

Università degli studi di Padova

Dipartimento di Filosofia, sociologia, pedagogia e psicologia applicata

Corso di laurea in Scienze dell'educazione

Curricolo di Educazione sociale e animatore culturale

Relazione finale

**Maternità e tossicodipendenza:
un'indagine su tutele e percorsi educativi**

Relatrice: prof.ssa Claudia Mantovan

Laureanda: Letizia Gagiardo

Matricola: 2076985

Anno accademico: 2024/2025

INDICE

INTRODUZIONE	1
CAPITOLO 1	3
LE CONDIZIONI DI VITA DELLE DONNE IN STRADA: UNO SGUARDO D'INSIEME	3
1.1 <i>Profilo sociale delle donne che vivono in strada</i>	3
1.2 <i>Il rapporto con le sostanze</i>	5
1.3 <i>La relazione con l'uomo</i>	8
1.4 <i>Vivere la maternità in strada</i>	10
CAPITOLO 2	15
TUTELE, DIRITTI E RESPONSABILITÀ DELLA MADRE	15
2.1 <i>Tutele legislative per la madre tossicodipendente. La madre in carcere</i>	15
2.2 <i>Il diritto al riconoscimento del figlio</i>	17
2.3 <i>Procedimenti penali a carico della madre</i>	19
2.4 <i>Controllo, autodeterminazione e intervento istituzionale nella maternità fragile</i>	21
CAPITOLO 3	23
LO SVILUPPO DEL BAMBINO E LA RELAZIONE CON LA MADRE TOSSICODIPENDENTE	23
3.1 <i>Servizi di presa in carico della madre e del figlio</i>	23
3.2 <i>Lo sviluppo del bambino nel contesto della dipendenza materna</i>	25
3.3 <i>Lo sviluppo del bambino nel contesto di affidamento e/o adozione</i>	28
CONCLUSIONI	33
BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA	35
RINGRAZIAMENTI	39

INTRODUZIONE

La presente tesi nasce dall'esperienza di tirocinio svolta presso il servizio di riduzione del danno "New Way" di Mestre.

Il termine "riduzione del danno" si riferisce a politiche, programmi e pratiche che mirano a minimizzare gli impatti negativi sulla salute, sociali e legali dell'uso di droghe, delle politiche e delle leggi sulle droghe.

La riduzione del danno è fondata sulla giustizia e i diritti umani. È incentrata sul cambiamento positivo e sul lavorare con le persone senza giudicare, forzare, discriminare, o imporre che smettano di assumere droghe come condizione per il supporto.¹

New Way lavora nelle strade di Mestre e Marghera con lo scopo di costruire legami con persone che fanno uso di sostanze. Attraverso un approccio non giudicante e informale, gli operatori offrono supporto, promuovendo la consapevolezza dei rischi associati al consumo e sostenendo i consumatori nell'approccio ai vari servizi della città. Si occupa inoltre di mappare il fenomeno delle dipendenze in modo approfondito, identificando i luoghi di consumo, l'età dei consumatori e le sostanze maggiormente utilizzate. Questo processo di mappatura permette non solo di comprendere meglio il fenomeno, ma anche di intervenire in modo più mirato ed efficace.

Questa esperienza mi ha permesso di esplorare un delicato, e ancora troppo poco considerato, fenomeno caratterizzato da più livelli di discriminazione e pregiudizio: quello delle donne, straniere e non, senza fissa dimora, senza reddito, consumatrici di sostanze e madri.

L'intersezionalità è un concetto introdotto da Kimberlé Crenshaw nel 1989 che descrive come le diverse identità sociali (genere, razza, classe sociale, orientamento sessuale, disabilità, etc.) si sovrappongono e interagiscono, creando forme uniche e

¹ Harm Reduction International

complesse di discriminazione, oppressione e privilegio che non possono essere comprese separatamente.

Questo intreccio di fattori determina una situazione di vulnerabilità che espone queste donne a forme di esclusione sociale, stigmatizzazione e violenza istituzionale. L'obiettivo è dunque quello di valutare come si possano eliminare questi ostacoli per riuscire a fornire loro un'assistenza adeguata e senza pregiudizi.

Nel primo capitolo grazie all'esperienza maturata sul campo e alle conoscenze acquisite attraverso lo studio di libri e l'approfondimento su siti dedicati, viene delineato il profilo sociale delle donne che vivono in strada, il loro rapporto con le sostanze e viene proposta un'analisi dei rapporti spesso disfunzionali con gli uomini. Si conclude con un approfondimento sulla maternità vissuta senza tutele ed esposta ai rischi che comporta il fatto di vivere in strada.

Nel secondo capitolo sono descritte le tutele di cui gode la madre e i rischi che può correre sul piano della responsabilità, con un'attenzione particolare al diritto al riconoscimento del figlio e alla salvaguardia del rapporto madre-figlio che dev'essere tutelato in ogni modo possibile, tenendo però in considerazione che lo Stato deve in primo luogo garantire la sicurezza e il benessere del minore.

L'ultimo capitolo si concentra sullo sviluppo del minore in relazione alla presenza e all'assenza della madre. Vengono definiti i servizi di presa in carico della famiglia, le condizioni di vita e sviluppo nel caso in cui il minore resti con la madre e viva in un contesto di abuso o di assistenza sociale, e infine le condizioni di sviluppo nei casi in cui la genitorialità venga revocata e il minore entri nel circuito di affidamento e adozione.

CAPITOLO 1

LE CONDIZIONI DI VITA DELLE DONNE IN STRADA: UNO SGUARDO D'INSIEME

1.1 *Profilo sociale delle donne che vivono in strada*

Come riportato da dati Istat l'intersezione tra genere, dipendenze e condizione di persona senza dimora è ancora poco esplorato. Secondo i dati del 2021 il numero di donne minorenni SFD (senza fissa dimora) è di 5.919 contro i 6.236 minorenni maschi, un numero molto vicino che tuttavia, con l'avanzare degli anni, crea un divario evidente con 19.663 uomini contro 8.480 donne².

Questi dati sono il motivo per cui spesso, quando si parla di persone senza dimora, quasi sempre ci si riferisce agli uomini. C'è, dunque, ancora un vuoto narrativo nel racconto delle persone che non hanno una casa, e questo vuoto riguarda le donne.

Cercando dunque ulteriori dati sulle loro condizioni, risulta che hanno un'età media di circa 45 anni, la loro condizione così precaria dura in media 2,7 anni e circa il 54% delle donne è straniera. Tuttavia, non vi sono abbastanza dati riguardo alle donne che fanno uso di sostanze, che spesso sono molto giovani se non addirittura minorenni.

Gli eventi scatenanti legati alla condizione di SFD per le donne sono nella maggior parte dei casi riconducibili a rotture familiari, separazione dal partner e/o dai figli (70%), per quasi la metà alla perdita del lavoro stabile (49,7%), infine, per il 27,6% la condizione di senza dimora dipende dalla presenza di malattie croniche, forme di disabilità e/o di dipendenza da sostanze e alcool.

Questi dati sono dunque uno stimolo per analizzare le condizioni di vita che hanno portato alla situazione attuale, ci viene infatti mostrato come molti dei casi provengono da contesti di degrado e abuso, con una corretta assistenza questi

² *fi*.PSD ETS – Federazione Italiana Organismi per le Persone Senza Dimora Ente del Terzo Settore

fenomeni potrebbero essere evitati, un esempio è l'educativa domiciliare, ovvero la presenza di un educatore all'interno di delicate situazioni familiari, permettendo così di cambiare la situazione all'origine, aiutando le dinamiche tra i componenti dell'abitazione. L'infanzia è infatti il momento più delicato per la crescita e lo sviluppo di una persona, un adeguato affiancamento è dunque importante per la prevenzione di situazioni di disagio.

I racconti di queste donne sono infatti spesso caratterizzati da episodi di violenza, violazioni dei propri diritti, impossibilità di uno sviluppo dato da un ambiente sicuro, un'istruzione garantita, un contesto di crescita sano.

Come si racconta nel libro *Noi i ragazzi dello zoo di Berlino*³, tali mancanze sono la chiara causa della dipendenza della protagonista, Christiane F., così come di tante altre ragazze. Il suo contesto di crescita ha visto l'allontanamento forzato dalla sua casa d'infanzia in campagna, un ambiente dunque ricco di stimoli, a contatto con la natura, e l'inserimento in un complesso residenziale di periferia. Vengono dunque descritti gli anni più importanti per lo sviluppo passati all'interno di un complesso di cemento che non permetteva il libero gioco né la circolazione sul prato; quando furono a disposizione delle giostre, vennero cementate anch'esse soffocando così ogni spirito di gioco. La mancanza degli adeguati stimoli e la depressione causata dal vivere in tale contesto hanno spinto Christiane, così come molti altri ragazzi, a cercare una via di fuga: l'hanno trovata nelle sostanze.

Questo caso si era verificato in Germania negli anni '70, tuttavia molti aspetti si possono ritrovare anche nel contesto italiano odierno.

