

Regione Piemonte
Assessorato ai Beni Culturali
ISBN 978-88-76-78138-4

Impostazione grafica di Simona Ricci

Stampa:
Litografia Spoletina – Del Gallo Editore

Finito di stampare nel mese di marzo 2007



Studio nazionale per la

Valutazione dell'**E**fficacia **de**i

Trattamenti per la

Tossicodipendenza da **E**roina

Monografia n. **7**

Differenze di genere nello studio VEdette

A cura di:

Paola Burroni ¹, Federica Vigna-Taglianti ², Elisabetta Versino ³, Franca Beccaria ⁴, Marina Garneri ¹, Federica Mathis ², Anna Picciolini ⁵, Mara Rotelli ¹, e Anna Maria Bargagli ⁶

Responsabili dello studio nazionale:

Fabrizio Faggiano ^{2,7}, Marina Davoli ⁶

¹ SerT ASL 1 Torino

² Osservatorio Epidemiologico delle Dipendenze - ASL5 Piemonte

³ Dipartimento di Sanità Pubblica e Microbiologia - Università di Torino

⁴ Eclectica - Torino

⁵ Associazione Parsec

⁶ Dipartimento di Epidemiologia ASL RME

⁷ Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale - Università del Piemonte Orientale "A. Avogadro"

Si ringraziano:

tutti gli Operatori dei SerT che, nonostante il gravoso carico di lavoro sostenuto quotidianamente, hanno partecipato con senso del dovere allo studio, convinti del contributo che esso potrà fornire all'incremento delle conoscenze sulla efficacia degli interventi e al miglioramento della qualità del loro lavoro;

i Responsabili di tutti i SerT che stimolando e mantenendo viva la motivazione dei propri collaboratori hanno reso possibile lo svolgimento dello studio;

il dott. Giovanni Nicoletti e il dott. Pietro Canuzzi dell'Ufficio IX Direzione Generale Prevenzione Sanitaria Ministero Della Salute, che hanno sostenuto e seguito con interesse lo studio fin dalla fase di progettazione;

i colleghi dell'OED Piemonte e dell'Ufficio Regionale Tossicodipendenze del Piemonte, tra questi un particolare segno di stima a M.T. Revello,

e tutti i collaboratori della ASL1 di Torino.

1. INTRODUZIONE.....	9
1.1 Differenze di genere nella salute della popolazione generale	10
1.2 L'approccio sociologico	11
1.2.1 La donna nella società contemporanea	11
1.2.1.1 Le donne nel mondo del lavoro.....	11
1.2.1.2 Il rapporto con l'istruzione e la cultura	12
1.2.1.3 L'evoluzione della struttura familiare	12
1.2.2 La costruzione sociale dei ruoli genitoriali	13
1.2.3 Un'ottica di genere per fenomeni di genere.....	13
1.2.4 La tossicodipendenza femminile	14
1.2.5 I bisogni delle donne tossicodipendenti	15
1.2.6 Un approccio di genere nel trattamento	16
1.3 L'approccio psicodinamico	17
1.3.1 La teoria freudiana ed i post-freudiani.....	17
1.3.2 La teorizzazione di Jung e degli Junghiani	18
1.3.3 La psicopatologia delle dipendenza	19
1.3.4 L'orientamento al trattamento	22
1.4 L'approccio epidemiologico	23
1.4.1 La dipendenza da eroina.....	23
1.4.2 Differenze di genere nella dipendenza da eroina	23
1.4.2.1 Fattori di rischio per la tossicodipendenza	23
1.4.2.2 L'uso di sostanze	24
1.4.2.3 Differenze di genere alla presa in carico	25
1.4.2.4 Percorsi terapeutici	26
1.4.2.5 Differenze nella mortalità.....	27
2. LO STUDIO VEdeTTE	29
3. OBIETTIVI DELLA MONOGRAFIA	31
4. MATERIALI E METODI.....	33
4.1 Trattamento dei dati	33
4.2 Piano di analisi	33
4.2.1 Le differenze di genere alla presa in carico	33
4.2.1.1 Analisi descrittiva	33
4.2.1.2 Analisi uni-variata.....	33
4.2.1.3 Analisi multivariata	33
4.2.1.4 Analisi dei percorsi terapeutici	34
4.2.2 Analisi dei fattori di rischio per l'abbandono del mantenimento metadonico	34
4.2.3 Analisi dei fattori di rischio per l'abbandono della comunità terapeutica.....	35
4.2.4 Analisi delle differenze di genere nella mortalità	35
5. RISULTATI.....	37
5.1 Differenze di genere alla presa in carico: Risultati dell'analisi descrittiva	37
5.1.1 Caratteristiche socio-demografiche	37
5.1.2 Storia di tossicodipendenza ed età	39
5.1.3 Consumo di sostanze.....	41
5.1.4 Sintomi e disturbi psichici precedenti l'uso di sostanze	42
5.1.5 Sintomi e disturbi psichici successivi all'uso di sostanze.....	43
5.1.6 Comportamenti a rischio, salute fisica e mentale	44
5.2 Differenze di genere alla presa in carico: risultati dell'analisi multivariata.....	45
5.2.1 Modello base.....	45
5.2.2 Modelli complessi	47

5.3	Percorsi terapeutici.....	50
5.3.1	Primi cicli di trattamento.....	50
5.3.2	Percorsi terapeutici più frequenti.....	50
5.3.3	Percorsi terapeutici, 1° ciclo: comunità terapeutica.....	52
5.3.4	Percorsi terapeutici, 1° ciclo: mantenimento metadonico	53
5.3.5	Percorsi terapeutici, 1° ciclo: metadone a scalare.....	53
5.3.6	Percorsi terapeutici, 1° ciclo: psicoterapia	54
5.3.7	Rappresentazione grafica dei percorsi terapeutici.....	55
5.4	Differenze di genere nella ritenzione in trattamento.....	60
5.4.1	Mantenimento metadonico	60
5.4.2	Comunità terapeutica	68
5.5	Differenze di genere nella mortalità.....	75
6.	DISCUSSIONE E CONCLUSIONI	77
6.1	Differenze di genere alla presa in carico.....	77
6.2	Percorsi terapeutici.....	78
6.3	Mortalità.....	79
6.4	Conclusioni.....	79
7.	BIBLIOGRAFIA.....	81

1 INTRODUZIONE

Tra le patologie delle dipendenze sembra ormai consolidato comprendere i Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) assieme alle altre dipendenze tra cui quella da eroina. Tali patologie sono accomunate dalla medesima genesi bio-psico-sociale. E' un dato che le donne sviluppino maggiormente i DCA rispetto agli uomini, ma intorno a questa percentuale già si notano spostamenti significativi tra i sessi. Negli ultimi anni un numero sempre maggiore di soggetti di sesso maschile sviluppa disturbi su quest'area, forse in correlazione al fatto che anche gli uomini si trovano, fragili, a confrontarsi con la propria immagine.

L'epidemiologia delle tossicodipendenze da eroina ci dice che le donne sono in percentuale nettamente inferiore rispetto ai maschi e, anche in questo ambito, le spiegazioni delle differenze di genere nella prevalenza sono scarse se non addirittura nulle. Un recente report sulle differenze di genere nell'uso di droghe in Europa pubblicata dall'EMCDDA nel 2005 conferma la carenza e la necessità di indagare questi aspetti in studi specifici.

Lo studio VEdeTTE, tra la mole di dati riguardanti l'efficacia dei trattamenti, permette di cogliere molti aspetti di queste differenze, da quelli riguardanti i fattori di rischio e di protezione a quelli che forniscono indicazioni sul trattamento, ma anch'esso, con le pubblicazioni sino ad ora prodotte, non è in grado di soddisfare compiutamente tale necessità.

Il presente lavoro ha tentato di integrare più discipline nello sforzo di formulare ipotesi e fornire spiegazioni riguardanti le differenze quali-quantitative inerenti il genere, nello sviluppo della patologia da dipendenza da eroina, e nell'individuare le ragioni delle differenze di prevalenza. Esso pone altresì l'accento sulla necessità che i trattamenti siano da queste differenze influenzati e diretti al fine di migliorarne l'efficacia.

I contributi della medicina, dell'epidemiologia, della sociologia, della psicoanalisi sono necessariamente integrati dall'esperienza clinica.

Il gruppo di lavoro multidisciplinare che ha prodotto questa monografia, costituito da donne che da anni operano nel settore, si è posto l'obiettivo di fondare le basi di un sapere condiviso ed integrato gender-oriented sulle differenze di salute tra i sessi e di analizzare e discutere le differenze di genere nella tossicodipendenza osservate nello Studio VEdeTTE, una coorte multicentrica italiana che ha coinvolto più di 10.000 tossicodipendenti da eroina tra il 1998 ed il 2001, di cui 1.501 (14,4%) sono donne.

In questo senso si è proceduto ad una analisi della letteratura sulle differenze di genere attraverso le diverse discipline, che come vedremo contribuiscono quali-quantitativamente e con approcci diversi alla spiegazione dei fenomeni che sono oggetto della nostra osservazione.

Nessuna delle discipline sopra citate è riuscita a soddisfare – esaurire, da sola, il bisogno di conoscenza e di costruzione di senso in questa materia.

Non paia ai lettori troppo audace, o metodologicamente scorretto, ciò che è parso a noi consentire una conoscenza più articolata ed approfondita.

1.1 Differenze di genere nella salute della popolazione generale

E' un dato di letteratura consolidato che esistano ampie differenze di genere nella salute. Tra i molteplici esempi, il più evidente è quello relativo alla lunghezza della vita: oggi le donne vivono, in media, 7 anni più degli uomini (National Center for Health Statistics 1996), e la speranza di vita è aumentata nel genere femminile di circa 30 anni dall'inizio del secolo. La maggiore longevità delle donne non è tuttavia sinonimo di migliori condizioni di salute. Le donne soffrono infatti di malattie cronico-degenerative e di disabilità più degli uomini. Sono oggi costrette ad affrontare i problemi di salute tipici di una vita più lunga (osteoporosi, depressione, malattia di Alzheimer) più degli uomini (Office of Research on Women's Health 1992).

Differenze nello stato di salute interessano in modo specifico le diverse patologie. L'incidenza di eventi coronarici maggiori nel 2000 era pari a 156,9/100.000 tra gli uomini ed a 48,5/100.000 tra le donne. Nei confronti degli eventi cardiovascolari le donne sembrano dunque essere protette, e le ragioni di tale protezione sono scarsamente conosciute. Vi sono poi patologie per cui al contrario il sesso femminile rappresenta un fattore di rischio, tra cui, segnatamente alcune patologie psichiatriche ed alcune patologie cronico degenerative. La prevalenza di depressione è dell'1,1% tra gli uomini e del 5,2% tra le donne ed ancora i disturbi d'ansia generalizzata sono pari allo 0,1% tra gli uomini ed al 1,7% tra le donne. Anche la demenza, problema di salute che per effetto della transizione epidemiologica diviene sempre più rilevante, sembra maggiormente interessare il sesso femminile: nella popolazione anziana (over 65) il 5,3% degli uomini contro il 7,2% delle donne presenta segni di demenza. Un ultimo caso interessante è quello degli incidenti domestici: l'analisi delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) mostra come nel complesso il 61% dei soggetti che vengono ricoverati a causa di un incidente domestico sia di genere femminile (Ministero della Salute, 2003).

Tali differenze, evidenziate già da anni nella letteratura internazionale, hanno stimolato la ricerca sulle possibili cause, in particolare in relazione al fatto che le donne siano favorite quando l'esito misurato è la mortalità, ma sfavorite rispetto agli uomini quando l'esito è la morbosità.

Sono state proposte due possibili ipotesi esplicative, una relativa alla presenza di differenze biologiche, l'altra ai differenti stili di vita tra i due sessi. La spiegazione biologica chiama in gioco sia fattori genetici, sia fattori di esposizione prenatale ed infantile (Hammoud 1965, Herdan 1952, Madigan 1957, McMillen 1979, Potts 1970); l'ipotesi relativa agli stili di vita si focalizza su due specifici aspetti: quello del ruolo sociale e quello dei comportamenti a rischio, ad esempio l'abitudine al fumo (Lopez 1984, Waldron 1985). Benché fattori biologici e relativi agli stili di vita giochino un ruolo importante nel determinare le differenze di genere nella salute, la letteratura mostra come, pur aggiustando per tutti i fattori di rischio noti, rimangano delle sostanziali differenze tra uomini e donne, in particolare per quanto riguarda la mortalità per malattie cardiovascolari (Bird 1991, Gove 1979, Wingard 1984). Tali differenziali residui suggeriscono che altri fattori, quali la differente percezione del proprio stato di salute e la diversa attitudine alla prevenzione ed alla richiesta di aiuto svolgano un ruolo molto importante nella storia naturale delle malattie (Sayer 1996).

Dal punto di vista della sanità pubblica l'aspetto più interessante è quello relativo al ruolo ed all'accesso ai servizi sanitari, che costituiscono un importante determinante degli esiti di salute e che sono modificabili attraverso specifiche politiche.

