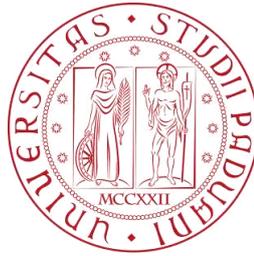


UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Scuola di Medicina e Chirurgia
Dipartimento di Neuroscienze (DNS)
Direttore Prof. De Caro Raffaele

Corso di Laurea in
EDUCAZIONE PROFESSIONALE
Presidente Prof.ssa Elena Tenconi



Tesi di Laurea

**DISTURBI CORRELATI A SOSTANZE E DISTURBI DA
ADDICTION: LO STIGMA IN UN'OTTICA AL
FEMMINILE**

Relatore: Prof.ssa Arianna Camporese

Laureanda: Maria Vittoria Piccolo

Matricola: 1232303

Anno Accademico 2021/2022

RINGRAZIAMENTI

Tra i tanti difetti che riconosco di avere e tra quelli che ancora non ho scoperto credo di poter dire che non ci siano la mancanza di umiltà e di riconoscenza di saper dire grazie, solo che forse qualcuno ancora non lo sa.

È per questo che i primi ringraziamenti vanno a loro, alla mia famiglia, ai miei genitori, a mio fratello, a cui voglio bene senza averglielo mai detto.

Grazie mamma. Grazie perché ci hai creduto prima che ci credessi io. Grazie perché mi hai insegnato la forza, il coraggio, ma anche la fragilità. Grazie perché senza di te non sarei qua. Grazie perché solo io e te sappiamo. Questa tesi porta anche il tuo nome.

A papà, che ha iniziato a chiamarmi Dottoressa ancor prima di iniziare le lezioni il primo anno. Mi hai insegnato che nella vita si può sempre cambiare e migliorare.

Grazie per avermi insegnato la determinazione e a combattere fino alla fine.

Grazie Tommaso: un pezzo di cuore sempre troppo distante. Mai come oggi ti vorrei al mio fianco. Grazie per avermi insegnato a inseguire i miei sogni, sempre. Sei fonte di ispirazione e di orgoglio costante.

Grazie alle mie nonne: il desiderio di darvi la soddisfazione di vedermi laureata è stata la spinta più intensa a darmi da fare.

Grazie zia Anna, zio Mimmo, zia Ida, zio Mirco, Alberto e Alessandro: non vi ringrazierò mai abbastanza per la vostra presenza nei momenti difficili.

Grazie Mauro, che mai come in questo periodo hai dovuto sopportare il mio pessimo carattere. Sei la persona più buona che conosca. Non so cosa il futuro ci riservi, ma avrai sempre un posto nel mio cuore.

Alla mia relatrice, la Dottoressa Arianna Camporese, per essere stata molto più disponibile e paziente di quanto le venisse richiesto.

A Giulia, per avermi insegnato la costanza, la determinazione e l'educazione. Grazie. Detto con tutta l'ammirazione e l'affetto di cui sono capace.

Ad Alessandra. Grazie perché ci sei sempre stata ogni volta che si è trattato di curare le mie debolezze. Grazie perché hai cercato di insegnarmi per quante cose non vale la pena preoccuparsi.

Grazie a tutti i miei compagni di corso, ma soprattutto grazie a loro tre, che sono state la mia spalla destra.

Ad Arianna. Sei stata fonte di stimolo costante. Hai fatto uscire il meglio di me.

A Elisa. Compagna di ansia, disperazione e tanto divertimento. Grazie per aver condiviso con me questo viaggio dal primo giorno.

A Martina. Senza la quale starei ancora preparando l'esame di P.C. Grazie per essere diventata molto di più di una compagna di corso. Sei stata una splendida scoperta.

E ancora ad Alberto, Lele, Elisabeth, Luca, Arianna, Chiara e a tutti coloro che mi sono stati vicini anche solo per un attimo. Non sarebbe stato possibile arrivare fino alla fine se non vi avessi avuti al mio fianco.

Grazie.

RIASSUNTO

Con questo lavoro si vuole analizzare il fenomeno dei Disturbi correlati a sostanze e Disturbi da addiction nelle donne, e in particolare lo stigma che colpisce il genere femminile nella società moderna italiana in relazione a tali condizioni patologiche.

Nell'immaginario comune vi è un forte stigma nei confronti delle persone che sviluppano una dipendenza patologica: la società infatti emargina, disprezza, giudica, non riconoscendo che la dipendenza patologica, invece, è una patologia cronica recidivante; questo comporta che molto spesso sia etichettata come un vizio, una scelta che l'individuo compie volontariamente e consapevolmente, e questo fa sì che sia ritenuto responsabile.

Se già nei confronti delle persone con dipendenza vi è uno stigma, questo è ancora maggiore nei confronti delle donne e ciò è dimostrato anche dal fatto che, nonostante l'avvenuto aumento di dipendenza da sostanze nel mondo femminile, non vi è stato, come ci si aspetterebbe, un aumento parallelo delle donne che si rivolgono ai Servizi per le Dipendenze territoriali.

Con questo elaborato si è cercato di analizzare e comprendere le motivazioni che spingono le donne a chiedere aiuto meno frequentemente rispetto agli uomini ed evidenziare la necessità, come già in altri settori, di utilizzare metodologie d'intervento differenti a seconda del genere.

A chiusura dell'elaborato vi sono delle considerazioni e valutazioni sulla figura dell'Educatore Professionale e possibili modalità di intervento per affrontare la problematica dello stigma verso questa fascia di popolazione in Italia.

PAROLE CHIAVE: correlato a sostanze, disturbi addiction, donne, stigma, intervento educativo

ABSTRACT

In this paper the phenomenon of substances related disorders and addiction disorders in women is investigated, with special attention to the stigma that affects in modern Italian society the female gender suffering of such disorders.

In the common imaginary there is a strong stigma towards people who develop a pathological addiction: the society in fact marginalizes, despises, judges these people, by not recognizing that pathological addiction is, as a matter of fact, a chronic relapsing pathology; this means that pathological addiction is very often mistaken for a vice, a voluntarily and consciously choice made by the individual, and this causes him to be considered responsible for it.

If it's true that there is a stigma towards people with addiction, this is even more true with regard to women suffering of addiction disorders. This is the reason why, despite the increasing incidence of substances related disorders in the female population, there has not been a related increase in the number of women turning to local addiction services, as might have been expected.

The paper tries to analyze and understand the reasons why women ask for help less frequently than men and highlights the need, as well as in other sectors, to use different intervention methods according to the gender.

In the conclusions of the paper, there are considerations and assessments on the profile of the Professional Educator and possible ways of intervening to address the problem of stigma towards this segment of the population in Italy.

KEYWORDS: substance-related, addictive disorders, women, stigma, educational intervention

INDICE

Introduzione	pag. 1
Capitolo 1	
1.1 – Obiettivi e quesiti	pag. 5
1.2 – Metodi	pag. 7
1.3 – Materiali bibliografici utilizzati	pag. 11
Capitolo 2	
2.1 – La condizione femminile fino al 1800	pag. 17
2.2 – La condizione femminile dal 1800 ad oggi	pag. 22
2.3 – Il processo verso la parità dei sessi	pag. 25
Capitolo 3	
3.1 – Le caratteristiche della donna tossicodipendente: aspetti psico-sociali e prospettive di intervento	
3.1.1 Le caratteristiche sociali e culturali delle donne tossicodipendenti	pag. 29
3.1.2 Le caratteristiche delle donne che si presentano ai servizi e le modalità e motivazioni della richiesta d'aiuto	pag. 30
3.1.3 Perché le donne chiedono meno aiuto rispetto agli uomini	pag. 32
3.1.4 Le caratteristiche del trattamento delle donne tossicodipendenti e le differenze nel trattamento in base alle esigenze personali	pag. 33
3.2 – Le differenze tra donne ed uomini che fanno uso di sostanze	
3.2.1 Le differenze tra uomini e donne che usano sostanze	pag. 37
3.2.2 Le conseguenze che le donne che utilizzano sostanze sono costrette ad affrontare	pag. 40
Conclusioni	pag. 43
Bibliografia e sitografia	pag. 51

INTRODUZIONE

Con questo lavoro si vuole analizzare il fenomeno dei Disturbi correlati a sostanze e Disturbi da addiction nelle donne e in particolare lo stigma che colpisce il genere femminile nella società moderna italiana.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS; in inglese World Health Organization, WHO), che, dopo aver fatto diverse proposte negli anni, oggi definisce la dipendenza patologica come una "condizione psichica, talvolta anche fisica, derivante dall'interazione tra un organismo e una sostanza, caratterizzata da risposte comportamentali e da altre reazioni che comprendono un bisogno compulsivo di assumere la sostanza in modo continuativo o periodico, allo scopo di provare i suoi effetti psichici e talvolta di evitare il malessere della sua privazione."

Nell'immaginario comune vi è un forte stigma nei confronti delle persone che sviluppano una dipendenza patologica: la società infatti emargina, disprezza, giudica e si chiede come sia possibile che le persone ancora non abbiano capito che è dannosa per la salute e ne finiscano dipendenti. Non viene riconosciuto invece che la dipendenza patologica è una patologia cronica recidivante e questo comporta molto spesso che venga etichettata come un vizio, una scelta che l'individuo compie volontariamente e consapevolmente; pertanto, questo fa sì che ne sia ritenuto responsabile.

Nel tempo si è evoluto un dibattito attorno a ciò che causa la dipendenza: un dibattito che alterna la demonizzazione dell'oggetto (droghe, alcol, gioco) alla patologizzazione del soggetto, categorizzandolo come vizioso, passando infine alla criminalizzazione del contesto (la ricerca del colpevole nella famiglia, nella società, nel contesto amicale).

Da qui è facile comprendere come la dipendenza da sostanze spesso non viene riconosciuta come patologia cronica, bensì etichettata come un vizio, una scelta che l'individuo compie senza tener conto anche della connotazione neurobiologica alla base di questa condizione psicopatologica e per questo motivo nasce lo stigma verso le persone con addiction.

La parola "stigma" deriva dal greco antico, coniata per riferirsi al marchio che veniva inciso su criminali e schiavi.

Il termine era utilizzato anche per indicare una condizione di vergogna permanente.

Questa seconda definizione è quella che si avvicina maggiormente al significato oggi predominante.

“Secondo Goffman lo stigma colpirebbe i reprobri, i soggetti pericolosi o malvagi, ma anche le persone con attributi che le rendono diverse dagli altri, per difetti somatici o tratti comportamentali atipici. Macchiata dallo stigma, la persona perde la sua pienezza, appare contaminata e viene irrimediabilmente sminuita e marginalizzata. (Goffman, 1963, p.12)

Tra i tipi di stigma più comuni e persistenti troviamo quelli associati a un passato di detenzione, l'omosessualità e le dipendenze.” (Canali, 2021)

Se già nei confronti delle persone con dipendenza vi è uno stigma, questo è ancora maggiore nei confronti delle donne, e nei seguenti capitoli si cercherà di analizzarne le motivazioni.

“In tutti gli Stati occidentali, infatti, le donne sono in netta inferiorità numerica rispetto agli uomini nell'uso di tutte le sostanze psicoattive illegali, presentano un consumo quasi doppio di psicofarmaci (su prescrizione medica) e si stanno progressivamente allineando all'uomo nei consumi di alcol e tabacco.” (Molteni, L., 2013)

Nonostante l'avvenuto aumento di abuso/dipendenza da sostanze nel mondo femminile, non vi è stato, come ci si aspetterebbe, un aumento parallelo delle donne che si rivolgono ai Servizi per le Dipendenze territoriali.

Dal Rapporto Tossicodipendenze 2018 e 2020, un'analisi dei dati del Sistema Informativo Nazionale, emerge che l'86% dell'utenza dei Ser.D. è di genere maschile: non solo la percentuale di donne seguite è in netta minoranza, ma negli anni non è nemmeno cambiata, non seguendo quindi il rapporto percentuale.

Lo spunto che mi ha guidata nella scelta dell'argomento è proprio questo: analizzare e comprendere le motivazioni che spingono le donne a chiedere meno aiuto rispetto agli uomini ed evidenziare la necessità, come già in altri settori, di utilizzare metodologie d'intervento differenti a seconda del genere.

Nei capitoli successivi si andrà ad approfondire e sviscerare l'argomento partendo dalla figura della donna nel tempo, dall'idea che la società si è fatta nei confronti della stessa e dello stigma che negli anni l'ha investita.

Successivamente, approfondendo l'argomento delle dipendenze in ottica femminile e confrontando questi dati con quelli del mondo maschile, si cercherà di esaminare molteplici aspetti: caratteristiche sociali e culturali delle donne che utilizzano sostanze, motivazioni che portano all'uso, le modalità di utilizzo, le modalità e motivazioni della richiesta di aiuto, caratteristiche delle donne che si presentano ai servizi, le caratteristiche del trattamento, le diverse tipologie di esigenze che richiedono a seconda della loro condizione (donne gravide, in carcere, ecc...), le differenze tra uomini e donne, le conseguenze legate all'uso a livello sanitario, sociale, legale ed economico, lo stigma legato alle donne tossicodipendenti.

Infine a chiusura dell'elaborato e raccolti questi dati si faranno delle considerazioni e valutazioni sulla figura dell'Educatore e come dovrebbe idealmente intervenire per ridurre la problematica dello stigma verso questa fascia di popolazione in Italia.

CAPITOLO 1

1.1 Obiettivi e quesiti

Il presente lavoro mira ad offrire risposta, mediante l'analisi della letteratura di settore, ad alcuni quesiti importanti al fine di comprendere l'esperienza delle donne tossicodipendenti.

I cambiamenti che hanno caratterizzato nella società contemporanea la rappresentazione sociale delle donne – ad esempio la crescente somiglianza tra i ruoli sociali di uomini e donne - sono stati identificati in letteratura come uno dei fattori che hanno contribuito all'aumento del consumo di droghe da parte delle donne, come notato da Marangoni e Oliveira (2013).

È stato messo in evidenza che le donne sono state l'obiettivo di campagne pubblicitarie che promuovono l'uso di droghe legali come l'alcol e, in modo subliminale, hanno trasmesso il messaggio che tali sostanze possono fungere da stimolanti e soppressori dell'appetito, associandole ad un ideale di bellezza, benessere e avanzamento sociale. Tali elementi svolgono un'azione rafforzante per il comportamento sociale e la forma ideale del corpo femminile (Ferreira, 2013).

La pressione psicologica esercitata dai mass media può avere un'influenza negativa che incoraggia le donne a iniziare e mantenere un comportamento additivo.

L'immagine della donna tossicodipendente è rappresentata con riserva dalla società, sia perché si configura come comportamento di abuso nei confronti della droga, già di per sé oggetto di biasimo, sia perché rappresenta un allontanamento dal comportamento che ci si aspetta dalle donne, alle quali la società intende ancora attribuire un'immagine di virtù e purezza.

Questa situazione è in gran parte determinata da un percorso di tipo narrativo che nel corso della storia ha consolidato la rappresentazione di determinate caratteristiche e ruoli specifici come tipiche di uomini e donne, costruita attraverso processi politici gerarchizzati e relativi al potere tra i sessi, che sono stati e continuano essere intrisi di valore nell'organizzazione sociale.

Un risultato di questa costruzione è che le donne sono state rappresentate nell'immaginario sociale come più fragili, più emotive, passive e limitate allo spazio

domestico, dando priorità alla cura della famiglia e inserite in modelli “ideali” di femminilità (Ferreira, 2013).

A causa di questo pregiudizio, rivelato dalle strutture delle disuguaglianze di genere, il consumo di droga da parte delle donne entra in un campo minato di rappresentazioni denigratorie delle donne tossicodipendenti che legittima l'espressione di atteggiamenti prevenuti e la loro esclusione sociale (Medeiros et al., 2015).

Secondo Bucher (1992), le donne che fanno uso di droghe si contrappongono alle regole legali e morali della società e tale condotta causa un “estraniamento” rispetto al sistema sociale esistente.

Questa prospettiva è simile a quanto affermato nell'ambito degli studi di Becker (2008) in relazione ai consumatori di marijuana e ai musicisti, sul comportamento deviante, che si basa sulla nozione che i gruppi sociali stabiliscono ciò che è considerata una violazione delle regole ed etichettano i trasgressori come devianti.

A questo proposito, Goffman (2006) esegue un'analisi delle etichette e le definisce come “segni” o indesiderabili attributi che sono imposti dalla società per stabilire un modello nella categoria “normalità”. Non appartenendo a tale categoria di normalità, le donne tossicodipendenti diventano bersagli della moralizzazione e della rappresentazione denigratoria, che squalificano e spersonalizzano come “soggetti desiderabili” e le etichettano come pericolose e minacciose per la vita sociale.

Nonostante la rilevanza dell'argomento, c'è scarsa letteratura sul coinvolgimento delle donne nella dipendenza dalla droga in relazione ad una concezione che oltrepassi i confini dell'individuo e della dimensione biologica, cercando di comprendere il fenomeno a livello sociale e concentrandosi sulla produzione di discorsi e rappresentazioni relative al gruppo di appartenenza.

