



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

**Dipartimento di Filosofia, Sociologia, Pedagogia e Psicologia
Applicata -FiSPPA**

Corso di laurea Magistrale in Pedagogia

Tesi di laurea Magistrale

**LA GENITORIALITÀ MASCHILE IN SITUAZIONE DI
TOSSICODIPENDENZA.
ANALISI DELLE STORIE FAMILIARI NELLA NONA
IMPLEMENTAZIONI DI P.I.P.P.I.**

RELATRICE

Prof.ssa Paola Milani

LAUREANDA

Francesca Barone

Matricola: 2058227

Anno accademico 2023/2024

Indice

	Pag.
Introduzione.....	5
Capitolo 1: Il fenomeno delle dipendenze: riferimenti teorici ed elementi conoscitivi	
1.1 Panorama generale sulle dipendenze.....	7
1.2 Che cos'è la tossicodipendenza.....	8
1.3 Dati internazionali sul fenomeno della tossicodipendenza.....	11
1.4 La tossicodipendenza in Italia.....	13
1.4.1 Piano nazionale della Prevenzione 2020-2025.....	15
1.5 Tossicodipendenza e genitorialità.....	17
Capitolo 2: Genitorialità vulnerabile: il padre tossicodipendente	
2.1 Vulnerabilità e famiglie.....	21
2.2 Quadro teorico sull' attaccamento.....	24
2.3 Gli attaccamenti multipli.....	28
2.4 Attaccamento paterno.....	29
2.5. L'attaccamento in un contesto di dipendenza.....	33
2.6 Chi è il padre tossicodipendente.....	34
2.6.1 La percezione della propria paternità.....	37
2.7 L' emarginazione del ruolo paterno nei servizi.....	38
2.8 Tutelare la famiglia e il minore.....	40
Capitolo 3: Presentazione del disegno di ricerca	
3.1 Il programma P.I.P.P.I.....	44
3.2 Il Mondo del Bambino.....	49
3.3 Presentazione del disegno di ricerca.....	54
3.4 Strumenti e metodi.....	55
3.4.1 Strumento Preassessment.....	55
3.4.2 Strumento MdB – Il Mondo del Bambino.....	57

3.4.3 Strumento RPMonline.....	57
3.5 I soggetti della ricerca.....	58
3.6 Metodologia.....	59
Capitolo 4: Presentazione dei risultati	
4.1 Analisi qualitativa.....	62
4.2 Analisi quantitativa.....	63
4.2.1 <i>Assessment</i> e progettazioni al tempo T0.....	63
4.2.2 <i>Assessment</i> e progettazioni al tempo T2.....	67
4.2.3 Esiti T0-T2.....	69
4.3 Dispositivi di intervento.....	72
4.4 I risultati in sintesi.....	74
Conclusioni.....	76
Bibliografia.....	80

INTRODUZIONE

A seguito dei numerosi cambiamenti e delle trasformazioni sociali oggi in atto, non è difficile immaginare il crescente aumento di forme di vulnerabilità che colpiscono la vita dei singoli individui e dei contesti familiari.

Negli ultimi decenni, diverse discipline quali la pedagogia, la psicologia dello sviluppo, la pediatria e la psicoanalisi hanno evidenziato quanto l'ambiente familiare, ed in particolare la funzione genitoriale, possa impattare sullo sviluppo globale del bambino. Nelle situazioni in cui si verifica una condizione di tossicodipendenza -da parte di una o entrambe le figure genitoriali- la funzione di *parenting*, ovvero la particolare e significativa relazione che si instaura fra genitori e figli, può essere intaccata sviluppando forme di negligenza e trascuratezza nei confronti dei bambini (Milani, 2018). Tuttavia, l'utilizzo di sostanze da parte dei genitori non sembra compromettere definitivamente la genitorialità (Boelli, 2022, p. 92), ma può sicuramente rendere più probabile una mancanza di attenzione positiva ai bisogni di sviluppo dei bambini. Questo tipo di negligenza può variare, andando dalla trascuratezza sistematica, a comportamenti di compensazione, fino all'esercizio di una genitorialità simile a quella di genitori non dipendenti da alcuna sostanza (Bramucci, 2019). Per questo motivo, è importante valutare ogni caso in maniera indipendente, al fine di comprendere se il genitore in questione sia completamente in condizione di occuparsi del minore.

A questo proposito, l'obiettivo di questa tesi è di analizzare la genitorialità, in particolare della figura paterna, in condizioni di tossicodipendenza. Nello specifico, si vuole osservare come la dipendenza del padre impatti nella relazione fra padre-figlio e su come l'abuso di sostanze possa influenzare l'esercizio del ruolo genitoriale, considerando i possibili limiti che caratterizzano coloro che sono costretti a vivere la paternità in modo atipico (Caponetto et. al., 2020). La scelta di riporre maggiore attenzione sul ruolo del padre scaturisce dalla letteratura scientifica e dalle ricerche sul tema, quantitativamente minori, in quanto si concentrano per lo più sulla relazione diadica madre-figlio. In effetti, molti professionisti e molti ricercatori tendono ancora a equiparare "genitore" a "madre" e mostrano ambivalenza sul contributo dei padri nello sviluppo positivo del bambino (Bell, Herring, Anand, 2020).

La stesura di questo lavoro è articolata come segue: nel primo capitolo si delinea un quadro generale sul fenomeno della tossicodipendenza e sull'impatto che l'abuso di

droghe ha sulla capacità genitoriale. Vengono riportati i dati messi a disposizione dalle istituzioni competenti italiane, come il Dipartimento Politiche Antidroga (DPA), per offrire informazioni aggiornate sulla situazione in Italia. Come si vedrà, molti dei soggetti presi in carico presso i Servizi per le dipendenze sono anche genitori. In questo senso, la difficoltà da parte dei genitori tossicodipendenti di svolgere l'esercizio della loro funzione genitoriale si declina anche in una trascuratezza della qualità del legame con i figli. I primi mesi di vita di un neonato sono fondamentali per il suo pieno sviluppo. La teoria dell'attaccamento, nata con John Bowlby, accennata brevemente nel secondo capitolo, spiega l'importanza di questo processo, poiché l'instaurarsi di un attaccamento sicuro dipende, in gran parte, dalle prime esperienze che il neonato vive con i *caregivers*. Sebbene la teoria di Bowlby ponga l'accento sulla diade madre-bambino, in questo capitolo si è provato a porre maggiore attenzione non solo sull'attaccamento paterno, ma anche sulla figura specifica del padre tossicodipendente, tipicamente considerato, dalla letteratura, inadeguato, assente e marginale all'interno della famiglia (Bramucci, 2019). Il terzo capitolo persegue il secondo obiettivo di questa tesi, analizzare le metodologie e le modalità di presa in carico della famiglia tossicodipendente presso i servizi e in un programma a sostegno della genitorialità. In primo luogo, viene riportata una ricerca bibliografica su come i professionisti operanti in questi programmi coinvolgano o meno la figura del padre nel processo di intervento. In secondo luogo, verrà posta particolare attenzione al Programma P.I.P.P.I, che, rappresenta un innovativo paradigma di azione pubblica a sostegno dei nuclei familiari in situazioni di vulnerabilità. Nel quarto ed ultimo capitolo, attraverso le descrizioni delle famiglie realizzate dagli operatori partecipanti alla nona implementazione di P.I.P.P.I, tramite l'utilizzo degli appositi strumenti quantitativi e qualitativi messi a disposizione dal Programma, si è inteso realizzare un'analisi quali-quantitativa delle modalità dei processi di intervento messi in atto dai professionisti in relazione a genitori che fanno uso di sostanze, mantenendo il focus sulla figura paterna in situazione di tossicodipendenza. Nello specifico, si è provato ad individuare se nelle informazioni raccolte da parte degli operatori coinvolti nella presa in carico di P.I.P.P.I., si rilevino anche informazioni specifiche su come l'abuso da sostanze possa influenzare l'esercizio del ruolo genitoriale paterno e su come tale questione sia presa in carico nella progettazione degli interventi che coinvolgono i padri.

CAPITOLO 1

IL FENOMENO DELLE DIPENDENZE: RIFERIMENTI TEORICI ED ELEMENTI CONOSCITIVI

In questo primo capitolo viene tracciata una panoramica sul complesso fenomeno della tossicodipendenza e sulle conseguenze dell'abuso di sostanze stupefacenti. Si procede all'esame dei dati forniti da organi istituzionali italiani, tra cui il Dipartimento Politiche Antidroga (DPA) della Presidenza del Consiglio italiana,, allo scopo di ottenere informazioni aggiornate e dettagliate sulla situazione specifica in Italia. Questa panoramica permette una comprensione approfondita delle dinamiche connesse alla tossicodipendenza e offre una analisi iniziale sull'impatto che tale problematica può avere sul ruolo genitoriale.

1.1 Panorama generale sulle dipendenze

La tossicodipendenza, o semplicemente tossicomania, è una condizione medica e sociale caratterizzata dalla dipendenza da sostanze psicoattive, ovvero da droghe e/o sostanze chimiche che influiscono sul funzionamento del sistema nervoso centrale e modificano la percezione, l'umore e il comportamento di una persona (Redazione Salute, 2023).

Nel periodo compreso tra la metà degli anni Settanta e i primi anni Ottanta, l'incidenza di questa problematica ha conosciuto una crescita esponenziale, attirando l'attenzione non solo dell'opinione pubblica ma che degli studiosi del settore (Bellucci, 2014). Attualmente, il DUS (Disturbo da Uso di Sostanze) sta guadagnando sempre più rilevanza all'interno della società contemporanea, presentandosi a volte nella condizione di "poli-abuso", ovvero la dipendenza da molteplici sostanze eventualmente associate anche a comportamenti di tipo patologico (Calamai, 2018).

Tuttavia, prima di definire la condizione di assuefazione da droghe o sostanze psicoattive, è bene sottolineare che il termine "dipendenza" non ha per forza un'accezione negativa.

Al contrario, la condizione di dipendenza sembra essere una caratteristica tipicamente umana: la vita di ognuno di noi pare essere costantemente intrisa di relazione di dipendenza, le quali possono cambiare in intensità e coinvolgere diversi soggetti, oggetti, persone, comportamenti o attività, sia personali che altrui (Bellucci, 2014). Diverse discipline sottolineano che ogni aspetto della vita familiare incide significativamente sulla crescita individuale. In aggiunta, il processo di sviluppo umano è strettamente intrecciato

con la qualità delle esperienze relazionali, evidenziando una connessione di interdipendenza.

Si definisce infatti *Early Childhood Development (ECD)* il periodo che coinvolge la gravidanza fino all'ottavo anno di età del bambino, in cui si sviluppano l'area cognitiva, socio-emozionale, del linguaggio e della salute fisica. Secondo la teoria dell'ECD, lo sviluppo del bambino è strettamente legato alle esperienze che vive all'interno dell'ambiente familiare. In termini più ampi, l'essere umano è intrinsecamente interconnesso con il contesto sociale, orientato verso gli altri, inquadrato nelle relazioni e dipendente dai bisogni reciproci (Milani, 2018).

Data questa premessa, è possibile affermare che ogni individuo vive almeno una volta una forte esperienza di dipendenza da un altro essere umano. A questo punto, il significato negativo associato al termine "dipendenza" può denotare una relazione complicata e debilitante di un soggetto con un altro individuo o una sostanza (Bellucci, 2014, p. 3).

1.2 Che cos'è la tossicodipendenza

Riferendoci al quadro delle droghe, *«la dipendenza rappresenta una distorsione del comportamento che trasforma un'abitudine comune in una ricerca eccessiva e patologica di piacere tramite mezzi, sostanze o azioni. La sensazione di piacere derivante dall'uso di sostanze stupefacenti, tuttavia, sebbene possa apparire inizialmente altamente gratificante, tende a dissolversi rapidamente. Di conseguenza, riemergono nuovamente i bisogni legati a queste sostanze, i quali sono percepiti a livello psicologico come un senso di vuoto, mancanza e assenza, mentre dal punto di vista fisico si manifestano come sintomi di astinenza»* (De Pieri, 2022, p. 6).

Dunque, la *drug addiction*, ovvero la dipendenza da droga, è la dipendenza basata sul consumo di una sostanza (psicotropa) (EMCDDA, 2023).

I concetti strettamente correlati alla terminologia "droga" includono quelli di "dipendenza patologica" e "tossicodipendenza". Coloro che utilizzano questo tipo di sostanze sono comunemente definiti in società come "tossicomani" o "tossicodipendenti".

A questo proposito, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definisce la tossicodipendenza come una condizione cronica e ricorrente che costringe la persona a consumare sostanze in quantità sempre maggiori o costanti per ottenere effetti benefici temporanei; la presenza di tali benefici è strettamente legata al continuo utilizzo della

sostanza (Ministero della Salute, 2023).

Il *National Institute on Drug Abuse* (NIDA) approfondisce la definizione di tossicodipendenza aggiungendo che la decisione iniziale di assumere droghe è volontaria per la maggior parte delle persone, ma l'uso ripetuto di esse può portare a cambiamenti cerebrali che mettono in discussione l'autocontrollo di una persona tossicodipendente e interferiscono con la sua capacità di resistere all'intenso impulso di assumere droghe. Questi cambiamenti cerebrali possono essere persistenti, ed è per questo che la tossicodipendenza è considerata una malattia "recidivante": le persone in fase di recupero da DUS sono a maggior rischio di tornare a farne uso anche dopo anni di astinenza (NIDA, 2018).

Sempre più spesso, chi assume sostanze si manifesta nella pratica clinica come un utente poli-abusante, senza una sostanza principale di abuso definita e con diverse modalità di consumo. Data la complessità del fenomeno e la forte espansione di questo disturbo, parlare di "dipendenza patologica", e non solo di tossicodipendenza, permette di inquadrare nella stessa categoria una serie più ampia di comportamenti patologici differenti fra loro (Calamai, 2018). Infatti, nella "dipendenza patologica" definita dall'OMS vengono incluse anche le dipendenze comportamentali, che coinvolgono azioni problematiche come il disturbo da gioco d'azzardo, lo shopping compulsivo e l'addizione alle nuove tecnologie (dipendenza da internet, social network, videogiochi, televisione, ecc.) (Ministero della Salute, 2023).

Volendo citare un'altra fonte autorevole, nel Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-5), che rappresenta la principale fonte di classificazioni diagnostiche in psichiatria, la sezione relativa ai "disturbi da dipendenza e correlati all'uso di sostanze" ha subito significativi cambiamenti rispetto alle edizioni precedenti (Calamai, 2018), dato che gli autori hanno identificato evidenze convincenti di una condivisione di traiettoria neuronale, più precisamente l'attivazione del sistema di ricompensa cerebrale (Nussbaum, 2014, p. 49). Il DSM-5 impiega il vocabolo "disturbi" (*disorders*) poiché riconosce che nell'ambito della sofferenza mentale interagiscono in modo complesso fattori biologici, sociali, culturali e psicologici (ivi, p. 8). Le categorie precedenti di "abuso" e "dipendenza da sostanze" sono state quindi integrate in un unico disturbo, valutato su un continuum da lieve a grave (Calami, 2018).

Una diagnosi di DUS è stabilita secondo le seguenti condizioni (ibidem, p. 15):

1. *Tolleranza*: fenomeno per il quale è essenziale intensificare il comportamento di consumo al fine di ottenere gli stessi effetti sull'organismo
2. *Astinenza*: presenza di sintomi emotivi o psichici che si manifestano quando il soggetto non può attuare il comportamento di assunzione
3. *Interruzione o riduzione delle attività sociali, lavorative o ricreative*: lesione dei legami sociali e la conseguente insorgenza di problematiche lavorative, relazioni conflittuali, ecc.
4. *Tentativi infruttuosi di ridurre e controllare l'uso*: la persona tenta autonomamente di ridurre o "controllare" il consumo. Di solito, si verifica una fase in cui il soggetto è fermamente convinto di poter gestire da solo il suo comportamento, cercando di adottare un modello di utilizzo che sia teoricamente conciliabile con il resto della sua vita
5. *Dispendio di tempo*: quando il disturbo si sviluppa o sta progredendo, un criterio rilevante è il tempo che il paziente dedica alla ricerca, all'utilizzo o al recupero dagli effetti della sostanza
6. *Perdita di controllo sull'uso*: l'uso della sostanza aumenta, diventando compulsivo
7. *Uso continuativo nonostante la consapevolezza che la droga rappresenti un problema*: l'uso persiste anche davanti a gravi problemi di salute e/o situazioni familiari
8. *Uso ricorrente con incapacità di adempiere i propri compiti*: perdita del lavoro, interruzione del corso di studi, incapacità nell'assolvere i propri doveri
9. *Uso in situazioni a rischio*: con il passare del tempo, la capacità di valutare il rischio legato al consumo diminuisce progressivamente. Le assunzioni possono coincidere con lo svolgimento di compiti che non possono essere "razionalmente" conciliati con lo stato di alterazione causato dalle sostanze
10. *Uso ricorrente nonostante ciò determini problemi sociali o interpersonali*: l'uso di droghe diventa predominante, a volte a scapito delle relazioni affettive personali
11. *Craving* : un forte desiderio o impellenza per la sostanza (Calamai, 2018, pp. 15-16)

La condizione di tossicodipendenza fa dunque riferimento ad un disturbo cronico caratterizzato dalla ricerca e dall'uso di droghe in modo compulsivo o difficile da controllare, nonostante le conseguenze dannose. La predizione della dipendenza da droghe non può basarsi su un singolo fattore: una combinazione di fattori genetici, ambientali e di sviluppo influenza il rischio di dipendenza. Maggiore è il numero di fattori di rischio di una persona, maggiore è la possibilità che l'assunzione di droghe porti alla dipendenza (EMCDDA, 2023).

1.3 Dati internazionali sul fenomeno della tossicodipendenza

Per presentare il panorama internazionale ed italiano sulla tossicodipendenza verranno prese in considerazione le informazioni estrapolate dalle principali istituzioni nazionali, quali il Dipartimento per le Politiche Antidroga (DPA) e il Ministero della Salute, e internazionali, come l'*European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction* (EMCDDA) e *United Nations Office on Drugs and Crime* (UNODC).

Per due decenni, l'Ufficio delle Nazioni Unite contro la Droga e il Crimine (UNODC) ha contribuito a promuovere la salute e la sicurezza per tutti i Paesi affrontando le minacce della droga, del crimine organizzato e della corruzione promuovendo la pace ed il benessere sostenibile come deterrenti. Dato che la complessità di tali questioni supera spesso le capacità singole degli Stati di gestirle autonomamente, l'UNODC fornisce supporto pratico e promuove strategie internazionali nell'attuazione. Questo impegno è esteso a livello globale attraverso i progetti e la presenza di uffici operativi in diverse regioni del mondo (UNODC, 2022).

La Relazione Mondiale sulle Droghe del 2022 rappresenta il primo documento di questo genere redatto dopo il periodo pandemico causato dal COVID-19. Secondo gli autori, le sfide mondiali della droga hanno complicato ulteriormente un quadro globale di salute pubblica: i modelli nocivi di consumo di sostanze sono probabilmente aumentati durante la pandemia e un numero maggiore di giovani fa uso di droghe rispetto alle generazioni precedenti. In particolare, si è stimato che nel 2020, circa 284 milioni di individui compresi tra i 15 e i 64 anni hanno fatto uso di sostanze stupefacenti su scala mondiale. La maggioranza di questi consumatori è rappresentata da uomini, corrispondenti a circa 1 persona su 18, pari al 5,6% all'interno della fascia di età considerata. Questi dati indicano un aumento del 26% rispetto ai livelli registrati dieci anni prima.

La sostanza più diffusamente utilizzata risulta essere la cannabis, seguita da oppiacei, anfetamine, ecstasy e cocaina. Le informazioni qualitative suggeriscono che nel 2020 si è registrato un aumento generale dell'uso di cannabis -ancora di gran lunga la droga più usata al mondo- e dell'uso di anfetamine. Il consumo di oppioidi è rimasto stabile nella maggior parte dei Paesi dichiaranti. La pandemia sembra aver alterato la tendenza all'aumento della cocaina e delle droghe del tipo "ecstasy", forse in gran parte a causa della chiusura forzata delle strutture di intrattenimento e di ospitalità (ivi, p. 15).

In generale, nella Relazione si evidenzia come l'utilizzo di sostanze stupefacenti mostri una distribuzione disomogenea nella popolazione, con differenze evidenti legate al sesso e all'età, oltre a variazioni regionali e nazionali. Tendenzialmente gli uomini manifestano una maggiore propensione al consumo di diverse droghe rispetto alle donne, e i giovani risultano più inclini all'uso di sostanze stupefacenti in generale. Questa tendenza è riscontrabile in gran parte delle regioni e per la maggior parte delle tipologie di droghe. Nonostante il consumo complessivo di droghe sia inferiore tra le donne rispetto agli uomini, le disparità tra i sessi presentano significative variazioni a livello regionale e, in parte, dipendono dal tipo di sostanza coinvolta (ivi, p. 23).

Nel panorama europeo, un messaggio chiave dell'analisi della Relazione europea sulla droga 2023 è che l'impatto dell'uso di droghe illecite è ormai visibile quasi ovunque nella nostra società. Quasi tutto ciò che ha proprietà psicoattive può essere usato come droga; ciò significa che tutti, direttamente o indirettamente, possono essere colpiti dal consumo di droghe illecite e dai problemi ad esso associati. Le tendenze indicizzate, nel complesso, mostrano che le quantità di tutte le droghe sequestrate nell'Unione Europea sono aumentate tra il 2011 e il 2021, in particolare negli ultimi 5 anni, anche se c'è stata una certa fluttuazione nelle quantità di anfetamina e metanfetamina sequestrate negli ultimi 3 anni. Tra il 2011 e il 2021, gli aumenti maggiori sono stati registrati per la cocaina (+416 %), la cannabis vegetale (+260 %), la metanfetamina (+135 %), l'eroina (+126 %), l'MDMA (+123 %), la resina di cannabis (+77 %) e l'anfetamina (+42 %). In Europa esistono mercati di consumo considerevoli per queste droghe. Tuttavia, è probabile che l'aumento delle quantità sequestrate rifletta, almeno in parte, il ruolo più ampio svolto dall'Europa come luogo di produzione, esportazione e transito di queste sostanze (EMCDDA, 2023).

L'impatto degli sviluppi a cui stiamo assistendo significa che tutti possono essere in qualche modo colpiti dal consumo di droghe illecite, dal funzionamento del mercato delle droghe e dai problemi ad esso associati. Un'analisi degli indicatori riguardanti l'approvvigionamento di droghe illecite comunemente impiegate nell'Unione Europea indica che la loro disponibilità rimane notevolmente elevata per tutte le tipologie di sostanze. Inoltre, il mercato attuale è caratterizzato dalla presenza diffusa di una vasta gamma di droghe, spesso disponibili con un'alta concentrazione di principio attivo o di purezza. Tra queste figurano sostanze nuove o più recenti, per le quali la conoscenza scientifica e quella dei consumatori sui rischi per la salute potrebbe risultare limitata. Si osserva inoltre una crescente diversificazione nelle modalità di presentazione sul mercato delle sostanze e, in alcuni casi, nei metodi di assunzione adottati dai consumatori. Complessivamente, tali sviluppi aumentano le preoccupazioni circa il potenziale incremento dell'uso di sostanze illecite in generale e l'aumento dei rischi associati a specifiche sostanze. In particolare, sussiste il timore che coloro che fanno uso di droghe possano essere maggiormente esposti a rischi per la salute, come intossicazioni e decessi, a causa del consumo, talvolta inconsapevole, di sostanze più potenti o innovative (ibidem, p. 3).

1.4 La tossicodipendenza in Italia

Rispetto alla situazione italiana, si fa riferimento alla *Relazione annuale al Parlamento sul fenomeno delle tossicodipendenze in Italia (2023)*. Tale Relazione, come stabilito dal Decreto del Presidente della Repubblica 309/90, costituisce la principale fonte di informazioni a livello nazionale, a cura del Dipartimento per le Politiche Antidroga (DPA).

Le informazioni riportate nella Relazione sono raccolte da varie entità, tra cui le amministrazioni centrali e periferiche, i centri di ricerca e gli enti del privato sociale specializzati nella materia. L'obiettivo del rapporto è di analizzare il fenomeno in modo il più possibile fedele alla realtà, al fine di guidare le azioni pubbliche nel settore¹.

