleo fragile, con un affidamento ai Servizi sociali oppure un collocamento della diade madre e bambino presso le

comunità Mamma-Bambino. Oppure, possono decretare l'allontanamento del minore, ricorrendo all'affidamento intra o etero familiare o, nei casi estremi, all'adozione. Gli interventi per il recupero dei genitori, invece, propongono programmi riabilitativi del genitore presso i Servizi per le Dipendenze, che possono proporre da semplici monitoraggi dall'astinenza di droghe fino all'ingresso presso comunità terapeutiche.

La riflessione ultima in merito al presente elaborato riguarda la volontà della scrivente di condividere un approccio con cui i genitori fragili dovrebbero guardare all'insieme dei Servizi che si occupano di tutela dei minori. Essere genitori con una genitorialità vulnerabile non implica essere famiglie "meno valide" rispetto alle altre. La capacità di riconoscere le proprie fragilità rappresenta il primo passo verso un cambiamento positivo. Affidarsi con fiducia, accettare la guida e collaborare con i Servizi sociali costituisce una dimostrazione di grande forza di volontà e amore nei confronti dei propri figli, aspirando a un futuro migliore per loro.



## BIBLIOGRAFIA

- Ankronos (2023). *Aumenta il consumo di droghe tra i più giovani, esplose il fenomeno degli psicofarmaci senza prescrizione*. Consultabile da: <https://demografica.ankronos.com/popolazione/aumenta-il-consumo-di-droghe-tra-i-piu-giovani-esplode-il-fenomeno-degli-psicofarmaci-senza-prescrizione/>
- Anfaa (s.d.). *Lo stato di adottabilità: la dichiarazione*. Consultabile da: <http://www.anfaa.it/famiglia-come-diritto/adozione/adozione-nazionale/il-percorso/dichiarazione-di-adottabilita/#:~:text=Un%20bambino%20%C3%A8%20adottabile%20quando,forza%20maggiore%20di%20carattere%20transitorio.>
- Associazione PROPSY ONLUS (2022). *Attaccamento materno vs attaccamento paterno*. Consultabile da: <https://www.associazionepropsy.org/attaccamento-materno-vs-attaccamento-paterno/>
- Autorità Garante per l'Infanzia e l'Adolescenza (2019). *Il sistema della tutela minorile. Raccomandazioni dell'Autorità garante per l'infanzia e l'adolescenza*. Scaricabile da: [https://www.garanteinfanzia.org/sites/default/files/2020-03/il\\_sistema\\_della\\_tutela\\_minorile.pdf](https://www.garanteinfanzia.org/sites/default/files/2020-03/il_sistema_della_tutela_minorile.pdf).
- Barnhill J.W. (2020). *Disturbo post-traumatico da stress*. Manuale MSD, Versione per i Pazienti. Consultabile da: <https://www.msmanuals.com/it-it/professionale/disturbi-psichiatrici/ansia-e-disturbi-correlati-allo-stress/disturbo-da-stress-post-traumatico>.
- Berizzi P. (2012). *Il nuovo mercato della cocaina. Ecco chi sniffa per lavorare meglio*. *La Repubblica* del 23 febbraio 2023.
- Bramucci A. (2019). *Tossicodipendenza e genitorialità fragile*. Consultabile da: <https://www.andreabramucci.com/2019/12/11/tossicodipendenza-e-genitorialita-fragile/>
- Butler L. (2015). *Mental Health Problems among Children of Alcohol and Drug Abusers*. Consultabile da: <https://twinlakesrecoverycenter.com/mental-health-problems-among-children-of-alcohol-and-drug-abusers/>
- Canali S. (2016). *Le definizioni della dipendenza e il DSM-5*. Consultabile da: <https://www.psicoattivo.com/le-definizioni-della-dipendenza-dsm-5/>

