



Linee Guida  
Progetto Democracy, Cities and Drugs II

# ATTENZIONE ALLE DONNE CONSUMATRICI DI DROGHE IN EUROPA

*Cinzia Brentari, Belén Hernández Herrera, Sabrina Tripodi*

Giugno 2011



Linee Guida  
Progetto D.C.D. II

# **Attenzione alle donne consumatrici di droghe in Europa**

*Cinzia Brentari, Belén Hernández Herrera, Sabrina Tripodi*

Giugno 2011







## Autrici

**Brentari Cinzia**, Criminologa, Esperta di Politiche della Salute e Politiche Sociali dell'Unione Europea, Project Manager per Progetti del Settore Sociale e Manager di Eventi Internazionali.

Ha lavorato come Leader del Work Package n. 5 "Women and Drugs", nel quadro del Progetto Europeo "Democracy Cities and Drugs II". Brussels, Belgium / Trento, Italia

**Hernández Herrera** Belén, Psichiatra, Ospedale Manacor, Palma di Majorca, Spagna. Ha lavorato in qualità di Esperta di Salute mentale femminile al Work Package n. 5 "Women and Drugs", nel quadro del Progetto Europeo "Democracy Cities and Drugs II". Palma di Majorca, Spagna.

**Tripodi Sabrina**, Psicologa, Esperta di Orientamento scolastico professionale e sviluppo professionale. Ha lavorato come Assistente scientifica nel Work Package n. 5 "Women and Drugs", nel quadro del Progetto Europeo "Democracy Cities and Drugs II". Venezia, Italia.

## Ringraziamenti

Le Autrici di questa pubblicazione desiderano ringraziare i referenti politici e organizzativi che hanno reso possibile questo lavoro e coloro che hanno contribuito alla stesura delle presenti linee guida.

In particolare, i seguenti **rappresentanti delle città**, aderenti al Progetto Europeo "Democracy, Cities and Drugs", si sono impegnati attivamente nella redazione di questa pubblicazione fornendo un prezioso contributo in termini di suggerimenti, integrazioni, revisioni e correzioni :

**Elisabeth Dongus**, Responsabile Servizio Prevenzione Dipendenze, Città di Stoccarda, DE

**Ulrike Ohnmeiß**, Responsabile Associazione Lagaya per il sostegno alle donne tossicodipendenti, Stoccarda, DE

**Jade Poyser**, Manager Servizio Integrazione, Risorse Umane ed Equità – Drug Alcohol Action Team (DAAT) GB

Le Autrici desiderano inoltre ringraziare vivamente i Revisori Scientifici delle linee guida, per il prezioso lavoro di lettura critica e revisione del testo originale:

Prof.ssa **Alessandra Simonelli**, PhD, Ricercatrice Senior in Psicologia Dinamica, Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione, Facoltà di Psicologia, Università di Padova, Italy

Dr.ssa **Nicoletta Capra**, Psicoterapeuta e Direttrice delle Comunità Madre-Bambino "Casa Aurora e Villa Emma," Venezia, Italia.



## **Rappresentanti ufficiali delle città/regioni che hanno attivamente contribuito all'implementazione del Progetto "Democracy, Cities and Drug II" nei tre paesi coinvolti.**

### **Contea di Nottinghamshire, Gran Bretagna**

**Chris Kelly**, Manager Safer Nottinghamshire Drug and Alcohol Action Team (DAAT) Nottinghamshire

**Jade Poyser**, Manager Integrazione, Risorse Umane ed Equità – Drug and Alcohol Action Team (DAAT)  
– NCtPCT, Nottinghamshire

### **Città di Stoccarda, Germania**

**Elisabeth Dongus**, Responsabile Servizio Prevenzione Dipendenze, Città di Stoccarda

**Ulrike Ohnmeiß**, Responsabile Associazione Lagaya per il sostegno alle madri tossicodipendenti,  
Stoccarda

### **Città di Venezia, Italia**

**Marino Costantini**, Responsabile del Servizio Attività Riduzione del Danno del Comune di Venezia

**Alberto Favaretto**, Coordinatore del Servizio Attività Riduzione del Danno del Comune di Venezia

### **Regione del Veneto, Italia**

**Michele Maglio**, già Responsabile Direzione Servizi Sociali, Politiche Sociali Regione del Veneto

**Michela Frezza**, Direttrice del Servizio Prevenzione Devianze, Politiche Sociali Regione Veneto

**Anna Corti**, Responsabile Ufficio Dipendenze, Servizio Prevenzione Devianze, Politiche Sociali Regione Veneto

### **Città di Crotone, Italia**

**Francesco Valerio**, Direttore del Settore Politiche Sociali, Crotone

**Domenico Capria**, Direttore del Servizio Dipendenze, Crotone



Le Autrici desiderano inoltre ringraziare in modo speciale chi si è prodigato per organizzare le visite di scambio tra i tre paesi coinvolti: **Chris Kelly** e **Jade Poyser** del Drug and Alcohol Action Team - DAAT di Nottingham (Gran Bretagna); **Nicoletta Capra**, Responsabile della Comunità Terapeutica Madre-Bambino di Venezia (Italia) e **Alberto Favaretto** Coordinatore del Servizio Attività Riduzione del Danno del Comune di Venezia (Italia); **Francesco Scopelliti** e **Marco Ferrario** dell'Azienda Sanitaria Locale di Milano (Italia); **Elisabeth Dongus** ed **Ulrike Ohnmeiß** di Stoccarda (Germania).

Accanto ai partner ufficiali del progetto, che hanno sostenuto un costo economico diretto co-finanziando il progetto "Democracy, Cities and Drugs 2008-2011" (vedi sopra i Rappresentanti ufficiali delle città/regioni), le Autrici desiderano ringraziare vivamente chi, pur non in veste ufficiale, ha lavorato e partecipato alla costruzione di una rete inter-servizi sul territorio con focus specifico sulle donne, ed ha attivato uno sportello di informazione e consulenza specificamente rivolto alle utenti donne dei Servizi per le dipendenze, concretizzando di fatto le finalità e gli obiettivi del progetto DCD2. In particolare esse desiderano ringraziare i responsabili e i colleghi dei Servizi per le Dipendenze di Venezia e Mestre : il dr. Pier Guido Nardi, già primario del SerD Venezia Terraferma, il dr. Alessandro Pani, Primario del SerD Venezia Centro Storico ed Estuario; e le colleghe del "Punto Donna" attivato anche grazie agli stimoli del progetto DCD2: Luisa Blasi, Marvita Monaco, Gigliola Urzino, Maria Cama, Elisabetta Tiozzo e Mariella Vidal. Si ringrazia inoltre Fausta Ronchini del SerD di Venezia Mestre.

---

Revisori linguistici per la Lingua Tedesca : **Elisabeth Dongus, Ulrike Ohnmeiß.**



# Indice dei contenuti

Introduzione.....	7
Cosa intendiamo per "Donne consumatrici di droghe in Europa"?	8
Obbiettivi delle linee guida.....	9
Metodologia .....	10
<b>1. Donne e tossicodipendenza in Europa .....</b>	<b>11</b>
1.1. Abuso di sostanze .....	11
1.1.1 Droghe illecite .....	11
1.1.2 Alcol.....	13
1.1.3 Psicofarmaci .....	15
1.2 Altre questioni rilevanti .....	16
1.2.1 Salute mentale e doppia diagnosi .....	16
1.2.2 Comportamenti a rischio per le infezioni .....	18
<i>(uso parentale delle droghe, salute sessuale)</i>	
1.2.3 Gravidanza e Maternità .....	21
1.2.4 Violenza di genere: uno sguardo alla situazione in Europa .....	24
1.2.5 Aspetti sociali ed ambientali correlati all'uso improprio di sostanze .....	25
1.2.6 Le donne e la Giustizia penale, le donne in carcere .....	26
<b>2. Lavorare con le donne che abusano di sostanze: servizi sensibili alle questioni di genere .....</b>	<b>28</b>
2.1 Le barriere che impediscono l'accesso ai Servizi e i Servizi di genere .....	28
2.2 Comportamenti a rischio per le infezioni .....	31
2.3 Gravidanza e Maternità .....	33
2.4 La Doppia Diagnosi .....	40
2.5 La violenza contro le donne e la droga .....	43
2.6 Il reinserimento sociale ed economico .....	45
2.7 Le Donne ed il sistema giudiziario, le donne e il carcere .....	46
<b>3. Raccomandazioni .....</b>	<b>49</b>



## Introduzione

Le donne rappresentano circa un quarto della popolazione di consumatori di droghe illecite in Europa, secondo le stime dell'Osservatorio Europeo sulle Droghe e le Dipendenze patologiche (d'ora in poi: EMCDDA). L'EMCDDA riconosce che "mentre la maggior parte dei servizi per le dipendenze sono progettati avendo in mente i consumatori di sesso maschile, dal momento che essi rappresentano il gruppo predominante, è ampiamente accettato che le politiche sulla droga e la stessa efficacia dei trattamenti risultano più efficaci quando le differenze di genere sono tenute in debita considerazione e quando i differenti bisogni di uomini e donne sono affrontati nel modo appropriato.

A partire da questo riconoscimento, Irefrea Italia ha aderito, nel 2008, al progetto **Democracy, Cities and Drugs II** (d'ora in poi: DCD II) con la finalità di lavorare sul genere e sulle tematiche specificamente femminili, all'interno della rosa di obiettivi dell'intero progetto DCD II. Il progetto ambisce a supportare le città europee nello sviluppo di politiche sulla droga basate su partnership locali, e a coinvolgere gli interlocutori rilevanti per sviluppare - nell'ambito dei trattamenti per i problemi droga correlati - un approccio personalizzato, coordinato, partecipato ed efficace nell'uso delle risorse. Gli interlocutori rilevanti includono: le autorità locali, i servizi per la salute, i servizi di giustizia penale, le comunità terapeutiche (che includano le minoranze) e gli utenti dei servizi per le dipendenze.

Nel quadro del progetto DCD II, Irefrea Italia ha coordinato la piattaforma tematica "Donne e Droghe" e lavorato specificamente con la Città di Crotone, la Città di Venezia, e la Regione del Veneto in Italia; la Contea di Nottingham nel Regno Unito e la Città di Stoccarda in Germania.

Le attività sviluppate nei tre anni di lavoro progettuale sono consistite in una serie di incontri informativi iniziali, in successivi incontri di lavoro con i referenti delle città ed una raccolta dati effettuata attraverso un questionario sulle politiche locali e sui servizi per le dipendenze che affrontano gli specifici bisogni delle donne consumatrici. Le visite di scambio tra referenti delle città coinvolte, organizzate nel quadro del progetto, hanno permesso ai responsabili, come i referenti politici e gli operatori dei servizi di ogni città, di visitare gli altri paesi e assistere e valutare il funzionamento dei servizi in relazione alla problematica di genere.

Un gruppo scientifico ha lavorato lungo tutta la durata del progetto nella costruzione del più importante prodotto del progetto: un set di **linee guida** rivolte ai professionisti e ai decisori politici sul tema dell'assistenza integrata alle donne che consumano sostanze. Le linee guida delineano, sulla base della letteratura esistente e dei casi studio, i protocolli operativi e le raccomandazioni dei soggetti internazionali e dei gruppi di esperti a livello nazionale e locale. Le linee guida e i risultati del lavoro della piattaforma tematica sono stati presentati alla Conferenza finale di Vienna nel febbraio 2011 e diffuse a tutto il network delle città e degli stakeholder del progetto DCD II.





## Cosa intendiamo per “Donne consumatrici di droghe in Europa”?

Per tutta la durata del progetto e, in particolare durante la stesura delle linee guida, il gruppo scientifico ha deciso di adottare un'ampia definizione del termine “abuso di sostanze e droghe”. Questa decisione è stata presa in accordo con i rappresentanti delle città. Inizialmente abbiamo guardato alla definizione dell'EMCDDA di “uso problematico di droghe” inteso come :“iniezione di droghe, uso regolare o a lungo termine di oppioidi, cocaina e/o anfetamine”. Questa definizione include specificamente l'uso regolare o a lungo termine di oppioidi prescritti, come il metadone, benché non includa l'uso infrequente o irregolare e neanche l'uso di ecstasy e cannabis.

Abbiamo inoltre riconosciuto che l'EMCDDA sta attualmente esaminando una ri-definizione dell'uso problematico di droghe in vista del crescente problema dell'abuso di stimolanti in aggiunta al crescente numero di domande di trattamento correlate alla cannabis.

Infine, focalizzandoci sulle pratiche dei Servizi e sui modelli di comportamento relativi all'abuso di sostanze tra le donne che accedono ai Servizi di riduzione del danno e trattamento, non abbiamo voluto ignorare l'alto impatto sulle vite delle donne causato dall'abuso di sostanze lecite (come gli psicofarmaci, altri tipi di sostanze, e l'alcol).

Le presenti linee guida si focalizzano sull'uso problematico di **droghe illecite** e di **sostanze** (termine con cui intendiamo le **sostanze lecite** come gli psicofarmaci e l'alcol) e sui danni derivanti dall'abuso che queste droghe e sostanze producono sulle donne). Al contrario, presteremo un'attenzione limitata all'uso ricreazionale di droghe e sostanze. D'ora in avanti, ogni qualvolta incontreremo in queste linee guida i termini abuso di **sostanze/droghe** e servizi correlati, la definizione sopra specificata dovrà essere presa in considerazione.

Il progetto DCD II si svolge a livello di Unione Europea. Le linee guida sono state tracciate sulla base della letteratura raccolta, soprattutto da fonti Europee ma anche dagli Stati Uniti. I casi studio sono delineati dalle visite di scambio realizzate durante il progetto in Germania, Regno Unito e Italia.



## Obiettivi delle Linee Guida

La piattaforma tematica "Donne e Droghe" del progetto DCD II ambisce a fornire degli strumenti per supportare i decisori politici e i professionisti della salute delle città europee. I referenti politici sono assistiti nella progettazione e implementazione di Servizi per le dipendenze che siano attraenti, rispettosi e appropriati per gli specifici bisogni delle donne con problemi di abuso di sostanze.

Il prodotto finale della piattaforma tematica consiste in un set di linee guida (questa pubblicazione) basate sull'assistenza integrata per le donne che abusano sostanze. Le linee guida sono state definite e tratteggiate a partire dall'analisi della letteratura rilevante in questo settore, come le indicazioni prodotte da enti rilevanti a livello internazionale, o enti che conducono ricerche a livello locale o nazionale. Le linee guida sono state ulteriormente sviluppate attraverso la collaborazione con i decisori politici e gli operatori delle varie città partecipanti alla piattaforma tematica. Queste persone hanno contribuito raccogliendo esempi concreti di buone pratiche, tratti dall'esperienza dei loro servizi locali ed esprimendo gli ulteriori bisogni per un migliore sviluppo a livello locale.

Le linee guida, incentrate sul come affrontare gli specifici bisogni delle donne, forniscono utili strumenti e casi concreti al fine di accrescere la conoscenza dei gestori dei servizi per le dipendenze da droghe e da alcol. Il lavoro della piattaforma si è concentrato sulla creazione di un luogo di confronto per i rappresentanti politici perché condividessero le loro esperienze e imparassero dalle ricerche e dalle migliori pratiche disponibili a livello europeo. Infine, ma non per questo meno importante, la piattaforma ha lavorato nella direzione dello sviluppo di politiche locali appropriate nel rispondere ai bisogni specifici delle donne consumatrici di sostanze.

I rappresentanti delle città partecipanti alla piattaforma hanno valutato l'appropriatezza delle loro politiche locali e dei servizi per le donne consumatrici di sostanze, partecipando ai workshop organizzati al fine di condividere i diversi punti di vista sulle migliori pratiche sperimentate a livello locale. Hanno inoltre partecipato alle visite di scambio tra Italia, Germania e Regno Unito per comprendere l'organizzazione dei servizi negli altri paesi in termini di politiche socio-sanitarie e offerta di prestazioni e per imparare dalle ricerche esistenti in questo settore.

I risultati delle attività sopra descritte sono stati tenuti in considerazione durante il lavoro di preparazione delle linee guida e presentati in un formato facilmente accessibile ai decisori politici e ai professionisti del settore a livello urbano.

Le linee guida saranno distribuite dalle città partecipanti al progetto DCD II e presentate nel più ampio network di stakeholder del progetto. Esse saranno presentate alla Commissione Europea e all'Agenzia Pubblica per la Salute e la Protezione dei Consumatori come modello di best practice.



## Metodologia

La metodologia di sviluppo delle Linee Guida ha compreso:

- Lo sviluppo di un questionario finalizzato a mappare i servizi disponibili per le donne che fanno uso improprio di sostanze stupefacenti nelle città coinvolte nel progetto, e le politiche e le iniziative volte a soddisfare i bisogni di queste donne;
- Un'analisi delle informazioni raccolte dai rappresentanti delle città aderenti alla piattaforma attraverso il questionario sopra-menzionato;
- Un'analisi della letteratura esistente, fonti ufficiali e letteratura grigia, a livello internazionale;
- La raccolta dei protocolli operativi e linee guida relativamente ai servizi disponibili per le donne che abusano sostanze (analisi, prevenzione dell'uso di sostanze, trattamento, riduzione del danno, servizi integrati e attività di raccordo in rete con gli altri servizi per le donne);
- La stesura di un set di linee guida sui vari aspetti del lavoro con le donne consumatrici di sostanze.

Nel corso del progetto, sono state organizzate delle visite di scambio tra i rappresentanti dei gestori dei servizi e i rappresentanti politici a livello cittadino: due rappresentanti di Venezia, Italia, hanno visitato i servizi della Contea di Nottingham in Inghilterra. Due rappresentanti dal Nottinghamshire hanno visitato i servizi a Venezia e Milano, in Italia, e i servizi a Stoccarda, in Germania. Due rappresentanti da Stoccarda hanno visitato il Nottinghamshire. I dati raccolti durante le visite di scambio riguardano l'appropriatezza dei servizi. Le lezioni apprese da queste visite di scambio sono state incluse nelle presenti linee guida (si vedano i riquadri dei casi studio).

---

1- L'uso problematico di sostanze è definito dall'EMCDDA come "l'uso per via iniettiva, l'uso a lungo termine o l'uso regolare di oppioidi, cocaina e/o anfetamine". Questa definizione include specificamente anche l'uso regolare o a lungo termine di oppioidi prescritti come il metadone, benché non ne includa l'uso infrequente o irregolare, così come non include l'uso di ecstasy o cannabis. Come reazione all'incremento dei problemi derivanti dall'uso di stimolanti in aggiunta alla domanda crescente di trattamento connesso all'uso di cannabis, l'EMCDDA sta attualmente esaminando gli insuccessi per tipologia di droga correlata e la via più efficace per stimare la popolazione di consumatori attivi di cannabis.



## **I. Donne e tossicodipendenza in Europa**

Questo capitolo ambisce a identificare i modelli di consumo di sostanze psicoattive tra le donne e ad identificare i maggiori problemi che insorgono a causa di questo abuso<sup>1</sup>. La nostra attenzione si è focalizzata sulle tipologie più problematiche di abuso, associate alle sostanze più pericolose. Queste ultime includono le droghe illecite più comuni e le sostanze lecite come l'alcol e gli psicofarmaci. Infatti l'alcol e psicofarmaci rappresentano una delle aree più problematiche di abuso di sostanze tra le donne.

