

3. Madri in sostanza, in sostanza madri. Il ruolo dei servizi socio-sanitari nel sostegno alla donna dipendente e nella tutela del minore

di Anna Dal Ben, Petra Masiero, Anna Schiavon e Simona Summo¹

1. Il contesto della ricerca

La maggior parte degli studi a livello nazionale e internazionale (De Fazio, 2000; Molteni, 2011; Becker, McClellan e Reed, 2017; Haseltine, 2000), ha evidenziato come la tossicodipendenza sia una condizione generalmente più diffusa entro il genere maschile rispetto a quello femminile: nella Relazione Europea sulla droga del 2019 emerge, infatti, come le esperienze di uso di sostanze siano più frequentemente segnalate dai maschi (57,8 milioni) che da femmine (38,3 milioni). Tuttavia, negli ultimi anni si è assistito ad un aumento della diffusione dell'uso di sostanze tra le donne: nel 1980 le tossicodipendenti erano circa il 15% della popolazione, ad oggi hanno raggiunto circa il 30% (Cirillo *et al.*, 2017).

L'interesse della ricerca e delle politiche di welfare in relazione alla dipendenza femminile risulta correlata alla maternità, poiché nella nostra società la protezione dell'infanzia ha assunto un ruolo centrale e l'uso materno di sostanze è considerato un rischio significativo rispetto al benessere dei minori (Blakey; 2012; Cheli e Giacomuzzi, 2009). La revisione della letteratura (Canfield *et al.*, 2017), evidenzia come le problematiche nei bambini di genitori che fanno uso di sostanze abbiano ripercussioni per tutta la loro vita, a partire dalla gravidanza con ritardi nello sviluppo fisico, cognitivo e socio-emotivo (Tibaldi, 2005; Morton e Konrad, 2008; Porter e Porter, 2004), passando dall'età della scuola primaria con problemi legati al rendimento scolastico e alla socializzazione, nell'adolescenza dove aumentano i rischi per la salute mentale e per l'uso di sostanze (Alati *et al.*, 2013; Gray, Mukherjee

¹ La ricerca è frutto della collaborazione tra le Autrici. Petra Masiero, Anna Schiavon e Simona Summo hanno partecipato alla raccolta dei dati empirici. A Anna Dal Ben va attribuita l'organizzazione complessiva del lavoro e la stesura del capitolo.

e Rutter, 2009), fino all'età adulta dove si sviluppano più facilmente comportamenti devianti e un nuovo circolo vizioso di dipendenza (Di Blasio *et al.*, 2005).

Tali conseguenze nella salute dei bambini e l'aumento della dipendenza al femminile, rendono fondamentale la messa a punto di nuove modalità di presa in carico che vedano operare in modo integrato i servizi per le dipendenze e i servizi per la tutela dei minori, così da sostenere i genitori, o perlomeno la donna, nel suo percorso terapeutico di recupero e nel ruolo genitoriale. In questo contesto, il compito degli operatori sociali e sanitari è chiaramente complesso, poiché debbono favorire il benessere tossicologico della donna prevenendo le ricadute nell'abuso della sostanza e, al contempo, migliorarne la qualità della vita: «nell'approccio a queste donne è quanto mai necessario un lavoro di equipe che coinvolga discipline e competenze diverse» (Righi, Polidori e Valletta, 2016, p. 208), trattandosi di situazioni in cui vi sono molteplici vulnerabilità sociali sovrapposte (Lloyd, 2018).

A partire da questo scenario, è stata condotta una ricerca qualitativa nel territorio della Regione Veneto al fine di comprendere l'articolazione dei percorsi di intervento messi in atto dai Ser.D. e dai servizi per la tutela dei minori nei confronti di “*madri in sostanza*”, cioè di mamme con problematiche di dipendenza, intervistando gli assistenti sociali che operano in tali contesti e le donne che hanno sperimentato questa condizione nel corso della loro biografia di vita.

1.1. La maternità nelle donne tossicodipendenti

Nell'attuale contesto sociale permane una resistenza ad associare la maternità alla dipendenza, poiché «la prima fortemente evocativa di vita e piena realizzazione della donna, la seconda come immagine distruttiva o quantomeno fallimentare e di arresto del processo di sviluppo e quindi comunque tale da suscitare un contrasto stridente con la maternità. Il ruolo fondamentale in senso di protezione e competenza che la società attribuisce all'essere madre è difficilmente applicabile alla tossicodipendente» (AA.VV., 2001, p. 1). Questa riflessione si pone al centro del dibattito che vede contrapposti i rischi che i minori corrono avendo una madre dipendente e le competenze genitoriali che non necessariamente vengono meno.

Appare pertanto fondamentale comprendere quali siano gli elementi che incidono nell'abuso di sostanze, le caratteristiche del genitore dipendente e quali i rischi per i minori coinvolti.

Sono stati rilevati alcuni fattori demografici, psicologici e ambientali che incidono sulla probabilità per la donna di entrare nella dipendenza: innanzitutto si fa riferimento ad un basso livello di istruzione correlato ad un altrettanto basso status socio-economico, instabilità abitativa e precarietà occupazionale (Sarkola *et al.*, 2007; Taplin e Mattik, 2013); inoltre, giocano un ruolo fondamentale le famiglie di origine, spesso maltrattanti, con genitori emotivamente distanzianti o ipercontrollanti, a volte utilizzatori di sostanze (Minnes *et al.*, 2008); e, infine, i vissuti nell'infanzia, poiché sovente la dipendenza è correlata a disturbi mentali e depressione. In merito ai fattori ambientali, queste donne godono di scarso sostegno familiare e di supporto sociale in termini di rapporti positivi, anche a livello amicale e interpersonale (Sarkola *et al.*, 2007).

La relazione con il bambino è invece caratterizzata da aspetti di ambivalenza, in cui si alternano sentimenti di rabbia a momenti di passività, dove il figlio viene completamente ignorato. Lo stile genitoriale è spesso rigido e autoritario (Boffo, 2011), con una bassa tolleranza nei confronti dei bisogni altrui (Parolin e Simonelli, 2016) e un'incapacità ridotta di risposta alle emozioni dei figli (Pajulo *et al.*, 2001). Il bambino, quindi, rischia maggiormente, rispetto ai nuclei in cui non si usano sostanze, di sperimentare una relazione disfunzionale con la madre o, con la coppia genitoriale, se presente.

Tuttavia, alcune ricerche dimostrano come queste madri siano consapevoli dei bisogni e dei possibili pericoli per i propri figli (Klee, Wright e Rothwell, 1998), presentando una visione della maternità congrua a quella dominante socialmente, cioè relativa alla cosiddetta "buona madre" (Banwell e Bammer, 2006; Murphy e Rosenbaum, 1999). La presenza di un bambino all'interno della vita di una donna dipendente, può rappresentare un valore aggiunto al trattamento per la dipendenza ma non solo, anche rispetto alla salute psicologica, alla motivazione per ricercare un contesto di vita migliore e per impegnarsi nei compiti di cura: in tal senso, i figli vengono definiti "motivatori" all'interno dei processi di cambiamento delle madri dipendenti (Parolin e Simonelli, 2016; Tracy e Martin, 2007).