Anche nell'ambito della tossicodipendenza, come vedremo in questa monografia, la letteratura scientifica ha da tempo messo in evidenza molteplici differenze di genere: basti pensare al fatto che il problema dell'eroino-dipendenza affligge per lo più il genere maschile, mentre le donne sembrano protette. In questo ambito le differenze nell'accesso ai servizi e nella risposta al trattamento sono particolarmente evidenti, e gli esiti di salute particolarmente importanti. Il ri-orientamento dei servizi in un'ottica di genere appare dunque una assoluta priorità.

1.2 L'approccio sociologico

L'approccio sociologico consente di attribuire senso e significato più esteso alla definizione della differenza di genere. Infatti, tale differenza deve essere vista non solo come distinzione tra i sessi bensì come il processo di costruzione che la società fa del significato del maschile e del femminile, visti in questo modo come rappresentazioni sociali (culturali) di sistemi simbolici e valoriali. Attraverso le differenze esistenti nelle rappresentazioni di genere collegate alle dinamiche sociali, possiamo intravedere alcune spiegazioni alle domande che ci siamo posti entrando in contatto con le ampie differenze di prevalenza ed incidenza del fenomeno della tossicodipendenza da eroina tra maschi e femmine.

Le identità sociali maschili e femminili e la loro rappresentazione nel percorso generazionale consentono di individuare le caratteristiche peculiari del femminile che motivano le differenze:

1. le donne sono maggiormente protette dall'inclusione nel modello familiare e dal ruolo sociale loro attribuito nel sostenerlo e trasmetterlo;
2. inoltre, tutti gli studi sociali indicano che le donne hanno una ridotta tendenza alla trasgressione delle regole sociali;
3. le donne presentano certamente un ridotto e diverso orientamento dell'aggressività: questa differenza è ad esempio alla base della maggior prevalenza di disturbi alimentari vs dipendenza da sostanze illegali nelle donne.

Nella digressione che segue vengono introdotti gli argomenti che sostengono queste enunciazioni.

1.2.1 La donna nella società contemporanea

Nella seconda metà del '900 si è verificato un vorticoso rivolgimento nella condizione delle donne e nei rapporti sociali fra i sessi. Tre elementi possono essere utilmente adottati come indicatori del cambiamento: la posizione delle donne nel mondo del lavoro, il rapporto con l'istruzione e la cultura, l'evoluzione della struttura familiare.

1.2.1.1 Le donne nel mondo del lavoro

Come precedentemente affermato, certamente la maggior inclusione della donna nel sostegno del sistema familiare è andato progressivamente riducendosi, pur permanendo come fattore protettivo per la tossicodipendenza. Infatti nella società italiana fino alla metà del '900, la maggior parte delle donne lavorava, non soltanto curando la "riproduzione sociale", ma anche in attività produttive. Dal momento però che la struttura produttiva era ancora dominata dall'agricoltura, il lavoro femminile non veniva percepito come svolto "fuori casa": l'azienda agricola domestica (a prescindere dalla natura giuridica dei rapporti di lavoro) vedeva comunque le donne impegnate nella produzione di beni, non solo per l'autoconsumo.

E' il processo di industrializzazione (anni '60) che marca la differenza (di origine borghese) fra la casalinga e la "donna che lavora". Il termine casalinga, solo al femminile, compare nei censimenti del dopoguerra, prima si parlava di "persona addetta ai lavori domestici nella propria casa" distinguendola così dal personale addetto ai lavori domestici in casa d'altri.

Questo processo, quest'insieme di processi, non si possono leggere come un progresso lineare inarrestabile. Resistenze profonde, ritardi legislativi, fanno sì che, all'inizio del 2000 si debba ancora parlare di fenomeni fortemente condizionanti come la "segregazione orizzontale" (alcuni settori produttivi o dei servizi sono meno permeabili di altri all'ingresso delle donne, altri sono definiti "tipicamente femminili" configurandosi talvolta come veri e propri ghetti) o la discriminazione verticale, che vede le donne prevalentemente confinate nei livelli bassi e medi delle carriere (il "tetto di cristallo" di cui parla la sociologia americana).

1.2.1.2 Il rapporto con l'istruzione e la cultura

La crescente presenza delle donne in tutti gli ordini e gradi dell'istruzione, sottolinea come il cambiamento nella scolarizzazione non abbia riguardato soltanto la dimensione quantitativa, ma anche i contenuti del "diritto allo studio", inteso come diritto-dovere di tutti e di tutte, di ciascuna e di ciascuno, di partecipare alla costruzione della cultura, contribuendovi secondo le proprie capacità personali, senza discriminazioni. Alla fine del '900 i livelli di istruzione femminile eguagliano e talora superano, in certe zone del Paese e in certe fasce d'età, quelli maschili. Il fenomeno non ha solo una notazione positiva: talvolta le donne vanno a scuola più a lungo perché hanno minori opportunità di lavoro. Ma un'elevata scolarizzazione rappresenta comunque un'opportunità che donne di generazioni precedenti non hanno avuto. Come si vedrà in seguito, la maggiore scolarizzazione femminile è presente anche nella popolazione dello studio VEdeTTE.

Oltre alla scuola, anche le altre istituzioni culturali sono state attraversate dalla rivoluzione delle donne, con le stesse contraddizioni già messe in evidenza.

1.2.1.3 L'evoluzione della struttura familiare

La famiglia italiana-tipo dell'immediato dopoguerra era molto simile a quella della prima metà del secolo e non molto dissimile da quella del secolo precedente. Vedeva spesso la coabitazione di tre generazioni; le donne si occupavano della casa (se lavoravano, smettevano al momento del matrimonio, che era la loro naturale "carriera"); gli uomini avevano il dovere di mantenere la famiglia e il diritto di essere accuditi dalle donne; il marito esercitava la patria potestà sui figli e assumeva le decisioni di base della vita familiare, a partire da quella sul luogo di residenza; il matrimonio era indissolubile (l'adulterio femminile era punito comunque, quello maschile solo se dava luogo a situazioni di scandalo); la donna poteva essere incriminata per "abbandono del tetto coniugale"; il codice contemplava sostanziose attenuanti per il delitto d'onore (l'uccisione di un/a familiare di cui si scopriva la relazione sessuale illegittima); la maternità era un destino e il controllo delle nascite (condannato dalla Chiesa e dalla cultura dominante) era affidato a mezzi tradizionali e poco affidabili; i figli naturali non godevano degli stessi diritti di quelli legittimi.

Nel 1970 viene approvata la legge sul divorzio, nel 1975 si adotta un nuovo codice di famiglia, e nel 1978 viene regolata la possibilità di interruzione volontaria della gravidanza. Tre leggi che registrano il profondo mutamento che il ventennio precedente ha portato nei costumi delle italiane e degli italiani.

Le due leggi sul divorzio e sull'aborto, osteggiate da quella che si riteneva ancora (e non era più) la cultura dominante, furono oggetto di proposte di abrogazione e furono confermate dai risultati di due consultazioni referendarie, in cui il voto femminile fu determinante.

Ma il nuovo modello di famiglia ha avuto vita difficile: la struttura mononucleare (padre, madre, uno/due figli), la lontananza dalle famiglie di origine (le grandi migrazioni interne degli anni '60 in poi hanno completamente ridisegnato la mappa del nostro Paese), il contemporaneo impegno lavorativo extradomestico di entrambi i genitori, tutto questo richiedeva una struttura di sostegno che è stata abbozzata a partire dagli anni '70 (scuola materna statale, Servizio Sanitario Nazionale), ma non è stata sufficientemente sostenuta sul piano economico. Di conseguenza è rimasto sulle spalle delle donne tutto il lavoro di riproduzione sociale.

E' in questo contesto sociale che inizia a diffondersi il fenomeno della tossicodipendenza da eroina in Italia (la prima legge sulla droga è la n.685 del 1975). Ad esempio, nel 1978 a Torino un primo nucleo di 100 soggetti tossicodipendenti da eroina entra in trattamento con metadone per via endovenosa presso una clinica della città. Inoltre, la prima comunità terapeutica viene aperta a Torino a metà negli anni '70.

A partire dagli anni '80 le contraddizioni sono esplose: prima di tutto sul piano demografico, con uno dei tassi di crescita più bassi nel mondo occidentale. Grazie anche al contemporaneo aumento della durata media della vita, si è così modificata la struttura della popolazione, non più una piramide (come è ancora non solo nei cosiddetti Paesi in via di sviluppo o emergenti, ma anche in alcuni Paesi europei), ma una specie di uovo, destinato a trasformarsi addirittura in uovo rovesciato (pochi bambini, pochi giovani, molti adulti e anziani). A parte quelle economiche, sono evidenti le conseguenze di questo processo sulla vita delle donne (fra l'altro tendenzialmente più longeve): tocca a loro occuparsi degli anziani, che però, come abbiamo osservato prima, non vivono nella stessa famiglia e spesso neppure nella stessa città.

La fragilità dell'istituzione familiare è elevata, tanti (per usare il linguaggio degli analisti aziendali) i "punti di debolezza", pochi i "punti di forza" molti dei quali identificati con una tradizionale forza e addirittura pazienza femminile, che difficilmente si può chiedere a tutte le donne.

Il percorso che ha portato le donne a "emanciparsi" da una condizione di subalternità strutturale sancita dalle leggi sembra essere arrivato a un punto morto. Non stupisce quindi che le generazioni nate negli anni '60, in cui (almeno nelle città del centro nord e nei ceti medioalti) le donne sono state educate nella convinzione di essere uguali ai loro coetanei (stesse scuole, stesse opportunità di lavoro, stessi diritti), si scontrino poi con una realtà in cui la differenza di genere gioca un ruolo ancora profondo (e ineliminabile).

1.2.2 La costruzione sociale dei ruoli genitoriali

Il contesto sociale, che abbiamo appena descritto a grandi linee, ha inciso pesantemente sulla costruzione sociale dei ruoli genitoriali. È la madre a gestire il privato, cioè la famiglia vista dall'interno, assicurando le risorse di tempo, attenzione, affettività necessarie, mentre è il padre a gestire il pubblico, cioè la famiglia come cellula sociale, assicurando le risorse economiche, almeno quelle monetizzabili, perché è ormai nota, anche se non riconosciuta, l'importanza del contributo economico delle donne, sotto forma di lavoro domestico non retribuito. Questo resta il modello, il riferimento simbolico, che non viene sostanzialmente modificato dal fatto che "anche" le donne contribuiscono al sostentamento economico della famiglia con il lavoro extradomestico retribuito, o che gli uomini (ma in proporzione molto inferiore) contribuiscono alla gestione familiare.

Per una nuova famiglia la nascita di un figlio rappresenta l'evento critico per antonomasia, ne è in un certo senso il vero momento fondativo: vanno di nuovo ridefinite le relazioni familiari, vanno nuovamente redistribuite le funzioni. I neogenitori devono ristrutturare anche le relazioni con la famiglia d'origine, in un certo senso superando la barriera gerarchica con i propri genitori, a cui sono a questo punto accomunati dal ruolo.

La qualità delle relazioni familiari in genere e di quelle genitoriali in particolare incide sulla crescita dei figli. Sono le interazioni familiari la spinta principale per lo sviluppo conoscitivo, emotivo e sociale (Scabini 1995). Sono gli occhi di chi sta intorno al bambino, generalmente la madre, ma non sempre e non necessariamente, a fornire la base per "apprendere ad apprendere". Possono esserci, ci sono spesso, più adulti come modelli di apprendimento, ma questo è un fatto positivo, che porta a un ampliamento della visione del mondo, solo se i modelli forniti sono integrabili fra loro (Cancrini 1996).

E' interessante indagare quale tipo di relazioni familiari nella famiglia d'origine sembrano presentarsi con maggior frequenza nella biografia di chi oggi ha problemi di tossicodipendenza.

Per quanto riguarda questo aspetto del problema sembra emergere come caratteristica costante delle figure parentali un legame non risolto con le rispettive famiglie di origine: i genitori della persona tossicodipendente, i padri in particolare, hanno spesso dovuto soddisfare richieste di adultizzazione precoce, rinunciano a soddisfare i propri bisogni di indipendenza, vivendo poi la creazione di una famiglia propria come risposta al proprio desiderio di autonomia.

1.2.3 Un'ottica di genere per fenomeni di genere

Come detto in precedenza, per differenza di genere si intende la differenza fra la costruzione sociale del maschile e del femminile come sistemi simbolici e valoriali.

Il fenomeno della tossicodipendenza da eroina, fin dalle prime rilevazioni, mostra che le donne tossicodipendenti sono sempre state e ancora sono una netta minoranza rispetto agli uomini tossicodipendenti. Di contro, se consideriamo le persone che si occupano della tossicodipendenza altrui, vediamo che le operatrici sono più degli operatori, e le madri/sorelle/mogli/fidanzate che si prendono cura degli uomini tossicodipendenti sono più dei padri/fratelli/mariti/fidanzati che fanno lo stesso nei confronti delle donne.

