



UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI TRIESTE

Sede Amministrativa del dottorato di ricerca

XXIV CICLO del
DOTTORATO DI RICERCA IN

MEDICINA MATERNO INFANTILE
PEDIATRIA DELLO SVILUPPO E DELL'EDUCAZIONE
PERINATOLOGIA

**GENITORIALITA' E VULNERABILITA': IL MOVIMENTO
DELL'ACCOGLIERE DENTRO E LASCIARE ANDARE, UN
CONTINUUM TRA DIPENDENZA ED INDIPENDENZA.**

Settore scientifico-disciplinare: M-PSI/08 - Psicologia Clinica

Coordinatore:

chiar.mo Prof. Alessandro Ventura
(Trieste)

Dottoranda:

dott.ssa **Irene Del Gaudio**

Relatori:

dr. Andrea Clarici dr. Tanja Umari
(Trieste)

Anno accademico 2010-2011

A

Romana

Claudio

Luisa Raffaello

Franca Giorgio



**"Sia i genitori sani che quelli
fondamentalmente malati hanno
momenti di difficile ed adeguata
genitorialità, più o meno lunghi."**

Fava Vizziello

INDICE GENERALE

INTRODUZIONE: COME E' NATA LA RICERCA *Errore. Il segnalibro non è definito.*

INTRODUZIONE ALLA RICERCA..... 7

1 CAPITOLO PRIMO: INQUADRAMENTO TERORICO: LA TOSSICODIPENDENZA E L'ALCOLISMO.....11

1.1 Dependency e Dipendenza Patologica 14

1.1.a Definizione di tossicodipendenza 16

1.1.b Definizione di alcolismo..... 24

1.2 Sostanze psicoattive, psicotrope: alcol e droghe 29

1.3 Storia e cultura: il perchè..... 32

1.3.a Storia dell'eroina: come un "metadone" per la morfina 33

1.3.b La Storia del vino e della birra: "elite" e "consumo di massa" 34

1.3.c Alcol: storia dell'uso, dell'abuso e del proibizionismo americano..... 36

1.3.d Storia delle sostanze stupefacenti: abuso, narcotraffico e repressione 41

1.4 Alcol e legge..... 44

1.5 Tossicodipenza e legge..... 46

1.6 La cura e la riabilitazione: l'organizzazione sanitaria Triestina a riguardo.....47

1.7 La Psicologia e la tossicodipendenza 50

1.8 Dipendenza infantile e tossicodipendenza: una rassegna della letteratura clinica e psicanalitica dagli anni '70 ad oggi 53

BIBLIOGRAFIA..... 63

SITOGRAFIA 67

2	CAPITOLO SECONDO: INQUADRAMENTO TEORICO: LA GENITORIALITA'	69
2.1	La coppia: nascita e consolidamento.....	71
2.2	Funzionalità e disfunzionalità nella coppia	77
2.3	La coppia: famiglia e famiglia sociale.....	79
2.4	Il tossicodipendente e la sua famiglia: il padre.....	83
2.5	La coppia tossicodipendente ed alcolista.....	86
2.6	La coniugalità e la genitorialità	96
2.7	Definizione di genitorialità	99
2.8	Alcune suggestioni.....	105
2.9	Quando la genitorialità è "malata"	114
2.10	Lo stato dell'arte: il panorama internazionale	122
2.11	Lo stato dell'arte: il panorama nazionale.....	134
2.12	Popolazioni a "rischio": i figli di "normali separati".....	139
2.13	Dell'infanzia ed altri pericoli.....	146
2.14	Misure della genitorialità	148
	BIBLIOGRAFIA	151
	SITOGRAFIA	156
3	CAPITOLO TERZO: INQUADRAMENTO TEORICO: LEGGI ED ORGANI DEPUTATI ALLA TUTELA DEL MINORE	157
3.1	Il Tribunale per i Minorenni.....	157
	BIBLIOGRAFIA/SITOGRAFIA	163
4	CAPITOLO QUARTO: LA RICERCA	165
4.1	Ipotesi, Obiettivi e <i>Step</i> procedurali.....	165

4.2	Popolazione e territorio	168
4.3	Strumenti e fonti	169
5	CAPITOLO QUINTO: RISULTATI E LORO DISCUSSIONE.....	173
5.1	Risultati genitori tossicodipendenti.....	175
5.1	Grafici	184
5.2	Risultati genitori alcolisti	204
5.2	Grafici	209
5.3	Uno sguardo d'insieme	230
5.3	Grafici	239
5.4	I decreti del Tribunale per i Minorenni .Errore. Il segnalibro non è definito.	
5.5	Della condizione decreto e del resto	252
5.6	<i>Cluster Analysis</i> per la fascia genitori 11-17 anni.....	260
5.7	<i>Cluster Analysis</i> per la fascia genitori 0-10 anni	263
	BIBLIOGRAFIA/SITOGRAFIA.....	267
6	CAPITOLO SESTO: IL PADRE ASSENTE	269
7	CAPITOLO SETTIMO: TOSSICODIPENDENZA ROSA	277
	BIBLIOGRAFIA/SITOGRAFIA.....	281
8	CAPITOLO OTTAVO CONCLUSIONI.....	283

RINGRAZIAMENTI

Il mio primo ringraziamento va al Dipartimento delle Dipendenze di Trieste, alla nostra Primaria, Roberta Balestra, capo attento e sensibile della nave e delle sue rotte.

Grazie a tutte le persone che nel mio lavoro seguono, nelle loro vite, difficoltà, gioie e soddisfazioni.

Grazie alla mia Cooperativa, "La Quercia", in particolare al mio responsabile Massimiliano Capitano.

Un ringraziamento ai colleghi dell'Alcologia e del Sert, assistenti sociali, educatori/trici, infermieri, medici psichiatri/e, psicologi/ghe, tutors per l'inserimento lavorativo, coordinatori/trici, alla segreteria ed all'amministrazione, grazie per la disponibilità, il sostegno, per la raccolta dati, il prestito di tesi e libri, e consigli sia tecnico-informatici, che di testi.

Grazie a: Astrid, Carla, Cristina, Franca, Cristiano, Gianni, Giacinta, Eva, Ana, Mirella, Erika, Erminia, Gianpaolo, Samoah, Gianfranco, Daniela B., Daniela T., Deborah, Cinzia D., Freddy, Alberto, Viviana F., Michela, Tonia, Valentina, Ariadna, Marta, Mimma, Martina, Chiara, Micaela, Tiziana, Vania, Roberta S., Gloria, Claudia M., Sara Z., Antonella, Elisa, Maria, Viviana, Roberta D.R., Romina, Cinzia S., Paolo M., Paolo T., la mia collega *tutor* Gabriela.

Grazie a tutti i colleghi dell'Alcologia, in particolare grazie per la disponibilità, l'entusiasmo a: Cinzia C., grazie anche per le serate passate in Servizio a mangiare pizza fredda tra le scartoffie, ed anche per il raccordo interno, Rosanna P., Salvatore T., Paola D.G., Gabriella, Romana, Andrea.

Grazie a tutti i colleghi dei Distretti 1, 2, 3, 4, dell'area minori e famiglia, per la collaborazione, la disponibilità ed i suggerimenti. In particolare, grazie al Distretto 3, a Vittoria, Pilar, Paola M., Renata.

Grazie alla dott.ssa Fatur, del Tribunale dei Minorenni di Trieste.

Grazie alla Direzione Generale dell'Azienda Sanitaria, per l'accoglienza, la disponibilità e la curiosità, grazie, al dott. Samani, nostro direttore, ed alla sua segretaria, sig.ra Lorena.

Inoltre, doveroso e particolare ringraziamento al prezioso contributo morale ed umano di: Maria Grazia, coordinatrice e *supervisor* "dietro le quinte", che durante il percorso ci ha adottate, limando, sostenendo, pensando, consigliando e suggerendo, ed alla fine credendoci, grazie per gli anni d'esperienza, sia nell'ambito minori, che nelle dipendenze; e di Tanja, sostegno immancabile nei momenti bui e non, compagna di

stanza, sempre disponibile nei sabati e nelle domeniche ed a tarda serata, testarda e convinta che ha sempre tentato tutte le strade anche nei momenti di sconforto con una grande diplomazia ma fermezza.

Ringrazio la mia famiglia, mia madre Romana, mio padre Claudio, per il sostegno morale e per i consigli. Al mio compagno Daniele... per la sopportazione, l'affetto...ed i grafici. Grazie a mio nonno Raffaello, a mia nonna Franca, a mia cugina Gianna ed Ovidio, a Miriam. E a tutti quelli che non ci sono più, ma che costituiscono le mie radici, mia nonna Luisa e mio nonno Giorgio.

Ringrazio la mia Scuola di Psicoterapia, l'Istituto Gestalt di Trieste, per la crescita fatta durante questi tre anni, alla fine anche di questo percorso. Ringrazio le mie compagne ed i miei insegnanti, Sergio Mazzei, Paolo Baiocchi, e Filippo Carbonera per quello che mi hanno trasmesso, umanamente ed intellettualmente, e che, alla fine, ho scientificamente integrato anche qui.

Ringrazio i miei amici, a cui ben poco tempo, soprattutto in questi ultimi tempi ho dedicato, ma che, comunque, pur nei limiti della mia assenza, sono riusciti in modo comprensivo a sostenermi, e starmi discretamente accanto.

Ognuno che incontriamo nel cammino contribuisce ad arrivare da qualche parte, o a capire qualche cosa di sé e del mondo.

Grazie anche al prof. Clarici per avermi fatto da *tutor*, dopo varie peregrinazioni, tutto ciò non sarebbe partito. E grazie anche al prof. Ventura che, alla fine nelle "critiche" mi ha indicato la strada.

INTRODUZIONE: COME E' NATA LA RICERCA

"Il coniglio bianco chiese al Re: "Da dove devo cominciare? Ed il Re rispose: "Vai avanti fino alla fine, lì troverai l'inizio!"

(Alice nel Paese delle meraviglie,

Lewis Carroll¹)

L'Azienda Sanitaria Triestina e l'Istituto per l'Infanzia, I.R.R.C.S., nel loro implementare politiche di salute si sono sempre dimostrati sensibili all'argomento della genitorialità tossicodipendente, tant'è che nel 2000 è stato firmato e attivato un protocollo d'intesa al fine di garantire la continuità del percorso nascita per le cosiddette GAR, gravidanze a rischio psico-socio-sanitario².

Nell'estate del 2008 il Dipartimento Sostanze Illegali di Trieste ha promosso un "trattamento speciale": una "vacanza" madri-figli. Meta mare, siamo partite: cinque mamme, i loro figli e

¹ *Alice's Adventures in Wonderland* è un'opera letteraria pubblicata per la prima volta nel 1865. L'autore è un matematico, scrittore inglese e reverendo Charles Lutwidge Dogson, pseudonimo di Lewis Carroll. *Alice nel Paese delle meraviglie* e *Attraverso lo specchio e quel che Alice vi trovò* sono stati riadattati dalla Walt Disney Company (fondata nel 1923 da Walt Disney e suo fratello Oliver) leader nel campo dell'intrattenimento per l'infanzia. Il film distribuito dalla Disney nelle sale americane nel 1951 è considerato il tredicesimo classico Disney secondo il canone ufficiale (da <http://it.wikipedia.org/wiki/Wikipedia>). Che un lavoro sulla tossicodipendenza e la genitorialità inizi con questa frase tratta da un "libro per bambini" è forse paradossale? E' un paradosso che un matematico sia anche reverendo e scrittore, ed abbia scritto quello che poi negli anni è divenuto una delle favole per bambini più famose ed anche un film d'animazione che non solo i bambini hanno guardato?

² Longo Daniela (1999-2000) *Genitorialità e tossicodipendenza: una sfida possibile?* Tesi di Laurea in Servizio Sociale, Università degli studi di Trieste.

quattro operatrici. Al rientro da questi cinque "strani" giorni è venuto il momento della restituzione al Servizio. Ci siamo ritrovate più volte per prepararla: come raccontare cosa era successo, come eravamo state, le criticità, i punti di forza...e si percepiva già nell'aria la ricchezza di quel lungo momento passato assieme, fuori dal Servizio, in una veste sfumata dal contesto inusuale...operatori/utenti. Le cose nel complesso erano andate bene, si era creato un gruppo, eterogeneo, dove eravamo riuscite a fare delle cose "normali" con le mamme ed i loro figli come andare al parco acquatico, in spiaggia, a colazione ed a cena, eravamo riuscite a condividere camere miste, gestire normali sbavature, contrasti del tipo ioquestononlovoglio faresonoinvacanza...siamo riuscite a definire l'indefinito: siamo un gruppo e non siamo qui in vacanza, lo siamo in senso lato, stiamo costruendo un pezzo di quotidianità assieme, dove comunque, aldilà dello spazio e del tempo c'è un progetto: passare del buon tempo, la stessa mamma con i suoi figli assieme ad altre con i loro, siamo riuscite a far riflettere ed empatizzare con i bisogni personali e gli obiettivi gruppali favorendo, ove possibile, nella negoziazione lo scambio...nei momenti tesi, abbiamo semplicemente ascoltato, supportato. Qualche tempo più tardi, un po' dopo il tempo di tornare, elaborare, riprendere le fila, il tempo di digerire e capire cosa e come fare di questa cosa nuova, di questa gita fuoriporta, abbiamo organizzato un incontro. Forse il tentativo di darle una forma, più strutturata, o semplicemente rivedersi per scambiare...come dopo un viaggio e basta...le foto...un come stai...era rimasta molta curiosità per quell'esperienza, il tentativo di capirla, di afferrarla, nella sua intensità, quasi banale, e soprattutto tutti, ognuno a suo modo, c'eravamo stati.

Abbiamo organizzato di rivederci dentro...sempre un po' fuori però...non proprio al Servizio, ma sempre in una nostra sede, in altro orario, non il consueto dei trattamenti, degli affidi, delle urine e dei colloqui. Quel giorno eravamo emozionata, chissàcosasuccederà, lavoravamo stando dentro una esperienza senza una strutturazione consueta e consolidata dell'intervento. Quel giorno c'erano solo due mamme...le altre non erano riuscite a venire...gli impegni, altri. Quell'esperienza diversa e ricca continuava ad esserci, come un file in *stanby*, non chiuso, salvato ma ancora aperto. Un giorno, per caso, questa curiosità ha cambiato la sua forma: è divenuta un progetto, ricerca di dottorato, ha preso un nome: "Genitorialità e vulnerabilità: il movimento dell'accogliere dentro e lasciare andare, un *continuum* tra dipendenza ed indipendenza". Forse ha semplicemente cambiato forma perché altro non si poteva fare per iniziare.

Infine, ed anche prima di iniziare voglio fare una doverosa premessa, la mia personale introduzione. Questo lavoro è nato un po' per gioco un po' per amore. Gioco nel senso che in una fase crepuscolare della mia vita, tra la fine dell'Università ed l'inizio dell'epoca lavorativa nella zona franca del sentirsi ancora una tirocinante, quando mi chiedevo cosa avrei fatto da grande....mentre facevo l'educatrice *part-time* ed avevo ancora molto tempo per chiedermi, pensare, fantasticare, sognare, avere paura di non trovare un strada, o sceglierne una infruttuosa... un'amica un giorno mi dice che c'è un bando per un dottorato e che lei si iscriverà e sapendo del mio amore per la ricerca mi spinge a farlo insieme a lei....non sapevo cosa fosse un dottorato di ricerca, né cosa si dovesse fare per presentarsi all'esame...mi ero

semplicemente iscritta.. Mi trovo a presentare un progetto, non ho un *tutor* ma ormai sono in ballo....ed alla fine ho iniziato in quel momento in cui dopo l'esperienza di cui sopra nel rielaborarla con i colleghi e nel prepararne una sua presentazione ho iniziato a rielaborare anche le mie intuizioni e la mia "sorpresa" per quella "vacanza". L'amore per la ricerca è dunque arrivato tra l'esperienza e l'esame di dottorato prima ancora delle ricerche bibliografiche e di un *tutor*, in un posto dove tutte le sue fasi mi hanno sempre entusiasmato...pur nelle oggettive...a volte insormontabili difficoltà che sin dall'inizio ho incontrato..ed anche alla fine tra chiavette bruciate con dentro tutto il materiale..ed il *pc* che "si mangia" una tesi salvata chissàdove neanche nei *temporary file*...a quattro giorni dalla consegna...nel frattempo lavorando. Una volta nel ballo e per così dire superato l'esame ho lottato per questo argomento e tutt'ora mi chiedo quale sia l'obiettivo, forse di questo lavoro ora è chiaro, ma della mia vita in generale ancora non lo so...non sempre ciò che si desidera è compatibile con la realtà...e forse non lo so ancora, ma l'averlo chiaro è sicuramente un passo. Ad ogni modo resto convinta che se tornassi indietro rifarei questa tesi e con questo argomento, finire mi è costato molto più che iniziare. Nel cammino irto e nella ricerca bibliografica avvenuta subito dopo l'immagine del lavoro di ricerca devo molto alla prof. Graziela Fava Vizziello, leggendo i suoi libri, oltrechè costituire per me un'imprescindibile fonte di confronto ed un vero e proprio gusto proseguire avida in una scrittura che oltre a piacermi mi ha trovata spesso "d'accordo", mi sono sentita meno sola, mentre facevo la scoperta che questo argomento produce "attivazioni" a più livelli, sia in chi ne sa, gli operatori dei diversi servizi, sia in chi non ne sa, l'uomo di strada.

Ogni volta che nominavo l'argomento della tesi "genitorialità e tossicodipendenza e alcolismo" a livello non scientifico, non quantificabile, ma dagli sguardi, dalle domande, alle volte sospettose, ai silenzi, al poco interesse, od al troppo, ai visi delle persone percepivo chiaramente delle resistenze....come se non si potesse guardare o dire. Non sempre è stato così ma è stato anche così...e credo che questo sia stato un aspetto molto importante della ricerca come dato qualitativo. Spesso nella vita di tutti i giorni, come persone, come clinici, ci sono aspetti che non ci piace vedere, ciò può avere a che fare con mille motivi, la morale, l'etica, l'onnipotenza, la frustrazione, la collusione, il conflitto...resta che come clinici più restiamo aperti e curiosi e al passo con quello che cambia nella società e potrebbe fare la differenza...più siamo obiettivi, e sottolineo non oggettivi...l'oggettività è qualcosa a cui miriamo forse sempre ma di per sé non esiste in quanto tale in modo "puro". L'obiettività è implementazione dell'essere oggettivi è un atteggiamento interno del porsi di fronte alle cose con neutralità che ci permette di vedere più aspetti, l'ambivalenza delle cose, al fine di trarne una guida. Tale aspetto non è disgiunto dall'esserlo come persone nella vita di tutti i giorni, prima ancora che come clinici come persone nelle loro vite, in quello stato di continua "pulizia" relazionale...più conosciamo noi stessi maggiore sarà il grado con cui potremo empatizzare con la sofferenza dell'altro. L'esortazione "Γνώθι σαυτόν³" del filosofo Socrate voleva ricordare agli uomini l'importanza di trovare la verità dentro di sé anziché nel cosiddetto mondo delle apparenze. Dal mio punto di vista è bene precisare che tale conoscenza non è una attività circoscritta ad

3 www.wikipedia.org

alcuni aspetti "banali" dell'esistenza di ognuno, nel senso conosciuto stesso ossia cosa ti piace etc., non è solo questo si tratta di una attenta rielaborazione delle proprie esperienze, nel processo di consapevolizzazione che si traduce in dei pensieri, emozioni ed azioni. Il terapeuta, il clinico, lo psicoterapeuta, l'operatore sociale ed in generale sarebbe auspicabile che ogni persona si confrontasse con se stessa, ma ovviamente soprattutto chi per lavoro "aiuta gli altri" deve prima "aiutare se stesso".

Infine, per dirla in altre parole, con quelle di Stern, voglio ricordare come qualsiasi sia il nostro approccio teorico dobbiamo il più possibile star in guardia dal divenire dei tossicomani di modelli, dei concettomani (Stern, 1993⁴-94⁵-95⁶). Pur essendo necessario averne una di riferimento per poter dare una forma specifica, crearci un quadro della situazione, dobbiamo stare molto attenti, tra gli altri "sintomi", che Stern evidenzia, soprattutto, dal mio punto di vista, al "non guardare il paziente, la teoria, la situazione, la malattia, preselezionando gli aspetti rilevanti sulla base di questa teoria".

⁴ Stern, D.N. (1993) *Aspetti fondamentali delle terapie genitori-bambino: i fattori comuni nei diversi approcci*. in Fava Vizziello G.M., Stern D.N. *Dalle cure materne all'interpretazione*, 1993, op. cit., 9-22; in Vizziello, G. F., Stocco, P., (1997), *Tra genitori e figli la tossicodipendenza*, Milano, Masson, pagg. 29-35.

⁵ Stern, D.N. (1994) *Tra la dipendenza del modello e la dipendenza dal paziente*. In Fava Vizziello G.M., Pigatto A. *I percorsi della dipendenza*, Cleup, Padova, 1994, 201-208; in Vizziello, G. F., Stocco, P., (1997), *Tra genitori e figli la tossicodipendenza*, Milano, Masson. pagg. 29-35.

⁶ Stern, D.N. (1995) *The motherhood constellation*. Basic Books, New York. Tr. It. *La costellazione materna*. Bollati Boringhieri, Torino, 1995; in Vizziello, G. F., Stocco, P., (1997), *Tra genitori e figli la tossicodipendenza*, Milano, Masson. pagg. 29-35.

INTRODUZIONE ALLA RICERCA

Questo lavoro di ricerca ha come tema la **genitorialità** e la **tossicodipendenza**. In un secondo momento esso è stato esteso anche ai genitori **alcoldipendenti**.

In particolare, l'ipotesi che l'ha ispirato è che il corretto esercizio della funzione genitoriale non è pregiudicato di per sé da una condizione di dipendenza patologica.

Il termine pregiudizio può assumere significati diversi in riferimento al contesto in cui è calato, ma, trasversalmente pregnante, la sua etimologia⁷, rimanda al concetto di "giudizio prematuro", intendendo con ciò qualcosa che arriva prima, che è parziale, basato su argomenti insufficienti, su qualcosa che arriva, prima di una completa esperienza. Uno stereotipo è una visione semplificata e largamente condivisa su un luogo, un avvenimento, un gruppo di persone alle quali si "attaccano" caratteristiche o qualità/disqualità comuni. Uno "stereotipo pregiudizievole" è un atto di semplificazione ulteriore della nostra mente per cui pensare a due concetti insieme è semplicemente impossibile. Questo è per esempio il caso delle parole genitorialità e tossicodipendenza. Nel corso della mia esperienza come volontaria del SNC (Servizio Civile Nazionale) e durante gli ormai lunghi anni di tirocinio, prima per l'abilitazione alla professione, poi come specializzanda, ho avuto modo di osservare alcune cose. Poi dopo la vacanza ho messo insieme le due cose. Ero rimasta colpita dal fatto che tuttossommatononeraandata male. Confrontare l'immagine della vacanza con le precedenti esperienze avute con

⁷ Deriva da *prae*, "prima", e *iudicium*, "giudizio" (www.wikipedia.org)

genitori "normali", o semplicemente non seguiti da nessun servizio in particolare per esempio SerT, Alcologia, Csm....ha messo insieme nella mia mente delle osservazioni, producendo un pensiero post esperienza. E' stato come se, da un lato si fosse *"abbassata la normalità e dall'altro alzata la malattia"*. Non sapevo nulla di genitorialità, all'Università non ho mai avuto nel piano di studi una specifica materia che la trattasse come una funzione specifica a sé stante, come memoria, od apprendimento. Ancor meno sapevo circa la sua misurazione, né quando ho iniziato questa ricerca avevo tempi e modi per altre più sofisticate indagini. Inoltre, mi è sempre sembrato, dalle osservazioni indirette e continue col mondo che fosse tabù. Nella tossicodipendenza ed alcolodipendenza molto è anche culturale, nell'eziologia, nei fattori di rischio o protettivi. Mi è parso che cercare la risposta nella cultura fosse un buon modo. Trovare una definizione univoca di genitorialità è difficile, trovarne una di chi è il buon genitore ancor meno, ma su di una cosa siamo certi chi è il cattivo genitore si. Ne siamo certi perché di questo aspetto si ha subito una misura indiretta: un provvedimento a tutela del minore, il cosiddetto decreto.

In buona sintesi quello che ho fatto sono state davvero tante cose, ma in due parole, per capire quanto "cattivi" sono questi genitori tossici ho comparato il numero di decreti a loro carico con quelli della popolazione generale. Inoltre, mi sono chiesta quali sono i fattori che contribuiscono ad esiti nefasti per il minore ed il genitore, che cosa è più probabile si verifichi per arrivare ad una situazione di decreto? Sempre in buonissima sintesi, quello con cui voglio concludere prima di iniziare è che parlare di pregiudizio non ci rende più buoni di quelli che ne hanno uno, si

tratta di mettersi in una posizione dove c'è luce, come sulla vetta di una montagna in una bella giornata, si vede semplicemente meglio, si è consapevoli. La sola consapevolezza non porta da nessuna parte: chiunque può essere consapevole anche tutta la vita e non cambiare nulla. Ogni pregiudizio è figlio della cultura e "farci luce sopra" lo rompe e riduce i suoi effetti e soprattutto rende la verità umana semplice e variegata, dà speranza, ed in un mondo così duro, a volte frustrante, a volte ricco di scambio e di buone progettualità come la cura per l'altro rende relativa la verità permette di aprire nuove strade, nuovi dialoghi, mettersi in discussione. Rimando ai paragrafi successivi una trattazione più approfondita della funzione di genitorialità in generale. Quello da cui voglio partire qui è la considerazione di che cosa non è "buono", quando un genitore cioè può essere definito un cattivo genitore? Non esiste una vera e propria "psicometria" della funzione psichica della genitorialità, come accade per esempio per altre importanti funzioni, come, ad esempio, per l'intelligenza.

Graziela Fava Vizziello nel suo libro *Tra genitori e figli la Tossicodipendenza* (1997) riporta un lavoro condotto in Olanda da **Groenweg, Lechner⁸, e Leenders nel biennio 1986-1988.**

I risultati della ricerca vengono definiti "alquanto sorprendenti": infatti, gli autori dichiarano che quello che "li colpì fu riscontrare una percentuale di famiglie relativamente adeguate nella cura ed educazione dei loro figli." Proseguono affermando che, tale dato dovrebbe spingere ad una riflessione, soprattutto i terapeuti clinici e giudici dei minori, in quanto, in Olanda, tra di essi

⁸ Groeneweg B.F. Lechner-VAn De Noort M. G. (1988) *Kinderen van drugverslaafde ouders: opvoeding en ontwikkeling*. PhD-thesis, University of Utrecht.

l'opinione dominante è che *"essere genitori ed essere drogati rappresentano due realtà inconciliabili"*⁹.

⁹ Vizziello, G.F. Stocco, P. (1997), *Tra genitori e figli la tossicodipendenza*, Milano, Masson

1. CAPITOLO PRIMO

INQUADRAMENTO TEORICO: LA TOSSICODIPENDENZA e l'ALCOLISMO

Limitatamente allo spazio ed al testo entro cui inserire questo capitolo, ed in riferimento alla sua collocazione ed estensione nel più ampio quadro della ricerca da me svolta, mi sono dedicata con passione e volontà di breve esaustività all'inclusione e trattazione di quegli aspetti che ho ritenuto maggiormente rilevanti per una comprensione della complessità degli argomenti in cui mi sono mossa. Testo guida, di riferimento e confronto continuo è stato il "*Trattato Completo degli abusi e delle Dipendenze*" di Nizzoli e Pissacroia (2003, vol. I e 2004, vol. II). Lavoro al SerT di Trieste (ASS1), pertanto, di certe cose non ero proprio "digiuna", ma, la stesura di questo capitolo, ha riattivato la mia curiosità, la ricerca, la lettura, la cernita, la selezione, il dubbio, la verifica, il confronto e la valutazione di più fonti, e mi ha permesso di approfondire le mie conoscenze ed anche di sistematizzarle in modo nuovo, più chiaro, mi ha arricchito. Il principio guida che mi ha orientato sul taglio da dare al testo, e, quindi, sulla selezione degli argomenti, in questo capitolo, come negli altri, è che le cose sono il risultato di ciò di cui si compongono e che le rappresentano, tanto nel bene, quanto nel male, e, da ciò discendono tutte le considerazioni a riguardo, teoriche, cliniche, di ricerca, di immagine sociale e culturale.

Prima ancora di entrare nel vivo del discorso su tossicodipendenza ed alcolismo ho sgomberato linguisticamente (l'ambiguità è alle

volte sostenuta anche da improprie traduzioni dall'inglese) e concettualmente il campo, precisando la differenza, che intercorre tra dipendenza patologica e dipendenza. Quest'ultima spesso è offuscata nel significato e nelle funzioni dalla accezione negativa che normalmente le viene attribuita rimandando quasi immediatamente alla sua involuzione: ho ritenuto precisare che filo ed ontogeneticamente la dipendenza permette la vita e la sicurezza, nonché, l'abbozzo del legame d'attaccamento del cucciolo, umano e mammifero (Bowlby).

Nel momento in cui si parla di qualcosa, e scrive circa qualcosa, il passo necessario e preliminare è dare una definizione, dei termini e dei concetti, pertanto, ho riportato le più accreditate e diffuse nell'ambiente clinico e cosiddetto tecnico, (OMS e DSM-IV) sia per la tossicodipendenza che per l'alcolismo. Ho proseguito con un inquadramento storico sia delle sostanze (ed anche qui ho presentato una pulizia terminologica) che del loro uso. La collocazione storica è sempre un passaggio obbligato, una "anamnesi psico-sociale", per cogliere dove si colloca ciò di trattiamo, nel caso specifico, anche per cogliere gli attuali risvolti legali (alcol ed affini) ed illegali (sostanze stupefacenti psicoattive). Le parole legale ed illegale, non indicano solo le sostanze d'abuso, esse rimandano anche ad importanti conseguenze a livello di rapporti con la Legge e con la società nel suo insieme: vi è un livello sanzionatorio ed uno di immagine sociale. Con tali aspetti la cura e la riabilitazione si interfacciano costantemente. L'articolata esposizione prosegue con la descrizione dei Servizi Specialistici, che nelle loro funzioni e per ciò che attiene ai mandati istituzionali, sono specificatamente deputati alla presa "in carico", alla cura, ed anche alla

prevenzione, di quelle persone che a vari livelli (uso ed abuso), e per differenti canali (legali, spontanei, familiari, personali...) sono arrivate ad essi. In particolare, ho descritto la realtà organizzativa dell'Azienda Territoriale Triestina in cui la ricerca si è svolta.

Concludo il capitolo parlando dei contributi psicologi al tema della dipendenza patologica e presento una rassegna dei principali contributi Psicanalitici. In generale, la Psicologia al suo interno ha dedicato poco spazio a studi "intorno" all'uso ed all'abuso. Coerentemente con la storia, sia della Psicologia da un lato, che delle prime teorizzazioni sulla tossicodipendenza ho scelto di presentare una rassegna dei principali contributi Psicanalitici.

1.1 Dependency e Dipendenza Patologica

La Dipendenza qui non è intesa nella sua accezione "normale", positiva di *dependency*¹⁰, fisiologica (ed indispensabile) che accompagna ogni essere umano durante tutto l'arco della vita, evidente soprattutto in quelle esperienze "universali", come ad esempio, quella che il neonato¹¹ prima ed il bambino poi fanno nei confronti dei genitori, ma non solo, anche quella che l'adulto sperimenta nella coppia, presupponendo, infatti che, "avere un legame significa in una certa misura dipendere dall'altra persona coinvolta nella relazione¹²". Il termine **dipendenza** è qui inteso, **come drug abuse, cioè tossicomania.** Quindi, si riferisce a quella particolare condizione che s'instaura a partire da una assunzione continuata di sostanze psicotrope, più banalmente dette "droghe"¹³. Pertanto, si può parlare di dipendenza nel momento in cui, dopo ripetute assunzioni, e quando si è verificata la condizione di *craving*, ossia il desiderio impellente di procurarsi la droga, pur consapevole degli effetti, tra cui la trascuratezza di altri piaceri ed attività alternative all'assunzione, l'individuo dà assoluta priorità all'uso della sostanza, al suo reperimento e sviluppa tolleranza e forte astinenza fisica¹⁴.

Intuitivamente "patologico" rimanda al concetto di malattia nella sua più ampia accezione, se apriamo un qualsiasi dizionario e

¹⁰ Galimberti, U. (2006), "Le Garzantine", Garzanti Libri, Milano, pag. 317

¹¹ Come anche il cucciolo non umano sperimenta la dipendenza intesa nel senso di legame d'attaccamento (Bowlby).

¹² Andolfi, M. (1999) *La crisi della coppia*, Raffaello Cortina Editore, Milano, pag. 38.

¹³ Le sostanze che creano dipendenza, hanno caratteristiche specifiche e procurano: "un incoercibile bisogno o desiderio di procurarsele ad ogni costo; una tendenza ad aumentare le dosi; una dipendenza psichica ed in genere fisica rispetto agli effetti della droga; ed infine, effetti nocivi per l'individuo e la società" (Vizziello, G.F. (2003) *Psicopatologia dello sviluppo*, Bologna, Il Mulino, pag.245.)

¹⁴ Vizziello, G.F. (2003) *Psicopatologia dello Sviluppo*, Il Mulino, Bologna, pag. 245

cerchiamo la definizione di patologico troviamo scritto: "*anomalo sotto il profilo medico, in quanto provoca o presenta alterazioni funzionali nell'organismo*"¹⁵." Pertanto, riassumendo potremmo definire la dipendenza patologica "non sana", nel senso di non necessaria come la *dependency*, quando qualcosa è patologico non è funzionale al sistema individuo, alla sua crescita, ai suoi rapporti con il mondo, alle sue relazioni, alla sua gratificazione, né alla teologia intrinseca della vita umana, e di ogni singolo. Ovviamente non è funzionale nel senso che presupponiamo che la dipendenza patologica da sostanze psicoattive non sia necessaria alla vita di per sé, come può esserlo il dipendere del neonato dai genitori, il bisogno di bere, di nutrirsi, o la riproduzione. A tal proposito, voglio brevemente sottolineare, come d'altra parte, l'uso continuato ed impellente che si manifesta nell'assunzione di droga, qualche funzionalità nella vita della persona ce l'ha. Ad esempio, il fenomeno tossicodipendenza può a volte anche essere associato al concetto più ampio di "doppia diagnosi", per cui, può avere anche una valenza terapeutica, nel senso che produce alleviamento ad una condizione di sofferenza psichica causata da una psicopatologia, come ad esempio, ansia, disturbi di personalità e così via.

¹⁵ http://dizionari.corriere.it/dizionario_italiano/P/patologico.shtml

1.1 a Definizione di Tossicodipendenza

Il fenomeno della tossicomania è stato ed è tuttora al centro di numerosi dibattiti e discussioni per numerosi degli aspetti che lo compongono e ne "definiscono" la complessità, e la conseguente multidisciplinarietà. Tali fervidi avvicendamenti riguardano aspetti differenti, come ad esempio quello clinico od epidemiologico, ma, già la definizione è soggetta alla "sinonimizzazione", appare oscura ed intercambiabile. Quella che qui esporre può sembrare una sottigliezza, un vezzo, una diatriba da letterati, non lo è affatto. Non si tratta di capire se sul pronome sé vada l'accento o meno, infatti, per dirla con Hobbes, la "conoscenza comune", fondata sull'esperienza sensibile, sui fatti, quella "dell'uomo di strada", del senso comune, utilizza indistintamente i termini. Seguendo la suddivisione di Hobbes, filosofo inglese, circa le varie forme di sapere, dovremmo dedurre che, la confusione nella "conoscenza comune" è anche in parte presente nella "conoscenza scientifica", o "derivata", proprio in quanto deriva dalla prima, in forma rielaborata ed al fine di rintracciare le cause di un determinato fenomeno. Non è mia intenzione scriverne un trattato né arrogarmi il diritto di "fare scuola" (molti altri, più autorevoli hanno messo in luce tale fatto), bensì desidero porre l'attenzione su un fatto non così poco irrilevante, e che, in una certa misura permette di "assaggiare" sin proprio, dalle prime parole, di che cosa stiamo parlando: molto semplicemente di un argomento "difficile". Quando parliamo di: *dependence, drug abuse/use, dependence syndrome, addiction, behavioral disorders due to psychoactive substance use*...intendiamo ci riferiamo agli stessi fenomeni...queste parole sono in un qualche modo sinonimi?

Inizio con la definizione di dipendenza patologica, intendendo con essa sia la dipendenza da sostanze psicotrope illegali (l'oppio, eroina, morfina, canapa, cocaina, amfetamine, ecstasy, barbiturici, LSD, MDMA, ketamina etc), che legali (alcool, birra, vino, superalcolici). Le più autorevoli e condivise nel mondo scientifico sono quelle che troviamo: nell'ICD-10, decima versione della classificazione internazionale delle malattie e dei problemi ad essi relativi; nel DSM-IV¹⁶, il Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) che ha introdotto sistemi diagnostici operativi, al fine di ben inquadrare le patologie, ed agevolare la comunicazione tra clinici diversi¹⁷ sia nella clinica (diagnosi) che nella ricerca, ed oggi è il sistema nosografico più utilizzato nel mondo¹⁸. Il 07 aprile del 1948 nasce a Ginevra WHO (*World Health Organization*), che tradotta in italiano diventa OMS, Organizzazione Mondiale della Sanità. L'Agenzia dell'ONU specializzata in salute ha come obiettivo principale la promozione del raggiungimento da parte di tutte le popolazioni del livello più alto possibile di salute. L'OMS, è un soggetto di diritto internazionale, governato da 192 stati membri attraverso la cosiddetta Assemblea Mondiale della Sanità, convocata annualmente¹⁹. Al fine di implementare la sua

¹⁶ Il DSM-IV è stato pubblicato nel 1994, ma la versione attualmente in vigore è il DSM-IV Test Revision o DSM-IV TR. Il DSM-5 uscirà nel 2013 (<http://www.dsm5.org/Pages/Default.aspx>).

¹⁷ Invernizzi G. (2000), *Manuale di Psichiatria e Psicologia Clinica*, McGraw-Hill Libri Italia srl, Milano, pag. 21-22.

¹⁸ "Le diagnosi del DSM-IV sono compatibili ed in parte sovrapponibili a quelle della decima versione della Classificazione Internazionale delle Malattie e dei Problemi associati alla Salute (ICD-10), pubblicata dall'OMS nel 1992" (Invernizzi G., (2000), *Manuale di Psichiatria e Psicologia Clinica*, Milano, McGraw-Hill Libri Italia srl, pag. 22.)

¹⁹ Le Regioni sono: l'Europa, la cui sede è a Copenaghen (Danimarca); L'Africa, la cui sede è a Brazzaville (Repubblica del Congo); Mediterraneo Orientale, con sede al Cairo (Egitto); il Sud-est asiatico, la cui sede è a Nuova Delhi (India); ed infine, la regione del Pacifico Orientale, con sede a Manila (Filippine). Da e per maggiori approfondimenti: www.wikipedia.org e <http://www.corriere.it/salute/dizionario/oms/index.shtml>

funzione di vigilanza sanitaria, al suo interno operano divisioni operative diverse, tra di esse vi è anche una che si occupa di redarre e tenere aggiornata una lista delle sostanze stupefacenti²⁰. Nel 1951 l'OMS dà la prima definizione di tossicomania o dipendenza da sostanze psicotrope, poi riformulata nel 1978, quindi la esplicita come: "*stato di intossicazione periodica prodotta dalle ripetute assunzioni*"²¹ di una sostanza naturale o sintetica con caratteristiche peculiari" (ICD-10²² 1997, 58). Tali sostanze sono definite psicotrope in quanto producono: un bisogno compulsivo, irresistibile ad assumere e reperire la sostanza; una tendenza ad aumentare la dose di assunzione²³; una dipendenza sia fisica che psichica; lo sviluppo di una crisi di astinenza prodotta dalla sospensione dell'uso della sostanza; effetti dannosi per l'individuo e la società²⁴. Quindi, perché vi sia condizione di tossicomania la "relazione" tra la persona e la sostanza deve essere

²⁰ Da e per maggiori approfondimenti: www.wikipedia.org

²¹ L'uso ripetuto della sostanza psicotropa genera abitudine.

²² L'OMS propone una classificazione delle malattie e dei disturbi correlati, nel 2000 viene formulata la decima edizione: ICD-10.

²³ L'uso protratto in una sostanza, dal semplice farmaco, alla sostanza psicotropa è soggetto al fenomeno della tolleranza, per cui l'organismo per avvertire effetti simili a quelli iniziali deve aumentare le dosi. Tale condizione chiamata anche mitridizzazione, in ricordo del re di Ponto, Mitriade, che per la paura di morire avvelenato iniziò ad assumere dosi via via crescenti di veleno in maniera tale da rendersi immune ai suoi effetti mortali. (da Costa E. Colloca M. (2003) *Aspetti biologici, psicosociali ed epidemiologici nella prognosi e nella terapia di donne tossicodipendenti*, in Nizzoli U. Pissacroia M. (2003) *Trattato completo degli abusi e delle dipendenze*, Piccin Nuova Libreria S.p.A., Padova, vol.I pagg. 381-396.

²⁴ Per approfondimenti si consigliano i seguenti capitoli di: Nizzoli U. Pissacroia M. (2003) *Trattato completo degli abusi e delle dipendenze*, Padova, Piccin Nuova Libreria S.p.A., in particolare: Costa E. Colloca M. *Aspetti biologici, psicosociali ed epidemiologici nella prognosi e nella terapia di donne tossicodipendenti*, pagg. 383-384 (Volume I); Pigatto A. *La condizione di dipendenza patologica*, vol.II, pagg. 1029-1038; Balestra V. *Fenomenologia generale e clinica delle situazioni di abuso e delle condizioni di dipendenza*, vol.II pag. 1040; inoltre, Vizziello, G. F., (2003), *Psicopatologia dello Sviluppo*, Bologna, Il Mulino, pag. 245. Per approfondimenti on line si consigliano <http://www.who.int/en/> e <http://www.assistentsociali.org/dipendenze>.

caratterizzata da: tolleranza ed astinenza²⁵. Con tolleranza si può intendere una reazione dell'organismo, che, a fronte di assunzioni protratte di una sostanza diviene "immune" ai suoi effetti. Pertanto, per poter provare effetti simili a quelli iniziali è necessario aumentare il dosaggio. La dipendenza fisica produce *"modificazioni farmaco metaboliche per cui l'organismo non può più fare a meno della sostanza, che, si è talmente innestata nel metabolismo e nella dinamica biologica dell'individuo da costituire elemento indispensabile al suo funzionamento tanto che la sua scomparsa dall'organismo determina sintomi e segni di squilibrio, di sofferenza, di alterazione funzionale, ossia **sindrome d'astinenza**"*²⁶.

Secondo il DSM-IV²⁷ i disturbi correlati a sostanze si dividono in due grandi gruppi: "nel primo gruppo si ascrivono i Disturbi da Uso di Sostanze, ed in particolare, la Dipendenza da Sostanze e l'Abuso di Sostanze; nel secondo troviamo i Disturbi Indotti da Sostanze, ed in particolare le Intossicazioni da Sostanze e l'Astinenza da Sostanze, il Delirio Indotto da Sostanze, la

²⁵ Emilia Costa e Maria Colloca (2003, in *Trattato completo degli abusi e delle dipendenze*, Vol.I, pagg. 383-384) fanno un'esauritiva e chiara specificazione, in particolare: L'abitudine è uno stato che deriva da un consumo ripetuto, che si fonda sul desiderio di ripetere l'esperienza a fronte di una sensazione di benessere provata, non vi è né dipendenza psichica, o se esiste, è limitata, né tanto meno fisica, infatti, non insorge sindrome d'astinenza. Infine, ove possibile rintracciare effetti nocivi, essi sono a carico esclusivamente dell'individuo; sensibilizzazione, ad esempio, fa sì che *"una dose di cocaina normalmente percepita come inefficace diventa potente se assunta da un individuo che ha fatto uso di tale sostanza in passato"*. Infine, nel tossicomane, *"la droga diviene il fulcro dei suoi interessi, la sua vita sociale è limitata al "gruppo" ai cui componenti l'accomuna l'uso della droga"*.

²⁶ Emilia Costa e Maria Colloca, pag. 384.

²⁷ Per la definizione di tossicomania ivi riportata si è fatto riferimento esplicito a seguenti testi, a cui si rimanda per approfondimenti: DSM (Manuale Diagnostico Statistico dei Disturbi Mentali) IV edizione; Costa E. Colloca M. *Aspetti biologici, psicosociali ed epidemiologici nella prognosi e nella terapia di donne tossicodipendenti*, pagg. 386-387 (in Nizzoli U., Pissacroia M., (2003) *Trattato completo degli abusi e delle dipendenze*, Padova, Piccin Nuova Libreria S.p.A. Volume I); Balestra V. *Fenomenologia generale e clinica delle situazioni di abuso e delle condizioni di dipendenza*, pag. 1040 (in Nizzoli U., Pissacroia M., (2003) *Trattato completo degli abusi e delle dipendenze*, Padova, Piccin Nuova Libreria S.p.A. Vol.II).

Demenza Persistente indotta da Sostanze, il Disturbo Amnestico Persistente indotto da Sostanze, il Disturbo dell'Umore indotto da Sostanze, la Disfunzione Sessuale indotta da Sostanze ed il Disturbo del Sonno indotto da Sostanze.

DIPENDENZA DA SOSTANZE: si definisce come una modalità patologica d'uso della sostanza che conduce a menomazione o a disagio clinicamente significativi, come manifestato da tre o più delle condizioni seguenti, che ricorrono in un qualunque momento dello stesso periodo di dodici mesi:

1. **TOLLERANZA**, cioè:

- a) il bisogno di dosi notevolmente più elevate della sostanza per raggiungere l'intossicazione o l'effetto desiderato;
- b) un effetto notevolmente diminuito con l'uso continuativo della stessa quantità della sostanza.

2. **ASTINENZA**, cioè:

- a) lo sviluppo di una sindrome sostanza-specifica conseguente alla cessazione (o riduzione) dell'assunzione di una sostanza precedentemente assunta in modo pesante e prolungato;
 - b) a sindrome sostanza-specifica causa disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento sociale, lavorativo o di altre aree importanti;
 - c) i sintomi non sono dovuti a una condizione medica generale;
- 3) la sostanza è spesso assunta in quantità maggiori o per periodi più prolungati rispetto a quanto previsto dal soggetto;
- 4) desiderio persistente o tentativi infruttuosi di ridurre o controllare l'uso della sostanza;
- 5) molto tempo viene speso in attività necessarie a procurarsi la sostanza o a riprendersi dai suoi effetti;

6) interruzioni o riduzione di importanti attività sociali, lavorative, o ricreative a causa dell'uso della sostanza;

7) uso continuativo della sostanza nonostante la consapevolezza di avere un problema persistente o ricorrente, di natura fisica, psicologica, verosimilmente causato o esacerbato dalla sostanza.

ABUSO DI SOSTANZE: si tratta di una modalità patologica d'uso di una sostanza che porta a menomazione o a disagio clinicamente significativi, come manifestato da una delle condizioni seguenti, ricorrenti entro un periodo di 12 mesi:

1) uso ricorrente della sostanza risultante in una incapacità di adempiere ai principali compiti connessi con il ruolo sul lavoro, a scuola o a casa;

2) ricorrente uso della sostanza in situazioni fisicamente rischiose (guidare l'automobile);

3) ricorrenti problemi legali correlati alle sostanze;

4) uso continuativo della sostanza nonostante persistenti problemi sociali o interpersonali causati da esacerbati dagli effetti della sostanza (litigi col coniuge per aver bevuto troppo).

Con **INTOSSICAZIONE DA SOSTANZE e ASTINENZA DA SOSTANZE** si intende:

a) lo sviluppo di una sindrome sostanza-specifica reversibile dovuta alla recente assunzione di una sostanza;

b) modificazioni patologiche clinicamente significative sul piano comportamentale o psicologico dovute all'effetto della sostanza sul sistema nervoso centrale (labilità d'umore, deficit cognitivi) che si sviluppano durante o poco dopo l'assunzione della sostanza;

c) i sintomi non sono dovuti ad una condizione medica generale e non possono essere meglio spiegati con un altro disturbo mentale²⁸”.

La differenza tra condizione di dipendenza e quella di abuso, può essere estesa, attraverso un'altra prospettiva della "relazione" individuo-sostanza, ed in particolare, sulla base della sua "intensità", si possono distinguere differenti tipologie di "fruitori" di droga²⁹. Lo "sperimentatore" è colui che ha avuto degli incontri sporadici con la sostanza, per curiosità o per pressione del gruppo di appartenenza. Vi sono poi i consumatori: il consumatore occasionale, saltuariamente ed in modo sperimentale o socio-ricreativo si avvicina alla droga; diversamente, quello abituale, pur avendo sviluppato una certa tolleranza, e, manifestando una dipendenza fisica o psichica più o meno evidente, riesce a controllare l'uso della sostanza, infatti, nella sua vita vi è ancora spazio per relazioni interpersonali, lavoro, ed altre attività. A questo punto entriamo nelle tipologie di fruitori "hard", maggiormente coinvolti con la sostanza ed il suo uso. Pertanto, si parla di farmacodipendente e di tossicomane o tossicodipendente. Il primo è un individuo in stato di intossicazione, pur a seguito dell'instaurarsi della dipendenza fisica mantiene lo stile assuntivo, riuscendo a mantenere un contatto con la realtà circostante, la cui vita non si discosta molto dagli *standards* del contesto di provenienza. Diversamente

²⁸ Da Costa E. Colloca M. *Aspetti biologici, psicosociali ed epidemiologici nella prognosi e nella terapia di donne tossicodipendenti*, pagg. 386-387 in Nizzoli U. Pissacroia M. (2003) *Trattato completo degli abusi e delle dipendenze*, Padova, Piccin Nuova Libreria S.p.A.

²⁹ La distinzione è ripresa da Costa E. Colloca M. *Aspetti biologici, psicosociali ed epidemiologici nella prognosi e nella terapia di donne tossicodipendenti*, pagg. 384-385 in Nizzoli U. Pissacroia M. (2003) *Trattato completo degli abusi e delle dipendenze*, Padova, Piccin Nuova Libreria S.p.A.

dall'intossicazione in cui si trova il farmacodipendente, nel tossicomane, essa si caratterizza per: il bisogno di continuare l'assunzione di una sostanza ricercata impellentemente (*craving*) e con qualsiasi modalità (legale ed illegale) in quanto divenuta il principale obiettivo di vita, ove relazioni e attività sociali restano sullo sfondo.

Riassumendo con la parola tossicomania intendiamo una condizione di dipendenza patologica prodotta dall'uso/abuso di sostanze psicotrope, psicoattive, illegali (eroina, cocaina, cannabis, etc..) dette nel linguaggio comune droghe. Nei testi scritti in inglese quando troviamo termini come, *drug addiction, drug abuse/use, dependence syndrome, behavioral disorders due to psychoactive substance use*, ed altri ancora, sappiamo che ci si sta riferendo al quadro della tossicomania. Il solo termine *dependence*, forse per comodità linguistica e di traduzione, nell'immaginario comune fa di per sé riferimento alla tossicodipendenza. Esso significa dipendenza, che, come ho scritto nell'introduzione, a cui rimando, non è solo patologica; esiste una dipendenza funzionale ed universalmente esperita, come quella che produce il cosiddetto attaccamento del bambino alla madre. Infine, con il termine ***addiction***, con cui spesso, si suole tradurre tossicodipendenza o dipendenza patologica, le comprende entrambe, ma "supera il quadro della dipendenza da sostanze psicoattive per estendersi verso le tossicodipendenze senza droghe o addiction comportamentali"³⁰. Tra questi ultimi annoveriamo le **"nuove dipendenze"** tra cui: i disturbi e le patologie correlate al

³⁰ Valleur M. *Le condotte di addiction*, in Nizzoli U. Pissacroia M. (2003) *Trattato completo degli abusi e delle dipendenze*, Padova, Piccin Nuova Libreria S.p.A., pag.265 ed in particolare i capitoli in esso contenuti nel Vol.I-. I-Sez. II-Fenomenologia generale e clinica delle situazioni d'abuso e di dipendenza.

comportamento alimentare, come anoressia, bulimia ed obesità³¹;
il gioco patologico; i disturbi sessuali; le condotte a rischio, come
cleptomania e piromania; l'*addiction* indotta dalla tecnologia
(internet); ed infine, quella da lavoro, che in inglese è indicata, a
mio avviso con un termine "molto suggestivo", ossia *work-*
*alcoholic*³².

1.1 b Definizione di Alcolismo

L'OMS definisce la dipendenza alcolica come "*uno stato psichico e generalmente anche fisico caratterizzato da una compulsione ad assumere alcolici in modo continuo o periodico allo scopo di provare i suoi effetti psichici ed evitare il disagio della sua assenza; la tolleranza può essere più o meno presente*³³."

l'alcolismo un "disturbo del comportamento in cui può sfociare una

³¹ Per approfondimenti si veda il testo di Nizzoli U., Pissacroia M., (2003) *Trattato completo degli abusi e delle dipendenze*, Padova, Piccin Nuova Libreria S.p.A. ed in particolare i capitoli in esso contenuti: Arcaini A. Bonati B. Ferrari E. Magri F. Pinchera A. Pontiggia B. Pucci E. Riva P. Trenti C. *I disturbi del comportamento alimentare e le patologie ad esso correlate*, pagg. 917-938, Vol II-Sez.II- Le sindromi e i disturbi di interesse internistico da uso, abuso e dipendenza da alimenti, nicotina, cannabis, alcol, benzodiazepine e altri sedativi; Bisetti A. Brandi F. Fantozzi F. Manna R. Pinchera A. Valenzano L. *Abuso, dipendenza da nicotina, cannabis e patologie correlate*, pagg. 945-958, Vol II-Sez.II- Le sindromi e i disturbi di interesse internistico da uso, abuso e dipendenza da alimenti, nicotina, cannabis, alcol, benzodiazepine e altri sedativi; Meduri M. Muscatello A.M.R. Gobbi G. Calvosa F. Janiri L. *L'abuso e la dipendenza da benzodiazepine e altri sedativi*, pagg. 1007-1019, Vol II-Sez.II- Le sindromi e i disturbi di interesse internistico da uso, abuso e dipendenza da alimenti, nicotina, cannabis, alcol, benzodiazepine e altri sedativi; ed anche: Villani G. *Anoressia e bulimia*, Vol. I-Sez. II-Fenomenologia generale e clinica delle situazioni d'abuso e di dipendenza, pagg. 269-272.

³² Per approfondimenti si veda il testo di Nizzoli U., Pissacroia M., (2003) *Trattato completo degli abusi e delle dipendenze*, Padova, Piccin Nuova Libreria S.p.A. ed in particolare i capitoli in esso contenuti nel Vol.I- I-Sez. II-Fenomenologia generale e clinica delle situazioni d'abuso e di dipendenza: Valleur M., *Le condotte di addiction*, pagg. 265-267; Pini M., *Il gioco patologico*, pagg. 275-282; Marangon H., Aguglia E., *Altre condotte di addiction*, pagg. 287-290.

³³ Invernizzi G., (2000), *Manuale di Psichiatria e Psicologia Clinica*, Milano, McGraw-Hill Libri Italia srl, pag. 221-222

modalità patologica di consumo di bevande alcoliche che compromette le attività sociali, professionali del soggetto.”

Differentemente nel DSM-IV vengono introdotti anche i concetti di tolleranza/dipendenza ed astinenza. Inoltre, a partire dalla versione DSM-III-R esso viene inserito nel capitolo dedicato dei disturbi da uso di sostanza psicoattive, ma a differenza (cfr. ibidem par.1.1) dei disturbi dovuti all'uso di sostanze è suddiviso solamente in: dipendenza ed abuso. Quindi, permangono delle zone grigie, “non essendo ancora definito il punto in cui la presenza di fattori di rischio (uso problematico), l'abuso (uso dannoso) e la dipendenza si sviluppano nella storia del soggetto³⁴”.

Per fare una diagnosi di **ALCOLDIPENDENZA**³⁵ il soggetto, nell'ultimo anno, deve aver manifestato almeno tre dei seguenti criteri:

- 1) presenza di TOLLERANZA: cioè necessità di aumentare il consumo per raggiungere gli stessi effetti psichici, oppure effetti clinici ridotti mantenendo costante il consumo;
- 2) sintomi di ASTINENZA (tremore grossolano alle mani, alla lingua o alle palpebre, sudorazione, nausea o vomito, astenia, iperattività autonoma, ansietà, umore depresso o irritabilità, allucinazioni transitorie, cefalea, insonnia, convulsioni epilettiformi ecc.) e assunzione della sostanza per ridurre i sintomi di astinenza;
- 3) assunzione della sostanza per periodi prolungati o in quantità maggiori di quelle previste dal soggetto;

³⁴ Invernizzi G., (2000), *Manuale di Psichiatria e Psicologia Clinica*, Milano, McGraw-Hill Libri Italia srl, pag. 222

³⁵ La definizione di alcoldipendenza e di abuso alcolico sono state tratte da: Invernizzi G., (2000), *Manuale di Psichiatria e Psicologia Clinica*, Milano, McGraw-Hill Libri Italia srl, pag. 222

- 4) persistente desiderio di smettere o di ridurre il consumo alcolico con ripetuti insuccessi;
- 5) una grande quantità di tempo spesa in attività necessarie a procurarsi l'alcool, ad assumerlo o a riprendersi dagli effetti;
- 6) interruzione o riduzione di importanti attività sociali, lavorative o ricreative a causa dell'uso di alcool;
- 7) uso continuativo dell'alcool nonostante la consapevolezza di avere un problema, persistente o ricorrente, di natura fisica o psicologica causato o esacerbato dall'uso di alcool.

L'ABUSO ALCOLICO è definito attraverso i seguenti criteri:

- 1) uso ricorrente di sostanze alcoliche che incide negativamente su impegni lavorativi, scolastici e quotidiani;
- 2) uso ricorrente di sostanze in situazioni che sono definite fisicamente rischiose;
- 3) problemi legali relativi all'uso di alcol;
- 4) uso continuativo di alcol nonostante vi sia evidenza di ricorrenti problemi sociali e interpersonali causati o esacerbati dall'alcol. Al fine di poter fare la diagnosi di abuso è necessaria l'esclusione di quella di dipendenza, ed i sintomi, uno o più devono presentarsi nell'ultimo anno. La diagnosi di abuso si lega ad un aspetto di occasionalità e di dipendenza psicologica.

Inoltre, differentemente da ciò che accade nella classificazione dei disturbi da uso di sostanze, per quanto riguarda l'alcolismo, le forme cliniche secondo cui può presentarsi fanno riferimento alla presenza di disturbi psichiatrici. Quindi esiste un **alcolismo primario parossistico, uno primario cronico ed uno secondario**. Il primo, detto anche periodico, descrive una condizione tale per cui la persona decide di alternare periodi di uso massiccio ad altri di astinenza. Nel primario cronico, che è il più frequente in Italia,

l'alcolismo si consolida in una persona che, valutata successivamente non appare soffrire di grossi disturbi³⁶. Infine, l'alcolismo si definisce secondario, proprio in quanto si instaura successivamente ad un disturbo di tipo psichiatrico. "Alcuni autori hanno ipotizzato diverse forme di alcolismo che si associano più frequentemente ad alcuni quadri psichiatrici: vi è una forma spesso associata allo spettro dei disturbi d'ansia, dei disturbi affettivi, fra cui il disturbo unipolare, e alla personalità antisociale e una seconda caratterizzata da abuso periodico più frequente in soggetti con disturbo bipolare, spesso come autoterapia durante episodi critici³⁷."

Infine, come descritto per i disturbi legati all'uso di sostanze psicotrope, anche l'alcolismo può essere definito in base al tipo di "relazione" che esiste tra la persona e l'attività di bere alcolici. Nel continuum assenza/presenza, troviamo varie tipizzazioni³⁸: coloro che non consumano bevande alcoliche (l'astemio e astinente) e coloro che consumano (bevitore moderato o sociale, problematico e gli alcolisti). L'astemio non ha mai bevuto alcolici; l'astinente, l'ho ha fatto per un periodo della sua vita ad un certo punto, per svariati motivi ha deciso di interrompere; il bevitore "moderato", lo fa in maniera controllata, sociale, sulla base degli schemi culturali d'appartenenza; infine, il bevitore problematico o alcolista, è colui nel quale si rintracciano chiari sintomi di complicanze organiche o psichiche. In realtà il cosiddetto bevitore moderato costituisce comunque una "specie" a rischio:

³⁶ Bianchi I., Marinari M., L'alcol pagg. 243, in Nizzoli U., Pissacroia M., (2003) Trattato completo degli abusi e delle dipendenze, Padova, Piccin Nuova Libreria S.p.A.

³⁷ Invernizzi G., (2000), *Manuale di Psichiatria e Psicologia Clinica*, Milano, McGraw-Hill Libri Italia srl, pag. 222

³⁸ Di Salvatore A., Il bere e i problemi alcolrelati. Dalle credenze comuni alle conquiste dalla scienza pag. 1353, in Nizzoli U., Pissacroia M., (2003) Trattato completo degli abusi e delle dipendenze, Padova, Piccin Nuova Libreria S.p.A.

tutti gli alcolisti prima di diventarlo erano misurati. Infine, questa affermazione ci rimanda a quello che oggi, tra i clinici, medici, psichiatri, psicologi, è la tendenza prevalente: "il consumo di alcol e i problemi ad esso legati sono inseriti in un continuum. Il consumo di alcol va da un consumo zero o molto limitato ad un consumo problematico; i problemi alcocorrelati vanno dall'assenza di problemi fino a problemi molto gravi. Ciascuno di noi si trova in un punto di questa ideale linea continua.³⁹" Ed ancora, per meglio comprendere il concetto di continuum: non sottoscriviamo l'idea che l'alcolismo sia una malattia. Invece il quadro che proponiamo vede ogni bevitore collocato su di un continuum che va dal bere senza danni al bere con danni. Il comportamento legato al bere si impara e si modifica con l'esperienza: in ogni stadio è determinato dall'equilibrio fra vantaggi e svantaggi, fra piacere e danno. Ciascuno, qualunque sia il suo attuale livello di assunzione, ha la possibilità di scegliere di muoversi avanti o indietro lungo questo continuum (Alcohol - a balanced view, 1996⁴⁰; Di Salvatore, 1989⁴¹ in Di Salvatore 2003)."

³⁹ Di Salvatore A., *Il bere e i problemi alcolrelati. Dalle credenze comuni alle conquiste dalla scienza* pagg. 243, in Nizzoli U., Pissacroia M., (2003) *Trattato completo degli abusi e delle dipendenze*, Padova, Piccin Nuova Libreria S.p.A.

⁴⁰ *Alcohol - a balanced view*, London, Royal College of General Practitioners, 1986. In CSDPA, Trento, 1998 in Di Salvatore A., *Il bere e i problemi alcolrelati. Dalle credenze comuni alle conquiste dalla scienza* pagg. 243, in Nizzoli U., Pissacroia M., (2003) *Trattato completo degli abusi e delle dipendenze*, Padova, Piccin Nuova Libreria S.p.A.

⁴¹ Di Salvatore A. *Il Trattamento ecologico dei problemi alcolrelati*, Tesi di specializzazione in Psichiatria, Università di Tor Vergata, Roma, 1989 in Di Salvatore A., *Il bere e i problemi alcolrelati. Dalle credenze comuni alle conquiste dalla scienza* pagg. 243, in Nizzoli U., Pissacroia M., (2003) *Trattato completo degli abusi e delle dipendenze*, Padova, Piccin Nuova Libreria S.p.A.

1.2 Sostanze psicoattive, psicotrope:

alcol e droghe⁴²

"Fino agli anni '50 la parola "droga" era sinonimo di "aroma", "spezia". Fino a pochi anni fa, era ancora possibile leggere tra le insegne dei negozi delle piccole città italiane il termine "drogheria". Successivamente, nel 1967, l'OMS, ci ha fornito una prima definizione che ricalca il significato attualmente in uso: "droga è ogni sostanza naturale o artificiale in grado di modificare la psicologia e l'attività mentale degli esseri umani"⁴³. In questo senso si possono considerare droghe anche "un farmaco, la caffeina, la teina, la nicotina e l'alcool sono droghe, in quanto hanno la capacità di interferire sulla funzionalità dell'organismo"⁴⁴." Vorrei fare due brevi precisazioni una sull'alcol ed una sulla nicotina. In particolare, voglio mettere in evidenza come la nicotina sia più potente dell'alcol da 6 a 8 volte nell'indurre dipendenza, ma che ciò non abbia determinato, nel caso del fumo, dipendenza = malattia (Malizia E., Navazio F., 2003)⁴⁵. Per ciò che riguarda l'alcol, differentemente dalle altre droghe, va sottolineato che esso è anche un alimento. Infatti, l'etanolo, è una molecola presente nelle bevande alcoliche con una percentuale variabile, è soggetto a metabolismo da parte dell'organismo e produce energia, pari 7.1 Kcal/g. Non essendo

⁴² Si veda a proposito l'interessante: Piccolo dizionario delle sostanze stupefacenti e psicotrope di Giampaolo Pinna e Luigi D'Onofrio su Educazione e Scuola, rivista della Guardia di Finanza <http://www.edscuola.it/archivio/handicap/ddizionario.htm>.

⁴³ Tratto da un interessante testo: "Le sostanze psicoattive nelle culture tradizionali" del Prof. Amedeo Paolucci in www.amedeopaolucci.it

⁴⁴ Costa E., Colloca M., Aspetti biologici, psicosociali ed epidemiologici nella prognosi e nella terapia di donne tossicodipendenti, pagg. 382, in Nizzoli U., Pissacroia M., (2003) Trattato completo degli abusi e delle dipendenze, Padova, Piccin Nuova Libreria S.p.A.

⁴⁵ pag. 107 in in Nizzoli U., Pissacroia M., (2003) Trattato completo degli abusi e delle dipendenze, Padova, Piccin Nuova Libreria S.p.A.

assorbibile da tutti i tessuti deve essere espulso rapidamente dall'organismo (Bianchi e Marinari, 2003)⁴⁶.

Oggi, i termini, sostanze stupefacenti, psicoattive o psicotrope sono, per così dire, sinonimi di droga, parola d'utilizzo più consueto nel linguaggio comune. Ad essere precisi, da un punto di vista scientifico è più corretto l'uso dei termini "sostanze psicoattive" o "psicotrope", che rimandano già intuitivamente all'effetto tipico che caratterizza tali sostanze: l'alterazione dell'attività psichica⁴⁷, provocandone tolleranza e dipendenza nell'organismo. In particolare, tale tipo di sostanze alterano i normali processi di trasmissione tra le cellule nervose di segnali ed informazioni. L'attività di "scambio neuronale" è determinante per il funzionamento di tutta una serie di normali ed importanti funzioni psichiche, come la memoria (emozioni e ricordi), l'apprendimento, la percezione, le attività motorie e le capacità intellettive. Pertanto, queste ultime sono compromesse dalle modifiche prodotte dall'assunzione delle sostanze psicoattive⁴⁸.

Le sostanze stupefacenti sono varie e possono essere distinte in base a: gli effetti prodotti su S.N.C.; all'origine, naturale o meno; in base ai loro effetti; per la loro legalità⁴⁹". Per quanto riguarda gli effetti a carico del Sistema Nervoso Centrale vi sono ben quattro categorie di sostanze: le psicolettiche o depressogene, che hanno azione rilassante, deprimente e sedativa sulle attività

⁴⁶ pag.240

⁴⁷ Tratto da un interessante testo: "Le sostanze psicoattive nelle culture tradizionali" del Prof. Amedeo Paolucci in www.amedeopaolucci.it

⁴⁸ <http://www.politicheantidroga.it/> e http://it.wikipedia.org/wiki/Pagina_principale.

⁴⁹ Per tutta la classificazione delle droghe in base alle loro differenze: Costa E., Colloca M., *Aspetti biologici, psicosociali ed epidemiologici nella prognosi e nella terapia di donne tossicodipendenti*, pagg. 382-383, in Nizzoli U., Pissacroia M., (2003) Trattato completo degli abusi e delle dipendenze, Padova, Piccin Nuova Libreria S.p.A.

mentali⁵⁰, tra queste, troviamo ad esempio, l'alcool, gli oppioidi, cannabis e derivati, benzodiazepine e barbiturici, etc; le psicoanalettiche o stimolanti, che hanno appunto un effetto stimolante, come ad esempio, cocaina, amfetamine, nicotina, caffeina, etc; le psicodislettiche o allucinogene modificano il sistema percettivo, agendo direttamente sugli impulsi nervosi durante l'elaborazione della stimolazione uditiva, visiva e tattile, tra di esse vi sono L.S.D., la mescalina etc.; le inebrianti o euforizzanti, come la canapa indiana e suo derivanti, i solventi, etc. La loro origine può essere naturale e derivare da piante (semi ed estratti), da animali o minerali, e, si possono reperire in natura così come sono (es. foglie di coca essicate) oppure subire trattamenti che le modificano parzialmente (es. morfina). Esistono sostanze trattate chimicamente in laboratorio: alcune sono completamente sintetiche come ad esempio le amfetamine, i barbiturici e le benzodiazepine; altre, a partire da derivati naturali vengono "lavorate" chimicamente, perciò sono definite semisintetiche come l'eroina, L.S.D. e l'alcool.

Le droghe si differenziano tra di loro anche per gli effetti che producono sull'organismo. Classica a tal proposito è quella tra gli oppiacei (oppio, morfina ed eroina) e la cocaina. Gli oppiacei, in un primo momento, producono benessere, euforia, ed aumento della creatività, a ciò fa seguito una profonda depressione psicofisica. La cocaina, anch'essa produce un generale stato di euforia, con aumento della facoltà creativa e sessuale, successivamente ingenera idee persecutorie, inoltre, può causare anoressia. Nota è anche l'associazione tra un oppiaceo (eroina) e uno stimolante (cocaina), il cosiddetto *speedball* che produce una forte

⁵⁰ <http://www.sanihelp.it/enciclopedia/scheda/6022.html>

dipendenza fisica e conseguenti crisi d'astinenza, e se consideriamo, che a sembra esistere una sensibilità crociata, per cui sia cocaina che eroina determinano sensibilizzazione nell'organismo reciprocamente, possiamo capire la pericolosità di tali associazioni.

Infine, le droghe possono essere legali (alcol, vino, birra, superalcolici etc.) ed illegali (oppio ed oppiacei, cocaina, canapa e derivati, L.S.D. etc..).

Dopo questa breve e sicuramente non esaustiva descrizione delle droghe, voglio sottolineare due aspetti fondamentali della tossicomania. In primo luogo, *"non è la sostanza in sé a caratterizzarsi come droga, quanto il significato personale e sociale che ad essa viene attribuito"*⁵¹. In secondo luogo, infatti *"è necessario tenere in grande considerazione i fattori storico-culturali"*⁵² e sociali che riguardano tale mondo.

