



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA
DIPARTIMENTO DI SCIENZE POLITICHE, GIURIDICHE
E STUDI INTERNAZIONALI
CORSO DI LAUREA IN SERVIZIO SOCIALE

Tesi di Laurea triennale

Quando la mamma abusa di sostanze stupefacenti: quali sono le conseguenze psicologiche sull'infante e come intervenire.

Relatrice: Professoressa Gianna Magnolfi

Laureanda: Linda Biscaro

Matricola N: 1229175

INDICE

INTRODUZIONE	3
CAPITOLO PRIMO	4
1.A La storia dell'uso della droga dal passato ad oggi	4
1.B Il genere femminile e le droghe	6
CAPITOLO SECONDO	8
2.A Chi sono le madri con disturbo da uso di sostanze?	8
2.B Effetti nel feto derivanti dall'utilizzo di sostanze in gravidanza	11
2.C Quali esiti hanno le sostanze a livello psicologico sul minore, sul fronte dell'attaccamento e come futuro adolescente? (costruzione di rapporti interpersonali, predisposizione al consumo di droghe, criminalità ecc....)?	17
CAPITOLO TERZO	23
3.A Il ruolo dell'assistente sociale	23
3.B I possibili interventi di presa in carico integrata della madre-bambino (come si può intervenire in queste famiglie?)	29
3.C Fenomeno in crescita?	34
CONCLUSIONE	37
BIBLIOGRAFIA	39
RINGRAZIAMENTI	44

INTRODUZIONE

L'essere umano, essendo un animale sociale, nasce con un innato bisogno di costruire legami e relazioni per la propria sopravvivenza. Più, queste relazioni, sono sane e appaganti più l'uomo sarà spinto a crearne. Nel momento in cui, per cause imputabili a traumi portatori di timori e difficoltà, l'uomo non riesca a costruire rapporti sociali, quest'ultimo cercherà conforto nella costruzione di un legame con qualsiasi sostanza. La tesi proposta vuole approfondire il concetto di dipendenza e fornire una fotografia accurata rispetto la situazione della droga presente, ai giorni odierni, nel mercato nazionale e internazionale. Successivamente, verrà trattato il grande capitolo della dipendenza da sostanze legali e illegali focalizzandosi in modo particolare sul genere femminile. La tesi affronterà anche il problema delle conseguenze negative a livello psicologico negli infanti, figli di donne abusanti. Inoltre, si integrerà con i possibili interventi che l'operatore sociale può compiere per la costruzione di un percorso d'aiuto all'interno di queste famiglie. Infine, la tesi cercherà di analizzare, gli studi recentemente condotti, per comprendere se il fenomeno dell'assunzione di droga, da parte delle madri tossicodipendenti, sia in costante aumento o in lenta diminuzione. Le ragioni che mi hanno spinto a scegliere questo tema sono principalmente due. La prima, è legata al mio tirocinio svolto presso il Servizio per le Dipendenze, Ser.D, di Treviso. Seppur io non abbia avuto la possibilità di trattare casi di madri tossicodipendenti, parlare con i professionisti di questo argomento ha suscitato in me un interesse tale da voler approfondire questa tematica. La seconda ruota attorno al corso di Psicologia dell'età evolutiva, branca della psicologia che si occupa dello studio del processo di crescita e sviluppo dal momento del concepimento fino alla fine dell'adolescenza. Il legame madre-bambino è tra il più importanti che si possano instaurare tra essere umani. Lavorare come operatori sociali, all'interno di comunità o Ser.D, comporta l'interfacciarsi con realtà simili, dunque a produrre piani di intervento adatti. Ragion per cui, conoscere quali siano le conseguenze negative che possono verificarsi nel bambino, può aiutare entrambe le parti (operatore e famiglia) a istaurare un rapporto di collaborazione più saldo e cooperativo.

CAPITOLO PRIMO

CAPITOLO 1.A

Storia dell'uso della droga dal passato ad oggi

È quanto meno opportuno comprendere se, ad oggi, il consumo di droghe sia aumentato rispetto al passato. La storia dell'uomo è sempre stata caratterizzata dalla presenza e dall'utilizzo delle droghe. Fin dai tempi più remoti, il loro utilizzo non si poneva come problema morale, in quanto, la loro assunzione fungeva da strumento per permettere all'essere umano di avvicinarsi al mondo spirituale e compiere riti divini in nome degli Dei. Ad esempio, gli sciamani, medici-sacerdoti delle religioni africane, oceaniche e americane (Dizionario Treccani), per poter avvicinarsi al divino, ingerivano miscele contenenti varie tipologie di estratti di piante ed erbe. Durante il periodo egizio, la medicina e le tecniche terapeutiche prevedevano la prescrizione, da parte dei medici, di massicci quantitativi di sostanze ed erbe, molte delle quali generatrici di effetti psicoattivi. Anche per i greci, l'assunzione di droghe non rappresentava un problema, in quanto utilizzata da figure di rilievo nella società, come i filosofi, per aiutarsi nella produzione dei loro lavori. Con l'avvento del Cristianesimo, al contrario, il consumo di droghe viene severamente proibito poiché comprometteva la fede del popolo 'dall'unico vero Dio'. Inoltre, sempre in epoca cristiana, la visione della droga, alla quale non si era connotata alcuna accezione negativa, muta accostandola a visione maligna e portatrice di peccato (*Paternoster*). Nonostante questo, il proliferare della droga non si arresta, tanto da esserne oggetto di scambio commerciale. Nel 1800, la Via delle Spezie, importante polo di scambio commerciale tra il mercato europeo e asiatico, vede come oggetto di tratta non solo merci alimentari, tessuti e metalli ma anche l'oppio, che simboleggiava la sostanza illegale e legale, poiché prescritta persino dai medici, maggiormente consumata dalle popolazioni. A fine secolo, congiuntamente a quest'ultimo, viene utilizzato il Laudano, una sostanza ottenuta dalla miscelazione di oppiacei e alcol aggiunti a dei coloranti, che procurava effetti antidolorifici importanti, distribuito dai medici come farmaco curante. Dal 1900, oltre a queste, si aggiungono sostanze di largo consumo come cocaina e anfetamine. Sostanze utilizzate anche dai corpi militari durante la Seconda guerra mondiale al fine di non percepire stanchezza e dolore durante il conflitto. Con la rivoluzione del 1968 l'eroina, una tra le droghe più pericolose nel passato come oggi, comincia a prendere piede tra la popolazione, aumentando considerevolmente l'avvicinarsi dei giovani alle sostanze e causando il decesso per overdose di persone appartenenti a qualsiasi fascia d'età. Con l'inizio del XXI secolo, in aggiunta alle droghe che hanno colonizzato i mercati illegali a livello mondiale, compaiono nuove categorie di

droghe, di cui circa il 70% provengono da lavorazioni chimiche prodotte in laboratori abusivi cinesi ed europei. Nonostante queste sostanze, normalmente utilizzate insieme all'alcol, siano ancora poco diffuse nelle grandi città, trovano largo spazio nelle aree urbane del Regno Unito e dell'Ungheria. Tra queste spiccano quattro nuove categorie che vedono come protagonisti i cannabinoidi sintetici, i catinoni sintetici, alcune varianti delle Benzodiazepine e Fentanyl. Recenti studi, inoltre, hanno dimostrato come, tra le droghe maggiormente nocive per l'essere umano, attualmente, spicchi in prima posizione l'alcol con un abuso che sfiora il 65% in Italia e il 90% negli Stati Uniti, seguito in seconda posizione dall'eroina e dal crack, prodotto utilizzando scarti di cocaina, collocata subito dopo la metanfetamina. Chiudono la classifica il tabacco, che raggiunge una diffusione del 22,3% nella popolazione, la cannabis, usata dal 31,8% della popolazione e i farmaci ansiolitici come Xanax, Valium o Lexotan. Ad oggi il complesso panorama europeo presenta uno scenario ancora solido e persistente del commercio di droga, sebbene la Pandemia di Covid-19 e lo scoppio della Guerra in Ucraina abbiano parzialmente modificato il sistema di commercio e della cura alla dipendenza da sostanze. L'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità) ha sintetizzato il concetto di droga come *'qualsiasi sostanza che introdotta nell'organismo ne modifichi le funzioni e/o gli atteggiamenti sia fisici che psichici'* (OMS, 1992). Le dipendenze che interessano l'essere umano abbracciano qualsiasi tipologia di sostanza o oggetto; sostanze stupefacenti, gioco d'azzardo, alcol, cibo, affetto, zuccheri, nicotina ecc. provocando in questo modo uno stato di alienazione davvero pericoloso e invalidante.

CAPITOLO 1.B

Il genere femminile e le droghe

Secondo quanto riportato dall'Istituto Superiore di Sanità, occupato a studiare le nuove tendenze di consumo delle droghe presenti in commercio, tra i due sessi, gli uomini rappresentano la percentuale più elevata dei consumatori di sostanze. Nonostante ciò, l'European Monitoring Centre for Drugs, EMCDDA (2022) ha condotto uno studio nel 2022 chiamato *'Why gender matters in drug addiction'* che ha evidenziato come in Europa circa 37 milioni di donne hanno dichiarato di aver utilizzato qualche sostanza stupefacente durante il corso della vita. Seppur il genere femminile rappresenti un quarto di tutte le persone con gravi problematiche di droga e solo un quinto di tutti i pazienti sottoposti a trattamento farmacologico, le problematiche che sviluppano, correlate all'abuso di sostanze, sono notevolmente più significative e importanti rispetto a quelle del sesso opposto, manifestando, ad esempio, sintomi astinenziali più gravi o livelli di depressione e ansia maggiori. I risultati emersi da questo studio spiegano come il genere femminile sia decisamente più veloce a sviluppare una dipendenza. Studi compiuti fino ad ora presentano due diverse realtà del rapporto tra le donne e l'approccio alle terapie. I primi risultati dimostrano quanto il genere femminile sia maggiormente facilitato ad accedere al sistema sanitario e procedere con interventi terapeutici. Questa propensione positiva sarebbe dettata da due fattori: le esigenze derivanti dalla gravidanza o dai figli piccoli e la propensione, innata, del genere femminile nel ricercare aiuti e cure. Altri risvolti portano alla luce comportamenti dal tutto opposti. A causa di una vasta gamma di problematiche nelle quali incorerebbero le donne. Quest'ultime sarebbero maggiormente scoraggiate nell'iniziare un percorso di aiuto. Questi impedimenti abbracciano tre fronti della vita delle donne.

Innanzitutto, lo stigma, accostato alla figura femminile abusante in quanto deviante dal ruolo di madre e caregiver, come da sempre intesa dalla società. Lo stigma contribuisce all'aumentare del senso di colpa e di vergogna che, in tale modo, minerebbe la ricerca di aiuto da parte del soggetto. In secondo luogo, anche lo status socioeconomico riveste un ruolo importante: si evidenzia quanto alcune donne, percepiscano redditi inferiori o occupino posizioni lavorative sottostanti rispetto gli uomini, pregiudicando l'accesso alle cure poiché i costi delle prestazioni erogate da privati potrebbero rappresentare un ostacolo se lo Stato e la copertura sanitaria non coprissero la spesa. Un altro problema è rappresentato dalla figura del partner: affiancare una persona che utilizza sostanze stupefacenti abitualmente potrebbe influenzare la donna nel cominciare ad abusare di droga. Oltre a ciò, le sostanze possono provocare l'evolversi di dinamiche di coppia controverse fortemente legate alle sostanze dalle quali, anche la relazione tra i due partner dipenderebbe. È importante ricordare che

provenire da una famiglia abusante oppure, aver subito traumi o violenze durante l'infanzia o dal partner in età adulta, contribuiscono in larga misura all'avvicinarsi di una donna all'abuso di sostanze stupefacenti.