1.2. Il ruolo dei servizi socio-sanitari: i servizi per le dipendenze e i servizi per la tutela del minore

Un'alta percentuale di figli di madri che fanno uso di sostanze è in carico ai servizi per la tutela dei minori (Brandon *et al.*, 2012). Quasi la metà delle madri che ricevono cure legate alla dipendenza hanno subito l'allontanamento di almeno uno dei loro figli (Connors *et al.*, 2003; Canfield *et al.*,

2017) e la percentuale di bambini che vengono inseriti in affidamento familiare a fronte di questa problematica è in aumento, con minori probabilità rispetto ad altre situazioni di difficoltà genitoriale, di ricongiungersi alla famiglia di origine (Young, 2016; Llyod, Akin e Brook, 2017). Le donne che hanno già sperimentato l'allontanamento di un figlio, sono più a rischio che questo si ripeta a fronte di nuove gravidanze (Lean, Pritchard e Woodward, 2013), oltre al fatto che spesso la problematica di dipendenza si ripresenta nel corso del tempo. Infine, sebbene i programmi di trattamento per queste pazienti siano quasi raddoppiati negli ultimi 10 anni, la maggior parte di essi non sono strutturati in modo da includere un sostegno alla dipendenza e contemporaneamente alla maternità (Sun, 2004), malgrado il portare a termine con successo un percorso di trattamento sia uno dei fattori predittivi più affidabili rispetto al ricongiungimento della madre con i propri figli (Doab, Fowler e Dawson, 2015; Lloyd, 2018). È pertanto necessario vengano messi in atto «protocolli di trattamento che si facciano carico della relazione madre-figlio, considerandola un'entità clinica specifica, qualitativamente differente dalla madre e dal bambino considerati separatamente» (Parolin e Simonelli, 2016, p. 6), poiché i programmi integrati che prevedono trattamento farmacologico, psicologico e di supporto alla genitorialità, risultano maggiormente efficaci nel migliorare le capacità di cura delle madri e nello spezzare il circolo della dipendenza (Niccols *et al.*, 2012; Bellucci, 2014).

Nel contesto italiano, l'aumento di figli di genitori tossicodipendenti ha iniziato a suscitare l'attenzione dei servizi sociali solo negli ultimi anni, poiché gli operatori erano impreparati a dedicare attenzione ai minori che, progressivamente, comparivano al fianco dei genitori che si recavano ai Ser.D. (Rapporto Parsec, 2013). D'altra parte, i servizi per la tutela dei minori, entrano in gioco solo quando, spesso a fronte di una segnalazione esterna, le condizioni dei bambini coinvolti sono oramai compromesse. Ad oggi non esiste una banca dati nazionale che monitori la correlazione tra uso di sostanze e genitorialità nel nostro Paese, pertanto non è possibile avere una stima dei nuclei familiari che vivono questa situazione.

Ciò che appare condivisa però all'interno dei servizi socio-sanitari, è la necessità di lavorare integrando i vari approcci professionali e le differenti competenze istituzionali, perché la progettazione degli interventi tenga conto della indispensabile multidisciplinarietà che richiedono queste situazioni: «risposte articolate e flessibili, quindi, a problematiche assistenziali complesse dove la tutela, intesa in termini non solo giuridici, assume rilevanza sociale, culturale e sanitaria e riguarda madre e feto, neonato, relazione primaria madre-bambino e genitorialità» (Liverani *et al.*, 2017, p. 12).

Per far sì che tale progettazione si concretizzi, in alcune realtà del territorio nazionale sta prendendo avvio la definizione di protocolli operativi che mettono in rete i servizi coinvolti nei processi di recupero della diade mamma-bambino, quali: il servizio per le dipendenze che ha in carico la madre; il servizio territoriale, il servizio tutela minori o il consultorio familiare, che si occupano principalmente del benessere e della tutela del minore; il Tribunale per i Minorenni, se vi è la necessità di prendere dei provvedimenti rispetto alla protezione del minore; il reparto di pediatria dell'ospedale che segue lo stato e lo sviluppo psico-fisico del bambino e, successivamente, il pediatra; il reparto ostetrico-ginecologico per la prevenzione della salute di entrambi nelle situazioni di gravidanza; altri servizi specialistici come il centro per la salute mentale e la neuropsichiatria infantile. Come sottolineato nel rapporto Parsec (2013, p. 119), i protocolli devono avere come obiettivi:

- «la descrizione delle modalità della presa in carico nella gestazione, nel parto e nel post partum e nei bambini dopo la nascita;
- la definizione dei criteri di valutazione delle possibilità di permettere e, se necessario, favorire la permanenza del bambino all'interno della famiglia;
- il ruolo e le responsabilità degli operatori nei singoli servizi nel monitoraggio della situazione e nell'intervento immediato in caso di rischio della madre o del bambino;
- l'acquisizione di un linguaggio e di un approccio comune da parte dei diversi servizi per agevolare la comunicazione sia tra gli operatori che verso la donna o la coppia.»

Ad oggi però in Italia non esiste una normativa né a livello nazionale, né a livello regionale che preveda la creazione di percorsi per la presa in carico integrata delle madri tossicodipendenti. Questo comporta una forte discrezionalità operativa all'interno dei servizi (Segatto e Dal Ben, 2020) e una disparità di intervento su base territoriale. Le realtà comunitarie di maggiori dimensioni che spesso dispongono di più risorse, sono quelle in cui tali protocolli sono stati predisposti e attivati².

Infine, la necessità di costruire modelli di presa in carico integrata, non è connessa solo al dovere di garantire al nucleo familiare una presa in carico globale, ma anche alla difficoltà dei servizi di collaborare autonomamente

² Ad esempio, l'Azienda ULSS n.6 Euganea nel territorio di Padova ha sviluppato un Protocollo in cui descrive il percorso assistenziale che gli operatori appartenenti al Dipartimento Dipendenze di competenza sono chiamati ad attuare per consentire la realizzazione degli interventi sociosanitari integrati a favore della tutela della salute della donna affetta da uso, abuso o dipendenza da sostanze psicoattive legali o illegali in condizione di gravidanza.

tra loro. Come sottolineato nel rapporto Parsec (2013), infatti, la diversa prospettiva dei servizi per adulti e per i minori, li pone nella posizione di considerare ognuno la tutela della propria utenza, creando un'opposizione tra servizi di cura del bambino e dell'adulto.