È il caso di A., una ragazza originaria della Tunisia e cresciuta a Padova, conosciuta durante il periodo di tirocinio a Mestre. Il suo contesto di origine vede tre fratelli, un padre abusante che sta spesso fuori casa e una madre che decide di abbandonarli. Dopo l'abbandono della madre la sorella più grande cerca di sfamare A. e gli altri fratelli, tuttavia dopo una settimana il cibo in casa finisce e questo porta i quattro bambini ad uscire una notte per cercare qualcosa da mangiare. Verranno trovati da una pattuglia della polizia ancora in pigiama che camminano in mezzo alla strada. Una volta soccorsi, inizia il secondo calvario: vengono tutti separati, il fratello più piccolo

³ Christiane F., *Noi i ragazzi dello zoo di Berlino*

avendo solo pochi anni viene subito dato in affidamento, le altre tre sorelle vengono collocate in case famiglia diverse, A. in particolare viene mandata a Roma dove però non riesce a stare perché lontana da sua sorella S. Dopo meno di una settimana, dunque, scappa e riesce a tornare a Padova per cercare la sorella, che ritrova in quanto scappata anche lei dalla comunità. Oltre alle mancanze della rete sociale già descritte (la mancata segnalazione da parte dell'organizzazione scolastica dell'assenza dei quattro fratelli, la separazione degli stessi, etc.) si aggiunge così l'abbandono delle istituzioni che non impediranno in alcun modo alle ragazze di restare a vivere nello stesso appartamento con il padre abusante da cui però dipendono fortemente. Crescono così estremamente diffidenti di ogni figura istituzionale, facendo affidamento solo sulla reciproca presenza finché a sedici e quindici anni non si allontanano definitivamente dalla casa finendo a vivere per le strade di Mestre. La gestione iniziale di questo caso è stata fondamentale nel futuro di vita di queste ragazze, per le quali molte cose dovevano essere fatte diversamente. Loro non sono certamente l'unico caso: sono infatti molte le donne che per sfuggire a persone violente o situazioni pericolose in casa preferiscono vivere senza fissa dimora, consapevoli dei rischi in cui possono incorrere ma preferendo la libertà rispetto alla condanna che subirebbero continuando a vivere in quella situazione.

1.2 *Il rapporto con le sostanze*

La tossicodipendenza è così definita: “stato di intossicazione periodica o cronica prodotto dall'assunzione di una o più sostanze naturali o sintetiche, caratterizzato da: irresistibile desiderio o bisogno di continuare ad assumere la sostanza e a procurarsela con ogni mezzo (*craving*); tendenza ad aumentare la dose (tolleranza); dipendenza psichica e fisica agli effetti della sostanza con sintomi di astinenza alla sospensione; conseguenze dannose per l'individuo e la società”⁴.

⁴ Paola Di Nicola Travaglini, *Questione Giustizia: Il diritto penale non è un diritto per le donne*

Quando si parla di tossicodipendenza, l'immaginario comune porta a pensare all'uomo che vive in strada e compie crimini per assicurarsi la sostanza. Questa visione, tuttavia, così come la parola stessa, è fortemente stigmatizzante, poiché riferendosi ad una persona come "tossicodipendente" si esclude totalmente ogni potenzialità e la si riduce nella sua interezza al fatto del consumo di droghe. Un primo passo, dunque, per una corretta analisi del fenomeno delle sostanze (e delle persone che ne fanno uso), è cambiare la terminologia, cambiando così il pensiero associato. Parlando infatti di una "persona che fa uso di sostanze" siamo più aperti a considerare altre caratteristiche della stessa, così che la droga non costituisce più la centralità della persona, ma solo un aspetto.

In quest'ottica lo studioso Norman Zinberg intorno agli anni '60 ha elaborato un modello per cambiare la prospettiva attraverso cui venivano percepiti i consumatori di sostanze, caratterizzati spesso da visioni estreme e generalizzanti.

Il modello, chiamato "Il Triangolo di Zinberg" comprende tre vertici chiave: la droga stessa (DRUG), l'individuo che la assume (SET), e il contesto sociale e ambientale in cui avviene il consumo (SETTING).

La chiave di questa teoria è riconoscere l'interdipendenza tra questi tre fattori. Non tutte le droghe sono uguali, e l'impatto sull'individuo può variare notevolmente in base alla sostanza, alla personalità del consumatore e all'ambiente circostante. Questo approccio più articolato ci aiuta a comprendere gli effetti psichici e comportamentali delle sostanze d'abuso in modo più completo.

Il vertice DRUG riflette sulla sostanza stessa, tenendo conto della sua composizione chimica e degli effetti farmacologici. Il vertice SET si concentra sull'individuo, considerando fattori come la genetica, la personalità e lo stato mentale del consumatore. Infine, il vertice SETTING esplora il contesto sociale e ambientale in cui avviene il consumo, valutando l'influenza della cultura, dell'ambiente familiare e delle pressioni sociali.⁵

⁵ Il Triangolo di Zinberg: Una Visione Ampia sull'Uso delle Sostanze d'Abuso, Route 4

Nonostante tale modello si sia largamente diffuso tra gli studiosi del settore è ancora molto lontano dal cambiare la lettura generale del fenomeno delle sostanze, una visione ancora fortemente stigmatizzante.

Per l'uomo la sostanza viene vista come mezzo per provare qualcosa di diverso, molti che ne fanno uso sostengono di averla iniziata ad assumere da giovani per cambiare il proprio essere. Gli effetti che dava cambiavano il loro carattere facendoli sentire più sicuri di sé, sensazione che cercavano di riprodurre ad ogni consumo sviluppando così una dipendenza. Spesso invece viene usata come strumento di automedicazione, per combattere lo stress, la depressione o semplicemente il dolore fisico. I contesti sociali, inoltre, sono molto più aperti verso l'uso maschile delle sostanze, sebbene in apparenza sia un aspetto che viene condannato in molti ambienti come quelli di lavoro, sportivi, musicali, ... ne viene incoraggiato l'uso creando un falso senso di gruppo che spinge chi ancora non ha provato ad iniziare e per reggere allo stress provocato dal tale ambiente.

La donna che fa uso di sostanze, invece, è vista in modo molto diverso, la condanna per tale gesto è globale e assoluta. Viene vista come espressione di assoluta "snaturalità", il ruolo della donna sin dall'infanzia viene visto da tutti come un modello di responsabilità, alto valore morale, predisposizione alla famiglia; quando una di queste cose viene a mancare il giudizio è assai grave.

Diversamente dagli uomini, il loro input iniziale per il consumo è spesso la via di fuga dal trauma, un anestetico per dimenticare sensazioni di disagio e di malessere; le donne che assumono sostanze non sono quasi mai sole la prima volta, spesso è un uomo che le aiuta e che generalmente pretende qualcosa poi in cambio.

Un fattore che viene ancora troppo poco analizzato inoltre è la differenza "biologica" nell'assunzione di sostanze tra il corpo maschile e quello femminile. Le donne sono infatti più propense a sviluppare una dipendenza dopo il primo consumo in quanto droghe come eroina, cocaina e cannabis, ad esempio, entrano in circolo più velocemente.⁶ Questo significa che le donne arriveranno alla soglia di tolleranza in modo molto repentino e avranno prima necessità di aumentare le dosi assunte per mantenere effetti e sensazioni. Tuttavia, ciò che è più importante sottolineare, è la

⁶ Jill B Becker, Ming Hu, *National Library of Medicine - Sex Differences in Drug Abuse*, 2007

differenza nelle terapie di cura tra soggetti maschili e femminili: i principali ostacoli includono la mancanza di servizi di assistenza all'infanzia e atteggiamenti critici nei loro confronti proprio in quanto donne, soprattutto se incinte. Nonostante le cose stiano iniziando a cambiare, ci sono ancora strutture che non ammettono donne con figli, il che non fa altro che allontanarle dal trattamento per paura di perdere la custodia dei figli. Altri fattori decisivi per la scarsa adesione al trattamento includono gli atteggiamenti ostili da parte del personale medico o delle cliniche.

Tutte queste ragioni portano dunque ad una difficoltà maggiore per le donne ad accedere ai servizi di cura, causando così una percentuale di ricaduta maggiore, nonostante i dati dimostrano che siano maggiormente loro rispetto agli uomini a farne richiesta.⁷

1.3 *La relazione con l'uomo*

Negli ultimi decenni, è stato evidenziato come l'abuso dannoso di alcol o altre sostanze e la violenza del partner siano strettamente interconnessi. Ciò che è stato maggiormente analizzato è come la relazione tra questi fattori possa essere rappresentata come un circolo vizioso: infatti, il consumo di sostanze da parte delle donne può aumentare il rischio di subire abusi da parte dei partner, mentre l'uso di sostanze può fungere da strategia di *coping* per affrontare tali esperienze.⁸

Possiamo osservare come troppo spesso molte storie di dipendenza inizino da un contesto di origine disfunzionale: caratterizzante è il rapporto col padre ed altri modelli maschili che, esercitando violenze, spesso causano traumi, spingendo dunque la donna ad una via di fuga fisica, ad andare via di casa anche se minorenni o ancora dipendenti economicamente, oppure mentale, iniziando così ad abusare di sostanze come meccanismo di *coping*.