Viene inoltre evidenziata la presenza di alcuni sottogruppi nel genere femminile portatrici di esigenze particolari, ai quali è riservata la progettazione di un percorso di aiuto più delicato e accurato. Questi sottogruppi includono donne vittime di tratte umane o costrette alla prostituzione, le quali sono a rischio di contrarre malattie sessualmente trasmissibili o infezioni virali, per via ematica, causate dalla condivisione degli strumenti impiegati nell'assunzione di sostanze con altri tossicodipendenti; madri con figli minori a carico o che si trovano in stato interessante, spaventate dalle conseguenze legali che potrebbero intaccare il loro rapporto con i piccoli; donne affette da un disturbo psichico e contemporaneamente tossicodipendenti, alle quali sarà necessario applicare un trattamento rivolto a entrambe le patologie e infine donne appartenenti a minoranze etniche.

CAPITOLO SECONDO

CAPITOLO 2.A

Chi sono le madri con disturbo da uso di sostanze?

La persona con dipendenza da sostanze si approccia al mondo attraverso comportamenti talvolta trasgressivi e autodistruttivi. Per questa ragione, immaginare un tossicomane o un alcolista prendersi cura di un figlio potrebbe risultare utopico. È stato pubblicato un articolo *‘Tossicodipendenza e genitorialità fragile’* (Bramucci A, 2019) volto ad analizzare quali sono gli approcci educativi utilizzati dalle madri con dipendenza, le caratteristiche che presentano, e quale ruolo gioca un figlio all’interno della loro vita.

Innanzitutto, vengono approfondite le variabili psicologiche e comportamentali delle madri politossicodipendenti, dunque abusanti di più sostanze. Tra i tratti di personalità che riguardano queste donne spiccano episodi di impulsività, difficoltà nella gestione dell’aggressività, ipercontrollo, affettività ambivalente e pensieri narcisisti (Bramucci,2019). Seppure le sostanze agiscano in modi differenti a livello comportamentale, le donne accusano maggiori episodi di depressione, più alti livelli di stress e ansia insieme ad alte possibilità di sviluppare un disturbo alimentare legato ad una concezione negativa di sé e della propria immagine. L’articolo analizzato afferma come ad influenzare l’avvio a una dipendenza possano concorrere anche gli abusi subiti durante l’infanzia o quotidianamente in età adulta. L’insieme di questi fattori concorrono a ostacolare la riuscita di un buon modello genitoriale da seguire, volto a costruire un ambiente di vita sano per un figlio o per accogliere il nascituro. Spesso potrebbe succedere che, per una madre tossicodipendente la concezione di mettere al mondo un figlio sia del tutto distorta da concepire come atto d’amore, ma piuttosto in linea con la produzione di un pensiero narcisistico da intendersi come *‘prolungamento del sé’*. Secondo quanto riportato dall’articolo, infatti, il nascituro *‘ha un utilizzo del tutto simile a quello della sostanza, come tentativo di riempire il buco attraverso l’oggetto-bambino a cui il tossicomane attribuisce il ricostruire le parti vitali del proprio sé’* (Bramucci, 2019).

La caratteristica principale che contraddistingue una madre tossicodipendente è la trascuratezza nei confronti del proprio bambino rispetto al maltrattamento fisico. Questo comportamento ha come conseguenza lo sviluppo di un attaccamento di tipo evitante nel quale spicca un’importante indifferenza da parte del bambino nel mantenere un contatto con la figura di attaccamento principale (Bramucci, 2019).

In Europa viene segnalata una grande percentuale di madri dipendenti, con almeno un figlio, di cui molte ragazze madri. Le cause che bloccano le donne a richiedere aiuto ai servizi riguardano la preoccupazione che venga allontanato loro il figlio e messa in discussione la capacità genitoriale. Inoltre, riporta lo studio dell'EMCDDA effettuato nel 2000, contenuto nell'articolo, l'alto tasso di disoccupazione che riguarda le donne le spinge a ricorrere alla prostituzione per guadagnare denaro per sopravvivere (EMCDDA, 2000).

L'articolo proposto prende in considerazione un gruppo di madri tossicodipendenti residenti all'interno di una comunità terapeutica e ne sono stati evidenziati i seguenti risultati:

- Vengono riportati stili di accudimento vuoti, stereotipati e poveri di interazione e insoddisfacenti da parte delle madri a causa dell'angoscia e impotenza nel soddisfare i bisogni del bambino;
- Azioni ripetitive, ossessive nello svolgere un solo compito, in virtù del pensiero di poter, in tale maniera, soddisfare tutti i bisogni del figlio;
- Gli stili di attaccamento sviluppati sono evitanti e disorganizzati;
- Varie tipologie di limitate competenze cognitive e ritardi frequenti nello sviluppo del linguaggio e organizzazione del gioco;

La madre tossicodipendente traferisce le proprie carenze affettive al figlio in virtù di un accudimento pratico appena sufficiente. Inoltre, è molto alta la possibilità che la madre sia maggiormente focalizzata nella risoluzione dei propri bisogni personali, trascurando le esigenze del figlio; infatti, non di rado, questi ultimi vengono traferiti alle cure dei parenti più prossimi della donna (Bramucci, 2019).

Sono stati compiuti studi, estrapolati dall'articolo *'tossicodipendenza e genitorialità fragile'* sulla rappresentazione materna in gravidanza, che possono fornire un panorama predittivo sul futuro rapporto madre-bambino. Queste rappresentazioni non sono solo di carattere cognitivo ma anche affettivo e permettono alla donna di mettersi in rapporto con il proprio bambino prima della nascita. In questo momento di immaginazione è quanto meno importante che la futura madre abbia una rappresentazione di sé buona e positiva, per potersi occupare con attenzione e con cura del futuro neonato.

Dagli studi effettuati sulle madri con disturbo da uso di sostanze emerge come le rappresentazioni personali siano ambivalenti. Da un lato la donna conserva una visione negativa, contrassegnata da rigidità e resistenza al cambiamento legata ad una bassa considerazione del sé come donna. Dall'altro

lato presenta un'idealizzazione del sé come madre desiderosa di raggiungere, attraverso la maternità, una gratificazione del sé. Le rappresentazioni inducono alla produzione di processi di identificazione che conducono alla costruzione di un'identità materna propria, identificando il proprio bambino come 'oggetto' di riscatto da un passato rovinoso.

Queste rappresentazioni abbracciano più figure nella vita della partoriente: il nascituro, sé stessa, il proprio partner e la madre.

Il bambino viene descritto come possedere delle qualità positive connotate da forza e allegria, ma in seguito ai primi quattro mesi di vita la madre descriverà il vivere col figlio con connotazioni negative. Ciò che permane ambivalente, invece, rimane l'auto percezione del sé da parte della donna che in quanto tale resta timida e fragile, ma come futura madre si dipinge come affettuosa e controllante. Anche al partner vengono dedicate rappresentazioni ambivalenti che mutano pre e postpartum. Nei primi tempi il compagno è capace di affetto e idealizzato in quanto uomo, proprio come il nascituro, ma successivamente viene descritto come incapace di fornire affetto e sostegno economico.

Infine, la propria madre viene delineata impaziente e distaccata contribuendo alla formulazione di un pensiero negativo e insoddisfatto da parte della propria figlia.

Ricorda Bowlby, psicologo di fama internazionale, *'una madre che a causa di esperienze negative nella propria infanzia, cresce sviluppando un'angoscia di attaccamento, tenderà con più probabilità a cercare di essere accudita e di ricevere cure dai suoi stessi figli, in tal modo inducendo il figlio a diventare angosciato, pieno di sensi di colpa e forse anche fobico'* (Bowlby, 1973).

CAPITOLO 2.B

Effetti nel feto derivanti dall'utilizzo di sostanze in gravidanza

‘L'uso di droghe, alcol e nicotina nella donna si protrae spesso anche nel corso della gravidanza, influenzandone negativamente il decorso e compromettendone la salute del neonato e del bambino a breve e a lungo termine’ (Polidori E, Righi F, Valletta E, 2016). Tale articolo dedica ampio spazio agli effetti nel feto causati dal consumo di sostanze legali e illegali durante la gravidanza.

L'utilizzo delle droghe si dimostra in continua ascesa, nonostante le campagne di prevenzione svolte dai servizi sanitari a livello locale. La fascia maggiormente colpita abbraccia il periodo di massima fertilità 15-34 anni incrementando in maniera significativa le gravidanze ad alto rischio e il numero di neonati che incorrono in complicanze durante tutto l'arco della gravidanza o postpartum.

Secondo quanto riporta l'articolo analizzato, le principali sostanze di abuso utilizzate in gravidanza possono essere raggruppate a seconda dell'effetto prodotto e dalla loro concezione per la legislazione attuale.

In merito agli effetti prodotti è possibile distinguerli in quattro sottocategorie: il primo è l'effetto psicostimolante, all'interno del quale cocaina e amfetamine ne fanno da padrone, seguito dall'effetto allucinogeno attraverso l'assunzione di LSD e funghetti allucinogeni, l'effetto neurodeprimente prodotto da eroina o etanolo o benzodiazepine ed infine l'effetto misto prodotto da MDMA, ecstasy e cannabinoidi. Si ritiene che la presenza di un disturbo psichico e di un disturbo di personalità facciano da collante tra la paziente e il consumo di sostanze, poiché è ampiamente dimostrato come l'abuso di sostanze sia direttamente collegabile ai tratti comportamentali e caratteriali del soggetto (Polidori E, Righi F, Valletta E, 2016).

In merito alle modalità attraverso le quali il nostro ordinamento concepisce le sostanze, è doveroso distinguere le sostanze classificate 'legali', alcol e tabacco, da quelle illegali, tra le quali eroina, cocaina e cannabinoidi. Questa distinzione sminuisce gli effetti delle sostanze legali, poiché maggiormente accettati dall'opinione pubblica, considerandole meno dannose per l'assuntore. Nonostante sia scientificamente provato da studi e ricerche, che gli effetti sul feto e sui bambini siano ugualmente dannosi. Le problematiche più pericolose, che possono verificarsi, riguardano la morte endouterina, aborto spontaneo o parto prematuro; iponutrizione e anemia carenziale; sindrome da astinenza; il passaggio di malattie quali HIV, epatite, toxoplasmosi, Iue, herpes, CMV, ascessi cutanei, endocardici, difficile follow-up, inadeguato monitoraggio e problemi psico-sociali o giudiziari, anche se ogni sostanza compromette a suo modo il periodo di gravidanza e la nascita del

feto. I metodi maggiormente utilizzati affinché le sostanze agiscano in fretta per attivare il recettore della gratificazione sono l'assunzione venosa, il fumo, l'inalazione e per ultima assunzione orale.

L'eroina, a causa sia del suo potente impatto psico-fisico, sia dalla sostanza utilizzata per tagliarla, crea uno stato di dipendenza in un tempo minimo dopo il primo utilizzo. L'eroina provoca un immediato stato di benessere e pace, seguito successivamente da senso di nausea, apatia, sonnolenza e scarsa concentrazione. Solitamente la futura partoriente prende coscienza del suo stato già a gravidanza inoltrata, causa dello sbalzo mestruale provocato dall'utilizzo della sostanza. Seppur non sia immediata la disintossicazione, il trattamento farmacologico più utilizzato nella cura prevede l'implemento di metadone o buprenorfina, entrambi farmaci oppioidi. Questo trattamento, chiamato 'terapia sostitutiva' ha come obiettivo l'astensione totale sia dalla sostanza che dai farmaci prescritti, che nonostante non abbiano contro indicazioni per la salute del neonato, se la madre assume altre sostanze contemporaneamente, è preferibile il non utilizzo (Polidori E, Righi F, Valletta E, 2016). All'inizio di una gravidanza, un'abusatrice, deve prendere in considerazione sia il pericolo derivante dall'utilizzo dell'eroina che comprende infezioni, poliabuso e overdose con successiva morte fetale, sia i rischi relativi a una sindrome astinenziale. Difatti, la donna potrebbe voler interrompere improvvisamente l'assunzione della sostanza o del farmaco sostitutivo incorrendo le possibilità di un aborto spontaneo nel primo trimestre o in un parto prematuro nell'ultimo trimestre.

