



**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA**

**DIPARTIMENTO DI FILOSOFIA, SOCIOLOGIA, PEDAGOGIA E  
PSICOLOGIA APPLICATA**

**CORSO DI LAUREA IN SCIENZE DELL'EDUCAZIONE E DELLA  
FORMAZIONE**

**CURRICOLO EDUCAZIONE SOCIALE E ANIMAZIONE CULTURALE**

**RELAZIONE FINALE**

**TOSSICODIPENDENZA E DEVIANZA.**

**TRA PROCESSI DI PATOLOGIZZAZIONE E PROCESSI DI  
CRIMINALIZZAZIONE**

**RELATRICE Prof. ssa MANTOVAN CLAUDIA**

**LAUREANDA POZZA ILARIA**

**MATRICOLA 1204698**

**ANNO ACCADEMICO 2022/2023**



## INDICE

INTRODUZIONE.....	4
CAPITOLO 1: L'UTILIZZO DI SOSTANZE STUPEFACENTI .....	6
1.1 <i>L'uso di sostanze psicoattive nella storia</i> .....	6
1.2 <i>L'incontro con le sostanze psicoattive e la differenza tra uso, abuso e dipendenza</i> .....	8
1.2.1 <i>L'incontro con le sostanze psicoattive</i> .....	8
1.2.2 <i>Uso, abuso e dipendenza</i> .....	10
1.3 <i>La distanza tra interpretazione medica e interpretazione sociologica della tossicodipendenza</i> .....	12
1.4 <i>Tossicodipendenza e devianza</i> .....	15
CAPITOLO 2: TOSSICODIPENDENZA E SISTEMA PENALE .....	17
2.1 <i>Tossicodipendenza: un fenomeno sociale</i> .....	17
2.2 <i>L'istituzione carcere e le sue alternative</i> .....	19
2.3 <i>I reati: verso le alternative al processo penale</i> .....	22
2.4 <i>L'intervento rieducativo</i> .....	25
CAPITOLO 3: LA PREVENZIONE, IL RUOLO FAMILIARE E LA TESTIMONIANZA DI DONNE.....	29
3.1 <i>La prevenzione</i> .....	29
3.2 <i>Il ruolo della famiglia</i> .....	32
3.3 <i>Madri tossicodipendenti</i> .....	35

3.3.1 Donne e sostanze psicoattive .....	35
3.3.2 Madri tossicodipendenti .....	36
3.3.3 Testimonianze di madri tossicodipendenti autrici di reato e intervento degli operatori di un Serd veneto .....	38
CONCLUSIONE .....	43
BIBLIOGRAFIA.....	46
SITOGRAFIA .....	48

## INTRODUZIONE

Le droghe sono sostanze psicoattive utilizzate dall'uomo fin dall'antichità. Queste sono in grado di alterare la sfera biologica, psicologica e sociale dell'essere umano e sono state consumate nella storia con diverse funzioni.

Alcuni autori sostengono che l'incontro con le sostanze stupefacenti avvenga solamente a causa di una sofferenza o di un dolore; altri invece sostengono che l'incontro possa avvenire anche solo per la curiosità di vivere l'esperienza senza che per forza poi l'uso si trasformi in tossicodipendenza.

È dunque necessario tener presente che esiste una distinzione tra uso di sostanze psicoattive, abuso e tossicodipendenza.

L'ultimo rapporto dell'Osservatorio Europeo delle Droghe e delle Tossicodipendenze (OEDT) del 2023 dimostra che, in Europa, le sostanze psicoattive illecite sono presenti in ogni Stato in una più ampia gamma rispetto a qualche anno fa.

Sono state infatti registrate nuove sostanze sintetiche che hanno un impatto più aggressivo sulla salute dei consumatori rispetto alle sostanze naturali; il rischio che si corre quindi è quello di assistere ad un aumento del numero di consumatori e soprattutto ad un aumento di problemi correlati all'assunzione di droghe tra i quali anche la criminalità.

Lo scopo di questo elaborato è quello di riflettere sulla considerazione, la prevenzione e il trattamento della tossicodipendenza; un fenomeno considerato a volte come una malattia causata da fattori solo individuali, altre volte come un risultato sociale, altre invece come un comportamento deviante da criminalizzare.

Esiste, in particolar modo, l'esistenza di due approcci quando si parla di tossicodipendenza: uno medico e uno criminalizzante che sono entrambi problematici. Il primo perché tenta di patologizzare i soggetti tossicodipendenti, il secondo perché li criminalizza.

Inoltre l'interesse era di capire se esiste una correlazione tra tossicodipendenza e criminalità e per fare questo è stato necessario indagare su come attualmente interviene in Italia la legge e il sistema penitenziario nel momento in cui un soggetto compie dei crimini connessi all'assunzione di droghe, se il carcere può essere utile per il recupero degli individui tossicodipendenti ed eventualmente quali siano le alternative alla detenzione.

Nell'elaborato, inoltre, viene proposto un approfondimento sul fenomeno di madri tossicodipendenti. Ciò è stato possibile grazie alle preziose testimonianze di due donne in carico al Serd che hanno dovuto scontrarsi con la legge e che hanno vissuto la sofferenza di stare lontane dai figli.

## CAPITOLO 1: L'UTILIZZO DI SOSTANZE STUPEFACENTI

### 1.1 L'uso di sostanze psicoattive nella storia

Che le sostanze psicoattive siano antiche quanto l'uomo lo testimoniano testi di ogni tempo. Già i preistorici infatti consumavano sostanze naturali psicoattive (erbe e piante), per aumentare lo stato di benessere e di euforia (Scarscelli, 2010).

Le droghe oggi definite "pesanti", invece, erano utilizzate nel passato soltanto ad uso farmaceutico, a differenza dell'alcol, che veniva solitamente adattato ad esigenze sociali e veniva regolato e controllato al fine di limitarne l'abuso, e a differenza della cannabis consumata principalmente per un uso rituale (Petrilli & Beccaria, 2020). La svolta per quanto riguarda le attuali droghe "pesanti" avvenne nel 1804, quando esse iniziarono ad essere consumate anche per piacere e divertimento (Petrilli & Beccaria, 2020).

La storia sociale del consumo di droghe sottolinea come nelle diverse società umane, dalle più antiche alle più recenti, sia possibile attribuire alcune funzioni all'utilizzo delle droghe (Scarscelli, 2010):

- Funzione terapeutica: l'essere umano, dopo aver scoperto gli effetti che alcune droghe hanno sull'organismo sperimentarono l'utilizzo di tali sostanze per curare le malattie.
- Funzione sociale: le droghe possono favorire le relazioni sociali. Il loro effetto psicoattivo può infatti aiutare l'individuo che ne fa uso a sentirsi meno inibito. Inoltre il momento del consumo di droghe può avvenire in gruppo, e questo permette ai membri di rafforzare la loro relazione creando, in alcuni casi, anche un rituale di consumo.
- Funzione ricreazionale: gli individui fanno uso di sostanze psicoattive perché quest'ultime riescono a fargli provare piacere e divertimento. Questa funzione è strettamente correlata con la funzione sociale.
- Funzione strumentale: si pensa che le sostanze psicoattive siano in grado "di favorire l'attivazione di determinati stati mentali e comportamenti"

(Scarscelli, 2010, p. 40). Vengono utilizzate in modo strumentale per esempio per alleviare la stanchezza o la fatica al fine essere più produttivi a livello lavorativo.

- Funzione religiosa: le droghe, specie in passato, sono state utilizzate durante cerimonie e rituali religiosi al fine di connettersi con realtà trascendenti. Anche questa funzione è correlata alla funzione sociale in quanto in queste occasioni si rafforzano le relazioni tra i membri della stessa comunità religiosa.

- Funzione alimentare: le sostanze psicoattive possono essere utilizzate in alcune diete in quanto considerate elementi fondamentali (Scarscelli, 2010).

Lewin categorizza le droghe in cinque gruppi (Andreoli, 2008):

1. Euphorica: “sono sostanze che possono essere definite calmanti della vita affettiva” (Andreoli, 2008, p. 159), ne sono un esempio l’oppio, la coca e i loro derivati.
2. Phantastica: si tratta di quelle sostanze psichedeliche e allucinogene che alterano le sensazioni e le percezioni, ne sono un esempio la marijuana o la psilocibina.
3. Inibriantia: sono sostanze inibenti, come per esempio l’alcol o le benzodiazepine.
4. Hypnotica: “che comprende gli agenti del sonno” (Andreoli, 2008, p. 159), ne sono un esempio i barbiturici.
5. Eccitanti: sono sostanze stimolanti, come per esempio il caffè o la cola.

Le sostanze stupefacenti hanno da sempre “la capacità di alterare la percezione, migliorare l’umore e alleviare i dolori” (Petrilli & Beccaria, 2020, p. 387), ma ognuna ha effetti differenti, da persona a persona, sia a breve termine che a lungo termine (Teesson, Degenhardt, & Hall, 2006). Si pensi, per esempio, all’eroina i cui effetti a breve termine possono essere: euforia, sollievo da dolore ma anche nausea e stitichezza; mentre gli effetti a lungo termine possono essere: impotenza negli uomini, infertilità nelle donne, rischio di



trasmissione di HIV e persino la morte (Teesson, Degenhardt, & Hall, 2006).

Di recente inoltre si è sviluppato il fenomeno delle “designer drugs” o NPS<sup>1</sup> le quali vengono sintetizzate in laboratorio al fine di riprodurre simili effetti delle droghe “classiche”; una caratteristica rilevante di queste sostanze è che la costante modifica della loro struttura chimica permette loro di schivare le norme sulla produzione di sostanze illegali (Petrilli & Beccaria, 2020).

## 1.2 L'incontro con le sostanze psicoattive e la differenza tra uso, abuso e dipendenza

### 1.2.1 L'incontro con le sostanze psicoattive

Rigliano (2004) in *Piaceri drogati. Psicologia del consumo di droghe*, sostiene che l'incontro con le sostanze può avvenire nel momento in cui un individuo, specie un giovane, vuole sperimentare sé stesso e ha necessità di soddisfare desideri che non sono più infantili ma nemmeno adulti.