Questo capitolo include una panoramica dei modelli di consumo di sostanze tra le donne in Europa, categorizzate secondo le droghe illecite, l'alcol e gli psicofarmaci. Di conseguenza il capitolo menziona i problemi più comuni associati all'abuso di sostanze tra le donne: salute mentale e doppia diagnosi, comportamenti a rischio per le infezioni, correlati all'uso iniettivo di droghe e al sesso senza protezione. Quest'ultimo è tipicamente associato all'uso problematico di sostanze tra le donne e, talvolta, al lavoro sessuale.

Un paragrafo specifico è dedicato alla gravidanza e alla maternità e alle dinamiche che intercorrono tra abuso di sostanze e trattamento, incluso il trattamento sostitutivo.

Inoltre si prendono in considerazione anche gli aspetti sociali ed ambientali connessi all'abuso di sostanze (formazione scolastico-professionale, contesto sociale, casa e mercato del lavoro). La violenza di genere gioca spesso il ruolo più importante nell'esordio e nello stabilirsi di comportamenti di uso ed abuso problematico di sostanze stupefacenti. Infine, le donne in carcere e all'interno del sistema della giustizia penale tendono ad avere e a sviluppare problemi specifici con l'abuso di droghe, che devono essere tenuti in debita considerazione entro il contesto giudiziario.

### **I.1. Abuso di sostanze**

#### **I.1.1 Droghe illecite**

I dati sul consumo di sostanze nell'Unione Europea confermano la panoramica globale in cui il numero di maschi consumatori supera di gran lunga quello delle femmine. In particolare, l'uso problematico di sostanze è più comune tra gli uomini che tra le donne. Tuttavia, alcune ricerche realizzate a livello nazionale suggeriscono che il divario di genere potrebbe restringersi in alcuni paesi, almeno nel caso di alcune tipologie di droghe (EMCDDA, 2006a).

È difficile studiare le tendenze del consumo di sostanze entro una prospettiva di genere. Un tentativo fatto dall'EMCDDA nel 2006 ha mostrato che, ad esempio, per la cannabis e il binge drinking le differenze nei



modelli di consumo tra uomini e donne si sono sostanzialmente ridotte in molte regioni europee, mostrando al momento un consumo pari tra i due generi. Un'altra tendenza identificata dall'EMCDDA (basata su uno studio condotto nelle scuole) ha mostrato una proporzione di studentesse femmine che usano tranquillanti e sedativi senza prescrizione medica, più alta rispetto agli studenti maschi.

Modelli comportamentali differenti nell'uso di sostanze, basati sulle differenze di genere, sono dimostrati dalla percentuale di pazienti che entrano nei Servizi di trattamento in Europa. La quota maggiore di assistenza fornita dai Servizi di trattamento per le droghe è riservata ai problemi derivanti dall'uso di oppioidi, cocaina e cannabis da parte degli uomini, che numericamente superano di gran lunga le donne. La percentuale di pazienti donne si aggira intorno al 20% (EMCDDA, 2005). Le ricerche suggeriscono che la percentuale complessiva di donne che usano droghe e accedono ai trattamenti è più bassa rispetto a quella degli uomini. Forse questi dati suggeriscono il fatto che le donne devono fronteggiare molte più barriere rispetto agli uomini nell'accedere ai trattamenti, problema che dovrebbe essere tenuto in debita considerazione<sup>2</sup>. Soprattutto i dati resi disponibili dai centri di trattamento europeo nel 2004, suggeriscono che i maschi superano le femmine con un rapporto di 4 a 1 tra i pazienti tossicodipendenti che richiedono un trattamento per la prima volta. Il rapporto tra i generi, nel 2004, era di una donna ogni 3,6 uomini per i nuovi pazienti dei servizi per le dipendenze, e di una donna ogni 4,3 uomini per tutti gli utenti dei trattamenti ambulatoriali (EMCDDA, 2006a).

Tra i pazienti che ricevono un trattamento in Europa, le percentuali sono più alte tra i giovani con problemi correlati all'uso di stimolanti di tipo anfetaminico (ATS) (in particolare quelli sotto i 20 anni). Le percentuali delle femmine sono più alte tra i pazienti più anziani (sopra i 39 anni) con problemi correlati all'uso di sedativi o psicofarmaci (EMCDDA, 2005).

Rispetto all'uso endovenoso di droghe (IDU), l'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) ha registrato un rapido incremento, negli anni recenti, del numero di donne tra gli utenti che fanno uso di droghe per via iniettiva, soprattutto nell'Europa dell'Est e in Asia (IHRD 2007).

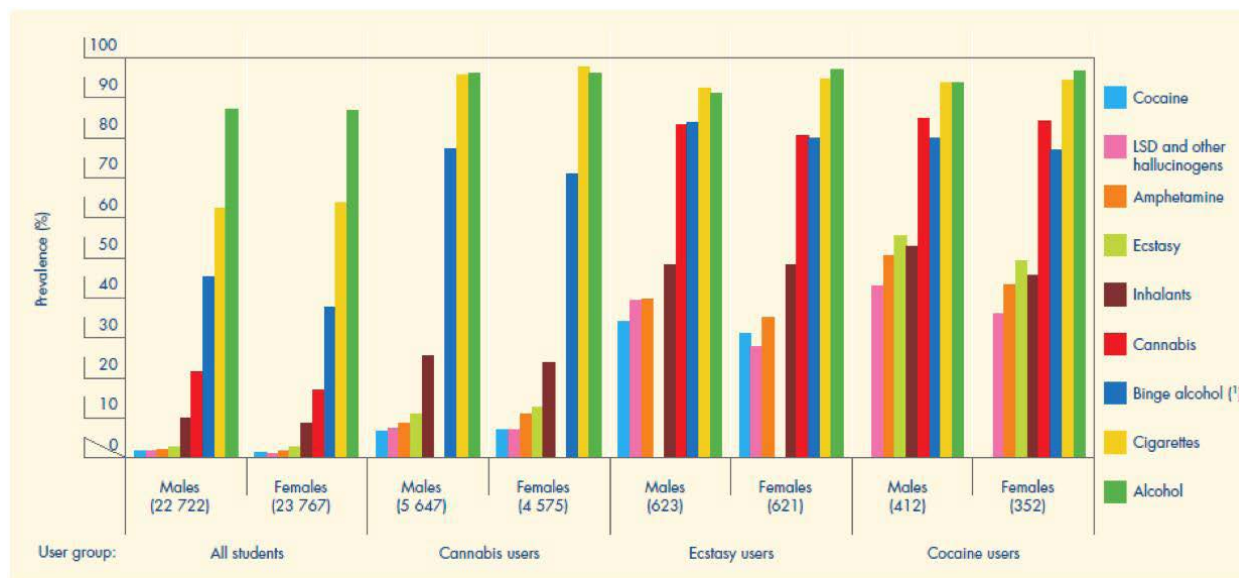
Secondo i dati epidemiologici disponibili, le donne hanno più probabilità rispetto agli uomini di abusare e diventare dipendenti da sostanze come i tranquillanti e i sedativi, quando assunti senza prescrizione medica (Simoni-Wastila et. al, 2004).

Le ricerche hanno anche dimostrato che tipicamente le donne diventano dipendenti da sostanze come la cannabis, la cocaina ed altri stimolanti, così come anche gli oppioidi, le sostanze inalanti e gli allucinogeni, molto più rapidamente di quanto accada agli uomini (UNODC, 2004).

---

2- Gli studi indicano che le donne incontrano barriere multiple nell'accesso ai trattamenti, hanno problemi più gravi al momento dell'entrata in trattamento, ed è più probabile che cerchino un'assistenza per il loro uso di sostanze entro i servizi di salute mentale piuttosto che nei servizi per il trattamento delle dipendenze (Lynch et al., 2002).

Uno sguardo all'uso di sostanze tra gli studenti di 15 e 16 anni in 15 paesi europei, categorizzati per tipologia di utilizzatori e per sesso.



(\*) Binge drinking is defined as consuming five or more drinks in a row.

NB: User groups are defined as those who have lifetime experience of the substance. Total numbers for the 15 ESPAD countries are given in brackets. Lifetime prevalence rates are the average for 15 countries (Germany, Greece, France, Italy, Lithuania, Hungary, Malta, the Netherlands, Slovenia, Slovakia, Finland, Sweden and the United Kingdom together with Norway and Croatia, where ESPAD experts provided individual drug use data).

### 1.1.2 Alcol

L'Europa è il continente con il più alto consumo di alcol nel mondo: il 75% di cittadini europei ha dichiarato di aver assunto bevande alcoliche nell'ultimo anno (Eurobarometer, 2007). Un lieve aumento nel consumo di alcol nell'Unione Europea è stato registrato tra il 2003 e il 2006. Guardando all'Europa a 15 paesi, il 6% in più di persone intervistate nel 2006, rispetto a quelle intervistate nel 2003, ha ammesso di aver consumato bevande alcoliche nel mese precedente l'intervista (Eurobarometer, 2007).

I dati nazionali relativi al consumo di alcol variano tra i paesi europei. In cima alla lista c'è l'Irlanda, dove il 36% delle persone intervistate ha dichiarato di bere 3 o 4 drink alcolici in un'unica occasione e un ulteriore 34% ha dichiarato di consumare 5 o più drink. All'altro capo della lista, il 25% dei Bulgari e circa un quinto dei Tedeschi (19%), dei Lettoni (18%), dei Lituani (18%), dei Ciprioti (18%), degli Italiani (17%) e dei Lussemburghesi (17%) ha riportato di aver consumato meno di una bevanda alcolica al giorno (Eurobarometer, 2007).



In generale, gli uomini bevono più alcol di quanto non facciano le donne. Un più alto numero di donne rispetto agli uomini riporta di bere meno di un drink in un'unica occasione, mentre un numero più alto di uomini rispetto alle donne dichiara di bere 3-4 o più drink in un'unica occasione.

I dati socio demografici sul genere sono in linea con le tendenze generali dei paesi. Nei paesi dove l'ammontare totale del consumo di alcol è più basso, come in Italia (dove il 17% beve meno di un drink e il 71% beve 1 o 2 drink) o il Portogallo (dove il 14% beve meno di un drink e il 69% circa 1 o 2 drink), una più alta proporzione di uomini e donne ha dichiarato di bere al massimo due drink. D'altra parte, in Irlanda, dove il consumo totale di alcol che si beve in un'unica occasione è alto (il 36% ha dichiarato di bere 3-4 drink e un ulteriore 34% ha dichiarato di bere più di 4 drink in un'unica occasione), le statistiche per entrambi i generi sono parimenti alte (Eurobarometer, 2007).

Con riferimento al **"Binge Drinking"**<sup>3</sup>, gli uomini bevono di più in una sola occasione e lo fanno più spesso di quanto non lo facciano le donne. Il 41% delle donne ha dichiarato di non aver mai bevuto così tanto, a differenza degli uomini che sono solo il 22%. Le statistiche nazionali correlate al genere seguono, ancora una volta, i trend complessivi dei paesi. Prendendo i due esempi estremi, in Portogallo il 55% (46% degli uomini e 68% delle donne) ha riportato di non aver mai bevuto 5 o più drink, mentre in Irlanda solo l'11% ha dichiarato questo (7% di uomini e 16% delle donne, Eurobarometer, 2007).

Un report dell'EMCDDA sulla prospettiva di genere sottolinea che in generale la predominanza maschile è più bassa in quei paesi dove la prevalenza del binge drinking è più alta. Le differenze di genere nell'uso intensivo di alcol variano da un rapporto di 1 a 1 in Irlanda, il Regno Unito e la Norvegia, fino ad un rapporto 2,3 a 1 in Polonia, largamente simile al rapporto relativo all'uso di cannabis. La corrispondenza di genere nell'uso della cannabis e nel binge drinking cresce in modo proporzionale con il crescere della prevalenza d'uso.

Altri studi mostrano che in anni recenti il consumo rischioso di alcol è aumentato tra le giovani ragazze e le adolescenti. La maggior parte dei paesi mostra un incremento nel binge drinking tra i ragazzi dal 1995 al 2003, e quasi tutti i paesi mostrano la stessa tendenza anche per le ragazze. In generale, un aumento nell'uso eccessivo di alcol e nell'ebbrezza da alcol, nella maggior parte d'Europa, è correlato a queste tendenze (Anderson and Baumberg, 2006).

Il trend indica che un'ampia parte delle consumatrici donne sono esposte a danni alcol-correlati. Infatti la popolazione femminile presenta una più ampia sensibilità fisiologica e vulnerabilità all'alcol rispetto alla popolazione maschile, specialmente se si tengono in considerazione le condizioni fisiche della donna quali: il ciclo mestruale, la gravidanza e l'allattamento al seno (O.N.Da, 2008).

---

3- Il Binge Drinking (il bere smodato) è definito come un comportamento pericoloso relativo al consumo grandi quantità di alcol in una sola occasione con conseguenti forti intossicazioni. In particolare, gli esperti concordano sul fatto che si parla di binge drinking quando una persona consuma 5 o più alcolici nell'arco di un paio d'ore.



I livelli di consumo di alcol raccomandati per le donne sono più bassi rispetto a quelli per l'uomo. La ragione è che le donne sono maggiormente a rischio per lo sviluppo di problemi alcol-correlati. L'alcol attraversa l'apparato digerente e si diffonde nei fluidi corporei. Più acqua è disponibile nel corpo, più l'alcol si diluisce. Gli uomini pesano più delle donne, mentre queste hanno meno fluidi corporei degli uomini. Quindi il cervello e gli altri organi delle persone di sesso femminile sono esposti ad una quantità maggiore di alcol e ai suoi metaboliti tossici. Bere più di un drink alcolico al giorno può incrementare il rischio della donna di esporsi ad incidenti stradali e relative invalidità, ad un'alta pressione sanguigna, a ictus cerebrali, a violenze, ad abusi sessuali, a suicidi e a certi tipi di cancro. (NIAAA, 2008).

### 1.1.3 Psicofarmaci

La prescrizione delle sostanze apporta un miglioramento delle condizioni di salute e nella qualità della vita, quando avviene sotto la direzione di un medico. I pazienti che hanno assunto psicofarmaci per un lungo periodo, che abusano delle loro prescrizioni o li acquistano per fini non terapeutici, possono sperimentare un cambiamento nella loro attività cerebrale che conduce alla dipendenza.

Le sostanze comunemente prescritte, che conducono alla dipendenza, comprendono gli Oppioidi (spesso prescritti per il trattamento del dolore e includono: Ossicodone, Propoxyfene, Idrocodone, Idromorfone, Meperidine, e Difenoxilato); i Depressori del sistema nervoso centrale, spesso prescritti per trattare l'ansia e i disturbi del sonno (come i Barbiturici, le Benzodiazepine e l'Alprazolam); gli Stimolanti prescritti per trattare la narcolessia e il Disturbo da Deficit di Attenzione e Iperattività; e gli Psicofarmaci usati per trattare l'obesità come il Dextroamfetamine e il Metilfenidato.

Come sottolineato nella letteratura americana, molti studi europei suggeriscono che le donne hanno una probabilità maggiore degli uomini di vedersi prescritta una sostanza che può essere abusata (in molti casi più del doppio del numero degli uomini). Questo capita, in particolare, con gli oppioidi e i depressori per il sistema nervoso centrale. L'abuso di farmaci per dormire e anti-ansia è meno visibile ma molto più comune tra le donne, rispetto ad altre forme di abuso (PNS, 2008; Stocco, 2000). È importante notare che la prevalenza dell'uso di Benzodiazepine una sola volta nella vita e senza prescrizione medica (per i disturbi del sonno o per problemi d'ansia), tra gli studenti della scuola di età compresa tra i 15 e i 16 anni, è molto più alta tra le donne che tra gli uomini nella maggior parte dei paesi UE (EMCDDA, 2006a).

I bambini, gli adolescenti e alcuni adulti con il Disturbo da Deficit di Attenzione e Iperattività vengono trattati con Metilfenidato (MPH, Ritalin, Concerta, Metadato, o Methylin). L'uso di questi farmaci è stato controverso a causa della possibile dipendenza e abuso, dal momento che hanno effetti psicofarmacologici molto simili a quelli della cocaina e delle anfetamine, e anche per via dell'uso medico coercitivo che ne hanno fatto alcuni sistemi scolastici (Lakhan, Hagger-Johnson 2007; Oullette 1991). L'abuso di queste sostanze prescritte





è comune tra gli studenti che desiderano enfatizzare le loro abilità mentali, migliorare la concentrazione ed essere aiutati nello studio. Nei contesti ricreazionali coloro che usano queste sostanze per stare svegli più a lungo le assumono per via orale, mentre l'uso intra-nasale o endovenoso viene preferito per indurre euforia. L'incremento nel consumo di alcol è frequente quando si abusa di stimolanti, e causa ulteriori effetti negativi sulla salute.

Le ricerche hanno mostrato, nelle donne, un incremento nell'abuso di sostanze prescritte e nella dipendenza, un'alta co-occorrenza con altri disordini da abuso di sostanze e una sotto-utilizzazione dei Servizi per i trattamenti dell'abuso di sostanze, (McCabe SE, Cranford JA, West BT, 2008). Invece di richiedere uno specifico trattamento per la dipendenza, le donne tendono a fidarsi di medici e professionisti della salute che non necessariamente sono allertati sui loro problemi reali. (NIDA, 2005).

Altre fonti di facile accesso alle sostanze, per le donne, sono i farmaci senza prescrizione medica come quelli per la tosse e il raffreddore (i cosiddetti farmaci da banco) che contengono Dextromethorphan, che potenzialmente potrebbe essere abusato (a dosaggi elevati, il farmaco agisce come un allucinogeno dissociativo). Infine, un nuovo mercato è emerso su internet ed offre, tra gli altri prodotti, combinazioni vendute come "Incenso da camera" e che in realtà sono spezie alternative con effetti simili a quelli della cannabis fumata. (EMCDDA, 2009; NIDA, 2005).

## 1.2 Altre questioni rilevanti

### 1.2.1 Salute mentale e doppia diagnosi

C'è un'alta percentuale tra le donne che usano sostanze, che soffre anche di disturbi mentali. Questo specifico tipo di co-morbilità diagnostica, chiamato Doppia Diagnosi, è stato definito come la coesistenza entro uno stesso soggetto, di un disturbo correlato all'abuso di sostanze psicoattive e un altro disturbo psichiatrico (World Health Organization, 1995). Nella misura in cui la dipendenza è presente, la co-morbilità si riferisce alla combinazione di gravi malattie mentali – che includono la schizofrenia, il disturbo bi-polare e la depressione grave ricorrente – e un disturbo da abuso di sostanze (Buckley, Brady, Hermann, 2010 ; Bobes, Casas, Szerman, 2009). I disturbi di personalità e altri tipi di malattia mentale che possono avere una grave evoluzione disabilitante sono inclusi in Report di recente pubblicazione sulle malattie mentali gravi e la doppia diagnosi.