1.3 Storia e cultura: il perchè

L'inquadramento storico è parte imprescindibile di un buon lavoro, di un buon accertamento, anamnesi, e con riferimento alla vita di tutti i giorni, anche se alle volte come uomini alla quotidianità non ci facciamo caso così presi che siamo a vivere non più nel presente, ma, quasi mi viene da dire nel futuro. "Siamo nati in mondi locali: famiglie e strutture annidate all'interno dei vicinati che a loro volta sono annidati in comunità. Questi mondi vissuti

⁵¹ Pigatto A., La condizione di dipendenza patologica, pag.1031, in Nizzoli U., Pissacroia M., (2003) Trattato completo degli abusi e delle dipendenze, Padova, Piccin Nuova Libreria S.p.A.

⁵² Costa E., Colloca M., Aspetti biologici, psicosociali ed epidemiologici nella prognosi e nella terapia di donne tossicodipendenti, pagg. 384-385 in Nizzoli U., Pissacroia M., (2003) Trattato completo degli abusi e delle dipendenze, Padova, Piccin Nuova Libreria S.p.A.

sono costituiti da interazioni quotidiane - saluti, dialoghi, discussioni, pasti, contatti fisici, movimenti - che creano una interazione trans personale". (Kleinman, 1993 in Aguglia)⁵³. Infatti, trattando temi come questo, in cui si rintraccia il ruolo della società nell'ontogenesi del fenomeno ed anche nei fattori culturali e sociali alcune possibili aspetti di rischio, non solo è inevitabile, ma doveroso riassumere una collocazione storica.

1.3 a Storia dell'eroina: come un "metadone"⁵⁴ per la morfina

Per questioni di spazio, e, dandosi che ben l'87,7% del campione che ho analizzato è stato preso in carico dal Servizio per uso di eroina come sostanza primaria, qui mi limiterò alla storia dell'eroina.

L'eroina è una sostanza illegale, si tratta di un oppioide. **Nel 1874** un chimico tedesco, tale Dreser, di una ancor oggi molto nota casa farmaceutica, **la Bayer, preparò una sostanza semisintetica la diacetilmorfina**. Questa fu immessa sul mercato col nome di **Heroisch**, che significa rimedio eroico, proprio per sottolinearne le caratteristiche antidolorifiche. Inoltre, Dreser affermava che essa fosse il solo **antagonista alla morfinomania**, una sorta di "metadone" dell'epoca. In realtà, quello che accadde fu che in breve tempo essa rivelò la sua potente capacità di indurre dipendenza, anche a dosi molto inferiori di quelle della morfina. Nel 1905 iniziarono i primi allarmi. Si diffuse dapprima in Cina, dove sostituì la morfina, ed in breve giunse anche in Europa e

⁵³ Aguglia, E., Dimensione Sociale della dipendenza, pag. 179 in Nizzoli U., Pissacroia M., (2003) Trattato completo degli abusi e delle dipendenze, Padova, Piccin Nuova Libreria S.p.A.

⁵⁴ Il metadone è uno oppioide sintetico, ad oggi, uno dei più conosciuti ed utilizzati a scopo terapeutico, nella cura e riabilitazione della dipendenza da sostanze stupefacenti o psicotrope, ciò per i suoi effetti agonisti all'eroina, nel gergo scientifico usualmente lo si definisce terapia sostitutiva.

nell'area del Mediterraneo. Nel 1925 gli Stati Uniti ne vietarono: produzione, importazione ed uso, e, a Ginevra fu sottoscritta la Convenzione Internazionale dell'Oppio che sanciva un controllo su produzione ed uso di sostanze stupefacenti. Nello stesso anno in Italia fu proibita la fabbricazione del farmaco miracoloso. Il mercato della droga era però ormai in espansione: da un lato vi era il bisogno dei tossicodipendenti che andavano "riforniti", dall'altro, questa attività di smercio era fruttuosa. Pertanto, ovunque iniziarono a nascere laboratori clandestini, concentrati soprattutto a Marsiglia: la droga arrivava dalla Turchia, veniva lavorata a Marsiglia ed era pronta per essere venduta, in particolar modo al più grande consumatore, gli Stati Uniti. Le misure riparative furono: la distruzione dei laboratori da un lato, e, dall'altro la proibizione governativa turca di coltivare il papavero. Purtroppo fu trovata un'altra via, il cosiddetto "triangolo d'oro" (Thailandia, Laos, Birmania) sino in Olanda. In Italia nei primi anni '70 era difficile reperire sul mercato altre droghe che non fossero uno stiaciatissimo "brown sugar" e ciò determinò una rapida ascesa del consumo, ed a questo punto, il prodotto sottocosto divenne di lusso⁵⁵.

1.3 b La Storia del vino e della birra: "elite" e "consumo di massa"

La birra è una bevanda che si ricava dall'orzo, a cui si aggiunge il luppolo, si ascrive all'interno della classificazione delle sostanze legali. Essa è antichissima e la sua scoperta si deve far risalire

⁵⁵ L'intero paragrafo è stato ispirato dal capitolo di Malizia E., *Storiografia della tossicodipendenza*, pag. 6-7 in Nizzoli U., Pissacroia M., (2003) *Trattato completo degli abusi e delle dipendenze*, Padova, Piccin Nuova Libreria S.p.A.

tra le messi dell'agricoltura proprio come ciò di cui è fatta. In cucina noi oggi ancora usiamo il lievito di birra per far lievitare il pane: è in questo modo che è stata scoperta, da una fermentazione casuale del pane⁵⁶. Il Paese per antonomasia della birra fu l'Egitto. I papiri, vecchi monumenti e dipinti ben testimoniano della sua esistenza e dei suoi effetti, come quello, rinvenuto a Beni-Hassan che ritrae due schiavi che trasportano il loro signore ubriaco. In un affresco a Tebe si possono notare gli effetti in rosa di una signora colpita che colpita da emesi non si trattiene di fronte agli astanti. All'incirca verso il 1000, Ani, scrittore dell'epoca redarguisce i suoi contemporanei circa possibili conseguenze non positive della birra. I principali bevitori di birra erano i Germani, ed i classici latini guardavano con sdegno alla birra, considerandola alla stregua di un surrogato del vino. Che fosse l'uno o l'altro, sembra che, dalle notizie ricavabili fino al 1000, che il consumo fosse molto diffuso. Dal 1500 la bevanda "nordica" diviene oggetto di bilancio: l'economia nord-europea, in particolare tedesca la rende un settore di mercato fiorente. Si scrivono le prime storiografie per inneggiarne le qualità, ("Cinque libri sul dono divino e nobile, nonché sull'arte filosofica e meravigliosa di fare la birra") in un clima in cui si produce, vende e beve molto, ed in cui Martin Lutero "*niente affatto schifiltoso, si sentì obbligato ad entrare in campo, seppur discretamente, contro il "diavolo del bere".*

La storia della nascita del virtuoso cugino della birra, secondo l'opinione degli antichi latini va di pari passo con la pianta dai cui

⁵⁶ Il confronto, nel tedesco moderno tra le parole *brot* (pane) e *brauen* (fare la birra) dimostra una stretta relazione. L'intero paragrafo è stato ispirato al capitolo di Malizia E., Navazio F., *Storiografia dell'abuso e dipendenza dall'alcol*, pag. 98-99 in Nizzoli U., Pissacroia M., (2003) *Trattato completo degli abusi e delle dipendenze*, Padova, Piccin Nuova Libreria S.p.A.

chicchi si ricava: la vite. Sembra che essa abbia avuto origine in Asia sulle rive del Mar Caspio. Da qui iniziò l'espansione tanto verso nord, verso l'Asia Minore (e la Tracia), che a sud, verso l'Egitto. La testimonianza dell'arrivo e del consumo si deve ad anfore e boccali che portavano la scritta vino (arp). Successivamente il vino si diffuse anche in Palestina, in Siria, e in tutto il mondo greco. Nell'antico Egitto pur non superando mai la birra come consumo di massa divenne la bevanda per le "occasioni speciali", ed è interessante notare come si creò una specie di subcultura di produzione di alcolici, con le divinità da ingraziarsi ed onorare mensilmente, come il dio Hator, divinità dell'intossicazione alcolica. Successivamente il vino fu soprattutto la bevanda alcolica di greci e romani. Perfino nell'Antico Testamento si trovano ben 200 descrizioni, l'euforia dei "fumi dell'alcol" era cosa nota già nel 3500 a.C. L'atteggiamento nei confronti del vino è benevolo sia nell'Antico testamento. La diffusione del vino in Europa è dovuta alle campagne dei legionari romani che ne avevano sempre un po' a disposizione.

1.3 c Alcol: storia dell'uso, dell'abuso e del proibizionismo americano

Da quanto riportato nel precedente paragrafo (cfr. idibem 1.2 d) risulta chiaro che già gli antichi fossero a conoscenza degli effetti dell'alcol, tanto quelli inebrianti che dannosi. Malizia e Navazio⁵⁷ (2003) riportano alcuni esempi della letteratura classica: nell'Odissea Omero narra dell'impresa di Ulisse, che dopo aver bevuto accecò il Ciclope; Teofrasto narra di una donna che in

⁵⁷ pag. 101-103, Vol. I, Sez. I in Trattato completo degli abusi e delle dipendenze, 2003

preda ai fumi dell'alcol iniziò a baciare ed abbracciare tutti gli uomini che incontrava, inoltre, vengono descritti casi di psicosi alcoliche nei testi di Ippocrate, Galeno e Cassius Felix. Quest'ultimo delinea già, quello che solo nel 1800 viene riconosciuto come sindrome legata all'alcolismo, ossia il delirium tremens⁵⁸. Altresì sembra che casi di abuso cronico fossero riportati molto di rado, il bere era un'attività prevalentemente praticata durante i pasti o in occasioni sociali, quali feste o riunioni. Mentre nel mondo islamico vi fu sin da subito un atteggiamento di forte soppressione nei confronti dell'uso della bevanda, in Europa è solo a partire dal 1400 che iniziano a manifestarsi le prime forme di monito e messa in guardia circa l'uso dell'alcol. Nel 1500 inizia una produzione ingente di alcolici che determina un incremento nei consumi. Quest'ultimo era principalmente abitudine delle classi abbienti, forse ciò può spiegare come mai solo dalla seconda metà del 1700 si inizia a scrivere diffusamente circa i suoi effetti sulla salute. A livello di consumo, quello che è il momento storico di ascesa al consumo di massa è tra la fine del '700 e l'inizio dell'800, che coincide con le grandi trasformazioni industriali. La prima osservazione reale circa i danni iniziò grazie all'osservazione dei cadaveri, con l'avvento della fisiologia patologica, da lì prese il via una certa preoccupazione. Una serie di contributi scientifici da più parti evidenziano sempre più il legame esistente tra l'ingestione cronica di alcol e danni per la salute: lesioni epatiche e nervose (1804); neuropatie e demenza, sindrome materno-fetale (1819); cirrosi (1871); ed infine, ai medici Wernicke e Korsakoff è da

⁵⁸ Con tale espressione ci si riferisce ad uno stato acuto appunto, di delirio, che si può verificare in soggetti con diagnosi di alcolismo. Si manifesta con sintomi di tremore, sudorazione, allucinazioni.

riconoscere il cruciale collegamento tra alcolici e le loro sequenze alcoliche. A fronte di tali evidenze è solamente tra la metà dell'800 e l'inizio del '900, con l'importante contributo del medico francese Legraine, che si sviluppano movimenti cosiddetti di "temperanza alcolica". Questo momento segna una presa di posizione chiara circa l'assunzione di bevande alcoliche da parte della "professione medica, per la maggioranza schierata contro l'abuso, ma permissiva nei riguardi dell'ingestione moderata". Proliferarono numerosi movimenti "di temperanza a sfondo religioso o semi-politico e fra questi l'interessante fenomeno dell'Esercito della Salvezza, presente soprattutto nei Paesi anglosassoni che culminò con l'approvazione da parte del Congresso Statiunitense nel dicembre del 1917 della legge antialcol per eccellenza, il famoso *proibizionismo* contro fabbricazione e uso di alcol in qualsivoglia forma⁵⁹". "Nel 1918, fu varato il *War Prohibition Act* che vietava l'uso di grano, cereali, frutta o di altri prodotti per la produzione delle birra, vino o qualsiasi tipo di bevanda alcolica⁶⁰". "Nell'ottobre del 1919 fu approvato il XVIII Emendamento che proibiva: la fabbricazione, la vendita ed il trasporto di bevande definite intossicanti nonché l'importazione e l'esportazione da e per il territorio degli Stati Uniti e di tutte le regioni soggette alla loro giurisdizione"⁶¹". Un'altra importante misura legislativa fu il *National Prohibition Act*, noto anche come "*legge Volstead*", che meglio precisava il termine intossicante, e cioè, tutte le bevande che avessero un tasso alcolico superiore allo 0,50%, ad eccezione di usi medici e religiosi. D'altra parte, tale misura non ha mai vietato

⁵⁹ pag. 102 Malizia Navazio

⁶⁰ pag. 134 Bianchi, Marinari

⁶¹ pag. 134 Bianchi, Marinari

esplicitamente il cosiddetto uso personale di alcol. L'obiettivo di questa legge era la completa soppressione del consumo di alcol, ciò non avvenne, come si suol dire "fatta la legge trovato l'inganno", e tale proverbio ben ricalca la realtà, in quanto le violazioni ad essa furono continue. Inoltre, la sua entrata in vigore determinò la costituzione di un mercato nero: contrabbandieri, distillatori, spacciatori e locali dove poter consumare. Tale nuovo stato delle cose può ben essere spiegato riprendendo le parole di due studiosi, Thorton e Cowan. Costoro definiscono l'effetto più rilevante relativo al consumo come la "ferrea legge del Proibizionismo"⁶². "Questa legge ritiene che più forte è la impostazione legislativa, più potenti diventano le sostanze proibite presenti sul mercato illegale. Quando le droghe in genere (alcol compreso) sono proibite, diventano più potenti e vengono adulterate con sostanze sconosciute o pericolose, che non potrebbero essere prodotte e consumate in regime di mercato legale"⁶³. Il celeberrimo crollo della Borsa di Wall Street del 1929 e nello stesso tempo il proibizionismo era al centro di dibattito politico e sociale. Nel 1931 il proibizionismo era fallito, ma, ritenendo che non fosse opportuno legalizzare la vendita ed il consumo di alcol le leggi dovevano comunque essere applicate. Era pensiero diffuso che l'allora contingente crisi economica non favorisse le leggi proibizionistiche. Queste ultime furono attaccate nella convinzione che il ritorno alla legalità delle industrie per la fabbricazione di bevande alcoliche fosse un modo per la creazione di lavoro, e che la tassa sul commercio fosse una maniera per accrescere le casse dello Stato. Nel 1933 fu

⁶² *Iron law of Prohibition* pag. 135 Bianchi

⁶³ pag. 135 Bianchi

approvato il XXI Emendamento che sancì la fine definitiva del proibizionismo. "Il proibizionismo è stato unanimemente condannato dalla storia⁶⁴". Da un punto di vista sociale si registrò che: gli omicidi passarono da un tasso del 6.8 nel 1920 ad uno del 9.7 nel 1933, per poi ridiscendere all'8.3 nel 1935; il numero di detenuti per violazione delle leggi aumentò del 100% negli anni '25-'30. Inoltre, la qualità delle bevande alcoliche era pessima, le adulterazioni provocarono paralisi agli arti inferiori (piedi) e superiori (mani), cecità. Il capitolo di Averni si conclude con le parole del giornalista e studioso Edward Berh, ed anche a me sembra una giusta conclusione: "noi tendiamo a dimenticare una importante lezione: che coloro che non conoscono la storia condannano se stessi a ripeterla sia come tragedia sia come farsa⁶⁵".

Ad oggi il consumo di alcol è legale in tutti i cosiddetti Paesi Sviluppati, mentre nei Paesi di cultura islamica generalmente vige il divieto di consumo. Per quanto riguarda la giurisdizione circa i minorenni, nella maggior parte dei Paesi dell'Unione Europea, è vietata sia la somministrazione che la vendita di bevande alcoliche (l'età legale più diffusa è quella dei 18 anni). In Italia, invece, secondo l'art. 689 del Codice Penale vige solo il divieto di somministrazione ai minori di 16 anni ma non la vendita. Per un approfondimento sulla normativa dei singoli Paesi aderenti all'OMS si rimanda al sito italiano ufficiale sulla salute: <http://www.salute.gov.it/>.

⁶⁴ pag. 137 Bianchi

⁶⁵ pag. 137

1.3 d Storia delle sostanze stupefacenti: abuso, narcotraffico e repressione

Le droghe sono conosciute sin dai tempi antichi: già l'uomo di CroMagnon conosceva il papavero, tale considerazione deriva dal ritrovamento di alcune capsule della pianta nelle palafitte di Lagozza (Malizia, 2003 in Trattato completo degli abusi e delle dipendenze). Inoltre, l'uso dell'oppio risale alla civiltà greca, e precisamente alla popolazione dei Pelagosi. Troviamo riferimenti al farmaco "nepente", cioè che toglie il dolore, e che Elena, sposa di Menelao, offre ai suoi ospiti. Nel IV secolo a.C. il famosissimo Ippocrate, medico greco, raccomandava l'uso del papavero per la cura di molteplici malattie. Quindi, inizialmente il suo uso era di tipo terapeutico/farmacologico, per lenire sofferenza e dolore, oppure di tipo ritualistico/religioso, come modalità per avvicinarsi alla divinità. Va peraltro evidenziato come accanto a tali usi già durante l'impero romano erano noti i suoi effetti stupefacenti⁶⁶. Ciò detto, la prima vera e propria grande epidemia di tossicodipendenza si sviluppò in Cina all'inizio del XVIII secolo. Nonostante tale fatto, l'uso delle sostanze stupefacenti come lo conosciamo oggi è molto cambiato rispetto ad allora, ed è cambiato anche rispetto ai cosiddetti figli dei fiori degli anni '60 il cui uso era maggiormente connotato in senso culturale, politico per proclamare, riportare un pensiero sulle emozioni e su ciò che avveniva ai confini con la realtà⁶⁷ (Vizziello, 2003 Psicopatologia dello sviluppo). Oggi è sempre più chiaro che *"il sintomo*

⁶⁶ Il grande medico farmacologo Galeno preparava una terapia, chiamata "teriaca", nella quale erano contenute dosi piuttosto elevate di oppio, e di questa grande uso faceva l'imperatore Marco Aurelio. Con la caduta dell'impero romano le notizie sul consumo d'oppio sono scarse. Malizia pag.3

⁶⁷ pag. 247 Vizziello.

*"assunzione di sostanze" è possibile solo perché sono sul mercato⁶⁸. "Esiste quindi un gravissimo problema internazionale sulla circolazione della droga" (Vizziello, 2003⁶⁹). Negli ultimi trent'anni il fenomeno dell'abuso di sostanze psicoattive si è incrementato notevolmente è ciò di pari passo con una sempre più massiccia presenza del traffico internazionale, che coinvolge quasi tutti i Paesi del mondo⁷⁰ (Bruno, 2003 Trattato). Il problema dell'abuso di droghe sin dal suo inizio ha sempre riguardato più Paesi, per tale ragione è stato affrontato non solo attraverso le legislazioni dei singoli Stati, ma da un punto di vista di stretta collaborazione, soprattutto per ciò che concerne la politica estera e ha preso sempre più le sembianze di una "guerra", una lotta al narcotraffico. Hans Emblad, della Direzione del *Programe on Substance Abuse* dell'OMS, dice: *"il traffico illecito di narcotici è diventato la seconda più grande attività affaristica del mondo, seconda solo a quella del traffico internazionale di armi"* (in Vizziello, Pigatto, Tossicodipendenza Curare per il 2000, 1993 pag. 31). Infatti, prosegue *"l'industria delle droghe da occupazione. Ad esempio, si calcola che dalle 750.000 a 1.100.000 persone siano direttamente assunte dall'industria della cocaina in Bolivia, Perù e Colombia."* *"I trafficanti di stupefacenti non hanno investito i loro miliardi di dollari solo nelle droghe. Essi hanno investito anche in beni immobili, nelle banche, nell'industria, nei trasporti etc., e questo ha costituito un punto di partenza per essere accettati dai gruppi**

⁶⁸ pag. 247 Vizziello. (1993)

⁶⁹ pag. 247 Vizziello (1993)

⁷⁰ pag. 35 Bruno F. (2003) *Storiografia della repressione, della liberalizzazione e della depenalizzazione in materia di stupefacenti*, in Nizzoli U. Pissacroia M. (2003) Trattato completo degli abusi e delle dipendenze, Piccin Nuova Libreria, S.p.A., Padova, vol. I, pagg. 35-42.

dirigenti dei loro rispettivi paesi." Inoltre, fissa un punto d'inizio ben preciso di nascita nell'assetto del moderno mercato: "E' stato negli anni '60 che il fenomeno del moderno abuso di droga diventa per la prima volta evidente". Ed ancora evidenzia il non background culturale sul quale si innesta: "Sembra che da un giorno all'altro l'eroina si diffuse e fece apparizione sulle strade delle città del Nord Europa: con queste nuove sostanze, dove non c'era una cultura preesistente con metodi di assunzione appropriati, emersero gli effetti nocivi dovuti all'abuso." Dunque, quella della droga è una vera e propria industria, che le forze politiche, le politiche antidroga, gli Stati stanno cercando di combattere. I fronti qui sono due: un lato è impegnato nel tentativo di ridurre l'offerta, l'altro la domanda. La prima concerne principalmente la produzione e la rete di distribuzione. Con la seconda ci si riferisce a programmi di educazione preventiva, sviluppo e cura della comunità. Il PSA, ossia il "Programme on Substance Abuse" "sta promuovendo l'attuazione di politiche comuni sulla droga da parte di tutte le Nazioni, mettendo particolarmente l'accento sulla riduzione della domanda"⁷¹.

A livello legislativo sugli stupefacenti bisogna considerare due livelli tra loro in continua e stretta relazione: internazionale e nazionale. Il primo fa riferimento alle leggi sulla droga dell'UE (Unione Europea) ed alle convenzioni dell'ONU (Organizzazione Nazioni Unite) ed è basato sulle convenzioni che ogni dieci anni si fanno e che nelle quali si propone un piano d'azione. Nelle convenzioni (1961, 1971, 1988) si definisce che l'uso illecito di droga non è da considerarsi reato, ma in quella del 1988 si

⁷¹ pag. 37 Vizziello (1993)

invitano i Paesi firmatari a considerare come reato penale la detenzione per uso personale, identificandola come primo passo per combattere il traffico internazionale. "I paesi firmatari sono pertanto tenuti a disciplinare la detenzione di stupefacenti per uso personale, ma rimangono liberi di decidere sulle linee politiche da adottare. Nell'elaborazione delle rispettive leggi nazionali, gli Stati membri dell'UE hanno interpretato e applicato tale libertà in base alle proprie specificità, cultura e priorità, mantenendo tuttavia una posizione proibizionista" (da ciò O.E.D.T. Osservatorio Europeo delle droghe e delle dipendenze, 2002).⁷² Pertanto, a livello Europeo esistono differenze nell'inquadramento giuridico e sanzionatorio circa i soggetti che detengono sostanze stupefacenti per uso personale.

1.4 Alcol e legge

L'alcol è considerato una sostanza legale e pertanto il suo uso non è sottoposto a sanzioni. In relazione specificatamente ad alcune attività, in particolare per ciò che concerne la guida ed il lavoro sono altresì regolamentati entro apposito quadro normativo di riferimento e, dunque, possono essere sanzionati.

Il Codice della Strada fissa un limite generale per la concentrazione di alcool nel sangue al di sopra del quale la guida è considerata in stato di ebbrezza: 0,5 grammi per litro di sangue. La misurazione del valore di etanolo presente nel sangue è effettuata attraverso l'etilometro. Chi guida in stato di ebrezza compie reato (art. 186), e ciò è punibile: con arresto (fino ad un

⁷² www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_33476_IT_Dif02it.pdf
<http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index373IT.html> (sito ufficiale)

me) ammenda e sospensione della patente. Al momento della contestazione, le forze dell'ordine ritirano la patente, che è pertanto immediatamente sospesa⁷³. Per guida sotto l'effetto di sostanze stupefacenti o psicofarmaci le sanzioni sono le medesime dello stato di ebbrezza. Infine, la legge 120 del 2010 nell'art. 33 stabilisce che per le categorie dei lavoratori che esercitano l'attività di trasporto di cose e persone il tasso alcolemico consentito è 0, pertanto hanno il divieto di mettersi alla guida dopo aver bevuto.

La legge quadro in materia di alcol e di problemi correlati è la **125/2001**. La legge tratta del problema alcol sotto vari aspetti: la cura, la riabilitazione, il reinserimento sociale, ed anche aspetti sociali e culturali come sicurezza stradale, vendita e regolamentazione vendita e sicurezza sui luoghi di lavoro. Per ciò che attiene quest'ultimo aspetto è soprattutto nell'art. 15 che si trovano indicazioni, in particolare si vieta: assunzione e somministrazione di bevande alcoliche per quelle attività che comportano un elevato rischio di infortunio; controlli alcolimetrici, effettuati solamente da medico competente o dell'ASS di riferimento che abbia funzioni di vigilanza; a lavoratori assunti con contratto a tempo indeterminato possibilità d'accesso a programmi terapeutici e riabilitativi. Inoltre, nel d.Lgs. 81 del 2008, nell'art. 41 si stabilisce che le visite mediche effettuate dal medico dell'azienda (datore di lavoro) oltre alle funzioni canoniche sono finalizzate alla verifica di assenza di condizioni di alcoldipendenza e tossicodipendenza, ciò solo per i

⁷³ <http://spaziogiovani.ausl.pr.it/spaziogiovani/index.php> Anche il rifiuto di sottoporsi all'accertamento con etilometro è reato, per il quale si applicano le stesse sanzioni penali previste per la guida in stato di ebbrezza

lavori e le mansioni che sono specificate negli allegati⁷⁴.

1.5 Tossicodipendenza e legge

Le sostanze stupefacenti sono illegali ed illegale è il loro consumo. La prima legge in materia di stupefacenti è la L. **685/75**. In essa la detenzione per uso personale di modiche quantità non era punita (art. 80): "la libertà di drogarsi veniva considerata espressione di una libertà più generale ed ampia garantita ad ogni cittadino" (Milli, M. G. Pag. 28 in Trattato completo degli abusi e delle dipendenze, 2003). A causa dei traffici ingenti che chi consumava sostanze stupefacenti era in grado di trasportare per l'impunità garantita, l'atteggiamento circa la liceità del consumo fu vietata dal Legislatore del '90 attraverso la L. 162/90 (cfr. ibidem par. 1.5 istituzione dei SerT). Pertanto, in Italia ad oggi, il quadro di riferimento normativo principale in materia di stupefacenti è contenuto nel **D.P.R. 309/90**, che discende dalla precedentemente citata legge. Tale decreto sanziona: la produzione, il commercio, la vendita e la detenzione di droga, fatta eccezione per acquisto o illecita detenzione per uso personale in dose non superiore a quella "media giornaliera", per cui vi è una **depenalizzazione**, ed il reato è trattato come un illecito amministrativo ai sensi degli art. 75 e 76 del citato D.P.R. Inoltre, per quanto riguarda l'attività illecita l'art. 73, capitolo VIII, regola le relative disposizioni penali. Inoltre, l'art. 74 prevede il reato di traffico illecito praticato in associazione, con un inasprimento delle pene, differentemente dal precedente

⁷⁴<http://www.iss.it/ofad/I>
<http://www.aib.bs.it/Download/redirect.asp?cont=429&privato=false>

quadro normativo L. 685/75. L'associazione è così definita: "un vincolo associativo tra i partecipi, che non devono essere inferiori a tre, di tipo permanente, strutturato su un'organizzazione, non necessariamente gerarchica seppur minima, di carattere stabile, volta al compimento di un programma criminoso, finalizzato alla realizzazione di una serie indeterminata di delitti previsti dalla legge sugli stupefacenti" (Milli M.G. Pag. 28 in Trattato completo degli abusi e delle dipendenze, 2003). Infine, "l'attuale Legislazione, a fianco della pena detentiva per detenzione di droga anche per uso esclusivamente personale, prevede vari istituti finalizzati alla riabilitazione del responsabile assuntore delle sostanze vietate. In quest'ottica, meritano attenzione, i due istituti della sospensione dell'esecuzione della pena detentiva (artt. 90-93, D.P.R. n. 309) e dell'affidamento in prova del tossicodipendente (artt. 94 D.P.R. n. 309 e 47 bis della Legge 26/7/1975 n. 354 e successive modifiche) che influenzano incisivamente l'esecuzione della pena detentiva inflitta al reo con lo scopo di favorirne il recupero e la riabilitazione" (Milli, M. G. Pag. 32 in Trattato completo degli abusi e delle dipendenze, 2003).

1.6 La cura e la riabilitazione: l'organizzazione sanitaria

Triestina a riguardo

La L. 162 del 1990 istituisce i cosiddetti SerT, Servizi per le Tossicodipendenze o delle Dipendenze (SerD), successivamente regolamentati con Decreto del Ministero della Sanità del 30 novembre 1990 n. 444. Essi sono Strutture Pubbliche, facenti

parte del **Sistema Sanitario Nazionale**, che, per mandato istituzionale, si occupano della prevenzione, cura e riabilitazione delle persone tossicodipendenti ed alcolodipendenti⁷⁵ (Longo D., *Genitorialità e tossicodipendenza: una sfida possibile, 1999-2000*, Tesi di Laurea in Servizio Sociale).

Il Dipartimento delle Dipendenze (DDD) è una Struttura Operativa dell'Azienda per i Servizi Sanitari Triestina (ASSI Triestina). Il Dipartimento è suddiviso in due **Strutture Complesse: Sostanze Illegali** (SC Dipendenza da Sostanze Illegali) e **Sostanze Legali** (SC Dipendenza da Sostanze Legali).

La **Sc Sostanze Illegali** (ex-SerT) si articola in cinque strutture semplici. Quattro hanno competenza territoriale, come i Distretti sanitari e curano la presa in carico terapeutica ed il lavoro di rete connessi alla comunità residente in una precisa zona della provincia.

Ogni Struttura Semplice è composta da **un'équipe multiprofessionale** con medici, psicologi, assistenti sociali ed infermieri, educatori. La quinta Struttura Semplice si occupa di attività semiresidenziali Centro Diurno, Laboratorio di Disintossicazione e Laboratorio di Cura per il Corpo. Inoltre, sono attivi alcuni progetti tra cui: quello sull'unità di strada, la collaborazione con i medici di medicina generale, ed uno dedicato al reinserimento socio-lavorativo. A livello farmacologico generalmente le persone vengono trattate attraverso la somministrazione della terapia sostitutiva: il metadone, ma non solo.

⁷⁵ "Dal 1993 i SerT hanno per legge il compito di cura dei pazienti con dipendenza da alcol" pag. 375 Gabrielli C., in Trattato completo.

La **Struttura Complessa Sostanze Legali** si occupa delle problematiche sociosanitarie connesse alla dipendenza da sostanze legali (alcol e tabacco) e del gioco d'azzardo patologico. si articola di due strutture Semplici: la Residenziale e la Territoriale. Pertanto la Struttura offre la possibilità, per i casi più complessi, di trattamenti residenziali (ricovero 24 ore su 24) e di trattamenti semiresidenziali differenziati in day-hospital totale o parziale (attuati dalla S.S. Residenziale per la dipendenza da sostanze legali).

Per situazioni meno complesse c'è la possibilità di trattamenti bisettimanali serali (a cura della S.S. Territoriale per la dipendenza da sostanze legali⁷⁶). A livello farmacologico generalmente le persone vengono trattate attraverso la somministrazione della terapia sostitutiva: l'antabuse, ma non solo.

⁷⁶ Tratto dal sito ufficiale dell'ASS 1 Triestina che per approfondimenti si consiglia di visitare.

1.8 La Psicologia e la Tossicodipendenza

Finora, nella descrizione che ho presentato circa la dipendenza patologica, specificatamente nella sua manifestazione come tossicodipendenza e alcolismo, non ho mai fatto un accenno ad aspetti psicologici. Per quanto riguarda la tossicodipendenza e la Psicologia si deve rintracciare che non esiste una vero e proprio consolidato filone esplicativo, frutto di indagini su quanto sta attorno all'uso, all'abuso, alla dipendenza patologica. La natura stessa dell'effetto specifico delle sostanze (droghe ed alcol) sul sistema uomo, detto appunto psicoattivo (cfr. ibidem par. 1.2) ha concorso a trattare, tanto la tossicodipendenza quanto l'alcolismo, come malattie, prevalentemente da un punto di vista medico (numerosi sono gli studi circa la ricognizione di fattori biologici e psicopatologici concomitanti e/o favorenti l'instaurarsi del quadro, le caratteristiche delle diverse droghe). Parimenti, negli ultimi anni, abbiamo assistito all'emergere di altre *addiction* senza sostanze, come il gioco patologico d'azzardo, il *work alcoholic*, la dipendenza dalla rete (internet), e ciò, data la non "psicoattività dell'assunzione" ha contribuito ad allargare il *focus* dell'esplicazione, tra le altre, anche alla psicologia. "Minore è stato invece l'interesse e l'impegno nei riguardi dell'analisi e della ricostruzione dei processi cognitivi, emozionali, motivazionali, di presa di decisione e delle influenze sociali che sono implicati nelle condotte di consumo, sia nella genesi sia nella loro diversificata evoluzione (Ravenna 1997⁷⁷, in Cristofani⁷⁸)".

⁷⁷ Marcella Ravenna. - Bologna : Il Mulino, c1997. - 281 p. ; 21 cm. - (Aspetti della psicologia : Aggiornamenti) in Cristofani vedi nota n°2 per riferimento internet.

⁷⁸ http://www.cedostar.it/documenti/psicologia_delle_dipendenze.PDF (testo completo) di Cristofani, si tratta di una rassegna sulla Psicologia delle Dipendenze, ed è

Cristofani ben evidenzia come, seppur variegata e numerosissima, le attuali teorie sulla genesi della dipendenza si possano ricondurre sostanzialmente in due filoni: quello del "*disease*"⁷⁹ e quello "*adattivo*"⁸⁰. Inoltre, di queste propone una suddivisione, che a mio avviso, è molto suggestiva per rintracciare linee guida e di seguito ripropongo. Il primo paradigma si collega prevalentemente al modello medico e dà una spiegazione della tossicodipendenza come risultante da cause intraindividuali. Al suo interno si differenziano vari sottofiloni, che pongono l'accento via via su alcuni aspetti: si rintraccia una predisposizione individuale, sia essa eminentemente genetica, riferita agli impulsi od alle caratteristiche della personalità. Tra i modelli che rientrano nel filone del "*disease*" vi sono: **teorie fisiologiche, del rinforzo** e alcune delle **teorie psicodinamiche**.

Per quanto riguarda il filone "*adattivo*" la tossicodipendenza viene letta come meccanismo adattivo/difensivo volto a fronteggiare differenti situazioni con cui normalmente gli individui si confortano (stress, momenti specifici di sviluppo, disagio). D'altra parte tali teorie non escludono che eventuali fattori biologico/genetici giochino altrettanto un ruolo determinante nell'instaurarsi della condizione di dipendenza, ne sottolineano l'interazione con quelli psicologici. Tra i modelli che rientrano nel

inserita tra gli articoli reperibili sul sito

http://www.cedostar.it/psicologia_dipendenze.htm ove il Dipartimento delle Dipendenze Azienda U.S.L. 8 Arezzo - Servizio Sanitario della Regione Toscana ha costituito un Centro di documentazione, studi e ricerca sul fenomeno delle dipendenze patologiche.

⁷⁹ http://www.cedostar.it/documenti/psicologia_delle_dipendenze.PDF (testo completo)

⁸⁰ http://www.cedostar.it/documenti/psicologia_delle_dipendenze.PDF (testo completo)

filone "adattivo" vi sono: alcune **teorie psicodinamiche** (recenti);
teorie cognitive e sistemico-relazionali.

Per questioni storiche, sia per quanto riguarda la genesi della Psicologia, che la genesi della produzione di argomenti riguardanti il ruolo e le interconnessioni abuso-psiche presento una rassegna dei principali contributi Psicanalitici a riguardo. Ciò integrando nel testo sia le teorie psicodinamiche più orientate al filone "*disease*" che "*adattivo*".

1. 8 Dipendenza infantile e tossicodipendenza: una rassegna della letteratura clinica e psicanalitica dagli anni '70 ad oggi

*"Giro giro tondo, casca il mondo,
casca giù la terra e tutti giù per
terra!"*

Questa filastrocca probabilmente è nota a tutti noi. Da qualche parte, all'asilo o da amici, l'abbiamo udita. Perché iniziare questa parte inerente alla tossicodipendenza che tiene conto di un punto di vista psicanalitico, partendo da una filastrocca dei tempi dell'asilo?

Il motivo è molto semplice. Diffusa è l'idea che chi si droga, ed quindi le persone che lo fanno, ossia i tossicodipendenti cerchino il piacere, lo sballo. Quindi, seguendo un'ottica psicanalitica, in particolare sulla base del pensiero di Freud (1985, 1930)⁸¹ che descrive la masturbazione come una prima, originaria forma di dipendenza⁸², forzando un po' la mano, potremmo intravedere in questa filastrocca una prima forma di "sballo". Il punto di vista qui assunto da cui guardare al fenomeno, non ritiene che la dipendenza da sostanze stupefacenti sia un "atteggiamento" per

⁸¹ Freud, S. (1985). *The Complete Letters of Sigmund Freud to Wilhelm Fliess*, trans. and ed. J. M. Masson. Cambridge, MA: Harvard University Press.[à]ZBK.042.0000A

⁸² In una lettera a Wilhelm Fliess, Freud (1985) dice della masturbazione: "prima forma di dipendenza (*addiction*)". Inoltre, egli sostiene che altre forme di dipendenza, come l'alcool, la morfina, ed il tabacco sono rimpiazzati (*replacemets*) o sostituiti (*substitutes*) di essa. (pag. 6, (2003). *Understanding Addictive Vulnerability: An Evolving Psychodynamic Perspective*. *Neuro-Psychoanalysis* 5: (1) 5-21 Target Article *Understanding Addictive Vulnerability An Evolving Psychodynamic Perspective* E. J. Khantzian, M.D.). Altri autori, tra cui William A. e Frosch, MD fanno riferimento al pensiero freudiano (pag. 1 (1970). *Psychoanalytic Evaluation of Addiction and Habituation*. *Journal of the American Psychoanalytic Association* 18: 209-218 *Psychoanalytic Evaluation of Addiction and Habituation* William A. Frosch, M.D.).

giungere alla felicità, tutt'altro. Siamo partiti da qui, per fare emergere un pregiudizio⁸³: la droga è un vizio, colui che ne fa uso si diverte, spesso è un criminale, ruba e mente. Anche qui mettiamo in evidenza l'emergere di uno **stereotipo**⁸⁴: il tossicodipendente è un "drogato", cioè è una persona pericolosa e senza morale che non ha studiato, è un fannullone, che pensa solo a procurarsi la "roba", non ha valori, anzi ha una morale piuttosto dubbia.

A tal proposito, secondo il pensiero di **Khantzian** (2003) sarebbero state proprio le prime formulazioni psicanalitiche ad aprire, la strada alla stigmatizzazione. L'autore scrive che "i primi ricercatori psicoanalitici⁸⁵, che hanno sottolineato soprattutto gli

⁸³ Con pregiudizio si intende la tendenza comune a giustificare in modo fortemente negativo gli individui che appartengono ad un determinato gruppo sociale. Il che se vogliamo, in tale sede, il fatto di considerare i tossicodipendenti un gruppo coeso, potrebbe condurre, in modo molto sottile, ad un pensiero stigmatizzante, in altre parole, il fatto di riferirsi a loro come una specifica e ben definita popolazione. In realtà tale scelta è fatta deliberatamente, e per ragioni di argomento (si parla delle visioni psicanalitiche in merito alla tossicodipendenza), ed infine, proprio nel tentativo di mettere in luce l'esistenza di questa problematicità intrinseca, culturale e quindi sociale, seppur spesso forse latente, o ancor peggio, così latente da non essere neppure percepita.

⁸⁴ Con stereotipo si intende quell'insieme di credenze, potremmo definirle, rigide ed omogenee, circa un gruppo o una categoria sociale. Vorrei riportare a riguardo una mia personale esperienza. Quando ancora ero tirocinante al Dipartimento per le Dipendenze Illegali, è capitato che un operatore di un altro servizio si informasse sul tipo di utenza che c'era nel Servizio, chiedendo: "Come è un tossicodipendente tipo?". La prima reazione è stata quella di trasalire, e tra me e me ho pensato come fosse possibile pensare che esistesse un tipo di tossicodipendente. La seconda reazione, la potrei definire una dissonanza cognitiva: sin dall'inizio, infatti, avevo avuto modo di notare come tutti fossero diversi. Il che in realtà non mi stupiva per nulla, ma intendo, erano diversi per storia, vita, per come si presentavano (chi trasandato con il sacchetto della spesa e dentro le "birrette", chi ben vestito e truccato), per la terapia, per età, estrazione sociale, età. L'osservazione "tutti erano, anzi sono diversi", se fatta in modo astereotipico, in realtà apre un importante punto di vista, ossia il chiedersi, da clinico, ed anche da ricercatore, che cosa li possa accomunare, a che cosa è connesso, cosa determina questo disturbo, così invalidante e pervasivo. Li iniziò anche la mia attività di ricerca.

⁸⁵ A tal proposito Khantzian, cita un'ampia raccolta di tale tipo di letteratura "droga/piacevole": Brehm & Khantzian, 1997; Khantzian, 1974; Khantzian & Treece, 1977; Rosenfeld, 1965; Yorke, 1970 (pag.6 (2003). Understanding Addictive Vulnerability: An Evolving Psychodynamic Perspective. Neuro-Psychoanalysis 5: (1) 5-

aspetti piacevoli del consumo di stupefacenti ed il loro significato simbolico⁸⁶....le prime teorie psicanalitiche hanno purtroppo contribuito a stigmatizzare i tossicodipendenti ed il reagire alla tossicodipendenza come ad un problema morale⁸⁷." Concordando con l'opinione dell'autore, mi sembra opportuno ribadire, che egli si premura di evidenziare come le formulazioni, abbiano avuto o contribuito a produrre uno stigma. Mi permetto di specificare ulteriormente tale posizione, sottolineando il fatto che probabilmente ciò è accaduto a causa di una lettura superficiale, o di un compulsivo bisogno di spiegazioni, che le ha trasformate in autorevoli giudizi, in quanto scientifici, e le ha assunte a verità. L'autore prosegue descrivendo brevemente, in particolare il pensiero di Freud ed Abraham. Costoro hanno attribuito una grande importanza alle pulsioni libidiche, con speciale riferimento agli aspetti erotici ed orali. Al capostipite del movimento psicanalitico, Limentani A. (1986) attribuisce proprio il merito di aver "scoperto il più importante anello nella catena degli eventi sottesi alla tossicodipendenza⁸⁸." Freud (1985), in una lettera a Wilhelm Fliess, dice della masturbazione: è la "prima forma di

21 Target Article Understanding Addictive Vulnerability An Evolving Psychodynamic Perspective E. J. Khantzian, M.D)

⁸⁶ Khantzian apre il suo saggio: "(1978). The Ego, the Self and Opiate Addiction: Theoretical and Treatment Considerations." (International Review of Psycho-Analysis 5: 189-198) con una considerazione analoga. Egli più precisamente scrive: "Until recently, the psychoanalytic literature on addiction stressed the pleasurable aspects of drug use to explain the compelling nature of addiction" (trad. "fino a poco tempo fa, la letteratura psicanalitica sulla dipendenza sottolinea gli aspetti piacevoli del consumo di droga per spiegare la natura irresistibile della sostanza."

⁸⁷ "early psychoanalit investigators who mainly emphasized the pleasurable aspects of drug use and their simboli meaning.... early theories have unfortunately contributed to stigmatizing addictions and reacting to drug dependency as a moral problem" (pag. 6, Khantzian, 2003).

⁸⁸ "It is acknowledged that it was Freud who was responsible for discovering the most important link in the chain of events underlying drug dependence" (pag. 52 in "(1986). On the psychodynamics of drug dependence". (Free Associations 1F: (5) 48-64 On the psychodynamics of drug dependence A. Limentani, in riferimento a Freud, S. (1905). Three Essays on the Theory of Sexuality. Standard Edition, 7. London: Hogarth Press, pp. 121-145.[à]SE.007.0001A)

dipendenza (addiction)". Inoltre, egli sostiene che altre forme di dipendenza, come l'alcool, la morfina, ed il tabacco siano rimpiazzati (replacemets) o sostituti (substitutes) di essa⁸⁹. William A. Frosch (1970) prosegue specificando, come nel pensiero freudiano siano state aggiunte le componenti narcisistiche e sadomasochistiche. Inoltre, viene "riconosciuto un ruolo importante alle difese, tra le quali la regressione, l'introiezione e la proiezione, inoltre, anche alla repressione, all'ansia, al senso di colpa⁹⁰". Ad alleviare queste ultime due, contribuirebbero una vasta gamma di comportamenti, che seppur differenti, per la loro comune base psicologica possono essere considerati unitariamente, e cioè: succhiare il pollice; mangiare unghie, pelle, capelli e muco; forte attaccamento ad un oggetto di transizione; masturbarsi, mangiare e fumare compulsivamente; forme estreme di dipendenza verso uno, od una serie di oggetti d'amore; l'alcolismo; abusi di stimolanti, allucinogeni e droghe (William A. Frosch MD, 1970). In particolare, quest'ultima forma di dipendenza, ossia quella data dalle sostanze stupefacenti, secondo Limentani (1986) non è associata soltanto alla fissazione orale come le altre forme, ma è in relazione ad altri disturbi, in altre fasi dello sviluppo ed con una varietà di condizioni, come le psicosi maniaco-depressive e l'omosessualità (pag. 52-53). Su quest'ultima può avere, secondo il pensiero di Abraham (1960)⁹¹, una specifica azione disinibente l'alcool, che contribuisce a far superare le inibizioni, tanto omosessuali che eterosessuali,

⁸⁹ Cfr. pag. 52 in "(1986). On the psychodynamics of drug dependence". (Free Associations 1F: (5) 48-64 On the psychodynamics of drug dependence A. Limentani)

⁹⁰ Pag. 1 in "(1970). Psychoanalytic Evaluation of Addiction and Habituation." (Journal of the American Psychoanalytic Association 18: 209-218 Psychoanalytic Evaluation of Addiction and Habituation William A. Frosch, M.D.)

⁹¹ Abraham, K. (1960). The psychological relation between sexuality and alcoholism. In: Selected Papers of Karl Abraham. New York: Basic Books.

soprattutto negli uomini (Khantzian, 2003). Pur continuando a sottolineare gli aspetti ludici, per così dire, di svago, ossia piacevoli dell'assunzione, **Rado** (1993, 1957)⁹² attribuisce importanza alla sottostante depressione ed al tentativo di sbarazzarsi del dolore⁹³. Dalle considerazioni fatte fin qui, è emerso il carattere di regressione dell'uso delle sostanze, regredire ad uno stato di piacere perduto passato, una fissazione orale. Il primo a proporre un carattere "progressista" all'uso di stupefacenti fu **Glover** (1956)⁹⁴. Egli, alla ricerca dell'agoniato perché, ossia dell'eziologia della dipendenza si soffermò sull'importanza delle pulsioni aggressive. La droga rappresenta una parte del corpo o una sostanza sulle quali, l'individuo, proprio per difendersi dalla regressione a stati passati, primitivi, paranoici, o ancorchè psicotici, proietta i suoi conflitti interni. Nella stessa direzione, potremmo definirla "antiregressista", **Fenichel** (1945)⁹⁵ e **Savit** (1954)⁹⁶ approfondiscono il ruolo della tensione e del disagio provocato dalle droghe. A partire dagli anni '60, "l'epidemia di eroina", il movimento hippy, e la cosiddetta *beat generation*, scossero le coscienze: l'intera opinione pubblica tra sguardi sconvolti, stupiti, approvanti o rigettanti, fu costretta a riflettere, interrogarsi. In questo clima concitato e rivoluzionario, un piccolo gruppo di psicanalisti ripresero ad

⁹² Rado, S. (1933). The psychoanalysis of pharmacothymia. *Psychoanal. Q.*, 2: 1-23.[à]PAQ.002.0001A

Rado, S. (1957). Narcotic bondage: A general theory of the dependence on narcotic drugs. *Am. J. Psychiatry*, 114: 165-171.

⁹³ (2003). Understanding Addictive Vulnerability: An Evolving Psychodynamic Perspective. *Neuro-Psychoanalysis* 5: (1) 5-21 Target Article Understanding Addictive Vulnerability An Evolving Psychodynamic Perspective E. J. Khantzian, M.D., pag.6).

⁹⁴ Glover, E. (1956). On the Etiology of Drug Addiction. In: *On the Early Development of Mind*. New York: International Universities Press.

⁹⁵ Fenichel, O. (1945). *The Psychoanalytic Theory of Neurosis*. New York: Norton.

⁹⁶ Savit, R. A. (1954). Extramural psychoanalytic treatment of a case of narcotic addiction. *J. Amer. Psychoanal. Assn.*, 2: 494.[à]APA.002.0494A

interrogarsi sui i disordini da consumo di sostanza (SUDS) e su i possibili trattamenti (Khantzian, 2003)⁹⁷. Questi lavori concentrano l'attenzione, in modo definitivo sull'aspetto di malessere, di disagio e del tossicodipendente e quindi sull'aspetto progressista dell'abuso di droga. Sebbene i tossicodipendenti sembrano generalmente più "sani" di altri malati, ad esempio psichiatrici, è possibile, ascrivere tale fenomeno tra i più attuali problemi di salute pubblica dei nostri tempi, per importanza psicosociale, essi sono, se non al primo posto, tra i primi urgenti e diffusi. Purtroppo, dagli anni '70 sino ad oggi, bisogna registrare una scarsità di lavori, scrive **Khantzian** (2003). L'autore, inoltre, propone e descrive una prospettiva psicodinamica in evoluzione, che incorporando modelli psicodinamici contemporanei, quali quelli provenienti dalla teoria strutturale, del Sé e delle relazioni oggettuali, sottolinea con ancor più vigore gli aspetti tragici della tossicodipendenza: a rendere l'assunzione impellente, irresistibile (*compelling*) non è il piacere, bensì il dolore, emozioni intollerabili e confondenti. Tra le istanze descritte nella teoria freudiana, all'Io viene fatta risalire la cosiddetta vulnerabilità dell'individuo dipendente. In particolare l'Io è responsabile di mediare tra l'ambiente interno e quello esterno, modula la percezione e l'espressione emotiva. Durante il processo di sviluppo, il neonato dapprima, e il bimbo in seguito, acquisiscono la capacità e funzioni dalle figure genitoriali: interiorizzano protettive figure genitoriali e la loro funzione di barriera stimolo. (Winnicott, 1953). Tanto dalla pratica adulta, quanto dall'osservazione diretta dei bambini emergono evidenze circa un

⁹⁷ Khantzian (2003) elenca: Blatt et al., 1984; Khantzian, 1972, 1978, 1985b; Krystal, 1988; Krystal e Raskin, 1970; Milkman & Frosch, 1973; Wieder & Kaplan, 1969; Wurmser, 1974.

ruolo evolutivo della frustrazione: il bambino si confronta con una delusione abbastanza tollerabile che lo conduce sempre più a regolare il suo mondo interno con quello esterno (Kohut, 1971; Mahler, 1968; Meissner, 1975; Winnicott, 1953). Traumi, ipostimoli, arresti in questa evoluzione, mancanza o impossibilità di interiorizzazione possono compromettere seriamente queste strutture dell'Io. Lo scenario che si crea, dalle iniziali considerazioni del tossicodipendente piacere-dipendente, lasciano ora il posto ad altre più negative. Dalle migliaia di osservazioni cliniche, emerge come egli faccia una enorme difficoltà a posticipare la gratificazione, agisce nell'ottica del tutto e subito, prova emozioni disorganizzate, pervasive, che spesso non sono verbalizzate, ma somatizzate, ed alle volte hanno origini preverbalì. L'uso di droga è quasi un tentativo di autocura. Da un caso prototipico illustrato da Khantzian (2003) ben si evince un altro aspetto prevalente: una noncuranza per il benessere, sia fisico che psichico. Arnold, il ragazzo descritto, spesso a causa delle sue preferenze "pericolose" in fatto di *sports* (pratica arti marziali, gli piace correre in auto e con le moto) si procura ferite e lesioni, che sottovaluta e della cui importanza velocemente da negazione. Inoltre, mano a mano che "si coinvolge" nell'abuso della sostanza, le preferenze sportive danno vita a vere e proprie risse, ed in seguito a comportamenti sadici sui gatti. Ciò appare sempre più chiaro è ben poco in linea con le tesi iniziali del piacere. Secondo **Marcovitz** la psicologia psicanalitica potrebbe offrire un contributo nella comprensione dei differenti aspetti (psicologici, farmacologici, sociali) che dovrebbero essere considerati nella comprensione della dipendenza da droga. Riprendendo il caso sopraccitato, con l'andare della terapia,

l'obiettivo principale, è quello di fare avvicinare il paziente al suo vuoto emotivo. Nel testo si trova l'espressione cut off, ossia tagliare. Il tossicodipendente taglia con le sue emozioni, perché troppo opprimenti e devastanti da essere in grado di contenerle. Il caso di Arnold evidenzia un altro interessante aspetto: l'aggressività. Soprattutto gli "abusatori" di oppiacei, come rivela anche la storia di questo ragazzo di 29 anni, rivelano le sue proprietà calmanti e sedative. Per ogni individuo esiste una sostanza preferita, o cosiddetta d'impiego, e ciò sulla base degli "aspetti mancanti" che essa è in grado di elicitare. A tal proposito riporto una interessante descrizione: "un paziente ha descritto il suo uso di droga come una ricerca di "un sonno senza sogni". Il sonno senza sogni descritto da quest'uomo includeva: una diminuzione dell'attività motoria, insensibilità alle situazioni esterne, e la riduzione totale di assunzione percettiva. Questo stato di percezione passiva sembra simile allo stato di inattività vigilante che Mahler descrive nei neonati" (Frosch, 1978). Gli abusatori di allucinogeni provano simili stati di fusione, come gli individui che utilizzano prevalentemente oppiacei per contrastare sentimenti di intensa rabbia, con sottesa depressione, allo stesso modo gli stimolanti attraggono individui con alta energia per accrescerla, o con bassa energia per attivarla (Khantzian, 2003). Aldilà del possibile valore calmante, o energizzante, la spirale in cui questi individui cadono, ad esempio, la necessità di denaro, e gli ancor più gravi rischio di salute ai quali si espongono nella ricerca della sostanza, essi proseguono. Questo aspetto apre un altro problema: come mai questi individui mostrano una tale "noncuranza" nei confronti dei pericoli a quali possono andare incontro, il primo dei quali è proseguire nell'abuso. E' stata

avanzata una ipotesi circa il valore di vulnerabilità: non si tratterebbe solo di *deficits* a carico delle funzioni e dell'organizzazione dell'Io, ma anche di una mancanza nella capacità di prendersi cura di se stessi. Pocianzi si parlava della difficoltà di queste persone a sperimentare, esprimere, correggere le emozioni. Secondo Khantzian, è proprio su questo filo che si gioca la vulnerabilità. Il titolo di questo capitolo inizia proprio con il termine **emozioni**. La vulnerabilità della tossicodipendenza è da scriversi a carico di una disregolazione del sistema delle emozioni. Secondo **Koob** (2003) la prospettiva psicanalitica, in particolare la visione di Khantzian, trascurava dalla trattazione della vulnerabilità un aspetto importante: le droghe non solo perpetuano il permanere dei tratti di personalità e carattere che elicitano ma anche li creano. In particolare, Koob e Le Moal (1997) sostiene, da un punto di vista neurobiologico, che la vulnerabilità nella tossicodipendenza è a carico proprio di una vulnerabilità nel sistema di regolazione del piacere. Nello stato di "sentimenti negativi", ossia nel momento in cui eventualmente si dovrebbe esperire la posticipazione o non raggiungimento della gratificazione, accadrebbero eventi neurochimici antiadattivi, che normalmente sono utilizzati dal sistema di regolazione emotiva per mantenere l'omeostasi. Nell'individuo dipendente tale *step* diventerebbe sempre più imponente e sarebbe responsabile di quelle percezioni emotive opprimenti e schiaccianti. La parte del cervello implicata in questo processo, l'amigdala estesa è infatti preposta proprio all'espressione delle emozioni. Ad oggi non ci è dato sapere quale fattore giochi la parte più importante e soprattutto non sappiamo in quali direzioni. Da più parti (Khantzian 2003; Koob 2003) si auspica una visione ed un lavoro

integrati, in attesa dell'"uomo del Rinascimento", cioè di colui che pur partendo dai margini della sua specifica prospettiva sarà in grado di intravedere il punto d'unione.

BIBLIOGRAFIA

- ◇ Arcaini A. Bonati B. Ferrari E. Magri F. Pinchera A. Pontiggia B. Pucci E. Riva P. Trenti C. (2004) *I disturbi del comportamento alimentare e le patologie ad esso correlate*, in Nizzoli U. Pissacroia M. (2004) *Trattato completo degli abusi e delle dipendenze*, Piccin Nuova Libreria S.p.A., Padova, vol. II pagg. 917-938.
- ◇ Andolfi M. (1999) *La crisi della coppia*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- ◇ Balestra V. *Fenomenologia generale e clinica delle situazioni di abuso e delle condizioni di dipendenza*, in Nizzoli U. Pissacroia M. (2003) *Trattato completo degli abusi e delle dipendenze*, Piccin Nuova Libreria S.p.A., Padova, vol.II pagg. 1039-1051.
- ◇ Bianchi I. Marinari M. (2003) *L'alcol*, in Nizzoli U., Pissacroia M., (2003) *Trattato completo degli abusi e delle dipendenze*, Padova, Piccin Nuova Libreria S.p.A., vol.I, pagg. 239-245
- ◇ Bisetti A. Brandi F. Fantozzi F. Manna R. Pinchera A. Valenzano L. (2004) *Abuso, dipendenza da nicotina, cannabis e patologie correlate*, in Nizzoli U. Pissacroia M. (2004) *Trattato completo degli abusi e delle dipendenze*, Piccin Nuova Libreria S.p.A., Padova, vol.II pagg. 945-958, vol. II.
- ◇ Bruno F. (2003) *Storiografia della repressione, della liberalizzazione e della depenalizzazione in materia di stupefacenti*, in Nizzoli U. Pissacroia M. (2003) *Trattato completo degli abusi e delle dipendenze*, Piccin Nuova Libreria, S.p.A., Padova, vol. I, pagg. 35-42.
- ◇ Costa E. Colloca M. (2003) *Aspetti biologici, psicosociali ed epidemiologici nella prognosi e nella terapia di donne tossicodipendenti*, in Nizzoli U. Pissacroia M. (2003) *Trattato completo degli abusi e delle dipendenze*, Piccin Nuova Libreria S.p.A., Padova, vol.I pagg. 381-396.
- ◇ Di Salvatore A. (2004) *Il bere e i problemi alcolcorrelati. Dalle credenze comuni alle conquiste dalla scienza*, in Nizzoli U. Pissacroia M. (2004) *Trattato completo degli abusi e delle dipendenze*, Piccin Nuova Libreria S.p.A., Padova, vol. II, pagg. 1352-1381.
- ◇ Emblad H. (1993) *Il problema globale della droga. Il programma sull'abuso di stupefacenti dell'OMS e la prevenzione della tossicodipendenza* in Vizziello G.F. Pigatto S. (1993) *Tossicodipendenza curare per il duemila*, Upsel Editore, Padova.

- ◇ Fenichel, O. (1945). *The Psychoanalytic Theory of Neurosis*. New York: Norton.
- ◇ Freud, S. (1985). *The Complete Letters of Sigmund Freud to Wilhelm Fliess*, trans. and ed. J. M. Masson. Cambridge, MA: Harvard University Press.[à]ZBK.042.0000A
- ◇ Gabrielli C. (2003) *Epidemiologia del fenomeno dell'abuso e dipendenza da sostanze psicoattive*, in Nizzoli U. Pissacroia M. (2003) *Trattato completo degli abusi e delle dipendenze*, Piccin Nuova Libreria S.p.A., Padova, vol. I, pagg. 373-379.
- ◇ Galimberti U. (2006), "*Le Garzantine*", Garzanti Libri, Milano
- ◇ Groeneweg B.F. Lechner-VAn De Noort M. G. (1988) *Kinderen van drugverslaafde ouders: opvoeding en ontwikkeling*. PhD-thesis, University of Utrecht.
- ◇ Glover, E. (1956). *On the Etiology of Drug Addiction*. In: *On the Early Development of Mind*. New York: International Universities Press.
- ◇ Frosch, MD (1970) *Journal of the American Psychoanalytic Association* 18: 209-218.
- ◇ Khantzian E.J (1978) *The Ego, the Self and Opiate Addiction: Theoretical and Treatment Considerations*. *International Review of Psycho-Analysis* 5: 189-198.
- ◇ Khantzian E.J (2003). *Understanding Addictive Vulnerability: An Evolving Psychodynamic Perspective*. *Neuro-Psychoanalysis* 5: (1) 5-21.
- ◇ Koob, G. F. (2003). *Commentary on "Understanding Addictive Vulnerability"*. *Neuro-Psychoanalysis* 5: 35-39
- ◇ Invernizzi G. (2000), *Manuale di Psichiatria e Psicologia Clinica*, McGraw-Hill Libri Italia srl, Milano.
- ◇ Lewis Carroll (1865) *Alice nel Paese delle meraviglie*
- ◇ Limentani, A. (1986). *On the psychodynamics of drug dependence*. *Free Associations* 1F: 48-64.
- ◇ Longo Daniela (1999-2000) *Genitorialità e tossicodipendenza: una sfida possibile?* Tesi di Laurea in Servizio Sociale, Università degli studi di Trieste.
- ◇ Malizia E. (2003) *Storiografia della tossicodipendenza*, in Nizzoli U., Pissacroia M., (2003) *Trattato completo degli abusi e delle dipendenze*, Padova, Piccin Nuova Libreria S.p.A., Padova, vol. I, pagg.3-21.
- ◇ Malizia E. Navazio F. (2003) *Storiografia dell'abuso e della dipendenza da tabacco* in Nizzoli U. Pissacroia M. (2003) *Trattato completo degli abusi e delle dipendenze*, Piccin Nuova Libreria S.p.A., Padova, vol. I pagg. 109-119.

- ◇ Marangon H. Aguglia E. (2003) *Altre condotte di addiction*, in Nizzoli U. Pissacroia M. (2003) *Trattato completo degli abusi e delle dipendenze*, Piccin Nuova Libreria S.p.A., Padova, vol. I pagg. 287-291.
- ◇ Meduri M. Muscatello M.R.A. Gobbi G. Calvosa F. Janiri L. (2004) *L'abuso e la dipendenza da benzodiazepine e altri sedativi*, in Nizzoli U. Pissacroia M. (2004) *Trattato completo degli abusi e delle dipendenze*, Piccin Nuova Libreria S.p.A., Padova, vol. II pagg. 1007-1019.
- ◇ Milli, M.G. (2003) *Storiografia del narcotraffico*, in Nizzoli U. Pissacroia M. *Trattato completo degli abusi e delle dipendenze*, Piccin Nuova Libreria S.p.A., Padova, vol.I pagg. 23-34.
- ◇ Pigatto A. (2003) *La condizione di dipendenza patologica*, in Nizzoli U. Pissacroia M. *Trattato completo degli abusi e delle dipendenze*, Piccin Nuova Libreria S.p.A., Padova, vol. II pagg. 1029-1038.
- ◇ Rado, S. (1933). *The psychoanalysis of pharmacothymia*. *Psychoanal. Q.*, 2: 1-23.[à]PAQ.002.0001A.
- ◇ Robertson, E. (2003). *Reflections on Analytic Work with a Woman Who Has an Addiction*. *Canadian Journal of Psychoanalysis* 11: 185-199.
- ◇ Szasz, T. S. (1958). *The Role of the Counterphobic Mechanism in Addiction*. *Journal of the American Psychoanalytic Association* 6: 309-325.
- ◇ Savit, R. A. (1954). *Extramural psychoanalytic treatment of a case of narcotic addiction*. *J. Amer. Psychoanal. Assn.*, 2: 494.[à]APA.002.0494A
- ◇ Stern, D.N. (1993) *Aspetti fondamentali delle terapie genitori-bambino: i fattori comuni nei diversi approcci*. in Fava Vizziello G.M., Stern D.N. *Dalle cure materne all'interpretazione*, 1993, op. cit., 9-22; in Vizziello, G. F., Stocco, P., (1997), *Tra genitori e figli la tossicodipendenza*, Milano, Masson, pagg. 29-35.
- ◇ Stern, D.N. (1994) *Tra la dipendenza del modello e la dipendenza dal paziente*. In Fava Vizziello G.M., Pigatto A. *I percorsi della dipendenza*, Cleup, Padova, 1994, 201-208; in Vizziello, G. F., Stocco, P., (1997), *Tra genitori e figli la tossicodipendenza*, Milano, Masson. pagg. 29-35.
- ◇ Stern, D.N. (1995) *The motherhood constellation*. Basic Books, New York. Tr. It. *La costellazione materna*. Bollati Boringhieri, Torino, 1995; in Vizziello, G. F., Stocco, P., (1997), *Tra genitori e figli la tossicodipendenza*, Milano, Masson. pagg. 29-35.
- ◇ Valleur M. (2003) *Le condotte di addiction*, in Nizzoli U. Pissacroia M. (2003) *Trattato completo degli abusi e delle*

dipendenze, Padova, Piccin Nuova Libreria S.p.A., vol. I pagg. 265-268.

◇ Villani G. *Anoressia e bulimia*, in Nizzoli U. Pissacroia M. (2003) *Trattato completo degli abusi e delle dipendenze*, Padova, Piccin Nuova Libreria S.p.A., vol. I pagg. 269-273.

◇ Vizziello, G.F. Stocco, P. (1997), *Tra genitori e figli la tossicodipendenza*, Milano, Masson.

◇ Vizziello, G.F. (2003) *Psicopatologia dello Sviluppo*, Il Mulino, Bologna.

◇ Vizziello G.F. Pigatto S. (1993) *Tossicodipendenza curare per il duemila*, Upsel Editore, Padova.

SITOGRAFIA

- ◇ www.wikipedia.org
- ◇ http://dizionari.corriere.it/dizionario_italiano/P/patologico.shtml
- ◇ <http://www.dsm5.org/Pages/Default.aspx>
- ◇ <http://www.corriere.it/salute/dizionario/oms/index.shtml>
- ◇ <http://www.who.int/en/>
- ◇ <http://www.assistentsociali.org/dipendenze>
- ◇ <http://www.edscuola.it/archivio/handicap/ddizionario.htm>
- ◇ www.amedeopaolucci.it
- ◇ <http://www.politicheantidroga.it/>
- ◇ <http://www.sanihelp.it/enciclopedia/scheda/6022.html>
- ◇ <http://www.salute.gov.it/>
- ◇ www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_33476_IT_Dif02it.pdf
- ◇ <http://spaziogiovani.ausl.pr.it/spaziogiovani/index.php>
- ◇ <http://www.iss.it/ofad/I>
- ◇ <http://www.aib.bs.it/Download/redirect.asp?cont=429&privato=false>
- ◇ www.ass1.sanita.fvg.it/

2. INQUADRAMENTO TEORICO: LA GENITORIALITA'

Sulla base di quanto ho scritto circa la Psicologia e la tossicodipendenza, e cioè che "non esiste una vero e proprio consolidato filone esplicativo, frutto di indagini su quanto sta attorno all'uso, all'abuso, alla dipendenza patologica" (cfr. ibidem par. 1.7), è facile capire quanto complesso sia stato condurre una ricerca su tossicodipendenza, alcolismo e genitorialità. Tale difficoltà è da attribuirsi alla "recente novità" anche tema della genitorialità. Essa è considerata una funzione dell'individuo, ma differentemente da altre, come ad esempio, intelligenza, ed apprendimento, non è unanimemente proposta sempre tra i curricula universitari, e spesso è considerata nell'immaginario comune, è fondamentale e strettamente associata solo al momento generativo (a cui questa funzione anche si associa): avere un figlio.

Genitorialità e coniugalità sono due aspetti che "corrono vicini", ed anzi si intersecano interdipendentemente molto più di quanto se non evidenziato si possa credere, od almeno, questo è il motivo per cui, prima ancora di parlare di genitorialità mi sono occupata della coppia. Di quest'ultima ho tracciato brevemente la varie fasi: nascita; consolidamento e rottura. Nella cultura e nella società moderne profondi sono i cambiamenti che hanno investito le famiglie (monogenitoriali, rotte, ricostituite, pertanto allargate), e tale fenomeno ha influito anche sull'esercizio delle funzioni genitoriali, quindi, ho dedicato un paragrafo a "questo nuovo ordine" di interazione e di rapporti tra famiglia e società, passando attraverso le funzioni genitoriali. Prima di entrare nella

definizione vera e propria di cosa sia la genitorialità, in linea con il taglio concettuale e stilistico, dei "paradossi" ho presentato alcune suggestioni. A questo punto mi sono addentrata nella trattazione vera e propria, e, dopo averla definita, sono passata ad una rassegna delle ricerche nazionali ed internazionali specificatamente riguardanti la genitorialità e le dipendenze patologiche qui oggetto d'attenzione. Mi sono riservata un breve *focus* sull'infanzia, sui minori ed i "pericoli" al benessere psico-fisico che questa età, nonostante l'innocenza con cui generalmente la si pensa incorre. Ho concluso il capitolo con una carrellata sugli strumenti, alcuni, con cui le sue funzioni possono essere misurate.

2.1 La coppia: nascita e consolidamento

L'evento nascita e l'esplorazione della genitorialità come nascita fantasmatica di uno spazio dal quale attingere risorse sono due facce intrinseche di una stessa medaglia: ossia come dice Visentini (2004), citando Bertolini e Neri⁹⁸ (1991) "essere radicati in qualcuno per poter mettere radici in un altro con cui diventare coppia per poi offrire ancora ad un altro l'intreccio di queste radici".

Seguendo il suggestivo concetto espresso in questa frase appare chiaro che ancor prima, generalmente, di divenire genitori due persone sono coppia, o perlomeno, anche in quei casi di fortuita e da poco intrapresa relazione, almeno si incontrano.