- Cellini G. e Dellavalle M. (2015). *Il processo di aiuto del servizio sociale. Prospettive metodologiche*. Giappichelli Editore, Torino.
- Cetrano G. e Perino A. (2013). *Servizio Sociale e dipendenze patologiche*. Aracne, Roma.
- Cirillo, S. Berrini R. Cambiaso G. e Mazza R. (1996). *La famiglia del tossicodipendente*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- CNOAS (2020). *Codice Deontologico dell'assistente sociale*. Scaricabile da: <https://cnoas.org/wp-content/uploads/2020/03/Il-nuovo-codice-deontologico-dellassistente-sociale.pdf>.
- Comunità Terapeutica Residenziale per Donne con Figli Casa Aurora (2021). *Programma terapeutico*. Consultabile da: <https://www.casauroravenezia.it/comunita-terapeutica/documenti-utili/programma-terapeutico/>
- Coryell, W. (2021). *Panoramica sui disturbi dell'umore*. Manuale MSD, Versione per i Pazienti. Consultabile da: <https://www.msmanuals.com/it-it/casa/disturbi-di-salute-mentale/disturbi-dell-umore/panoramica-sui-disturbi-dell-umore>
- Fiori M. (2020). *Abuso di sostanze in gravidanza e aumento dei neonati in crisi d'astinenza*. Consultabile da: <https://www.istitutobeck.com/beck-news/abuso-di-sostanze-in-gravidanza-e-aumento-dei-neonati-in-crisi-dastinenza>
- Gallina M.A. (2013). *Dalla debolezza alla dipendenza. Comportamenti a rischio e uso di sostanze tra gli adolescenti*. Carocci Editore. Roma
- Gunatilake, R. e Patil, A. S. (2021). *Uso di farmaci in gravidanza*. Manuale MSD, Versione per i Pazienti. Consultabile da: <https://www.msmanuals.com/it-it/casa/problemi-di-salute-delle-donne/uso-di-farmaci-in-gravidanza/uso-di-farmaci-in-gravidanza>
- Informa Famiglie e Bambini (2023). *Tutela Minori*. Consultabile da: <https://www.informafamiglie.it/servizi-alle-famiglie/tutela-minori>
- IPSICO (2018). *Dipendenza da eroina*. Consultabile da: <https://www.ipsico.it/sintomi-cura/dipendenza-da-eroina/#:~:text=La%20dipendenza%20psicologica%20da%20eroina,durare%20fino%20a%2012%20giorni>.
- Istituto di Ortofonia (s.d.). *Cocaina e gravidanza*. Consultabile da: <https://www.ortofonia.it/cocaina-e-gravidanza/>
- Lander L. Howsare J. e Byrne M. (2013). *The Impact of Substance Use Disorders on Families and Children: From Theory to Practice*. *Soc Work Public Health*, 28(0), pp. 194–205.
- Milani P. (2018). *Educazione e famiglie. Ricerche e nuove pratiche per la genitorialità*. Carocci Editore, Roma.
- Ministero del lavoro e delle politiche sociali (2013). *Linee di indirizzo per l'affidamento familiare*. Scaricabile da:

[https://www.minori.gov.it/sites/default/files/linee\\_guida\\_affidamento\\_familiare\\_2013.pdf](https://www.minori.gov.it/sites/default/files/linee_guida_affidamento_familiare_2013.pdf).

Ministero della Salute (2023). *Tabelle delle sostanze stupefacenti e psicotrope*. Consultabile da: <https://www.salute.gov.it/portale/medicinaliStupefacenti/dettaglioContenutiMedicinaliStupefacenti.jsp?lingua=italiano&id=3729&area=sostanzeStupefacenti&menu=vuoto>

Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento per le Politiche Antidroga (2023). *Relazione annuale al parlamento sul fenomeno delle tossicodipendenze in Italia. Sintesi anno 2023*. Scaricabile da: <https://www.politicheantidroga.gov.it/media/iadfrgci/sintesi-introductiva-alla-realzione-al-parlamento-2023-dati-2022.pdf>

Rampazzo L. (s.d.). *Le politiche sociali per un effettivo reinserimento della persona svantaggiata. Sostanze psicoattive e mondo del lavoro*. Scaricabile da: [http://www.dronet.org/attivita/ati\\_pdf/lavo.pdf](http://www.dronet.org/attivita/ati_pdf/lavo.pdf)

Rechichi J. (2021). *Sindrome di astinenza neonatale o neonato di madre tossicodipendente*. Consultabile da: <https://www.ospedalebambinogesu.it/sindrome-di-astinenza-neonatale-o-neonato-di-madre-tossicodipendente-89958/>

Righi F. Polidori E. e Valletta E. (2016). *Gravidanza, neogenitorialità e tossicodipendenza I. Le droghe, ma non solo*. *QUADERNI ACP*, 23(5), pp.207

Scafato E. (2015). *Alcol e gravidanza: smettere di bere è il comportamento più sicuro*. Consultabile da: [https://www.epicentro.iss.it/alcol\\_fetale/non-bere-gravidanza-2012](https://www.epicentro.iss.it/alcol_fetale/non-bere-gravidanza-2012)

Segatto B. e Dal Ben, A. (2020). *Decisioni difficili. Bambini, Famiglie e Servizi Sociali*. FrancoAngeli, Milano.

Serpelloni G. (2008). *Eroina. Informazioni dalla ricerca*. Scaricabile da: [http://www.dronet.org/sostanze/collana\\_nida/EROINA.pdf](http://www.dronet.org/sostanze/collana_nida/EROINA.pdf)

Serpelloni G. Alessandrini F. Zoccatelli G. e Rimondo C. (a cura di) (2012). *Neuroscienze delle dipendenze: il Neuroimaging. Manuale per gli operatori dei Dipartimenti delle Dipendenze*. Scaricabile da: [https://www.politicheantidroga.gov.it/media/1657/indice\\_introduzione.pdf](https://www.politicheantidroga.gov.it/media/1657/indice_introduzione.pdf)

Serpelloni G. Alessandrini F. Zoccatelli G. Rimondo C. Gomma M. Bellamoli E. e Cuoghi G. (2014). *Cervello, mente e droghe. Struttura, funzionamento e alterazioni droga-correlate*. Dipartimento delle Dipendenze, ULSS 20 Verona.