Le donne presentano un tasso più elevato di doppia diagnosi rispetto agli uomini, in particolare nei disturbi affettivi e disturbi d'ansia. Lo stesso è vero anche per i disturbi di personalità (soprattutto Cluster B), per il Disturbo Post-Traumatico da Stress, i tentativi di suicidio e i disturbi del comportamento alimentare. La Schizofrenia e altri sintomi psicotici sono spesso frequenti nelle donne (Stocco et Al., 2000; Instituto de la Mujer, 2007).



I disturbi affettivi (specialmente la depressione, l'umore mutevole, la scarsa autostima e la perdita di interesse o piacere nelle attività gradevoli) e i disturbi dell'ansia (ansia eccessiva con effetti fisici ed emotivi quali l'apprensione, il nervosismo o la paura) sono patologie comuni e significative che devono essere affrontate nelle donne tossicodipendenti. Questi disturbi sviluppano condizioni disabilitanti che colpiscono negativamente la famiglia dell'individuo, la vita scolastica e lavorativa, le abitudini nel sonno e nell'alimentazione e la salute generale, così come aumentano il rischio di suicidio.

I disturbi di personalità sono definiti come uno schema costante di esperienze interiori e comportamenti che deviano sensibilmente dalle aspettative del contesto culturale di riferimento dell'individuo che li esibisce. Questo schema può essere evidente nella persona che adotta strategie di coping (le modalità di fronteggiare i problemi e lo stress) poco adattive che possono condurre a problemi personali e disturbi sociali. Le donne tossicodipendenti hanno frequenti co-morbilità con i disturbi di personalità che incrementano anche il rischio di suicidio (DSM-IV; Istituto de la Mujer, 2007).

Il Disturbo post-traumatico da stress è caratterizzato da pensieri intrusivi, incubi e ricordi di eventi traumatici del passato, evitamento di situazioni che ricordano i traumi del passato, iper-vigilanza e disturbi del sonno, tutti elementi che conducono a considerevoli disfunzioni personali, sociali e occupazionali.

La diagnosi si osserva nel sottogruppo di persone che hanno fatto esperienza di traumi, non sono in grado di affrontare adeguatamente le conseguenze del trauma e il cui benessere è nel tempo fortemente impattato da queste conseguenze. L'esposizione al trauma è stata associata con malattie fisiche (indice di massa corporea, etc.) ma anche co-morbilità psichiatrica (l'abuso di sostanze è dalle 2 alle 4 volte più frequente in queste pazienti).

L'aggressione sessuale è il tipo di trauma più frequente di cui le donne fanno esperienza, ma in realtà tutte le differenti tipologie di abuso sono sperimentate dalle donne prima o durante la loro tossicodipendenza. In particolare, le donne hanno una probabilità 4 volte maggiore degli uomini di sviluppare il Disturbo post-traumatico da stress, in seguito all'esposizione ad eventi e situazioni traumatiche (Ciechanowski, 2010; Istituto de la Mujer, 2007).

La prevalenza "una tantum"<sup>4</sup> per i disordini alimentari (come l'anoressia e la bulimia) è stimata essere più alta nelle donne che negli uomini e, tra le donne che abusano sostanze, la prevalenza di questi disordini sembra essere più elevata.

Nelle donne tossicodipendenti, molti disturbi alimentari sono considerati schemi comportamentali derivanti da conflitti emotivi che necessitano di essere risolti (sviluppare una relazione salutare tra la paziente e il cibo). Queste sono malattie mentali serie con un'alta incidenza di co-morbilità e un alto tasso di mortalità tra tutti i disturbi psichiatrici (Charles & Pull, 2004).

---

4- Una volta nella vita



Le cause dell'alta co-morbilità tra l'abuso di sostanze e le emergenze di salute mentale non sono ben conosciute e la prevalenza varia tra le popolazioni dei diversi paesi. Le teorie eziologiche della doppia diagnosi includono fattori che sono comuni ad entrambi i disturbi: un disturbo da uso di sostanze secondario alla malattia mentale, un disturbo mentale secondario all'uso di sostanze, e modelli bidirezionali. Rispetto agli uomini, le donne hanno più difficoltà con i trattamenti per la patologia della doppia diagnosi, che emergono dalle difficoltà correlate alla tossicodipendenza e alla malattia mentale. Un danno da dipendenza da droghe si verifica prima e più intensamente nel corpo femminile rispetto a quanto non accada negli uomini. Le donne richiedono un trattamento relativamente più tardi rispetto agli uomini, e i servizi per le dipendenze spesso non sono pronti a fronteggiare i casi di doppia diagnosi. In aggiunta a questo, le donne con malattie mentali frequentemente soffrono anche di problemi cognitivi. Questo le porta a sentirsi in imbarazzo e contribuisce ad una mancanza di alleanza con i terapeuti e a difficoltà ad adottare un cambiamento nello stile di vita. Per di più queste donne non cercano servizi specifici, esse preferiscono rivolgersi ai medici di base e, usualmente, non richiedono trattamenti mentali o per le dipendenze, o sostegno di tipo sociale. Come conseguenza di ciò i medici impreparati a questo tipo di casi potrebbero provocare un ritardo nell'assistenza (Istituto de la Mujer, 2007).

### **1.2.2 Comportamenti a rischio per le infezioni (uso parentale delle droghe, salute sessuale)**

L'uso di droga, in particolare l'uso parentale (IDU, Intravenous Drug Use) resta uno dei fattori di rischio più elevati per il contagio delle infezioni per via ematica, sia per gli uomini che per le donne. Nel caso delle donne che fanno uso di sostanze per via endovenosa, lo stigma dell'uso parentale si associa alla discriminazione di genere. La combinazione di questi fattori può spingere le donne a comportamenti che aumentano il rischio dell'HIV e altre infezioni. Questo capitolo fornisce spiegazioni ed esempi sull'incremento della vulnerabilità femminile alle infezioni, dovuto all'uso parentale e ai rapporti sessuali non protetti.

Con riferimento al rischio di infezione, correlato alla condivisione delle siringhe e degli altri strumenti per l'uso di droga, le ricerche indicano che un numero significativo di donne comincia ad usare ed iniettare droghe nel contesto di una relazione sessuale. Le donne inoltre hanno una probabilità più alta rispetto agli uomini di prestare o condividere i loro dispositivi iniettivi, in particolare con i loro partner sessuali. Esse fanno affidamento sugli uomini per l'acquisto delle droghe e l'iniezione (Doherty et al. 2000; Vidal-Trecan et al, 1998, Pinkham et al. 2007). Le donne condividono le siringhe con più persone della loro rete sociale, rispetto a quanto non facciano gli uomini (Sherman et al. 2001). Questo porta ad un incremento del rischio di contrarre infezioni per via ematica e in particolare l'epatite C, che è in genere molto elevata tra i consumatori per via parentale. Fattori biologici e sociali contribuiscono all'aumento del rischio femminile all'HIV (vedere il riquadro in basso).



Complessivamente i dati disponibili nel 2005 per i 25 paesi Europei hanno mostrato che il 25% dei nuovi casi diagnosticati di HIV erano donne, la percentuale raggiunge il 41 % nei paesi dell'Est Europa dove l'epidemia è più concentrata tra i consumatori per via endovenosa (Euro-HIV, 2007).

Alcuni studi in nove paesi Europei hanno mostrato che la prevalenza media dell'HIV era più elevata del 50% tra le donne consumatrici per via parentale che nella controparte maschile (EMCDDA, 2006).

Le consumatrici donne sono vulnerabili non solo alle infezioni, come risultato di pratiche iniettive non sicure; esse sono anche coinvolte molto spesso in attività sessuali non sicure. Le donne coinvolte nel consumo problematico di sostanze hanno maggiori probabilità di offrire sesso in cambio di alloggio, sostentamento e protezione, di essere coinvolte nella prostituzione, subire violenze dai loro partner ed avere difficoltà quando insistono affinché i loro partner sessuali usino il preservativo. Tutto questo le mette a rischio di contrarre più facilmente l'infezione da HIV.

La correlazione tra uso di droghe per via endovenosa, la prostituzione e le pratiche sessuali non sicure ha significativamente aumentato il rischio di infezione HIV tra le donne, in particolare in alcune regioni del mondo come l'Europa dell'Est (UNODC, 2004). I bisogni specifici delle donne consumatrici di droghe e sostanze si moltiplicano quando esse iniziano una gravidanza, si rende quindi necessaria un'assistenza speciale per la salute delle donne e per quella dei loro bambini, una prevenzione della trasmissione del virus HIV dalla madre al bambino e un supporto alla loro maternità.

### **Vulnerabilità femminile all'HIV/AIDS**

*Le persone di sesso femminile sono doppiamente vulnerabili, rispetto a quelle di sesso maschile, alla trasmissione dell'infezione HIV per via sessuale. Le infezioni sessualmente trasmesse (STDs), come la sifilide, la gonorrea, la clamidia, la tricomonìa e l'Herpes possono enormemente aumentare il rischio di contrarre l'infezione dell'HIV. Le ulcere genitali e l'abbassamento delle difese immunitarie associate alle infezioni sessualmente trasmesse rendono più facile il passaggio e l'entrata del virus dell'HIV nel corpo femminile (UNODC, 2006).*

Le donne devono spesso fronteggiare i problemi relativi alla negoziazione di un sesso più sicuro (ad esempio per l'uso del condom), e le donne che usano droghe e sostanze sono anche più svantaggiate dal momento che sono spesso marginalizzate dalla società. Le donne in questi casi spesso fanno esperienza di forti sentimenti di impotenza e bassi livelli di autostima e di fiducia in sé (UNODC, 2006).

In alcune parti del mondo, c'è anche una sostanziale sovrapposizione tra la prostituzione e l'uso di droghe. Si stima che una proporzione tra il 20% e il 50% delle donne che utilizzano droghe per via endovenosa nell'Europa dell'Est è coinvolta nel lavoro sessuale (IHRD, 2007).



Le lavoratrici del sesso che usano droghe, in particolare quelle identificate come utilizzatrici per via parentale, hanno una ridotta capacità di produrre reddito e normalmente attraggono meno clienti. Esse sono percepite essere a più alto rischio di infezione. Questo può indurle ad evitare i servizi di riduzione del danno e i centri di trattamento per le dipendenze, al fine di ridurre lo stigma associato al fatto di essere identificate come consumatrici per via iniettiva. Le lavoratrici del sesso, che fanno uso di droghe, sono spesso coinvolte in forme di rischio più elevato nel lavoro sessuale. Esse sentono una pressione economica maggiore, imposta dal bisogno di acquistare la droga e spesso lavorano nelle condizioni più marginali. Queste donne sono percepite come indesiderabili e a rischio di infezione nelle case di tolleranza e altri luoghi simili (IHRD, 2007).

Con riferimento agli orientamenti sessuali specifici, lo status sfavorevole e spesso illegale delle donne transessuali e delle donne che hanno sesso con le donne (Women who have Sex with Women) riduce l'accesso all'assistenza sanitaria, anche a quella fornita da soggetti non discriminanti che diano loro assistenza e informazione adeguate ai loro bisogni, ed e riduce il loro potere di contrattazione nel richiedere sesso più sicuro e attrezzature pulite per le iniezioni. La ricerca sulle donne transessuali e le donne che hanno sesso con le donne è ancora molto limitata ma le evidenze suggeriscono che questa discriminazione le espone ancora di più al rischio di HIV (IHRD, 2007).

Il comportamento a rischio per le infezioni necessita di essere preso in considerazione non solo in riferimento all'HIV, ma anche ad altre infezioni per via ematica come l'epatite C e B. Le donne sono vulnerabili anche ai disturbi trasmessi per via sessuale che possono avere un impatto sul rischio di contrarre anche un'infezione l'HIV.

L'epatite C è l'infezione più comune tra le persone che iniettano droghe, dal momento che si trasmette attraverso la condivisione degli aghi e delle siringhe e, diversamente che per l'HIV, anche attraverso la condivisione delle altre attrezzature connesse alle pratiche iniettive (Eurasian Harm Reduction Network, 2007b).

Non ci sono sufficienti ricerche disponibili in Europa sui livelli di epatite tra le donne che fanno uso di droghe. L'osservatorio europeo EMCDDA ha riportato che, nel 2006, la prevalenza media per il virus dell'epatite C (HCV) era molto simile tra uomini e donne che iniettano droga: il 58.1 % nei maschi e il 56.4 % nelle femmine. È ormai noto che è più difficile contrarre l'HCV attraverso la trasmissione sessuale, che contrarre l'HIV. Il contagio tra i tossicodipendenti iniettori sarà quindi quasi esclusivamente il risultato della condivisione di aghi e siringhe e altre attrezzature per l'iniezione (EMCDDA, 2006).

Mentre l'epidemia dell'HIV si è stabilizzata complessivamente in tutta Europa, l'epatite C è sempre più prevalente e sproporzionatamente colpisce i consumatori di droga (EMCDDA, 2009). Alti tassi di malattie sessualmente trasmissibili tra le donne consumatrici sono stati registrati in molti paesi europei, insieme ad una mancanza di qualità e di servizi accessibili per il trattamento di queste malattie. Questo probabilmente



aumenterà la prevalenza delle malattie sessualmente trasmissibili e avrà la conseguenza che tali malattie restino non curate (IHRD, 2007).

### 1.2.3 Gravidanza e Maternità

Per la maggioranza delle persone che sono affette da problemi di abuso di sostanze, ci sono membri della famiglia che vivono nel stesso ambiente e ne sono colpiti negativamente. Gli effetti negativi sono amplificati quando il familiare che fa uso di sostanze è, nello specifico, la madre (EMCDDA, 2009).

#### **Dati sulle Donne/Madri che fanno uso di droga in Europa**

*Ogni anno potrebbero esserci in Europa circa 30.000 donne consumatrici di oppioidi in stato di gravidanza, e il numero delle donne gravide che hanno problemi con altre sostanze psicoattive potrebbe essere similmente alto. Solo nel Regno Unito si stima che ci siano tra i 250.000 e i 350.000 bambini figli di consumatori problematici di droga, all'incirca uno ogni utilizzatore di droga. Molte di queste donne sono restie a chiedere assistenza per timore di giudizi negativi o risposte poco benevole da parte dello staff dei servizi e la ricerca in questo settore registra il bisogno di servizi per madri tossicodipendenti che siano specializzati, supportivi e confidenziali. Infatti, è importante riconoscere che la gravidanza e la maternità possono rappresentare delle potenti forze motivazionali per aiutare le donne a fronteggiare e superare i loro problemi con le droghe (EMCDDA, 2009).*

*I dati degli studi britannici degli anni 2000 hanno rilevato che oltre il 90% delle donne utilizzatrici di sostanze, che avevano richiesto assistenza ai Servizi, erano in età fertile (Clarke & Formby, 2000).*

In Europa, le donne sono relativamente sovra rappresentate tra i consumatori di sostanze che vivono con dei figli a carico: il rapporto tra i generi (maschio-femmina) nella popolazione degli utenti dei trattamenti è complessivamente 3.6 uomini ogni donna, comparato con il rapporto di genere nella popolazione di consumatori di sostanze, non in trattamento, che vivono con i propri figli, che è di 1 a 1. Tra i tossicodipendenti, così come nella popolazione generale le donne rappresentano la più importante figura di assistenza e accudimento dei bambini.

Le donne consumatrici che iniziano una gravidanza formano un sotto-gruppo ulteriore (aggiuntivo) che richiede un'attenzione, un supporto e un'assistenza specifiche per loro stesse e i loro bambini (EMCDDA 2006a).



L'uso di droga è associato a complicazioni dirette e indirette lungo tutta la gravidanza, la morbilità post-natale e ritardi di sviluppo (Hunter and Powis 1996).

### Effetti del consumo di sostanze lecite durante la gravidanza

Il **consumo di Alcol** durante la gravidanza è altamente tossico. L'esposizione prenatale all'alcol è spesso correlata a deficit cognitivi che appaiono nell'infanzia, come la riduzione generale nel funzionamento cognitivo e deficit nelle abilità di apprendimento come l'apprendimento verbale, la memoria spaziale, la logica, i tempi di reazione, l'equilibrio e altre abilità cognitive e motorie (Anderson and Baumberg, 2006). Anche se questi effetti sono più gravi nei bambini con la sindrome di astinenza prenatale da alcol, i bambini esposti a bassi livelli di alcol possono mostrare problemi analoghi. Infatti c'è qualche evidenza che l'alcol, anche quando consumato in basse quantità (particolarmente durante il primo semestre di gravidanza) può aumentare il rischio di aborto spontaneo, basso peso alla nascita, parto prematuro e ritardo nella crescita intrauterina. Esiste anche qualche evidenza che indica che l'alcol può ridurre la produzione di latte nelle madri che allattano (Anderson & Baumberg, 2006).

Assumere **Benzodiazepine** nel periodo vicino al parto può causare sintomi di astinenza come la non regolazione della temperatura corporea, difficoltà a respirare, debolezza muscolare, irritabilità, pianto, disturbi del sonno, tremori e irrequietezza (OTIS, 2010).

### Effetti del consumo di droghe illecite durante la gravidanza

Studi condotti sull'uso di **marijuana** durante la gravidanza indicano risultati poco chiari dal momento che molte donne che fumano marijuana fanno uso anche di tabacco e alcol. Fumare marijuana aumenta i livelli di monossido di carbonio e diossido di carbonio nel sangue, riducendo l'apporto di ossigeno disponibile al feto. Fumare marijuana durante la gravidanza può aumentare la possibilità di aborto spontaneo, basso peso alla nascita, parto prematuro, ritardi nello sviluppo e problemi di comportamento e di apprendimento.

L'esposizione alla **cocaina** durante la gravidanza può aumentare il rischio di aborto spontaneo e causare il distacco della placenta, che può indurre emorragia grave, parto prematuro e morte fetale. Le donne che usano cocaina durante la gravidanza hanno un 25% di probabilità in più di avere un travaglio prematuro. I bambini nati da madri che hanno fatto uso di cocaina lungo tutta la loro gravidanza potrebbero avere la testa più piccola e la crescita ritardata. I neonati esposti alla cocaina più tardi nel corso della gravidanza possono nascere in condizioni di dipendenza e soffrire i sintomi di astinenza come: tremore, mancanza di sonno, spasmi muscolari e difficoltà di nutrimento.



L'uso di **eroina** durante la gravidanza aumenta le possibilità di parto prematuro, basso peso alla nascita, difficoltà respiratorie, scarsi livelli di zucchero nel sangue (ipoglicemia), emorragia cerebrale e morte infantile. I bambini possono anche nascere con dipendenza da eroina e soffrire di sintomi di astinenza che comprendono: irritabilità, convulsioni, diarrea, febbre, anomalie del sonno, e indolenzimento/rigidità delle articolazioni. Le madri che iniettano narcotici sono più vulnerabili all'HIV, che può essere trasmesso al bambino non ancora nato.

Assumere **metamfetamine** durante la gravidanza può indurre problemi simili a quelli associati all'uso di cocaina. L'uso della speed può comportare mancanza di ossigeno al feto durante la respirazione, inducendo la riduzione del peso alla nascita. Le metamfetamine possono inoltre aumentare la probabilità del travaglio prematuro, dell'aborto spontaneo e del distacco della placenta. I bambini possono nascere dipendenti dalla metamfetamine e soffrire i sintomi dell'astinenza, che includono: tremori, mancanza di sonno, spasmi muscolari e difficoltà nel nutrimento. Alcuni esperti ritengono che difficoltà di apprendimento possono manifestarsi quando il bambino cresce (OTIS, 2010).