Prima ancora di parlare della coppia, trovo opportuno, nel senso di interessante fare una breve riflessione sul perché le persone si costituiscono coppia. "*Limitandoci alla cultura occidentale si può comunque dire che vi è una tendenza generale alla scelta di un partner, indipendentemente dalla forma e dalla durata del legame*" (Angelo C., 1999)⁹⁹. Inoltre, la libertà di tali scelte è sempre vincolata in qualche misura e per qualche aspetto ad elementi complessi, data l'intrinseca natura del concetto stesso di "legarsi" a qualcuno. Sarebbe più corretto trasformare il concetto di bisogno di relazione con quello di "*rinuncia*

⁹⁸ Bertolini M., Neri F., (1991) *Fantasie cosce ed inconse, identità personale e genitoriale*, in Società Italiana di Neuropsichiatria Infantile *Fantasie dei Genitori e psicopatologia dei figli*, Borla, Roma (in Visentini Gianluigi, 2004-2005, *Definizione e funzioni della genitorialità*, Associazione Genitorialità, http://www.genitorialità.it/Definizione_Genitorialita.asp)

⁹⁹ Angelo C., 1999, *La scelta del partner*, in Andolfi M., *La crisi della coppia*, Milano, Raffaello Cortina Editore, pag. 23

*condizionata*¹⁰⁰", per coloro che, "scelgono liberamente" di restare *single*. Pertanto, generalmente le persone stringono legami amorosi le une con le altre, e ciò, accade per svariate ragioni, ma, alla "fine della fiera", resta però vero che il bisogno, le spinte iniziatrici del processo sono fondamentalmente due: la prima riguarda l'attaccamento, che si esplicita come una ricerca/bisogno di accudimento e sicurezza¹⁰¹. In **psicoterapia della Gestalt**, tra gli altri, esiste uno strumento, chiamato, **analisi dei rapporti**, il cui scopo è agevolare la lettura del terapeuta "pulendo" la narrazione di colui che chiede aiuto. Spesso infatti, le persone riportano dei problemi che hanno a che fare ancor prima che con contenuti specifici, con contesti specifici: essere un genitore è diverso dall'esser *partner*, collaboratore, figlio etc. La relazione di coppia è un rapporto che si instaura tra due persone, a partire da una condizione di parità, di reciprocità, e, le "regole" a cui fa capo per il suo funzionamento sono diverse da quelle che regolano altri rapporti (Baiocchi, P. 2005)¹⁰². La **sessualità** è uno dei collanti specifici della coppia, la connota precipuamente e la definisce, e costituisce appunto la seconda motivazione al suo costituirsi. Inoltre, *"il soddisfacimento dei bisogni di gratificazione sessuale in maniera stabile, non solo come mera scarica pulsionale ma in ordine alla condivisione del piacere sessuale come forma di comunicazione all'interno della relazione affettiva (funzione metasessuale*¹⁰³)". Il sesso è un'altra forma di comunicazione, è senza parole a queste si può integrare come

¹⁰⁰ Angelo C., 1999, *La scelta del partner*, in Andolfi M., *La crisi della coppia*, Milano, Raffaello Cortina Editore, pagg. 23-24

¹⁰¹ Angelo C., 1999, *La scelta del partner*, in Andolfi M., *La crisi della coppia*, Milano, Raffaello Cortina Editore, pag. 23

¹⁰² http://www.istitutogestalt.net/articoli/mercatino_7-8-9.aspx

Per approfondimenti su Comunicazione Sana

¹⁰³ Monguzzi, F., 2006, *La coppia come paziente*, Milano, FrancoAngeli, pag.50

anche no, ma, con comunicazione si intende il "passare un messaggio", e, si tratta di un messaggio di appartenenza che lega quelle due persone in quel momento di vita, è come dire "io ti riconosco come mio partner, paritario a me e con cui scambio l'intimità del mio piacere, in una reciprocità di contribuzione".

Inoltre, la sessualità si ascrive all'interno della coppia con un altro significato, che riguarda l'originario mandato (funzione) della coppia stessa: garantire la prosecuzione della specie, anche se tale aspetto, sempre più visibilmente nella nostra cultura, via via è andato "independentizzandosi" dalla archetipa funzione: la sessualità non è necessariamente appannaggio di quella che definiamo coppia, vero è che l'assenza della sessualità in una coppia, se non un problema è indice sicuramente di "qualcosa". Per entrambe le spinte motivazionali, l'esistenza della componente fiducia¹⁰⁴, che indica la qualità del rapporto è requisito *sine qua non*, oltrechè rappresentare per ogni singolo che si mette in relazione con un altro quell'originarissimo ed unico legame intrattenuto con le figure primarie d'attaccamento. In tale ottica è evidente nel nostro discorso si apra la strada ad una serie di considerazioni altre che hanno a che fare con: mito, mandato familiare e cultura¹⁰⁵. Intrecciandosi tra loro danno conto, spiegano e creano quello specifico...scegliamo quella specifica persona, in quel preciso momento della nostra vita, provenendo da quella specifica famiglia (Angelo C. 1999).¹⁰⁶ Nasciamo da due specifiche persone con le loro storie di vita, che hanno

¹⁰⁴ Angelo C., 1999, *La scelta del partner*, in Andolfi M., *La crisi della coppia*, Milano, Raffaello Cortina Editore, pag. 24

¹⁰⁵ Angelo C., 1999, *La scelta del partner*, in Andolfi M., *La crisi della coppia*, Milano, Raffaello Cortina Editore, pag. 25

¹⁰⁶ Per approfondimenti si consiglia di leggere: Angelo C., 1999, *La scelta del partner*, in Andolfi M., *La crisi della coppia*, Milano, Raffaello Cortina Editore, pag. 23

"respirato" una determinata "aria" e il cui sistema famiglia, durante la crescita, via via ha contribuito a definire/attribuire un ruolo, fondendosi con le particolari inclinazioni personali, e ciò riguarda anche a noi. In particolare il mito genera le aspettative rispetto alla evoluzione del legame con quella persona che incontriamo. Il contesto attuale, il qui ed ora, *l'hic et nunc*¹⁰⁷ fa sì che di volta in volta gli elementi costitutivi della trama e le loro funzioni mutino¹⁰⁸. E ancora non è un caso se scegliamo, in quel preciso momento di vita, quella piuttosto che un'altra. Essa può essere considerata come soggetta alla stessa legge tempospaziospecifica dei miti: ***"la decisione iniziale, anche quella apparentemente spontanea e libera, non "ragionata", acquista un senso solo alla luce di ciò che accade in seguito e dell'intreccio tra i miti individuali della coppia e, successivamente, tra i miti individuali dei vari componenti della famiglia di nuova formazione, da come questi si collocano all'interno di un racconto che li precede"*** (Angelo C., 1999)¹⁰⁹. Pertanto, la scelta si colloca in una dinamica evoluzione dove differenti scenari prendono forma: connessioni e differenze a partire dall'originario significato. Alla luce di quanto detto, l'attuale *partner*, all'inizio del rapporto diviene mezzo di espressione, trasmissione ed elaborazione (ovviamente se ne siamo consapevoli) del mito e del mandato familiare¹¹⁰. Ed in particolare, il punto da cui prende l'avvio, da cui "sondiamo" se si

¹⁰⁷ Intrinseco concetto della fenomenologia e conseguentemente della Psicoterapia della Gestalt che lo implementa.

¹⁰⁸ Angelo C., 1999, *La scelta del partner*, in Andolfi M., *La crisi della coppia*, Milano, Raffaello Cortina Editore, pag. 28

¹⁰⁹ Angelo C., 1999, *La scelta del partner*, in Andolfi M., *La crisi della coppia*, Milano, Raffaello Cortina Editore, pag. 28

¹¹⁰ Angelo C., 1999, *La scelta del partner*, in Andolfi M., *La crisi della coppia*, Milano, Raffaello Cortina Editore, pag. 29

tratta della persona "giusta", ed inizia il processo di consolidamento della coppia, ha a che vedere, meno romanticamente di quello a cui ci hanno abituato, con ciò che "manca": "*problemi non risolti di perdita, separazione, abbandono, individuazione, nutrimento e deprivazione*" (Angelo C. 1999)¹¹¹. Nella coppia esistono più di due persone: ognuno dei componenti porta dietro di sé e con sé almeno una triade (la primaria: mamma, papà, sé stesso), tutti questi rapporti altri, precedenti e significativi sono termine di paragone per le caratteristiche che si cercano da quel rapporto e da quella persona. Proseguendo, è necessario sottolineare la direzione di tali confronti, essi possono essere **orizzontali** o verticali **trigenerazionali**¹¹². Tra i primi rientrano quelli paritari, (precedenti *partner*), i secondi, connotano quei rapporti caratterizzati da gerarchia (nonni, genitori). A contribuire ulteriormente al consolidamento è il rinvenire nell'altro un qualcuno in grado di farci ("*possibilità reale o fantasticata*")¹¹³ riesumare, elicitare, informazioni sul problematico del rapporto precedente con cui da qualche parte non abbiamo "chiuso i conti". Tanto più siamo in grado di differenziarci dall'altro, attraverso l'identificazione delle nostre specificità, tanto più l'unione risulterà salda e matura. A livello di spazio tempo interni, la costruzione di nuovi legami sembra ripartire dall'interruzione di quello precedente, alla ricerca degli elementi simili, di continuità, e al contempo di differenza. Ad ogni modo "*il prototipo di tali relazioni rimane, come è facile intuire, la*

¹¹¹ Angelo C., 1999, *La scelta del partner*, in Andolfi M., *La crisi della coppia*, Milano, Raffaello Cortina Editore, pag. 29

¹¹² Angelo C., 1999, *La scelta del partner*, in Andolfi M., *La crisi della coppia*, Milano, Raffaello Cortina Editore, pag. 31

¹¹³ Angelo C., 1999, *La scelta del partner*, in Andolfi M., *La crisi della coppia*, Milano, Raffaello Cortina Editore, pag. 31

relazione con i propri genitori. Gli elementi di somiglianza o di differenza diventano quindi determinanti nel permettere che il rapporto non rimanga casuale e si sviluppi nel tempo con caratteristiche di vincolo (Angelo C., 1999¹¹⁴).

Ciò detto voglio concludere evidenziando come tale processo (tutto quello che ho sin qui descritto) non costituisca qualcosa di immanentemente causale ed ineludibile, si tratta di una "traccia", quella della relazione con le figure d'attaccamento primarie, che si inserisce e sovrappone nel fluire continuo della vita di ogni singolo, nel suo contesto, con le sue specifiche risorse, con le sue minori o maggiori resilienze, e capacità di fronteggiamento: non è data pertanto in modo assoluto di per sé. Parimenti vero è che ricopre un ruolo importante di influenza. Con questo sempre restando in una posizione intellettuale a maglie larghe e non assolute dobbiamo tutti i noi fare sempre i conti con ciò, questa è una "storia di specie", ma, come sempre con le diverse tonalità per ognuno di noi. In questa continuità e circolarità, che alle volte può cambiare, altre meno oppure no, è ovvio che l'esistenza di situazioni di trauma¹¹⁵, che siano reali o fantasmatiche¹¹⁶ giocano un ruolo diverso a seconda della loro gravità, a quale legame sono associate e cosa recidono¹¹⁷ relazionalmente nella vita della persona.

¹¹⁴ Angelo C., 1999, *La scelta del partner*, in Andolfi M., *La crisi della coppia*, Milano, Raffaello Cortina Editore, pag. 29

¹¹⁵ Vizziello, G. F., (2003) *Psicopatologia dello sviluppo*, Il Mulino, Bologna, pag. 336

¹¹⁶ Con tale termine ci si riferisce a ciò che riguarda le rappresentazioni che ogni persona possiede circa la realtà, che da questa si differenziano, e danno sapore allo specifico modo in cui l'individuo processa psichicamente le informazioni ambientali (Vizziello, G. F., (2003) *Psicopatologia dello sviluppo*, Il Mulino, Bologna, pag. 320)

¹¹⁷ Il trauma a livello psichico assomiglia ad una sorta di "cancro": tende ad incapsulare come estremo tentativo di fronteggiamento difensivo l'evento causa di esperienza dolorosa e che per le caratteristiche possedute risulta di difficile elaborazione ed integrazione nella vita della persona. Ovviamente il suo decorso, e gli effetti che produce sono assolutamente da riferire a fattori quali: l'età della persona, il contesto di vita, relazionale, familiare, di supporto, e non ultime, alle personali caratteristiche.

Concludendo esistono delle linee guida, delle "Leggi" comuni, ma queste, sempre e comunque sono rimesse allo specifico individuale per l'espressione di gravità, di normalità, di patologia, di sintomo di qualcosa.

2.2 Funzionalità e disfunzionalità nella coppia

Nuovamente, come già per la dipendenza patologica, ciò che è disfunzionale in primissima battuta ed intuitivamente, ci rimanda ad non "utilità", intesa come insieme di caratteristiche che rendono qualcosa, in questo caso la coppia, "luogo" soddisfacente per le persone che la abitano. Preciso subito, ancor prima di proseguire, che utilità può essere termine ambiguo, non solo in quanto usato comunemente come accezione negativa, di interesse, ma, anche perché, spesso capita, che utile sia qualcosa che è funzionale al mantenimento di quella coppia, le cui modalità relazionali sono però disfunzionali.

Detto ciò inizio subito, come fa anche Walsch F. (1999¹¹⁸) riprendendo il concetto di "*quid pro quo*" di Jackson (1977b¹¹⁹). Qualcosa per qualcos'altro non è solo un equivoco, in questo senso è il terreno dove la coppia scambia. Aldilà della coppia coniugata che firma effettivamente un contratto sociale formalizzato attraverso l'atto del matrimonio, qualsiasi rapporto, anche informalmente (amici, genitori etc...cfr. ibidem a tal proposito l'analisi dei rapporti in Psicoterapia della Gestalt Trieste) è

¹¹⁸ Walsch F., *Coppie sane e coppie disfunzionali: quale differenza?* in Andolfi M., *La crisi della coppia*, Milano, Raffaello Cortina Editore, pag. 56

¹¹⁹ Jackson, D. D. (1977b) *Regole familiari*. Tr. It. In: WATZLAWICK, P., WEAKLAND, J. (a cura di) *La visione interazionale*. Astrolabio, Roma 1980. in Walsch F., *Coppie sane e coppie disfunzionali: quale differenza?* in Andolfi M., *La crisi della coppia*, Milano, Raffaello Cortina Editore, pag. 28

regolamentato da regole, un "contratto implicito". Ad esempio, stare insieme ad una persona ed essere in coppia con lei implicitamente presuppone un'esclusività di rapporto (non sempre e non in tutte le culture), la condivisione di progetti futuri circa casa figli etc, la condivisione ed il supporto morale ed emotivo. In altre parole, per farla moto breve ed immediata, da una relazione di coppia in quanto tale ci si aspetta e si presume come minimo una frequentazione che superi la volta al mese (di norma, ed almeno perché si instauri e consolidi, salvo ovviamente motivi altri contingenti). ***"La riuscita o il fallimento di un matrimonio dipendono dal funzionamento o meno di regole di collaborazione che devono essere espresse da ogni coppia in considerazione delle inevitabili differenze e somiglianze tra i partner"¹²⁰***.
Portando molto avanti questo discorso il filo su cui si dipana la funzionalità/disfunzionalità è la gestione del conflitto (diversità di interessi, risorse, competenze, idee, gusti, che fanno parte non solo del mondo delle coppie ma di qualsiasi relazione umana). D'altra parte, la terapia può essere di supporto quando il conflitto si inserisce "attorno" alla coppia, in situazioni "normali" (crescita figli, stress, etc), non è sufficiente per la disfunzionalità vera e propria. Essa fa riferimento a quelle situazioni ove il conflitto si è radicato nella natura stessa del rapporto di coppia: una cristallizzazione rigida dei ruoli sessuali; ed anche una "cornice" (cfr. ibidem analisi dei rapporti) sbagliata di riferimento, ossia quando nella coppia si stanno risolvendo prepotentemente altri rapporti "genitore (madre o padre)-figlio/a", questo conduce inevitabilmente ad una uscita dalla coppia e delle sue peculiarità.

¹²⁰ Walsch F., *Coppie sane e coppie disfunzionali: quale differenza?* in Andolfi M., *La crisi della coppia*, Milano, Raffaello Cortina Editore, pag. 57

Di questi complessi aspetti che si intersecano fino alle volte a scomparire nei meandri di problemi quotidiani un attento occhio che si pone in relazione d'aiuto deve ben tenere conto.

2.3 La coppia: famiglia e famiglia sociale¹²¹

Senza allargare troppo il *focus* dell'attenzione ho deciso di partire dalla coppia "tradizionale", ove peraltro tale termine è improprio, nel senso di coppia prima di divenire genitori, infatti, la coppia tradizionale dei nostri nonni, per così dire, è qualcosa di lontano tanto quanto temporalmente lo sono gli anni che separano le generazioni, se non di più. Le trasformazioni culturali, la parità dei sessi, cosiddetta, se non altro l'uscita dalle cucine e l'ingresso sempre più massiccio delle donne nelle realtà lavorative, hanno determinato profondi cambiamenti. Di questi ultimi, le relazioni affettive hanno risentito, intendendo con questo termine, che, ne sono state ingentemente influenzate. In particolare la struttura delle famiglie¹²² si è modificata. Ad oggi, ritornando all'iniziale esempio della famiglia "tradizionale" dei nostri nonni, dobbiamo necessariamente aggiungere, quella di fatto, la ricomposta e la monogenitoriale¹²³. Nel modo attuale molte funzioni genitoriali attribuite ai genitori o ai parenti nelle cosiddette famiglie tradizionali o patriarcali sono sempre più vicariate, svolte da altri attori, in particolare quelle che concernono: l'istruzione, il divertimento, e l'informazione o tutela della salute. Spesso poi la

¹²¹ Monguzzi, 2006.

¹²² Tratto dalle slide di Elena Mazzocchi a cui rimando per approfondimenti, componente dello studio Elga (Udine), che si occupa di mediazione familiare e gestione dei conflitti, sito internet: www.elgamediazione.it

¹²³

<http://www.elgamediazione.it/nuovo/files/genitorialita.ppt#276,22,BIBLIOGRAFIA>
(slide di Elena Mazzocchi)

famiglia "non regge", entra in crisi, ciò può produrre nuovi assetti, e, ove possibile, crescita e consolidamento, più di frequente si assiste al suo scoppio, quindi alla rottura. Tale evento è rintracciabile anche intorno a quello che accade con incrementata frequenza negli studi degli avvocati divorzisti o degli psicoterapeuti di coppia. Un giorno, una mia utente mi ha detto: "d'altra parte voi ci siete perché ci siamo noi"¹²⁴, e questa mi sembra una corretta deduzione, nonché dato quantitativo che rende ben conto dello status quo, dell'esistente. A tal proposito la categoria dei colleghi psicologi, ben evidenzia come siano sempre più le persone che si rivolgono all'aiuto del professionista per questioni legate alla coppia. Per essere succinti e direttamente rappresentativi, queste abitudini, questi costumi ai tempi dei miei nonni non erano la consuetudine, come peraltro, non lo erano neppure le separazioni. Ed ancor di più il problema coppia, nella coppia, della coppia, che dir si voglia, non è qualcosa che rappresenta i due individui separati, ma, forma una *gestalt*, cioè qualcosa di diverso dalla semplice somma delle parti. Infatti, *"Il problema che viene portato all'attenzione del clinico non è la patologia, o il malessere del singolo individuo, ma una relazione sofferente,....la coppia chiama il clinico al suo capezzale del rapporto, ed egli si confronta con un male a due facce; un male che si genera da disfunzioni e difficoltà degli individui che compongono la coppia, ma che rivela nello stesso tempo una sofferenza propria che, a sua volta, rinnova o causa malesseri specifici in loro (Monguzzi, F., 2006)¹²⁵".* Pertanto appare evidente, da quanto sin qui detto, come ciò che si sta verificando

¹²⁴ Lavoro presso il DDD Sostanze Illegali come *tutor* per il progetto di reinserimento socio-lavorativo.

¹²⁵ Monguzzi, F., 2006, *La coppia come paziente*, Milano, FrancoAngeli, pag.9.

oggi è una crisi della coppia come *"istituzione sociale"*¹²⁶, in quanto, la vulnerabilità che la riguarda a coinvolge non ha più solo a che fare con "normali", nel senso di fisiologiche, fluttuazioni d'assestamento in concomitanza di passaggi tra fasi di vita e di coppia (crescita dei figli, invecchiamento, uscita dei figli da casa, etc.), ma si colloca di per sé, proprio dentro la struttura della coppia stessa. Oltre alle differenze messe precedentemente in luce circa le modificazioni sociali e culturali del passaggio dalla famiglia patriarcale a quella, per così dire, moderna, voglio sottolineare anche come ciò, per dirla con Monguzzi (2006), abbia determinato *"una centralizzazione delle competenze parentali nelle figure del padre e della madre, generando di fatto una dipendenza emotiva esclusiva tra i coniugi, e fra di essi ed i figli"*¹²⁷. All'interno di questo processo di estrema concentrazione, intesa come contrattura e restrizione di funzioni, e conseguente dimagrimento di risorse, va precisato, che la coppia, all'interno del suo funzionamento, e proprio per quest'ultimo, deve garantire ai membri componenti spazi di intimità amorosa e sessuale. Proseguendo, si assiste parimenti, in misura considerevole (nel senso di tipico di un numero crescente di famiglie) ad un altro fenomeno importante: la *"rarefazione della rete parentale"*¹²⁸. Sulla base di quanto scritto e considerato nel precedente paragrafo circa l'influenza dei miti e mandati familiari nella scelta del partner, possiamo qui ancor meglio capire ed apprezzare la portata di questo evento, che conduce ad un ulteriore passo: ossia che, *"l'identità familiare risente della assenza di un modello familiare consolidato di riferimento"* (Monguzzi, 2006, pag.21).

¹²⁶ Monguzzi, F., 2006, *La coppia come paziente*, Milano, FrancoAngeli, pagg. 14 e 20.

¹²⁷ Pag.20 Monguzzi

¹²⁸ Monguzzi Pag.20

Quindi, "la famiglia si è venuta configurando come un organismo affettivo unicellulare, all'interno del quale la coppia è il nucleo fondante e costitutivo"¹²⁹."

Differentemente dal passato è anche il momento fondativo della coppia, che sempre più spesso coincide con il divenire genitori, manca, sovente uno spazio "pre" famiglia "pre" coppia, e sembra quasi che la posizione generazionale gerarchica si inverta: è il bambino a determinare la funzione generatrice della coppia (Cigoli, 2003¹³⁰, in Monguzzi 2006). Dunque spesso la funzione contenitiva, le radici di cui ho parlato in apertura al paragrafo sulla coppia, nascita e consolidamento, riprendendo Visentini (2004) quando cita Bertolini e Neri (1991), sembrano mancare, e questa inversione se non produce, se non altro, può mettere a rischio la funzione contenitiva della coppia. E' a questo punto che emergono gli affidamenti alla "**famiglia sociale**"¹³¹, a cui ho fatto riferimento, circa lo spostamento (quando non diviene delega) dei ruoli e funzioni genitoriali sull'esterno, verso la rete sociale (istruzione, divertimento, tutela della salute). In conclusione, voglio sottolineare come l'esistenza di una rete sociale non sia di per sé una condizione negativa, anzi, molto spesso essa, attraverso le varie Agenzie, dalla Scuola, ai Centri Ricreativi, alle ludoteche, all'Azienda Sanitaria territoriale, costituisce valido supporto, "limatura" di taluni aspetti con differenti gravità (sostegno psicosociale), contenimento, valutazione, ricognizione di nodi problematici, indirizzamento al minore, ai genitori, al nucleo.

¹²⁹ Pag.21 Monguzzi

¹³⁰ Cigoli V., (2003) *La coppia tra scenari di origine e nuova nascita*, in Andolfi M., Cigoli V., (2003), cit., pp. 125-146, in Monguzzi, F., 2006, *La coppia come paziente*, Milano, FrancoAngeli, pag.21

¹³¹ Monguzzi, pag.22

2.4 Il tossicodipendente e la sua famiglia: il padre

Quanto sin qui esposto dimostra, come, seppur esista anche una cosiddetta famiglia sociale, la famiglia d'origine di per sé non diminuisce nel valore, né nell'importanza, quello che scrive Minuchin (1977)¹³² in "Famiglie e terapie della famiglia", mi sembra molto chiaro per spiegare tale considerazione: *"non possiamo essere liberi dai genitori, dagli insegnanti e dalla società perché sono fonti extracerebrali delle nostre menti"*. Ciò a dimostrazione del fatto che la famiglia è un fattore altamente significativo per l'individuo.

Le ricerche e gli studi sulla famiglia del tossicodipendente, che hanno preso il via dagli anni '80, hanno avuto, tra gli altri, il "merito" di spostare il *focus* vizio/peccato/malattia dall'individuo alla rete familiare.

L'attenzione alla famiglia d'origine è un punto centrale nella presa in carico complessiva del paziente tossicodipendente, spesso è un lavoro difficile, in quanto ci si trova d'innanzi a relazioni frammentate, "rotte", conflittuali, ove non addirittura assenti. A proposito della centralità del ruolo familiare, in seguito nel capitolo, presenterò alcune evidenze, provenienti dalla letteratura internazionale. Per quanto riguarda quella italiana, ha "fatto scuola" il testo "La famiglia del tossicodipendente" di Cirillo, Berrini, Cambiaso e Mazza (1996)¹³³. In particolare Cambiaso, Berrini, Codini (1989) sostengono che, *"da un punto di vista familiare alla base della tossicodipendenza non vi è tanto un eccesso di accudimento interno, quanto piuttosto una carenza che*

¹³² Minuchin S. (1977) Famiglie e terapia della famiglia, Astrolabio.

¹³³ Cirillo S. Berrini R. Cambiaso G. Mazza R. (1996) *La famiglia del tossicodipendente*, Raffaello Cortina Editore, Milano.

*crea nel figlio modalità patologiche di attaccamento*¹³⁴. Più specificatamente evidenziano come, nella esperienza clinica, abbiano rilevato che nelle coppie di genitori di tossicodipendenti vi è una *"mancanza di raffronto tra i due, non tanto come individui, ma come genitori"*¹³⁵. Quello che si verifica all'interno dell'assetto familiare è la *"trasmissione intergenerazionale di esperienze traumatiche e carenziali"*¹³⁶ mai adeguatamente elaborate, dove a una madre ipercoinvolta corrisponde un padre assente e periferico.

In particolare, la tossicodipendenza è considerata un *"sintomo maschile"*¹³⁷, ove la sintomatologia esprime l'incompiutezza della presa di responsabilità paterna, relativa, quindi all'espressione delle funzioni paterne. Si tratta di un padre che *"tiene sempre la faccia voltata da un'altra parte, non si accorge delle difficoltà del figlio e, in particolar modo, non testimonia in suo favore rispetto alle carenze accuditive materne."*¹³⁸ Cirillo et al. sottolineano come Stanton (1979)¹³⁹ sia il primo autore a rilevare tale relazione triadica disfunzionale. Ancor più interessante è come tale figura paterna, così delineata, sia percepita dagli operatori:

¹³⁴ Cambiaso G. Berrini R. Codini G. (1989) *Uno studio sulle disfunzioni internazionali tra genitori tossicodipendenti, mediante l'utilizzo del Rorschach Concordato*, Quaderni di terapia familiare, 3, pp.11-19 in Cirillo S. Berrini R. Cambiaso G. Mazza R. (1996) *La famiglia del tossicodipendente*, Raffaello Cortina Editore, Milano pag. 172 ed anche in Francesca Puntoriero (2010/2011) *Genitorialità e tossicodipendenza: il lavoro di rete come modalità di intervento*- Corso di Laurea in Servizio Sociale.

¹³⁵ Cirillo S. Berrini R. Cambiaso G. Mazza R. (1996) *La famiglia del tossicodipendente*, Raffaello Cortina Editore, Milano, pag. 172

¹³⁶ Cirillo S. Berrini R. Cambiaso G. Mazza R. (1996) *La famiglia del tossicodipendente*, Raffaello Cortina Editore, Milano.

¹³⁷ Cirillo S. Berrini R. Cambiaso G. Mazza R. (1996) *La famiglia del tossicodipendente*, Raffaello Cortina Editore, Milano, pag. 199

¹³⁸ Cirillo S. Berrini R. Cambiaso G. Mazza R. (1996) *La famiglia del tossicodipendente*, Raffaello Cortina Editore, Milano, pag. 199

¹³⁹ Stanton M. D. (1979) *Famiglia e tossicomania*, *Terapia Familiare*, 6, pp.99-115. in Cirillo S. Berrini R. Cambiaso G. Mazza R. (1996) *La famiglia del tossicodipendente*, Raffaello Cortina Editore, Milano, pag. 200

resta sullo sfondo, non costituisce né un particolare ostacolo, né una risorsa (Regalia, 1994)¹⁴⁰.

Ritornando alla coppia coniugale, è chiaro che la disfunzione nella pratica genitoriale sia da collocarsi, ancor prima che in quella, nella coppia in se stessa (cfr. ibidem par. 2.1 3 2.2). Cirillo et al. ulteriormente definiscono il ruolo di marito/padre come quello di un uomo criticato, confermato e svalutato, di cui la madre parla come di genitore assente ed abdicante nell'esercizio della funzione genitoriale (pa. 202-203). Cirillo et al. ipotizzano che l'assenza paterna, da loro osservata, nella triade poteva riferirsi anche a caratteristiche individuali del padre. Ciò, sulla base della prospettiva trigerazionale li ha condotti a distinguere tra gli elementi di assenza paterna/sintomo tossicomano ed assenza paterna costitutiva (pag.203). Ritengo quest'ultimo aspetto, molto importante, tanto nella valutazione ed anamnesi familiare, quanto utile strumento di programmazione dell'intervento.

La tossicodipendenza letta in chiave familiare: come "crisi" una difficoltà del sistema ad attraversare una di quelle fasi "normali" del ciclo di crescita, ossia l'adolescenza (cfr. ibidem par.2.2 e 2.3)

Concludo riportando una considerazione di Cancrini (1982)¹⁴¹ circa la relazione tra la storia affettiva familiare e la tossicodipendenza *"Collocato all'interno del romanzo familiare in cui si è verificato, il comportamento tossicomane si presenta come il tentativo di controllare una condizione di sofferenza che è lo sviluppo naturale di questo romanzo. Sostenuto da una rete*

¹⁴⁰ Regalia C. (1994) La rete sociale nella percezione degli operatori. In Cigoli V. (a cura di) Tossicomania. Passaggi generazionali e intervento in rete, cit. in Cirillo S. Berrini R. Cambiaso G. Mazza R. (1996) *La famiglia del tossicodipendente*, Raffaello Cortina Editore, Milano, pag. 201.

¹⁴¹ Cancrini L. (1982) Quei temerari sulle macchine volanti, NIS, Roma in Cirillo S. Berrini R. Cambiaso G. Mazza R. (1996) *La famiglia del tossicodipendente*, Raffaello Cortina Editore, Milano

fitta di collusioni (complicità), tale comportamento non è più solo pesante per le conseguenze che determina a livello della famiglia, ma subdolamente funzionale (utile) ad una serie di correnti sotterranee (non consapevoli) che la caratterizzano dal punto di vista mitico (emozionale). La necessità di intervenire a questo livello sul contesto interpersonale originato dal gioco delle relazioni in corso fra il tossicomane e gli altri membri della sua famiglia, è la conseguenza obbligata di questo tipo di osservazione."

2.5 La coppia tossicodipendente ed alcolista

Spesso, nell'ambito delle dipendenze patologiche alcuni approfondimenti, sperimentazioni e progettazioni, conclusioni, "buone prassi" provengono dal lavoro comunitario. Le Comunità terapeutiche, proprio per la loro impostazione-*target*, e per l'implementazione di specifici progetti interni, "comunità madri figli", "coppie con figli", "coppie", hanno la possibilità di rilevazioni h24 su tali temi. Parimenti, l'"Istituzione", per la continuità, la globalità della presa in carico, per la mole incessante di lavoro, non di rado "emergente", nel senso classico di emergenza, ossia di dare priorità ad una necessità, in quel momento prevalente, (terapia farmacologia, crisi, carcerazioni, situazioni alloggiative precarie, sfratti esecutivi etc..) lascia sullo sfondo le tematiche sopra elencate. Il lavoro è frenetico, e, come la patologia stessa che tratta, è caratterizzato dal "tutto e subito". Spingo in là la riflessione: il quadro di cura appare frazionato in domini differenti, alle volte al punto che l'unità finale sembra quasi irrecuperabile. La descrizione ha il sapore di quel meccanismo di

difesa che chiamiamo scissione, tipico di questi nostri pazienti. E tale aspetto come sottolineano Vizziello e Simonelli (2004)¹⁴² la scissione mista all'evitamento riguarda anche il tipo di attaccamento prevalente nelle madri tossicodipendenti emerso nella loro ricerca (cfr. ibidem par. 2.11). La psicologia, come ho evidenziato alla fine del primo capitolo (cfr. ibidem par. 1.7) per molto è stata sullo sfondo della tematica della dipendenza patologica, a cui ha dedicato solo di recente attenzione di ricerca e concettualizzazione, inoltre, prevalente è stato l'atteggiamento ideologico di cura, all'interno di un continuo mutamento di categorizzazione sia nell'opinione pubblica, che nelle legiferazioni a riguardo: tossicodipendente come peccatore/viziato e dell'alcolista come uno beve per dimenticare. Apro qui, una doverosa parentesi. Con quanto sinora detto, ritengo che sia necessario precisare che l'uso di sostanze in maniera patologica non sempre necessariamente rimanda ad "altro" una volta che l'assunzione è sospesa: non sempre e necessariamente si deve "slatentizzare" qualcosa: un trauma, o un problema cosiddetto psichiatrico o simil-tale. Infatti, ho anche evidenziato come il fenomeno, sempre più dilagante, debba, ed oggi a mio avviso più che mai, essere letto anche come conseguente alla presenza di un "mercato di consumo". Ciò rimanda sia alla questione del narcotraffico, ma anche e soprattutto, di fenomeno che si inserisce nella nostra società, cosiddetta dei consumi. Tale precisazione, ovviamente vale soprattutto per quei fruitori di consumo, occasionali, sperimentatori (cfr. ibidem par. 1.1 a), vero è che, molti fattori sociali ed economici contingenti, dalla crisi

¹⁴² Vizziello G.F. Simonelli A. (2004) La tossicodipendenza tra genitori e bambini, pag. 1217-1218 (vol. II) in Nizzoli U. Pissacroia M. (2004) Trattato completo degli abusi e delle dipendenze, Nuova libreria S.p.A., Padova.

occupazionale, all'abbandono scolastico, rendono necessaria una attenta valutazione del confine, che in qualsiasi momento potrebbe trasformarsi.

Ritornando alla scissione e alla sua proiezione nel mondo della sua presa in carico, da un lato le acquisizioni scientifiche attuali, non ultime quelle psicosociali, e la maggior strutturazione degli interventi hanno fatto sì che anche nei Servizi istituzionali si sia iniziato a pensare a questi temi, basti pensare alla creazione di gruppi per genitori tossicodipendenti. Il fatto che gli operatori inizino a pensare a queste cose nella loro mente e a creare degli spazi di incontro-confronto, crea lo spazio perché anche i pazienti in carico inizino a mentalizzare le loro scissioni. Viceversa, le Comunità ed i Servizi stanno scambiando sempre più per costruire un raccordo tra il "pre", il "durante" ed il "dopo", in un ottica di circolarità che unisce.

Tutto ciò detto per premettere che riguardo la coppia tossicodipendente ho trovato molto interessante il lavoro "Quando il papà e la mamma si bucano" della Comunità "Cascina Abele" (**Cooperativa Sociale di Bessimo**), che lavora sul progetto coppie dal 1989. La Comunità "Cascina Abele" di Murisengo.

Ho trovato molto interessante la sperimentazione concettuale ed applicativa sottostante: l'accoglimento della coppia unita. A tal proposito Leopoldo Grosso¹⁴³ (psicologo) attribuisce tale scelta metodologica, alle evidenze cliniche che molte famiglie tossicodipendenti, per evitare di essere separate rinunciavano al trattamento non presentandosi ai Servizi. Infatti, scrive che l'intervento tipico era costituito dalla separazione della coppia, sulla base del presupposto che la coppia tossicodipendente è

¹⁴³ <http://www.bessimo.it/pdf/quandoilpapaelamamma.pdf> pag.22 -26

collusiva nel rinforzo alla dipendenza. Le finalità di esplicano attraverso alcuni step, tra cui, a proposito di collusione, uno di essi è costituito dalla capacità dei soggetti membri della coppia di mantenersi in assenza della sostanza, inoltre, per quanto ho sinora presentato separatamente circa coppia e genitorialità, anche quest'ultima viene inserita all'interno del progetto, ed a mio avviso, ciò permette una integrazione ampia nella cura e nelle parti.

Riprendo qui, la descrizione che Grosso propone su alcune tipologie di coppie tossicodipendenti, e scrive che tali configurazioni *"esprimono una peculiarità di dinamiche interne alle coppie e nelle modalità in cui esse si pongono verso l'esterno"*. Pertanto, lontano dall'essere una categorizzazione etichettante e cristallizzata, la trovo molto suggestiva in quanto permette di assaggiare come la dipendenza "stia tra".

La prima tipologia la definisce **"Bonnie e Clyde"**. Si tratta di due persone che hanno iniziato a farsi separatamente e che si sono conosciute in piazza: "la coppia unifica le competenze rispetto alle modalità di procurarsi il denaro indispensabile al consumo ed all'abuso". Si crea una complicità perfetta nella trasgressione e il procurarsi la sostanza ha le valenze di un atto sessuale, una sorta di lungo preliminare. La riuscita dell'acquisizione potenzia il senso di onnipotenza della coppia, che quando inserita in Comunità rivela la sua coesione nell'obiettivo di riuscita nel progetto. Eliminata la sostanza la coppia può ristrutturarsi verso una attività sessuale intensa oppure ad una sua sublimazione.

La seconda tipologia di coppia è chiamata dall'autore **"io ti salverò"**. Solitamente lui è tossicodipendente e lei no. Lei si pone come salvatrice, in competizione con la tossicodipendenza di lui,

della quale diviene gelosa nel momento in cui, ad esempio, le esperienze di ricaduta la confrontano con una realtà in cui si sente sconfitta. A questo punto, se nel rapporto l'eroina si frappone, in quanto anche lei inizia ad abusarne, si arriva ad una illusione di piena fusione. In questo caso la dipendenza prevalente è dal rapporto, non dalla droga. La dinamica di sfruttamento-amore oblativo si riproduce anche in Comunità, ma l'assenza dell'eroina come equilibratrice, può determinare tre possibili esiti del rapporto: uno più paritario (meno probabile); uno di consapevolizzazione di lei che non lo può cambiare, ma, scegliere di rompere la relazione; la ricaduta di entrambi perché il nuovo assetto non è sostenibile.

La terza tipologia è chiamata "**amo il mio *pusher***", ove la scelta del *partner* è strumentale, determinata dall'esigenza della disponibilità della sostanza. L'uso della sostanza è moderato da parte di entrambi: lei assolve al ruolo di sperimentatrice delle partite di sostanza e a livello sociale, rispetto al "gruppo" si relaziona in maniera adeguata, non manifestando atteggiamenti incontrollati nell'uso; lui, in quanto *pusher*, deve garantire una organizzazione, pertanto si autocontrolla nell'uso. Sessualmente, spesso si rintracciano difficoltà da parte di lei, che la sostanza aiuta a superare. Per tale coppia dall'equilibrio perfetto, gli unici possibili motivi di rottura si possono rintracciare in due occasioni: nel momento in cui lui finisce in carcere, o quando non vi è disponibilità di sostanza.

Infine, l'ultima tipologia di coppia tossicodipendente è chiamata "**fratello e sorella**". Quest'ultima non si identificano nella sostanza. Si tratta di partner stabili, di lunga durata, in cui vi è una divisione paritaria dei compiti, anche per quanto riguarda il

procurarsi la sostanza. L'uso moderato e controllato permette ai due componenti una facciata sociale, una attività lavorativa, l'essere padre e madre, le relazioni con la famiglia d'origine, in quanto anche l'assunzione è molto intima e privata. La sostanza si inserisce all'interno della comunicazione sessuale: permette di evitare il confronto su problemi di coppia e che spesso determinano problemi nella relazione sessuale. Pertanto, la sostanza non diviene ragione di vita ma è comunque funzionale allo status quo. Le condizioni che possono determinare crisi forti in questo assetto appena descritto sono due: da un lato, quando uno dei due inizia un rapporto massiccio con la sostanza, ciò determina la perdita della compatibilità tra i due, oppure quando, il denaro legale, proveniente dal reddito viene a mancare, e il procurarsi il denaro illegalmente determinerebbe una minaccia alla facciata sociale.

Per quanto riguarda l'alcolismo, nelle sue relazioni con la dimensione della coppia e della famiglia solitamente lo si associa a due fenomeni: **la violenza familiare e la codipendenza**.

Come scrive la dott.ssa Valeria Zavan nella *home page* del sito dei codipendenti anonimi¹⁴⁴: il concetto di **codipendenza** entra nel mondo della "scienza" nei primi anni '80, in seguito all'osservazione clinica di caratteristiche comuni ai familiari di alcolisti. E prosegue delineandone la nascita e la storiografia: esso si è diffuso tra gli anni '80 e '90, tra gli operatori che si occupavano sia di alcolismo che di tossicodipendenza. Parallelamente, una sua concettualizzazione è avvenuta nel campo psicoterapeutico, soprattutto quello di indirizzo sistemico-familiare, e in generale

¹⁴⁴ <http://www.codipendenti-anonimi.it/html/Professionisti.htm>

nelle terapie di gruppo particolarmente quelle nate nell'ambito degli AA (Alcolisti Anonimi). Infine, altri contributi sono giunti dalla psicologia e dalla sociologia. Pertanto la contemporanea apparizione della teorizzazione in differenti campi ben rende conto della difficoltà di una sua descrizione. Si tratta di un termine noto, sia nell'immaginario comune, che in quello clinico ma nella pratica a volte sfuma. Zavan offre una sua definizione in questi termini: *"un insieme di comportamenti tipici, caratteristici di partner/familiari di soggetti affetti da dipendenze, da altri disturbi psichiatrici, disturbi compulsivi o di personalità"*¹⁴⁵. La modalità codipendente agisce attraverso una azione di controllo/monitoraggio del *partner/familiare* "malato". Al comportamento controllante del codipendente si associa la contemporanea esperienza di "sicurezza, autostima ed identità" (1989, Prima Conferenza Nazionale sulla Codipendenza in Zavan). Inoltre, essa si esplica a livello di manifestazioni comportamentali come un massiccio investimento sul benessere del *partner*, sul familiare, e sulla relazione. L'intera vita familiare ruota attorno al "problema" dell'altro, ed al tentativo di risolverlo. A livello familiare, Zavan, scrive che si assiste ad uno *"stress relazionale cronico"*¹⁴⁶: il soggetto sano, il codipendente investe tutto energie mentali, affettive, relazioni sociali esterne sulla cura. Si insatura una sorta di spirale: smettere tale atteggiamento di controllo confermate è subordinato alle conferme che attraverso tali atteggiamenti il codipendente ha di sé.

¹⁴⁵ <http://www.codipendenti-anonimi.it/html/Professionisti.htm>

¹⁴⁶ <http://www.codipendenti-anonimi.it/html/Professionisti.htm>

Altro fenomeno a cui spesso si associa l'alcolismo è la violenza familiare.

L'uso delle sostanze stupefacenti è conosciuto sin dai tempi antichi, con differenti funzioni ed usi, da quelle farmacologico-curativo, a quello di effetto psicoattivo vero e proprio. Differentemente l'alcol, non solo è conosciuto sin dai tempi antichi, ma è anche stato da sempre inserito "nelle tradizioni culturali di quasi tutti i popoli."¹⁴⁷ Camerini e Galliani (2004) propongono una rivisitazione della letteratura circa l'associazione tra alcolismo e violenza domestica. Mac Murray¹⁴⁸ (1979) ha effettuato uno studio d'archivio, sul registro di bambini trascurati e maltrattati (*Alberta Registry for Child Abuse and Neglect*) dal quale è emerso che, su 1645 famiglie, il 33% dei figli/e che avevano subito violenza fisica avevano almeno un genitore che consumava alcol. Al fine di evidenziare l'esistenza di associazioni tra uno specifico tipo di abuso subito nell'infanzia e l'alcolismo di un genitore, Martin e Walter (1982)¹⁴⁹ hanno studiato 489 casi di minori, che erano stati vittime di abuso sessuale, violenza fisica e trascuratezza. Differentemente dalle precedenti indagini, Wilson e Orford (1978)¹⁵⁰ hanno

¹⁴⁷ Camerini G. Galliani I. (2004) Alcolismo e violenza intrafamiliare, vol.II pag. 1153-1163 in Nizzoli U. Pissacroia M. (2004) Trattato completo degli abusi e delle dipendenze, Piccin Nuova Libreria S.p.A., Padova.

¹⁴⁸ Mac Murray (1979) *The effect and nature of alcohol abuse and child neglect*. *Victimology*, 4, 29-45 in Camerini G. Galliani I. (2004) Alcolismo e violenza intrafamiliare, vol.II pag. 1156 in Nizzoli U. Pissacroia M. (2004) Trattato completo degli abusi e delle dipendenze, Piccin Nuova Libreria S.p.A., Padova.

¹⁴⁹ Martin M.J.J. Walters (1982) *Familial correlates of selected types of child abuse and neglect*, *Journal of Marriage and the family*, 44, 267-276 in Camerini G. Galliani I. (2004) Alcolismo e violenza intrafamiliare, vol.II pag. 1157 in Nizzoli U. Pissacroia M. (2004) Trattato completo degli abusi e delle dipendenze, Piccin Nuova Libreria S.p.A., Padova.

¹⁵⁰ Wilson C. Orford J. (1978) *Children of alcoholics: Reports of a preliminary study and comments on the literature*, *Journal of Studies on Alcohol*, 39, 121-142 in Camerini G. Galliani I. (2004) Alcolismo e violenza intrafamiliare, vol.II pag. 1157 in Nizzoli U.

direttamente indagato i genitori alcolisti: su 11 famiglie oggetto d'attenzione i casi di violenza fisica nei confronti dei figli era 4, di questi per uno l'autrice era la madre. Parimenti hanno indagato i genitori alcolisti anche Black e Mayer (1980)¹⁵¹: su 92 genitori alcolisti e 108 tossicodipendenti hanno rilevato che responsabili di maltrattamento erano: il 27% dei genitori alcolisti ed il 19% di quelli tossicodipendenti. Esiste un approccio che non rintraccia associazioni tra assunzione alcolica e violenza. In uno studio di Lang, Gechner, Adesso e Maruatt (1975)¹⁵² hanno effettuato uno studio sperimentale con modelli ambientali, nei quali erano presenti minimi segnali che elicitavano l'aggressione. Il risultato è stato che nonostante la condizione di consumo alcolico non venivano manifestati comportamenti violenti. Altro approccio che va nella direzione della non associazione consumo alcolico/violenza è riferibile al modello della **"disinibizione da apprendimento ed aspettative"**¹⁵³: le persone hanno appreso culturalmente che quando consumano alcol possono comportarsi in maniera aggressiva, ed essere così tollerate. In tal modo la persona evita la responsabilità dell'azione, che ricade sull'aver consumato alcol (Lang, 1975; Mac Andrew, 1969; Maruatt e Rohsenow, 1980).

Pissacroia M. (2004) Trattato completo degli abusi e delle dipendenze, Piccin Nuova Libreria S.p.A., Padova

¹⁵¹ Black R. Mayer (1980) *Parents with special problems: alcoholims and opiate addiction*, Child Abuse and Neglect, 4, 45-54 in Camerini G. Galliani I. (2004) Alcolismo e violenza intrafamiliare, vol.II pag. 1157 in Nizzoli U. Pissacroia M. (2004) Trattato completo degli abusi e delle dipendenze, Piccin Nuova Libreria S.p.A., Padova.

¹⁵² Galliani I. (2004) Alcolismo e violenza intrafamiliare, vol.II pag. 1158 in Nizzoli U. Pissacroia M. (2004) Trattato completo degli abusi e delle dipendenze, Piccin Nuova Libreria S.p.A., Padova.

¹⁵³ Galliani I. (2004) Alcolismo e violenza intrafamiliare, vol.II pag. 1158 in Nizzoli U. Pissacroia M. (2004) Trattato completo degli abusi e delle dipendenze, Piccin Nuova Libreria S.p.A., Padova.

Ciò detto, Cameroni e Galliani concludono sottolineando che, comunque, "le manifestazioni di violenza intrafamiliare sono sintomo di gravi problemi relazionali nel contesto del nucleo". Infine, "aldilà, comunque, dei diversi approcci al fenomeno e delle difficoltà di trarne una sintesi unitaria, ci sembra importante sottolineare l'aspetto preventivo da indirizzare ai "soggetti" a rischio" per l'alcolismo, in quanto è di primaria importanza cogliere tempestivamente quegli aspetti sociali, culturali, psicologici e psicopatologici che possono intervenire in varia misura nel determinare una condizione di dipendenza alcolica.¹⁵⁴"

¹⁵⁴ Galliani I. (2004) Alcolismo e violenza intrafamiliare, vol.II pag. 1162 in Nizzoli U. Pissacroia M. (2004) Trattato completo degli abusi e delle dipendenze, Piccin Nuova Libreria S.p.A., Padova.

2.6 La coniugalità e la genitorialità

Sulla base delle complessità normali, intrinseche ai temi trattati, connesse con gli aspetti trasformativi a cui sono soggetti essendo inseriti nel più ampio contesto delle reti sociali umane, insomma, per quanto sinora sviscerato risulta chiaro che nella famiglia, ove la coppia è inserita e quando vi sono dei figli, *"gli assi relazionali interni sono due: quello coniugale e quello parentale-filiale"¹⁵⁵*. In particolare sono due i momenti che le autrici rintracciano nella transizione alla genitorialità: l'interiorizzazione delle funzioni genitoriali, che rimandano ogni singolo componente alle sue primarie relazioni d'attaccamento; e l'incontro che si realizza tra i coniugi e da cui prende l'avvio l'esercizio della funzione genitoriale (Scabini, Greco, 1999 pag. 76-77). Le autrici sottolineano come *"nella società contemporanea diventare genitori rappresenta probabilmente il fondamentale "rito di passaggio" all'età adulta."¹⁵⁶* A questo punto è corretto chiedersi che cosa influenzi tanto l'acquisizione, quanto l'esercizio della funzione genitoriale. L'esito, positivo o negativo, rimanda a quelle "radici" con cui ho aperto il primo paragrafo, e più specificatamente concerne la misura in cui il singolo genitore, parte della coppia, si identifica positivamente e si differenzia dalla sua propria *"rete parentale"¹⁵⁷*: in altre parole quanto si riconosce nella sua storia familiare e da questa prende le distanze con le sue proprie inclinazioni, valori, desideri per costruire una sua specifica realtà

¹⁵⁵ Scabini E., Greco O., (1999) *La transizione alla genitorialità*, in in Andolfi M., *La crisi della coppia*, Milano, Raffaello Cortina Editore, pag. 73

¹⁵⁶ Scabini E., Greco O., (1999) *La transizione alla genitorialità*, in in Andolfi M., *La crisi della coppia*, Milano, Raffaello Cortina Editore, pag. 76

¹⁵⁷ Scabini E., Greco O., (1999) *La transizione alla genitorialità*, in Andolfi M., *La crisi della coppia*, Milano, Raffaello Cortina Editore, pag. 77

coniugale e genitoriale. Se tale percorso assomiglia abbastanza a quanto appena descritto si può considerare un esito positivo. Differentemente quando ciò non avviene, e nel processo di differenziazione l'individuo si avvicina troppo agli estremi (totale negazione, completa sovrapposizione) il percorso giunge ad uno stallo negativo, si verifica pertanto, quella che è chiamata "parentificazione"¹⁵⁸ dei figli, che sono abusati e trascurati. Quello che si deve fare è un esercizio metaforico interno di quel concetto gestaltico pregnante figura/sfondo: la nuova coppia ed i nuovi genitori sono in figura e nello sfondo, dietro di loro (funzione di appartenenza) vi sono i nonni (e tutta la rispettiva rete parentale significativa).

Ho trovato molto interessante la ricerca che le autrici presentano nel capitolo e che coinvolge un campione di 20 coppie: giovani coppie con figli, senza ed i loro genitori per un totale di 60 persone. Dai risultati emerge che la famiglia d'origine influenzi tanto le coppie con figli che quelle senza. Per le prime la transizione è: buona, quando dai resoconti verbali, dei giovani genitori emergono contemporaneamente sia, vissuti di gioia per il nuovo status, sia di fatica per le nuove responsabilità ed impegni, ed anche quando i nonni accettano il cambio generazionale (da genitori a nonni, e da figli a neo genitori); faticosa, nel momento in cui, tali elementi emergono in modo piuttosto indistinto ed opaco, presentano punti di problematicità. Per le coppie senza figli, è risultato aspetto centrale e differenziante la presenza/assenza di una progettualità genitoriale. Quest'ultima ove assente connota i due componenti come adulti singoli uniti,

¹⁵⁸ Scabini E., Greco O., (1999) *La transizione alla genitorialità*, in Andolfi M., *La crisi della coppia*, Milano, Raffaello Cortina Editore, pag. 77

facendo sì che la stessa identità della coppia risulti in difficoltà. Inoltre, seppur per una piccola parte, i genitori che colludono con questo aspetto non generativo *"abdicano al loro compito, che è quello di essere portavoci della realizzazione specificatamente familiare, e la "conversazione tra le generazioni" rischia di perdere i connotati di trasmissione generativa¹⁵⁹".*

¹⁵⁹ Scabini E., Greco O., (1999) *La transizione alla genitorialità*, in in Andolfi M., *La crisi della coppia*, Milano, Raffaello Cortina Editore, pag. 97

2.7 Definizione di genitorialità

"La salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, e non soltanto assenza di malattie"

(Organizzazione Mondiale Sanità, 1946)

"Quando qualcuno è disposto ad ascoltare le lacrime della madre, quello sarà anche il momento in cui la madre sarà in grado di ascoltare il pianto del suo bambino."

(Selma Fraiberg¹⁶⁰)

Inizio la trattazione dell'argomento partendo dalla "definizione" di genitorialità. Si tratta di un costrutto complesso, multideterminato, del quale, in letteratura si trovano letture differenti, e soprattutto si tratta di un argomento relativamente nuovo, che almeno, per mia esperienza personale non conoscevo prima di questa ricerca, o meglio, non conoscevo nel senso che non l'avevo mai studiato nel mio curricula universitario, in maniera, per così dire, a sé stante. Quindi ed inoltre, reperire materiale "istituzionale" nel senso di scientificamente condiviso non è stato per nulla semplice. A tal proposito riporto un esempio, ho cercato una sua definizione in quello dove "c'è tutto"¹⁶¹, nell'"Enciclopedia

¹⁶⁰ Psicanalista infantile, si è occupata di attaccamento nei bambini ciechi (citata anche in Camerini, Lopez, La Valutazione della Genitorialità in situazioni di pregiudizio: nuove proposte metodologiche, in Quaderni Sociali Kyosei, 2008).

¹⁶¹ www.ristretti.it/areestudio/droghe/.../genitori.htm

¹⁶¹ Tutto sulla Psicologia.

di Psicologia", *Le Garzantine*: alla voce genitori¹⁶² (e non genitorialità) si rimanda a quella di famiglia. Non voglio muovere una critica all'enciclopedia, ben inteso, né dire che questo riferimento sia sbagliato, ma sottolineare come il concetto di genitorialità non abbia una sua definizione propria. D'altra parte il concetto è preminentemente connesso, quasi esclusivamente, nell'immaginario comune (e per buona parte scientifico, data la sua relativa "recentività") al divenire genitori nel momento in cui si procrea un figlio. Durante la ricerca ho raccolto delle osservazioni indirette: le persone¹⁶³ mi chiedevano di cosa si trattasse e io rispondevo di genitorialità e tossicodipendenza, mi guardavano con l'espressione, che, nel tentativo di renderla cartacea, potrei provare a definire "mediante un procedimento iconico tipico del fonosimbolismo, cioè onomatopeicamente¹⁶⁴", "sob", della serie..."quindi?...dei genitori"? Questa risposta, molto comune, è come dire che la mia risposta è stata riformulata con un'altra affermazione, con implicitamente una domanda. Per quanto le due cose non siano scisse è come dire tratti dei genitori? tratto sia dei genitori che di cos'è essere genitori. D'altra parte questo è stato anche il punto di partenza: definirla cercandola nei comportamenti, nelle valutazioni che di essa si possono fare. A tal proposito, Giovanni Battista Camerini¹⁶⁵ e Giovanni Lopez¹⁶⁶ (2008) in *"La valutazione della genitorialità in situazioni di*

¹⁶² pag. 468, Galimberti U., (2006) *Enciclopedia di Psicologia*, *Le garzantine* Garzanti Libri s.p.a., Milano.

¹⁶³ Con persone intendo proprio persone, dai clinici, addetti ai lavori, a xy pinco pallo non addetto ai lavori, intendo chiunque.

¹⁶⁴ www.wikipedia.org

¹⁶⁵ Neuropsichiatra infantile e psicoterapeuta e docente presso la Pontificia sede di Venezia "e autore con il prof. Gaetano De Leo del di un questionario "per la valutazione delle Competenze Genitoriali" pag.16 (cfr. nota n°80 riferimento internet).

¹⁶⁶ Psicologo e psicoterapeuta del Centro specialistico regionale per minori vittime di abusi e maltrattamenti La Casa di Nilla. Il Centro è gestito dalla Cooperativa sociale Kyosei e si trova in Calabria, on line visitare www.lacasadinilla.it

*pregiudizio: nuove proposte metodologiche*¹⁶⁷ mettono in luce come per la valutazione della genitorialità in senso generale, "i criteri presenti in letteratura riguardano parametri individuali e relazionali relativi ai concetti di parenting e funzione genitoriale, trattati ampiamente nella letteratura italiana ed internazionale, che riguardano lo studio delle abilità cognitive, emotive e relazionali del ruolo e delle funzioni genitoriali"¹⁶⁸.

Una definizione è per esempio quella che lo studioso Marc H. Bornstein (1995¹⁶⁹), dà per cui, essa: "corrisponde ad un costrutto complesso, non riducibile alle qualità personali del singolo genitore, ma che comprende anche una adeguata competenza relazionale e sociale"¹⁷⁰.

Guttentag (2006)¹⁷¹ la vede come una capacità correlata a specifici *pattern* di abilità parentale, ossia: l'essere responsivi alle richieste, il mantenere una attenzione focalizzata, l'uso di un linguaggio ricco, ed infine, la trasmissione di calore affettivo.

Inoltre, altro modo per definirla è attraverso le funzioni a cui è deputata. Gianluigi Visentini, (2004-2005)¹⁷² offre una ricchissima esposizione, ripercorrendo una sensibile rassegna

¹⁶⁷ Quaderni Sociali di Kyosei, Catanzaro (2008) ed anche su www.kyosei.it, in particolare <http://www.lacasadinilla.it/Pubblicazioni/Quaderno%2012.pdf>

¹⁶⁸ pag. 12 da <http://www.lacasadinilla.it/Pubblicazioni/Quaderno%2012.pdf>

¹⁶⁹ Bornstein, M. H., (1995) *Handbook of Parenting*, 4 voll., Lawrence Erlbaum Associates, Mahwah (in Camerini, Lopez, (2008) *La Valutazione della genitorialità in situazioni di pregiudizio: nuove proposte metodologiche*, in Quaderni Sociali di Kyosei, 2008, pagg. 12-13).

¹⁷⁰ pag. 12

¹⁷¹ Guttentag, C.L., C. Pedrosa-Josic, S.H. Laundry, K.E. Smoth, P.R. Swank, *Individual Variability in Parenting Profiles and Predictors of Change: Effects of an Intervention With disadvantaged Mothers*, in *Journal of Applied Developmental Psychology*, vol. 27 (4), 2006, pp. 349-369 (in Camerini, Lopez, *La Valutazione della genitorialità in situazioni di pregiudizio: nuove proposte metodologiche*, in Quaderni Sociali Kyosei, 2008).

¹⁷² Psicologo e Psicoterapeuta lavora presso il presidio di Riabilitazione de la "Nostra Famiglia" (Padova) ha scritto la rassegna sul sito dell'Associazione per la promozione e lo sviluppo del sapere sulla genitorialità <http://www.genitorialita.it/Definizionegenitorialita.asp>

della letteratura. Inoltre, proprio nel tentativo di rendere maggiormente visibile "la complessità e la dinamicità del costruito"¹⁷³, Visentini (2003) individua ben otto funzioni genitoriali, alle quali corrispondono altrettante capacità, tra di esse vi sono: la funzione protettiva, affettiva, regolativa, normativa, predittiva, significativa, rappresentativa e comunicativa, ed infine quella triadica.

Quelle presentate sin qui sono definizioni che mettono in risalto gli aspetti psicologici, in particolare psicodinamici, nel senso di processuali, intrinseci, relazionali. Precedentemente a queste, nel senso di storicamente precedenti, le concettualizzazioni erano prevalentemente psicologiche ma anche pedagogiche. In tale filone, la genitorialità è una sorta di "luogo" dove poter imparare l'arte di essere genitori, e da qui sono discese numerose applicazioni, anche di tipo formativo. Ad esempio, negli anni '70 del secolo scorso, Thomas Gordon parla ed avvia i cosiddetti *Parent Effectives Training*¹⁷⁴, che negli anni '90 si diffondono anche in Italia, le cosiddette "Scuole per Genitori".¹⁷⁵

Approfondendo le definizioni e concezioni più precisamente psicologiche, Visentini, dice ancora che essa diviene "*parte fondante la personalità di ogni individuo.*"¹⁷⁶ Seguendo tale affermazione la genitorialità è portata dentro uno spazio psicodinamico, dove le sue prime espressioni possono essere rintracciate già nel comportamento del bambino a partire dal

¹⁷³ Visentini Gianluigi, 2004-2005, Definizione e funzioni della genitorialità, Associazione Genitorialità, <http://www.genitorialita.it/Definizionegenitorialita.asp>

¹⁷⁴ Roberta Sulcic (2009), *Parent Training in ottica sistemica*, Tesi di Specializzazione, Scuola Quadriennale di Formazione alla Psicoterapia Sistemico-Relazionale (centro Milanese di Terapia della Famiglia, Trieste)

¹⁷⁵ Visentini Gianluigi, 2004-2005, Definizione e funzioni della genitorialità, Associazione Genitorialità, <http://www.genitorialita.it/Definizionegenitorialita.asp>

¹⁷⁶ Visentini Gianluigi, 2004-2005, Definizione e funzioni della genitorialità, Associazione Genitorialità, <http://www.genitorialita.it/Definizionegenitorialita.asp>

primo anno di vita, "quando egli tenta di imboccare la mamma con lo stesso cucchiaino con il quale ella lo sta nutrendo (Vizziello, 2003, 2008)¹⁷⁷". Con questo semplice ed al contempo immediato esempio, Gabriela Fava Vizziello¹⁷⁸, docente universitaria ed una delle maggiori ricercatrici italiane ed internazionali in tema di genitorialità, ben si evidenzia quel processo, che inizia molto precocemente, come abbiamo visto, e che prevede, da parte del bambino, una sempre più complessa interiorizzazione di comportamenti, desideri, figure adulte di riferimento. Il processo così avviato costituisce quello che Berne¹⁷⁹ chiama il "Genitore Interno, formato da tutte le interazioni reali e fantasmatiche con le figure adulte significative che si sono occupate di noi. Il costrutto di *Internal Working Model*, delle teorie dell'Attaccamento ridefinisce con altre parole lo stesso concetto: le esperienze reali con le figure di attaccamento vengono interiorizzate in "modelli mentali". Dunque, **la genitorialità è una funzione processuale, possiede cioè uno sviluppo precedente¹⁸⁰ all'atto biologico e alla riproduzione**, ed alla nascita, per quanto abbia come precipuo obiettivo quello di garantire il mantenimento della specie (Vizziello, 2003¹⁸¹). Agli eventi sopra elencati, il ruolo culturale con cui si designa quest'insieme, ossia la genitorialità, nel senso di divenire madre e padre, si sovrappone per diventare, non una somma, ma un qualcosa di diverso, un tutto gestaltico.

¹⁷⁷ Vizziello, G. F., (2003), *Psicopatologia dello sviluppo*, Il mulino, Bologna, pag. 145; Vizziello G. F., (2008) *Quando essere genitori è difficile*, Lucca, in www.cesdop.it/public/Slide_Fava_Vizziello.ppt

¹⁷⁸ Tratto da una intervista a Fava Vizziello, Associazione Genitorialità (tutti i diritti sono riservati, copyright 2004-2005, <http://www.genitorialita.it/Intervista.asp>.)

¹⁷⁹ Berne E., *Analisi transazionale e psicoterapia*, Astrolabio, Roma, 1971 (in Visentini Gianluigi, 2004-2005, Definizione e funzioni della genitorialità, Associazione Genitorialità, <http://www.genitorialita.it/Definizionegenitorialita.asp>)

¹⁸⁰ Tratto da una intervista a Fava Vizziello, Associazione Genitorialità (tutti i diritti sono riservati, copyright 2004-2005, <http://www.genitorialita.it/Intervista.asp>.)

¹⁸¹ Vizziello, G. F., (2003) *Psicopatologia dello sviluppo*, Il mulino, Bologna, pag. 145

Inoltre, si tratta di una funzione dinamica in quanto vari fattori intervengono continuamente: cambiamenti personali nel genitore, la crescita del bimbo e la relazione tra i due.

Questa plasticità ben evidenzia come "le capacità genitoriali non sono date una volta per tutte"¹⁸². E soprattutto, "sia i genitori fondamentalmente sani che quelli malati hanno momenti di difficile ed adeguata genitorialità più o meno lunghi"¹⁸³.

Infine, nel titolo della mia ricerca si trova anche una sintesi metaforica, fisica ed anche esperienziale, di quello che è un movimento evolutivo di questa funzione così complessa e multi sfaccettata: "Genitorialità e vulnerabilità: il movimento dell'accogliere dentro e lasciare andare, un continuum tra dipendenza ed indipendenza." Il titolo offre varie suggestioni "nascoste": il tema "normale" della separazione-individuazione della madre e del padre dal figlio e viceversa, lungo tutto il percorso di vita, dalla gravidanza, alla nascita, alla crescita, all'uscita dal "nido"; un gioco di parole dipendenza vs indipendenza rimanda pertanto, sia a quanto appena scritto, che alla dipendenza patologica qui trattata; quindi, dipendenza ed indipendenza come universali e quindi, "paradossali", nel senso che qui li ho usati in modo trasversale per ciò che riguarda l'intrinseco ed universale della funzione, e contemporaneamente richiamano inevitabilmente il tema della dipendenza patologica. Con paradosso intendo l'attività non solo grammaticale e semantica di contrapporre concetti differenti, che, o sono in qualche modo relati, o si trovano sulla stessa "linea", ma sono diversi a seconda di dove si

¹⁸² Vizziello Fava, Quando essere genitori è difficile, Lucca, 2008, in www.cesdop.it/public/Slide Fava Vizziello.ppt

¹⁸³ Tratto da una intervista a Fava Vizziello, Associazione Genitorialità (tutti i diritti sono riservati, copyrig 2004-2005, <http://www.genitorialita.it/Intervista.asp>.)

guarda ("sole" e "luna", "vita" e "morte") , intendo anche, quella intellettuale di produrre confusione, e quindi, "aprono la mente" permettendo di vedere strade diverse. In questo specifico non è possibile non usare un paradosso, per svariate ragioni, la delicatezza del tema, l'alone di sconosciuto, quasi "blasfemo" di sotteso pregiudizio che alberga le fantasie comuni tra cosa è lecito e cosa non lo è, frustrazione per risposte non semplici non facili non pronte. Bisogna avere tanto coraggio per fare luce ed abbandonare gli schemi, il paradosso è una via.

2.8 Alcune suggestioni

Prima di proseguire con la "genitorialità malata" desidero presentare due testi, le ho chiamate suggestioni, e proprio questo intendo, suggerire un atteggiamento mentale il più aperto possibile per poter comprendere appieno la complessità del fenomeno in cui mi sono mossa.

La prima suggestione è offerta da Vizziello che ancor prima di Introduzione ed Indice, in Psicopatologia dello sviluppo (2003) ha presentato quello che chiama "Quiz Curioso".

"DUE DOMANDE MOLTO DIFFICILI

Domanda 1. Se conoscessi una donna incinta che avesse già otto figli, di cui tre sordi, due ciechi, un ritardato mentale, e lei avesse la sifilide...le consiglieresti di abortire?

Domanda 2: E' il momento di eleggere il Nuovo Leader del Mondo e il tuo voto conta molto.

Candidato A: è in combutta con politici corrotti, consulta gli astrologi. Ha due amanti. Fuma come un turco e beve dagli otto ai dieci Martini al giorno.

Candidato B: è stato rimosso dal suo incarico due volte, dorme fino a mezzogiorno, all'università fumava oppio e ogni sera beve un litro di whisky.

Candidato C: è un eroe di guerra decorato. E' vegetariano, non fuma, beve una birra una volta ogni tanto e non ha mai avuto relazioni extraconiugali.

LE RISPOSTE

Il candidato A è Franklin Delano Roosevelt

Il candidato B è Winston Churchill.

Il candidato C è Adolf Hitler.

Quanto alla domanda sull'aborto...se hai risposto sì, hai appena ucciso Ludwig van Beethoven¹⁸⁴.

L'altra suggestione a mio avviso, può essere letta come una metafora a più livelli, vi può essere la storia di sofferenza di quei genitori (anche se la storia parla di una madre), che ad un certo punto divengono consapevoli dei loro limiti, e che magari, si trovano a dover scegliere chi salvare e "come nel gioco della torre" scelgono per amore il figlio/a, abdicando ad un loro diritto, o ancora, vi si può leggere il difficile compito di quegli operatori, che chiamati all'aiuto o alla valutazione...spesso si interfacciano con alcune scelte "circa il cosa è meglio", dolorosi enigmi di vita.

Anche questa come la frase d'apertura dell'Introduzione al mio lavoro di ricerca è tratta da una favola, di Andersen (1970¹⁸⁵) e

¹⁸⁴ Vizziello, G. F. (2003) *Psicopatologia dello sviluppo*, Il mulino, Bologna.

¹⁸⁵ Andersen H.C. (1970) *Storia di una madre*. In Fiabe, scelte e presentate da Gianni Rodari, Einaudi, Torino in Canevaro A. (1997) "Le rappresentazioni di vita familiare in Vizziello, G. F. Stocco P. (1997) *Tra genitori e figli la tossicodipendenza*, Masson S.p.A., Milano, pagg.5-27.

l'ho tratta da Canevaro A. (1997) "Le rappresentazioni di vita familiare¹⁸⁶".