2. La ricerca

2.1. Obiettivi e ipotesi di ricerca

L'obiettivo generale della ricerca è stato quello di comprendere come si articolano la presa in carico da parte dei servizi sociali nei percorsi di sostegno e cura di madri con una problematica di dipendenza nel territorio della Regione Veneto. Nello specifico, la ricerca ha voluto: raccogliere le esperienze quotidiane e le opinioni degli assistenti sociali dei servizi per le dipendenze e dei servizi per la tutela dei minori; analizzare le pratiche di lavoro multi-professionali e inter-istituzionali; verificare l'esistenza di protocolli operativi di rete, ovvero di prassi condivise tra i servizi per l'accompagnamento delle madri tossicodipendenti; comprendere come le donne percepiscono il supporto del servizio sociale nel loro percorso.

2.2. Metodologia: strumenti e somministrazione

Al fine di perseguire gli obiettivi preposti, è stato dato alla ricerca un impianto di tipo qualitativo. Si è scelto di utilizzare come strumento di rilevazione l'intervista, ritenendo l'intervistato una fonte produttiva di conoscenza e non solo un depositario di opinioni e ragioni (Bichi, 2002). Nello specifico, è stata definita un'intervista semi-strutturata di tipo narrativo (Sala, 2010), che permette di raccogliere il punto di vista soggettivo degli intervistati ma anche di comprendere gli aspetti caratterizzanti il contesto più allargato in cui sono inseriti. L'intervista semi-strutturata si caratterizza per la bassa direttività che permette ai soggetti di esprimersi liberamente pur seguendo il filo conduttore proposto dal ricercatore, che può sviluppare alcuni argomenti nati spontaneamente nel corso dell'interazione qualora ritenga che siano utili alla comprensione del fenomeno indagato.

Sono state costruite tre differenti tracce: due orientate alla raccolta delle narrazioni degli assistenti sociali, la terza volta a comprendere il punto di vista delle madri. Le interviste per gli operatori si differenziano sulla base del servizio in cui i soggetti target operano, ovvero servizi per le dipendenze

e servizi per la tutela dei minori, cercando di mantenere una struttura simile in merito alle aree tematiche trattate e, invece, identificando degli elementi di specificità rispetto alle finalità di ogni servizio.

L'intervista affronta tre aree principali: le caratteristiche dell'intervistato; gli obiettivi e le modalità di presa in carico; il lavoro di rete tra servizi. Si è scelto di introdurre il soggetto al cuore dell'intervista attraverso una parte iniziale relativa alle variabili socio-anagrafiche (percorso scolastico, percorso professionale, stato civile, presenza di figli, orientamento religioso). La seconda parte dell'intervista, relativa al lavoro professionale, ha indagato gli obiettivi del servizio e dell'assistente sociale nella presa in carico delle madri tossicodipendenti nonché l'esperienza operativa nella gestione di questi casi, esaminando quali fossero gli interventi, gli strumenti, le competenze erogate e il lavoro di equipe effettuato. La terza parte, ha cercato di far emergere come si articola il lavoro di rete tra i servizi, al fine di comprendere se vi fossero delle pratiche condivise per questa specifica fascia di utenza.

Per quanto riguarda l'intervista indirizzata alle madri dipendenti, è stata a sua volta strutturata circoscrivendo tre differenti aree: caratteristiche del soggetto, storia di dipendenza e percorso di maternità, presa in carico del servizio sociale.

La fase di costruzione della documentazione empirica si è composta di tre operazioni in sequenza: il contatto con gli intervistati e la presentazione della ricerca, la conduzione dell'intervista e la sua trascrizione. La ricerca è stata proposta ad alcuni servizi per la tutela dei minori e servizi per le dipendenze della Regione Veneto già conosciuti dal gruppo di ricerca per precedenti collaborazioni. In merito al coinvolgimento delle madri, sono stati presi contatti con una comunità terapeutica operante nel territorio regionale. È stata inviata una lettera di presentazione del progetto di ricerca richiedendo l'adesione. Le interviste svolte sono state audioregistrate e successivamente trascritte letteralmente su file, per ottenere un corpus testuale finale (Nigris, 2018). Il corpus è stato codificato attraverso un'analisi tematica volta a definire le principali categorie concettuali emergenti allo scopo di spiegare il fenomeno oggetto di studio.

2.3. I soggetti

In linea con l'obiettivo e la metodologia, il campionamento utilizzato è di tipo non probabilistico: le unità di analisi sono state scelte in relazione al rappresentare dei soggetti esperti di un particolare fenomeno e di averne

quindi appreso sufficienti conoscenze per spiegarlo e analizzarlo. Gli assistenti sociali sono stati reclutati con una tecnica di *snowball sampling*, che prevede di contattare un certo numero di individui dotati delle caratteristiche identificate e chiedere loro altri nominativi da intervistare, in modo da creare un “effetto valanga”. Le caratteristiche definite come necessarie sono state identificate nel: svolgere la professione di assistente sociale; lavorare presso un Ser.D. o un servizio per la tutela dei minori nel territorio della Regione Veneto; aver esperito la presa in carico di madri con problematiche di dipendenza. Questo ha permesso di coinvolgere complessivamente 19 assistenti sociali, di cui 12 operanti nell’ambito delle dipendenze e 7 nella tutela dei minori. In merito alle caratteristiche dei soggetti coinvolti, solo un intervistato è di genere maschile, la maggior parte è sposata con figli ed è credente. Otto intervistati hanno conseguito la Laurea Magistrale, mentre gli altri hanno un titolo di studio triennale; tutti gli assistenti sociali prima di operare nei servizi in cui sono impiegati attualmente hanno avuto esperienze lavorative in altri settori quali centro di salute mentale, casa di riposo, cooperative sociali, centri d’accoglienza per profughi, ufficio di esecuzione penale esterna. Non si riscontrano particolari differenze nelle caratteristiche dei soggetti in relazione ai servizi di riferimento.

Passando al secondo target di riferimento, per il reclutamento delle madri con problematiche di dipendenza, si è scelto di utilizzare il bacino di pazienti di una comunità terapeutica, ritenendo tale contesto idoneo a supportare le donne e raccogliere più facilmente la loro narrazione. La struttura identificata è una comunità terapeutica madre-bambino collocata nel territorio della Regione Veneto che accoglie donne secondo la modalità di pronta accoglienza e diadi madre-bambino in regime residenziale e semiresidenziale, per coloro che sono a conclusione del percorso di cura. Le interviste hanno coinvolto tutte le donne accolte, per un totale di 10 madri, con uno o più bambini. Si è ritenuto opportuno fosse intercorso almeno un anno dalla nascita dell’ultimo figlio per permettere alle intervistate di accedere ad una narrazione riflessiva del proprio vissuto ed aver maturato una propria esperienza di accompagnamento da parte dei servizi sociali del territorio. In relazione alle caratteristiche socio-anagrafiche, l’età media delle donne è di 33 anni, con un minimo di 23 ed un massimo di 41 anni. Solo una donna non ha figli con sé in comunità, mentre 5 donne hanno figli sia fuori dalla comunità, sia in regime residenziale. 7 di loro sono nubili, una è coniugata, una vedova e, infine, una separata. Alla loro prima gravidanza avevano un’età variabile che rientra tra i 21 e 37 anni. Il livello di istruzione è medio-basso: la maggior parte possiede la licenza media, una il diploma di scuola superiore. Quanto alla professione, molte hanno intervallato periodi di lavoro a periodi di inattività; la

restante parte ha esercitato varie professioni come ad esempio, impiegata, operatrice socio-sanitaria, parrucchiera e personale ATA.