L'autore inoltre ritiene che, in alcuni casi, alla base di una dipendenza ci sia una sofferenza, un dolore che rende la persona vulnerabile e disperata (Rigliano, 2004).

Secondo questa accezione dunque, il soggetto fugge momentaneamente dal dolore “rifugiandosi” negli effetti della droga, i quali permettono di abbattere paure e insicurezze offrendo l'impressione di poter superare ogni ostacolo e di raggiungere un ideale prefissato (Rigliano, 2004). Ciò però non significa che l'individuo che fa uso di sostanze stupefacenti annulla completamente e per sempre la sua sofferenza perché questo sollievo è soltanto momentaneo, in quanto la capacità delle sostanze di appiattire le emozioni negative e di esaltare quelle positive ha un tempo limitato, ossia quello della durata dell'effetto (Rigliano, 2004).

---

<sup>1</sup>New Psychoactive Substance (Nuove Sostanze Psicoattive). Nel 2021 il numero totale delle NPS controllate dall'EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction) è stato di 880.

Anche Agnew (Petrilli & Beccaria, 2020) ritiene che gli adolescenti inizino a fare uso di sostanze stupefacenti per sfuggire da situazioni dolorose e sostiene l'idea di Merton, il quale "considerava i tossicodipendenti come dei rinunciatari" (Petrilli & Beccaria, 2020, p. 390), ossia come "individui antisociali, che risolvono il conflitto tra obiettivi e mezzi con l'aiuto di sostanze stupefacenti" (Petrilli & Beccaria, 2020, p. 390).

In *Outsiders. Saggi di sociologia della devianza* (Becker 1987), Becker critica l'idea per cui un individuo inizia a far uso di sostanze stupefacenti per fuggire da problemi che non sa affrontare, e analizza come l'incontro con la sostanza può avvenire semplicemente per la curiosità di provare l'esperienza. L'utilizzo può poi continuare per piacere, per scopo ricreativo senza che questo porti l'individuo ad essere per forza dipendente dalla sostanza (Becker 1987).

A tal proposito è interessante notare come ci sia un'idea comune secondo cui un individuo che fa uso di droghe sia per forza dipendente da esse e che, tutti coloro che le consumano, tocchino il fondo e diventino incapaci di controllare la propria vita; fino ad arrivare al punto di dover chiedere aiuto ai servizi che si occupano della tossicodipendenza (Scarscelli, 2003).

Questa idea è così diffusa perché la maggior parte degli operatori e dei ricercatori non tiene conto di quel fenomeno chiamato "remissione spontanea" secondo cui "il potere dell'uomo sulle sostanze psicoattive è più forte del potere di tali sostanze sull'uomo" (Scarscelli, 2003, p. 28).

Quando si parla di remissione spontanea si intende quella situazione in cui una persona affronta e interrompe definitivamente l'uso di sostanze stupefacenti spontaneamente e individualmente, senza far ricorso ad un trattamento.

Per superare questa convinzione, è necessario fare una distinzione tra uso, abuso e dipendenza da sostanze psicoattive.

### 1.2.2 Uso, abuso e dipendenza

Un soggetto che fa uso di droghe, legali o illegali, è colui che si autosomministra la sostanza senza che questa provochi in lui degli effetti negativi (Scarscelli, 2010).

L'uso si trasforma in abuso "nel momento in cui l'assunzione di droghe produce danni fisici, psicologici e/o sociali all'assuntore stesso" (Scarscelli, 2010, p. 41).

Il DSM-5 definisce l'abuso come una forma patologica dell'utilizzo della sostanza; quindi il soggetto che abusa di una droga, a differenza dell'individuo che ne fa solo uso, ricorre ripetutamente alla somministrazione con conseguenti danni psicofisici (Criteri diagnostici. Mini DSM-5, 2014).

A livello socioculturale, l'abuso è definito come un comportamento che trasgredisce le norme sociali che vengono accettate dalla maggior parte degli individui di quella società. In questo caso però l'abuso è problematico solo nel momento in cui ha degli effetti negativi sulla società e sui ruoli sociali dell'individuo stesso, diversamente invece del sistema giuridico che definisce patologico qualsiasi uso di sostanze non legali e l'uso illecito di droghe legali (Scarscelli, 2010).

Quando invece un soggetto diventa dipendente da una droga significa che ha raggiunto uno stato per cui ha una vera e propria necessità di assumere quella sostanza (Andreoli, 2008). Si tratta di una situazione in cui il soggetto non riesce più a fare un uso controllato della sostanza.

In questa condizione cambiano tutte le caratteristiche psicologiche e ambientali del tossicodipendente, ciò significa che, se nelle fasi prima il soggetto svolgeva le sue attività quotidiane senza che esse fossero determinate dalla sostanza, in questa nuova fase egli instaura un rapporto talmente tanto esclusivo con la droga da diventare più forte di tutte le altre relazioni, le quali diventano soltanto strumentali alla sostanza (Andreoli, 2008).

In questa fase inoltre, nel momento in cui viene a mancare l'effetto della sostanza, l'unico pensiero del tossicodipendente è quello di assumerne un'altra dose e, se non riesce a procurarsela, egli vive uno stato d'ansia e un senso di abbandono (Andreoli, 2008), fino ad arrivare anche a sperimentare la cosiddetta sindrome di astinenza<sup>2</sup> (Scarscelli, Il consumo di droghe, 2010).

Allo stesso tempo il soggetto potrebbe aver sviluppato una tolleranza alla sostanza, ciò significa che la stessa quantità di droga non riesce più fargli più raggiungere il livello di intossicazione e di conseguenza il soggetto sente la necessità di aumentare la dose per raggiungere l'effetto desiderato (Criteri diagnostici. Mini DSM-5, 2014).

È proprio quando il soggetto presenta questi sintomi che si può considerare in uno stato di dipendenza fisica dalla sostanza (Scarscelli, 2010).

Oltre alla dipendenza fisica però, il soggetto solitamente sviluppa anche una dipendenza psicologica in quanto "il consumatore sarebbe indotto da una pulsione psichica a usare la sostanza per provare piacere o per evitare il disagio provocato dall'astinenza" (Scarscelli, 2010, p. 42). Ciò rimanda al fatto che gli umani generalmente tendono a ripetere esperienze piacevoli (Scarscelli, 2010).

In conclusione si può affermare che ci sono individui che fanno uso di sostanze psicoattive una volta sola, altri invece che ne fa un uso controllato e altri ancora che mettono a repentaglio la propria salute e le proprie relazioni sociali.

È fondamentale quindi tenere conto di queste distinzioni al fine di evitare di generalizzare, ma anche per comprendere il fenomeno e per elaborare poi progetti di prevenzione e di trattamento adeguati ed efficaci (Scarscelli, 2010).

---

<sup>2</sup> La sindrome di astinenza è caratterizzata da "uno stato di agitazione, accompagnata da sudorazioni, da disfunzioni cardiocircolatorie respiratorie, da disimetrie nei movimenti, iperestesie e accessi di violenza e furore" (Andreoli, 2008).

### 1.3 La distanza tra interpretazione medica e interpretazione sociologica della tossicodipendenza

Nel 1793 Benjamin Rush, fondatore della psichiatria americana, fu il primo ad elaborare una teoria che considerava la dipendenza come una malattia (Canali, 2003).

Dopo di lui anche il medico Thomas Trotter, nel 1804, descriveva il consumo sregolato di alcol, e successivamente di cannabis e oppio, come una malattia a cui associava ansia e depressione. Trotter inoltre rifletté sulla possibilità che questa malattia poteva essere di natura genetica e che quindi si potesse trasmettere ai figli.

Oltre a loro anche altri studiosi portarono avanti l'idea di dipendenza come malattia; un esempio fu Magnus Huss, che introdusse il termine di "alcolismo" per radicare ancora di più nella comunità scientifica e tra gli individui della società questa idea di dipendenza come patologia. O ancora, Elvin Morton Jellinek, il quale sosteneva che il soggetto diventava patologico nel momento in cui perdeva il controllo durante l'assunzione di alcol (Canali, 2003).

Un contributo importante in questo senso viene dato da Marie Nyswander e Vincent Dole i quali scoprirono un farmaco, il metadone, capace di contrastare il "craving", ossia il desiderio incontrollabile di assumere droghe. Anche questa scoperta mette in risalto il concetto di dipendenza come malattia perché dimostra come, analogamente alle altre malattie, la dipendenza possa essere trattata con i farmaci (Canali, 2003).

È chiaro che, dal punto di vista medico le cause della dipendenza siano soltanto di natura individuale e patogena (Petrilli & Beccaria, 2020).

Nel corso dell'Ottocento

*il concetto di patologia sociale diventò il riferimento principale all'interno dei dibattiti accademici, focalizzando l'attenzione sui problemi relativi al consumo di sostanze, interpretati come una questione puramente individuale e di natura patogena. Il*

*contributo della sociologia nacque dalla volontà di opporsi a questa visione, ponendo al centro della ricerca e del dibattito teorico il ruolo dei fattori sociali* (Petrilli & Beccaria, 2020, p. 388).

Alfred Lindesmith criticò fortemente l'idea di dipendenza come malattia dimostrando la prevalenza dei casi di remissione spontanea rispetto ai casi di abuso cronico e sostenendo l'utilità di spiegare perché alcuni individui sviluppano la dipendenza da sostanze e altri no (Canali 2003).

Norman E. Zinberg sosteneva che per capire il motivo per cui una persona inizia a fare uso di sostanze illegali si doveva tener conto di tre fattori (Scarscelli, 2010):

1. Il set: la condizione mentale in cui si trova il soggetto nel momento del consumo;
2. Il setting: l'ambiente fisico e il contesto socio-culturale in cui il soggetto è inserito e da cui è influenzato nel momento del consumo;
3. Le caratteristiche biochimiche della droga: l'azione farmacologica della sostanza che si sta consumando (Scarscelli, 2010).

Non si deve quindi considerare solo l'azione farmacologica della sostanza, il comportamento e la personalità del soggetto nel momento del consumo, ma è importante tenere presente anche il contesto sia fisico che sociale in cui avviene il consumo; "è [infatti] il contesto sociale, attraverso lo sviluppo di norme e rituali, a portare sotto controllo l'uso di sostanze illegali" (Zinberg, 2020).