Nell'articolo '*Sindrome da astinenza neonatale o neonato di madre tossicodipendente*' (Rechichi, 2021) l'autore afferma che la conseguenza più pericolosa per il feto, è nascere con la Sindrome di Astinenza Neonatale (SAN). La SAN colpisce i figli di donne che durante la gravidanza hanno assunto sostanze stupefacenti, e si presenta in seguito all'interruzione repentina delle stesse. La causa principale dalle SAN è l'assunzione di droghe come l'eroina, da parte della madre in gravidanza. Essendo la droga, sostanza altamente dipendente, dal momento in cui quest'ultima non viene più introdotta nell'organismo, il sistema nervoso del feto si trova in uno stato di ipereccitazione che presenta i sintomi e i segni dell'astinenza. Questa sindrome coinvolge il sistema nervoso centrale, il sistema nervoso autonomo e l'apparato digerente. I sintomi possono manifestarsi precocemente, dunque a poche ore dopo il parto, o tardivamente, dopo giorni. Alcuni dei principali sintomi riguardano la difficoltà nell'alimentare il piccolo, la presenza di tremori e irritabilità. Inoltre, possono manifestarsi alterazioni del ritmo sonno-veglia, riflessi ipereccitati e convulsioni (specifiche dell'eroina e degli oppiacei). In aggiunta, il neonato può accusare vomito, disidratazione e diarrea insieme a febbre e instabilità della temperatura corporea. Infine, possono manifestarsi anche episodi di tachipnea, l'equivalente della respirazione accelerata.

La cocaina, droga la cui somministrazione può avvenire per via orale, nasale, endovenosa o inalata, crea uno stato di euforia e di potenziamento delle energie fisiche e mentali. Contemporaneamente a ciò aumenta la pressione, il battito cardiaco e la temperatura corporea. Un uso frequente comporta sensazioni di malessere, apatia che possono sfociare anche in episodi di depressione. Di particolare pericolosità è la miscelazione della cocaina con l'alcol, di cui gli effetti prodotti insieme risultano davvero devastanti per il fisico. L'utilizzo di cocaina durante la gravidanza comporta *'all'incremento delle resistenze vascolari e conseguente riduzione del flusso sanguigno uterino e della quantità di ossigeno a disposizione'* (Polidori E, Righi F, Valletta E, 2016) per il feto. Oltre a ciò, uno stile di vita che prevede una malnutrizione, consumo di alcol e tabacco e comportamenti scorretti durante tutta la gravidanza concorrono a compromettere lo stato del feto.

Per quanto concerne la sostanza illegale maggiormente diffusa in Italia, la Cannabis, gli effetti che preoccupano i medici riguardano un basso peso alla nascita e il ritardo nello sviluppo endouterino del neonato. L'articolo *'Uso della marijuana durante la gravidanza e l'allattamento: effetti per la gravida, il feto e il neonato'* (Barba M.R, Bica F, Garraffo C, Mininni C, Pepe F, Pepe G, Pepe L, Zambrotta E, 2019) pubblicato nel 2019, spiega come il THC sia responsabile del danneggiamento della migrazione e l'invasione delle cellule trofoblastiche, causando un inadatto supporto alla gravidanza. Altri studi riportati in questo articolo sostengono che il fumo di marijuana sia causa di aborti, di nascite pretermine e di un cospicuo aumento del numero dei piccoli pazienti nelle unità di terapia intensiva neonatale. L'esposizione del cervello fetale alla marijuana comporta effetti che il neonato manterrà per tutta la vita. Poiché il THC, essendo molecola lipofila, penetra con facilità la barriera placentare legandosi ai recettori per i cannabinoidi endogeni, è il principale attore della compromessa maturazione del SNC del nascituro. Inoltre, una precoce esposizione del cervello del feto al THC conduce alla morte prematura delle cellule neuronali.

Nella tabella (Fig. 1), (Polidori E, Righi F, Valletta E, 2016), sono specificate le conseguenze più frequenti e pericolose delle quali il feto può soffrire. Si nota come l'eroina, la cocaina e la cannabis siano portatrici di alcune complicanze comuni, divise in complicanze ostetriche e neonatali, come la ridotta crescita fetale, l'aborto spontaneo, il parto pretermine il basso peso alla nascita e la prematurità.

TABELLA 3. Complicanze dell'uso di eroina, cocaina o cannabis in gravidanza

	EROINA	COCAINA	CANNABIS
Complicanze ostetriche			
Placenta previa			X
Abruptio placentare		X	X
Ridotta crescita fetale	X	X	X
Insufficienza placentare	X		
Ipossia fetale		X	
Aborto spontaneo	X	X	X
Morte intrauterina	X	X	
Rottura prematura delle membrane	X		
Parto pretermine	X	X	X
Parto precipitoso		X	
Emorragia postpartum	X		
Complicanze neonatali			
Basso peso alla nascita	X	X	X
Prematurità	X	X	X
Mortalità neonatale	X		X
Depressione respiratoria	X		
Sindrome da aspirazione del meconio	X		
Sindrome astinenziale neonatale	X		
Infezioni	X		
Microcefalia		X	
Convulsioni		X	X
Enterocolite necrotizzante		X	
Emorragie, lesioni ischemiche del SNC		X	
SIDS			X
Disturbi neurocomportamentali			X

Le sostanze legali, delle quali si tende a sottovalutarne gli effetti dannosi poiché socialmente accettate, alcol e tabacco, sono le principali portatrici di disabilità e minorazioni nel neonato secondo l'articolo analizzato.

L'alcol, contenente l'etanolo, se assunto durante la gravidanza comporta paralisi cerebrale, alterazione dell'apparato locomotore, ipo o iperattività e deficit cognitivi comportamentali a causa della sensibilità fetale del Sistema Nervoso Centrale particolarmente sensibile all'etanolo. Questa molecola penetra con facilità nella barriera placent-feto, indipendentemente dalla quantità di alcol assunta, ragion per cui è consigliata la completa astensione dalla sostanza. La sindrome da fetto-alcolica (FAS), le malformazioni congenite ai genitali, al cuore, la ridotta circonferenza cranica, il peso alla nascita inferiore alla media e insulti vascolari del SNC sono tra le conseguenze più diffuse nei neonati di madri con grave dipendenza dall'alcol. Come riporta il direttore OMS per la ricerca e la promozione della salute sull'alcol, Scafato Emanuele *'La FAS è la più grave e negletta disabilità permanente che si manifesta nel feto esposto all'alcol ingerito dalla madre'* (Scafato, 2020). Si stima che 5 bambini su 10.000 nascano con danni derivanti dalla fetto-alcolica; 1 bambino su 67 nasca affetto da FAS (119.000 l'anno). Questa problematica è particolarmente diffusa nei Paesi del nord ed est Europa come Regno Unito, Irlanda Russia e Bielorussia. Complici a spingere una donna ad assumere alcol e altre sostanze in gravidanza sono le condizioni socioeconomiche e di salute propria e della famiglia. Violenza domestica, un basso livello educativo e di istruzione e condizioni economiche svantaggiate possono essere le caratteristiche tipiche dell'ambiente di vita nel quale il neonato crescerà. La FAS, di cui i danni sono permanenti nel neonato, si manifesta dagli otto mesi di vita, attraverso la comparsa di dismorfismi facciali come il naso corto e piatto, occhi distanziati e piccoli, labbro superiore sottile e distanziato dal naso. Possono verificarsi inoltre ritardi nella crescita, peso e altezza ridotti, dimensioni del cranio inferiori alla media e anomalie cardiache. Insieme ad anomalie neurologiche e nello sviluppo cognitivo-comportamentale. Non di rado questi bambini possono incontrare difficoltà a scuola e nell'apprendimento, disagio mentale e, in età adulta, difficoltà nella ricerca e mantenimento di un lavoro combaciante con isolamento e scarsa autonomia personale.

Contenente oltre 4000 sostanze ad azione cancerogena, tossica e irritante, anche il fumo di tabacco comporta complicanze e rischi per il neonato. Gli effetti dannosi in gravidanza sono imputabili al monossido di carbonio, alle sostanze derivanti dalla combustione e alla nicotina, responsabile della dipendenza, presenti all'interno della sigaretta. I rischi neonatali del fumo di sigaretta sono sovrapponibili a quelli deputati all'utilizzo della Cannabis in gravidanza. Si aggiungono però ritardi dello sviluppo cognitivo, una più elevata predisposizione alle infezioni respiratorie e all'asma. La nicotina possiede un'azione vasco-restrittiva sulla placenta, portando così al feto un minor numero

dei nutrienti necessari causando ritardi nella crescita e conseguenti interventi medici durante la nascita. Altra conseguenza del fumo in gravidanza è l'aumento dei parti prematuri, aborti spontanei, peso alla nascita inferiore alla media che costringe i neonati a permanere in ospedale più a lungo richiedendo maggior assistenza a causa di possibili e successive complicazioni e dei difetti fetali presenti. Un'altra ripercussione del fumo in gravidanza è la morte improvvisa del lattante riportare il nome, scientificamente Sudden Infant Death Syndrome (Sids). Le cause che generano questo evento restano ancora poco chiare, nell'articolo si sostiene che l'esposizione al fumo di tabacco concorra alla formazione della Sids anche durante l'allattamento, insieme ad azioni poco attente quali coprire il bimbo, farlo dormire accanto ai genitori tabagisti, utilizzare cuscini troppo morbidi (Zoli, 2016).

CAPITOLO 2.C

Quali esiti hanno le sostanze a livello psicologico sul minore, sul fronte dell'attaccamento e come futuro adolescente? (costruzione di rapporti interpersonali, predisposizione al consumo di droghe, criminalità ecc...)?

Successivo allo studio delle varie ripercussioni che comporta l'assunzione di sostanze legali e illegali durante la gravidanza, in questo sotto capitolo vengono analizzate quali conseguenze possono svilupparsi a livello psicologico in un bambino, futuro adolescente, stando a contatto con le sostanze già dalla tenera età.

I bambini esposti precocemente alle sostanze sembrano presentare disfunzioni nell'area della regolazione emotiva. Questa area è imputata al lavoro del genitore, come figura di attaccamento principale, per governare al meglio le emozioni. Nel momento in cui, il genitore è inadeguato nel guidare il proprio piccolo, quest'ultimo attiverà meccanismi di iperarousal per vivere le emozioni (Palmerini, 2020).

Seppure le diverse situazioni familiari crescano i bambini in modo differente, i figli di genitori dipendenti da sostanze, appaiono portatori di comportamenti depressivi e labili in confronto a bambini non esposti a sostanze. Questi tratti sono combinati a comportamenti sociali e comunicativi atipici. Quest'ultimi sono di estrema importanza per il piccolo poiché principali condizionatori delle skills di regolazione emotiva per permettere lui di pilotare al meglio i compiti evolutivi di macrolivello dell'infanzia quali, il gioco e l'attenzione verso per gli oggetti.

Durante i primi mesi di vita si verificano mancanze del contatto corporeo e della ricerca dello sguardo con la propria madre, frutto dell'inizio dello sviluppo di uno stile di attaccamento evitante. Non a caso, il piccolo non dimostra paura e timore dell'estraneo, poiché non riconosce le figure genitoriali (Bramucci, 2019).