La rappresentazione sociale delle donne tossicodipendenti, intesa come riflesso dell'individuo e manifestazione sociale del gruppo sociale con cui il soggetto condivide le esperienze e la sua vita personale, rimanda ad un processo di generalizzazione, un modo collettivo di pensare a un argomento, come proposto da Jodelet (2001).

L'indagine sul fenomeno della dipendenza dalla droga al femminile mira a concepire l'oggetto sociale in una considerazione che approcci la tematica in modo non

aprioristico, cioè facendo in modo che l'oggetto di studio sia inteso alla luce di un approccio multiforme e dinamico, progettato per costruire la conoscenza a partire dalla prassi di differenti attori sociali e che è condivisa dai gruppi di appartenenza (Jodelet, 2001).

Di conseguenza, i quesiti che questo studio intende prendere in considerazione riguardano la costruzione di un pensiero comune sulle donne nel contesto del consumo di droga e, in particolare, il contenuto rappresentativo alla base dei discorsi relativi a questa categoria di persone. Sembra che vi sia un consenso comune nel denigrare le rappresentazioni sociali riguardanti le donne tossicodipendenti che implica l'esclusione dai diritti basati sulle differenze nei ruoli sociali che non sono state accettate e talvolta non sono state tollerate, ponendosi alla base di discorsi sociali basati sul superamento del confine relativo alle concezioni di genere.

A partire da tali premesse, il presente elaborato mira a rispondere alle seguenti domande:

1. Quando e perché nasce lo stigma verso le donne?
2. Quali sono le caratteristiche sociali e culturali delle donne tossicodipendenti?
3. Quali sono le caratteristiche delle donne che si presentano ai servizi?
4. Quali sono le modalità e le motivazioni della richiesta d'aiuto da parte delle donne?
5. Perché le donne chiedono meno aiuto rispetto agli uomini?
6. Quali sono le caratteristiche del trattamento delle donne tossicodipendenti?
7. Vengono differenziati i trattamenti in base alle loro esigenze?
8. Quali sono le differenze tra uomini e donne che usano sostanze?
9. Quali sono le conseguenze che le donne tossicodipendenti sono costrette ad affrontare?

1.2 Metodi

La ricerca bibliografica è stata condotta utilizzando le banche dati di siti istituzionali, giudiziari, scientifici e ricerche di pubblicazioni sull'argomento in rete. Tra i più importanti vi sono:

- Istat;

- Iss;
- Ministero della Salute;
- Academia;
- Assolombarda;
- Pubmed.

Per la ricerca sono state impiegate stringhe diverse di ricerca allo scopo di individuare quante più pubblicazioni possibile inerenti alla tematica di interesse. Più specificamente, le parole chiave che sono state utilizzate sono le seguenti:

- 1) la condizione della donna nel passato,
- 2) parità di genere,
- 3) recent woman condition,
- 4) gender parity,
- 5) disturbo correlato a sostanze,
- 6) addictive disorders,
- 7) stigma,
- 8) women,
- 9) donne,
- 10) intervento educativo.

La ricerca ha prodotto risultati interessanti nei diversi siti consultati, permettendo di arricchire le informazioni inerenti all'argomento e definire appropriatamente la natura della problematica e l'evoluzione che si è ottenuta nel corso degli ultimi decenni. Di seguito si presenta in forma schematica, come *flow chart*, le varie fasi della ricerca, indicando anche il numero di pubblicazioni che sono emerse come risultato.

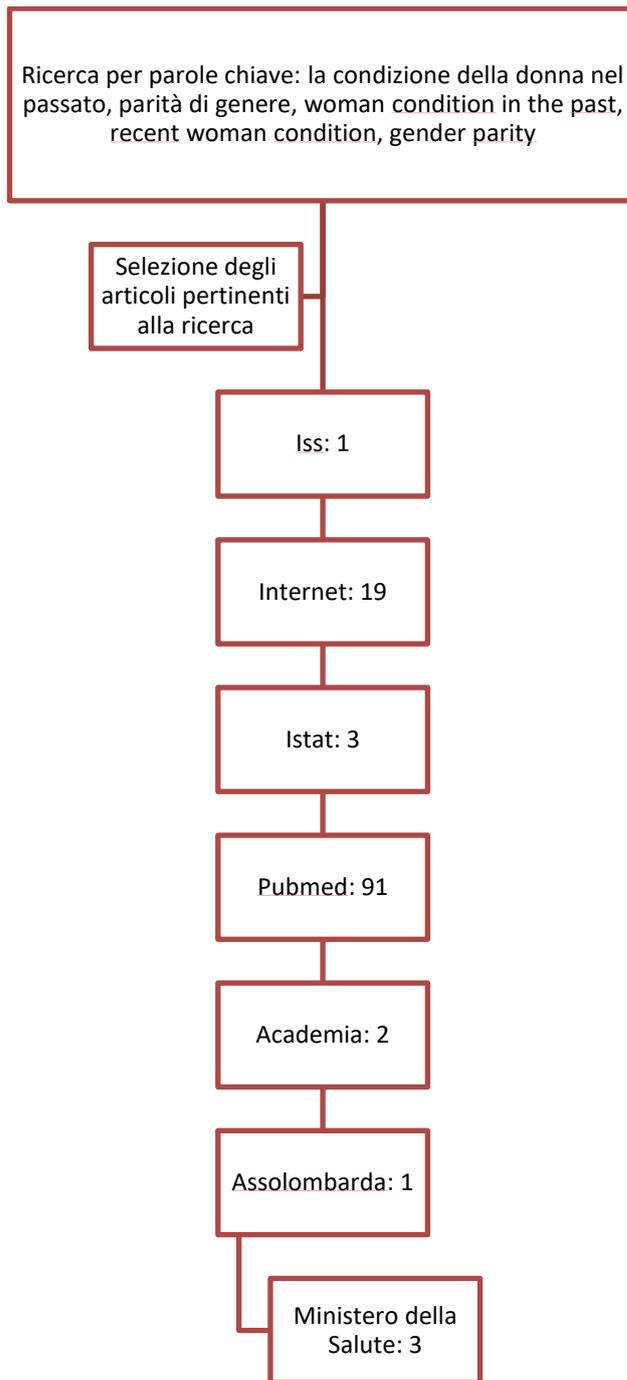


Figura 1. Flow chart della strategia della ricerca bibliografica effettuata.

Di seguito si presenta in forma schematica, come *flow chart*, la selezione degli articoli effettuata.

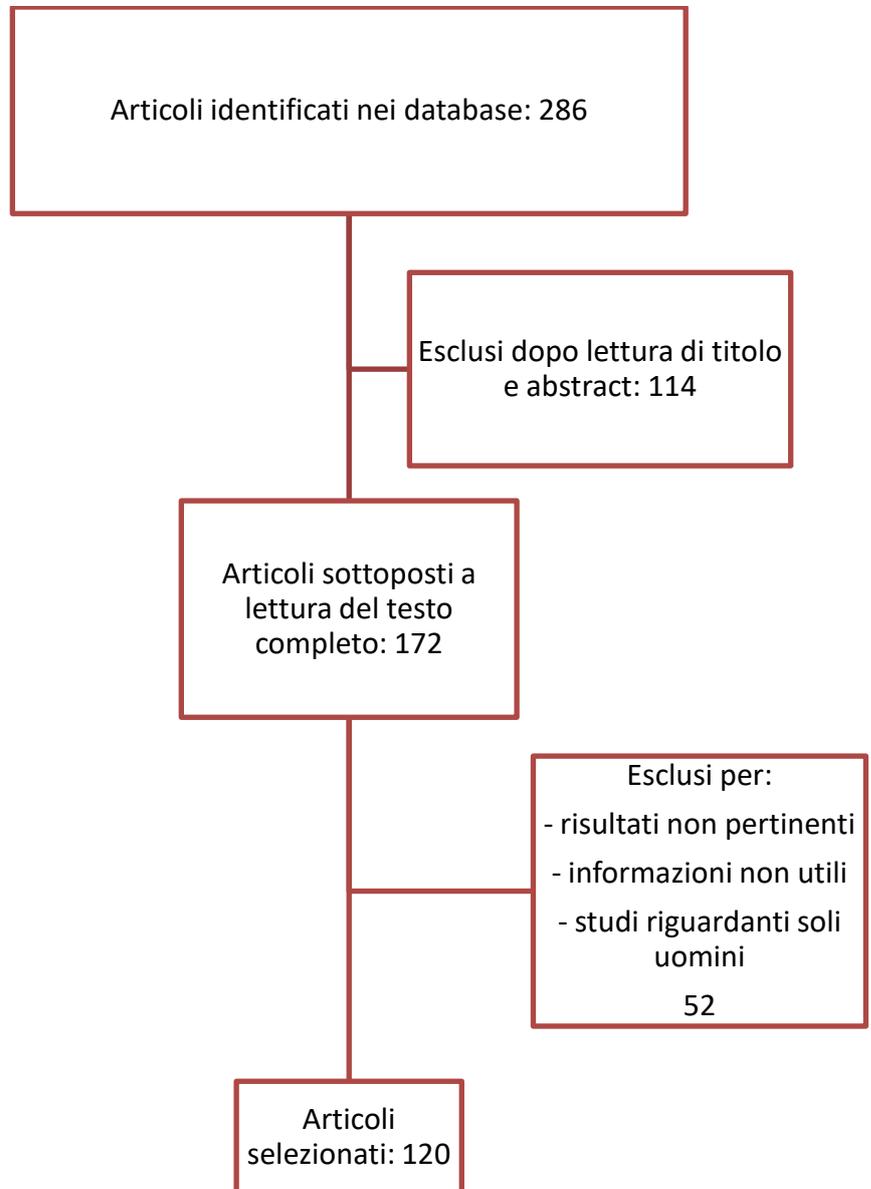


Figura 2. Flow chart della selezione degli articoli effettuata.

1.3 Materiali bibliografici utilizzati

La ricerca bibliografica ha permesso di individuare pubblicazioni di diversa tipologia che hanno permesso di approfondire la tematica e ottenere informazioni di diversa natura per una più ampia conoscenza degli aspetti più rilevanti degli sviluppi che nel corso dei secoli si sono avuti in ambito della figura della donna e dell'attuale studio delle tossicodipendenze nel mondo femminile.

Nella tabella che segue si presentano le varie pubblicazioni consultate per la stesura dei due capitoli seguenti (capitolo 2 e 3), suddivise per tipologia di pubblicazione, considerando le seguenti tipologie:

- a. Revisioni bibliografiche,
- b. Studi sperimentali,
- c. Documenti giuridici,
- d. Saggi,
- e. Documenti istituzionali,
- f. Pubblicazioni in internet.

Tipologia di pubblicazione	Riferimento bibliografico
Revisioni bibliografiche	Parolari, P. (2019). Stereotipi di genere, discriminazioni contro le donne e vulnerabilità come disempowerment. Riflessioni sul ruolo del diritto. AG AboutGender – International journal of gender studies, Vol 8. Numero 15 2019, p 90-117
	Nunzez Paz, M.I. (2020). Diritti e doveri delle donne di Roma. Storica NATIONAL GEOGRAPHIC
	Molteni, L. (2013). Revisione della letteratura in materia di genere e uso di sostanze psicoattive. Italian Journal on Addiction, Vol 3. Numero 2 2013, p. 58-60
	De Marchi, E. (2012). L'emancipazione femminile dalla rivoluzione francese alla Grande guerra.
	Cantarella, E. (2019). Gli inganni di Pandora. L'origine delle discriminazioni di genere nella Grecia antica. Feltrinelli
	Battaglia, L. (2021). La condizione femminile da fine Ottocento alla riforma del diritto di famiglia. Il lungo e travagliato cammino verso la parità dei sessi. Policlic. L'in-formazione a portata di clic. (9), 13-20.
	Des Jarlais, D. C., Feelemyer, J. P., Modi, S. N., Arasteh, K. and Hagan, H. (2012), Are females who inject drugs at higher risk for HIV infection than males who inject drugs: an international systematic review of high seroprevalence areas, <i>Drug and Alcohol Dependence</i> 124, pp. 95-107
	Fiorucci M. (2017). Educatori e mediatori culturali: elementi per la formazione interculturale degli educatori. Pedagogica oggi. Rivista SIPED, XV(2), 75-90.
	Greenfield, S. F., Brooks, A. J., Gordon, S. M., Green, C. A., Kropp, F., McHugh, R. K., Lincoln, M., et al. (2007), Substance abuse

	treatment entry, retention, and outcome in women: a review of the literature, <i>Drug and Alcohol Dependence</i> 86, pp. 1-21.
	Straussner, S. (1985). Alcoholism in women: Current knowledge and implications for treatment. <i>Alcoholism Treatment Quarterly</i> , 5, 139-155.
	Zedler, B. K., Mann, A. L., Kim, M. M., Amick, H. R., Joyce, A. R., Murrelle, E. L. and Jones, H. E. (2016), Buprenorphine compared with methadone to treat pregnant women with opioid use disorder: a systematic review and meta-analysis of safety in the mother, fetus and child, <i>Addiction</i> 111, pp. 2115-2128.
Studi sperimentali	van der Kolk, B. (2017). El cuerpo lleva la cuenta. Cerebro, mente y cuerpo en la superación del trauma. Editorial Eleftheria.
	Wendell, A. (2013), Overview and epidemiology of substance abuse in pregnancy, <i>Clinical Obstetrics and Gynecology</i> 56, pp. 91-96.
	Tobin, M.B., Schmidt, M.D., Rubinow, D.R. (1994). Reported alcohol use in women with premenstrual syndrome. <i>American Journal of Psychiatry</i> , 151, 1503-1504
	Tuchman, E. (2010), Women and addiction: the importance of gender issues in substance abuse research, <i>Journal of Addictive Diseases</i> 29, pp. 127-138.
	Sherman, S., Latkin, C. and Gielen, A. (2001), Social factors related to syringe sharing among injecting partners: a focus on gender, <i>Substance Use & Misuse</i> 36, pp. 2113-2136.
	Smith, E.M., Cloninger, C.R. (1981). Alcoholic females: Mortality at twelve-year followup. <i>Focus on Women</i> , 2, 1-3.
	Reis Machado, J., da Silva, M. V., Cavellani, C. L., Antônia dos Reis, M., Monteiro, M. L. G. D. R., Teixeira, V. D. P. A. and Rosa Miranda Corrêa, R. (2014), Mucosal immunity in the female genital tract, <i>HIV/AIDS, BioMed Research International</i> . https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4181941/ .
	Miller, J.B. (1990). Connections, disconnections and violations. <i>Work in progress no. 33</i> . Stone Center, Working Paper Series, Wellesley, MA.
	Raskin, V.D. (1992). Maternal bereavement in the perinatal substance abuser. <i>Journal of Substance Abuse Treatment</i> , 9, 149-152.
	Piazza, N.J., Vrbka, J.L., Yeager, R.D. (1989). Telescoping of alcoholism in women alcoholics. <i>International Journal of Addictions</i> , 24, 19-28.
	Neale, J., Nettleton, S. and Pickering, L. (2014), Gender sameness and difference in recovery from heroin dependence: a qualitative exploration, <i>International Journal of Drug Policy</i> 25, pp. 3-12.
	Najavits, L. M. (2009), Psychotherapies for trauma and substance abuse in women: review and policy implications, <i>Trauma, Violence & Abuse</i> 10, pp. 290-298.
	Mir, J., Kastner, S., Priebe, S., Konrad, N., Ströhle, A. and Mundt, A. P. (2015), Treating substance abuse is not enough: comorbidities in consecutively admitted female prisoners, <i>Addictive Behaviors</i> 46, pp. 25-30.
	Kolind, T. and Duke, K. (2016), Drugs in prisons: exploring use, control, treatment and policy, <i>Drugs, Education, Prevention and Policy</i> 23, pp. 89-92.
	Messina, N., Grella, C. E., Cartier, J. and Torres, S. (2010), A randomized experimental study of gender responsive substance abuse treatment for women in prison, <i>Journal of Substance Abuse Treatment</i> 38, pp. 97- 107.
	Krans, E. E., Bogen, D., Richardson, G., Park, S. Y., Dunn, S. L. and Day, N. (2016), Factors associated with buprenorphine versus