Tutti i soggetti sono inseriti in un determinato contesto sociale in cui agiscono e da cui sono influenzati; esso, in particolare, è importante a due livelli per spiegare il consumo di sostanze stupefacenti: il livello macrosociale e il livello microsociale (Scarscelli, 2010).

Per quanto riguarda il primo livello, quello macrosociale,

*si studia se e in che modo fattori quali la situazione familiare, l'appartenenza di*

*classe, la condizione professionale, il livello di istruzione, la razza, il genere ecc. influenzano il comportamento delle persone inducendole a utilizzare le droghe e come tali fattori sociali influiscono sui modi con cui le droghe possono condizionare il corso di vita dei consumatori (Scarscelli, 2010, p. 10).*

Per quanto riguarda invece il secondo livello, quello microsociale, il contesto deve essere visto come l'ambiente del consumatore che lo influenza nella sua decisione di consumare una sostanza o di astenersi e nella sua potenziale esperienza di consumo. Tener conto del contesto sociale è dunque fondamentale, e lo è anche perché permette di definire, attraverso un sistema normativo, i comportamenti che vengono accettati all'interno della società e quelli che vengono considerati devianti (Scarscelli, Il consumo di droghe, 2010).

Studi successivi andarono oltre all'idea di dover capire le cause della tossicodipendenza e introdussero il concetto di fattore di rischio (Andreoli, 2008).

Per fattori di rischio si intendono quegli elementi psicologici e sociali che non determinano l'insorgenza della tossicodipendenza ma la favoriscono. Ogni caso di tossicodipendenza quindi è caratterizzato da una molteplicità di fattori di rischio (Andreoli, 2008).

Grazie al contributo di questi studi:

*Crolla una visione deterministica e si prende in considerazione una serie di fattori dei quali nessuno è necessario e sufficiente, ma tutti possono contribuire in modo considerevole all'insorgere della tossicodipendenza (Andreoli, 2008, p. 278).*

Ciò ha permesso di superare la disputa tra il concetto di tossicodipendenza dal punto di vista sociogenetico e il concetto di tossicodipendenza dal punto di vista psicobiologico (Andreoli, 2008).

## 1.4 Tossicodipendenza e devianza

Viene considerato deviante qualsiasi comportamento (anche verbale), messo in atto da una persona o da un gruppo di persone, che infrange le norme sociali<sup>3</sup>, i ruoli e i valori accettati e rispettati dalla maggior parte degli individui che fanno parte di una specifica comunità in una determinata epoca storica (Scarscelli & Vidoni Guidoni, 2008).

Essendo le varie società differenti tra di loro, un comportamento potrebbe essere considerato deviante all'interno di una comunità ma essere considerato "normale", e quindi essere accettato, in un'altra. Allo stesso tempo, il medesimo comportamento può essere considerato non deviante se svolto in alcune situazioni (es. in privato) ed essere invece considerato deviante se messo in atto in altre situazioni (es. in pubblico) (Scarscelli & Vidoni Guidoni, 2008).

Con il termine "criminalità" si intendono invece quei comportamenti, attuati dagli individui, che trasgrediscono le leggi penali scritte, accettate e ritenute irrinunciabili in una specifica società (Clemente & Danieli, 2011).

Poiché la legge è uguale per tutti il sistema penale deve ricorrere al giusto processo, penalizzando l'individuo criminale in modo tale da scoraggiarlo a riprodurre nuovamente il reato (Scarscelli & Vidoni Guidoni, 2008).

L'uso di sostanze stupefacenti a scopo ricreativo viene sempre più normalizzato e accettato dalla società, quindi non si può più considerare sempre come un comportamento deviante (Scarscelli, 2010).

Diventa però deviante nel momento in cui questo comportamento va a compromettere la salute e le capacità dell'individuo di uniformarsi nel suo ruolo

---

<sup>3</sup> Le norme sociali sono quelle regole che stabiliscono come le persone devono comportarsi nelle situazioni di vita sociale; ad esempio regole di buona educazione (Clemente & Danieli, 2011).



sociale ossia con la sua famiglia, con i suoi amici, con il lavoro o con la scuola. Il soggetto può sviluppare inoltre una carriera criminale (Scarscelli, 2010).

L'individuo dipendente da una sostanza stupefacente, come già detto, nel momento in cui l'effetto svanisce, ricerca un'altra dose da assumere (Andreoli, 2008). Spesso però capita che egli non dispone del denaro sufficiente per comprare la quantità di droga necessaria, ed è in questo caso che ricorre alla messa in atto di comportamenti ritenuti criminali. Il tossicodipendente infatti può compiere reati contro la proprietà (sono i più frequenti) o la prostituzione passiva per guadagnare denaro per procurarsi la sostanza, oppure può svolgere un'attività illegale di spaccio (Andreoli, 2008).

Secondo un'inchiesta condotta a Chicago i reati contro la proprietà

*incidono per il 58,8 per cento in rapporto al 31 per cento della criminalità generale. [...] Vi è l'1,3 per cento di reati per lesioni personali contro il 19,7 per cento; l'1,6 per cento è dato da delitti sessuali in confronto all'11 per cento della criminalità in generale (Andreoli, 2008, p. 77).*

Questo mette in evidenza come il tossicodipendente solitamente non mette in atto comportamenti di lesione fisica o sessuale ma più frequentemente furti e reati per poter comprare la sostanza (Andreoli, 2008).

## CAPITOLO 2: TOSSICODIPENDENZA E SISTEMA PENALE

### 2.1 Tossicodipendenza: un fenomeno sociale

“Nella storia della tossicodipendenza è prevalso in Italia un modello di interpretazione centrato sul consumatore, visto ora come criminale, ora come malato, ora come vittima sociale” (Andreoli, 2008, p. 69), sempre emarginato dal gruppo sociale e analizzato soltanto dal punto di vista delle sue caratteristiche personali e della sua patologia (Andreoli, 2008).

Questo ha fatto sì che diventasse ancora più complicato capire il fenomeno della tossicodipendenza e, allo stesso tempo, la difficoltà si è presentata anche nella definizione di un trattamento adeguato ed efficace (Andreoli 2008).

È necessario invece analizzare l'interazione di questo fenomeno con i gruppi sociali e le dinamiche sociali presenti nel contesto in cui esso si sviluppa (Andreoli, 2008). Infatti, come già detto nel primo capitolo, “i comportamenti di assunzione di alcol e altre sostanze psicoattive da parte degli individui e delle società vanno sempre inseriti in un preciso contesto di norme, atteggiamenti e valori” (Teesson, Degenhardt, & Hall, 2006, p. 20).

Su questo argomento, alcune ricerche hanno dimostrato come: i possibili comportamenti asociali dell'individuo, la relazione tra i pari, la natura della relazione con la famiglia, e, in generale, la situazione familiare (per esempio avere i genitori e/o i fratelli che fanno uso di sostanze psicoattive o avere genitori troppo permissivi), rappresentano dei fattori che possono aumentare il rischio di abuso di droghe nel soggetto (Teesson, Degenhardt, & Hall, 2006). Oltre a questi, anche la situazione socioeconomica bassa e gli ambienti frequentati dall'individuo (specie zone in cui il tasso di criminalità è alto) influiscono su questo fenomeno (Teesson, Degenhardt, & Hall, 2006).

Serve quindi adottare una visione che consideri la tossicodipendenza non solo come un caso individuale ma anche come un caso sociale, da cui la

società non deve sentirsi estranea e separata perché essa condiziona il comportamento dell'individuo (Andreoli, 2008).

Inoltre la devianza è creata dalla società stessa, poiché è proprio quest'ultima a definire, attraverso norme e sanzioni, se un comportamento è deviante e, di conseguenza, attribuisce all'individuo che lo compie l'etichetta di "colpevole" (Becker, 1987).

Questo modello perciò si allontana da un modello individualistico che tenta di "patologizzare" il soggetto tossicodipendente, e permette di analizzare quelle dinamiche di gruppo che possono favorire l'insorgenza del fenomeno; inoltre si concentra di più sulla prevenzione dei fattori di rischio che sugli interventi individuali dei singoli soggetti già dipendenti da sostanze stupefacenti (Andreoli, 2008).

Nonostante questo però, negli ultimi anni sta tornando

*a livello globale un processo di ri-psichiatrizzazione delle droghe molto aggressivo, in cui gioca un ruolo decisivo il neo-bio-determinismo<sup>4</sup> che legge i consumi e i problemi correlati in termini di "malattia del cervello" (brain disease), secondo una pessima (e sbagliata) interpretazione riduzionista, appunto, di quanto le neuroscienze vanno indagando (Ronconi, 2019).*

L'assunzione delle droghe quindi viene ancora una volta considerata una malattia e un problema soltanto individuale che rende il consumatore impotente, schiavo di una sostanza che gli fa perdere il controllo della sua vita e delle sue relazioni, e che lo rende incapace di agire in modo razionale e volontario. Si sta per tornare dunque a preferire l'adozione di trattamenti medici più che rieducativi (Salvini, Testoni, & Zamperini, 2002).

---

<sup>4</sup> Ipotesi secondo cui le caratteristiche della personalità di ogni individuo sia causata soltanto da fattori biologici e genetici. Non tiene conto dell'influenza del contesto circostante.

## 2.2 L'istituzione carcere e le sue alternative

A partire dalla fine del Settecento, le prigioni iniziarono a trasformarsi da un sistema di imprigionamento ad un sistema di tipo penitenziario al fine di mettere in atto interventi utili a migliorare la personalità dei detenuti e far sì che essi non commettano più reati (Vianello, 2020).

Uno degli interventi in questo senso è stato anche quello della “punizione come restituzione del danno”. Per cui, in un’epoca caratterizzata dalla Rivoluzione Industriale, si guardava ai detenuti come una risorsa lavorativa di grande valore economico da inserire nel lavoro industriale (specie quello più duro e pericoloso) svolto all’interno delle carceri oppure in ambienti lavorativi esterni in cui i carcerati venivano controllati (Andreoli, 2008). Intervento che poi tramonta a metà Ottocento quando cala il lavoro industriale e non si ritiene più necessario il lavoro dei detenuti (Andreoli, 2008).