L'articolo di Bramucci, inoltre riporta quanto la madre tossicodipendente sia carente di affetto verso il proprio bambino, poiché focalizzata principalmente nella risoluzione delle sue esigenze, trascurando quelle del piccolo, favorendo in tale modo un processo di crescita non graduale e spingendo all'adultizzazione precoce il figlio (Bramucci, 2019). Questo effetto è imputabile sia alle scarse relazioni con la madre, sia perché quest'ultima utilizza il figlio come base sicura capovolgendo

di fatto la relazione parentale. Si evince dunque che questi bambini presentino un'importante problematicità nel conservare un senso di sé unitario.

I neonati al momento della nascita non posseggono già un senso del sé, questo si materializza durante la parte dell'infanzia. Il sé permette di osservare e comprendere il mondo circostante, media le esperienze ed organizza i comportamenti con gli altri, inoltre stabilisce le tecniche attraverso le quali noi costruiamo la realtà e permette di mantenere l'immagine che abbiamo di noi. Secondo il Dott. Campisi M., psicoterapeuta (www.campipsicologo.it), nel momento in cui il senso del sé non appare unitario potrebbero verificarsi problemi di autostima e difficoltà nell'affrontare le sfide della vita quotidiana e nella costruzione di relazioni sane e sicure con gli altri. I bambini incontrano questa difficoltà a causa dei periodi prolungati di malattia o distanza dalla madre contribuendo alla formazione di uno stato di confusione in esso.

Le interazioni e gli scambi di informazioni tra il neonato e le figure parentali sono di fondamentale importanza poiché deputate alla costruzione dei modelli mentali, pilastri sui quali si costruiranno le caratteristiche dell'adulto che sarà. Questi modelli mentali, descritti dalla psicologa Pisano Greta, nell'articolo *'Genitori tossicodipendenti: le conseguenze sul bambino e i possibili interventi'*, seppur provvisti di una base psicologica, sono altamente legati alla qualità del legame reale tra bambino e figure genitoriali, soprattutto durante il primo anno di vita. John Bowlby psicologo, medico e psicoanalista che ha elaborato sia la terapia dell'attaccamento tra madre e bambino, sia la definizione di 'base sicura', fattore di protezione di possibili disagi psichici, studiò gli aspetti che caratterizzano i legami affettivi all'interno della famiglia. Nel momento in cui la madre è dipendente da qualche sostanza, gli effetti di quest'ultime intaccheranno il rapporto di cura tra i due soggetti (genitori-bambino). Il rischio che comporta la trascuratezza della madre produce condizioni *'di malessere cronico, costringendo il bambino a crescere in condizioni di insicurezza patologica e disagio'* (Pisano), compromettendo sempre più uno sviluppo sano. Certamente ciò che influisce nell'evoluzione del rapporto genitori-figlio rispecchia anche quello che è stato il legame sviluppato dagli attuali genitori con le loro figure di attaccamento. Un rapido processo di adultizzazione e un mancato espletamento del processo di separazione e individuazione possono giocare un ruolo rilevante nel contestualizzare la famiglia e fornire una risposta alla dinamica.

Le conseguenze delle mancanze genitoriali, seppure nei primi tempi, non appaiono immediatamente, non tardano ad arrivare durante la prima infanzia.

'Mommy o Daddy Issues', così definiti in inglese, sono delle problematiche derivanti da un rapporto madre o padre-figlio squilibrato e non sano. Queste situazioni sono invalidanti nella costruzione di

rapporti con gli altri. I Mommy o Daddy issues si presentano nei bambini indipendentemente nel sesso di appartenenza e sono invalidanti allo stesso modo nei maschi come nelle femmine. Con l'arrivo dell'età adulta, gli esseri umani sperimentano le relazioni con gli altri, anche di tipo romantico. Proprio con queste ultime insorgono delle problematiche manifestandosi attraverso sfiducia e bisogno di rassicurazioni e conforto, gelosia insieme al timore di essere abbandonati dal proprio partner, disequilibrio di potere nella relazione, scarsa volontà nel comunicare abbinato ad una bassa autostima verso sé stessi (Barbieri, 2021).

Insieme a questi, continua la Dott.ssa Pisano, episodi di depressione maggiore o di disturbi del comportamento possono interessare il figlio che cresce esposto a sostanze.

Il disturbo oppositivo provocatorio spicca tra i principali disturbi dell'attaccamento. Il Manuale diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-5, 2014), classifica quest'ultimo tra i 'Disturbi da comportamento dirompente, del controllo degli impulsi e della condotta'. In altre parole, raggruppa comportamenti connotati da difficoltà nella gestione del comportamento e delle emozioni, caratterizzati dall'attitudine a violare i diritti degli altri e di porsi in contraddizione alle norme o alle figure che ricoprono un ruolo autoritario nell'ambiente del bambino. I tratti peculiari di questo disturbo presentano specificità negative includendo atti di provocazione, disobbedienza e ostilità. Questo particolare disturbo non può essere diagnosticato in età adulta ma esclusivamente durante l'infanzia. La prevenzione e il trattamento precoce, inoltre, risultano di fondamentale importanza allorché non si voglia trasformare questo disturbo infantile in un disturbo antisociale di personalità adulto.

Durante la prima infanzia, l'esperienza di attaccamento andrà a formare il tipo di personalità e le qualità delle relazioni nell'età adulta e svolgono un'azione di mitigazione dell'adattamento all'ambiente e alle persone. È di fondamentale importanza che si sviluppi nel miglior modo possibile. Quando un bambino cresce in un contesto di tossicodipendenza o con la presenza di una madre abusante di alcol, sarà particolarmente difficile sviluppare un attaccamento di tipo sicuro, poiché potrebbe svilupparsi un attaccamento insicuro-evitante o insicuro-ambivalente. Secondo quanto riporta l'articolo '*L'attaccamento e configurazione del sé*' (Vivona M, 2018), l'attaccamento insicuro-evitante prevede una sorta di eliminazione o annullamento della presenza degli altri dall'ambiente circostante al bambino.

Lo stile di attaccamento insicuro-ambivalente, invece, si verifica nel momento in cui il piccolo ha vissuto episodi di imprevedibilità con la madre, figura di attaccamento principale, facendo emergere così la necessità di creare un rapporto di vicinanza particolarmente stretto e viscerale, rinunciando a esplorare in autonomia l'ambiente circostante. Un altro stile di attaccamento non equilibrato è

chiamato disorganizzato-disorientato, che si manifesta quando il bambino percepisce la madre, o figura di attaccamento principale, come una minaccia. La madre viene percepita come figura spaventata o spaventante, ragion per cui, il figlio leggerà il mondo esterno con pericolo e la madre come minaccia.

Come 'meccanismi di difesa' di fronte ad una condizione parentale tutt'altro che semplice e positiva, l'istinto del bambino cercherà di introdurre delle strategie per sopperire al meglio questa realtà. Attraverso l'aggressività, l'eccitazione, iperattività e iperadattamento il bambino cercherà di svincolarsi tra la paura dell'abbandono e la consapevolezza di dover stabilire una distanza con l'altro e di imporre un'autonomia personale (Vivona, 2018).

Crescere in un contesto familiare difficile, ha conseguenze nell'infanzia ma questi disagi si protraggono anche durante l'adolescenza. Periodo conosciuto per la delicatezza dei cambiamenti fisici e psicologici che avvengono nei ragazzi. È stato confermato dall'epigenetica che, i fattori genetici, l'ambiente e le caratteristiche psicologiche di una persona possono concorrere alla maturazione di un uso di sostanze durante l'adolescenza.

Non solo il potenziale utilizzo di droghe e sostanze rappresenta l'unica conseguenza. Difatti, lo sviluppo di uno stile di attaccamento insicuro-evitante durante l'infanzia produce una grave serie di conseguenze negative in adolescenza. Tra queste, come riportato nell'articolo Pace U, Zappulla C del 2010, viene evidenziato *'il ruolo dell'attaccamento insicuro nell'insorgenza di sintomi depressivi, problemi comportamentali e ideazione suicidaria in adolescenza'*. Le conseguenze psicologiche possono rivelarsi deleterie durante l'adolescenza.

La depressione colpisce in rapporto ½ gli adolescenti ed è spesso associata ai disturbi d'ansia. Tra le cause protagoniste, insieme all'attaccamento insicuro, emergono le difficoltà nel processo di individuazione e di separazione dai genitori, presenza di depressione in famiglia e trascuratezza materna. Questi comportano una rappresentazione negativa di sé stessi, estrema sensazione di dipendenza dagli altri e aumentata autocritica e senso di inadeguatezza, come ricorda il prof. Belluardo dell'Università degli studi di Catania. I sintomi adolescenziali non sono del tutto uguali dell'adulto, prediligendo comportamenti che prevedono disobbedienza, esibizionismo, inclinazione all'agire, faticabilità, insieme a noia e ipocondria. I sintomi caratterizzanti il disturbo depressivo in adolescenza, inoltre, si manifestano con stati di tristezza emotiva, melanconia, pessimismo e disperazione combacianti a sentimenti di noia e mancanza di interesse (anedonia) e senso di impotenza e inefficacia. Inoltre, si osservano anche a livello fisico: rallentamento psicomotorio,

disturbi fisici di varia natura, stanchezza fisica (astenia). La depressione può aiutare in modo significativo al passaggio all'atto auto-eteroaggressivo che prevede l'assunzione di bevande alcoliche e droghe, bulimia, comportamenti violenti e tentativi suicidari.

L'ADHD, o disturbo dell'attenzione e iperattività, durante l'adolescenza può manifestarsi in più aree della vita di un adolescente. Tra le principali difficoltà si manifesta la difficoltà nel selezionare e focalizzare l'attenzione negli stimoli rilevanti presenti nell'ambiente. Ciò significa che il ragazzo sarà meno concentrato nello svolgere le mansioni assegnate dai professori o dalla madre, poiché tenderà a rivolgere tutte le energie nel compiere atti come 'sognare ad occhi aperti', ricercare motivi per uscire, non ricordare le consegne delle faccende che gli sono state chieste (Barozzi E, Maj E, Pandolfi V). In aggiunta a ciò, l'adolescente incontra molta fatica nel mantenere la concentrazione, poiché una caratteristica dell'ADHD è la facilità con la quale una persona si distrae dalla mansione principale. La difficoltà a mantenere la concentrazione in coerenza al compito assegnato, possedere scarse competenze di organizzazione, dimenticare le informazioni apprese e nutrire della difficoltà a passare da un'attività principale a una secondaria rientrano tra le caratteristiche comportamentali del ragazzo ADHD. Oltre a ciò, gli adolescenti con ADHD mostrano molta più impulsività rispetto ai coetanei (Barozzi E, Maj E, Pandolfi V). Inquadrando questa caratteristica sotto un'ottica comportamentale, questa si manifesta con comportamenti e azioni spesso capricciose poiché skills di pazienza e pacatezza non rientrano nel temperamento del soggetto. A livello cognitivo, invece, questi ragazzi si dimostrano precipitosi e rapidi nello svolgimento dei compiti scolastici, aumentando in questo modo la possibilità di compiere errori o di trascurare nozioni rilevanti. Infine, rispetto alla sfera emozionale, questi ragazzi si presentano frustrati, agitati e spesso di malumore, nutrendo improvvisi atteggiamenti di rabbia e violenza accompagnati da risposte aggressive fisiche e verbali. (Barozzi E, Maj E, Pandolfi V). L'iperattività è un'altra caratteristica che rientra in questo disturbo. Le problematiche associate, continua l'articolo, pregiudicano il rendimento scolastico, che risulta difficile da mantenere buono, a causa delle difficoltà nel portare a termine i compiti e seguire pedissequamente la mole di studio assegnata dai professori. Le cause sono il sovraccarico cognitivo delle abilità organizzative ed emotive e i frequenti disturbi specifici dell'apprendimento, nella lettura, nella matematica, nella scrittura e/o in altre aree. Anche la gestione delle emozioni risulta complicata, in seguito a esperienze di vita fallimentari, possono sfociare in episodi di depressione, ansia e bassa autostima di sé che potrebbero concorrere allo sviluppo di un disturbo alimentare e l'abuso di sostanze.