⁷ *Report of the International Narcotics Control Board for 2016*,

⁸Gezinski, Gonzalez-Pons, Rogers, *Substance Use as a Coping Mechanism for Survivors of Intimate Partner Violence: Implications for Safety and Service Accessibility*, 2019

Molte sono anche le storie di abuso che iniziano da una relazione consensuale, dove però il partner era già consumatore; tale relazione spinge dunque la donna ad iniziare, per paura di perdere il compagno, per essere di supporto e in tutti i casi per una grave codipendenza affettiva. Come già detto, infatti, spesso la donna si rifugia in tali relazioni per sfuggire alla famiglia di origine, finendo però così intrappolata in un meccanismo tossico. La relazione tra uomo e donna caratterizzata dall'uso di sostanze, infatti, è scandita dal bisogno del consumo e da quello del legame affettivo che difficilmente persistono a lungo. Nei primi tempi può sussistere un legame di aiuto reciproco, dove magari solo uno dei due procura le dosi ma la condivide col partner, oppure ognuno per il bene dell'altro cerca di uscire dalla dipendenza; tuttavia, se ciò non si realizza e il rapporto continua, i livelli di assuefazione si alzano e reperire le dosi per entrambi diventa sempre più difficile.

Molte donne si trovano così costrette, in mancanza di alternative, a lavorare come sex workers, essendo tale lavoro un metodo per fare molti soldi in breve tempo. Tuttavia, se alcune donne iniziano perché ne hanno bisogno, o perché spontaneamente scelgono di aiutare il partner che magari in un momento di difficoltà non riesce a reperire le sostanze, molte altre invece sono purtroppo costrette tramite ricatti e minacce. Molte relazioni che nascono in strada sono infatti caratterizzate da squilibri di potere dove l'uomo fornisce protezione alla donna, spesso fornendole anche delle dosi senza inizialmente nulla in cambio, per poi fare leva sul debito, sul bisogno di protezione e delle sostanze per spingerle a lavorare come sex worker per procurargli soldi o più comunemente per comprare poi le dosi per entrambi senza che egli debba fare nulla.

La donna in queste relazioni spesso non si rende conto della disfunzione di tale apporto, si sente in dovere di compiere ciò perché è stata aiutata e il partner sa bene come manipolarla facendola sentire vulnerabile e sicura solo se in sua presenza.

Queste relazioni non mancano di violenza fisica, psicologica e sessuale che viene spesso giustificata secondo il pensiero che gli altri uomini si comporterebbero allo stesso modo, se non in modo peggiore. Questo concetto rende dunque assai difficile denunciare le violenze subite, c'è una parte fondamentale di colpevolizzazione che lo

impedisce, dovuta alla dipendenza e all'isolamento e spesso alla paura del giudizio altrui, viste queste condizioni di fragilità.⁹

Nonostante, dunque, la difficoltà di genere in questi ambienti, la presenza di operatori sociali maschili è decisiva, la dimostrazione di empatia e supporto aiuta infatti a ricostruire una visione sana dell'uomo, fondamentale per la formazione di nuove relazioni future.

1.4 *Vivere la maternità in strada*

La tossicodipendenza è fortemente correlata a gravidanze indesiderate, esiti infausti dell'abuso o abbandono infantile. L'uso di droghe durante la gravidanza può portare a parti prematuri, neonati sottopeso ed emorragia postpartum. Le donne che fanno uso di droghe durante la gravidanza hanno anche maggiori probabilità di essere ricoverate in terapia intensiva durante il travaglio e di soffrire di una maggiore incidenza di mortalità infantile.¹⁰

Vivere una gravidanza in strada per le donne sfortunatamente non è una condizione rara, e porta con sé un gran numero di problematiche. Tale circostanza, infatti, è il momento di maggiore vulnerabilità per una donna senza fissa dimora: la gravidanza si intreccia ad un contesto di emarginazione e colpevolizzazione che spinge la madre a temere di perdere la custodia del figlio, ad evitare i percorsi di cura adeguati e dunque a tralasciare molti (se non tutti) gli aspetti sanitari fondamentali per sia per lei stessa che per il feto.

Partendo dall'analisi della problematica più evidente, ovvero i rischi biologici del fare uso di sostanze mentre si è in fase di gestazione, possiamo vedere come diverse sostanze provocano diverse reazioni nel bambino.

La cocaina può portare al distacco della placenta, all'aborto spontaneo, al ritardo nello sviluppo del feto e al parto prematuro. Il feto, inoltre, può presentare delle

⁹ Roshanfekar, Noori, Dejman, Geshnigani, Rafiey, *National Library of medicine - Drug Use and Sex Work Among At-risk Women: A Qualitative Study of Initial Factors*, 2015

¹⁰ *Report of the International Narcotics Control Board for 2016*,

malformazioni, può avere un basso peso alla nascita, soffrire della sindrome di astinenza neonatale e la sindrome della morte in culla. I danni dati dalla tossicodipendenza possono presentarsi anche durante l'età evolutiva, con disturbi motori, del linguaggio, dell'attenzione e disturbi del sonno e dell'udito.

L'eroina può comportare un feto piccolo e mal sviluppato, aritmie, sincopi, parto pretermine e con conseguente distacco prematuro delle membrane o l'aborto spontaneo. Alla nascita del neonato si possono presentare: la sindrome di overdose neonatale, la sindrome della morte improvvisa SIDS e disturbi comportamentali durante la crescita.¹¹

Le conseguenze sopra citate si riferiscono all'abuso delle principali sostanze di cui fanno uso le donne che vivono in strada (escludendo l'alcool); questi effetti non sono sconosciuti alle madri che talvolta cercano una pausa dal consumo. In questi casi è dunque necessario un importante lavoro di rete per permettere loro di affidarsi ai servizi e seguire un percorso adeguato di maternità.

Oltre ai rischi che l'abuso di sostanze porta con sé, vi sono però tutti quelli legati alla condizione di vivere per strada, dunque la malnutrizione che spesso è basata su lunghi digiuni (il consumo provoca la perdita dell'appetito e una forte sudorazione, favorendo così condizioni come magrezza estrema) e diete basate su alimenti donati o rubati dai supermercati che spesso non soddisfano una dieta adeguata; le malattie sono un altro fattore decisivo nel decorso di una gravidanza, possono venire dal lavoro come sex worker o dalla condivisione del materiale di consumo o ancora dal semplice fatto che vivendo in strada le difese immunitarie sono quasi nulle; infine, sono importanti da sottolineare i rischi delle violenze che possono venire dal partner, non contento della gravidanza o per altri motivi, da spacciatori o altre persone con cui sono in debito o da familiari. Tutti questi fattori rendono la maternità in un contesto di tossicodipendenza un fenomeno estremamente delicato, a cui i servizi possono e devono approcciarsi con attenzione e continuità. Nonostante le difficoltà, la tutela della relazione madre-figlio dovrebbe restare sempre tra le priorità, affinché queste

¹¹CTS Torinese, *Tossicodipendenza e gravidanza: quali rischi e come uscirne*

donne abbiano la possibilità di intraprendere un percorso di genitorialità consapevole e supportata.

Tuttavia, la realtà sul campo mostra quanto spesso la dipendenza riesca a sovrastare ogni istinto di cura, fino al punto da offuscare la consapevolezza stessa della propria condizione.

È il caso di A., la ragazza del primo paragrafo, che, nonostante fosse a tratti cosciente del suo stato di gravidanza, non riusciva a resistere al bisogno di consumare sostanze. Una mattina è stata vista da degli operatori sociali mentre consumava e lamentava forti dolori al basso ventre, era all'ottavo mese di gravidanza, senza aver mai fatto alcuna visita medica per la paura delle istituzioni pubbliche, la paura di essere separata dalla sorella e della privazione della libertà; gli operatori si sono resi subito conto che era entrata in travaglio e hanno prontamente chiamato un'ambulanza per poi accompagnarla in ospedale insieme alla sorella che le è rimasta vicina al momento del parto. In quel momento A. non era cosciente di ciò che stava accadendo al proprio corpo, in parte perché nessuno le aveva mai davvero spiegato come avveniva il tutto, ma soprattutto perché le necessità del consumare le impedivano di pensare a qualsiasi altra cosa. In questo caso ha influenzato moltissimo il suo contesto d'origine e la sfiducia che provava per i servizi sociali, ma sono molte le donne che per paura di incorrere in procedimenti penali evitano di ricorrere ad ogni forma di assistenza medica in quanto rivelerebbe la propria condizione di dipendenza.

Ci sono però anche dei casi dove la gravidanza è voluta e cercata: in questi casi è spesso la donna in primis a volerlo, vedendo la possibilità di una relazione stabile e cercando dunque un modo per crearsi una famiglia.