Questa evoluzione del carcere viene considerata come “una conseguenza del processo di civilizzazione, una risposta alla necessità di umanizzare gli strumenti messi in atto per reprimere la criminalità, fino ad allora segnati dalla violenza, dall’arbitrio e dalla crudeltà” (Vianello, 2020, p. 403).

Da questa trasformazione iniziano ad essere coinvolte sempre più figure professionali nello studio dei comportamenti criminali, fino ad arrivare al punto in cui, alla funzione retributiva, si inizia ad affiancare la funzione rieducativa. Nasce così il “carcere moderno” (Vianello, 2020).

Il sistema del carcere però viene criticato da alcuni studi interazionisti che dimostrano “i danni provocati dalle pratiche penitenziarie su soggetti e comunità” (Vianello, 2020, p. 405). Questi studi infatti mettono in luce come il carcere sia un’istituzione che alimenta i processi di stigmatizzazione e di etichettamento (Vianello, 2020).

Più recentemente, Rigliano (2004), sostiene che “il carcere non serve come occasione di ripensamento, né per porre un argine alla

tossicodipendenza” (Rigliano, 2004, p. 174).

Spesso infatti si assiste a situazioni in cui il tossicodipendente vive più volte l'esperienza del carcere senza che questa porti effettivamente ad un cambiamento (Rigliano, 2004).

Per questo, quando un individuo tossicodipendente compie un atto criminale gli obiettivi primari devono essere (De Cataldo Neuburger, 1993):

- Considerare il soggetto nel suo complesso.
- Aiutarlo a recuperare a pieno la sua vita sociale e privata.
- Prevenire possibili altri comportamenti illeciti.

Per fare ciò è necessario un programma terapeutico riabilitativo svolto all'interno del carcere oppure proposto come alternativa alla carcerazione dal SerD (Servizio per le Dipendenze) (De Cataldo Neuburger, 1993).

Al sistema penale viene dunque integrato, con la legge 162 del 1990, l'intervento dei servizi socio-sanitari (De Cataldo Neuburger, 1993).

Il processo penale si sospende e si sospendono anche le misure cautelari e la reclusione (tranne in alcuni casi gravi), in quanto, la necessità di recuperare il soggetto si impone sul processo penale. Si tratta di una sospensione che permette anche all'individuo di svolgere il programma di recupero in una struttura autorizzata.

In qualsiasi situazione comunque il giudice verificherà la continuità del progetto (De Cataldo Neuburger, 1993).

Si può affermare quindi che:

*La sospensione del processo penale su richiesta dell'imputato o del condannato consente di percorrere fuori dal sistema penale un itinerario educativo, riabilitativo, di socializzazione, secondo un programma concepito insieme alla persona interessata per il suo esclusivo benessere (De Cataldo Neuburger, 1993, p. 149).*

Per scontare una pena detentiva, che non deve essere superiore ai 6 anni,

(“o superiore ai 4 anni se relativa a titolo esecutivo comprendente reato di cui all'articolo 4-bis o.p” (Dispositivo dell'art. 94 Testo unico stupefacenti)), ai soggetti tossicodipendenti (considerati casi particolari), la legge dà la possibilità di ricorrere all'affidamento in prova al servizio sociale “per proseguire o intraprendere l'attività terapeutica sulla base di un programma da lui concordato con una azienda unità sanitaria locale o con una struttura privata autorizzata ai sensi dell'articolo 116”. (Dispositivo dell'art. 94 Testo unico stupefacenti)

L'affidamento in prova è una delle alternative alla pena che ha come obiettivo il recupero del soggetto condannato che è stato attestato, da una struttura sanitaria privata accreditata o pubblica, come dipendente da sostanze stupefacenti quali droghe e alcol

Il tossicodipendente che ha commesso un reato e che viene incarcerato, può seguire comunque un “percorso rieducativo trattamentale” all'interno del carcere, che mira alla risocializzazione, al “miglioramento delle condizioni di vita penitenziaria”, alla cura del soggetto, e in generale, come sancito dalla legge 354 del 1975, viene garantito “il principio di umanizzazione della pena, assegnando a quest'ultima una finalità rieducativa” (De Leo & Patrizi, 2002, p. 66).

Gli obiettivi principali di questo modello sono quelli di eliminare nel soggetto i comportamenti devianti attraverso un progetto che fa sì che si riconosca nell'individuo le cause dell'azione che ha compiuto portandolo a rimuoverle; e a “produrre nella persona competenze atte a contrastare possibili recidive” (De Leo & Patrizi, 2002, p. 66).

Nonostante sia facile pensare che questo sistema penale-sanitario sia utile per recuperare il soggetto e possa sembrare essere frutto di un'evoluzione, molte sono le critiche che nel tempo sono state mosse a riguardo, in quanto, questo sistema rieducativo stravolge il processo tradizionale (De Cataldo Neuburger, 1993).

Operatori dei servizi e giuristi sostengono: i primi che questo sistema limita

l'originalità della relazione con i tossicodipendenti in quanto diventa più un rapporto di controllo che di vera rieducazione; mentre i secondi pensano che, essendo i trattamenti sanitari obbligatori, si finisca "con l'attribuire alle terapie una netta valenza punitiva, con violazione del principio di legalità della pena" (De Cataldo Neuburger, 1993, p. 151).

La preoccupazione è dunque quella di fare un uso storpiato delle misure di tutela della salute. E di intervenire per annientare la personalità del tossicodipendente più che per reprimere i comportamenti criminali (De Cataldo Neuburger, 1993).

Inoltre non viene messo in atto il principio del "giusto processo" e allo stesso tempo "viene compromessa la stessa imparzialità del giudice chiamato a perseguire in prima persona le nuove funzionalità del processo, valutando il grado di collaborazione del soggetto alla cura, più che la fondatezza dell'accusa formulata dal pubblico ministero" (De Cataldo Neuburger, 1993, p. 152).

La legge invece dovrebbe garantire una risposta sia ai problemi di tipo criminale sia ai problemi di tipo socio-sanitario. Dovrebbe quindi assicurare il recupero del soggetto tossicodipendente ma allo stesso tempo, se questo ha commesso un reato, la legge dovrebbe comunque considerarlo e trattarlo come autore di comportamenti devianti e penalizzabili (De Cataldo Neuburger, 1993).

### 2.3 I reati: verso le alternative al processo penale

I concetti di colpevolezza e responsabilità per i comportamenti criminali sono stati oggetto di esame nel contempo sia nelle discipline giudiziarie che in quelle psicologiche fin dalla seconda metà del XVIII secolo (Andreoli, 2008).

Di fronte ad un comportamento considerato criminale la risposta da parte del sistema giudiziario è di tipo "punitivo retributivo" (De Leo & Patrizi, 2002); per cui si mettono in atto una serie di interventi volti a sanzionare e punire il

reo<sup>5</sup>.

Le sanzioni possono essere di tipo amministrativo, per esempio nel caso in cui il soggetto detiene una sostanza per consumo personale che non supera la dose giornaliera consentita dalla legge; oppure di tipo penale quando il soggetto supera la dose giornaliera consentita dalla legge, questo perché la quantità di sostanza in più potrebbe essere destinata allo spaccio (De Cataldo Neuburger, 1993).

A tal proposito, è risaputo che quando l'individuo tossicodipendente, che non può fare a meno di assumere una sostanza ma non ha il denaro per potersela procurare, commette dei reati. Per cui il consumo personale e l'attività illecita di spaccio coincidono (De Cataldo Neuburger, 1993).

L'obiettivo della pena, qualunque sia il crimine commesso, non è solo quello di criminalizzare il responsabile del reato ma anche quello di assicurare agli altri individui della società ordine e sicurezza pubblica (De Leo & Patrizi, 2002).

All'interno delle società gli individui cercano infatti la sicurezza; una sicurezza che solitamente viene messa in pratica attraverso il penale principalmente con politiche di esclusione più che di inclusione, le quali alimentano ancora di più il disordine sociale (Brandoli & Ronconi, 2007).

L'idea (fomentata anche dai mass media) che il fenomeno della droga sia minaccioso, e porti la società al degrado e all'insicurezza, fa sì che i cittadini vedano i consumatori di sostanze psicoattive come soggetti da emarginare e da penalizzare (Brandoli & Ronconi, 2007).

Anche il dibattito istituzionale europeo mette al centro soltanto la soluzione di criminalizzare i consumatori di sostanze illecite e non tiene conto della possibilità di legalizzare la loro produzione e vendita, con la conseguenza

---

<sup>5</sup> Il reo è il soggetto autore del reato



anche di lasciare il predominio sulla droga alla mafia (Brandoli & Ronconi, 2007).

Nel 2005, in Italia, nacque un nuovo documento: *“Nuove politiche per la sicurezza, nuove politiche per le città”*, utile, secondo il Forum italiano per “l’individuazione di alcuni problemi irrisolti” e “per far progredire le politiche di sicurezza nelle città italiane” (Brandoli & Ronconi, 2007). Tra i problemi ci sono anche i mercati illegali della droga: un fenomeno in grado di creare situazioni di disordine, criminalità, violenza e insicurezza nelle società (Brandoli & Ronconi, 2007).

I problemi di sicurezza nelle città “sono connessi all’appropriazione dello spazio pubblico per le attività di vendita, ai conflitti tra venditori, al consumo in pubblico delle sostanze stupefacenti [...] e alla criminalità predatoria<sup>6</sup> legata ai costi di acquisto” (Brandoli & Ronconi, 2007).

Il Forum italiano sottolinea come sia inadeguato sviluppare un sistema legislativo caratterizzato da regole troppo severe che limitano la libertà. Promuove invece l’incremento di un sistema di prevenzione situazionale<sup>7</sup> capace di diminuire i casi di criminalità predatoria e di ristabilire, per quanto possibile, l’ordine sociale, affermando comunque l’efficacia del sistema penale se usato selettivamente e correttamente (Brandoli & Ronconi, 2007).

Si è visto quindi che penalizzare comportamenti di consumo non risolve il problema ma anzi, nonostante le pene, l’uso di sostanze continua ad aumentare, il mercato illegale anche, e a questo si aggiungono le elevate spese del carcere, le spese sociali e quelle giudiziarie (Brandoli & Ronconi, 2007).