	methadone use in pregnancy, <i>Substance Abuse</i> 37, pp. 550-557.
	Jonas, S., Bebbington, P., McManus, S., Meltzer, H., Jenkins, R., Kuipers, E. and Brugha, T. (2011), Sexual abuse and psychiatric disorder in England: results from the 2007 Adult Psychiatric Morbidity Survey, <i>Psychological Medicine</i> 41, pp. 709-719.
	Hser, Y., Anglin, M. & McGlothlin, W. (1987). Sex differences in addict careers: I. Initiation of use. <i>American Journal of Drug Abuse</i> , 13, 33-57.
	Grella, C. E. and Stein, J. A. (2013), Remission from substance dependence: differences between individuals in a general population longitudinal survey who do and do not seek help, <i>Drug and Alcohol Dependence</i> 133, pp. 146-153.
	Gyarmathy, V. A., Giraudon, I., Hedrich, D., Montanari, L., Guarita, B. and Wiessing, L. (2009), Drug use and pregnancy — challenges for public health, <i>Euro Surveillance</i> 14, pp. 33-36.
	Gil-Rivas, V., Fiorentine, R., Anglin, D., Taylor, E. (1997). Sexual and physical abuse: Do they compromise drug treatment outcomes? <i>Journal of Substance Abuse Treatment</i> , 14, 351-358.
	Frezza, M., DiPadova, C., Pozzato, G., Terpin, M., Baroona, E., Lieber, C.S. (1990). High blood alcohol levels in women: The role of decreased gastric alcohol dehydrogenase activity and first-pass metabolism. <i>New England Journal of Medicine</i> , 12, 871-878.
	Dahlgren, E., Willander, A. (1989). Are special treatment facilities for female alcoholics needed? A controlled 2-year follow-up study from a specialized female unit (EWA) versus mixed male/female treatment facility. <i>Alcoholism: Clinical and Experimental Research</i> , 13, 499-504.
	Arpa S., (2017). Women who use drugs: Issues, needs, responses, challenges and implications for policy and practice. <i>European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction</i> ,
	Arsova Netzelmann, T., Dan, M., Dreezens-Fuhrke., J., Kalikov, J., Karnite, A., Kucharova, B., Musat, G. et al. (2015), Women using drugs: a qualitative situation and needs analysis. Cross-country rapid assessment and response (RAR Report), SPI Forschung gGmbH, Berlin.
	Bloom, B., Owen, B. and Covington, S. (2003), Gender responsive strategies research practice, and guiding principles for women offenders, <i>National Institute of Corrections</i> , Washington DC.
	Biong, S., Ravndal, E. (2007). Young men's experiences of living with substance abuse and suicidal behaviour: Between death as an escape from pain and the hope for a life. <i>International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being</i> , 2, 246-259.
	Benoit, T. and Jauffret-Roustide, M. (2016), Improving the management of violence experienced by women who use psychoactive substances
	Beckman, L., Amaro, H. (1986). Personal and social difficulties faced by women and men entering alcoholism treatment. <i>Journal of Studies on Alcohol</i> , 47, 135-145.
	Barry, P.P. (1986). Gender as a factor in treating the elderly. <i>NIDA Research Monograph</i> 65, 65-69.
	Azim, T., Bontell, I. and Strathdee, S. A. (2015), Women, drugs and HIV, <i>International Journal of Drug Policy</i> 26, pp. 16-21.
Documenti giuridici	Costituzione della Repubblica Italiana 27 dicembre 1947. Articolo 3
Saggi	Duby, G., Perrot, M. (1995). Storia delle donne: dal rinascimento all'età moderna. Latera
	Casi, C. (2021). La donna nella preistoria. Ceccarelli
	Blume, S.B. (1997). Women: Clinical aspects. In: JH Lowinson, P Ruiz, RB Millman & JG Langrod (Eds) <i>Substance abuse: A</i>

	comprehensive textbook, 3rd edition, Baltimore: Williams & Wilkins, 645-65
	Covington, S. (1999). Helping women recover: A program for treating addiction. Guilford Press.
	Downs, W., and Miller, B. (2002), 'Treating dual problems of partner violence and substance abuse' in Wekerle, C. and Wall, A. M. (eds.), The violence and addiction equation: Theoretical and clinical issues in substance abuse and relationship violence. New York, NY: Brunner-Routledge. pp 252-272.
	Gilligan, C. (1982). In a different voice. Psychological theory and women's development. Harvard University Press.
	Grella, C. (2015), Gender responsive treatment approaches for women with substance use disorders, pp. 141- 175, in O'Neil, A. L. and Lucas, J. (eds.), DAWN drugs and alcohol women network: promoting a gender responsive approach to addiction, United Nations Interregional Crime and Justice Research Initiative (UNICRI), Turin.
	Haider, H. (2008), Violence against women interventions, Governance and Social Development, Resource Centre (GSDRC), Birmingham.
	International Network of People Who Use Drugs (INPUD) (2014), A war on women who use drugs, INPUD, London.
	Miller, J.B. (1976). Toward a new psychology of of women. Second edition. Beacon Press.
	Ravndal, E. (2008). Kvinner og alkohol (Women and Alcohol). In: Duckert F, Lossius K, Ravndal E, Sandvik B (eds). Kvinner og alkohol (Women and Alcohol) Oslo, Universitetsforlaget, 37-66.
	Rhodes, T., Platt, L. and Filatova, K. (2002), Behavior factors in HIV transmission in Eastern Europe and Central Asia, UNAIDS, Geneva.
Documenti istituzionali	Macchia, T. (2004). Donna e dipendenza crociata. Ann Istituto Superiore della Sanità 2004; 40(1): 35-40
	Istat (2020). Percorso lavorativo.
	Istat (2020). Annuario statistico 2020, pp. 288-349.
	Istat (2019). Reddito.
	Istat (2014). I tempi della vita quotidiana.
	Inverno, A., Pistono, D., Scanu Ballona, E., Taviani, S. (2021). Le equilibriste. Save the Children.
	Global Gender Gap Report 2022: Italia al 18° posto nell'UE (2022, luglio, 28). Generazione vincente.
	Di Cesare, M., Magliocchetti, N., Romanelli, M., Santori, E. (2021). Rapporto Tossicodipendenze. Analisi dei dati del Sistema Informativo Nazionale delle Dipendenze. Anno 2020
	Di Cesare, M., Magliocchetti, N., Romanelli, M., Santori, E. (2019). Rapporto Tossicodipendenze. Analisi dei dati del Sistema Informativo Nazionale delle Dipendenze. Anno 2018
	Assolombarda (2022). Global Gender Gap 2022: Italia ancora 63esima.
	Center for Substance Abuse Treatment (2013), Substance abuse treatment: addressing the specific needs of women, Treatment improvement protocol (TIP) series 51 (4th edition), Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Rockville, MD
	DrugScope and AVA (2013), The challenge of change: improving services for women involved in prostitution and substance use.
	EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction) (2015a), Comorbidity of substance use and mental disorders in Europe, EMCDDA Insights, Publications Office of the European Union, Luxembourg.
	EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction) (2016c), Comorbidity of substance use and mental health

	disorders in Europe: perspectives on drugs.
	EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction) (2012a), Pregnancy, childcare and the family: key issues for Europe's response to drugs, Publications Office of the European Union, Luxembourg.
	EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction) (2009), Women's voices: experiences and perceptions of women facing drug problems in Europe, Publications Office of the European Union, Luxembourg.
	EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction) (2004), Annual report 2004: the state of the drugs problem in the European Union and Norway.
	Kensy, J., Stengel, C., Nougier, M. and Birgin, R. (2012), Drug policy and women: addressing the negative consequences of harmful drug control, International Drug Policy Consortium, London.
	Roarty, L. and Saggars, S. (2009), Evaluation of services to culturally and linguistically diverse (CALD) women with comorbid mental health and drug and alcohol issues, National Drug Research Institute, Perth, Australia.
	Roberts, A., Mathers, B. and Degenhardt, L. (2010), Women who inject drugs: a review of their risks, experiences and needs, National Drug and Alcohol Research Centre (NDARC), Sydney, New South Wales.
	United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) (2016), Guidelines on drug prevention and treatment for girls and women, UNODC, Vienna.
	WHO (2009), Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence, World Health Organization, Geneva.
	WHO (2014), Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy, World Health Organization, Switzerland.
	WHO Regional Office for Europe (2009), Women's health in prison: correcting gender inequity in prison health, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen. Wolpow, R., Johnson, M. M., Hertel, R., & Kincaid, S. O. (2011). Learning and teaching: Compassion, resiliency, and academic success. Office of the Superintendent of Public Instruction.
	Wilsnack, S.C., Wilsnack, R.W., Klassen A.D. (1986). Epidemiological research on women's drinking 1974-84. Women and Alcohol: Health-related issues. NIAAA, Research Monograph no. 16 (Vol. Publication no. ADM 86-1139, Washington DC, Department of Health and Human Services, 1-68.
Pubblicazioni in internet	Fresi, S. (2021). Diritti delle Donne. Dalla Rivoluzione francese all'età napoleonica.
	Fearless Girl: la statua di fronte alla borsa di Wall Street. (2021)
	De Medici, Abel (2021). Essere donna nell'Italia del Rinascimento. Storica NATIONAL GEOGRAPHIC
	Canali, S. (2021). Le droghe e il marchio della colpa. Stigma e autostigma nelle dipendenze.
	Barbieri, G. (2011). La condizione della donna nel medioevo. Italia medievale.
	Brentari, C., Hernandez, B. and Tripodi, S. (2011), Attention to women drug users in Europe, DCDII guidelines, European Project Democracy, Cities and Drugs Project II

CAPITOLO 2

2.1 La condizione femminile fino al 1800

La condizione della donna nella società è stata influenzata da diversi fattori come il tempo storico, il luogo geografico, l'evoluzione, la cultura, la classe sociale di appartenenza.

Una caratteristica è rimasta però costante: le donne hanno sempre vissuto subordinate all'uomo, in una condizione di inferiorità ed emarginazione in molti aspetti della vita: familiare, lavorativo, economico, sociale, legale, ecc. rimanendo addirittura escluse da alcuni diritti.

Il Global Gender Gap Index 2022 è il rapporto annuale prodotto dal World Economic Forum che misura in 146 Paesi il divario di genere in termini di partecipazione economica, politica, salute e livello di istruzione.

Nella graduatoria globale l'Italia non fa passi avanti, mantenendo la stessa posizione della classifica del 2021, e rimane sessantatresima, dietro a Uganda e Zambia, mentre in Europa si colloca 25esima su 35 paesi.

Il dato, fra i 4 analizzati, in cui l'Italia risulta più scarsa è la partecipazione economica e al lavoro, occupando il penultimo posto in Europa.

Il problema in ambito lavorativo riguarda molteplici aspetti: la difficoltà all'accesso al mercato del lavoro, il divario salariale, la difficoltà per le donne a raggiungere posizioni di prestigio.

L'Italia ha inoltre ottenuto posizioni tutt'altro che soddisfacenti anche nel livello di istruzione, aggiudicandosi il diciannovesimo posto in UE, e salute, posizionandosi al 21esimo posto.

“Nonostante negli stati costituzionali di diritto contemporanei sia esplicitamente vietato discriminare le persone sulla base del loro sesso/genere, di fatto le donne sperimentano ancora oggi un continuum di discriminazioni che pervade ogni aspetto della vita sociale.” (Parolari, P. 2019)

Nelle società arcaiche la figura femminile era protetta e venerata: non era ancora noto che la procreazione avvenisse in seguito ad un rapporto sessuale; quindi, si credeva che la donna possedesse la capacità di generare la vita e dare nutrimento in maniera autonoma.

Veniva paragonata ad una divinità.

Nel periodo della Grecia antica però qualcosa cambia: “l’individuazione di una “differenza” tra il genere maschile e quello femminile è stata tradotta nell’idea di una inferiorità delle donne, immediatamente seguita da ineluttabili, pesanti discriminazioni.” (Cantarella, E. 2019)

La differenza di genere, come detto precedentemente, nasce nell’epoca degli antichi greci e questo ha dato vita a discriminazioni che si sono protratte nei secoli.

Il primo a fare una distinzione tra uomini e donne, in senso naturalistico, è un poeta: Esiodo (VII secolo a.C.).

Esiodo racconta della nascita della prima donna, Pandora, e del suo arrivo, come punizione, sulla Terra, luogo dove fino a quel momento gli uomini vivevano felici.

Pandora fu mandata sulla terra dopo che Prometeo aveva sottratto il fuoco agli dei e lo aveva consegnato agli uomini, accorciando in questo modo la distanza tra mortali e immortali.

“La colpa di Prometeo era stata talmente grave che non esisteva pena sufficiente a punirla.

Nessuna punizione che riguardasse solamente la sua persona poteva bastare a segnalare l’intollerabilità della sua colpa e delle conseguenze di cui tutti i mortali avevano beneficiato. Oltre a lui, personalmente, l’intera umanità andava punita.

E la punizione fu Pandora, la prima donna.

[...]

Pandora era “un male così bello”, come la definisce Esiodo, da renderla, inevitabilmente, un *dolos amechanos*, “un inganno al quale non si sfugge” ” (Cantarella, E. 2019).

Dal pensiero mitico dei poeti, facendo un salto temporale di qualche secolo, si passa a quello logico di filosofi e medici.

I filosofi, dopo essersi interessati a spiegare l’universo a livello naturalistico, iniziano ad indagare la vita umana e di conseguenza anche la differenza tra i sessi.

Contemporaneamente i medici sperimentarono i primi tentativi di individuare una medicina di genere.

Il primo fu Ippocrate (460 a.C.), medico e filosofo, che tradusse i suoi saperi in maniera scritta, andando a creare una raccolta di produzioni: il Corpus Hippocraticum.

All'interno della raccolta si trovano trattati di medici praticanti, che affrontavano e curavano malattie, comprese quelle collegate alla "differenza" femminile.

Per molto tempo e sino al II secolo, le conoscenze mediche che si avevano erano puramente esterne, soprattutto per quanto riguarda le donne. Gli uomini infatti in battaglia o praticando sport violenti riportavano traumi e ferite che permettevano anche involontariamente, lo studio e l'osservazione del corpo umano al suo interno.

Per le donne ciò non accadeva e dunque anche lo studio degli organi coinvolti nel processo riproduttivo, essenziale per l'intera società, era impossibile.

I medici greci, nonostante non potessero studiare gli organi riproduttivi femminili, si erano fatti un'idea ben chiara di come avvenisse la riproduzione: era possibile se il seme maschile attecchiva nell'utero femminile.

Se il seme fuoriusciva, o se il seme veniva diluito, in fasi successive della gestazione, da un'altra sostanza (come il sangue), o se il feto veniva espulso da un utero pieno di acqua, la generazione non era possibile: la colpa era sempre della donna.

Da qui nasceva l'assoluto bisogno di guarire il difetto femminile: ma con quali cure se non vi erano conoscenze?

Vi erano diverse correnti di pensiero, tuttavia si trovò un punto d'incontro: l'utero e le mestruazioni erano al contempo ciò che permetteva e ciò che impediva la procreazione.

La cultura della Roma antica fu molto influenzata, come facilmente immaginabile, da quella greca: la donna doveva rivestire il ruolo della matrona.

Il suo compito era generare, crescere ed educare i figli: veniva istruita già dall'infanzia per svolgere questo ruolo.

L'ordine romano era patriarcale. La donna era condannata ad una posizione subordinata all'uomo, il quale controllava la sessualità e capacità riproduttiva femminile.

Per controllare le donne vi erano norme e leggi estreme: ogni relazione esterna al matrimonio (anche se la donna era vedova o non impegnata) era un reato e il capofamiglia aveva il diritto di punire la donna anche senza un processo.

Lo stesso trattamento non era chiaramente riservato agli uomini.

Le donne erano sottomesse legalmente anche in altri aspetti, oltre a quello di moglie/madre: le donne non potevano fare testamento e non potevano ereditare beni. Erano inoltre escluse dalla vita politica: non potevano votare e non potevano assumere ruoli civili e pubblici.

“Le donne romane erano sottoposte a vita alla tutela maschile per l’esercizio di qualunque atto giuridico.” (Nunez Paz, 2020)

Questa subordinazione veniva giustificata in vari modi: il suo compito di dedicarsi alla famiglia le impediva di esercitare cariche pubbliche, per la sua inferiorità, per la sua “debolezza di giudizio”.

In questo periodo storico avanza la crescita del Cristianesimo ed è quindi necessario, riprendendo la storia di Pandora, fare un riferimento ad Eva.

Eva e Pandora hanno entrambe il titolo di “prima donna”, ma il loro ruolo all’interno della storia è decisamente diverso.

Adamo viveva in ambiente più che gradevole, ma per terminare l’opera mancava qualcosa: fu creata Eva.

Eva nacque per rendere più piacevole la vita di Adamo; dunque, per definizione si trova in una posizione a lui subordinata.

Eva, seppur subordinata, era comunque una compagna, mentre Pandora nasce per punire l’umanità.

Nella storia delle due donne c’è un punto comune: la subordinazione, ma con una distinzione e motivazione tutt’altro che irrilevante.

Nel Medioevo il Cristianesimo è divenuto predominante, ribadendo nuovamente la sottomissione della donna all’uomo.

La donna viene ritenuta fisicamente e moralmente fragile e quindi necessita della guida dell’uomo.

Se da un lato la donna non poteva uscire di casa da sola, perché la sua libertà minacciava l’ordine sociale, dall’altro lato non erano più confinata in casa: aveva iniziato a lavorare.

Le donne iniziano a lavorare come contadine nei campi, o come artigiane nelle botteghe dei mariti, ma anche in contesti sociali più elevati, ad esempio adibite tessitrici nei palazzi.

Acquisiscono quindi un minimo di libertà, ma ciò agli uomini non piaceva; imposero pertanto la seguente legge: “le donne non potevano avere un’attività in proprio, neanche dopo una vedovanza; infatti, l’universo femminile era limitato alla legge della corporazione, la quale stabiliva che ogni amministrazione doveva essere integrata da un uomo.” (Barbieri, G. 2011)

Durante il 1600, oltre alle discriminazioni che già dovevano subire, crescono nuove speculazioni verso l’universo femminile, che è circondato ora da paura e mistero: le donne che decidevano di ribellarsi alla società, alle regole e all’uomo venivano accusate di stregoneria e condannate al rogo.