La costruzione di relazioni problematiche ed intense è caratterizzante l'adolescente ADHD. Il soggetto può nutrire un forte legame affettivo nei riguardi del proprio partner, auspicando a una fusione 'anima e corpo' con la stessa, eccedendo talvolta in una gelosia non sana. Se da una parte

nutre questi sentimenti intensi, dall'altra l'adolescente dimostra di possedere scarse capacità di empatia nei confronti del partner, creando problemi interni alla relazione. Dal momento in cui il ragazzo non comprenderà che la responsabilità della relazione è imputata anche a esso, non costruirà rapporti paritari. In quanto, ogni qualvolta, che sperimenta delusione e frustrazione, le possibilità che si chiuda in sé stesso aumentano notevolmente.

Infine, l'ADHD, è collegata a malesseri fisici provocanti dolori alla testa, difficoltà digestive. Ad intermittenza il ragazzo può sentire la necessità di trascorrere una giornata a letto e non svolgere alcun tipo di attività per permettere al suo fisico di recuperare energie (Barozzi E, Maj E, Pandolfi V).

In conclusione, un'altra conseguenza negativa che deriva dal crescere in situazioni poco sane e negative è il rischio suicidario nel quale incorre un adolescente. I segnali di allarme per il rischio suicidario evidenziabili dell'adolescente coinvolgono un marcato cambiamento nelle abitudini alimentari e del sonno, una tendenza all'isolamento da amici, famiglia e attività delle quali era interessato. Seguono anche improvvisi atti violenti, comportamenti ribelli e fughe, un notevole cambiamento della propria persona e della propria personalità e trascuratezza personale, spesso si verificano episodi di uso di droghe o alcol, noia, disinteresse e peggioramento del rendimento scolastico e accusare malesseri fisici. Un adolescente che progetta il suicidio potrebbe riservare nei suoi confronti sentimenti negativi come, ad esempio, dipingersi come persona cattiva. Formulare frasi dove afferma di voler morire, di essere scontento nella risoluzione delle faccende. Riordinare stanza e oggetti, dandone via alcuni, e manifestando una sintomatologia psicotica (allucinazioni, idee ossessive). Come riporta una ricerca svolta nel 1994 (Schwarzenberg T.L, 2002), gli autori hanno riportato le cause principali che spingono un adolescente al suicidio. I problemi familiari spiccano con un 26,8% negli adolescenti fino ai 15 anni, e con un 5,6% tra gli adolescenti dai 15 ai 19 anni.

CAPITOLO TERZO

Capitolo 3.A

Il ruolo dell'assistente sociale

La garanzia di un ambiente di vita sano per un bambino deve essere tutelata per permettere una crescita serena e sicura. Tossicodipendenza e genitorialità, insieme, concorrono alla formazione di una sofferenza psicologica non indifferente per coloro che abitano la famiglia (Bellucci, 2014). Al fine di costruire un progetto, dunque, sono necessari attenzione, sostegno ed empatia per intervenire nei momenti più opportuni.

È dimostrato che la costruzione di un progetto integrato attraverso molteplici interventi, dove si incrociano trattamento farmacologico, supporto psicologico, sociale e assistenza alla genitorialità, riscuota maggior efficacia rispetto a un mero intervento farmacologico. Si evince dunque, che la madre tossicodipendente, necessita di un accompagnamento circa la ricostruzione del sé, di fortificazione dell'autonomia e dell'assunzione della responsabilità, in primo luogo, verso sé stessa e, in seguito, verso gli altri (Bellucci, 2014).

Il primo concetto di autonomia spesso viene interpretato dalla donna come forma di emancipazione resa possibile attraverso l'assunzione di sostanze e comportamenti trasgressivi. Questa forma utopica di autonomia però si trasforma in dipendenza da droga e alcol e spesso anche dipendenza affettiva dal partner.

Il significato di responsabilità, invece, deve essere inteso come cura di sé, della propria salute e di essere in grado di mantenere autostima e autonomia.

Autonomia e responsabilità devono poi confluire nel momento in cui una donna sceglie la maternità. La legislazione vigente specifica che la scelta alla maternità deve essere compiuta dalla donna indipendentemente dallo stato mentale e fisico nel quale si trova, ma quest'ultima deve trovarsi nella posizione di poter soddisfare tutti i bisogni del figlio e provvedere a tutte le cure necessarie.

Accade spesso però che una donna con una dipendenza da sostanze non riesca a adempiere totalmente a queste mansioni, ragion per cui è necessario il sostegno da parte della propria rete familiare, amicale e delle istituzioni.

La madre che si dimostra volenterosa nell'intraprendere un percorso di aiuto può trovare un valido sostegno presso i Ser.D. e le comunità madre-bambino. Certamente non sono le uniche strutture in grado di erogare servizi e prestazioni a favore di questi utenti, ma sono specializzate al trattamento delle dipendenze, Ser.D., e alla tutela della maternità, comunità. All'interno di queste strutture, operano professionisti pronti ad accompagnare le utenti in un percorso individuale. Tra questi spicca il ruolo dell'assistente sociale, che può operare in entrambe le strutture.

Il ruolo dell'assistente sociale si può riassumere nella definizione di *'professione basata sulla pratica e disciplina accademica che promuove il cambiamento sociale e dello sviluppo, la coesione e l'emancipazione sociale, 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 diversità sono fondamentali per il servizio sociale.'* *'... il servizio sociale coinvolge persone e strutture per affrontare le sfide della vita e per migliorare il benessere'* (Sicora, 2015).

Sulla base di questa definizione appare chiaro come, una madre che voglia intraprendere un percorso di uscita dalla tossicodipendenza possa rivolgersi a questi professionisti.

Guidati da un codice deontologico che espone i diritti e i doveri di tale professione, l'utente non dovrà, in alcun caso, sentire il peso del giudizio da parte dell'operatore. Come riporta l'articolo 9 del Titolo II – Principi generali della professione- del Codice Deontologico della professione *'l'assistente sociale svolge la propria azione professionale senza fare discriminazioni...'* *'...consapevole delle proprie convinzioni e appartenenze personali, non esprime giudizi di valore sulla persona in base alle sue caratteristiche o orientamenti e non impone il proprio sistema di valori.'* (Codice Deontologico, 2020).

Relativa alla dipendenza da sostanze e alcol, una donna, può ricevere supporto e aiuto presso i Ser.D. Queste strutture sono servizi pubblici, appartenenti al Sistema Sanitario Nazionale, che lavorano per combattere le dipendenze patologiche. Vennero istituiti, per la prima volta, grazie alla promulgazione della Legge 162/90. Svolgono principalmente attività volte alla prevenzione primaria, alla cura e alla prevenzione di possibili patologie direttamente collegate all'utilizzo di sostanze. Oltre a ciò, lavorano al fine di assicurare una riabilitazione quanto più efficace possibile e un reinserimento sociale e lavorativo della paziente. Di fondamentale importanza è la rete di collaborazioni con le comunità terapeutiche, i comuni, le cooperative e le associazioni di volontariato al fine di garantire un servizio attento per gli utenti.

La peculiarità che contraddistingue i Ser.D. è l'erogazione a titolo gratuito di farmaci per le terapie riabilitative. Inoltre, viene garantita la tutela della privacy e viene data la possibilità di richiedere il beneficio del trattamento in forma anonima, grazie alla legge sugli Stupefacenti 309/90 comma 7 art. 120 T.U. (Dipartimento per le politiche antidroga).

Un punto di forza che distingue il servizio Ser.D. è il lavoro di équipe. Questa tipologia di lavoro è intesa come gruppo di persone che perseguono un fine comune o collaborano nello stesso settore di attività (Dizionario Treccani), all'interno della quale operano medici, educatori, psicologi, infermieri e assistenti sociali (Dipartimento per le politiche antidroga).

Un percorso all'interno del Ser.D. può essere sintetizzato attraverso quattro processi che caratterizzano il lavoro tra assistente sociale e paziente-madre (Belotti, 2007). Innanzitutto, è fondamentale comprendere il problema e le cause che conducano a una dipendenza, per concentrarsi, in seguito, sulla gestione delle relazioni che ruotano attorno alla paziente (Belotti, 2007). Non di rado succede che la paziente arrivi con idee utopiche circa la risoluzione precoce del problema di dipendenza, fattore che contraddistingue il suo stato attuale. È necessario studiare la sua storia, le sue aspettative rispetto la riuscita del percorso. Ogni persona racchiude un'unicità singola e particolare, che l'assistente sociale deve far emergere e lavorare attraverso quest'ultima per costruire un buon percorso riabilitativo. L'articolo 8 del Titolo II – Principi della professione- ne è esempio: *‘ l'assistente sociale riconosce la centralità e l'unicità della persona in ogni intervento; considera ogni individuo anche dal punto di vista biologico, psicologico, sociale, culturale e spirituale, in rapporto al suo contesto di vita e di relazione’* (Codice Deontologico, 2020).

Non bisogna ricorrere a risposte preconfezionate (Belotti, 2007) ma cercare soluzioni che possano risultare produttive e scoraggiare un abbandono da parte dell'utente. Il percorso di aiuto deve essere adattato secondo i tempi e i ritmi che la paziente è in grado di sostenere, non risultando insostenibile. Durante i primi colloqui, vengono forniti alla paziente gli strumenti per poter percepire la potenzialità di trovarsi in un ambiente neutro, al fine di dichiarare e raccontare i problemi senza il timore di incorrere in giudizi. La specificità del lavoro dell'assistente sociale è quella di fornire gli strumenti alla paziente per comprendere le origini storiche e ambientali del problema di dipendenza da sostanze, affrontando anche le possibili cause attuali che continuano ad alimentare tale dipendenza, analizzando punti di forza e di debolezza della situazione. Fondamentale è il rinforzo della motivazione personale della paziente per perseguire il miglioramento delle condizioni di vita. L'articolo 11 del Titolo II- Principi generali della professione- recita *‘ l'assistente sociale promuove opportunità per il miglioramento delle condizioni di vita della persona...’* (Codice Deontologico, 2020)

Successivamente a ciò, si inizia a concordare il progetto di cambiamento che si andrà ad affrontare, nei mesi futuri, con lo scopo di uscire dalla dipendenza e di recuperare abitudini e abilità sociali. Ciò implica l'attivazione di un percorso di ri-apprendimento sociale; un circuito che ha come obiettivo la ricerca di nuovi modelli comportamentali volti al riequilibrio della società e della vita relazionale (Belotti, 2007). Si costruisce sostituendo al precedente modello di comportamento negativo orientato alla pratica di comportamenti antisociali e a-relazionali a questo nuovo processo positivo. Il traguardo è l'acquisizione di un'autonomia decisionale della paziente, misurandosi con la realtà, ponendosi obiettivi personali, utilizzando le risorse disponibili dei servizi sociali, evitando, però, la creazione di uno stato di dipendenza dal servizio. La madre che arriva al Ser.D., potrebbe trovarsi in una situazione di fragilità sociale e relazionale, ragion per cui, è necessario potenziare il suo stato di benessere utilizzando gli strumenti che quest'ultima ha a disposizione, l'articolo 26 del Titolo IV - Responsabilità dell'assistente sociale verso la persona- enuncia che *'l'assistente sociale riconosce la persona come soggetto capace di autodeterminazione e di agire attivamente...'* (Codice Deontologico, 2020).