4. Risultati

4.1. *Il sostegno alla donna: la presa in carico degli assistenti sociali dei Ser.D.*

Il percorso di accompagnamento delle madri con problemi di dipendenza appare ricco di complessità e spesso di difficile gestione, come raccontano gli operatori del servizio per le dipendenze. Emergono infatti una serie di preoccupazioni rispetto alla presa in carico e alla strutturazione di un idoneo progetto di intervento, soprattutto in relazione alle donne in gravidanza, legate prevalentemente: al contesto socio-familiare multiproblematico e all'assenza di una rete informale di supporto; alla necessità di individuare una terapia sostitutiva preventiva; alla costruzione di una relazione di fiducia con la paziente al fine di prevenire possibili ricadute estremamente dannose per il feto; al forte senso di responsabilità che l'operatore sente sia per la donna, sia per il nascituro. Tale complessità viene vissuta dagli assistenti sociali come uno stato di ansia, a fronte del forte carico emotivo correlato e al richiamo ad eventuali esperienze personali, in primis la maternità stessa:

Sono situazioni che, come dire, muovono parecchio l'emotività individuale e collettiva anche perché [...] io credo che la questione della maternità, in particolare nelle pazienti tossicodipendenti, muova sempre tutta una serie di aspetti emotivi insomma un po' di tutti e poi richiama tutta una serie di propri vissuti personali, ecco (As_10_Ser.D.).

Il lavoro di equipe risulta lo strumento fondamentale poiché, essendo il bisogno della persona complesso e articolato su più livelli, vi è la necessità di un approccio multidimensionale che coinvolga differenti professionisti all'interno del medesimo servizio. Il confronto tra medici, infermieri, assistenti sociali, psicologici ed educatori, permette di avere una visione globale della situazione e di costruire un progetto individualizzato di intervento con azioni differenziate ma orientate al medesimo obiettivo. Gli intervistati riportano come il ruolo specifico dell'assistente sociale, spesso indentificato nel *case manager*, si articola entro tre funzioni principali: raccogliere la storia della persona ed esplorare la sua rete di sostegno; costruire il lavoro di rete con gli altri servizi del territorio; sostenere la persona nel percorso terapeutico e nella genitorialità.

Di solito in queste situazioni l'assistente sociale è il case manager, nel senso che diventa un po' quello che tiene i rapporti con la rete dei servizi, di cura e, anche come dire, di cuscinetto per ammortizzare la situazione, l'evento che è naturale ma che in questo tipo di situazioni si amplifica, sia le parti positive che i problemi ovviamente (As_6_Ser.D.).

Per raggiungere tali obiettivi gli assistenti sociali spiegano di aver maturato nel corso del tempo modus operandi condivisi con gli altri professionisti presenti nel servizio. Tuttavia, in linea con la frammentazione operativa che caratterizza i servizi socio-sanitari in Italia, viene evidenziata la presenza di protocolli specifici di sostegno durante la gravidanza e successivamente alla nascita del bambino solo nelle realtà territoriali più estese, come i capoluoghi di Provincia.

Noi adesso anche con questo protocollo abbiamo voluto dare una cornice a questa tipologia di pazienti, mamme in gravidanza e non solo, con la gravidanza ma anche già con figli in carico perché o la mamma usa o perché sta insieme con un marito che usa, un compagno che usa. Quindi non ci fermiamo solo alla mamma ma pensiamo anche con chi sta questa mamma, questa mamma sta con un altro compagno che sia marito o no, però di fatto la sostanza è all'interno del nucleo (As_5_Ser.D.).

Coloro che operano in servizi in cui non sono presenti protocolli, riportano l'esigenza di uniformare gli interventi e di avere delle procedure definite in quanto molto spesso i casi vengono gestiti in base alle conoscenze personali tra professionisti e alle collaborazioni sviluppate nel tempo con i reparti di ginecologia e pediatria, mentre in altri gli interventi vengono decisi dall'equipe del servizio in relazione alle specificità del singolo caso, quindi senza procedure standardizzate. Questa modalità è percepita come critica poiché può creare delle disuguaglianze nel trattamento delle donne e dei nuclei familiari più in generale.

Complessivamente gli assistenti sociali spiegano di collaborare con differenti servizi del territorio, tra cui: il servizio sociale del comune per aiuti economici e abitativi; il servizio per l'età evolutiva e la tutela dei minori; il servizio per l'affido familiare; le comunità terapeutiche per indirizzare la persona a intraprendere un percorso terapeutico/riabilitativo anche prima della gravidanza; il reparto di ostetricia e pediatria per gli accordi in ambito sanitario rispetto alla terapia di assunzione; il consultorio familiare per la valutazione delle capacità genitoriali e/o per il sostegno psicologico, sanitario e sociale ai genitori; la neuropsichiatria infantile per eventuali valutazioni del benessere del minore; le reti di volontariato, come ad esempio la Caritas, per interventi di tipo assistenziale non istituzionali.

Anche in relazione alle risorse presenti, gli assistenti sociali si sono soffermati sulla disparità territoriale, riferendo che molto varia a seconda della dimensione e della collocazione geografica entro cui la persona vive:

A volte l'appartenenza ad un Comune piuttosto che un altro fa la differenza, perché i servizi che effettivamente sono proposti sono diversi, però ecco è una realtà triste però è così (As_7_Ser.D.).

Altro elemento di criticità si riscontra nella scarsità di risorse all'interno dei servizi stessi con cui i Ser.D. collaborano, che porta ad un allungamento dei tempi di presa in carico, a scelte di intervento dettate da vincoli interni e al poco investimento nei progetti di prevenzione, poiché è necessario gestire primariamente le situazioni di emergenza.

Un po' più difficile in questo periodo è il rapporto coi consultori perché sono veramente a corto di risorse per cui i tempi si allungano un po'. Spesso ci si scontra sulle competenze, tipo la valutazione della genitorialità (As_2_SerD.).

Tutti i servizi sono sfiniti, nel senso che siamo tutti sotto organico e che le situazioni sono sempre di più complesse (As_1_Ser.D.).

La discriminante che però viene identificata come significativa per la buona riuscita del percorso di accompagnamento della donna nella maternità è il fatto che fosse già precedentemente in carico al servizio per le dipendenze: ciò permette alla persona di avere già instaurato una relazione di fiducia con gli operatori e pertanto di essere maggiormente disposta a farsi sostenere.