All'interno della Relazione, lo studio IPSAD® (*Italian Population Survey on Alcohol and other Drugs*) 2022 indica che più di 14 milioni e 300 mila individui residenti in Italia, con

¹ Riferimento alla pagina del Governo Italiano, Presidenza del Consiglio dei Ministri (2023): <https://www.governo.it/it/articolo/depositata-la-relazione-annuale-al-parlamento-sul-fenomeno-delle-tossicodipendenze-italia>

un'età compresa tra i 18 e gli 84 anni, hanno utilizzato almeno una sostanza psicoattiva illegale nel corso della loro vita. Nel 2022, l'uso di sostanze è più diffuso tra gli individui di sesso maschile, con un rapporto di genere di 1,5 e con percentuali che diminuiscono all'aumentare dell'età. La sostanza psicoattiva illecita maggiormente consumata dalla fascia d'età compresa tra i 18 e gli 84 anni è stata la cannabis, seguita da oppiacei e oppioidi, cocaina, sostanze stimolanti, allucinogeni e Nuove Sostanze Psicoattive (NPS). Queste ultime, con un incremento del 370%, definite "di nuova generazione", trovano nel mercato online la principale fonte di approvvigionamento.

L'aumento dei consumi ha visto una crescita dal 18,7% al 27,9% nella fascia giovanile rispetto al 2021, soprattutto a causa dell'incremento nell'utilizzo di cannabinoidi sintetici e Nuove Sostanze Psicoattive. Tale tendenza solleva notevoli preoccupazioni, soprattutto riguardo alla salute e al benessere dei giovani. Un ulteriore dato che suscita attenzione è l'impiego di psicofarmaci (SPM) segnalato nella fascia d'età 15-19 anni, che si attesta al 10,8% (rispetto al 6,6% del 2021). I farmaci più diffusamente impiegati includono quelli per il sonno e/o il rilassamento (7,8%), quelli per l'attenzione e/o l'iperattività (3%), quelli per l'umore (2,6%) e quelli legati alle diete (2,5%). Il 48% degli utilizzatori ha ottenuto psicofarmaci SPM direttamente a casa propria, il 27% tramite la rete Internet, il 20% presso l'abitazione di amici, mentre il 18% si è rivolto al mercato illegale. Tra le sostanze psicotrope legali invece, l'alcol emerge come la più diffusa, con un consumo registrato nell'anno da circa 1 milione e 900 mila studenti di età compresa tra i 15 e i 19 anni. Per oltre 780 mila studenti (33%), tale consumo è stato rilevato come elevato, portando a episodi di intossicazione alcolica. Una notevole novità è rappresentata dal superamento delle differenze di genere: nel 2022, sono state soprattutto le studentesse ad utilizzare alcolici (Maschi=77%; Femmine=79%) e ad essersi ubriacate (Maschi=29%; Femmine=35%).

In risposta a questa tendenza generale, dal punto di vista della salute, si osserva un aumento complessivo della richiesta di assistenza sia presso i servizi pubblici che presso le comunità terapeutiche. Allo stesso tempo, si registra un incremento degli accessi al Pronto Soccorso e dei ricoveri legati a problematiche correlate all'uso di sostanze stupefacenti.

La Relazione annuale al Parlamento dedica una categoria anche al "poliabuso", segnalando che fra coloro che hanno fatto uso di sostanze psicoattive illegali nel corso

del 2022, quasi 89 mila persone abbiano assunto due o più di tali sostanze, configurandosi quindi come “poliabusatori”. Il “poliuso” è più diffuso tra i consumatori di genere maschile (2,5% rispetto al 1,1% delle consumatrici). Questo comportamento sembra diminuire all’aumentare dell’età (dei Ministri, P.D.C, 2023).

Negli ultimi anni, oltre all’uso di sostanze, si è notato un aumento di comportamenti a rischio e potenzialmente dipendenti, spesso associati a Internet e alle nuove tecnologie. Il gioco d’azzardo è tra i più diffusi, coinvolgendo circa la metà degli studenti di età compresa tra i 15 e i 19 anni nel 2022. Il cattivo uso del cellulare durante la guida, così come l’essere a bordo di veicoli guidati da persone che utilizzano il telefono senza auricolari o viva voce, caratterizza maggiormente coloro che fanno uso di sostanze, indipendentemente che siano consumatori singoli o multipli, rispetto a coloro che non consumano. Nel contesto attuale, si osserva sempre più spesso una combinazione di questi comportamenti, spesso correlati tra loro e all’uso di sostanze psicoattive, sia legali che illegali. Ciò sottolinea la necessità di considerare molteplici dimensioni e l’urgenza di adottare un approccio multidisciplinare in grado di soddisfare le esigenze della popolazione (ivi, p. 25).

1.4.1 Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025

La prevenzione costituisce l’azione primaria per evitare e mitigare pericoli e danni alla salute associati all’utilizzo e all’abuso di sostanze psicoattive, sia legali che illegali, nonché all’insorgenza di disturbi comportamentali. La letteratura e le linee guida internazionali sottolineano l’importanza di adottare approcci strategici multifattoriali che si concentrino su diverse aree: contrastare e limitare l’offerta attraverso politiche volte a regolare l’accesso; ridurre la domanda agendo sulla modifica degli atteggiamenti; promuovere il coordinamento intersettoriale tra le diverse politiche implementate. Gli interventi possono essere rivolti alla popolazione generale o mirare a individui vulnerabili o già con comportamenti problematici prima della manifestazione di dipendenze.

In Italia, il Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) costituisce il quadro comune per gli obiettivi di molte delle aree rilevanti per la Sanità Pubblica. Esso incoraggia l’implementazione di interventi preventivi attraverso piani di azione integrati che coinvolgono i Dipartimenti di Prevenzione, in particolare le Unità Operative di Promozione della Salute, insieme ai Servizi per le Dipendenze Patologiche (SerD), gli

Enti Locali, le scuole, le Forze dell'Ordine, le associazioni di categoria, il terzo settore, ecc. Un mezzo operativo aggiuntivo a questa funzione è rappresentato dall'attività di controllo degli adempimenti dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e dal loro monitoraggio. Il sistema di pianificazione, monitoraggio e valutazione del PNP 2020-2025 costituisce uno dei mezzi per attuare e concretizzare il LEA "Prevenzione collettiva e sanità pubblica". Tale sistema contestualizza nei "Macro Obiettivi" i programmi, le relative azioni e i processi che contribuiscono al conseguimento degli obiettivi di salute (Della Salute, M., 2020). Le Linee di Supporto Centrali, chiamate anche Azioni Centrali (AC) del PNP mirano a potenziare la capacità del sistema sanitario di promuovere e gestire la prevenzione. L'obiettivo è quello di rendere più efficienti ed efficaci le relazioni tra attori istituzionali, nonché tra questi e gli *stakeholder*, al fine di agevolare il raggiungimento degli obiettivi del PNP.

Tra le diverse aree di intervento, di nostro interesse risulta la "Linea n. 11: Definizione di un Piano nazionale/Linee di indirizzo per le dipendenze" (Della Salute, M., 2020, p. X) la quale ha l'obiettivo di stabilire delle linee guida uniformi per le attività di prevenzione, cura e riabilitazione legate alle dipendenze, nonché per la riduzione dei danni e la limitazione dei rischi associati al consumo di droghe, siano esse legali o illegali. Tra le varie strategie elencate, si evidenzia l'importanza di affrontare le dipendenze considerandole come il risultato di una complessa interazione fra fattori soggettivi, relazionali, sociali e ambientali. L'impegno istituzionale dovrebbe concentrarsi sulla promozione di programmi d'intervento volti a ridurre i fattori di rischio e potenziare quelli protettivi. Tuttavia, è importante notare che questo compito non può essere affidato esclusivamente al sistema socio-sanitario. È importante il coinvolgimento e il coordinamento di tutte le risorse istituzionali, culturali e sociali a livello nazionale, regionale e territoriale, poiché ognuna ha un ruolo chiave nella gestione di diverse strategie preventive valorizzando l'esperienza accumulata nel tempo e coinvolgendo tutti gli attori interessati. L'obiettivo è garantire un sistema d'intervento completo di risorse umane, professionali, tecniche, organizzative, sociali e finanziarie. Importanti sono anche la famiglia e la comunità che rappresentano interlocutori privilegiati per implementare azioni che favoriscano le funzioni educative e relazionali fondamentali per lo sviluppo di competenze di salute adeguate (Della Salute M., 2020, pp. XIV, XV).

1.5 Tossicodipendenza e genitorialità

Come riportato nei paragrafi precedenti, l'incidenza di persone adulte che utilizzano sostanze è piuttosto frequente; ciò rende plausibile l'ipotesi che molti dei soggetti assistiti dai Servizi per le dipendenze siano anche genitori.

La tossicodipendenza e la genitorialità sono due temi complessi che possono intersecarsi in modi significativi. A causa della loro dipendenza da droghe, questi genitori potrebbero non essere in grado di soddisfare adeguatamente i bisogni fondamentali dei loro figli.

La genitorialità costituisce una fase ordinaria nel percorso di sviluppo dell'adulto, durante il quale si manifestano le competenze necessarie per favorire il progresso totale del bambino (AIPG, 2008). Il processo di diventare genitori è comunemente associato al momento della nascita del proprio figlio e alla relazione che si sviluppa fin dai primi istanti, continuando a costruirsi nel corso del tempo (Costa, 2022). Questa esperienza implica la capacità dei nuovi genitori di affrontare in modo adeguato le trasformazioni legate alla nascita del loro bambino, attraverso il completamento di specifici compiti evolutivi (AIPG, 2008). L'investimento messo in atto dai genitori è definito con il termine di "genitorialità", ovvero tutte le funzioni che i genitori assumono nel prendersi cura dei propri figli, e comprendono sia i diritti che i doveri volti al benessere e allo sviluppo del bambino (Milani, 2018). La genitorialità si collega anche al concetto di "stile genitoriale", il quale fa riferimento a

«quell'insieme di atteggiamenti che il padre e la madre manifestano nei confronti dei figli e che, considerati globalmente, creano il clima emotivo nel quale i genitori attuano i propri comportamenti, influenzando sia i comportamenti specifici, volti a ottenere determinati risultati educativi, sia i comportamenti non finalizzati come i gesti, i cambiamenti nel tono della voce e le espressioni spontanee delle emozioni» (AIPG, 2008 p. 5).

La genitorialità è quindi una nozione che si riferisce al ruolo e alla responsabilità di essere genitori. Essa comprende una serie di azioni, comportamenti, e interazioni che coinvolgono la cura, l'accudimento e l'educazione dei figli (Milani, 2018).

Il concetto appena descritto mette in evidenza anche gli aspetti della competenza e del lavoro, sia a livello psichico che materiale, che la genitorialità richiede. Questa visione potrebbe giustificare il motivo per cui talvolta la genitorialità viene considerata quasi come una forma di "mestiere" (ibidem, p. 64). In realtà, Lacharité sottolinea che il termine

“genitorialità” è un neologismo, coniato nei contesti occidentali durante un periodo in cui i genitori sono diventati soggetti di politiche pubbliche, precisamente tra gli anni ‘50 e ‘70 del Novecento. Quando ci riferiamo alla genitorialità, intendiamo un concetto che si sviluppa all’interno di un contesto sociale e all’interno di strutture istituzionali ritenute accettabili in una specifica cultura ed epoca storica (ivi, p. 65).

Nel contesto dell’attuale cambiamento sociale, diventa evidente la comparsa di diverse forme di vulnerabilità che coinvolgono un numero sempre maggiore di famiglie. In particolare, quando ci spostiamo sul piano sociale per esaminare questo fenomeno, il concetto di persone vulnerabili si riferisce a individui che sono minacciati nella loro autonomia, dignità, o integrità fisica o psicologica. Le relazioni interpersonali e affettive all’interno delle famiglie stanno diventando sempre più complesse e la presenza o l’assenza di un supporto sociale adeguato spesso costituisce una fonte di complicazioni in vari aspetti dell’organizzazione della vita quotidiana. Ciò rende difficile ai genitori dedicare un tempo sufficiente e di qualità ai propri figli, sia in termini quantitativi che qualitativi (Milani, Ius, Serbati, 2013).

Nel caso specifico di famiglie tossicodipendenti, il DUS di uno o entrambi i genitori può avere un impatto significativo sulla capacità di essere genitori responsabili. È noto, infatti, che la condizione di tossicodipendenza porta ad una situazione esistenziale che domina completamente la vita, escludendo ogni altra motivazione, interesse o relazione che non sia legata alla sostanza. In questa situazione, diventa difficile far emergere, sostenere e valorizzare gli aspetti e le risorse legate alla genitorialità. Inoltre, il tossicodipendente percorre un cammino spesso caratterizzato da alti e bassi, miglioramenti e ricadute che causano profondi disagi a tutti coloro che ruotano attorno a chi è affetto da tale disturbo (Bellucci, 2014). Come sostiene Giacomello (2021) nel suo lavoro di ricerca svolto insieme a donne tossicodipendenti della Comunità di San Patrignano², i genitori che devono affrontare contemporaneamente la dipendenza e le responsabilità genitoriali possono trovarsi in una situazione travolgente a causa dell’interazione di diversi elementi:

- i. La loro storia personale e la connessione con le sostanze, che può influenzare profondamente la loro capacità di gestire la genitorialità mentre affrontano la dipendenza.

² San Patrignano è una comunità terapeutica situata a Coriano, nella provincia di Rimini, in Italia. Fondata nel 1978, San Patrignano è diventata una delle più grandi comunità di recupero per tossicodipendenti. Il suo approccio alla riabilitazione si basa su principi di recupero, riabilitazione e reinserimento sociale.

- ii. Le difficoltà sociali, culturali, di genere e individuali legate alla genitorialità, che aggiungono ulteriori sfide e complessità alla loro esperienza.
- iii. Un ambiente circostante ostile, stigmatizzante o poco solidale che potrebbe non riconoscere la loro idoneità come genitori a causa dell'uso di sostanze.

La combinazione di questi fattori simultanei ha sicuramente un impatto significativo sui genitori e, di conseguenza, sui loro figli.

Sebbene individuare i dati sul fenomeno della tossicodipendenza sia abbastanza semplice grazie ai numerosi istituti nazionali ed interazionali che si occupano di sensibilizzare tale tema, ottenere dati precisi sull'incidenza delle problematiche legate alla tossicodipendenza nei genitori è un compito piuttosto intricato. Una prima spiegazione potrebbe essere dettata dallo stigma sociale associato alle persone con problemi di dipendenza, che spesso impedisce loro di dichiarare apertamente la propria condizione per timore di giudizi negativi e discriminazioni. Un altro elemento significativo è la paura che la rivelazione della dipendenza possa portare a conseguenze importanti, come il distacco o l'allontanamento forzato dei figli da parte dei genitori. Per quanto concerne le donne, le conseguenze potrebbero declinarsi nella possibilità di essere sottoposte ad aborti o sterilizzazioni coattive, sanzioni penali per l'uso di sostanze durante la gravidanza, o addirittura l'arresto (Giacomello, 2021).

Queste minacce legali e sociali possono scoraggiare i genitori tossicodipendenti dal cercare aiuto o di partecipare a studi e ricerche. Non solo, la tendenza ad isolarsi fa sì che questi genitori si sentano *«estranei alle situazioni di socializzazione tipiche di chi ha figli nella fascia d'età della scolarizzazione e sono privi di quelle informazioni che solitamente transitano nei gruppi informali e formali di genitori: le opportunità aggregative, le strategie comuni di risposta ai bisogni dei bambini, accesso gratuito a servizi socio – educativi e sanitari etc»* (Bolelli, 2022, p. 92). La gestione di tali sfide richiede un approccio olistico che tenga conto non solo delle questioni legate alla dipendenza, ma anche delle dinamiche familiari, sociali e culturali che possono influenzare il benessere complessivo della famiglia.

L'incapacità di esercitare in modo adeguato la funzione genitoriale non si limita alla mancata capacità di rispondere in modo appropriato ai bisogni dei figli. Coinvolge, piuttosto, dinamiche psicologiche più profonde che sono intrecciate con l'identità

personale e la qualità delle relazioni che hanno caratterizzato il percorso di crescita di una persona. Cirillo (1996) sottolinea che la trascuratezza genitoriale nei casi di tossicodipendenza non è solo causata dall'uso di droghe, ma riflette un blocco evolutivo. Questa mancanza di capacità genitoriale è spesso legata alle relazioni affettive insoddisfacenti sperimentate dal genitore durante l'infanzia, influenzando la sua abilità di assumere un ruolo adulto e di rivolgere le proprie emozioni al figlio. Il mondo relazionale interno del genitore tossicodipendente è cruciale per l'attaccamento del figlio anche per comprendere come il bambino svilupperà il suo legame con il genitore, all'interno del loro rapporto. I genitori con DUS hanno un rischio più alto di sviluppare uno stile genitoriale deficitario, con conseguenze psicosociali negative per i figli (Bellucci, 2014). Il loro abuso di sostanze, infatti, influenza i bambini in ogni fase della loro vita, con ripercussioni anche nell'età adulta (Giacomello, 2022).

A sostegno di quanto appena affermato, la teoria dell'attaccamento, approfondita nel capitolo successivo, spiega l'importanza di questo processo, poiché l'instaurarsi di un attaccamento sicuro dipende dalle prime esperienze che il neonato vive con i *caregivers*. Quando il *caregiver* è un soggetto vulnerabile, come il genitore tossicodipendente, e poco reattivo alle necessità di cura e benessere del bambino, quest'ultimo potrebbe sviluppare un'immagine dell'altro come disinteressato, respingente e incoerente, e di sé come non meritevole di amore. Questo modello generale di attaccamento insicuro si ritiene abbia conseguenze significative, sia come prototipo per le relazioni successive del bambino, sia come precursore di problematiche psicologiche (Bellucci, 2014).

CAPITOLO 2

GENITORIALITÀ VULNERABILE: IL PADRE TOSSICODIPENDENTE

Come già affermato all'inizio del capitolo precedente, qualsiasi essere umano instaura durante tutta la sua vita una relazione di dipendenza con un'altra persona. Il primo legame di dipendenza è quello che intercorre fra i neonati e la figura principale di cura, universalmente riconosciuto come il più significativo, poiché è destinato a plasmare profondamente tutti i rapporti emotivamente coinvolti che il bambino svilupperà successivamente (De Pieri, 2022). Questa connessione, nota come "attaccamento", rappresenta il legame affettivo unico che ogni individuo stabilisce con una figura specifica, il *caregiver* (ibidem, p. 30). Ciò suggerisce che sin dai primi momenti della vita, emerge la vulnerabilità come una caratteristica intrinseca dell'essere umano, manifestandosi attraverso la sua dipendenza dagli altri (Milani, 2018).

Lo scopo del capitolo è spiegare la condizione di vulnerabilità umana, in particolare la sua declinazione nel contesto familiare. La teoria dell'attaccamento, descritta brevemente, sarà la base teorica di tutto il capitolo, per poi passare ad un'analisi più approfondita rispetto alla funzione genitoriale del padre. Particolare attenzione è rivolta allo sviluppo del legame di attaccamento padre-figlio, alla figura specifica di padre tossicodipendente e di come la condizione di abuso possa incidere sul suo esercizio genitoriale.

Tramite una revisione della letteratura, si esplora infine se la figura paterna viene coinvolta in maniera adeguata dai professionisti durante i processi di intervento.

2.1 Vulnerabilità e famiglie

La vita familiare, e di conseguenza il suo percorso, è un connubio di esperienze positive e sfide plasmate da numerosi di cambiamenti di natura sociale, crisi ed eventi traumatici. Nei periodi di difficoltà, ogni famiglia si trova in uno stato di vulnerabilità, il cui impatto può essere attenuato se sono disponibili le risorse necessarie per affrontare positivamente gli eventi negativi (Serbati, 2014). È proprio in questi momenti che viene messa alla prova la capacità dei genitori di mantenere un atteggiamento positivo nei confronti dei figli, il che può portare a una carenza significativa o addirittura ad un'assenza nelle risposte date ai bisogni dei bambini (ibidem p. 5).

Sebbene la cultura dominante spinga a sviluppare strategie per evitare, prevenire e combattere le vulnerabilità, promuovendo concetti come l'autonomia, il benessere assoluto, il controllo ecc. (Milani, Ius, Serbati, 2013), è innegabile che *«la vita umana è condizionata dalla vulnerabilità»* (Mackenzie et. al., 2014, p. 1).

Cercare di spiegare il concetto di vulnerabilità non è semplice. In letteratura, si distinguono due principali approcci: il primo, collega la vulnerabilità alla sua radice etimologica, la parola latina “*vulnus*”, che significa “ferita”, sottolineando la condizione di sofferenza e di esposizione al rischio di ferite e dolori insita nell'essere umano (Mackenzie et. al., 2014). Altri pensatori invece, sostengono che la nostra vulnerabilità è una conseguenza diretta della nostra *«corporeità»* (ibidem, p. 4): poiché esseri fisici, siamo naturalmente inclini a malattie, ferite ed invecchiamento. Questo collega la vulnerabilità fisica alla nostra dipendenza dalle cure e dal sostegno degli altri, a vari livelli e in fasi diverse della vita, sottolineando la sua interazione con la dimensione sociale dell'essere umano (ibidem, p.4).

A questo punto, *«la vulnerabilità, se intesa in maniera ampia, è una caratteristica, in potenza, costitutiva dell'umano. Mentre se considerata in maniera specifica, è uno stato potenziale di ridotta resistenza alle aggressioni esterne che risulta dall'incrocio di fattori genetici, familiari e ambientali, ossia relazionali e interpersonali»* (Milani, 2018, p. 126). Essa può derivare dall'età, dalla malattia, da limitazioni di tipo fisico o mentale, sia temporanee che permanenti, che riducono la capacità, la forza, l'intelletto e le risorse per difendere autonomamente i propri interessi e diritti (Milani, Ius, Serbati, 2013). Questa condizione richiede spesso interventi esterni per proteggere la persona coinvolta, evidenziando l'importanza delle relazioni interpersonali nel suo sviluppo (ibidem, p. 73). Quanto appena affermato suggerisce che la vulnerabilità è prima di tutto un'esperienza e non risiede negli individui stessi, piuttosto nei contesti in cui si trovano, derivando dalle complesse interazioni dinamiche tra soggetti e contesti sociali (De Vita, 2022; Milani, 2018). L'individuo vulnerabile è identificabile come colui o colei che si trova in una posizione di svantaggio all'interno di una relazione diseguale o ingiusta (De Vita, 2022). Se si considerano i contesti familiari, la vulnerabilità può essere accentuata da numerosi fattori sociali e strutturali, come nel caso delle persone dipendenti da sostanze. Tali disuguaglianze socioeconomiche e lo stigma sociale possono aumentare la vulnerabilità dei soggetti con DUS e ostacolare l'accesso ai servizi e il loro benessere generale

(Brdwell et. al., 2018). Di conseguenza, la vulnerabilità può colpire qualsiasi famiglia in diverse fasi del loro percorso di vita, manifestandosi con una carenza o un indebolimento nella capacità di svolgere in modo efficace e indipendente le funzioni genitoriali. Solo grazie ad azioni appropriate di promozione e prevenzione, la vulnerabilità può essere affrontata (Milani, 2018). Di fronte a famiglie che vivono periodi di difficoltà, lo Stato ha il dovere di proteggere i bambini da situazioni che potrebbero mettere a rischio il loro sviluppo, senza sostituire i genitori (Milani, Serbati 2013). Nel contesto della protezione, sono presenti varie strategie mirate al ripristino delle abilità educative dei genitori in situazioni di chiara vulnerabilità (Milani, 2018): gli interventi di educazione familiare, ad esempio, sono fondamentali in questi contesti, poiché mirano a promuovere la crescita e lo sviluppo delle risorse interne della famiglia, anziché concentrarsi solo su singole disfunzioni (Milani, Serbati 2013).

La cura, intesa come attenzione e sostegno reciproco, svolge un ruolo cruciale nel mitigare la vulnerabilità e favorire la resilienza all'interno delle relazioni familiari. Attraverso di essa, gli individui trovano conforto e sostegno durante i momenti difficili, sviluppando legami empatici che favoriscono il superamento delle sfide (Laugier, 2020). Il concetto di vulnerabilità è quindi strettamente correlato a quelli di capacità d'azione, *empowerment* e resilienza (Milani, 2018). Quest'ultima, come la vulnerabilità, è un concetto difficile da definire, ma *«ciò che sembra importante sottolineare è che la resilienza umana non si limita ad un'attitudine di resistenza, ma permette la costruzione, o meglio la ricostruzione di un percorso di vita nuovo che non rimuove la sofferenza e le ferite, ma al contrario le utilizza come base dalla quale ripartire [...], il vulnus non è pertanto rimosso, negato, né eliminato, ma piuttosto integrato e soprattutto risignificato alla luce del sistema di relazioni e di valori della persona stessa»* (Milani, Ius, Serbati, 2013, p. 75). Le relazioni di cura, come mostra la ricerca, favoriscono lo sviluppo della resilienza nelle persone vulnerabili, ma soprattutto aiutano a compensare le carenze causate dalle avversità, facilitando lo sviluppo delle competenze caratteriali nei bambini, le quali permettono di affrontare e superare le avversità (Milani, 2018). Inoltre, come evidenziato da Milani, Ius e Serbati (2013), la cura non si limita solo all'assistenza materiale, ma comprende anche un'attenzione attiva alle esigenze emotive e relazionali delle persone coinvolte.