A causa dello stigma e della discriminazione, le consumatrici di sostanze possono trovare difficile accedere ai servizi medici e psicologici. Questo problema è esacerbato quando le donne iniziano una gravidanza. D'altra parte le donne incinte sono particolarmente motivate a cambiare comportamento per aiutare il bambino non ancora nato. Se le donne che fanno uso di droga vengono attratte da servizi non stigmatizzanti, il loro riconoscimento e trattamento può diminuire l'uso materno di droga durante la gravidanza. Questi interventi possono significativamente migliorare la salute e la situazione sociale della donna e del bambino non ancora nato.

L'assenza di servizi per le dipendenze, per la gravidanza e la maternità, confidenziali e supportivi, rappresenta una mancanza di opportunità per le donne che vogliono fronteggiare e risolvere i loro problemi con le droghe. Anche quando i servizi sono attenti e supportivi, possono essere sprovvisti della conoscenza necessaria per il trattamento delle donne consumatrici di droga.

In conclusione, un modello di trattamento per la dipendenza da droga che offra assistenza extra-ospedaliera e particolare attenzione alle donne e alle madri consumatrici di droga può risultare molto efficace. Questo modello risponderebbe idealmente alle donne che hanno bisogno di programmi di assistenza residenziale o di visite domiciliari, che permettano loro di stare con i loro figli durante la disintossicazione e la riabilitazione (EMCDDA, 2009).





### 1.2.4 Violenza di genere: uno sguardo alla situazione in Europa

I dati europei stimano che una donna su cinque fa esperienza di qualche forma di violenza (European Women's Lobby, 2001). Solo in Inghilterra e Galles tra il 2009 e il 2010 c'è stato oltre 1 milione di donne vittime di violenza domestica. Ogni anno, oltre 300.000 donne sono aggredite sessualmente e 600.000 donne vengono stuprate. Complessivamente nel Regno Unito, più di una donna su 4 fa esperienza di violenza e abuso domestico nel corso della vita<sup>5</sup>.

Il legame tra l'uso di sostanze, la violenza di genere e la violenza domestica è complesso. Non esiste una chiara evidenza di correlazione causa-effetto tra le due. In ogni caso, dove sussistono problemi con l'uso di sostanze, la violenza domestica è spesso presente anch'essa. L'abuso fisico o sessuale sulle donne è spesso commesso dal partner di sesso maschile o da un altro membro della famiglia. Gli studi mostrano che le donne con problemi di uso di sostanze hanno una probabilità maggiore degli uomini di aver fatto esperienza di abuso fisico e/o sessuale (UNODC, 2004).

Una storia di violenza può avere un effetto sull'esperienza di abuso di sostanze della donna e sui problemi di salute mentale. Le donne che fanno uso di sostanze possono anche vivere con maggiore probabilità in un ambiente dove la violenza o l'abuso sessuale è un modello/schema comune.

Secondo le ricerche disponibili, l'esperienza di abuso infantile sembra essere un fattore che influenza il coinvolgimento delle donne nell'abuso di sostanze. Uno studio internazionale (Vogt, 1998) ha trovato che un background significativo comune per la dipendenza femminile dalle droghe è proprio una storia di violenza alle spalle, in particolare l'abuso sessuale. Uno studio tedesco mostra per esempio che il 50-60% delle donne dipendenti da sostanze illecite, diverse dalla cannabis, riferivano di avere avuto una storia di abuso fisico o sessuale (Zenker et Al. 2003). Alcuni studi di ricerca italiani hanno mostrato che circa il 50% delle donne utilizzatrici di droga e con comportamento antisociale, e circa un terzo delle pazienti psichiatriche, sono vittime di un abuso sessuale infantile non trattato (Gelinas, 1983; Malacrea, 2006). Questo dato risulta significativo se confrontato con la percentuale menzionata all'inizio, relativa al fatto che circa 1 donna su 5, cioè il 20% della popolazione femminile in generale, fa esperienza di una qualche forma di violenza.

Trascuratezza e abuso durante l'infanzia sono tendenze comuni nel background personale di molte donne consumatrici di sostanze. Queste donne tendono a definire il loro uso di sostanze come la migliore strategia disponibile per affrontare i loro problemi. La trascuratezza da parte dei genitori e la mancanza di attenzioni, in aggiunta al trauma dell'abuso fisico o sessuale rendono le donne più vulnerabili a sviluppare problemi di abuso di sostanze. In assenza di adeguato supporto, tali condizioni possono contribuire ad una spirale discendente (EMCDDA, 2009).

5 - Statistiche tratte dallo Studio Britannico dei dati sul crimine del 2009-2010: <http://rds.homeoffice.gov.uk/rds/>



Le carenze sociali, fisiche e fisiologiche espongono le donne all'influenza e allo sfruttamento dei loro partner maschi, e l'uso di sostanze può condurre le donne al lavoro sessuale come fonte di reddito (EMCDDA, 2009).

### 1.2.5 Aspetti sociali ed ambientali correlati all'uso improprio di sostanze

In generale, la discriminazione di genere nel contesto socio-economico è ancora molto comune in molti paesi europei. Anche a pari condizioni lavorative, le donne guadagnano solo il 76,9 % dello stipendio lordo riconosciuto agli uomini (in media nell'Unione Europea). Inoltre le donne continuano ad essere responsabili per l'80% del lavoro domestico, anche quando lavorano fuori casa (European Women's Lobby, 2001).

Un rapporto di indagine Eurostat sulle persone al di fuori del mercato del lavoro rivela che la parte di donne inattive nella popolazione in età lavorativa (15-64 anni) è diminuita dal 40,5% al 36,7% tra il 1999 e il 2006. Tuttavia questo tasso è ancora molto elevato rispetto alla percentuale di uomini inattivi, quasi stabile al 22% nel 2006 (Hardarson, 2007).

Questa disparità nelle condizioni socio-economiche tra uomini e donne è maggiore nella popolazione di consumatori di sostanze rispetto alla popolazione generale. Gli studi mostrano che, rispetto agli uomini, le donne che usano sostanze possono soffrire di problemi come la significativa difficoltà nel trovare lavoro, la mancanza di reddito, lo scarso supporto sociale, etc. (EMCDDA, 2006a).

Considerando che il mercato del lavoro è già molto duro per le donne in generale, le donne che fanno uso improprio di droga sperimentano ancora più difficoltà ad entrare nel mondo del lavoro, anche dopo aver completato con successo un programma di riabilitazione per la dipendenza da droga. La letteratura e i casi di studio indicano che le donne con problemi di uso improprio di droga hanno meno risorse e supporto rispetto agli uomini, e hanno bisogno di assistenza per sviluppare un'indipendenza economica, per trovare un'abitazione sicura e una rete di supporto sociale (UNODC, 2004).

Rispetto agli uomini in trattamento, una più ampia proporzione di pazienti femmine sono economicamente improduttive (il gruppo include casalinghe, pensionate e invalide). I tassi di disoccupazione sono oltre il 10% più elevati tra le pazienti femmine in trattamento che tra i maschi (EMCDDA, 2006a).

Inoltre le condizioni di vita differiscono tra i consumatori di droghe maschi e femmine: una più alta proporzione di utenti dei trattamenti per le dipendenze vive dentro istituti, mentre una relativamente alta proporzione di pazienti femmine vive con i propri figli, con o senza un partner (EMCDDA, 2006a).

Secondo un contributo di Verster e Solberg, l'esclusione sociale e i problemi di uso improprio di sostanze sono due fenomeni molto correlati e vicini e il reinserimento socio-lavorativo può rappresentare una possibile soluzione per entrambi (Verster and Solberg, 2003). Inoltre, le due autrici affermano che i servizi di reinserimento socio-lavorativo nella maggioranza dei paesi europei sono forniti ad un ampio gruppo di pazienti, non sempre e non necessariamente consumatori di droghe ma individui che necessitano di supporto per entrare nel mercato del lavoro.



Dati quantitativi sul reinserimento sociale sono disponibili per un piccolo numero di paesi. I dati suggeriscono che i servizi di reinserimento sociale hanno una copertura più limitata rispetto ai programmi di trattamento. Per esempio in Germania, sono disponibili 7.380 posti per il reinserimento socio-lavorativo (di cui circa 4.000 si rivolgono ad un'ampia gamma di persone economicamente e socialmente svantaggiate e non solo alle persone con problemi di uso improprio di sostanze), paragonati ai 55.000 posti specificamente disponibili per il trattamento delle dipendenze.

In conclusione, anche se le strategie a livello europeo e nazionale riconoscono che il reinserimento socio-lavorativo è una parte importante delle risposte all'uso delle droghe, l'attuale disponibilità di servizi per questo reinserimento è ancora limitata in tutta Europa (Verster and Solberg, 2003).

### 1.2.6 Le donne e la Giustizia penale, le donne in carcere

I reati di droga rappresentano uno dei reati più comuni che le donne commettono in Europa, e le droghe giocano un ruolo chiave nella perpetrazione di questi reati (UNODC, WHO 2009). I risultati degli studi europei in Inghilterra e Irlanda sono in linea con le conclusioni della letteratura internazionale, che indicano un'alta prevalenza di problemi di salute e di disturbi psicologici e psichiatrici tra le donne in carcere, più alta rispetto alla prevalenza registrata per i detenuti di sesso maschile (Zurhold et al., 2005). Molte donne detenute hanno problemi di droga, le ricerche hanno anche mostrato che i tassi nell'uso problematico di droga sono più alti tra le donne che tra gli uomini in carcere (Quaker Council for European Affairs, 2007). Si stima che almeno il 75% delle donne che arrivano in prigione ha qualche problema correlato all'uso di alcol e/o droga al momento dell'arresto (Fowler, 2002; WHO Regional Office for Europe, 2007a).

Studi recenti sulle prigioni in Europa e nel mondo confermano che c'è un diffuso uso di droghe dentro le prigioni, e di droghe assunte per via parentale, anche se comunque a livelli più bassi rispetto a quanto accade all'esterno (EMCCDA, 2009). Secondo i dati raccolti dall'EMCCDA, le detenute femmine nell'Unione Europea hanno una probabilità più alta di iniettare droghe, rispetto ai detenuti maschi (EMCCDA, 2004).

#### Le donne consumatrici di droga in carcere: una ricerca condotta in 5 paesi europei

Tra il 2003 e il 2004, un gruppo di detenute donne in 5 città europee (Amburgo, Barcellona, Glasgow, Varsavia e Vienna) sono state intervistate per uno studio che aveva l'obiettivo di identificare le politiche e le prassi delle carceri sulle droghe (Zurhold, 2005). Lo studio era incentrato a valutare quali donne detenute facessero uso dei Servizi per le dipendenze ivi disponibili, come esse valutassero tali Servizi e l'impatto che questi avevano sulla prevenzione delle ricadute. Più del 72% delle donne intervistate erano state già incarcerate, e molte di esse per più di 4 volte.

Con riferimento all'uso di droghe in carcere, il 50% delle donne intervistate aveva ammesso di aver continuato



a fare uso di droghe illecite in prigione durante le prime settimane di detenzione. La percentuale era diminuita al 38% nel corso della carcerazione. Molte donne avevano già aderito a vari trattamenti per le dipendenze disponibili nelle loro comunità, prima della condanna. Comunque, il 91% delle intervistate non aveva mai utilizzato i Servizi di trattamento e i Servizi per le dipendenze durante la prigionia. Questi Servizi includevano l'assistenza medica in prigione, il counselling, il trattamento di mantenimento e, in alcuni casi, il trattamento psichiatrico e l'educazione alla salute.

I risultati, concernenti i Servizi preposti alla preparazione del rilascio e la soddisfazione di bisogni femminili in termini di supporto professionale dopo la scarcerazione, sono sintetizzati come segue: solo una piccola percentuale delle donne intervistate aveva ricevuto un piano di trattamento, che valutava i loro bisogni e che effettuava l'invio ai Servizi per le dipendenze e ai Servizi per il trattamento sia in prigione sia fuori, dopo la scarcerazione. Inoltre, generalmente, le donne avevano espresso non soddisfazione rispetto ai Servizi di preparazione alla scarcerazione.

Un considerevole numero di donne consumatrici di droga si aspettava di dover fronteggiare molteplici problemi dopo il rilascio. Queste donne affermarono il loro diritto ad un supporto professionale per superare questi problemi. Nelle cinque località dello studio, le donne dichiararono che esse avrebbero avuto bisogno di supporto per i problemi correlati all'uso di droghe e alla ricerca del lavoro in aggiunta al supporto per i problemi finanziari e legali.

I servizi droga-correlati sono ancora poco sviluppati in molti paesi europei. Questi servizi includono il trattamento e in particolare la riduzione del danno, la preparazione alla scarcerazione e l'assistenza post-scarcerazione. Tali servizi non sono sempre disponibili per le donne in carcere e quando sono disponibili raramente risultano avere un approccio di genere.

La ricerca europea sopra menzionata ribadisce i risultati della letteratura sottolineando che le donne tossicodipendenti sono portatrici di bisogni specifici. Le donne detenute, che soffrono di problemi di abuso di sostanze, spesso devono fronteggiare disturbi psicologici, salute cagionevole e assenza di una rete di sostegno. Di conseguenza, occorrerebbe loro un'assistenza psicologica ed educativa, interventi specifici e un programma di formazione alle competenze personali e professionali, che le prepari al reinserimento socio-lavorativo (Ramsey 2003). Il trattamento specifico dovrebbe includere l'assistenza sociale, l'orientamento professionale, l'assistenza psichiatrica, la promozione dell'autostima ed il trattamento per l'abuso di sostanze (Taylor 1996).

La transizione dal carcere alla comunità è cruciale. Essa dovrebbe non solo creare un collegamento con i Servizi droga-correlati nella comunità per iniziare, o proseguire, un piano di cura che risponda all'abuso di sostanze; essa dovrebbe piuttosto predisporre un piano complessivo di reinserimento. Un piano complessivo dovrebbe affrontare le questioni che riguardano il domicilio, la sicurezza economica ed emotiva, lo sviluppo di competenze professionali e sociali e il sostegno professionale fornito dai servizi sociali e sanitari dopo il rilascio (Parsons and Warner, 2002).



## **2. Lavorare con le donne che abusano di sostanze: servizi sensibili alle questioni di genere**

Abbiamo analizzato alcune statistiche relative alle donne che abusano sostanze in Europa e i problemi correlati. In questo capitolo ci focalizziamo sugli interventi specifici ed appropriati, necessari per affrontare questi problemi. Gli interventi sono stati individuati dalla letteratura di settore e le buone pratiche riconosciute al livello internazionale, con esempi e casi di ricerca tratti dalle visite di scambio, organizzate durante lo svolgimento del progetto.

Iniziamo a sottolineare alcuni ostacoli che le donne solitamente affrontano nell'accedere ai Servizi correlati all'abuso di sostanze. Esempi di tali Servizi sono la riduzione del danno, l'assistenza sanitaria, il trattamento (residenziale, non residenziale ed il trattamento di sostituzione) e il reinserimento sociale ed economico. Prenderemo in considerazione gli interventi correlati alla riduzione del danno e del rischio, alla cura specifica per il trattamento per le donne in gravidanza, le donne con doppia diagnosi, e le donne all'interno del sistema giudiziario.

Gli interventi analizzati sono quelli che si focalizzano sugli effetti di una gamma di sostanze problematiche. Non è nostra intenzione soffermarci sui vari tipi di abuso di sostanze; cercheremo invece di elaborare vari tipi di interventi disponibili per le donne e gli interventi utili a combattere gli effetti delle droghe. Abbiamo anche preparato una serie di raccomandazioni per i professionisti del settore e i decisori politici che lavorano con le donne. Queste raccomandazioni si trovano in questo capitolo e vengono riassunte nel capitolo 3.

### **2.1 Le barriere che impediscono l'accesso ai Servizi e i Servizi di genere**

Gli uomini costituiscono la più ampia percentuale della popolazione che consuma sostanze, per cui essi risultano maggiormente rappresentati nei Servizi di trattamento per l'abuso di sostanze e nei Servizi per la riduzione del danno. Di conseguenza, la maggior parte di questi programmi non sono focalizzati sulle necessità delle donne. Parecchi Servizi non offrono né spazio né tempo per le donne e nemmeno prendono misure adeguate per garantire che le donne siano seguite in modo specifico all'interno del programma.

Viceversa, le pazienti hanno bisogno di sentirsi accettate ed accolte da questi Servizi. La struttura e l'organizzazione dei Servizi per l'abuso di sostanze spesso crea delle barriere involontarie che impediscono l'accesso alle donne. A volte le donne si sentono intimidite, provano solitudine o trovano tali Servizi di scarso supporto (IHRD, 2007); le donne trovano un ambiente prevalentemente maschile e poco attraente. Data l'alta probabilità che le donne con problemi di abuso di sostanze abbiano subito violenze di natura psicologica, fisica



o sessuale, esse avrebbero maggior bisogno di un ambiente sicuro e non minaccioso, dove i loro problemi possano essere affrontati serenamente.

Le tendenze che riguardano l'uso di sostanze devono essere considerate anche quando si pianificano i Servizi con un approccio di genere. Secondo l'EMCDDA, se le giovani donne europee sono sempre più predisposte a sperimentare le droghe come lo sono i maschi, allora si deve stabilire l'impatto probabile sulle future tendenze nell'abuso di droga. Anche le implicazioni per le politiche ed i Servizi per il trattamento precoce devono essere presi in debita considerazione (EMCDDA, 2006).

Uno studio realizzato dal Ministero degli Interni nel Regno Unito nel 2002 (Becker et al. 2002) ha identificato le seguenti barriere e carenze che le donne devono affrontare entro i Servizi per le dipendenze:

- mancanza di strutture per la cura dei bimbi
- paura di essere stigmatizzate e timore per la protezione dei bambini
- mancanza di Servizi specifici solo per donne
- mancanza di misure specifiche per le donne appartenenti alle minoranze etniche
- scarse reti di sostegno sociale
- scarsi servizi per la maternità
- atteggiamenti negativi da parte dei professionisti dell'assistenza sanitaria.

**Nel Settore della riduzione del danno**, molti programmi hanno una scarsa presenza femminile tra gli operatori che lavorano in strada (outreach workers), limitando forse l'efficacia di questi programmi nell'attrarre le donne (IRHD, 2007). Le raccomandazioni per migliorare la sensibilità di genere nei Servizi di riduzione del danno comprendono la necessità di fornire un Servizio a bassa soglia per l'accesso a siringhe sterili, Servizi di strada con unità mobile e Servizi per lo scambio secondario di siringhe (v. nota 5 nel Capitolo 2.2). Tali raccomandazioni possono offrire alle donne un Servizio meno ostile e meno stigmatizzante. Inoltre, informazioni sulla salute sessuale e Servizi che trattano la salute sessuale e riproduttiva dovrebbero essere integrati entro i Servizi per la riduzione del danno. Servizi integrati per la riduzione del danno dovrebbero essere proposti e offerti alle lavoratrici del sesso che fanno uso di sostanze (IHRD, 2007). In materia di **trattamento**, occorre che i Servizi non residenziali offrano spazi specifici o che prestino attenzione alle donne, particolarmente alle donne con figli. I Servizi mirati alle donne dovrebbero riconoscere che le donne potrebbero provare imbarazzo a causa dei loro problemi di tossicodipendenza.