---

<sup>6</sup> La criminalità predatoria riguarda i reati di furto e di rapina.

<sup>7</sup> La prevenzione situazionale del crimine “mira a ridurre le opportunità per specifiche categorie di crimini, aumentando i rischi e le difficoltà nel commetterli e riducendo le ricompense derivate dalla commissione degli stessi” (Clarke, 1995).

Il penale sembrerebbe inoltre ostacolare lo sviluppo di norme sociali, le quali invece consentirebbero di creare un sistema in cui il consumo di droghe può essere controllato (Brandoli & Ronconi, 2007).

È necessario quindi “ripensare i modelli della penalità alla ricerca di nuove concezioni capaci di bilanciare l’obiettivo della difesa sociale con quello della funzionalità riabilitativa per l’autore di reato” (De Leo & Patrizi, 2002, p. 157).

In Italia, il giudice deve garantire l’opportunità al soggetto che ha commesso un reato di ricorrere alla perizia psichiatrica, nonostante a livello legislativo il tossicodipendente non viene considerato un malato mentale (Gallimberti, Ferrara, & Rausa, 1998). Questa possibilità deve essere consentita perché, se viene dichiarata la presenza di disturbi mentali nell’individuo, il grado di colpevolezza diminuisce o si annulla (Andreoli, 2008).

Il soggetto tossicodipendente che ha commesso un reato, infatti, può accettare o richiedere volontariamente di sottoporsi ad un programma terapeutico alternativo alla pena come previsto dagli art. 47 e art. 52 della legge 354/1975 dell’Ordinamento Penitenziario (Canestrini, 2018).

#### 2.4 L’intervento rieducativo

Negli ultimi anni l’intervento sociosanitario quindi è previsto non solo all’interno di strutture alternative al carcere ma anche all’interno del carcere stesso.

Il trattamento predisposto per i detenuti tossicodipendenti prevede che, con l’affiancamento di figure professionali, vengano svolte diverse attività come: “il lavoro, l’istruzione e la formazione professionale, attività culturali, ricreative, sportive, nonché la rilevante dimensione dei rapporti con la famiglia e dei contatti con l’esterno” (De Leo & Patrizi, 2002, p. 74).

Questo trattamento rappresenta un diritto del soggetto, il quale, attraverso queste attività può migliorare la sua condizione, rendersi cosciente, e successivamente adottare, comportamenti non devianti (De Leo & Patrizi,

2002).

Come si è visto però vengono messe in luce problematiche riguardante agli interventi all'interno del carcere nonostante siano state istituite norme che hanno ampliato le possibilità di recupero dei detenuti. Questo perché gli interventi vengono svolti in un contesto in cui, di consueto, la persona viene limitata e sanzionata e allo stesso tempo non le è data la possibilità di vivere relazioni sociali "normali" a causa dei confini che il carcere stesso costruisce (De Leo & Patrizi, 2002).

Il tossicodipendente che ha compiuto dei reati può però ricorrere ad alternative al carcere che possono essere (Pighi, 1985):

- "Singole persone o famiglie che assumono l'incarico di assistere tossicodipendenti carcerati in regime di misure alternative" (soluzione non ancora molto utilizzata in Italia) (Pighi, 1985, p. 26).
- "Comunità alloggio a conduzione familiare: piccolo gruppo nel quale l'educatore viene ad essere modello di riferimento per gli utenti" (Pighi, 1985, p. 26), al fine di migliorare "l'autonomia psicologica, relazionale e sociale" (Pighi, 1985, p. 26).
- Comunità terapeutica: si tratta di un ambiente protetto in cui vengono proposti interventi terapeuti individualizzati per i soggetti devianti che per un certo periodo vivono (h24) all'interno di queste strutture.
- Cooperative di solidarietà sociale.
- Centri diurni: strutture che svolgono le stesse funzioni delle comunità terapeutiche con la differenza che gli utenti restano soltanto durante la giornata.

Per quanto riguarda la comunità terapeutica, in Italia, essa nasce intorno al 1968 come risposta all'emergenza sociale della diffusione e mercificazione della droga e come opposizione ai manicomi. Non si trattava ancora di vere e proprie comunità come sono strutturate oggi, in quanto accoglievano

diverse tipologie di utenze, non avevano programmi terapeutici ben definiti e venivano ostacolate dal punto di vista legislativo (Salvini, Testoni, & Zamperini, 2002).

Successivamente, a fine anni Settanta aumentò il numero di comunità terapeutiche a causa anche dell'approvazione di due leggi: la legge 685 del 1975 e della legge 833 del 1978<sup>8</sup> (Salvini, Testoni, & Zamperini, 2002).

In questi anni, fino agli anni Novanta, le comunità iniziarono a diversificarsi negli ambiti di intervento, ad "assumere la forma di vere e proprie organizzazioni giuridiche, con codici e regolamenti e ad adottare programmi esplicitamente terapeutici" (Salvini, Testoni, & Zamperini, 2002, p. 283); fino ad arrivare alle comunità terapeute di oggi.

Comunità in cui lavorano figure professionali competenti (psicologi, assistenti sociali, ed educatori) e in cui vengono stilati programmi terapeutici adeguati alle varie esigenze dell'individuo e alle sua problematiche attraverso interventi sempre più specializzati (Salvini, Testoni, & Zamperini, 2002).

All'interno di queste strutture alternative al carcere gli operatori devono garantire ai tossicodipendenti (Salvini, Testoni, & Zamperini, 2002):

1. L'autonomizzazione: gli utenti devono avere la possibilità di responsabilizzarsi, costruirsi "un'autonomia personale, relazionale, lavorativa e di progettualità futura [...] attraverso un progetto di cambiamento per tappe" (Salvini, Testoni, & Zamperini, 2002, p. 290)
2. La personalizzazione dell'intervento: gli utenti, avendo alle spalle storie di vita, esperienze, personalità e necessità differenti, hanno bisogno di un progetto personalizzato e diverso da quello degli altri

---

<sup>8</sup> La L. 22/12/1975 n. 685 è la "Disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope. Prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza" (<https://www.politicheantidroga.gov.it/>).

utenti.

3. L'individualizzazione degli obiettivi del progetto: gli utenti, insieme alle figure professionali presenti nella struttura, stilano gli obiettivi del progetto che deve essere svolto per tappe al fine di condurre il soggetto ad un miglioramento.

Gli operatori di queste strutture devono assicurare agli utenti una qualità di vita dal punto di vista sanitario, ma devono anche essere disponibili all'ascolto dei bisogni dei tossicodipendenti e aiutarli a prendersi cura di loro stessi autonomamente (Salvini, Testoni, & Zamperini, 2002).

Può essere necessario ricorrere inoltre a delle terapie sostitutive, per esempio attraverso un intervento di tipo farmacologico (il metadone) al fine di contenere l'abuso delle droghe (Salvini, Testoni, & Zamperini, 2002).

L'utente deve inoltre essere stimolato a svolgere attività e fare esperienze positive affinché acquisisca nuove competenze utili per rimuovere i comportamenti ritenuti devianti e per acquisire comportamenti che non vanno contro alla norma (Salvini, Testoni, & Zamperini, 2002).

## CAPITOLO 3: LA PREVENZIONE, IL RUOLO FAMILIARE E LA TESTIMONIANZA DI DONNE

### 3.1 La prevenzione

La prevenzione è definita come l'esecuzione di tutte le azioni appropriate volte a prevenire un fenomeno specifico in una popolazione, e si divide in tre tipi (De Cataldo Neuburger, 1993):

- Prevenzione primaria: rivolta in generale ad una popolazione “sana” per impedire che il fenomeno, in questo caso quello della tossicodipendenza, si presenti.
- Prevenzione secondaria: destinata ad una popolazione considerata “a rischio”, ossia ad individui che hanno più probabilità di diventare tossicodipendenti. In questo caso infatti sono già presenti dei fattori di rischio: ad esempio i soggetti in questione possono essere già consumatori di sostanze stupefacenti. Questo tipo di prevenzione è necessario per evitare che il semplice uso si trasformi in tossicodipendenza.
- Prevenzione terziaria: è rivolta ad una popolazione che è già stata vittima del fenomeno della tossicodipendenza e che necessita di questo tipo di prevenzione per non ricaderci; questo intervento tende a coincidere con il trattamento di recupero (De Cataldo Neuburger, 1993).

Mentre, per quanto riguarda la prevenzione primaria, si è potuto notare che è sufficiente l'informazione e l'educazione, non vale lo stesso per la prevenzione secondaria e per la prevenzione terziaria (De Cataldo Neuburger, 1993).

In questi due casi può essere necessario intervenire sulla prima volta in cui il soggetto ha fatto uso di sostanze stupefacenti, in quanto rappresenta il primo passo che ha portato poi il soggetto all'abitudine di assumere la droga. Si deve sempre tener conto però, che questo momento è preceduto da una serie

di fattori, individuali e sociali, che hanno condotto l'individuo a compiere questa scelta, e questi fattori devono essere analizzati (Andreoli, 2008).

Se si desidera fare prevenzione su un individuo o un gruppo di individui, è necessario svolgere anche un'attività di igiene mentale<sup>9</sup> adeguata, che consenta non solo di identificare le condizioni patologiche negli individui in anticipo, ma anche di programmare ed eseguire interventi che offrono una varietà di risposte alternative all'abuso di droghe (De Cataldo Neuburger, 1993).

In Italia, l'igiene mentale e la prevenzione sono state commissionate a livello legislativo al Servizio Sanitario Nazionale (SSN) con la legge 833 del 1978 (Andreoli, 2008). La sanità però, non è l'unica istituzione che si deve occupare della prevenzione, specie per quanto riguarda il fenomeno della tossicodipendenza, perché questo fenomeno non è soltanto medico-sanitario in quanto subentrano anche fattori sociali, culturali, relazionali, economici ed educativi (Salvini, Testoni, & Zamperini, 2002).

Per questo, recentemente, con la legge 309 del 1990 e con la legge 45 del 1999, la prevenzione, la cura e la riabilitazione delle tossicodipendenze sono diventate oggetto di finanziamenti, a enti pubblici e privati (Salvini, Testoni, & Zamperini, 2002).