Di fronte a un fenomeno così evidentemente segnato dalla categoria di “genere”, l’approccio, sia per quanto riguarda l’analisi sociologica che per quanto riguarda i programmi di assistenza, non può essere neutro (*gender blind*).

Per esemplificare, proviamo a leggere in termini di differenza di genere alcuni snodi significativi:

- l’instaurazione di un processo di “dipendenza” ha a che fare con la costruzione dell’identità personale e sociale che passa attraverso percorsi nettamente differenti per maschi e femmine;
- la dipendenza da sostanze psicotrope, in quanto illegali, presenta caratteristiche di trasgressione che possono renderla un percorso più attraente (o più facile) per un ragazzo piuttosto che per una ragazza;
- il contesto familiare e/o amicale tende a proteggere più le donne che l’uomo nel percorso di iniziazione della tossicodipendenza;
- comunque, per bene che vada, i servizi, le loro regole, i progetti di “recupero”, le terapie sono stati “tarati” sulla figura del maschio tossicodipendente, statisticamente maggioritaria, spesso senza intenzione, senza neppure la consapevolezza di aver adottato un’ottica *gender blind*.

Di fronte all’evento genitorialità, l’asimmetria, biologica e sociale, di donne e uomini rispetto alla riproduzione, si manifesta al massimo grado. Fra i due genitori, è la donna-madre colei sulla quale si appuntano la maggior parte delle aspettative, è su di lei che vengono caricate la maggior parte delle responsabilità di cura verso la prole. Questa asimmetria, giustificata durante la gravidanza, continua anche dopo la nascita, quando l’assunzione di responsabilità potrebbe anche diventare tendenzialmente paritaria.

1.2.4 La tossicodipendenza femminile

Analizzare la tossicodipendenza femminile in un’ottica di genere significa tenere in considerazione l’influenza delle relazioni di potere sullo sviluppo dell’identità individuale. La maggiore vulnerabilità della condizione sociale della donna determina anche un approccio diverso all’uso di sostanze psicoattive rispetto agli uomini, che verrà ulteriormente approfondito nella sezione epidemiologica.

Appena iniziato il percorso di dipendenza la donna entra rapidamente nel pericoloso circuito di etichettamento e della conseguente “profezia che si autoavvera” in un continuo processo di definizione e ridefinizione di sé come tossicodipendente e come persona incapace di svolgere i ruoli di donna attesi dalla società.

Per quanto riguarda il tema della maternità occorre sottolineare che un elevato numero di donne sperimentano uno o più aborti spontanei (il tasso è più elevato rispetto alla popolazione generale) o terapeutici (Stocco 2002). Molte donne portano invece avanti la gravidanza, più che per scelta, per aver superato il periodo consentito dalla legge per abortire. Poche donne (36%) si sottopongono a controlli ginecologici durante la gravidanza e solo in pochi casi vi è l’adesione a un trattamento metadonico, con grandi differenze tra i paesi studiati, tanto che il 53% delle donne dello studio continua a far uso di sostanze anche durante la gravidanza. Le donne intervistate hanno spesso sperimentato un senso di incompetenza nel loro ruolo materno e l’incompatibilità dei programmi di trattamento con il mantenimento della relazione madre-figlio.

Fattori sociali e psicologici si alternano e sovrappongono in un continuo e perverso gioco, che porta la donna a cercare di ridurre l’ansia e trovare la forza per essere socialmente adeguata utilizzando stampelle farmacologiche. Certamente se tutte le donne, o la maggior parte di esse, vivono queste frustrazioni e difficoltà, vi sono fattori che favoriscono il ricorso a sostanze psicoattive illegali, quali l’aver vissuto situazioni di abuso o di dipendenza nella famiglia di origine, l’aver un partner tossicodipendente. Per le altre donne è invece più facile il ricorso al consumo, anche copioso, di psicofarmaci, con la conseguente riduzione del rischio di condanna e di marginalità sociale.

1.2.5 I bisogni delle donne tossicodipendenti

Assumiamo la definizione di bisogno utilizzata soprattutto in relazione ai bisogni sociali (Gallino 1989). Il bisogno è una “mancanza di determinate risorse materiali e non materiali, oggettivamente o soggettivamente necessarie a un certo soggetto (individuale e collettivo) per raggiungere uno stato di maggior benessere, efficienza o funzionalità, ovvero di minor malessere, inefficienza o disfunzionalità, rispetto allo stato attuale, sia essa sentita o accertata, o anticipata, dal medesimo soggetto o da altri per esso”.

Sociale non sta per “collettivo”, ma indica piuttosto quei bisogni che per essere soddisfatti richiedono che altri soggetti, per lo più, ma non solo, istituzionali, attivino un’offerta di servizi corrispondente. La possibilità di esistenza di un servizio, e la sua concreta non-esistenza, condizionano la formulazione del bisogno come domanda, quella che viene definita “domanda sociale” di servizi.

Le persone tossicodipendenti non costituiscono un gruppo sociale in grado di esprimere agevolmente bisogni e formulare domande. Sono di ostacolo la natura individuale della dipendenza e la ridotta capacità di stabilire e sostenere relazioni. Questo stato può cambiare in seguito alla scelta di intraprendere un percorso terapeutico e di recupero. La gravidanza e la maternità possono a loro volta portare la donna tossicodipendente a riconoscere i propri bisogni, almeno quelli legati alla propria condizione.

Nel quadro di una ricerca finanziata dal Ministero della Salute e finalizzata alla “Valutazione dei programmi di assistenza rivolti alle donne tossicodipendenti e ai loro figli” (Parsec 2004) è emerso che i bisogni di una donna tossicodipendente possono essere sintetizzati nell’esigenza di essere accompagnata verso una ricostruzione di sé che accentui gli elementi di autonomia, di responsabilità verso se stessa, e quindi di cura di sé. Particolare attenzione va portata al concetto di responsabilità, troppo spesso (per le donne più che per gli uomini) identificato esclusivamente con la responsabilità verso l’altro/a.

Cruciale è il concetto di autonomia: nel vissuto della donna tossicodipendente c’è spesso la falsa emancipazione, che porta a vedere l’assunzione di sostanze come trasgressione, e che si traduce però in “dipendenza”; c’è altrettanto spesso la dipendenza dal partner, come strada verso la dipendenza dalle sostanze assunte.

Come contrastare questo processo? Nell’esperienza, nel vissuto, delle donne è iscritta la “bisognosità” come un dato strutturale della personalità, di qui l’interdipendenza e una (prevalente) visione relazionale del mondo. Quindi, un progetto di “recupero” che contrasti la dipendenza in nome dell’autosufficienza non è (probabilmente) efficace.

Un elemento cruciale è l’attenzione al “corpo”, condizionato dalla sostanza assunta, prostituito per reperire il denaro (per sé e per altri), trascurato fino al punto di ignorarne i messaggi, fatta eccezione di quello che segnala la mancanza della sostanza; il corpo della persona tossicodipendente perde la sua connotazione sessuale, e va ritrovato appunto come “corpo di donna”, nei suoi ritmi biologici, nella sua interezza, nelle sue potenzialità.

Secondo molte operatrici intervistate nella ricerca Parsec “la donna è più complicata dell’uomo, ha più sfaccettature” e, quindi, accanto ai bisogni che appartengono alla generalità dell’utenza, ne esprime altri. Per tutti e tutte “dietro la tossicodipendenza c’è una grande sofferenza legata alla relazione con i genitori, che non ha funzionato, c’è una difficoltà a stare bene con se stessi e stare a proprio agio con la propria persona, percepita come fragile, insicura... Il tossicodipendente usa la sostanza per stare bene e per sentirsi più forte e in grado di affrontare gli altri. Questo percepirsi “non all’altezza” vale per donne e uomini”.

Ma le donne sono anche “diverse, hanno lavorato meno degli uomini, sono fisicamente più degradate, violentate quasi tutte (per lo più da familiari), la sfera sessuale sconosciuta (e corrono rischi di malattie o gravidanze indesiderate più della “normale” popolazione femminile)”. E ancora: “Le donne si portano dietro maggiori sensi di colpa, hanno momenti depressivi e manifestano bassi livelli di autostima. Mancano inoltre di fiducia nella persona che hanno di fronte (spesso per violenze subite prima, in famiglia o altrove)”.

1.2.6 Un approccio di genere nel trattamento

Nei servizi censiti dalla ricerca Parsec, non si può quasi mai parlare di un esplicito “approccio di genere”. Tale approccio semmai, ma non sempre, nasce dopo: prima c'è una realtà che appare non interamente riconducibile agli schemi collaudati in anni di servizi di assistenza, servizi che nelle intenzioni sono rivolti alla persona nella sua individualità, ma di fatto sono stati costruiti in base alle esperienze maturate a confronto con la schiacciante maggioranza di utenti maschi.

Esiste una diffusa consapevolezza che serve “una prospettiva di genere, per tenere conto della complessità delle differenze”, ma non si è arrivati all'approccio diversificato, se non nel senso che a “una situazione di maggior sofferenza mentale e disagio sociale, si risponde in modo più protettivo”.

Le donne sono per lo più percepite come “differenti perché madri”. E' solo di fronte alla maternità che si riconosce come ovvio e necessario un approccio diverso per uomini e donne. Nel corso del tempo però, sono molti gli operatori e le operatrici che scoprono una sorta di “via femminile” alla tossicodipendenza e ipotizzano la necessità di un percorso terapeutico riabilitativo che di ciò tenga conto.

In sintesi, i servizi per intervenire in un'ottica di genere dovrebbero essere in grado di stimolare e sostenere le donne con percorsi specifici (*gender-oriented*):

Va sottolineata infine l'importanza dell'équipe operativa in questo processo: cosa deve essere/fare la struttura che eroga il servizio per garantire a esso il massimo di efficacia.

Nelle interviste della ricerca Parsec, la maggior presenza di donne nell'équipe è giudicata per lo più positivamente. Appare chiara l'estrema problematicità di questo aspetto non secondario: un approccio di genere alla tossicodipendenza femminile non può permettersi di ignorare il nodo delle relazioni fra le persone tossicodipendenti e chi, a diverso titolo, operatore maschio o femmina che sia, si occupa di loro.

1.3 L'approccio psicomodinamico

Affrontando il tema dello sviluppo psicologico femminile parliamo di "genere" perché distinguiamo il "sesso", inteso come aspetto biologico, dal "genere" che si sviluppa e fa riferimento ad una costruzione sociale, culturale e psicologica delle differenze tra femminile e maschile.

Proponiamo un breve excursus su quanto espresso dalle principali teorie psicoanalitiche che si sono occupate di delineare lo sviluppo del femminile in rapporto al maschile.

La scelta effettuata dagli autori non esclude altri possibili approcci; ne rappresenta semplicemente l'orientamento culturale.

1.3.1 La teoria freudiana ed i post-freudiani

Soprattutto Freud teorizza lo sviluppo femminile come "mancanza". Trattando della genitalità infantile l'autore (Freud 1924-32), parla di un unico genitale, il fallo: nella fase fallica, caratteristica dello sviluppo sessuale infantile, non viene concepita una contrapposizione tra genitale maschile e femminile, ma tra maschile ed "evirato". Freud fa emergere la femminilità dalla mascolinità e comparire la bipolarità maschile-femminile solo alla fine della pubertà.

La bambina "evirata" non ha qualcosa in base al quale costruire la sua identità sessuale, così la sua identità femminile si costituisce sulla credenza di una mancanza. Ciò spingerà la donna verso il bisogno di appropriarsi di un pene per avere quello che le manca. Questa identità fondata sulla mancanza spinge la donna verso il complesso di virilità. Il tentativo di realizzare questo desiderio impossibile può portare la bambina fino al rinnegamento della realtà, pensandosi dotata di un fallo. L'invidia del pene è collegata all'ostilità verso la madre, ritenuta responsabile dell'evirazione. Realizzando quindi la realtà della propria castrazione, la bambina si rivolge al padre riuscendo a costituire così la sua femminilità, accontentandosi di ricevere da un altro quello che non ha. In questo passaggio avviene l'equazione pene-bambino: la bambina, non potendo avere un pene, desidera avere un bambino e si orienta verso il padre. Questo orientamento, unito alla gelosia verso la madre, costituisce il complesso edipico femminile. La differenza tra il complesso edipico maschile e quello femminile consiste nel fatto che il bambino orienta primariamente la sua libido sulla madre e successivamente mantiene questo investimento, mentre la bambina orienta la sua libido sul padre solo secondariamente, in una specie di ripiego narcisistico e cambiando l'oggetto di investimento. Mentre la bambina entra nel complesso edipico per il senso di mancanza relativo alla castrazione, il bambino abbandona il complesso edipico per la paura della castrazione (Fornari 1979).