Le ragioni sono molte, dal bisogno che viene provocato sin da bambine al sentirsi complete solo come compagne e madri, al desiderio di sostituire il nucleo familiare di origine con uno nuovo, possibilmente senza tutte le disfunzioni che connotavano il primo, nella speranza che la maternità possa rappresentare un'occasione di riscatto personale e di appartenenza, capace di dare un senso nuovo alla propria esistenza.

La maternità è ancora un contesto dove barriere insormontabili agiscono contro il benessere della madre e del figlio: questi ostacoli devono essere eliminati attraverso un grande lavoro di rete, garantendo interventi capaci di vedere la maternità come un

punto di contatto e non come un motivo di giudizio e allontanamento. La storia di A. infatti ne è un triste esempio, di una gravidanza vissuta senza consapevolezza, senza visite mediche e con il solo supporto della sorella, e testimonia quanto sia importante agire sin dall'infanzia per il meglio ponendo particolare attenzione ai legami familiari e a come comportarsi di fronte a situazioni così delicate.

Occorre dunque un approccio multidisciplinare e non giudicante, che tenga insieme protezione, cura, fiducia e diritti, restituendo alle donne la possibilità di essere viste non solo come portatrici di fragilità, ma come soggetti capaci di cambiamento, se adeguatamente sostenute.

CAPITOLO 2

TUTELE, DIRITTI E RESPONSABILITÀ DELLA MADRE

2.1 Tutele legislative per la madre tossicodipendente. La madre in carcere

Quando la maternità si incrocia con il fenomeno della dipendenza si crea un contesto estremamente complesso: da un lato vi è il bisogno di tutela e protezione del minore, dall'altro il diritto alla cura e alla genitorialità della madre.

È, dunque, fondamentale l'assistenza da parte di educatori, psicologi, assistenti sociali e tutto il personale qualificato per garantire la possibilità di uno sviluppo sano per entrambe le parti. Proprio a questo scopo nascono le comunità mamma-bambino. Esse sono strutture educative volte all'accoglienza di nuclei familiari composti quasi esclusivamente da madri con i loro figli, ma che talvolta possono ospitare anche famiglie al completo. Hanno lo scopo di costruire o reintegrare le funzioni genitoriali, incoraggiando una autonomia personale. Ai minori viene offerto un ambiente che favorisca la crescita in un contesto rispettoso delle sue esigenze. Il loro obiettivo consiste nel favorire e sostenere la relazione mamma-bambino.

Spesso il bisogno di assistenza inizia al momento della nascita del figlio, quando il personale medico a seguito di accertamenti segnala le condizioni di salute anomale del bambino; se prima non si sapeva che la donna facesse uso di sostanze vengono quindi effettuate delle analisi per verificarlo e per trattare il nascituro di conseguenza. A seguito di queste segnalazioni viene attivato il Tribunale dei Minori che può predisporre un collocamento in una comunità mamma-bambino, un affidamento temporaneo a figure parentali, come nonni o zii, fino ad arrivare eventualmente anche a disporre la sospensione della responsabilità genitoriale.

Nel caso il figlio venisse momentaneamente allontanato dalla madre, vi è la possibilità per lei di accedere ad una comunità riabilitativa atta alla guarigione dalla dipendenza e alla ripresa delle capacità genitoriali. Una volta concluso il percorso, vi può essere un colloquio con il Tribunale dei minori che deciderà se riaffidare il figlio alla madre.

Vi sono tuttavia casi in cui il contesto familiare è già consolidato e il bambino è cresciuto con la propria famiglia biologica, ma, in occasione di una separazione, la tossicodipendenza di uno dei genitori viene spesso sollevata come presupposto ritenuto legittimo per richiedere l'affidamento esclusivo del figlio o l'adozione di provvedimenti limitativi dell'esercizio della responsabilità genitoriale. In questi delicati casi le figure coinvolte devono agire con estrema cura e attenzione considerando le situazioni caso per caso, in quanto la tossicodipendenza non è da considerarsi un elemento che determina automaticamente la perdita della capacità genitoriale dell'individuo. È certamente però, motivo di indagini che valuteranno la volontà di intraprendere un percorso di cambiamento, l'incidenza che la dipendenza ha nello svolgimento delle funzioni genitoriali e molti altri aspetti. Qualora non vi fossero i presupposti per continuare la relazione diretta, potrebbero essere disposti dei limiti di interazione come le visite controllate in uno spazio neutro. Nei casi in cui entrambi i genitori fanno uso di sostanze e si dimostrano inabili al corretto sostentamento del minore, esso verrà dato in affidamento o adozione a seconda del caso.¹²

Nei casi, infine, in cui la maternità è simultanea ad un periodo di reclusione possono essere messe in atto misure alternative alla detenzione. Come recita l'art. 47-quinquies (*Detenzione domiciliare speciale*) della Legge 26 luglio 1975, n. 354:

Quando non ricorrono le condizioni di cui all'articolo 47-ter, le condannate madri di prole di età non superiore ad anni dieci, se non sussiste un concreto pericolo di commissione di ulteriori delitti e se vi è la possibilità di ripristinare la convivenza con i figli, possono essere ammesse ad espriare la pena nella propria abitazione, o in altro luogo di privata dimora, ovvero in luogo di cura, assistenza o accoglienza, al fine di

¹² Marta Rovacchi, *Competenze genitoriali ridotte, salvaguardia del rapporto, garanzie per il minore*, 2021

*provvedere alla cura e all'assistenza dei figli, dopo l'espiazione di almeno un terzo della pena ovvero dopo l'espiazione di almeno quindici anni nel caso di condanna all'ergastolo.*¹³

Tale decisione viene presa con lo scopo di garantire un ambiente di crescita sereno per il minore, senza, allo stesso tempo, privarlo del rapporto con la madre una volta verificata la capacità genitoriale. Qualora, invece, non vi fosse la possibilità di scontare la pena nella propria abitazione sono stati creati degli appositi istituti, ovvero gli Icam, situazioni abitative che all'aspetto hanno mura colorate e prevedono personale senza divisa né armi ma che nella sostanza rimangono comunque delle carceri. Al momento in Italia sono solo 4 a fronte di 17 bambini che ancora vivono dentro un carcere tradizionale¹⁴.

In Italia l'obiettivo è dunque mantenere, se possibile, il rapporto madre-figlio attraverso percorsi terapeutici condivisi, misure alternative alla detenzione e visite supervisionate; tuttavia, elementi come lo stigma interiorizzato e il sovraffollamento delle carceri rendono molto difficile una sana crescita per il minore.

2.2 Il diritto al riconoscimento del figlio

Al momento della nascita vi è per la madre la possibilità di riconoscere o meno il figlio: la tossicodipendenza di per sé non esclude a priori tale decisione; tuttavia, può attivare l'intervento dei servizi sociali, una valutazione sulla capacità genitoriale e, nei casi più gravi, una limitazione (se non l'eliminazione) delle responsabilità. Il riconoscimento stabilisce un legame giuridico di filiazione tra madre (o padre) e figlio, con tutti i diritti e doveri che ne derivano: mantenimento, educazione, istruzione, assistenza morale e materiale. In caso di non riconoscimento, il neonato

¹³ Titolo I Trattamento penitenziario Capo I Principi direttivi

¹⁴ Sofia Antonelli, *Rapporto Antigone - Bambini in carcere*, 2023

viene dichiarato "in stato di adottabilità" e il suo percorso entra nel circuito dell'adozione¹⁵.

Spesso queste madri provengono da ambienti difficili, vivono in strada e se lavorano come sex worker la paternità può essere incerta; il compagno potrebbe non volere il figlio e diventare anche un pericolo per lo stesso. Sono molte, dunque, le decisioni che spingono una donna a non riconoscere il figlio.

Dal momento del parto una madre ha tre giorni per riconoscerlo all'interno della struttura ospedaliera, dopo i quali vi sono dieci ulteriori giorni per riconoscerlo presso l'ufficio di stato civile. Qualora la madre abbia un'età inferiore ai 16 anni può avere del tempo aggiuntivo, pari al raggiungimento del sedicesimo anno d'età.

Nonostante, quindi, la priorità sia mantenere il legame naturale tra madre e figlio, vi sono dei casi ove è più auspicabile che il neonato non venga riconosciuto, per la sua stessa tutela (nonostante la legge lo permetta). Nel caso citato nel primo capitolo, infatti, A. si ritrova appena maggiorenne con una bambina a carico, in condizioni ove lei stessa ha bisogno d'aiuto; condizioni che, conducendo appunto una vita in strada, non le permetterebbero di crescere il figlio in un ambiente sicuro. Si ritrova quindi davanti a due opzioni: riconoscerlo e iniziare un percorso di terapia, entrare in una comunità mamma-bambino, affidarlo ai parenti (ma riuscendo comunque a vederlo), oppure non riconoscerlo lasciandolo così libero per l'adozione. In tal modo la bambina non potrebbe mai conoscere l'identità della madre, in quanto protetta, e potrebbe crescere in una famiglia adeguatamente selezionata.