Questi enti si occupano di mettere in atto progetti di informazione sulle caratteristiche e gli effetti delle droghe, offrono uno sportello informativo e svolgono attività educative e di animazione e occasioni di incontro per i giovani (Salvini, Testoni, & Zamperini, 2002).

Oltre a queste istituzioni, può essere necessario fare prevenzione anche a scuola, attraverso lezioni di educazione psicologica e civica, e soprattutto in

---

<sup>9</sup> Per igiene mentale si intende una "serie di misure precauzionali atte a prevenire l'insorgenza di malattie mentali, a mantenere l'equilibrio psichico e a favorire l'adattamento all'ambiente" (<https://dizionari.simone.it/15/igiene-mentale>).

famiglia (De Cataldo Neuburger, 1993).

La situazione ideale, quando si attua un progetto di prevenzione (soprattutto primaria) per i giovani, è quella in cui, i genitori e gli insegnanti contemporaneamente attuano all'interno del proprio ambiente, che è la famiglia nel primo caso e la scuola nel secondo caso, un lavoro sui fattori di rischio (Andreoli, 2008).

Ciò non significa però che un lavoro di prevenzione svolto solo da parte della famiglia o solo da parte degli insegnanti non può dare lo stesso risultato (Andreoli, 2008).

Fare prevenzione però non dovrebbe significare far passare l'idea agli individui, specie adolescenti, che non si deve fare uso di droghe, e assumere quindi un comportamento punitivo nei confronti di chi sperimenta le sostanze psicoattive (Salvini, Testoni, & Zamperini, 2002).

Sarebbe infatti più utile mettere in atto programmi che tengano conto dei "differenti tipi di sostanze, dei contesti di utilizzo, delle strategie di iniziazione" (Salvini, Testoni, & Zamperini, 2002, p. 327); programmi quindi che superano l'idea che un superficiale messaggio di astensione possa produrre risultati permanenti (Salvini, Testoni, & Zamperini, 2002).

Si può dunque fare prevenzione insegnando ai soggetti che è possibile fare un uso controllato della droga evitando gli effetti più deleteri (Salvini, Testoni, & Zamperini, 2002).

Questo approccio può essere necessario appunto perché un comportamento punitivo da parte di chi fa prevenzione potrebbe portare i soggetti a sviluppare un'idea sbagliata del fenomeno, oppure sperimentare l'uso di droghe senza avere la consapevolezza dei possibili effetti negativi che le sostanze possono causare, o, ancora, può far sì che i ragazzi non chiedano aiuto o esponano i propri dubbi agli adulti sul loro interesse di sperimentarne l'uso, rischiando così di incorrere in situazioni spiacevoli (Salvini, Testoni, &



Zamperini, 2002).

Non bisogna quindi ipotizzare, come già detto nei capitoli precedenti, che il mero uso controllato di sostanze stupefacenti porti per forza l'individuo ad assumere comportamenti devianti e pericolosi per il soggetto stesso e per la società (Salvini, Testoni, & Zamperini, 2002).

Si deve imparare a convivere con le droghe, e questo “non significa accettarne acriticamente la diffusione, ma comprendere che i fenomeni che la comunità tenta di curare possono essere una sua espressione” (Salvini, Testoni, & Zamperini, 2002, p. 327).

### 3.2 Il ruolo della famiglia

Gli adolescenti sono coloro che sono più esposti al problema della tossicodipendenza. Le famiglie devono essere consapevoli di questa realtà e di conseguenza devono dotarsi degli strumenti per aiutare i loro figli ad essere informati sulla questione e a far sì che non inizino ad abusare di sostanze stupefacenti (Andreoli, 2008).

Se si guarda alla storia in Italia della tossicodipendenza è evidente che negli anni ci sia stato un cambiamento non indifferente nel consumo di droghe ma anche nella considerazione del fenomeno (Andreoli, 2008).

I giovani hanno iniziato, intorno a fine anni '60, a fare uso di “droghe leggere” come marijuana e hashish, il fenomeno però non appariva grave e sembrava essere sotto controllo (Andreoli, 2008).

Negli anni '70 invece, il problema diventò più grave, in questi anni infatti, tra i giovani si diffusero gli oppiacei, in particolare l'eroina. Con questa sostanza gli adolescenti iniziavano a stringere un rapporto sempre più esclusivo e a sviluppare una vera e propria dipendenza (Andreoli, 2008).

Questo non comportava un problema solo per gli individui che, piano piano, diventavano tossicodipendenti, ma anche per la società e per le famiglie.

I giovani per esempio dovevano trovare i soldi per potersi procurare la sostanza e, per averli, rubavano o avviavano attività di piccolo spaccio (Andreoli, 2008).

Essi erano inoltre considerati criminali, in quando la legge n. 1041 del 22 Ottobre del 1954 puniva con la carcerazione chiunque detenesse sostanze stupefacenti (Andreoli, 2008).

“Con la diffusione dell’eroina nascono le prime grandi tragedie familiari” (Andreoli, 2008, p. 474), infatti “una famiglia che veniva a conoscenza di avere un figlio che consumava sostanze stupefacenti, doveva gestire anche il dramma del nascondere il proprio figlio alla giustizia, per non vederlo condannato” (Andreoli, 2008, p. 474).

Nonostante poi nel 1975 sia stata modificata la legge, e il consumo di sostanze stupefacenti fu decriminalizzato, il dramma familiare rimase comunque tale, perché rimaneva il fatto di essere genitori di un giovane tossicodipendente che spesso rubava in casa e fuori casa per potersi comprare la droga, manifestava comportamenti violenti e presentava la sindrome di astinenza (Andreoli, 2008).

Inoltre si era passati, con questa legge, da una considerazione della tossicodipendenza come reato ad una considerazione della tossicodipendenza come malattia, dunque, il soggetto che abusava di sostanze psicoattive spesso veniva internato in strutture sanitarie in cui però i trattamenti terapeutici non erano granché utili perché la nuova legge in vigore non indicava le soluzioni terapeutiche per questa categoria di soggetti (Andreoli, 2008).

Negli stessi anni si stavano studiando anche i possibili fattori di rischio dell’insorgenza della tossicodipendenza e tra questi c’era anche la famiglia. Per questa ragione i genitori di figli tossicodipendenti si sentivano colpevole e cresceva in loro l’idea di essere una “famiglia malata” (Andreoli, 2008, p. 476).

Si può notare quindi che la sofferenza non è vissuta solo dal soggetto tossicodipendente ma anche dalla sua famiglia (Rigliano, 1993)

La famiglia “ha un proprio ruolo, non delegabile ad altre strutture, sia nel trattamento della tossicodipendenza, sia nella sua prevenzione” (Andreoli, 2008, p. 476), in quanto “influenza nelle abitudini, nei modi di esprimersi, nei comportamenti e nei valori che vengono via via formandosi nei giovani” (Andreoli, 2008, p. 491). La famiglia infatti è il modello più importante e immediato nell’educazione dei figli (Andreoli, 2008).

Proprio per le stesse ragioni, può però rappresentare un fattore di rischio per lo sviluppo nei figli della tossicodipendenza (Andreoli, 2008).

Un elemento che gioca un ruolo importante nella relazione tra genitori e figli è l’affettività, che, se viene a mancare, può causare nell’adolescente sensazioni di paura, incapacità e senso di abbandono. L’individuo potrebbe così cercare conforto e sicurezza nella droga. È per questo che si può quindi affermare che la famiglia può essere anche un fattore di rischio per l’insorgenza della tossicodipendenza (Andreoli, 2008).

Quando si interviene con un progetto di trattamento per un giovane tossicodipendente il lavoro con la famiglia risulta essenziale (Rigliano, 1993).

Infatti “l’intervento di servizio sociale nell’ambito delle dipendenze da sostanze stupefacenti non implica la sola relazione con un singolo, ma spesso richiede un intervento rivolto a famiglie e/o gruppi di persone” (Quercia, 2022, p. 97)

La famiglia quindi deve essere coinvolta nella terapia del figlio in modo tale da riuscire a comprendere il processo che ha portato il figlio ad abusare di sostanze stupefacenti e per ricostruire il rapporto tra il tossicodipendente e i suoi familiari (Rigliano, 1993).

Questo lavoro è utile sia per il giovane che per i suoi familiari in quanto permette di “stabilire un rapporto basato sulla conoscenza, sulla condivisione e sulla responsabilizzazione rispetto alla sofferenza di ognuno” (Rigliano, 1993, p. 159)

### 3.3 Madri tossicodipendenti

Ma se al posto del figlio tossicodipendente fosse la madre ad esserlo?

#### 3.3.1 Donne e sostanze psicoattive

Nonostante il numero di donne tossicodipendenti sia minore rispetto al numero di uomini tossicodipendenti (De Cataldo Neuburger, 1993), a livello sociale l'uso di sostanze stupefacenti da parte della donna è meno tollerato (Gallimberti, Ferrara, & Rausa, 1998). La società infatti reputa la donna che consuma droghe una persona "degenerata e viziosa" (Gallimberti, Ferrara, & Rausa, 1998, p. 465).

Si può notare quindi una "stigmatizzazione sociale" di questo fenomeno che, di conseguenza, porta le donne a sentirsi colpevoli, a provare disagio, a sentirsi inadeguate alla maternità e di non essere buone madri per i propri figli, i quali spesso vengono loro allontanati (Gallimberti, Ferrara, & Rausa, 1998).

Esistono varie altre differenze tra il consumo di sostanze da parte di uomini e uso di sostanze da parte di donne.

Una di queste è il fatto che "l'abuso di farmaci o di sostanze illecite determina nelle donne la comparsa di effetti tossici superiori rispetto all'uomo" (Lacatena, 2020, p. 27) questo perché il metabolismo femminile è diverso da quello maschile (Lacatena, 2020).

Un'altra differenza riguarda invece il fatto che gli uomini tossicodipendenti hanno, per la maggior parte delle volte, diagnosi di "disordini della condotta e disturbo di personalità antisociali e passivo-aggressivi" (Lacatena, 2020, p. 27), mentre le donne principalmente soffrono di "sindromi ansioso-depressivo, disturbo di personalità (istrionico e borderline) e disturbo del comportamento alimentare" (Lacatena, 2020, p. 27).