Serpelloni G. Simeoni E. e Rampazzo L. (2002). *Quality management. Indicazioni per le Aziende Socio Sanitarie e il Dipartimento delle Dipendenze*. Scaricabile da: [http://www.dronet.org/biblioteca/tqm\\_pdf/TQM.pdf](http://www.dronet.org/biblioteca/tqm_pdf/TQM.pdf)

Stayhonest (s.d.) *Understanding Parental Substance Abuse*. Consultabile da: <https://stayhonest.org/guide/substance-abuse-and-child-neglect-what-can-you-do-how-to-find-help/>

- Stocco P. Simonelli A. Capra N. e De Palo F. (2012). *Research and Intervention for Drug-Addicted Mothers and Their Children: New Perspectives*. In D. Belin (a cura di), *Addictions: From Pathophysiology to Treatment* (pp.425-452). Scaricabile da: <https://www.intechopen.com/chapters/40329>
- Sulkes, S.B. (2022). *Disturbo da deficit di attenzione/iperattività (ADHD)*. Manuale MSD, Versione per i Pazienti. Consultabile da: <https://www.msmanuals.com/it-it/professionale/pediatria/disturbi-dell-apprendimento-e-dello-sviluppo/disturbo-da-deficit-di-attenzione-iperattivita%C3%A0>.
- Tamborrino G. (2005). *Il fenomeno delle tossicodipendenze in Italia: evoluzioni di un comportamento deviante*. Consultabile da: <https://www.carabinieri.it/media---comunicazione/rassegna-dell-arma/la-rassegna/anno-2005/n-3---luglio-settembre/studi/il-fenomeno-delle-tossicodipendenze-in-italia-evoluzioni-di-un-comportamento-deviante>
- Tavolo Tecnico operativo interdisciplinare per la promozione dell'Allattamento al Seno (TAS), (2023). *Allattamento e promozione della salute materno-infantile: focus sulla salute mentale*. Scaricabile da: <https://sip.it/wp-content/uploads/2023/06/TAS.-Salute-mentale-LM.pdf>.
- Trasatti M. (2022), *La Strange Situation*. *La Strange Situation Procedure è una procedura sperimentale che si svolge in un contesto non familiare, che sollecita il sistema di attaccamento infantile*. Consultabile da: <https://www.stateofmind.it/2022/09/strange-situation-procedure/>

## Ringraziamenti

*Vorrei ringraziare la mia relatrice, la Prof.ssa Barbara Segatto, la cui gentilezza e attento contributo si sono rivelati fondamentali per l'approfondimento e il conseguimento dei risultati di questa tesi. Si è affiancata a me con disponibilità, consentendomi di condurre una ricerca accurata e fornendomi preziosi consigli che mi hanno motivata a dare il massimo.*

*Desidero esprimere la mia gratitudine alla mia tutor di tirocinio, Tiziana Pattarello, che con pazienza e passione ha condiviso con me l'amore per questa professione. Sono profondamente grata per i suoi insegnamenti e i suoi consigli, che ho usato come spunto per la stesura di questa tesi.*

*Ringrazio tutta la mia famiglia per avermi dato l'opportunità di intraprendere questo percorso universitario e per il loro sostegno costante fin dall'inizio. Hanno rispettato le mie giornate difficili e hanno sempre creduto in me.*

*Vorrei ringraziare anche Chiara, la prima persona che ho conosciuto all'inizio del corso di laurea. Da collega è diventata una preziosa amica con cui condividere le lunghe ore di lezione e di studio, ma anche colazioni e aperitivi, tra un gossip e una risata. È anche grazie a lei se ho raggiunto questo traguardo (perché da sola avrei sicuramente trascurato alcune scadenze). Se scrivo questo oggi è perché posso dire che ce l'abbiamo fatta.*

*Un ringraziamento va ai miei amici, per tutte le serate passate al bar di fiducia a condividere le mete raggiunte, gli ostacoli incontrati nel percorso e i dubbi sul futuro. Il loro sostegno ha reso questo percorso più facile.*

*Ringrazio la mia migliore amica, Sara, che è al mio fianco da ben otto anni e non ha mai smesso di credere in me, a volte più di quanto facessi io stessa. È stata presente fin dal giorno in cui sono state pubblicate le graduatorie per l'ammissione al corso universitario e continua a sostenermi tuttora. Insieme, abbiamo affrontato le difficoltà e le abbiamo trasformate in motivazione per andare avanti.*

*Infine, desidero ringraziare tutte le persone che ho perso di vista nel corso degli anni e quelle nuove che ho incontrato. Ognuna di loro ha contribuito in modo unico alla mia crescita e avrà sempre un posto speciale nei miei ricordi.*