Prendere una simile decisione può comportare gravi ripercussioni psicologiche per la madre, che potrebbe vivere il fatto come un lutto e con un grande senso di colpa. Per questo, a seguito di una decisione del genere, è necessario che venga intrapreso un percorso terapeutico volto al superamento del trauma.

Grazie ad una ricerca del 2015 sono stati individuati un totale di 56 neonati non riconosciuti dalle mamme, su un totale di 80.060 bambini. Nel 62,5% dei casi si tratta di neonati non riconosciuti da madri straniere e nel 37,5% da mamme italiane, con un'età compresa tra i 18 e i 30 anni nel 48,2% dei casi. Questi numeri portano la SIN

¹⁵ Legge 4 maggio 1983, n. 184

(Società Italiana di Neonatologia) a stimare che il fenomeno dei bambini non riconosciuti alla nascita incide a livello nazionale per circa lo 0,07% sul totale dei bambini nati vivi¹⁶.

Questi dati dunque, seppur incoraggianti, non devono distogliere l'attenzione dalla relazione madre-figlio che deve essere sempre supportata ove possibile. La rete sociale deve essere sempre pronta, infatti, ad intervenire in queste situazioni, offrendo aiuto e sostegno permettendo così una decisione consapevole e non frutto di paura e abbandono.

2.3 Procedimenti penali a carico della madre

In Italia non è considerato reato partorire un figlio con la sindrome da astinenza neonatale o altre problematiche correlate all'abuso di sostanze durante la gravidanza; tuttavia, la madre potrebbe incorrere in altri reati correlati. Se nel periodo trascorso in ospedale il neonato mostra i sintomi dell'astinenza, come pianto incontrollato, tremori, problemi nell'alimentazione e nel sonno, convulsioni e difficoltà respiratorie, il personale medico è tenuto a farne segnalazione ai servizi sociali e al Tribunale dei minori ai sensi dell'articolo 403 del Codice civile¹⁷.

Tra le ipotesi di reato possiamo ad esempio trovare le lesioni colpose o dolose al neonato in base all'articolo 582 del Codice penale:

Chiunque cagiona ad alcuno una lesione personale, dalla quale deriva una malattia nel corpo o nella mente, è punito, a querela della persona offesa, con la reclusione da sei mesi a tre anni. Si procede tuttavia d'ufficio se ricorre taluna delle circostanze aggravanti previste negli articoli 583, 583 quater, secondo comma, primo periodo, e 585, ad eccezione di quelle indicate nel primo comma, numero 1, e nel secondo comma dell'articolo 577. Si procede altresì d'ufficio se la malattia ha una durata superiore a

¹⁶ <https://www.aibi.it/ita/300-bambini-abbandonati-anno/>

¹⁷ Codice Civile - Libro Primo, Delle persone e della famiglia, Titolo XI - Dell'affiliazione e dell'affidamento - Articolo 403

venti giorni quando il fatto è commesso contro persona incapace, per età o per infermità.¹⁸

Se poi, a seguito di controlli e verifiche, il Tribunale dei minori riscontra che il figlio vive in un contesto di abbandono, trascuratezza o maltrattamento dovuto al forte uso di sostanze, in base agli articoli 572 e 591 del Codice Penale verranno applicate le relative sanzioni:

Chiunque, fuori dei casi indicati nell'articolo precedente, maltratta una persona della famiglia o comunque convivente, o una persona sottoposta alla sua autorità o a lui affidata per ragioni di educazione, istruzione, cura, vigilanza o custodia, o per l'esercizio di una professione o di un'arte, è punito con la reclusione da tre a sette anni. La pena è aumentata fino alla metà se il fatto è commesso in presenza o in danno di persona minore, di donna in stato di gravidanza o di persona con disabilità come definita ai sensi dell'articolo 3 della legge 5 febbraio 1992, n. 104, ovvero se il fatto è commesso con armi. La pena è aumentata se il fatto è commesso in danno di minore degli anni quattordici. Se dal fatto deriva una lesione personale grave, si applica la reclusione da quattro a nove anni; se ne deriva una lesione gravissima, la reclusione da sette a quindici anni; se ne deriva la morte, la reclusione da dodici a ventiquattro anni. Il minore di anni diciotto che assiste ai maltrattamenti di cui al presente articolo si considera persona offesa dal reato.¹⁹

Chiunque abbandona una persona minore degli anni quattordici, ovvero una persona incapace, per malattia di mente o di corpo, per vecchiaia, o per altra causa, di provvedere a sé stessa, e della quale abbia la custodia o debba avere cura, è punito con la reclusione da sei mesi a cinque anni. Alla stessa pena soggiace chi abbandona all'estero un cittadino italiano minore degli anni diciotto, a lui affidato nel territorio dello Stato per ragioni di lavoro. La pena è della reclusione da uno a sei anni se dal fatto deriva una lesione personale, ed è da tre a otto anni se ne deriva la morte. Le

¹⁸ Codice Penale - Libro Secondo, Dei delitti in particolare, Titolo XII - Dei delitti contro la persona - Capo I - Dei delitti contro la vita e l'incolumità individuale - Articolo 582

¹⁹ Codice Penale - LIBRO SECONDO, Titolo XI, Capo IV - Articolo 572

*pene sono aumentate se il fatto è commesso dal genitore, dal figlio, dal tutore o dal coniuge, ovvero dall'adottante o dall'adottato.*²⁰

Non vi sono dunque delle leggi specifiche che qualificano il consumo di sostanze durante la gravidanza come un reato; ad ogni modo, possono esserci delle ripercussioni correlate che però hanno sempre l'obiettivo di mantenere la relazione naturale madre-figlio, inserendo entrambi all'interno di strutture adeguate e accompagnando la madre nel percorso di cura.

2.4 Controllo, autodeterminazione e intervento istituzionale nella maternità fragile

L'intervento dei servizi sociali all'interno della relazione madre-figlio è sempre delicato, nel caso di madri che fanno uso di sostanze la situazione è ancora più complessa. Vi è infatti una facilità maggiore di cadere all'interno di meccaniche di potere tra operatore e utente, una situazione che già può avvenire in normali dinamiche, viene amplificata dalla fragilità della figura di madre consumatrice.

*Le/gli assistenti sociali esercitano potere? Se prendiamo in considerazione gli effetti della loro pratica professionale sulla vita delle persone, la risposta non può che essere affermativa: esse/ valutano, facendo riferimento a specifiche normative, quali cittadini possono accedere a determinati servizi e/o prestazioni, controllano che l'uso di tali risorse avvenga secondo specifiche modalità, possono imporre specifiche regole di comportamento, ecc. Hanno pertanto la capacità di produrre effetti intenzionali, esercitano, cioè, potere.*²¹

(Wrong 1979)

²⁰ Codice Penale - Libro Secondo, Titolo XII, Capo I - Articolo 591

²¹ Scarscelli Daniele "Controllo e autodeterminazione nel lavoro sociale. Una prospettiva anti-oppressiva"

Il potere è la capacità di produrre effetti intenzionali, ovvero, la capacità di produrre effetti causali

(Scott 2001)²²

Questa definizione “relazionale” di potere analizzata nel libro “Controllo e autodeterminazione nel lavoro sociale. Una prospettiva anti-oppressiva” di Scarscelli Daniele permette l’analisi delle dinamiche di potere nel lavoro sociale, in quanto vede l’assistente sociale come un attore che esercita il suo potere per ottenere uno specifico effetto intenzionale. Da questa definizione discendono due significati:

- “Power to” ovvero il potere come abilità di fare qualcosa
- “Power over” ovvero il potere come capacità di un individuo di influenzare il comportamento di un altro senza che l’altro sia in grado di fare altrettanto.

Queste dinamiche devono essere conosciute e interiorizzate da tutti gli attori sociali, spesso infatti si rischia di eccedere, con la convinzione di sapere cosa è meglio e con il potere di attuarli, vengono effettuati progetti che non tengono in minimo conto le volontà della madre, inficiando così il percorso stesso.

È importante, dunque, tenere un approccio non giudicante e aperto all’ascolto per non rischiare di etichettare la persona negandole così la possibilità di esprimersi. L’intervento, dunque, dei servizi sociali nella relazione madre–figlio non può prescindere da una consapevolezza critica del potere esercitato. Riconoscere la posizione di potere degli assistenti sociali non significa delegittimare il loro ruolo, ma piuttosto promuove una riflessione rispetto agli effetti prodotti dall’azione istituzionale sulle vite delle persone. Nel caso delle madri che fanno uso di sostanze, la fragilità sociale amplifica le asimmetrie di potere, rendendo particolarmente elevato il rischio di interventi eterodiretti e poco partecipati. Un intervento, dunque, come l’obbligo di entrare in una comunità, prevalentemente orientato al power over può trasformare la tutela in controllo oppressivo, generando resistenza, sfiducia e fallimento dei percorsi di presa in carico. Al contrario, un utilizzo consapevole del power to consente di sostenere l’autodeterminazione della madre, valorizzandone le risorse e promuovendo un cambiamento autentico e duraturo.