Questa prospettiva è supportata anche dalla teoria dell'attaccamento, che sottolinea l'importanza delle relazioni affettive sicure nel mitigare gli effetti della vulnerabilità (Bowlby, 1988).

2.2 Quadro teorico sull'attaccamento

La teoria dell'attaccamento rappresenta un ampio approccio che si concentra sullo studio dei legami emotivi tra individui, in particolare quelli tra un bambino e la figura di attaccamento primaria, di solito la madre o la figura di cura principale. Questa teoria è stata sviluppata inizialmente da John Bowlby (1969), un psicologo britannico, e successivamente è stata estesa e approfondita da altri ricercatori, tra cui Mary Ainsworth.

Le idee di Bowlby nascono a partire dalle osservazioni elaborate da Konrad Lorenz e Niko Tinbergen su come i piccoli di gallo cedrone e di taccola non riconoscessero i membri della propria specie subito dopo la nascita, ma mostrassero una forte risposta di inseguimento al primo oggetto in movimento nell'ambiente circostante. Lorenz (1935) coniò il termine "*imprinting*", e lo descrisse come un processo attraverso il quale alcuni animali imparano a riconoscere i membri della propria specie, il che consente loro di diventare oggetto di successivi modelli di comportamento. *L'imprinting* comprendeva in gran parte l'idea che i primi contatti sociali determinano il carattere del comportamento sociale degli adulti (Robledo et al., 2022). Al centro dell'*imprinting* c'è il concetto di "releasers sociali": particolari caratteristiche della morfologia o del comportamento che suscitano un comportamento istintuale nell'organismo che li percepisce. In altre parole, i *releaser* sono segnali specie-specifici e un neonato reagirà e si impegnerà nel processo di *imprinting* a seconda del grado in cui il *caregiver* è in grado di fornire i segnali/*releaser* adeguati (ibidem, p. 3).

Da queste premesse, Bowlby elabora il suo pensiero sostenendo che i bambini manifestano un orientamento istintivo esclusivamente verso la madre (concetto noto come monotropismo³) e che sia proprio la figura materna a giocare un ruolo chiave nell'integrazione del bambino in società (Bacco, 2009). L'autore sostiene che nel patrimonio genetico del neonato si manifestano risposte istintuali che si sviluppano nel corso del primo anno di vita, come il succhiare, l'aggrapparsi, il sorridere, il piangere e il seguire. Queste risposte si organizzano come comportamenti diretti verso una specifica

³ Il monotropismo è un termine coniato da Bowlby per descrivere la tendenza a formare un legame di attaccamento preferenziale, solitamente con la madre. Tuttavia, nella realtà umana, l'attaccamento non segue esclusivamente un modello monotropico, ma piuttosto assume una struttura gerarchica, ovvero si evidenzia la presenza di una lista ordinata di figure di attaccamento preferite, tra le quali i genitori occupano spesso la posizione di primaria importanza. (Albanese F. (2006). Monotropismo. <https://www.psicolab.net/monotropismo/>)

figura materna e garantiscono al bambino cure parentali sufficienti per la sopravvivenza (ibidem, p. 12).

Tuttavia, la prima versione della teoria dell'attaccamento proposta da Bowlby non fu subito accettata nell'ambito psicoanalitico, motivo per cui lo psicologo cercò di rividerla. Questo portò all'elaborazione di una trilogia, "Attaccamento e Perdita" (1969, 1973, 1980), all'interno della quale Bowlby offre un'analisi più dettagliata delle dinamiche comportamentali legate all'attaccamento, che definisce come *"la propensione innata a cercare la vicinanza protettiva di un membro della propria specie quando si è vulnerabili ai pericoli ambientali per fatica, dolore, impotenza o malattia"* (Bowlby, 1969, p. 202).

L'attaccamento è dunque una forma di comportamento che si manifesta in una persona che cerca o mantiene la vicinanza a un altro individuo differenziato o preferito, generalmente percepito come più forte o più esperto, capace di affrontare il mondo in modo adeguato. Tale comportamento diventa particolarmente evidente in situazioni di paura, fatica o malattia e si attenua quando si ricevono conforto e cure. Sapere che una figura di attaccamento è disponibile e pronta a rispondere conferisce un senso di sicurezza intenso e diffuso, incentivando la valorizzazione della relazione per il suo mantenimento (Milani, 2018). Nel corso del tempo, il bambino estrae dalle interazioni con le figure di cura quelle più frequenti, le ripete e le ricorda, trasformandole in vere e proprie relazioni (Bellucci, 2014). Queste relazioni diventano quindi una sorta di modello mentale, una struttura schematica di conoscenza che ognuno di noi possiede, formano un insieme organizzato di anticipazioni sull'ambiente circostante e plasmano il comportamento (Bellucci, 2014; Lorito, Di Maria, 2015).

Possiamo affermare che sulla base della teoria di Bowlby, la qualità del legame instaurato dal bambino con il *caregiver* è cruciale per lo sviluppo della relazione di attaccamento. Se il bambino ha stabilito una relazione positiva con il *caregiver*, interiorizzerà un modello di sé e degli altri che è rispettoso e sensibile ai suoi bisogni. Al contrario, se il bambino ha sperimentato un rapporto discontinuo o distante con la figura di attaccamento, potrebbe sviluppare modelli operativi inadeguati o ostili. Inoltre, questi modelli operativi interni giocano un ruolo significativo nella costituzione delle relazioni sociali future del bambino (Bacco, 2009).

Grazie all'importante lavoro svolto da Bowlby, la psicologa dello sviluppo Mary Ainsworth (1913-1999), in collaborazione con Bowlby, ha contribuito in modo

significativo alla formulazione e alla consolidazione della teoria dell'attaccamento. Ainsworth ha ampliato ulteriormente la teoria del teorico introducendo una metodologia quantificabile per il costrutto dell'attaccamento infantile e descrivendo gli stili di attaccamento attraverso la *Strange Situation Procedure* (SSP), uno studio osservazionale sperimentale finalizzato a indagare il tipo di attaccamento nei bambini molto piccoli (Trasatti, 2022).

Nella *Strange Situation*, un bambino di 12-18 mesi è esaminato in vari episodi mentre interagisce con una figura di attaccamento in una stanza con giocattoli. La procedura comprende la presenza della figura di attaccamento (FDA o *caregiver*), la presenza di un'estranea, e la separazione-riunione con la FDA (Albanese, Marazziti, 2005). L'obiettivo è stimolare il sistema di attaccamento del bambino, esponendolo a uno stress moderato ma crescente nel tempo. In risposta a questa condizione, il bambino manifesta comportamenti innati di ricerca di vicinanza affettiva e di contatto fisico con la madre⁴. L'intero processo è filmato e analizzato successivamente (Trasatti, 2022).

Le variabili che emergono durante la procedura sperimentale sono diverse, tra cui la risposta del bambino all'estraneo, la reazione alla separazione e al ricongiungimento con il *caregiver*, la qualità del gioco e dell'esplorazione e la funzione di base sicura svolta dal *caregiver* (Trasatti, 2022). Basandosi su questa indagine osservazionale, Ainsworth e colleghi identificarono tre pattern organizzati di attaccamento, inizialmente identificati con le prime tre lettere dell'alfabeto e successivamente etichettati in base alle reazioni del bambino verso la FDA (Albanese, Marazziti, 2005). Queste etichette sono: insicuro-evitante (A), sicuro (B) e insicuro-ambivalente (C) (ibidem, p. 250).

Nel primo caso, ove si verifica l'attaccamento insicuro-evitante (A), durante la SS, i bambini tendono a evitare il *caregiver*, mostrando una limitata interazione e segni di insicurezza. In presenza della FDA mantengono una distanza fredda, prediligendo esplorare l'ambiente circostante piuttosto che coinvolgerla nelle attività. Quando il *caregiver* è assente, il bambino non manifesta stress e si mostra indifferente, mantenendo la stessa attitudine anche con gli estranei. Durante il ricongiungimento con la figura di attaccamento, il bambino la ignora e continua a giocare senza cercarla o avvicinarsi. Il *caregiver*, a sua volta, presenta un comportamento simile. Dal punto di vista del Modello

⁴ Il termine "madre" potrebbe non essere completamente accurato. Una definizione più corretta sarebbe "chi si prende cura" o "FDA". A volte si userà "madre" per agevolare la lettura..

Operativo Interno (MOI), il bambino potrebbe sviluppare una percezione di sé come privo di valore e amore. Questo può condurlo a vedere il mondo come un luogo freddo, ostile e poco accogliente, rendendo difficile l'espressione dei propri sentimenti. Il *caregiver* e gli altri appaiono distanti, poco affidabili e propensi ad evitare il contatto, contribuendo così a rafforzare questa visione negativa del mondo e delle relazioni (Trasatti, 2022).

I bambini che instaurano un attaccamento sicuro (B), al contrario, vedono il *caregiver* come una base sicura per esplorare il mondo. In sua presenza, mostrano affetto, sorrisi, e interagiscono positivamente, esplorando l'ambiente e i giocattoli. Quando la FDA è assente, potrebbero esprimere leggere proteste e segni di stress, ma si tranquillizzano rapidamente e riprendono a giocare, anche con estranei. Al suo ritorno, i bambini mostrano gioia e accettano conforto. Questa figura di attaccamento risponde sensibilmente alle esigenze del bambino, dimostrandosi disponibile e premurosa. Secondo i Modelli Operativi Interni (MOI), il bambino si percepisce come degno di amore, vede il mondo come accogliente e considera il *caregiver* e gli altri come figure disponibili e di supporto (Trasatti, 2022).

La terza possibilità è che si verifichi un attaccamento insicuro-ambivalente (C). In questo caso, i bambini mostrano un comportamento contraddittorio nei confronti del *caregiver*, aggrappandosi a lui ma al contempo opponendo resistenza. Durante la *Strange Situation*, evitano l'esplorazione e mostrano intensa emotività (ad esempio un pianto disperato) quando il *caregiver* si allontana. Al suo ritorno, esprimono un desiderio di contatto, ma manifestano anche rabbia e respingimento, mentre la FDA si presenta come incoerente e imprevedibile. Questi comportamenti riflettono una rappresentazione mentale (MOI) del bambino che si percepisce come non meritevole di stima e amore, e gli altri come imprevedibili nei comportamenti (Trasatti, 2022).

Ainsworth aveva categorizzato i bambini nelle tipologie A, B e C nella *Strange Situation*, ma le studiose Mary Main e Judith Solomon, notando che alcuni bambini risultavano inclassificabili, hanno introdotto una quarta categoria chiamata "disorientato/disorganizzato" (D). Questa forma di attaccamento appare come la più insicura ed è strettamente associata a disregolazioni emotive e psicopatologie (Trasatti, 2022). I bambini mostrano confusione e disorientamento, con comportamenti strani e disorganizzati. Vivono una tensione tra il desiderio di affetto verso una figura di riferimento e una risposta immobile di difesa di fronte a uno stimolo percepito come

minaccioso. Questo tipo di attaccamento si manifesta quando il genitore mostra comportamenti minacciosi, abusanti o dissociati, o reagisce con angoscia o paura trasmettendo al bambino le stesse emozioni. In queste situazioni, il *caregiver* diventa sia la fonte di paura che il rifugio emotivo del bambino, creando una rappresentazione frammentata di sé e degli altri, con una percezione della realtà distorta (Trasatti, 2022).

Il quadro teorico sulla Teoria dell'attaccamento ci aiuta a comprendere come la risposta del *caregiver* alle richieste di aiuto del bambino contribuisce a formare le sue aspettative sul modo in cui la FDA risponderà ai suoi stati di stress fisico o emotivo. Nel tempo, queste aspettative si trasformano in rappresentazioni mentali di sé, dell'altro e della relazione tra sé e l'altro, conosciute come Modelli Operativi Interni (Salerno, Tosto, Merenda, 2016). Durante lo sviluppo, queste rappresentazioni si estendono diventando schemi cognitivi che il bambino utilizzerà per elaborare le informazioni provenienti dall'ambiente fisico e sociale circostante (ibidem, p. 65).

Abbandonare la concezione monotropica sottolinea che gli attaccamenti si sviluppano gradualmente, nel corso di un periodo esteso, seguendo un modello gerarchico e dipendendo da una serie di figure di cura, che vanno oltre la madre e includono il padre, i nonni, i fratelli, gli zii, gli insegnanti, i partner e i pari (Lorito, Di Maria, 2015).

2.3 Gli attaccamenti multipli

Il concetto di attaccamenti multipli costituisce un modello che ridefinisce la comprensione dei legami primari e apporta ulteriori riflessioni sulle teorizzazioni del *parenting* (Salerno, Tosto, Merenda, 2016). La possibilità di sviluppare legami di attaccamento con più figure affettive deriva dalla motivazione sociale e dalla propensione innata dell'essere umano all'interazione sociale (Lorito, Di Maria, 2015). Questa propensione guida lo sviluppo attraverso le interazioni con figure significative, creando un intreccio complesso di relazioni tra individui e gruppi (ibidem, p. 51). I legami affettivi con i genitori sono primari, ma i bambini traggono vantaggi importanti dalle relazioni con altri *caregiver* attenti, sia all'interno che all'esterno della famiglia. La presenza di più figure di cura può infatti favorire lo sviluppo sociale ed emotivo del bambino (Milani, 2018).

Bowlby (1969) sosteneva che ogni bambino sviluppa diversi legami di attaccamento, ma organizza queste figure di cura in una struttura gerarchica, attribuendo una posizione

primaria alla madre (Salerno, Tosto, Merenda, 2016). L'individuazione di figure di attaccamento alternative alla madre, secondo gli studi, possono essere categorizzate in base al soddisfacimento (Lorito, Di Maria, 2015) di tre fattori chiave che influenzano la struttura gerarchica delle figure di attaccamento: il tempo e la qualità delle cure fornite da ciascun *caregiver*; il suo investimento emotivo nei confronti del bambino; la propensione delle altre figure a riconoscere la madre come principale persona a rispondere ai segnali di disagio (Salerno, Tosto, Merenda, 2016). Ciò suggerisce che l'instaurazione di legami di attaccamento con figure alternative segue un modello simile a quello dell'attaccamento materno (Lorito, Di Maria, 2015).

In ogni periodo della vita, il bambino sviluppa legami speciali attraverso le interazioni con le persone che si prendono cura di lui. Quando queste persone sono sensibili alle sue esigenze, esse contribuiscono all'organizzazione o riorganizzazione delle rappresentazioni di attaccamento, facilitando anche la creazione di nuovi legami indipendenti con altre figure (ibidem, p. 54). Le persone sono il risultato dell'interazione tra fattori biologici, ambientali e culturali (Lorito, Di Maria, 2015) e ciò suggerisce una notevole flessibilità nello sviluppo dei Modelli Operativi Interni (Baldoni, 2007). L'idea della madre come unica figura di attaccamento o prevalente è stata revisionata avendo osservato la capacità del bambino di interagire con più persone diverse, e dare vita a quelli che oggi vengono comunemente definiti attaccamenti multipli.

2.4 Attaccamento paterno

Rispetto al numero di studi che esaminano la qualità dell'attaccamento tra bambino e madre, sono relativamente poche le ricerche che si sono concentrate sulle conseguenze della qualità dell'attaccamento tra bambino e padre. Questa visione ristretta ha portato quasi ad ignorare l'importante contributo che i padri offrono alla crescita dei loro figli. Tale influenza, soprattutto durante la prima infanzia, è stata sottostimata o considerata prevalentemente in relazione alla figura materna (Di Folco, Zavattini, 2014). Eppure, *“nel tentativo di definire quale posto i padri occupino nella gerarchia delle figure d'attaccamento, la letteratura ha evidenziato che [...] sono figure preferenziali dopo le madri e assolvono ad una funzione compensatoria quando queste non sono capaci di provvedere al nurturing o là dove sono poco coinvolte”* (ibidem, p. 162).

Al contrario, il ruolo del padre nella cura e nello sviluppo dei bambini è significativo. Alcune ricerche indicano che i padri, durante l'infanzia, dimostrano competenza nell'interagire positivamente con i neonati e condividono esperienze psicologiche simili a quelle delle madri (Caponetto et al., 2020). I primi contatti con la mascolinità paterna sono inoltre cruciali perchè contribuiscono alla differenziazione dei ruoli di genere e alla formazione di rappresentazioni mentali che influenzeranno i comportamenti sociali attesi (ivi, p.2).

Ciò suggerisce che i comportamenti genitoriali che promuovono un attaccamento sicuro tra padre e bambino potrebbero essere diversi da quelli che favoriscono la sicurezza dell'attaccamento madre-bambino (Pulizzi, 2022). L'attaccamento, che si verifica verso entrambe le figure a partire dal primo anno di vita, sembra influenzare in modi differenziati l'adattamento infantile: l'attaccamento alla madre è più fortemente associato alla formazione del mondo interno del bambino, mentre l'attaccamento al padre ha un impatto prevalente sulle sue relazioni con il mondo esterno (Salerno, Tosto, Merenda, 2016). Queste due forme di attaccamento assumono a loro volta due funzioni complementari: da una parte, il rifugio sicuro fornito dal ruolo materno, dall'altra la spinta ad esplorare l'ambiente fornita dalla figura paterna (Pulizzi, 2022).

Dalle ricerche, appare che i padri, in confronto alle madri, sembrano coinvolgersi in interazioni più intense e fisiche con i loro bambini, focalizzandosi maggiormente sul gioco che sulla cura (Pulizzi, 2022). Un aspetto significativo dell'interazione padre-figlio che risulta cruciale per lo sviluppo di relazioni di alta qualità è la propensione dei padri a mostrare una stimolazione fisica che è sensibile, ma allo stesso tempo coinvolgente con i bambini. Questo comportamento è stato identificato come "sensibilità al gioco" (Pulizzi, 2022): Grossman e colleghi (2002) sostengono che la sensibilità dei padri che sfidano il bambino durante il gioco è un fattore predittivo unico e indipendente della successiva sicurezza della rappresentazione dell'attaccamento dei bambini. Questa sensibilità al gioco dei padri è dunque un importante predittore a sé stante, che può essere o meno correlato al modello di attaccamento valutato nella *Strange Situation* (ibidem, p.316). Inoltre, la capacità del piccolo di essere aperto ed esplorare il suo ambiente è favorita da ciò che Paquette (2004) ha definito "relazione di attivazione padre-figlio" (Pulizzi, 2022). Questa relazione è caratterizzata dalla capacità unica del padre di suscitare l'interesse del bambino e a destabilizzarlo, coinvolgendolo in compiti più attivi, in giochi fisici e attività

strumentali (Di Folco, Zavattini, 2014) e fornendo al contempo calore e sicurezza. Tale relazione consente al bambino di sviluppare abilità per esplorare nuovi ambienti con coraggio e imparare a difendersi quando necessario (Pulizzi, 2022).

In uno studio condotto su giovani adolescenti è stato osservato che, a quell'età, la presenza di approcci attivi e meno evitanti nel gestire lo stress, insieme alla capacità di esplorare, era strettamente collegata con la qualità dell'attaccamento paterno durante l'infanzia (Baldoni, 2007). Questa connessione si basava sulla sensibilità dimostrata dai padri durante il gioco quando i figli avevano 2-3 anni e sulla rappresentazione dell'attaccamento paterno valutata a 8 anni. Allo stesso modo, un altro studio ha riscontrato che il comportamento sensibile dei padri durante il gioco a 2 anni era correlato in modo significativo alla rappresentazione di un attaccamento sicuro-autonomo (Tipo B) (ibidem, p. 14).

Nell'ambito della formazione delle amicizie, è importante sottolineare che la qualità della relazione tra padre e figlio, soprattutto durante l'infanzia, si configura come un indicatore significativo del numero di amicizie con i coetanei durante l'adolescenza (Salerno, Tosto, Merenda, 2016). Questa associazione è stata evidenziata in diverse ricerche, indicando che un solido legame padre-figlio favorisce la formazione di relazioni amichevoli sicure, migliora la capacità di gestire l'aggressività altrui e di regolare le proprie emozioni (ibidem, p.68).

Sulla base di quanto appena spiegato, è possibile affermare che l'importanza dell'attaccamento paterno e del ruolo del padre nella relazione con il figlio sono altrettanto significativi quanto quelli ricoperti dalla figura materna. Se analizziamo solamente le situazioni di pericolo o disagio emotivo (tristezza, preoccupazione, rabbia), emerge una certa continuità con l'attaccamento sviluppato con la madre nei primi anni di vita (Baldoni, 2007). Tuttavia, se si considerano le capacità di esplorazione e le competenze sociali, diventa evidente che l'influenza del padre durante tutta l'infanzia è altrettanto significativa per la formazione di una "base sicura". Il padre fornisce supporto alla madre nel suo ruolo di crescita del figlio e al bambino nelle sue attività di esplorazione, contribuendo così allo sviluppo dell'autonomia (ibidem, p. 16).

2.5 L'attaccamento in un contesto di dipendenza

È evidente che la dipendenza da sostanze da parte dei genitori può mettere a rischio il legame positivo con il figlio e avere impatti negativi sulla sana crescita del bambino.

L'ambiente in cui i bambini crescono influenza in modo significativo le loro traiettorie di vita e i loro risultati. Le esperienze negative, chiamate anche esperienze infantili avverse (*Adverse Childhood Experience - ACE*), si verificano quando un bambino (0-18 anni) è esposto a forme di abuso infantile (psicologico, sessuale o fisico), negligenza o altre esperienze traumatiche (Maina et. al., 2021). Queste situazioni includono l'abuso di sostanze, la malattia mentale, l'esposizione alla violenza domestica, la separazione dei genitori e la criminalità familiare (ibidem, p. 2). Uno dei più importanti studi riguardanti gli ACEs è l'*Adverse Childhood Experiences Study*, condotto dall'*American healthcare company Kaiser Permanente* e dal *Centers for Disease Control and Prevention (CDC)* negli Stati Uniti. Pubblicato nel 1998, questo studio ha coinvolto oltre 17.000 partecipanti, rivelando una solida correlazione tra esperienze avverse durante l'infanzia e una vasta gamma di esiti negativi sulla salute (CDC, 2021), come malattie cardiache, diabete e morte prematura (Felitti et. al, 1998). I precedenti studi sugli effetti a lungo termine dell'abuso infantile hanno spesso esaminato singoli tipi di abuso, senza considerare altri fattori familiari come l'abuso di sostanze, la violenza domestica e l'attività criminale, che possono co-occorrere (ivi, p. 246). Nel corso degli anni, la lista delle sette categorie di esperienze avverse originariamente proposte si è evoluta e, ad oggi, gli ACEs sono suddivisi in tre macrocategorie: abuso, trascuratezza e disfunzioni familiari (CDC, 2021).

Ricerche condotte su famiglie con problematiche legate alla dipendenza indicano che i genitori tossicodipendenti sono più inclini a sviluppare uno stile genitoriale povero rispetto a genitori non tossicodipendenti. Ciò può comportare conseguenze psicosociali negative per i loro figli (Bellucci, 2014). La dipendenza è solitamente associata alla negligenza più che al maltrattamento (Bramucci, 2019) e *“la trascuratezza dei tossicodipendenti adulti nei confronti dei figli rappresenta la conseguenza inevitabile di un pesante retaggio di carenze di attenzione subite nell'infanzia, in genere non riconosciute, che ne limitano le competenze genitoriali”* (Bellucci, 2014, p.18).

Bramucci (2019) sostiene che i bambini trascurati possono sviluppare stili di attaccamento di tipo evitante, caratterizzati da inversione dei ruoli, iperadeguatezza e

autonomia. L'autore definisce questa possibilità parlando di "disturbo dell'attaccamento con inversione dei ruoli" (ibidem), ovvero la presa in carico di responsabilità solitamente affidate ai genitori da parte del bambino (Bellucci, 2014). Inoltre, questi bambini spesso mostrano passività, insensibilità agli stimoli ambientali, tendono a isolarsi dai coetanei, manifestano comportamenti disorganizzati e a volte possono essere aggressivi (ibidem, p. 18).