"Una madre sedeva accanto al suo bambino, era molto triste e aveva tanta paura che le morisse. Il bambino era molto pallido, aveva i piccoli occhi chiusi e il respiro debole, interrotto a tratti da un profondo ansimare, quasi un gemito; la madre lo guardava allora col cuore ancora più gonfio di dolore.

Bussarono alla porta ed entrò un povero vecchio, avvolto in una grande coperta, di quelle che si mettono sulla groppa ai cavalli e che tengono molto caldo; ne aveva bisogno, perché era un inverno ben rigido; fuori tutto era coperto di neve e ghiaccio e il vento frustava il viso.

Poiché il vecchio tremava dal freddo, e il bambino s'era un poco assopito, la madre si alzò a scaldargli un po' di birra sulla stufa, e intanto il vecchio cullava il bambino: poi la madre tornò a sedersi accanto a lui, guardò il piccolo malato che respirava a fatica, e gli sollevò una manina.

- Non credi, vero, che lo perderò! - essa disse, -Il Signore non vorrà riprenderselo!-

Il vecchio, che altri non era se non la morte in persona, fece solo un cenno col capo, così strano che poteva significare tanto sì che no. La madre abbassò gli occhi sul grembo e le lacrime le scorrevano sul viso; si sentiva un gran peso alla testa, erano tre giorni e tre notti che non chiudeva occhio e così s'addormentò; ma un attimo dopo sussultò, percorsa da un brivido di freddo - Cosa succede?- gridò guardandosi intorno; ma l'uomo era scomparso e anche il bambino; il vecchio se l'era portato via. Dall'angolo giunse

¹⁸⁶ In Vizziello, G. F. Stocco P. (1997) *Tra genitori e figli la tossicodipendenza*, Masson S.p.A., Milano, pagg.23-26.

il tic-tac frettoloso del vecchio orologio, il grande pendolo ruzzolò sul pavimento e bum! Anche l'orologio si fermò.

La povera madre uscì di casa chiamando il suo bambino. Fuori, nella neve, passava una donna con una lunga vesta nera; disse: -La morte è entrata in casa tua, l'ho vista uscire di corsa col tuo bambino; corre più veloce del vento, e non riporta mai quello che ha preso!-

- Dimmi soltanto da che parte è andata!- gridò la madre, - dimmi da che parte e io la ritroverò!-

- Io lo so! - disse la vecchia dall'abito nero, - ma te lo dirò solo a patto che tu mi canti tutte le canzoni che hai cantato al tuo bambino! Mi piacciono tanto le ho già sentite altre volte; sono la notte, io, e ho visto le tue lacrime mentre cantavi!-

- Te le canterò tutte!- disse la madre, - ma prima lascia che io la raggiunga, che trovi il mio bambino!-

Ma la notte restò muta e impassibile: allora la madre, torcendosi le mani, cantò e pianse; molte furono le canzoni, ma ancor di più le sue lacrime; infine la notte disse:

- Vai a destra, inoltrati nell'abettaia tenebrosa: per di là ho visto andare la morte con il tuo bambino!-

Nel folto bosco le vie s'incrociano ed essa non seppe più da che parte dirigersi; c'era lì un rovo, senza foglie né fiori; poiché era inverno e faceva molto freddo, dai rami pendevano i ghiaccioli.

- Hai visto passare la morte col mio bambino?-

- Sì! - disse il rovo, - ma non ti dirò da che parte è andata se prima non mi riscaldi sul tuo cuore! Muoio di freddo, son tutta gelata! -

Ella strinse forte al seno il rovo per riscaldarlo, così forte che le spine le penetrarono nella carne e le sgorgarono grosse gocce di

sangue; ma in quella gelida notte d'inverno, sul rovo spuntarono tenere foglie verdi e sbocciarono i fiori, tanto era ardente il cuore di quella madre addolorato: allora il rovo le indicò la strada. Giunse così a un gran lago, dove non c'erano navi né barche. Il lago non era ancora gelato abbastanza da sostenerla, e d'altronde per attraversarlo a nuoto era troppo profondo, eppure se voleva ritrovare il suo bambino lo doveva attraversare; si chinò per bere tutta l'acqua del lago, ma questa non era cosa possibile a creatura umana: tuttavia, pensava l'afflitta madre, poteva anche accadere un miracolo.

No, è proprio inutile! - disse il lago, - cerchiamo piuttosto di metterci d'accordo! A me piace moltissimo collezionare perle e i tuoi occhi sono le perle più brillanti che io abbia mai visto; se piangi tanto da farli cadere nel mio fondo, ti porterò all'altra riva, alla grande serra dove la morte abita e coltiva i fiori e le piante, ciascuna delle quali è una vita umana. - Cosa non darei per raggiungere il mio bambino! - disse la madre in lacrime e pianse tanto che gli occhi le caddero sul fondo del lago e diventarono pietre preziose; il lago allora la sollevò e d'un sol volo la trasportò sull'opposta sponda, dov'era una strana dimora, famosa per migli e migli all'intorno; non si capiva se era una montagna con boschi e caverne, o se era stata edificata dall'uomo, ma la povera madre non la vedeva, perché aveva perduto gli occhi dal piangere.

- *Dove posso trovare la morte che è fuggita col mio bambino? - ella chiese.*
- *Qui non è ancora arrivata! - disse una vecchia becchina che stava lì a custodire la grande serra della morte.*
- *Ma tu, come sei venuta fin qui? Chi ti ha aiutato?-*

- *Il signore mi ha aiutato! - ella disse. - Lui è misericordioso, e anche tu lo sarai! Dove posso trovare il mio bambino? - Ma io non lo conosco disse la vecchia. - Tu, poi, non ci vedi! Molti alberi e fiori sono appassiti stanotte, tra poco sarà qui la morte per trapiantarli; tu sai che ogni uomo ha il suo albero di vita o il suo fiore, a seconda della conformazione di ognuno; nell'aspetto non differiscono dalle altre piante della natura, ma in queste c'è un cuore che batte; anche il cuore del tuo bambino batte! Fai il giro, forse puoi riconoscere quello del tuo bambino; ma tu cosa mi dai se ti dico cosa ancora ti resta da fare?- Non ho nulla da darti! - disse la madre sconsolata - ma andrei fino agli ultimi confini del mondo per te! -*
- *Non ci ho niente da fare laggiù!- disse la vecchia - puoi darmi invece i tuoi lunghi capelli neri, tu stessa sai come sono belli, a me piacciono! In cambio ti darò i miei bianchi, sempre meglio di niente! -*
- *Se non chiedi altro, - ella rispose - te li do con piacere ! - Le diede i suoi bei capelli ed ebbe in cambio quelli della vecchia, bianchi come la neve.*

Entrarono insieme nella grande serra della morte, dove alberi e fiori crescevano in una strana mescolanza. C'erano fragili giacinti sotto campane di vetro e c'erano peonie forti e vigorose; c'erano piante acquatiche fresche e belle, altre già un po' malate, dove si annidavano le biscie e i granchi neri serravano gli steli. C'erano bellissime palme, platani, querce; c'era prezzemolo e timo fiorito; ogni albero, ogni fiore rappresentava un'esistenza umana ancora in vita, quale in Cina, quale in Groenlandia, in tutti i paesi del mondo. C'erano piante enormi piantate in vasi talmente piccoli che si sentivano soffocare ed erano sempre sul punto di spezzare il

vaso; ma spesso anche accadeva di vedere un piccolo fiore insignificante nella terra grassa, ben custodito e curato, circondato di muschio.

La desolata madre si chinava sulle piante più piccole, per ascoltare come batteva il cuore e fra tanti milioni riconobbe infine quello del suo bambino.

- Eccolo! - gridò e protese la mano verso un piccolo croco azzurro, debolmente reclinò sullo stelo.

- Nono toccare il fiore! - disse la vecchia, - mettiti qui e quando la morte ritorna, io la sto già aspettando, tu impediscile di estirpare la pianticella, minacciandola di strappare tutti gli altri fiori! Avrà paura, vedrai! Essa ne è responsabile davanti a Dio, e nessuno può toccarle senza il suo permesso. -

- All'improvviso un soffio gelato attraversò la sala e la madre cieca sentì che la morte stava arrivando.

- Come hai potuto trovare la strada per venire fin qui? - essa chiese - e come hai fatto ad arrivare prima di me? -

- Sono una madre! - disse lei.

- La morte stese le lunghe dita al delicato fiorellino, ma la madre lo coprì con le due mani accostate, tuttavia col timore di toccare uno dei petali. La morte allora soffiò un'aria più fredda di un vento gelato e le mani caddero inerti.

- Non puoi nulla contro di me! - disse la morte.

- Ma lo può Dio! - rispose lei.

- Io non faccio che la sua volontà! - disse la morte - io sono il suo giardiniere! Io prendo le sue piante e i suoi fiori per trapiantarli nel grande giardino del Paradiso, nella terra

sconosciuta, ma poi crescono, e come sia il luogo, non oso dirtelo!-

- *Ridammi il mio bambino! - diceva la madre, piangendo e implorando. D'un tratto afferrò con entrambe le mani un bel fiore e gridò alla morte: - Ti strappo tutti i fiori, perché sono disperata! -*
- *Non toccare! - disse la morte dici che sei tanto infelice, e ora vuoi che un'altra madre diventi infelice come te!-*
- *Un'altra madre! - disse la povera donna, e, ritrasse subito le mani dai fiori.*
- *Ecco i tuoi occhi! - disse la morte- li ho pescati nel lago, dove splendevano tanto; non sapevo che fossero tuoi; riprendili, ora vedrai meglio di prima; guarda dunque nel profondo pozzo qui accanto, io chiamerò per nome i due fiori che tu volevi strappare. -*

La madre guardò nel pozzo: era una gioia contemplare come l'uno dei fiori diventava una benedizione per il mondo, e come ne spirava felicità e letizia; essa guardò la vita dell'altro fiore, ma non vide che dolore e miseria, orrore ed infelicità.

- *L'uno e l'altro sono volontà di Dio! - disse la morte.*
- *Quale di essi è il fiore della sventura e quale il fiore della grazia? - ella chiese.*
- *Non te lo dico! - disse la morte. - Ma sappi che uno dei due fiori era la vita del tuo bambino, era la futura sorte del tuo bambino quella che hai visto! -*

La madre gridò spaventata:

- *Quale dei due era il mio bambino? Dimmelo! Salva l'innocente! Salva il mio bambino da tutta quella miseria! Portalo via, piuttosto! Portalo nel regno di Dio, dimentica le mie lacrime,*

dimentica le mie preghiere e tutto quello che ho detto e che ho fatto! -

- Non ti capisco! - disse la morte - vuoi che ti renda il bambino, o vuoi che lo porti nel paese che ti è sconosciuto? -

*- Non ascoltare se prego contro la Tua volontà, che è la migliore!
Non ascoltare! Non ascoltare! -*

E reclinò il capo sul seno.

La morte se ne andò col bambino al paese sconosciuto."

2.9 Quando la genitorialità è malata

Quando qualcosa è ammalato, che si tratti delle discipline che si occupano dello studio di malattie del corpo o della mente si parla di patologia. Nel campo psicologico si parla di psicopatologia. Il termine è impegnativo già solo da pronunciare, e questo lo connota già per la delicatezza di ciò che tratta. Si tratta di una "*disciplina emergente negli ultimi 50 anni*¹⁸⁷" che nasce e riunisce in sé e sistematizza più contributi provenienti da altri campi, quali la psicologia sociale, clinica, dello sviluppo, la pediatria, la psichiatria, l'etnopsichiatria, la neuropsichiatria, la genetica e la neurofisiologia (Vizziello, 2003, pag.9). La mole di apporti scientifici, oltre che l'impegno di pronuncia del nome sono altro indice della complessità di cui tratta.

Etichettare qualcuno come malato è una operazione difficile. Per ciò che riguarda il corpo, è una operazione semplice, l'influenza si manifesta con parametri oggettivi e facilmente rilevabili, solitamente quando una persona ne soffre gli si dice "povero, curati". Per ciò che riguarda la mente, è una operazione difficile. Le componenti in gioco sono molteplici e differenziate a seconda del campo in cui si colloca, la persona, le sue risorse, la genetica, l'ambiente.

Etichettare qualcuno come malato è pericoloso. Nel caso dell'influenza produce l'attivazione della cura e la messa in pratica di tutta una serie di comportamenti (stare al caldo, prendere gli antipiretici). Nel caso di una malattia della psiche, tra gli altri, un problema è quale è l'effetto che una diagnosi produce sulla persona, sul suo ambiente, sulla sua vita. Molte di tale riserve

¹⁸⁷ Vizziello, G. F., (2003) Psicopatologia dello sviluppo, Il mulino, Bologna, pag.9

sono retaggio della storia della malattia mentale cosiddetta, stereotipi e pregiudizi. Tutto ciò spesso ha confuso i clinici sul come muoversi, sul quale è la scelta migliore. Togliere i pregiudizi e gli stereotipi non significa togliere i nomi, se in tal senso nome che definisce qualcosa, in questo caso un insieme di sintomi che generano una diagnosi, che come funzione principale ha quella di scambiare informazioni comuni tra clinici, sapere di cosa si parla. Dunque, il problema per le patologie della mente è il loro definirle sapendo quale è l'obiettivo di tale operazione: in primis, intendersi.

Ci sono cose, nel mondo che è più facile definire di altre, un bicchiere è un bicchiere, ma più ci astraiano dalla realtà reale e visibile ed andiamo ai concetti, alle funzioni psichiche (ad esempio memoria, intelligenza, apprendimento etc..), cioè a quell'insieme di attività ed implementazioni concrete di quello che ci permettono di fare, le cose si complicano inevitabilmente. Se è vero che i sintomi sono quei segnali/segni che permettono ai clinici di dare un significato all'evento e di poterlo collocare all'interno di un quadro psicopatologico, è vero anche che, quando si tratta di cose complesse come genitorialità, che è impegnativo solo definire, ci si pongono davanti un'altra serie di problemi: che cosa è davvero negativo e preoccupante, cosa gioca un ruolo fondamentale? Se a ciò aggiungiamo la considerazione che al di là delle possibili statistiche resta sempre e comunque una quota incancellabile di soggettività non ne siamo mai davvero certi, ed inoltre, dentro di noi, siamo esseri relazionali, e su questi scambi influiamo ma siamo anche influenzati, c'è sempre anche un altro che può cambiare le cose in ogni momento. D'altro canto tutto ciò che è empirico si avvicina il più possibile alla realtà, ma è chiaro che si tratta di un

avvicinamento, ed in quanto tale bisogna sempre applicare il principio di "saggia equanimità possibilista" tenendo teorie, prassi e modelli come traccia perfettibile e sempre rivedibile. Viviamo in un mondo instabile, Lorenzo de' Medici, nel 1450 scriveva: "*Chi vuol essere lieto, sia: di doman non c'è certezza*", con la scienza, i viaggi sulla Luna, le grandi conquiste tecnologiche, forse è passato un messaggio implicito di potenza umana, di poter controllare, ma in ogni campo ed oggi in particolare, o forse in tutte le epoche è stato così, ed oggi è solo più visibile siamo in crisi, spesso ci dobbiamo confrontare con dei fallimenti, e per quanto molto non possiamo tutto. Considerare queste cose, non è né retorica, né un tentativo polemico di demonizzazione, semplicemente collocare le cose al loro posto. Sapere che vi è sempre un margine di errore, che l'argomento qui trattato è complesso, non significare eventuali evidenze, in quanto non possiamo mai essere certi. Significa tenere presenti queste cose come atteggiamento interno nei confronti del nostro lavoro, delle cose che guardiamo, significa coniugare la tradizione scientifica alle possibilità della vita, che alle volte ci sono, altre volte no. Possibilismo non è negazione né laicità mentale.

Ancora perché fare una ricerca sulla genitorialità e sulla genitorialità tossicodipendente in un Dottorato di Medicina Materno Infantile. Parlando di genitorialità e delle teorie a riguardo, si deve sottolineare che per lungo tempo essa è stata considerata prevalentemente diadica (Vizziello, 2003). Ciò ha contribuito al mantenimento dello stereotipo della madre, da un lato, in assoluto positivo, come angelo del focolare, dall'altro, come assoluto negativo, unica responsabile di ogni malessere,

disturbo, fallimento dei figli¹⁸⁸. La cultura sottostante è prevalentemente stata abitata, almeno sino ad oggi, momento storico in cui iniziano a sistematizzarsi una serie di contributi e visioni allargate sul tema, da una più generalizzata tendenza colpevolizzatrice nei confronti dei genitori. Una colpa quasi religiosa ove lo spazio per trasformazioni era di per sé escluso, quasi in una sorta di causalità permanente ed imm modificabile. Le teorie esistenzialiste, tra cui la psicologia della Gestalt parlano di responsabilità, termine che laicizza il concetto, ma non solo fa intravedere anche uno spazio "pieno" dove esistono delle possibilità trasformatrici. Ritornando per un attimo alla diadicità, per quello che ho potuto vedere sin qui, non solo nella clinica, ma anche nella vita, vorrei sottolineare come l'esistenza di queste considerazioni nelle menti e nella cultura ha portato con sé un altro fenomeno: la relativizzazione della figura paterna, e ciò, oltrechè contribuire alla svalutazione del ruolo, è stata, in alcuni casi, anche usata, quale corroborante alla giustificazione della sua assenza. Tutto ciò per dire che trattare questo argomento in un Dottorato di Medicina Materno Infantile è lontano dalla cultura colpevolizzatrice, si inserisce in quella della creazione e promozione del benessere collettivo, individuale per genitori e figli. Inoltre, in quanto per produrre benessere per i figli è necessario ancor prima farlo per i genitori, in quanto tra le altre, aldilà delle possibili situazioni di rischio, maltrattamento e pregiudizio in cui i minori possono trovarsi, bisogna seguire una Legge di direzione di sviluppo: i genitori, temporalmente e come ruolo gerarchico, vengono prima dei figli, ed aiutando loro

¹⁸⁸ Vizziello, G. F., (2003) *Psicopatologia dello sviluppo*, Il mulino, Bologna, pag. 146

aiutiamo anche i figli. Non direttamente in questa tesi si parla dei figli, ma essi sono sempre all'attenzione, sulla base di queste "semplici" considerazioni di partenza.

Dopo queste doverose premesse, entrando nel vivo dell'argomento del mio argomento, bisogna legare il tema a quello dei genitori che abusano di sostanze psicoattive ed hanno riportato una diagnosi di dipendenza patologica. A tal proposito, Fava Vizziello¹⁸⁹ sottolinea il carattere di non coincidenza tra cattiva genitorialità e psicopatologia dell'individuo¹⁹⁰. Infatti, l'autrice afferma che: *"Ci siamo resi conto che avevamo troppi pochi genitori psicotici tra i bambini che c'erano nel nostro servizio (Servizio per i bambini psicotici in Trentino). E' stato quello il primo momento in cui abbiamo detto che forse la genitorialità e la malattia mentale nelle persone hanno un percorso evolutivo diverso. Abbiamo così capito che la genitorialità è una funzione intersoggettiva dell'hic et nunc, oltre che nella relativa continuità dell'attaccamento, prodotto di una serie di fattori famigliari e che riguarda quel determinato bambino in quel determinato momento, con quella determinata famiglia, allargata alle spalle, con quella casa, con quel contesto"*. La ricercatrice, inoltre, sottolinea come, *"tra un po' d'anni smetteremo di parlare di patologia come di qualcosa che riguarda una persona. Avremo una patologia della relazione e fondamentalmente del contesto, ossia della "funzione triadica", la capacità del genitore di percepire il figlio dentro una relazione dove esiste un terzo, l'altro genitore, con il quale deve avere una alleanza cooperativa, anche al di là della coppia, come ad esempio,*

¹⁸⁹ Tratto da una intervista a Fava Vizziello, Associazione Genitorialità (tutti i diritti sono riservati, copyright 2004-2005, <http://www.genitorialita.it/Intervista.asp>.)

¹⁹⁰ Vizziello, G. F., (2003) *Psicopatologia dello sviluppo*, Il mulino, Bologna, pag. 147

nel caso di separazione o divorzio. Noi lavoriamo molto più in maniera puntuale sull'hic et nunc, sulla relazione sulla rete, in maniera più rapida soprattutto nei problemi di genitorialità che non possono aspettare modifiche del profondo e rielaborazioni troppo prolungate del genitore che arriverebbero quando gli appuntamenti evolutivi del bambino sono già stati perduti".

Quindi, da quanto detto sinora appare chiaro, "sviluppo e funzionamento della funzione genitoriale influiscono su sviluppo e funzionamento individuale, ma non coincidono". Infatti, "un genitore tossicodipendente può svolgere con sintonia la funzione genitoriale nei confronti del proprio figlio, nonostante le gravi difficoltà che caratterizzano la sua condizione psicopatologica¹⁹¹". Pertanto una "semiotica genitoriale¹⁹²", ossia la rilevazione e la valutazione dei sintomi cosiddetti patologici per questa funzione, deve allargare lo sguardo a più aspetti, tra cui: la ricerca ad ogni età dei ricordi significativi sia da parte del genitore che del figlio; l'elaborazione della incompatibilità tra figlio ideale e reale; un continuo aggiustamento dei propri valori, regole e vissuti a quello storico contestuale del figlio; una condivisione col partner della propria genitorialità, lasciando spazio all'elaborazione dei conflitti sui differenti punti di vista, opinioni, desideri etc, e, creando in tal per il figlio/i uno spazio di triangolazione, inteso come spazio creativo (gestaltico) per nuove soluzioni (Vizziello, 2003, pag.146).

Partendo dal presupposto che ogni persona possiede un mondo interno (intrapsichico) ma che vive in un mondo relazionale,

¹⁹¹ Vizziello Fava, *Quando essere genitori è difficile*, Lucca, 2008, in www.cesdop.it/public/Slide_Fava_Vizziello.ppt

¹⁹² Vizziello, G. F., (2003) *Psicopatologia dello sviluppo*, Il mulino, Bologna, pag. 333 e pag. 146

sempre più per la valutazione del funzionamento psicopatologico dei genitori, si fa riferimento alle cosiddette narrazioni¹⁹³. Con il termine non si intende solamente il comunicare, ma il raccontarsi, e in ciò è possibile scorgere il funzionamento di altre parti interne (funzioni psichiche) fondamentali di ogni persona, come la memoria, la capacità di astrarre e legare tra sé gli avvenimenti (capacità metacognitive), infine, essa inevitabilmente rimanda anche alla sottostante cultura d'appartenenza, sia nel linguaggio usato, che nelle credenze e nei valori (Vizziello, 2003, pag. 326). Si indaga circa la presenza di lutti e traumi irrisolti, la coerenza dello stato della mente, il cambiamento delle rappresentazioni e delle percezioni (rapportarsi ad un figlio di 1 mese è diverso che farlo con uno di 10 anni, o 18 e così avanti), come il genitore percepisce le sue interazioni con il figlio/a e quelle che ha il compagno/a.

Nei casi in cui la genitorialità è malata, cosa si può fare e/o si deve fare?

Questa domanda è attivante, nel senso che fa immediatamente reagire perché pone chiunque se lo chieda di fronte a un tema delicato, quasi paradossale, spesso si pone la scelta della separazione....è sempre la soluzione migliore separare i figli dai genitori, o tale opzione potrebbe inserirsi nella vita del minore come ulteriore trauma (ovviamente nel caso in cui non esistano evidenti rischi per la tutela). Non si può mai davvero essere certi di come possa andare a finire, le possibilità riparative sono sorprendenti. Dunque, nelle situazioni psicosociali particolarmente gravi, la difficoltà che si para d'innanzi a chi se ne occupa è quella

¹⁹³ Vizziello, G. F., (2003) *Psicopatologia dello sviluppo*, Il mulino, Bologna, pag. 333 e pag. 147

della scelta-valutazione tra il curare la genitorialità del genitore o intraprendere il cammino della separazione. Peraltro va ricordato che *"abbiamo a disposizione molti strumenti e parametri per affermare che l'interazione attuale è inadeguata, ben pochi invece per poter dire sulla base di studi longitudinali quali relazioni possano modificarsi nel tempo, e con quali mezzi"*¹⁹⁴.

Inoltre, Vizziello (2003) sottolinea come alcuni approfondimenti di ricerca in tal senso, soprattutto di provenienza americana, mostrano segni positivi di trasformazione nelle genitorialità sofferenti, anche solo attraverso l'attivazione di una rete di sostegno, concretamente connotata attraverso visite a domicilio o semplici telefonate durante le prime fasi di sviluppo del bambino.

A proposito di genitorialità sofferenti, quelle che *"presentano i più dolorosi bisogni di aiuto sono forse quelle dei genitori dei bambini con paralisi cerebrali infantili o comunque patologie croniche o artistiche che non hanno malesseri acuti bensì duraturi"*¹⁹⁵.

Infine, mi chiedo cosa ci sia fuori, fuori da queste pagine, fuori dall'attenzione che si pone a certe popolazioni specifiche come quella dei genitori tossicodipendenti, e che io qui ho posto, viene da sé che l'attenzione fa vedere molto, forse anche di più di quello che c'è, il problema è evitare gli ingigantimenti, restare lucidi e svegli. Per gli altri genitori, tutti gli altri che bisogni ci sono, va tutto sempre splendidamente? Sono tutti attrezzati sempre o comunque? Se no si rivolgono a qualcuno? Cosa sappiamo di loro? Occuparsi di un tema così non deve far dimenticare che

¹⁹⁴ Vizziello, G. F., (2003) *Psicopatologia dello sviluppo*, Il mulino, Bologna, pag. 333 e pag. 154

¹⁹⁵ Vizziello, G. F., (2003) *Psicopatologia dello sviluppo*, Il mulino, Bologna, pag. 333 e pag. 152

del resto indistinto là fuori non sappiamo molto, potrebbero esistere dei bisogni, ma per questo è necessario porsi in ottica di prevenzione, spesso siamo abituati a lavorare sull'emergenza e pensiamo che il resto sia tutto ok, e abituati ad avere sempre sotto gli occhi certi problemi questi diventano i più evidenti.

2.10 Lo stato dell'arte: il panorama internazionale

I contributi scientifici che qui riporto sono riferiti a dati che riguardano gli studi su genitori consumatori di droghe pesanti (oppiacei ed affini, cocaina) ed alcolici.

Una delle "ricerche più sorprendenti" così la definiscono gli autori, è quella che Groenweg, Lechner e Leenders¹⁹⁶ hanno condotto tra il 1985 e il 1987 in Olanda. Seppur si tratta di una ricerca piuttosto "vecchia", ho scelto di presentarla per prima per l'immediatezza con cui permette di entrare nel vivo del tema. I ricercatori hanno effettuato, uno studio epidemiologico (1986-1988) del fenomeno, e successivamente, un approfondimento longitudinale durato due anni su famiglie "biologiche"¹⁹⁷ (35 genitori e loro figli) e affidatarie (31 genitori e loro figli), quelle cioè che "allevavano i bambini che erano stati tolti a famiglie che ne abusavano o che li trascuravano." Quando la ricerca è iniziata l'età dei figli era compresa tra 0 e 5 anni d'età. L'adesione delle famiglie al progetto di ricerca è stata piuttosto alta, in una

¹⁹⁶ Tutto quello che è ho qui riportato su questa ricerca è tratto dal capitolo III "I genitori tossicodipendenti e i loro figli. La riduzione del danno" che si trova nel libro "Tra genitori e figli la tossicodipendenza" di Vizziello G.F. Stocco P. (1997), Masson S.p.A., Milano, pagg. 37-46. Ritengo il testo molto utile e completo, ed ad esso rimando per un approfondimento dell'argomento.

¹⁹⁷ Pag. 39 del succitato capitolo e testo cfr. nota a piè pagina n°1.

percentuale del 66-87%, a fronte solo di un 10-13% di rifiuto di collaborazione. Leenders presenta alcuni dei risultati di questa ricerca nel capitolo III *"I genitori tossicodipendenti e i loro figli. La riduzione del danno"*, del libro *"Tra genitori e figli la tossicodipendenza"* di Vizziello e Stocco (1997). Il ricercatore evidenzia come i risultati presentati si basino su precise considerazioni, tra cui: *"classificazioni ripetute dell'attaccamento e della qualità della relazione genitore-bambino da parte di osservatori esperti (5 misurazioni); somministrazione ripetute del Bayley DQ e del QI (Snijders-Oomen Non-Verbal Test, Peabody's Picture Vocabulary Test); valutazioni delle interazioni e dell'adattamento genitore-bambino, eseguite da terapeuti ed assistenti sociali che potevano effettuare osservazioni regolari sulla famiglia o che erano coinvolti in contatti terapeutici"*¹⁹⁸. Le informazioni ed i dati raccolti furono sistematizzati, sia per le famiglie "biologiche", che per quelle affidatarie, entro tre categorie che indicavano la qualità dell'esercizio delle funzioni genitoriali: genitori adeguati; moderatamente adeguati, ed infine, famiglie che non si comportavano adeguatamente e, la cui situazione peggiorò nel corso della ricerca. Per quanto il gruppo genitori adeguati, che si dimostrano in grado di offrire cure e condizioni socio-emotive stabili ai loro figli, rientrano: 12 bambini tra quelli allevati casa (famiglie "biologiche"); 11 bambini dei 31 bambini in affidamento. Al gruppo dei genitori moderatamente adeguati appartengono: 11 bambini ed i loro genitori, di quelli che vivono nelle famiglie "biologiche"; 17 bambini dei 31 bambini in affidamento. Tale categoria è stata suddivisa in due sottogruppi: il primo è stato

¹⁹⁸ Pag. 40 del succitato capitolo e testo cfr. nota a piè pagina n°1.

definito a "*fluttuazioni relativamente forti*¹⁹⁹" circa il comportamento di accadimento, e qui vengono collocano 7 bambini allevati in casa e 5 bambini in affidamento; il secondo sottogruppo comprende quei genitori che "*progredivano in una direzione maggiormente positiva*", qui si collocano 4 bambini allevati in casa e 12 affidati. L'ultimo gruppo, quello delle famiglie che non si comportavano adeguatamente, e cioè nelle quali "*si osservavano processi di peggioramento nella cura del bambino e perfino un grande numero di sistemazioni alternative per la crescita del bambino stesso (istituzioni, affidamento a parenti, affidamento presso altre famiglie)*²⁰⁰", comprende: 12 bambini allevati in casa e 3 in affidamento. Inoltre, l'autore specifica che le problematiche rintracciate per questo tipo di situazioni erano molteplici e variavano: "*da una grande trascuratezza nei confronti del bambino a problemi di attaccamento, a disturbi dei comportamenti di controllo e di disciplina tra genitore e figlio, fino a problemi relazionali stabili tra i partners*²⁰¹." Quello che emerge da questo studio è il 66% di questi bambini (12 con genitori adeguati e 11 con genitori moderatamente adeguati) vivono in casa con i loro genitori biologici in condizioni di sviluppo psico-affettivo buone, tali da far ipotizzare che, se questo risultato è valido, come dice l'autore, queste famiglie non necessitano di interventi specifici e restrittivi, ma "*abbiano diritto a valutazioni ben più complessive e globali*²⁰²". Infine, non si sono riscontrate differenze significative tra tipo di sostanza assunta e qualità dell'interazione tra il genitore ed il bambino/a.

¹⁹⁹ Pag. 40 del succitato capitolo e testo cfr. nota a piè pagina n°1.

²⁰⁰ Pag. 40-41 del succitato capitolo e testo cfr. nota a piè pagina n°1.

²⁰¹ Pag. 41 del succitato capitolo e testo cfr. nota a piè pagina n°1.

²⁰² Pag. 41 del succitato capitolo e testo cfr. nota a piè pagina n°1.

Ho effettuato una revisione bibliografia a partire dai principali *database* psicologici PsycInfo, PsycArticles e Psychology and Behavioral Sciences Collection.

La prima ricerca è stata fatta immettendo le seguenti parole: "*edipemiological research, parents addicted to alcohol and drug addicted parents*", ed ha portato zero risultati. Ho proceduto ad una seconda immettendo le parole-chiave: "*parents addicted to alcohol and drug addicted parents*" e sono emersi 74 risultati. Ho effettuato una terza ricerca immettendo le seguenti parole chiave: "*parenting/parenthood*" e "*addicted drug parents*" e "*addicted alcohol parents*". I risultati emersi sono 11. Tra tutti i vari *step* di ricerca bibliografica che ho effettuato, qui, circoscrivo la presentazione solamente a quelli che hanno specificatamente indagato le capacità genitoriali nella popolazione tossico-alcoldipendente e le loro relazioni familiari. Il materiale a riguardo è scarso rispetto alla mole di lavori sulla genitorialità intesa come rischio per i figli, sulla genitorialità intesa come genitori di figli tossicodipendenti, e sugli aspetti medico fisiologici connessi al quadro della dipendenza patologica. Pertanto per limiti di spazio e tema non riporto l'intero complesso delle ricerche, ma l'aver esplorato il più possibile non è stato casuale: ho voluto capire e collocare il tema in termini di attenzione. Inoltre, quello che è emerso è che le ricerche sono più spesso orientate ai genitori tossicodipendenti che non a quelli alcoldipendenti.

Mazza²⁰³ (2011) riporta le esperienze raccolte in più di dieci anni di lavoro clinico e di supervisione con gli operatori impegnati nella protezione, nella valutazione psicodiagnostica, nella terapia di minori e dei loro genitori tossicodipendenti (traduzione mia il testo originale è: "*The author reports the mediations gathered in more than ten year of clinical experience and supervision of public social workers engaged in protection, psychodiagnostic assessment, therapy of minor children of drug-addicted and their parents*"). Prosegue sottolineando quello che mi sembra un aspetto centrale e pervasivo del tema: gli "addetti ai lavori" costantemente si interfacciano con il difficile compito interdisciplinare e di collaborazione interistituzionale. Il fine di tale lavoro in rete è quello di coniugare, da un lato, la cura e la tutela dei minori (attraverso interventi di controllo), dall'altro il trattamento dei genitori, attraverso processi di intervento ed aiuto. L'obiettivo del testo che propone è offrire tracce (schemi, testo originale *patterns* di lettura) e modelli teorici sulla base delle più recenti acquisizioni teoriche circa il ruolo giocato dalla famiglia nella cura dei pazienti tossicodipendenti. In conclusione la cura tanto dei genitori tossicodipendenti quanto dei loro figli dovrebbe sempre prendere in considerazione la prospettiva intergenerazionale, coinvolgendo in primis la famiglia d'origine.

Skinner, Martie L.; Haggerty, Kevin P.; Fleming, Charles B.; Catalano, Richard F.; Gainey, Randy R. (2011)²⁰⁴ presentano una

²⁰³ Mazza, R. (2011) *Come coniugare la protezione dei minori ed il trattamento dei genitori tossicomani* (tr. *How to conjugate the protection of the minor and the treatment of drug addicted parents*), *Terapia Familiare: Rivista Interdisciplinare di Ricerca e Intervento Relazionale*, No 95, Mar, pp. 21-43. [Journal Article] da PsycINFO Database Record (c) 2011 APA, all rights reserved

²⁰⁴ Da PsycINFO Database Record (c) 2010 APA, all rights reserved; Skinner, Martie L.; Haggerty, Kevin P.; Fleming, Charles B.; Catalano, Richard F.; Gainey, Randy R.;

ricerca sulla salute e sulle relazioni familiari di genitori tossicodipendenti, in trattamento metadonico da lungo tempo. Iniziano col sottolineare che esistono pochi studi che hanno seguito le vite dei genitori tossicodipendenti. Si tratta di una ricerca che fa un follow-up nell'arco di 12 anni: 144 sono i genitori tossicodipendenti coinvolti ed i loro figli di età compresa tra i 3 ed i 14 anni. Nei 12 anni dello studio molti genitori sono deceduti, e tra quelli sopravvissuti comuni sono state condizioni quali, detenzione carceraria, e, pertanto, separazioni familiari. Il recupero a breve e lungo termine era associato a trattamenti metadonici, ad una formazione educativa continua, all'attività lavorativa ed a minori separazioni familiari. Una precoce depressione, il mantenimento relazioni con il gruppo drogastico, e scarse capacità di fronteggiamento dello *stress* erano predittori di ricadute nell'uso della sostanza.

Sempre per ciò che riguarda i genitori tossicodipendenti, Catalano, Richard F.; Haggerty, Kevin P.; Gainey, Randy R.; Hoppe, Marilyn J.; (1997)²⁰⁵ presentano i risultati di un programma intensivo sperimentale effettuato su di un gruppo di 144 pazienti in trattamento metadonico e le loro famiglie (assegnati casualmente al programma sperimentale). I risultati sono stati comparati con quelli di un gruppo di controllo costituito da genitori tossicodipendenti non assegnati al programma. Il *traninig* ha consistito in un programma in cui si sono combinati differenti aspetti: da un lato, attraverso visite domiciliari da parte dei

Opiate-addicted parents in methadone treatment: Long-term recovery, health, and family relationships, Journal of Addictive Diseases, Vol 30(1), Jan, 2011. pp. 17-26

²⁰⁵ Da PsycINFO Database Record (c) 2010 APA, all rights reserved; Catalano, Richard F.; Haggerty, Kevin P.; Gainey, Randy R.; Hoppe, Marilyn J.; (1997) *Reducing parental risk factors for children's substance misuse: Preliminary outcomes with opiate-addicted parents*, Substance Use & Misuse, Vol 32(6), May, 1997. pp. 699-721.

Servizi, per rafforzare/implementare le competenze genitoriali; gestione del programma terapeutico per ridurre il rischio di ricadute nei genitori, e quello dell'uso, nei figli, agendo in tal senso anche come monitoraggio protettivo. Le variabili oggetto d'attenzione sono state: il coinvolgimento familiare e la comunicazione tra i membri, il legame tra genitori e figli, le capacità di fronteggiamento dello stress, l'autoefficacia nella gestione delle recidive. Le analisi hanno mostrato come i genitori tossicodipendenti che sono stati sottoposti al programma intensivo, rispetto al gruppo di controllo, hanno esibito comportamenti di più efficace fronteggiamento delle recidive, un maggior senso di auto-efficacia, e, minor consumo di sostanze stupefacenti. Le variabili per le quali non vi sono state significative differenze sono quelle che riguardano il legame familiare, i conflitti. Non ci sono state differenze significative nel legame familiare, conflitti o altre misure del consumo di droga. Valutazione del bambino non era completo al post-test immediato.

Plasse, Beatrice Rogoff (1995)²⁰⁶ presentano i risultati di un lavoro (città di New York) di *parent training*, svolto ambulatorialmente, con gruppi di genitori tossico-alcol dipendenti, che non facevano più uso di sostanze, il cui background socio-culturale presentava: povertà, deficit educativi, e una dipendenza intergenerazionale. Il *parent training* ha contribuito al raggiungimento di alcuni comportamenti: da un lato i genitori hanno esibito comportamenti meno duri circa eventuali punizioni, ed i bambini hanno mostrato un aumento dell'autostima. Inoltre,

²⁰⁶ Da PsycINFO Database Record (c) 2010 APA, all rights reserved; Plasse, Beatrice Rogoff. (1995) *Parenting Groups for Recovering Addicts in a Day Treatment Center*, Social Work, Jan95, Vol. 40 Issue 1, p65-74, 10p.

vengono riportati i risultati di un programma di *training* pre-post natale, rivolto a genitori tossicodipendenti, effettuato a New York nel 1975 al Medical College. Il training si componeva di: assistenza medica, gruppi di formazione alla genitorialità. Il risultato è stato quello di riscontrare che le madri tossicodipendenti sono in grado raccogliere ed implementare le informazioni avute dagli operatori, mostrandosi di rispondere in modo adeguato e sensibile al loro bambino, sia per ciò che riguarda la stimolazione, che per il nutrimento. In particolare, Lief, Nina R. (1985)²⁰⁷ descrive il programma svolto al Medical College, a New York, a partire dal 1975 con madri tossicodipendenti in gravidanza e subito dopo il parto. Le donne sono state seguite con un puntuale programma di verifica tossicologica (urine), e, contemporaneamente, erano state coinvolte in un programma di sessioni sulla genitorialità, precisamente sugli aspetti: fisici, emotivi, sociali e di sviluppo dei loro futuri figli/e, sottolineando gli aspetti genitoriali in gioco nello sviluppo. Lo sviluppo dei figli è stato misurato attraverso la scala di valutazione di Brazelton e quella di sviluppo di Bayley. Inoltre, sono state misurate le capacità genitoriali materne attraverso scale e questionari. I risultati vanno nella direzione della dimostrazione di successo del programma. Orford, Jim (2007)²⁰⁸ propone una rivisitazione del libro "Drug addiction and families" di Marina Barnard (2007). Il libro si presenta come una summa di risultati, precedentemente pubblicati ed illustra "la

²⁰⁷ Da PsycINFO Database Record (c) 2010 APA, all rights reserved; Lief, Nina R. (1985) *The drug user as a parent* International Journal of the Addictions, Vol 20(1), 1985. Special issue: Intervening with special populations. pp. 63-97.

²⁰⁸ Da PsycINFO Database Record (c) 2010 APA, all rights reserved; *Drug addiction and families* Addiction, Vol 102(11), Nov, 2007. pp. 1841-1842. Reviews the book, "Drug addiction and families" by Marina Barnard (2007).

condizione di tossicodipendenza a vari livelli vissuta a vari livelli a seconda del punto di vista dei componenti della famiglia: la difficoltà dei genitori del venire a patti con la tossicodipendenza di un/una figlio/a, nonché la difficoltà del raccontare l'esperienza; le difficoltà di relazione di fratelli/sorelle; il dolore, la preoccupazione ed il senso di vuoto che i bambini con genitori con dipendenza patologica sperimentano nel momento dell'uso attivo, ed il sollievo, quando tale condizione è in remissione. L'autrice sottolinea come questi temi, che sono maggiormente connessi all'esperienza psicologica (cfr. ibidem par. 1.8 sulla psicologia e le tossicodipendenze) delle persone coinvolte nelle tematiche di dipendenza di un familiare, siano ancora poco apprezzati tra i professionisti. Inoltre, l'autrice da un lato, si mostra critica verso i Servizi che hanno in cura gli adulti, in quanto trascurano i bambini, e ritengono che avere un figlio ed essere tossicodipendenti siano due questioni tra loro incompatibili (testo originale: "*She is critical of drug treatment services for neglecting children, and particularly for the presumption that having a problem of drug addiction need not be incompatible with good parenting*"). D'altra parte sostiene che la condizione di abuso di sostanze e la genitorialità sono compatibili solo se la genitorialità è altamente monitorata. (testo originale: "*Her conclusion is that parental drug use is compatible with good parenting only if it is highly controlled*").

Carmichael Olson, Heather; O'Connor, Mary J.; Fitzgerald, Hiram E. 17. (2001)²⁰⁹ nel loro lavoro tentano di promuovere

²⁰⁹ Da PsycINFO Database Record (c) 2010 APA, all rights reserved; Carmichael Olson, Heather; O'Connor, Mary J.; Fitzgerald, Hiram E. 17. (2001) *Lessons learned from study of the developmental impact of parental alcohol use*, Infant Mental Health Journal, Vol 22(3), May-Jun, 2001. pp. 271-290.

l'integrazione tra due filoni di ricerca tradizionalmente divisi: gli effetti dell'esposizione prenatale alle sostanze, e l'impatto che ha sui bambini l'essere cresciuti da genitori dipendenti da sostanze. In particolare, i ricercatori si concentrano sull'analisi che il ruolo della madre bevitrice ha sull'insorgenza di disturbi psicopatologici nel figlio/a. In questa ricerca vengono presentati i risultati di un'altra ricerca di MJ O'Connor. In quest'ultima emerge che donne appartenenti alla classe media e che durante la gravidanza avevano bevuto hanno figli/e che esibiscono alti livelli di emozioni negative e di attaccamenti insicuri. Inoltre, questi bambini all'età di 5-6 anni mostrano significativi livelli di depressione rispetto alla popolazione normale per l'età. Sembra che a ciò abbiano contribuito, sia, la depressione materna, che l'esposizione prenatale alla sostanza alcolica.

Magor-Blatch, Lynne (2007)²¹⁰ mette in luce l'esistenza di una serie di differenze di genere tra uomini e donne tossicodipendenti. Infatti, sembra che le donne, generalmente soffrano di più di depressione e scarsa autostima, tendano ad associare molto di più comportamenti di abuso alcolico con quelli da sostanze, e che intraprendano e proseguano la carriera tossicomania a fianco di un uomo. Inoltre, i problemi con cui si interfacciano non riguardano solamente la condizione di tossicodipendente, ma anche quella di madre, di lavoratrice, nonché il ruolo sociale. Da tale quadro emerge la complessità dei problemi che le donne tossicodipendenti nel crescere i loro figli devono affrontare. La ricercatrice sottolinea come il crescente numero di bambini/e, figli/e di genitori tossicodipendenti sia

²¹⁰ Da PsycINFO Database Record (c) 2010 APA, all rights reserved; Magor-Blatch, Lynne(2007) Fractured families: Building a resource for recovery--Preliminary findings from the ADFACT 'Stronger Families' initiative, Vol 28(2), Sum, 2007. pp. 188-205.

divenuto un problema sociale tale da richiedere un lavoro in rete a più livelli. A ciò va aggiunto, che in letteratura è ormai consolidata l'acquisizione del fatto che le donne si presentano ai Servizi molto meno che gli uomini. L'autrice rintraccia in tale comportamento una motivazione legata all'essere madri: la mancanza nei Servizi deputati al trattamento della tossicodipendenza di spazi per i bambini. In Australia a partire dal 2004 è stato attivato un programma di sostegno a queste famiglie vulnerabili per accrescere le loro capacità genitoriali e per "guarire le vite" di questi bambini. (testo originale "heal").

Infine, concludo con la presentazione della ricerca di Ranganathan, Shanthi (2004)²¹¹. Qui si evidenziano i cambiamenti che la società moderna ha prodotto sulle famiglie, ed in particolare, l'aumentato abuso d'alcol tra esse, segnale di tale mutazione. L'alcolismo ha ripercussioni sull'intero sistema famiglia, coinvolgendo i suoi membri in una condizione di forte *stress*. Quello a cui si può arrivare è una crisi del sistema famiglia stesso. Il risultato è lo sviluppo di un comportamento disfunzionale, noto come "codipendenza". Nel trattamento del singolo è necessario coinvolgere la famiglia stessa nel suo insieme. Pertanto, è imperativo coinvolgere familiari in trattamento, in particolare, i figli/e. Infine, si evidenzia come negli ultimi anni sia in aumento il numero di donne alcoliste, e ciò deve costituire elemento di attenzione per implementazione di programma di sostegno anche per l'esercizio della funzione genitoriale stessa.

²¹¹ Da PsycINFO Database Record (c) 2010 APA, all rights reserved; Ranganathan, Shanthi (2004) Families in Transition: Victims of Alcoholism and New Challenges Ahead International Journal for the Advancement of Counselling, Vol 26(4), Dec, 2004. pp. 399-405.

Colten (1980)²¹² riporta i dati riferiti alla percezione del vissuto di essere genitori in donne tossicodipendenti (170) comparandoli con donne non tossicodipendenti (175). *"I dati mostrano che donne td desiderano avere figli per ragioni che sostanzialmente non differiscono da quelle di altre donne nelle simili condizioni socio-economiche. Nella maggior parte dei casi fanno lo stesso tipo di cose con i loro figli, anche se sono meno severe, infliggono meno punizioni fisiche e sono portate a sentirsi inadeguate."*²¹³ La presunta inadeguatezza che le madri td percepiscono è letta dall'autrice come "profezia che si autoavvera". Sowder B. Burt M.R. (1980)²¹⁴ cerca di determinare se per i bambini (dai 3 ai 18 anni) vivere con genitori (160 famiglie) td costituisca un rischio maggiore per la salute, l'apprendimento, lo sviluppo socio-emotivo e/o problemi di integrazione, anche qui comparandoli con coetanei che vivono con genitori non td. Le differenze riscontrate riguardano pochi punti e specificatamente: per i bambini/ne tra i 3 ed i 7 anni i punteggi ai test d'intelligenza; per i ragazzi/e tra gli 8 ed i 18 anni difficoltà d'adattamento all'ambiente scolastico, a ciò si associano problemi comportamentali. In generale, i risultati, secondo gli autori, fanno emergere un quadro positivo della situazione dei figli di genitori td, che, inoltre, *"nutrono forti speranze ed aspettative sul futuro dei loro figli e valutano*

²¹² Colten M.E. (1980) *A COMPARISON OF HEROIN-ADDICTED AND NON ADDICTED MOTHERS, their attitudes, beliefs, and parenting experience* in Marconi C. (1992) *"I figli dei Tossicodipendenti, indagine sulla casistica del Servizio Tossicodipendenze dell'UISS. 28* in Vizziello G.F. e Pigatto S. (1993) *Tossicodipendenza curare per il duemila, UPSEL EDITORE, Padova, pagg.77-78.*

²¹³ in Marconi C. (1992) *"I figli dei Tossicodipendenti, indagine sulla casistica del Servizio Tossicodipendenze dell'UISS. 28* in Vizziello G.F. e Pigatto S. (1993) *Tossicodipendenza curare per il duemila, UPSEL EDITORE, Padova, pagg.78.*

²¹⁴ Sowder B. Burt M.R. (1980²¹⁴) *CHILDREN OF ADDICTS AND NON ADDICTS A comparative investigation in five urban sites*, in Marconi C. (1992) *"I figli dei Tossicodipendenti, indagine sulla casistica del Servizio Tossicodipendenze dell'UISS. 28* in Vizziello G.F. e Pigatto S. (1993) *Tossicodipendenza curare per il duemila, UPSEL EDITORE, Padova, pagg.78.*

*positive le possibilità educative degli stessi*²¹⁵. Gli autori concludono che questi genitori, se opportunamente sostenuti sarebbero in grado di esercitare in modo soddisfacente le funzioni genitoriali.

2.11 Lo stato dell'arte: il panorama nazionale

Anche qui, come per le ricerche internazionali sull'argomento ho operato una selezione scegliendo quelle (comunque ancora scarse) che riguardano la dimensione della genitorialità in persone con dipendenza patologica da sostanze stupefacenti ed alcolici.

Voglio sottolineare come siano scarse le ricerche sull'argomento, non le esperienze concrete che già da molti anni, soprattutto a partire dalla Comunità terapeutiche si sono susseguite ed implementate. Riportarle qui tutte esce dall'obiettivo del testo ed anche dai limiti di spazio.

Esiste un primo gruppo di ricerche, epidemiologiche, la mia in primis è di questo tipo. Tra esse ricordo due lavori in particolare, con i quali sono per così dire partita nel 2008, quando è iniziata l'elaborazione di questo progetto. La prima è di Gorrini C. Brera V. (2004 SerT di Pavia)²¹⁶ *"LA DROGA NON ASCOLTA: le sofferenze dei genitori tossicodipendenti e dei loro figli. Indagine epidemiologica, riflessioni e proposte"* , la seconda è

²¹⁵ in Marconi C. (1992) *"I figli dei Tossicodipendenti, indagine sulla casistica del Servizio Tossicodipendenze dell'UISS. 28* in Vizziello G.F. e Pigatto S. (1993) *Tossicodipendenza curare per il duemila*, UPSEL EDITORE, Padova, pagg.79.

²¹⁶ Gorrini Cesare, Brera Viviana (2004) *LA DROGA NON ASCOLTA: le sofferenze dei genitori tossicodipendenti e dei loro figli. Indagine epidemiologica, riflessioni e proposte*, Difesa Sociale-vol. LXXXIII, n°3, pp. 13-52. Riferimento in rete http://www.indipendenze.org/public/files/la_droga_non_ascolta1.pdf

Amoruso M. Duminuco (2000, SerT di Mestre)²¹⁷: *"Indagine sulle genitorialità dei pazienti tossicodipendenti"*. Ad entrambe rimando per una lettura approfondita, peraltro più avanti nel testo, qui, nella parte sull'esposizione dei risultati (cap. 5) faccio diretto confronto con i miei dati (ovviamente nelle parti in cui vi è la possibilità). Agli autori devo un ringraziamento particolare, nel trovarle e leggerle mi sono sentita confortata, quando all'inizio sull'argomento mi sembrava non esistesse nulla o quasi.

Esiste un secondo gruppo di ricerche, che rivolgono l'attenzione all'altra "faccia della moneta" genitorialità: i figli, i cosiddetti "bambini invisibili". Tra esse, alcune si possono definire epidemiologiche, ed altre indagano aspetti più propriamente "psic" come l'osservazione della relazione d'attaccamento genitori-bambino/a. Tra le prime ricordo ad esempio quella di Marconi C. (1993) *"I figli dei Tossicodipendenti, indagine sulla casistica del Servizio Tossicodipendenze dell'UISS. 28"*²¹⁸. Vengono riportati i dati sulla situazione di vita e di salute di 98 bambini (anno di riferimento 1992, essi costituiscono il 15% del totale dei pazienti tossicodipendenti in carico). L'autore dopo aver presentato i dati conclude la sua indagine dicendo che *"per cui, coscienti della situazione di rischio di questi minori, dobbiamo affrontarla senza pregiudizf"*²¹⁹. Altre che si possono inserire in questa categoria

²¹⁷ Amoruso Monica, Duminuco Leonardo (2000) Indagine sulla genitorialità dei pazienti tossicodipendenti. <http://www.ristretti.it/areestudio/droghe/progetti/genitori.htm>

²¹⁸ Marconi C. (1992) *"I figli dei Tossicodipendenti, indagine sulla casistica del Servizio Tossicodipendenze dell'UISS. 28"* in Vizziello G.F. e Pigatto S. (1993) Tossicodipendenza curare per il duemila, UPSEL EDITORE, Padova, pagg.74-101.

²¹⁹ Marconi C. (1992) *"I figli dei Tossicodipendenti, indagine sulla casistica del Servizio Tossicodipendenze dell'UISS. 28"* in Vizziello G.F. e Pigatto S. (1993) Tossicodipendenza curare per il duemila, UPSEL EDITORE, Padova, pagg.101.

sono: quella di Pigatto A. (1997)²²⁰ che riporta i dati raccolti dal 1981 al 1993 sui figli/e dei genitori tossicodipendenti relativi all'utenza in carico in alcuni SerT di Bassano del Grappa (Regione Veneto); Bricca P. Pasqualotto L. Zecchinato G. (1997)²²¹ che riportano i dati raccolti dal 1981 al 1993 sui figli/e (139 bambini) dei genitori tossicodipendenti relativi all'utenza in carico (645 utenti di cui 114 genitori, ossia il 16,6% del totale utenza) al SerT di Conselve (Regione Veneto, Provincia di Padova, sedi del Servizio: Monselice e Piove di Sacco).

Per quanto riguarda il secondo tipo di ricerche, cioè quelle che si sono occupate di indagare la relazione tra genitori e figli, vi è il lavoro di Cristofalo P. Gavagnin T. Barucheli M.P. Pezzola C. Battistel N. (Comunità terapeutica Villa Renata)²²² che hanno analizzato la qualità delle relazione genitore-bambino tra gli ospiti genitori della Comunità terapeutica (il 31% del totale degli accolti). Le autrici evidenziano come il bambino/a, prima della nascita, abbia per i genitori una sorta di potere magico, un possibile "riscatto narcisistico" per propria vita, ed in seguito, dopo la nascita divenga possibile riparazione, saldo con la vita anche per i nonni. Il lavoro sottolinea l'importanza del ristabilire l'asse genitoriale, il ruolo giocato anche dalla famiglia di origine nell'esercizio delle funzioni genitoriali e nel complesso

²²⁰ Pigatto A. (1997) *Dati relativi alla situazione in alcuni servizi della Regione Veneto- essi per loro natura non lo farebbero* - in Vizziello G.F. Stocco P. (1997) *Tra genitori e figli la tossicodipendenza*, Masson S.p.A., Milano, pagg.63-82.

²²¹ Bricca P. Pasqualotto L. Zecchinato G. (1997) *Dati relativi alla situazione in alcuni servizi della Regione Veneto- analisi dei dati di pazienti tossicodipendenti afferenti al Sert dell'Ulss 23-* in Vizziello G.F. Stocco P. (1997) *Tra genitori e figli la tossicodipendenza*, Masson S.p.A., Milano, pagg.83-97.

²²² Cristofalo P. Gavagnin T. Barucheli M.P. Pezzola C. Battistel N. Progetto sperimentale di intervento genitori-bambino (Comunità terapeutica Villa Renata) in Vizziello G.F. e Pigatto S. (1993) *Tossicodipendenza curare per il duemila*, UPSEL EDITORE, Padova, pagg.104-110.

funzionamento intergenerazionale, ove il/la nipote-figlio/a spesso riattiva vissuti conflittuali, sopiti, rimossi o mai scomparsi. Sempre circa l'osservazione della relazione del bambino/a nei primi mesi di vita è la ricerca di Di Cagno (1987-1989)²²³, nella quale però si fa riferimento esclusivamente a quella con la madre. Vizziello G.F. e Simonelli A. (2004)²²⁴ presentano in "La tossicodipendenza tra genitori e bambini" i risultati della loro ricerca circa la relazione d'attaccamento tra genitori tossicodipendenti e i loro figli. La ricerca vera e propria è stata preceduta da una valutazione dell'entità del fenomeno, sulla base dei micro-campioni derivati dai dati raccolti in precedenti studi (Marconi C., 1997; Pigatto 1997; Bricca P. Pasqualotto L. Zecchinato G., 1997, cfr. ibidem). Sulla base di tali rilevazioni sono state create specifiche tipologie di intervento in considerazione delle caratteristiche emerse, e , nelle strutture che lo hanno permesso ha preso il via un progetto di ricerca-intervento con l'obiettivo di valutare la qualità del legame genitori-figli, in particolare per ciò che riguarda la madre. Il quadro teorico di riferimento è costituito dalla teoria dell'attccamento di Bowlby (1969-82, 1973, 1980 in Vizziello G.F. e Simonelli A. 2004). Le autrici hanno utilizzato i seguenti strumenti d'indagine: un colloquio socio anagrafico, per fornire una descrizione clinica dei genitori; la *Strange Situation di Ainsworth et al.* (1978) per valutare la qualità dell'attaccamento del bambino; e L'AAI (Adult Attachment Interview (Gorge,

²²³ Cristofalo P. Gavagnin T. Barucheli M.P. Pezzola C. Battistel N. *Progetto sperimentale di intervento genitori-bambino* (Comunità terapeutica Villa Renata) in Vizziello G.F. e Pigatto S. (1993) *Tossicodipendenza curare per il duemila*, UPSEL EDITORE, Padova, pagg.104.

²²⁴ Vizziello G.F. e Simonelli A. (2004) *La tossicodipendenza tra genitori e bambini*, in Nizzoli U. Pissacroia M. (2004), *Trattato completo degli abusi e delle dipendenze*, Piccin Nuova Libreria, S.p.A., Padova pagg. 1209-1221, vol.II

Kaplan, e Main, 1985) per valutare la qualità del legame d'attaccamento nei genitori.

Per quanto riguarda la qualità del legame di attaccamento nei bambini, i risultati evidenziano: una prevalenza di attaccamento "insicuro" nei bambini, che si distribuisce tra, "evitante" ed "ambivalente", con una predominanza di quest'ultimo. Inoltre, per quanto riguarda, il numero di bambini che esibiscono un attaccamento "disorganizzato/disorientato", esso non si differenzia da quello presente in un gruppo di soggetti appartenenti alla popolazione generale.

Circa l'attaccamento prevalente rilevato nel gruppo di madri esso è "coinvolto", e, ad esso si associa la presenza di non risoluzione di traumi e/o lutti, la cui insorgenza si colloca nel periodo dell'infanzia e dell'adolescenza. Tale situazione si discosta dal dato sulla prevalenza nella distribuzione generale, sia della popolazione italiana (Simonelli, 1998 in Vizziello G.F. e Simonelli A. 2004), che dai dati presenti in letteratura (Van Ijzendoorn e Bakermans-Kranenburg, 1996 in Vizziello G.F. e Simonelli A. 2004). Infine 9 madri mostrano un attaccamento "misto".

Alla luce di tali risultati, le autrici sottolineano come la presenza prevalente di attaccamento "coinvolto" nelle madri renda conto di un atteggiamento nei confronti del/lla bambino/a in cui la differenziazione tra sé e l'altro è sfumata e vi sono elementi invischiati che contribuiscono ad una percezione confusa e disorganizzata. Per i figli/e l'attaccamento "insicuro" appare come una risposta adattiva ad una relazione materna contraddittoria e pertanto non sicura. In particolare, sulla base della rilevazione che nella maggior parte dei casi l'attaccamento esibito dalle madri tossicodipendenti è "coinvolto" discostandosi dal dato presente

nella popolazione generale, le autrici concludono che *"è difficile sostenere l'idea che queste siano madri come tutte le altre."*²²⁵ Ritengono doveroso approfondire i meccanismi e le dinamiche in gioco in questo tipo di relazioni, e, necessaria "una valutazione specifica di questi bambini, soprattutto nella prima infanzia", quest'ultima lontana da una stigmatizzazione deve servire agli operatori come "traccia" per seguirne lo sviluppo, cadute quanto miglioramenti. Proseguono evidenziando il bisogno di una rete sociale, che le autrici riferiscono, nel caso specifico della ricerca alle strutture ove le madri sono state ospiti, infatti, spesso, la vita di queste donne è povera da un punto di vista relazionale ed affettivo, per assenza della famiglia d'origine, o per conflittuali rapporti con essa e per ancora per emarginazione sociale e lavorativa. Come ulteriore considerazione circa la necessità di un intervento Vizziello e Simonelli, danno lettura della difficile situazione lavorativa dei pazienti tossicodipendenti, ciò anche in relazione a fenomeni sociali più ampi, come la crisi economica e l'immigrazione, e prospetticamente intravedono un aggravamento della situazione in tal senso.

2.12 Popolazioni "a rischio": i figli di "normali separati"

"Così come, in termini di salute fisica, la popolazione non può essere definita "sana" o "malata" in quanto esiste un continuum di gravità, in modo simile non si può pensare d'ipotizzare una "popolazione a rischio" e una "non a rischio" (Baronciani, Vicoli,

²²⁵ Vizziello G.F. e Simonelli A. (2004) La tossicodipendenza tra genitori e bambini, in Nizzoli U. Pissacroia M. (2004), Trattato completo degli abusi e delle dipendenze, Piccin Nuova Libreria, S.p.A., Padova pagg. 1219-1220, vol.II

2004, pag. 139 in Di Blasio, 2005). Per tale ragione ho usato la parola rischio, mettendola tra virgolette.

In questo capitolo mi sono preoccupata ed occupata di evidenziare il legame tra **coniugalità e genitorialità**, passando attraverso il conflitto.

La coppia ad un certo punto del suo ciclo vitale può giungere alla rottura, e che si tratti di una coppia di fatto o di due coniugi, si scioglie un contratto il "quid pro quo" su cui si è consolidata (cfr. ibidem par. 2.1, 2.2). I genitori si separano tra loro ma non lo possono fare né dai/lle figli/e né questi/e ultimi/e dai loro genitori.

La L. 54/2006 (08 febbraio) ha introdotto in Italia l'affidamento condiviso dei/lle figli/e attraverso la **bigenitorialità**, al fine di realizzare il "*diritto del figlio al padre*" (Bertocchi F., 2009).²²⁶

Tale legge è stata variamente accolta: visioni positive ed entusiastiche, altre, se non critiche con un sospeso giudizio ed evidenziazione degli aspetti ancora "aperti". In particolare, come riporta Bertocchi (2009), Lenti (2006) sottolinea come tale legge non risolva, tra gli altri: il problema di quei padri che si disinteressano alla cura dei figli, e, che dopo la separazione coniugale finiscono col "rintanarsi" altrove non solo fisicamente ma anche moralmente ed affettivamente. Altri padri spariscono materialmente, attraverso un atteggiamento piuttosto latitante nella compartecipazione economica, ove Lenti evidenzia la possibilità che ciò avvenga "*per lo più per un atteggiamento reattivo diretto a colpire in realtà l'ex moglie, cui viene psicologicamente addebitata la responsabilità del fallimento*

²²⁶ Bertocchi F. (2009) Sociologia della paternità, LCC - Laser Copy Center S.r.l. Peschiera Borromeo, Milano, pag. 78

dell'unione". Parimenti numerose sono le donne che reagiscono, "per scelta volontaria, benché non sempre pienamente consapevole" ai mariti: cercano di escluderli dalla vita dei figli, e ciò, probabilmente per colpire l'ex marito, identificandolo come il responsabile della rottura coniugale, o ancora dice Lenti, per sostituire il padre biologico con il nuovo compagno. A queste si uniscono in un complesso quadro questioni legate al patrimonio, la casa, la gestione/frequentazione dei rispettivi rami parentali (materno e paterno), ed anche da un punto di vista legislativo spesso si assiste ad una frammentazione di competenze tra Tribunale Ordinario e dei Minori, un esempio è la giurisdizione circa le separazioni da un lato e la risoluzione dei conflitti tra coniugi, nonché adozione di eventuali misure di restringimento circa la patria potestà. Da quanto brevemente evidenziato, sembra che, lo sforzo legislativo ed il far divenire la cogenitorialità una pratica ed una cultura, ove diritti e doveri si intersecano in una presa di responsabilità, sia ancora in fieri.

Nell'attuale descrizione dello stato delle cose "circa le questioni del dopo coppia circa i figli" va sottolineato un aspetto molto importante che può davvero fare la differenza: il conflitto. Esso fa parte del normale vivere umano, ma come molti dei temi che ho sin qui trattato può giungere ad altro. Quando si colora di toni distruttivi, quando il rancore supera qualsiasi forma di negoziazione e la separazione ed i figli divengono terreno di contesa per sottostanti rivendicazioni e vendette, questo non solo mina la cogenitorialità di cui sopra e la sua implementazione, ma il benessere psicologico dei "contesi figli".

Dunque, a proposito di **situazioni pregiudizievoli** per i figli, esistono, come evidenzia Nicolini (2011)²²⁷: la cosiddetta **PAS**, o *Sindrome da Alienazione Genitoriale*, ed i **falsi abusi**.

Con la prima si intende quella situazione specifica che si instaura nel nucleo familiare, e, che assume le caratteristiche di una vera e propria "guerra". Il così chiamato, genitore alienante, mette in moto una serie di azioni e comportamenti, che possono essere sia subliminali che celati, riferirsi parzialmente alla realtà, od ingigantirla, distorcerla (sconferme del coniuge, alla sua persona nel complesso, a sue specifiche caratteristiche, o comportamenti, critiche nei suoi confronti, aperte davanti ai figli, con la rete sociale d'intorno, atteggiamenti di continuo evidenziare/sottolineare eventuali mancanze o disattenzioni nei confronti dei figli, etc..) ed il cui fine ultimo è allontanare i figli dall'altro genitore. Nicolini (2011) esemplifica questo insieme di profondi e bellicosi conflitti, con quelle frasi che si possono sentir pronunciare davanti al Giudice, od al suo Consulente Tecnico d'ufficio (CTU): "io glielo dico sempre che deve voler bene e frequentare anche il padre, ma è proprio lui/lei che non ci vuole andare." Altra condizione di pregiudizio e rischio per il minore è quella costituita da cosiddetti Falsi Abusi: durante lo scioglimento del legame coniugale (o coppia di fatto, conviventi), uno dei due genitori, solitamente il padre viene accusato di aver usato violenza sessuale sui figli/e. A questo punto parte la macchina: visite colloqui con assistenti sociali, psicologi, CTU, Giudici, etc. Spesso poi queste situazioni si concludono con un nulla di fatto ma che cosa lasciano nella storia del minore? Minore

²²⁷ <http://www.mentesociale.it/criminologia/articoli-di-criminologia/771-genitorialita-malata-sindrome-di-alienazione-genitoriale-e-denunce-di-falsi-abusi.html>
"La genitorialità malata: sindrome di alienazione genitoriale e denunce di falsi abusi"

comunque indagato, valutato, intervistato, come si sente come può vivere una tale situazione, come può difendersi da questo odio? Non sorprende se questo evento restasse nella sua storia come un trauma, diviso tra padre e madre nella ricerca della verità: l'abuso.

Mentre preparavo la tesi la mia *co-cotutor* suo malgrado (nel senso che si è trovata, o abbiamo trovato coinvolto durante il cammino di questa ricerca), la dott.ssa Rodani mi ha consigliato un libro: **Vento Scomposto** di Simonetta Agnello Hornby (2009)²²⁸. Si è trattato di un suggerimento assolutamente geniale. Si tratta di un libro pulito, semplice, che tiene col fiato sospeso...e che a proposito di falsi abusi racconta, tra le altre, la storia di una famiglia bene, "normale" di Londra: i coniugi Pitt, Mike e Jenny, e le loro due figlie, Amy e Lucy. A partire dalla segnalazione della maestra inizia il loro calvario. Secondo la maestra Lucy ha subito un abuso sessuale da parte del padre. Assistenti sociali, avvocati, giudici, udienze, valutazioni test. Nonostante una serie interminabile di colpi di scena, ritardi, seppur messa a dura prova, la coppia riesce a mantenere coesione e solidità, ed alla fine, finalmente (e per fortuna, ma non sempre è così) tutto rientra nella normalità: "Lucy sta bene" e non le è successo nulla, la famiglia ritorna alla sua normalità. A proposito di pregiudizi, paradossi e continuità, il libro è scritto da una italiana trapiantata a Londra, avvocatessa dei minori, con una sensibilità nella descrizione delle persone, delle vicende, della genitorialità normale e non, compresa la "curiosa" figura dell'assistente sociale coi rasta ed i *jeans*, mi ha colpito moltissimo perché la lettura di

²²⁸ Simonetta Agnello Hornby (2009) *vento scomposto*, Feltrinelli, Milano

questo libro mi ha permesso di assaporare una serie di prassi in modo romanzato.

In conclusione vorrei riportare alcuni passaggi della conflittualità all'interno della coppia e della sue ripercussioni sul vissuto psicologico dei figli/e.

Bertocchi (2009) citando Ronfani P. (2000 a) mette in evidenza come oggi, a seguito della separazione coniugale, si stia verificando nelle famiglie una sempre maggior assenza paterna. Come si vedrà più avanti nel testo tratterò del tema dell'assenza paterna, credo però che la tendenza osservata dall'autrice concorra ad aumentare un quadro, che di per sé, già da qualche decade è iniziato (cfr. ibidem cap. 5 per quanto riguarda i risultati, ed anche cap. 6 per quanto riguarda l'assenza paterna). La nostra cultura, nei secoli ha identificato la donna come "angelo del focolare"²²⁹, colei che generalmente si occupa delle faccende domestiche e dei figli/e. Il 1 dicembre del 1970, è entrata in vigore nell'ordinamento legislativo italiano la L. 898/1970 - "Disciplina dei casi di scioglimento del matrimonio"²³⁰. Tale legge, da un lato ha consentito alla donna di emanciparsi dal matrimonio e dal marito come principale, se non spesso, unico procacciatore del sostentamento familiare. La madre restava la depositaria nel bene e nel male dell'educazione, crescita e sviluppo dei figli/e in quanto prima e fondamentale figura d'attaccamento, ed il padre restava sullo sfondo di una diade. Quello che emerge sin qui circa le separazioni/divorzi, contempla due livelli: circa la difficoltà di scissione della coppia nelle dimensioni coniugale e genitoriale, e circa la figura paterna, quello che mi sembra più opportuno

²²⁹ Tale epiteto è talmente radicato, che se dovessi citarne l'autore non saprei da dove iniziare, né tanto meno la data.