²² Scarscelli Daniele “Controllo e autodeterminazione nel lavoro sociale. Una prospettiva anti-oppressiva”

CAPITOLO 3

LO SVILUPPO DEL BAMBINO E LA RELAZIONE CON LA MADRE TOSSICODIPENDENTE

3.1 *Servizi di presa in carico della madre e del figlio*

A seguito di una segnalazione riguardante il benessere di un minore, vengono attivati numerosi servizi per la tutela dello stesso e del nucleo familiare.

I primi ad intervenire sono i Servizi sociali. Nati a Londra nel 1869 come “Clarity Organization Societies”, sono arrivati in Italia intorno agli anni Venti del 1900. Dopo numerose rinominazioni ed evoluzioni legislative, nel 1987 avviene il riconoscimento giuridico del titolo di assistente sociale.

“Il servizio sociale è una professione basata sulla pratica e una disciplina accademica che promuove il cambiamento sociale e lo sviluppo, la coesione e l'emancipazione sociale, l'empowerment nonché la liberazione delle persone. Principi di giustizia sociale, diritti umani, responsabilità collettiva e rispetto delle diversità sono fondamentali per il servizio sociale. Sostenuto dalle teorie del servizio sociale, delle scienze sociali, umanistiche e dai saperi indigeni, il servizio sociale coinvolge persone e strutture per affrontare le sfide della vita e per migliorarne il benessere”

Definizione approvata nel convegno di Melbourne del 2014

I servizi sociali sono gestiti da assistenti sociali qualificati tramite un corso di laurea specializzato e agiscono per attuare tutte le garanzie previste dalla legge per la tutela dei soggetti deboli.²³

Essi possono attivare altri servizi come il Tribunale dei Minori e il SerD.

²³ Pieroni, Dal Pra Ponticelli, *Introduzione al servizio sociale. Storia, principi, deontologia*. 2005

Il SerD (Servizio per le Dipendenze patologiche) è un servizio pubblico nell'ambito del Servizio sanitario nazionale italiano (SSN). Si dedica alla cura, alla prevenzione e alla riabilitazione delle persone con problemi conseguenti al disturbo da uso di sostanze, al disturbo da uso di alcol, al tabagismo e alle dipendenze comportamentali.

In origine nasce come SerT, ovvero un servizio dedicato esclusivamente alla tossicodipendenza; tuttavia, negli anni è cresciuta una maggiore sensibilità verso le altre dipendenze e l'organizzazione è stata conseguentemente modificata.

All'interno del SerD operano figure come psicologi, psichiatri, educatori, assistenti sociali, tossicologi, infettivologi e farmacologi.

Hanno il compito di fornire assistenza medica e psicologica per il benessere degli utenti. Nel caso specifico di persone che fanno uso di sostanze, in questo caso di eroina, viene spesso prescritto il metadone, un farmaco utilizzato come terapia sostitutiva all'assunzione di sostanze stupefacenti che aiuta a ridurre i sintomi dell'astinenza.²⁴

Oltre a questa fondamentale funzione, il SerD si occupa di agevolare le connessioni con altri servizi e in particolare si occupa dell'inserimento all'interno di comunità.

Le comunità terapeutiche e le strutture accreditate si diversificano in base ai servizi offerti:

- Servizi di accoglienza: accolgono persone con problematiche di dipendenza in particolari situazioni di emergenza, quindi senza selezione, per un periodo di tempo in genere non superiore a 90 giorni;
- Servizi terapeutico-riabilitativi: sono servizi sia a carattere residenziale che semiresidenziale che accolgono persone con problematiche di dipendenza da sostanze e nei confronti delle quali, in accordo con gli operatori dei Servizi Territoriali, predispongono un progetto terapeutico personalizzato che si articola su un periodo di tempo in genere non superiore a 18 mesi;
- Servizi pedagogico-riabilitativi: si differenziano dai servizi terapeutico-riabilitativi per la prevalenza del carattere educativo. Si articolano su un periodo di tempo in genere non superiore a 30 mesi;

²⁴ <https://www.materdomini.it/enciclopedia/principi-attivi/metadone/>

- Servizi di trattamento specialistico: prevedono un percorso terapeutico rivolto a persone con problemi di dipendenza molto specifici o associati a situazioni cliniche e personali particolari. La durata del trattamento specialistico in genere non supera i 18 mesi;
- Servizi di trattamento specialistico per coppie, soggetti con figli, nuclei familiari: accolgono persone che fanno uso di sostanze per le quali è prevista la convivenza comunitaria con i propri figli e/o con i propri partner allo scopo di salvaguardare i diritti degli stessi ed aiutarli nella ricostruzione delle relazioni affettive ed educative. In genere non prevedono un tempo limite;
- Servizi di trattamento specialistico per pazienti in comorbilità psichiatrica: accolgono persone tossicodipendenti e alcolodipendenti che presentano anche disturbi psichiatrici sulla base di un'apposita certificazione rilasciata dai Servizi Territoriali in accordo con il Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze. Si tratta di servizi residenziali e semiresidenziali;
- Servizi di trattamento specialistico per alcol e polidipendenti: accolgono persone dipendenti da alcol e da più sostanze che, prima di essere avviate alla fase di trattamento ambulatoriale o presso altre strutture della rete di assistenza, necessitano di una fase di osservazione e cura. Questa tipologia di servizi è esclusivamente residenziale.²⁵

Qualora il minore venisse separato dalla madre, per la sua stessa tutela, in base al periodo di separazione verranno attivati servizi di affidamento, adozione, o accoglienza in case famiglia o comunità educative in base all'età.

3.2 Lo sviluppo del bambino nel contesto della dipendenza materna

Nonostante l'impegno dei servizi sociali ed eventualmente dell'intera comunità, vi sono ancora molti casi di minori che nascono e crescono in contesti di tossicodipendenze.

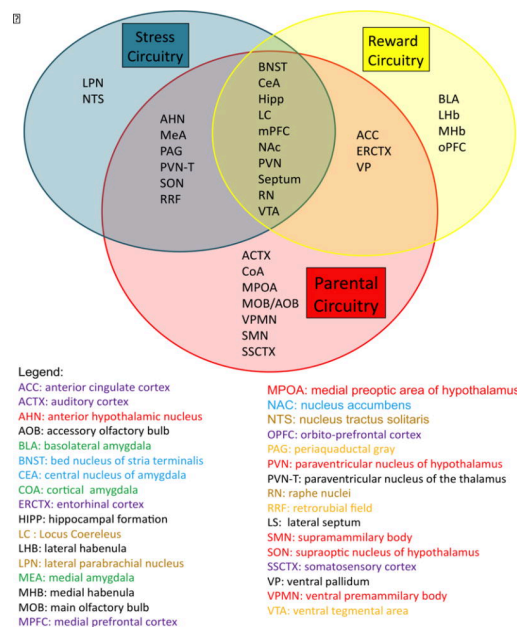
²⁵ Dipartimento delle politiche contro la droga e le altre dipendenze - Comunità terapeutiche e strutture residenziali accreditate

Molti sono dunque gli studi sugli effetti che uno sviluppo in simili circostanze ha provocato.

Nello specifico vengono riscontrati sintomi come: ritardo nello sviluppo, ansia, forte introversione, disturbi della rabbia, disturbi alimentari, autolesionismo, depressione e disturbi della personalità.

Tali sintomi sono dovuti alla trascuratezza, agli abusi e ai traumi subiti, tali da provocare disturbi comparabili a quelli dei soldati di ritorno dalla guerra.²⁶

La causa di ciò è in parte riconducibile ad un modello di disregolazione dei circuiti ricompensa-stress, che comporta la compromissione della genitorialità. Secondo questa teoria, nel genitore tossicodipendente i circuiti neurali della ricompensa non si attivano alla vista del loro bambino o dei suoi segnali, come succede normalmente in tutti i genitori; per questo nella relazione questi genitori sono più passivi, disimpegnati e meno coinvolti.



Come evidenziato nella Figura 1²⁷, le regioni cerebrali interessate dalla dipendenza e associate alla ricompensa, sono anch'esse coinvolte quando i genitori percepiscono gli stimoli infantili e/o interagiscono con i neonati. Conseguentemente, le compromissioni osservate nella genitorialità possono essere secondarie alla disregolazione dei circuiti neurali dello stress e della ricompensa nella dipendenza, il

²⁶ Dubayová, *Child of addicted parents – The overlooked member in a family*, 2019

²⁷ Rutherford, Williams, Moy, Mayes, Johns, *Disruption of maternal parenting circuitry by addictive process: rewiring of reward and stress systems*, 2011

che consente l'identificazione di percorsi neurobiologici attraverso i quali la dipendenza influisce sulla cura. Il modello di disregolazione ricompensa-stress della genitorialità dipendente propone che, dati i circuiti neurali ricompensa-stress compromessi, la genitorialità e la cura di un bambino siano meno gratificanti e più stressanti.