L'inserimento in qualche comunità terapeutica presente all'interno del territorio inoltre può favorire un corretto andamento del percorso della donna. Affidarsi alle risorse circostanti rimane sempre un grande strumento di supporto per l'aiuto di pazienti tossicodipendenti poiché all'interno delle comunità operano professionisti che arricchiscono il lavoro svolto presso il servizio per le dipendenze.

L'assistente sociale ha il compito di costruire la rete di lavoro e di far cooperare, in favore della paziente, tutte le altre realtà presenti nel territorio coinvolte nel progetto. A titolo esplicativo, possono essere interpellati per la cooperazione tutto l'apparato burocratico e istituzione: Ministero, Tribunale o scuole; e con il terzo settore: associazioni di volontariato, Cooperative sociali e fondazioni. Lo scopo del lavoro di rete è *di legare fra loro persone e istituzioni tramite connessioni e catene di significative relazioni interpersonali e interfunzionali in funzione del miglioramento della qualità di vita dei singoli* (Unisalento).

Infine, la gestione e il monitoraggio del cambiamento appaiono di fondamentale importanza durante tutto il percorso e alla fine dello stesso. La verifica e la valutazione finali aiutano l'operatore ad analizzare i risultati raggiunti durante il processo di aiuto (Mirabella M, 2016). Queste operazioni, però, non devono mai mancare anche nelle altre fasi del processo di aiuto, al fine di evitare l'abbandono della paziente del progetto. La verifica finale è utile per progettare un piano di

mantenimento se gli obiettivi sono stati raggiunti (Mirabella M, 2016). In caso contrario, sarà necessario studiare cosa non ha funzionato e riprogrammare un nuovo percorso.

Altre strutture nelle quali una madre può beneficiare di aiuto, supporto e tutela per sé stessa e per il suo bambino sono le comunità madre-bambino.

Lo scopo principale di queste comunità è garantire al bambino un accudimento sano e corretto volto a tutelare la sua infanzia valorizzando la madre o la famiglia, allo scopo di prevenire l'abbandono o l'allontanamento dal proprio nucleo d'origine e salvaguardando il rapporto genitore-figlio.

Oltre a ciò, l'intervento è finalizzato anche ad aiutare le donne in situazioni delicate, come la dipendenza da sostanze, a gestire e comprendere l'esperienza di accudire il proprio bambino.

Puntando alla programmazione di un progetto di vita sano in ottica fisiologica e affettiva-relazionale.

La comunità offre la possibilità di crescere in un ambiente familiare sereno, nel quale i professionisti, attraverso il loro operato si prodigano nel garantire al massimo la creazione di situazioni di vita equilibrata, cercando di ridurre tutti i possibili elementi di disturbo che possono ostacolare il percorso degli utenti.

Il percorso all'interno di una comunità madre-bambino si articola in più processi volti a garantire un cammino adeguato alla paziente e costantemente monitorato. All'interno delle comunità è presente la figura dell'assistente sociale che si occupa di assicurare l'efficacia e l'efficienza degli interventi per raggiungere il benessere proprio e del bambino.

L'assistente sociale funge da congiunzione tra l'area sociale e quella sanitaria. In ragione di ciò stipula un percorso sociosanitario di presa in carico integrata articolato in diverse fasi (Ordine Assistenti Sociali Lombardia, 2022).

Successiva alla fase di valutazione della domanda, e di accoglienza all'interno della comunità, l'operatore e la paziente devono concordare insieme quali obiettivi inserire nel percorso di aiuto. Tra gli scopi specifici che possono essere inseriti nel progetto emergere la finalità di promuovere la protezione del minore nell'ambito di un percorso di aiuto e sostegno alla genitorialità che faccia combaciare l'impiego della comunità nella quale si lavora, definendo le condizioni iniziali come premessa operativa per iniziare a lavorare (Signaroldi, 2007). Inoltre, continua la Dott.ssa Signaroldi, è necessario riflettere sul significato di autonomia della donna e della capacità genitoriale, andando a lavorare sui requisiti minimi riferiti allo sviluppo di un livello di autonomia sufficiente da parte della

madre, basandosi sulle nozioni divulgate dalla letteratura psicologica. In seguito alla definizione delle fasi del percorso di aiuto, le sue tempistiche e modalità di azione è fondamentale costruire un progetto nel quale il soggetto principale sia la madre. Per procedere in tale senso è opportuno introdurre azioni di osservazione e di valutazione per far emergere tutte le difficoltà e le risorse della donna per coinvolgerla attivamente nella delimitazione delle finalità da perseguire. Per ottenere ciò si possono avviare dei cambiamenti che abbracciano lo stile di vita della madre e la capacità di svolgere il proprio ruolo genitoriale, incentivando quanto più possibile l'autonomia personale. Ricorda l'articolo 26, precedentemente enunciato, *'l'assistente sociale riconosce la persona come soggetto capace di autodeterminazione e di agire attivamente...'* (Codice Deontologico, 2020).

La valutazione e il monitoraggio caratterizzano sempre il lavoro dell'assistente sociale. Si intende utilizzarla nei momenti di verifica per rilevare quali effetti abbia prodotto il processo di aiuto costruito.

Capitolo 3.B

Possibili interventi di presa in carico integrata della madre-bambino (come si può intervenire in queste famiglie?)

Quando una madre abusa di sostanze non si assistono a meri episodi di violenza fisica, ma il tipo di maltrattamento condotto dalla madre, riguarda oscillanti momenti di totale distacco dal figlio dettati da un'incapacità di porlo al primo posto, a momenti di *'sovracompensazione'* (Bramucci, 2019).

L'articolo analizzato riporta l'esperienza maturata da alcuni operatori di una Comunità terapeutica per madri tossicodipendenti e per i loro figli, dove emergono svariate esperienze emotive e sentimenti negativi nutriti dalle pazienti.

Le prime fonti analizzate riguardano le varie esperienze emotive negative che vive la madre. Queste ultime emergono dalla paura del giudizio da parte della sua famiglia di origine e dalle istituzioni. Come tecnica di difesa per salvaguardare la propria posizione e situazione, utilizza la sensazione di giudizio, contrassegnando gli atteggiamenti di rabbia, aggressività e avversione nei confronti di chiunque le riserbi un atteggiamento sentenzioso (Bramucci, 2019).

Un altro sentimento analizzato è quello di guardare al figlio come possesso personale, da proteggere dalle azioni esterne. Il figlio, per la donna, diventa quasi una sostituzione della sostanza, in seguito alla creazione di un rapporto di simbiosi nocivo e particolarmente dannoso che talvolta prevede l'esclusione del padre. Si evidenzia, infatti, come il rapporto tra madre e figlio si sfaldi in concomitanza con la ripresa dell'assunzione di sostanze. Il figlio assume così una connotazione strumentale.

Infine, è stato studiato l'impiego, da parte delle donne dipendenti da sostanze, del *'modello della saponetta'* (Bramucci, 2019). Il termine *'saponetta'* va a indicare la propensione della madre nell'essere concorde in merito all'affidamento del proprio bambino a terzi, non dimostrandosi restia. Ciò le permette dunque di alleggerire il carico emotivo, affettivo e pratico verso il figlio, riducendo la sua responsabilità. Talvolta però, emerge una rivendicazione della *'maternità'* da parte della stessa, facendo affiorare sentimenti ambivalenti circa i suoi sentimenti verso il piccolo.

Si evince, dunque, quanto sia necessario un intervento da parte delle istituzioni per impedire che la situazione tra madre e figlio possa comprometersi e pregiudicare ulteriormente lo sviluppo dell'infante.

Per individuare quale tipologia di intervento di sostegno sarebbe opportuno sviluppare, si procede con una valutazione dell'idoneità genitoriale della madre.

L'obiettivo principe della valutazione è esaminare l'insieme di capacità e attitudini che un genitore deve possedere al fine di assicurare la soddisfazione di tutti i bisogni affettivi del figlio, offrire contenimento e regolazione degli stati d'animo del minore e, imponendo, qualora fosse necessario, limiti e regole per una crescita sana (Mirabelli, 2021).

Solitamente questo processo viene svolto da un consulente tecnico d'ufficio scelto da un magistrato. Il compito della valutazione è complesso e delicato, poiché caratterizzato da dinamiche affettive, cognitive e decisionali (Mirabelli, 2021).

La valutazione può essere anche di tipo medico e giuridico, non solo psicologico, psicopatologico e sociale.

La valutazione medica, svolta da un medico, considera la situazione clinica generale della madre. Prendendo in esame anche possibili patologie causate dall'assunzione di sostanze (Bramucci, 2019).

Quella di tipo psicologico e psicopatologico, invece, si focalizza circa le caratteristiche della personalità della paziente. Condotta da uno psicologo, ricerca possibili patologie psicologiche delle quali la paziente potrebbe essere affetta. Nonché spinge la paziente a interrogarsi sul significato che connota alla tossicodipendenza (Bramucci, 2019).

L'ultima, a carico dell'assistente sociale, si concentra nello studio delle abilità sociali, dell'ambiente familiare e sociale di riferimento della paziente. Inoltre, esamina la possibile presenza di precedenti giuridici legati alla tossicodipendenza. Quest'ultima considera il percorso storico della dipendenza della madre, da quali sostanze legali e illegali è stato caratterizzato e la durata dello stesso.

Oltre a ciò, si focalizza sulle possibili problematiche psicologiche che potrebbero compromettere la permanenza del piccolo nel medesimo ambiente materno (Bramucci, 2019).

La valutazione giuridica, infine, ritiene rilevante indagare sui precedenti tentativi di disintossicazione e di fronteggiamento della dipendenza da parte della donna.

Allo scopo di assicurare al minore una possibilità di vita migliore, risulta significativo segnalare in quale situazione economica riversi la famiglia. La presenza di precedenti penali o di pendenze a carico della madre; frequenti trasferimenti o segnalazioni di conflitti all'interno della coppia o periodi di confusione e incertezza nel nucleo. I rapporti e le relazioni da parte dei servizi sociali sono richiesti e necessari per ricevere costati aggiornamenti sull'andamento della famiglia.

Insieme al figlio, vengono valutate le caratteristiche di personalità per indagare sulla possibile insorgenza di patologie e la tipologia di rapporto che intercorre tra madre e piccolo.

Intervenire in contesti di genitorialità fragile richiede la progettazione di un percorso che vada a tutelare il figlio da una condizione pregiudicante la sua crescita, ma che non condanni la madre in merito al suo comportamento (Bramucci, 2019). Perciò si ritiene fondamentale la riflessione per generare un miglioramento sul fronte genitoriale. Per giungere a questo obiettivo, vengono progettati degli interventi specifici per l'accompagnamento della madre e del bambino.

Questi interventi a sostegno della genitorialità nelle situazioni di tossicodipendenza o alcol dipendenza coinvolgono una vasta gamma di servizi.

Alcuni di questi interventi danno origine a una rete di più servizi che coinvolgono i reparti di ginecologia e ostetricia dell'ospedale della zona, il Ser.D, i servizi sociali, i consultori e la neuropsichiatria infantile.

Allo scopo di supportare il rinforzo delle competenze genitoriali viene impiegato il sostegno di ambulatori di counseling. Si tratta di un'attività relazionale, svolta professionisti specializzati, finalizzata a orientare, sostenere e sviluppare le potenzialità delle persone momentaneamente in difficoltà. Il counseling può essere individuale o di gruppo. Promuove atteggiamenti attivi rispetto la soluzione di problematiche, aiuta a prendere decisioni e a migliorare le relazioni personali. L'obiettivo è sviluppare skills di autonomia personale del soggetto richiedente la prestazione, che rimane sempre protagonista del percorso di counseling (Dizionario Treccani, 2010).