Verso la metà del 1700 la stregoneria venne classificata come una forma anticristiana ed eretica, per questo l’Inquisizione iniziò a torturare, processare, impiccare e bruciare migliaia di donne.

Giovanna d’Arco è l’esempio migliore: giovane donna che aiuta la Francia, capitanata da Carlo VII di Valois, a liberarsi dal dominio inglese.

Se in Francia era lodata, tanto che viene dato a lei e alla sua famiglia un titolo nobile, in Inghilterra accade tutt’altro: secondo gli inglesi una donna in grado di sconfiggere eserciti doveva essere per forza una strega. Per questo durante una battaglia viene catturata e processata per eresia, stregoneria e per essersi vestita da uomo: a 19 anni venne pubblicamente bruciata viva.

Qualche anno dopo i francesi la sottoposero ad un nuovo processo, dove venne dichiarata innocente: Giovanna, condannata per essere troppo rivoluzionaria per i tempi in cui ha vissuto, fu pertanto riabilitata dopo la morte.

Nel 1909 fu beatificata e nel 1920 canonizzata, passando da strega a santa.

Il Medioevo, terminato nel 1492 con la scoperta dell’America, lascia posto al Rinascimento e poi all’età moderna.

Il Rinascimento italiano è un periodo statico per lo sviluppo dell’emancipazione femminile, offrendo poche possibilità di miglioramento.

Con l’Età Moderna (1500-1790 circa) iniziano i primi importanti cambiamenti a livello sociale e culturale.

Le donne delle classi sociali più elevate ebbero accesso agli studi, inizialmente potevano seguire solamente gli indirizzi filosofici e letterari, dal 1700 fu permesso loro l’accesso anche agli indirizzi scientifici.

2.2 La condizione femminile dal 1800 ad oggi

I veri cambiamenti avvengono con la Dichiarazione d'Indipendenza (1776) e la Rivoluzione Francese (1788-89).

La Dichiarazione d'Indipendenza americana getta le basi per la stesura e l'emanazione della francese Dichiarazione dei diritti dell'uomo e del cittadino nel 1789. Quest'ultima riconosce il diritto degli individui alla libertà di opinione, di scelta, di integrità della persona e dei beni, senza fare alcun riferimento alle donne.

Contemporaneamente inizia però ad affermarsi il concetto di uguaglianza tra i due sessi ed emerge l'esigenza delle donne di rivendicare i propri diritti in vari settori: civili, politici e d'istruzione.

Grazie alle idee illuministe di eguaglianza e dei diritti inalienabili sviluppatosi in quegli anni, le donne per la prima volta rivendicano tutti quei diritti da cui si erano ritrovate escluse.

“Nel 1791 Olympe de Gouges ispirata dalla *Dichiarazione dei diritti dell'uomo*, scrisse la celebre *Dichiarazione dei diritti della donna e della cittadina*, opera considerata pietra miliare delle rivendicazioni femminili. In questo documento venivano rivendicate le soppressioni di ogni tirannia maschile, ritenute la base dell'ineguaglianza fra i sessi, e veniva chiesto l'uguaglianza nelle opportunità di accedere, in base a criteri meritocratici, alle cariche pubbliche e il diritto di denunciare la paternità dei figli nati al di fuori del matrimonio.” (Fresi, S. 2021)

L'autrice, seppur venne giustiziata, riuscì nel suo intento e nel 1792 furono emanate delle leggi che giudicavano i coniugi ugualmente responsabili in caso di divorzio, rendendo la donna libera di gestire sé stessa.

“L'idea che le donne assumano pari potere decisionale degli uomini è insopportabile e la rivoluzione ha il compito esclusivo di far leggi che migliorino la loro condizione, senza sovvertire la loro natura di madri e mogli.” (De Marchi, E. 2012)

I tentativi di oppressione dei cambiamenti sociali in Europa innescati dalla Rivoluzione Francese furono diversi, a partire da Napoleone nel 1804 che restituisce valore all'uomo in quanto padre di famiglia.

Le rivendicazioni delle donne avevano però ormai iniziato a prendere voce e forza, iniziano a riunirsi dando così vita alle prime associazioni femministe: le emancipazioniste e le suffragette, a partire dagli anni 50 del 1800, militano per

ottenere diritti, libertà e uguaglianza. Si battono per il diritto di voto, per i diritti civili e politici, per la possibilità di essere parte attiva della società. Combattono contro lo sfruttamento sessuale delle donne e per modificare le leggi contro gli abusi. Un aiuto nell'affermazione dei diritti delle donne viene dato dalla rivoluzione industriale: in tutto il 1800 vi fu un'importante migrazione di grandi masse di persone dalle campagne alle città, dove iniziavano a sorgere molte fabbriche.

Il mercato del lavoro mutò, la richiesta di manodopera operaia aumentava e questo riguardava non più solo uomini, ma anche donne e bambini.

“Per le donne, il lavoro extradomestico, che si aggiungeva alla consueta e tradizionale cura della casa e della prole, non rappresentò una forma di emancipazione, quanto piuttosto una dura necessità derivante dai salari molto bassi non sufficienti a far fronte alle esigenze familiari.

Il lavoro femminile nelle fabbriche divenne, quindi, una mera prosecuzione degli obblighi tra le pareti domestiche e non comportò la liberazione dalle mansioni cui la donna era tradizionalmente destinata. [...]

Nonostante ciò, il lavoro nelle fabbriche, seppur sottopagato, fu un'occasione per le donne lavoratrici di uscire dai tradizionali compiti familiari e di venire a contatto con il mondo esterno.” (Battaglia, L. 2021, p. 13-14)

Alla fine del secolo, tra gli argomenti dei dibattiti femministi, subentra anche il tema del lavoro delle donne per cercare di ottenere l'uguaglianza anche in questo ambito.

Con il nuovo Secolo le donne aumentano le loro battaglie e tra gli argomenti più discussi c'è il Diritto di voto.

Nel 1900 le donne, in quasi tutti i Paesi europei, erano ancora escluse dalla politica, sia dalla possibilità di essere elette sia dalla possibilità di votare, non potevano ancora accedere agli studi universitari, non potevano disporre autonomamente dei propri beni.

In Inghilterra, uno dei paesi maggiormente interessati dalla rivoluzione industriale, nacquero diversi movimenti volti all'ottenimento del diritto di voto femminile e attraverso dimostrazioni in piazza, marce, scioperi della fame ottennero dei risultati: il Parlamento britannico nel 1918 riconobbe il diritto di voto alle donne benestanti con più di trent'anni e nel 1928, dieci anni dopo, tutte le donne inglesi ottennero il diritto di voto universale.

Successivamente anche altri Paesi seguirono l'esempio inglese: la Russia nel 1918, gli Stati Uniti d'America nel 1919, Spagna e Portogallo nel 1931, Francia nel 1944 e l'Italia nel 1945.

Le due Guerre Mondiali hanno impegnato le donne sempre più nelle fabbriche, sia per sostituirsi agli uomini impegnati al fronte sia per sostenere lo sforzo bellico.

Il regime fascista dipingeva la famiglia gerarchica come modello da seguire, con uomo lavoratore e donna destinata ai lavori domestici, finalizzata alla procreazione e alla cura della casa.

La caduta del regime ebbe di conseguenza grandi ripercussioni sulla politica, sulla società e anche sul ruolo della donna.

Nel 1946 i cittadini italiani furono chiamati a votare per scegliere tra Monarchia e Costituzione, vedendo quest'ultima prevalere.

Venne formata la Costituente, Commissione dei 75, della quale facevano parte quattro donne, con il compito di redigere la Costituzione.

“La stesura della Costituzione fu un'impegnativa opera di compromesso volta a operare una sintesi tra istanze cattoliche e laiche, in particolare riguardo al ruolo della donna nella società e al concetto di famiglia.” (Battaglia, L. 2021, p. 17)

L'articolo 3 della Costituzione Italiana recita infatti: “Tutti i cittadini hanno pari dignità sociale e sono eguali davanti alla legge, senza distinzione di sesso, di razza, di lingua, di religione, di opinioni politiche, di condizioni personali e sociali.”

Nonostante l'emanazione di molte leggi a favore delle donne, volte al superamento del modello fascista, la condizione femminile nei primi anni Sessanta non mutò radicalmente e questo perché sia il Codice penale che quello civile erano stati emanati negli anni Trenta, sotto regime totalitario.

Molti gli episodi accaduti in quegli anni, sottolinearono ancora una volta la diversità, il divario e l'insostenibilità di differenza tra la legge e il pensiero comune: Giulia Occhini arrestata nel 1954 per adulterio; Franca Viola, rapita e violentata, doveva sposare il rapitore per salvare il proprio onore e quello della famiglia (matrimonio riparatore), e secondo l'articolo 554 del Codice penale il reato si estingueva se la persona offesa sposava l'autore del reato. Franca si rifiutò di sposare il violentatore sollevando molte polemiche in Italia.

Solamente nuove proteste nate negli anni Settanta furono capaci di modificare radicalmente la società italiana.

Vennero introdotte nuove leggi: la legge sul divorzio, la legge sull'interruzione di gravidanza e, la più importante, la riforma riguardante il diritto di famiglia.

Quest'ultima prevede il riconoscimento della piena parità giuridica e morale dei coniugi, l'eguaglianza giuridica tra figli legittimi e illegittimi, la comunione legale dei beni tra coniugi, la patria potestà fu sostituita con la potestà genitoriale, la dote e il patrimonio familiare furono eliminati.

Ulteriori novità riguardano la parità salariale tra uomini e donne e i reati sessuali, che da reati contro la morale sono diventati reati contro la persona, in modo da tutelare maggiormente le vittime.

2.3 Il processo verso la parità dei sessi

Ora si comprende ancora meglio quanto lo stigma, i pregiudizi e la subordinazione facciano parte della quotidianità della donna ancora oggi.

Sono ingiustizie con cui la donna convive da migliaia di anni e seppur oggi vi siano leggi che dovrebbero tutelarla maggiormente, questo cambiamento non è ancora completamente avvenuto, complice il retaggio di una società patriarcale, che ha visto per molti secoli le donne esclusivamente come mogli e madri.

Se in passato la subordinazione delle donne agli uomini era nota, chiara, evidente e spudorata, dichiarata nelle leggi in vigore, quella odierna è forse più subdola: sulla carta uomini e donne sono eguali, ma i limiti sociali, culturali ed economici sono ancora profondamente radicati.

A dimostrazione di ciò è il Gender Gap Index che viene pubblicato ogni anno dal World Economic Forum. Nel 2021 si era stimato che per raggiungere la parità di genere mondiale, con questi ritmi, ci sarebbero voluti 136 anni. Nel 2022 si sono raggiunti solo dei minimi progressi, accorciando il tempo a 132 anni.

Secondo l'analisi, di 146 paesi esaminati, solo 1 su 5 è riuscito a ridurre nell'ultimo anno il divario di genere di almeno dell'1%. In Italia si è ridotta del 0.001% rispetto al 2021.

Un esempio sono le differenze che le donne vivono in ambito lavorativo: secondo i dati Istat del 2018 le donne guadagnano in media il 15% in meno rispetto ai loro

colleghi uomini: “il divario retributivo tra donne e uomini fornisce un quadro generale delle disuguaglianze di genere in termini di paga oraria su cui incidono svariati fattori culturali, legali e sociali.” (Battaglia, L. 2021, p. 20)

L’Istat nel 2019 ha rilevato che “per la prima volta dal 1977 – inizio della serie storica – su 100 donne tra 15 e 64 anni le occupate sono la maggioranza (50,1%), nonostante la quota rimanga molto più bassa di quella degli uomini (68%)”. (Istat, 2020, p. 290)

“È interessante notare che il divario tra il tasso di occupazione delle donne e degli uomini aumenta con il numero di figli.

Nell’Ue nel 2019, il tasso di occupazione per le donne senza figli è il 67 %, mentre è il 75 % per gli uomini. Con un figlio, il tasso aumenta al 72 % per le donne e all’87 % per gli uomini. Per le donne con due figli, il tasso rimane quasi invariato al 73 %, mentre quello degli uomini aumenta al 91 %. Per le persone con tre o più figli, il tasso di occupazione diminuisce al 58 % per le donne, mentre per gli uomini è dell’85 %.” (Istat, 2020)

Quindi in generale se già l’essere donna nel mondo del lavoro è uno svantaggio, il quadro diventa drammatico quando si è madri.

Anche la pandemia di Covid 19, un evento imprevedibile, ha sottolineato importanti differenze tra uomini e donne: in Italia, come dimostrato dai dati Istat, a dicembre 2020 sono stati registrati 101.000 posti di lavoro in meno, di questi 99.000 erano occupati da donne.

Inoltre, sempre secondo i dati Istat del 2019, il 30% delle donne lavoratrici in Italia ha un’occupazione part-time, contro l’8% degli uomini.

Questo si spiega poiché le donne dedicano in media il 22% del proprio tempo al lavoro familiare, mentre per gli uomini la percentuale è del 9%.

Le donne hanno un’evidente difficoltà a conciliare il lavoro familiare con un lavoro esterno, trovandosi spesso nella dura posizione di scegliere tra carriera e famiglia.

Ulteriore differenza riguarda il reddito: nel 2018 nell’UE le donne hanno guadagnato circa il 15% in meno rispetto agli uomini.

“A livello d’indicatore non corretto, il divario retributivo fra donne e uomini fornisce un quadro generale delle disuguaglianze di genere in termini di paga oraria. Parte delle differenze di retribuzione si possono spiegare con le caratteristiche individuali

delle donne e degli uomini occupati (ad esempio, esperienza e istruzione) e con la segregazione di genere a livello occupazionale (ad esempio, ci sono più uomini che donne in alcuni settori/occupazioni con retribuzioni mediamente più alte rispetto ad altri settori/occupazioni). Di conseguenza il divario retributivo è legato a svariati fattori culturali, legali, sociali ed economici che vanno molto oltre la mera questione di un'uguale retribuzione per un uguale lavoro.” (Istat, 2019)

Le donne, infatti, che rivestono ruoli di rilievo sono ancora poche: secondo il Rapporto CONSOB sulla corporate governance delle società quotate italiane, a fine 2020 le donne erano circa il 39% dei componenti degli organi di amministrazione e di controllo delle società italiane.

Merito di questo miglioramento è anche la Legge n.160/2019 che stabilisce delle quote di genere, cioè una percentuale obbligatoria di presenza di entrambi i generi nelle attività lavorative.

Un esempio curioso a testimonianza del tentativo di sensibilizzare sul valore e potere delle donne in posizioni di leadership l'artista norvegese Kristen Visbal ha realizzato, su richiesta della società State Street Global Advisors (SSGA), la statua Fearless Girl.

La statua è stata posizionata quasi di nascosto l'8 marzo 2017, in occasione della Festa della Donna, di fronte al Toro di Wall Street (The Charging Bull), e rappresenta una bambina, alta circa 1,20 metri, le mani sui fianchi, il vestitino svolazzante e lo sguardo fiero, deciso e fermo sul toro, rappresentante la finanza mondiale.

Ai piedi della statua c'è una targa che recita “Know the power of women in leadership. SHE makes a difference.” (Sii consapevole della potenza di una donna in un ruolo leader. LEI fa la differenza).

La statua è stata voluta per pubblicizzare un fondo finanziario che comprende solo aziende con un'alta percentuale di donne in ruoli dirigenziali.

Con quest'opera viene chiesto di fare un concreto passo verso l'uguaglianza di genere, a partire dall'ambito lavorativo aumentando il numero di donne in ruoli di leadership.

A conclusione di questa riflessione si può quindi comprendere come la storia della donna nei secoli e la sua costante subordinazione, abbiano generato un profondo stigma nei suoi confronti.

Oggi la donna, esclusivamente in base al suo genere, subisce ancora molte idee preconcepite della società, idee e credo che generino situazioni che condizionano tutt'ora molti aspetti della sua vita lavorativa, familiare, sociale e sanitaria.

CAPITOLO 3

3.1 Le caratteristiche della donna tossicodipendente: aspetti psico-sociali e prospettive di intervento

3.1.1. Le caratteristiche sociali e culturali delle donne tossicodipendenti

A partire dagli anni '70 si è iniziato a studiare lo sviluppo psicologico e sociale delle donne, grazie al lavoro svolto dalla psichiatra e psicoanalista Jean Bager Miller (1976) e dalla psicologa e ricercatrice Carol Gilligan (1982) e dalle loro colleghe presso lo *Stone Center del Wellesley College* negli Stati Uniti. Le ricerche qualitative condotte da tali studioso hanno suggerito dati che sono risultati in contraddizione con le teorie dello sviluppo tradizionali; queste ultime, infatti ignoravano o patologizzavano gran parte delle esperienze delle donne, partendo dallo studio fatto su uomini e generalizzando le loro esperienze al sesso femminile.