Sono ancora pochi gli studi che hanno esaminato l'impatto dell'abuso di sostanze sui circuiti neurali della genitorialità umana. Tra essi uno studio sulla risonanza magnetica funzionale ha riportato che le madri che facevano uso di sostanze, rispetto alle madri che non consumavano, mostravano una risposta ridotta agli stimoli infantili nelle regioni di elaborazione sensoriale, prefrontali e limbiche. Questa risposta ipo-reattiva agli stimoli infantili nelle madri che facevano uso di sostanze supporta l'ipotizzata ridotta salienza di questi stimoli affettivi infantili, coerente con il modello di disregolazione ricompensa-stress. La ridotta salienza dei segnali affettivi infantili può diminuire l'elaborazione percettiva e attentiva e quindi la successiva risposta durante gli incontri comportamentali tra genitori e figli. Per questo sono stati progettati molteplici approcci terapeutici, al fine di migliorare la rappresentazione interna delle madri del loro bambino e, così facendo, aumentare la gratificazione dell'accudimento, la salienza del loro bambino e migliorare i risultati diadici.²⁸

A lungo termine gli effetti della trascuratezza e degli abusi possono interferire con la realizzazione del suo progetto di vita.

Il trauma dell'abbandono da parte dei genitori, per esempio, può portare a diversi effetti: la scarsa fiducia, l'ossessione di avere tutto sotto controllo fino a diventare aggressivi possono portare all'allontanamento di eventuali partner o amici rendendo così difficoltoso stabilire relazioni sane e durature, allo stesso tempo è facile instaurare una dipendenza affettiva con le persone più vicine, arrivando anche a farsi del male o farlo all'altro in caso di rifiuto o abbandono.

La mancanza di attenzione si riflette anche in ambito lavorativo con scarsa autostima e un costante senso di inadeguatezza.

²⁸ Rutherford, Mayes, *Parenting and Addiction: Neurobiological Insights*, 2017

Infine, ciò a cui bisogna prestare più attenzione è la maggiore probabilità di entrare in un contesto di dipendenza, dato dall'ambiente in cui il minore è cresciuto.²⁹

La scoperta di tali abusi, anche se in tarda età, deve comportare un'assistenza sociale e psicologica, attraverso una terapia individuale o familiare, affinché i traumi subiti non ostacolino oltre lo sviluppo della persona.

È importante specificare però che la condizione di tossicodipendenza non comporta necessariamente una condotta parentale abusante e traumatica: per quanto pochi, vi sono casi dove la maternità è diventata uno stimolo per la disintossicazione e dove l'attenzione della madre, seppur con tutte le difficoltà, era rivolta al benessere del figlio. La capacità di una madre di occuparsi del proprio figlio deve infatti considerare molteplici fattori: il grado di consapevolezza, la disponibilità al cambiamento, la presenza di una rete di supporto, la qualità della relazione affettiva con il bambino e le risorse personali e ambientali attivabili. Bisogna dunque intervenire valutando attentamente queste capacità e cercando sempre di salvaguardare il rapporto madre-figlio.³⁰

3.3 *Lo sviluppo del bambino nel contesto di affidamento e/o adozione*

Articolo 3.

1. In tutte le decisioni relative ai fanciulli, di competenza sia delle istituzioni pubbliche o private di assistenza sociale, dei tribunali, delle autorità amministrative o degli organi legislativi, l'interesse superiore del fanciullo deve essere una considerazione preminente.

2. Gli Stati parti si impegnano ad assicurare al fanciullo la protezione e le cure necessarie al suo benessere, in considerazione dei diritti e dei doveri dei suoi genitori, dei suoi tutori o di altre persone che hanno la sua responsabilità legale, ed a tal fine essi adottano tutti i provvedimenti legislativi ed amministrativi appropriati.

²⁹ CTS Torino, *Tossicodipendenza e genitorialità: conseguenze sul bambino*,

³⁰ Niccols, Milligan, Sword, Thabane, Henderson, Smith, *Integrated programs for mothers with substance abuse issues: A systematic review of studies reporting on parenting outcomes*, 2012

3. Gli Stati parti vigilano affinché il funzionamento delle istituzioni, servizi ed istituti che hanno la responsabilità dei fanciulli e che provvedono alla loro protezione sia conforme alle norme stabilite dalle Autorità competenti in particolare nell'ambito della sicurezza e della salute e per quanto riguarda il numero e la competenza del loro personale nonché l'esistenza di un adeguato controllo.³¹

Il caso di A.³² è un esempio di come il non riconoscimento del proprio figlio possa essere un bene per entrambe le parti. Essendo la madre stessa appena maggiorenne, necessita di tutte le cure e attenzioni che non si è stati in grado di fornirle. La figlia ha allo stesso modo diritto di essere tutelata e crescere in un contesto familiare che le assicuri uno sviluppo il più sereno possibile.

La fondamentale differenza tra casi come questo e gli altri è data dall'età del minore. Se infatti si riesce ad intervenire a pochi giorni dalla nascita, o comunque nei primi mesi di vita, il trauma della separazione dalla madre sarà meno forte rispetto a quello di un distacco in età più evoluta dove, in positivo e negativo, si è già instaurato un forte legame. In questi casi la priorità è data alla salvaguardia del rapporto madre-figlio, tenendo la separazione, seppur temporanea, degli stessi come ultima risorsa.

A tutela delle parti intervengono quindi i servizi sociali e il Tribunale dei minori che, secondo l'articolo 403 del Codice civile, mettono in atto un iter di affidamento o adozione.

Quando il minore è moralmente o materialmente abbandonato o si trova esposto, nell'ambiente familiare, a grave pregiudizio e pericolo per la sua incolumità psico-fisica e vi è dunque emergenza di provvedere, la pubblica autorità, a mezzo degli organi di protezione dell'infanzia, lo colloca in luogo sicuro, sino a quando si possa provvedere in modo definitivo alla sua protezione.

In caso di adozione, essa è legittimata dalla legge 184 del 1983 che prevede per i minori il diritto ad una famiglia.

³¹ Convenzione sui diritti del fanciullo, Articolo 3, New York, 20 novembre 1989

³² Il caso di A. viene citato nel primo capitolo, paragrafo 1.1

L'adozione legittimante, o piena, prevede il seguente iter:

1. La coppia presenta la domanda di adozione al Tribunale per i Minorenni del luogo di residenza;
2. Il Tribunale verifica i requisiti attraverso colloqui, accertamenti e relazioni dei servizi sociali;
3. Una volta dichiarato lo stato di adottabilità del minore, il Tribunale avvia l'inserimento del minore nella famiglia adottiva con un periodo di pre-affidamento con durata di un anno o più;
4. Al termine del periodo di pre-affidamento, il Tribunale valuta se confermare l'adozione definitiva.

Nel caso di un'adozione piena il genitore perde totalmente la capacità genitoriale e i legami con la famiglia biologica vengono completamente recisi.

L'età del minore in questi casi è fondamentale. Entro il primo anno di vita, infatti, gli infanti hanno un forte bisogno di attaccamento e sicurezza, e queste sensazioni possono essere fornite dai genitori adottanti senza particolari ripercussioni.

L'adozione in età più avanzata, per contro, rende più difficile l'attaccamento, generando frustrazione e comportamenti lesivi dovuti ai traumi subiti e alla sensazione di abbandono da parte della famiglia originaria.

L'adolescenza è il periodo caratterizzato dal maggior numero di quesiti, è importante che i genitori adottanti li accolgano e siano pronti a rispondere con sincerità ad ogni domanda; sentirsi infatti liberi di discutere e sapere è fondamentale per mantenere un legame di fiducia.³³

L'età, la storia personale e il contesto relazionale del minore non possono essere trascurati nella valutazione delle modalità più adeguate di intervento. Ogni bambino ha diritto a crescere in un ambiente che favorisca non solo il suo benessere materiale, ma anche e soprattutto quello psicologico ed emotivo. In tale prospettiva, l'adozione e l'affidamento non sono solo strumenti giuridici, ma atti che richiedono consapevolezza, formazione e supporto costante.

³³ *Adoption and the Stages of Child Development*, Child Welfare Information Gateway, 2023

Attraverso un lavoro interdisciplinare e consapevole, è possibile garantire al minore non solo una nuova famiglia, ma una reale possibilità di sviluppo e realizzazione personale.

CONCLUSIONI

Questa tesi voleva esplorare la maternità vissuta in condizioni di marginalità estrema, come quella delle donne che vivono in strada e affrontano problematiche legate alla tossicodipendenza. La loro condizione rappresenta una sfida complessa per l'intero sistema di tutela sociale, sanitaria e giuridica. La migliore riuscita educativa in queste realtà impone uno sguardo capace di andare oltre ogni pregiudizio, per comprendere i molteplici fattori che incidono sulla capacità genitoriale e sul benessere del minore.