Altri interventi vengono svolti nelle comunità madre-bambino. Al loro interno accolgono il nucleo familiare e propongono un percorso al fine di supportare la madre nella riabilitazione dalla tossicodipendenza. Supportano la genitorialità e le problematiche della coppia.

Un intervento di tutt'altra natura è l'affidamento del minore. Premesso che le difficoltà che può incontrare un nucleo familiare sono di diversa natura: economiche, psicologiche, logistiche, lavorative o al fine di trovare un impiego e per altra tipologia di motivazioni, al minore deve sempre essere garantita l'applicazione del suo diritto a crescere nel proprio contesto familiare di origine.

Allorché però la famiglia di origine, non riesca a garantire il diritto del minore a crescere e a essere educato in adeguata maniera, comporta il temporaneo affido del minore presso terzi (Gruppo Edizioni, 2015).

L'affidamento non rappresenta la sostituzione legale o sociale della famiglia d'origine, ma vuole essere un aiuto nel superare problematiche e difficoltà, sopra citate, al fine di ripristinare un ambiente familiare sano e idoneo per lo sviluppo del bambino.

Il minore, inteso dal primo anno di nascita al compimento del diciottesimo anno di età, ha diritto di essere ascoltato, informato e preparato prima di procedere con l'affidamento. Esercita il pieno diritto di mantenere rapporti con la propria famiglia origine, e con quella affidataria al termine dell'affido (Gruppo Edizioni, 2015).

In quest'ultima rientra *'qualunque persona che, singolarmente o in coppia, a seguito di una valutazione psico-sociale, sia risultata idonea ad accudire, crescere e mantenere un minore'* (Gruppo Edizioni, 2015). Tra i requisiti prestabiliti emerge possedere uno spazio adeguato nella propria abitazione volto ad accogliere una persona; la predisposizione affettiva e le capacità educative per sostenere il minore nello sviluppo; lavorare per mantenere un costante rapporto con la famiglia d'origine del bambino (Gruppo Edizioni, 2015).

La definizione di famiglia di origine intende *'qualunque persona che, singolarmente o in coppia, abbia il compito di accudire, allevare, educare un minore in tutta la sua integrità fisica, psichica ed emotiva e che in seguito a una valutazione tecnica psico-sociale appaia impossibilitato e/o inadeguato a svolgerlo'* (Gruppo Edizioni, 2015). A questa devono essere garantiti gli strumenti per poter avviare un percorso per il recupero delle capacità genitoriali, ha diritto di essere sempre aggiornata rispetto le finalità dell'affido, nonché di mantenere stabili rapporti con il figlio (Gruppo Edizioni, 2015).

Tra i soggetti istituzionali coinvolti nel processo di affidato sono presenti i servizi sociali territoriali, i servizi territoriali, l'autorità giudiziaria e il giudice tutelare.

I servizi sociali territoriali organizzano incontri e colloqui di conoscenza tra le famiglie coinvolte al fine di verificare se le caratteristiche della famiglia affidataria soddisfano i bisogni di cui è portatore il minore. Nonché si occupano di stilare relazioni periodiche di aggiornamento al giudice tutelare, circa il percorso di affidamento.

I servizi territoriali, quale il Ser.D., formulano progetti e percorsi al fine di accompagnare la madre nel recupero delle abilità sociali e di emersione della tossicodipendenza o dipendenza da alcol. Inoltre, alcuni incarichi di questi servizi includono interventi psicoterapici sul bambino laddove si presenti la necessità.

L'autorità giudiziaria svolge i compiti previsti dalle leggi vigenti, dunque procede con l'esecuzione del provvedimento disposto e affida all'Ente Locale, il minore per un idoneo collocamento. In seguito, su sollecitazione del Servizio Sociale, pubblica un decreto di affido a una determinata famiglia, assicurandosi che il suddetto servizio monitori e sostenga il percorso di affido.

Infine, il giudice tutelare rende esecutivo l'affido emesso dall'Ente e ne verifica la regolarità basandosi sulle relazioni inviate dal Servizio Sociale.

Le tipologie di affido familiare possono essere distinte tra affidamento sociale e istituzionale.

L'affidamento sociale avviene entro il quarto grado di parentela. Si sviluppa entro la famiglia e non necessita di provvedimenti dell'autorità giudiziaria (Gruppo Edizioni, 2015).

L'affidamento istituzionale, al contrario, assume varie forme in base alla legislazione di riferimento che lo tutela. Nel momento in cui il caso in esame preveda una madre che abusa di sostanze, si applicherà l'affidamento come conseguenza della sospensione o della decadenza dalla responsabilità genitoriali ai sensi degli artt. 330; 333 c.c..

In tale situazione, l'affidamento viene disposto al fine di tutelare il minore da una condotta pregiudizievole da parte dei genitori, e quest'ultimo resterà con la famiglia affidataria finché non si ripristinerà una corretta condotta e riacquisizione della responsabilità genitoriale da parte della famiglia d'origine. Se la suddetta responsabilità non verrà riacquisita, verrà decretato lo stato di adottabilità del minore (Gruppo Edizioni, 2015).

Capitolo 3.C

Fenomeno in crescita?

In seguito a tutte le informazioni concernenti l'assunzione di droga da parte della madre in gravidanza, gli effetti visibili nei bambini e le possibili alternative per emergere dalla dipendenza, questo sotto capitolo vuole concludere con lo studio del fenomeno per comprendere se questo sia in rapida ascesa o in lenta discesa.

Il sondaggio promosso da Global Drugs Survey nel 2022 permette di monitorare il consumo di droghe negli ultimi sette anni, dal 2015 al 2021. La ricerca è stata svolta prendendo in esame le risposte date da 592,000 intervistati.

Si evidenzia, come, con l'avvento della Pandemia di Sars-Covid19 l'utilizzo della droga sia diminuito (Da Rold, 2022), ma, ciò nonostante, questo rimanga comunque elevato.

Prendendo in esame l'Europa, e la fascia giovane della popolazione, ovvero quella fertile, la ricerca condotta denota un utilizzo altalenante della droga durante i sette anni presi in considerazione.

L'alcol, si conferma, la sostanza con la percentuale maggiore di utilizzo. Fiora il 100% di consumo in tutta la popolazione. In seconda posizione si trova la cannabis che presenta un 80% di utilizzo tra la fascia 15-20 anni, destinata a discendere fino al 60% tra gli intervistati che hanno dai 25 ai 35 anni. Il tabacco si conferma sostanza maggiormente utilizzata dalla fascia 15-25 anni con una percentuale maggiore al 60%, per poi diminuire arrivando al 40% di consumo per la fascia 30-35. La droga con una percentuale inferiore al 40% in tutta la fascia analizzata 15-35 anni, è la Cannabis, anche se maggiormente utilizzata tra i ragazzi giovani. La Cocaina, al contrario, dimostra una tendenza differente: il suo consumo è superiore al 40% tra gli intervistati che hanno tra i 25 e i 30 anni, risultando però meno utilizzata dai più piccoli. La Ketamina presenta valori tra il 10% e il 20% tra coloro i quali hanno dai 25 ai 35 anni, mentre maggiori al 25% nella fascia 15-25 anni. Le Anfetamine, invece, presentano una percentuale costante in tutto il campione analizzato con un consumo che ruota attorno al 20-30%. Una droga molto presente tra le persone che vanno dai 15 anni ai 25 anni è l'MDMA con un consumo pari al 50%. Tra coloro i quali hanno dai 25 ai 30 anni la percentuale si avvicina al 45%, andando a diminuire progressivamente. LSD e Magic Mushrooms, presentano percentuali più elevate tra i più giovani, andando in seguito a diminuire dai 25 ai 35 anni (Barratt M, Davies E, Ferris J, Munksgaard R, Winstock A, ZhuParris A, 2022).

I risultati evidenziano l'alcol come sostanza in vetta alle statistiche, coinvolgendo tutta la popolazione e non accennando a significative diminuzioni. Nonché unico dato costante in tutta la ricerca. Per quanto concerne le droghe riportate nella ricerca si evince che la popolazione giovane presenta la percentuale maggiore di consumo della sostanza, anche tra quelle meno utilizzate. La ricerca spinge a riflettere: poiché l'età di massima fertilità nelle donne si estende dai 20 ai 30 anni (Ministero della Salute, 2020), coincide con l'età della popolazione che presenta la percentuale maggiore di consumo delle sostanze legali e illegali.

Nel momento in cui una donna abusa di sostanze in gravidanza, anche il feto ne sarà coinvolto e sarà esposto a rischi dannosi per la sua salute, seppure sembri non essere una problematica sufficientemente considerata (De Curtis, 2021).

Negli ultimi anni il fenomeno dell'assunzione di sostanze da parte di donne in gravidanza è aumentato considerevolmente in tutto il mondo. Dato evidenziato dalle numerose nascite di neonati affetti da SAN, Sindrome Astinenza Neonatale (De Curtis, 2021).

Tale questione, riguarda sia la popolazione più giovane, dunque in piena età fertile, sia tutte le fasce sociali. Povertà e ambiente di vita ostile, sicuramente concorrono maggiormente alla formazione di condotte imprudenti da parte della popolazione, ma, sottolinea il Dottor De Curtis, la ragione principale sembrerebbe essere il profondo disagio psicologico denunciato dai ragazzi e alle complicate relazioni familiari.

Il fenomeno non è recente, persiste da molto tempo ed è esteso in tutto il Paese. La crisi di astinenza del neonato si manifesta generalmente dopo le 24/48 ore dalla nascita. Tali episodi emergono precocemente, nel momento in cui si abusa di cocaina, eroina e cannabis, mentre tardivamente, anche trascorsi sette giorni, con le dipendenze da metadone (Traversa Pasqualin, 2019).

I sintomi presentati si manifestano attraverso diversi stati di malessere fisico accompagnati da irrequietezza, sonno agitato e pianto. Per poter verificare se l'entità del danno sia causata dall'assunzione di droghe da parte della madre, si procede con un esame delle urine al neonato, grazie al quale è possibile indentificare tipo e qualità di droga presente. Successivamente alla conferma di positività del neonato alle droghe i medici utilizzano la Finnegan score, una scala di parametri in base ai quali valutano il possibile avvio di una terapia. Può essere utilizzato il metadone e nei casi più gravi possono essere somministrate piccole dosi di morfina.

I medici e i neonatologi spesso si accorgono dei sintomi di malessere che manifestano i piccoli figli, ma è necessario promulgare campagne di prevenzione, già dai ragazzi delle scuole medie, per

diminuire il rischio che questa problematica si protragga nei genitori del futuro (Traversa Pasqualin, 2019)

Nel 2020 è stato condotto uno studio da parte di un gruppo di ricercatori americani, che hanno analizzato la correlazione tra disturbi mentali delle neo-madri ponendo come metro di paragone alcune madri di neonati con SAN e madri di neonati senza SAN, durante tutto il periodo post-partum utilizzando un follow-up di 12 mesi.

Il campione analizzato è stato di 338 coppie mamma-bambino. Ogni donna, madre di neonato SAN, è stata abbinata a una madre di neonato senza SAN secondo l'età, il parto, l'anno di nascita, l'età di gestazione, alla degenza in terapia neonatale e alla diagnosi di salute mentale materna nei nove mesi antecedenti il parto.