Se la persona è già in carico c'è una relazione diversa, anzi c'è già una relazione in atto, diversamente dal conoscere ragazze in ospedale che non hanno di certo richiesto loro il contatto con il Ser.D. Sicuramente non c'era rapporto né di conoscenza né di fiducia ma c'era un rapporto di difesa e quindi un atteggiamento sulle difensive (As_6_Ser.D.).

4.2. La tutela del minore: una necessaria collaborazione fra servizi

L'obiettivo primario dei servizi per la tutela dei minori è certamente quello di garantire ai bambini un ambiente di vita protettivo, partendo dal presupposto che il minore ha comunque il diritto di crescere ed essere educato nell'ambito della propria famiglia, come definito dalla legge 184/83, nei

casi in cui questo sia possibile a fronte del suo benessere. Per questo motivo, gli assistenti sociali dei servizi di tutela dichiarano l'importanza di comprendere il grado di consapevolezza che le donne hanno rispetto alla propria situazione di tossicodipendenza e in relazione ai bisogni del figlio. Vengono, inoltre, prese in esame le capacità genitoriali, in cui il presupposto fondante deve essere la volontà di un percorso di recupero dalla dipendenza: si cerca di far comprendere che l'intento del servizio è quello di sostenere, accompagnare e supportare, dando fiducia a queste madri, sempre avendo come fine ultimo l'interesse del bambino.

Anche in questo caso, come già raccontato dagli operatori dei Ser.D., i processi di presa in carico che necessiterebbero di una sinergia chiara e definita a priori, risultano privi di prassi operative condivise, mettendo in luce il fatto che spesso i servizi di tutela nemmeno sono a conoscenza di determinate situazioni di nuclei con minori in carico ai servizi per le dipendenze:

Si potrebbe aprire una riflessione congiunta anche con il Ser.D. su come mai sono così rari gli accessi ai servizi da parte di genitori e delle madri tossicodipendenti con figli. Chi fa il supporto a quella genitorialità se non viene coinvolto il servizio per i minori? Questa è la mia esperienza, pochi invii dal Ser.D., rari e di conseguenza pochi nuclei con genitori con dipendenze (As_4_tutela).

Gli assistenti sociali dichiarano univocamente di percepire la frammentazione esistente tra i servizi, in particolare nella distinzione tra chi si occupa degli adulti e chi dei minori. Inoltre, alcuni professionisti confessano di non avere chiari gli obiettivi e le modalità di presa in carico dei servizi per le dipendenze.

Non ho una conoscenza approfondita, so un po' il mandato in generale che hanno, quindi di accompagnare le persone che hanno una problematica di dipendenza da sostanze o da comportamenti... ad affrontare questi aspetti ecco, poi il loro modo preciso di lavorare, non lo conosco nello specifico (As_6_tutela).

Questa frammentazione, non solo in merito alle procedure di intervento ma anche sulle poco chiare finalità di presa in carico e sulla *mission* di ciascun servizio, fa emergere un'altra mancanza, ovvero l'assenza di una formazione congiunta per i professionisti che operano nei diversi ambiti, pur seguendo le medesime situazioni, per problematiche differenti. L'obiettivo di un progetto di intervento globale e unitario, che dovrebbe caratterizzare il sistema di integrazione socio-sanitaria previsto nel nostro Paese, rischia in

tal senso di venire meno. Queste criticità si risolvono grazie alla collaborazione informale tra colleghi che creano nel tempo modalità di azione condivise, seppure non standardizzate e chiaramente attuabili solo a fronte di relazioni personali stabili, quindi in assenza di turn-over del personale e del mantenimento di un buon rapporto amicale e professionale reciproco.

Perché è vero che c'è un servizio ma poi dentro al servizio ci sono singoli operatori. Allora se è vero che un servizio può avere dall'alto... dall'alto gli viene calata una modalità operativa, delle forme di collaborazione x con alcuni servizi, la differenza a volte, mi permetto di dire, la fanno gli operatori. Quindi sì, tendenzialmente c'è una frammentarietà e non posso dire che non è così perché lo si sente ma penso di poter condividere questo pensiero (As_5_tutela).

Non ci sono delle prassi formali, non sono scritte, non ci sono protocolli. C'è una prassi lavorativa perché siamo operatori storici, con i colleghi del Ser.D. abbiamo delle modalità operative che ci siamo costruiti nelle situazioni (As_4_tutela).

Un ultimo aspetto rilevante è legato alla collaborazione con l'Autorità Giudiziaria. Gli assistenti sociali dei servizi di tutela affermano che i provvedimenti maggiormente disposti dal Tribunale per i Minorenni per queste situazioni, sono: affidamento al servizio sociale, collocamento in comunità terapeutica per la diade madre-bambino, dichiarazione di adottabilità o decadenza della responsabilità genitoriale nei casi di grave pregiudizio, cura e terapia del genitore per il superamento della problematica tossicomane presso i servizi specialistici. Il coinvolgimento del Tribunale e la conseguente emanazione di un Decreto rispetto alla situazione del minore, viene vista trasversalmente come positiva da tutti i professionisti. Le disposizioni, infatti, appaiono come l'unica cornice definita entro cui gli assistenti sociali possono muoversi, avendo degli obiettivi chiari.

Gli obiettivi li crei in base a quella che è la situazione, sulla base di quella che è la cornice giuridica definita dal Tribunale per i Minori che ti dà dei compiti molto precisi e l'aspetto valutativo ha un peso importante, non solo perché diventa un obbligo nei confronti del Tribunale ma anche perché proprio consente a te operatore di costruire un progetto (As_6_tutela).

Tuttavia vi è chi, sottolineando comunque l'importanza del coinvolgimento del Tribunale anche per garantire un maggiore aggancio con l'utenza, spiega come spesso questo possa trasformarsi in un limite rispetto ai progetti

di intervento, a seguito di Decreti che si discostano dalla valutazione espressa dai professionisti.

È una risorsa perché c'è bisogno spesso di un Decreto ufficiale che permette ai servizi di definire quali sono i rispettivi ruoli. Inoltre, è una risorsa perché in qualche modo obbliga anche i pazienti a stare in una cornice di aiuto, di aiuto obbligato. Però nel tempo io ho visto che era necessario, fondamentale che se non c'era un Decreto del Tribunale li avremmo persi o comunque se ne sarebbero spariti chissà dove [...] Diventa un problema quando il Tribunale prende decisioni discordanti, distanti dalle valutazioni dei servizi (As_11_Ser.D.).

In questo senso, appare fondamentale che la comunicazione tra servizi e Autorità Giudiziaria sia chiara e sempre aggiornata, al fine di garantire interventi in linea con quanto valutato dagli operatori che conoscono concretamente la situazione del nucleo e del minore. Il Tribunale, infatti, assume le proprie disposizioni prevalentemente sulla base di quanto espresso dai servizi che hanno in carico la famiglia. Se la documentazione appare poco esaustiva o non recente, è verosimile che le decisioni sulla protezione non rispecchino l'effettivo benessere del minore:

Quando la segnalazione è fatta bene, quindi appropriata e quindi la risposta, cioè il Tribunale percepisce il senso, è adeguata cioè non un copia incolla, è assolutamente uno strumento utile e chiaro (As_5_Ser.D.).