Secondo la cultura tradizionale, le donne vengono viste come soggetti che tendono a investire maggiormente rispetto agli uomini su dinamiche relazionali e tale predisposizione sarebbe l'assunto di base su cui si concentrano le teorie sulle condotte femminili in cui tale propensione viene declinata anche con una valenza patologica, ossia declinandola come una tendenza alla dipendenza, scarsa autonomia e autodeterminazione.

In accordo con tale concezione, anche l'abuso di sostanze è stato concettualizzato specificamente in riferimento al genere femminile. Secondo la dott.ssa Miller (1976), infatti, l'uso di sostanze da parte delle donne è un tentativo di riparare e ristabilire relazioni distruttive: le sostanze, in tal senso, diventano un rimedio per resistere a relazioni insostenibili e l'abuso di sostanze si sviluppa attraverso circoli viziosi in cui le condotte d'abuso deteriorano la qualità della relazione; tale circolo si traduce in una assunzione ulteriore di sostanze.

Miller (1990) descrive questo fenomeno come la "spirale depressiva", in cui le relazioni disfunzionali provocano sentimenti di disprezzo, confusione ed esaurimento.

La dipendenza, secondo Miller, è la risposta della donna al desiderio, al bisogno e alla mancanza dell'essere parte di relazioni significative.

Secondo Gilligan (1982) il compito principale che lo sviluppo morale delle ragazze e delle donne mira a portare a termine è l'individuazione di un equilibrio tra auto-nutrimiento e cura degli altri, tra non-separazione e autonomia. Questo equilibrio - se raggiunto - favorisce una maggiore consapevolezza e apprezzamento di sé.

È stato inoltre ipotizzato che le donne che abusano di sostanze abbiano maggiori probabilità di provenire da famiglie di origine disfunzionali, in cui si registrano tassi più elevati di malattie mentali, alcolismo, tossicodipendenza e depressione nei primi anni di vita familiare: ciò appare maggiormente vero nel caso di donne che abusano di sostanze rispetto a quanto registrato nelle famiglie di uomini che presentano le stesse problematiche (Straussner, 1985); infatti, anche laddove è stato rilevato che i maschi sperimentano analoghi problemi emotivi e fisici nelle loro famiglie di origine, è più che altro il significato di queste circostanze avverse che viene vissuto ed elaborato in modo diverso (Biong e Ravndal, 2007).

La maggior parte degli studi mostra, tuttavia, che gli abusi sessuali sia nella famiglia di origine, sia da parte di altre persone che interagiscono con tali famiglie, è molto più frequente tra le donne che fanno abuso di sostanze che tra i tossicodipendenti maschi (Gil-Rivas et al., 1997).

3.1.2 Le caratteristiche delle donne che si presentano ai servizio e le modalità e motivazioni della richiesta d'aiuto

Le donne - in genere - entrano in trattamento con tassi più elevati di disturbi da stress post-traumatico, depressione e altri problemi di salute mentale rispetto ai maschi (Gil-Rivas et al., 1997). Esse, inoltre, abitualmente, identificano eventi della vita significativi legati a problemi familiari come fattori precipitanti alla loro dipendenza all'inizio del trattamento. Tra questi eventi i più frequenti sono:

- Aborto spontaneo;
- Perdita di contatto con i propri figli;
- Infedeltà;
- Separazione e divorzio.

La dipendenza dalle sostanze diventa la relazione primaria nella vita della donna, con esclusione della cura di sé e della partecipazione ad altre relazioni e attività.

Il percorso di cura, pertanto, si configura come un processo di trasformazione che permette di espandere la sfera di funzionamento per comprendere relazioni sane e altre attività positive in grado di promuovere l'autostima della donna.

Secondo Covington (1999) le donne possono usare sostanze psicoattive per adattarsi alle relazioni patologiche in cui sono coinvolte, ad esempio gestire la dipendenza da un partner, intrattenere relazioni sessuali o far fronte alla violenza. Infatti, se da un lato gli squilibri di potere o di responsabilità possono ridurre significativamente l'autostima della donna, le sostanze possono fornire energia, un senso di potere e sollievo, compensando ciò che la relazione non fornisce.

Quando alle donne in trattamento viene chiesto quali vantaggi hanno tratto dall'uso di sostanze, in genere sono in grado di riferire con precisione cosa le ha attratte verso le sostanze e come queste hanno rappresentato un aiuto a fronteggiare la situazione problematica, mostrando lucidità nella consapevolezza delle motivazioni alla base dell'instaurarsi della condizione di dipendenza e nel vantaggio secondario comportato dall'uso della sostanza.

Le donne tossicodipendenti si possono suddividere in alcuni sottogruppi quali:

- Donne che hanno subito traumi e violenze;
- Donne con comorbilità psichiatrica;
- Donne in stato di gravidanza;
- Madri;
- Donne appartenenti a minoranze etniche;
- Donne coinvolte nel mercato del sesso;
- Donne che sono in carcere (Arpa, 2017).

Esistono spesso sovrapposizioni tra questi sottogruppi e le donne che rientrano in più categorie possono presentare esigenze maggiori in termini di assistenza e trattamento.

Le motivazioni primarie che di solito conducono le donne ad entrare in trattamento sono le preoccupazioni fisiche ed emotive, insieme alle questioni familiari, mentre gli uomini sono maggiormente influenzati da problemi di lavoro e legali (Blume, 1997; Ravndal, 2008).

3.1.3 Perché le donne chiedono meno aiuto rispetto agli uomini

È stato riscontrato che le donne che sperimentano la mancanza di una rete relazionale di supporto o che hanno perso relazioni significative sono maggiormente a rischio di sviluppare problemi di abuso di sostanze (Wilsnack et al., 1986).

Secondo una ricerca di Ravndal (2008) la maggior parte delle donne dipendenti iniziano ad usare sostanze sotto l'influenza di un maschio significativo per le loro vite. Per i maschi invece, è più probabile che inizino a usare sostanze nel contesto delle relazioni tra pari. Questo presuppone che il modello di consumo di sostanze presentato dal genere femminile sia altamente correlato a quello dei loro "altri significativi", ciò pare essere molto più evidente tra le donne rispetto ai maschi: tale dato risulta confermato negli studi condotti sia in Europa che negli Stati Uniti (Hser et al., 1987; Ravndal, 2008; Dahlgren & Willander, 1989).

Le donne tossicodipendenti che intraprendono un trattamento di cura presentano una maggiore probabilità di avere un partner con problematiche di dipendenza da sostanze (Dahlgren e Willander, 1989; Ravndal, 2008). È anche più probabile che le donne dipendenti da sostanze siano divorziate o separate e che descrivano le loro relazioni come meno felici (Dahlgren e Willander, 1989).

È altresì importante riconoscere che le donne che si avviano ad incominciare un trattamento sperimentano maggiore biasimo e opposizione da parte di famiglie e amici e denunciano maggiori conflitti con loro rispetto agli uomini (Beckman e Amaro, 1986). Tale reazione sociale alla tossicodipendenza femminile potrebbe – con tutta probabilità – rappresentare uno degli elementi che condizionano la resistenza delle donne a richiedere aiuto per uscire da tale situazione di dipendenza. L'assenza di una adeguata rete di supporto familiare ed amicale può, infatti, determinare una minore richiesta di aiuto ai servizi preposti, quali i Ser.D.

Stephanie Covington (1999) – dottore di ricerca e operatore sociale clinico autorizzato (Licensed Clinical Social Worker - LCSW), pioniera nell'integrazione della teoria dello sviluppo relazionale nel trattamento delle dipendenze - ha paragonato il processo di dipendenza e riabilitazione/guarigione per le figure femminili, con l'immagine della spirale. Secondo tale prospettiva, con il progredire della dipendenza, si restringe la sfera di vita della donna, fino a quando la persona non appare totalmente concentrata sulle droghe.

Le donne appaiono, tuttavia, restie a chiedere aiuto. Ciò è particolarmente vero nel caso in cui si tratti di madri, dal momento che temono che possano essere allontanati i loro figli. Al contrario, tale timore appare poco presente nei maschi tossicodipendenti padri.

3.1.4 – Le caratteristiche del trattamento delle donne tossicodipendenti e le differenze nel trattamento in base alle esigenze personali

Le donne che presentano maggiori difficoltà e che fanno uso di sostanze hanno probabilità superiori rispetto agli uomini di aver subito eventi traumatici, come ad esempio aggressioni, abusi sessuali e fisici da bambine e/o adulte (UNODC, 2016) e di essere esposte alla violenza del partner (Downs e Miller, 2002).

L'esperienza del trauma può condurre allo sviluppo di disturbo da stress post-traumatico o altri problemi di salute mentale e può anche aumentare il rischio di uso di sostanze (Najavits, 2009; Jonas et al., 2011).

Le donne che hanno vissuto eventi traumatici richiedono interventi che si realizzino in condizioni di sicurezza fisica ed emotiva (Brentari et al., 2011) e approcci terapeutici che tengano conto del trauma (Centro per il trattamento dell'abuso di sostanze, 2013; UNODC, 2016).

L'aver subito o l'essere oggetto di violenza richiede, infatti, l'adozione di un approccio multidisciplinare, caratterizzato da collaborazione tra i servizi sanitari e sociali e il settore della giustizia (Haider, 2008).

In tale contesto, il ruolo dell'educatore nel supportare le persone traumatizzate si può focalizzare analizzando attentamente sia le conseguenze che il trauma può esercitare sul funzionamento della persona, sia sul comportamento del soggetto traumatizzato nel suo percorso evolutivo (van der Kolk, 2017); gli educatori dovrebbero essere in grado di poter comprendere anche gli effetti che un trauma complesso può avere sullo sviluppo anche da un punto di vista neurocognitivo, in tal modo potranno mettere in atto interventi centrati sul trauma (Wolpow et al., 2011).

Circa la metà dei consumatori di sostanze presenta una concomitante alterazione della salute mentale (EMCDDA, 2015).

L'esclusione delle persone con doppia diagnosi da programmi o servizi può esercitare un impatto maggiore sulle donne rispetto a quanto avviene sugli uomini,

poiché alcuni disturbi psichiatrici, come l'ansia, la depressione, il disturbo da stress post-traumatico e l'uso di farmaci psicoattivi è prevalente tra le donne (UNODC, 2016). L'uso di sostanze e i disturbi della salute mentale dovrebbero essere affrontati contemporaneamente, utilizzando un approccio multidisciplinare, con la collaborazione di professionisti che operano nel campo della cura dell'abuso di sostanze e il settore della salute mentale, al fine di perseguire obiettivi comuni (EMCDDA, 2016).

Un altro elemento che può caratterizzare i percorsi di cura delle donne nei Servizi per le Dipendenze è dato dalla presenza di uno stato di gravidanza. Si stima che ogni anno in Europa circa 30.000 donne in gravidanza facciano uso di oppioidi e il numero di donne in gravidanza con altri problemi di droga può essere stimato come di entità simile (Gyarmathy et al., 2009). Tali dati appaiono preoccupanti, dal momento che l'uso di droghe durante la gravidanza è associato a un insieme di effetti avversi sulla donna gravida e sul neonato (EMCDDA, 2012).

Tuttavia, va considerato che la gravidanza e la maternità possono essere un forte fattore motivante nel percorso di guarigione di una donna (EMCDDA, 2009).

Ad ogni modo, fattori quali stigma, vergogna, senso di colpa (Kensy et al., 2012; Wendell, 2013; UNODC, 2016), insieme alla paura di vedere sottratti i propri figli dalla custodia, può impedire ad alcune donne di cercare cure e assistenza sanitaria e sociale necessaria per sé stesse (INPUD, 2014; Arsova Netzelmann et al., 2015), i propri partner e altri membri della famiglia (INPUD, 2014). Le donne possono anche essere titubanti o incapaci di ottenere il sostegno di cui hanno bisogno dalla famiglia e mostrare resistenza ad assumersi altre responsabilità (Roberts et al., 2010; Grella e Stein, 2013; INPUD, 2014).

Gli interventi rivolti alle donne tossicodipendenti in gravidanza dovrebbero affrontare un ampio spettro di esigenze e fornire interventi coordinati in ambiti che comprendono:

- Uso di droghe;
- Cure ginecologiche/ostetriche, comprendendo anche il periodo del postpartum;
- Malattie infettive;
- Salute mentale;

- Benessere personale e sociale (Gyarmathy et al., 2009).

Per la dipendenza da oppioidi nelle donne in gravidanza, un trattamento sostitutivo con oppioidi, in aggiunta all'assistenza psicosociale e altri interventi, è raccomandato (WHO, 2014). Molte donne gravide che fanno uso di oppioidi mostrano la volontà di smettere quando scoprono di essere in attesa; tuttavia, la sospensione della terapia sostitutiva per evitare la sindrome e l'astinenza durante la gravidanza non sono consigliate.

Va sottolineato che gli alti tassi di ricaduta contribuiscono al disagio fetale derivante dall'alternanza di fasi di intossicazione e astinenza, collegate a esiti avversi per il neonato, compreso l'aborto spontaneo (WHO, 2009; WHO, 2014; Zedler et al., 2016).

Le donne tossicodipendenti attive dovrebbero – quindi - essere incoraggiate a iniziare o continuare a usare farmaci sostitutivi (WHO, 2009, 2014; Zedler et al., 2016).

In Europa, il metadone è il principale farmaco sostitutivo degli oppioidi comunemente prescritto. Anche la buprenorfina, tuttavia, rappresenta una sostanza sicura ed efficace (Krans et al., 2016) ed è associata ad esiti neonatali migliori (Zedler et al., 2016).

Le linee guida dell'OMS (WHO, 2014) raccomandano che nel caso di gravidanza in concomitanza con una condizione di dipendenza da oppioidi le donne che stanno già usando metadone o buprenorfina non dovrebbero cambiare sostanze assunte, a meno che non esse mostrino di non rispondere bene al trattamento.

Per tale motivo è importante che le donne si rivolgano ad un Servizio per le Dipendenze territoriale (Ser.D.).

Le donne in gravidanza, oltre al supporto farmacologico necessitano di essere accompagnate con specifici percorsi mirati al supporto della genitorialità. Per tale motivo, è auspicabile una collaborazione tra le diverse tipologie di Servizi che possono prendere in carico la donna e il suo futuro bambino, quali Serd, Pediatria, Neuropsichiatria, Ostetricia, Consultorio Familiare e Servizi Sociali del territorio di residenza.

Il coinvolgimento delle donne nel mercato del sesso è spesso associato con l'uso di droghe (Roberts et al., 2010). Le stime emerse dagli studi rilevano che le donne che consumano droghe per via endovenosa coinvolte anche nel mercato del sesso

raggiungono percentuali pari al 20-50 % nell'Europa orientale (Rhodes et al., 2002); queste ultime con maggiore probabilità si trovano ad affrontare una serie di ostacoli nel rivolgersi ai servizi di cura (DrugScope e AVA, 2013).

Misure quali orari di apertura serali, servizi mobili di sensibilizzazione, assistenza all'infanzia e accesso aperto al trattamento possono essere elementi utili (DrugScope e AVA, 2013); in ogni caso, risposte stigmatizzate e negative possono essere maggiormente riscontrate in queste donne (UNODC, 2016). Un approccio non giudicante ed empatico, supporto tra pari e servizi rivolti esclusivamente alla popolazione femminile rappresentano fattori che favoriscono il trattamento.

Le donne coinvolte nel mercato del sesso hanno maggiori probabilità di sperimentare violenza e frequentemente mostrano una capacità limitata di avere rapporti sessuali protetti o di utilizzare pratiche di iniezione sicure, ponendosi in una situazione di aumentato rischio di infezioni (Azim et al., 2015).

Particolari problematiche possono emergere in relazione all'uso di sostanze in donne appartenenti a minoranze etniche. Le minoranze etniche possono riguardare gruppi provenienti da varie regioni, che afferiscono a religioni e tradizioni differenti.

Le donne appartenenti a minoranze etniche possono incontrare ostacoli durante l'accesso ai servizi di cura, correlati ad aspetti quali difficoltà linguistiche, aspetti del trattamento incompatibili con le pratiche religiose o culturali di riferimento (UNODC, 2016) e con lo *status* di immigrate, aspetti che influiscono sull'ammissibilità al servizio, nonché al razzismo percepito o effettivo e agli atteggiamenti improntati alla discriminazione (Roarty e Saggars, 2009).

La diversità etnica, culturale e religiosa, pertanto, deve essere considerata quando si lavora con questo gruppo di donne (UNODC, 2016). Per aiutare le donne appartenenti a minoranze etniche a partecipare e ad impegnarsi nel trattamento, dovrebbero essere prese in considerazione le figure dei mediatori culturali (UNODC, 2016), i servizi di interpretariato o l'erogazione delle prestazioni e servizi nella lingua madre delle donne, oltre alla considerazione degli aspetti culturali che possono garantire che i programmi corrispondano alla socializzazione delle donne e alle loro pratiche culturali (Center for Substance Abuse Treatment, 2013).

In tale contesto, il ruolo dell'educatore si svolge nel contesto del perseguimento dei seguenti obiettivi:

- Valorizzazione del patrimonio linguistico-culturale di cui i migranti sono portatori;
- Accogliere e dare visibilità ai diversi bisogni dei migranti, non solo a quelli di primo livello relativi al perdio dell'accoglienza;
- Incrementare tra servizi, centri educativi ed associazioni intese come spazi di relazione (Fiorucci, 2017).