Dalle ricerche è emerso che nei primi mesi di vita, la madre tossicodipendente manifesta una carenza di sguardo e di contatto fisico con il bambino, il quale non mostra paura degli estranei a causa dell'incapacità di identificare chiaramente le figure genitoriali. Il genitore tossicodipendente trasmette così carenze affettive al figlio, mostrando una maggiore focalizzazione sulle proprie esigenze personali e una mancanza di sensibilità ed empatia nella relazione con il bambino (Bramucci, 2019). Per la maggior parte dei bambini colpiti dall'esposizione alle sostanze, pare svilupparsi un attaccamento insicuro con i suoi *caregivers*, in particolare di tipo insicuro-disorganizzato (Bellucci, 2014). Lo sviluppo di tale modello implica che il bambino sviluppi aspettative negative riguardo alle risposte ai propri bisogni. Quest'ultime generano paura di abbandono e mancanza d'amore che persistono nell'età adulta, manifestandosi nelle difficoltà relazionali (ibidem, p. 19).

In uno studio condotto da Maina e colleghi (2021), sono stati coinvolti nel campione di ricerca coloro che vivevano o si occupavano di un membro della famiglia dipendente da sostanze. Le narrazioni dei soggetti partecipanti hanno suggerito che la loro infanzia è stata significativamente turbata dal fatto di vivere in un ambiente in cui era presente la dipendenza. L'uso di droghe e l'abuso hanno impedito ai genitori di garantire sostegno affettivo e sicurezza, creando un ambiente privo di stabilità sociale e causando una perdita di autostima nei partecipanti. Alcuni dei soggetti coinvolti hanno anche riportato esperienze di violenza diretta o subita da parte di familiari o amici legati all'uso di sostanze. Dai racconti, la violenza domestica ha inflitto ai bambini un profondo dolore, generando sentimenti di paura, ansia e terrore (ibidem, p. 4).

I risultati di questa indagine indicano che i bambini che crescono in ambienti caratterizzati dall'uso diffuso di sostanze e dalla mancanza di sostegno genitoriale possono affrontare eventi traumatici specifici. Questi eventi includono l'assunzione precoce di responsabilità adulte, l'esposizione alla violenza nelle relazioni dei genitori, la trascuratezza e gli abusi (Maina et. al., 2021). I genitori con DUS sono collegati a un coinvolgimento genitoriale

limitato, aumentando il rischio di abuso di sostanze e lo sviluppo di disturbi mentali nei bambini. Inoltre, la dipendenza dei genitori può costringere i figli a svolgere prematuramente ruoli genitoriali, influenzando negativamente sullo sviluppo di relazioni fiduciarie. Questo può portare a problemi di autostima, ansia sociale e depressione durante l'adolescenza e l'età adulta (ibidem, p. 6).

2.6 Chi è il padre tossicodipendente

La ricerca sui padri e sulla paternità ha guadagnato slancio negli ultimi anni. I ricercatori, ma anche i responsabili delle politiche sulla genitorialità, si sono concentrati maggiormente sul ruolo dei padri, spostandosi da un'attenzione incentrata prevalentemente sulle madri (Bell et. al., 2020). Il tema della paternità è stato preso poco in considerazione poiché, nell'immaginario collettivo, la figura del padre è considerata distante dal contatto emotivo e comunicativo con i figli (Caponetto et. al., 2020). Da ulteriori studi è emerso che i padri sono per la maggior parte collocati, o si collocano, in una posizione periferica per quanto riguarda la cura dei figli (Families Need Fathers, 2014).

Volendo definire la paternità degli individui che fanno uso di droghe, è possibile parlare di "paternità misconosciuta" e "paternità disertata" (Caponetto et. al., 2020):

- Il misconoscimento deriva dalla percezione negativa, sia del soggetto sia dell'ambiente familiare, sulla capacità del genitore tossicodipendente di svolgere positivamente il ruolo paterno.
- La diserzione, invece, nasce dal senso di colpa e inadeguatezza del genitore tossico nei confronti di se stesso, della propria vita e delle proprie scelte, portandolo a vivere la paternità in modo intermittente. Questo atteggiamento può indurre la persona che fa uso di droghe, in relazione alla possibilità di essere padre, "*ad abortire la propria funzione, scegliendo di rinunciare ad ogni responsabilità che deriva dall'estraniarsi dal rapporto con i figli*" (ibidem, p.2) e reprimendo il dolore che ne consegue. In alcuni casi, gli uomini potrebbero essere esclusi dalla funzione paterna da parte delle loro partner (Bramucci, 2019), amplificando gli aspetti negativi e generando un senso di conflitto nel figlio (Caponetto et. al., 2020). Non solo, si manifesta anche un sentimento di estromissione dalla diade madre-bambino, la quale risulta esclusiva e da cui il padre è emarginato (Bramucci, 2019).

- Nella ricerca condotta da Caponetto e collaboratori (2020) viene delineata anche la figura del padre “dimissionario”, colui che per mancanza di senso di colpa o per pigrizia non riesce a lasciare un segno significativo al bambino o, peggio, gli lascia una ferita derivante dalla sua mancanza.

A sostegno di questo, Bramucci (2019) scrive che il padre tossicodipendente mostra una mancanza di autostima e una difficoltà a credere nella propria capacità di svolgere adeguatamente il ruolo paterno. Il padre tossicodipendente è spesso descritto in letteratura con maggiori tendenze ad essere aggressivo, mostrando una minore sensibilità ed empatia, scarse capacità di *problem solving* e tassi più elevati di negatività durante le interazioni, nonché una maggiore problematicità ed un controllo meno adeguato dei figli (Caponetto et. al., 2020).

La maggior parte di questi padri deve affrontare il peso di un’eredità paterna estremamente conflittuale, spesso caratterizzata da assenza o inadeguatezza (alcolismo, violenza, ecc.) (Bramucci, 2019) che li porta a vivere una minore soddisfazione paterna, preoccupazioni riguardo al loro ruolo e sensi di colpa (Caponetto et. al., 2020). Infatti, aver vissuto in prima persona modelli maschili inadeguati, l’abuso o l’abbandono (Bell et. al., 2020) è causa di questa difficoltà nella propria rappresentazione genitoriale (Bellucci, 2014). Cirillo (1996) spiega che il mondo emotivo del genitore è fortemente influenzato dalle relazioni affettive insoddisfacenti vissute durante l’infanzia e ciò impedisce ai padri tossicodipendenti di assumere un ruolo adulto e di indirizzare le proprie energie emotive verso i figli.

Gli atteggiamenti prevalenti di un padre che abusa di droghe sono determinati dagli effetti reali che egli può avere su se stesso, sulla famiglia e soprattutto sul bambino, ad esempio (Families Need Fathers, 2014):

1. *Il mancato esercizio del ruolo genitoriale*: se l’abuso di sostanze è evidente fin dalla più tenera età, uno studio condotto in Scozia indica che i genitori che abusano di sostanze spesso non riescono a mettere in atto quelle che i figli considerano responsabilità genitoriali - ad esempio preparare i pasti, imporre l’ora di andare a letto, l’igiene, ecc.- In alcuni casi, il ruolo genitoriale è invertito, in quanto alcuni bambini hanno sentito la responsabilità di prendersi cura di un genitore che abusa o di un fratello.

2. *Il mancato coinvolgimento emotivo con il bambino*: nel caso di abuso di droghe, le ricerche suggeriscono che i genitori diventano più chiusi e non si interessano al figlio, e che l'effetto dovuto alla sostanza produca indifferenza e distanza nel genitore.
3. *L'aumento del rischio di aggressività/abuso*: le ricerche presentano varie opinioni sulla causa predominante, con alcune indicazioni che l'alcol potrebbe essere la sostanza principale, mentre altri studi suggeriscono che i figli di padri che abusano di droghe sono più inclini a essere testimoni di violenza nelle loro famiglie rispetto ai figli di padri alcolisti.
4. *L'onere finanziario*: la dipendenza da una sostanza comporta un onere finanziario che, combinato con l'impatto sulla capacità lavorativa del genitore, influisce sulla sua abilità di fornire cure al bambino (Families Need Fathers, 2014, p.2).

Dunque, la dipendenza del padre provoca conseguenze che vanno oltre l'impatto sui figli, coinvolgendo l'intero sistema familiare. Questo abuso agisce come un elemento distruttivo nell'ambiente domestico, generando effetti negativi su tutti i membri della famiglia, i quali, in molti casi, si trovano a dover assumere ruoli sostitutivi per colmare la lacuna lasciata dal padre (Caponetto et. al., 2020). L'incapacità del genitore tossicodipendente di non riuscire a incarnare una figura presente, solidale e responsabile si traduce in termini di vergogna ed influisce negativamente sul rapporto con i figli, minando il campo relazionale (ivi, p.7). Infatti, i padri partecipanti allo studio di Caponetto e collaboratori (2020) hanno dichiarato di sentirsi più sopraffatti rispetto agli altri padri, a volte indifferenti, altre volte assenti: *“Ho praticamente visto i miei figli crescere in mia assenza”*; *“Mia figlia, vista la mia dipendenza, aveva paura di stare da sola con me a causa delle mie manie di persecuzione e tutt'ora non si fida di me”*; *“La dipendenza da sostanze oltre a rovinare la mia persona ha rovinato la crescita dei miei figli”*⁵.

Sebbene questo paragrafo abbia delineato la figura di un padre tossicodipendente distante, assente e poco partecipe nella cura dei figli, un'altra parte della letteratura scientifica ha

⁵ Dichiarazioni di alcuni dei 18 padri tossicodipendenti partecipanti allo studio condotto da Caponetto, Triscari, Maglia (2020). Per approfondimenti consultare: Caponetto P., Triscari C., Maglia M. (2020). *Living fatherhood in adults addicted to substances: A qualitative study of fathers in psycho-rehabilitative drug addiction treatment for heroin and cocaine*. International Journal of Environmental Research and Public Health

esaminato come i padri dipendenti da sostanze percepiscano la loro identità paterna e di come siano interessati a valorizzare il loro ruolo (Bell et. al., 2020).

2.6.1 La percezione della propria paternità

Gli uomini che utilizzano droghe riportano un impatto negativo sulle relazioni con i loro figli. Alcuni di loro, infatti, temono che i figli possano seguire le loro orme nell'uso di sostanze o che starebbero *“meglio senza di loro”* (Bell et. al., 2020). Tuttavia, molti di questi uomini nutrono la speranza che il trattamento possa contribuire a risolvere tale problematicità (ibidem, p. 360).

Come già affermato, la condizione di abuso dei padri si riflette nelle dinamiche familiari, dove la dipendenza da sostanze può limitare l'esercizio della funzione genitoriale, generando insicurezza e disorientamento sul proprio ruolo (Caponetto et. al., 2020). Nonostante ciò, le ricerche condotte sul tema sottolineano il comune desiderio di uomini tossicodipendenti di mantenere un coinvolgimento significativo nella vita dei figli e di migliorare la propria figura paterna. Un'analisi più approfondita sui casi di dipendenza evidenzia gli sforzi dei padri nel disintossicarsi, con esiti variabili (Bell et. al., 2020), e che tali individui siano interessati a migliorare il loro ruolo paterno attraverso interventi mirati che li sostengano nell'affrontare le sfide che riguardano l'uso di sostanze, le competenze genitoriali e la terapia di coppia o una combinazione di tutti e tre (ivi, p. 362). L'analisi della percezione dei padri si estende anche alle aspettative riguardo alle caratteristiche fondamentali di una figura paterna, indagata da Caponetto e collaboratori (2020): ai padri tossicodipendenti partecipanti è stato chiesto di esprimere le loro aspettative in merito alle caratteristiche fondamentali di una figura paterna. Rispetto, presenza, comprensione, responsabilità, apertura al dialogo, sostegno, pazienza, educazione sono emersi come gli aggettivi chiave. Allo stesso modo, esplorando gli aspetti indesiderati, sono emerse caratteristiche come autorità assoluta, severità, rigidità, violenza, indifferenza e aggressività verso la famiglia (ibidem, p. 6).

In un altro studio fenomenologico simile (Söderström, Skårderud, 2013), otto padri tossicodipendenti hanno identificato tre tipi di paternità: nel primo caso, il *“buon padre”* è caratterizzato da un impegno a lavorare duramente per diventare un genitore premuroso, sostenendo emotivamente e finanziariamente la famiglia. Dall'altra parte, il *“cattivo padre”* emerge come una figura egocentrica, abusiva, sconsiderata e preoccupata dall'uso

di droghe. Tale rappresentazione evidenzia le sfide che alcuni padri devono affrontare nel bilanciare la dipendenza e la genitorialità, con possibili impatti negativi sulla famiglia. Il concetto del “*padre invisibile*” è legato invece ad una presenza limitata o addirittura assente nella vita dei figli, spesso accompagnata da sentimenti di indesiderabilità (Söderström, Skårderud, 2013).

In sintesi, la percezione dei padri in situazioni di dipendenza da sostanze risulta complessa. Nonostante le sfide che devono affrontare, emerge comunque un tema comune: la tendenza a mantenere una visione positiva della paternità e una forte aspirazione a migliorarsi come padre, nonostante la fragilità della percezione di sé in questo ruolo (Caponetto et. al., 2020).

La genitorialità degli uomini che abusano di alcol e droghe è stata poco esplorata empiricamente. Gli studiosi hanno evidenziato la necessità di nuovi approcci che riconoscano l’interesse degli uomini a essere padri, le loro capacità di essere genitori efficaci e la responsabilità etica di prendersi cura dei propri figli (McMahon et. al., 2008). Sebbene ci sia una preoccupazione costante per gli uomini a rischio di comportamenti irresponsabili nei confronti dei figli a causa dell’abuso di sostanze, la compromissione della loro paternità raramente viene considerata una conseguenza negativa (ivi, p. 270). Inoltre, una sfida che i padri possono affrontare nello sviluppare il loro ruolo genitoriale è quella di essere sottovalutati: il ruolo paterno tende a essere messo in secondo piano nei servizi rivolti ai genitori, con i professionisti che spesso si concentrano principalmente sul ruolo della madre (Bell et. al., 2020).

2.7. L’emarginazione del ruolo paterno nei servizi

I problemi legati all’uso di sostanze tra gli uomini sono una realtà affrontata dai programmi di trattamento, ma la paternità di questi individui è un aspetto spesso trascurato. Nonostante il successo dimostrato dei programmi di trattamento focalizzati sul genere e sulla maternità delle donne, quelli rivolti agli uomini raramente incorporano una componente genitoriale nella loro progettazione (Stover et. al., 2018).

L’impatto negativo dell’uso di sostanze da parte dei padri sulla vita dei loro figli è ben documentato. Tuttavia, gli uomini che affrontano la dipendenza spesso si trovano a dover ricostruire i legami con i propri figli dopo prolungate assenze dovute a dipendenza,

reclusione o trattamento. Sebbene il trattamento per l'uso di sostanze possa mitigare comportamenti aggressivi, la sua efficacia nel trattare le sfide legate alla genitorialità è limitata, e spesso manca il sostegno necessario per aiutare i padri a sviluppare relazioni positive con i loro figli (ibidem, p. 281). La letteratura indica che molti uomini in trattamento esprimono il desiderio di partecipare a programmi di formazione genitoriale, evidenziando però la mancanza di tale supporto nei contesti residenziali e ambulatoriali. Le ricerche indicano che molti uomini nel trattamento avrebbero beneficiato di interventi specifici sulla paternità, con il 27% che ha manifestato preoccupazioni per i propri figli, il 18% che riteneva utile partecipare a classi genitoriali, e il 16% che desiderava che le questioni legate alla paternità fossero parte del trattamento per l'uso di sostanze (Stover et al., 2018). Inoltre, un sondaggio condotto tra padri in trattamento residenziale ha rilevato che il 95% pensava ai propri figli tutto il tempo, il 70% riteneva utile discutere dei problemi legati alla paternità e al rapporto padre-figlio come parte del trattamento, e il 77% era interessato a sessioni focalizzate sulla paternità e sulla co-genitorialità (ibidem, p. 282). Questi dati indicano che gli uomini nel trattamento residenziale sono particolarmente aperti e investiti nel coinvolgimento in interventi che migliorerebbero il loro rapporto con i figli. In aggiunta, incentivare la partecipazione e il coinvolgimento maschile può rappresentare un ulteriore stimolo motivazionale per gli uomini che stanno cercando di affrontare l'abuso di sostanze (Bell et. al., 2020). Eppure, la mancanza di un approccio inclusivo nei servizi di trattamento persiste, con il ruolo dei padri che spesso è messo in secondo piano e la loro partecipazione risulta esclusa o autoesclusa (ibidem, p. 363). Una prospettiva più consapevole dell'importanza del ruolo paterno è invece essenziale per migliorare l'efficacia dei servizi di trattamento e supporto (ivi, p. 364). L'urgenza di ulteriori ricerche in questo campo emergente è evidente per sviluppare approcci più efficaci e informare una comprensione più approfondita della relazione tra l'uso di sostanze, la paternità e il benessere dei bambini (Caponetto et. al., 2020). Per tanto, si ritiene necessario che nei servizi ci si focalizzi non solo sul singolo genitore con DUS ma anche sul suo contesto familiare e che venga erogato un supporto clinico più preponderante (ivi, p. 9)

2.8 Tutelare la famiglia e il minore

Negli ultimi decenni, varie discipline hanno sottolineato l'importanza dell'ambiente familiare e della funzione genitoriale nello sviluppo del bambino (Milani, 2018). Anche i Servizi per le dipendenze hanno compreso l'importanza di stabilire un approccio con i genitori tossicodipendenti che implichi un'attenzione più approfondita, un sostegno più efficace e modalità di ascolto mirate (Bellucci, 2014).

La tossicodipendenza non va considerata solo come una caratteristica individuale, ma come un fenomeno complesso influenzato da vari elementi sia individuali che sociali (De Luca, 2012). Secondo la psicologia, essa non è una predisposizione innata, ma un fenomeno multidimensionale che si sviluppa fin dalla prima infanzia, modellato dall'ambiente familiare, sociale e culturale. Affrontare la tossicodipendenza solo da un punto di vista individuale è dunque sia un errore concettuale che terapeutico (ibidem, p. 50).

Sappiamo che i genitori che si confrontano con problematiche legate all'uso di sostanze stupefacenti sono soggetti all'influenza di vari fattori che compromettono le loro capacità genitoriali. La mancanza di sicurezza, di fiducia e affetto nelle relazioni parentali, unita all'assenza di una struttura familiare ben definita e di una disciplina adeguata, può esporre i figli a situazioni di rischio per lo sviluppo di problemi comportamentali, dipendenza da sostanze e disturbi mentali successivi (Bellucci, 2014), ma soprattutto, questi fattori complicano la vita quotidiana dei genitori tossicodipendenti, dando luogo a situazioni in cui le necessità di sviluppo dei bambini non riescono a ricevere la priorità all'interno del contesto familiare (Bolelli, 2022). I dati sinora esposti mettono in luce l'urgenza di intervenire prontamente con ciascuna famiglia, con l'obiettivo di minimizzare l'impatto della tossicodipendenza dei genitori sui figli e sul contesto circostante. Tale intervento è fondamentale per assicurare a ciascun bambino uno sviluppo ottimale e per implementare, nei confronti della famiglia, interventi mirati e "*ben trattanti*" (Milani, 2018, p. 213). Nel caso specifico di famiglie esposte al consumo di droghe, le fragilità da considerare per un intervento efficace sono due: quella del bambino, che richiede tutela e protezione, e quella del genitore tossicomane, il quale non dovrebbe essere giudicato precipitosamente per la propria condizione (Bramucci, 2019) o rimanere ancorato all'identità di consumatore senza considerare la possibilità di poter assumere altri ruoli sociali (De Luca, 2012).

In molte famiglie in cui gli adulti mostrano comportamenti di abuso e dipendenza, si nota

una tendenza al progressivo isolamento e all'indebolimento dei legami e delle relazioni, con l'obiettivo di evitare confronti, ridurre lo stress e mitigare la frustrazione negli scambi interpersonali (Bolelli, 2022). In aggiunta, la mancanza di informazioni sui servizi disponibili possono impedire alle persone con DUS di cercare aiuto e spingerle ancora di più verso l'isolamento, alimentando un sentimento di sfiducia in se stessi e negli altri (Giacomello, 2021). Di conseguenza, un effetto collaterale è che anche i bambini si isolano e sviluppano relazioni sociali limitate (Bellucci, 2014). Concentrarsi su questi bambini "*invisibili*" invece (Giacomello, 2021, p. 11), significa rivolgersi a una popolazione di bambini che è spesso trascurata e offrire supporto per aiutarli, insieme alle loro famiglie, a superare la dipendenza e le sue conseguenze (ibidem, p.11).

A questo punto, sorge la domanda su quali azioni possono essere effettivamente realizzate, dove, in quali contesti e con quali approcci e metodi per sostenere le famiglie e i minori che vivono la situazione di tossicodipendenza all'interno del proprio ambiente familiare.

La promozione positiva della genitorialità richiede un impegno collettivo della società, poiché essa è intrinsecamente collegata alle azioni pubbliche e agli apparati istituzionali (Milani, 2018). È essenziale coinvolgere e coordinare tutte le risorse istituzionali, culturali e sociali a livello nazionale, regionale e territoriale, affinché si possa garantire un sistema d'intervento globale che metta in sinergia tutte le risorse necessarie (umane, professionali, tecniche, organizzative, sociali e finanziarie) (Della Salute M., 2020); l'obiettivo è preservare la salute della persona in modo olistico, in sintonia con le risorse personali dell'utente, della famiglia e della rete circostante (De Luca, 2012). Favorire uno stile educativo adeguato contribuisce alla formazione di relazioni familiari adeguate, che a loro volta rappresentano il modello fondamentale per ogni altro tipo di relazione interpersonale (Bellucci, 2014). In questo senso, gli elementi chiave per una presa in carico adeguata delle persone tossicodipendenti includono (ibidem, p. 22):

- L'adozione di un approccio che coinvolga l'intero nucleo familiare anziché limitarsi al singolo soggetto tossicodipendente. Questo mira a evitare interventi isolati, favorendo la possibilità per gli operatori di utilizzare strumenti informativi e comunicativi adeguati per una comprensione approfondita del caso.
- Una presa in carico interprofessionale che consideri e affronti vari aspetti come quelli psicologici, sociali, economici, neuropsichiatrici ed educativi. Questo richiede la

creazione di momenti di coordinamento e collaborazione tra diverse istituzioni, servizi e professionisti coinvolti per garantire un intervento efficace e integrato.

- La promozione delle reti sociali di supporto come parte integrante di una strategia per valorizzare le capacità residue presenti nel nucleo familiare e nella rete sociale di appartenenza. Ciò implica la valutazione attenta di tali potenzialità e delle competenze genitoriali delle persone coinvolte. È essenziale utilizzare strumenti adeguati per comprendere la dinamica di esclusione presente nell'ambiente del bambino. Inoltre, è necessario promuovere eventuali momenti di sostegno che facilitino il processo di risocializzazione genitoriale e migliorino il rapporto con l'ambiente circostante (Bellucci, 2014).

Per intervenire in modo efficace nelle situazioni di genitorialità all'interno di contesti legati alla tossicodipendenza, è cruciale adottare un approccio olistico che vada oltre l'intervento individuale (Bramucci, 2019). Questo approccio si focalizza sulla comprensione delle relazioni intercorrenti tra genitore, bambino, contesto familiare esteso e istituzioni, andando oltre interventi puntuali che, pur volti a tutelare il minore, spesso risultano inefficaci (Bramucci, 2019). Per proteggere i bambini, è quindi obbligatorio rispondere ai loro bisogni, in quanto titolari di diritti, e assicurarsi che crescano in un ambiente sano e protetto, che idealmente dovrebbe coincidere con l'unità originaria della famiglia, evitando la separazione, a meno che il fatto di vivere con i genitori non esponga il bambino a un rischio maggiore (Giacomello, 2021). Attraverso interventi mirati, in contesti sicuri e con programmi personalizzati, si consente ai genitori di acquisire consapevolezza e responsabilità del proprio ruolo (Bramucci, 2019), poiché essi devono essere considerati come le persone responsabili dello sviluppo e del benessere dei loro figli (Giacomello, 2021). Allo stesso tempo, gli interventi con le famiglie, pur dando voce ai bambini, devono sempre mantenere un atteggiamento non stigmatizzante, attento e flessibile, accettando miglioramenti realistici senza idealizzazioni da parte degli operatori (Bramucci, 2019; Giacomello, 2021).