²³⁰ www.wikipedia.org

rilevare qui è la loro assenza *in primis* del ruolo del padre come istituzione sociale.

Cosa accade ai figli quando i genitori si separano? Bertocchi (2009) riporta il pensiero di Sarno (1994).

Quando i genitori si separano un figlio/a "perde" un genitore, nel senso che costui esce dalla quotidianità della famiglia, ed il figlio/a, seppur in regime di affidamento condiviso, resta a vivere nella stessa casa con l'altro genitore, solitamente la madre, senza il padre. Questa condizione di mutata "convivenza" ricorda molto **l'esperienza del lutto**. Con differenti sfumature, a seconda dell'età, del sesso del figlio/a, della presenza di fratelli/sorelle, e dalla qualità della **separazione** (se molto conflittuale, o più pacifica), il figlio/a si ritrova solo/a privato di una esperienza quotidiana, ove in questa il fluire degli eventi, e degli spazi di vicinanza/lontana, di costruzione del rapporto sono sicuramente più genuini delle visite prestabilite/obbligate dei *week end* alterni. Come già scritto per la nascita della coppia (cfr. ibidem par. 2.1) anche qui sembra capovolgersi il legame generazionale: è il bambino/a che deve modellare la sua crescita sui quelli del genitore, nelle "giornate stabilite" (Bertocchi, pag. 87). Quello che si determina è uno stato per cui "*l'assenza è più concreta della presenza*" dovendo essere differita rispetto magari al bisogno del momento. Prima parlavo, riprendendo Sarno di lutto, ed ancora riferendomi ad esso, voglio sottolinearne il carattere di difficile elaborazione: quando una persona viene a mancare con la fine della sua vita esiste un motivo. Ma l'angoscia ed il vuoto per la separazione da un genitore in vita che però non si vede più come prima non ha spiegazioni facili. La **rabbia** e la **colpa** sono sentimenti normalmente esperiti, che peraltro, quando molto

intensi, conducono ad un allontanamento/eliminazione interna della figura, una sorta di "amputazione psichica". Quest'ultima si può tradurre anche in concreti rifiuti d'incontro col genitore, in una sorta di sapore di "proverbio"...lontano dagli occhi lontano dal cuore, in un tentativo difensivo di isolamento di un dolore, altrimenti insopportabile.

Spesso in concomitanza delle separazioni si registrano cali nel rendimento scolastico, minor concentrazione, e per quanto riguarda i figli maschi la letteratura associa l'assenza paterna a comportamenti antisociali e delinquenti (Cigoli, 1994 in Bertocchi 2009)

2.13 Dell'infanzia ed altri pericoli

"La Convenzione sui diritti del fanciullo dell'Onu del 1989 all'art. 3, sancisce espressamente che: "in tutte le azioni riguardanti bambini, se avviate da istituzioni di assistenza sociale, private e pubbliche, tribunali, autorità amministrative, corpi legislativi, i maggiori interessi dei bambini devono costituire oggetto di primaria importanza"²³¹. In tale norma di diritto internazionale emergono delle linee guida molto importanti circa: la tutela riservata al minore, ed il ruolo che gli viene attribuito di persona con dei diritti. Ovviamente il minore, proprio in quanto tale non ha la capacità di fare attente valutazioni circa l'esercizio dei suoi diritti né tanto meno la segnalazione di eventuali offese subite: in quanto tale sicuramente è più vulnerabile ed esposto a pericoli rispetto ad un adulto.

²³¹ Altro diritto <http://www.altrodiritto.unifi.it/ricerche/minori/dibari/cap1.htm#h2>

Fin qui ho descritto rischi psico-fisici legati alla salute ed al benessere del minore. Ma queste situazioni, purtroppo, sono poca cosa se pensiamo agli altri tipi di violenza che possono mettere in pericolo il minore: dalla perdita stessa della vita, alla perdita della scelta di sperimentare la propria sessualità coerentemente con un desiderio maturato in uno sviluppo "normale"; ed ancora, alla seppur piuttosto rara, condizione di rimanere orfani a seguito dell'omicidio di una dei genitori proprio per mano dell'altro.

Negli ultimi anni abbiamo assistito, e siamo stati testimoni, come opinione pubblica di una serie di **infanticidi**. Le protagoniste sono spesso madri, che per motivi restati sconosciuti alla cronaca, tolgono la vita ai loro figli. Che a queste situazioni siano associati quadri di grave depressione post-partum, questi restano comunque fatti che lasciano a bocca aperta, sgomenti, si tratta di atti netti, che recidono, e lasciano ben poco spazio a considerazioni altre...interventi preventivi...in questi casi sono ormai inutili...ma sarebbero serviti...restano nelle pagine dei giornali e delle notizie del telegiornale come vuoti emotivi pubblici...ove impotenza rabbia e paura si attivano calmati solo dal pensiero che si tratta di fatti isolati...rari.

Ancora l'**abuso sessuale**, solitamente collegato alla figura del pedofilo, lo "sconosciuto malato che incontra e porta via", ma quanti casi di abuso sessuale si consumano tra le mura domestiche, in quello che dovrebbe essere l'ambiente più protetto. In quest'ultimo dovrebbero essere presenti figure guida, d'attaccamento, che curano, si preoccupano di, sostengono, capita che per un conflitto troppo esacerbato, sia proprio il padre (di solito) a togliere la vita alla madre, ed il figlio/a è in mezzo a

questa guerra col morto, dove viene uccisa anche una parte di lui/lei.

Non era mia intenzione proporre una "top 10" delle tragedie, ma l'infanzia molto spesso è tutt'altro che un periodo spensierato ed innocente. Chiunque siamo nella vita e da qualsiasi punto di vista guardiamo, genitori od esperti, neo coppie, neo genitori, si tratta di conoscere questi aspetti, anche alle volte solo per ricordarci cosa è davvero peggio, e di cosa possiamo e dobbiamo gioire, come collocarci in questo mondo e come collocare i temi che riguardano vita, benessere ed interazione.

2.14 Misure della genitorialità

Altrove, qui nella mia ricerca, ho scritto circa la non esistenza di strumenti per la valutazione della genitorialità. Questa è una affermazione parziale, nel senso che forse non esiste una "psicometria" della sua valutazione come quella che è disponibile per altre funzioni psichiche come l'intelligenza. Parimenti degli strumenti per la sua valutazione esistono. Ovviamente data la complessità del fenomeno tali strumenti provengono da una "area di ricerca multidisciplinare che valorizza i contributi della psicologia sociale giuridica e della psichiatria forense. Intesa in senso ampio riguarda due versanti, genitori e bambino, ed ovviamente la loro relazione"²³² (Camerini, Lopez, 2008, pag. 12). Sulla base delle considerazioni sin qui esposte e degli aspetti sviscerati, è evidente che la genitorialità, per il suo legame con la condizione coppia (almeno iniziale), sia essa coniugata o meno,

²³² Camerini B.G. Lopez G. (2008) *La valutazione della genitorialità in situazioni di pregiudizio: nuove proposte metodologiche* Quaderni Sociali di Kyosei, Catanzaro

all'interno della quale si esplica attraverso un legame triadico (piuttosto che diadico, e , pertanto: madre-padre e figlio/a), per le relazioni intergenerazionali con la famiglia d'origine e la famiglia sociale, possiede un aspetto psicosociale. Quest'ultimo è valutato tenendo in considerazione alcune dimensioni, tra cui: la condizione di benessere/malessere, intendendo con questo l'eventuale situazione di pregiudizio, nel senso di "pericolo" per il benessere psico-fisico in cui il minore può trovarsi all'interno dell'ambiente famiglia, l'eventuale stato di abbandono, l'idoneità maggiore o minore di un genitore piuttosto che un altro. Camerini e Lopez, a tal proposito sottolineano l'importanza di ricercare criteri scientifici con cui valutare se le condizioni familiari compromettono il suo sviluppo (pag.13). Inoltre, gli autori evidenziano quelle che in letteratura sono comunemente intese come situazioni di pregiudizio: il maltrattamento fisico, psicologico, la trascuratezza, l'abuso sessuale, il rapporto tra psicopatologia e violenza subita, patologia psichiatrica, devianza, tossicodipendenza, alcolismo dei genitori, violenza assistita familiare (pag.13). Tra i modelli più recenti vi sono: quello process-oriented e il **Trilogue Play Clinico** (LTpc).

Il primo, è stato tradotto da Di Blasio²³³ (2005, in Camerini, Lopez 2008) e indaga i seguenti aspetti: individuali, familiari e della società e dell'ambiente.

Il Lausanne Trilogue Play (LTP, Fivaz-Depeursinge, & Corboz-Warnery, 1999) studia attraverso la video-registrazione l'interazione della triade, permette di valutare l'espressione delle

²³³ Di Blasio (2005) *Tra rischio e protezione: la valutazione delle competenze parentali*. Unicopoli, Milano Camerini B.G. Lopez G. (2008) *La valutazione della genitorialità in situazioni di pregiudizio: nuove proposte metodologiche* Quaderni Sociali di Kyosei, Catanzaro, pag.14

capacità relazionali del bambino e di comprensione del funzionamento della famiglia nel suo insieme (Tripani A. 2010²³⁴, pag.22).

Infine, **Camerini e De Leo** hanno messo a punto un nuovo strumento che attraverso la somministrazione di 24 *items* si propone di indagare le dimensioni: del supporto sociale e della capacità organizzativa, la protezione ed il calore e l'empatia.

²³⁴ Tripani A. (2010) *Qualità della relazione mamma-bambino nel caso di malformazioni toraco-addominali diagnosticate in utero* Tesi di Dottorato in Medicina Materno Infantile Pediatria dello Sviluppo e dell'Educazione Perinatologia, Trieste.

BIBLIOGRAFIA

- ◇ Agnello Hornby Simonetta (2009) *vento scomposto*, Feltrinelli, Milano
- ◇ Andersen H.C. (1970) *Storia di una madre*. In Fiabe, scelte e presentate da Gianni Rodari, Einaudi, Torino in Canevaro A. (1997) "Le rappresentazioni di vita familiare in Vizziello, G. F. Stocco P. (1997) *Tra genitori e figli la tossicodipendenza*, Masson S.p.A., Milano, pagg. 5-27.
- ◇ Angelo C., (1999), *La scelta del partner*, in Andolfi M., *La crisi della coppia*, Milano, Raffello Cortina Editore.
- ◇ Amoruso Monica, Duminuco Leonardo (2000) Indagine sulla genitorialità dei pazienti tossicodipendenti.
- ◇ Black R. Mayer (1980) *Parents with special problems: alcoholims and opiate addiction*, *Child Abuse and Neglect*, 4, 45-54 in Camerini G. Galliani I. (2004) *Alcolismo e violenza intrafamiliare*, vol. II pag. 1157 in Nizzoli U. Pissacroia M. (2004) *Trattato completo degli abusi e delle dipendenze*, Piccin Nuova Libreria S.p.A., Padova.
- ◇ Marina Barnard (2007). "Drug addiction and families" Da PsycINFO Database Record (c) 2010 APA, all rights reserved; *Drug addiction and families* *Addiction*, Vol 102(11), Nov, 2007. pp. 1841-1842. Reviews the book.
- ◇ Baiocchi, P. 2005, home page Istituto Gestalt 8cfr. sitografia).
- ◇ Berne E., (1971) *Analisi transazionale e psicoterapia*, Astrolabio, Roma, in Visentini Gianluigi, 2004-2005, *Definizione e funzioni della genitorialità*, Associazione Genitorialità, <http://www.genitorialita.it/Definizionegenitorialita.asp>
- ◇ Bertocchi F. (2009) *Sociologia della paternità*, LCC - Laser Copy Center S.r.l. Peschiera Borromeo, Milano.
- ◇ Bertolini M. Neri F. (1991) *Fantasie consce ed inconscie, identità personale e genitoriale*, in Società Italiana di Neuropsichiatria Infantile *Fantasie dei Genitori e psicopatologia dei figli*, Borla, Roma in Visentini Gianluigi, 2004-2005, *Definizione e funzioni della genitorialità*, Associazione Genitorialità.
- ◇ Bornstein, M. H. (1995) *Handbook of Parenting*, 4 voll., Lawrence Erlbaum Associates, Mahwah in Camerini, Lopez, (2008) *La Valutazione della genitorialità in situazioni di pregiudizio: nuove proposte metodologiche*, in Quaderni Sociali di Kyosei, Catanzaro.

- ◇ Bricca P. Pasqualotto L. Zecchinato G. (1997) *Dati relativi alla situazione in alcuni servizi della Regione Veneto- analisi dei dati di pazienti tossicodipendenti afferenti al Sert dell'Ulss 23-* in Vizziello G.F. Stocco P. (1997) *Tra genitori e figli la tossicodipendenza*, Masson S.p.A., Milano.
- ◇ Cigoli V., (2003) *La coppia tra scenari di origine e nuova nascita*, in Andolfi M., Cigoli V., (2003), cit., pp. 125-146, in Monguzzi, F., 2006, *La coppia come paziente*, Milano, FrancoAngeli.
- ◇ Cancrini L. (1982) *Quei temerari sulle macchine volanti*, NIS, Roma in Cirillo S. Berrini R. Cambiaso G. Mazza R. (1996) *La famiglia del tossicodipendente*, Raffaello Cortina Editore, Milano
- ◇ Camerini, Lopez, (2008) *La Valutazione della genitorialità in situazioni di pregiudizio: nuove proposte metodologiche*, in Quaderni Sociali di Kyosei, Catanzaro.
- ◇ Cameroni G. Galliani I. (2004) *Alcolismo e violenza intrafamiliare*, vol. II pag. 1153-1163 in Nizzoli U. Pissacroia M. (2004) *Trattato completo degli abusi e delle dipendenze*, Piccin Nuova Libreria S.p.A., Padova.
- ◇ Cambiaso G. Berrini R. Codini G. (1989) *Uno studio sulle disfunzioni internazionali tra genitori tossicodipendenti, mediante l'utilizzo del Rorschach Concordato*, Quaderni di terapia familiare, 3, pp. 11-19 in Cirillo S. Berrini R. Cambiaso G. Mazza R. (1996) *La famiglia del tossicodipendente*, Raffaello Cortina Editore, Milano
- ◇ Carmichael Olson, Heather; O'Connor, Mary J.; Fitzgerald, Hiram E.17. (2001) *Lessons learned from study of the developmental impact of parental alcohol use*, Infant Mental Health Journal, Vol 22(3), May-Jun, 2001. pp. 271-290. Da PsycINFO Database Record (c) 2010 APA, all rights reserved
- ◇ Catalano, Richard F.; Haggerty, Kevin P.; Gainey, Randy R.; Hoppe, Marilyn J.; (1997) *Reducing parental risk factors for children's substance misuse: Preliminary outcomes with opiate-addicted parents*, Substance Use & Misuse, Vol 32(6), May, 1997. pp. 699-721. da PsycINFO Database Record (c) 2011 APA, all rights reserved
- ◇ Cirillo S. Berrini R. Cambiaso G. Mazza R. (1996) *La famiglia del tossicodipendente*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- ◇ Colten M.E. (1980) *A COMPARISON OF HEROIN-ADDICTED AND NON ADDICTED MOTHERS, theirs attitudes, beliefs, and parenting experience* in Marconi C. (1993) *"I figli dei Tossicodipendenti, indagine sulla casistica del Servizio Tossicodipendenze dell'Ulss. 28* in Vizziello G.F. e Pigatto S. (1993) *Tossicodipendenza curare per il duemila*, UPSEL EDITORE, Padova.

- ◇ Cristofalo P. Gavagnin T. Barucheli M.P. Pezzola C. Battistel N. Progetto sperimentale di intervento genitori-bambino (Comunità terapeutica Villa Renata) in Vizziello G.F. e Pigatto S. (1993) *Tossicodipendenza curare per il duemila*, UPSEL EDITORE, Padova.
- ◇ Di Blasio (2005) *Tra rischio e protezione: la valutazione delle competenze parentali*. Unicopoli, Milano Camerini B.G. Lopez G. (2008) *La valutazione della genitorialità in situazioni di pregiudizio: nuove proposte metodologiche* Quaderni Sociali di Kyosei, Catanzaro.
- ◇ Lief, Nina R. (1985) *The drug user as a parent* International Journal of the Addictions, Vol 20(1), 1985. Special issue: Intervening with special populations. pp. 63-97. da PsycINFO Database Record (c) 2011 APA, all rights reserved
- ◇ Gorrini Cesare, Brera Viviana (2004) *LA DROGA NON ASCOLTA: le sofferenze dei genitori tossicodipendenti e dei loro figli. Indagine epidemiologica, riflessioni e proposte*, Difesa Sociale-vol. LXXXIII, n°3, pp. 13-52. Riferimento in rete
- ◇ Guttentag, C.L., C. Pedrosa-Josic, S.H. Laundry, K.E. Smoth, P.R. Swank, *Individual Variability in Parenting Profiles and Predictors of Change: Effects of an Intervention With disadvantaged Mothers*, in Journal of Applied Developmental Psychology, vol. 27 (4), 2006, pp. 349-369 in Camerini, Lopez, (2008) *La Valutazione della genitorialità in situazioni di pregiudizio: nuove proposte metodologiche*, in Quaderni Sociali Kyosei.
- ◇ Mac Murray (1979) *The effect and nature of alcohol abuse and child neglect*. Victimology, 4, 29-45 in Camerini G. Galliani I. (2004) *Alcolismo e violenza intrafamiliare*, vol.II pag. 1156 in Nizzoli U. Pissacroia M. (2004) *Trattato completo degli abusi e delle dipendenze*, Piccin Nuova Libreria S.p.A., Padova.
- ◇ Magor-Blatch, Lynne (2007) *Fractured families: Building a resource for recovery-Preliminary findings from the ADFACT 'Stronger Families' initiative*, Vol 28(2), Sum, 2007. pp. 188-205. Da PsycINFO Database Record (c) 2010 APA, all rights reserved
- ◇ Marconi C. (1993) *"I figli dei Tossicodipendenti, indagine sulla casistica del Servizio Tossicodipendenze dell'UISS. 28* in Vizziello G.F. e Pigatto S. (1993) *Tossicodipendenza curare per il duemila*, UPSEL EDITORE, Padova.
- ◇ Martin M.J.J. Walters (1982) *Familial correlates of selected types of child abuse and neglect*, Journal of Marriage and the family, 44, 267-276 in Camerini G. Galliani I. (2004) *Alcolismo e violenza intrafamiliare*, vol. II pag. 1157 in Nizzoli U. Pissacroia

- M. (2004) *Trattato completo degli abusi e delle dipendenze*, Piccin Nuova Libreria S.p.A., Padova.
- ◇ Mazza R. (2011) *Come coniugare la protezione dei minori ed il trattamento dei genitori tossicomani* (tr. How to conjugate the protection of the minor and the treatment of drug addicted parents), *Terapia Familiare: Rivista Interdisciplinare di Ricerca e Intervento Relazionale*, No 95, Mar, pp. 21-43. [Journal Article] da PsycINFO Database Record (c) 2011 APA, all rights reserved
- ◇ Monguzzi F. (2006) *La coppia come paziente*, Milano, FrancoAngeli.
- ◇ Minuchin S. (1977) *Famiglie e terapia della famiglia*, Astrolabio.
- ◇ Pigatto A. (1997) *Dati relativi alla situazione in alcuni servizi della Regione Veneto- essi per loro natura non lo farebbero* - in Vizziello G.F. Stocco P. (1997) *Tra genitori e figli la tossicodipendenza*, Masson S.p.A., Milano.
- ◇ Plasse, Beatrice Rogoff. (1995) *Parenting Groups for Recovering Addicts in a Day Treatment Center*, *Social Work*, Jan95, Vol. 40 Issue 1, p65-74, 10p. da PsycINFO Database Record (c) 2011 APA, all rights reserved
- ◇ Puntoriero F. (2010/2011) *Genitorialità e tossicodipendenza: il lavoro di rete come modalità di intervento- Corso di Laurea in Servizio Sociale*.
- ◇ Regalia C. (1994) *La rete sociale nella percezione degli operatori*. In Cigoli V. (a cura di) *Tossicomania. Passaggi generazionali e intervento in rete*, cit. in Cirillo S. Berrini R. Cambiaso G. Mazza R. (1996) *La famiglia del tossicodipendente*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- ◇ Scabini E. Greco O. (1999) *La transizione alla genitorialità*, in Andolfi M. (1999) *La crisi della coppia*, Milano, Raffaello Cortina Editore, pag. 73
- ◇ Stanton M. D. (1979) *Famiglia e tossicomania*, *Terapia Familiare*, 6, pp.99-115. in Cirillo S. Berrini R. Cambiaso G. Mazza R. (1996) *La famiglia del tossicodipendente*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- ◇ Sowder B. Burt M.R. (1980) *CHILDREN OF ADDICTS AND NON ADDICTS A comparative investigation in five urban sites*, in Marconi C. (1992) *"I figli dei Tossicodipendenti, indagine sulla casistica del Servizio Tossicodipendenze dell'UISS. 28* in Vizziello G.F. e Pigatto S. (1993) *Tossicodipendenza curare per il duemila*, UPSEL EDITORE, Padova.
- ◇ Skinner, Martie L.; Haggerty, Kevin P.; Fleming, Charles B.; Catalano, Richard F.; Gainey, Randy R.; *Opiate-addicted parents in methadone treatment: Long-term recovery, health, and family*

relationships, Journal of Addictive Diseases, Vol 30(1), Jan, 2011. pp. 17-26 Da PsycINFO Database Record (c) 2010 APA, all rights reserved

◇ Sulcic R. (2009), *Parent Training in ottica sistemica*, Tesi di Specializzazione, Scuola Quadriennale di Formazione alla Psicoterapia Sistemico-Relazionale (Centro Milanese di Terapia della Famiglia, Trieste).

◇ Ranganathan, Shanthi (2004) Families in Transition: Victims of Alcoholism and New Challenges Ahead International Journal for the Advancement of Counselling, Vol 26(4), Dec, 2004. pp. 399-405. Da PsycINFO Database Record (c) 2010 APA, all rights reserved

◇ Tripani A. (2010) *Qualità della relazione mamma-bambino nel caso di malformazioni toraco-addominali diagnosticate in utero* Tesi di Dottorato in Medicina Materno Infantile Pediatria dello Sviluppo e dell'Educazione Perinatologia, Trieste.

◇ Visentini Gianluigi (2004-2005) Definizione e funzioni della genitorialità, Associazione Genitorialità

◇ Walsch F. (1999) *Coppie sane e coppie disfunzionali: quale differenza?* in Andolfi M. *La crisi della coppia*, Milano, Raffaello Cortina Editore.

◇ Wilson C. Orford J. (1978) Children of alcoholics: Reports of a preliminary study and comments on the literature, Journal of Studies on Alcohol, 39, 121-142 in Cameroni G. Galliani I. (2004) *Alcolismo e violenza intrafamiliare*, vol.II pag. 1157 in Nizzoli U. Pissacroia M. (2004) *Trattato completo degli abusi e delle dipendenze*, Piccin Nuova Libreria S.p.A., Padova.

◇ Jackson, D. D. (1977b) *Regole familiari*. Tr. It. In: WATZLAWICK, P., WEAKLAND, J. (a cura di) *La visione interazionale*. Astrolabio, Roma 1980. in Walsch F. (1999) *Coppie sane e coppie disfunzionali: quale differenza?* in Andolfi M. *La crisi della coppia*, Milano, Raffaello Cortina Editore.

◇ Vizziello G.F. Simonelli A. (2004) *La tossicodipendenza tra genitori e bambini*, vol. II in Nizzoli U. Pissacroia M. (2004) *Trattato completo degli abusi e delle dipendenze*, Nuova libreria S.p.A., Padova.

◇ Vizziello G.F. (2008) *Quando essere genitori è difficile*, Lucca.

◇ Vizziello, G. F. (2003) *Psicopatologia dello sviluppo*, Il mulino, Bologna.

◇ Vizziello G.F. e Pigatto S. (1993) *Tossicodipendenza curare per il duemila*, UPSEL EDITORE, Padova.

◇ Vizziello G.F. Stocco P. (1997) *Tra genitori e figli la tossicodipendenza*, Masson S.p.A., Milano.

SITOGRAFIA

http://www.istitutogestalt.net/articoli/mercantino_7-8-9.aspx
http://www.genitorialità.it/Definizione_Genitorialita.asp
<http://www.elgamediazione.it/nuovo/files/genitorialita.ppt#276,22,BIBLIOGR>
AFIA
<http://www.bessimo.it/pdf/quandoilpapaelamamma.pdf> pag.22 -26
<http://www.codipendenti-anonimi.it/html/Professionisti.htm>
www.ristretti.it/areestudio/droghe/.../genitori.htm
<http://www.genitorialita.it/Intervista.asp>
<http://www.mentesociale.it/criminologia/articoli-di-criminologia/771-genitorialita-malata-sindrome-di-alienazione-genitoriale-e-denunce-di-falsi-abusi.html>
<http://www.altrodiritto.unifi.it/ricerche/minori/dibari/cap1.htm#h2>
<http://www.ristretti.it/areestudio/droghe/progetti/genitori.htm>
http://www.indipendenze.org/public/files/la_droga_non_ascolta1.pdf
www.cesdop.it/public/Slide_Fava_Vizziello.ppt
http://www.genitorialità.it/Definizione_Genitorialita.asp
http://www.istitutogestalt.net/articoli/mercantino_7-8-9.aspx

3 INQUADRAMENTO TEORICO: LEGGI ED ORGANI

DEPUTATI ALLA TUTELA DEL MINORE

3.1 Il Tribunale per i minorenni²³⁵

In riferimento all'argomento, qui, di nostro interesse, la prima cosa da chiarire è come si arriva al Tribunale dei Minorenni.

La segnalazione che avvia il procedimento può esser fatta solo da alcuni soggetti in particolare la legge distingue tra quelli che ne hanno facoltà e quelli che, datosi il ruolo che ricoprono, sono obbligati a farla. Tra questi: "i Pubblici ufficiali (carabinieri, polizia); incaricati di pubblico servizio (assistente sociale, insegnante, educatore, e tutti gli operatori dipendenti dell'Azienda Sanitaria); esercente un servizio di pubblica necessità (medico, infermiere); il procuratore della Repubblica (quando si procede per reati sessuali commessi in danno di un minore)²³⁶". Nella segnalazione si riportano fatti, accadimenti, avvenimenti, o comportamenti "omissivi o negativi da parte dei genitori²³⁷", e che, riguardano una situazione potenzialmente pregiudizievole, ossia connotata da caratteristiche di rischio, danno o pericolo per il benessere del minore (psico-fisico). Inoltre, la **segnalazione** è d'obbligo anche nei casi di violenza sessuale ai danni di un minore.

La segnalazione si fa alla Procura della Repubblica presso il Tribunale per i Minorenni. Quest'ultima è, come il Tribunale per i

²³⁵ Un ringraziamento particolare alla dott.ssa Samoah Marsetti collega assistente sociale ed amica, nonché alla mia amica Laura per la stesura di questo capitolo.

²³⁶ Da <http://www.progettotiama.it/Documenti/pado/link1.htm>

²³⁷ Da <http://www.progettotiama.it/Documenti/pado/link1.htm>

Minorenni un Organo dell'Autorità Giudiziarica, ha anch'essa competenze sia civili che penali, e si occupa proprio del vaglio delle segnalazioni, in merito alle quali, eventualmente, in un secondo momento, il Tribunale per i Minori valuterà e deciderà (cfr. *ibidem* provvedimento²³⁸). Quando arriva al Tribunale per i Minorenni, il Giudice Delegato (il *case-manager*), colui a cui si affida il caso, può decidere di incaricare i Servizi Sociali del Comune di riferimento di condurre una indagine psico-sociale, in cui, appunto, gli assistenti sociali procedono a verificare tramite accertamenti sul nucleo in cui vive il minore, proprio al fine di valutarne la fondatezza. Voglio precisare che tale forma di indagine non equivale ad una valutazione delle capacità genitoriali (cfr. *ibidem* in seguito, ruoli del CTU.)

Proseguo la descrizione più dettagliatamente sul Tribunale per i Minorenni e le sue competenze.

Il Tribunale²³⁹ per i Minorenni, per brevità TM, è stato istituito nel 1934²⁴⁰ (RD. 20/7/1934 n. 1404) ed inizia ad operare come organo giudiziario specializzato in questioni riguardanti i minori. In Italia, assieme a quello Ordinario è una delle più importanti Autorità Giudiziarie, cioè l'Organo della Legislazione italiana deputato all'applicazione del diritto oggettivo attraverso le

²³⁸ <http://www.progettotiamia.it/Documenti/pado/link1.htm> per approfondimenti

²³⁹ Con il termine tribunale ci si riferisce a tre cose: il "luogo" dove si gestisce la giustizia; l'edificio (il cosiddetto Palazzo di Giustizia) dove hanno sede i giudici, intendendo con giudice sia la persona fisica (titolare dell'organo), che l'organo (autorità, istituzione che amministra la giustizia) che esercita la giurisdizione, cioè l'applicazione del diritto oggettivo, attraverso le norme concretamente; ed infine, il Tribunale, come denominazione di uno specifico organo, per lo più collegiale, e dell'ufficio giudiziario di cui fa parte, ed è il senso a cui qui ci riferiamo. Da www.wikipedia.org

²⁴⁰ Da <http://www.tribunaleminorimilano.it/> e si consiglia per approfondimenti su storia e competenze

norme. Le competenze del TM sono: amministrative²⁴¹, civili²⁴² e penali²⁴³.

La Convenzione sui diritti del fanciullo dell'Onu del 1989 all'art. 3²⁴⁴, sancisce espressamente che: "*in tutte le azioni riguardanti bambini, se avviate da istituzioni di assistenza sociale, private e pubbliche, tribunali, autorità amministrative, corpi legislativi, i maggiori interessi dei bambini devono costituire oggetto di primaria importanza*"²⁴⁵.

La sempre maggior attenzione verso i minori, considerati come persone che necessitano di protezione circa la cura e la difesa dei loro interessi e dei loro diritti, fa sì che, a livello giuridico il TM²⁴⁶ incarni tale assunzione di responsabilità nei loro confronti, cercando di tutelarne i diritti su questioni che li riguardano.

Pertanto, il TM si riunisce in Camera di Consiglio, composta da: un Presidente, un Giudice²⁴⁷, e due Componenti Onorari²⁴⁸, o

²⁴¹ Il diritto amministrativo tratta di norme giuridiche che regolamentano: gli interessi della PA (Pubblica Amministrazione) e dei rapporti tra la PA ed il cittadino. Da www.wikipedia.org

²⁴² Il diritto civile tratta di norme giuridiche che regolamentano i rapporti tra cittadini privati. Da www.wikipedia.org

²⁴³ Penale è tutto ciò che ha a che vedere con il commettere reato, ossia qualcosa per cui, secondo l'ordinamento giuridico in vigore in quello Stato è prevista una pena, solitamente il carcere.

²⁴⁴ Norma di diritto internazionale, che, "con l'entrata in vigore della legge di ratifica del 27 maggio 1991 n. 179, quest'articolo 3 è divenuto principio cardine del nostro ordinamento giuridico, tanto che si può considerare uno dei criteri interpretativi più importante delle singole norme per superare le eventuali ambiguità delle stesse." Da <http://www.altrodiritto.unifi.it/ricerche/minori/dibari/cap1.htm>

²⁴⁵ Da <http://www.altrodiritto.unifi.it/ricerche/minori/dibari/cap1.htm>

²⁴⁶ Il TM è guidato dal principio di fare interventi a favore del minore, ciò anche nei casi in cui celebra il processo circa reati commessi da minorenni, (la decisione riguarda la colpevolezza di reati imputati ai minori, quindi di età compresa tra i 14 ed i 18 anni) infatti, l'azione ha carattere più che punitivo, rieducativo, la cosiddetta "messa alla prova". Da <http://www.progettatiama.it/documenti/pado/link1.htm>

²⁴⁷ Il cosiddetto giudice delegato o relatore, in particolare, è colui "che tiene le fila della situazione", ossia si occupa del seguito del caso, della storia del minore e dei suoi bisogni. Da <http://www.progettatiama.it/Documenti/pado/link1.htm>

²⁴⁸ Chiamati Componenti Onorari per chiarire la natura del loro contributo in sede decisionale, che deriva da competenza specifica sulla problematica da un punto di vista

Privati²⁴⁹. La Camera di Consiglio è luogo e momento in cui il TM emette un **provvedimento** circa la situazione trattata, che è comunicato alle persone interessate sotto forma del cosiddetto, **decreto**.

Quest'ultimo ha natura differente a seconda della questione in merito alla quale si esprime.

Per ciò che riguarda il riconoscimento dei figli naturali, e la conseguente dichiarazione giudiziale di paternità/maternità naturale, e per le decisioni in materia penale, il TM si esprime con un provvedimento definitivo²⁵⁰.

Tutti gli altri provvedimenti di natura civile sono provvisori ed in questo la normativa ben si dimostra consapevole della complessità, ed il carattere non permanente, dato per sempre, delle situazioni, e, quindi, anche del loro grado di possibile evoluzione, sempre auspicabile (oltrechè anche di involuzione).

Il quadro normativo a cui fare riferimento ha come norme guida il codice civile ed in particolare gli articoli 330 cc. e 332 cc. sulla decadenza dalla potestà e sul suo reintegro; l'art. 333 e seguenti, contenente gli altri provvedimenti di affievolimento della potestà, e il loro procedimento di cui all'art. 336 c. c. e seguenti.

Altre norme di integrazione della normativa sono reperibili nella l. 84 del 1983 e nella l. 149 del 2001 che nel regolare la materia delle adozioni ha modificato la disciplina codicistica.

Tra i procedimenti civili le cui relative decisioni, o provvedimenti

non giuridico (ad esempio, psicologi, assistenti sociali, psicopedagogisti, etc). Per approfondimenti si consiglia <http://www.progettotiama.it/Documenti/pado/link1.htm>

²⁴⁹ Chiamati anche CTU, Competenze Tecnica del Giudice, di cui quest'ultimo si avvale per ottenere informazioni tecniche al fine di poter emettere una decisione. Tra queste ad esempio la valutazione delle capacità genitoriali.

²⁵⁰ I casi elencati sono sottoposti a precise leggi che fanno sì che il provvedimento emesso dal TM abbia natura definitiva.

Da <http://www.progettotiama.it/Documenti/pado/link1.htm>

hanno natura provvisoria, ossia sempre modificabile, che sono anche quelli a cui ci riferiamo in questa sede, rientrano quelli che fanno riferimento a decisioni circa: affidamento dei figli in caso di separazione conflittuale tra persone non coniugate, ed anche questioni circa il mantenimento, regolamentazione visite genitori e rispettivo ramo parentale; restrizioni, come sospensione o decadenza della patria potestà; eventuale affido, con possibile allontanamento da casa (collocamento in idonea struttura familiare, extrafamiliare o comunitaria, alle volte con la madre se consenziente, oppure da soli) all'Ente Pubblico (Comune) ed ai rispettivi Servizi Sociali ed ai Servizi Specialistici dell'Azienda Sanitaria competente, ad esempio, al Consultorio Familiare (CF) per supporti alla genitorialità , ed alle Equipè Materno Infantili, per supporto specifico al minore, inoltre se del caso, l'invio per presa in carico può riguardare altri Servizi Specialisti a seconda della problematica eventualmente presente. Quindi, l'invio può essere fatto: al Dipartimento delle Dipendenze, nelle sue Strutture Complesse Sostanze Legali (Alcologia) e Sostanze Illegali (ex SerT); al Centro di Salute Mentale territorialmente competente (CSM); all'SNPI, Servizio Neuropsichiatrico Infantile; a Mal.ab²⁵¹ (Trieste), gruppo Interistituzionale Specialistico Maltrattamento e Abuso sui minori.

Sulla base di quanto brevemente esposto, e in riferimento all'argomento, ed in particolare per quel che riguarda le capacità genitoriali, la loro valutazione, e l'eventuale decisione di allontanare un bambino dalla famiglia, desidero riportare l'attenzione sulla difficoltà e la delicatezza dell'argomento, e sul carattere giustamente provvisorio dei decreti. A proposito del

²⁵¹ www.antiviolenzadonna.it/menu_nav/.../Trieste/scheda_trieste.doc

genitore, "drogato come peccatore", e l'eventuale decisione di allontanare i suoi figli, sottolinea Vizziello (1997) quando dice: "*le diatribe sulle scelte tra l'interesse dei figli e quello dei genitori si spreca dovunque.... Nessuno di noi tecnici può mai essere sicuro di una evoluzione interattiva disastrosa o di un'organizzazione relazionale nefasta e la valutazione di vantaggi e svantaggi della separazione tra figli e genitori è sempre complessa*"²⁵²."

²⁵² Vizziello G. F. Stocco P. (1997) *Tra genitori e figli la tossicodipendenza*, Milano, Masson.

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

◇ Vizziello G. F. Stocco P. (1997) *Tra genitori e figli la tossicodipendenza*, Milano, Masson.

◇ <http://www.progettotiama.it/Documenti/pado/link1.htm>

◇ <http://www.tribunaleminorimilano.it/>

◇ www.antiviolenzadonna.it/menu_nav/.../Trieste/scheda_trieste.doc

◇ www.wikipedia.org

4. LA RICERCA²⁵³

4.1 Ipotesi, Obiettivi e Metodi

L'ipotesi di partenza è che non sia la dipendenza patologica in sé ad inficiare il corretto esercizio della funzione genitoriale.

Gli obiettivi della ricerca sono stati molteplici.

Prima di iniziare voglio fare una premessa: tutti i dati qui riportati si riferiscono all'anno 2009, di cui sono fotografia.

Il primo passo è stato quello di quantificare le persone trattate per una diagnosi di **dipendenza patologica**, pertanto, ho proceduto all'esclusione dalla popolazione di riferimento, specificatamente, di: per ciò che attiene il Servizio Sostanze Illegali, d'ora in avanti per brevità SerT, patenti e "programmi Prefettura"; le sole patenti, per ciò che riguarda il Servizio Sostanze Legali, d'ora in poi Alcologia.

In seguito, ho quantificato numericamente i **genitori tossico-alcol dipendenti**, in carico, al DDD (Dipartimento delle Dipendenze suddiviso in Strutture Complesse: Sostanze Legali e Illegali)²⁵⁴. E ciò sia nel complesso che per ogni singolo Servizio.

Tra i **genitori** in carico con diagnosi di dipendenza patologica ho ulteriormente individuato quelli **con figli minorenni**.

²⁵³ Doveroso e grato è il mio ringraziamento....capita per caso, da conoscenti o sconosciuti....ad una amica e valida professionista...GRAZIE alla dott.ssa Irene Plet, sempre disponibile, che è stata in grado di offrirmi un valido supporto nella "traduzione" di questo mare magnum di dati.

²⁵⁴ Cfr. ibidem cap. 1, par. 1.6: "La cura e la riabilitazione: l'organizzazione sanitaria a riguardo"

Quindi, per questo gruppo ho rilevato una serie di **caratteristiche**, che potrei brevemente riassumere come concernenti sei macroaree: anagrafiche, ossia, sesso, nazionalità, età di presa in carico, età nel 2009, anni di carico, canale di invio; sociali-familiari, ed in particolare, titolo di studio, occupazione, stato civile, convivenza, dimora, figli (di 10 anni o minori, maggiori di 10 e maggiorenni), coppia; famiglia d'origine, e nello specifico, genitori, fratelli, problemi alco-tossico relati eventualmente presenti; flusso assistenziale, ossia, altri Servizi coinvolti nella presa in carico, relazione con Consultorio familiare e Servizi Specialistici Materno-Infantili; sostanza d'abuso prevalente; qualità delle relazioni, con genitori, partner e figli.

Successivamente ho approfondito le situazioni di minori già sottoposti a tutela da parte del TM, tramite emanazione di un **decreto**. Il numero trovato è stato confrontato con il dato in possesso al Consultorio familiare ed ai Servizi Specialistici Materno-Infantili, inoltre, con quello relativo alla popolazione generale, al fine di verificare l'incidenza di questo dato con quello "normale", relativo all'interezza della popolazione di Trieste e provincia.

Infine, ho ulteriormente indagato quei fattori che possono costituire un "**rischio**" per l'esercizio della funzione genitoriale nelle dipendenze patologiche, quei fattori che risultano significativamente associati alle situazioni di disagio conclamato e sono sottoposte a decreto.

Parimenti, il rovescio della medaglia è stato anche il rilevamento dei **fattori protettivi** sempre per ciò che riguarda i genitori con diagnosi di dipendenza patologica. Infine, si sono potute

comparare, evidenziandone le differenze le popolazioni dei genitori tossico ed alcol dipendenti.

Come anticipato nell'Introduzione alla ricerca (cfr. ibidem) l'ipotesi di partenza è che non sia di per sé la dipendenza patologica ad inficiare il corretto esercizio delle funzioni genitoriali, e quindi, a costituire in sé il pregiudizio per il minore ed il suo benessere.

Voglio precisare il significato di questa ipotesi.

Da un lato è una provocazione, tuonano in queste parole quelle del sotteso pregiudizio e stereotipo collegati al tema. Si tratta di una ipotesi volutamente forte per fare luce contemporaneamente su: la genitorialità oggi e la genitorialità tossicodipendente, cosa eventualmente le accomuna, cosa le differenzia.

Altresì, l'ipotesi, per "confronto", nel senso di continuità tra fenomeni simili, si connota come una lente sensibile, diversa al fenomeno, nel senso di curioso desiderio clinico e scientifico di identificare meglio ciò che potrebbe costituire aspetto cosiddetto di rischio, laddove ne esista uno o più, e, l'ovvio rovescio della medaglia sono i cosiddetti fattori protettivi.

4.2 Popolazione e territorio

Nel progetto iniziale, la popolazione presa in esame riguardava solamente le persone con diagnosi di dipendenza patologica ed i genitori, specificatamente con figli minori presenti tra i pazienti in trattamento, afferenti al SerT.

In un secondo momento l'indagine si è estesa con gli stessi obiettivi e modalità procedurali anche a quella dei pazienti in trattamento per diagnosi patologica afferenti all'Alcologia.

Per quanto riguarda la popolazione, così definita, comprende una analisi su tutta la popolazione di Trieste e della sua provincia. Infatti, sono stati raccolti i dati provenienti da tutti e quattro i Distretti in cui il territorio è suddiviso da un punto di vista sanitario.

"Il territorio della Provincia di Trieste si estende per 211,8 kmq e comprende sei comuni: Duino-Aurisina, Monrupino, Muggia, San Dorligo della Valle- Dolina, Sgonico e Trieste che è comune capoluogo (Annuario demografico 2009, a cura della Provincia di Trieste)²⁵⁵." Al 31 dicembre 2009 la popolazione residente è di 236.546 persone. L'Azienda Sanitaria Territoriale suddivide il territorio in quattro ambiti territoriali, per cui risultano competenti i rispettivi Distretti. Essi sono: l'ambito territoriale del primo Distretto che comprende, la zona nord-ovest della città di Trieste, (l'Altopiano Ovest, l'Altopiano Est, Roiano, Gretta, Barcola, Cologna, Scorcola) ed i Comuni di Duino-Aurisina, Sgonico e Monrupino; l'ambito territoriale del secondo Distretto che

²⁵⁵ http://www.provincia.trieste.it/c/document_library/get_file?uuid=014660f0-5e6a-47b9-86d2-efd83bdcf2d4&groupId=12255

comprende la zona sud della città di Trieste (San Vito, Città Vecchia, Città Nuova-Barriera, Nuova-S.Giacomo); l'ambito territoriale del terzo Distretto, che comprende la zona est della città di Trieste (Servola, Chiarbola, Valmaura, Borgo San Sergio), ed i Comuni di Muggia , Dolina, S. Dorligo; infine, l'ambito territoriale del quarto Distretto, che comprende la zona nord della città (Barriera Vecchia, Chiadino, Rozzol e San Giovanni).

All'interno della complessa struttura organizzativa dell'Azienda Sanitaria Territoriale (ASS1-Triestina) rintracciamo le seguenti macro suddivisioni: la Direzione Generale, la Direzione Strategica e quella Sanitaria. Per quanto riguarda quest'ultima, tra le strutture operative sanitarie vi sono: tre Dipartimenti (quello di Salute Mentale, il Dipartimento delle Dipendenze (DDD) e quello di Prevenzione) e quattro Distretti Sanitari. *"A Trieste i Distretti sono nati con lo scopo di avvicinare ai cittadini le risposte sanitarie, integrando l'offerta di tipo ospedaliero. Essi garantiscono risposte unitarie e prolungate nel tempo ai problemi sanitari e sociosanitari della comunità, collaborando con i Comuni della Provincia (ASS 1- Triestina sito ufficiale)²⁵⁶".* Al suo interno troviamo i Servizi Specialistici del Consultorio Familiare e delle UO Bambini ed Adolescenti.

4.3 Strumenti e fonti

Diversificate e numerose sono le fonti di cui mi sono avvalsa.

Per quanto riguarda l'analisi epidemiologica sulle macroaree, anagrafica, sociale e familiare, e per il numero delle situazioni decretate, per ogni singolo Servizio, Struttura Complessa

²⁵⁶

http://www.ass1.sanita.fvg.it/servlet/page?_pageid=71&_dad=pass1&_schema=PASS1&act=2&id=5884

Sostanze Illegali e Legali ho visionato ogni singola cartella cartacea. Sovente mancavano dei dati, specialmente quelli riguardanti proprio quello sui figli, e quando andava bene, la loro età. Ho provveduto ad una loro integrazione attraverso interviste gruppali con le equipè territoriali di competenza, specificate ulteriormente da interviste ai singoli operatori, ed anche questo per ogni singola persona. Infine, mi sono avvalsa dei dati Ministeriali, ed anche questo per ogni singolo Servizio.

Per quanto riguarda il totale delle situazioni decretate, ho confrontato il numero emerso con quello presente in tutti i Servizi Specialistici dei Consultori Familiari e delle Equipe Materno Infantile territorialmente competenti. Infine, ho proceduto alla rilevazione del numero totale dei decreti. La ricerca della fonte è stata piuttosto ostica, ma alla fine, dopo svariati tentativi, sono riuscita a trovare quella certa. Pertanto ho identificato il numero totale dei provvedimenti emessi dal Tribunale per i Minorenni riferiti a tutta la popolazione presente sul territorio triestino.

Voglio poi concludere offrendo il mio dato "qualitativo", quello riferito alla mia personale esperienza di ricerca, intesa qui proprio nel senso di procedura metodologica d'acquisizione di informazione.

Durante questa esplorazione mi viene in mente l'immagine del saggio con la lucerna. Raccogliere questi dati è stato semplicemente un processo complesso, arduo, come districare un filo per orlo incastratosi nelle maglie della macchina da cucire. Certosino dunque, e contemporaneamente, spesso, vago e fumoso.

Da un lato le cartelle: alcune negli archivi ai piani alti...spesso stretti e senza un reale spazio dove potersi appoggiare, senza una comodità di pensiero, il che rendeva impegnativo trovarne uno mentale; altre volte archivi apparentemente più ariosi, a piano terra, dove però davanti alla porta posti a mò di temporaneo "magazzino" gli oggetti più variegati ed improbabili, dalla sedia rotta, al ventilatore, ad un palo; umidi e confusionari, quelli nei sotterranei, un po' bui, dove dentro c'è un po' di tutto...anche la cassetta per gli attrezzi.

Dall'altro le interviste agli operatori: alle volte gruppali, altre per appuntamento, singole nel rincorrerne la disponibilità tra dimenticanze ed urgenze.

....Sempre nella lotta contro il tempo e nel tentativo di far rientrare tutto...nei ritagli e fuori orario...nel dopocena con qualche utente che ancora gira per la struttura residenziale in cerca di qualche parola o di qualche farmaco perché non riesce ad dormire, coinvolgendo gli operatori a braccio, come in un discorso interiore che non ha una fine, cercando quel dato a cui non riesco a risalire, e quella sigla che non so a chi corrisponde, e mi serve la data di nascita perché non so da quanti anni è seguito...oppure a pranzo in un giorno feriale ma festivo scendendo e salendo le scale, cercando la cartella giusta perché ogni gruppo di lavoro ha un suo metodo e se non è qui potrebbe essere su.

5. RISULTATI E LORO DISCUSSIONE

Tutti i dati raccolti sono stati analizzati in forma aggregata per ragioni di *privacy*.

La popolazione di partenza è di **2295** individui: 909 in carico al SerT e 1386²⁵⁷ all'Alcologia.

Di questi ho preso in considerazione solamente coloro che sono trattati per una dipendenza patologica, ossia **1470** persone, di cui: 850 provenienti dal SerT, e, 620 dall'Alcologia.

I **genitori** con diagnosi patologica sono in totale 784 (su 1470 individui), quindi, rappresentano, rispetto alla popolazione totale con dipendenza patologica: il 53,3% (calcolato su 1470); al Sert costituiscono il 24% (202 genitori su 850); in Alcologia costituiscono il 94% (582 genitori su 620).

Di questi 784 genitori il 30% hanno figli minorenni, ossia 234 individui, di cui: 154 persone in trattamento al SerT, quindi, il 76% del totale dei genitori tossicodipendenti (154 su 202); 80 persone in cura presso l'Alcologia, pertanto, il 14% del totale dei genitori alcolisti (80 su 582). Presento qui i risultati emersi dall'indagine sulle sei macroaree (cfr. ibidem ipotesi, obiettivi e metodi) effettuata sulle 234 persone che rappresentano la popolazione di genitori con figli minorenni.

Effettuerò due presentazioni descrittive distinte per entrambi i Servizi, Illegale e Legale, dopodiché ripercorrerò il dato in una visione d'insieme. L'obiettivo è quello di evidenziare le divergenze

²⁵⁷ Questo numero si riferisce esclusivamente alle persone in carico all'Alcologia per dipendenza patologica da alcol, sono esclusi gli individui sottoposti ad altri trattamenti per i quali il Servizio è deputato, come ad esempio, gioco d'azzardo (GAP) e tabagismo.

emerse dalla suddivisione della popolazione tra i due Servizi. Trovo l'informazione rilevata molto ricca e "buona", nel senso di congrua e capace di modellarsi sulla realtà clinica, dell'osservazione quotidiana, per cui nella pratica i colleghi "concordano con la veridicità delle differenze". Altresì desidero sottolineare come queste ultime non si possano propriamente considerare significative da un punto di vista statistico, in quanto, non si riferiscono a due campioni. Infatti, non ho messo a punto una estrazione o selezione delle unità né tramite metodi casuali né sistematici o altro. Ad ogni modo trovo questo passaggio esplicativo doveroso...anche solo per capire di cosa si sta parlando.

Nella presentazione "singola", per entrambi i Servizi ho inserito il dato di frequenze numerica nelle tabelle, ed anche un suo "riassunto" grafico. Nelle tabelle per ogni aspetto ho inserito anche la mancanza del dato (0), in quanto non disponibile. Al contrario, per quanto riguarda la presentazione del dato nel suo insieme ho optato solo per una visualizzazione grafica, in grado di riassumere visivamente, a colpo d'occhio le eventuali divergenze.

5.1 Risultati genitori tossicodipendenti

Tutte le tabelle ed i grafici sono riportati a fine paragrafo.

Il totale dei soggetti con diagnosi di dipendenza da sostanze illegali nell'anno 2009 è di **850** persone su 909 totali.

Sul totale dei pazienti tossicodipendenti in carico con dipendenza patologica, i genitori sono 202, quindi, il 24% del totale (su 850). Tali dati sono in linea con quanto messo in evidenza nei lavori di Gorrini e Brera²⁵⁸ (Sert Pavia, anni 1999-2001) e di Amoruso e Duminucco (Sert Mestre, 2000). In particolare, Gorrini e Brera scrivono nei risultati della loro indagine epidemiologica circa il campione: *"I genitori tossicodipendenti rappresentano il 22.5% del totale dei pazienti seguiti dal Servizio Dipendenze di Pavia nel triennio 1999-2001. Dato che, se comparato con l'analogo 16% della rilevazione relativa agli anni 1997-1999, indica una tendenza all'aumento, per lo meno nella conoscenza da parte dei servizi, del numero dei tossicodipendenti che diventano genitori"*²⁵⁹. Parimenti, Amoruso e Duminucco nella loro rilevazione calcolano che il 20% risulti essere genitore. Inoltre, nel Primo Congresso Nazionale tematico²⁶⁰ tenutosi a Milano il 27-28 ottobre del 2011, ed organizzato da FeDerSerD²⁶¹, Federazione Italiana degli Operatori dei Dipartimenti e dei Servizi delle Dipendenze, è stato evidenziato lo stesso valore numerico: il 20-25% degli adulti trattati hanno figli.

²⁵⁸ Pag. 21: "La droga non ascolta", Difesa Sociale-vol.LXXXIII, n°3 (2004), pp.13-52

²⁵⁹ Pag. 21: "La droga non ascolta", Difesa Sociale-vol.LXXXIII, n°3 (2004), pp.13-52

²⁶⁰ <http://www.federserd.it/evento0043.php>

²⁶¹ <http://www.federserd.it/index.php>

Il 76% dei genitori provenienti dal SERT ha figli minori (154 su 202). Tale dato è coerente con **l'età dei genitori nel 2009** (vedi tabella n°1 e rispettivo grafico). Infatti, il 26% dei pazienti del SerT ha un'età compresa tra i 36 ed i 40 anni, e, solo un 3,9% dei pazienti del Sert ha tra i 51 ed i 59 anni. Pertanto, si tratta di una popolazione giovane, in età fertile (si veda tabella n° 1 e relativo grafico).

Per quanto riguarda il genere dei pazienti, si evidenzia una maggioranza di pazienti di sesso maschile: il 64,9% (100), **mentre solo il 35,1% (54) è rappresentato da donne** (si veda tabella n° 2). Questo dato è in linea con quanto affermano Cesare Gorrini e Viviana Brera: *"La maggioranza di padri rispetto alle madri risulta coerente con la preponderanza della tossicodipendenza maschile rispetto a quella femminile²⁶²".* Vizziello e Simonelli²⁶³ (2004) indicano una prevalenza di uomini, e ciò, è coerente con il mio dato, anche se il mio è leggermente inferiore (76% vs 66%).

Nel Sert di Trieste si riscontra che nell'anno 2009 ci sono 685 maschi (105 nuovi utenti e 580 già in carico o rientrati) e 224 femmine (32 nuove e 192 già in carico o rientrate). Sempre Gorrini e Brera nei risultati del loro progetto di ricerca-intervento scrivono che: *"nel triennio 1999-2001, Il Servizio Dipendenze di Pavia ha avuto in carico una percentuale di pazienti uomini oscillante tra l'81% e l'83%":* nel Sert di Trieste abbiamo rilevato una percentuale di uomini del 75,4%, ed una femminile del 24,6%. Contrariamente, Amoruso e Duminucco mettono in evidenza che: *"il fenomeno della genitorialità tra i*

²⁶² Pag. 21: *"La droga non ascolta"*, Difesa Sociale-vol.LXXXIII, n°3 (2004), pp.13-52

²⁶³ Vizziello G.F. Simonelli A. (2004) *La tossicodipendenza tra genitori e bambini*, in Nizzoli U. Pissacroia M. (2004) *Trattato completo degli abusi e delle dipendenze*, Piccin Nuova Libreria S.p.A., Padova pag. 1210.

tossicodipendenti ha una maggiore incidenza tra le pazienti di sesso femminile, con un indice di madri tossicodipendenti del 37% rispetto alla categoria dei padri che interessa solo il 17% dell'utenza maschile." Sulla base delle informazioni sin qui esposte, non riteniamo sia possibile dare lettura della differenza emersa, possiamo ipotizzare essa sia legata a fattori contestuali, ambientali ed economici della popolazione, al fine di chiarire tale passaggio si dovrebbero mettere a punto ulteriori studi ed approfondimenti che considerino certe variabili e loro specifici valori, allo stato dell'arte ci appare opportuno sottolineare tale aspetto come esistente ed interessante.

Per quanto concerne la **durata del rapporto** col Servizio possiamo dire che il 29,9% dei pazienti ha un rapporto col Sert dai 3 ai 10 anni, il 24% degli individui è noto al Dipartimento dagli 11 ai 15 anni, ed il 22,7% da una finestra di vita che va dai 16 ai 20 anni, infine, l'11,1% è in carico da 21 a 29 anni (vedi tabella n°3 e rispettivo grafico).

Possiamo concludere che i pazienti del Sert nel 57,7% delle volte sono seguiti dal Servizio da più di 10 anni. Amoruso e Duminucco affermano allo stesso modo che: "*La relazione terapeutica si protrae per oltre 5 anni nel 60% dei pazienti in carico.*" Inoltre, gli autori sottolineano l'importanza di tale aspetto del lavoro clinico al Sert, con questa affermazione concordiamo e sottolineiamo la sua possibile valenza d'aggancio anche per quei pazienti di difficili, i quali spesso instaurano una relazione strumentale, e che nel caso appunto siano anche genitori appare un dato importante.

Per quanto sinora esposto è interessante anche capire come queste persone sono **arrivate al Servizio**, ossia quale è stata la domanda esplicita d'aiuto con cui si sono presentati, se si è trattato di una libera scelta, o al contrario coatta, e nel caso lo sia stata chi l'ha formulata. Dalla tabella (si veda tabella n°4 e rispettivo grafico) è evidente che il varcare la soglia del Servizio è stata spontanea per il 55,8% dei pazienti del SerT (interessante sarebbe avere l'informazione sulla natura della spontanea richiesta: ossia se essa è strumentale alla somministrazione del farmaco sostitutivo, o se invece, si esprime come reale motivazione all'aiuto, in un senso più generale).

Per quanto riguarda la **presa in carico**, ben il 44,8% dei pazienti del Sert arrivano da giovani, tra i 23 ed i 29 anni (si veda tabella n°5 e rispettivo grafico).

L'abuso di **sostanze prevalente** è: per l'89,6% l'eroina (si veda tabella n°6).

Per quanto riguarda gli **altri servizi** coinvolti notiamo che il 18,2% dei genitori tossicodipendenti è seguito dal Servizio Sociale del Comune, ed un 5,2% per problemi legati alla giustizia (si veda tabella n°7).

La **famiglia d'origine** di queste persone è costituita da: genitori viventi per il 32,5%, inoltre, salta all'occhio una considerevole percentuale di **padri deceduti: il 21,4% per i genitori del Sert** (si veda tabella n°8 e rispettivo grafico).

Inoltre, il nucleo familiare d'origine nel 34,4% dei casi comprende anche la presenza di almeno un fratello (si veda tabella n°9 e rispettivo).

Per quanto riguarda l'eventuale **presenza di problemi alcol-tossico** relati rilevati in famiglia, la percentuale di informazioni mancanti è così alta (95,6%) che "leggervi" qualcosa di rilevante è arduo. Non sappiamo se il dato mancante sia tale per una non esistenza del fenomeno, o per una mancata rilevazione in cartella di esso. Comunque evidenzio la presenza della categoria: genitore, figlio e fratello tossicodipendente (si veda tabella n°10 e rispettivo grafico).

La **vita affettiva** dei nostri pazienti è caratterizzata da una prevalenza di unioni: per i genitori tossicodipendenti, rileviamo che: il 39,6% convive ed il 20,9% è sposato, per un totale del 60,4%. I celibi/nubili ed i vedovi sono rispettivamente: il 13% ed l'1,9% per un totale del 14,9%. Infine, va rilevato che la percentuale dei divorziati/e è solamente del 3,2%, mentre, quella dei separati/e del 17,5%. Pertanto nel complesso risultano "scoppiate" il 20,7% delle unioni, e, tale dato va in direzione opposta rispetto a quello emerso nella indagine epidemiologica di Pavia, dove è del 40% (si veda tabella n°11 e rispettivo grafico).

Il 40,9% dei genitori tossicodipendenti convive con partner e figli (si veda tabella n°12 e rispettivo grafico).

La **situazione alloggiativa** è stabile ben nel 73,4%, inoltre, esiste un 2,6% che risulta vivere in carcere o in istituto (si veda tabella n°13 e rispettivo grafico). Infine, ricordiamo che non sappiamo se la condizione alloggio stabile sia da ascrivere nella categoria casa di proprietà o sia dell'edilizia territoriale (Ater), aspetto al quale, peraltro molta attenzione dedica il Servizio, soprattutto per azione concreta delle assistenti sociali.

L'istruzione presenta una prevalenza di diploma di scuola media nel 54% dei casi, inoltre, un 10,4% ha frequentato una scuola professionale ed un 7,1% quella superiore, possiamo dire che il 17,5% ha proseguito il ciclo dell'Istruzione a conclusione del ciclo della Scuola Primaria di Primo Grado (si veda tabella n°14 e relativo grafico).

Durante il secondo anno di ricerca, ho scoperto che, nell'anno accademico 2000-2001, una collega assistente sociale, Tiziana Savadori aveva scritto una tesi di laurea in Servizio Sociale dal titolo "Tossicodipendenza e Sistemi Familiari". La collega scrive: *"...benchè questa indichi che il 71% dei soggetti analizzati abbia portato a termine la scuola dell'obbligo può essere importante precisare che una cospicua fetta di questi soggetti (55%) lo ha conseguito frequentando il Corso delle 150 Ore" organizzato dallo Stesso Dipartimento delle Dipendenze in collaborazione con la Scuola Media "Brunner".*

Nella popolazione in esame osserviamo che il 42,9% dei genitori tossicodipendenti sono **occupati**. Il 13,7% è un dato mancante, non ne disponiamo, ed il 32,5% è disoccupato, pertanto non è possibile affermare con certezza che la maggioranza dei nostri pazienti sono occupati (si veda tabella n°15 e relativo grafico).

Per tutte le tabelle che si riferiscono ai figli il valore 0 non significa mancanza di dato, nel senso di sconosciuto, ma assenza, nella categoria specifica in quanto presenza in altra, infatti, tutte le descrizioni qui presentate si riferiscono solo al campione dei genitori con figli minorenni (che ovviamente possono anche avere figli maggiorenni).

Sul totale dei genitori con dipendenza patologica, ossia su 784, i genitori tossicodipendenti con figli nella fascia 0-10 rappresentano il 12,3%. Sul totale dei genitori con dipendenza patologica con figli minorenni, ossia su 234, i genitori tossicodipendenti che hanno figli d'età tra 0 e 10 anni (10 compreso) rappresentano il 41,5%, ossia 97 persone. Sul totale dei genitori tossicodipendenti (97 su 202), il 48% ha figli nella fascia 0-10. Sul totale dei genitori con figli minorenni, il 63% ha figli nella fascia 0-10 (97 su 154).

Sul totale dei genitori con dipendenza patologica, ossia su 784, i genitori tossicodipendenti con figli nella fascia 0-10 rappresentano il 4,6%. Sul totale dei genitori con dipendenza patologica con figli minorenni, ossia su 234, i genitori tossicodipendenti che hanno figli d'età tra 11 e 17 anni rappresentano il 15,3%, ossia 36 persone. Sul totale dei genitori tossicodipendenti (36 su 202), il 18% ha figli minorenni nella fascia 11-17. Sul totale dei genitori tossicodipendenti con figli minorenni, il 24% ha figli d'età 11-17 (36 su 154).

Infine, sul totale dei genitori con figli minorenni, esiste una percentuale che ha figli minorenni d'età non precisata. In particolare, sul totale dei genitori con dipendenza patologica, ossia su 784, i genitori tossicodipendenti con figli d'età sconosciuta rappresentano il 4,2%. Sul totale dei genitori di figli minorenni, con dipendenza patologica, ossia su 234, i genitori tossicodipendenti che hanno figli d'età sconosciuta rappresentano il 21,4%, ossia 33 persone. Sul totale dei genitori tossicodipendenti (33 su 202), il 16,3% ha figli minorenni d'età

sconosciuta. **Sul totale dei genitori tossicodipendenti con figli minorenni, il 21,4% ha figli d'età sconosciuta (33 su 154).**

La presenza di figli di età prevalentemente compresa tra 0 e 10 è un dato che può essere coerentemente riferito all'età dei genitori, piuttosto giovane. La maggioranza dei genitori ha generalmente un figlio: per la fascia d'età compresa tra 0-10 anni (vedi tabella n°17 e relativo grafico); per la fascia d'età 11-17 (vedi tabella n°18); per i cui figli/e d'età sconosciuta (si veda tabella n°16 e relativo grafico).

Infine, una piccola percentuale, del 7,8% (12 su 154) è anche genitore di figli maggiorenni (si veda tabella n°19 e relativo grafico).

Il numero dei figli/e dei genitori tossicodipendenti con figli minorenni è di 208, così distribuiti: 123 bambini/e di età compresa tra 0 e 10 anni; 41 bambini/e di età compresa tra 11 e 17 anni; 44 bambini di cui non conosciamo l'età, ed infine, 15 figlie/e maggiorenni, che se sommati ai 208 fanno salire il numero dei figli/e a 223.

Passo ora in rassegna i dati relativi ai rapporti, nel senso di prese in carico da parte del Consultorio Familiare e delle Equipe Materno Infantili. **Il Servizio per i Minori segue il 20,1% dei/lle figli/e di genitori tossicodipendenti con figli minorenni, e il 79,9% non è seguito dal Servizio (si veda tabella n°20 e relativo grafico).**

Il 17,5% dei genitori tossicodipendenti, i loro figli, pertanto il loro nucleo familiare è all'attenzione del **Consultorio Familiare**, e quindi, e, l'82,5% non è seguito dal Servizio (si veda tabella n°21 e relativo grafico). I genitori tossicodipendenti nel **34,4% dei casi formano attualmente (riferito sempre all'anno 2009) una coppia**

con un'altra persona in carico allo stesso Servizio. Se aggiungiamo la percentuale delle persone, in carico allo Stesso Servizio (ossia SerT) che si sono separate, il 13%, la percentuale di unioni tra persone appartenenti allo Stesso Servizio diviene del 47,4% (si veda tabella n°22 e relativo grafico).

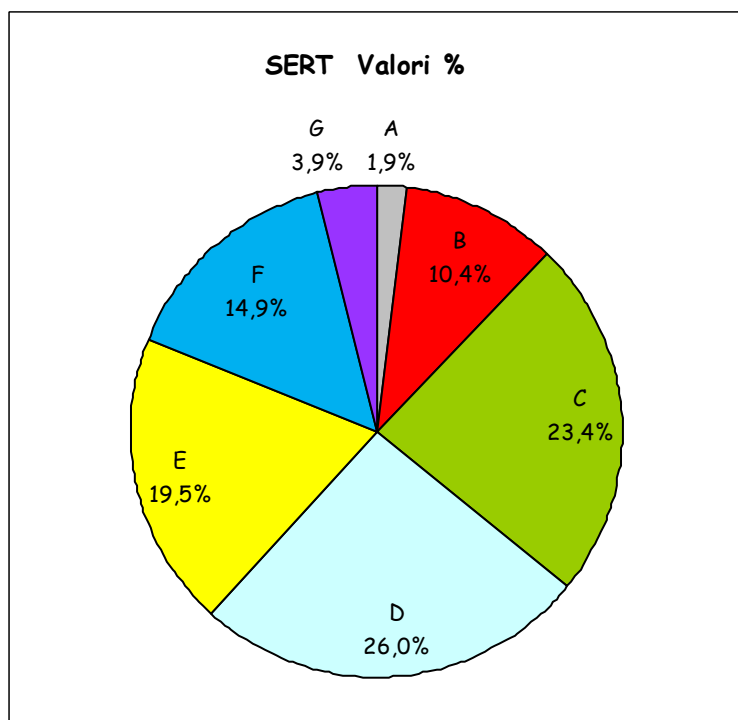
Infine, la rilevazione circa la qualità delle relazioni con genitori, figli e partner ha un dato mancante del 98-99% per cui mi sembra inutile riportare le tabelle.

ETA' NEL 2009

		Frequenza	Percentuale
Validi	A	3	1,9
	B	16	10,4
	C	36	23,4
	D	40	26,0
	E	30	19,5
	F	23	14,9
	G	6	3,9
Totale		154	100,0

Tabella 1

A: 21-24; B: 25-30; C: 31-35; D: **36-40**; E: 41-45; F: 46-50; **G: 51- 59**.



SESSO

		Frequenza	Percentuale
Validi	F	54	* 35,1
	M	100	64,9
Totale		154	100,0

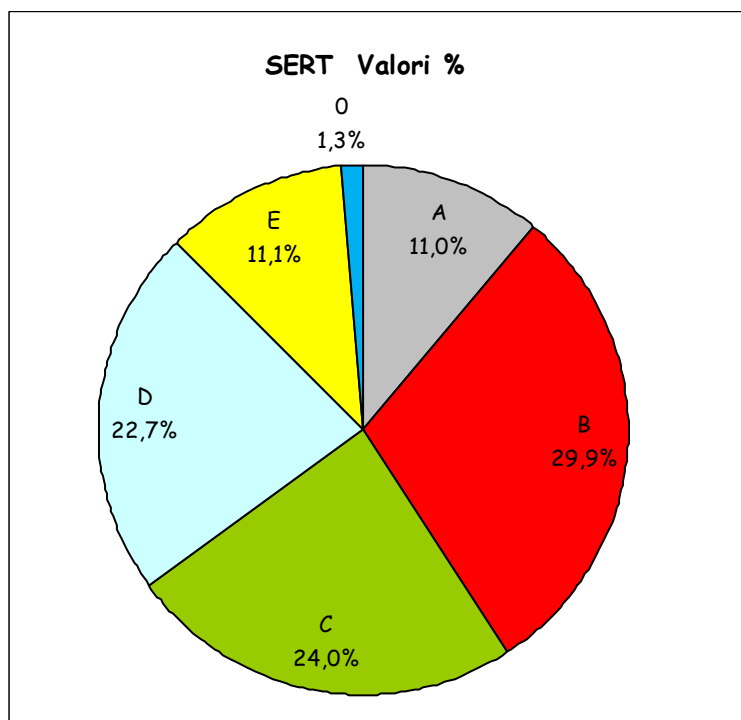
Tabella 2

ANNI in CARICO

	Frequenza	Percentuale
Validi 0	2	1,3
A	17	11,0
B	46	29,9
C	37	24,0
D	35	22,7
E	17	11,1
Totale	154	100,0

Tabella 3

A: 0-2; B: 3-10; C: 11-15; D: 16-20; E: 21-29.