Molte donne in carcere fanno uso di droghe: in condizioni di reclusione, le donne sono portate a sperimentare problemi di entità maggiore rispetto alle donne tossicodipendenti che vivono in comunità (WHO Regional Office for Europe 2009; Grella, 2015).

La complessità dei loro problemi è tipicamente associata alla mancanza di servizi adeguati a soddisfare i bisogni psicologici, sociali e sanitari (Kolind e Duke, 2016). Sebbene le carceri siano ambienti ad alto rischio per il consumo di droghe non sicure e per la trasmissione di infezioni trasmesse per via ematica, attività di riduzione del danno - in particolare l'accesso a siringhe pulite - incontrano opposizione perché sono percepite come in contraddizione con l'obiettivo di una prigione esente dalla droga. L'assenza di queste attività può avere un impatto maggiormente negativo sulle donne rispetto agli uomini, poiché è stato riscontrato che, in ambito europeo, una percentuale più alta di donne detenute rispetto a quella dei detenuti maschi assume sostanze per via parenterale (EMCDDA, 2004).

A causa dei loro complessi bisogni, queste donne richiedono diversi interventi mentre sono in carcere e in seguito al rilascio (Mir et al., 2015). Possono beneficiare di interventi integrati correlati al genere, ai traumi e che affrontano molteplici questioni oltre all'uso di sostanze, come traumi, salute mentale, salute fisica, aspetti riproduttivi e comportamenti a rischio di malattie infettive (Messina et al., 2010).

3.2 Le differenze tra donne e uomini che fanno uso di sostanze

3.2.1 Le differenze tra uomini e donne che usano sostanze

Ci sono importanti differenze di genere - fisiche e biologiche - che sono di notevole importanza nella comprensione dell'abuso di sostanze e della psicopatologia femminile.

Spesso genere, psicopatologia, fisiologia e biologia sono legati insieme in modo intrinseco attraverso modelli che devono essere compresi e affrontati per comprendere le dinamiche che conducono le donne a fare uso di sostanze.

Le differenze biologiche nel modo in cui le donne metabolizzano le sostanze rendono più probabile lo sviluppo di conseguenze fisiche rapide, anche con un'assunzione inferiore. Per quanto riguarda l'alcol, è stato notato che esso appare più diluito nell'organismo degli uomini - che presentano una percentuale maggiore di acqua e meno cellule adipose rispetto alle donne; inoltre, nelle donne vi sono inferiori livelli dell'enzima gastrico alcol-deidrogenasi, che avvia il metabolismo dell'alcol (Frezza et al., 1990). Le donne metabolizzano una quantità di alcol nettamente inferiore rispetto agli uomini e, quindi, una quantità maggiore di alcol giunge direttamente ai tessuti del corpo. Pertanto, gli effetti dell'assunzione di alcol sono superiori e meno prevedibili nelle donne rispetto agli uomini (Blume, 1997).

A causa delle proporzioni di grasso e acqua delle donne rispetto agli uomini, che aumentano con l'età, le benzodiazepine e i barbiturici hanno un'emivita più lunga e la marijuana è smaltita più lentamente (Barry, 1986). Complessivamente, gli effetti fisici dell'assunzione di specifiche sostanze hanno un decorso più grave e un'insorgenza più rapida nelle donne, probabilmente a causa dell'aumento delle concentrazioni nei loro sistemi corporei (Blume, 1997).

Nel caso delle donne che abusano di alcol, è stato notato che generalmente la comparsa dei sintomi principali conduce più rapidamente alla progressione ad uno stadio successivo della malattia: questo è stato definito "effetto telescopico" della progressione della malattia nelle donne (Piazza et al., 1989).

Alcuni sostengono che questa sindrome è particolarmente pronunciata nelle donne che presentano una diagnosi di depressione prima dell'esordio del loro disturbo da abuso (Smith e Cloninger, 1981).

Vi sono anche altre conseguenze che l'assunzione di sostanze può esercitare sul corpo femminile rispetto a quello maschile.

Infatti, l'alcol e le droghe interferiscono con la fertilità delle donne e può accentuare l'insorgenza di disturbi a carico del sistema ginecologico (Blume, 1997). La presenza di disforia premestruale è stata associata con una maggiore quantità e frequenza nel consumo di alcol e marijuana e le donne che soffrono di sindrome premestruale

diagnosticabile mostrano tassi più elevati di abuso e dipendenza da alcol (Tobin et al., 1994). Disfunzioni sessuali - come mancanza di desiderio, incapacità di raggiungere l'orgasmo e dolore nel corso del rapporto sessuale - possono indurre le donne a usare alcol o droghe per far fronte a tali condizioni, o, viceversa, questi problemi possono configurarsi come conseguenze della dipendenza.

Una sensazione soggettiva di aver bisogno delle sostanze per funzionare in modo sessualmente adeguato può condurre molte donne in via di remissione dalla dipendenza a evitare i rapporti sessuali, nonostante gli studi indichino che la qualità delle relazioni sessuali è destinata a migliorare in queste donne, con il procedere del trattamento (Blume, 1997).

Contrariamente all'opinione popolare, la ricerca indica che le donne dipendenti dall'alcol non sono necessariamente più promiscue sotto l'effetto dell'alcol.

Nonostante la ricerca abbia sfatato lo stereotipo dell'aumento della promiscuità, le donne che abusano di sostanze in genere incarnano lo stereotipo connotato dalla vergogna sociale, in reazione alle norme culturali e morali prevalenti.

La provenienza da un ambiente povero è spesso associata all'uso illegale di droghe, così come allo stigma associato a tale uso durante la gravidanza.

La ricerca mostra che è l'uso di una sostanza legale - l'alcol - che è la causa più frequente e diretta di malformazioni congenite, quali ad esempio ritardo mentale, anomalie fisiche e menomazioni neurologiche. Particolarmente problematica può essere l'insorgenza della sindrome fetoalcolica nei bambini che nascono da donne che abusano di alcol in gravidanza: essa si configura come una condizione di disabilità permanente che si manifesta nel feto, esposto durante la vita intrauterina all'alcol consumato dalla madre durante la gravidanza.

Tuttavia, la vergogna di non essere all'altezza dei valori femminili attesi da una "madre buona e premurosa", in genere ostacola nelle donne tossicodipendenti la ricerca di un trattamento al momento opportuno.

Un lutto materno irrisolto determinato da un aborto, gli effetti della dipendenza sui bambini, e/o la perdita dell'affidamento sono problematiche significative che possono contribuire alla depressione e all'insorgenza di problemi di gestione comportamentale nelle donne dipendenti (Raskin, 1992).

In tutti i gruppi socioeconomici, la dipendenza ha gravi effetti sul legame madre-bambino, che può avere ripercussioni per tutta la vita. La vergogna, il senso di colpa, la perdita e la paura della separazione dai loro bambini che le madri dipendenti sperimentano può creare difficoltà significative all'inizio di un trattamento e alla realizzazione di una cooperazione e adesione alla cura.

3.2.2. Le conseguenze che le donne tossicodipendenti sono costrette ad affrontare

Le donne che fanno uso di droghe si trovano ad affrontare problemi specifici, che sembrano essere diversi da quelli vissuti dagli uomini. Per alcune donne, questi problemi possono fungere da ostacoli alla ricerca, all'ingresso, al coinvolgimento e alla permanenza nel trattamento.

Inoltre, va considerato che le esperienze di stigma sono più probabili tra le donne che fanno uso di droghe, dal momento che esse sono spesso socialmente percepite come maggiormente in contrasto rispetto all'adesione ai ruoli predefiniti, in primo luogo quelli di madri e caregiver. A partire da tale rappresentazione sociale condivisa, la presenza di atteggiamenti discriminatorivi e denigratori non favorevoli da parte dei fornitori di servizi può ostacolare l'accesso e ai trattamenti (Arsova Netzelmann et al., 2015; Benoit e Jauffret-Roustide, 2016).

Per tali motivi, l'esperienza delle donne che fanno uso di droghe può anche essere quella di sperimentare un sostegno sociale inferiore rispetto ai maschi che vivono la stessa situazione (Arsova Netzelmann et al., 2015).

L'assistente sociale Lorella Molteni nel suo libro *L'eroina al femminile* (2011) riporta alcune osservazioni in cui mette in evidenza che esiste un pregiudizio sulle madri tossicodipendenti che non sembra essere presente invece nei padri con le stesse problematiche.

Secondo la Dott.ssa Molteni, verso la madre le aspettative sociali sono molto più alte, le madri tossicodipendenti vengono viste come deviate mentre verso i padri con problemi di addiction vi è molta più tolleranza, specie se si sa che la madre non è una tossicodipendente (Molteni L., 2011)

Le relazioni rappresentano un aspetto fondamentale della vita delle donne e gli uomini che fanno uso di droghe: esse possono mediare con il proprio ruolo l'inizio e

il proseguimento del consumo di droghe, oltre che esercitare un effetto nel rischio di ricaduta (Bloom et al., 2003), nel rischio di contrarre infezioni trasmesse per via ematica (vedi Roberts et al., 2010) e nel rischio di essere esposte alla violenza (Neale et al., 2014; Benoit e Jauffret-Roustide, 2016).

Le relazioni affettive tra persone affette da addiction possono determinare un percorso di cura più complesso in quanto tali relazioni possono influire rispetto al mantenimento dell'uso di sostanze, alle ricadute (Bloom et al., 2003), rispetto al rischio di contrarre infezioni trasmesse per via ematica (vedi Roberts et al., 2010) e al rischio da parte delle donne di essere esposte alla violenza (Neale et al., 2014; Benoit e Jauffret-Roustide, 2016).

Anche la presenza dei figli nelle relazioni rappresenta un fattore molto importante che può svolgere un ruolo centrale nelle questioni relative all'uso e al recupero dalla droga da parte delle donne (Grella, 2015).

Data l'importanza che le donne attribuiscono alle relazioni, è opportuno che gli interventi previsti a supporto delle donne che presentano problemi di dipendenza da sostanze promuovano la salute individuale in connessione con bambini, membri della famiglia e altri significativi (Bloom et al., 2003); infatti, il coinvolgimento della famiglia può rappresentare un fattore favorente il processo di cura e migliorare l'efficacia del trattamento farmacologico (Greenfield et al., 2007).

Oltre alle problematiche di tipo sociale, la dipendenza da sostanze nelle donne può condurre anche allo sviluppo di difficoltà legate ad aspetti medico-clinici.

Le donne sono generalmente biologicamente più suscettibili degli uomini alle infezioni trasmesse per via ematica. Per esempio, varie caratteristiche del tratto genitale femminile aumentano la suscettibilità virus da immunodeficienza umana (HIV) (Reis Machado et al., 2014): i tassi di prevalenza dell'HIV sono più elevati tra le donne che si iniettano droghe rispetto ai maschi (Des Jarlais et al., 2012).

Rispetto agli uomini, è stato evidenziato che le donne che fanno uso di droghe hanno maggiori probabilità di condividere gli strumenti impiegati per iniettare le sostanze e tendono a dividerli con più persone (Sherman et al., 2001), oltre a mettere in atto condotte promiscue pericolose, che le conducono a scambiare sesso con droghe o denaro; esse, inoltre, mostrano maggiori difficoltà a negoziare l'uso del preservativo con i partner sessuali (Tuchman, 2010).

Sebbene non rappresentino un fattore specifico che riguarda i tossicodipendenti, gli oneri economici sono più rilevanti per le donne che fanno uso di droghe rispetto agli uomini, poiché sperimentano livelli di occupazione e reddito inferiori.

Da quanto sin qui descritto, emerge quanto siano necessari interventi olistici e globali per affrontare le molteplici problematiche ed esigenze delle donne tossicodipendenti (Bloom et al., 2003).

Il ruolo svolto dall'educatore nel lavoro con le persone tossicodipendenti mira a sviluppare la capacità di comprendere i comportamenti, al fine di progettare e realizzare interventi educativi individualizzati.

Aspetto fondamentale a tale scopo è agire sulla motivazione della persona, sostenendo la sua tendenza a sperimentare il cambiamento, favorendo l'individuazione di strategie differenti per evitare l'assunzione della sostanza e per ridefinire la propria identità.

L'obiettivo del percorso terapeutico rivolto ai tossicodipendenti non è la guarigione, ma il prendersi cura delle persone assistite nel rispetto dei bisogni e delle esigenze presentate dalla persona.

CONCLUSIONI

La richiesta di presa in carico nei Servizi per le Dipendenze, negli ultimi anni sembra aver riportato un riduzione della differenza degli accessi tra uomini e donne e ciò sembra essere anche il risultato di alcuni cambiamenti atti a migliorare l'accoglienza delle donne tossicodipendenti nei Servizi e facilitarne i percorsi di cura, rendendoli meno stigmatizzanti.

Questo miglioramento volto alla riduzione dello stigma nella presa in carico delle donne, può essere facilitato dalla crescente consapevolezza e promozione di politiche e programmi di genere a vari livelli. Alla luce delle mutevoli tendenze nel consumo di droga, potrebbero essere necessari nuovi sviluppi negli interventi rivolti alle donne, in particolare per coloro che hanno problemi legati all'uso della cannabis, che è la sostanza che ora crea maggiore domanda di cure in Europa, oltre che per abuso di farmaci da prescrizione, nuove sostanze psicoattive e situazioni di poliassunzione. Questo ha comportato sviluppi significativi nelle modalità di erogazione dell'intervento a supporto del problema delle dipendenze (Ferri et al., 2015).

Nonostante molte donne si avviino all'uso di droghe intendendo tale pratica come un tentativo di auto-cura delle proprie difficoltà e di affrontare le pressioni sociali, esse sono spesso stigmatizzate dalla società a causa della dipendenza dalla sostanza; inoltre le donne madri si trovano a far fronte ad una stigmatizzazione ancora maggiore (Lende, Leonard, Sterk, & Elifson, 2007; Radcliffe, 2011; Roberts, 1991). Sulla base delle testimonianze delle donne dipendenti da sostanze, è possibile distinguere le diverse fasi del consumo di droga.

Durante il periodo chiamato "stadio anteriore" – *before stage* - (Lee & Boeri, 2017), varie forme di stigmatizzazione conducono le donne a sentirsi donne insicure, e questo rappresenta uno dei motivi per i quali esse sviluppano la dipendenza dalla droga.

Tuttavia, per nascondere l'uso della sostanza ed evitare lo stigma, le donne cercano di svolgere in modo adeguato i ruoli ciò che percepiscono come "normali" per soddisfare le aspettative di genere stabilite dalla società.

Esse affrontano più tipi di stigmatizzazione una volta che iniziano a usare droghe (lo stadio intercorrente, *during stage*) a causa dei giudizi espresse dalla società nei confronti dei tossicodipendenti.

La fase successiva - *after stage* - consiste nel periodo in cui le donne smettono di usare le droghe e amplificano i loro sforzi per disintossicarsi, mentre progressivamente si riduce l'uso delle droghe. Secondo tale teorizzazione, sebbene le donne tossicodipendenti si impegnino in un percorso di cambiamento, la società tende a mantenere l'etichetta di "ex tossicodipendente", rendendo difficile evitare lo stigma.

Le percezioni di genere delle donne tossicodipendenti sono caratterizzate da una maggiore stigmatizzazione rispetto agli uomini che fanno uso di droghe poiché vanno contro la rappresentazione sociale stereotipata dell'identità femminile percepita. Lo stigma del consumo di droga è ancora maggiore nelle madri, le quali sono portatrici di aspettative superiori in relazione al ruolo di cura della famiglia rispetto ai padri.

Le donne di solito sono consapevoli di questi doppi standard e cercano di mostrare una buona immagine di sé alla società, tentando di nascondere la propria dipendenza (Goffman, 1959).

Le differenze di genere nella percezione dell'uso di sostanze possono essere riscontrate sia nell'uso sia legale che nell'uso di droghe illegali. Le donne sono percepite negativamente quando fumano in pubblico rispetto ai maschi, i quali possono essere addirittura considerati "più maschilini" e "attraenti" (Nichter, 2006, 112).

Le ricerche condotte sul tema mostrano che le consumatrici di droghe affrontano la stigmatizzazione come "donne cattive" perché violano le aspettative di ruolo di genere (Boeri, 2013; Campbell, 2000).

Le donne che fanno uso di droghe durante la gravidanza sono identificate come caratterizzate da "mancanze" morali e da una "identità viziata" (Stengel, 2014; Stone, 2015).

Dluzen e Liu ((2008), esplorando le differenze tra consumatori maschi e femmine di metanfetamina, hanno scoperto che mentre la violenza e l'uso eccessivo erano comportamenti prevalenti tra i consumatori di metanfetamine di sesso femminile rispetto a quello maschile e che le donne tendono a rispondere al trattamento meglio dei maschi.

Tuttavia, le donne consumatrici hanno un accesso limitato alle risorse terapeutiche e affrontano più sfide durante il recupero rispetto agli uomini (Boeri, Gardner, Gerken, Ross & Wheeler, 2016; Maher & Hudson, 2007).