Per quanto riguarda il **trattamento** residenziale, alcuni studi meta-analitici sull'efficacia dei programmi di trattamento della tossicodipendenza femminile hanno trovato migliori risultati tra i programmi rivolti solo alle donne (Ashley et al., 2003; Orwin et al., 2001). Servizi composti solo da donne sono particolarmente attraenti



per le donne con bambini piccoli, le donne lesbiche, le donne con una storia materna di tossicodipendenza e le donne che hanno sofferto abusi sessuali nella loro infanzia (Copeland, 1992). Questi risultati suggeriscono che i Servizi orientati al genere possano attrarre donne che altrimenti non avrebbero cercato un trattamento per i loro problemi di tossicodipendenza (UNODC, 2004).

**Il reinserimento socio-lavorativo** si definisce come un intervento approntato per integrare persone tossicodipendenti all'interno della comunità sociale. Il reinserimento sociale include misure per affrontare i problemi legati alla ricerca di un'abitazione, l'educazione, la formazione professionale e il lavoro (compreso l'orientamento professionale). Altre misure da considerare includono attività di consulenza e il tempo libero. Nelle relazioni annuali dell'EMCDDA del 2005 e 2006, inclusa la letteratura, i dati e le percentuali tratte dai report annuali degli stati partecipanti, concordano con la seguente conclusione: le circostanze di vita dei tossicodipendenti sono molto più problematiche e precarie rispetto a quelle della popolazione generale. La questione del reinserimento sociale quindi è stata sottolineata nell'ultima serie di Piani di Azione Europei. Essa è stata precisata come uno degli obiettivi tesi a migliorare la salute e la situazione sociale dei tossicodipendenti (EMCDDA, 2005; EMCDDA, 2006).

In termini generali, Servizi con un approccio di genere dovrebbero essere progettati anzitutto per salvaguardare la salute delle donne. Questi Servizi dovrebbero coinvolgere le donne sia nell'amministrazione dei servizi sia nella loro gestione, creare ambienti accoglienti per le donne, coinvolgere le donne più marginalizzate e rispettare i bisogni femminili complessi (IHRD, 2007; UNODC, 2004; UNAIDS, 2006). Occorre avere un chiaro riconoscimento della diversità tra uomini e donne, oltre a conoscere le implicazioni per i Servizi che affrontano queste differenze. Più attenzione dovrebbe essere prestata nel far confluire i clienti di entrambi i generi all'interno di tutti i vari Servizi.

*La comprensione delle differenze di genere nei comportamenti correlati all'uso di sostanze è ormai riconosciuto come un requisito critico per approntare e sviluppare delle risposte efficaci. Garantire l'accesso paritario ai Servizi e la sensibilità alle questioni specifiche di genere sono due temi chiave per lo sviluppo di un servizio di alta qualità in questo settore (EMCDDA, 2006a).*

---

6 - Lo scambio secondario di siringhe (Secondary Syringe Exchange - SSE) è una procedura attraverso cui le persone che fanno uso di sostanze per via endovenosa (IDU) distribuiscono siringhe sterili ad altre persone nella stessa condizione (amici e compagni, altre persone che vivono in prossimità, clienti) e costituisce un complemento importante ai programmi di scambio di aghi e siringhe.

## 2.2 Comportamenti a rischio per le infezioni

Nel paragrafo 1.2.2 abbiamo illustrato le vulnerabilità specifiche alle infezioni delle donne, che risultano dai comportamenti a rischio, come le **pratiche iniettive** e la vita sessuale. Comportamenti a rischio legati all'uso endovenoso di sostanze (IDU) e la sessualità dovrebbero essere affrontati attraverso un approccio di genere. Gruppi di sostegno femminili, counselling specializzato e lavoratrici donne nel lavoro di strada possono aiutare le donne tossicodipendenti ad adottare modalità di iniezione più sicure. Dispositivi per lo scambio di siringhe pensati in un'ottica di genere, in aggiunta ad un Servizio di strada, possono rendere le donne meno dipendenti dagli uomini, attrezzandole con le risorse loro necessarie (IHRD, 2007). Lo scambio secondario di siringhe<sup>6</sup> - in particolare quando una donna ottiene e restituisce le siringhe attraverso un'altra persona che visita un sito di scambio – può aumentare l'accesso alle donne che normalmente non riescono direttamente ad usufruire dei siti di scambio di siringhe (Miller, 2001). I tamponi, gli assorbenti igienici ed altri materiali utilizzati dalle donne (compreso il kit standard d'iniezione sicura) possono essere forniti da Servizi per la riduzione del danno. In questo modo i Servizi possono attrarre e agganciare le donne, rendendole consapevoli dei programmi mirati alle loro necessità in quanto utilizzatrici di droghe (IHRD, 2007). Rapporti di collaborazione tra Programmi di riduzione del danno ed altri Servizi orientati al genere, come gli alloggi per le donne, Servizi legati alla violenza domestica, e Programmi per la prevenzione dello stupro e la violenza domestica, possono ridurre la vulnerabilità delle donne ai loro partner maschili (IHRD, 2007).

L'educazione tra pari e il lavoro di strada hanno da tempo gettato le basi per la prevenzione dell'HIV. Educatori/educatrici alla pari ricoprono ruoli chiavi nello stimolare un cambiamento nel comportamento (AIDS Action Council, 2001). Questo è particolarmente vero per le categorie speciali di utilizzatori di droga, come le donne, i giovani e i detenuti. Il lavoro di strada svolto attraverso gli interventi alla pari (peer interventions) possono essere tra i più efficaci per accostarsi ai segmenti nascosti della popolazione di riferimento, come nei casi delle donne che utilizzano droghe o le donne che lavorano con il sesso; può essere un modo efficace inoltre per educare questi gruppi sui rischi per la salute, procurare loro materiale per la prevenzione delle infezioni e semplificare il loro accesso ai Servizi. Donne alla pari possono altresì procurare sostegno pratico ed emotivo alle donne che vogliono accedere ai Servizi o a coloro che convivono con malattie come HIV/AIDS. Operatrici alla pari tendono ad avere esperienze di vita simili alle persone che aiutano e quindi sono preparate a fornire consulenza alla pari alle donne. Esse ricoprono un ruolo modello per le donne che vogliono imparare come barcamenarsi nel Sistema sanitario e nel Sistema dei Servizi sociali.

Il trattamento delle donne che fanno uso di droghe rispecchia quello che la società crede e si aspetta da tutte le donne e da tutti gli utilizzatori di droga in generale. I problemi che le donne affrontano sono spesso causati da rappresentazioni sproporzionate dei problemi affrontati da altre donne e da consumatori maschi. Squilibri di potere legati al genere, un punto particolarmente critico per le donne che utilizzano le droghe e che sono coinvolte in attività sessuali e nel lavoro sessuale, aumentano la vulnerabilità delle donne all'abuso,





specialmente nei confronti dei compagni maschi. Questa vulnerabilità è aggravata dallo stigma contro le donne che fanno uso di droga, comportando una diminuzione della partecipazione femminile nei Servizi di riduzione del danno, nei Trattamenti per le dipendenze e nei Servizi che si occupano di sessualità e riproduttività.

A volte è difficile individuare alcune categorie di donne che fanno uso di sostanze, come le lavoratrici del sesso, perché queste donne non vogliono rivelare la loro occupazione. Tuttavia il riconoscimento del loro coinvolgimento in attività sessuali e nel lavoro sessuale è cruciale per affrontare le questioni specifiche legate al sesso e alla cura riproduttiva. Le donne che vendono sesso ma non si identificano come lavoratrici del sesso tendono ad evitare ambienti strutturati per le lavoratrici del sesso. Esse invece potrebbero scegliere di accedere servizi locali di assistenza sanitaria oppure servizi sanitari per le madri o per i bambini. Occorre che i professionisti del settore siano sensibilizzati e responsabilizzati rispetto alla gestione di un Servizio che sia rispettoso e di alta qualità, senza discriminare le donne eventualmente coinvolte nella prostituzione. Le lavoratrici sessuali che fanno uso di droga hanno bisogno di un sostegno ulteriore, come l'accesso ai trattamenti per le dipendenze e ai programmi di riduzione del danno (UNAIDS, 2009).

Le donne coinvolte nella prostituzione potrebbero avere partner tossicodipendenti. Talvolta i partner dipendono dal reddito della donna per mantenere la propria dipendenza. Le possibilità di allontanamento da queste situazioni risultano quindi molto importanti per le donne. Nel caso la donna non volesse allontanarsi dal compagno, allora si considererebbe la necessità del trattamento del partner, integrando tali necessità in un eventuale piano di trattamento. Occorre differenziare il trattamento offerto al compagno da quello offerto alla donna (Home Office, 2007).

## Dalle visite di scambio del DCDII – POW e Health Shop in Nottingham; Punto Donna a Venezia

Il **“Prostitution Outreach Work”**, con l'acronimo **“POW”** (Unità di Strada per le Prostitute) fu creato per affrontare le esigenze sanitarie delle lavoratrici del sesso in una zona disagiata di Nottingham City. L'obiettivo del POW è l'emancipazione delle prostitute di strada affinché esse possano decidere autonomamente della propria vita. Il POW è organizzato per offrire alle lavoratrici del sesso un servizio **“drop-in”** (cioè le utenti si presentano al centro) e un servizio di unità di strada, focalizzati sulle seguenti questioni: salute sessuale (MTS, sesso sicuro, distribuzione di preservativi), sicurezza personale (come affrontare le aggressioni fisiche e sessuali), abuso di sostanze e trattamento.

Per quanto riguarda la salute sessuale, il POW fornisce un pacchetto completo di servizi che include il protocollo di indagine diagnostica (screening) delle malattie sessualmente trasmissibili (MTS), la contraccezione, Pap test, preservativi gratuiti, counselling e sostegno. L'obiettivo del servizio è di assistere le lavoratrici del sesso alla prevenzione delle infezioni e le malattie trasmissibili sessualmente, la prevenzione dell'abuso e della violenza sessuale e l'uscita dall'ambito del lavoro sessuale.

**“The Health Shop”** (Il Negozio della Salute) offre servizi per la riduzione del danno ai consumatori di droga, maschi e femmine promuovendo, allo stesso tempo, la salute dei pazienti. Il servizio è confidenziale e completamente gratuito; fornisce agli utenti informazioni e materiali gratuiti mentre lavora sulla prevenzione delle MTS; offre lo screening delle MTS, la contraccezione, il pap test, preservativi gratuiti e sostegno psicologico all'interno del centro. Il Servizio offre anche counselling e sostegno emotivo in relazione all'orientamento sessuale e l'identità di genere.

Il **“Punto Donna”** del Servizio per le Dipendenze di Venezia Centro Storico, Venezia, in stretto raccordo con gli altri servizi del territorio, fornisce attività di consulenza, informazione e orientamento alle donne tossico/alcol dipendenti, favorendo e facilitando la presa in carico delle pazienti da parte dei servizi territoriali : consultorio psicologico, medico-ginecologico, ambulatorio malattie infettive, centro anti-violenza, reparto ospedaliero di ostetricia-ginecologia, consultorio pediatrico, etc.

### 2.3 Gravidanza e Maternità

Le droghe illecite hanno degli effetti sulle donne durante la gravidanza e sul bimbo prima e dopo la nascita, come abbiamo già sottolineato nel paragrafo 1.2.3. Le donne che abusano sostanze spesso affrontano vari problemi di tipo sociale, economico e legale. Queste condizioni provocano stigma e paura nella donna verso l'eventuale rivelazione della propria tossicodipendenza agli assistenti sanitari, a causa della paura che il bambino sarà loro tolto dopo il parto.

Il fatto che un genitore abusi di sostanze non significa che i figli saranno automaticamente a rischio di abuso o trascuratezza. Tuttavia occorre fare dei controlli sull'impatto che l'abuso di sostanze ha sul feto, sul benessere e sulla sicurezza del feto. Durante la gravidanza, servono dei controlli attraverso una collaborazione multilaterale che include i genitori, per un piano sanitario personalizzato che possa incidere sul comportamento problematico (NHS, 2005).

Lo screening precoce per l'abuso di sostanze nelle donne dovrebbe essere il primo passo di un programma che tratti la salute, i fattori sociali e psicologici della donna incinta e quelli del bambino. Test di screening possono essere somministrati sia da medici di base che da ginecologi che sospettino un abuso di sostanze nella donna. Quando i sintomi non sono evidenti, la modalità più pratica ed efficace per individuare un eventuale problema è quello di rivolgere domande specifiche sull'uso di sostanze psicoattive ed eventuali quantità consumate. Sarebbe preferibile porre prima le domande su un eventuale uso di sostanze lecite, e dopo proseguire con domande che riguardano l'uso di droghe illecite (Morse et al., 1997).

I fattori di rischio correlati ad una maggiore probabilità di tossicodipendenza comprendono: un tardivo inizio nelle cure prenatali, il non effettuare le visite prenatali, una passata esperienza ostetrica negativa, figli con problemi comportamentali o nello sviluppo neurologico, figli che non convivono con la madre, problemi



sanitari legati all'uso di droga e alcol, abuso di sostanze da parte del partner o altro familiare, e problemi frequenti con le forze dell'ordine (Morse et al., 1997).

Tutti i professionisti del settore sanitario hanno le competenze di base per individuare e indirizzare al trattamento le donne a rischio. Tuttavia, i professionisti che forniscono assistenza ostetrica sono in una posizione cruciale per fare uno screening e una diagnosi precoce, offrendo counselling e avvio al trattamento per le pazienti che consumano droghe durante la gravidanza. Le donne in gravidanza e le loro famiglie possono beneficiare di informazioni scelse da pregiudizi sui rischi legati all'abuso di sostanze per la madre e il feto. Possono altresì beneficiare di una consulenza sui vantaggi del trattamento e sulle possibili strategie per interrompere l'uso di sostanze (Chang, 2010).

## Dalle visite di scambio DCDII Diagnosi di gravidanza e segnalazione

E' essenziale che i Servizi per le dipendenze ed i Servizi di riduzione del danno eseguano diagnosi precoci di gravidanza nelle donne tossicodipendenti. La maggior parte dei Servizi di riduzione del danno e i Servizi per le lavoratrici del sesso, esaminati durante le visite in Germania, Italia e Gran Bretagna, come "High Noon" e "La Strada" (per prostitute di entrambi generi) a Stoccarda, e i "SerT" a Milano e Venezia, forniscono test di gravidanza e segnalazioni veloci ai Servizi sanitari e sociali.

Nel servizio a bassa soglia denominato **"Health Shop"** a Nottingham City, gli esami di gravidanza sono periodicamente somministrati alle donne che accedono al servizio, e questo agevola lo screening precoce di eventuali gravidanze. In caso di gravidanza, le donne possono decidere di interrompere o di portare avanti la gravidanza. Qualunque sia la decisione, la donna può fare richiesta di un supporto emotivo, offerto dal Servizio per assisterla nel processo di decisione.

Kirby in Ashfield (nel distretto di Nottingham) ha un Servizio denominato **"W.A.N.D.S."** (Women Alcohol and Drug Service) per le donne che abusano di alcol e droghe. Il Servizio copre tutta la zona di Nottinghamshire e offre informazioni sulla salute sessuale, fornisce test di gravidanza gratuiti, dispositivi per la contraccezione e l'accesso gratuito alla medicina urino-genitale. **WANDS** offre anche orientamento e accompagnamento agli altri servizi socio-sanitari del territorio.

Un trattamento prenatale complessivo specifico dovrebbe essere fornito alle donne incinte con problemi di tossicodipendenza. Tale trattamento affronta alcune delle complicazioni legate all'abuso di sostanze durante la maternità e nella fase prenatale. Alcuni esempi sono la diagnosi di eventuali condizioni di co-morbilità, come i disturbi psichiatrici e l'abuso fisico, sessuale ed emotivo, la consulenza sui rischi delle sostanze usate e i controlli per le malattie sessualmente trasmissibili.

Occorre pianificare visite prenatali frequenti per controllare la salute materna e fetale e per fornire formazione e sostegno alla madre (Chang, 2010). La gravidanza dovrebbe essere sostenuta in particolare stabilendo una cronologia per accompagnare la crescita fetale, soprattutto in caso di complicazioni durante la gravidanza (come: iposviluppo, emorragie del terzo trimestre, crisi d'astinenza materna). Il pediatra dovrebbe essere avvisato della possibilità di una sindrome di astinenza neonatale.

L'obiettivo del trattamento durante la gravidanza è quello di proteggere la donna e il feto dall'abuso di sostanze. Spesso ci si interroga sulla questione se costringere ad un trattamento la donna incinta con problemi di abuso di sostanze. Purtroppo sono poche le ricerche sull'argomento che approfondiscono le questioni etiche. Gli approcci standard per il trattamento di pazienti tossicodipendenti che non soffrono di una sindrome di dipendenza fisiologica sono approcci psico-sociali, come i colloqui educativi e motivazionali, i CBT, gli interventi brevi e la terapia familiare che includa in particolare il partner consumatore. D'altro canto, quando le donne hanno una sindrome di dipendenza fisiologica, gli interventi farmacologici sono necessari per gestire



i sintomi legati alla crisi d'astinenza, per supportare l'astinenza, per ridurre i danni associati e per impedire le complicazioni di una tossicodipendenza (Lingford-Hughes et al., 2004).

Interventi farmacologici possono essere approntati per la disintossicazione o per il trattamento di sostituzione attraverso l'uso di farmaci prescritti e somministrati sotto controllo medico. Il controllo del consumo di sostanze al di fuori del trattamento medico è estremamente importante perché è l'unico modo per proteggere il feto ed evitare effetti contro-produttivi alla salute. Consumi di dosi elevate pongono un rischio elevato al feto e quindi in tali casi occorre ricoverare la paziente in ospedale.

### Trattare l'abuso di sostanze lecite durante la gravidanza

Le donne non dovrebbero bere alcol durante la gravidanza a causa degli elevati rischi di danno al feto (vedere capitolo 1.2.3). Le donne che smettono di consumare alcol dovrebbero disintossicarsi con opportuni farmaci. La somministrazione di benzodiazepine è consigliata per non più di 10 giorni, per evitare un'eventuale dipendenza dal farmaco. Altri tipi di disintossicazione includono: l'integrazione della dieta con vitamine e l'accesso agevolato al controllo materno e fetale, preferibilmente con ricovero. L'uso di farmacoterapia per mantenere l'astinenza, attraverso la somministrazione di disulfiram, acamprosato, ecc., non è consigliato durante la gravidanza (Lingford-Hughes et al., 2004).