Il Super-io della bambina (da sempre "mutilata" e quindi non passibile di castrazione) è meno severo di quello maschile quindi, secondo Freud, il livello etico della donna sarebbe inferiore a quello dell'uomo e la donna avrebbe minor senso di giustizia e minor senso del dovere a causa della prevalenza dei fattori affettivi. Secondo Freud la donna avrebbe anche un rapporto ostile verso la civiltà, che la relega in secondo piano ed è vista da lei come elemento antagonista al suo amore per l'uomo.

La femminilità secondo Freud è comunque connotata soprattutto da passività, narcisismo, masochismo, mentre l'uomo sarebbe il vero realizzatore dell'amore oggettuale. Le principali critiche psicoanalitiche alla teoria sessuale freudiana sono focalizzate sull'emergenza della femminilità dalla virilità, che sembra una ripetizione del tema biblico dell'origine di Eva dalla costola di Adamo (Fornari 1979).

Dopo Freud, sono state soprattutto delle donne ad occuparsi della descrizione dello sviluppo femminile (Hélène Deutsch, Josine Muller, Karen Horney, Melanie Klein e più recentemente J. Chasseguet-Smirgel). I loro contributi sul tema della femminilità vertono soprattutto sulla definizione dell'organizzazione genitale femminile, muovendosi nella direzione di costituire la femminilità come orientamento primario dell'identità sessuale della bambina. Melanie Klein separa la psicologia femminile dal complesso di castrazione, cercando un'angoscia specifica che possa essere l'equivalente femminile di tale complesso ed individuandola nella paura di danneggiamento all'interno del proprio corpo (Fornari 1979).

1.3.2 La teorizzazione di Jung e degli Junghiani

La teoria junghiana delinea differenti stadi di sviluppo del femminile e del maschile, concepiti non come conclusi in sé, ma comprendenti la connessione reciproca. Il “completamente diverso” è infatti il “*numen*” (entità totale transpersonale che ha anche una funzione organizzatrice della personalità) dal quale inizia e si conclude l'evoluzione. Jung ipotizza la presenza di una parte femminile nell'uomo (l'Anima) e maschile nella donna (l'Animus), il cui sviluppo gioca un ruolo importante nell'evoluzione psicologica di entrambi i sessi (Jung 1938-1954).

“L'uomo e la donna vengono costretti, per natura, dal maschile che è in loro ad abbandonare il rapporto originario e a cercare la via verso l'io e la coscienza, dal femminile vengono poi spinti a rinunciare anche a questa posizione e a tendere verso una totalità che abbraccia maschile e femminile insieme” (Neumann 1953).

Nella donna è cosciente l'aspetto legato all'Anima, cioè al sentimento ed all'Eros, mentre in lei è inconscio il Logos, funzione dell'Animus maschile, la dimensione della volontà, del potere. Nell'uomo si tratta invece di rendere più accessibile alla coscienza la propria funzione Anima.

L'inconscio è sempre percepito come materno sia dai maschi che dalle femmine e in tutti i passaggi evolutivi è necessario superare l'opposizione data dall'inerzia psichica della fase da superare e la forza frenante del materno, che appare nei suoi aspetti terribili e che si ha l'impressione di tradire (Neumann 1956).

Il primo stadio dello sviluppo, comune al maschile ed al femminile, è quello detto originario, dell'unità psichica caratterizzata dalla non divisione io-inconscio. In questo stadio il bambino è influenzato non solo dalle caratteristiche della sua madre reale, ma anche dagli archetipi riferiti al materno ed in particolare dall'Archetipo della Grande Madre. Successivamente, quando la bambina arriva al “sé” femminile, può continuare a mantenere l'identità con la madre nel rapporto originario, a differenza del bambino che sperimenta l'identità con la madre come un “non sé” (Neumann 1953).

Il femminile può trovare se stesso rimanendo in questo rapporto originario, senza distaccarsi dalla Grande Madre cioè dall'influenza degli archetipi materni sulla coscienza. La donna che rimane in questo stadio è infantile, immatura rispetto allo sviluppo della sua coscienza perché rimane nell'inconscio materno, ma non è estraniata da sé. La coincidenza dell'autoidentificazione con il rapporto originario dà al femminile una totalità ed una completezza naturali che sono estranee al maschile. Ciò inoltre porta la donna a privilegiare i rapporti basati sull'identificazione più che sul confronto, come sono quelli maschili (Neumann 1953).

La fase successiva dello sviluppo vede la donna, psicologicamente e spesso anche socialmente, rimanere nel gruppo delle donne. Ciò determina una separazione ed un estraniamento dal maschile, perché il predominio del materno impedisce l'incontro individuale e completo fra uomo e donna. Il maschile è sperimentato come sopraffacente, derubante, nemico negativo. I rapporti con l'uomo sono problematici o possono, nell'accezione “amazzone”, essere solo sessuali (Neumann 1953).

Lo sviluppo della coscienza è impedito dal potere paralizzante dell'inconscio. La Grande Madre è sperimentata nei suoi aspetti terrificanti ed ingoianti, oltre che in quelli buoni e protettivi. Una donna può perdurare a lungo in questa fase, caratterizzata dall'incoscienza di sé perché è dominata dall'inconscio e dal corpo (Neumann 1953).

La fase successiva va nella direzione di uno sviluppo verso il patriarcato. In questa fase viene superata la situazione di predominio del materno e l'esistenza di una coscienza più differenziata rende possibile l'emergere degli archetipi relativi al paterno. Subentra uno sviluppo che porta ad un arricchimento e ad un ampliamento della coscienza e il femminile sperimenta la dimensione spirituale. In questa fase il maschile è percepito come iperdimensionato, schiacciante nella sua dimensione “numinosa” ed il femminile si sente inferiore, incapace ad accoglierlo. Possono essere presenti paure sessuali ed impedimenti al rapporto con il maschile. Se la donna rimane fissata in questa fase perde il rapporto con la femminilità fisica, diventa estraniata a se stessa e rimane legata ad un maschile extraumano che la domina (Neumann 1953).

Seguono due ulteriori stadi di sviluppo, che portano all'autoindividuazione del femminile, in una relazione cosciente con il proprio maschile interno, l'Animus, sperimentando l'incontro con il maschile esterno come

una esperienza interiore. E' lo stadio dell'integrazione della personalità e dell'incontro tra lo e Sé femminile (Neumann 1953).

Tutta la crescita emotiva e spirituale della donna è molto influenzata dal suo rapporto con il padre che, essendo la prima figura maschile della sua vita, determina il modo in cui si mette in relazione con il maschile in se stessa ed anche con gli uomini. Essendo il padre "altro", diverso da lei e dalla madre, la aiuta anche a formare la sua unicità ed individualità. Uno dei ruoli del padre è guidare la figlia dal protetto regno materno e dalla famiglia verso il mondo esterno, indicandole come affrontare la vita e i suoi conflitti e trasmettendole il suo atteggiamento verso il lavoro ed il successo. Il padre proietta anche degli ideali per sua figlia, dandole un modello per l'autorità, la responsabilità, l'assunzione di decisioni, l'oggettività, l'ordine e la disciplina. La relazione della figlia con queste aree è influenzata dall'atteggiamento che il padre mantiene con tutti questi aspetti (Leonard 1985a).

Secondo questa impostazione teorica, nello sviluppo femminile l'io si identifica con il punto centrale della coscienza, ma, a differenza del maschile, è sempre vivo e percepibile quell'aspetto della totalità rappresentato dal Sé femminile. Il maschile della donna (interno ed esterno) è visto come la liberazione verso la coscienza. Nello sviluppo maschile, invece, l'identificazione dell'io è più completa e diretta con l'io paterno, il rapporto originario, sentito come estraneo a sé, è molto più sprofondato nell'inconscio ed il femminile è percepito come la liberazione dalla coscienza (Neumann 1953).

Un'altra conseguenza è che la "coscienza morale", formatasi nel collettivo patriarcale ed essendone un'espressione, non trova una completa risonanza nella donna perché si trova spesso in contrasto con le valutazioni del Sé femminile. Quando l'io si identifica con la coscienza patriarcale il femminile non ha mai la percezione di sé come "se stesso" e la donna, diventando cosciente, si può sentire estraniata (Neumann 1953).

Se è presente una condizione culturale caratterizzata da un atteggiamento patriarcale autoritario che svaluta il femminile, riducendolo a ruoli e qualità che non sono conseguenti all'esperienza personale della donna, ma ad una visione astratta, determinata dalle aspettative e dalle proiezioni maschili sulle donne, si ritrova un padre collettivo che soffoca la figlia non permettendole una crescita creativa. Uno dei problemi più rilevanti per le donne contemporanee è riconoscere se questa ferita esiste a livello personale, a livello culturale o ad entrambi i livelli (Leonard 1985a).

Di fronte a questo problema la donna può rifiutare la responsabilità della propria trasformazione, biasimando il padre e gli uomini in generale oppure cercando di adeguarsi passivamente ai ruoli femminili tradizionalmente accettati, mentre il vero compito trasformativo consiste nello scoprire da se stessa chi è (Leonard 1985a).

1.3.3 La psicopatologia della dipendenza

Passiamo ora ad esaminare la specificità della psicopatologia sottesa alla tossicodipendenza evidenziando, dove possibile, le differenze tra femminile e maschile.

Lo sviluppo psicopatologico sottostante il sintomo tossicomane si colloca nelle prime fasi della dipendenza primaria e della separazione nel rapporto madre-bambino ed al successivo e progressivo confrontarsi con il paterno.

Il processo di individuazione si muove su un continuum dipendenza-autonomia e coinvolge inizialmente i due soggetti della diade madre-bambino nella quale entrambi contribuiscono, con modalità differenti, allo sviluppo evolutivo.

La disponibilità materna ad accogliere, tollerare ed elaborare gli stati affettivi ed i messaggi comunicativi del bambino è un fattore importante per lo sviluppo nel bambino stesso della capacità di discriminare e modulare i propri bisogni e di esprimere adeguatamente i propri stati affettivi.

La madre che ha difficoltà a riconoscere e differenziare i bisogni del figlio può sentirsi insicura e tendere a soddisfare in modo immediato ed uniforme ogni richiesta del bambino. La soddisfazione immediata del bisogno impedisce momenti importanti dello sviluppo. Nella relazione primaria il bambino apprende ad autoregolare i suoi impulsi e le sue emozioni. L'accudimento parentale inadeguato, insicuro o burocratico

muove espressioni di rabbia ed angoscia causando nel bambino una perdita di fiducia in sé e nella relazione (Winnicot 1983).

I bambini evitanti si difendono da queste emozioni negative con uno sforzo di autosufficienza per tenere sotto controllo o evitare le situazioni di pericolo emotivo derivanti dal legame stesso. Difficoltà nel processo di contenimento e modulazione degli impulsi e delle emozioni producono una scarsa integrazione tra il funzionamento mentale e quello corporeo. Il comportamento tossicomane si innesta nel desiderio onnipotente di controllo di questi processi dove la droga serve a produrre attraverso il corpo gli stati mentali che si desidera avere ed a eliminare quelli indesiderati.

Il bambino maschio incontra nel suo sviluppo psico-fisico una madre femmina con i suoi elementi psichici e fisici di genere diversi dai suoi e questo gli impone, nei periodi critici o in presenza di un accudimento inadeguato, un continuo confronto con vissuti di attrazione e repulsione su cui costruisce e continuamente modifica il suo modello interiore. In questo processo ha più probabilità di arrivare ad affrontare la fase edipica maggiormente differenziato anche in presenza di una madre disturbata in quanto nel maschio esiste una minore coincidenza dell'autoidentificazione con il rapporto originario con il materno, come descritto precedentemente.

La bambina, che nella diade iniziale sperimenta un accudimento inadeguato, rischia di rimanere in una identità totale con la madre, sentita non estranea a sé. Sembra collocarsi proprio in questa autoidentificazione la supposta maggiore gravità della tossicodipendenza femminile in quanto la bambina arriva alla fase edipica meno differenziata rispetto ad una madre disturbata.

La bambina ricercherà il controllo onnipotente dei propri stati affettivi e sostituti oggettuali che da adulta troverà nell'assunzione di sostanze. Si tratta di una organizzazione perversa nella quale lo sforzo di rovesciare il sentimento di dipendenza sentito come pericoloso, anche per l'identità di genere per via della identificazione primaria, si trasforma in un comportamento nel quale il soggetto sente di influenzare e controllare l'oggetto. Come accaduto nell'esperienza primaria l'oggetto non viene riconosciuto nei suoi desideri e nelle sue differenze ma solo nel suo possibile utilizzo a scopi di rassicurazione narcisistica (Zoja 1985). L'intera organizzazione relazionale con l'oggetto viene sostituita dall'alternanza della ricerca di sensazioni di eccitazione e di placamento che proteggono il tossicodipendente dal vuoto interno e dal rischio di perdere l'oggetto. Nella ricerca della materialità dell'oggetto droga, si rappresenta costantemente la relazione con l'oggetto-sé desiderato ed odiato. Risulterà quindi fortemente problematico l'accesso al piano simbolico, costringendo a reiterare meccanismi autolesivi (Hillman 1972).