In questo contesto emerge il bisogno di un approccio multidisciplinare, che sappia coniugare la protezione dell'infanzia con il sostegno concreto alla madre, intesa non solo come figura genitoriale, ma anche come persona portatrice di diritti, fragilità e potenzialità. Sono stati presi in esame numerosi articoli del Codice civile, del Codice penale e della Dichiarazione dei Diritti del Fanciullo: questi costituiscono tutti degli strumenti importanti per garantire la tutela del minore, ma è nell'applicazione concreta, attraverso servizi sociali preparati, reti territoriali efficaci e una cultura dell'accoglienza, che si attiva la reale possibilità di cambiamento.

Il principio dell'interesse superiore del minore guida ogni scelta, non in senso punitivo o separativo, ma con lo scopo di garantirgli il diritto allo sviluppo della propria potenzialità, senza però negare, laddove possibile, la ricostruzione del legame madre-figlio. Quando questo non è fattibile, l'affidamento e l'adozione diventano strumenti fondamentali per garantire al bambino uno sviluppo affettivo ed emotivo stabile.

Tuttavia, ogni separazione è un passaggio delicato che richiede attenzione, ascolto e responsabilità. I minori coinvolti in questi percorsi non sono semplici soggetti da proteggere, ma persone in crescita, il cui futuro dipende dalla qualità delle risposte che gli adulti, famiglie, istituzioni, professionisti, sapranno offrire.

Sostenere la genitorialità fragile, prevenire la cronicizzazione del disagio, promuovere la dignità e la cura: queste dovrebbero essere le priorità di un sistema che non si limiti a gestire l'emergenza, ma che sappia costruire realmente inclusione e futuro.

BIBLIOGRAFIA

Becker, J. B., & Hu, M. (2007). *Sex differences in drug abuse*. Neuroscience & Biobehavioral Reviews.

<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2235192/>

Child Welfare Information Gateway. (2023). *Adoption and the stages of child development*.

<https://hr.unc.edu/wp-content/uploads/sites/222/2023/04/Adoption-and-the-Stages-of-Child-Development.pdf>

Christiane F. (1981). *“Noi, i ragazzi dello zoo di Berlino”*. Trad. it. di Gabriella Mosetti, Milano, Rizzoli

Codice Civile – Libro Primo, Delle persone e della famiglia, Titolo XI – Dell'affiliazione e dell'affidamento – Articolo 403

Codice Penale – Libro Secondo, Dei delitti in particolare, Titolo XII – Dei delitti contro la persona – Capo I – Dei delitti contro la vita e l'incolumità individuale – Articolo 582

Codice Penale – Libro Secondo, Titolo XI, Capo IV – Articolo 572

Codice Penale – Libro Secondo, Titolo XII, Capo I – Articolo 591

Convenzione sui diritti del fanciullo, Articolo 3, New York, 20 novembre 1989

Dubayová, T. (2019). *Child of addicted parents: The overlooked member in a family*.

<https://www.researchgate.net/publication/340525311>

International Narcotics Control Board. (2016). *Report of the International Narcotics Control Board for 2016*.

https://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2016/English/AR2016_E_ebook.pdf

Legge 4 maggio 1983, n. 184

Niccols, A., Milligan, K., Sword, W., Thabane, L., Henderson, J., & Smith, A. (2012). *Integrated programs for mothers with substance abuse issues: A systematic review*.

<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3325166/>

Pieroni Gloria, Dal Pra Ponticelli Maria (2005). *“Introduzione al servizio sociale. Storia, principi, deontologia”*. Roma, Carocci

Roshanfekar, P., Noori, R., Dejman, M., Fathi Geshnigani, Z., & Rafiey, H. (2015). *Drug use and sex work among at-risk women: A qualitative study of initial factors*.

<https://www.researchgate.net/publication/277609351>

Rutherford, H. J. V., Mayes, L. C. (2017). *Parenting and addiction: Neurobiological insights*.

<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5560070/>

Rutherford, H. J. V., Williams, S. K., Moy, S., Mayes, L. C., & Johns, J. M. (2011). *Disruption of maternal parenting circuitry by addictive process*. *Frontiers in Psychiatry*.

<https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsy.2011.00037/full>

Scarscelli D. (2022). *“Controllo e autodeterminazione nel lavoro sociale. Una prospettiva anti-oppressiva”*, Milano, Meltemi

Titolo I Trattamento penitenziario, Capo I Principi direttivi

SITOGRAFIA

Ai.Bi. *Più di 300 bambini abbandonati negli ospedali ogni anno.* (2024, 14 aprile).

<https://www.aibi.it/ita/300-bambini-abbandonati-anno/>

Antonelli, S. (2023). *Rapporto Antigone – Bambini in carcere.* Antigone.

<https://www.rapportoantigone.it/primo-rapporto-sulle-donne-detenute-in-italia/bambini/>

Cassiotou, M. P. (2008). *Relazione sulla particolare situazione delle donne detenute e l'impatto dell'incarcerazione dei genitori sulla vita sociale e familiare.*

Parlamento Europeo.

https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/A-6-2008-0033_IT.html

Centro di Solidarietà Torinese. *Tossicodipendenza e genitorialità: conseguenze sul bambino.*

<https://www.ctstorino.com/blog/tossicodipendenza-e-genitorialita-danni-bambino/>

Centro di Solidarietà Torinese. *Tossicodipendenza e gravidanza: quali rischi e come uscirne.*

<https://www.ctstorino.com/blog/tossicodipendenza-gravidanza-rischi-conseguenze/>

Dipartimento delle Politiche contro la Droga e le altre Dipendenze. (2022). *Comunità terapeutiche e strutture residenziali accreditate*.

<https://www.politicheantidroga.gov.it/it/servizi-sul-territorio/comunita-terapeutiche-e-strutture-residenziali-accreditate/>

Polizzi, F. (2024). *Le donne senza fissa dimora tra discriminazioni, violenze, abusi e disturbi di salute mentale*. FIOPSD.

<https://www.fiopd.org/domani-le-donne-senza-dimora/>

Route 4. *Il triangolo di Zinberg: una visione ampia sull'uso delle sostanze d'abuso*.

<https://route4.it/triangolo-di-zinberg/>

Rovacchi, M. (2021). *Competenze genitoriali ridotte, salvaguardia del rapporto, garanzie per il minore*.

<https://www.aiafrivista.it/competenze-genitoriali-ridotte-salvaguardia-del-rapporto>

Travaglini, P. D. N. (2023). *Il diritto penale non è un diritto per le donne*. *Questione Giustizia*.

<https://www.questionegiustizia.it/rivista/articolo/paola-di-nicola-travaglini>

RINGRAZIAMENTI

Al termine di questa esperienza voglio dedicare un ringraziamento a tutti coloro che hanno contribuito alla realizzazione di questo elaborato, ma soprattutto a tutte le persone che mi hanno supportata durante questi tre anni di studio.

Desidero ringraziare in primo luogo la Prof.ssa Claudia Mantovan, relatrice di questa tesi, per la disponibilità e la competenza, offrendo consigli preziosi e stimolanti.

Un sentito ringraziamento al Prof. Giovanni Comazzetto, per avermi accompagnata con costante disponibilità lungo questo percorso, rispondendo a ogni dubbio e rappresentando una guida fondamentale nel mio cammino universitario. È stata una figura fondamentale nel mio percorso universitario e questa tesi è anche sua.

Un grazie all'equipe di New Way, realtà in cui sono felice di continuare a lavorare, per quanto mi ha insegnato e continua a insegnarmi ogni giorno.

Grazie a Matilde e Anna, per esserci sempre state in ogni momento della mia vita, una costante preziosa dal primo anno di lupetti ad oggi. Vi voglio bene.

Grazie a mia zia Paola B., per avermi sempre messo a disposizione un luogo tranquillo dove studiare e per avermi sempre incoraggiata.

Grazie a mia zia Paola G. per tutto: per i numerosi accompagnamenti alla stazione nonostante i vari impegni, per avermi sempre accolta quando mi presentavo a sorpresa dopo aver finito un esame e per la piena disponibilità. Grazie.

Grazie ai miei genitori per non avermi mai limitata nelle mie scelte, anche quando molti le sconsigliavano. Mi avete dato la libertà di seguire il mio percorso e spero di avervi resi fieri.

A mia madre, per avermi trasmesso la passione per il lavoro sociale e, soprattutto, per non restare mai impassibile davanti alle ingiustizie: i tuoi insegnamenti sono preziosi e li conserverò per sempre con orgoglio.

A mio padre, per essere un esempio di forza e gentilezza, per avermi insegnato l'importanza del sacrificio e dell'amore silenzioso ma sempre presente per la famiglia.

Grazie ad Alberto, mio fratello, colui con cui ho diviso tutto, con cui litigo costantemente ma di cui non potrei mai fare a meno. Io ti vedo.

Grazie alle mie nonne, per essere state la parte più dolce della mia esperienza finora.