La maggiore stigmatizzazione delle donne tossicodipendenti determina l'insorgenza di diversi ostacoli in quanto spesso si trovano senza supporto, risorse sufficienti o guida.

Luck, Elifson e Sterk (2004) nelle loro ricerche, hanno evidenziato che, parte della società comune, rispetto alle donne che fanno uso attivo di droghe ritiene che il sistema di *welfare* – supportandole – contribuisca a finanziare la dipendenza dalle droghe.

Boeri, Tyndall e Woodall (2011) mostrano come gli ostacoli di natura sociale riscontrati dalle donne nell'accesso ai servizi rivolti alle donne che mirano a migliorare la propria vita possono rappresentare un motivo per cui le donne continuano a fare uso di droghe. Il loro studio ha scoperto che molte delle donne che sono dipendenti dalla metanfetamina sono disposte a cercare aiuto, ma le barriere impediscono loro di procedere, rinforzando un ciclo che si autorinforza.

Concentrandosi sulle risorse di tipo sociale e terapeutico, Hall, Baldwin e Prendergast (2001) propongono che sono necessarie soluzioni che giungano ad identificare un trattamento più ampio e spiegano come i programmi di trattamento residenziale in comunità terapeutiche si configurino come elementi chiave per aumentare la probabilità di evitare ricadute. Tuttavia, le donne spesso sperimentano difficoltà di accesso a questi programmi: tali barriere si rilevano frequentemente e, per tale motivo, molte donne dispongono di risorse limitate, nonostante nella società siano presenti una moltitudine di servizi (come SerD, Comunità e Associazioni) a disposizione per il loro recupero (Lee & Boeri, 2017).

Gli interventi educativi rivolti al supporto delle politiche e procedure per affrontare le problematiche di sostanze basate sui principi guida per l'educazione e la prevenzione dei soggetti che fanno abuso di sostanze dovrebbero essere basati su un approccio che consideri tutta la vita della persona e il grado in cui ha il controllo delle proprie azioni e decisioni.

Gli interventi educativi, dovrebbero essere caratterizzati da un'osservazione iniziale e a lungo termine rispetto all'abuso di droga per tutelare la salute degli interessati,

inoltre non bisogna tralasciare le leggi e le normative locali e nazionali in materia di droga.

Allo stesso tempo, sarebbe utile prevedere una strategia di comunicazione che garantisca la conoscenza della problematica a largo spettro e che permetta di far riferimento a un elenco di professionisti e agenzie che possono fornire opportunità di sviluppo professionale, consulenza e risorse adeguate alle esigenze di chi presenta tali bisogni.

Pertanto, la possibilità di convenzioni con professionisti ed enti, comprese le forze dell'ordine, per formalizzare e rafforzare i rapporti di cooperazione e gli accordi di riferimento può essere di aiuto nella progettazione di interventi educativi e favorire la partecipazione degli interessati (United Nations Office on Drugs and Crime, 2004).

Nel prossimo futuro è certamente necessario garantire che le politiche e le pratiche educative della popolazione che sperimenta abuso di sostanze siano integrate nella dimensione di genere e che la pianificazione, la strutturazione e lo sviluppo di tali programmi e politiche abbia un focus strategico per le donne che vi partecipano.

Le politiche attuali, pertanto, dovrebbero in armonia con quanto detto sopra, venire incontro alle specifiche necessità delle partecipanti di genere femminile. Infatti, vi sono ancora grandi lacune di conoscenza in vari aspetti del consumo di droghe da parte delle donne; questo campo di ricerca è ostacolato dal fatto che gli studi di settore non sempre includono le donne o non considerano il sesso e il genere nella loro progettazione e anche quando lo fanno, non sempre disaggregano i dati per genere, e quindi spesso non conducono analisi di genere o affrontano questioni di genere.

Inoltre, una grande quantità di dati emergenti dalla ricerca e le risposte disponibili in relazione alle donne che fanno uso di droghe sono orientati per lo più verso l'uso degli oppioidi in donne in età fertile.

Questi problemi, insieme alle mutevoli tendenze nell'uso di droghe, richiedono ulteriori ricerche su un'ampia gamma di aree (compresi farmaci da prescrizione e le condizioni di poliassunzione) e dovrebbero includere donne di tutte le età provenienti da vari sottogruppi.

La rilevanza e anche la trasferibilità delle risposte ritenute efficaci per affrontare il problema e l'adattamento richiesto agli attuali programmi dovrebbe essere esaminato

nelle future ricerche allo scopo di ampliare le conoscenze oggi disponibili. La ricerca su questioni specifiche per le donne che fanno uso di droghe dovrebbe, quindi, essere incoraggiata per garantire che le donne ricevano risposte di alta qualità basate su evidenze scientifiche (Burgdorf et al., 2004).

I problemi complessi e sovrapposti affrontati da molte donne che fanno uso di sostanze richiedono coordinazione e implementazione di servizi integrati per affrontare problemi che vanno oltre il consumo di droga e/o comportamenti di addiction. Questi problemi sono spesso compartimentalizzati e trattati come questioni separate. In tutta Europa, ad esempio, si opera spesso una separazione tra i servizi per la gestione del consumo di droga e la predisposizione di reti di salute mentale.

Viceversa, la possibilità di dare vita a un approccio basato sul coordinamento interdisciplinare, collaborazioni e approcci multidisciplinari rappresenta un aspetto prioritario in cui la collaborazione spesso si basa sulla buona volontà delle parti interessate a livello locale e sulla cooperazione a livello individuale dei diversi attori coinvolti.

Per affrontare questa sfida, favorire la collaborazione in politiche e strategie a livelli più elevati è il più importante *step* iniziale per un servizio di educazione e rieducazione mirato alla gestione di questa tematica inerente più prettamente l'universo femminile, ad esempio implementando network di collaborazione tra professionisti dei servizi come ad esempio i Serd e i Dipartimenti di Salute Mentale.

Il personale coinvolto negli interventi di gestione della problematica dell'abuso da sostanze è tenuto ad avere atteggiamenti adeguati di tipo non giudicante, non discriminatorio e di supporto oltre ad un livello di competenza adeguata per incoraggiare le donne che fanno uso di sostanze ad accedere e impegnarsi con i servizi di assistenza e di interagire con essi in modo efficace.

Ciò include la consapevolezza dei bisogni unici delle donne e l'importanza una adeguata formazione richiesta per supportare nel modo più efficace possibile le donne che ne presentano la necessità.

Per quanto riguarda gli operatori che prestano servizio di servizi nel campo delle dipendenze, l'importanza delle conoscenze e delle competenze in aree diverse è un aspetto rilevante nella gestione dell'uso di sostanze (Gilchrist et al., 2015).

La competenza del personale è certamente facilitata attraverso un'adeguata istruzione, formazione, sviluppo delle competenze e supervisione professionale e pertanto i professionisti e i responsabili politici devono garantire che questo aspetto sia affrontato e opportunamente gestito (Clark, 2015).

Le azioni raccomandate in questo ambito, dunque, al fine di ridurre le lacune di conoscenza in relazione al consumo di droghe da parte delle donne e favorirne l'aumento della consapevolezza, volgono a incentivare la promozione di politiche e programmi di genere, introduzione e l'ampliamento di servizi che soddisfino i bisogni delle donne con comportamenti di addiction, indipendentemente dalle sostanze utilizzate, dall'età o dal sottogruppo di appartenenza. A valle di quanto sin qui descritto, si può affermare che sarebbe utile prevedere dei programmi di prevenzione e sensibilizzazione sul tema della tossicodipendenza realizzati ad hoc per le donne, oltre ad offrire a livello sociale formazioni mirate per problematiche specifiche.

Inoltre, sarebbe opportuno in campo educativo, progettare interventi volti a garantire la partecipazione delle donne che fanno uso di droghe allo sviluppo di politiche e programmi e a fornire servizi coordinati e integrati, per affrontare questioni che vanno oltre il consumo di droga.

Infatti, nel campo delle tossicodipendenze l'aspetto educativo – strettamente correlato a quello preventivo – presenta carattere necessariamente propositivo, volto a creare opportunità più che ad imporre divieti.

Tanto nel contesto scolastico quanto in quello associativo, è necessario attivare interventi di educazione integrata al quale partecipino tutte le istituzioni protagoniste della formazione, in un'ottica di confronto e partecipazione, allo scopo di conferire al contesto comunitario di riferimento identità culturale e politica che possa favorire nei giovani l'allontanamento da sentimenti di dispersione e abbandono.

A tale scopo, le politiche giovanili necessitano di inserirsi in uno spazio istituzionale territoriale in cui la caratteristica fondamentale sia rappresentata dalla trasversalità degli interventi.

Tra gli interventi di tipo educativo – lontani dalla logica punitiva – che possono essere messi in atto al fine di favorire il superamento della condizione di tossicodipendenza vi sono le seguenti azioni:

- Supportare la dimensione lavorativa come elemento centrale sia nei percorsi di recupero, sia nella prevenzione della tossicodipendenza, anche allo scopo di ridurre il vissuto di emarginazione e favorire la sperimentazione di sentimenti di solidarietà;
- Valorizzare la formazione professionale, elemento di contrasto del disagio giovanile e di maturazione complessiva della personalità, in quanto anello di collegamento tra la fase riabilitativa e l'inserimento sociale di coloro che hanno già superato il problema della dipendenza da sostanze;
- Promozione della consapevolezza relativa all'importanza di valori quali la cooperazione, la relazione e la condivisione (ACLI, 1989).

Mediante il ricorso a testimonianze e facendo diretto riferimento al vissuto emotivo delle donne che hanno affrontato tale situazione, è possibile giungere ad una più profonda comprensione del fenomeno e, conseguentemente, progettare interventi di crescente efficacia.

Si comprende, quindi, come sia altresì necessario garantire finanziamenti a lungo termine per i programmi educativi di questo tipo e garantire adeguate competenze e capacità del personale destinato alla prevenzione e al trattamento di tali condizioni.

Nell'area del consumo di sostanze da parte delle donne, ulteriori studi epidemiologici e di biomedicina genere-specifica sono necessari nel campo della ricerca, ma vi è necessità anche studi su nuovi approcci terapeutici, sulle valutazioni dei bisogni, sulle valutazioni dei programmi e studi sull'efficacia dei costi. In particolare, è importante esaminare gli interventi che sono efficaci per le donne in età avanzata e le donne che sono poliabusatrici.

Tali sforzi, nel loro insieme, possono aiutare ad affrontare le carenze e i limiti esistenti e garantire che interventi efficaci e basati sull'evidenza per le donne diventino la norma a vantaggio di donne che sono state colpite dall'abuso di droghe (EMCDDA, 2017).

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

1. ACLI, AGESCI, Azione Cattolica, Centro studi Zingari, CNCA, Comunità i Sant'Egidio, CSI, FOCSIV, GIOC (1989). *Educare senza punire. Oltre la droga e il disagio: quale progettualità?*. Aspe n. 10 del 28 aprile 1989.
2. Arpa S., (2017). *Women who use drugs: Issues, needs, responses, challenges and implications for policy and practice*. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction,
3. Arsova Netzelmann, T., Dan, M., Dreezens-Fuhrke., J., Kalikov, J., Karnite, A., Kucharova, B., Musat, G. et al. (2015), *Women using drugs: a qualitative situation and needs analysis. Cross-country rapid assessment and response (RAR Report)*, SPI Forschung gmbH, Berlin.
4. Assolombarda (2022). *Global Gender Gap 2022: Italia ancora 63esima*. <https://www.assolombarda.it/centro-studi/global-gender-gap-2022-italia-ancora-63esima#:~:text=Nella%20classifica%20del%202022%201,0%2C721%20dell'anno%20precedente>).
5. Azim, T., Bontell, I. and Strathdee, S. A. (2015), *Women, drugs and HIV*, *International Journal of Drug Policy* 26, pp. 16-21.
6. Barbieri, G. (2011). *La condizione della donna nel medioevo*. *Italia medievale*. <https://www.italiamedievale.org/portale/la-condizione-della-donna-nel-medioevo/>
7. Battaglia, L. (2021). *La condizione femminile da fine Ottocento alla riforma del diritto di famiglia. Il lungo e travagliato cammino verso la parità dei sessi*. *Policlic. L'in-formazione a portata di clic*. (9), 13-20. <https://www.policlic.it/la-condizione-femminile-da-fine-ottocento-alla-riforma-del-diritto-di-famiglia/>
8. Barry, P.P. (1986). *Gender as a factor in treating the elderly*. *NIDA Research Monograph* 65, 65-69.
9. Becker, H. S. (2008). *Outsiders: Estudos de sociologia do desvio [Outsiders: Studies in the sociology of deviation]* (M. L. X. A. Borges, Trans.). Rio de Janeiro, RJ: Zahar.
10. Beckman, L., Amaro, H. (1986). *Personal and social difficulties faced by women and men entering alcoholism treatment*. *Journal of Studies on Alcohol*, 47, 135-145.
11. Benoit, T. and Jauffret-Roustide, M. (2016), *Improving the management of violence experienced by women who use psychoactive substances* (available at https://www.coe.int/T/DG3/Pompidou/Source/Documents/Women,%20Drugs%20And%20Violence_en.pdf; accessed 2 January 2017).
12. Biong, S., Ravndal, E. (2007). *Young men's experiences of living with substance abuse and suicidal behaviour: Between death as an escape from pain and the hope for a life*. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 2, 246-259.

13. Bloom, B., Owen, B. and Covington, S. (2003), Gender responsive strategies research practice, and guiding principles for women offenders, National Institute of Corrections, Washington DC.
14. Blume, S.B. (1997). Women: Clinical aspects. In: JH Lowinson, P Ruiz, RB Millman & JG Langrod (Eds) Substance abuse: A comprehensive textbook, 3rd edition, Baltimore: Williams & Wilkins, 645-654.
15. Brentari, C., Hernandez, B. and Tripodi, S. (2011), Attention to women drug users in Europe, DCDII guidelines, European Project Democracy, Cities and Drugs Project II
http://www.democitydrug.org/uploads/DCD%20II%20WP5%20Guidelines_EN_G.pdf; accessed 23 December 2016.
16. Boeri M, Gardner M, Gerken E, Ross M, Wheeler J. I Don't Know What Fun Is: Examining the Intersection of Social Capital, Social Networks, and Social Recovery. *Drugs and Alcohol Today*. 2016; 16(1):1–11.
17. Boeri MW, Tyndall BD, Woodall DR. Suburban Poverty: Barriers to Services and Injury Prevention Among Marginalized Women Who Use Methamphetamine. *Western Journal of Emergency Medicine*. 2011; 12(3):284–292.
18. Boeri MW. *Women on ice: Methamphetamine use among suburban women*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press; 2013.
19. Bucher, R. (1992). *Drogas e drogadição no Brasil [Drugs and drug addiction in Brazil]*. Porto Alegre, RS: Artes Médicas.
20. Burgdorf, K., Layne, M., Roberts, T., Miles, D. and Herrell, J. M. (2004), 'Economic costs of residential substance abuse treatment for pregnant and parenting women and their children', *Evaluation and Program Planning* 27, pp. 233-240.
21. Campbell Nancy. *Using Women: Gender, Drug Policy, and Social Justice*. Psychology Press; 2000.
22. Canali, S. (2021). Le droghe e il marchio della colpa. Stigma e autostigma nelle dipendenze. <https://www.psicoattivo.com/le-droghe-e-il-marchio-della-colpa-stigma-e-autostigma-nelle-dipendenze/>
23. Cantarella, E. (2019). *Gli inganni di Pandora. L'origine delle discriminazioni di genere nella Grecia antica*. Feltrinelli
24. Casi, C. (2021). *La donna nella preistoria*. Ceccarelli
25. Center for Substance Abuse Treatment (2013), *Substance abuse treatment: addressing the specific needs of women*, Treatment improvement protocol (TIP) series 51 (4th edition), Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Rockville, MD.

26. Clark, M. (2015), The gender dimension of non-medical use of prescription drugs in Europe and the Mediterranean region, Council of Europe, Strasbourg.
27. Costituzione della Repubblica Italiana 27 dicembre 1947. Articolo 3
28. Covington, S. (1999). Helping women recover: A program for treating addiction. Guilford Press.
29. Dahlgren, E., Willander, A. (1989). Are special treatment facilities for female alcoholics needed? A controlled 2-year follow-up study from a specialized female unit (EWA) versus mixed male/female treatment facility. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 13, 499-504.
30. Des Jarlais, D. C., Feelemyer, J. P., Modi, S. N., Arasteh, K. and Hagan, H. (2012), Are females who inject drugs at higher risk for HIV infection than males who inject drugs: an international systematic review of high seroprevalence areas, *Drug and Alcohol Dependence* 124, pp. 95-107.
31. De Marchi, E. (2012). L'emancipazione femminile dalla rivoluzione francese alla Grande guerra.
https://www.academia.edu/12157457/Lemancipazione_femminile_dalla_rivoluzione_francese_alla_Grande_guerra
32. De Medici, Abel (2021). Essere donna nell'Italia del Rinascimento. *Storica NATIONAL GEOGRAPHIC* https://www.storicang.it/a/essere-donna-nellitalia-rinascimento_15103
33. Di Cesare, M., Magliocchetti, N., Romanelli, M., Santori, E. (2019). Rapporto Tossicodipendenze. Analisi dei dati del Sistema Informativo Nazionale delle Dipendenze. Anno 2018
https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2968_allegato.pdf
34. Di Cesare, M., Magliocchetti, N., Romanelli, M., Santori, E. (2021). Rapporto Tossicodipendenze. Analisi dei dati del Sistema Informativo Nazionale delle Dipendenze. Anno 2020
https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3213_allegato.pdf
35. Dluzen DE, Liu B. Gender Differences in Methamphetamine Use and Responses: A Review. *Gender Medicine*. 2008; 5(1):24–35.
36. Downs, W., and Miller, B. (2002), 'Treating dual problems of partner violence and substance abuse' in Wekerle, C. and Wall, A. M. (eds.), *The violence and addiction equation: Theoretical and clinical issues in substance abuse and relationship violence*. New York, NY: Brunner-Routledge. pp 252-272.
37. DrugScope and AVA (2013), *The challenge of change: improving services for women involved in prostitution and substance use*. https://avaproject.org.uk/wp/wp-content/uploads/2016/08/Challenge-of-change_full-report.pdf.