I bambini non hanno il potere di selezionare la famiglia in cui vengono accolti, ma la politica ha la possibilità di creare condizioni socioeconomiche più favorevoli per le famiglie. Attuare politiche e pratiche in questa direzione si configura come un forte indicatore predittivo di successo (Milani, 2018). Nel contesto italiano, il Programma

P.I.P.P.I risponde a questa esigenza impegnandosi ad accompagnare tutto il nucleo familiare, garantendo simultaneamente il benessere dei bambini e promuovendo la “genitorialità positiva”. La nuova nozione di genitorialità positiva è intesa nel Programma come «*comportamento genitoriale fondato sul superiore interesse del bambino e rivolto al suo sviluppo e alla sua responsabilizzazione, che utilizza modalità non-violente, attraverso il riconoscimento e il sostegno e definendo le risorse necessarie per la sua buona crescita*» (ivi, p. 14 sezione 1). In questo modo, P.I.P.P.I. risponde al bisogno di ogni bambino di crescere in un ambiente positivo e sicuro, contrastando attivamente l'emergere di situazioni che favoriscono le disuguaglianze sociali. Allo stesso tempo, i professionisti all'interno del Programma non pongono l'attenzione sulle mancanze dei genitori, ma sulle loro potenzialità, aiutandoli a sviluppare risposte adeguate alle esigenze naturali di crescita dei loro figli (Petrella, 2022).

CAPITOLO 3

PRESENTAZIONE DEL DISEGNO DI RICERCA

Il seguente capitolo mira a esaminare le metodologie e le strategie adottate dai servizi nella “presa in carico” delle famiglie coinvolte nella dipendenza da sostanze, sia a livello generale che all’interno di un programma specifico focalizzato sul supporto genitoriale. Inizialmente, tramite una revisione della letteratura, si esplora se la figura paterna viene coinvolta dai professionisti nei processi di intervento. Successivamente, si focalizza l’attenzione sul Programma P.I.P.P.I., un innovativo approccio di intervento pubblico volto a sostenere i nuclei familiari in situazione di vulnerabilità. L’obiettivo è comprendere le dinamiche di intervento ed esaminare gli approcci utilizzati per assistere le famiglie coinvolte nella dipendenza da sostanze.

Il presente capitolo si basa principalmente sulle citazioni e sui riferimenti presenti nel *Quaderno di P.I.P.P.I.* (S-01; S-02 p. 35; S-05 5 pp. 92-94) e in *P.I.P.P.I. Report di valutazione. Sintesi 2020-2022. Nona implementazione* (da p. 5 a p. 29).

3.1 Il Programma P.I.P.P.I

La capacità genitoriale non è una caratteristica innata. Essere genitori non è una condizione con la quale si nasce, ma piuttosto un processo che si sviluppa nel tempo (Milani, 2018). Come è già stato rilevato nei paragrafi precedenti, nonostante la condizione di abuso di sostanze da parte di alcuni genitori, l’utilizzo di droghe non sembra compromettere definitivamente la loro genitorialità (Bolelli, 2022). Il consumo di sostanze può sicuramente rendere più probabile l’instaurarsi di forme di trascuratezza nei confronti dei figli, ma è importante valutare ogni caso in maniera indipendente al fine di comprendere se il genitore in questione sia completamente idoneo ad occuparsi del minore (Bramucci, 2019). Solitamente, i programmi volti all’acquisizione di competenze familiari hanno l’obiettivo di potenziare i fattori protettivi della famiglia (Bellucci, 2014). Questi programmi possono includere attività mirate a migliorare la comunicazione, la fiducia e le abilità di risoluzione dei problemi e dei conflitti, ma anche offrire opportunità per genitori e figli di trascorrere del tempo insieme in modo positivo, rafforzando così il loro legame di attaccamento (ibidem, p. 20). Grazie al sostegno degli operatori coinvolti in questi programmi, i genitori acquisiscono maggiori competenze genitoriali per

migliorare il loro ruolo educativo da una parte, dall'altra i figli sono attivi e protagonisti nell'intero processo (ivi, p. 22).

Un'iniziativa che si configura come promettente da questo punto di vista, ponendo il superiore interesse del bambino al centro dell'intervento, è il Programma P.I.P.P.I.

Il Programma P.I.P.P.I (Programma di Intervento per la Prevenzione dell'Istituzionalizzazione) nasce nel 2010 e rappresenta il più longevo e ampio programma implementato nella storia delle politiche sociali in Italia. Esso è frutto di un innovativo approccio collaborativo tra il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali e il Laboratorio di Ricerca e Intervento in Educazione Familiare (LabRIEF) del Dipartimento di Filosofia, Sociologia, Pedagogia e Psicologia Applicata (FiSPPA) dell'Università di Padova. All'interno di questo paradigma, il Ministero coordina una governance multilivello coinvolgendo le Regioni, le Province autonome e gli ATS italiani (Ambiti Territoriali Sociali) (Milani, 2022).

Il 30 aprile 2021 è stato approvato il Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (PNRR) dalla Commissione Europea. Nella Missione 5, dedicata all'Inclusione e Coesione, l'Investimento 1.1 si concentra sul sostegno alle persone vulnerabili e sulla prevenzione dell'istituzionalizzazione degli anziani non autosufficienti. Successivamente, il 28 luglio 2021 è stato approvato il Piano Nazionale degli Interventi e dei Servizi Sociali 2021-2023 dalla Rete della protezione e dell'inclusione sociale, con il riconoscimento di P.I.P.P.I. come Livello Essenziale delle Prestazioni Sociali (LEPS). Questa conferma indica il riconoscimento di un nuovo diritto sociale, che mira ad accompagnare i bambini e le loro famiglie nei contesti sociali in cui vivono per affrontare le difficoltà e ridurre l'impatto negativo sullo sviluppo infantile. Questo segna una transizione dall'assistenza verso una nuova era di giustizia sociale, in cui si riconosce l'importanza di affrontare le disuguaglianze che minano lo sviluppo dei bambini (Milani, 2022).

L'acronimo P.I.P.P.I. prende ispirazione dalla resilienza di Pippi Calzelunghe, personaggio che rappresenta una metafora della forza intrinseca dei bambini nel confrontarsi con le sfide della vita (ibidem, p. 9). Si tratta di un programma di intervento rivolto principalmente alle famiglie con bambini di età compresa tra 0 e 11 anni (con la possibilità di estendersi anche a ragazzi e ragazze della fascia 12-14) che si trovano nella condizione di dover affrontare situazioni difficili che possono ostacolare l'accesso a

condizioni adeguate per il loro sviluppo (Milani et. al., 2023). Nel Programma, la vulnerabilità è descritta in senso ampio, come una condizione sociale complessa e multidimensionale, che comprende e genera avversità di natura sociale, familiare, emotiva, cognitiva e di salute fisica e mentale, mettendo così i bambini e i giovani a rischio (Milani, 2022). Questa definizione sottolinea l'importanza di considerare sia la dimensione delle relazioni all'interno della famiglia, sia quella esterna, ovvero delle relazioni tra la famiglia e il contesto sociale nell'intervento (Milani et. al., 2023).

P.I.P.P.I. si propone di affrontare il fenomeno specifico della negligenza, sperimentando un approccio di ricerca e intervento adatto alle caratteristiche e ai bisogni delle famiglie coinvolte. Si tratta di promuovere azioni innovative nel campo dell'accompagnamento alla genitorialità vulnerabile, cercando una contaminazione, finora poco esplorata, tra l'ambito della tutela dei minori, del sostegno alla genitorialità positiva e della povertà (Milani et. al., 2023). Nel delineare le *“idonee azioni”* (Milani, 2022, p. 10), P.I.P.P.I. incoraggia un approccio olistico ed ecosistemico rivolto alla persona, ai bambini e alle bambine, ai genitori, considerati all'interno del contesto quotidiano delle famiglie, che rappresenta un *“laboratorio di realtà”* (ibidem, p. 10).

L'approccio di P.I.P.P.I. si basa sui principi dell'educabilità umana, sulla potenza della vulnerabilità, sull'importanza della valutazione e della progettazione per garantire il futuro di ogni bambino e bambina. Fondamentale è anche l'incorporamento dei processi partecipativi, che si basano sul dialogo e sull'ascolto attento dei piccoli e delle diverse figure genitoriali (Milani, 2022). La finalità del Programma è dunque *“prevenire il rischio di maltrattamento e il conseguente allontanamento dei bambini dal nucleo familiare, articolando in modo coerente fra loro i diversi ambiti di azione coinvolti intorno ai bisogni dei bambini, tenendo in ampia considerazione la prospettiva dei genitori e dei bambini stessi nel costruire l'analisi e la risposta a questi bisogni”* (ibidem, p. 10).

Per questo motivo, il Programma P.I.P.P.I. agisce in maniera preventiva attraverso l'implementazione di azioni collettive basate su quattro dispositivi di intervento che cercano di realizzare una reale possibilità per questi bambini di interrompere lo svantaggio sociale che vivono (Milani, 2022). I dispositivi in questione sono il servizio di educativa domiciliare; il gruppo per i genitori; il partenariato scuola-famiglia-servizi e la vicinanza solidale. Questi dispositivi di intervento per le famiglie si basano sull'approccio ecologico, il quale riconosce che nei percorsi di protezione e prevenzione

non si deve assistere solo il bambino o solo il genitore, ma entrambi, e soprattutto la relazione che li lega all'interno del sistema familiare e del loro contesto di appartenenza. La chiave del successo risiede in servizi integrati che sono coerenti tra loro e tempestivi (Petrella, 2022).

Una risorsa in più che P.I.P.P.I mette a disposizione per raggiungere i suoi obiettivi è l'équipe multidisciplinare (EM): ogni équipe è composta da diverse figure, tra cui un assistente sociale del Comune di riferimento, uno psicologo dell'ASL, un educatore, una famiglia d'appoggio, l'insegnante e il nucleo familiare coinvolto. La possibilità di coinvolgere ulteriori professionisti è valutata dall'équipe multidisciplinare in base alle esigenze specifiche della situazione (Milani et. al, 2023). Lo stesso vale per l'attivazione dei dispositivi di intervento, poiché è compito dell'EM valutare quelli che possono essere utili per raggiungere gli obiettivi concordati. Non è escluso che un approccio inizialmente non adottato possa essere attivato successivamente. Ad esempio, nel caso specifico di famiglie prese in carico in P.I.P.P.I in cui è stata individuata la tossicodipendenza come vulnerabilità, i dispositivi sopra elencati possono agire in questo modo (Bolelli, 2022):

1. **L'educativa domiciliare e territoriale:** mira a concentrare le capacità degli adulti della famiglia sulla cura dei bisogni del bambino. Inoltre, crea condizioni che permettano al genitore con dipendenza da sostanze di sperimentare relazioni non incentrate sulla sostanza, contribuendo al decentramento da essa.
2. **I gruppi dei genitori e dei bambini:** questo dispositivo offre l'opportunità di partecipare a gruppi per lavorare su eventuali meccanismi di negazione e razionalizzazione, ostacoli alla risoluzione della dipendenza e alla risposta ai bisogni dei figli.
3. **La vicinanza solidale:** propone un supporto caratterizzato da fiducia, disponibilità e gratuità. Il suo obiettivo è superare l'erosione dei significati di tali parole nelle persone tossicodipendenti, permettendo ai bambini di rimanere nel contesto familiare, aspettando che l'intera famiglia possa gestire autonomamente la situazione.
4. **Il partenariato scuola/nido-famiglia-servizi:** è fondamentale per accompagnare le famiglie vulnerabili a comprendere il significato e il ruolo di ciascun attore nel percorso di crescita del bambino. Il partenariato serve a compensare l'assenza ai riti tipici della scuola e può fungere da motivazione per i genitori nel superare le sfide legate al riconsiderare il proprio passato (Bolelli, 2022, pp. 92-93).

È necessario chiarire che gli operatori della nona implementazione di P.I.P.P.I non sono formati appositamente per intervenire in maniera specifica nel caso di genitori che hanno presentato una vulnerabilità di dipendenza. È un interrogativo di ricerca che si è sviluppato successivamente, permettendo una maggiore preparazione e formazione per poter rispondere in maniera adeguata a questo bisogno.

L'insieme dei dispositivi all'interno del Programma P.I.P.P.I. costituisce una componente fondamentale con diversi obiettivi: innanzitutto, si propone di garantire il diritto delle famiglie in situazioni di vulnerabilità di ricevere un adeguato accompagnamento; in aggiunta, fornisce ai professionisti strumenti efficaci per affrontare la vulnerabilità genitoriale e promuovere una genitorialità positiva. Questa pluralità di dispositivi mira anche a rafforzare l'intervento professionale e a migliorare la collaborazione con le famiglie, spesso adottando approcci innovativi. Infine, rappresenta un'opportunità per riconsiderare congiuntamente con le famiglie l'intervento di accompagnamento, incoraggiando un approccio più partecipativo e personalizzato (Petrella, 2022).

L'insieme di tutte le azioni precedentemente delineate mira a intervenire in ciascuna sfera che influisce sul bambino, potenziando le sue abilità e assicurando un impatto duraturo nel tempo. Questa possibilità deriva dal fatto che i dispositivi si basano su un approccio metodologico che li collega e ne garantisce l'efficacia e la misurabilità, noto come metodo della "valutazione partecipativa e trasformativa dei bisogni e delle risorse di ogni famiglia" (Milani et. al, 2023, p. 13): la valutazione partecipativa e trasformativa, coinvolge attivamente tutte le parti interessate nel processo valutativo, permettendo alle famiglie di essere protagoniste nella definizione della situazione, nella progettazione e nell'attuazione degli interventi, nonché nella valutazione finale del percorso e dei cambiamenti ottenuti (ivi, p. 14).

In virtù di questo fondamento teorico, possiamo affermare che P.I.P.P.I può essere considerato un intervento promettente e lungimirante. Il Programma si distingue per il suo approccio olistico, concentrandosi sul nucleo familiare nella sua totalità e ponendo l'interesse del bambino al centro di ogni iniziativa. Una particolare attenzione è riservata alle dinamiche relazionali non solo nel microsistema familiare, ma anche nei vari sistemi circostanti che influenzano la vita del bambino. In questo contesto teorico, P.I.P.P.I ha sviluppato un proprio modello ecosistemico denominato "Il Mondo del Bambino", il quale sarà spiegato nel paragrafo successivo.

3.2 Il Mondo del Bambino

Il framework teorico su cui si basa il Programma P.I.P.P.I è quello del modello Bioecologico dello sviluppo umano di Bronfenbrenner (1979). L'ecologia dello sviluppo umano studia come le persone crescono e si adattano al loro ambiente circostante. L'autore suggerisce che dietro agli esiti di sviluppo di ogni individuo si trova una complessa rete di relazioni che influenzano il processo di crescita e adattamento di un individuo.

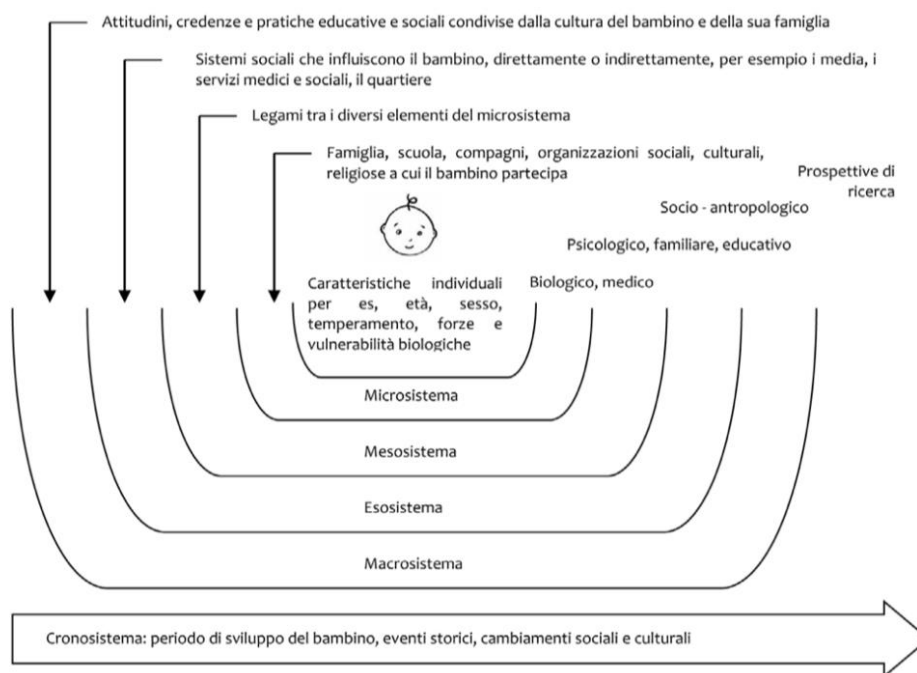


Figura 3.1: Modello Bioecologico di Bronfenbrenner. Fonte: Milani, Ius, 2010, p. 32

Sulla base di quanto appena affermato, Bronfenbrenner immagina l'ambiente come una serie di strutture interconnesse, che sono chiamate rispettivamente: ontosistema, microsistema, mesosistema, esosistema e macrosistema. Il primo identificato è l'"ontosistema" che rappresenta le caratteristiche individuali che definiscono l'identità di ciascun individuo. I "microsistemi" rappresentano le persone direttamente coinvolte nella vita del bambino, su cui egli ha un ruolo attivo. Il "mesosistema" riguarda le relazioni tra le persone nei microsistemi, anche se il bambino non partecipa direttamente a tali interazioni, mentre l'"esosistema" coinvolge le relazioni esterne alle persone nei mesosistemi, influenzando indirettamente la vita del bambino. Il "macrosistema" viene definito dall'autore come il sistema che comprende le caratteristiche dell'ambiente di vita

del bambino. Il “cronosistema” si riferisce invece al tempo in cui tutti questi sistemi si sviluppano, evolvono ed interagiscono nel corso del tempo (Bronfenbrenner, 1979).

Di conseguenza, qualsiasi intervento riguardante il bambino deve considerare i sistemi di interazione che lo circondano. Basandosi sul modello Bioecologico, il Programma P.I.P.P.I. ha sviluppato il suo modello ecosistemico chiamato “Il mondo del Bambino” o “Triangolo”, un adattamento dell’*Assessment Framework* del programma governativo *Looking After Children* (Milani, 2018).

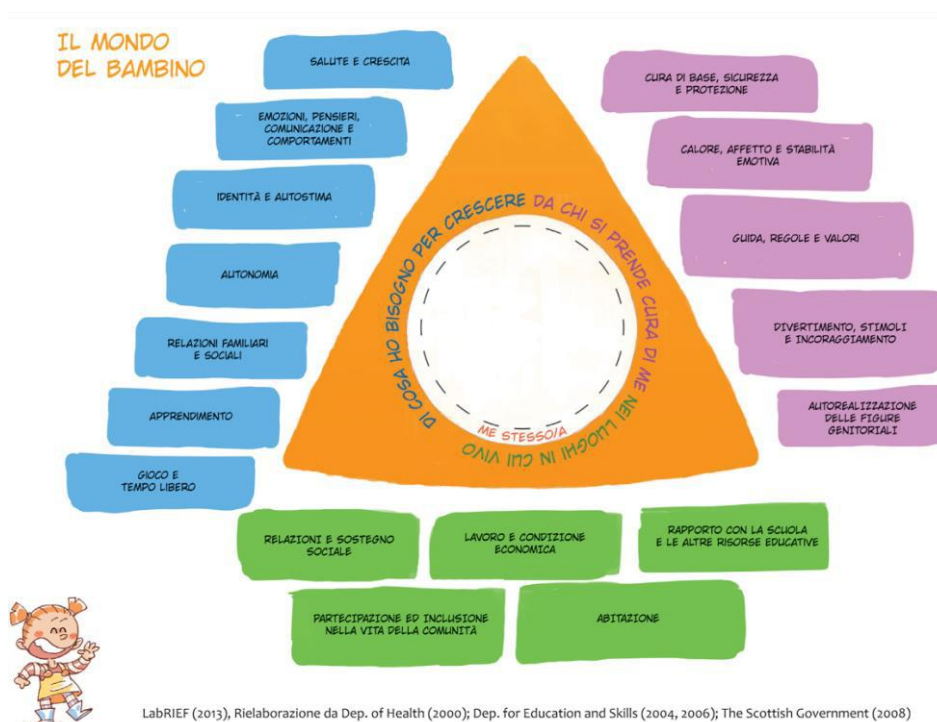


Figura 3.2: Modello multidimensionale “Il Mondo del Bambino”. Fonte: Milani et al. 2018

Il MdB è uno strumento operativo utilizzato da operatori di istituzioni, servizi e professionisti per collaborare con le famiglie nella costruzione di valutazioni e progetti unificati per ciascun bambino. L’obiettivo è migliorare l’efficacia degli interventi sociali al fine di favorire lo sviluppo ottimale dei bambini sotto la custodia dei servizi (Milani, 2022).

Il Modello intende fornire supporto agli operatori per comprendere in modo completo i bisogni e le potenzialità di ogni bambino e della sua famiglia, poiché è uno strumento flessibile e adattabile a vari contesti, progettato per facilitare la partecipazione attiva di

tutti i soggetti coinvolti (ivi, p. 60). Si basa su tre dimensioni fondamentali del benessere del bambino: i bisogni evolutivi, le risposte delle figure parentali a tali bisogni e i fattori dell'ambiente. Queste dimensioni sono ulteriormente suddivise in sotto-dimensioni (17 in totale) e sono identificate come Bambino, Famiglia e Ambiente, per questo il modello è chiamato anche “Triangolo” (Milani et. al, 2023; Petrella, 2022).

Il MdB guida la formulazione precisa e sistematica delle valutazioni della situazione attuale (*assessment*) per individuare gli interventi necessari e tracciare miglioramenti futuri (progettazione). La progettazione comprende obiettivi misurabili, realistici e temporalizzati, accompagnati da azioni specifiche, responsabilità e tempi. Serve come base per negoziare significati, ideare soluzioni e definire progetti con la famiglia (Milani et. al, 2023).

Creare una valutazione completa, equilibrata e realistica implica delineare un quadro che evidenzia sia le forze che i bisogni, affinché le forze possano essere sfruttate nella risposta ai bisogni. In questo modo, i bisogni non vengono percepiti come difficoltà, ma come obiettivi da raggiungere (Petrella, 2022). Una valutazione di questo tipo consente inoltre, di prendere decisioni personalizzate su come affrontare i bisogni in modo adeguato, coinvolgendo sia la famiglia che altri attori sociali. L'analisi non si limita allo sviluppo individuale del bambino, ma esamina l'intero contesto circostante e la risposta fornita dalle figure genitoriali ai bisogni di crescita, considerando le risorse e i vincoli presenti nell'ambiente (Petrella, 2022; Milani et. al., 2023).

Il MdB svolge quindi una duplice funzione: è un quadro teorico di riferimento e, allo stesso tempo, uno strumento operativo e di mediazione nelle interazioni con le famiglie e nell'équipe. Infatti, il MdB è pensato soprattutto come strumento per “*dare la parola*” (Milani, 2022, p. 27) e dunque basato sulla promozione della narrazione personale, evitando atteggiamenti invasivi o giudicanti. Questa opportunità è importante anche per gli operatori stessi, i quali possono comunicare la propria “*parola professionale*” in modo chiaro e accessibile a tutti (ibidem, p. 27). Ciò consente di negoziare un sapere comune che serve come base per promuovere relazioni finalizzate alla crescita dei bambini.

Il punto di partenza è rivolgersi alla domanda “cosa hanno le famiglie” anziché “cosa manca”. Questa interrogazione viene affrontata in collaborazione con le famiglie stesse, coinvolgendole come parti interessate e come parte integrante del team, piuttosto che trattarle come destinatarie passive di interventi imposti dall'alto, provenienti dai servizi

sociali e dalle agenzie di protezione dell'infanzia (Giacomello, 2021). In questo modo, il Triangolo si allontana dal tradizionale modello problema-diagnosi-risposta (in cui gli esperti sono al centro e le valutazioni e prescrizioni sono focalizzate sulle mancanze e sulla costruzione di fattori protettivi), adottando invece un approccio che non vede il bambino come passivo ma come protagonista del proprio sviluppo. Si sposta l'attenzione dai deficit ai bisogni evolutivi, abbracciando la prospettiva teorica della resilienza (Milani, 2022).

Per sviluppare e promuovere i vari livelli di intervento, P.I.P.P.I. si basa su un Modello Logico che si basa sull'idea che il successo dell'intervento non dipende solo dalle famiglie, ma anche dalle pratiche organizzative dei servizi. Gli esiti sono influenzati dalla qualità dei processi a tutti i livelli e dalla capacità di utilizzare una metodologia di progettazione accurata. Il modello collega quattro categorie e le integra con i sistemi di relazione dell'ecologia dello sviluppo umano e le strutture di supporto di P.I.P.P.I. (gestione, formazione, ricerca) (Milani et. al., 2023).