"Perché solo quando mi distruggo mi sento viva?" era la domanda che si poneva all'inizio della sua esperienza psicoterapeutica una giovane tossicodipendente. In presenza di un materno che non offre una buona reverie il rischio è quello di un continuo impoverimento dell'identità, arrivando alle fasi successive di sviluppo con una sempre maggiore fragilità dell'io. L'acquisizione di una identità fragile comporterà anche una identità di genere debole. Questi fattori psicodinamici sono quasi sempre accompagnati da alcuni tratti cognitivi caratteristici tra i quali una errata percezione della propria immagine corporea, pensiero del "tutto o nulla", pensiero magico e rituali ossessivo-compulsivi. Il carico di colpevolezza e di autoaggressività della psiche indifferenziata, che non ha potuto effettuare il passaggio all'individuazione, dentro una progressiva percezione di sé come persona separata e distinta dal contesto relazionale di cui ha fatto parte e come individuo capace di creare vissuti autonomi, si perpetua nel comportamento tossicomane. La sola possibilità, risvegliata nella criticità dell'adolescenza, è quella di 'farsi', intesa come attivazione di modalità solipsistiche di contenimento e gratificazione: "mi faccio da me senza l'Altro" avendo l'illusione di controllare la dipendenza e restando perciò intrappolata in una condizione indifferenziata.

Tale dinamica è accompagnata spesso da modalità psicofobiche (intese come un ritiro dagli investimenti ed un ripiegamento su se stessi con una impossibilità a procedere nell'evoluzione) e alessitimiche (intese come una incapacità di riconoscere le emozioni, di portarle alla coscienza e quindi di verbalizzarle).

Modalità simili sono attivate anche dall'anoressica che, nel controllo ossessivo del cibo e nel corpo oggettificato, mortifica la sua forma femminile. Nella anoressica il placamento non viene ricercato come soddisfacimento diretto, ma nel trionfo procurato dal non soddisfacimento del bisogno.

"Nelle patologie della dipendenza è la dipendenza dall'oggetto (immagine narcisistica, cibo, droga, alcool) che tende a rifiutare la dipendenza strutturale dall'Altro" (Recalcati 2004).

La criticità adolescenziale esita più frequentemente per le ragazze che nei maschi in un sintomo anoressico; la tossicodipendenza pare essere la scelta preferenziale del maschile. In entrambi i casi l'adolescente sembra mettersi al posto dei genitori e giungere ad una sorta di autogenerazione. Anche in questo movimento le dinamiche tra aspetti maschili e femminili dell'identità, tra figura materna e figura paterna, giocano un ruolo determinante (Zoja 2000).

La figura del Padre, nella persona del padre reale, ma anche in quella della società nel suo insieme come portatrice del codice simbolico paterno, potrebbe offrire una sua funzione regolatrice delle dinamiche inconscie innestate nella diade madre-figlia. Ma nella storia reale della donna tossicodipendente la figura della madre, sovente poco individuata e inadeguata nella sua funzione di accesso al maschile, si congiunge spesso a quella di un padre assente o incestuoso. La madre può essere lasciata sola nel rapporto con la figlia nel naturale prolungamento del legame di mutuo sostegno narcisistico che si è sviluppato nell'infanzia nella relazione diadica. Può verificarsi per le bambine il rischio, nella fase edipica, a causa della loro fragilità, di sedurre o di essere sedotte dal padre in una situazione psichica nella quale vengono depotenziate le già scarse risorse relazionali femminili (Leonard 1985b).

In molte donne tossicodipendenti la relazione con il padre è di forte identificazione. Ciò le porta ad agire gli aspetti autodistruttivi di lui, rischiando di trascorrere la loro vita in una condizione di passività inerte. Problemi di alcolismo, tossicodipendenza, prostituzione e relazioni sentimentali improntate alla dipendenza si sviluppano, a volte, quando i padri stessi hanno vari problemi di dipendenza e sono sovente, a loro volta, rifiutati dalla società (Leonard 1985a).

Molto è stato scritto sulla genesi psico-sociale del fenomeno della tossicodipendenza. Parliamo di una complessa reazione circolare in cui individuo, figure genitoriali e cultura si intersecano. La difficoltà che madre e figlia fronteggiano nel negoziare problemi di separazione/individuazione deve tenere conto di fattori intrapsichici e culturali inestricabilmente connessi, che si rinforzano reciprocamente.

E' diffusa l'opinione che la condizione della tossicodipendenza possa avere nelle donne una "maggiore gravità" che nell'uomo.

Come abbiamo visto esiste un diverso orientamento nello sviluppo psicopatologico collegato alla differenza di genere: a fronte di disturbi relativi alle prime fasi evolutive è più probabile che i maschi sviluppino una tossicodipendenza mentre le donne sembrano virare più frequentemente verso i disturbi del comportamento alimentare. Certamente le ragazze che approdano al disturbo tossicomane sono più esposte ai rischi connessi con le pratiche devianti, ma nella clinica si riscontrano sovente quadri sintomatici più gravi e complessi. Sono maggiormente presenti nell'anamnesi psicopatologica delle donne perdita di interessi, comportamenti autolesivi, tentativi anticonservativi, episodi eteroaggressivi, ricoveri in reparto psichiatrico o casa di cura. E' più precoce che nei maschi l'età della prima overdose ed è più alto l'uso di sedativi. Pare rappresentarsi in questa fotografia della tossicodipendenza femminile lo sforzo maggiore che le donne devono compiere nella strutturazione della propria identità, proprio perché il legame di identificazione con il Materno negativo è più forte e totale (Hillman 1983).

La dipendenza patologica si colloca nel tentativo di risoluzione del conflitto narcisistico in cui la donna è intrappolata nella figura del Femminile indifferenziato che lei stessa rappresenta.

Questo si manifesta nella svalorizzazione del proprio corpo in una supposta dichiarazione di "uso" del maschile come nell'esperienza della prostituzione, nonché nell'esposizione ad abusi e violenze.

Si delinea una modalità di relazione con il corpo vissuto come merce di scambio; il rapporto con il maschile si esprime attraverso una relazione connotata da dinamiche di potere. Sembra essere preclusa la possibilità di entrare in contatto psicologico con il loro personale bisogno di potere che si rende manifesto solo attraverso gli agiti. Questa relazione di onnipotenza mette al riparo la donna dal ritorno alla propria posizione di femminile passivo (Guggenbuhl-Craig 2002).

L'esperienza della gravidanza, pare rappresentarsi per molte tossicodipendenti come un grande potenziale salvifico rispetto alle proprie angosce distruttive. L'investimento sul bambino infatti spesso è connotato dalla proiezione su di lui di parti buone del sé, con conseguente attribuzione alla gravidanza di possibilità di riscatto anche sociale. La condizione della maternità è l'oggetto di interesse più frequente della letteratura sulla tossicodipendenza femminile, a riprova di quanto sia socialmente degno di attenzione il ruolo materno, mettendo in secondo piano la specificità dello sviluppo psicologico femminile nella tossicodipendenza (Malagoli Togliatti 1993).

Sembra emergere una figura di donna che oscilla tra un femminile/materno che si relaziona al maschile con vissuti di pericolo e minaccia, senza aver elaborato un contatto con il proprio maschile interno ed identificandosi in una parte appresa per interposta persona, ed un materno rigidamente ancorato ai privilegi riconosciuti dalla collettività alla donna in maternità, a patto che si adatti alle aspettative maschili incarnando uno stereotipo, senza una espressività autenticamente elaborata.

Come già detto a conclusione della prima parte di questo lavoro è necessaria una comprensione delle caratteristiche specifiche differenziate dello sviluppo psicologico femminile sia rispetto al singolo individuo che al collettivo, troppo spesso caratterizzato da “una unilateralità ipertrofica maschile patriarcale” (Neumann 1953).

1.3.4 L'orientamento al trattamento

Alla luce delle problematiche qui tratteggiate, riguardanti sia le prime fasi dello sviluppo psicologico che la relazione del femminile con la collettività, possiamo sottolineare nuovamente come sia importante sostenere un processo volto al raggiungimento della individuazione del femminile, sulla base di esperienze riconosciute come proprie.

Si pongono numerosi interrogativi riguardanti il trattamento delle tossicodipendenti partendo dalla considerazione che il loro comportamento segna contemporaneamente la sofferenza dell'io e la sua autoterapia. La pratica terapeutica con queste pazienti, non ancora aderente alla specificità del femminile, rivela le loro relazioni di oggetto e le specifiche modalità di investimento. Esiste la propensione ad accedere al piacere solo di nascosto e quindi la difficoltà a concedersi di avere uno spazio proprio. Stabilire un legame di vicinanza con qualcuno scatena una minaccia narcisistica, come una regressione verso la relazione indifferenziata con il materno che viene sentita pericolosa. E' la paura del potere dell'oggetto che rende così difficile l'abbandono del comportamento patologico. Si acuisce questa difficoltà considerando che i processi di transfert e controtransfert sono attivati in un contesto di cura prevalentemente femminile. L'approccio istituzionale offre delle mediazioni che rendono il contatto oggettuale meno pericoloso e più sopportabile che nella relazione duale, nella quale la paziente rischia di essere immediatamente catturata dall'altro per il motivo del sovrainvestimento che la relazione stessa significa. Questo sovrainvestimento non è necessariamente dannoso pur essendo maggiormente complesso nel processo di cura. Il contratto istituzionale, con le esigenze che introduce sul piano dei comportamenti, svolge un ruolo di supplenza della funzione terza e del ruolo paterno, spesso cancellato o troppo eccitante per poter essere efficace nel processo di presa di distanza e di autonomizzazione dalla figura materna. In fase iniziale accade di veder sviluppate delle relazioni preferenziali con le terapie che dispensano da un investimento troppo alto con l'altro (Carito 1997). In questa fase è di vitale importanza l'approccio multiprofessionale, in cui più figure di riferimento depotenziano la relazione “unica” vissuta come troppo eccitante e pericolosa. Il compito del lavoro psicoterapeutico sarà quello di ricreare per queste pazienti il legame con le emozioni, che sono state represses perché rimandano al pericoloso legame oggettuale, portandole ad accettare progressivamente il contatto con i bisogni emozionali senza rischiare la disorganizzazione.

Anche in questo ambito si pone l'interrogativo circa la creazione di contesti di cura che, nella consapevolezza di quanto il genere influenzi la genesi e la risoluzione della patologia, siano maggiormente attenti alla specificità femminile.

1.4 L'approccio epidemiologico

1.4.1 La dipendenza da eroina

La dipendenza da sostanze viene definita in letteratura come un disturbo cronico -recidivante, caratterizzato dalla ricerca e dall'uso compulsivo della sostanza, che si accompagna ad alterazioni biochimiche a livello del sistema nervoso centrale (Leshner 1997).

Il termine dipendenza è usato in questo caso nell'accezione dell'inglese '*addiction*' ed è stato ulteriormente dettagliato nella definizione data dal gruppo 'linee-guida' del Piemonte (Bignamini 2001), riportata di seguito: "dipendenza patologica (*addiction*) è una condizione patologica correlata ad un'alterazione del sistema della gratificazione e ad una coartazione delle modalità e dei mezzi con i quali il soggetto si procura piacere, caratterizzata da 1) craving: desiderio compulsivo, con perdita di controllo e passaggio all'atto, con specifica sindrome clinica, appreso attraverso un condizionamento operante e 2) da una relazione con un oggetto (sostanza, situazione comportamento) connotata da reiterazione e marcata difficoltà alla rinuncia".

In Italia la dipendenza da eroina si configura come un problema di Sanità Pubblica, sia per la dimensione del fenomeno sia per la gravità degli effetti sulla salute.

Sebbene il tasso di uso di sostanze tra le donne sia ancora oggi molto inferiore a quello tra gli uomini, il numero assoluto stimato di donne che fanno uso o abuso di sostanze lecite o illecite è piuttosto elevato e preoccupante (NIDA 1994). Secondo i dati elaborati dal Centro Statistico Nazionale degli Stati Uniti sull'Abuso di Droghe nel 1995 (Substance Abuse and Mental Health Service Administration 1996), quasi una donna su tre avrebbe fatto uso di droghe illecite almeno una volta nella vita (33 milioni su 110 milioni di donne), e tra le donne in età fertile (15-44 anni) la percentuale sarebbe approssimativamente del 45%. In questa fascia di età si stima che il 15% delle donne americane abusino attualmente di alcol o di droghe illecite. Inoltre, sempre da questo studio si è rilevato che quasi 5 milioni di donne hanno usato sostanze illecite almeno una volta nel mese precedente l'intervista: 3,6 milioni hanno fatto uso di marijuana, 440.000 hanno fatto uso di cocaina e quasi 2 milioni hanno usato sostanze inalanti.

In base a un campione di donne analizzato negli Stati Uniti dall'ottobre 1992 fino all'agosto 1993, è stato stimato che, su 4 milioni di donne che hanno partorito, il 5,5% ha fatto uso di droghe illecite durante la gestazione (National Institute on Drug Abuse 1996).