Una donna incinta che dipende dalle **benzodiazepine** dovrebbe smettere l'uso di queste sostanze. Nel caso di una crisi d'astinenza, si consiglia una riduzione graduale del dosaggio allo scopo di ottenere indipendenza dalla sostanza, almeno 2 settimane prima del parto. In caso di ansia elevata e necessità di un trattamento con benzodiazepine, lorazepam potrebbe risultare la scelta più sicura, particolarmente durante il secondo trimestre (Medrano Albéniz et al., 2009).

## Trattare il consumo di droghe illecite durante la gravidanza

Il trattamento di sostituzione e di mantenimento con Metadone è il primo intervento da intraprendere per curare le donne con una dipendenza da oppioidi, incinte o che hanno programmato una gravidanza. Il metadone offre dei buoni vantaggi rispetto all'assenza di trattamento, come ad esempio la somministrazione per via orale, il dosaggio misurato, il controllo qualitativo, la sicurezza e la disponibilità. Il metadone offre la possibilità di attrarre le donne entro il sistema sanitario e nel sistema di assistenza ostetrica, facendo sì che la salute della madre e del feto possa migliorare. Non risulta alcuna relazione tra l'uso del metadone e le malattie congenite. Suddividere il dosaggio può ridurre gli effetti sul feto (come la sindrome di astinenza neonatale). Occorre mantenere il trattamento del metadone durante tutta la gravidanza e durante i periodi intra-partum e postpartum (NSW Department of Health, 2006).

Il trattamento di sostituzione e mantenimento con Buprenorfina costituisce una buona alternativa al Metadone, nonostante la scarsa conoscenza della sostanza. La somministrazione della Buprenorfina può continuare nei pazienti che l'hanno ben tollerata prima della gravidanza, fino a quando il paziente non dimostra progresso.

Differenti dosaggi di Metadone o Buprenorfina possono essere variati durante i cambiamenti ormonali della gravidanza. Nel caso si renda necessario una disintossicazione da questo tipo di trattamento, il secondo trimestre sarebbe il periodo preferibile a causa di un possibile aborto naturale nel primo trimestre e il rischio di un parto prematuro nel terzo trimestre. Possibili problemi con l'analgesia dell'oppiode durante il parto devono essere previsti.

Le misure prescritte per il trattamento di altre droghe, tipo Cannabis, Tabacco, Cocaina o altri stimolanti, non sono trattate nella letteratura che riguarda la gravidanza. Il primo approccio al trattamento sarebbe l'abbandono delle sostanze ed il ricorso al trattamento psicosociale. Varie sostanze farmacologiche sono controindicate durante la gravidanza. Tuttavia altri farmaci non consigliati durante la gravidanza potrebbero essere considerati qualora gli interventi psicosociali non riuscissero e ci fosse un conveniente rapporto rischio/beneficio. Ad esempio, la terapia di sostituzione della Nicotina nella forma di chewing gum o della benda trans-dermica può essere valutata per le donne che fumano molto nel loro primo trimestre di gravidanza. (Medrano Albéniz et al. 2009).

Occorre motivare le mamme ad un allattamento materno sicuro, ciò significa che le mamme tossicodipendenti dovrebbero smettere l'uso delle sostanze oppure astenersi dall'allattamento al seno. Le donne sottoposte al trattamento di Metadone durante la gravidanza possono continuare ad allattare grazie alla scarsa trasmissione del Metadone nel latte materno (Chang, 2010); dovrebbero altresì continuare ad allattare dopo aver terminato il trattamento del Metadone, per evitare una crisi d'astinenza nel bambino. Ci sono scarse informazioni sulle altre tipologie di trattamento farmacologico disponibili per la disintossicazione e su come aiutare le



tossicodipendenti a mantenere l'astinenza. Infine, occorre interrompere l'allattamento materno quando devono essere somministrati farmaci che hanno delle contro-indicazioni (Medrano Albéniz et al., 2009).

**La prevenzione delle infezioni:** è particolarmente importante impedire la trasmissione verticale di virus trasmessi per via ematica durante il travaglio. La terapia antiretrovirale riduce il rischio della trasmissione verticale (dalla mamma al bimbo) nelle donne HIV positive. Un taglio cesareo può ridurre il rischio della trasmissione prenatale al neonato (NSW Department of Health, 2006).

Solo le mamme HIV positive dovrebbero completamente evitare di allattare usando il latte artificiale. D'altronde non risulta alcuna evidenza che l'allattamento materno aumenti il rischio della trasmissione di Epatite C o B dalla mamma al bimbo. Le donne HCV dovrebbero essere avvisate dei probabili rischi ed interrompere l'allattamento nel caso si sospettasse un capezzolo rotto, danneggiato o sanguinante. È estremamente importante che tutti i bambini con le mamme HBsAg positive (Antigene di superficie dell'Epatite B) ricevano il vaccino attivo e passivo entro 12 ore dal parto per bloccare la sua trasmissione (NSW, 2006)

### Dalle visite di scambio dekl DCDII – WANDS a Nottingham e Lagaya a Stuttgart

Un modello esemplare di assistenza prenatale complessiva è offerto dal "Nottinghamshire Drug and Alcohol Action Team" ("DAAT"), che produce materiali interessanti sull'uso di sostanze, le donne e la maternità – si vedano i protocolli di intervento per le donne tossicodipendenti in gravidanza, prodotti da Nottinghamshire County nel 2005.

**WANDS** (Women Alcohol and Drug Service) fornisce assistenza alle donne incinte attraverso un'ostetrica specializzata nell'intervento su droga e alcol ("Specialist Drug & Alcohol Liaison Midwife"). L'ostetrica è in grado di offrire sostegno, consulenza ed informazioni alle donne incinte che usano sostanze; è anche in grado di lavorare con le clienti dei programmi di disintossicazione. WANDS sottolinea l'importanza di offrire assistenza prenatale e post-natale fino a sei mesi; garantisce che ogni donna segnalata riceva un pacchetto personalizzato per tutte le sue esigenze e quelle del feto. WANDS impiega professionisti del settore che sono preparati ad affrontare le questioni di genere ed insiste con priorità sull'importanza di avere delle donne nello staff professionale.

Presso la struttura **LAGAYA** (il Centro di Consulenza per Donne Tossicodipendenti) a Stoccarda si svolge un'attività simile a quella sopra descritta. Una donna che concepisce è segnalata ad un'ostetrica specializzata sulle esigenze complesse delle donne. Per di più LAGAYA riconosce la necessità di sostenere in modo appropriato le mamme nel contesto sociale dopo la loro dimissione, a causa dell'aumento dello stress legato alla maternità, il quale può scatenare una recidiva o un consumo elevato di sostanze.



Gruppi multidisciplinari di professionisti sanitari (tra cui ginecologi, specialisti sulle droghe, medici di base, professionisti della salute mentale, ecc.) e responsabili dei Servizi Sociali dovrebbero partecipare in modo condiviso alla valutazione e all'assistenza di madri con bimbi.

Nonostante il loro desiderio di portare alla luce bimbi sani, essere buone mamme e mantenere la custodia dei figli, la mancanza di Servizi per i bambini rappresenta un grande ostacolo per le donne che desiderano entrare in una struttura di trattamento. Parecchie donne non vogliono abbandonare i loro figli per sottoporsi ad un trattamento di tossicodipendenza. Infatti gli studi mostrano che le donne, quando mantengono la custodia dei loro figli, hanno una maggiore probabilità di restare in trattamento e di portarlo a termine con successo (UNODC, 2004).

### Dalle visite di scambio DCDII – Jella e MARA a Stuttgart e Casa Aurora a Venezia

Nei servizi di LAGAYA a Stuttgart, denominati **JELLA** e **MARA**, un'attenzione speciale è rivolta alle donne tossicodipendenti. JELLA è un servizio di alloggio terapeutico e formativo per ragazze da 14 a 21 anni. MARA offre alloggio e assistenza ambulatoriale alle donne senza tetto con problemi di tossicodipendenza e alle donne che seguono un programma di sostituzione. Nel caso di una gravidanza, la donna può soggiornare presso il centro fino al parto e poi trasferirsi in un centro per madri con bambini. I professionisti assistono le donne, accompagnandole agli appuntamenti medici e alle visite prenatali.

In Italia, a Venezia, la comunità socio-terapeutica "**Casa Aurora**" offre un programma residenziale terapeutico, ritagliato sui bisogni delle donne in gravidanza e delle madri con figli a carico. Gli interventi di Casa Aurora si focalizzano sulla salute fisica e mentale delle pazienti, facendo uso della psicoterapia individuale e di gruppo, il supporto emotivo, la formazione professionale e l'orientamento al lavoro. Ci sono anche servizi per le esigenze dei bambini: attività specifiche per bambini e un'attenzione speciale per la salute dei piccoli e per il loro sviluppo psicologico. Il servizio mantiene una rete con le strutture educative e ricreative nel territorio. Al fine di migliorare l'ambiente familiare del bambino, il programma è focalizzato sulla relazione madre-bambino e sulla valutazione specifica di questa relazione. Il programma propone inoltre laboratori tematici focalizzati sul ruolo genitoriale, seminari sul ruolo degli operatori sanitari, e supervisioni dell'equipe di cura.



## 2.4 La Doppia Diagnosi

Ci sono numerose questioni legate agli alti livelli di co-morbilità fisica e psicologica per le donne tossicodipendenti (vedere capitolo 1.2.1). Per diagnosticare queste condizioni in modo adeguato occorre verificare la presenza del disturbo di co-morbilità, sia nel contesto della salute mentale che del disturbo di tossicodipendenza. Ciò si può effettuare attraverso lo screening regolare usando uno strumento valido ed adeguato all'età e al genere. Le diagnosi devono fare una distinzione tra i principali disordini mentali e le condizioni provocate dalle sostanze. Nonostante le difficoltà, il controllo delle condizioni e della storia del paziente dovrebbe individuare i rapporti temporali tra gli episodi della malattia mentale e l'abuso delle sostanze. Gli individui con doppia diagnosi corrono rischi maggiori di suicidio rispetto a coloro che hanno solo una patologia mentale o un disordine correlato all'uso di sostanze. Questi dovrebbero essere controllati appositamente per tale rischio.

Chi ha una doppia diagnosi fa più fatica a conformarsi alle modalità del trattamento e di conseguenza ottiene un risultato inferiore rispetto a chi ha solo un problema di salute mentale o di abuso di sostanze. Alte percentuali di sotto-utilizzo dei trattamenti per una o entrambe le condizioni dei pazienti di doppia diagnosi sono state osservate in molti paesi. Il trattamento delle due problematiche è spesso diviso tra contesti specializzati nel campo della salute mentale e contesti specializzati nel campo della tossicodipendenza. Questo fenomeno porta a scarsi livelli di identificazione del problema e scarso coordinamento nei trattamenti (Buckley, 2010).

Le donne tendono ad avere esperienze di tossicodipendenza e di trattamento differenti rispetto a quelle degli uomini. Tali questioni vanno prese in considerazione nelle diagnosi e nell'offerta di trattamento per pazienti con doppia diagnosi. Inoltre, le differenze di genere nella doppia diagnosi sono poco studiate e vi sono ancora poche ricerche in merito.

La maggior parte degli autori e dei professionisti del settore ritengono che il trattamento della doppia diagnosi debba comprendere un approccio integrato, che risponda contemporaneamente alle due problematiche attraverso un unico piano sanitario. Altri ritengono che non ci siano prove sufficienti per sostenere questa teoria. Strutture altamente specializzate sono in fase di sviluppo negli USA mentre in Europa sono in fase di discussione e valutazione. Il trattamento della doppia diagnosi implica tante difficoltà, che sorgono sia dalle caratteristiche del paziente sia dalla mancanza di preparazione e di approcci specifici ed integrati da parte del personale dei Servizi (Asociación Dual, 2010; Ley, 2000; Tiet, 2007).

Gli obiettivi principali del trattamento per la doppia diagnosi a lungo termine includono la riduzione dei sintomi psichiatrici, il miglioramento del funzionamento sociale (lavoro, relazioni sociali e altre attività), la riduzione dell'uso di sostanze ed il miglioramento della qualità della vita. Il trattamento per la doppia diagnosi può essere una sfida e quindi un obiettivo intermedio potrebbe offrire una cura appropriata e regolare.

Il trattamento per la doppia diagnosi deve affrontare le problematiche lavorando sulla motivazione, la conoscenza e le competenze sociali attraverso interventi biopsicosociali, che includono le interviste motivazionali, la terapia



cognitiva comportamentale e la formazione alle competenze sociali. Due altri modelli di trattamento, cioè il trattamento assertivo di comunità e la gestione intensiva del caso, forniscono sostegno esterno per pazienti con questi deficit. I trattamenti psicosociali sono in fase di studio come trattamenti integrativi nella gestione dei pazienti con doppia diagnosi (Buckley, Brady, Hermann, 2010).

### Dalle visite di scambio DCDII – Servizi per le donne a Stuttgart

I Servizi per le donne, a Stuttgart, prestano particolare attenzione alla valutazione delle pazienti alcol- e tossico-dipendenti sotto il profilo dei disturbi mentali, compresi i disturbi dei comportamenti alimentari. Ad esempio, **LAGAYA** fornisce servizi specifici per affrontare l'abuso di droga ed i disturbi nel comportamento alimentare, lavorando nel frattempo in maniera proattiva con le donne con doppia diagnosi. LAGAYA lavora con le donne in maniera olistica per problemi psicologici, emotivi e sanitari, attraverso la terapia, il lavoro di gruppo e l'assistenza medica. Una struttura terapeutica a 24 ore, denominata **JELLA**, è a disposizione delle giovani donne a Stuttgart. Le ragazze possono abitare presso la struttura fino a due anni; imparano a vivere senza l'uso di droghe, riprendono gli studi e danno una svolta alle loro vite. Le ragazze che hanno subito danni a causa del consumo di sostanze o che hanno sperimentato tentativi di suicidio sono indirizzate agli ospedali riabilitativi residenziali.

Nel caso in cui l'assistenza per una delle due condizioni patologiche (tossicodipendenza e patologia psichiatrica) venga erogata da due o più soggetti differenti, la comunicazione e il coordinamento tra Servizi è essenziale. Un accordo sul programma di trattamento ed uno scambio di informazioni sullo stato clinico, l'adattamento al trattamento, l'uso di sostanze e i livelli di rischio, possono produrre risultati migliori. Il professionista sanitario che tratta solo una delle condizioni dovrebbe comunque controllare e monitorare lo stato clinico ed i risultati del trattamento per entrambi disordini (Buckley, Brady, Hermann, 2010).

### Dalle visite di scambio DCDII – Accesso Diretto a Nottingham

Il DAAT di Nottinghamshire offre un servizio denominato "**Direct Access**" DA (Accesso Diretto) all'interno dei locali del Newark Hospital di Nottinghamshire. "Direct Access" rappresenta un modello di trattamento coordinato ed integrato che offre una vasta gamma di servizi per sostenere gli utenti, maschi e femmine, e le loro famiglie sulle questioni legate all'abuso delle sostanze. Il DA non è un servizio con uno specifico approccio di genere; è piuttosto definito un servizio di trattamento per l'uso di droghe con accesso immediato, e con un programma di segnalazione. Il DA somministra un'intervista di controllo, l'applicazione delle medicine sostituite e



la segnalazione diretta alla farmacia e al reparto di salute mentale presso Newark Hospital. Il DA risponde subito nei casi di disordini di salute mentale, tipo disturbi del comportamento alimentare e depressione. Il DA collabora con il "Sexual Health Clinic" (La Clinica della Salute Sessuale).

I professionisti della salute dovrebbero sviluppare obiettivi flessibili a breve e a medio termine, con un confronto regolare dei risultati terapeutici. Le recidive dovrebbero essere previste e messe in conto ma i servizi dovrebbero mantenere le persone in trattamento nonostante i periodi di uso attivo di sostanze. I pazienti possono essere indirizzati a gruppi di auto aiuto o al supporto tra pari. I servizi che trattano la doppia diagnosi risultano particolarmente utili quando sono disponibili. Infine, sarebbe importante chiedere alle donne che tipo di problemi sperimentino nel corso del trattamento offerto, al fine di offrire servizi differenti e metodologie terapeutiche sempre più appropriate ai loro bisogni (Buckley, Brady, Hermann, 2010; Istituto de la Mujer, 2007).

A volte i pazienti con una doppia diagnosi possono incontrare delle filosofie di trattamento che rifiutano l'uso dei farmaci nei programmi per tossicodipendenti. I pazienti dovrebbero essere informati sull'importanza di aderire alla terapia. Occorre inoltre informare i pazienti e le loro famiglie su entrambi i disturbi, sull'interazione tra questi e sulle opzioni di trattamento a loro disposizione; dovrebbero essere consapevoli dei primi segni di una crisi o recidiva ed avere pronto un piano di azione. Il sostegno ed il coinvolgimento della famiglia nell'assistenza può giocare un ruolo importante sul raggiungimento dei risultati migliori (Buckley, Brady, Hermann, 2010).

Idealmente un'assistenza continua dovrebbe essere sempre disponibile per fornire ai pazienti servizi clinici a livello minimo di intensità e restrizione, in modo che una certa stabilità possa essere mantenuta. Invece, durante gli episodi di maggiore instabilità clinica o recidiva, livelli più profondi di cura prevedono : programmi intensivi non residenziali, programmi residenziali, trattamento riabilitativo, stabilizzazione della crisi e ricovero ospedaliero (Buckley, Brady, Hermann, 2010).

## Dalle visite di scambio DCDII - Schwerpunktpraxis a Stuttgart e WANDS a Nottingham

In Germania, lo **Schwerpunktpraxis** è un centro di trattamento medico e psicologico per tossicodipendenti, in cui il 35% dei clienti sono donne. Le pazienti hanno a disposizione una psichiatra che valuta gli aspetti organici della salute mentale, indirizza le pazienti alle strutture psichiatriche quando risulta necessario e le invia a servizi di consulenza, come LAGAYA.

Nel distretto di Nottingham, **WANDS** rappresenta un servizio orientato al genere, commissionato e gestito dal DAAT, per l'abuso di droga ed alcol (per conto delle reti quadro: National Treatment Agency (NTA) e National Health System (NHS)). È un servizio di consulenza e orientamento sviluppato e implementato da donne per le donne. Uno dei servizi maggiormente utilizzati dalle donne è il Servizio Salute Mentale (Mental Health Service), per varie cause tra cui: l'autolesionismo, l'ansia e la depressione.

### 2.5 La violenza contro le donne e la droga

Come già visto nel capitolo 1.2.4, le esperienze di violenza sono molto comuni tra le donne tossicodipendenti. In termini generali, per affrontare la violenza di genere è necessario adottare una serie di strategie che dovrebbero essere integrate con interventi focalizzati sul problema dell'abuso di sostanze. La violenza dovrebbe essere prevenuta sfidando gli atteggiamenti ed i comportamenti che la provocano, attraverso interventi che ne prevenano gli episodi ove possibile. Quando si verificano episodi di violenza, dovrebbe essere offerto alle vittime un adeguato livello di sostegno e supporto, attraverso una collaborazione tra Servizi finalizzata ad ottenere i migliori risultati per le vittime e le loro famiglie.