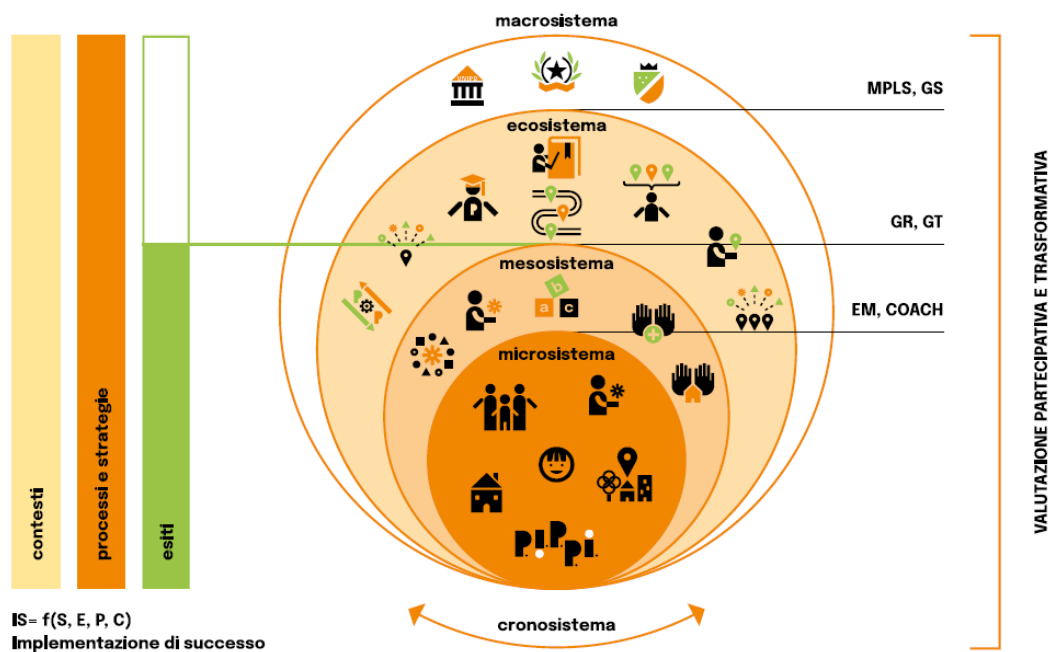


Figura 3.3: Il modello logico di P.I.P.P.I. Fonte: Milani et. al., 2023, p. 17

Affinché tutte queste operazioni siano possibile, il Mondo del Bambino si avvale di un ulteriore strumento per Rilevare, Progettare e Monitorare l'andamento dell'intervento con le famiglie, chiamato *RPMonline*, che rappresenta un'applicazione operativa del framework precedentemente descritto. Questo strumento facilita la definizione di un piano d'intervento attraverso la condivisione della valutazione, *dell'assessment* e delle progettazioni relative alla situazione con tutte le persone coinvolte nella cura del benessere del bambino. La condivisione riguarda tempi, modalità, soggetti e responsabilità degli interventi (Petrella, 2022). In particolare:

- Il termine “*assessment*” indica la raccolta e registrazione di informazioni da varie prospettive, fondamentali per comprendere la situazione di un bambino e della sua famiglia.
- La “progettazione” riguarda la pianificazione di interventi finalizzati a ottenere risultati concordati, mentre
- il “monitoraggio” valuta il processo d'intervento e il raggiungimento degli esiti, consentendo la riconoscenza di autonomia o la riprogettazione di nuovi obiettivi.
- L'aggettivo “online” indica che lo strumento è accessibile attraverso il web, richiedendo credenziali personali tramite un link fornito agli operatori di P.I.P.P.I. (Milani, 2022, p. 59).

In RPMonline sono archiviati tutti i dati relativi alle famiglie coinvolte nel Programma, compresi quelli dei nuclei che hanno fornito informazioni ma che, per varie ragioni, non sono stati inclusi nella fase sperimentale. Gli operatori creano una scheda dedicata per ciascun bambino, contenente le informazioni rilevanti. In questo modo risulta possibile una condivisione con l'intera équipe multidisciplinare consentendo anche l'accesso remoto a informazioni comuni su ciascun bambino (Milani, 2022).

In sintesi, da questa breve descrizione possiamo dire che P.I.P.P.I. è un programma innovativo che unisce ricerca, intervento e formazione, introducendo un nuovo modo di collaborare con bambini e famiglie. Si distingue dai tradizionali servizi di *welfare* in Italia perché adotta un approccio flessibile e partecipato anziché essere rigido o vago. Il suo obiettivo è migliorare le pratiche di intervento per famiglie considerate negligenti, riducendo il rischio di maltrattamento e prevenendo l'allontanamento dei bambini dal loro contesto familiare. Nel processo di intervento, si tiene conto delle prospettive dei genitori

e dei bambini, garantendo un'analisi e una risposta mirate ai loro bisogni (Giacomello, 2021).

P.I.P.P.I. si basa su principi chiave come resilienza, *empowerment*, utilizzo delle risorse comunitarie e valutazione partecipativa. Assicura che ogni bambino abbia un progetto personalizzato seguendo il modello concettuale de "Il Mondo del Bambino". L'intervento è supportato da RPMonline, che fornisce una metodologia dettagliata e condivisa.

3.3 Presentazione del disegno di ricerca

Tutte le ricerche finora presentate enfatizzano l'importanza di proteggere i minori dai danni derivanti dalle dipendenze dei genitori. Il Programma P.I.P.P.I. si impegna a garantire la tutela dei bambini attraverso interventi mirati e operatori formati sulle teorie di base per comprendere e affrontare la negligenza, considerando le risposte dei genitori ai bisogno di sviluppo dei loro figli. Partendo da questo presupposto, attraverso le descrizioni delle famiglie realizzate dagli operatori partecipanti alla nona implementazione di P.I.P.P.I., tramite l'utilizzo degli appositi strumenti quantitativi e qualitativi messi a disposizione dal Programma, si presenta di seguito un'analisi quali-quantitativa delle modalità di intervento messe in atto dai professionisti in relazione a genitori che vivono un problema di dipendenza, mantenendo un focus specifico sulla figura paterna in situazione di tossicodipendenza. In particolare, si intende individuare se nelle informazioni raccolte da parte degli operatori coinvolti nella presa in carico di P.I.P.P.I., si rilevino anche informazioni specifiche su come l'abuso da sostanze possa influenzare l'esercizio del ruolo genitoriale paterno e su come tale questione sia presa in carico nella progettazione degli interventi che coinvolgono i padri.

L'analisi di dati che tracciano il rapporto tra il bisogno espresso dalla persona e la risposta fornita dai servizi può essere vantaggioso per rendere il lavoro sociale misurabile, comunicabile e trasmissibile anche all'esterno (Colombini et. al., 2016). Nella letteratura, sono descritti vari metodi per condurre la ricerca valutativa. All'interno del piano sperimentale di P.I.P.P.I., diversi approcci convivono fra loro, dando vita a quello che è stato definito precedentemente come l'approccio partecipativo e trasformativo alla valutazione (ibidem, p. 16).

3.4 Strumenti e metodi

Come si può osservare dal grafico che segue, gli strumenti di progettazione e valutazione degli esiti sono stati utilizzati in tre momenti chiave di raccolta dati: all’inizio (T0), a metà (T1, opzionale) e alla fine (T2). Durante i periodi tra le rilevazioni (T0 e T1, T1 e T2), gli operatori hanno messo in atto gli interventi previsti, seguendo le azioni decise nei momenti di rilevazione precedente (T0 e/o T1).



Figura 3.4: Il percorso e i tempi della ricerca e dell'intervento in P.I.P.P.I. Fonte: Milani, 2022, p 214

Nei paragrafi successivi sono descritti gli strumenti impiegati per la ricerca, le modalità di selezione dei dati da esaminare e la metodologia adottata per l'analisi.

3.4.1 Strumento "Preassessment"

Il *Preassessment*, (PA) definito nel Quaderno di P.I.P.P.I. come «una guida per gli operatori che si trovano a riflettere su quali famiglie accompagnare con il Programma», (Milani, 2022, p. 395) rappresenta un passo fondamentale nel processo decisionale del Programma. È importante sottolineare che il *Preassessment* non è uno strumento diagnostico; piuttosto, è concepito per aiutare l'equipe multidisciplinare (EM) a

comprendere le dinamiche familiari e le eventuali situazioni di negligenza in modo da poter adattare l'intervento in maniera appropriata (ibidem, p. 395).

Il *Preassessment* si articola in quattro parti principali, ognuna delle quali fornisce informazioni cruciali per valutare la situazione familiare e orientare le decisioni sull'inclusione nel Programma.

La prima sezione, la "Parte generale", raccoglie dati di base sul bambino e sulla famiglia, come le iniziali del bambino, la data di nascita, il genere e la data di inizio dell'intervento con la famiglia. Si richiedono anche informazioni sul compilatore, inclusi nome, cognome, professione e data di compilazione (Milani, 2022).

La seconda sezione, la "Storia della famiglia", approfondisce la storia familiare, concentrandosi in particolare sull'analisi delle dinamiche del "Triangolo del bambino". Questo permette agli operatori di ottenere una visione più approfondita della situazione familiare (ibidem, p. 399).

La terza sezione si focalizza sui fattori di rischio e di protezione del bambino, della famiglia e dell'ambiente circostante. Qui, il Quaderno di P.I.P.P.I. offre una lista dei fattori di rischio e protezione comuni in ambito clinico e educativo, che vengono valutati su una scala da 1 a 6, con una descrizione discorsiva opzionale (ivi, p. 400).

La quarta sezione riguarda la "Qualità della relazione operatore sociale-famiglia". Questo elemento è valutato su una scala da 1 a 6, dove il massimo punteggio rappresenta il livello ottimale della relazione. Viene inoltre fornita una lista di aggettivi precompilati per esprimere la natura della relazione tra l'operatore sociale e la famiglia (ivi, p. 402).

Infine, una valutazione complessiva viene espressa su una scala da 1 a 6, dove un punteggio più alto indica una famiglia con un maggior rischio. Sulla base di questa valutazione complessiva, le famiglie con un punteggio compreso tra 2 e 5 vengono considerate per l'ammissione al Programma (ibidem, p. 402).

Il *Preassessment* non si limita solo all'inizio del processo. Una volta completato, il *Preassessment* può essere rivisto e compilato nuovamente alla fine del periodo di intervento, costituendo il *Postassessment* (PO). Questo passaggio consente di valutare i cambiamenti avvenuti nel corso dell'intervento e di valutare l'efficacia delle azioni intraprese (Colombini et. al., 2016).

3.4.2 Strumento Mdb – Il Mondo del Bambino

Il questionario de il Mondo del Bambino è stato progettato utilizzando le 17 sotto-dimensioni del modello multidimensionale del Triangolo. Per valutare ciascuna di queste dimensioni, è stata adottata una scala da 1 a 6. Questo strumento consente di valutare il livello di adeguatezza della famiglia in relazione a ciascuna delle sotto-dimensioni considerate, fornendo così una panoramica completa del funzionamento familiare dal punto di vista dell'EM (Colombini et. al., 2016).

3.4.3 Strumento RPMonline

Lo strumento RPMonline, il software di gestione online, assume un approccio ecosistemico che tiene conto del sistema familiare, della rete sociale, della scuola frequentata dai bambini e dai ragazzi, dell'ambiente in generale, delle esigenze e della dimensione intrapsichica di ciascun membro della famiglia. Gli operatori creano una scheda per ogni bambino composta da diverse sezioni (Milani, 2022):

- La prima, chiamata “Nucleo abitativo”, registra informazioni sul luogo di residenza del bambino e sui *caregiver*.
- In “Anagrafica”, vengono riportate le informazioni personali e storiche del bambino, dei genitori o dei *caregiver*.
- La sezione “*Assessment*” fornisce dettagli sulla condizione attuale del bambino e sui suoi bisogni, basandosi sulla teoria di MdB e includendo dati dal “*Preassessment*”.
- La “Valutazione Quantitativa” valuta, su una scala da 1 a 6, le sotto-dimensioni del MdB, sia la situazione attuale che quella prevista dopo l'intervento. Questa sezione permette la visualizzazione grafica dei dati.
- In “Progettazione” vengono definiti gli obiettivi, le azioni, le tempistiche e i progressi del bambino e del nucleo familiare.
- “Questionari” tiene traccia dei test somministrati.
- “Report” fornisce una sintesi automatica delle informazioni inserite.
- “Dispositivi attivati” descrive i servizi proposti dal P.I.P.P.I., la loro durata e utilizzo.
- “Incontri in EM” riassume le riunioni con l'equipe e la famiglia, mentre
- “Sintesi professionale” include un giudizio sull'operato dell'equipe.

Lo strumento RPMonline è continuamente soggetto a miglioramenti grazie all'esperienza degli operatori, che suggeriscono modifiche per ottimizzare il Programma P.I.P.P.I.

3.5 I soggetti della ricerca

Nel contesto di questa tesi, sono stati esaminati i dati relativi alle famiglie coinvolte nella nona implementazione del Programma P.I.P.P.I., che ha avuto luogo nel periodo 2020-2022. Durante questa implementazione, sono state raccolte informazioni su un totale di 865 bambini in 775 famiglie provenienti da 19 Regioni italiane. In P.I.P.P.I 9, circa la metà degli ambiti territoriali, pari a 38, hanno partecipato per la prima volta. Gli altri 41 ambiti avevano già avuto esperienza nel Programma, ovvero vi hanno preso parte più di una volta (Milani et. al., 2023)

Sintetizzando i numeri, nell'ambito della nona implementazione di P.I.P.P.I., un totale di 775 famiglie ha completato il Programma. Di queste, 769 famiglie hanno compilato il *Preassessment*. Tra le 769 famiglie che hanno compilato il *Preassessment*, si è riscontrata la segnalazione di vulnerabilità legata alle dipendenze dei genitori in 111 casi, che rappresentano il 14,4% del totale. Gli stessi numeri si riportano per le famiglie uscite anticipatamente, ossia alle famiglie entrate nel Programma ma che non lo hanno portato a termine: si tratta di 113 famiglie, per cui 103 hanno informazione sul *Preassessment*. Fra queste famiglie, 16 presentano vulnerabilità per dipendenze (15,5%).

Nell'analisi dei dati che segue, queste informazioni sono state ulteriormente organizzate e studiate.

Più in generale, analizzando le vulnerabilità individuate dagli operatori durante la fase di *Preassessment*, si conferma una tendenza osservata anche nelle precedenti edizioni di P.I.P.P.I., ossia un'alta incidenza di vulnerabilità legate a problematiche sociali (66% delle famiglie) ed economiche (65%). Le principali vulnerabilità economiche riguardano la situazione lavorativa, la scarsa istruzione dei genitori e questioni legate all'alloggio (Milani et. al., 2023). Per quanto riguarda le vulnerabilità sociali, circa un terzo delle famiglie mostra segni di isolamento ed emarginazione sociale. I problemi relazionali familiari, che coinvolgono oltre il 60% delle famiglie, sono principalmente legati a conflitti di coppia o all'assenza di una o entrambe le figure genitoriali. Inoltre, gli operatori hanno segnalato esplicitamente casi di incuria e negligenza da parte dei genitori per il 18% delle famiglie (ibidem, p. 28).

Alla base di questa tesi ci si è soffermati sul «*non dato importante*» (Milani et. al., 2023, p. 32) che fa riferimento al numero significativo di casi con informazioni mancanti riguardo ai papà. Come riporta la letteratura scientifica rielaborata nei capitoli precedenti,

la mancanza di informazioni sui padri evidenzia un'importante lacuna, suggerendo una sorta di invisibilità, soprattutto quando si tratta della loro presenza nel contesto istituzionale (ibidem, p. 32). Nonostante ciò, per i padri per cui sono disponibili dati ed informazioni, è emerso che la percentuale di papà stranieri è inferiore, rappresentando il 17% del totale, mentre il 69% ha al massimo la licenza media inferiore. Sul fronte lavorativo, il 70% dei padri ha un impiego contrattualizzato o svolge un'attività in proprio (ibidem, p. 32).

3.6 Metodologia

I dati raccolti sulle famiglie coinvolte nella nona implementazione del Programma P.I.P.P.I. sono di natura testuale (qualitativa) e quantitativo-numerica e sono stati sottoposti ad un'analisi mista, che integra sia l'analisi quantitativa che quella qualitativa. Il lavoro di ricerca per la stesura di questa tesi è stato strutturato in fasi distinte, al fine di garantire un approccio organizzato e concentrato e in grado di affrontare in modo esaustivo gli obiettivi stabiliti.

In primo luogo, è stato estratto il file Excel "*Preassessment*" da RPMonline, che era stato precedentemente elaborato per includere solo le famiglie con vulnerabilità legate alla dipendenza. Successivamente, è stata esaminata la colonna relativa alla "Storia della famiglia", per determinare quale dei due genitori fosse affetto da dipendenza, se il padre, la madre o entrambe le figure.

Tuttavia, per alcune famiglie, gli operatori non hanno specificato quale dei due genitori fosse dipendente o la colonna risultava vuota, creando delle ambiguità. Per chiarire queste situazioni e comprendere meglio i casi ambigui, è stata consultata l' "Anagrafica nucleo", e analizzata la storia familiare, del padre e della madre. Una volta individuate le situazioni familiari dove solo il padre o entrambi i genitori risultavano dipendenti da sostanze, si è passati alla lettura degli "*Assessment*" presenti in MdB.

Per il secondo step di ricerca era necessario cercare di capire in quante (e quali) sottodimensioni fosse riportato il punto di vista/la presenza del padre nell'*assessment*, in particolare nella sua relazione con il bambino. L'*assessment* è « *la formulazione rigorosa e sistematica di descrizioni accurate della situazione come si presenta qui e ora*» (Milani et. al., 2023, p. 14). Purtroppo, non sempre è chiaro da chi provenga la voce riportata

nell'*assessment*. Questo processo potrebbe rappresentare una sintesi delle opinioni e delle valutazioni concordate tra gli operatori e la famiglia attraverso un processo di condivisione e negoziazione. In altri casi, l'*assessment* può riflettere esclusivamente il punto di vista dell'operatore che lo sta compilando.

Per ottimizzare ulteriormente il lavoro, sono state selezionate le sezioni pertinenti dai file *Preassessment* e "MdB" di RPMonline e combinate in un nuovo file. Questo ha permesso di accedere rapidamente alle informazioni rilevanti senza dover navigare tra le numerose sezioni dei file originali; in aggiunta, il file personalizzato ha permesso la creazione di una colonna denominata "Assessment padre" all'interno della quale sono stati inseriti i valori "0" per indicare l'assenza della voce/coinvolgimento del padre e "1" in caso contrario.

Per ottenere questo risultato, sono stati esaminati tutti gli *assessment* redatti dagli operatori durante i tre diversi momenti di rilevazione (T0, T1, T2) di P.I.P.P.I, per ciascuna delle 17 sottodimensioni del Triangolo (ovvero i tre lati del Mondo del Bambino: Bambino, Famiglia, Ambiente), per un totale di 3724 *assessment*.

I risultanti *assessment* con valore "1" fanno riferimento a 48 famiglie diverse. Di questi, sono stati attribuiti nuovi valori per raggrupparli in macro temi ricorrenti che coinvolgono i padri, alcuni dei quali simili o uguali ad alcune delle sottodimensioni di MdB.

In merito all'analisi quantitativa, si è reso necessario descrivere su quali sottodimensioni del Triangolo è stato condotto l'*assessment* e la progettazione, a prescindere dal tempo di rilevazione. Sono stati registrati i dati relativi agli *assessment* e alle progettazioni in una griglia strutturata, analogamente a quella presentata.

codiceb	tempo	b1				b2			
		ass	ass_pa	prog	prog_pa	ass	ass_pa	prog	prog_pa
CodiceB	T0	1	0	0	.	1	0	1	1
	T1	0	.	0	.	0	.	0	.
	T2	1	0	0	.	1	0	1	1
CodiceB	T0	1	2	0	.	1	1	0	.
	T1	1	0	1	1	0	.	0	.
	T2	1	0	0	.	1	1	0	.

Tabella 3.1: Esempio di assegnazione dei valori rispetto all'*assessment* e alle progettazioni

Per ogni bambino e momento di rilevazione, si è indicato la presenza o l'assenza dell'*assessment*, la presenza o l'assenza della voce del padre all'interno dell'*assessment*, il coinvolgimento del padre con il bambino nell'*assessment*, nonché il numero di micro-progettazioni e quante di queste coinvolgano il papà come responsabile.

Per quanto riguarda la spiegazione dei termini nella griglia riportata:

- **ASS**: indica la presenza dell'*assessment* per una specifica sottodimensione e un determinato momento di rilevazione. Assume valore 1 (“si”) se l'*assessment* è presente e 0 (“no”) se è assente.
- **ASS_PA**: indica la presenza del padre nell'*assessment*. Se l'*assessment* è mancante, viene indicato un punto (.); se il padre è assente, viene riportato 0; se il padre è presente ma non è stata identificata alcuna relazione, viene indicato 1; se il padre è presente e la relazione è stata identificata, viene indicato 2; se il padre è presente ma la relazione è incerta, viene riportato 3.
- **PROG**: si riferisce al numero di progettazioni per una specifica sottodimensione e un determinato momento di rilevazione. Viene riportato con un numero intero (0, 1, 2, 3) che indica quanti progetti sono stati realizzati.
- **PROG_PA**: rappresenta il numero di progettazioni in cui il padre è responsabile. Se i dati relativi al padre sono mancanti, viene indicato un punto (.); se il padre non è coinvolto, si riporta con 0; altrimenti, viene indicato il numero di progettazioni in cui il padre è coinvolto (1, 2, 3).

Da questa tabella si è arrivati all'elaborazione di un database che ha permesso la creazione di grafici e tabelle di confronto delle percentuali relative alle sottodimensioni del Triangolo durante i tempi T0 e T2 per ciascuna grandezza d'interesse.

Tutti i risultati ottenuti verranno mostrati e discussi nel prossimo capitolo.

CAPITOLO 4

PRESENTAZIONE DEI RISULTATI

Il capitolo si concentra sulla presentazione dei risultati ottenuti. Come già anticipato, questo studio adotta un approccio misto nell'analisi, combinando l'analisi quantitativa con quella qualitativa per favorire una comprensione più approfondita.

4.1 Analisi qualitativa

Il primo passo della ricerca è stato quello di individuare quante, fra le 111 famiglie segnalate in P.I.P.P.I 9 con una vulnerabilità di dipendenza, fossero quelle dove la figura paterna risulta tossicodipendente. Questo passaggio è stato possibile attraverso la lettura di tutte le informazioni contenute nelle varie sezioni di RPMonline, quali l'Anagrafica nucleo, Storia Familiare, Storia del padre, Storia della madre. Tra le 111 famiglie, 67 sono quelle dove il padre presenta il DUS.

Come mostra la letteratura scientifica a supporto di questa tesi, la paternità degli uomini tossicodipendenti è un aspetto spesso trascurato nei servizi di trattamento o di sostegno della genitorialità. Data questa premessa, per comprendere il coinvolgimento dei padri P.I.P.P.I all'interno del Programma, sono stati esaminati tutti gli *assessment* redatti dagli operatori durante i tre momenti di rilevazione del Programma, per un totale di 3724 *assessment*. La lettura di questi ha permesso di riconoscere quelli in cui è presente la voce paterna e/o il suo coinvolgimento.

Nel gruppo dei 41 papà per cui vi è almeno un *assessment* che ne indica la presenza/il coinvolgimento, sono stati identificati otto temi ricorrenti che coinvolgono i padri, alcuni dei quali simili o uguali ad alcune delle sottodimensioni di MdB. I numeri che seguono corrispondono al numero di papà implicati in una relazione con il bambino e la famiglia,:

1. Il gioco: 19
2. Il rispetto delle regole: 16
3. Lavoro: 14
4. La cura ed il benessere: 13
5. Il rapporto con la scuola: 9
6. L'affetto/ "Sentirsi amato": 8
7. Relazione instabile: 8
8. Allentamento/violenza/assenza del padre: 8

Tuttavia, per confermare l'esistenza di queste corrispondenze anche nelle sottodimensioni de Il Mondo del Bambino, è necessario condurre un'analisi quantitativa più approfondita di seguito descritta.

4.2 Analisi quantitativa

4.2.1 Assessment e progettazioni al tempo T0

Attraverso i dati raccolti sulla base della Tabella 3.1 (paragrafo 3.6), è stato realizzato un database che ha reso possibile la creazione di una tabella comparativo delle percentuali delle diverse sottodimensioni del Mondo del Bambino nei tempi T0 e T2. La scelta di prendere in considerazione solo la prima e l'ultima finestra temporale scaturisce dal fatto che il tempo T1 risulta spesso vuoto o con informazioni mancanti poiché è una finestra di compilazione facoltativa per gli operatori; al contrario, T0 e T2 sono obbligatori.