1.4.2 Differenze di genere nella dipendenza da eroina

La dipendenza da eroina si manifesta con diverse modalità negli uomini e nelle donne. Le differenze sono molteplici, ed interessano tutti gli stadi della dipendenza: i fattori di rischio, le caratteristiche di uso, le modalità di accesso ai servizi per il trattamento, i trattamenti, e gli esiti appaiono infatti essere profondamente diversi tra i due sessi.

Tale diversità si mostra complessa da analizzare e poliedrica nei suoi aspetti, tanto da richiedere un approccio multidisciplinare.

1.4.2.1 Fattori di rischio per la tossicodipendenza

I fattori di rischio per la tossicodipendenza sono rappresentati da tutte le caratteristiche che influenzano lo sviluppo della dipendenza. Come accennato precedentemente tali fattori possono essere biologici e genetici, ma anche sociali ed ambientali, così come psicologici (Buiatti 1991).

Infatti, differenze psicologiche, ma anche biologiche e genetiche sono presenti tra i due sessi, e sono alla base delle differenze nella capacità e nelle modalità di reazione agli eventi. Sono state, ad esempio, osservate differenze nell'utilizzo di circuiti cerebrali nell'uomo e nella donna sottoposti al medesimo esercizio. Sembra che l'architettura neurale deputata alla lettura, così come l'organizzazione di alcuni circuiti cerebrali, sia diversa nei due sessi. Mentre sia gli uomini che le donne sottoposti ad uno studio

sperimentale usavano l'emisfero inferiore sinistro frontale per interpretare le parole, più della metà delle donne in studio usavano anche l'omologo emisfero destro per esercitare la stessa funzione (Haseltine 2000).

Le condizioni dell'ambiente in cui si vive sono i principali determinanti dell'uso di sostanze e dello sviluppo della tossicodipendenza, sia nell'uomo sia nella donna. Tuttavia, mentre gli uomini eroinomani hanno più frequentemente problemi della sfera sociale, le donne eroinomani hanno più frequentemente problemi di tipo psicologico-psichiatrico (Haseltine 2000).

Le donne che fanno uso di eroina sono spesso soggetti che soffrono di disturbi psicopatologici, tra cui sindromi ansioso-depressive e disturbi di personalità. In generale, i disturbi ed i sintomi psichiatrici, soprattutto quando di carattere ansioso-depressivo, appaiono più frequenti e più gravi nelle donne (Petry 2000, Wechsberg 1998, El-Guebaly 1995, Chatham 1999, Grella 1999, Brady 1993, Green 2002, Stewart 2003, Rowan-Szal 2000, Zilberman 2003). Anche i tentativi di suicidio ed i comportamenti autolesivi sono più frequenti nelle donne (Luthar 1996, Haseltine 2000, Wechsberg 1998).

L'abuso di sostanze è quindi nella donna spesso un comportamento di reazione allo stress, alla depressione, alla scarsa autostima. In questo sono profondamente diverse dagli uomini che, nella maggior parte dei casi, fanno uso di droghe per socializzare (Haseltine 2000, Marsh 1985).

Anche gli abusi subiti nell'infanzia sono un fattore di rischio per lo sviluppo della dipendenza da sostanze; studi epidemiologici hanno dimostrato che circa il 70% delle donne che fanno uso di sostanze illecite sono state vittime di violenze fisiche o sessuali nell'infanzia, e spesso anche nell'età adulta (NIDA 1994, Blume 1994, Green 2002). Aver subito questo tipo di traumi è associato nelle donne con un maggior rischio di sviluppare dipendenza da sostanze (Winhusen 2003).

Un cattivo rapporto con le madri è riportato più frequentemente nelle donne tossicodipendenti rispetto agli uomini (Hser 1987a). Inoltre, problemi familiari precoci sono stati riscontrati maggiormente nelle donne rispetto agli uomini tossicodipendenti (Graeven 1978, Ellinwood 1966, Moise 1982, Colton 1980). È stato osservato che al genere maschile è più frequentemente associato un comportamento di esternalizzazione dei problemi durante l'infanzia, ad esempio mediante disturbi della condotta, deficit dell'attenzione e problemi scolastici, mentre al genere femminile è associato un comportamento di internalizzazione (o mancata esternalizzazione), che predisporrebbe a problemi depressivi nell'età adulta (Luthar 1996, Haseltine 2000, Hagan 1994, NIDA 1994). Le donne tossicodipendenti sembrano aver bisogno di aiuto per problemi emozionali ad un'età inferiore di quanto non sia osservato negli uomini (17 vs 20 anni), e problemi comportamentali spesso emergono nell'età scolare (Luthar 1996, Haseltine 2000, Seiden 1989).

1.4.2.2 L'uso di sostanze

Come accennato nel paragrafo precedente, le ragioni che spingono all'uso sono diverse nei due sessi: gli uomini usano sostanze per provare sensazioni forti, le donne per reagire a situazioni di stress e placare l'ansia; gli uomini usano le sostanze come esperienza trasgressiva, le donne le usano per auto-medicarsi (Haseltine 2000, Hser 1987a, Marsh 1985). Nello studio americano di Hser, i tossicodipendenti maschi erano più propensi rispetto alle donne a iniziare ad usare eroina in situazioni di gruppo; l'inizio dell'uso nel genere femminile veniva invece associato all'influenza del partner, variabile completamente assente nel genere maschile (Hser 1987a,b), o osservata con frequenza molto inferiore negli uomini (33% vs 68%) (Riehmman 2003). Questa caratteristica dell'inizio dell'uso è stata osservata in molti altri studi (Rosenbaum 1981, Marsh 1985, Powis 1996, Evans 2003): è definita in letteratura come "doppia dipendenza" o "co-dipendenza", dal partner e dalla sostanza; in principio la co-dipendenza non è un fenomeno specificamente femminile, ma pressioni sociali e culturali ne determinano l'assoluta prevalenza nelle donne (Stocco 2000, Taylor 1993). In letteratura si osserva una maggior frequenza dell'aver un partner tossicodipendente tra le donne rispetto agli uomini (Winhusen 2003, Stewart 2003). Questo ruolo determinante del partner nella tossicodipendenza femminile, secondo Hser (1987a), fa sì che la donna assuma modelli di consumi propri dell'uomo, modelli che quindi non presentano grandi differenze per quanto riguarda la frequenza del consumo e delle ricadute, dei periodi di astinenza e del simultaneo uso di altre droghe.

L'età di inizio dell'uso sembra essere simile nell'uomo e nella donna, tra i 18 ed i 25 anni; tuttavia, poiché le opportunità di procurarsi le sostanze sono più limitate per le donne rispetto agli uomini, questo determina per esse un uso più tardivo e meno frequente (Haseltine 2000, Freeman 1994, Marsh 1985). Nel momento in cui, tuttavia, diventano dipendenti, i livelli di consumo di eroina appaiono essere equivalenti se non superiori a quelli degli uomini (Rosenbaum 1981, Almog 1993, Bretteville-Jensen 1999).

Anche gli usi associati appaiono essere diversi: l'uso di alcol e marijuana sono più frequenti negli uomini rispetto alle donne (Anglin 1987a, Suffet 1976, Freeman 1994, Marsh 1985, Brady 1993, Green 2002, Hser 2003). Al contrario, le donne usano in misura maggiore sedativi e ansiolitici: tale uso sembra essere correlato al tentativo di auto-medicarsi in assenza di accesso alle strutture di cura (Chambers 1970, Hser 1987b, Darke 1994, Wechsberg 1998, Bretteville-Jensen 1999, Freeman 1994, Marsh 1985). Non appare esserci differenza di genere per quanto riguarda l'uso di amfetamine (Hser 2003).

1.4.2.3 Differenze di genere alla presa in carico

Nel complesso, gli uomini che fanno uso di droghe illecite sono in misura maggiore rispetto alle donne. Nell'Unione Europea i pazienti dei Servizi per le Tossicodipendenze sono nell'80% dei casi uomini (EMCDDA 2005). Nel corso del 2001 erano in carico presso i Servizi pubblici italiani per le tossicodipendenze 150.400 soggetti tossicodipendenti, valore in aumento rispetto all'anno precedente. Il rapporto "utenti maschi/utenti femmine" era pari a 6,4 (Ministero della Salute 2002).

Sono individuabili diversi fattori che differenziano uomini e donne alla presa in carico: l'età, i comportamenti associati, variabili socio-demografiche e lavorative.

Nonostante le donne inizino l'uso di sostanze ad un'età lievemente maggiore degli uomini, probabilmente diventano dipendenti più velocemente (Anglin 1987a, Rosenbaum 1981) e quindi richiedono trattamenti in più breve tempo: accedono ai servizi in età più giovane (Haseltine 2000, Hser 1987a,b, Avila 1996, Rosenbaum 1981, Wechsberg 1998, Chatham 1999, Grella 1999, El-Guebaly 1995, Marsh 1986, Green 2002, Hser 2004).

Tuttavia, pare che la richiesta di aiuto terapeutico sia molto bassa nelle donne; l'uso di droga è visto infatti come condizione incompatibile con il ruolo della donna nella società. La stigmatizzazione associata con la tossicodipendenza è più grande per le donne che per gli uomini. In particolare, le donne tossicodipendenti hanno il timore di essere etichettate come madri inadeguate a prendersi cura dei propri figli e, inoltre, temono l'allontanamento dagli stessi; per questo si avvicinano con più difficoltà alle strutture terapeutiche (NIDA 1996, Stevens 1989).

Rispetto agli uomini le donne più frequentemente hanno figli e vivono con essi (Hser 1987b, Grella 1999, Wechsberg 1998, Chatham 1999, Freeman 1994, Green 2002, Hser 2003, Stewart 2003, EMCDDA 2005) o sono sposate (Schottenfeld 1998, Grella 1999, Wechsberg 1998, Acharyya 2003). Più frequentemente degli uomini sono separate, divorziate o vedove (Marsh 1985, Acharyya 2003). Inoltre, le donne hanno un reddito più basso e sono più frequentemente disoccupate rispetto agli uomini (Stocco 2000, Hser 1987b, Grella 1999, Wechsberg 1998, Chatham 1999, Schottenfeld 1998, Petry 2000, Riehmman 2003, Freeman 1994, Brady 1993, Marsh 1985, Marsh 1986, Green 2002, Callaghan 2002, Hser 2004, Winhusen 2003, Acharyya 2003, EMCDDA 2005). La situazione lavorativa, spesso precaria o caratterizzata da lavori poco qualificati, è fortemente condizionata dalla condizione di tossicodipendenza e dalla visione pessimistica del futuro che ne deriva. La discriminazione nell'ambito lavorativo per le donne tossicodipendenti non è altro che la riproduzione dei modelli di genere socialmente accettati, ossia è molto più probabile che un uomo, il cui consumo di sostanze illegali sia noto nel contesto lavorativo, non perda il lavoro, mentre per la donna scatta immediatamente un forte controllo che finisce spesso con la cessazione del rapporto di lavoro.

Differenze alla presa in carico sono evidenti anche per quanto riguarda le conseguenze del consumo di stupefacenti: negli uomini sono frequenti i comportamenti criminali, mentre le donne compiono meno reati ma tra di loro è diffuso il fenomeno della prostituzione, unica fonte di reddito per molte donne

tossicodipendenti (Hser 1987a, Anglin 1987a, Grella 1999, Wechsberg 1998, Chatham 1999, Marsh 1985, Marsh 1986, Powis 1996, Hser 2003, Hser 2004, Stewart 2003, Rowan-Szal 2000).

Per quanto riguarda lo scambio di siringhe o strumenti non più sterili, le donne sembrano avere questo tipo di comportamento a rischio più frequentemente rispetto agli uomini (Bennett 2000, Chatham 1999, Sherman 2001, Evans 2003); gli strumenti vengono spesso scambiati con il partner (Freeman 1994, Evans 2003). Anche per quanto riguarda i rapporti sessuali non protetti, le donne sembrano essere a maggior rischio rispetto agli uomini, soprattutto per i comportamenti associati alla prostituzione (Joe 1995).

1.4.2.4 Percorsi terapeutici

I percorsi terapeutici appaiono diversi in uomini e donne; questo è in parte dovuto alla soggettività della richiesta, in parte ad una innegabile differenza di offerta da parte dei servizi nei confronti di utenti maschi o femmine (NIDA 1994, Stevens 1989); questa differenza privilegia gli uomini, sia per quanto riguarda la qualità che la quantità dei trattamenti offerti: un esiguo numero di programmi è specifico per i bisogni del soggetto di sesso femminile, e spesso le donne sono considerate più negativamente degli uomini e i loro particolari bisogni sociali e biologici sono ignorati o non compresi (Stevens 1989).

Un recente studio americano evidenziava che le donne restano in lista d'attesa per il trattamento per un tempo significativamente più lungo rispetto agli uomini (Downey 2003).