Alcuni risultati generali sulle migliori prassi e la loro efficacia nell'affrontare la violenza contro le donne possono essere definiti e ricavati dalle valutazioni, tratte dalle ricerche attuali, disponibili sui siti web dei progetti (Haider, 2008). Un approccio multi-agenzia e multi-settore risulta particolarmente efficace per contrastare la violenza contro le donne. In particolare è importante beneficiare della collaborazione con le forze dell'ordine, con la procura e la polizia giudiziaria, con i servizi sanitari e i servizi sociali, al fine di prevenire carenze nei sistemi di protezione della vittima e di accertamento delle responsabilità dell'autore di violenza e per fornire alle vittime di violenza un piano di sostegno complessivo e integrato.

La legislazione ed i piani di azione nazionali per prevenire e contrastare la violenza contro le donne sono in grado di attirare l'attenzione politica e le risorse necessarie per affrontare tali questioni. Promulgare leggi contro la violenza ha anche contribuito con successo a cambiare la percezione del problema da parte dell'opinione pubblica.

Programmi di informazione e di sostegno per aumentare l'empowerment delle donne, che offrano supporto emotivo, legale e/o economico, si sono dimostrati efficaci nell'aiutare le donne a rompere o rinegoziare



le relazioni violente. Le Linee guide e i Seminari formativi si sono rivelati fondamentali per promuovere la conoscenza, diffondere le informazioni e migliorare le pratiche delle Agenzie che si occupano delle vittime di violenza.

Lo scambio di informazioni e delle migliori pratiche tra Agenzie di vari paesi risulta fondamentale per il miglioramento delle capacità e competenze per affrontare con efficacia il problema della violenza sulle donne.

## Dalle visite di scambio DCDII – lavorando con le vittime di violenza a Nottingham e a Venezia

**“Women’s Aid”** (Aiuto Donne), nella Contea di Nottingham, offre un domicilio sicuro e protezione alle donne vittime della violenza domestica. Il servizio si basa su un approccio olistico e offre una serie di misure integrate che rispondono a tutte le esigenze e i bisogni femminili, lavorando in collaborazione con Servizi specializzati e altre rilevanti Agenzie del territorio. Tra i servizi offerti : domicilio protetto; sostegno da parte degli specialisti (in particolare gli psichiatri) per affrontare i problemi femminili complessi come quelli inerenti la salute mentale; trattamento delle tossicodipendenza se necessario; disponibilità di un servizio di assistenza e baby sitting per i bambini; laboratori di autostima; formazione professionale e orientamento al lavoro. La collaborazione con l’ospedale di Newark (Reparto di Salute Mentale attraverso il servizio di Accesso Diretto) permette alle pazienti di affrontare i problemi di salute generale e mentale in modo appropriato ed integrato.

## La Rete Antiviolenza, Venezia

Nel 2004 la Città di Venezia ha istituito un Tavolo di lavoro tra esperti e specialisti dei servizi socio sanitari per discutere e confrontarsi sulle metodologie per affrontare e prevenire la Violenza contro le donne ed i bambini. Questo lavoro è confluito nella costituzione della **Rete Antiviolenza**, composta da 35 diverse Agenzie governative e non governative, Servizi pubblici e privati ed Organizzazioni del territorio, che negli anni ha progettato e implementato numerosi seminari di formazione e laboratori di scambio sulle buone pratiche tra Operatori sanitari, Assistenti sociali e tutti i professionisti che affrontano il problema della violenza sulle donne e sui bambini. Nel complesso, tutto il lavoro svolto finora dalla Rete Antiviolenza ha contribuito all’arricchimento della cultura dei Servizi del territorio, attraverso il confronto permanente su un tema delicato come la violenza di genere e la violenza domestica.



## 2.6 Il reinserimento sociale ed economico

In Europa sono molteplici le sfide per sviluppare un efficace reinserimento sociale e lavorativo per donne tossicodipendenti o con problemi complessi e ricorrenti, come l'uso improprio di sostanze, le patologie psichiatriche, la violenza o altro.

In generale, certe disuguaglianze nel mercato di lavoro, come la sotto-rappresentanza delle donne nelle politiche sociali e lavorative potrebbero essere risolte attraverso mirati interventi politici. Altri problemi richiedono, per la loro soluzione, il supporto delle parti sociali e dei servizi pubblici preposti, come ad esempio il miglioramento degli aggiustamenti relativi ai turni flessibili di lavoro, che permetterebbero un migliore equilibrio tra la vita familiare e la vita lavorativa per donne e madri che desiderano lavorare. Molte sono le misure necessarie per risolvere le difficoltà specifiche al genere presenti nel mercato del lavoro europeo (European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 2008).

Per quanto riguarda i programmi per le tossicodipendenze, le attività di reinserimento sociale fanno parte della fase del post-trattamento. Le attività di reinserimento sociale si focalizzano sulla formazione, l'educazione e lo sviluppo di competenze, occupazione e abitazione. Le questioni rilevanti sono la formazione, lo sviluppo di competenze lavorative, la promozione di progetti auto-generativi di reddito e l'offerta di domiciliai temporanei. Abitazioni stabili e sicure rappresentano una questione chiave per le donne che desiderano mantenere o recuperare la custodia dei loro figli. Purtroppo il collegamento tra servizi di tossicodipendenza e servizi abitativi sembra essere un'area dove è riposta ancora poca attenzione.

Un utile supporto è rappresentato dall'aiuto alle donne a sviluppare competenze sociali trasversali, come costruire nuovi rapporti di amicizia e accedere alle attività ricreative che costituiscano un'alternativa all'abuso di sostanze.

Nella maggior parte dei paesi europei, servizi integrati sono offerti dalle autorità regionali e locali e dalle organizzazioni non-governative. La debolezza principale di questi programmi d'intervento è la scarsità nei finanziamenti, che probabilmente saranno ulteriormente ridotti a causa della crisi economica particolarmente sentita nei paesi del sud e dell'est dell'Europa (EGSSI, 2010).



## Dalle visite di scambio DCDII – Il Reinserimento sociale ed economico a Nottingham

**“Double Impact”** (Doppio Impatto) ha l'obiettivo di offrire un reinserimento sociale ed economico di qualità per tossicodipendenti ed ex-tossicodipendenti, aiutandoli a migliorare le loro competenze personali, sociali e lavorative. Il servizio offre due livelli di intervento (livello 2 e 3 <sup>7</sup>) per tossicodipendenti o per chi ha problemi correlati. L'obiettivo di “Double Impact” è di conferire potere alle persone per trasformare le loro vite, creando molteplici opzioni attraverso un servizio post-trattamento di qualità. Ciò significa fornire accesso alla formazione, a programmi di auto-miglioramento, progetti di autostima, a unità abitative e alla formazione professionale per le persone disintossicate o per chi sta abbandonando l'uso delle sostanze. L'aiuto è offerto a coloro che cercano lavoro, che hanno avuto problemi di droga o di alcol e persone che vogliono acquisire nuove competenze, qualificazioni ed esperienze per lavorare nei campi della sanità o nell'assistenza sociale. Per agevolare la partecipazione delle donne ai corsi e alla preparazione professionale, “Double Impact” organizza e paga un servizio di baby sitting per i loro figli.

### 2.7 Le Donne ed il sistema giudiziario, le donne e il carcere

Le necessità specifiche delle donne detenute e con problemi di tossicodipendenza sono state individuate nel capitolo 1.8. Le organizzazioni internazionali che forniscono assistenza specializzata esprimono la loro preoccupazione riguardo ai servizi specifici offerti in carcere alle donne tossicodipendenti, ancora arretrati e poco sviluppati. I servizi per i tossicodipendenti in carcere presentano lo stesso problema, particolarmente nel caso dei servizi di riduzione del danno che, anche quando presenti, raramente sono mirati alle esigenze specifiche delle donne.

Programmi di trattamento specifici per donne possono aiutarle a sentirsi sicure e sostenute, grazie al loro focus sulle questioni di genere (Quaker Council for European Affairs, 2007). Servizi di assistenza sanitaria per le donne, che abbiano un approccio di genere alla salute delle donne detenute, dovrebbero integrare programmi specialistici per la cura delle dipendenze delle donne in carcere (UNODC, 2008). La ricerca ha dimostrato che i modelli di trattamento (in particolare le comunità terapeutiche nelle prigioni) sono efficaci per le donne detenute quando affrontano i problemi correlati al sesso e alla violenza, quando migliorano l'autostima delle donne e sviluppano un rapporto positivo tra le clienti e lo staff.

---

7 - Nella definizione britannica dei servizi, i servizi di livello 2 fanno riferimento a servizi a libero accesso, come “Advice and Information” (Consulenza ed informazioni), Servizio a visita spontanea (drop-in) e Servizi di riduzione del danno. Servizi di livello 3 si riferiscono a Servizi di Comunità che comprendono “Community Drug Teams” (squadre di comunità per tossicodipendenti), “Drug Addiction Units” (unità per tossicodipendenti) e “Day Treatment” (trattamento in giornata) ([www.drugscope.org.uk](http://www.drugscope.org.uk)).



Le ricadute e le recidive dovrebbero essere prevenute attraverso il trattamento psicologico, una consulenza individuale approfondita e un'assistenza continua mirate alla costruzione e al consolidamento delle competenze personali (Zurhold et al. 2005).

L'importanza dei trattamenti per le dipendenze messi a disposizione dei detenuti con problemi di tossicodipendenza è sostenuto da ampie evidenze. Occorre avere a disposizione il trattamento di sostituzione per tutte le donne con problemi di dipendenza da oppioidi. Il progresso dei programmi di trattamento di sostituzione in prigione dovrebbe essere controllato, insieme allo sviluppo di misure di supporto per il personale. Bisogna avere delle linee guida sull'applicazione e la gestione del trattamento di sostituzione sin dall'inizio del programma, per impedire l'abuso delle sostanze di sostituzione prescritte (WHO, 2007a).

La continuità del trattamento dovrebbe essere garantita alle donne quando entrano in prigione, quando vengono rilasciate e quando sono trasferite da una prigione a un'altra. Dal momento che le donne detenute vengono spesso trasferite, interrompendo le cure, i singoli istituti penitenziari hanno difficoltà a controllare le percentuali di successo dei trattamenti.

Le carceri necessitano di una serie di protocolli clinici (come requisito minimo per l'assistenza alle donne) che considerino la loro maggiore vulnerabilità all'infezione HIV/AIDS, il loro coinvolgimento nei comportamenti a rischio ed il fatto che le donne solitamente hanno tempi brevi d'incarcerazione.

I servizi in carcere hanno bisogno di affrontare le numerose esigenze delle donne, come ad esempio la salute riproduttiva, la malattia mentale, i problemi di tossicodipendenza e l'abuso fisico e sessuale. Inoltre, la presenza di protocolli chiari potrebbe portare alla prevenzione, alla denuncia e al contrasto della violenza sessuale in prigione.

### Dalle visite di scambio DCDII – Servizi per l'occupazione, sostenuti dal progetto DONA LUNA con il servizio ZORA a Stoccarda

Alcune donne, sostenute dal servizio **"Dona Luna"**, vengono rilasciate dalla prigione per svolgere un servizio nella comunità. La finalità generale del programma è di portare le donne dall'uso di sostanze all'occupazione, visto che la maggior parte dei reati sono legati a problemi con le droghe. "Dona Luna" lavora per affrontare i problemi legati all'occupazione, l'uso della droga e la reintegrazione sociale, aiutando le donne ad allontanarsi dal sistema giudiziario.





## Dalle visite di scambio DCDII – Le donne nella prigione di Bollate a Milano

La sezione femminile del **Carcere di Bollate** si basa su interventi terapeutici piuttosto che sulla carcerazione punitiva. Le donne possono lavorare in prigione e ricevere uno stipendio completo che va depositato direttamente nel loro conto corrente bancario; possono lavorare nei vari laboratori gestiti da imprese cooperative esterne. Questo supporta l'apprendimento di nuove competenze, l'uso produttivo e creativo del tempo speso in carcere e la promozione di una positiva autostima. C'è un ambiente accogliente e caloroso all'interno della prigione sia per gli uomini che per le donne, per le visite dei familiari e per i bambini delle donne detenute, le quali possono tenere con sé i loro figli fino all'età di tre anni all'interno della struttura.

## Dalle visite di scambio DCDII – Gruppo Donne del Servizio di Libertà Vigilata a Mansfield

L'occupazione, l'educazione scolastica e la formazione professionale sono i fattori chiave per interrompere il ciclo della delinquenza. Il Servizio di libertà vigilata di Nottinghamshire lavora con delinquenti per individuare e superare le barriere legate all'occupazione e la formazione professionale, aiutando le donne a trovare lavoro e aiutandole a costruire un'autostima positiva.

I problemi più comuni delle donne sono la scarsa qualificazione e preparazione professionale e le scarse competenze personali e sociali. Il servizio di libertà vigilata gestisce un gruppo di sostegno per le donne, denominato **"Women's Group"**, e offerto alle ex-detenute che stanno svolgendo il periodo di libertà vigilata.

Il "Gruppo Donne" (Women's Group) permette alle donne con problemi giudiziari di avere un'esperienza sociale tra pari, scambiare informazioni, confrontarsi sulle esperienze, imparare nuove competenze adattive e conoscere i servizi locali a loro disposizione. La partecipazione al gruppo è gratuita e la maggior parte delle donne che partecipano hanno avuto esperienze nell'abuso di sostanze o hanno familiari tossicodipendenti. Le donne discutano di temi comuni, traggono sostegno l'una dall'altra e parlano delle buone pratiche. Due donne gestiscono il gruppo, una delle quali è una poliziotta penitenziaria. Il gruppo è informale e confidenziale e le donne possono continuare a partecipare al gruppo anche dopo aver terminato la loro sentenza.

## 3. Raccomandazioni

### Raccomandazioni Generali

- Tutto il personale dei servizi sanitari e sociali dovrebbe avere un'attenzione professionale orientata al genere, ed una formazione e preparazione specifica dovrebbero essere fornite a questo scopo.
- Il mainstreaming di genere dovrebbe essere integrato in tutti i servizi per l'abuso di sostanze e servizi mirati ai bisogni femminile dovrebbero essere approntati quando necessario.
- Una consapevolezza delle barriere che impediscono le donne l'accesso dei servizi è essenziale nell'approccio indirizzato alle donne non raggiunte dai servizi. Occorre avere un 'unità esterna e operatori di strada in tutti i servizi, quale strumento chiave per il coinvolgimento della popolazione di tossicodipendenti donne più nascoste.
- La riservatezza e il rispetto della privacy sono di fondamentale importanza nei Servizi.
- Personale di sesso femminile dovrebbe esse coinvolto nell'organizzazione delle politiche dei Servizi socio sanitari e nell'organizzazione delle prestazioni destinate alle pazienti di sesso femminile.

### Contrastare comportamenti a rischio per le infezioni

- Creare servizi per la riduzione del danno utilizzando un approccio di genere.
- Rafforzare le donne ad adottare comportamenti iniettivi sicuri, motivandole ad essere meno dipendenti dai partner nel rifornimento di strumenti d'iniezione puliti.
- Coniugare i servizi per la riduzione del danno con i servizi per lavoratrici del sesso.
- Riconoscere la necessità della prevenzione e il trattamento del virus dell'epatite virale C (HCV); dedicare un impegno maggiore allo sviluppo di programmi e strategie nell'affrontare l'HCV e le malattie del fegato.

### Gravidanza e maternità

- Uno screening precoce (protocollo di indagine diagnostica generalizzata), l'assistenza prenatale, il trattamento per l'abuso di sostanze (incluso farmaci di sostituzione, come il metadone per chi abusa di oppioidi), la consulenza per la riduzione del danno, il trattamento specifico durante il parto, la cura dopo il parto ed informazioni sull'allattamento materno sono i passaggi necessari e più importanti per fornire una buona assistenza sanitaria integrata e ben coordinata.
- Rendere il trattamento disponibile per le mamme. È importante tenere in considerazione i risultati migliori che si raggiungono quando le mamme mantengono la custodia dei figli durante il trattamento. Devono



inoltre essere attuate le misure di protezione dei bambini quando necessario.

- Offrire programmi mirati alle madri e ai loro figli che includano: il sostegno psicologico e sociale per entrambi, le attività mirate al rapporto madre-bambino, assistenza all'infanzia e servizi di sostegno di rete, compreso un ambiente familiare accogliente per i bambini.

### **La doppia diagnosi**

- Preparare e sensibilizzare i professionisti della salute mentale e del trattamento per le dipendenze sulle complessità della doppia diagnosi e dei trattamenti correlati.
- Controllare l'uso dei farmaci prescritti alle donne (particolarmente le cure per l'ansia), a causa del maggior rischio di provocare una dipendenza, le cui conseguenze sono spesso trascurate dai professionisti sanitari.
- I professionisti della salute dovrebbero riconoscere i vari disturbi mentali legati all'abuso di sostanze (tra gli altri: l'ansia, la depressione, i disturbi del comportamento alimentare e il disturbo post traumatico da stress), a causa dell'alta prevalenza della doppia diagnosi nelle donne.
- Trattamenti integrati con un approccio di genere possono condurre a risultati migliori nella prognosi e nel trattamento della doppia diagnosi.

### **Il Reinserimento sociale e lavorativo**

- Occorre offrire orientamento professionale, formazione professionale e specializzazione e sviluppo delle competenze quando necessario, oltre ai servizi specifici di genere mirati ad assistere le donne nella fase di reinserimento sociale e lavorativo.
- Garantire l'esistenza di una collaborazione di rete tra Servizi in grado di affrontare le questioni legate all'abitazione, la formazione e lo sviluppo delle competenze, secondo le necessità presenti.

### **Le Donne nel Sistema Giudiziario**

- I Modelli di trattamento per le donne detenute (con particolare riferimento alla ricerca sulle carceri basate sul modello delle comunità terapeutiche) sono efficaci quando essi affrontano le questioni legate al sesso e alla violenza, migliorano l'autostima delle donne e promuovono un rapporto positivo tra il personale e le pazienti.
- Il trattamento sostitutivo per le donne detenute con problemi di tossicodipendenza è sostenuto da ampie evidenze.
- La continuità del trattamento dovrebbe essere garantita alle donne quando entrano in carcere, quando ne



escono o quando vengono trasferite da una prigione a un'altra.

- Occorre che le prigioni siano in possesso di una serie di protocolli clinici per l'assistenza alle donne come requisito minimo. I Servizi delle carceri dovrebbero affrontare i differenti bisogni, come la salute riproduttiva, la malattia mentale, i problemi di tossicodipendenza e l'abuso fisico e sessuale; così come le questioni legate all'infezione da HIV/AIDS, e il coinvolgimento in comportamenti a rischio, senza trascurare la realtà che le donne spesso hanno sentenze brevi.
- Occorre stabilire protocolli chiari per prevenire, denunciare e contrastare la violenza sessuale in carcere.