Più precisamente, i dati ricavati mostrano per ciascuna sottodimensione del Triangolo le percentuali di bambini con *assessment*; la percentuale di bambini con *assessment* in cui è presente il padre; la percentuale di bambini con almeno una progettazione, ed infine la percentuale di bambini con almeno una progettazione in cui il padre è responsabile.

Tempo di rilevazione a T0	Assessment (generico)	Assessment in cui è presente il padre (% su tutti i bambini)	Progettazione (generica)	Progettazione in cui è responsabile il papà (% su tutti i bambini)
LATO BAMBINO				
B1: Salute e crescita	66,7	15,2	19,7	10,6
B2: Emozioni, pensieri e comportamenti	72,7	18,2	36,4	15,2
B3: Identità e autostima	60,6	9,1	16,7	10,6
B4: Autonomia	62,1	9,1	22,7	10,6
B5: Relazioni familiari e sociali	62,1	25,8	12,1	1,5
B6: Apprendimento	66,7	12,1	21,2	7,6
B7: Gioco e tempo libero	65,2	15,2	13,6	6,1
MEDIA TOTALE:	65,2	15	20,3	8,9

LATO FAMIGLIA				
F1: Cura di base, sicurezza e protezione	66,7	33,3	18,2	12,1
F2: Calore, affetto e stabilità emotiva	75,8	33,3	24,2	15,2
F3: Guida, regole e valori	71,2	19,7	39,4	21,2
F4: Divertimento, stimoli e incoraggiamento	62,1	24,2	13,6	6,1
F5: Autorealizzazione delle figure genitoriali	77,3	34,8	30,3	18,2
MEDIA TOTALE:	70,6	29,1	25,1	14,6
LATO AMBIENTE				
A1: Relazioni e sostegno sociale	72,7	10,6	18,2	9,1
A2: Partecipazione e inclusione nella vita della comunità	59,1	10,6	18,2	10,6
A3: Lavoro e condizione economica	74,2	28,8	28,8	10,6
A4: Abitazione	62,1	9,1	24,2	13,6
A5: Rapporti con la scuola	62,1	19,7	28,8	12,1
MEDIA TOTALE:	66	15,8	23,6	11,2

Tabella 4.1: Percentuale di bambini con assessment e progettazione per sottodimensione al tempo T0

Al tempo T0 emerge una bassa frequenza di progettazione (generica) nelle sottodimensioni B5 (Relazioni familiari e sociali), B7 (Gioco e tempo libero) e F4 (Divertimento, stimoli e incoraggiamento), con percentuali rispettivamente del 12,1% per la prima e del 13,6% per le altre due (Tabella 4.1). In particolare, se si prendono in considerazione tutti i bambini, questi dati si riflettono in maniera altrettanto ridotta nelle progettazioni in cui il padre è responsabile nelle stesse sottodimensioni: solo l'1,5% dei papà è responsabile negli interventi riguardanti le Relazioni familiari e sociali (lato Bambino, B5), mentre solamente il 6,1% è coinvolto nelle progettazioni delle sottodimensioni dei bisogni del bambino rispetto a Gioco e tempo libero (B7), nonché sulle risposte genitoriali finalizzate a Divertimento, stimoli e incoraggiamento (F4). Queste ultime due percentuali contraddicono quanto descritto nella letteratura scientifica e ciò che emerge dopo la lettura degli *assessment*, dove la figura paterna assume un ruolo più rilevante nella dimensione ludica con il bambino.

Sempre a T0, i dati riportati in Figura 4.1 mostrano che nei casi in cui è stato completato l'*assessment*, la voce del padre è principalmente presente nel lato “Famiglia” del Triangolo. In particolare, si registra una percentuale elevata della presenza del padre nella sottodimensione F1, che riguarda la Cura di base, la sicurezza e la protezione, con quasi il 50% di *assessment* in cui è presente il padre. Seguono, per rilevanza, le sottodimensioni F5, Autorealizzazione delle figure genitoriali (45%), e F2, Calore, affetto e stabilità emotiva (44%).

TEMPO DI RILEVAZIONE T0	% bambini con <i>assessment</i> in cui è presente il padre su bambini con <i>assessment</i>	% bambini con progettazione in cui è responsabile il padre su bambini con progettazione
LATO BAMBINO		
B1: Salute e crescita	22,7	53,8
B2: Emozioni, pensieri e comportamenti	25,0	41,7
B3: Identità e autostima	15,0	63,6
B4: Autonomia	14,6	46,7
B5: Relazioni familiari e sociali	41,5	12,5
B6: Apprendimento	18,2	35,7
B7: Gioco e tempo libero	23,3	44,4
LATO FAMIGLIA		
F1: Cura di base, sicurezza e protezione	50,0	66,7
F2: Calore, affetto e stabilità emotiva	44,0	62,5
F3: Guida, regole e valori	27,7	53,8
F4: Divertimento, stimoli e incoraggiamento	39,0	44,4
F5: Autorealizzazione delle figure genitoriali	45,1	60,0
LATO AMBIENTE		
A1: Relazioni e sostegno sociale	14,6	50,0
A2: Partecipazione e inclusione nella vita della comunità	17,9	58,3
A3: Lavoro e condizione economica	38,8	36,8
A4: Abitazione	14,6	56,3
A5: Rapporti con la scuola	31,7	42,1

Figura 4.1 - *Assessment* e progettazioni in cui è presente il padre (% sui bambini con *assessment/progettazioni*), tempo T0

Altra sottodimensione del Triangolo che mostra una percentuale significativa di coinvolgimento del papà nell'*assessment* include F4, il Divertimento, lo stimolo e l'incoraggiamento (39%). Da notare le percentuali altrettanto significative nelle sottodimensioni B5, Relazioni familiari e sociali, sul lato Bambino (41,5%) e A3, Lavoro e condizione economica (38,8%), e A5, Rapporti con la scuola (31,7%) sul lato Ambiente. Tuttavia, analizzando le percentuali delle progettazioni in cui il padre risulta essere il

responsabile (Figura 4.1), si nota che le sottodimensioni sopra menzionate in cui la voce del papà nell'*assessment* è più presente non sempre sono quelle in cui gli operatori hanno concentrato maggiormente i loro interventi con responsabilità del padre.

Passando dunque a considerare le percentuali di bambini con progettazioni in cui è responsabile il padre, le sottodimensioni del Triangolo in cui è maggiore la responsabilità paterna sono le seguenti: B1 Salute e crescita (53,8%), B3 Identità e autostima (63,6%), F1 Cura di base, sicurezza e protezione (66,7%), F2 Calore, affetto e stabilità emotiva (62,5%), F5 Autorealizzazione delle figure genitoriali (60%), A2 Partecipazione e inclusione nella vita della comunità (58,32%) e A4 abitazione (56,3%). Fra quelle citate, le principali sottodimensioni che confermano un'alta percentuale sia di *assessment* che di progettazioni con partecipazione del papà sono nell'ordine:

1. F1 - Cura di base, sicurezza e protezione
2. F2 - Calore, affetto e stabilità emotiva
3. B3 - Identità e autostima
4. F5 - Autorealizzazione delle figure genitoriali

Queste ultime, infatti, presentano una maggiore frequenza di informazioni scritte e di progettazioni con partecipazione del padre, indicando un particolare focus e intervento in queste aree all'interno del Programma P.I.P.P.I. con la presenza dei papà, quando vulnerabili per tossicodipendenza.

È interessante notare che la responsabilità paterna nelle progettazioni risulta pronunciata anche nelle sottodimensioni dove la voce del padre non è maggiormente presente. Ciò suggerisce che, nonostante il padre possa essere meno coinvolto verbalmente, ovvero nel prendere parola durante la scrittura degli *assessment*, egli è più attivo nel prendersi carico delle progettazioni indicate dagli operatori.

Guardando più da vicino, le sottodimensioni che evidenziano quanto appena affermato sono legate all'Identità e all'autostima (B3), così come all'Autonomia (B4) per il lato Bambino. Analogamente, sul lato Famiglia, Guida, regole e i valori (F3), e allo stesso modo sul lato Ambiente nelle sottodimensioni A2 (Partecipazione e inclusione nella vita della comunità) e A4 (Abitazione) mostrano un padre molto presente nel prendersi carico delle progettazioni ma nel contempo relativamente meno coinvolto nell'*assessment*.

D'altra parte, si osserva anche la tendenza contraria: ci sono sottodimensioni in cui la voce del padre è ben presente durante *l'assessment*, ma sorprendentemente il padre non

emerge come responsabile nelle progettazioni. Un esempio chiaro è la sottodimensione delle Relazioni familiari e sociali sul lato del Bambino (B5), dove il coinvolgimento del papà risulta al 41% ma la sua responsabilità nella progettazione è solamente al 12,5% .

4.2.2 *Assessment* e progettazioni al tempo T2

Tutte le elaborazioni dei dati presentate per il tempo T0 sono stati replicate per il tempo T2. A T2 si verifica un calo nel numero di *assessment* testuali generici (dal 67% al 46%), ma soprattutto, risulta una elevata diminuzione nel numero di progettazioni inserite, a cui corrisponde una percentuale di bambini con progettazione che cala dal 22,7% al 13,6% in media per ogni sottodimensione del Triangolo da T0 a T2 (Tabella 4.2)

Tempo di rilevazione T2	<i>Assessment</i>	Progettazioni
LATO B		
B1: Salute e crescita	50,7	11,9
B2: Emozioni, pensieri e comportamenti	59,7	16,4
B3: Identità e autostima	37,3	11,9
B4: Autonomia	43,3	14,9
B5: Relazioni familiari e sociali	37,3	6
B6: Apprendimento	52,2	14,9
B7: Gioco e tempo libero	35,8	7,5
LATO F		
F1: Cura di base, sicurezza e protezione	43,3	10,4
F2: Calore, affetto e stabilità emotiva	46,3	9
F3: Guida, regole e valori	52,2	22,4
F4: Divertimento, stimoli e incoraggiamento	35,8	13,4
F5: Autorealizzazione delle figure genitoriali	58,2	19,4
LATO A		
A1: Relazioni e sostegno sociale	49,3	18,2
A2: Partecipazione e inclusione nella vita della comunità	37,3	6
A3: Lavoro e condizione economica	52,2	23,9
A4: Abitazione	43,9	7,6
A5: Rapporti con la scuola	53	16,7
MEDIA TOTALE:	46,3%	13,6%

Tabella 4.2: *Assessment* e progettazioni, % su tutti i bambini al tempo T2

Il motivo per cui vengono fissate tre finestre temporali per condurre l'analisi dei bisogni è legato alla struttura del percorso di implementazione e del percorso di ricerca che vede la conclusione del percorso del tempo al T2. Per le singole équipe multidisciplinari è possibile che il processo progettuale possa evolversi anche al di fuori delle finestre temporali del T0, T1 e T2. In tal caso, gli operatori hanno la libertà di utilizzare questo tempo per migliorare le proposte metodologiche relative all'utilizzo del Triangolo e di RPMonline nel contesto del Programma P.I.P.P.I. (Milani, 2022). Questo è il motivo per cui i dati a T2 possono risultare inferiori, sia nella compilazione degli *assessment* sia nel numero di progettazioni inserite.

Nonostante il calo generale, per quanto riguarda i bambini con *assessment* e progettazioni in cui è presente il padre con tossicodipendenza (Figura 4.2), al tempo T2 gli operatori hanno continuato a lavorare con le famiglie: i dati a disposizione hanno evidenziato che la presenza della voce paterna subisce un evidente calo del 12,4%, eppure, nonostante questo, le progettazioni in cui il padre è responsabile rimangono elevate, quasi paragonabili al periodo T0. Infatti, l'attenzione degli operatori nel mantenere alto il coinvolgimento paterno nelle progettazioni è particolarmente rilevante nelle sottodimensioni del lato Ambiente, specialmente riguardo ai Rapporti con la scuola, all'Abitazione e alle Relazioni e al sostegno sociale (A5, A4, A1), dove le percentuali superano il 60%. È interessante notare che proprio queste sottodimensioni del lato Ambiente mostrino percentuali elevate, e che il padre sia coinvolto come responsabile delle progettazioni inserite. Questo è significativo, poiché per le famiglie con problemi di dipendenza, spesso si osserva una tendenza al progressivo isolamento e alla mancanza di informazioni sui servizi disponibili, con un impatto negativo sui bambini. Le percentuali del 72,7% e del 66,7% per le sottodimensioni A5 (Rapporto con la Scuola) e A1 (Relazioni e sostegno sociale) offrono una prospettiva positiva per migliorare le relazioni nel proprio contesto sociale.

Anche le progettazioni con responsabilità del padre relative al lato Bambino rimangono significative, soprattutto per quanto riguarda i bisogni di Gioco e tempo libero (B7, 80%), Apprendimento (B6, 50%) e Relazioni sociali familiari e sociali (B5, 50%). Con l'80% dei bambini con progettazione in cui è responsabile il padre, a T2 la sottodimensione del Gioco presenta la percentuale più alta fra tutte le sottodimensioni del Triangolo e conferma quanto evidenziato nell'analisi qualitativa (Paragrafo 4.1), dove il tema del gioco

emergeva come il più ricorrente nella partecipazione dei padri.

Al contrario, diminuiscono le progettazioni nel lato Famiglia, sebbene le percentuali della responsabilità del padre rimangano comunque buone, specialmente riguardo alla Guida, alle regole e ai valori (F3) così come alla Cura di base, sicurezza e protezione (F1). Anche in questi casi è possibile verificare una corrispondenza con gli otto temi ricorrenti presentati nell'analisi qualitativa, dove il “rispetto delle regole” si posiziona al secondo posto e “la cura ed il benessere” al quarto per ordine di frequenza.

TEMPO DI RILEVAZIONE T2	% bambini con assessment in cui è presente il padre su bambini con assessment	% bambini con progettazione in cui è responsabile il padre su bambini con progettazione
LATO BAMBINO		
B1: Salute e crescita	8,8	37,5
B2: Emozioni, pensieri e comportamenti	10,0	36,4
B3: Identità e autostima	8,0	37,5
B4: Autonomia	6,9	30,0
B5: Relazioni familiari e sociali	28,0	50,0
B6: Apprendimento	2,9	50,0
B7: Gioco e tempo libero	8,3	80,0
LATO FAMIGLIA		
F1: Cura di base, sicurezza e protezione	34,5	42,9
F2: Calore, affetto e stabilità emotiva	9,7	33,3
F3: Guida, regole e valori	25,7	46,7
F4: Divertimento, stimoli e incoraggiamento	20,8	33,3
F5: Autorealizzazione delle figure genitoriali	33,3	30,8
LATO AMBIENTE		
A1: Relazioni e sostegno sociale	6,1	66,7
A2: Partecipazione e inclusione nella vita della comunità	24,0	25,0
A3: Lavoro e condizione economica	22,9	37,5
A4: Abitazione	6,9	60,0
A5: Rapporti con la scuola	17,1	72,7

Figura 4.2: Assessment e progettazioni in cui è presente il padre (% sui bambini con assessment/progettazioni), tempo T2

4.2.3 Esiti T0-T2

Il questionario relativo al framework de Il Mondo del Bambino richiede agli operatori di valutare le 17 dimensioni del modello multidimensionale del Triangolo su una scala da 1 a 6, dove 1 rappresenta un “grave problema” e 6 un “evidente punto di forza”, con 4 valori corrispondente al livello “normale/adequato”. Il questionario viene compilato in RPMonline per le famiglie coinvolte nel Programma (Milani, 2022).

La Tabella 4.3 e l'istogramma in Figura 4.3 che seguono presentano un confronto tra i valori medi dei punteggi assegnati dagli operatori alle singole sottodimensioni del Triangolo tra T0 e T2 per l'intero gruppo di 67 bambini con papà tossicodipendenti inclusi in P.I.P.P.I.9. Inoltre, è riportata la media dei punteggi per lato delle sottodimensioni. Osservando l'istogramma nel grafico, si nota che i valori di alcune sottodimensioni sono aumentati positivamente, altri sono rimasti invariati tra i due tempi. Per quanto riguarda i valori che mostrano una variazione, i cambiamenti osservati tra T0 e la fine dell'implementazione sono tutti mediamente positivi, indicando un miglioramento di ciascuna sottodimensione rispetto alle condizioni iniziali valutate a T0.

	Media T0	Media T2	T2-T0	Var. %
B1: Salute e crescita	3,1	3,4	0,29	9,1
B2: Emozioni, pensieri, comunicazione...	2,8	2,8	0,00	0,0
B3: Identità e autostima	3,0	3,2	0,18	6,1
B4: Autonomia	3,3	3,4	0,17	5,1
B5: Relazioni familiari e sociali	3,2	3,2	-0,07	-2,1
B6: Apprendimento	3,0	3,1	0,07	2,3
B7: Gioco e tempo libero	3,3	3,5	0,20	6,1
TOTALE BAMBINO	3,1	3,2	0,12	3,7
F1: Cura di base, sicurezza	2,8	3,0	0,15	5,4
F2: Calore, affetto e stabilità	2,8	2,9	0,07	2,3
F3: Guida, regole e valori	2,6	2,8	0,17	6,4
F4: Divertimento, stimoli	3,1	3,3	0,12	3,7
F5: Autorealizzazione genitori	2,2	2,6	0,33	14,9 *
TOTALE FAMIGLIA	2,7	2,9	0,17	6,2
A1: Relazioni e sostegno sociale	3,1	3,0	-0,03	-1,1
A2: Partecipazione ed inclusione	2,9	3,2	0,37	13,0 *
A3: Lavoro e condizione economica	2,7	3,1	0,36	13,0 *
A4: Abitazione	3,4	3,6	0,20	5,9
A5: Rapporto con la scuola	3,4	3,6	0,22	6,5
TOTALE AMBIENTE	3,1	3,3	0,19	6,2

Tabella 4.3: Mondo del Bambino: livelli attuali a T0/T2 e variazione assoluta e percentuale per sottodimensione

Nota: * sottodimensioni la cui variazione T0-T2 è statisticamente significativa

Anche se le medie per lato non mostrano differenze significative, si nota un’alta variabilità nei livelli delle singole sottodimensioni.

Al tempo T0, come è possibile osservare dai punteggi riportati nella Tabella 4.3, le sottodimensioni che evidenziano maggiore criticità sono quelle collocate sul lato Famiglia, per cui la media di tutte le sottodimensioni registra un punteggio di 2,7, contro il 3,1 dei lati Bambino e Ambiente. Altre sottodimensioni particolarmente critiche a T0 e con punteggio inferiore a 3 (“leggero problema”) includono B2 (Emozioni, pensieri, comunicazione e comportamenti) nel lato Bambino, e A2 (Partecipazione ed inclusione) e A3 (Lavoro e condizione economica) nel lato Ambiente.

La visualizzazione grafica dei dati consente di interpretare più facilmente i cambiamenti intervenuti e le valutazioni differenziate delle diverse sottodimensioni. Sull’asse di destra, i valori medi a T0 e T2 sono rappresentati da simboli tondi, rispettivamente vuoti e pieni. L’istogramma sull’asse sinistro, invece, mostra le variazioni percentuali da T0 a T2.

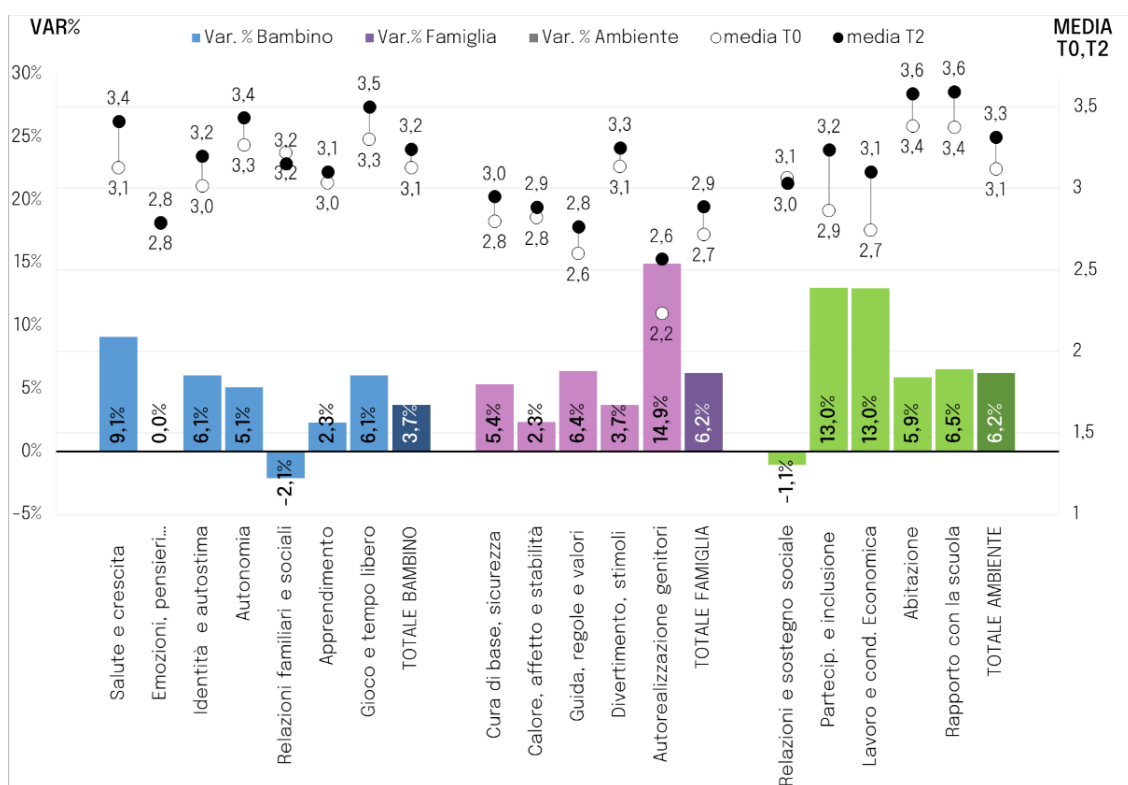


Figura 4.3: Visualizzazione grafica dei livelli medi delle sottodimensioni del Mondo del Bambino a T0 e T2 con relativa variazione %

Essendo i punteggi più bassi a T0, la variazione percentuale di quasi tutte le sottodimensioni mostra un miglioramento. Le differenze nell’entità del cambiamento T0-

T2 fra le diverse sottodimensioni del Triangolo derivano da livelli iniziali significativamente diversi, il che significa che le variazioni percentuali più elevate si registrano per le sottodimensioni con livelli di partenza inferiori: in particolare, l'Autorealizzazione dei genitori (F5), la Partecipazione e inclusione (A2) e il Lavoro e la condizione economica (A3), mostrano un miglioramento statisticamente significativo rispetto al T0, rispettivamente del 14,9% e del 13% per le ultime due. Altrettanto importanti sono le differenze che si riscontrano per le sottodimensioni B1, B7, A4 e A5 (Salute e crescita; Gioco e tempo libero; Abitazione; Rapporto con la scuola) che variano tutte di oltre 0,20 punti su scala Likert 1-6.

Non si osserva invece un miglioramento degli esiti per le Relazioni familiari e sociali nel lato Bambino e le Relazioni e il sostegno sociale nel lato Ambiente. Evidenza analoga per la sottodimensione B2, ovvero Emozioni, pensieri, comunicazione e comportamenti il cui punteggio rimane stabile da T0 a T2.

4.3 Dispositivi di intervento

Durante la fase di intervento, l'Equipe Multidisciplinare (di cui la famiglia fa parte) fornisce il supporto necessario implementando i dispositivi di intervento che aiuteranno le famiglie a adempiere ai propri impegni. Ciò implica che, al fine di raggiungere gli obiettivi prefissati e, di conseguenza, apportare i cambiamenti desiderati, tutti i bambini, i genitori, altri membri della famiglia, amici e ulteriori soggetti coinvolti, devono attuare gli impegni definiti nelle microprogettazioni. La scelta di non attivare uno o più dispositivi in un determinato momento non elimina la possibilità che l'attivazione avvenga in un tempo successivo, personalizzando ogni azione per ogni famiglia (Milani, 2022).

La compilazione di RPMonline ha consentito di raccogliere informazioni sull'attivazione dei dispositivi di intervento per i 67 bambini dove è stata segnalata la vulnerabilità di dipendenza da parte dei papà. Oltre ai quattro dispositivi previsti da P.I.P.P.I., ovvero l'Educativa domiciliare, la Famiglia d'appoggio, i Gruppi con genitori e bambini e la Collaborazione con la scuola, si sono presi in considerazione anche gli altri dispositivi che non sono finanziati da Programma. Secondo quanto riportato nel Report di sintesi di P.I.P.P.I 9 (Milani et al., 2023), e dai dati di seguito riportati, si conferma un'intensa attività di intervento, con un ampio utilizzo di tutti i dispositivi, spesso in combinazione

e per l'intera durata dell'intervento.