E' di grande importanza anche la diversa capacità dei due sessi di interagire con il trattamento; questo provoca una diversa efficacia del trattamento stesso. Ad esempio, poiché, come accennato sopra, le donne usano droghe per auto-medicarsi mentre gli uomini le usano per avere esperienze forti, i trattamenti per la cessazione del fumo hanno nei due sessi inevitabilmente differenze di efficacia: i sostituti nicotinici sono efficaci negli uomini ma non nelle donne perché in queste ultime non possono ridurre l'ansia alla base dell'uso (Haseltine 2000).

Gli uomini accedono al trattamento inviati dalla magistratura più frequentemente delle donne (Anglin 1987b, Blume 1994, Grella 1999). I motivi che spingono i soggetti a rivolgersi ad una struttura per ricevere il trattamento sono gli stessi nei due sessi: stanchezza di dipendere dall'eroina e stanchezza del proprio stile di vita sono le ragioni principali (Anglin 1987b).

Anche il ritorno al trattamento è correlato nell'uomo al coinvolgimento delle istituzioni sociali, siano esse l'ambiente di lavoro, il sistema giudiziario o la famiglia; al contrario, le donne ritornano al trattamento con l'aiuto di assistenti sociali (Haseltine 2000, Grella 1999). La gravità della tossicodipendenza e i comportamenti criminali sono associati al fatto di aver avuto plurimi trattamenti, sia nell'uomo che nella donna.

Le donne sembrano abbandonare il trattamento con maggiore facilità (NIDA 1994): il 25% delle donne rispetto al 13% degli uomini abbandona il trattamento nei primi 30 giorni (Petry 2000); in un recente studio svizzero, il tasso di abbandono del trattamento metadonico era più elevato tra le donne (HR=2,24, 95% IC: 1,05-4,8, p=0,03) (Mino 1998).

Come già accennato, inoltre, le donne tossicodipendenti spesso hanno stili di vita incompatibili con programmi di assistenza prolungata, o hanno figli e per questo la loro compliance con il trattamento sembra essere peggiore (Taylor 1995, Barnard 1993). La gravidanza e le pressioni esercitate dalla famiglia appaiono infatti essere le maggiori ragioni di abbandono del trattamento tra le donne (Anglin 1987b).

In un recente studio americano, tra i determinanti statisticamente significativi dell'abbandono del trattamento vi erano per le donne il basso livello di istruzione, mentre per gli uomini la giovane età (Green 2002).

Inoltre, gli uomini abbandonano il trattamento in seguito alla cessazione della sintomatologia astinenziale in misura maggiore rispetto alle donne (Anglin 1987a).

I dati della letteratura, tuttavia, non sono completamente concordanti rispetto alla compliance con il trattamento: nello studio di Schottenfeld ad esempio il tasso di abbandono era inferiore tra le donne, sia per quanto riguarda il metadone che la buprenorfina; anche gli esiti di salute, misurati in termini di astinenza dall'uso di oppioidi e cocaina, erano migliori nel sesso femminile rispetto a quello maschile

(Schottenfeld 1998). Inoltre, alcuni studi non hanno rilevato differenze di genere negli esiti del trattamento (Alterman 2000, Gerstein 2000, Stewart 2003).

Nel caso delle comunità terapeutiche, si è osservato che le particolarità del programma sono importanti determinanti della ritenzione: in particolare, l'aggiunta di componenti di assistenza specifica per i bambini e le famiglie (approccio *gender-based*) aumenta la ritenzione ed il completamento del trattamento (McComish 2000, Grella 2000). Un elevato livello di istruzione ed un limitato numero di problemi legali negli ultimi 6 mesi sono predittori del completamento del programma terapeutico di tipo residenziale nelle donne (Knight 2001, Messina 2000).

1.4.2.5 Differenze nella mortalità

La differenze di genere nella mortalità correlata all'uso di eroina non sono state oggetto di analisi approfondite in letteratura. Tuttavia, in generale gli studi osservano tassi più elevati di mortalità tra gli uomini rispetto alle donne (Hall 1999, Gossop 2002, Buster 2002, Bartu 2004, Brugal 2005), anche se studi italiani hanno rilevato in passato maggiori tassi di mortalità tra le donne, con RR per overdose di 3,0 e per AIDS di 1,8 rispetto agli uomini (Ciminale 1996).

2 Lo studio VEdeTTE

Lo studio VEdeTTE è uno studio di coorte multicentrico longitudinale prospettico che coinvolge 13 Regioni in Italia. Il suo obiettivo principale è quello di valutare l'efficacia delle diverse tipologie di interventi effettuati dai SerT italiani (Servizi per le Tossicodipendenze) per il trattamento della tossicodipendenza da eroina, al fine di prevenire la mortalità acuta per overdose e cause violente e di favorire la ritenzione in trattamento dei soggetti.

Relativamente ai soggetti arruolati si effettua periodicamente l'accertamento dello stato in vita.

I SerT partecipanti allo studio VEdeTTE potevano arruolare i soggetti in un periodo di 18 mesi, a partire dal mese di Settembre 1998, secondo i seguenti criteri di inclusione:

- accesso al SerT per scopi terapeutici;
- cittadinanza italiana;
- maggiore età.

Nei primi 18 mesi dello studio (Settembre 1998 - Marzo 2001) sono stati arruolati 10.454 soggetti tossicodipendenti da eroina di cui 1.501 donne; complessivamente sono stati registrati 48.902 trattamenti e 41.602 cicli di trattamento.

I soggetti in studio, secondo le caratteristiche del contatto con il servizio venivano classificati al momento dell'arruolamento in:

- *incidenti*: coloro che entravano in trattamento per la prima volta presso il SerT di arruolamento;
- *reingressi*: soggetti non in carico al momento di inizio studio, ma già in trattamento in passato presso il SerT di arruolamento;
- *prevalenti*: coloro che erano in carico presso il SerT dell'arruolamento alla data di inizio dello studio e che stavano effettuando un trattamento.

A tutti i soggetti arruolati nello studio (incidenti, reingressi e prevalenti) veniva somministrato un questionario di ingresso e si procedeva alla compilazione di una scheda relativa ai trattamenti.

3 OBIETTIVI DELLA MONOGRAFIA

Il presente lavoro si propone di descrivere le differenze di genere nella tossicodipendenza da eroina, utilizzando i dati della coorte VEdeTTE; in particolare si indagano le differenze di genere in relazione a caratteristiche individuali e di trattamento, si discutono i fattori di rischio per lo sviluppo della dipendenza da eroina e la prognosi per rischio di overdose e mortalità. Sono valutati diversi trattamenti e le differenze di genere nella compliance agli stessi.

Obiettivi specifici di questa monografia sono:

- ◆ descrivere le differenze di genere nella coorte VEdeTTE per quanto riguarda:
 - Caratteristiche alla presa in carico
 - Fattori socio-demografici
 - Storia di tossicodipendenza
 - Consumo di sostanze
 - Sintomi e disturbi psichici precedenti e conseguenti all'uso di eroina
 - Comportamenti a rischio
 - Stato di salute e patologie concomitanti
 - Percorsi terapeutici
 - Ritenzione in trattamento
 - Fattori di rischio per l'abbandono
 - Mortalità

4 MATERIALI E METODI

Per quanto riguarda la puntuale descrizione del protocollo dello studio e degli strumenti di rilevazione dei dati (Questionario di Ingresso, Scheda per la Registrazione degli Interventi) si rimanda alla monografia n.1 (Bargagli 2000). Per quanto riguarda la descrizione dei trattamenti e delle ricategorizzazioni dei trattamenti in cicli si rimanda alla monografia n.5 (Vigna-Taglianti 2005).

4.1 Trattamento dei dati

Per questo lavoro sono stati considerati 10.454 soggetti arruolati dallo studio di cui 1.501 donne. Per ciascuno di essi, sono state selezionate alcune variabili di interesse ai fini dello studio.

Le variabili usate sono state ri-categorizzate e talvolta accorpate, creando nuove variabili che sono state utilizzate nell'analisi descrittiva; alcune di esse, inserite nel modello multivariato di analisi delle differenze di genere, hanno subito ulteriori ri-categorizzazioni.

4.2 Piano di analisi

4.2.1 Le differenze di genere alla presa in carico

4.2.1.1 Analisi descrittiva

Gli utenti sono descritti per quanto riguarda tutte le variabili socio-demografiche, anagrafiche, relative all'uso di sostanze, ai comportamenti a rischio, allo stato di salute, ai sintomi psichici precedenti l'uso, evidenziando le differenze nella proporzione maschi/femmine. Delle variabili quantitative relative alla tossicodipendenza e al SerT sono stati valutati i coefficienti di correlazione, per verificare l'eventuale correlazione tra di essi.

4.2.1.2 Analisi uni-variata

Le differenze maschi/femmine sono state analizzate per tutte le variabili socio-demografiche, anagrafiche, relative all'uso di sostanze, ai comportamenti a rischio, allo stato di salute, ai sintomi psichici precedenti l'uso, calcolando gli Odd-Ratios grezzi e testando la significatività statistica dell'associazione tra le variabili di interesse ed il sesso. Per questa analisi è stata considerata come variabile dipendente il sesso, utilizzando quindi come evento d'interesse l'appartenenza al sesso femminile. Gli Odd-Ratios sono quindi da leggere come minore o maggiore probabilità di appartenere al sesso femminile, per quanto riguarda ogni specifica categoria della variabile in analisi.

Sono stati considerati come gruppi di riferimento quelli a maggiore numerosità. Nelle tabelle presentate, la categoria di riferimento assume, per definizione, Odd-Ratio uguale ad 1.

4.2.1.3 Analisi multivariata

I fattori di rischio associati con la probabilità di appartenere al sesso femminile, ad un livello di significatività statistica $p \leq 0,05$, nell'analisi uni-variata sono stati valutati nel modello di regressione logistica non-condizionale multivariato per identificare i fattori di rischio indipendenti, attraverso il calcolo degli Odd-Ratios aggiustati per tutte le variabili risultate statisticamente significative nell'analisi univariata.

Per valutare le differenze maschi/femmine per quanto riguarda i vari fattori di rischio, è stato costruito un modello multivariato di base, costituito da alcune variabili. L'Odd-Ratio prodotto fornisce quindi una stima delle differenze maschi/femmine, aggiustate per le variabili presenti nel modello.

Per valutare le altre variabili di interesse, al modello base sono state aggiunte separatamente le altre variabili, costruendo tre modelli finali, che valutano separatamente le variabili di uso ed i comportamenti a rischio, i sintomi psichici precedenti l'uso di eroina, ed i sintomi psichici successivi all'uso di eroina. L'Odds Ratio fornisce una stima delle differenze maschi/femmine, aggiustate per tutte le altre variabili inserite nel modello.

4.2.1.4 *Analisi dei percorsi terapeutici*

I percorsi terapeutici sono stati analizzati per quanto riguarda la proporzione di soggetti maschi e soggetti femmine che, avendo avuto un esito positivo (concordato con l'operatore) o negativo (non concordato) al primo trattamento, sono stati successivamente sottoposti ad un secondo trattamento.

Sono state calcolate le differenze nelle proporzioni dei diversi trattamenti effettuati come primo ciclo utilizzando il metodo del χ^2 .

Per mettere in evidenza le differenze tra le proporzioni per quanto riguarda i trattamenti di comunità terapeutica, metadone a mantenimento, metadone a scalare e psicoterapia, è stato prodotto un albero delle sequenze terapeutiche, in cui i percorsi sono stratificati per sesso ed esito del trattamento. Per valutare le differenze nei percorsi terapeutici sono state inoltre prodotte le probabilità condizionali per ogni percorso analizzato.

Per effettuare questa analisi è stato utilizzato il database in cui la lunghezza del ciclo era definita utilizzando come prioritario il trattamento di "comunità terapeutica". Questo significa che è stato considerato come ciclo predominante quello di comunità terapeutica nel caso in cui siano concomitanti più trattamenti: tale procedura comporta la "scomparsa" degli altri trattamenti concomitanti effettuati dal soggetto, i quali risultano "nascosti" dal ciclo predominante. Nel caso della psicoterapia questa procedura comportava la perdita di gran parte dei cicli: per sua natura infatti la psicoterapia è un trattamento associato agli altri. Per produrre l'albero dei percorsi a partire da un primo ciclo di psicoterapia, è stato quindi utilizzato un database riordinato fornendo la predominanza alla psicoterapia.

4.2.2 Analisi dei fattori di rischio per l'abbandono del mantenimento metadonico

I cicli di mantenimento metadonico iniziati nei primi 6 mesi dello studio sono stati analizzati per quanto riguarda i fattori di rischio per l'abbandono del trattamento, negli uomini e nelle donne, per mettere in evidenza eventuali differenze. Per questa analisi è stato utilizzato il database dei cicli costruito considerando come prioritario il trattamento di metadone a mantenimento.