4.3. Il vissuto delle madri nei confronti dei servizi: dalla paura alla fiducia

Entrare nel circuito dei servizi sociali, soprattutto per chi è madre e anche dipendente, rappresenta una conseguenza quasi ovvia, ma certamente anche un elemento di forte preoccupazione. Se infatti il sostegno per l'uscita da un percorso di dipendenza può risultare salvifico e spesso persino scelto dalla persona, l'aggancio con i servizi per la tutela dei minori è considerato potenzialmente lesivo.

Per comprendere il vissuto delle donne in merito al complesso rapporto con gli operatori sociali, è stato innanzitutto indagato il primo contatto che hanno avuto con i servizi nella loro biografia di vita. Solo due donne riferiscono di aver incontrato i servizi sociali già durante la loro infanzia per problematiche legate alla famiglia di origine e per un problema di dipendenza nell'adolescenza.

Allora i primi contatti che ho avuto con i servizi sociali sono stati all'età di sette anni, otto, perché appunto mia madre soffriva di depressioni e quindi io, essendo affidata a mio padre, avevano visto che comunque i comportamenti di una bambina di sette anni non erano adeguati (Angela, 37 anni).

Al Ser.D. da quando ero minorenni, cioè ho sempre preso il metadone, poi smettevo, poi ritornavo. Il Ser.D. sempre conosciuto per il metadone (Asia, 29 anni).

Tre intervistate raccontano invece di avere avuto il primo contatto con il servizio per le dipendenze prima della loro gravidanza; cinque donne affermano di essere state segnalate al momento del parto da parte del personale sanitario dell'ospedale e di aver avuto così contatto con il servizio di tutela minori; solo una di loro riferisce di essere stata contattata dai servizi sociali territoriali dopo il parto. Inoltre, tutte le donne al momento dell'intervista hanno riferito di essere ancora in carico ai Ser.D. (anche se concluso il trattamento di cura) e di avere contatti con i servizi di tutela minori, in quanto hanno ricevuto un provvedimento da parte del Tribunale per i Minorenni per l'ingresso nella comunità terapeutica con il proprio bambino. In merito ai percorsi di vita connessi alla dipendenza, le madri dichiarano come i contatti con i Ser.D. fossero più semplici rispetto a quelli con i servizi di protezione, in quanto legati alla propria patologia e non al ruolo genitoriale.

Mi sono affidata al Sert perché vedevo che comunque avevo bisogno di un sostitutivo, non potevo andare avanti a tirare la cinghia per procurarmi la dose se no stavo male. Quindi iscrivendomi al Sert ho innanzitutto ammesso di essere una tossicodipendente, che non è facile e poi mi sono affidata a dei professionisti per farmi aiutare (Angela, 37 anni).

La presa in carico da parte dei servizi per la tutela dei minori, fa emergere sentimenti di rabbia da parte di alcune intervistate, soprattutto in merito alla condizione dei propri bambini, ritenendo di non essere madri trascuranti ma anzi, attente ai bisogni dei figli, seppur con una problematica di dipendenza.

Se potessi bruciarla, la brucerei perché è quella che continua a puntarsi sul togliermi i bambini, però sono arrivata a un tacito accordo di non belligeranza nel senso, non mi rompete le balle (Marika, 35 anni).

All'inizio [...] facevo il ragionamento, cioè ci sono pedofili, assassini, gente che manda i figli a rubare, vengono picchiati, sporchi, di tutto... sono ancora là fuori beati e felici, io perché ho fatto due urine di merda, devo essere qua? [...] vabbè, è vero comunque in gravidanza ho usato, è vero sono stata gra-

ziata da una parte perché potevano succedere cose gravi, che lui avesse problemi, però in ogni caso io conto da dopo che è nato, che mi si è accesa appunto sta lampadina, sta cosa, io non gli ho mai fatto mancare niente, cioè pulito, profumato, mangiava, coccolato, non gli mancava niente. [...] Ero terrorizzata anche quando mi è arrivato il mio primo Decreto, [...] ero disperata anche lì, perché io leggere un affidamento ai servizi sociali, allora lo colleghi al fatto che decide qualcun altro per lui, devo far conto a qualcuno di lui, per un genitore è una morte proprio psicologica. E devi accettare che devono esserci ste persone a cui tener conto della vita di tuo figlio, dà sui nervi, troppo. Però ora d'altra parte ci ho fatto l'abitudine, penso (Chantal, 23 anni).

L'altro sentimento più volte riportato è la paura. Paura legata in primis alla possibilità che i bambini vengano allontanati dalla famiglia, ma anche in relazione alla valutazione sulle competenze genitoriali e sul futuro incerto dei percorsi di presa in carico. Un'intervistata racconta dettagliatamente come il "potere" che i servizi possono esercitare nelle decisioni sul benessere dei minori sia preoccupante e spaventoso, anche a fronte degli stereotipi sugli assistenti sociali. Un'altra invece sente una forte pressione rispetto alle sue capacità come mamma:

A parte il fatto che tra film americani, mia mamma che ha sempre detto che gli assistenti sociali portano via i bambini [...]. Praticamente c'è anche questa influenza e comunque fanno paura e non sempre le capisco le decisioni che loro dicono "Per il bene dei figli"... però a volte non sempre sono d'accordo con le loro decisioni, mi fanno paura, mi fanno sentire come se... Avere un potere su di me che praticamente... dipende, cioè dipende anche da me, ma dipende da loro perché comunque loro non fidandosi di me, [...] anche se io dimostrassi magari di andare bene però chissà, chissà cosa dovrò passare prima, cioè se anche tutto andasse bene, chissà quanto siamo stati lontani, se me le affideranno ormai mai più, comunque hanno un potere su di me (Bianca, 41 anni).

Anche adesso comunque ogni tanto, hai sempre paura che dici o fai qualcosa di sbagliato, che poi "Oddio adesso mi mettono i bambini chissà dove, oddio non sono una brava mamma, oddio!". Non è facile, non è facile per niente. Poi, per carità, capisci anche che loro tutelano il minore ovviamente, però per una mamma non è così facile (Silvia, 32 anni).

Complessivamente la differenza sulla riuscita o meno di un percorso di sostegno alla maternità e, insieme, di tutela dei minori, è legata al tema della fiducia. Le intervistate spiegano come, sentendosi degne di fiducia rispetto alla possibilità di cambiamento e di essere delle madri adeguate, siano riuscite a dare effettivamente avvio ad un processo trasformativo

nelle loro vite.