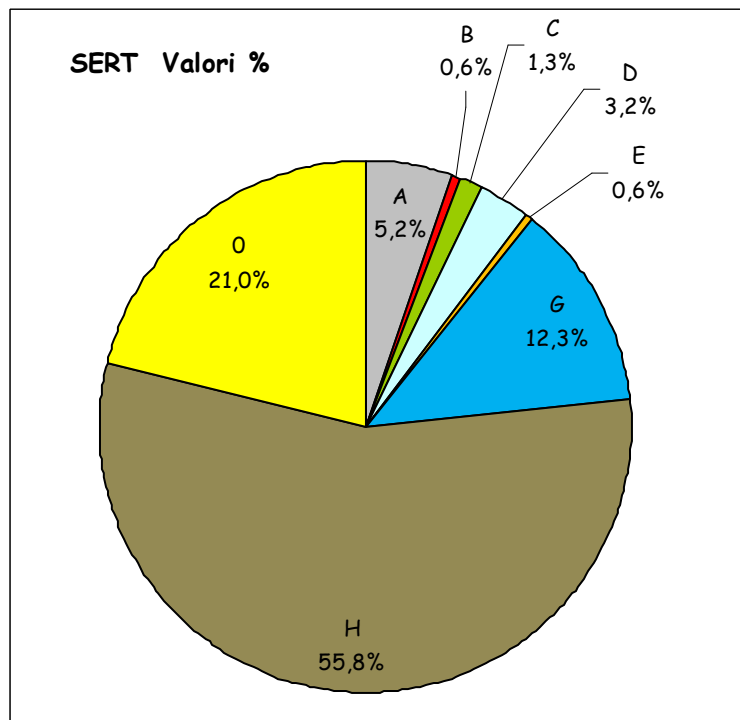


CANALE d'INVIO

		Frequenza	Percentuale
Validi	O	32	21
	A	8	5,2
	B	1	0,6
	C	2	1,3
	D	5	3,2
	E	1	0,6
	G	19	12,3
	H	86	55,8
	Totale	154	100,0

Tabella 4

A: canali medici; B: Tribunale Minori; C: Servizio Sociale del Comune;
D: Casa Circondariale; E: altro; H: **spontanea**; G:
famiglia/amici/partner

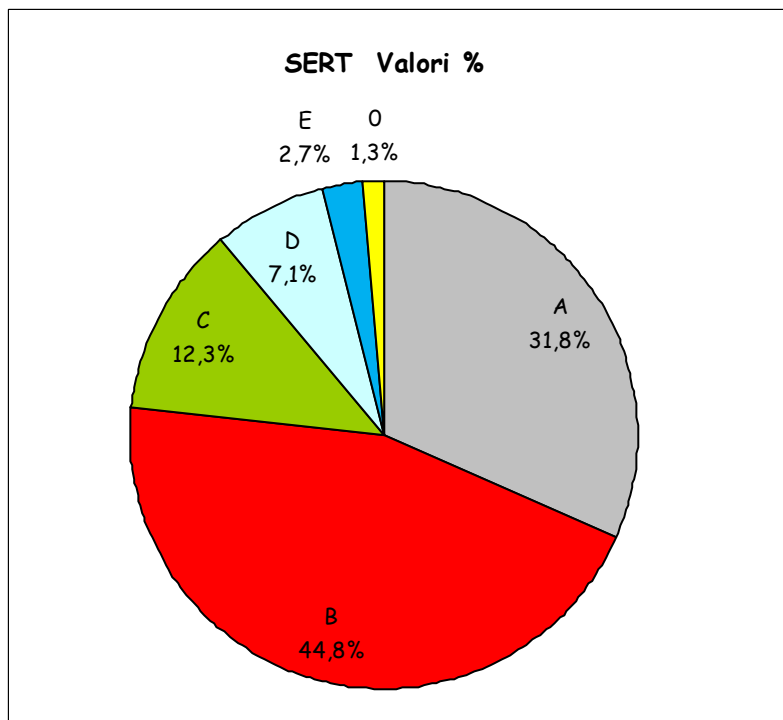


ETA' di PRESA in CARICO

		Frequenza	Percentuale
Validi	0	2	1,3
	A	49	31,8
	B	69	44,8
	C	19	12,3
	D	11	7,1
	E	4	2,7
	Totale	154	100,0

Tabella 5

A: 17-22; B: 23-29; C: 30-35; D: 36-40; E: 41-57



SOSTANZE STUPEFACENTI

		Frequenza	Percentuale
Validi	0	15	9,7
	A	138	89,6
	B	1	,6
	Totale	154	100,0

Tabella 6

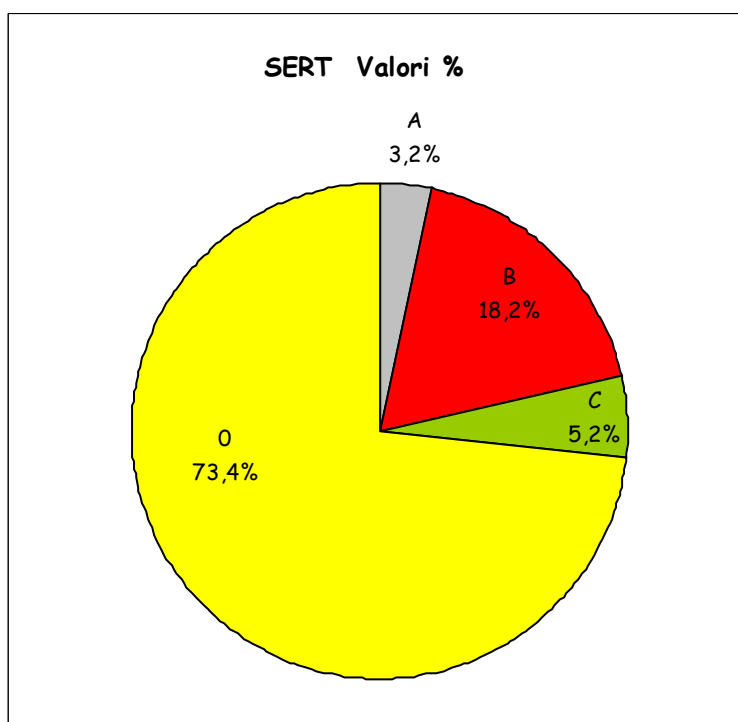
A: eroina; B: cocaina; C: altro

ALTRI SERVIZI

	Frequenza	Percentuale
Validi 0	113	73,4
A	5	3,2
B	28	18,2
C	8	5,2
Totale	154	100,0

Tabella 7

A: Centro di Salute Mentale (CSM); B: Servizio Sociale del Comune; C: problemi di giustizia

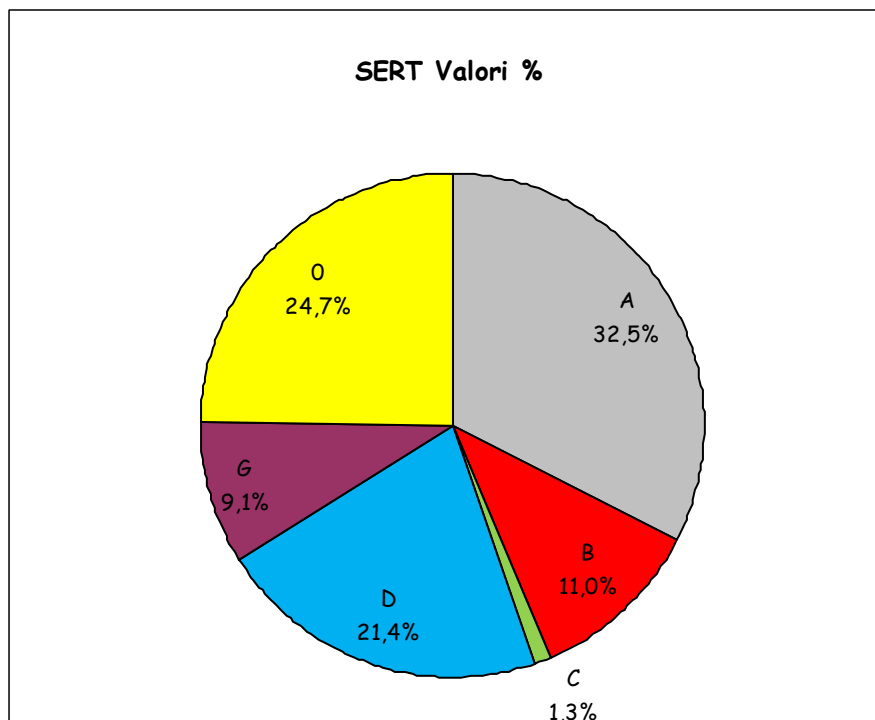


FAMIGLIA d'ORIGINE

		Frequenza	Percentuale
Validi	O	38	* 24,7
	A	50	32,5
	B	17	11,0
	C	2	1,3
	D	33	* 21,4
	G	14	9,1
	Totale	154	100,0

Tabella 8

A: genitori viventi; B: genitori deceduti; C: madre deceduta; D: padre deceduto; G: genitori separati/divorziati

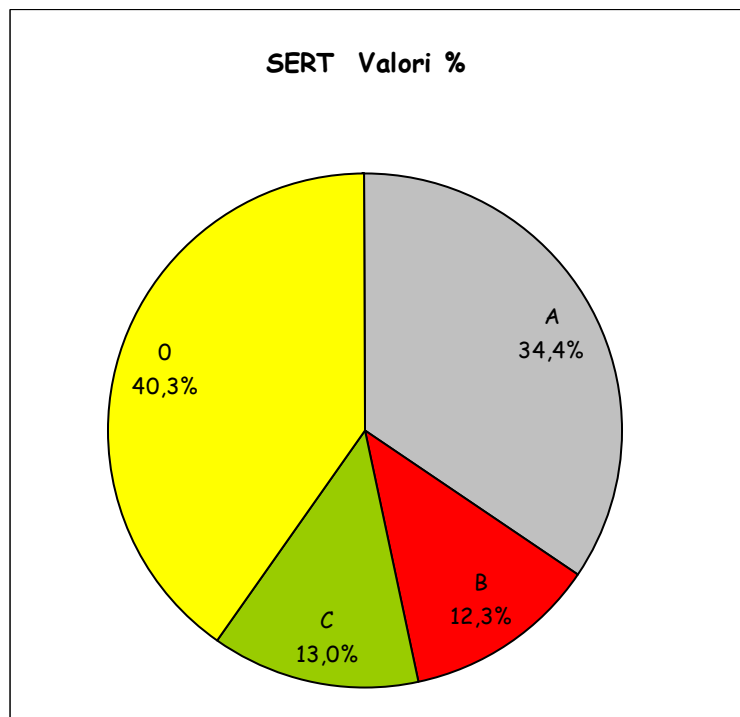


FRATELLI

		Frequenza	Percentuale
Validi	0	62	40,3
	A	53	34,4
	B	19	12,3
	C	20	13,0
	Totale	154	100,0

Tabella 9

A: 1; B: 2; C: più di 2.

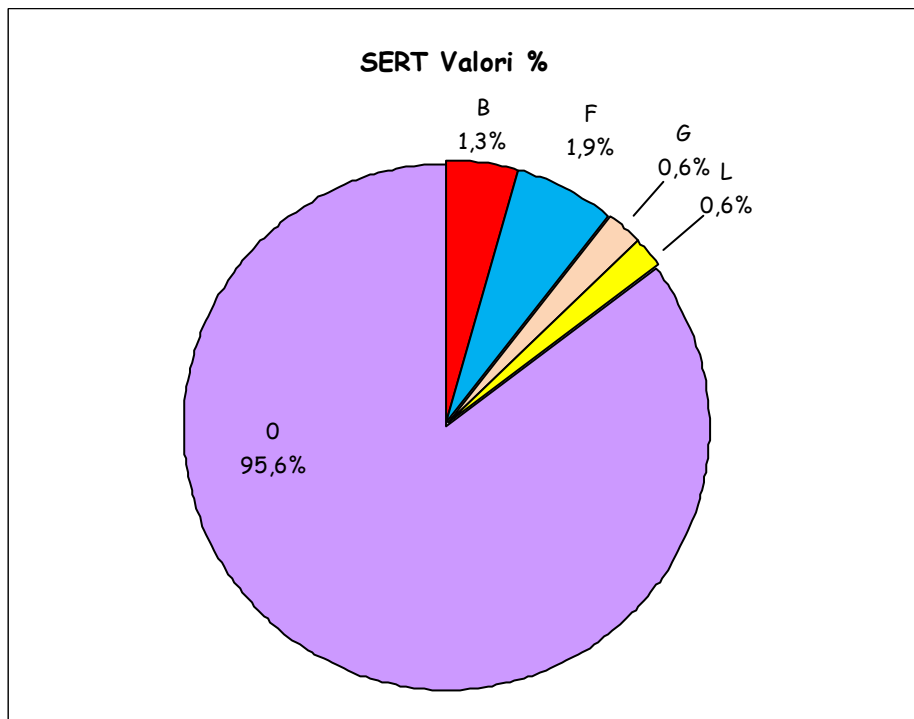


PROBLEMI ALCOL-TD RELATI FAM.

	Frequenza	Percentuale
Validi 0	147	95,6
B	2	1,3
F	3	1,9
G	1	,6
L	1	,6
Totale	154	100,0

Tabella 10

A: genitori con problemi d'alcol; B: padre e/o madre td; F: fratello td; L: figli td; H: parenti con problemi di alcol; G: problemi d'alcol non rilevati.

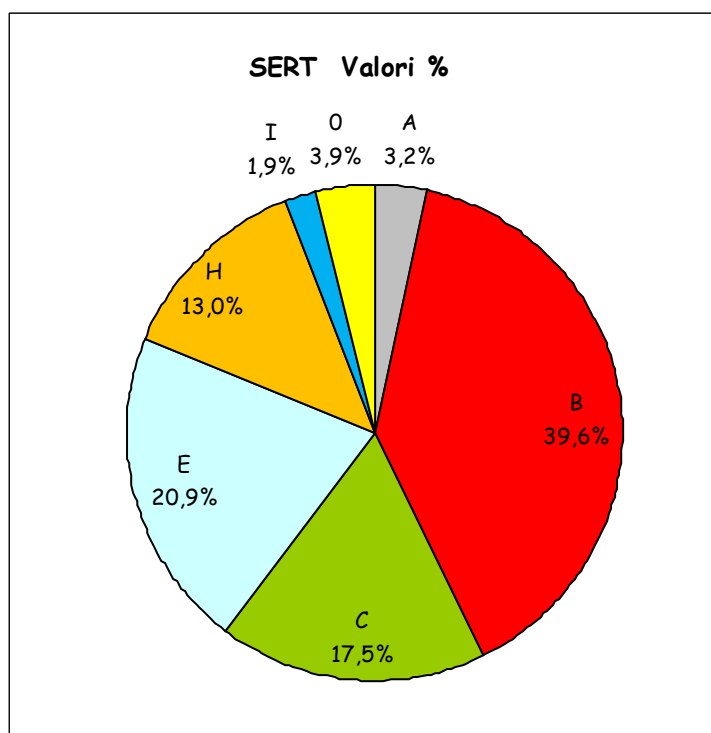


STATO CIVILE

		Frequenza	Percentuale
Validi	O	6	3,9
	A	5	3,2
	B	61	39,6
	C	27	17,5
	E	32	20,9
	H	20	13,0
	I	3	1,9
	Totale	154	100,0

Tabella 11

A: divorziato/a; **B: convivente**; C: separato/a; **E: coniugato/a**; H: celibe/nubile;
I: vedovo/a

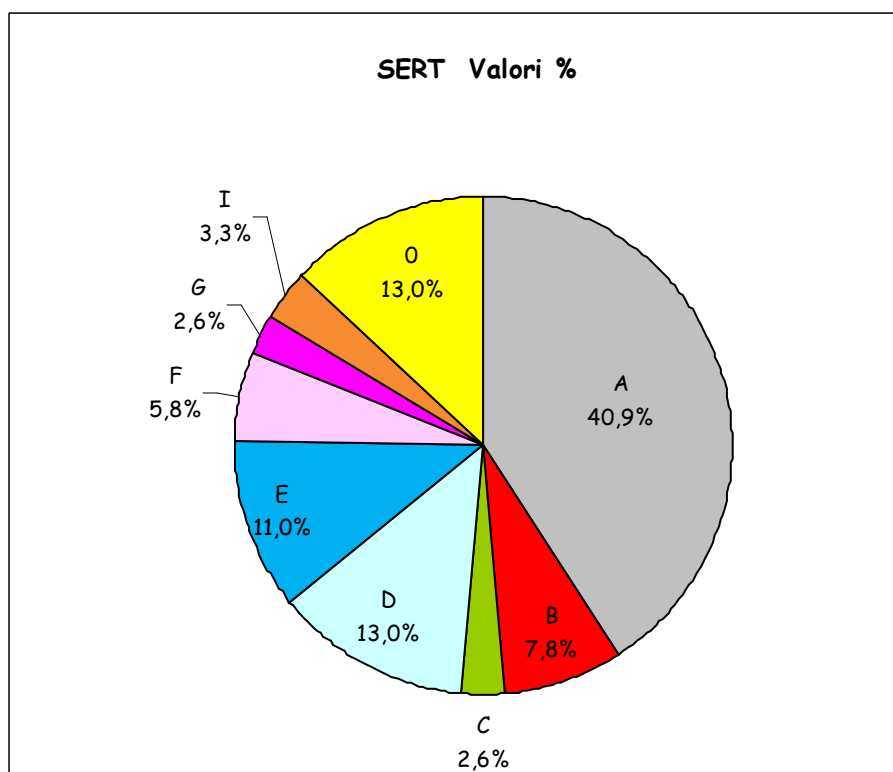


CONVIVENZA

		Frequenza	Percentuale
Validi	O	20	13,0
	A	63	40,9
	B	12	7,8
	C	4	2,6
	D	20	13,0
	E	17	11,0
	F	9	5,8
	G	4	2,6
	I	5	3,3
	Totale	154	100,0

Tabella 12

A: con partner e figli; B: solo/a con figli; C: famiglia originaria e figli; D: solo; E: con partner; F: presso parenti; I: casa circondariale/istituto; G: presso altri.

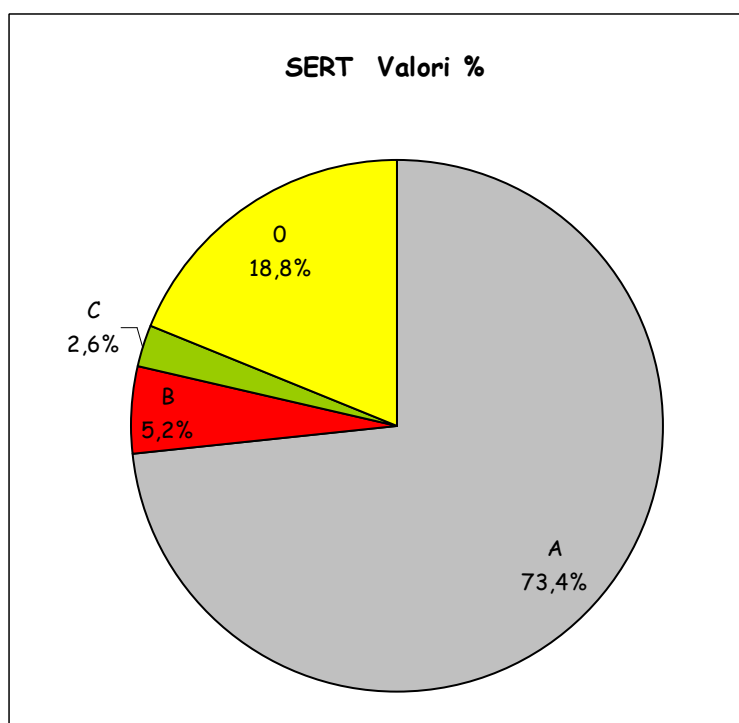


DIMORA

		Frequenza	Percentuale
Validi	O	29	18,8
	A	113	73,4
	B	8	5,2
	C	4	2,6
	Totale	154	100,0

Tabella 13

A: stabile; B: precaria; C: casa circondariale o istituto.

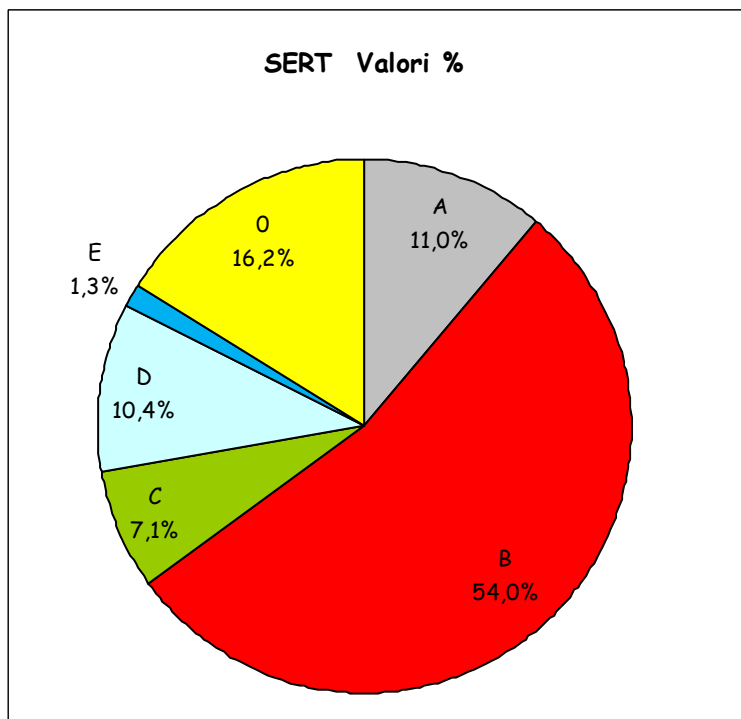


TITOLO di STUDIO

		Frequenza	Percentuale
Validi	O	25	16,2
	A	17	11,0
	B	83	54
	C	11	7,1
	D	16	10,4
	E	2	1,3
Totale		154	100,0

Tabella 14

A: licenza elementare (Scuola Primaria); **B: Scuola Primaria di Primo Grado (media)**; C: Scuola Secondaria di Secondo Grado; D: attestato professionale; E: laurea.

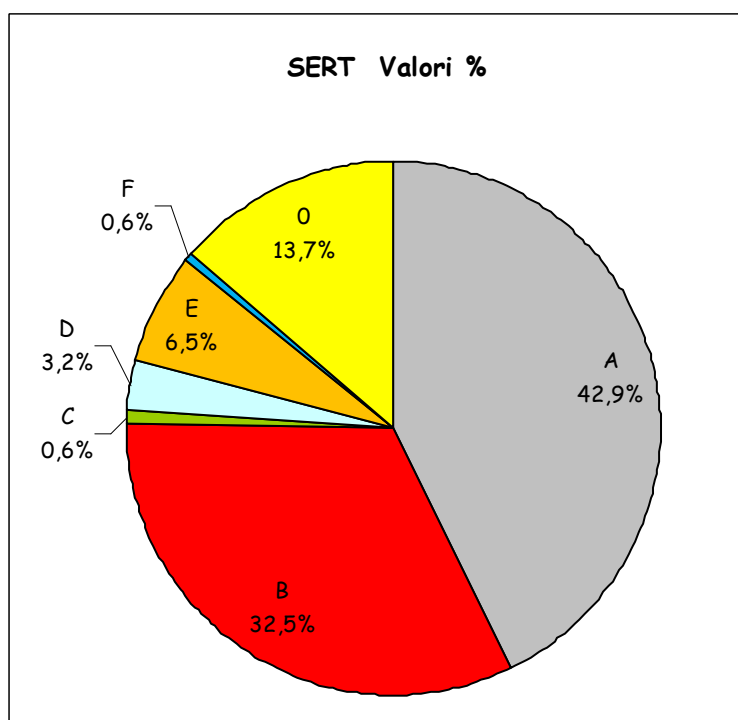


OCCUPAZIONE

		Frequenza	Percentuale
Validi	0	21	13,7
	A	66	42,9
	B	50	32,5
	C	1	0,6
	D	5	3,2
	E	10	6,5
	F	1	0,6
Totale		154	100,0

Tabella 15

A: occupato/a; B: disoccupato/a; C: pensionato/a; D: inattivo/a economicamente; E: lavoro occasionale; F: contratto a termine.

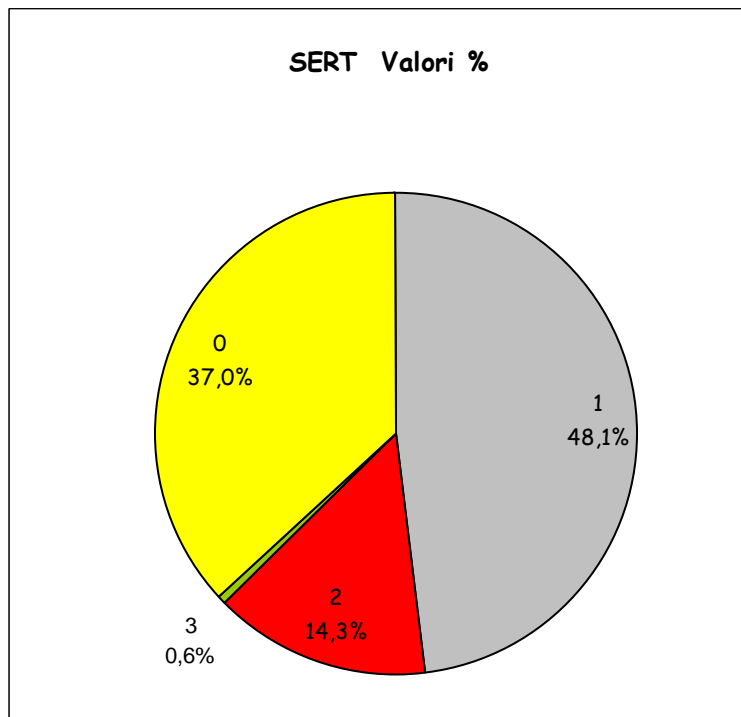


FIGLI 0-10*

	Frequenza	Percentuale
Validi 0	57	37,0
1	74	48,1
2	23	14,3
3	1	0,6
Totale	154	100,0

Tabella 17

1: 1 figlio/a; 2: 2 figli/e

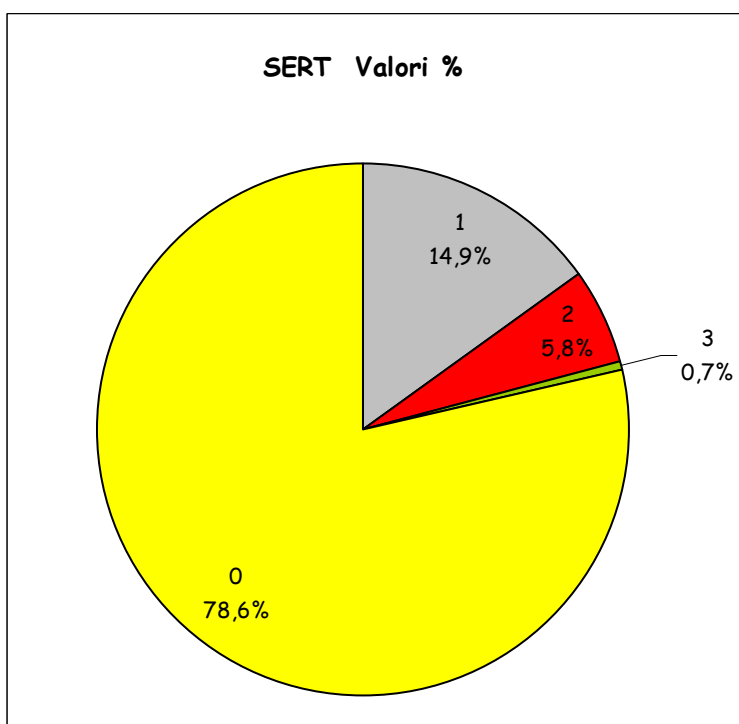


FIGLI MINORI ETA' SCONOSCIUTA

	Frequenza	Percentuale
Validi 0	121	78,6
1	23	14,9
2	9	5,8
3	1	0,7
Totale	154	100,0

Tabella 16

1: 1 figlio/a; 2: 2 figli/e; 3: 3 figli/e

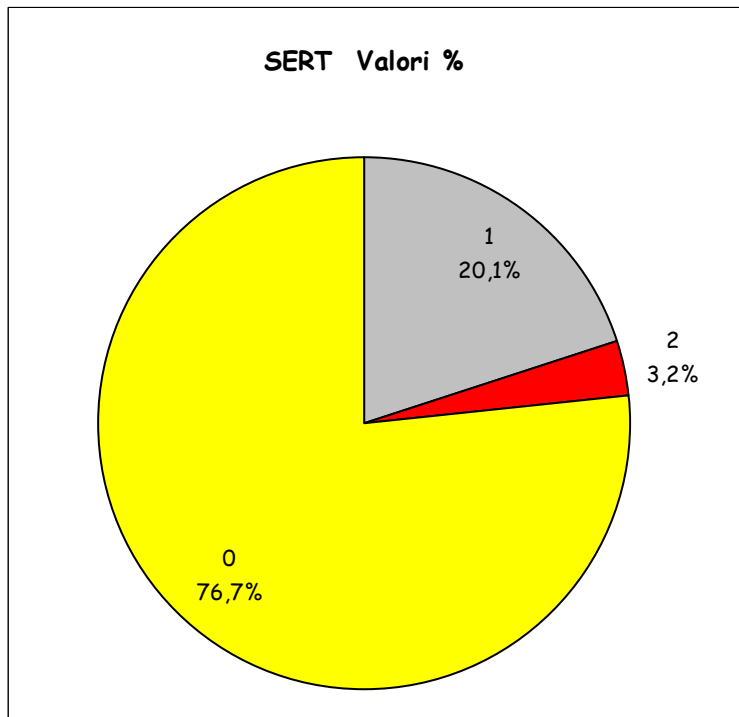


FIGLI 11-17

	Validi	Frequenza	Percentuale
0	118	76,7	
1	31	20,1	
2	5	3,2	
Totale	154	100,0	

Tabella 18

1: 1 figlio/a; 2: 2 figli/e;

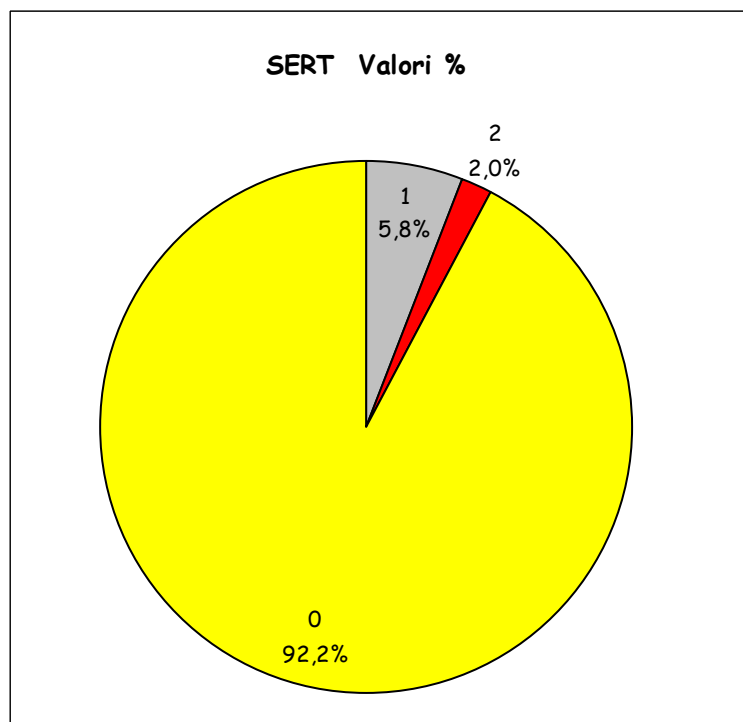


FIGLI MAGGIORENNI

	Frequenza	Percentuale
Validi 0	142	92,2
1	9	5,8
2	3	2
Totale	154	100,0

Tabella 19

1: 1 figlio/a; 2: 2 figli/e;

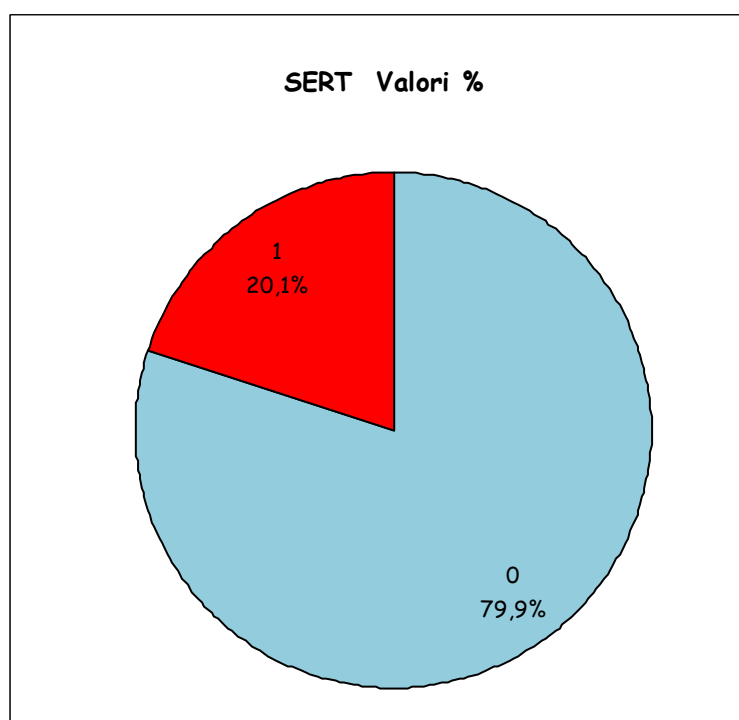


SERVIZIO MINORI

		Frequenza	Percentuale
Validi	0	123	79,9
	1	31	20,1
	Totale	154	100,0

Tabella 20

0: non in carico; 1: in carico

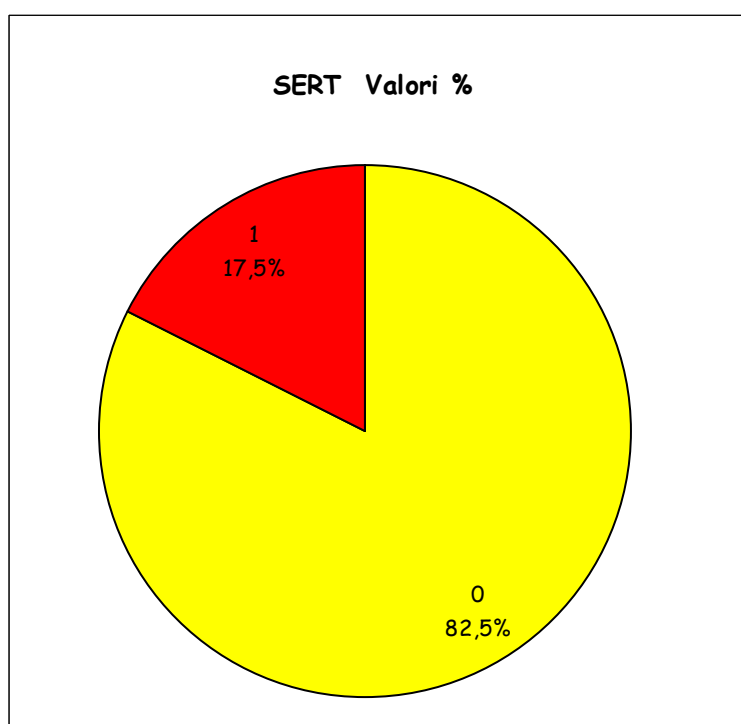


CONSULTORIO

	Frequenza	Percentuale
Validi 0	127	82,5
1	27	17,5
Totale	154	100,0

Tabella 21

0: non in carico; 1: in carico

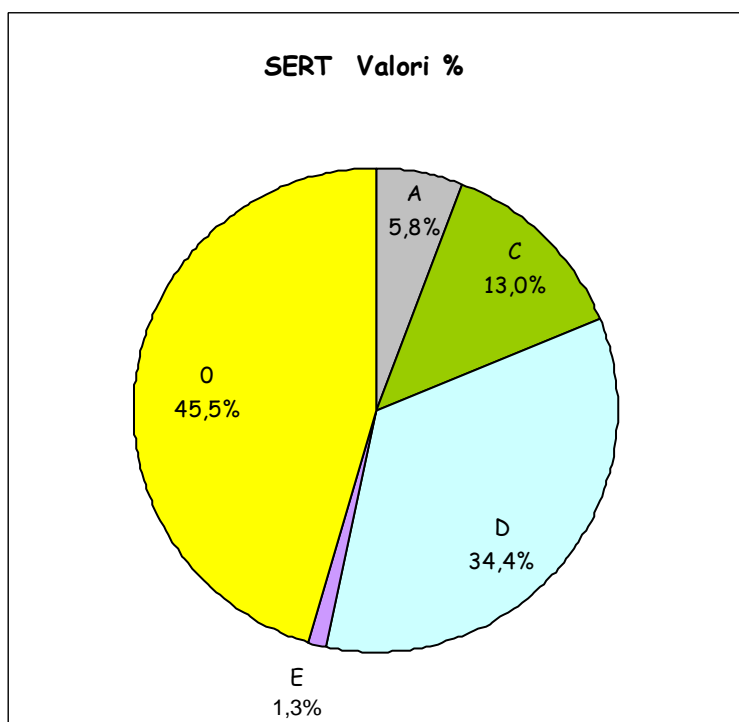


COPPIA

	Frequenza	Percentuale
Validi 0	70	45,5
A	9	5,8
C	20	13,0
D	53	34,4
E	2	1,3
Totale	154	100,0

Tabella 22

A: coppia con ex utente in carico o deceduto/a; B: attuale coppia utente in carico Servizio Diverso; C: coppia separata utente in carico allo Stesso Servizio; D: coppia attuale compagno/a Stesso Servizio; E: coppia separata utente in carico a Sevizi Diversi.



5.2 Risultati genitori alcolisti

Tutte le tabelle ed i grafici sono riportati a fine paragrafo.

Il totale dei soggetti trattati per dipendenza patologica da Sostanze Legali è risultato essere di 620 persone. Per quanto riguarda il genere dei pazienti (si veda tabella n°1), **si evidenzia, una maggioranza di uomini, il 65% (52), mentre, il 35% sono donne (28).**

Di questi sono genitori 582 persone, quindi, il 94% dei pazienti in trattamento per dipendenza patologica (620), ma solo il 14% ha figli minorenni, ossia 80 persone (su 582). Tale dato è coerente con **l'età dei genitori:** infatti, il 25% ha tra i 41 ed i 45 anni, il 21,3% ha una età compresa tra i 46 ed i 50 anni, ed infine, il 16,3% ha tra i 51 ed i 59 (si veda tabella n°2 e rispettivo grafico).

Per quanto riguarda la **durata del rapporto,** possiamo dire che il 48,8% dei pazienti ha un rapporto che è iniziato nel 2009 o si protrae da 2 anni, e, per il 32,4% dei casi è compreso in un intervallo di tempo tra i 3-10 anni (si veda tabella n°3 e rispettivo grafico).

E' interessante capire **come queste persone siano arrivate al Servizio,** ossia quale è stata la domanda esplicita d'aiuto con cui si sono presentati, se si è trattato di una libera scelta, o al contrario coatta, e nel caso lo sia stata chi l'ha formulata. Per i pazienti dell'Alcologia nel 22,5% dei casi si tratta di un invio da parte dei canali medici, per il 12,5% è stata sostenuta da motivazioni legate alla rete affettiva (familiari, amici e partner), il 11,3% di questi genitori sono stati segnalati dal Servizio Sociale

del Comune, ed infine, il 3,8% dal Tribunale per i Minori (si veda tabella n°4 e rispettivo grafico). Inoltre, ben nel **33,6%** dei casi, i genitori alcolisti si presentano all'attenzione degli operatori tra i 41 ed i 57 anni (si veda tabella n°5 e rispettivo grafico). **L'abuso di sostanze prevalente** è per il 50% vino/birra (si veda tabella n°6).

Per quanto riguarda gli **altri servizi** coinvolti notiamo che il 27,5% dei pazienti alcodipendenti è seguito congiuntamente dal Servizio Sociale ed il 7,5% dal Centro di Salute Mentale (si veda tabella n°7 e rispettivo grafico).

La **famiglia d'origine** di queste persone nel 2009 è costituita da: genitori viventi per il 30% delle volte. Inoltre, salta all'occhio **una considerevole percentuale di padri deceduti per ben il 21,3%** delle persone, e questo è un dato molto alto, se consideriamo che nel 38,7% dei pazienti dell'Alcologia non è stato possibile rilevare questo dato (si veda tabella n°8 e relativo grafico).

Il nucleo familiare d'origine nel 26,2% dell'Alcologia comprende anche la presenza di un fratello (si veda tabella n°9 e relativo grafico). Il dato mancante risulta in una percentuale piuttosto alta pari al 52,5%.

Per quanto riguarda eventuali **problemi alcol-tossico relati** presenti nella famiglia d'origine, notiamo che il 23,5% ha avuto/ha genitori con problemi alcool-relati, e, per un 6,3% i PAC sono legati ai parenti (si veda tabella n°10 e relativo grafico).

La **vita affettiva** dei nostri pazienti è caratterizzata per una prevalenza di unioni: il 23,8% convive ed il 35% è coniugato, per un totale del 58,8%. La percentuale dei divorziati è solamente del 7,5% in Algologia (si veda tabella n°11 e relativo grafico).

Il 35% dei genitori alcolodipendenti **convivono con partner e figli** (si veda tabella n°12 e rispettivo grafico).

Per la **situazione alloggiativa** vi è una mancanza del dato del 58,8%, e, quando esiste si distribuisce nel seguente modo: il 28,7% ha una dimora stabile ed il 12,5% precaria (si veda tabella n°13 e rispettivo grafico).

L'istruzione presenta una prevalenza di diploma di Scuola Primaria di Primo Grado (media) nel 41,3% dei casi, accanto a ciò bisogna rilevare la presenza di un 17,3% che ha conseguito il diploma di Scuola Secondaria di Secondo Grado ed un 8,8% la laurea (si veda tabella n°14 e rispettivo grafico).

Il 46,3% dei genitori alcolisti risultano persone **occupate**. Il dato mancante è del 33,8%, a ciò bisogna aggiungere che il 18,8% è disoccupato, pertanto, non è possibile affermare con certezza che la maggioranza dei nostri pazienti sono occupati (si veda tabella n°15 e rispettiva tabella).

Per tutte le tabelle che si riferiscono ai figli il valore 0 non significa mancanza di dato, nel senso di sconosciuto, ma assenza, nella categoria specifica in quanto presenza in altra, infatti, tutte le descrizioni qui presentate si riferiscono solo al campione dei genitori con figli minorenni. Tutti gli 80 genitori alcolisti, di cui sin qui, ho riportato una descrizione sulle sei macroaree (cfr. ibidem ipotesi, obiettivi e metodi).

Sul totale dei genitori con dipendenza patologica, ossia su 784, i genitori alcolodipendenti con figli nella fascia 0-10 rappresentano il 6%. Sul totale dei genitori con dipendenza patologica con figli minorenni, ossia su 234, i genitori alcolodipendenti che hanno figli d'età tra 0 e 10 anni (10 compreso) rappresentano il 41,5%, ossia

47 persone. Sul totale dei genitori alcoldipendenti (97 su 582), l'8% ha figli nella fascia 0-10. **Sul totale dei genitori con figli minorenni, il 59% ha figli nella fascia 0-10** (47 su 80). In particolare la maggioranza ha un figlio/a (si veda tabella n°16 e relativo grafico).

Sul totale dei genitori con dipendenza patologica, ossia su 784, i genitori alcoldipendenti con figli nella fascia 11-17 rappresentano il 4,7%. Sul totale dei genitori con dipendenza patologica con figli minorenni, ossia su 234, i genitori alcoldipendenti che hanno figli d'età tra 11 e 17 anni rappresentano il 16%, ossia 37 persone. Sul totale dei genitori alcoldipendenti (37 su 582), il 6,4% ha figli nella fascia 11-17. **Sul totale dei genitori con figli minorenni, il 46% ha figli nella fascia 11-17** (37 su 80). In particolare la maggioranza ha un figlio/a (si veda tabella n°17 e relativo grafico).

Inoltre, per 9 bambini non è stato possibile stabilire precisamente l'età. (vedi tabella n°18 e rispettivo grafico).

Infine, tra questi, vi sono genitori (23) di figli/e che hanno raggiunto la maggiore età (si veda tabella n°19 e rispettivo grafico).

Il numero dei figli/e dei genitori alcoldipendenti con figli minorenni è di 128, così distribuiti: **73 bambini/e di età compresa tra 0 e 10 anni; 46 bambini/e di età compresa tra 11 e 17 anni; 9 bambini di cui non conosciamo l'età**, ed infine, 24 figlie/e maggiorenni, che se sommati ai 128 fanno salire il numero dei figli/e a 152.

I genitori, i loro figli i servizi per i minori ed il consultorio. Dal **Servizio per i Minori** è seguito: il 22,5% dei figli di genitori in

carico all'Alcologia (si veda tabella n°20 e rispettivo grafico). Sono all'attenzione del **Consultorio**: ed il 28,8% dei pazienti alcooldipendenti (si veda tabella n°21 e rispettivo grafico).

Nella popolazione alcooldipendente l'11,3% degli individui sta attualmente in **coppia** con un altro seguito dallo Stesso Servizio (si veda tabella n°22 e rispettivo grafico).

Il dato sulle relazioni riguarda rispettivamente: 24 pazienti per la qualità delle relazioni con i genitori, ossia il 30% del totale dei genitori alcolisti (su 80); 35 genitori e le relazioni con i loro *partner*, ossia il 44% del totale dei genitori alcolisti; 32 genitori e le relazioni con i loro figli/e, ossia il 40% del totale. I genitori alcooldipendenti intrattengono prevalentemente: **coi genitori buone relazioni (A) nel 20% dei casi (16)**, tabella 23; **nel 31,3% dei casi con i loro figli/e buone relazioni (A)**, tabella 25; mentre, **con i loro *partner* hanno relazioni conflittuali (B) nel 28,7%**, a fronte solo di un 15% di buone, tabella 24.

SESSO

		Frequenza	Percentuale
Validi	F	28	* 35,0
	M	52	65,0
	Totale	80	100,0

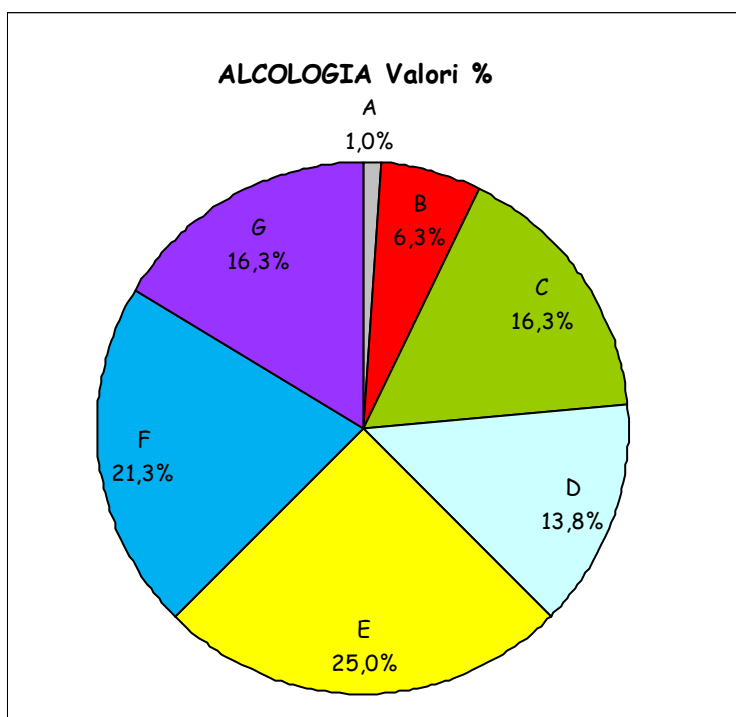
Tabella 1

ETA' nel 2009

		Frequenza	Percentuale
Validi	A	1	1,0
	B	5	6,3
	C	13	16,3
	D	11	13,8
	E	20	25,0
	F	17	21,3
	G	13	16,3
	Totale	80	100,0

Tabella 2

A: 21-24; B: 25-30; C: 31-35; D: 36-40; E: 41-45; F: 46-50; G: 51- 59.

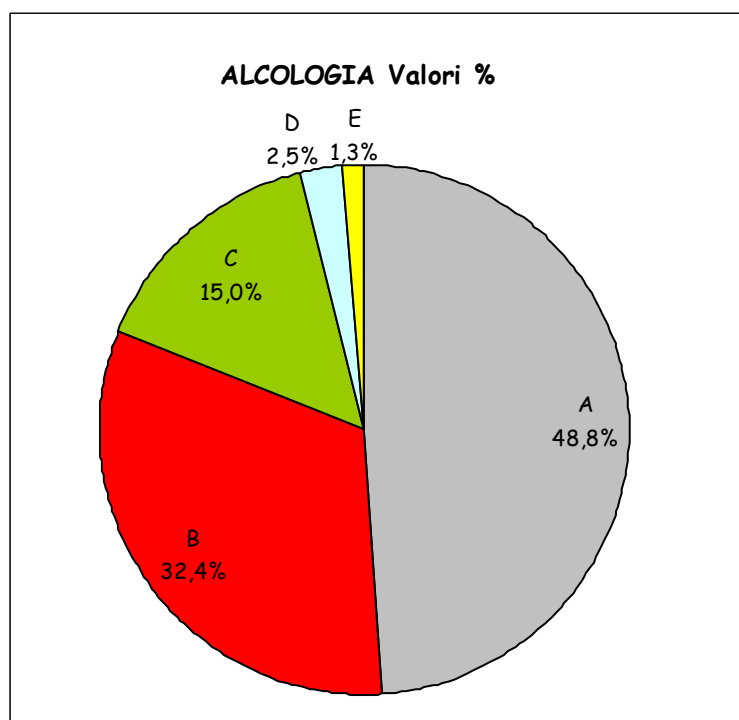


ANNI in CARICO

	Frequenza	Percentuale
Validi A	39	48,8
B	26	32,4
C	12	15,0
D	2	2,5
E	1	1,3
Totale	80	100,0

Tabella 3

A: 0-2; B: 3-10; C: 11-15; D: 16-20; E: 21-29.

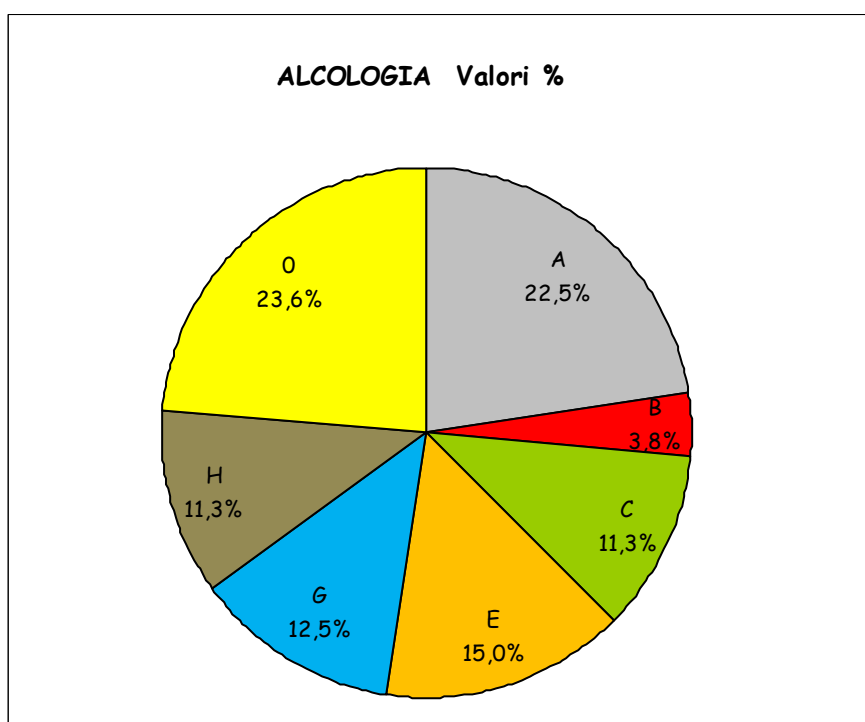


CANALE d'INVIO

		Frequenza	Percentuale
Validi	O	19	23,6
	A	18	22,5
	B	3	3,8
	C	9	11,3
	E	12	15,0
	G	10	12,5
	H	9	11,3
	Totale	80	100,0

Tabella 4

A: canali medici; B: Tribunale Minori; C: Servizio Sociale del Comune; E: altro; H: spontanea; G: famiglia/amici/partner.

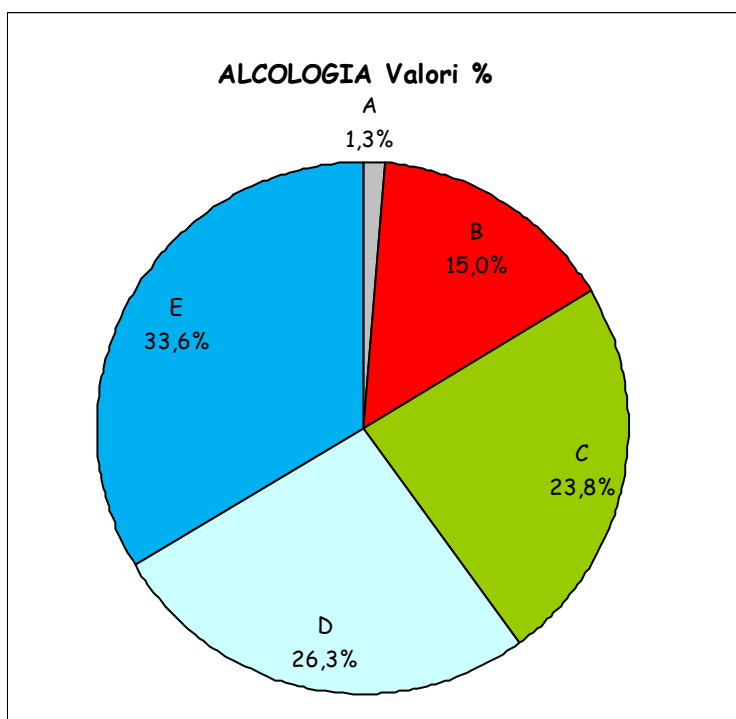


ETA' di PRESA IN CARICO

		Frequenza	Percentuale
Validi	A	1	1,3
	B	12	15,0
	C	19	23,8
	D	21	26,3
	E	27	33,6
	Totale	80	100,0

Tabella 5

A: 17-22; B: 23-29; C: 30-35; D: 36-40; E: 41-57



ALCOL

		Frequenza	Percentuale
Validi	0	22	27,5
	1	58	72,5
Totale		80	100,0

Tabella 6

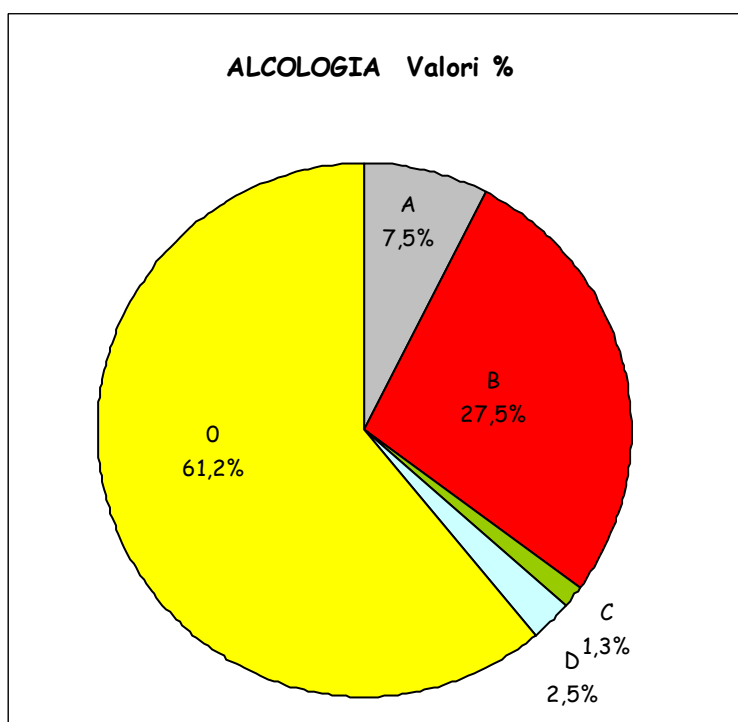
A: vino/birra; B: superalcolici

ALTRI SERVIZI

		Frequenza	Percentuale
Validi	0	49	61,2
	A	6	7,5
	B	22	27,5
	C	1	1,3
	D	2	2,5
	Totale	80	100,0

Tabella 7

A: Centro di Salute Mentale (CSM); B: Servizio Sociale del Comune; C: problemi di giustizia; D: Tribunale dei Minori.

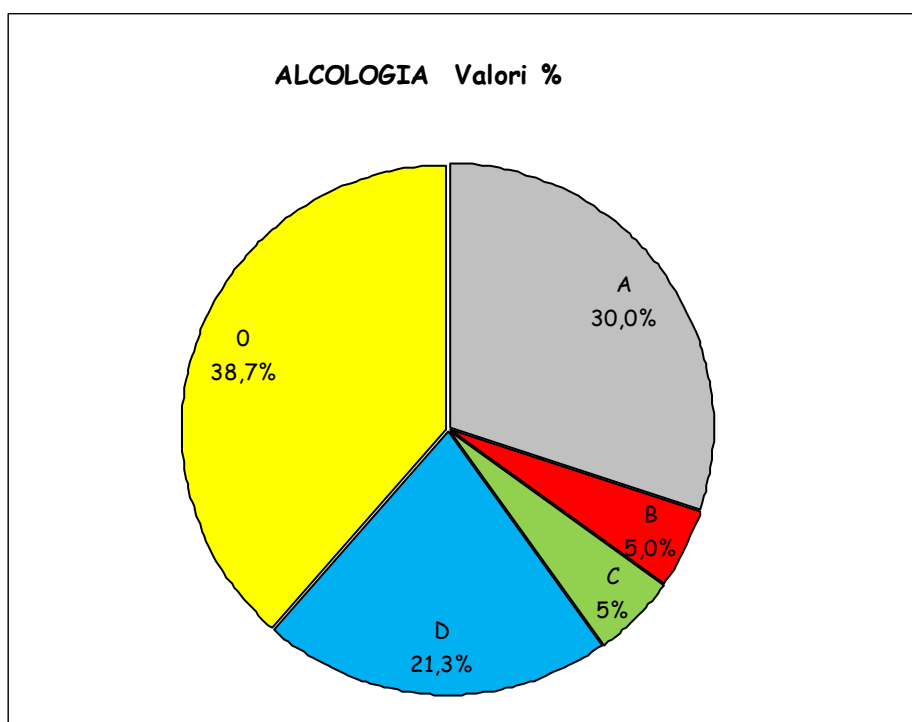


FAMIGLIA d'ORIGINE

		Frequenza	Percentuale
Validi	0	31	38,7
	A	24	30,0
	B	4	5,0
	C	4	5,0
	D	17	* 21,3
	Totale	80	100,0

Tabella 8

A: genitori viventi; B: genitori deceduti; C: madre deceduta; D: padre deceduto; G: genitori separati/divorziati

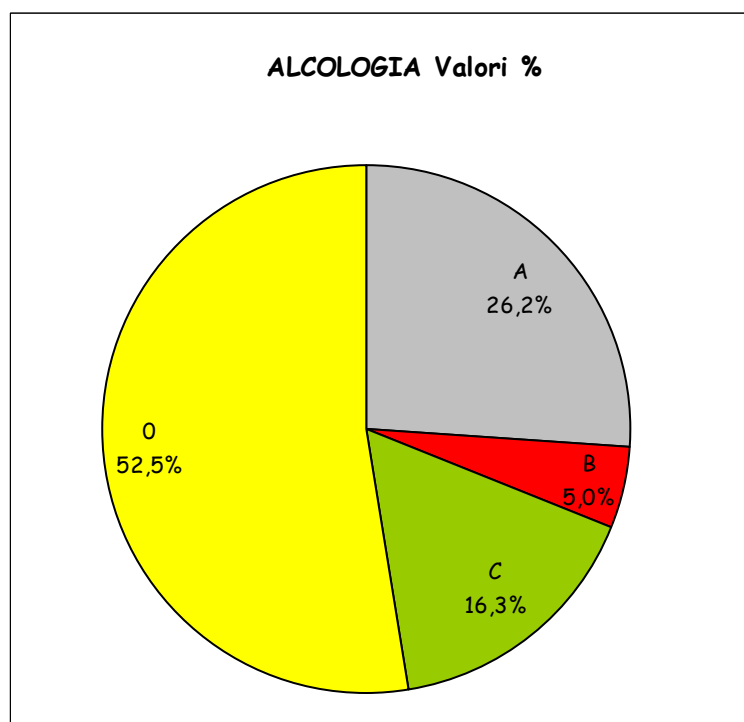


FRATELLI

	Frequenza	Percentuale
Validi 0	42	52,5
A	21	26,2
B	4	5,0
C	13	16,3
Totale	80	100,0

Tabella 9

A: 1; B: 2; C: più di 2

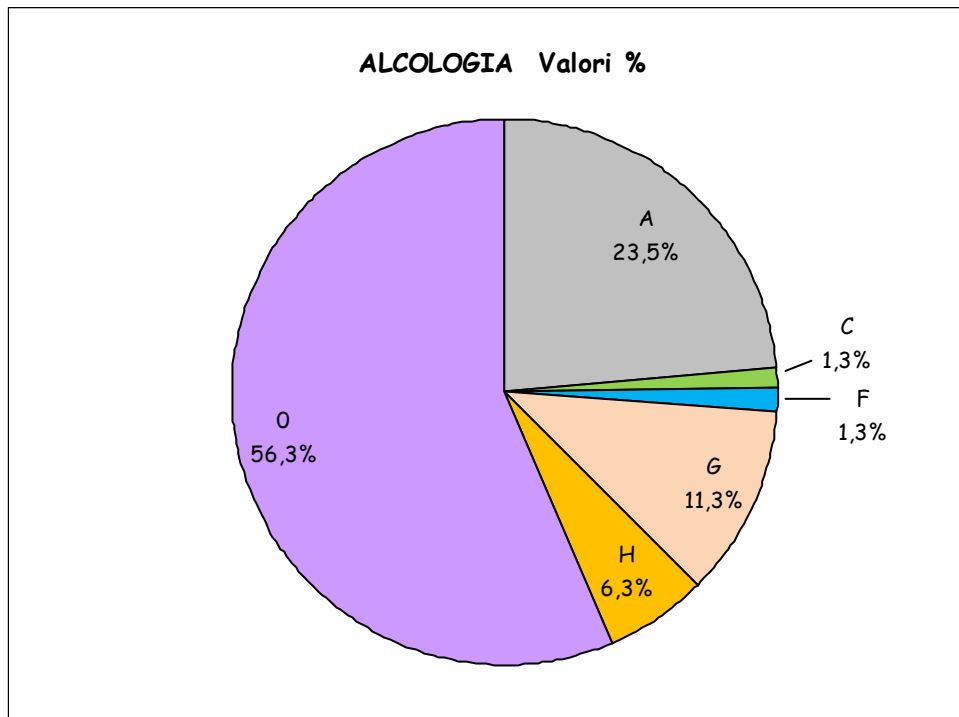


PROBLEMI ALCOL-TOSSICO RELATI

		FAM.	
		Frequenza	Percentuale
Validi	O	45	56,3
	A	19	23,5
	C	1	1,3
	F	1	1,3
	G	9	11,3
	H	5	6,3
	Totale	80	100,0

Tabella 10

A: genitori con problemi d'alcol; B: padre e/o madre td; C: padre alcolista; F: fratello td; L: figli td; H: parenti con problemi di alcol; G: problemi d'alcol non rilevati.

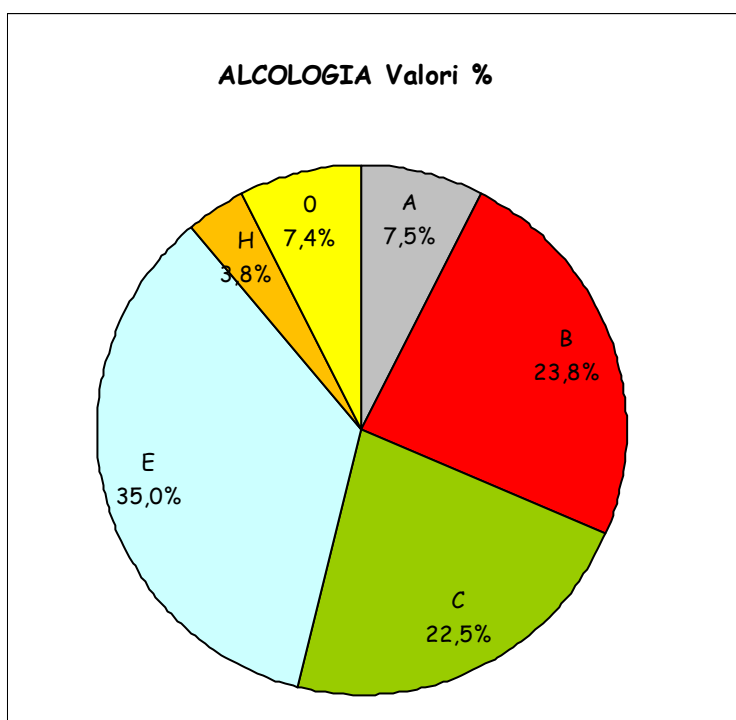


STATO CIVILE

	Frequenza	Percentuale
Validi O	6	7,4
A	6	7,5
B	19	23,8
C	18	22,5
E	28	35,0
H	3	3,8
Totale	80	100,0

Tabella 11

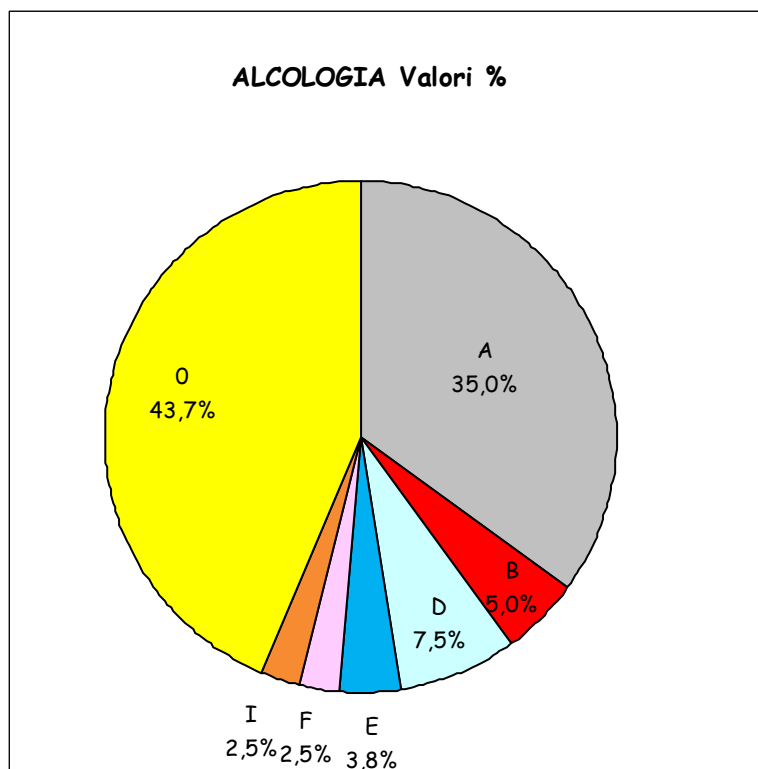
A: divorziato/a; **B: convivente**; C: separato/a; **E: coniugato/a**; H: celibe/nubile;
I: vedovo/a



CONVIVENZA		
	Frequenza	Percentuale
Validi	0	35
	A	28
	B	4
	D	6
	E	3
	F	2
	I	2
Totale	80	100,0

Tabella 12

A: con partner e figli; B: solo/a con figli; C: famiglia originaria e figli; D: solo; E: con partner; F: presso parenti; I: casa circondariale/istituto; G: presso altri.

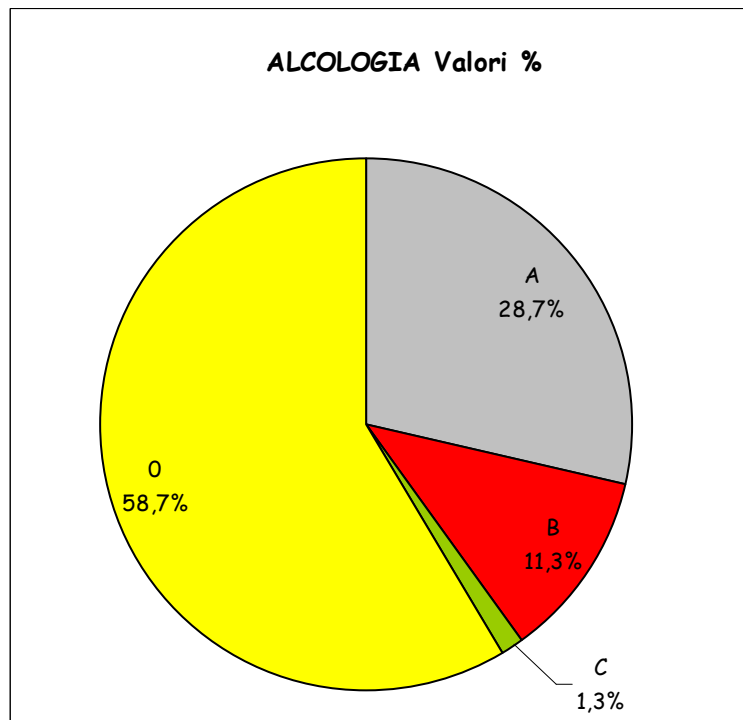


DIMORA

		Frequenza	Percentuale
Validi	O	47	58,8
	A	23	28,7
	B	10	12,5
	Totale	80	100,0

Tabella 13

A: stabile; B: precaria; C: casa circondariale o istituto.