## Bibliografia

- AIDS Action Council, What Works in HIV Prevention for Women of Color, 2001, available at: <http://www.thebody.com/content/art33674.html>
- Anderson, P. and Baumberg, B. (2006), Alcohol in Europe. A public health perspective. Analysis for the European Commission, Institute of Alcohol Studies, United Kingdom. Available at: [http://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/life\\_style/alcohol/documents/alcohol\\_europe.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/alcohol/documents/alcohol_europe.pdf)
- Ashley O. S., M. E. Marsden And T. M. Brady (2003), "Effectiveness of substance abuse treatment programming for women: a review", American Journal Of Drug And Alcohol Abuse, Vol. 29, No. 1 /2003, Pp. 19-53.
- Asociación Dual, Ministry of work and social affairs, available at: <http://www.patologiadual.com/index.php>
- Barry, D., Petry, N.M. (2009), Associations between body mass index and substance use disorders differ by gender: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions, Addict Behaviour, 2009 Jan;34(1):51-60. Epub 2008 Aug 27.
- Becker, J. and Duffy, C. (2002), Women Drug Users and Drugs Service Provision: service-level responses to engagement and retention, Report for the Home Office Drugs Strategy Directorate,
- Bobes J., Casas M., Szerman N. et al. (2009), "Manejo clínico del paciente con patología dual. Recomendaciones de expertos". In Socidrogalcohol. Valencia. [www.socidrogalcohol.org](http://www.socidrogalcohol.org)
- Buckley, P., Brady, K., Hermann, R.. (2010). Dual diagnosis: Severe mental illness and substance use disorders. UpToDate, Inc. MA. Online 18.2.; Available at: [www.uptodate.com](http://www.uptodate.com)
- Central and Eastern European Harm Reduction Network, Hepatitis C Among Injecting Drug Users in the New EU member States and Neighborhood: Key facts and issues, 2007
- Chang, G., Lockwood, C.J., Gold, M.S., Barss, V.A. (2010), Substance use in pregnancy. UpToDate, Inc. MA. Online 18.2 Available at: [www.uptodate.com](http://www.uptodate.com).
- Charles & Pull, B., (2004), "Binge Eating Disorder". In Curr Opin Psychiatry. 2004;17(1) © Lippincott Williams & Wilkins, Department of Neurosciences, Luxembourg Hospital, Luxembourg
- Ciechanowski, P., Katon W., Stein B.M., Hermann R. (2010), Post-traumatic stress disorder: Epidemiology, pathophysiology, clinical manifestations, and diagnosis, UpToDate, Inc. MA. Online 18.2: [www.uptodate.com](http://www.uptodate.com).
- Clarke, K., & Formby, J. (2000), "Feeling good, doing fine". In Druglink, 15(5): 10-13, 2000
- Central and Eastern European Harm Reduction Network (CEEHRN) (2005). Sex Work, HIV/AIDS and Human Rights in Central and Eastern Europe and Central Asia. Available at: [www.ceehrn.org](http://www.ceehrn.org)
- Copeland J. and Hall W., "A comparison of women seeking drug and alcohol treatment in a specialist women's and two traditional mixed-sex treatment services", British Journal of Addiction, vol. 87, No. 9 (1992), pp. 1293-1302.
- DAAT (Drug and Alcohol Action Team). (2005). Practice Guidelines for Working with the Pregnant Woman Substance User and her Family. Edition II. May 2005. Nottinghamshire County.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM- IV TR) (2000). American Psychiatric Association.
- Doherty, MC, Garfein, RS, Monterroso, E, Latkin, C, Vlahov, D (2000). Gender difference in the initiation of injecting drug use among young adults, Journal of Urban Health, 77(3), 397
- DuPont, R.L., Greene, W., Lydiard, R.B., Gold, M.S., Hermann, R. (2010), Sedatives and hypnotics: Pharmacology and epidemiology, UpToDate, Inc. MA. Online 18.2, available at: [www.uptodate.com](http://www.uptodate.com)
- Duvvuri, V., & Kaye H.W., Anorexia nerviosa, Department of Psychiatry, University of California, San Diego. La Jolla, California. US.
- Eurobarometer (2007), Attitudes towards Alcohol. Report. Special Eurobarometer 272b / Wave 66.2 – TNS Opinion & Social. Available at: [http://ec.europa.eu/public\\_opinion/archives/ebs/ebs\\_272b\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_272b_en.pdf)
- EuroHIV, HIV / AIDS Surveillance in Europe, Mid-year report 2006, No. 74, French Institute for Public Health Surveillance, Saint-Maurice, 2007
- EGGSI (Expert Group on Gender Equality and Social Inclusion, Health and Long-Term Care Issues), (2010), Violence against women and the role of gender equality, social



- inclusion and health strategies. European Commission, Social Europe. Luxembourg. Avail at: <http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=6336&langId=en>
- European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (2008), Working in Europe: Gender differences, Dublin, available at: <http://www.eurofound.europa.eu/>
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2005), Differences in patterns of drug use between women and men, EMCDDA, Lisbon, March 2005
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2006a), A gender perspective on drug use and responding to drug problems, EMCDDA, Lisbon, 2006
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2006), The state of the drugs problem in Europe. Annual report. EMCDDA. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2006 — ISBN 92-9168-250-0.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2009a), Thematic paper — Women's voices: experiences and perceptions of women who face drug-related problems in Europe, Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 2009 — ISBN 978-92-9168-350-5
- EMCDDA (European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction). (2010). The State of the Drugs Problems in Europe. Annual Report. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2010 — ISBN 978-92-9168-432-8
- EMCDDA (European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction). (2009). The State of the Drugs Problems in Europe. Annual Report. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2009 — ISBN 978-92-9168-384-0
- EMCDDA (European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction) (2000) Problems facing women drug users and their children, EMCDDA 2000 selected issue
- Eurasian Harm Reduction Network. (2007). Hepatitis C among Injecting Drug Users in the New EU Member States and Neighboring Countries. Situation, Guidelines and Recommendations. Vilnius: Eurasian Harm Reduction Network.
- EuroHIV (2007), HIV / AIDS Surveillance in Europe, Mid-year report 2006, No. 74. French Institute for Public Health Surveillance, Saint-Maurice.
- European Women's Lobby (2001), Young Women's Guide to Equality between Women and Men in Europe, EWL- LEF, Brussels, Available at: <http://www.womenlobby.org>
- Forman, S.F., Schwenk, T.L., Middleman A.B., Solomon, D. (2010). Eating disorders: Treatment and outcome. UpToDate, Inc. MA. Online 18.2: Available at: [www.uptodate.com](http://www.uptodate.com)
- Fowler L. (2002), Drugs, crime and the drug treatment and testing order. London, NAPO
- Trade Union and Professional Association for Family Court and Probation Staff (ICCJ Monograph, No. 2).
- Galvani S. and Humphreys C., The impact of violence and abuse on engagement and retention rates for women in substance use treatment, NHS, April 2007
- Gelinas, D. (1983). "The persisting negative effects of incest". *Psychiatry*, 46, p. 312-332
- Gollub, E. L., Rey, D., Obadia, Y. and Moatti, J. P. (1998), 'Gender differences in risk behaviors among HIV+ persons with an IDU history: the link between partner characteristics and women's higher drug-sex risks. The Manif 2000 Study Group', *Sexually Transmitted Diseases*, 25, pp. 483-8.
- Haider, H., (2008), Violence Against Women Interventions, Governance and Social Development, Resource Centre (GSDRC), Available at: <http://www.gsdr.org/docs/open/HD623.pdf>
- Hardarson O. (2007), "People outside the labour force: the downward trend continues", Eurostat Statistics in focus, Population and Social Conditions, n. 122/2007, ISSN 1977-0316
- Hartwell, K., Brady, K., Gold, M., Hermann, R. (2010), Clinical management of substance dependence across the continuum of care. UpToDate, Inc. MA., Available at: [www.uptodate.com](http://www.uptodate.com)
- HM Government (2010), Call to End Violence against Women and Girls, ISBN: 978-1-84987-377-2, London
- Home Office, Drug Interventions Programme (DIP), Good Practice Guide to Increasing the Engagement of Adults Involved in Prostitution within the Drug Interventions Programme, September 2007, Home Office, UK
- Hunter G. and Powis B., (1996), Women drug users: barriers to service use, and service needs. The Centre for Research on Drugs and Health Behaviour: Executive Summary, 47, 1996
- ICD-10 (International Classification of Disease). (2007). World Health Organization.



- Instituto de la Mujer (2007), Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Intervención en drogodependencias con enfoque de género. Nipo: 207-07-132-8. Madrid. [www.mtas.es/mujer](http://www.mtas.es/mujer)
- International Harm Reduction Development Program (IHRD) (2007), Women, Harm Reduction, and HIV, Open Society Institute Public Health Program, New York, Available from: [http://www.idpc.net/sites/default/files/library/IHRD\\_WomenHRHIV\\_EN.pdf](http://www.idpc.net/sites/default/files/library/IHRD_WomenHRHIV_EN.pdf)
- Klein-Schwartz W (2002). Abuse and toxicity of methylphenidate. *Current Opinion in Pediatrics* 14 (2), April 2002: 219–23.
- Lakhan S.E., Hagger-Johnson G.E. (2007). The impact of prescribed psychotropic on youth. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health* 3:21.
- Leombruni, P., Lavagnino L., Fassino S. (2009), "Treatment of obese patient with binge eating disorder using topiramate: a review", In *Neuropsychiatric Disease and Treatment* 2009; 5: 385-92. [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed)
- Ley A, Jeffery DP, McLaren S, Siegfried N. (2000). "Treatment programmes for people with both severe mental illness and substance misuse". In *Cochrane Database Systematic Review*. 2000;(4):CD001088. South Devon Healthcare Trust, Kitson Hall, Torbay Hospital, Lawes Bridge, Torquay, Devon, UK, Available at: [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed)
- Lingford-Hughes A.R., Welch S., Nutt D.J. et al. Evidence-based guidelines for the pharmaceutical management of substance misuse, addiction and comorbidity: recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *Journal of Psychopharmacology* 18(3) 293-335 (2004)
- Lynch, W.J., Roth, M.E., and Carroll, M.E., "Biological basis of sex differences in drug abuse: preclinical and clinical studies", *Psychopharmacology*, vol. 164, No. 2 (2002), pp. 121-137.
- Malacrea, M., (2006) "Caratteristiche, dinamiche ed effetti della violenza su bambini e bambine", In Bianchi, D., Moretti, E., (2006), *Vite in bilico. Indagine retrospettiva su maltrattamenti e abusi in età infantile*. Ministero della Solidarietà Sociale, Centro Nazionale Documentazione e Analisi per l'Infanzia e l'Adolescenza. Available at: [http://e-ms.cilea.it/archive/00000763/01/Vite\\_in\\_bilico\\_Q40.pdf](http://e-ms.cilea.it/archive/00000763/01/Vite_in_bilico_Q40.pdf)
- Medrano Albéniz J., Zardoya Mateo M.J., Pacheco Yáñez L. *Uso de psicofármacos en el ambarazo y lactancia*. Ediciones Médicas. 2009. ISBN: 978-84-96727-57-1
- McCabe, S.E., Cranford, J.A., West, B.T. (2008) "Trends in prescription drug abuse and dependence, co-occurrence with other substance use disorders, and treatment utilization: results from two national surveys" In *Addictive Behaviors*, Oct; 33(10):1297-305.
- Miller M., Neaigus A. (2001), Networks, resources and risk among women who use drugs. *Social Science and Medicine*, 52, 967-978.
- Morse B., Gehshan S., Hutchins E. (2000). Screening for Substance Abuse During Pregnancy: Improving Care, Improving Health. National Center for Education in Maternal and Child Health. Arlington, VA. ISBN 1-57285-042-6. <http://www.ncemch.org>
- NIAAA (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism) (2008), Alcohol. A Women Issue, USA National Institute of Health Publication No. 03-4956 Available at: <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/brochurewomen/women.htm>
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), (2004), Eating disorders: Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders. London. Available at: [www.nice.org](http://www.nice.org)
- National Institute on Drug Abuse (NIDA) (1998), "Exploring the role of child abuse in later drug abuse", *NIDA Notes*, vol. 13, No. 2 (1998), Available at: [www.nida.nih.gov/NIDA\\_Notes/NNVol13N2/exploring.html](http://www.nida.nih.gov/NIDA_Notes/NNVol13N2/exploring.html)
- National Institute on Drug Abuse (NIDA) (2005), Prescription drugs: Abuse and Addiction. In *Research Report Series*. NIH Publication Number 05-4881. Available at: [www.health.org](http://www.health.org)
- NSW Department of Health (2006). Ministerial Council on Drug Strategy. National clinical guidelines for the management of drug use during pregnancy, birth and the early development years of the newborn. Commonwealth of Australia. ISBN 0-7347-3890-0. <http://www.health.nsw.gov.au>
- O.N.Da. (Osservatorio Nazionale sulla salute della Donna), (2008), *La Salute della Donna. Proposte, strategie, provvedimenti per migliorarla*. Libro verde, FrancoAngeli Milano
- Opinion Leader Research, Needs assessment study: Researching the information and support needs of women drug-users, London, October 2003
- Orwin R., Francisco L. and Bernichon T. (2001), Effectiveness of Women's Substance Abuse Treatment Programs: a Meta-Analysis (United States of America, Center for Substance Abuse Treatment, National Evaluation Data Services, May (2001), p. 34, available at [www.icpsr.umich.edu/SAMHDA/NTIES/NTIESPDF/SUMMARIES/21\\_womens\\_meta\\_analysis.pdf](http://www.icpsr.umich.edu/SAMHDA/NTIES/NTIESPDF/SUMMARIES/21_womens_meta_analysis.pdf)
- OTIS (Organization of Teratology Information Specialists) (2010), O.T.I.S. Fact Sheets ©, available at : <http://www.otispregnancy.org/otis-fact-sheets-sl3037#6>



- Ouellette E.M. (1991). Legal issues in the treatment of children with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Child Neurology* 6 Suppl: S68–75.
- Parsons, M. L. and R. C. Warner; (2002), "Factors that support women's successful transition to the community following jail/prison", *Health Care for Women International* 23(1), 2002
- Pinkham S, Malinowska-Sempruch K (2007). *Women, Harm Reduction, and HIV*. New York: International Harm Reduction Development Program of the Open Society Institute
- PNS: Ministerio del Interior (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas) (2000 – 2008). *Estrategia Nacional Sobre Drogas*. España. NIPO: 126-99-041-3.
- Practice Guidelines for Working with the Pregnant Woman Substance User and her Family, Edition II, May 2005. Nottinghamshire Healthcare, NHS, UK
- Quaker Council for European Affairs (2007). *Women in prison: a review of the conditions in Member States of the Council of Europe*. Brussels, Quaker Council for European Affairs.
- Ramsay, M. (2003), *Conclusions: Policy implications and lessons for practitioners*. London, Research Development and Statistics Directorate: 145—150, 2003
- Rhodes, T, Stimson, G, Crofts, N, Ball, A, Dehne, K, Khodakevich, L. (1999). Drug injecting, rapid HIV spread, and the "risk environment" implications for assessment and response. *AIDS* 13, S259-269
- Rhodes T., Platt L., Filatova K., Sarang A., Davis M., & Renton A. (2002). *Behaviour factors in HIV transmission in Eastern Europe and Central Asia*. Geneva: UNAIDS
- Sherman S.G., Latkin C.A. and Gielen A.C., "Social factors related to syringe sharing among injecting partners: a focus on gender", *Substance Use and Misuse*, vol. 36, No. 14 (2001), pp. 2113-2136.
- Simonelli A., Ballabio M., (2011), *Dipendenze Patologiche*, Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione, Università di Padova, In Stampa
- Simoni-Wastila L., Ritter G. and Strickler G. (2004), "Gender and other factors associated with the nonmedical use of abusable prescription drugs", *Substance Use and Misuse*, vol. 39, No. 1 (2004), pp. 1-23.
- Stocco, P., Llopis, J.J., DeFazio, L., Calafat, A., Mendes, F. (2000), *Women drug abuse in Europe: gender identity*. IREFREA. Palma de Mallorca. España. Available at: [www.irefrea.org](http://www.irefrea.org)
- Taylor, S. D. (1996), "Women offenders and reentry issues." *Journal of Psychoactive Drugs* 28 (1), 1996
- Tiet, Q.Q., Mausbach, B. (2007). *Treatments for patients with dual diagnosis: a review*. Alcoholism, Clinical and Experimental Research. 2007 Apr;31(4):513-36. Center for Health Care Evaluation, VA Palo Alto Health Care System, Palo Alto, California, USA, Available at: [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed)
- United Nations Program on HIV/AIDS (UNAIDS) (2007). *Women and girls*. Available at: [http://www.unaids.org/en/Policies/Affected\\_communities/women.asp](http://www.unaids.org/en/Policies/Affected_communities/women.asp)
- UNAIDS, *Guidance Note on HIV and Sex Work*, March 2009
- UNODC (United Nations Office on Drugs and Crime) (2004), *Substance abuse treatment and care for women: Case studies and lessons learned*, UN, New York, 2004
- UNODC (United Nations Office on Drugs and Crime) (2006), *HIV/AIDS prevention and care for female injecting drug users*, July
- UNODC (United Nations Office on Drugs and Crime) (2008). *UNODC handbook for prison managers and policymakers on women and imprisonment*. Vienna, United Nations Office on Drugs and Crime.
- UNODC, WHO Europe, *Women's health in prison: Correcting gender inequity in prison health*, WHO, 2009
- V.E.de.T.T.E. (Studio Nazionale per la Valutazione dell'Efficacia dei Trattamenti per la Tossicodipendenza da Eroina) (2007), *Monografia n. 7, Differenze*





di Genere nello Studio VEdette. Regione Piemonte, Assessorato ai Beni Culturali. ISBN 978-88-76-78138-4

Verster, A. and Solberg, U. (2003), Social Reintegration in the European Union and Norway, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), Lisbon, Available at: [www.emcdda.eu.int/index.cfm](http://www.emcdda.eu.int/index.cfm)

Vidal-Trécan, G, Coste, J, Coeuret, M, Delamare, N, Varescon-Pousson, I, Boissonnas, A (1998). Risk behaviors of intravenous drug users: are females taking more risks of HIV and HCV transmission? *Rev Epidemiol Sante Publique*; 46(3):193-204

Vogt, I., Gender and drug treatment systems. In Klingemann H, Hunt G (eds), *Drug Treatment Systems in an International Perspective: Drugs, Demons and Delinquents*. Sage, London, 1998

Winstanley, EL, Gust, SW, Strathdee, SA (2006). Drug abuse and HIV/AIDS: International research lessons and imperatives. *Drug Alcohol Depend*, 2006, 82 Suppl 1:S1-5.

WHO (1995), *The World Health Report 1995. Bridging the gaps*, Geneva, World Health Organization, Available at: [http://www.who.int/whr/1995/en/whr95\\_en.pdf](http://www.who.int/whr/1995/en/whr95_en.pdf)

WHO (2007a), *Interventions to address HIV in prisons: HIV care, treatment and support*. Geneva, World Health Organization (Evidence for Action Technical Papers; Available at: <http://www.who.int/hiv/pub/advocacy/idupolicybriefs/en> )

Zenker C., Bammann K. and Jahn I., "Genese und Typologisierung der Abhängigkeitserkrankungen bei Frauen", In Baden-Baden, Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Nomos, 2003).

Zurhold H., Haasen C. (2005). Women in prison: responses of European prison systems to problematic drug users. *International Journal of Prisoner Health*, 1:127–141.