Lei comunque ci credeva in me, ci credeva in me anche quando sono andata, che stavo andando in comunità mi ha abbracciato, mi ha detto: “Dai io sono sicura che tu ce la fai, che voi due ce la fate, perché L. ha bisogno di voi, non di qualcun altro, nessuno è meglio di voi per crescere L.”. E io dico: “Cavolo, è una cosa importante che ha detto un’assistente sociale, nel senso se il suo lavoro è toglierli i bambini” e allora bene (Chantal, 23 anni).

Venivano in casa a fare le visite loro con l’infermiera, così però all’inizio in realtà ho avuto paura ma è stato positivo perché si sono fidati e io quando mi danno fiducia, io do ancora meglio, perché più una persona non si fida, più per me è difficile tirar fuori forza (Bianca, 41 anni).

Infine, alcune di loro ammettono che se l’aggancio con i servizi fosse stato più precoce, probabilmente la situazione non avrebbe assunto livelli di gravità importanti, identificando nei servizi un valido supporto al proprio percorso, soprattutto in termini di consapevolezza, come spiega Natalia:

Io avessi fatto il percorso che ho fatto questi due anni 10 anni fa, forse mi sarei anche risparmiata tanti errori, tanti sbagli, mi sarei risparmiata tanti problemi. Ma neanche risparmiata, avrei saputo come affrontarli e fare le scelte più giuste, chiedendo aiuto, parlandone (Natalia, 41 anni).

5. Conclusioni

Il rapporto tra dipendenza e maternità porta ad interrogare i servizi e le istituzioni sulla necessità di mantenere un legame potenzialmente dannoso tra la madre e il suo bambino, partendo dal presupposto che la tossicodipendenza è uno dei fattori di rischio più elevato nel maltrattamento sui minori. Invero, la possibilità per un bambino di crescere all’interno della propria famiglia è riconosciuta dalla nostra legislazione come diritto, tenendo conto che la dipendenza è una patologia che non necessariamente pregiudica in toto le competenze genitoriali, soprattutto se vi sono presenti altre figure capaci di sostenere il genitore e di tutelare l’interesse del minore.

A fronte di questi presupposti, la funzione di mediazione tra il percorso di recupero della madre, il sostegno alla genitorialità e il benessere dei bambini, deve essere garantito da progetti di intervento integrati che prevedano un lavoro sinergico tra i vari attori coinvolti. Nel sistema socio-sanitario ita-

liano, pertanto, questa collaborazione vede in prima linea i servizi per le dipendenze, i servizi per la tutela dei minori e, qualora necessario, l'Autorità Giudiziaria.

L'analisi effettuata ha evidenziato la frammentazione territoriale che contraddistingue le modalità operative dei servizi per le dipendenze e per la tutela minori nella Regione Veneto: solo nei contesti più ampi, come i capoluoghi di Provincia, vi sono infatti protocolli operativi definiti tra le istituzioni coinvolte che prevedono l'accompagnamento della donna dipendente dalla gravidanza sino alla nascita e crescita del bambino, mentre in molte altre realtà territoriali gli operatori gestiscono la presa in carico in maniera discrezionale, sulla base delle risorse presenti e dei rapporti interpersonali tra i colleghi dei vari servizi. Risulta, inoltre, la mancanza di una formazione specifica sulla donna e madre dipendente: alcuni assistenti sociali dei servizi per la tutela dichiarano infatti di non avere una conoscenza precisa di come si articolano i percorsi riabilitativi di queste donne e, d'altra parte, i colleghi dei Ser.D. lamentano come il coinvolgimento dell'Autorità Giudiziaria spesso disattenda ciò che viene espresso nelle loro valutazioni rispetto alla dipendenza della madre e, di conseguenza, nella gestione della genitorialità. Se infatti la presenza di un Decreto del Tribunale per i Minorenni si configura, come riportato dagli assistenti sociali dei servizi di tutela, l'unica cornice certa entro cui definire i propri interventi, è importante sottolineare come in un contesto di fragilità genitoriale così complesso come quello della maternità dipendente, un provvedimento non calibrato tenendo conto di tutti gli elementi necessari, potrebbe risultare indubbiamente dannoso per il minore.

Le madri riportano sentimenti di paura e rabbia nei confronti della figura dell'assistente sociale, anche a fronte di una visione stereotipica che ancora oggi associa questi professionisti ai "ladri di bambini". Ciò che permette di andare oltre a questo vissuto, trova fondamento nella costruzione di relazioni di fiducia che restituiscono alla donna una possibilità di cambiamento della sua situazione e una valutazione come madre non solo legata alla dipendenza. Le intervistate, infatti, dopo un primo approccio quasi sempre negativo ai servizi, sul lungo periodo ravvisano l'importanza della presa in carico e i risultati dettati dai percorsi di supporto, anche quando presente il coinvolgimento dell'Autorità Giudiziaria.

Concludendo, appare pertanto fondamentale che vengano implementate a livello istituzionale collaborazioni formalizzate attraverso protocolli operativi innanzitutto tra servizi per le dipendenze e servizi per la tutela dei minori, al fine di restituire, in primis all'utenza, la percezione di una presa in carico integrata in cui la tutela del minore, il supporto alla genitorialità e i percorsi riabilitativi, costituiscano parte dello stesso processo di intervento,

in un'ottica di trasparenza ed equità. Ancora, questo porterebbe alla definizione di percorsi formativi congiunti per gli operatori, permettendo così di acquisire maggiori competenze e condividere le specifiche esperienze professionali, al fine di garantire interventi non frammentati, e pertanto, l'erogazione di prestazioni più omogenee anche a livello territoriale.

Riferimenti bibliografici

- AA.VV. (2001), *Tossicodipendenza femminile e genitorialità*, Atti della terza conferenza nazionale sui problemi connessi con la diffusione delle sostanze stupefacenti e psicotrope. Genova, 28-30 novembre 2000, <http://psychiatryonline.it/sites/default/files/colodi.pdf>.
- Alati R., Smith G. D., Lewis S. J., Sayal K., Draper E. S., Golding J., Gray R. (2013), *Effect of prenatal alcohol exposure on childhood academic outcomes: contrasting maternal and paternal associations in the ALSPAC study*, «PLoS One», 8(10).
- Banwell C., Bammer G. (2006), *Maternal habits: Narratives of mothering, social position and drug use*, «International Journal of Drug Policy», 17, pp. 504-513.
- Becker J.B., McClellan M.L., Reed B.G. (2017), *Sex differences, gender and addiction*, «Journal of neuroscience research», 95(1-2), pp. 136-147.
- Bellucci S. (2014), *Tossicodipendenza e genitorialità: fattori di rischio e programmi di intervento*, «Psicologia Neofreudiana», <http://www.ifefromm.it/rivista/2014-xx/1/contributi/4.pdf>.
- Bichi R. (2002), *L'intervista biografica. Una proposta metodologica*, Vita e Pensiero, Milano.
- Blakey J.M. (2012), *The best of both worlds: How kinship care impacts reunification*, «Families in Society: The Journal of Contemporary Social Services», 93, pp. 103-110.
- Boffo A. (2011), *Relazioni educative, tra comunicazione e cura: autori e testi*, Apogeo, Milano.
- Brandon M., Sidebotham P., Bailey S., Belderson P., Hawley C., Ellis C., Megson M. (2012), *New learning from serious case reviews: a two year report for 2009-2011*, «British Journal of Psychiatry», 154, pp. 677-682.
- Canfield M., Radcliffe P., Marlow S., Boreham M., Gilchrist G. (2017), *Maternal substance use and child protection: a rapid evidence assessment of factors associated with loss of child care*, «Child abuse & neglect», 70, pp. 11-27.
- Cheli M., Giacomuzzi S. (2009), *Dipendenze patologiche e maltrattamento infantile*, «Personalità e Dipendenze», 15(3), pp. 1-8.
- Cirillo S., Berrini R., Cambiaso G., Mazza R. (2017), *La famiglia del tossicodipendente. Tra terapia e ricerca*, Cortina, Milano.
- Conners N.A., Bradley R.H., Mansell L.W., Liu J Y., Roberts T.J., Burgdorf K., Herrell J.M. (2003), *Children of mothers with serious substance abuse problems: An accumulation of risks*, «The American Journal of Drug and Alcohol Abuse», 29(4), pp. 743-758.