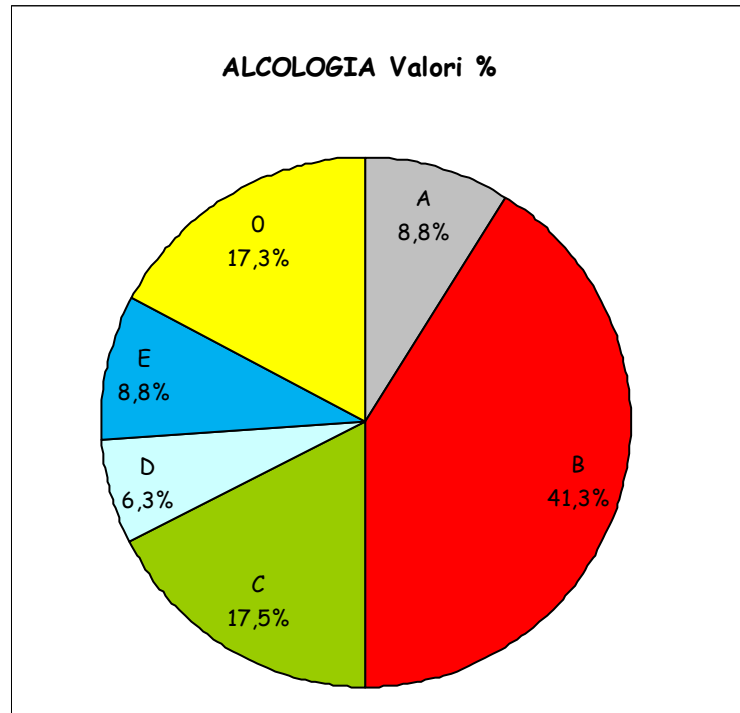


TITOLO DI STUDIO

		Frequenza	Percentuale
Validi	O	14	17,3
	A	7	8,8
	B	33	41,3
	C	14	17,5
	D	5	6,3
	E	7	8,8
Totale		80	100,0

Tabella 14

A: licenza elementare (Scuola Primaria); **B: Scuola Primaria di Primo Grado** (media); **C: Scuola Secondaria di Secondo Grado**; D: attestato professionale; E: laurea.

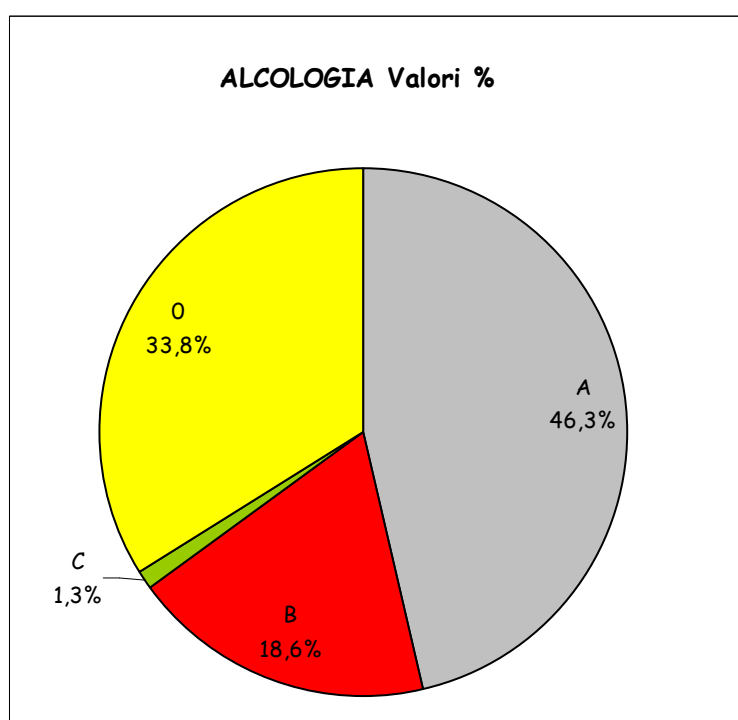


OCCUPAZIONE

	Frequenza	Percentuale
Validi 0	27	33,8
A	37	46,3
B	15	18,6
C	1	1,3
Totale	80	100,0

Tabella 15

A: occupato/a; B: disoccupato/a; C: pensionato/a; D: inattivo/a economicamente; E: lavoro occasionale; F: contratto a termine

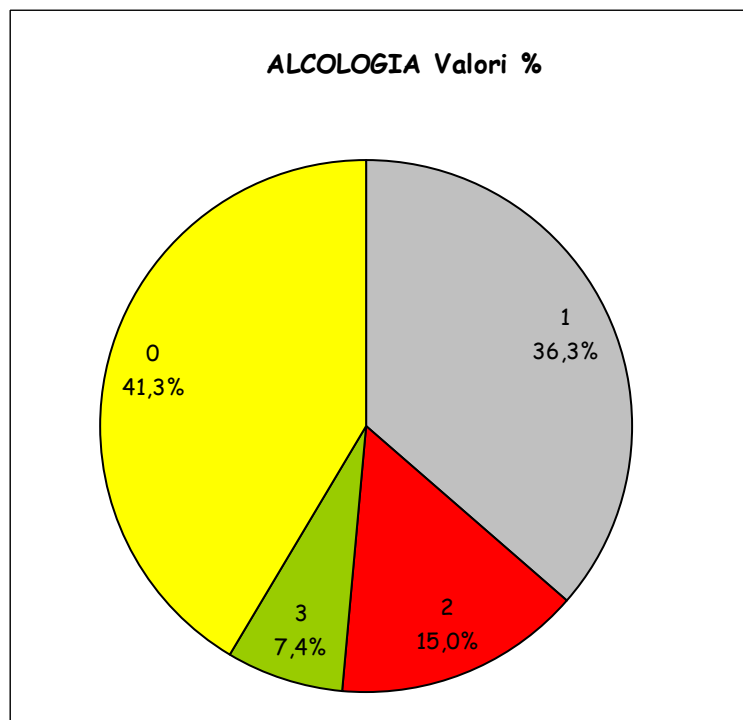


FIGLI 0-10*

	Frequenza	Percentuale
Validi 0	33	41,3
1	29	36,3
2	12	15,0
3	6	7,4
Totale	80	100,0

Tabella 16

1: 1 figlio/a; 2: 2 figli/e

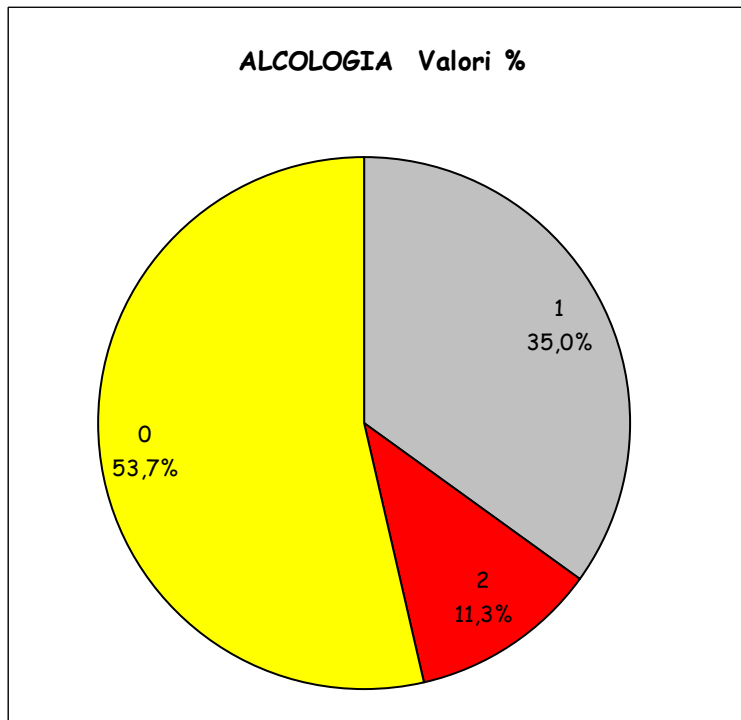


FIGLI 11-17

		Frequenza	Percentuale
Validi	0	43	53,7
	1	28	35,0
	2	9	11,3
Totale		80	100,0

Tabella 17

1: 1 figlio/a; 2: 2 figli/e

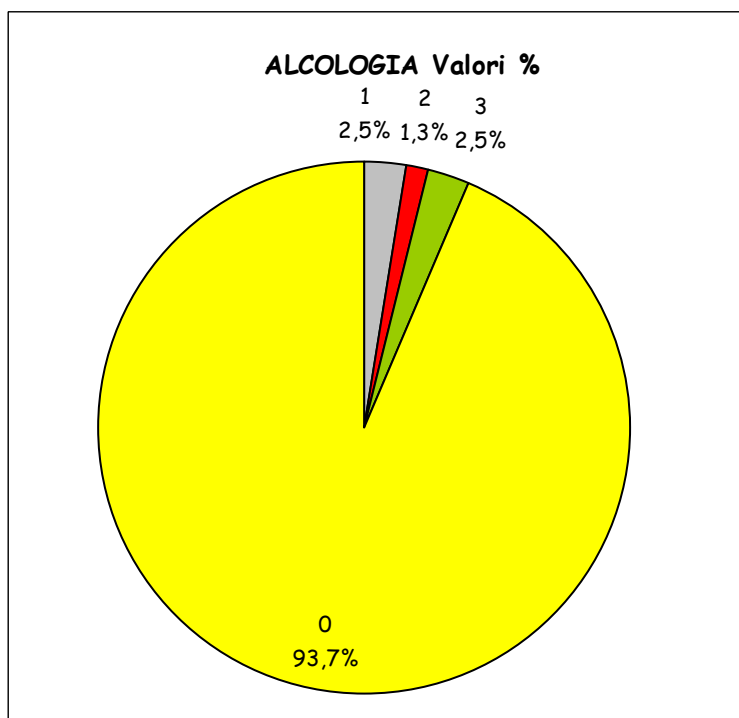


FIGLI MINORI ETA' SCONOSCIUTA

	Frequenza	Percentuale
Validi 0	75	93,7
1	2	2,5
2	1	1,3
3	2	2,5
Totale	80	100,0

Tabella 18

1: 1 figlio/a; 2: 2 figli/e; 3: 3 figli

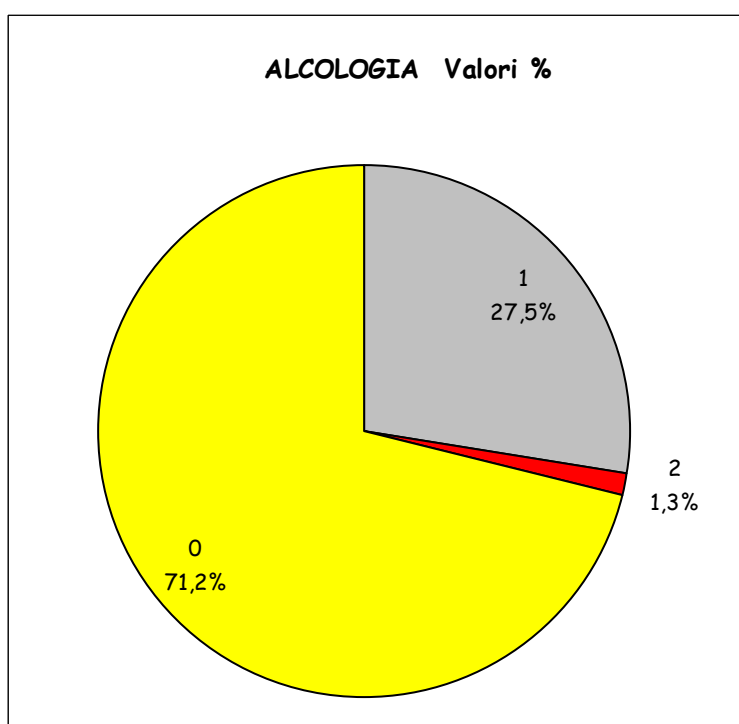


FIGLI MAGGIORENNI

	Validi	Frequenza	Percentuale
0	57	71,2	
1	22	27,5	
2	1	1,3	
Totale	80	100,0	

Tabella 19

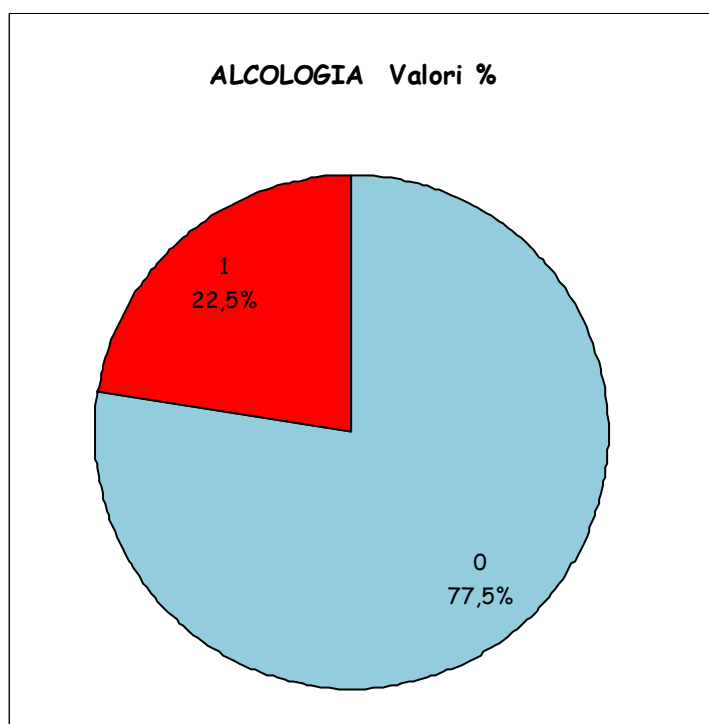
1: 1 figlio/a; 2: 2 figli/e



SERVIZIO MINORI			
		Frequenza	Percentuale
Validi	0	62	77,5
	1	18	22,5
	Totale	80	100,0

Tabella 20

0: non in carico; 1: in carico

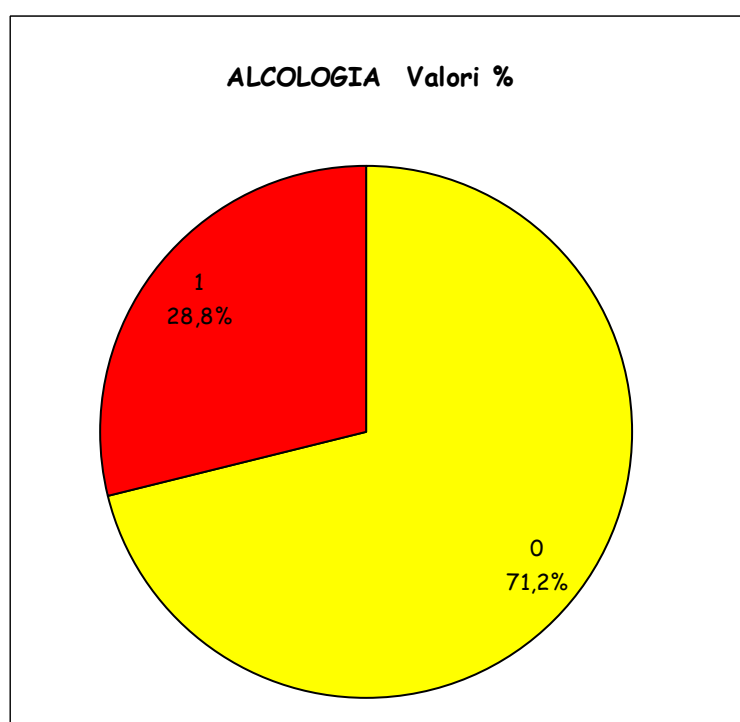


CONSULTORIO

		Frequenza	Percentuale
Validi	0	57	71,2
	1	23	28,8
Totale		80	100,0

Tabella 21

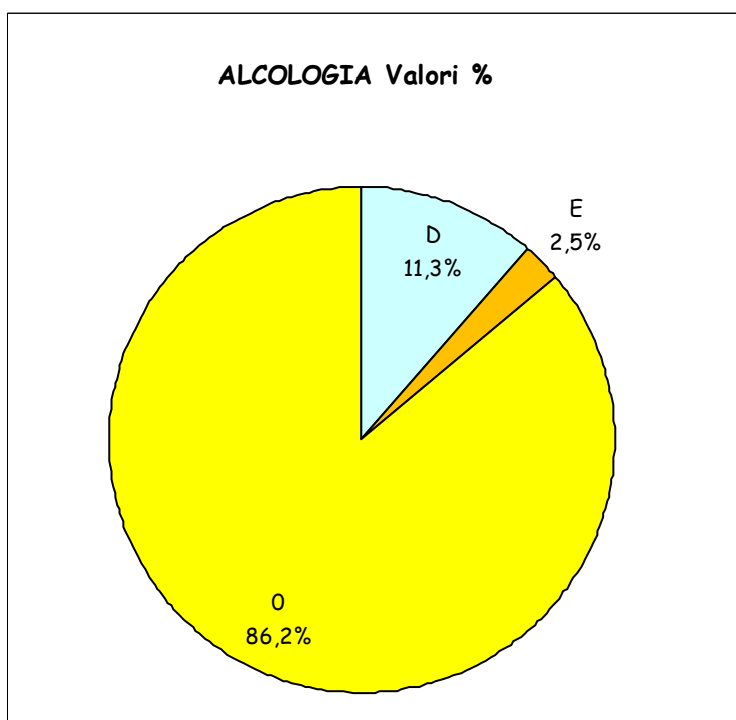
0: non in carico; 1: in carico



		COPPIA	
		Frequenza	Percentuale
Validi	0	69	86,2
	D	9	11,3
	E	2	2,5
	Totale	80	100,0

Tabella 22

A: coppia con ex utente in carico o deceduto/a; B: attuale coppia utente in carico Servizio Diverso; C: coppia separata utente in carico allo Stesso Servizio; D: coppia attuale compagno/a Stesso Servizio; E: coppia separata utente in carico a Sevizi Diversi.



RELAZIONI CON GENITORI			
		Frequenza	Percentuale
Validi	O	56	70,0
	A	16	20,0
	B	8	10,0
	Totale	80	100,0

Tabella 23
A: buona; B: conflittuale

RELAZIONE PARTNER			
		Frequenza	Percentuale
Validi	O	46	57,5
	A	12	15,0
	B	22	27,5
	Totale	80	100,0

Tabella 24
A: buona; B: conflittuale

RELAZIONE FIGLI			
		Frequenza	Percentuale
Validi	O	49	61,3
	A	25	31,3
	B	6	7,5
	Totale	80	100,0

Tabella 25
A: buona; B: conflittuale

5.3 Uno sguardo d'insieme

Il totale dei soggetti con **dipendenza patologica** da sostanze nell'anno 2009 è risultato essere di **1470** soggetti: 850 provenienti dal Sert e 620, dall'Alcologia.

Di questi sono genitori 784 persone: 202 afferenti al Sert e 582 all'Alcologia. Complessivamente il **53,3% della popolazione è genitore**. Specificatamente: è genitore il **24% dei pazienti del Sert** (202 su 850), e di questi il 76% (154 su 202) ha figli minorenni; mentre, è genitore il **94%** (582 su 620) dei pazienti alcolisti, e, il 14% (80 su 582) di essi ha figli minorenni. Tale dato è coerente con l'età dei genitori nel 2009. Infatti, il 26% dei pazienti del SerT ha un'età compresa tra i 36 ed i 40 anni, mentre il 25% dei genitori in carico all'Alcologia ha tra i 41 ed i 45 anni, di questi il 16,3% ha tra i 51 ed i 59 anni contro solo un 3,9% dei pazienti del Sert. Pertanto, la popolazione afferente al SerT è più giovane, mentre, quella afferente all'Alcologia è più matura.

Il numero totale dei figli/e dei genitori alcol-tossico dipendenti è di 336 (375 con figli maggiorenni), così distribuiti: **196 bambini/e di età compresa tra 0 e 10 anni** (123 di genitori tossicodipendenti e 73 di genitori alcolisti); **87 bambini/e di età compresa tra 11 e 17 anni** (41 di genitori tossicodipendenti e 44 di genitori alcolisti); **53 bambini di cui non conosciamo l'età,** (44 di genitori tossicodipendenti e 9 di genitori alcolisti), ed infine, 39 figlie/e maggiorenni (15 di genitori tossicodipendenti e 24 di alcolisti).

Per quanto riguarda il genere dei pazienti, si evidenzia, tanto per quanto riguarda i genitori del Sert, che quelli dell'alcolologia una

maggioranza di uomini, rispettivamente il 64,9% ed il 65%. Le donne in entrambi i Servizi risultano solo il 35% del totale.

Per quanto concerne la **durata del rapporto** coi Servizi, persone possiamo dire che: i genitori tossicodipendenti nel 57,7% sono seguiti da più di 10 anni, mentre, per i genitori alcolisti nel 48,8% dei casi è iniziato nel 2009 o si protrae da 2 anni, e, prevalentemente va fino ad un massimo di 10 anni, ciò nel 32,4% dei casi.

Pertanto, i genitori tossicodipendenti risultano in carico da più tempo rispetto a quelli alcolisti.

Il **varcare la soglia del Servizio** è stata spontanea per il 55,8% dei pazienti del SerT (interessante sarebbe avere l'informazione sulla natura della spontanea richiesta: ossia se essa è strumentale alla somministrazione del farmaco sostitutivo, o se invece, si esprime come reale motivazione all'aiuto, in un senso più generale), mentre per i pazienti dell'Alcologia nel 22,5% è un invio da parte dei canali medici e per un 11,3% di persone è stato il Servizio Sociale del Comune a formulare l'invio, per il 12,5% l'invio è stato sostenuto da motivazioni legate alla rete affettiva (familiari, amici, *partner*), infine, nel 3,8% dei casi si tratta di un invio da parte del TM (categoria che non risulta per i genitori tossicodipendenti). Per differenze sia culturali, che economiche, ed anche giuridico-penali dei due tipi d'abuso, è interessante legare subito il dato circa l'età di presa in carico. Anche qui siamo di fronte a delle diversità. Infatti, il 44,8% dei pazienti del SerT arrivano tra i 23 ed i 29 anni, mentre, quelli alcolisti, nel 33,6% dei casi si presentano all'attenzione degli operatori tra i 41 ed i 57 anni. Pertanto i pazienti in carico al SerT arrivano da

giovani, entro i 30 anni, generalmente si autoinviano, mentre, quelli alcolisti in età più matura, dopo i 40 anni, e generalmente sono inviati.

L'abuso di sostanze prevalente è: per l'89,6% l'eroina (tossicodipendenti) e per il 50% vino/birra (alcolisti).

Per quanto riguarda gli **altri servizi** coinvolti nella presa in carico, notiamo che il 27,5% dei pazienti alcodipendenti è seguito congiuntamente dal Servizio Sociale ed il 7,5% dal Centro di Salute Mentale, mentre i pazienti tossicodipendenti sono seguiti nel 18,2% dal Servizio Sociale e nel 5,2% per problemi di giustizia (categoria che non risulta per i genitori alcodipendenti). Tale differenza è coerente con le differenze legate alla legalità/illegalità delle sostanze d'abuso, ed ai reati che spesso sono associati all'abuso di sostanze stupefacenti, sia per quanto riguarda la detenzione, lo spaccio o furti. La **famiglia d'origine** di queste persone nel 2009 è costituita da: genitori viventi per il 32,5% dei pazienti del Sert e per il 30% di quelli dell'Alcologia. Inoltre, salta all'occhio una considerevole percentuale di padri deceduti: il **21,4%** per i genitori del Sert ed il **21,3%** per quelli dell'Alcologia, un dato quasi sovrapponibile, considerando che, nel 38,8% dei pazienti dell'Alcologia non è stato possibile rilevare questo dato.

Il nucleo familiare d'origine nel 34,4% dei casi al Sert e nel 26,2% dell'Alcologia comprende anche la presenza di un fratello. Il dato mancante risulta in una percentuale piuttosto alta dal 40,3% al 52,5%.

Per quanto riguarda il dato circa **eventuali problemi alcol tossicorelati** per quanto riguarda la percentuale di informazioni

rilevata al SerT, quelle mancanti sono così alte (95,5%) che "leggervi" qualcosa di rilevante è arduo, si sottolinea comunque la presenza della categoria: genitore, figlio e fratello tossicodipendente. Allo stesso modo, per quanto non sappiamo niente del 56,3% dei problemi alcool-tossico-relati delle famiglie, notiamo che il 23,5% ha avuto genitori con problemi alcool-relati, ed anche un 6,3% ha avuto parenti con tale problematica. Seppure non si possa dire molto sul 95% dei genitori tossicodipendenti, la differenza nella mancanza del dato tra i due Servizi può suggerire alcune considerazioni. Nel Servizio di Alcologia, è pratica sicuramente più consolidata, storicamente derivata dalle prime modalità di cura proposte (il gruppo, la famiglia), quella di coinvolgere la famiglia e di ritenere le informazioni anamnestiche circa questa molto importanti. Peraltro quest'ultima supportata da evidenze scientifiche circa una trasmissione ed influenza familiare sull'instaurarsi della patologia stessa. Differentemente il coinvolgimento familiare nella cura alle tossicodipendenze, è qualcosa di "relativamente nuovo", derivato soprattutto, dalla psicoterapia, più che dalla psicologia in sé, e della prima, in particolare dall'approccio sistemico familiare.

La **vita affettiva** dei nostri pazienti è caratterizzata per una prevalenza di unioni: per i pazienti del SerT, rileviamo che: il 39,6% convive ed il 20,9% è sposato/a, per un totale 60,5%; per i pazienti dell'Alcologia, il 23,8% risulta convivente ed il 35% coniugato/a, per un totale del 63,8%. I celibi/nubili e vedovi sono rispettivamente: il 13% ed l'1,9% al SerT (totale 14,9%) ed il 3,8% in Alcologia, dove non abbiamo riscontrato vedovi. La percentuale dei divorziati/e è solamente del 3,2% al SerT e del 7,5% in Alcologia. Concludendo, sarebbe interessante poter disporre della

informazione sulla natura delle relazioni. E' stato possibile rinvenire tale caratteristica solo per la popolazione alcool dipendente, ed anche in questo caso, in percentuale molto bassa. Rileviamo, infine, che all'interno di questa prevalenza di unioni sembra emergere una differenza "culturale": i pazienti tossicodipendenti scelgono prevalentemente come "contratto" quello della convivenza, della coppia di fatto, mentre, i pazienti alcolisti il legame coniugale. Non sappiamo se tale tendenza sia ascrivibile ad un fattore età correlato alla cultura, oppure, a differenti opinioni, visioni circa il matrimonio/istituzione.

Il 40,9% dei genitori tossicodipendenti ed il 35% di quelli alcoodipendenti convivono con partner e figli.

Per i pazienti del SerT va rilevato che: il 7,8% vive solo/a con figli/e, il 2,6% con il/la partner, i figli/e e la famiglia originaria (categoria rilevata solo per i genitori tossicodipendenti), per un totale di convivenza con i figli/e del 51,3%.

Infine per i pazienti dell'Alcologia va rilevato che: il 5,0% vive solo/a con figli/e per un totale del 40%.

La **situazione alloggiativa** è stabile nel 73,4% dei casi dei genitori del Sert, precaria nel 5,2%, e differentemente dai pazienti in carico all'Alcologia esiste un 2,6% che risulta vivere in carcere o in istituto. Per ciò che concerne i pazienti alcolisti, vi è una mancanza del dato del 58,8%, quando esiste si distribuisce nel seguente modo: il 28,7% ha una dimora stabile ed il 12,5% precaria. Infine, ricordiamo che non sappiamo se la condizione alloggio stabile sia da ascrivere nella categoria casa di proprietà o sia dell'edilizia territoriale (Ater), aspetto al quale, peraltro

molta attenzione dedica il Servizio, soprattutto per azione concreta delle assistenti sociali.

L'**istruzione** presenta una prevalenza di diploma di Scuola Primaria di Primo Grado (media): per il 54% dei genitori tossicodipendenti ed il 41,3% di quelli alcool-dipendenti; inoltre, il 17,5% dei genitori alcolisti hanno conseguito un Diploma di Scuola Secondaria di Secondo Grado (superiore), a fronte del 7,1% dei genitori tossicodipendenti; il 6,3% ha frequentato una Scuola Professionale, che rileviamo frequentata dal 10,4% dei genitori tossicodipendenti; infine, l'1,3% dei genitori tossicodipendenti ha conseguito la laurea, mentre quelli alcolisti nell'8,8% delle volte. Generalmente basso il titolo di studio presenta una qualche percentuale di conseguimento di titoli post scuole medie prevalentemente per i genitori alcolisti.

Nella popolazione in esame osserviamo che il 42,9% per il Sert ed il 46,3% per l'Alcologia risultano persone **occupate**. Il dato mancante oscilla tra il 13,7% ed il 33,8%, a ciò aggiungere che il 32,5% al Sert ed il 18,6% in Alcologia sono disoccupati, pertanto, non è possibile affermare con certezza che la maggioranza dei nostri pazienti sono occupati.

Tutti i genitori di cui abbiamo sin qui discusso hanno figli minorenni, e ricordiamo sono 154 pazienti tossicodipendenti ed 80 alcool dipendenti.

I genitori che hanno figli d'età compresi tra 0 e 10 anni sono 144 (97 genitori tossicodipendenti e 73 alcolodipendenti): il 18,3% del totale dei genitori con dipendenza patologica (784: 202 al SerT e 582 in Algologia); il 62% della popolazione con

dipendenza patologica e solamente figli minori (234: 154 al SerT e 80 in Algologia).

I genitori che hanno figli d'età compresi tra 11 e 17 anni sono 73 (36 genitori tossicodipendenti e 37 alcolodipendenti): il 9,3% del totale dei genitori con dipendenza patologica (784: 202 al SerT e 582 in Algologia); **il 31,1% della popolazione con dipendenza patologica e solamente figli minorenni (234: 154 al SerT e 80 in Algologia).**

I genitori che hanno figli d'età sconosciuta sono 38 (33 genitori tossicodipendenti e 5 alcolodipendenti): il 4,8% del totale dei genitori con dipendenza patologica (784: 202 al SerT e 582 in Algologia); **il 16,2% della popolazione con dipendenza patologica e figli minori (234: 154 al SerT e 80 in Algologia).**

I genitori che hanno anche figli maggiorenni sono 34 (11 genitori tossicodipendenti e 23 alcolodipendenti): il 4,3% del totale dei genitori con dipendenza patologica (784: 202 al SerT e 582 in Algologia); **il 15% della popolazione con dipendenza patologica e solamente figli minori (234: 154 al SerT e 80 in Algologia).**

A proposito dei bambini d'età sconosciuta, quelli che la letteratura chiama i "bambini invisibili", il dato che ad essi si riferisce è molto interessante ed andrebbe maggiormente approfondito. Si tratta di un relativamente piccolo numero, ma se sommato alla difficoltà in generale della raccolta di questo dato, ben evidenzia la situazione.

I genitori, i loro figli i servizi per i minori ed il consultorio.

Dal **Servizio per i Minori** è seguito: il 20,1% dei figli di genitori in carico al Sert ed il 22,5% di quelli in carico all'Alcologia. Possiamo osservare una leggera maggioranza di prese in carico per i figli degli alcolisti. Non siamo in grado di determinare numericamente se la presa in carico sia sempre successiva ad una segnalazione del Tribunale per i Minori, quindi in presenza di un decreto, oppure se lo si possa ascrivere anche ad altre cause, come disturbi dello sviluppo.

Inoltre, sono all'attenzione del **Consultorio**: il 17,5% dei genitori tossicodipendenti ed il 28,8% dei pazienti alcooldipendenti. E' possibile rintracciare tale differenza numerica, nel fatto che, spesso nella coppia e nella famiglia dell'alcolista (cfr. ibidem cap. II, par. 2.5; cap. IV, par. 5.2 e più avanti qui circa le relazioni) esiste una maggiore conflittualità, che richiede una presa in carico specifica e più evidente da parte dei Servizi Specialistici deputati, come il Consultorio Familiare.

Nella popolazione tossicodipendente il 34,4% degli individui sta attualmente in coppia con compagno/a seguito dallo stesso Servizio, mentre, ciò accade per l'11,3% degli alcooldipendenti.

Infine, come anticipato precedentemente esiste un dato sulla **qualità delle relazioni** con: genitori, *partner* e figli. Tale dato però è osservabile solo per i pazienti alcolisti. Si evidenzia che, mentre generalmente le relazioni con genitori e figli sono buone, quelle con il partner sono nel 27,5% dei casi considerate conflittuali, ciò si ricollega al discorso sulla presa in carico maggiore da parte dei Consultori Familiari.

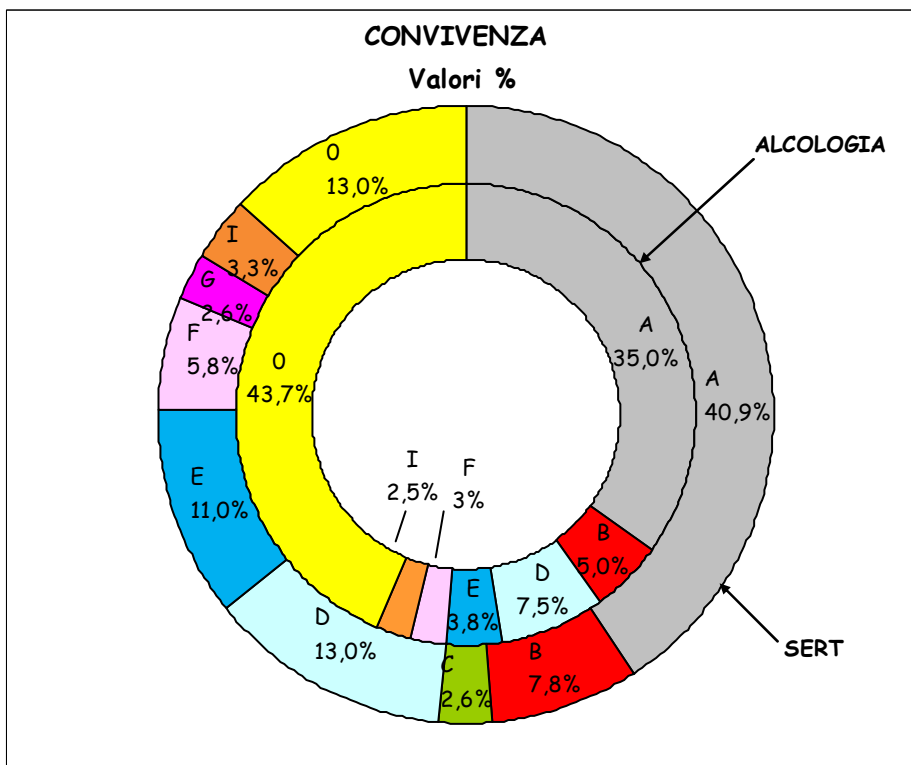
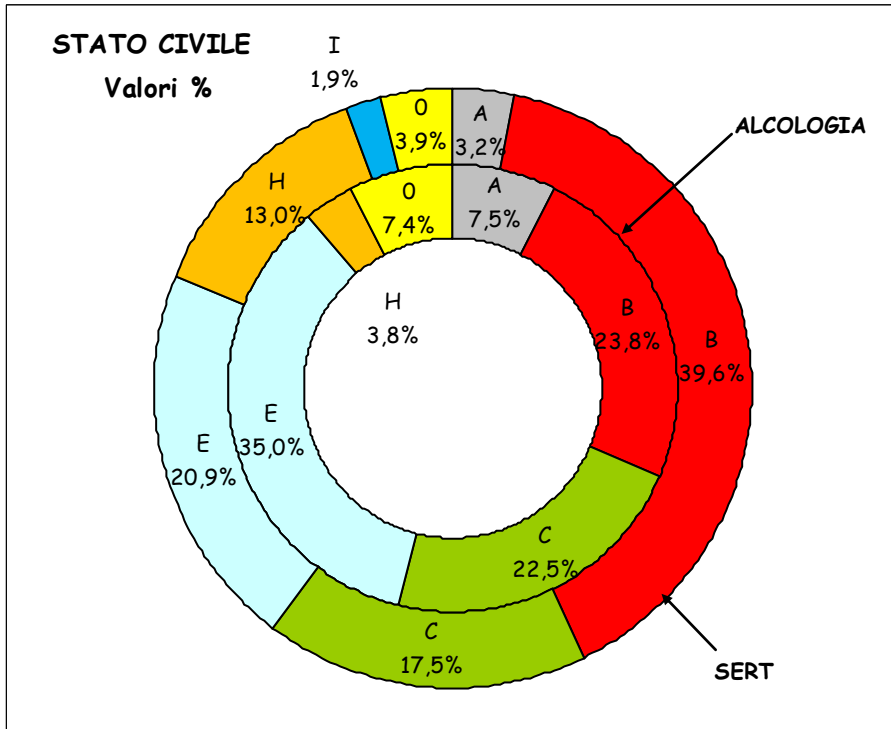
Infine, per quanto riguarda i **decreti** su un totale di 229 quelli che coinvolgono nuclei di genitori tossicodipendenti sono il 10%, ossia 22 nuclei, quelli che si possono ascrivere all'interno del Servizio dell'Alcologia sono il 5,2%, ossia 12. **Il totale dei decreti per famiglie alcool tossico-dipendenti è del 15,2%.**

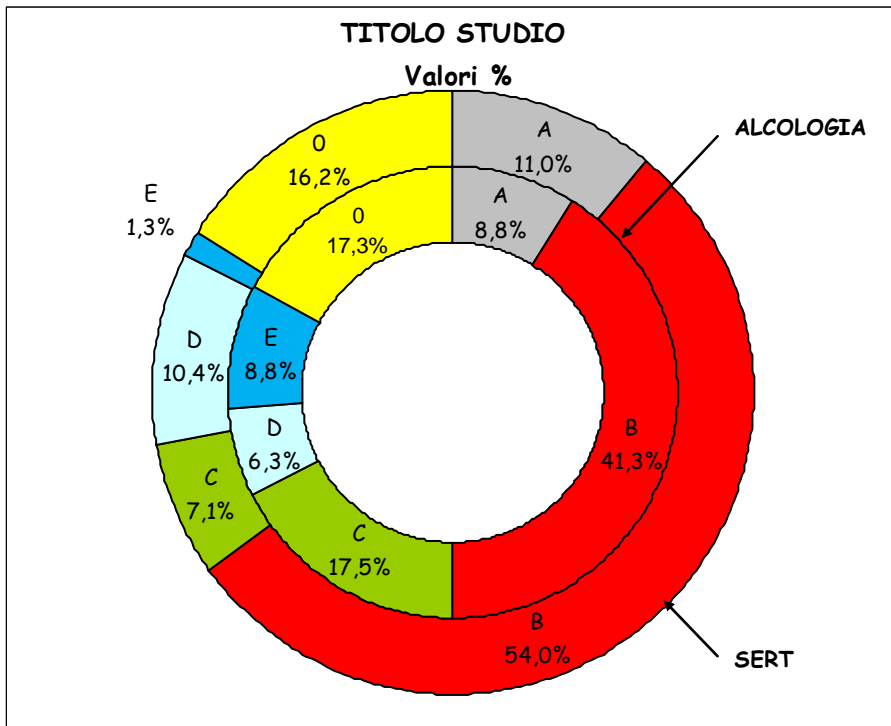
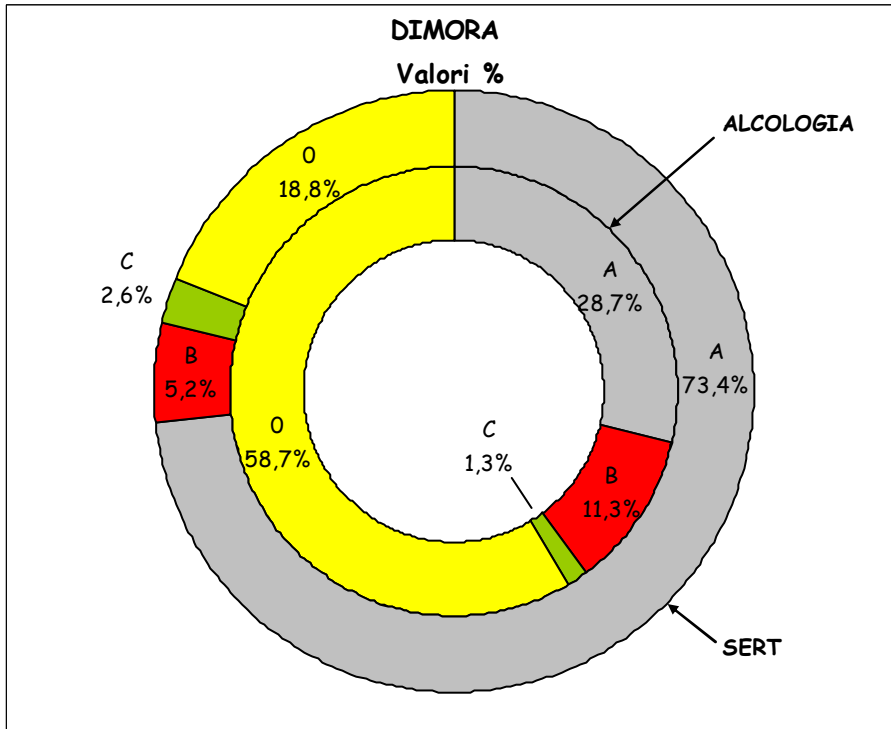
Infine, rilevo che i miei dati si discostano da quelli di Vizziello, Simonelli (2004)²⁶⁴, per ciò che riguarda: il numero di genitori entrambi tossicodipendenti, e il numero di segnalazioni per i figli/e. Nella mia popolazione totale il 28,2%²⁶⁵ (anche Pigatto, 1997, riporta di un 28,9% di genitori tossicodipendenti in coppia) costituiscono attualmente (riferito al 2009) una coppia, specificatamente vi è una prevalenza di genitori in coppia al Sert, del 34,4% (in Alcologia la percentuale è dell'11,3%), mentre Vizziello riporta un dato che si attesta sul 12%. Infine, per ciò che riguarda i figli e la loro eventuale presa in carico da parte dei Servizi Specialistici, Equipe Materno Infantili e Consultorio: ho rilevato percentuali tra il 17-28,8%²⁶⁶, Vizziello riporta una percentuale di segnalazione ai Servizi (avvenuta in una età compresa tra 0 e 3 anni, dato che non posso confrontare) di questi bambini del 39%.

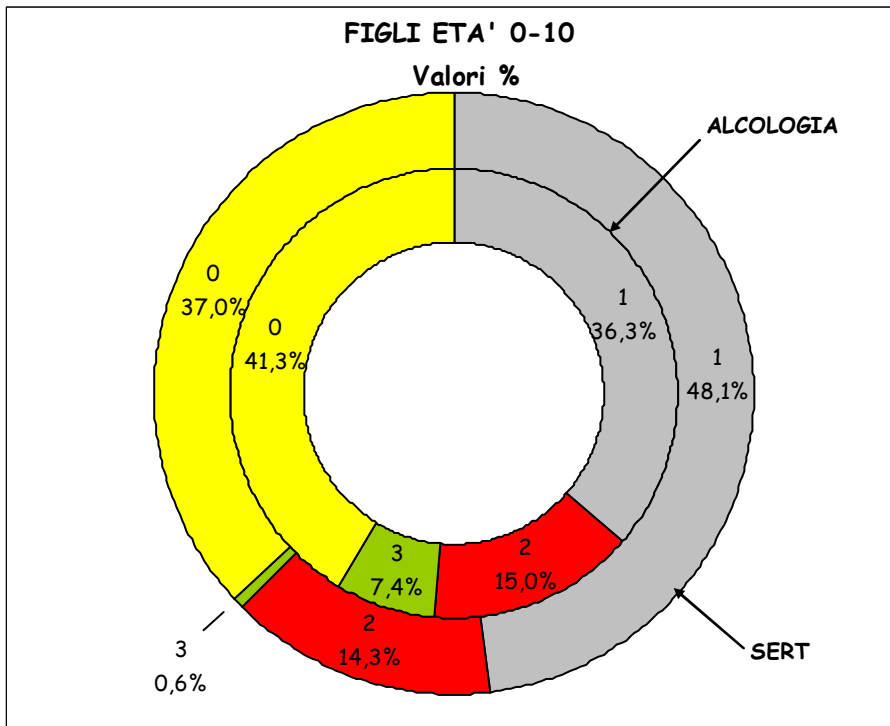
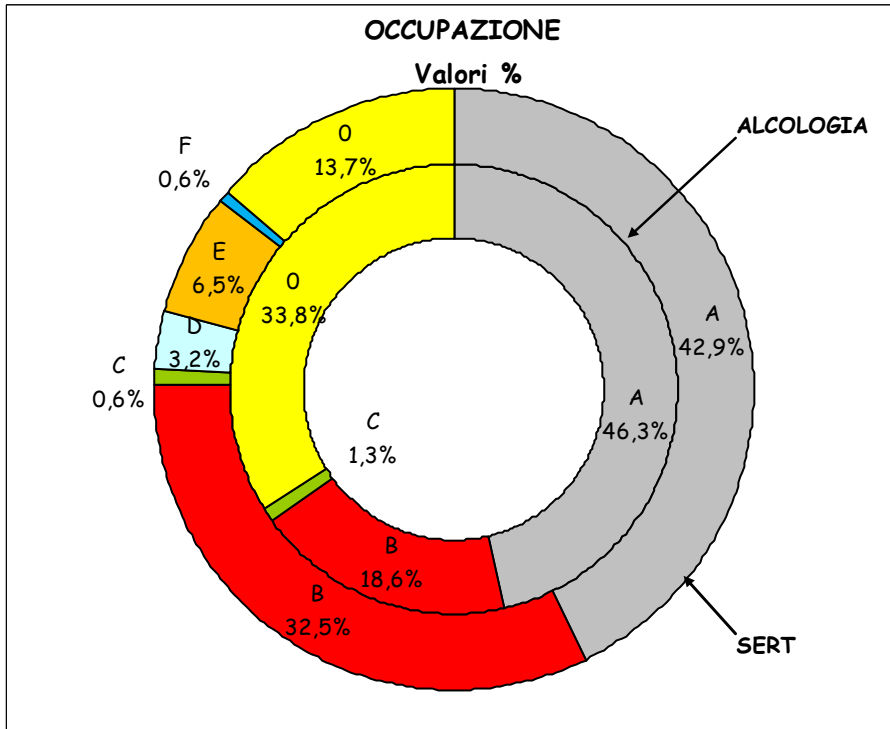
²⁶⁴ Vizziello G.F. Simonelli A. (2004) *La tossicodipendenza tra genitori e bambini*, vol. II in Nizzoli U. Pissacroia M. (2004) *Trattato completo degli abusi e delle dipendenze*, Nuova libreria S.p.A., Padova

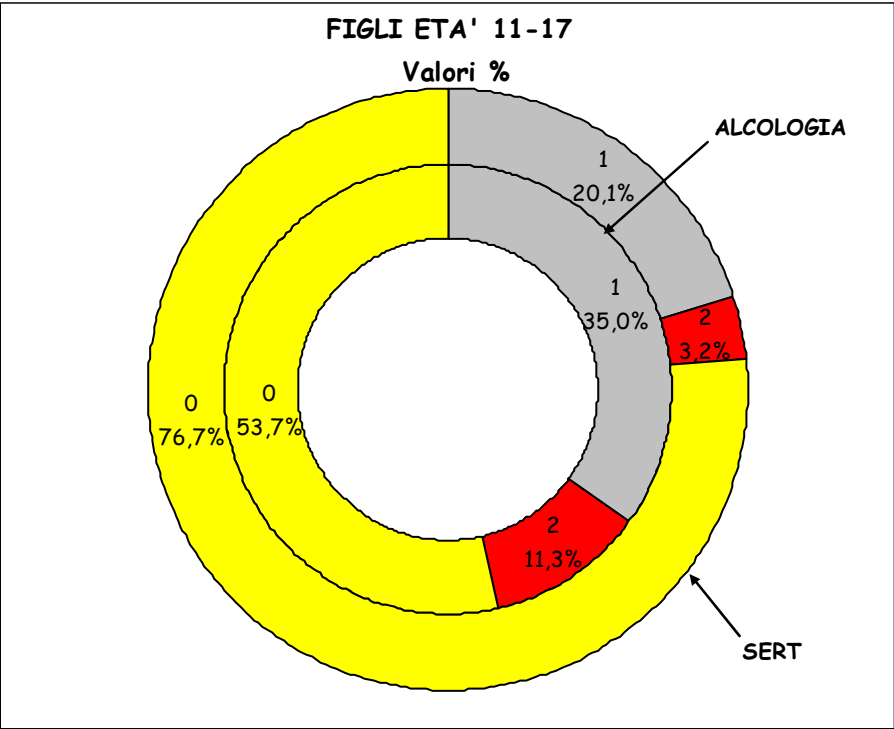
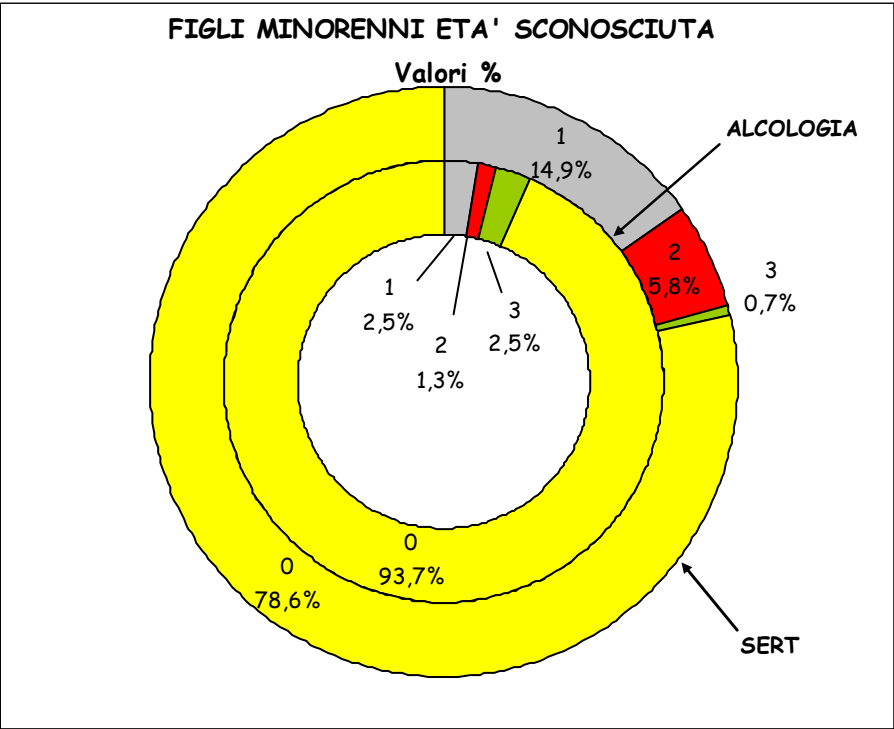
²⁶⁵ 66 persone.

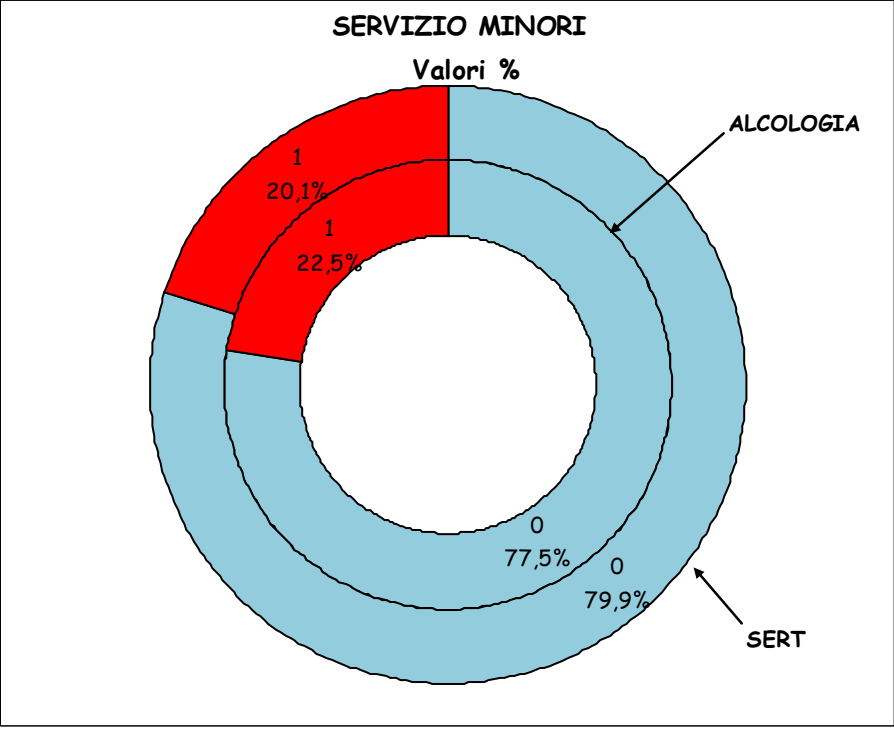
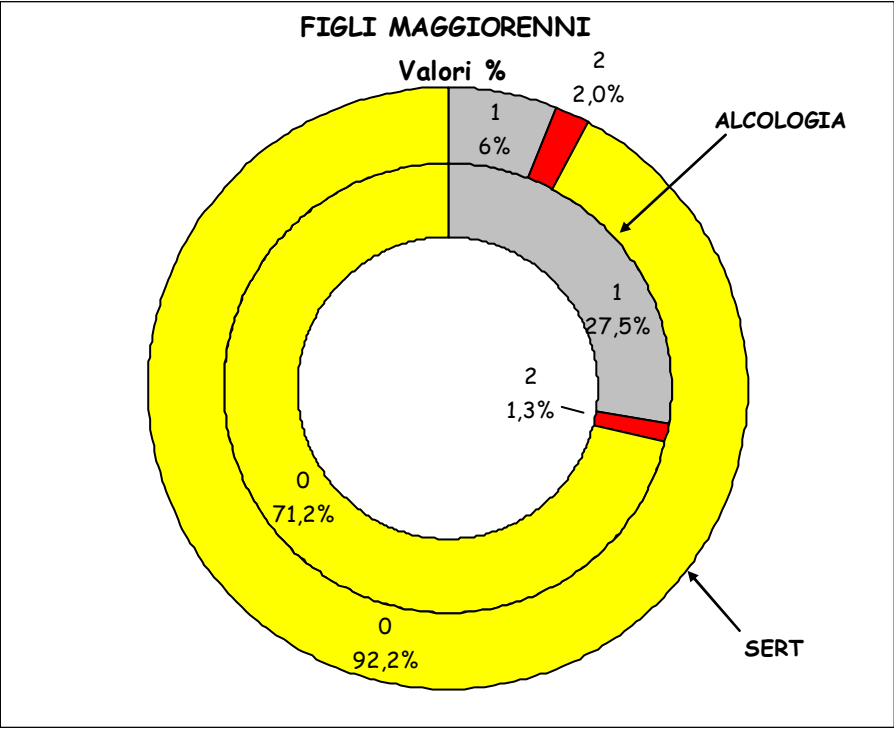
²⁶⁶ Per il Sert: il 20,1% è in carico al Servizio Minori e il 17,5% al Consultorio Familiare; per l'Alcologia il 22,5% è in carico al Servizio Minori e 28,8% al Consultorio. (cfr. ibidem cap. IV, par. 5.1 e 5.2).

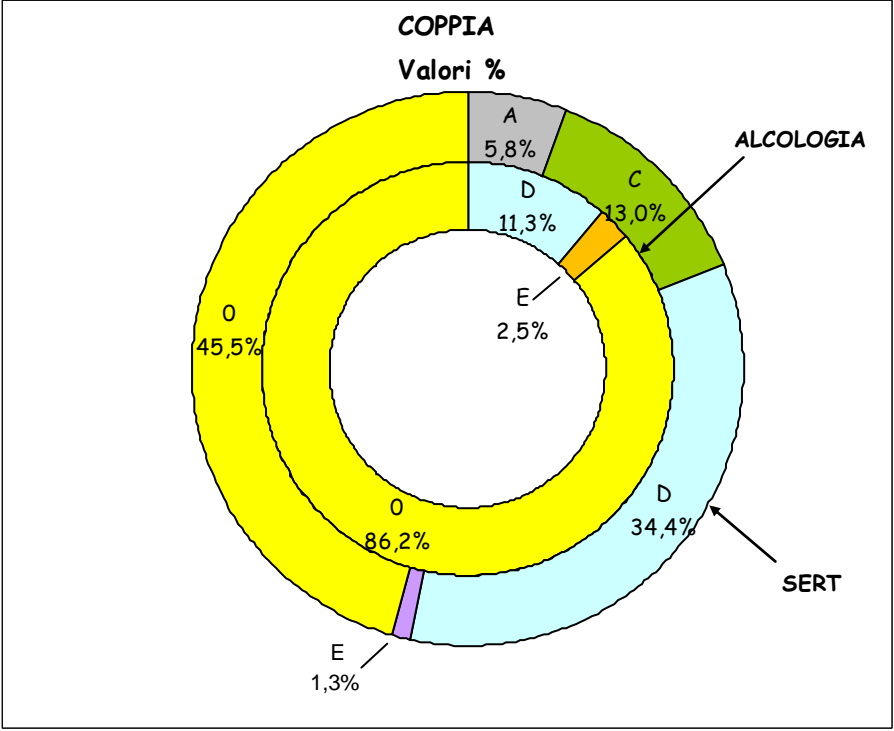
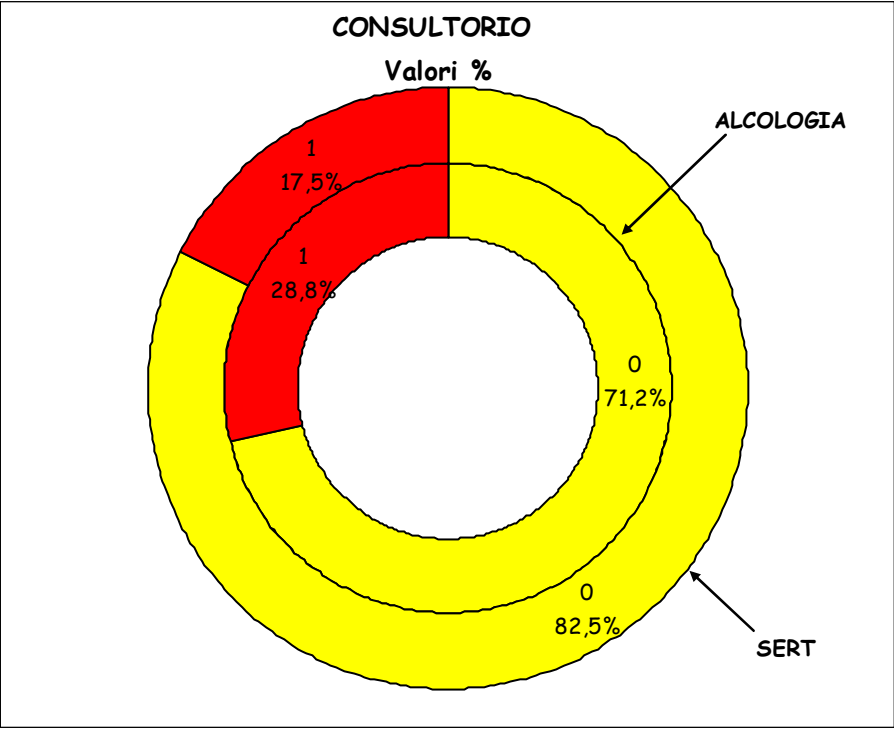


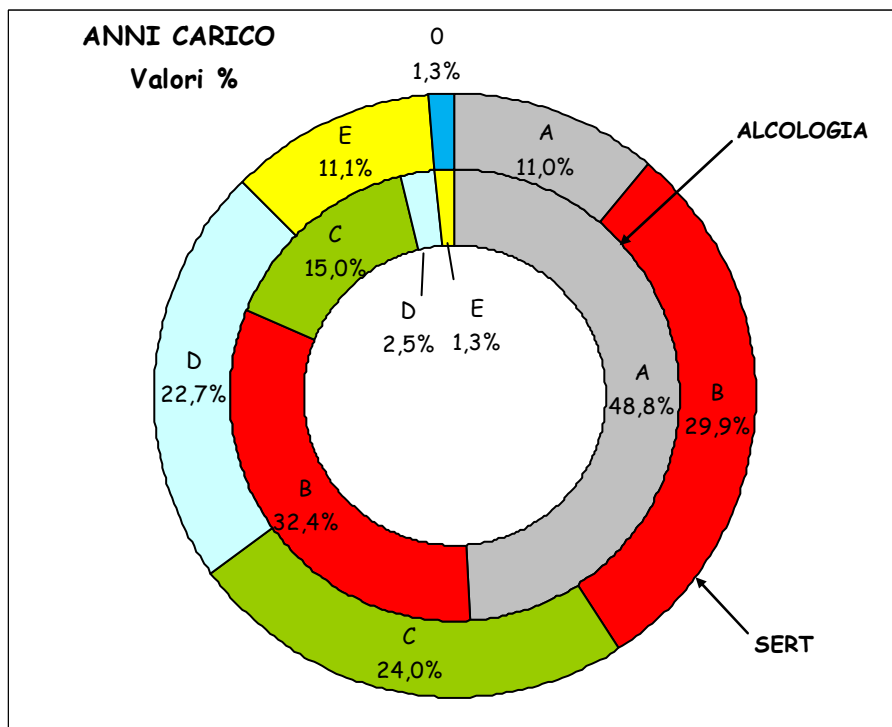
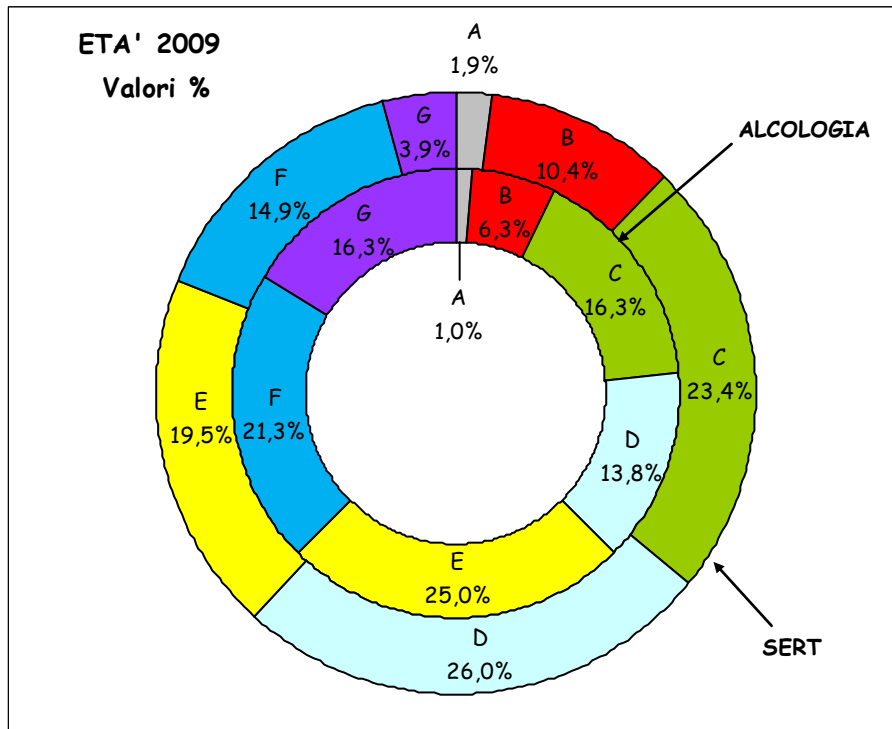


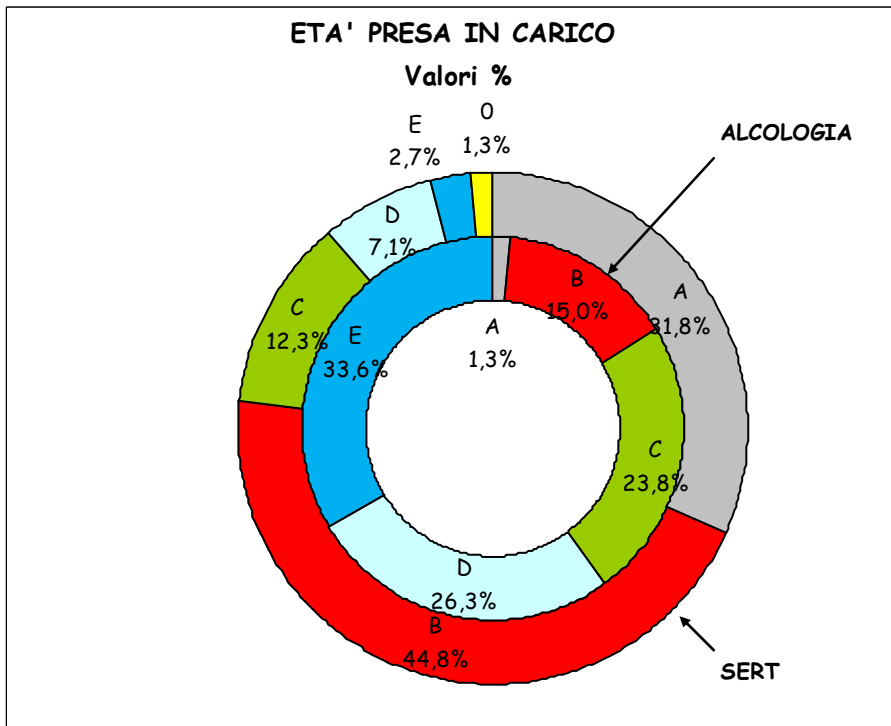
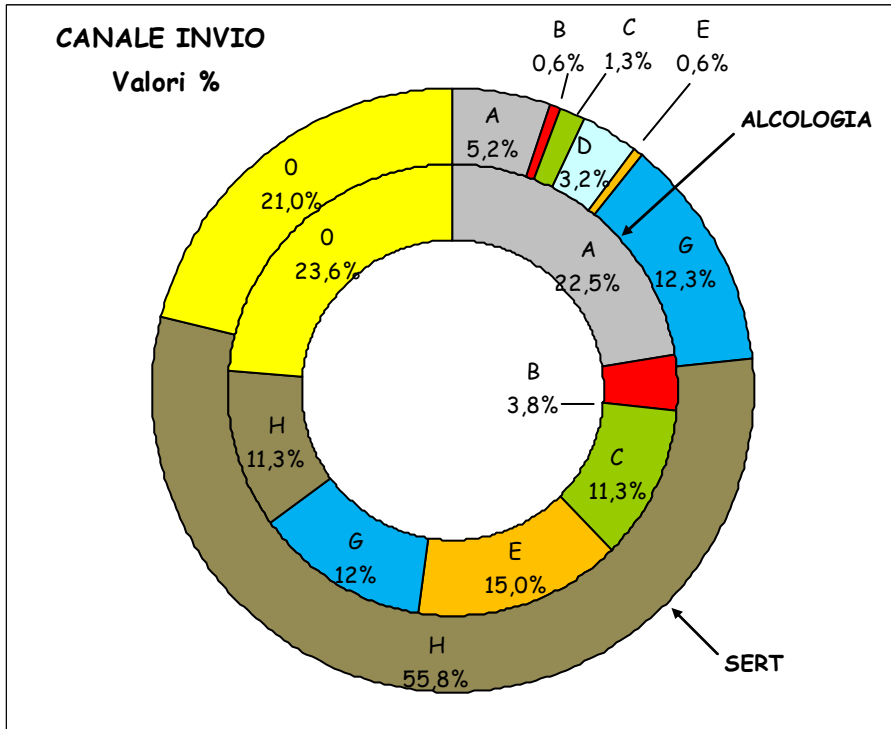


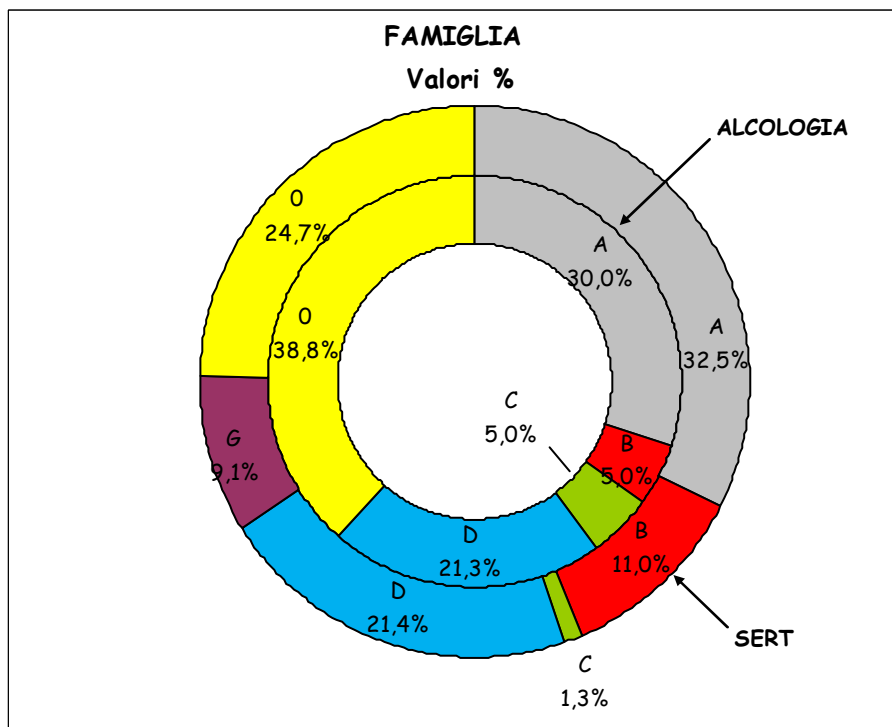
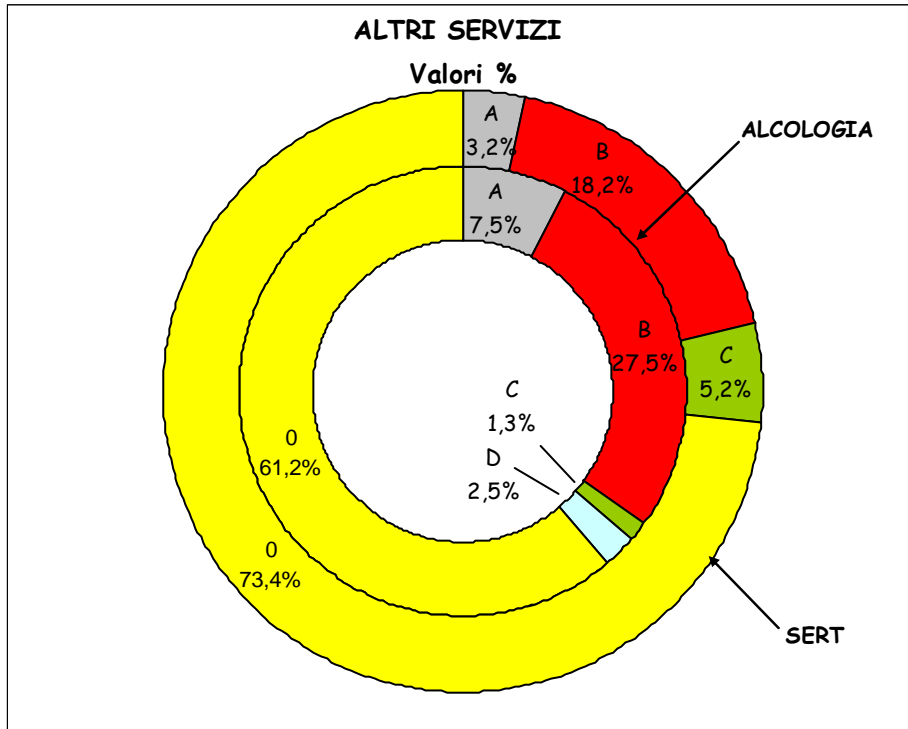


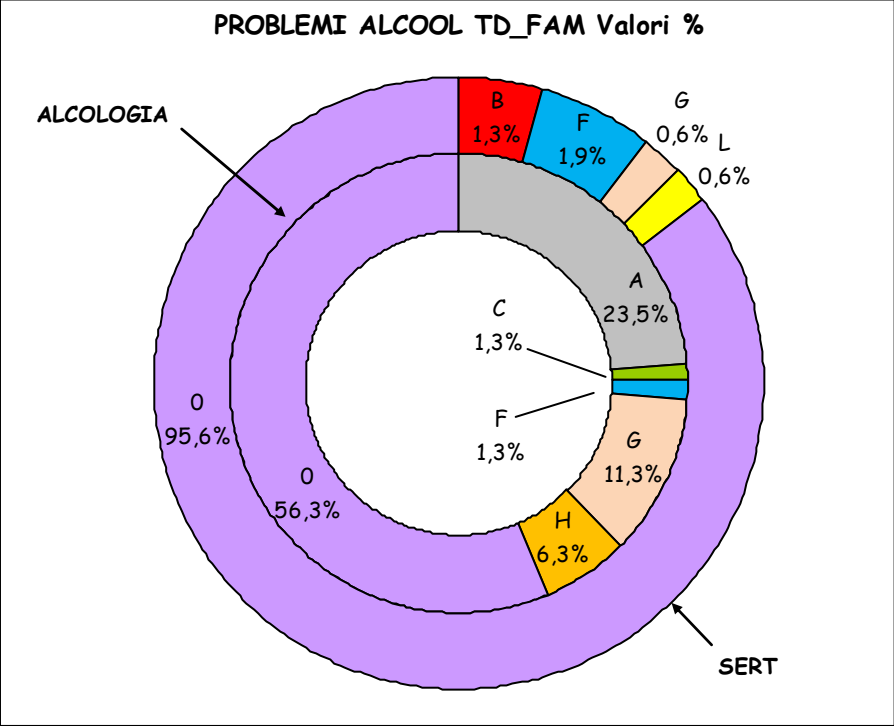












5.4 I decreti del Tribunale per i Minorenni

Il momento più delicato dell'analisi è stato quello riguardante i provvedimenti emessi dal Tribunale dei Minori, ossia i **decreti**, misura di tutela nei confronti del minore e del suo nucleo familiare (per le funzioni e le competenze del TM cfr. ibidem cap. III, par. 3.1).