La tabella che segue (4.4) mostra le percentuali di attivazione dei dispositivi, separatamente per i bambini con padre tossicodipendente e tutti i bambini di P.I.P.P.I.9

	Bambini con dipendenza del padre	Totale bambini in P.I.P.P.I. 9
Educativa domiciliare	95,5	94,0
Collaborazione con la scuola	80,6	84,7
Sostegno psicologico	70,1	66,9
Gruppi con genitori	62,7	63,5
Sostegno economico	56,7	59,8
Gruppi con bambini	40,3	53,3
Vicinanza solidale	32,8	31,4
Attività ricreative/culturali	26,9	37,8
Centro diurno	19,4	14,0
Altro dispositivo	3,0	6,9

Tabella 4.4: Confronto tra percentuali di attivazione dei dispositivi (% di bambini con dispositivo attivato)

Esaminando il quadro generale dell'attivazione di tutti i dispositivi previsti dal Programma, si notano buone percentuali per entrambi i gruppi di bambini.

Come si può osservare, l'educativa domiciliare e la collaborazione con la scuola sono i dispositivi più comunemente attivati, coinvolgendo quasi tutte le famiglie. In particolare, l'educativa domiciliare è stata attivata con percentuali che superano il 90%, e questa percentuale è ancora più alta nei bambini con dipendenza del padre, i quali ne hanno beneficiato quasi universalmente con un tasso di attivazione pari al 95,5%. La partecipazione ai Gruppi dei genitori è meno diffusa, ma coinvolge comunque oltre il 60% dei bambini. Si registra, inoltre, una percentuale di attivazione simile (oltre al 55%) per gli interventi di Sostegno economico per entrambi i gruppi di bambini, non coperti dal finanziamento del Programma.

Da evidenziare solo alcune differenze che emergono fra i bambini con dipendenza del padre e gli altri bambini compresi in P.I.P.P.I.9: ad esempio, l'attivazione del Sostegno psicologico e dei Centri diurni si riscontra maggiormente per i bambini del primo gruppo, che si discostano con percentuali del 3,2% per l'appoggio psicologico e del 5,4% per il centro diurno. Anche la Vicinanza solidale è stata attivata di più fra i bambini con

vulnerabilità di dipendenza del padre, ma con una differenza trascurabile (+1,4%).

Al contrario, per quanto riguarda i dispositivi “Gruppi con bambini” e “Attività ricreative e culturali”, le percentuali di partecipazione sono inferiori per i bambini con padri tossicodipendenti: si osservano infatti percentuali significativamente più basse per questi bambini, con differenze di oltre il 10% per entrambi i dispositivi (-13% e -11%) con la media dei bambini in P.I.P.P.I.9 che hanno beneficiato per il 50% dei gruppi con bambini e per il 38% delle attività ricreative a loro dedicate.

4.4 I risultati in sintesi

Per quanto riguarda il coinvolgimento del padre, in particolare dei padri tossicodipendenti, dai dati emerge che, sebbene ci siano sottodimensioni in cui la voce paterna è meno presente negli *assessment*, dall'altra il coinvolgimento del padre è alto nelle progettazioni, soprattutto nei lati Bambino e Famiglia a T0 ma anche nel lato Ambiente a T2. Nonostante il padre possa essere, dunque, poco coinvolto verbalmente nella fornire informazioni durante gli *assessment*, egli è parte attiva nel prendersi carico delle progettazioni concordate con gli operatori; partecipazione che rimane significativa anche alla conclusione formale del Programma, a indicare un seguito del lavoro delle équipes con i padri e i loro bambini.

Durante P.I.P.P.I.9, sono state osservate variazioni significative nelle valutazioni delle diverse sottodimensioni del Mondo del Bambino. Alcune di esse hanno mostrato un miglioramento nel tempo, altre invece sono rimaste stabili o hanno evidenziato criticità. In sintesi, si può affermare che i miglioramenti di entità maggiore si sono realizzati nelle sottodimensioni con valori iniziali più bassi, il che suggerisce che il Programma ha avuto un impatto maggiore e più soddisfacente sulle aree con maggiore criticità iniziale.

Più specificatamente, sono emersi miglioramenti significativi nelle sottodimensioni F5 (Autorealizzazione dei genitori), A2 (Partecipazione e inclusione) e A3 (Lavoro e condizione economica), con incrementi rispettivamente del 14,9% per la prima e del 13% per le altre due. Allo stesso modo, sottodimensioni come B1 (Salute e crescita), B7 (Gioco e tempo libero), A4 (Abitazione) e A5 (Rapporto con la scuola) hanno mostrato variazioni positive di oltre 0,20 punti sulla scala Likert.

Al contrario, Relazioni familiari e sociali e Emozioni, pensieri, comunicazione e comportamenti, sulla dimensione dei bisogni del bambino, e Relazioni e sostegno sociale

sulla dimensione ambientale avrebbero richiesto ulteriori interventi. Il fatto che non ci sia un miglioramento potrebbe suggerire che i Dispositivi di intervento non siano stati attivati con intensità sufficiente per migliorare significativamente la situazione iniziale in queste specifiche sottodimensioni. Tuttavia l'attivazione dei dispositivi di intervento è stata ampia, con un utilizzo diffuso di tutti i dispositivi disponibili, soprattutto dell'Educativa domiciliare e della Collaborazione con la scuola, che coinvolgono quasi la totalità delle famiglie.

In conclusione, l'analisi dei dati suggerisce che il Programma P.I.P.P.I. ha avuto un impatto positivo sulle famiglie coinvolte dove è stata individuata la vulnerabilità relativa alla dipendenza da sostanze nei papà, ma in alcuni casi sarebbe stato necessario migliorare le strategie e soprattutto l'intensità dell'intervento di *parenting support*, previsto ad esempio sia nei gruppi che nell'educativa domiciliare, per impattare ulteriormente sui bisogni di sviluppo dei bambini. Sebbene a livello quantitativo sia dimostrato un buon coinvolgimento del padre, a livello qualitativo i dati analizzati non sono sufficienti a fornire spiegazioni su come l'abuso di droghe incida o meno sulla genitorialità del padre. Negli *assessment* e nella descrizione delle storie familiari (o dei singoli genitori) non vengono, infatti, fornite informazioni dettagliate sull'impatto della dipendenza dei genitori sull'assetto familiare, specialmente riguardo alle competenze genitoriali. Questo limite potrebbe essere spiegato dal fatto che gli operatori di P.I.P.P.I. 9 non sono stati formati specificatamente per gestire i casi di vulnerabilità relativi alla dipendenza da sostanze, mentre una formazione specifica adeguata e una documentazione più dettagliata potrebbero essere fondamentali per migliorare l'efficacia degli interventi a beneficio del benessere del bambino e della sua famiglia.

I papà tossicodipendenti, spesso considerati inadeguati nel loro ruolo, dai servizi si sono dimostrati, secondo i dati rilevati in questo studio, presenti e coinvolti in molte delle progettazioni e attività proposte nella progettazione e nei dispositivi di P.I.P.P.I. Parallelamente, gli operatori del Programma hanno dimostrato un impegno continuo nel mantenere attivo il coinvolgimento paterno, soprattutto nelle sottodimensioni più critiche. Questo evidenzia che gli sforzi per coinvolgere i padri sono stati sostenuti e persistenti nel corso dell'intervento.

CONCLUSIONI

Questa tesi ha esplorato il ruolo cruciale del padre nel favorire lo sviluppo positivo del bambino, contestualizzando tale analisi nel complesso scenario della tossicodipendenza e delle dinamiche familiari ad essa associate. Questo obiettivo è stato perseguito grazie ai dati emersi dalle descrizioni delle storie familiari e degli interventi messi in atto durante la nona implementazione del Programma P.I.P.P.I.

Tossicodipendenza e genitorialità sono due temi interconnessi tra loro e molti sono i ricercatori che hanno mostrato interesse nell'approfondire gli studi rispetto a questi due fenomeni, studi che sono stati fondamentali per questo lavoro di ricerca. I principali che costituiscono le fondamenta del mio lavoro sono quelli condotti da Bellucci S. (2014) e Milani P. (2018): Bellucci ha esplorato l'impatto della tossicodipendenza genitoriale sui bambini e come i modelli di attaccamento si trasmettano tra le generazioni. Milani ha messo in evidenza le ricerche di molti autori che attestano che supportare i genitori nell'educazione dei figli è un modo efficace per ridurre le disuguaglianze e promuovere la giustizia sociale. Altrettanto importanti sono le ricerche presentate da Caponetto (2020), Bell et. al (2020) e Bramucci (2019), che hanno confermato l'ipotesi sostenuta in questa tesi sulla marginalizzazione del ruolo paterno. Questi studi, infatti, pongono un focus particolare sui padri tossicodipendenti e si concentrano sulla relazione padre-figlio, analizzando come la dipendenza influisca sul ruolo paterno e sulla qualità delle interazioni familiari.

Come illustrato nel primo capitolo, le trasformazioni sociali oggi in atto evidenziano un aumento delle forme di vulnerabilità che influenzano la vita individuale e familiare. Fra queste, la dipendenza da sostanze emerge come un fattore critico che impatta profondamente sulla genitorialità e sul benessere dei bambini. In Italia, il consumo è in continuo aumento, e solo nel 2022 ha coinvolto più di 14 milioni di individui compresi tra i 18 e gli 84 anni. Se si considera che tra questi soggetti molti possano essere genitori, allora è bene tenere a mente che gli effetti dannosi delle droghe non si limitano alla persona che le assume, ma si estendono anche a coloro che la circondano, in particolare ai figli, aumentando il rischio di trascuratezza e negligenza nei loro confronti.

Pertanto, questo studio ha esplorato l'uso di droghe da parte dei genitori, soprattutto da parte dei papà, e analizzato alcuni dati che possono dare qualche prima informazione sugli effetti sull'esercizio del ruolo genitoriale. Sebbene i padri che assumono sostanze siano

descritti come periferici e distanti rispetto alla cura e al contatto emotivo con i figli, aggressivi, poco empatici e meno adeguati alla responsabilità genitoriale, questi uomini, in realtà, vivono una paternità caratterizzata da una percezione individuale negativa. Nonostante le sfide legate alla tossicodipendenza da affrontare, molti di questi papà nutrono la speranza di migliorare il proprio ruolo paterno attraverso il trattamento e interventi mirati. Purtroppo però, può capitare che questo desiderio venga messo in secondo piano nelle strutture riabilitative o nei servizi rivolti ai genitori che fanno uso di sostanze.

Eppure, con i giusti mezzi e le giuste risorse, le famiglie in situazioni di vulnerabilità possono essere aiutate nel migliorare le competenze genitoriali e il loro ruolo educativo. Il Programma P.I.P.P.I, riconosciuto dal 2021 come Livello Essenziale delle Prestazioni Sociali (LEPS), si propone di affrontare il fenomeno specifico della negligenza, sperimentando un approccio di ricerca e intervento adatto alle caratteristiche e ai bisogni delle famiglie coinvolte. P.I.P.P.I promuove contestualmente la “genitorialità positiva” e il benessere dei bambini.

I dati relativi alla nona implementazione del Programma hanno fornito un fondamentale contributo alla ricerca condotta in questa tesi, la cui finalità è stata quella di esaminare l’influenza dell’abuso di sostanze sul coinvolgimento paterno e sulle strategie di intervento messe in atto dagli operatori. In particolare, si è cercato di analizzare se i papà tossicodipendenti in P.I.P.P.I. fossero attivamente coinvolti nel processo di presa in carico e responsabili delle progettazioni delineate dai professionisti.

I risultati presentati nel quarto capitolo hanno dimostrato che padri con DUS sono stati notevolmente presenti e partecipi nelle varie iniziative e progettazioni costruite attraverso P.I.P.P.I. Allo stesso modo, gli operatori del Programma si sono impegnati costantemente nel promuovere e mantenere attivo il coinvolgimento dei padri per tutto il periodo di intervento, concentrandosi soprattutto nelle aree più critiche. Nonostante si sia verificata una diminuzione della partecipazione attiva nel tempo, la responsabilità paterna nella pianificazione e nell’attuazione degli interventi è rimasta positiva, evidenziando il continuo impegno di questi uomini nel supportare il benessere e lo sviluppo del bambino.

Tuttavia, questa ricerca ha dimostrato alcuni limiti da prendere in considerazione. In primo luogo, il coinvolgimento di un numero limitato di padri e il focus esclusivo sulla nona implementazione del Programma non permettono di estendere i risultati al lavoro di

P.I.P.P.I in generale. Inoltre, le descrizioni delle storie familiari si basano solo sulle informazioni raccolte tramite lo strumento *Preassessment*, mentre includere l'analisi anche del *Postassessment* avrebbe potuto confermare o modificare ulteriormente i risultati. Va anche sottolineato che non vi è un diretto approfondimento da parte degli operatori sul grado in cui l'abuso di sostanze influenzi l'esercizio della genitorialità e sulle differenze relative alla specificità delle varie sostanze usate da questi padri.

L'analisi dei dati realizzata in questo lavoro è una delle azioni programmate per favorire nelle successive implementazioni di P.I.P.P.I un lavoro di approfondimento del problema che consenta di attuare strategie di intervento specifiche per le famiglie e i bambini che vivono il fenomeno della dipendenza all'interno del contesto domestico e dedicare attività formative mirate agli operatori affinché possano rispondere in modo più specifico a tale esigenza complessa. Allo stesso tempo, sono in atto azioni volte a intensificare la cooperazione con i Servizi per le Dipendenze (SerD) e altre strutture simili, che, parallelamente, dovrebbero migliorare la consapevolezza dei loro "utenti" riguardo all'esistenza di programmi mirati al sostegno della genitorialità.

Promuovere la partecipazione ai servizi e/o programmi volti al sostegno delle competenze genitoriali è necessario, poiché, come nel caso di P.I.P.P.I., la partecipazione può guidare i genitori a riprendere posto nell'educazione dei propri figli, aiutarli nell'apprendimento di strategie per affrontare le difficoltà, ristabilire un rapporto con i bambini e creare un ambiente stabile e amorevole per loro, prevenendo l'allontanamento dal proprio contesto familiare. Il sostegno alla genitorialità dovrebbe partire dal proprio contesto sociale e comunitario, i quali dovrebbero puntare sulla creazione di spazi in cui i genitori possano confrontarsi e riflettere tra adulti, condividendo esperienze personali, preoccupazioni e sfide.

Riscoprirsi nel proprio ruolo genitoriale è possibile proprio perché non si tratta di praticare un mestiere, ma di un processo che si sviluppa nel tempo, interdipendente alle risorse presenti nel contesto sociale. Essere un genitore responsivo significa « [...] *essere attento e presente quando serve, accettare il disordine e contribuire a creare una nuova generazione che sia più robusta, adattabile e resiliente, maggiormente capace di gestire gli imprevedibili cambiamenti che dovrà affrontare nel futuro.*» (Milani, 2018, p. 67).

Bibliografia

- Albanese F. (2006). Monotropismo. <https://www.psicolab.net/monotropismo/>
- Albanese F., Marazziti D., (2005). La disorganizzazione dell'attaccamento: implicazioni cliniche. *Psichiatria e Psicoterapia*
- Associazione Italiana di Psicologia Giuridica (AIPG) (2008). *Le capacità genitoriali. Aspetti valutativi e peritali*, Edizioni Universitarie Romane
- Bacco V. (2009). *La gravidanza: fattori protettivi, di rischio nella relazione mamma bambino. Dati preliminari su uno studio longitudinale [tesi di Laurea Magistrale]*, Università degli Studi di Torino, pp. 8-13
- Baldoni F. (2007). *Modelli operativi interni e relazioni di attaccamento in preadolescenza*, In G. Crocetti, R. Agosta (a cura di), *Preadolescenza. Il bambino caduto dalle fiabe. Teoria della clinica e prassi psicoterapeutica*. Bologna: Pendragon, pp. 54-77
- Bardwell G., Anderson S., Richardson L., Bird L., Lampkin H., Small W., McNeil R. (2018). *The perspectives of structurally vulnerable people who use drugs on volunteer stipends and work experiences provided through a drug user organization: Opportunities and limitations*. *International Journal of Drug Policy*, pp. 40-41
- Bell L., Herring R., Annand F. (2020). *Fathers and substance misuse: a literature review*. *Drugs and Alcohol Today*, pp. 353-369
- Bellucci S. (2014). *Tossicodipendenza e genitorialità fattori di rischio e modalità di intervento*, in *Psicoanalisi Neofreudiana*
- Bolelli K. (2022). *Speciale P.I.P.P.I. famiglie dipendenze*, in *Il Quaderno di P.I.P.P.I. I dispositivi*. Padova University Press, pp. 92-94
- Bowlby J. (1969). *Attachment*, vol. 1 of *Attachment and loss*. London: Hogarth Press
- Bramucci A. (2019). *Tossicodipendenza e genitorialità fragile*. <https://www.andreabramucci.com/2019/12/11/tossicodipendenza-e-genitorialita-fragile>
- Calamai G. (2018). *Uso e abuso di sostanze: capire e affrontare le dipendenze da alcol e droghe*. Edizioni Centro Studi Erickson, pp. 1-23; 89-94
- Caponnetto P., Triscari C., Maglia M. (2020). *Living fatherhood in adults addicted to substances: A qualitative study of fathers in psycho-rehabilitative drug addiction treatment for heroin and cocaine*. *International Journal of Environmental Research*

and Public Health

- Centers for Disease Control and Prevention (2021). Adverse Childhood Experiences (ACEs). <https://www.cdc.gov/violenceprevention/aces/index.html>
- Cirillo S., Berrini R., Cambiaso G., Mazza R. (1996). La famiglia del tossicodipendente, Raffaello Cortina
- Colombini S, Di Masi, D., Santello F., Serbati S., Sità C., Marco T., Ombretta, Z. (2016). PIPPI-Programma di Intervento per la Prevenzione dell'Istituzionalizzazione. Rapporto di valutazione 2015/2016.
- Costa S. (2021). Genitorialità prenatale tra costruttivismo e intersoggettività, pp. 50-51
- De Luca D. (2012). La presa in carico della famiglia del tossicodipendente integrando approcci terapeutici differenti. Cambiamenti: Rivista di Psicoterapia Sistemica Integrata, 1, pp. 49-59.
- De Pieri I. (2022) Tossicodipendenza e genitorialità: ruolo e strumenti dei Servizi Sociali nella protezione dei minori [tesi di Laurea Triennale], Università degli Studi di Padova
- De Vita A. (Ed.) (2022). Fragilità contemporanee: fenomenologie della violenza e della vulnerabilità, Mimesis
- Dei Ministri P. D. C. (2023). Relazione annuale al Parlamento sul fenomeno delle tossicodipendenze in Italia
- Della Salute M. (2020). Direzione generale della prevenzione sanitaria. Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025
- Di Folco S., Zavattini G. C. (2014). La relazione d'attaccamento padre-bambino: una rassegna della letteratura. Giornale italiano di psicologia, pp. 159-190.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2023). European Drug Report 2023: Trends and Developments. https://www.emcdda.europa.eu/publications/european-drug-report/2023_en
- Families Need Fathers (2014). Fathers Suffering from Substance Abuse. www.fnf.org.uk
- Felitti, V. J., Anda R. F., Nordenberg D., Williamson D. F., Spitz A. M., Edwards V., Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences

- (ACE) Study. American journal of preventive medicine
- Giacomello C. (2021). Children whose parents use drugs. Promising practices and recommendations, Pampidou Group - Council of Europe
 - Grossmann K., Grossmann K.E., Fremmer-Bombik E., Kindler H., Scheuerer-Engelsch H., Zimmermann A.P. (2002). The uniqueness of the child–father attachment relationship: Fathers’ sensitive and challenging play as a pivotal variable in a 16-year longitudinal study. *Social development*
 - Laugier, S. (2020). La vulnerabilità delle forme di vita: un nuovo inizio per l’etica. *La vulnerabilità delle forme di vita: un nuovo inizio per l’etica*, pp. 6-7
 - Lorito L., Di Maria F. (2015). *Gruppoanalisi e teoria dell’attaccamento*. Società editrice il Mulino Spa
 - Mackenzie C., Rogers W., Dodds S. (2014). Introduction: What is vulnerability and why does it matter for moral theory. *Vulnerability: New essays in ethics and feminist philosophy*, pp. 1-29
 - Maina G., Ogenchuk M., Gaudet S. (2021). Living with parents with problematic substance use: Impacts and turning points. *Public Health Nursing*
 - McMahon T. J., Winkel J. D., Rounsaville B. J. (2008). Drug abuse and responsible fathering: a comparative study of men enrolled in methadone maintenance treatment. *Addiction*, pp. 269-283.
 - Milani P, Ius M., Serbati S. (2013) *Vulnerabilità e resilienza: lessico minimo*, in *STUDIUM EDUCATIONIS - Rivista quadrimestale per le professioni educative*, pp. 71-80
 - Milani P. (2018). *Educazione e famiglie. Ricerche e nuove pratiche per la genitorialità*, Roma, Carocci
 - Milani P. (2022). *Il Quaderno di P.I.P.P.I. Teorie, metodo e strumenti del Programma di Intervento per la Prevenzione dell’Istituzionalizzazione-LEPS Prevenzione dell’allontanamento familiare*
 - Milani P., Santello, F., Petrella A., Ius M., Serbati S., Salvò A. (2023). *P.I.P.P.I. Report di valutazione. Sintesi 2020-2022. Nona implementazione*. In *P.I.P.P.I. Report di valutazione. Sintesi 2020-2022. Nona implementazione*
 - Ministero della Salute (2023). *Dipendenza e problemi correlati*. <https://www.salute.gov.it/portale/prevenzione/dettaglioContenutiPrevenzione.jsp?lin>

gua=italiano&id=5763&area=prevenzione&menu=obiettivi2020

- NIDA (2018). Understanding Drug Use and Addiction DrugFacts. <https://nida.nih.gov/publications/drugfacts/understanding-drug-use-addiction> on 2023, December 4
- Nussbaum Abraham M. (2014). L'esame diagnostico con il DSM-5. Raffaello Cortina Editore, pp. 6-9, 43-50
- Penn H. (2005). Understanding early childhood education, Issues and controversies, p. 15
- Petrella A. (2022). Mappare la comunità. Una proposta teorica e metodologica per il lavoro socio-educativo
- Pulizzi S., (2022). Attaccamento materno vs attaccamento paterno, Associazione PROPSY ONLUS. <https://www.associazionepropsy.org/attaccamento-materno-vs-attaccamento-paterno>
- Redazione Salute (Ed.). (2023). Tossicomania: Definizione e significato medico. Corriere salute. Corriere della Sera.it. <https://www.corriere.it/salute/dizionario/tossicomania/>
- Rizzardi G. (2021) Adverse Childhood Experiences e dipendenze dei genitori: analisi delle descrizioni delle storie familiari nell'ottava implementazione di P.I.P.P.I. [tesi di Laurea Magistrale], Università degli Studi di Padova
- Robledo J. P., Cross I., Boada-Bayona L., Demogeot N. (2022). Back to basics: A re-evaluation of the relevance of imprinting in the genesis of Bowlby's attachment theory. *Frontiers in Psychology*
- Salerno A., Tosto M., Merenda A. (2016). Modelli di parenting multipli e benessere interpersonale: una rassegna teorica sull'evoluzione del sistema motivazionale diadico verso il network dell'accudimento, in "Psicologia della salute: quadrimestrale di psicologia e scienze della salute: 3, Franco Angeli, pp. 64-82
- Serbati S. (2014). Famiglie vulnerabili: un'esperienza di «educativa domiciliare». *Rivista Italiana di Educazione Familiare*, pp. 5-20
- Söderström K, Skårderud F, 2013 The good, the bad, and the invisible father: a phenomenological study of fatherhood in men with substance use disorder", *Fathering*, Vol. 11 No. 1, pp. 38-41
- Stover C.S., Carlson M., Patel S., Manalich R. (2018) Where's Dad? The Importance

of Integrating Fatherhood and Parenting Programming into Substance Use Treatment for Men, *Child Abus. Rev*, pp. 280–300.

- Trasatti M. (2022). La Strange Situation, in *State of Mind - il Giornale delle Scienze Psicologiche*. <https://www.stateofmind.it/2022/09/strange-situation-procedure/>
- UNODC (2022). *World Drug Report 2022*, United Nations publication