38. Duby, G., Perrot, M. (1995). *Storia delle donne: dal rinascimento all'età moderna*. Latera
39. EMCDDA. *Women who use drugs: Issues, needs, responses, challenges and implications for policy and practice*. 2017.
40. EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction) (2015a), *Comorbidity of substance use and mental disorders in Europe*, EMCDDA Insights, Publications Office of the European Union, Luxembourg.
41. EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction) (2016c), *Comorbidity of substance use and mental health disorders in Europe: perspectives on drugs*. http://www.emcdda.europa.eu/system/files/attachments/2639/Comorbidity_POD_2016.pdf.
42. EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction) (2012a), *Pregnancy, childcare and the family: key issues for Europe's response to drugs*, Publications Office of the European Union, Luxembourg.
43. EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction) (2009), *Women's voices: experiences and perceptions of women facing drug problems in Europe*, Publications Office of the European Union, Luxembourg.
44. EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction) (2004), *Annual report 2004: the state of the drugs problem in the European Union and Norway*. <http://ar2004.emcdda.europa.eu/en/page096-en.html>.
45. *Fearless Girl: la statua di fronte alla borsa di Wall Street*. (2021) <https://www.newyorkfacile.it/curiosita/fearless-girl-statua-wall-street/>
46. Ferreira, L. O. (2013). *Saúde e relações de gênero: Uma reflexão sobre os desafios para a implantação de políticas públicas de atenção à saúde da mulher indígena* [Health and gender relations: A reflection on the challenges for the implementation of public policies for health care for indigenous women]. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(4), 1151-1159.
47. Ferri, M., Bo, A., Montanari, L. and Roland, S. (2015), 'The importance of developing a reliable knowledge base in the treatment offered: the EU experience' in O'Neil, A. L. and Lucas, J. (eds), *DAWN drugs and alcohol women network: promoting a gender responsive approach to addiction*, United Nations Interregional Crime and Justice Research Initiative (UNICRI), Turin. pp. 222-244.
48. Fiorucci M. (2017). *Educatori e mediatori culturali: elementi per la formazione interculturale degli educatori*. *Pedagogica oggi. Rivista SIPED*, XV(2), 75-90.
49. Fresi, S. (2021). *Diritti delle Donne. Dalla Rivoluzione francese all'età napoleonica*. <https://www.lemusenews.it/diritti-delle-donne-dalla-rivoluzione-francese-e-nelle-ta-napoleonica/>
50. Frezza, M., DiPadova, C., Pozzato, G., Terpin, M., Baroona, E., Lieber, C.S. (1990). *High blood alcohol levels in women: The role of decreased gastric*

- alcohol dehydrogenase activity and first-pass metabolism. *New England Journal of Medicine*, 12, 871-878.
51. Frugoni, C. (2021). Donne medievali: sole, indomite, avventurose. Il Mulino
 52. Gilligan, C. (1982). In a different voice. Psychological theory and women's development. Harvard University Press.
 53. Gilchrist, G., Blazquez, A., Pons Rabasa, A., Coronado, M., Colom, J. and Torrens, M. (2015), 'Sex differences in barriers to accessing substance abuse treatment, a qualitative study', in O'Neil, A. L. and Lucas, J. (eds), DAWN drugs and alcohol women network: promoting a gender responsive approach to addiction, United Nations Interregional Crime and Justice Research Initiative (UNICRI), Turin, pp. 176-194.
 54. Gil-Rivas, V., Fiorentine, R., Anglin, D., Taylor, E. (1997). Sexual and physical abuse: Do they compromise drug treatment outcomes? *Journal of Substance Abuse Treatment*, 14, 351-358.
 55. Global Gender Gap Report 2022: Italia al 18° posto nell'UE (2022, luglio, 28). *Generazione vincente*. <https://www.generazionevincente.it/?p=38867>
 56. Goffman, E. (2006). Estigma: La identidad deteriorada [Stigma: The deteriorated identity] (L. Guinsberg, Trans.). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
 57. Greenfield, S. F., Brooks, A. J., Gordon, S. M., Green, C. A., Kropp, F., McHugh, R. K., Lincoln, M., et al. (2007), Substance abuse treatment entry, retention, and outcome in women: a review of the literature, *Drug and Alcohol Dependence* 86, pp. 1-21.
 58. Grella, C. (2015), Gender responsive treatment approaches for women with substance use disorders, pp. 141- 175, in O'Neil, A. L. and Lucas, J. (eds), DAWN drugs and alcohol women network: promoting a gender responsive approach to addiction, United Nations Interregional Crime and Justice Research Initiative (UNICRI), Turin.
 59. Grella, C. E. and Stein, J. A. (2013), Remission from substance dependence: differences between individuals in a general population longitudinal survey who do and do not seek help, *Drug and Alcohol Dependence* 133, pp. 146-153.
 60. Gyarmathy, V. A., Giraudon, I., Hedrich, D., Montanari, L., Guarita, B. and Wiessing, L. (2009), Drug use and pregnancy — challenges for public health, *Euro Surveillance* 14, pp. 33-36.
 61. Haider, H. (2008), Violence against women interventions, Governance and Social Development, Resource Centre (GSDRC), Birmingham.
 62. Hall EA, Baldwin DM, Prendergast ML. Women on Parole: Barriers to Success After Substance Abuse Treatment. *Human Organization*. 2001; 60(3):225–233.
 63. Hser, Y., Anglin, M. & McGlothlin, W. (1987). Sex differences in addict careers: I. Initiation of use. *American Journal of Drug Abuse*, 13, 33-57.
 64. International Network of People Who Use Drugs (INPUD) (2014), A war on women who use drugs, INPUD, London.

65. Inverno, A., Pistono, D., Scanu Ballona, E., Taviani, S. (2021). *Le equilibriste. Save the Children*.
<https://s3.savethechildren.it/public/files/uploads/pubblicazioni/le-equilibriste-la-maternita-italia-nel-2021.pdf>
66. Istat (2014). I tempi della vita quotidiana. <https://www.istat.it/it/archivio/193098>
67. Istat (2019). Reddito. <https://www.istat.it/donne-uomini/bloc-2d.html?lang=it>
68. Istat (2020). Annuario statistico 2020, pp. 288-349.
<https://www.istat.it/it/files//2020/12/C08.pdf>
69. Istat (2020). Percorso lavorativo. <https://www.istat.it/donne-uomini/bloc-2b.html>
70. Jonas, S., Bebbington, P., McManus, S., Meltzer, H., Jenkins, R., Kuipers, E. and Brugha, T. (2011), Sexual abuse and psychiatric disorder in England: results from the 2007 Adult Psychiatric Morbidity Survey, *Psychological Medicine* 41, pp. 709-719.
71. Jodelet, D. (2001). *Representações sociais: Um domínio em expansão* [Social representations: An expanding domain]. Rio de Janeiro, RJ: Ed. UERJ.
72. Kensy, J., Stengel, C., Nougier, M. and Birgin, R. (2012), Drug policy and women: addressing the negative consequences of harmful drug control, International Drug Policy Consortium, London.
73. Kolind, T. and Duke, K. (2016), Drugs in prisons: exploring use, control, treatment and policy, *Drugs, Education, Prevention and Policy* 23, pp. 89-92.
74. Krans, E. E., Bogen, D., Richardson, G., Park, S. Y., Dunn, S. L. and Day, N. (2016), Factors associated with buprenorphine versus methadone use in pregnancy, *Substance Abuse* 37, pp. 550-557.
75. Lee N, Boeri M. Managing Stigma: Women Drug Users and Recovery Services. *Fusio*. 2017 ; 1(2): 65–94.
76. Legge 160/2019
77. Lende DH, Leonard T, Sterk CE, Elifson K. Functional Methamphetamine Use: The Insider's Perspective. *Addiction Research & Theory*. 2007; 15(5):465–477.
78. Luck PA, Elifson KW, Sterk CE. Female Drug Users and the Welfare System: A Qualitative Exploration. *Drugs: Education, Prevention and Policy*. 2004; 11(2):113–128.
79. Macchia, T. (2004). Donna e dipendenza crociata. *Ann Istituto Superiore della Sanità* 2004; 40(1): 35-40
<https://www.iss.it/documents/20126/955767/40135.1107854946.pdf/62afbcde-f7bf-8ee6-2ffb-21f82a6c0264?t=1575579686643>
80. Maher L, Hudson SL. Women in the Drug Economy: A Metasynthesis of the Qualitative Literature. *Journal of Drug Issues*. 2007:805–826.

81. Marangoni, R. S., & Oliveira, M. L. F. (2013). Fatores desencadeantes do uso de drogas de abuso em mulheres [Triggering factors for drug abuse in women]. *Texto & Contexto Enfermagem*, 22(3), 662-670.
82. Medeiros, K. T., Maciel, S. C., Sousa, P. F., & Vieira, G. L. S. (2015). Vivências e representações sobre o crack: Um estudo com mulheres usuárias [Experiences and representations about crack: An approach to female drugusers]. *Psico-USF*, 20(3), 517-528.
83. Messina, N., Grella, C. E., Cartier, J. and Torres, S. (2010), A randomized experimental study of gender responsive substance abuse treatment for women in prison, *Journal of Substance Abuse Treatment* 38, pp. 97- 107.
84. Miller, J.B. (1976). *Toward a new psychology of women*. Second edition. Beacon Press.
85. Miller, J.B. (1990). Connections, disconnections and violations. *Work in progress no. 33*. Stone Center, Working Paper Series, Wellesley, MA.
86. Mir, J., Kastner, S., Priebe, S., Konrad, N., Ströhle, A. and Mundt, A. P. (2015), Treating substance abuse is not enough: comorbidities in consecutively admitted female prisoners, *Addictive Behaviors* 46, pp. 25-30.
87. Molteni, L. (2011). *L'eroina al femminile*. FrancoAngeli.
88. Molteni, L. (2013). Revisione della letteratura in materia di genere e uso di sostanze psicoattive. *Italian Journal on Addiction, Vol 3. Numero 2 2013, p. 58-60*
https://www.academia.edu/13080712/Revisione_della_letteratura_in_materia_di_genere_e_uso_di_sostanze_psicoattive
89. Najavits, L. M. (2009), Psychotherapies for trauma and substance abuse in women: review and policy implications, *Trauma, Violence & Abuse* 10, pp. 290-298.
90. Neale, J., Nettleton, S. and Pickering, L. (2014), Gender sameness and difference in recovery from heroin dependence: a qualitative exploration, *International Journal of Drug Policy* 25, pp. 3-12.
91. Nichter M, et al. Gendered Dimensions of Smoking Among College Students. *Journal of Adolescent Research*. 2006; 21(3):215–243.
92. Nunzez Paz, M.I. (2020). Diritti e doveri delle donne di Roma. *Storica NATIONAL GEOGRAPHIC* https://www.storicang.it/a/donne-di-roma_14663
93. Parolari, P. (2019). Stereotipi di genere, discriminazioni contro le donne e vulnerabilità come disempowerment. Riflessioni sul ruolo del diritto. *AG AboutGender – International journal of gender studies, Vol 8. Numero 15 2019, p 90-117*
https://iris.unibs.it/bitstream/11379/518440/1/Parolari_2019_Sterotipi%20di%20genere_AG.pdf
94. Piazza, N.J., Vrbka, J.L., Yeager, R.D. (1989). Telescoping of alcoholism in women alcoholics. *International Journal of Addictions*, 24, 19-28.

95. Raskin, V.D. (1992). Maternal bereavement in the perinatal substance abuser. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 9, 149-152.
96. Radcliffe P. Motherhood, Pregnancy, and the Negotiation of Identity: The Moral Career of Drug Treatment. *Social Science & Medicine*. 2011; 72:984–991.
97. Ravndal, E. (2008). Kvinner og alkohol (Women and Alcohol). In: Duckert F, Lossius K, Ravndal E, Sandvik B (eds). *Kvinner og alkohol (Women and Alcohol)* Oslo, Universitetsforlaget, 37-66.
98. Reis Machado, J., da Silva, M. V., Cavellani, C. L., Antônia dos Reis, M., Monteiro, M. L. G. D. R., Teixeira, V. D. P. A. and Rosa Miranda Corrêa, R. (2014), Mucosal immunity in the female genital tract, HIV/AIDS, *BioMed Research International*.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4181941/>.
99. Rhodes, T., Platt, L. and Filatova, K. (2002), Behavior factors in HIV transmission in Eastern Europe and Central Asia, UNAIDS, Geneva.
100. Roarty, L. and Saggars, S. (2009), Evaluation of services to culturally and linguistically diverse (CALD) women with comorbid mental health and drug and alcohol issues, National Drug Research Institute, Perth, Australia.
101. Roberts, A., Mathers, B. and Degenhardt, L. (2010), Women who inject drugs: a review of their risks, experiences and needs, National Drug and Alcohol Research Centre (NDARC), Sydney, New South Wales.
102. Roberts, A., Mathers, B. and Degenhardt, L. (2010), Women who inject drugs: a review of their risks, experiences and needs, National Drug and Alcohol Research Centre (NDARC), Sydney, New South Wales.
103. Roberts DE. Punishing Drug Addicts Who Have Babies: Women of Color, Equality, and the Right of Privacy. *Faculty Scholarship*. 1991:1370.
104. Sherman, S., Latkin, C. and Gielen, A. (2001), Social factors related to syringe sharing among injecting partners: a focus on gender, *Substance Use & Misuse* 36, pp. 2113-2136.
105. Smith, E.M., Cloninger, C.R. (1981). Alcoholic females: Mortality at twelve-year followup. *Focus on Women*, 2, 1-3.
106. Stengel C. The Risk of Being ‘Too Honest’: Drug Use, Stigma and Pregnancy. *Health, Risk & Society*. 2014; 16(1):36–50.
107. Stone R. Pregnant Women and Substance Use: Fear, Stigma, and Barriers to Care. *Health & Justice*. 2015; 3(1):1–15.
108. Straussner, S. (1985). Alcoholism in women: Current knowledge and implications for treatment. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 5, 139-155.
109. Tobin, M.B., Schmidt, M.D., Rubinow, D.R. (1994). Reported alcohol use in women with premenstrual syndrome. *American Journal of Psychiatry*, 151, 1503-1504.
110. Tuchman, E. (2010), Women and addiction: the importance of gender issues in substance abuse research, *Journal of Addictive Diseases* 29, pp. 127-138.
111. United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) (2016), Guidelines on drug prevention and treatment for girls and women, UNODC, Vienna.

112. United Nations Office on Drugs and Crime. SCHOOLS school-based education for drug abuse prevention, 2004.
113. van der Kolk, B. (2017). *El cuerpo lleva la cuenta. Cerebro, mente y cuerpo en la superación del trauma*. Editorial Eleftheria.
114. Wendell, A. (2013), Overview and epidemiology of substance abuse in pregnancy, *Clinical Obstetrics and Gynecology* 56, pp. 91-96.
115. WHO (2009), Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence, World Health Organization, Geneva.
116. WHO (2014), Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy, World Health Organization, Switzerland.
117. WHO Regional Office for Europe (2009), Women's health in prison: correcting gender inequity in prison health, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.
118. Wilsnack, S.C., Wilsnack, R.W., Klassen A.D. (1986). Epidemiological research on women's drinking 1974-84. *Women and Alcohol: Health-related issues*. NIAAA, Research Monograph no. 16 (Vol. Publication no. ADM 86-1139, Washington DC, Department of Health and Human Services, 1-68.
119. Wolpow, R., Johnson, M. M., Hertel, R., & Kincaid, S. O. (2011). *Learning and teaching: Compassion, resiliency, and academic success*. Office of the Superintendent of Public Instruction. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2019.0635>
120. Zedler, B. K., Mann, A. L., Kim, M. M., Amick, H. R., Joyce, A. R., Murrelle, E. L. and Jones, H. E. (2016), Buprenorphine compared with methadone to treat pregnant women with opioid use disorder: a systematic review and meta-analysis of safety in the mother, fetus and child, *Addiction* 111, pp. 2115-2128.