- De Fazio G.L. (2000), *La tossicodipendenza femminile in Italia: specificità ed autonomia del tema*, «Rassegna Italiana Di Criminologia», 1, pp. 37-52.
- Di Blasio P., Verrocchio M.C., Procaccia R., Camisasca E. (2005), *Children's resilience, protective and risk factors in therapy with abusing families*, «Maltrattamento e abuso all'infanzia», 7(3), pp. 89-104.
- Doab A., Fowler C., Dawson A. (2015), *Factors that influence mother-child reunification for mothers with a history of substance use: A systematic review of the evidence to inform policy and practice in Australia*, «International Journal of Drug Policy», 26(9), pp. 820-831.
- Gray R., Mukherjee R.A., Rutter M. (2009), *Alcohol consumption during pregnancy and its effects on neurodevelopment: what is known and what remains uncertain*, «Addiction», 104(8), pp. 1270-1273.
- Haseltine F.P. (2000), *Gender differences in addiction and recovery*, «Journal of women's health & gender-based medicine», 9(6), pp. 579-583.
- Klee H. (1998), *Drug-using parents: analysing the stereotypes*, «International Journal of Drug Policy», 9(6), pp. 437-448.
- Klee H., Wright S., Rothwell J. (1998), *Drug using parents and their children: risk and protective factors. Report to the Department of Health*, SRHSA, The Manchester Metropolitan University, Manchester UK.
- Lean R.E., Pritchard V.E., Woodward L.J. (2013), *Child protection and out-of-home placement experiences of preschool children born to mothers enrolled in methadone maintenance treatment during pregnancy*, «Children and Youth Services Review», 35(11), pp. 1878-1885.
- Liverani A., Massa L., Ercolanese T.I., Amante M.T., Valletta E. (2017), *La gravidanza nell'adolescente: perché dobbiamo e come possiamo prendercene cura*, «Quaderni Acp», 22(5), pp. 241-244.
- Lloyd M. (2018), *Health determinants, maternal addiction, and foster care: Current knowledge and directions for future research*, «Journal of Social Work Practice in the Addictions», 18(4), pp. 339-363.
- Lloyd M.H., Akin B.A., Brook J. (2017), *Parental drug use and permanency for young children in foster care: A competing risks analysis of reunification, guardianship, and adoption*, «Children and Youth Services Review», 77, pp. 177-187.
- Minnes S., Singer L.T., Humphrey-Wall R., Satayathum S. (2008), *Psychosocial and behavioral factors related to the post-partum placements of infants born to cocaine-using women*, «Child Abuse and Neglect», 32, pp. 353-366.
- Molteni L. (2011), *L'eroina al femminile*, FrancoAngeli, Milano.
- Morton J., Konrad S.C. (2009), *Introducing a caring/relational framework for building relationships with addicted mothers*, «Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing», 38(2), pp. 206-213.
- Murphy S., Rosenbaum M. (1995), *The rhetoric of reproduction: pregnancy and drug use*, «Contemporary Drug Problems», 23, pp. 581-585.
- Niccols A., Milligan K., Sword W., Thabane L., Henderson J., Smith A. (2012), *Integrated programs for mothers with substance abuse issue: A systematic review of studies reporting on parenting outcomes*, «Harm Reduction Journal», 9, pp. 14.

- Nigris D. (2018), “Il disegno della ricerca: approccio comparativo e analisi delle interviste”, in Pattaro C., Nigris D. (a cura di), *Le sfide dell'aiuto. Assistenti sociali nel quotidiano dell'immigrazione*, FrancoAngeli, Milano.
- Pajulo M., Savonlahti E., Sourander A., Ahlqvist Helenius H., Piha J. (2001), *An early report on the mother-baby interactive capacity of substance-abusing mothers*, «Journal of Substance Abuse Treatment», 20, pp. 143-151.
- Parolin M., Simonelli A. (2016), *Attachment theory and maternal drug addiction: The contribution to parenting interventions*, «Frontiers in psychiatry», 7, pp. 152.
- Porter L.S., Porter B.O. (2004), *A blended infant massage-parenting enhancement program for recovering substance-abusing mothers*, «Pediatric Nursing», 30(6), pp. 363-401.
- Rapporto Parsec (2013), *Protocollo per la presa in carico di donne tossicodipendenti in gravidanza*, <https://docplayer.it/19745609-Protocollo-per-la-presa-in-carico-di-donne-tossicodipendenti-in-gravidanza.html>.
- Sala S. (2010), “L'intervista”, in De Lillo A. (a cura di), *Il mondo della ricerca qualitativa*, UTET, Torino.
- Sarkola T., Kahila H., Gissler M., Halmesmaki E. (2007), *Risk factors for out-of-home custody child care among families with alcohol and substance abuse problems*, «Acta Paediatrica», 96, pp. 1571-1576.
- Segatto B., Dal Ben A. (2020), *Decisioni Difficili. Bambini, Famiglie e Servizi Sociali*, FrancoAngeli, Milano.
- Sun A.P. (2004), *Principles for practice with substance-abusing pregnant women: A framework based on the five social work intervention roles*, «Social Work», 49(3), pp. 383-394.
- Taplin S. and Mattick R.P. (2015), *The nature and extent of child protection involvement among heroin-using mothers in treatment: high rates of reports, removals at birth and children in care*, «Drug and Alcohol Review», 34, pp. 31-37.
- Tracy E.M. and Martin T.C. (2007), *Children's roles in the social networks of women in substance abuse treatment*, «Journal of Substance Abuse Treatment», 32, pp. 81-88.
- Young N.K. (2016), *Written testimony of Nancy K. Young, Ph.D.: Examining the impact of the opioid epidemic*, Children and Family Futures, Lake Forest, CA.