A differenza degli uomini le donne tossicodipendenti inoltre commettono molto meno reati contro la proprietà, ma per guadagnarsi i soldi ricorrono principalmente alla prostituzione (Lacatena, 2020).

Si aggiunge così, al problema della tossicodipendenza, anche quello delle malattie infettive sessualmente trasmissibili (Lacatena, 2020)

#### A livello trattamentale

*Il piano d'azione dell'Unione Europea in materia di lotta alla droga 2009-2012 ha elaborato specifici percorsi per le donne. Il 15 marzo 2012 la Commissione Stupefacenti ONU ha approvato la risoluzione (presentata dall'Italia e acquisita dall'Unione Europea) che invita gli Stati membri a programmi specifici sia per la prevenzione che per il trattamento, soprattutto rispetto a violenza sessuale, carcere, gravidanza e genitorialità (Lacatena, 2020, p. 27).*

Questo perché si è visto che le donne in trattamento per la cura di tossicodipendenza “possono avere esigenze più complesse, in particolare in termini di comorbidità e responsabilità nella cura dei figli, e abbiano pertanto bisogno di servizi più mirati e differenziati in base al genere” (Lacatena, 2020, p. 26).

#### 3.3.2 Madri tossicodipendenti

La madre tossicodipendente, soprattutto se abusa di eroina, spesso non si accorge subito di essere in gravidanza; se ne accorge infatti solitamente quando è già in uno stato avanzato (Lacatena, 2020).

La continua assunzione di sostanze in gravidanza rappresenta un problema non indifferente per il bambino, il cui sviluppo può presentare differenti complicazioni; come per esempio nascere prematuro oppure sviluppare infezioni, malformazioni o la sindrome di astinenza neonatale (SAN) (Gallimberti, Ferrara, & Rausa, 1998). Inoltre, la madre tossicodipendente rischia l'aborto spontaneo o la morte del bambino in stato avanzato della gravidanza (Gallimberti, Ferrara, & Rausa, 1998).

“L'importanza sociale della tutela della maternità dei soggetti tossicodipendenti sta peraltro diventando sempre più evidente perché il numero di nati da madri tossicodipendenti è andato sempre più aumentando” (De

Cataldo Neuburger, 1993, p. 112). È quindi compito dei medici, degli operatori sociosanitari, degli assistenti sociali e dei giuristi tutelare la maternità di donne tossicodipendenti attraverso trattamenti adeguati, specie nel caso in cui, la donna in gravidanza continua a fare uso di sostanze stupefacenti o presenta uno stato di sieropositività se non la malattia di AIDS (De Cataldo Neuburger, 1993).

Negli ultimi anni, sono stati condotti molti studi nel tentativo di identificare con precisione “i fattori di rischio per il bambino, prima, durante e dopo la nascita, al fine di fornire indicazioni utili ai programmi di prevenzione e cura” (De Cataldo Neuburger, 1993, p. 113).

I ricercatori si sono focalizzati soprattutto sul rischio di aborto e sulla sindrome di astinenza neonatale (SAN).

Questi studi hanno avuto ottimi risultati perché si sono riusciti ad individuare “trattamenti in grado di garantire un andamento ottimale della gravidanza e una dissuasione del neonato in tempi brevi e senza effetti secondari e di rilevanza medica” (De Cataldo Neuburger, 1993, p. 113)

Nonostante si sia garantita la nascita di bambini sani, non si è però dato importanza ai problemi psicologici per tutelare il rapporto madre-bambino (De Cataldo Neuburger, 1993).

La madre tossicodipendente infatti spesso presenta difficoltà economiche, abitative ma anche affettive e relazionali che possono incidere sulla crescita del bambino nato (De Cataldo Neuburger, 1993).

È per questo che è necessario l'intervento da parte dei servizi sociosanitari, i quali, mettono in atto interventi di sostegno alla madre durante la gravidanza e, soprattutto, alla coppia madre-figlio una volta che il figlio è nato.

Se occorre inoltre, i servizi sociosanitari, possono constatare che la soluzione migliore per il bambino è la sua adozione o l'affido; questo perché si ritiene che la madre, ma in generale la coppia di genitori tossicodipendenti, sia incapace di prendersi cura del neonato (De Cataldo Neuburger, 1993).

### 3.3.3 Testimonianze di madri tossicodipendenti autrici di reato e intervento degli operatori di un Serd veneto

Tra il 2020 e il 2022 è stata condotta una ricerca dal titolo “Punished Mothers. Women with children serving sentences”, coordinata dalla prof.ssa Francesca Vianello dell’Università di Padova e riguardante donne che hanno figli minorenni e che stanno scontando una pena in carcere o in misura alternativa in Veneto.

Nell’ambito della ricerca, sono state raccolte anche due interviste con donne tossicodipendenti autrici di reato in carico ad un Serd Veneto.

Le testimonianze di queste donne sono utili per conoscere nel concreto storie di madri tossicodipendenti, che, oltre alla tossicodipendenza, hanno dovuto affrontare problemi con la legge e hanno vissuto la vita del carcere. Queste interviste ci fanno riflettere su alcuni aspetti, ossia, sulle difficoltà del loro vissuto, sulla sofferta distanza dai loro figli e su come il carcere e i servizi sociosanitari sono intervenuti.

La prima donna racconta principalmente la sua esperienza in carcere. Grazie a questa testimonianza è possibile vedere come quest’ultimo sia organizzato e come le figure professionali che lavorano al loro interno intervengono.

La seconda donna invece racconta soprattutto il suo percorso al di fuori del carcere. In particolar modo rappresenta una preziosa testimonianza di donna che ha condotto una gravidanza da tossicodipendente di cui poi ne spiega anche le conseguenze.

## Primo caso: la storia di Janelle<sup>10</sup>

Janelle è una donna straniera di circa 40 anni. Ha figli ed è sposata con un uomo italiano che ha conosciuto dopo essersi trasferita in Italia per cercare lavoro quando era giovane.

La donna racconta che il suo percorso di devianza è cominciato quando l'uso di sostanze alcoliche si è trasformato in una vera e propria dipendenza. Lei infatti ammette di essere arrivata ad un punto in cui beveva molto, e questo la portava ad avere frequenti litigi con il marito, il quale un giorno decise di denunciarla.

La denuncia ebbe come conseguenza l'incarcerazione di Janelle. La donna rimase in carcere per circa un anno, senza però essere effettivamente condannata.

Janelle racconta nell'intervista le difficoltà vissute all'interno del carcere, fino ad affermare anche di aver tentato più volte il suicidio.

Lei spiega che in carcere non c'è abbastanza personale e che gli incontri con figure professionali, come lo psichiatra e il medico, non sono sufficienti per poter garantire alle detenute un adeguato sostegno sanitario e psichiatrico.

Dalla testimonianza di Janelle si deduce che, lo scarso intervento di queste figure venga compensato, nella maggior parte dei casi, con una forte terapia farmacologica che appiattisce e devasta i detenuti. Nel suo caso, infatti, racconta di aver avuto un incontro con lo psichiatra del carcere dopo il primo tentativo di suicidio, il quale però le ha soltanto prescritto una lunga lista di farmaci e da quel momento in poi non è avvenuto più nessun altro incontro.

Janelle parla inoltre della sua sofferenza dovuta alla distanza dai suoi

---

<sup>10</sup> Nome di fantasia.



familiari. Lei spiega che all'interno del carcere le era concesso sentire un solo familiare a settimana per soli 10 minuti in videochiamata o ai colloqui. Le videochiamate e gli incontri con i familiari potevano però essere bloccate alle detenute per un certo periodo di tempo come punizione nel caso in cui non si fossero rispettate alcune regole.

A soffrire tuttavia non era solo lei, anche i figli infatti stavano male per la distanza dalla madre.

Da questo racconto si può dedurre come il sistema penitenziario non tenga conto dell'importanza della rete familiare, la quale invece può essere una vera e propria risorsa per l'intervento (Rigliano, 1993).

Oltre a queste cose, Janelle, testimonia un episodio di violenza da parte delle guardie nei confronti di una donna detenuta anziana; la cosa grave è che a questo fatto (già grave di per sé) si aggiunge anche il silenzio e la negazione dell'accaduto da parte di altre figure professionali.

La donna quindi ci fa riflettere sul fatto che, come scritto nel secondo capitolo, il carcere potrebbe non essere la soluzione migliore per il trattamento di soggetti tossicodipendenti e di soggetti con disturbi psichici (Vianello, 2020). Janelle stessa afferma: "Il carcere è una scuola per delinquere".

Janelle attualmente è in carico al Serd per superare i problemi di alcol dipendenza.

Secondo caso: la storia di Agata<sup>11</sup>

Agata è una donna italiana di circa 30 anni che è stata in passato tossicodipendente da cocaina e da eroina; ma, oltre a far uso di droghe, le spacciava.

---

<sup>11</sup> Nome di fantasia.

La situazione familiare di Agata è sempre stata molto complicata, in particolar modo il rapporto con la madre, la quale viene descritta come una donna violenta nei confronti dei suoi figli.

Agata sostiene che sia stato proprio il bisogno di fuggire da questa realtà l'elemento che l'ha portata all'incontro con le sostanze stupefacenti quando era ancora adolescente.

Successivamente iniziò anche a spacciare droga per fare i soldi facili, ma, quando si trasferì in un altro Stato europeo, venne scoperta e incarcerata. Agata era ancora molto giovane quando questo successe, e, nonostante in carcere ci fosse rimasta solo per tre giorni, lei li ricorda molto negativamente.

Una volta libera fece ritorno in Italia, dove continuò l'uso e lo spaccio di droghe per un altro po' di tempo.

In questo stesso periodo la donna rimase incinta e portò avanti una gravidanza da tossicodipendente. Anche il padre del bambino era tossicodipendente.

Il neonato nacque prematuramente, con la sindrome di astinenza e altri problemi correlati all'assunzione di droga da parte della madre in gravidanza. La nascita di quel figlio però portò la donna alla decisione di non fare più uso di droghe.