Per tale dato ci siamo riferiti ai Servizi Specialistici e territorialmente competenti, ai quali solitamente il TM affida il compito di monitoraggio-seguimento-consulenza delle questioni riguardanti i minori e loro famiglie, ove rintracci un bisogno in tal senso. In particolare, a livello di struttura organizzativa aziendale i Servizi in questione fanno parte della **Struttura Complessa Tutela Salute Bambini, Adolescenti, Donne e Famiglia**²⁶⁷, che si compone della Struttura Semplice Tutela Salute Bambino Adolescente (ex UOBA, Unità Operative Bambini Adolescenti), e, Struttura Semplice Consultorio Familiare (CF).

La ricognizione effettuata nei vari Distretti Sanitari, ha permesso di stabilire che, **nell'anno 2009, le situazioni decretate in carico ai Servizi Specialistici, della UO Bambini ed Adolescenti, e del Consultorio Familiare** risultavano in numero di **229** ed in particolare: 36 riguardano la popolazione residente nel Distretto 1; 81 quelli dei residenti nel Distretto 2; 50 quelli del Distretto 3; ed infine, 62 quelli del Distretto 4. Confrontando tali numeri con quelli riferiti ai genitori tossico-alcol dipendenti, ho potuto stabilire che è interessato da un provvedimento di tutela:

²⁶⁷ Fatta eccezione per il Distretto Sanitario numero uno, in cui all'oggi esistono solamente le due strutture semplici

il 14,8% (34 situazioni) dei nostri pazienti tossico-alcol dipendenti e delle loro famiglie; **il 10% (22 situazioni) dei genitori tossicodipendenti; il 5,2% (12) dei genitori alcolisti.**

Dopo numerose ricerche, passando attraverso il Tribunale dei Minori, siamo giunti al Centro "nevralgico", ove passano tutti i decreti per essere poi "smistati" a Servizi Competenti, ossia la **Direzione Generale dell'Azienda Sanitaria.** Delle 323 "movimentazioni", ho incluso solo quelle che, tra le varie funzioni e competenze del Tribunale per i Minori, riguardavano espressamente provvedimenti circa il benessere e la tutela di un minore, e le eventuali situazioni di pregiudizio al realizzarsi di tale condizione. Infine, ho contato i casi non le evoluzioni dei provvedimenti. Quindi delle 323 iniziali, i casi che ho selezionato, sulla base dei criteri appena illustrati, sono stati **216 decreti emessi dal TM, nel 2009.** Tra queste ultime, quelle che si riferiscono ai genitori della mia popolazione sono 24 e si distribuiscono nel seguente modo: per i genitori tossicodipendenti ci sono 17 situazioni (7,8% su 216), mentre, per i genitori alcolisti, risultano decretate, 7 situazioni (3,2% su 216). In totale **solo l'11,1% dei genitori con dipendenza patologica ed i loro nuclei hanno ricevuto nell'anno 2009 una attenzione, a livello di provvedimento, da parte del TM.**

Ho incrociato queste situazioni con quelle risultanti in corso dal numero di prese in carico dei Servizi Specialistici (Servizio Minori e Consultorio). Alcune situazioni non si chiudono, ma restano all'attenzione dei Servizi, per un loro monitoraggio, per cui, può accadere di trovare situazioni solamente all'attenzione dei Servizi, ma non come "movimentazione attiva" per quanto

riguarda il TM. Dal confronto tra le varie situazioni in carico **aperte acute ed aperte non acute** ho ottenuto un nuovo numero, che, non si discosta molto dai precedenti: **27 situazioni riguardano i genitori tossicodipendenti e 17 i genitori alcolisti**. Il dato nel suo complesso è coerente con le percentuali di presa in carico dei figli e del nucleo da parte dei Servizi Minori e CF: il 21% (49 su 234) per il primo ed il 21,3% (50 su 234) per il secondo.

Il dato più interessante che è emerso riguarda la conflittualità nella coppia normale: **il 17,5% è giunto all'attenzione del TM per questioni circa separazione e genitorialità**: si tratta di quei casi per cui il comportamento dei genitori si ritiene possa costituire un pregiudizio per il minore, come compromissione del suo diritto alla bigenitorialità (cfr. ibidem cap. II, par. 2.12).

Infine, circa il dato sulla **dichiarazione dello stato di adottabilità nessuno dei pochi procedimenti aperti riguardava i genitori alcol-tossicorelati**, o meglio, nessuno definitivo. Nel senso che anche se aperta la procedura per la dichiarazione dello stato di adottabilità, comunque in pochissime situazioni, queste ultime, nello stesso anno hanno avuto, o sviluppi positivi della situazione, le misure restrittive, precedentemente adottate, circa la patria potestà o l'apertura per il procedimento dell'adozione sono state revocate.

Fare una fotografia di situazioni così complesse, e con sempre aperte possibilità di evoluzione è tutt'altro che semplice, e immortalare un dato, come un fermo immagine su ciò, richiede sempre alcune sottolineature e puntualizzazioni. La struttura di coerenza è buona nel suo insieme da tutti i punti di vista da cui ho

guardato. Il punto sarebbe ora chiedersi come stanno gli altri, sia gli altri genitori tossicodipendenti che alcolodipendenti, che gli altri, che magari essendo ex coniugi, afferiscono al Tribunale Ordinario, pertanto, il dato sia in una direzione, che nell'altra è parziale, ma sicuramente interessante.

5.5 Della condizione decreto e del resto

A questo punto del processo ho cercato di dare una risposta alla domanda relativa all'identificazione di **"quali variabili rendano più probabile la condizione (fattori di rischio) che un genitore sia sottoposto a tutela da parte del Tribunale dei Minori"**.

Dopo aver raccolto i dati riferiti a tutte le sei macroaree ho creato una matrice dati, codificando ogni modalità delle mie variabili (macroaree) con una lettera. La prima matrice era molto dettagliata e, pertanto, conteneva molte modalità, anche con frequenze minime, se non alle volte uniche. Al fine di non disperdere il dato, ho proceduto ad un accorpamento delle modalità il più possibile accurato. Essendo il campione buono, nel senso di sufficientemente numeroso e costituito da variabili nominali (ad esempio, sesso uomo o donna) ho preliminarmente trattato i dati sottoponendoli a verifica attraverso il test non parametrico chi quadrato di Pearson. In particolare, nella statistica non parametrica, di cui il test fa parte, non si assume l'ipotesi che i dati provengano da una popolazione normale o gaussiana, ma la sufficiente numerosità del mio campione rende

plausibile la considerazione che le distribuzioni tendano alla variabile causale gaussiana²⁶⁸.

Al fine di determinare il come procedere nell'approfondimento dell'analisi, ho proceduto preliminarmente ad una "macro verifica", ossia ho stabilito a quale variabile la condizione decreto risultava significativamente associata: al Servizio di provenienza od al sesso. Quest'ultima è risultata essere significativamente associata **(0,021) alla condizione di sesso**. Ciò è estremamente sorprendente considerando che, le donne costituiscono appena il 35% del totale del campione (ciò anche per quanto riguarda i singoli Servizi, rimando ai par. 5.1, 5.2, 5.3).

Pertanto, tale evidenza mi ha permesso di trattare i dati assieme, SerT e Algologia, dato che il Servizio non è risultato influire sulla condizione decreto.

Avendo solo 49 casi con decreto e 185 senza ho riequilibrato la proporzione estraendo casualmente un campione dai 185: in modo tale da avere 49 casi con decreto e 70 senza.

Il test di Pearson ha messo in luce una associazione tra variabili ma non tra le modalità con le quali queste si presentano. Per sapere esattamente quale modalità della variabile poter riferire alla condizione decreto ho trasformato l'originale matrice dati in una matrice cosiddetta dicotomica, creando tante variabili quante sono le modalità delle variabili originarie trasformandole, appunto, in binarie o dicotomiche: 0 per indicarne l'assenza e 1 per indicarne la presenza. Così facendo le modalità della variabile in questione si trasformano in variabili e ed a questo punto è

²⁶⁸ www.wikipedia.org

possibile associarle alla condizione di decreto (quale tipo di genere, titolo di studio, tipo di occupazione ecc....).

Pertanto, come scrive Pertile R. (2008)²⁶⁹, "*data l'esigenza di disporre di un modello matematico in grado di esprimere il legame tra X (variabili esplicative) e Y (variabile dipendente) statisticamente si ricorre all'analisi di regressione logistica*" (Magagnoli U., 1993)²⁷⁰. Nelle ultime decadi del XX secolo, i modelli di regressione logistica hanno avuto la loro massima diffusione. Inizialmente erano utilizzati nella ricerca epidemiologica, ad oggi il metodo ha trovato una più larga applicazione: dalla ricerca biomedica, all'ecologia, alle politiche sociali, all'ingegneria, alla finanza, alla criminologia ed alla linguistica (Hosmer & Lemeshow, 2000)²⁷¹. Inoltre, Pertile, sottolinea come contemporaneamente all'espansione applicativa si è verificato un incremento di ricerche su tutti gli aspetti statistici relativi al modello di regressione logistica. I metodi di regressione sono la componente di ogni analisi concernente la relazione tra una variabile risposta (dipendente) ed una o più variabili esplicative: l'analisi di regressione logistica si adatta, sia, ai casi in cui la variabile dipendente assume due valori,

²⁶⁹ Pertile R. (2008) *Aspetti critici negli studi clinici: problemi di metodo ed applicazione*, Scuola di dottorato di ricerca in Medicina dello Sviluppo e Scienze della Programmazione indirizzo Scienze della Programmazione XX Ciclo, Padova, Dipartimento di Pediatria.

²⁷⁰ Magagnoli U. (1993) *Elementi di statistica descrittiva*, CLUEB, Bologna, in Pertile R. (2008) *Aspetti critici negli studi clinici: problemi di metodo ed applicazione*, Scuola di dottorato di ricerca in Medicina dello Sviluppo e Scienze della Programmazione indirizzo Scienze della Programmazione XX Ciclo, Padova (Dipartimento di Pediatria).

²⁷¹ Hosmer D.W. & Lemeshow S. (2000) *Applied Logistic Regression*, Second Edition. Wiley Series in Probability and Statistics, Wiley, Inc., New York, 2000, in Pertile R. (2008) *Aspetti critici negli studi clinici: problemi di metodo ed applicazione*, Scuola di dottorato di ricerca in Medicina dello Sviluppo e Scienze della Programmazione indirizzo Scienze della Programmazione XX Ciclo, Padova (Dipartimento di Pediatria).

(regressione lineare semplice) che, ai casi in cui le variabili siano più di una (**regressione lineare multipla**).

Pertanto, dopo aver "dicotomizzato" le modalità di tutte le variabili ho effettuato una analisi di regressione lineare multipla **per vedere se si poteva scrivere una relazione "matematica" tra le variabili**. Le variabili in tal senso formano una associazione tra loro nel concorrere alla variabile dipendente, ed anche prese singolarmente hanno un loro effetto su di essa. Questo processo dell'analisi dei miei dati mi ha permesso di rendere formale il problema di rintracciare una relazione funzionale tra variabili che ho misurato²⁷².

Quello che mi interessava era specificare esattamente a cosa si associa la condizione decreto in riferimento, alle due fasce d'età: genitori con figli tra 0 e 10 anni (10 anni compresi), e genitori con figli tra 11 e 17 anni.

Riassumendo, la variabile dipendente è la condizione di decreto e le covariate sono tutti quegli aspetti rilevati riferiti alle sei macro aree (sesso, età nel 2009, anni in carico, famiglia, coppia, titolo di studio, etc..).

Attraverso l'uso di **SPSS**, (*Statistical Package for Social Science*) acronimo del *software* più utilizzato e conosciuto per la analisi in Scienze Sociali, ho effettuato l'analisi di regressione multipla lineare applicando due metodi: quello della **media dei valori nella serie**, e quello dell'**interpolazione lineare**.

1) La prima **analisi di regressione lineare multipla ha riguardato la popolazione di genitori alcol-tossico dipendenti con figli tra**

²⁷² www.wikipedia.org

11 e 17 anni, fascia che, non è risultata significativamente associata alla condizione di decreto: 0,708²⁷³.

In questo caso, il metodo della media dei valori (i valori mancanti, non disponibili sono sostituiti con la media dei valori nella serie) di per sé classifica correttamente il 79,1% dei casi ed inserendo le variabili mancanti (media dei valori) è in grado di spiegare l'84% delle osservazioni. Al contrario, il modello dell'interpolazione lineare di per sé classifica correttamente il 79,7% dei casi, mentre, inserendo le variabili mancanti è in grado di spiegare l'80,6% delle osservazioni.

Le analisi effettuate attraverso il primo modello (metodo della media dei valori) hanno rivelato che le variabili significativamente associate al presentarsi della condizione di decreto sono: il sesso (0,021); il non avere una occupazione stabile (0,014); l'aver o aver avuto un *partner* in carico ad un Servizio (0,01); il convivere con figli e famiglia (0,02).

Le analisi effettuate attraverso il secondo modello (interpolazione lineare) hanno rivelato che le variabili significativamente associate al presentarsi della condizione di decreto sono: **il sesso (0,028)**; **avere un padre deceduto (0,039)**; **il convivere con figli e famiglia (0,020)**; Inoltre, risultano al limite dell'associazione significativa: il basso titolo di studio (0,065); i genitori deceduti (0,085); ed avere o aver avuto un *partner* afferente ad un Servizio, uguale o diverso (0,094) dimora stabile (0,071). Data la maggior "ricchezza", nel senso di numerosità, di variabili associate tra significativamente ed al limite ho deciso di proseguire la successiva *cluster analysis* (cfr. ibidem par. 5.6) con il metodo **dell'interpolazione lineare**.

²⁷³ test chi-quadrato di Pearson.

2) La seconda **analisi di regressione lineare multipla** ha riguardato la popolazione di **genitori alcol-tossico dipendenti con figli tra 0 e 10 anni**, fascia d'età è risultata significativamente associata alla condizione decreto: 0.04, test chi-quadrato di Pearson.

La regressione lineare multipla, utilizzando il metodo della sostituzione dei valori mancanti con la media della serie (il cui valore predittivo inserendo le variabili nell'equazione è dell'85%), ha rivelato che, al decreto sono significativamente associate le seguenti variabili: la presenza di figli d'età 0-10 (0.004); il convivere con figli e famiglia (0.003); avere o aver avuto un partner afferente ad un Servizio (0.015); il sesso (0.006). La regressione lineare multipla, utilizzando il metodo della sostituzione dei valori mancanti attraverso l'interpolazione lineare (il cui valore predittivo inserendo le variabili nell'equazione è dell'81,6%), ha rivelato che, al decreto sono significativamente associate le seguenti variabili: **la presenza di figli d'età 0-10** (0.001); **il convivere con figli e famiglia** (0.001); **il sesso** (0.003); **un basso titolo di studio** (0.044), ed, al limite della significatività, essere giunti al Servizio in modo non spontaneo (0.078). Per le stesse motivazioni della prima, analisi, e cioè, del maggior numero di variabili che il modello riesce a spiegare tra significativamente ed al limite ho deciso di proseguire la successiva *cluster analysis* (cfr. par. 5.7) con il metodo **dell'interpolazione lineare**.

Pertanto, a partire dalle fasce d'età è possibile rilevare come, il **primo fattore di rischio è costituito dall'aver figli piccoli in età prescolare e scolare (0-10, 10 compreso)**.

Purtroppo non siamo riusciti a specificare ulteriormente l'età. La Psicologia evolutiva sottolinea come ogni età sia caratterizzata da specifiche acquisizioni evolutive, pertanto, non è uguale ciò che si sviluppa nel bambino/a nella fase intrauterina, durante il primo anno di vita, od il secondo, od ancora dai due ai cinque anni ed infine, dai sei agli undici. Come evidenzia Annamaria Genovese²⁷⁴, dopo aver sperimentato la simbiosi fusionale con le figure d'attaccamento, specificatamente la madre, e dopo, quindi, l'acquisizione di una "base sicura", il bambino/a attorno all'incirca ai due anni d'età inizia a muoversi verso l'autonomia. Il periodo che va dai due ai cinque anni d'età è caratterizzato dalla fase del gioco, che prima di passare alla cosiddetta preadolescenza (11-12) segna l'interazione con gli altri del contesto familiare, ciò accade all'inizio della cosiddetta età scolare, che va dai sei agli undici anni. Differentemente dai precedenti periodi di sviluppo, in questa, il comportamento dei genitori assume una importanza diversa e si complica, nel senso che, la gamma dei comportamenti che mettono in atto è in relazione all'interazione dinamica di molti aspetti del loro comportamento e personalità, ma è anche e soprattutto una interazione dinamica tra questi ed il loro reciproco comportamento come genitori.

Concludendo, sarebbe interessante avere tale informazione, per poter capire se eventualmente essa è in relazione a qualche tipo di difficoltà evolutiva, specifica del bambino/a, del genitore, della loro relazione.

Inoltre, prima di proseguire vorrei soffermarmi sulla significatività della variabile genere, che, per entrambe le analisi

²⁷⁴ http://www.consultorio-famiglia-giovani.it/def1/libri/Vol.%20I/introduzione_psicologia_et%C3%A0_evolutiva.htm

ricorre come in associazione alla condizione decreto. Nelle precedenti descrizioni della popolazione ho messo in luce come sia tra i pazienti del SerT, che quelli dell'Alcologia, esista una schiacciante maggioranza maschile, contro una presenza in rosa del solo 35%. Nonostante ciò, la condizione di decreto, presente per 49 persone riguarda rispettivamente: 25 uomini e 24 donne. Tale dato è stato verificato anche tramite *l'odd ratio*, un metodo che approssima il rischio relativo, ovvero la probabilità di essere destinatario di un decreto datosi che la persona è una femmina rispetto alla probabilità di essere destinatario di un decreto dato che la persona è maschio. Il segno del coefficiente b è positivo quando la variabile indica una femmina. (0,275). In altre parole ciò significa, che **il genere costituisce un secondo fattore di rischio: essere donna aumenta la probabilità di un genitore di essere sottoposto ad un decreto del TM.**

5.6 Cluster Analysis per la fascia genitori con figli 11-17

Attraverso il metodo dell'interpolazione lineare ho proseguito l'approfondimento attraverso la *cluster analysis*, al fine di coniugare le variabili iniziali delle sei macro aree con le successive identificazioni di quelle significativamente associate alla condizione decreto, includendo nell'analisi la **fascia d'età 11-17**, che è risultata **non significativa per l'instaurarsi della condizione di decreto**.

Il primo cluster l'ho chiamato: uomini tossicodipendenti giovani

È costituito prevalentemente da uomini (55; 72,4%; le donne sono 21; il 27,6%) afferenti al Servizio Dipendenze Illegali (74; 97,4%). Si tratta di persone che sono arrivate spontaneamente (55; 72,3%), al di sotto dei 30 anni (70; 92,1%), che sono in carico da oltre 10 anni (59; 77,6%) e che nel 2009 hanno fino 40 anni (44; 57,9%). Il 46% (35) ha una occupazione stabile, mentre, il 54% (41) non ha occupazione stabile. L'81,5% (62) ha un basso titolo di studio. Vivono in una dimora stabile (70; 92,1%), risultano prevalentemente conviventi (74; 97,4%): una metà con partner e figli o sola con i figli (40; 52,6%) ed un'altra senza figli (36; 47,4%). Il *partner* generalmente non è o non è stata in carico ad un Servizio. Infine, per quanto riguarda la famiglia, il padre generalmente è vivente dei casi (52; 68,4%), e il 57,8% (44) ha più di un fratello.

A questo profilo appartengono 76 persone (55 uomini e 22 donne) e rispetto alle variabili significativamente associate con un decreto l'ho definito a "bassa probabilità decreto".

Il secondo cluster l'ho chiamato: uomini alcolodipendenti maturi.

È costituito prevalentemente da uomini (28; 77,8%; le donne sono 8; il 22,2%) afferenti al Servizio Dipendenze Legali (24; 66,7%). Si tratta di persone che, o sono arrivate spontaneamente al Servizio (13; 36,1%), oppure sono state inviate attraverso altri (14; 38,9%), come ad esempio, canali medici, Servizio Sociale del Comune, o dal Tribunale dei Minori. L'età di presa in carico va dai 30 ai 57 anni (27; 75%) e solitamente è di meno di 10 anni (31; 86,1%). Nel 2009 hanno generalmente oltre 41 anni (21; 58,3%) Sono occupati stabilmente (28; 77,8%), hanno un basso titolo di studio (23; 64%) e generalmente sono sposati (26; 72,2%) con una persona che è o è stata in carico ad un Servizio (35; 97,4%), con la quale convivono assieme ai figli (26; 72,2%) in una dimora stabile (21; 58,4%). Infine, generalmente hanno solo un fratello (26; 72,3%) e, per quanto riguarda la famiglia hanno il padre deceduto nel 72,2% dei casi (25), ed almeno un genitore deceduto nel 97,3% delle volte (35) non hanno fratelli.

A questo profilo appartengono 36 persone, di cui 28 uomini e 8 donne, sulla base delle variabili significativamente associate alla condizione decreto l'ho definito a "medio-bassa probabilità decreto".

Il terzo cluster l'ho chiamato uomini e donne tossicodipendenti giovani. È costituito sia da uomini (34; 56,7%) che da donne (26; 43,3%) afferenti al Servizio Dipendenze Illegali (58; 96,7%). Si tratta di persone che sono arrivate spontaneamente (50; 83,4%) al di sotto dei 30 anni (43; 71,7%), una metà è in carico da meno di 10 anni (29; 48,3%), ed una metà dagli 11 in su (51,7%). Nel 2009 hanno fino a 40 anni (39; 65%). La metà di essi ha una

occupazione stabile (50) e l'altra no (50), il 75,1% (45) ha un titolo di studio basso. Il 100% convive, e, nel 73,4% (44) con partner e figli in una dimora stabile (57; 95,1%). Generalmente il partner è stato, od è in carico ad un Servizio (49; 81,7%). Per ciò che riguarda la famiglia, il 71,6% (43) non hanno il padre deceduto, il 56,8% ha solo un fratello.

A questo profilo appartengono 30 persone di cui 34 uomini e 24 donne, ed è risultato il più "denso" a livello di fattori di rischio potenzialmente associati alla condizione di decreto, pertanto, l'ho definito a medio-alta probabilità decreto.

L'ultimo cluster l'ho chiamato uomini e donne alcol dipendenti maturi.

È costituito sia da uomini (26; 52%) che da donne (24; 48%) afferenti al Servizio Dipendenze Legali (46; 92%). Si tratta di persone che non sono arrivate spontaneamente al Servizio (43; 86%) e dopo i 30 anni (46; 92%), che sono in carico da meno di 10 anni (44; 88,0%) e che nel 2009 hanno più di 40 anni (32; 64%). Hanno una occupazione stabile (31; 62%), il 40% (20) ha un titolo di studio più alto, sono sia sposati (12; 24%), che conviventi (13; 26%), ma anche separati o divorziati (15; 30,0%), Nel 78% dei casi convivono con il partner o con i figli in una dimora stabile (40; 80%). Infine hanno generalmente il padre vivente (35; 70%) e più di un fratello (28; 56%). Infine, la metà di questi ha o ha avuto un partner dello stesso Servizio (25; 50%) e l'altra metà no (25; 50%).

A questo profilo appartengono 50 persone di cui 26 uomini e 24 donne e l'ho definito a "medio-bassa probabilità decreto".

5.7 Cluster Analysis per la fascia genitori con figli 0-10 anni

Attraverso il metodo dell'interpolazione lineare ho proseguito l'approfondimento attraverso la *cluster analysis*, al fine di coniugare le variabili iniziali delle sei macro aree con le successive identificazioni di quelle significativamente associate alla condizione decreto valutata **inserendo nell'analisi la variabile figli d'età 0-10 che è risultata significativamente associata all'instaurarsi della condizione di decreto.**

Il primo cluster l'ho chiamato: uomini tossicodipendenti maturi

È costituito prevalentemente da uomini (44; 69,8%; la donne sono 19; il 30,2%) afferenti al Servizio Dipendenze Illegali (62; 98,4%). Si tratta di persone che sono arrivate spontaneamente (53; 84,1%), fino ai 29 anni (59; 90,4%), e, che sono in carico da oltre 10 anni (62; 98,4%). Nel 2009, hanno oltre 40 anni (42; 66,7%). Il 55,6% (35) ha una occupazione stabile, mentre, il 44,4% (28) non lavora stabilmente. L'87,3% ha un basso titolo di studio. Vivono in una dimora stabile (59; 94%), dove, convivono nel 52,4% (33) con figli e partner, mentre, non convivono nel 47,6% (30), con un/una partner che nel 66% (42) delle volte non è o non è stato in carico ad un Servizio. Inoltre il 22,2% è separato-divorziato (14). Infine, per quanto riguarda la famiglia, il padre generalmente: è vivente per il 55,6% (35), mentre è deceduto per il 44,4% (28), inoltre, il 63,4% (40) ha almeno un genitore deceduto (40). Nel 52,4% (33) dei casi hanno almeno un fratello-sorella. I figli sono d'età compresa tra 0 e 10 anni nel 31,7% dei casi (20), e, nel 23,8% (15) delle volte sono interessati/e da un decreto da parte del TM. A questo profilo appartengono 63

persone (44 uomini e 19 donne). Rispetto alle variabili significativamente associate con un decreto l'ho definito a "medio-alta probabilità decreto".

Il secondo cluster l'ho chiamato: uomini e donne alcolodipendenti maturi.

È costituito sia da uomini (35; 60,3%) che da donne (23; 39,7%) afferenti al Servizio Dipendenze Legali (54; 93,1%). Si tratta di persone che non sono arrivate spontaneamente (49; 84,5%), generalmente dopo i 30 anni (56; 96,6%), e, che sono in carico dall'anno in corso fino ad un massimo di 10 anni (48; 82,8%). Nel 2009 hanno più di 40 anni (51; 87,9%). Il 71,4% (42) è occupato/a stabilmente. Il 57% (33) ha un basso titolo di studio, mentre, il 43% ha conseguito un titolo superiore alla Scuola Primaria di Primo Grado (media). Sono coniugati nel 52% delle volte (30), e, vivono in una dimora stabile (46; 79,4%), nel 77,5% (45) con figli e partner, che nel 67,2% (39) delle volte è stato in carico ad un Servizio. Infine, per quanto riguarda la famiglia, una metà ha il padre deceduto per il 51,7% (30), e, l'altra metà ha il padre in vita, e ciò, nel 48,2% (28) dei casi. Almeno un genitore è deceduto nel 72,4% (42). Nel 52% (30) non hanno fratelli-sorelle, mentre, un'altra metà (48%) ha un fratello-sorella. I figli sono d'età compresa tra 0 e 10 anni nel 46,6% (27). A questo profilo appartengono 58 persone (35 uomini e 23 donne), e, di questi 10 persone, il 17,2% sono interessate da decreto del TM. Rispetto alle variabili significativamente associate con un decreto l'ho definito a "medio-bassa probabilità decreto".

Il terzo cluster l'ho chiamato: uomini tossicodipendenti giovani.

È costituito prevalentemente da uomini (44; 68,2%, le donne sono 14, il 31,8%) afferenti al Servizio Dipendenze Illegali (28; 63,6%). Si tratta di persone che non sono arrivate spontaneamente (42; 95%), prevalentemente dai 17 fino ai 30 anni (30; 68,2%), e, che sono in carico fino ad un massimo di 10 anni (34; 77,3%). Nel 2009 hanno fino a 40 anni (42; 95,5%). Il 75% (44) è disoccupato. L'89% (39) ha un basso titolo di studio. Convivono nel 63,6% delle volte (28), in una dimora stabile (36; 82%), con partner e figli (27; 61%). Il/la *partner* prevalentemente è o è stato in carico ad un Servizio (30; 68%). Per quanto riguarda la famiglia, la maggioranza ha almeno un genitore vivente (29; 66%), specificatamente per il padre la percentuale è del 80% (35). Il 54,6% (24) ha almeno un fratello-sorella. A questo profilo appartengono 44 persone (30 uomini e 14 donne) e rispetto alle variabili significativamente associate con un decreto l'ho definito a "alta probabilità decreto". **In questo cluster registriamo la percentuale di figli minorenni più alta, e cioè del 93,2%**, ed inoltre, anche i decreti costituiscono la percentuale più alta, **del 31,8%**.

Il quarto cluster l'ho chiamato: uomini e donne tossicodipendenti giovani.

È costituito sia da uomini (38; 60,3%) che da donne (25; 39,7%) afferenti al Servizio Dipendenze Illegali (57; 90,5%). Si tratta di persone che sono arrivate spontaneamente (61; 97%), fino ai 30 anni (41; 66,1%), e, che sono in carico da oltre 10 anni (43; 68,3%). Nel 2009 hanno fino a 40 anni (52; 82,5%). Il 64% (40) è occupato stabilmente. Il 60 % (38) ha un basso titolo di studio. Convivono nel 52,4% delle volte (33), e, vivono in una dimora

stabile (59; 94%), con partner e figli (48; 76,2%). Il partner prevalentemente è o è stato in carico ad un Servizio (50; 79%). Per quanto riguarda la famiglia, la maggioranza ha un genitore vivente (37; 58,7%), specificatamente per il padre la percentuale è del 73% (46). Una parte di questi/e, nel 49,2% (31) non ha fratelli-sorelle, mentre, il 50,8% ha almeno un fratello-sorella. I figli sono d'età compresa tra 0 e 10 anni nell'88,9% (56). A questo profilo appartengono 63 persone (38 uomini e 25 donne) e rispetto alle variabili significativamente associate con un decreto l'ho definito a "medio-bassa probabilità decreto". Infine, qui si registra la più bassa incidenza di decreti, del 14,3% (9 persone).

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

- ◇ Amoruso e Duminucco (2000), indagine epidemiologica SerT Mestre cfr. (on lin su www.ristretti.it)
- ◇ Gorrini e Brera (2004) "La droga non ascolta", *Difesa Sociale*-vol.LXXXIII, n°3, pp.13-52
- ◇ Hosmer D.W. & Lemeshow S. (2000) *Applied Logistic Regression*, Second Edition. Wiley Series in Probability and Statistics, Wiley, Inc., New York, 2000, in Pertile R. (2008) *Aspetti critici negli studi clinici: problemi di metodo ed applicazione*, Scuola di dottorato di ricerca in Medicina dello Sviluppo e Scienze della Programmazione indirizzo Scienze della Programmazione XX Ciclo, Padova (Dipartimento di Pediatria.
- ◇ Magagnoli U. (1993) *Elementi di statistica descrittiva*, CLUEB, Bologna, in Pertile R. (2008) *Aspetti critici negli studi clinici: problemi di metodo ed applicazione*, Scuola di dottorato di ricerca in Medicina dello Sviluppo e Scienze della Programmazione indirizzo Scienze della Programmazione XX Ciclo, Padova (Dipartimento di Pediatria.
- ◇ Pigatto A. (1997) Dati relativi alla situazione in alcuni Servizi della Regione Veneto - essi per loro natura non lo farebbero, in Vizziello G.F. Stocco P. (1997) *Tra genitori e figli la tossicodipendenza*, Masson, Milano
- ◇ Pertile R. (2008) *Aspetti critici negli studi clinici: problemi di metodo ed applicazione*, Scuola di dottorato di ricerca in Medicina dello Sviluppo e Scienze della Programmazione indirizzo Scienze della Programmazione XX Ciclo, Padova, Dipartimento di Pediatria.
- ◇ Savadori T. (2000-2001) "Tossicodipendenza e Sistemi Familiari", Laurea in Servizio Sociale, Trieste
- ◇ Vizziello G.F. Simonelli A. (2004) *La tossicodipendenza tra genitori e bambini*, in Nizzoli U. Pissacroia M. (2004) *Trattato completo degli abusi e delle dipendenze*, Piccin Nuova Libreria S.p.A., Padova.

<http://www.ristretti.it/areestudio/droghe/progetti/genitori.htm>

<http://www.federserd.it/index.php>

<http://www.federserd.it/evento0043.php>

www.wikipedia.org

<http://www.consultorio-famiglia->

[giovani.it/def1/libri/Vol.%20I/introduzione_psicologia_et%C3%A0_evo_lutiva.htm](http://www.consultorio-famiglia-giovani.it/def1/libri/Vol.%20I/introduzione_psicologia_et%C3%A0_evo_lutiva.htm)

6. IL PADRE ASSENTE

L'assenza del padre è risultata una variabile significativamente associata con l'instaurarsi della condizione di decreto. Con assenza ho inteso il venir meno del padre a causa della sua morte, ma, tale ambiguità linguistica ha permesso di aprire un approfondimento su di una controversa figura, quella del padre, che aldilà della tossicodipendenza (cfr. cap. 2 ibidem il ruolo del padre nella famiglia del tossicodipendente) sembra "mancare" da un po' nella Società Occidentale.

Nel secondo capitolo, trattando della famiglia del tossicodipendente è emersa per importanza ed assenza la figura del padre all'interno di un disfunzionale assetto familiare.

Le successive analisi, come abbiamo visto hanno evidenziato, nonostante l'esistenza di un non irrilevante dato mancante, sia per l'Alcologia, che per il Sert, l'associazione tra condizione di decreto e l'assenza paterna. Nel caso di questa modalità dicotomizzata della iniziale variabile famiglia, l'assenza è da intendersi come tale in quanto il padre era deceduto. Tale risultato è comunque sorprendente. Teoricamente si ricollega, sia all'assenza del padre del tossicodipendente, ma, permette anche di aprire un'altra finestra sulla "normalità"....in conclusione alla ricerca emerge un altro *continuum* Alexander Mitscherkich negli anni '70 scrive "Verso una società senza padri" (in Bertocchi, 2009). Per la società occidentale tale termine rappresenta il compimento del processo di allontanamento del padre dal figlio

(Risè, 2005, pag. 31)²⁷⁵. La relazione sociale tra questi ultimi è l'obiettivo del testo. L'autore evidenzia progressivo processo di scolorimento, a cui, nel corso dei secoli, è stata sottoposta l'immagine paterna "che trova la sua causa nell'essenza stessa della nostra civiltà, per quanto riguarda la funzione educativa del padre: la figura attiva ed operante del padre scompare e viene ignorata"²⁷⁶. Quello che a cui, nel corso dei secoli, è stata sottoposta la figura paterna è stata una progressiva contrazione della *potestas* ed uno svuotamento dell'*auctoritas* (Bertocchi, 2009, pag. 66). Differentemente Zancato (2008)²⁷⁷ sottolinea maggiormente che ad essere in crisi nella nostra epoca non è tanto il ruolo del padre, la sua figura, quanto piuttosto le sue funzioni.

Ma quando sarebbe iniziata questa crisi?

Lo psicanalista Claudio Risè (2005) rintraccia il più famoso e disperato orfano nella figura di Amleto Shakespeare. Amleto, figlio del re di Danimarca è un giovane figlio distrutto, "gettato nella solitudine, che deve affrontare da solo il mondo e la vita"²⁷⁸. Il dramma di Amleto come uomo del suo tempo è racchiuso nella domanda "essere o non essere?". Egli vive all'inizio dell'epoca moderna, contraddistinta dall'epocale cambio di "prospettiva": è la Terra a girare intorno al Sole o viceversa. Cosa è centrale e cosa periferico. L'eliocentrica concezione cosmologica copernicana ha di riflesso influenzato anche lo spazio che l'uomo occupa nel

²⁷⁵ Risè (2005) L'assenza del padre, in Ferliga P. Moretti e Vitali, 2005.

²⁷⁶ Mitscherlich A. (1970) *Verso una società senza padre: idee per una psicologia sociale*, Feltrinelli, Milano, in Bertocchi R. (2009) *Sociologia della paternità*, Cedam, Milano, pag.65.

²⁷⁷ Zancato, P. (2008) *Il padre dal mito alla procreazione*, in Vizziello G.F. *Paternità in cerca d'autore*. Elsevier Masson, S.r.L, Milano

²⁷⁸ Risè C. (2005) *L'assenza del padre*, pagg. 13-40 in Ferliga P. (2005) *Il segno del padre*, Moretti e Vitali Bergamo

mondo: diviene periferico rispetto ad un tutto più ampio, ove è meno protetto dalle sue certezze e convinzioni. L'avvento della visione copernicana produce una ferita nell'orgoglio umano: rende fallibili e relative le visioni. A ciò contribuisce la ragione, con il pensiero ipotetico-deduttivo di Cartesio. Lo sconvolgimento profondo investe anche il rapporto che l'uomo ha con Dio, la cui esistenza diviene un problema. Pertanto Amleto, e con lui l'uomo moderno, ha perso due padri: il suo terreno ed il Padre divino (Risè, 2005, pag.22). Risè dice: "Quando tagliamo la testa al re abbiamo tagliato la testa a tutti i padri"²⁷⁹. E quando possiamo collocare questo taglio? Due sono principali momenti storici che l'autore rintraccia: da un lato la grande industrializzazione del 1800, dall'altro le guerre mondiali. Pertanto, in un'ottica di trasmissione intergenerazionale della mancanza, ad oggi siamo almeno oltre la terza generazione i cui padri non hanno ricevuto l'educazione paterna.

Con l'avvento dell'industrializzazione gli uomini sono usciti dalla famiglia per recarsi nelle fabbriche, avviene la "*scissione tra mondo del lavoro e ambito familiare*"²⁸⁰: da lavoratori indipendenti, divengono salariati dipendenti. Inoltre, il loro lavoro non era più visibile ai figli/e, e sempre più nei secoli è divenuto difficilmente raccontabile, si pensi ad esempio a quei tanti padri impiegati in rami tecnici o amministrativi che "*della loro opera professionale non possono riportare nulla a casa, nel loro mondo familiare, a parte le noie o i pettegolezzi dell'ufficio*" (Bertocchi, 2009). Questo aspetto di non visibilità dell'opera paterna, di non condivisione concreta dell'attività, costituisce per il figlio un

²⁷⁹ <http://www.youtube.com/watch?v=lqkjutyN0mI>
<http://www.youtube.com/watch?v=EoaVE8tnQyA&feature=related>

²⁸⁰ Bertocchi, pag. 66

enorme limite per la sua realizzazione personale, e sociale. Non manca, infatti, solo un modello pensabile futuro, ma anche, esiste una menomazione della funzione paterna quale veicolo sociale, attraverso il quale poterla comprendere, e, in generale, nella strutturazione della personalità del figlio.

Per quanto riguarda il secondo importante evento di contribuzione all'assenza paterna, Risè, evidenzia come molti uomini non hanno mai fatto ritorno dalla guerra, e come ciò abbia creato un assetto familiare tale per cui sempre maggiore e totalizzante è l'accudimento materno.

Nel secondo capitolo, ho introdotto il concetto di famiglia sociale, intendendo con tale concetto, tutte le figure istituzionali e non, ma che per l'individuo costituiscono figure significative, che ruotano attorno alla famiglia in senso stretto.

L'assenza del padre si è prodotta attraverso un lento processo trasformativo in alcune delle Istituzioni principali, quella dove chiunque, almeno per un pezzo della sua esistenza è obbligato a passare: la Scuola. La funzione didattica, per la prima volta in Europa è svolta dalla madre: questo avviene con la Riforma protestante di Martin Lutero (Risè, pag. 27). E prosegue dalla metà dell'800 e per tutto il '900 nella Scuola, luogo di passaggio "*dalla famiglia alla società*".²⁸¹ La scuola da allora sta subendo un massiccio processo di femminilizzazione. Ma, prosegue Risè, la funzione paterna della Scuola non è in crisi solo per mancanza di insegnanti uomini, bensì, per la crisi del rapporto con il passato (pag. 30). Gli insegnanti hanno perso la verticalità del ruolo, sono divenuti più dei *tutors*, il cui compito è prevalentemente valutato

²⁸¹ Risè pag. 28

attraverso il raggiungimento dei crediti scolastici, più che della trasmissione di un sapere. E ciò ha prodotto anche che gli studenti siano consegnati al giudizio dei pari, ad ideali consumistici di livellamento. A tal proposito, va sottolineato, come propone Bertocchi, un altro macro evento storico che "prende a picconate" la figura paterna. Quell'insieme di attività, ideali, pensieri, rivoluzioni che iniziano a partire dal 1968. Per Sabelli (1994, in Bertocchi, 2009)

Per Sabelli (1994, in Bertocchi, 2009) esso è l'individualismo inteso come valore supremo, come condizione di riuscita economica, come sinonimo di libertà. Questi padri, come prodotto sublimato invisibile della loro attività lavorativa, portano a casa il denaro per il buon sostentamento familiare. A riguardo Zoja (2000) osserva che il padre *breadwinner* (procacciatore di reddito)²⁸² denaro ha sostituito "l'elevazione, la benedizione e l'iniziazione: cioè il mondo dei simboli, il dono spirituale e la continuità fra le generazioni". Pertanto il "padre da benedicente è divenuto un benefattore: invece di parole sacre ha dato oggetti profani" (Bertocchi, 2009, pag. 72).

Voglio concludere questa breve riflessione sulla *fatherless society* sottolineando il carattere cultura dipendente a cui questa figura è stata sottoposta, anche negli studi specialistici, come quelli psicologici.

Peraltro, è curioso notare come oggi sempre più si noti l'assenza del padre, come scrive Starace (2000)²⁸³ proprio "nel momento in cui il padre diventa effettivamente presente nello scenario

²⁸² Bertocchi, pag. 52

²⁸³ Bertocchi, pag. 57

familiare, si comincia a parlare della sua assenza: come se la sua effettiva presenza finisse per sancire la sua assenza."

Come evidenziano Baisini T. e Guerri A. (2008)²⁸⁴, la prima tappa storico culturale della nascita della figura paterna è da scriversi nel riconoscimento della matrice biologica: nei tempi antichi, infatti, il collegamento relazionale tra atto sessuale e concepimento erano tutt'altro che scontati (Zancato, pag. 4), e seppure, dell'archetipo paterno la mitologia classica sia disseminata (il mito di Crono, di Edipo, di Dedalo ed Icaro, di Abramo ed Isacco, di Osiride e Horo), è solo di recente che via via grazie all'evoluzione del pensiero scientifico e della sottostante cultura le sue funzioni appaiono più chiare. Baisini e Guerri riprendendo l'analisi di LeCamus (1997) rintraccia tre paradigmi esplicativi prevalenti, *"ognuno ricollegabile a una diversa rappresentazione di come si debba comportare un buon padre, che sfociano nelle tre tipologie di paternità, a effetto differito, coinvolto, differenziato, che hanno via via animato la ricerca psicologica"*. Con il primo paradigma, per cui il neonato ha bisogno solo della madre, va delineandosi la figura di un padre che arriva a "tempo debito" (Mahler e Gosliner, 1955 in Baisini e Guerri) come separatore della diade madre-bambino. Col secondo paradigma, che si diffonde fra la fine degli anni '70 e gli inizi degli anni '80, la figura viene fatta rientrare tra le figure di attaccamento secondarie, gerarchicamente subordinata a quella materna (Aisworth, 1976 in Baisini e Guerri), ma, che comunque inizia ad avere un suo spessore ed un maggior coinvolgimento nella vita e nello sviluppo del figlio. Il terzo ed ultimo paradigma, che si

²⁸⁴ Baisini T. Guerri A. (2008) La ricerca sui padri: lo stato dell'arte, in Vizziello G.F (2008) Paternità in cerca d'autore, Elsevier Masson S.r.L, Milano

diffonde dalla fine degli anni '80 e tutti i '90, esplicita il concetto del non-mammo, ossia un buon padre, per essere tale non deve essere un "clone" materno. Infatti, la ricerca va nella direzione dell'identificazione e del confronto delle modalità di presenza paterna e dei loro effetti, come ad esempio, nelle dimensioni del linguaggio, dell'intelligenza, della socialità e dell'identità sessuale. Baisini e Guerri riportano degli studi di LeCamus che hanno permesso di rintracciare nella funzione paterna, alcune importanti differenze con la figura materna, in quanto i genitori maschi si sono rivelati fondamentali: nello spronare il bambino in attività esplorative (come quelle acquatiche), ed, in generale ad sostenere il figlio ad aprirsi al mondo circostante.

Inoltre, pare che tra le funzioni giocate dalla presenza paterna siano da rintracciare: il successo scolastico, le relazioni con i pari, lo sviluppo cognitivo, la regolazione comportamentale ed emozionale (Cabrera et al. 2000; Lamb, 1997, 2004; Tamis-LeMonda e Cabrera 2002 in Baisini e Guerri).

Inoltre, a proposito di coppia e genitorialità, sembra che i padri tendano ad essere più facilmente coinvolti nella relazione con i figli quando quella con la compagna è buona (Coiro e Emery, 1998).

Riassumendo quali sono le funzioni paterne. Baisini e Guerri riprendono le tre fondamentali che l'approccio psicanalitico (Ferrari, 2006 in Baisini e Guerri) attribuisce a questa tanto discussa e sfumata figura: la funzione protettiva, quella di separazione; e di limite.

Le prime due sono funzionali una all'altra, da un lato il padre permette e protegge la relazione madre-figlio e dall'altra la separa, in quanto altro importante compito paterno è quello di

iniziare il bambino al mondo, alla società, ed alle relazioni con gli altri. A tal proposito, Risè parla di "movimento bloccato", quelli tanti di cui sentiamo spesso parlare dall'opinione pubblica, come giovani che stentano ad uscire di casa, sono figli di un movimento bloccato. Il padre insegna anche la fatica, e senza prove e sacrifici non si cresce (Risè, pag. 31), padre come colui che insegna ad assumere il rischio e la responsabilità delle proprie decisioni. Ed infine, padre che pone limiti, non tanto e non solo attraverso il pronunciare il no, ma anche e soprattutto attraverso gesti concreti, frustando laddovè è necessario perché resti un'esperienza di crescita.

Ovviamente, dal momento generativo in poi, lungo tutto l'arco di vita, come accade per la madre, anche il padre deve fare i conti con quanto della sua esperienza prima di figlio, e soprattutto della sua relazione col padre.

In conclusione, ho accennato prima alla funzione del padre come separatore all'interno della diade madre-figlio. Tale concettualizzazione rimanda alla piuttosto recente di triade. Si tratta di un notevole spostamento d'attenzione: da un movimento concettuale ed esperienziale madri-centrico stiamo passando sempre più alla considerazione delle relazioni madre-padre-figlio, e ciò anche in termini di disfunzionalità, non sta più nel singoli, nei suoi tratti caratteristici ma in un insieme gestaltico di interazioni.

Infatti, la genitorialità corre sulla stessa linea della coppia, ed è per questo che un'alta conflittualità nella coppia produce effetti nell'esercizio della genitorialità, con conseguenze più o meno gravi sul benessere del figlio.

7. CAPITOLO SESTO:

TOSSICODIPENDENZA ROSA

Il genere femminile è risultata una variabile significativamente associata con l'instaurarsi della condizione di decesso.

Inizio col chiarire cosa si intende per identità di genere.

In altre parole significa che dato che sono donna sono consapevole di esserlo. Ma, al contempo, sono consapevole di essere me stessa e non un'altra. L'identità di genere è un processo di sviluppo che permette alla persona di prendere consapevolezza della propria specificità, del proprio sé, e tale processo si sviluppa a partire dalla contemporanea percezione di corpo e mente come un tutt'uno. Dato che, come essere umani siamo inseriti in un mondo relazionale, il fenomeno nel suo divenire è sottoposto alla contemporanea interiorizzazione dei modelli e dei ruoli, sia sociali, che familiari, come trasmissione intergenerazionale (come sono e come erano mia madre, mia nonna, le mie ave, etc...).

Nei capitoli precedenti, via via, nella complessa presentazione dei fattori collegati alla genitorialità, dalla coppia alla coniugalità, quale è stato per molto tempo una certa visione della donna. E questa, nonostante, l'entrata nel mondo lavorativo, tanto nella cultura, quanto nella ricerca scientifica ha sempre centralizzato la figura della madre come donna di casa, perfetta accuditrice dei figli. Ho concluso il precedente paragrafo sottolineando, come solo da poco la diade materna si sia allargata in triade, con l'inclusione di un padre escluso, od assente. Pertanto è chiaro che il ruolo della donna nell'immaginario comune, quindi, anche

culturale è stata identificata come mamma buona, l'angelo del focolare. I due ruoli nella pratica e nel pensiero sono ben poco separati, una donna è prima madre. Pertanto, sulla base di questa sovrapposizione di ruoli, e dello stereotipo, quasi proverbiale a cui ho appena fatto accenno, sembra che l'esistenza di una donna anche tossicodipendente sia quasi impensabile, quindi, figuriamoci, se anche madre.

La complessità del parlare e dell'indagare sul fenomeno della tossicodipendenza femminile va rintracciato nella natura stessa delle prime concettualizzazioni sulla tossicodipendenza in sé. A tal proposito Lorella Molteni (2011) scrive: *"storicamente, infatti, tutte le discipline scientifiche - medicina, psicologia, sociologia, antropologia - hanno affrontato la tematica in una prospettiva gender blind, sia dal punto di vista teorico sia dal punto di vista del trattamento socio-sanitario di tale target di popolazione"*.

Uno dei primi studi italiani che hanno messo in luce il fenomeno della tossicodipendenza femminile, e più in generale la condizione della condizione sanitaria delle donne è lo Studio VEdeTTE "ricerca donna". Paola Burroni, Federica Vigna Taglianti, Federica Mathis, Elisabetta Versino, Marina Garneri, Franca Beccaria, Mara Rotelli, Anna Picciolini presentano alcuni dei risultati emersi sulla condizione femminile, tra cui: il fatto che il 37,5% usa sostanze psicotrope; tipica la dipendenza incrociata (alcol-droga); la maggior parte delle donne è ancora assistita mediante ricorso a Servizi generici (OEDT, Agenzia Europea delle Droghe), il tempo di latenza rispetto all'intraprendere un trattamento è maggiore rispetto agli uomini; le donne, iniziano l'uso della sostanza più precocemente degli uomini; presentano codipendenza da un

partner tossicodipendente e ciò le conduce più facilmente ad una unità di coppia fusionale e ad isolamento socio-relazionale; le motivazioni al trattamento sono relazionali non legate al lavoro o per implicazioni legali come per gli uomini; il processo di recupero è più difficile per le donne: vi sono scarse reti di sostegno e questo determina un doppio stigma; infine, vi è una mancanza di servizi pensati in senso olistico²⁸⁵.

A proposito di doppio stigma, non a caso doppio, doppio rispetto alla tossicodipendenza maschile, e, la sociologa, Molteni L. (2011)²⁸⁶, nella ricerca che presenta nel libro "L'eroina al femminile", effettuata presso il SerT di Trento, a partire dal 2006, rintraccia come esso sia dapprima una anche una "doppia devianza", e nel caso della maternità tale pregiudizio produce profonde attivazioni, in termini di giudizio e di sentimenti negativi, una donna tossicodipendente: "è una madre che ferisce di proposito il proprio feto" (pag. 35). Tali giudizi sono gli stessi che esse si attribuiscono, e ciò produce: isolamento sociale e scarsa stima di sé.

La figura della donna tossicodipendente che differisce spesso il venire alla scoperta, il chieder aiuto per paura dell'immagine sociale, soprattutto quando è madre, sono fenomeni su cui peraltro porre un minimo attenzione, sia nei termini di possibilità di affrancamento dallo stile di vita precedente, sia perché vedere le sue lacrime aiuterà noi clinici a vedere quelle del suo bambino.

Non mi sembra né scontato né ovvio il dato sull'associazione statistica tra l'essere donna ed aver ricevuto un provvedimento del Tribunale per i Minori. Mi sembra anche doveroso sottolineare

²⁸⁵ <http://ebookbrowse.com/burroni-pdf-d89581721>

²⁸⁶ Molteni L. (2011) *L'eroina al femminile*, Franco Angeli, Milano

che, le donne tossicodipendenti del mio campione, spesso sono sole più degli uomini. Ritengo che questo dato faccia emergere uno spaccato di realtà, che si può solo che andare ad aggiungere a questo più esteso della tossicodipendenza al femminile e di una presa in carico più globale.

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

- ◇ Bertocchi (2009) *Sociologia della paternità*, Cedam, Milano
- ◇ Baisini T. Guerri A. (2008) *La ricerca sui padri: lo stato dell'arte*, in Vizziello G.F (2008) *Paternità in cerca d'autore*, Elsevier Masson S.r.L, Milano
- ◇ Molteni L. (2011) *L'eroina al femminile*, Franco Angeli, Milano
- ◇ Risè (2005) *L'assenza del padre*, in Ferliga P. Moretti e Vitali, 2005.
- ◇ Vizziello (2008) *Paternità in cerca d'autore*, Elsevier Masson S.r.L, Milano
- ◇ Zancato, P. (2008) *Il padre dal mito alla procreazione*, in Vizziello G.F. *Paternità in cerca d'autore*.Elsevier Masson, S.r.L, Milano

<http://www.youtube.com/watch?v=lqkjutyN0mI>

<http://www.youtube.com/watch?v=EoaVE8tnQyA&feature=related>

<http://ebookbrowse.com/burroni-pdf-d89581721>

8. CONCLUSIONI

L'ipotesi iniziale con cui ho intrapreso questo lavoro è che non sia la dipendenza patologica in sé ad inficiare il corretto esercizio della funzione genitoriale.

Ho circoscritto il numero di genitori in trattamento per dipendenza patologica in carico nell'anno 2009 al Dipartimento delle Dipendenze (DDD) dell'Azienda Sanitaria Territoriale Triestina. L'analisi è stata effettuata presso la Struttura complessa Sostanze Illegali per i pazienti tossicodipendenti, e presso la Struttura Complessa Sostanze Legali per i pazienti alcol dipendenti.

L'inquadramento teorico minimo e di massima, data la complessità delle tematiche attraverso cui la mia ricerca è passata ha riguardato tre versanti: quello della tossicodipendenza e dell'alcolismo, a cui ho dedicato il Primo Capitolo; la Genitorialità, la coppia e la famiglia, a cui ho dedicato il Secondo Capitolo; ed infine, dandosi che l'analisi si è anche concentrata sulla condizione di decreti emessi dal Tribunale per i Minorenni, un breve inquadramento delle sue funzioni e competenze sono state descritte nel Terzo Capitolo.

Sono entrata nel vivo della ricerca, ed anche nella parte più delicata, nel momento in cui ho effettuato la ricognizione quantitativa di quanti tra i genitori con figli minorenni, alcol-tossicodipendenti, in carico nel 2009, erano interessati da un provvedimento emesso dal Tribunale dei Minorenni di Trieste. Pertanto, ho raccolto il dato da tutti i Servizi Specialistici, territorialmente competenti, che, generalmente sono chiamati ad

intervenire per gli aspetti sanitari eventualmente connessi, implicati, in tali situazioni.

Tali Servizi, nell'organigramma aziendale rientrano nella cosiddetta **Struttura Complessa Tutela Salute Bambini, Adolescenti, Donne e Famiglia**²⁸⁷, che si compone della Struttura Semplice Tutela Salute Bambino Adolescente (ex UOBA, Unità Operative Bambini Adolescenti), e, Struttura Semplice Consultorio Familiare (CF). La ricognizione effettuata ci ha permesso di stabilire che, **nell'anno 2009, i decreti emessi dal TM, risultano in numero di 229 situazioni di bambini e loro genitori in carico ai suddetti Servizi.**²⁸⁸ I genitori tossico-alcol dipendenti, ed i loro nuclei familiari, sono risultati essere interessati da un provvedimento di tutela da parte del TM nel 14,8% (34 situazioni), in particolare: il 10% (22 situazioni) è rappresentato da genitori tossicodipendenti; mentre, il 5,2% (12) da genitori alcolisti.

Per completare la lettura del dato è stata necessaria una sua **comparazione con la popolazione generale** interessata da decreti che riguardano espressamente provvedimenti circa il benessere e la tutela di un minore, e le eventuali situazioni di pregiudizio al realizzarsi di tale condizione. Dopo numerose ricerche, passando attraverso il Tribunale dei Minori, sono arrivate al Centro "nevralgico", ove passano tutti i decreti per essere poi "smistati" a Servizi Competenti, ossia la Direzione Generale dell'Azienda Sanitaria. Delle 323 "movimentazioni" presenti per l'anno 2009, i

²⁸⁷ Fatta eccezione per il Distretto Sanitario numero uno, in cui all'oggi esistono solamente le due strutture semplici.

²⁸⁸ Ed in particolare: 36 riguardano la popolazione residente nel Distretto 1; 81 quelli dei residenti nel Distretto 2; 50 quelli del Distretto 3; ed infine, 62 quelli del Distretto 4.

casi che avevano per oggetto le situazioni sopra descritte sono risultati essere **216**. Il numero così ottenuto costituisce **l'11,1% del totale dei decreti emessi dal TM, che, quindi, si riferiscono alla popolazione generale per l'anno 2009 per la città di Trieste e sua provincia**. Le 24 situazioni decretate si distribuiscono in questo modo: **17 situazioni, ossia il 7,8% (su 216) per i genitori tossicodipendenti, e, 7 situazioni, ossia il 3,2% (su 216) per i genitori alcolisti**.

Ho effettuato un incrocio tra questo dato e quello emerso dalla ricognizione dei Servizi Specialistici distrettuali, quindi, tra le varie situazioni in carico aperte/acute (TM e Servizi ritenuti appropriati alla situazione), e quelle aperte/non acute (in carico solo al CF ed al Servizio minori). Dal confronto ho ottenuto un nuovo numero, che, non si discosta molto dai precedenti: 27 situazioni riguardano i genitori tossicodipendenti; 17 i genitori alcolisti. Il dato nel suo complesso è coerente con le percentuali di presa in carico dei figli e del nucleo da parte dei Servizi Minori e CF: il 21% (49 su 234) per il primo ed il 21,3% (50 su 234) per il secondo.

Pertanto, è possibile concludere che, **la percentuale riferita alla condizione decreto nella mia popolazione è bassa**.

Inoltre, delle situazioni di dichiarazione effettiva dello stato di adottabilità, nessuna riguardava la mia popolazione.

Altro dato molto interessante che è emerso riguarda la conflittualità nella coppia "normale": **ossia il 17,6% è giunto all'attenzione del TM per questioni circa separazione e genitorialità**: in quanto il comportamento dei genitori era considerato pregiudizievole del benessere del/lla minore, in nei

suo diritto a godere della bigenitorialità. L'emersione del dato sulla **conflittualità** non è di poca portata: ci invita a riflettere sia sulle sue implicazioni nella coppia coniugale, che in quella genitoriale. Mi chiedo, se l'analisi circa la conflittualità si estendesse anche al Tribunale Ordinario, cosa potrebbe accadere della sua misura: resterebbe invariata, oppure, aumenterebbe, o diminuirebbe. Le genitorialità "difficili" non sono solo quelle che per "tradizione" sono considerate tali. Sembra che, esse creino un "effetto melma", da un lato, contribuiscono a confondere indifferenziando il resto, quel resto "normale" che resta sottostimato, e dall'altro, quasi con una funzione di capro espiatorio, sono quelle su cui si getta "tutto il marcio".

Ho effettuato due analisi tramite il metodo della **regressione logistica** per poter rispondere alla domanda "quali variabili rendono più probabile la condizione (fattori di rischio) che un genitore sia sottoposto a tutela da parte del Tribunale dei Minori."

Nella prima, l'equazione delle variabili in ingresso all'analisi comprendeva la fascia d'età 11-17, nella **seconda alla fascia 0-10**. Per primi elencherò i risultati che si riferiscono a questa ultima analisi.

Il primo fattore di rischio è risultato l'aver figli d'età tra 0 e 10 anni (significativo 0,001 metodo interpolazione lineare), mentre, la fascia d'età 11-17 non è risultata significativamente associata all'instaurarsi della condizione di decreto. Il numero totale dei figli/e dei genitori alcol-tossico dipendenti è di 336, così distribuiti: **196 bambini/e di età compresa tra 0 e 10 anni** (123 di genitori tossicodipendenti e 73 di genitori alcolisti); 87

bambini/e di età compresa tra 11 e 17 anni (123 di genitori tossicodipendenti e 73 di genitori alcolisti); 44 bambini di cui non conosciamo l'età, ed infine, 15 figlie/e maggiorenni, che se sommati ai 208 fanno salire il numero dei figli/e a 223.

Il secondo fattore di rischio è costituito dall'essere una donna (0,003 interpolazione lineare), confermato anche dall'*odd ratio*. Solo il 35% della popolazione totale (234) è donna.

Terzo fattore di rischio è costituito dall'aver un basso titolo di studio, ed a tal proposito, rilevo che, il 54% dei genitori tossicodipendenti, ed il 41,3% dei genitori alcolisti hanno completato solo il Ciclo della Scuola Secondaria di Primo Grado (media).

Quarto fattore di rischio è costituito dal convivere con figli e partner (0,001). E ciò, da un lato sembra piuttosto ovvio, che un nucleo per essere sottoposto ad un decreto debba vivere assieme, dall'altro sarebbe da indagare meglio che cosa determina questo convivere, che tipo di relazioni, di clima lo caratterizzano. Ad oggi, non è disponibile tale approfondimento, è una variabile, ancora tutta da scoprire, e, pertanto, di una sua cauta considerazione.

Al limite della significatività vi è l'essere giunti al Servizio tramite segnalazione di altri, in maniera non spontanea.

Per quanto riguarda l'analisi, circa la fascia 11-17, rilevo che essa non è risultata significativamente associata all'instaurarsi della condizione decreto, ma, tra gli altri fattori che lo sono risultati, di "rischio": sesso (0.028 interpolazione lineare); avere un **padre deceduto** (0.039 interpolazione lineare) il **convivere con figli e famiglia** (0,020).

Fattore di rischio è inteso come causalità multifattoriale che individua un profilo (Di Blasio P. 2005).²⁸⁹ *“Così come, in termini di salute fisica, la popolazione non può essere definita “sana” o “malata” in quanto esiste un continuum di gravità, in modo simile non si può pensare d’ipotizzare una “popolazione a rischio” e una “non a rischio” (Baroncini, Vicoli, 2004, pag. 139 in Di Blasio, 2005). Inoltre, Di Blasio evidenzia come esista una differenza tra “fattori protettivi” e “processi protettivi”, i primi rimandano maggiormente alle relazioni ed all’interazione con l’ambiente da cui provengono le cure, i secondi indicano il come in una condizione di rischio agiscono le risorse (Masten, Reed, 2002, pag. 76 in Di Blasio, 2005). Detto ciò proseguo applicando il modello di Di Blasio all’analisi dei “fattori di rischio”, che ho appena presentato e che a quanto emerso dalla mia ricerca. L’autrice propone una distinzione tra rischio prossimale e distale. Un esempio di rischio **distale** è costituito, ad esempio dal **basso titolo di studio**, si intende cioè che la sua influenza negativa si manifesti tramite l’introduzione di elementi di fragilità, vulnerabilità, sensibilizzazione a certi aspetti piuttosto che altri. Al contrario, il rischio **prossimale**, indica qualcosa di più vicino. Essi possono amplificare il rischio o ridurlo. Tra i fattori che Di Blasio inserisce in quelli che possono contribuire ad **amplificare vi è, ad esempio l’abuso di sostanze, e tra quelli che riducono il rischio, fattori familiari e sociali**.*

Trattare la genitorialità da un punto di vista della Psicologia clinica, all’interno di un Dottorato in Medicina Materno Infantile, Pediatria dello Sviluppo e dell’Educazione, Perinatologia, significa

²⁸⁹ Di Blasio P. (2005) *Tra rischio e protezione, la valutazione delle competenze parentali*, Edizioni Unicopoli, pag. 25.

occuparsi anche dei figli: guardare al benessere dei genitori, alle loro capacità, risorse, difficoltà, limiti (alle volte insuperabili, altre no) in un processo circolare determina la promozione di quella salute, intesa non come assenza di malattia, ma proprio come benessere (OMS). E ciò anche e soprattutto, in quanto, la genitorialità è una funzione relativamente autonoma della personalità, che nasce e si sviluppa prima dell'atto generativo in sé (Vizziello, 2003, Psicopatologia dello Sviluppo): noi tutti, che come tecnici, come esseri umani, ci occupiamo di qualcuno, di noi stessi, assumendoci la **respons-ability**, intesa gestalticamente, proprio come la capacità di assumerci di occuparci di, e ci occupiamo dei nostri pazienti. Vedere questo aspetto nel lavoro clinico, essendone consapevoli, ci permette di farlo esistere nella nostra mente, favorendo, pertanto, in ciò anche i nostri pazienti.

I genitori alcol-tossico dipendenti non sono usciti da questa mia ricerca come i peggiori tra i genitori, vero è che si può ricercare all'infinito, ma l'indagine, per avere portato a qualcosa deve avere delle ricadute sulla realtà. In tal senso, quello che ora ci proponiamo è di presentare a tutti i Servizi Specialistici territorialmente competenti ed alla Neonatologia dell'I.R.R.C.S. Burlo Garofolo i dati emersi da questa ricerca.

In tal senso, quello che auspichiamo è di **"creare una rete sensibile volta all'integrazione di competenze sociali, sociosanitarie e sanitarie in area minori e famiglia. Ciò in ottica di integrazione."** Con queste parole, Cristina Gallione, Direttore Azienda Sud Est di Milano, al Primo Convegno Nazionale Tematico, "Fare i genitori ed essere figli nel mondo delle dipendenze", tenutosi a Milano il 27 e 28 ottobre 2011, introduce

il Protocollo d'Intesa firmato tra i Servizi coinvolti nella presa in carico. Inoltre, a livello specificatamente di Servizio, in termini di dato che emerge dalla ricerca, come la risultante di ciò a cui poniamo attenzione, riteniamo importante una restituzione ai colleghi. Tutti quei dati "mancanti" non reperiti, in quanto non previsti nella cartella, oppure, perché nella fretta dello scrivere, essendo presi dall'emergenza e dal fare quotidiano, credo siano questioni su cui riflettere: la presenza di figli, la loro età e la qualità delle relazioni. Infine, ricordo che, tra i fattori di rischio, emersi dalla analisi di regressione logistica siano emerse le condizioni: genere e padre deceduto.

Quindi, quanto finora brevemente riassunto della ricerca ci fa dedurre che non bisogna intervenire solo sulla diade madre-bambino, ma, anche sulla **situazione relazionale** delle donna, sulla sua **famiglia d'origine**, sulla **rete sociale**, nonché sulla **triade madre-padre-figlio**. Non da ultimo, quanto emerso, ci fa riflettere sull'importanza della formazione e della condivisione tra operatori appartenenti ai vari Servizi ed alle Istituzioni coinvolte. Il dibattito conseguenti e la discussione di casi complessi, la stesura di buone prassi, concreta implementazione di ricerca ed osservazione, tanto clinica che quantitativa sono buoni punti di partenza.

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

- ◇ Bertocchi F. (2009) *Sociologia della paternità*, Cedam, Milano.
- ◇ Di Blasio P. (2005) *Tra rischio e protezione, la valutazione delle competenze parentali*, Edizioni Unicopoli.
- ◇ Ferliga P. (2005) *Il segno del padre*, Moretti e Vitali, Bergamo.
- ◇ Hosmer D.W. & Lemeshow S. (200) *Applied Logistic Regression*, Second Edition. Wiley Series in Probability and Statistics, Wiley, Inc., New York, 2000.
- ◇ Magagnoli U. (1993) *Elementi di statistica descrittiva*, CLUEB, Bologna, in Pertile R. (2008) *Aspetti critici negli studi clinici: problemi di metodo ed applicazione*, Scuola di dottorato di ricerca in Medicina dello Sviluppo e Scienze della Programmazione indirizzo Scienze della Programmazione XX Ciclo, Padova, Dipartimento di Pediatria.
- ◇ Mitscherlich A. (1970) *Verso una società senza padre: idee per una psicologia sociale*, Feltrinelli, Milano, in Bertocchi R. (2009) *Sociologia della paternità*, Cedam, Milano
- ◇ Pertile R. (2008) *Aspetti critici negli studi clinici: problemi di metodo ed applicazione*, Scuola di dottorato di ricerca in Medicina dello Sviluppo e Scienze della Programmazione indirizzo Scienze della Programmazione XX Ciclo, Padova (Dipartimento di Pediatria).
- ◇ Risè C. (2005) *L'assenza del padre*, in Ferliga P. (2005) *Il segno del padre*, Moretti e Vitali, Bergamo.

- ◇ http://paduaresearch.cab.unipd.it/618/1/TESI_INTERA.pdf
- ◇ <http://www.youtube.com/watch?v=lqkjutyN0mI>
- ◇ <http://www.youtube.com/watch?v=EoaVE8tnQyA&feature=related>