I risultati dimostrano come il 72,5% dei neonati con SAN sia stato ricoverato in terapia intensiva neonatale con una durata medi di 10 giorni, presentando inoltre, una maggiore possibilità di essere trasferito in un altro ospedale nel periodo di ricovero: 8% bambini con SAN contro 1,5% di bambini senza SAN. Oltre a ciò, le mamma di neonati SAN presentano elevate possibilità di sviluppare diagnosi di Depressione Maggiore (32,8% contro il 14,5%), di depressione post-partum (6,8% contro il 3,3%) e disturbi di Ansia (26,6% contro il 12,7%). Non emergono differenze per quanto concerne il disturbo dell'adattamento (8,6% contro il 7,1%), il disturbo Post-Traumatico da Stress (3,3% contro il 4,1%) e il rischio suicidario (equivalente presentando il 0,6%) (Fior, 2020).

Si evince dunque, che le neomamme di bambini con SAN, presentano maggiori probabilità di sviluppare determinati disturbi psichiatrici nei primi 12 mesi di post-partum rispetto alle madri di bambini senza SAN. Pare che tale incidenza cresca nel tempo, dunque è di fondamentale importanza che le donne, neomamme, con una storia di dipendenza da sostanze siano inserite in programmi di follow-up mirati al supporto psicosociale, al monitoraggio dei disturbi psicologici, che offrano supporto alla genitorialità e tutela al minore al fine di limitare i danni, specialmente di carattere neurologico (Fiori, 2020).

CONCLUSIONE

La finalità del presente elaborato è stata quella di mettere in luce il fenomeno delle donne che abusano di sostanze in gravidanza.

Inizialmente l'elaborato indaga il panorama contemporaneo dell'uso di sostanze psicoattive da parte della popolazione femminile. Inoltre, la tesi si focalizza sulla storia dell'uomo che fin dall'antichità ha fatto uso di sostanze psicoattive. Il percorso della droga dal passato a oggi, in tale modo, va di pari passo con la storia dell'essere umano. Dai tempi più remoti e fino ad oggi si riscontrano varie funzioni di tali sostanze; infatti, le droghe sono state utilizzate durante rituali religiosi o impiegate a scopo medico o consumate a fine ludico. La droga viene definita come, *'qualsiasi sostanza che introdotta nell'organismo umano ne modifichi le funzioni e/o gli atteggiamenti sia fisici che psicologici.'*

In seguito, sono state delineate le caratteristiche tipiche delle madri che abusano di sostanze. Successivamente si è continuato con lo studio delle conseguenze provocate al figlio collegabili all'utilizzo di sostanze durante la gravidanza.

L'elemento tipico della condotta della donna tossicodipendente è la trascuratezza nei confronti del proprio bambino piuttosto che un mero maltrattamento fisico. Quest'ultima, dunque, genera la formazione di uno stile di attaccamento di tipo evitante nel piccolo, mettendo a grave rischio la salute e lo sviluppo del nascituro.

Infine, è stata descritta la figura dell'assistente sociale, come professionista chiave all'interno di un possibile percorso di riabilitazione della madre. Le strutture dove operano questi professionisti sono i Ser.D e le comunità mamma-bambino. L'assistente sociale, guidato da un codice deontologico, si pone tra l'utente e la problematica cercando di creare un progetto individuale per l'utente con l'obiettivo di emergere dallo stato di malessere nel quale si trova.

Dalle ricerche condotte, si evince che il fenomeno delle donne che abusano di sostanze legali e illegali in gravidanza sia presente da molto tempo in Italia. L'uso materno delle sostanze però continua a rimanere silente, non scuotendo in maniera rilevante l'opinione pubblica, e non ricevendo l'attenzione che meriterebbe, considerando tutte le conseguenze psicologiche sulla donna e sul bambino descritte in questa tesi.

La preoccupazione dell'uso incondizionato delle sostanze in gravidanza si sta diffondendo. Com'è possibile, dunque, ridurre il problema per arginare tale fenomeno? La risposta è racchiusa nella prevenzione primaria. Il lavoro di prevenzione primaria consiste nell'informare la popolazione riguardo a una serie di conseguenze legate a un comportamento nocivo. Tale lavoro deve essere svolto dagli operatori sanitari e da tutto l'apparato istituzionale del territorio italiano. Gli esperti suggeriscono inoltre che queste campagne informative devono avere come soggetto principale la fascia giovane italiana. Comunicando ai ragazzi, futuri adulti e possibili genitori, quali siano le ripercussioni riconducibili all'assunzione di qualsiasi sostanza, sia legale o illegale, il fenomeno delle nascite di bambini già in crisi di astinenza o con FAS, si potrebbe ridurre considerevolmente. Grazie ai nuovi modelli tecnologici a disposizione della società, informare risulta più semplice e consapevolizzare aiuta a formare generazioni in grado di scegliere i loro comportamenti, consci delle conseguenze.

FONTI BIBLIOGRAFICHE E SITOGRAFIA

CAPITOLO UNO

Capitolo 1.A

Paternoster R, *'Una storia stupefacente: la droga nei secoli.'* in www.winstoriain.it

www.valeriosso.com

Dizionario Treccani in www.treccani.it

Torino Giovani, (03.12.2021), *'Droghe e tossicodipendenza'* in www.comune.torino.it

Capitolo 1.B

Emcdda, Lisbona, (08.03.2019), *'Why gender matter in drug addiction'*, in www.emcdda.europa.eu

CAPITOLO SECONDO

Capitolo 2.A

Bramucci A, (11.12.2019), *'Tossicodipendenza e genitorialità fragile'*, in

www.andreabramucci.com

Capitolo 2.B

Polidori E, Righi F, Valletta E, (settembre 2016), *'Gravidanza, neogenitorialità e tossicodipendenza I. Le droghe, ma non solo'*, Quaderni acp, in www.researchgate.et

Rechichi J, *'Sindrome di astinenza neonatale o neonato di madre tossicodipendente'* (18.01.2021), Unità Operativa di Semi Intervista Medica Neonatale e Follow-up & Bambino Gesù Istituto per la salute in www.ospedalebambinogesu.it

Barba M.R, Bica F, Garraffo C, Mininni C, Pepe F, Pepe G, Pepe L, Zambrotta E, (06.06.2019) *'Uso della marijuana durante la gravidanza e l'allattamento: effetti per la gravida, il feto e il neonato'* in www.agoit.it

Zoli S, (29.08.2016), *'Danni del fumo in gravidanza sottostimati'* in www.fondazioneveronesi.it

CAPITOLO 2.C

Bramucci A, (11.12.2019), *'Tossicodipendenza e genitorialità fragile'*, in www.andreabramucci.com

Palmerini I, (21.09.2020), *'La disregolazione emotiva nei bambini'* in www.ipsico.it

Campisi M, *'Disturbi del sé e dell'autostima'*, in www.campipsicologo.com

Barbieri L, (28.11.2021), *'La spiegazione psicologica dei 'Daddy issues' o 'Mommy issues' in www.serenis.it*

De Iorio F, (18.03.2022), *'Il Disturbo oppositivo provocatorio nei bambini'*

Vivona M, (05.2018), *'Attaccamento e configurazione del sé'*, in www.psycommunity.it

Barozzi E, Maj E, Pandolfi V, *'L'adolescente ADHD'*, in www.polobiancardigrosseto.edu.it

Schwarzenberg T.L (2002), *'Riflessioni sulla suicidologia adolescenziale'* in Difesa sociale- vol. LXXXI, n. 6. Pp. 77-90.

Manuale diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-5) (APA, 2014)

Inguglia S, Inguglia C Liga F, Lo Coco A, Pace U, Zappulla C, (2010), *'Individualità e intimità in Adolescenza. Il caso dei Distaccati e dei Connessi.'* Età Evolutiva, 80.67-73.

CAPITOLO TERZO

Capitolo 3.A

Bellucci S, (2014) *'Tossicodipendenza e genitorialità fattori di rischio e modalità di intervento'* in Psicoanalisi Neofreudiana

Sicora A, (17.02.2015), *'Servizio Sociale. GDSW. Definizione internazionale di Servizio Sociale.'*, in www.oaspiemonte.org

Ordine degli Assistenti sociali Consiglio Nazionale, 2020, *'Codice Deontologico dell'assistente sociale'* in www.cnoas.org

Governo Italiano Dipartimento per le politiche antidroga *'I Ser.D. I Ser.D. e Dipartimenti delle Dipendenze'* in www.politicheantidroga.gov.it

Bramucci A, (11.12.2019), *'Tossicodipendenza e genitorialità fragile'*, in www.andreabramucci.com

Belotti G, (05.2007), *'Il ruolo dell'assistente sociale'*, Gazzettino

Mirabella M, 17.10.2016, *'Il procedimento metodologico nel servizio sociale'* in www.assistentesocialenelmondo.wordpress.com

Amici dei bambini, (18.02.2021), *'Italia. Comunità mamma bambino. Un luogo protetto dove le donne fragili imparano ad essere forti e indipendenti.'* In www.aibi.it

Ordine degli Assistenti Sociali, maggio 2022, *'Le case della comunità'* in www.ordineaslombardia.it

Signaroldi L, *'Progettare e lavorare per favorire l'autonomia di madri con minori inserite in struttura'* in FAM corso di Alta Formazione *'Il lavoro nei contesti della complessità: gli assistenti sociali verso nuovi saperi A.A. 2007/2008'*

Capitolo 3.B

Bramucci A, (11.12.2019), *'Tossicodipendenza e genitorialità fragile'*, in www.andreabramucci.com

Mirabelli S, (22.07.2021), *'Affidamento e valutazione capacità genitoriali: la legge.'*, in www.laleggepertutti.it

Dizionario Treccani in www.treccani.it

Gruppo Edizioni Simone, (28.10.2015), *'L'affidamento del minore: presupposti, forme e procedura'*, in www.laleggepertutti.it

Capitolo 3.C

Barratt M, Davies E, Ferris J, Munksgaard R, Winstock A, ZhuParris A, (2022), *'Global Drug Survey A different way of looking at drugs 2002 Drug Trend Report: Time, Music, Clubbing, Age and Diet.'* In www.globaldrugsurvey.com

Ministero della Salute, (17.09.2020), *'Età e fertilità'*, in www.salute.gov.it

De Curtis M, (15.04.2021), *'Neonati in crisi di astinenza, un fenomeno in aumento.'*, Il Corriere della Sera

Fiori M, (25.05.2020), *'Abuso di sostanze in gravidanza e aumento dei neonati in crisi di astinenza.'* In www.istitutobeck.com

Traversa Pasqualin G, (6.11.2019), *'Neonati in crisi di astinenza. Paolillo (Sin): 'È un fenomeno diffuso. Li curiamo ma serve più prevenzione'* in www.agensir.it

Ministero dell'Interno, Dipartimento della Pubblica Sicurezza, Direzione Centrale per i Servizi Antidroga, *'Barbiturici'* in www.antidroga.interno.gov.it

A conclusione di questo elaborato, desidero ringraziare tutte le persone che mi sono state a fianco durante questo percorso di studi.

Ringrazio i miei genitori, Dora e Armando, ai quali dedico questa tesi. Grazie per avermi sempre sostenuta, appoggiata in ogni mia decisione e spronata a non mollare mai.

Ringrazio tutta la mia famiglia, nonni, zii e cugini per avermi accompagnata con calore e affetto, portando ogni volta una parola di conforto.

Ringrazio tutte le mie amiche, gli amici e le persone più care, per i sorrisi e la compagnia.

Un ringraziamento speciale va alla mia relatrice, Professoressa Gianna Magnolfi, che con pazienza e disponibilità mi ha guidata nella stesura della mia tesi di laurea.

Infine, dedico questo piccolo traguardo a me stessa. Possa essere questo il primo di tanti successi personali.