Dopo un po' di tempo Agata entrò in comunità per volere proprio, in cui chiese anche di iniziare una cura per l'Epatite C da cui era affetta. I farmaci però erano molto pesanti ed avevano degli effetti collaterali, in particolar modo la stanchezza.

La donna viveva in uno degli appartamenti della comunità con il figlio piccolo quando un giorno si rese conto che gli effetti della cura potevano essere pericolosi per il bambino perché lei spesso si addormentava senza neanche accorgersene.

Con gli operatori della comunità si arrivò dunque alla decisione di dare in affidamento temporaneo il bambino ad una famiglia esterna; Agata descrive questo

momento come il più brutto della sua vita.

Nonostante questo però, alla madre venne concesso di vedere il figlio e, con l'aiuto dei servizi sociosanitari, i due riuscirono a costruire un rapporto molto forte.

Ancora oggi, dopo più di dieci anni, suo figlio è in affidamento temporaneo, anche se lei non ha più avuto ricadute nella tossicodipendenza. Questo perché il processo che permette al ragazzo di tornare con la madre naturale richiede molto tempo.

La donna però, ad oggi, afferma che l'affido sia stata, e sia ancora, dopo più di dieci anni, la cosa migliore per suo figlio. Mette ancora al centro il benessere del ragazzo, il quale, secondo lei, è giusto che rimanga con la madre che l'ha cresciuto, consapevole però di avere vicino anche la madre naturale.

## CONCLUSIONE

L'interesse per l'argomento della tossicodipendenza è nato da un'esperienza di tirocinio svolto presso una comunità terapeutica per tossicodipendenti maschi gravi della provincia di Vicenza.

Ciò che più mi ha spinto a scrivere la tesi su questo tema è stato il desiderio di provare a modificare la percezione che i miei amici, parenti, conoscenti (ed eventuali lettori) hanno della tossicodipendenza.

I loro commenti quando dicevo di essere in una comunità terapeutica per tossicodipendenti come tirocinante erano sempre: "ma non hai paura?", "sei pazzo!", e altre frasi per cui, è nata in me l'idea che -chi si sente lontano da questa realtà- tende a stigmatizzare e ad etichettare le persone tossicodipendenti come violente, degradate e, in generale, la feccia della società.

Quando invece si parla di tossicodipendenza non lo si deve considerare come qualcosa di estraneo da noi, ma anzi come una realtà che riguarda ognuno di noi.

Il dibattito tra un'interpretazione della tossicodipendenza dal punto di vista medico e un'interpretazione dal punto di vista sociologico infatti, ha messo in luce il fatto che, oltre alle caratteristiche individuali del soggetto e all'azione farmacologica della droga, è importante tenere conto del contesto in cui avviene il consumo, è per questo quindi che si può affermare che la società condiziona i comportamenti dell'individuo ed è un sistema che riesce a portare sotto controllo l'uso di sostanze stupefacenti illecite attraverso norme sociali e rituali.

Ho ritenuto inoltre necessario spiegare la differenza tra uso, abuso e dipendenza per far passare l'idea che un uso di droghe consapevole e controllato non per forza si trasforma poi in dipendenza; alcuni soggetti che consumano droga infatti riescono comunque a condurre una vita "normale": svolgono il loro lavoro, incontrano i loro amici, pagano le tasse e riescono a

crescere i figli.

L'interesse era anche quello di capire se esiste una correlazione tra tossicodipendenza e criminalità. A riguardo le fonti descrivono casi di soggetti tossicodipendenti che, per procurarsi la sostanza hanno bisogno di soldi e di conseguenza spesso commettono reati contro la proprietà come furti e rapine oppure attività di spaccio. Soffermandosi poi sul caso delle donne si è notato che tra quest'ultime, più che reati contro la proprietà, è frequente la prostituzione.

Oltre a questi tipi di reato, anche se meno frequenti, possono esserci altri crimini correlati all'uso di droghe, come per esempio comportamenti violenti verso gli altri o delitti sessuali.

Ho indagato su come a livello giuridico si interviene in Italia nei confronti delle persone tossicodipendenti autrici di reato. È emerso che il carcere non è considerato da molti studiosi il metodo più adeguato nella cura e nel recupero di individui tossicodipendenti.

In alternativa al carcere ci sono varie possibilità che il soggetto tossicodipendente ha per scontare la pena, tra cui quella di ricorrere all'affidamento in prova all'Uepe (Ufficio di esecuzione penale esterna).

Subentra quindi un intervento sociosanitario in grado di garantire all'individuo con problemi di dipendenza un programma individualizzato e finalizzato al suo recupero e al suo reinserimento nella società.

Il trattamento della tossicodipendenza dunque diventa più importante della criminalizzazione del comportamento dell'individuo; anche se questo fatto ha smosso parecchie critiche.

Oltre al trattamento però si è visto che è necessario mettere in atto programmi di prevenzioni per soggetti "sani" al fine di evitare che i soggetti sviluppino la tossicodipendenza, ma anche per soggetti considerati "a rischio" e per soggetti che sono già state vittime del fenomeno.

L'approfondimento sul caso di madri è stato inoltre utile per capire come viene molto meno accettato a livello sociale l'uso di sostanze da parte di donne, rispetto che da uomini.

Le testimonianze delle due donne tuttavia sono state utili per avere un punto di vista da parte di chi ha vissuto situazioni difficili come il carcere e la distanza dai figli.

## BIBLIOGRAFIA

- Andreoli V., (2008). *La testa piena di droga*. Milano: RCS Libri.
- Becker H., (1987). *Outsiders. Saggi di sociologia della devianza*. Torino: Ega Editore.
- Brandoli M.; Ronconi S. (2007). *Città, droghe, sicurezza. Uno sguardo europeo tra penalizzazione e welfare*. Milano :FrancoAngeli.
- Campanato G. (1985). *Alternative alla carcerazione cautelare e alla pena detentiva nella legislazione vigente*. In Barone M. (a cura di) *Quaderni 6. Criminalità e tossicodipendenza. Carcere e misure alternative*. Padova: Centro di documentazione.
- Clarke R. V., (1995). "Situational Crime Prevention". *Crime and Justice*, 19 (1995), pp. 91-150.
- Clemente E.; Danieli R., (2011). *Il mondo sociale*. Torino: Pearson Italia.
- Criteri diagnostici. Mini DSM-5*. (2014). Italia: Raffaello Cortina Editore.
- De Cataldo Neuburger L. (a cura di), (1993). *Il sistema droga. La costruzione sociale della tossicodipendenza*. Padova: CEDAM.
- De Leo G.; Patrizi P., (2002). *Psicologia della devianza*. Roma: Carocci Editore.
- Gallimberti L.; Ferrara S. D.; Rausa G., Giunta Regionale del Veneto (a cura di), *La dipendenza da sostanze in una visione globale e integrata*. Padova: grafiche erredici di Padova.
- Petrilli E.; Beccaria F., (2020). *Alcol e altre droghe*. In Dino A., Rinaldi C. (a cura di), *Sociologia della devianza e del crimine. Prospettive, ambiti e sviluppi contemporanei* (pp. 387-401). Milano: Mondadori Education.
- Pighi G., (1985). *Esperienze terapeutiche, comunità alternative al carcere*. In

Barone M., *Quaderni 6. Criminalità e tossicodipendenza. Carcere e misure alternative*. Padova: Centro di Documentazione.

Quercia V., (2022). *Il lavoro sociale nelle dipendenze da alcol e droga* Trento: Erickson.

Rigliano P., (1993). *Famiglie e tossicodipendenza. La sofferenza e il suo superamento*. Roma: Città Nuova Editrice.

Rigliano P., (2004). *Piaceri drogati. Psicologia del consumo di droghe*. Milano: Feltrinelli Editore.

Salvini A.; Testoni I.; Zamperini A., (2002). *Droghe. Tossicofilie e tossicodipendenza*. Torino: UTET Libreria.

Scarscelli D., (2003). *Riuscire a smettere. La tossicodipendenza tra devianza e normalità: uno studio sulla remissione spontanea e assistita*. Torino: Edizioni Gruppo Abele (EGA).

Scarscelli D., Vidoni Guidoni O. (2008). *La devianza. Teorie e politiche di controllo*. Roma: Carocci editore.

Scarscelli D., (2010). *Il consumo di droghe*. Roma: Carocci editore.

Teesson M.; Degenhardt L.; Hall W., (2006). *Le tossicodipendenze*. Bologna: Società editrice il Mulino.

Vianello F., (2020). *Il carcere*. In Dino A., Rinaldi C. (a cura di), *Sociologia della devianza e del crimine. Prospettive, ambiti e sviluppi contemporanei* (pp. 387-401). Milano: Mondadori Education

Zinberg, N. E., (2019). *Droga, set e setting. Le basi del consumo controllato di sostanze psicoattive*. Torino: Edizioni Gruppo Abele (EGA).



## SITOGRAFIA

[https://www.emcdda.europa.eu/publications/european-drug-report/2023/drug-situation-in-europe-up-to-2023\\_en](https://www.emcdda.europa.eu/publications/european-drug-report/2023/drug-situation-in-europe-up-to-2023_en)

<https://www.politicheantidroga.gov.it/>

<https://canestrinilex.com/>

<https://www.osservatoriopop.it/giovanni-scattone/>

[https://www.academia.edu/1087423/Storia\\_e\\_critica\\_del\\_concetto\\_di\\_tossicodipendenza?email\\_work\\_card=thumbnail](https://www.academia.edu/1087423/Storia_e_critica_del_concetto_di_tossicodipendenza?email_work_card=thumbnail)

<https://jacobinitalia.it/la-criminalizzazione-del-dissenso/>

<https://ilmanifesto.it/droghe-e-salute-mentale-un-pensiero-critico-in-campo>

<https://dizionari.simone.it/15/igiene-mentale>

<file:///C:/Users/Utente/Desktop/Tesi/donne%20e%20tossicodipendenza.%20lacatena.pdf>

<https://www.brocardi.it/testo-unico-stupefacenti/titolo-viii/capoi/art94.html#:~:text=L'affidamento%20in%20prova%20in,legge%2026%20luglio%201975%2C%20n.>