Sono stati analizzati solo i cicli di trattamento iniziati nei primi 6 mesi dello studio, per fornire un tempo di osservazione di almeno 1 anno a tutti. Inoltre, solo il primo ciclo di MM è stato considerato nell'analisi, per evitare i bias dovuti alla ripetizione del trattamento.

Si è considerato come esito in studio il fallimento del trattamento, definito dal protocollo come "esito non concordato"; gli esiti concordati, i trasferimenti e i trattamenti in corso alla fine dello studio sono stati trattati come esiti positivi.

Le differenze nella ritenzione in trattamento sono state messe in evidenza mediante le curve di sopravvivenza di Kaplan-Meier (analisi univariata). Per tutte le variabili è stata controllata l'assunzione di proporzionalità dei rischi, sia con il metodo grafico sia con il test dei residui di Schoenfeld, uni e multivariato. I fattori di rischio statisticamente significativi nell'analisi uni-variata e che non violavano l'assunzione di proporzionalità dei rischi sono quindi stati analizzati utilizzando il modello di Cox multivariato; gli HR per l'abbandono del trattamento sono presentati stratificati per uomini e donne, nel tentativo di mettere in evidenza le eventuali differenze.

4.2.3 Analisi dei fattori di rischio per l'abbandono della comunità terapeutica

Analogamente al mantenimento metadonico, anche i cicli di comunità terapeutica sono stati analizzati per quanto riguarda i fattori di rischio per l'abbandono del trattamento, negli uomini e nelle donne. L'analisi statistica è stata condotta secondo la metodologia descritta per il mantenimento metadonico, utilizzando solo il primo di ciclo tra quelli iniziati nei primi 6 mesi dello studio. Per questa analisi è stato utilizzato il database dei cicli costruito considerando come prioritario il trattamento di comunità terapeutica.

4.2.4 Analisi delle differenze di genere nella mortalità

Lo stato in vita dei soggetti arruolati durante i primi 18 mesi dello studio è stato accertato presso il SerT di appartenenza e, per i soggetti non in trattamento al momento del follow-up, presso l'anagrafe dell'ultimo comune di residenza. Il primo follow-up di mortalità si riferisce al 31 marzo 2001. La causa di morte è stata richiesta alla ASL presso la quale è avvenuto il decesso, e codificata secondo la Classificazione Internazionale delle Malattie e delle Cause di Morte (ICD IX).

Considerando la popolazione dei soggetti validi per l'analisi (n=10.454), la completezza del follow-up è stata del 96,2%.

La mortalità proporzionale è stata analizzata per quanto riguarda le cause specifiche stratificate per genere. Per mettere in evidenza possibili differenze di genere, sono stati inoltre calcolati i tassi standardizzati di mortalità causa specifica con il metodo della standardizzazione diretta, utilizzando come popolazione di riferimento la popolazione italiana al 1° gennaio 2000 di età compresa tra i 15 ed i 65 anni.

5 RISULTATI

5.1 Differenze di genere alla presa in carico: Risultati dell'analisi descrittiva

Nei primi 18 mesi sono stati arruolati nello studio VEdeTTE 10.454 soggetti, di cui 8.953 uomini (85,6%) e 1501 donne (14,4%).

5.1.1 Caratteristiche socio-demografiche

Per quanto riguarda lo stato civile, le donne sono più frequentemente coniugate, separate/divorziate e vedove rispetto agli uomini: la probabilità di essere donna aumenta progressivamente nelle categorie menzionate (vedi tabella 1). In particolare, il 12,1% delle donne ha avuto un'esperienza di separazione o divorzio, contro il 7,8% degli uomini: questo produce un OR=2,11 (95% IC: 1,76-2,53); il 3,8% delle donne è vedova rispetto allo 0,5% degli uomini: il rischio di essere donna nella categoria di chi ha perso un coniuge è quindi pari a 10,9 (95% IC: 7,26-16,40) quello di essere uomo.

Le donne arruolate dallo studio sono in maggior misura nate nel Nord Italia; più frequentemente vivono con il partner o con i figli, ma chi non ha una sistemazione stabile ha una probabilità doppia di essere donna. In particolare, la percentuale di donne che vivono con i figli (ma non con il partner) è del 3,5% rispetto allo 0,3% degli uomini: la stima del rischio risulta pari a 18,9 (95% IC: 11,61-30,62); mentre il 23,7% delle donne vive con solo il partner rispetto al 9,6% degli uomini, OR=3,74 (95% IC: 3,21-4,35). Sono più frequentemente laureate o diplomate; non hanno un lavoro stabile o si posizionano nella categoria chiamata "condizione non professionale". Le laureate sono l'1,2% contro lo 0,7% dei maschi, OR=1,85 (95% IC: 1,09-3,14); le diplomate sono il 25,4% contro il 14,4% degli uomini, OR=1,95 (95% IC: 1,70-2,23). L'8,7% delle donne rispetto al 2,5% degli uomini dichiarano una "condizione non professionale", con OR=5,32 (95% IC: 4,17-6,79): tra di esse sono probabilmente comprese casalinghe e prostitute.

Infine, tra le donne è inferiore rispetto agli uomini la probabilità di aver avuto problemi legali o di essere state in carcere: il rischio rispetto agli uomini è inferiore del 25%.

Tutte queste variabili presentano un basso numero di valori mancanti (0-1,43%).

Tabella 1. Caratteristiche socio-demografiche

Caratteristica in esame	N totale	Maschi (%)	Femmine (%)	Differenza %	OR	I.C. 95%
STATO CIVILE (n=10.425)						
celibe/nubile	6.723	5.991 (67,1)	732 (49,0)	-18,1	1,00	
coniugato	1.737	1.466 (16,4)	271 (18,1)	+1,7	1,51	1,30-1,76
convivente	984	730 (8,2)	254 (17,0)	+8,8	2,85	2,42-3,35
separato/divorziato	883	702 (7,8)	181 (12,1)	+4,3	2,11	1,76-2,53
vedovo	98	42 (0,5)	56 (3,8)	+3,3	10,9	7,26-16,40
LUOGO DI NASCITA (n=10.454)						
Nord	3.070	2.459 (27,5)	611 (40,7)	+13,2	1,00	
Centro	2.381	1.976 (22,1)	405 (27,0)	+4,9	0,83	0,72-0,95
Sud	1.853	1.680 (18,7)	173 (11,5)	-7,2	0,41	0,35-0,50
Isole	2.770	2.523 (28,2)	247 (16,5)	-11,7	0,39	0,34-0,46
Estero	380	315 (3,5)	65 (4,3)	+0,8	0,83	0,63-1,10
SISTEMAZIONE ABITATIVA (n=10.406)						
con famiglia di origine	5.734	5.165 (57,9)	569 (38,2)	-19,7	1,00	
con partner e figli	1.526	1.303 (14,6)	223 (14,9)	+0,3	1,55	1,31-1,83
con solo partner	1.210	857 (9,6)	353 (23,7)	+14,1	3,74	3,21-4,35
con solo figlio	77	25 (0,3)	52 (3,5)	+3,2	18,9	11,61-30,62
con amici	125	92 (1,1)	33 (2,2)	+1,1	3,26	2,17-4,89
da solo	961	811 (9,1)	150 (10,1)	+1,0	1,68	1,38-2,04
in comunità terapeutica	605	528 (5,9)	77 (5,2)	-0,7	1,32	1,03-1,71
nessuna sistemaz stabile	168	135 (1,5)	33 (2,2)	+0,7	2,22	1,50-3,28
TITOLO DI STUDIO (n=10.408)						
nessuno	95	91 (1,0)	4 (0,3)	-0,7	0,29	0,11-0,79
licenza elementare	1.687	1.557 (17,5)	130 (8,7)	-8,8	0,55	0,45-0,67
licenza media inferiore	6.181	5.366 (60,2)	815 (54,6)	-5,6	1,00	
diploma corsi professionali	704	558 (6,2)	146 (9,8)	+3,6	1,72	1,42-2,10
diploma media superiore	1.659	1.280 (14,4)	379 (25,4)	+11,0	1,95	1,70-2,23
laurea	82	64 (0,7)	18 (1,2)	+0,5	1,85	1,09-3,14
IMPIEGO LAVORATIVO (n=10.318)						
stabile	3.500	3.154 (35,7)	346 (23,3)	-12,4	1,00	
saltuario	2.697	2.355 (26,7)	342 (23,0)	-3,7	1,32	1,13-1,55
studente	105	74 (0,8)	31 (2,1)	+1,3	3,82	2,48-5,89
condiz non professionale	350	221 (2,5)	129 (8,7)	+6,2	5,32	4,17-6,79
disoccupato	3.666	3.028 (34,3)	638 (42,9)	+8,6	1,92	1,67-2,21
CARCERE/PROBLEMI LEGALI ULTIMI 12 MESI (n=10.305)						
no	7.095	5.995 (68,0)	1.100 (74,0)	+6,0	1,00	
si	3.210	2.823 (32,0)	387 (26,0)	-6,0	0,75	0,66-0,85

5.1.2 Storia di tossicodipendenza ed età

Il rischio di essere donna è maggiore del 18% rispetto a quello di essere uomo tra coloro che si sono presentati al SerT per la prima volta (soggetti incidenti); mentre meno frequentemente sono reingressi (vedi tabella 2).

Si evince, inoltre, che i soggetti maschi accedono al SerT per motivi giudiziari con maggior frequenza rispetto alle femmine, le quali risultano entrare presso il Servizio più frequentemente inviate dai familiari o dai medici.

Le donne vengono arruolate prevalentemente nel Nord Italia; in particolare, la probabilità di essere donna all'arruolamento è del 59% inferiore nel Sud-Isole rispetto al Nord.

Per quanto riguarda le variabili relative all'età, le donne sono tendenzialmente più giovani al momento dell'arruolamento: la probabilità di essere donna è minore per i soggetti che vengono arruolati con più di 28 anni rispetto alla classe di età 18-27. Inoltre, fanno uso di eroina più precocemente: la probabilità di essere donna è maggiore tra i soggetti che hanno meno 17 anni, e tra quelli che hanno 22-55 anni, quest'ultimo valore non è tuttavia statisticamente significativo. Le donne sembrano accedere al SerT in età più giovane rispetto agli uomini: la probabilità di essere donna è minore per i soggetti che iniziano il primo trattamento al SerT in una fascia di età compresa tra i 22 e i 24 anni rispetto ai più giovani (10-21 anni). Nonostante l'inizio sia più precoce, la lunghezza della tossicodipendenza appare essere minore nelle donne rispetto agli uomini: è significativamente meno probabile essere donna quando la lunghezza della tossicodipendenza supera gli 8 anni.

Tabella 2. Caratteristiche relative alla tossicodipendenza e all'età

Caratteristica in esame	N totale	Maschi (%)	Femmine (%)	Differenza %	OR	I.C. 95%
TIPOLOGIA UTENTE (n=10.454)						
prevalenti	7.224	6.176 (69,0)	1.048 (69,8)	+0,8	1,00	
reingressi	1.981	1.737 (19,4)	244 (16,2)	-3,2	0,83	0,71-0,96
incidenti	1.249	1.040 (11,6)	209 (13,9)	+2,3	1,18	1,01-1,39
MODALITA' DI ACCESSO AL SERT (n=10.401)						
volontario	8.719	7.511 (83,9)	1.208 (80,5)	-3,4	1,00	
familiari	678	559 (6,2)	119 (7,9)	+1,7	1,32	1,08-1,63
medici/servizi	450	354 (4,0)	96 (6,4)	+2,4	1,69	1,33-2,13
giudiziario	426	384 (4,3)	42 (2,8)	-1,5	0,68	0,49-0,94
altro	128	97 (1,1)	31 (2,1)	+1,0	1,99	1,32-2,99
LUOGO DI ARRUOLAMENTO (n=10.454)						
nord	3.675	2.990 (33,4)	685 (45,6)	+12,2	1,00	
centro	2.728	2.257 (25,2)	471 (31,4)	+6,2	0,91	0,80-1,04
sud/isole	4.051	3.706 (41,4)	345 (23,0)	-18,4	0,41	0,35-0,47
ETA' ALL'ARRUOLAMENTO (n=10.454)						
18-27	3.136	2.645 (29,5)	491 (32,7)	+3,2	1,00	
28-31	2.604	2.236 (25,0)	368 (24,5)	-0,5	0,89	0,77-1,03
32-35	2.283	1.978 (22,1)	305 (20,3)	-1,8	0,83	0,71-0,97
36-66	2.431	2.094 (23,4)	337 (22,5)	-0,9	0,87	0,75-1,01
ETA' DI INIZIO USO HEROINA (n=10.364)						
9-17	3.576	3.027 (33,8)	549 (36,6)	+2,8	1,00	
18-19	2.459	2.134 (23,8)	325 (21,7)	-2,1	0,84	0,72-0,97
20-21	1.790	1.586 (17,7)	204 (13,6)	-4,1	0,71	0,60-0,84
22-55	2.539	2.126 (23,8)	413 (27,5)	+3,7	1,07	0,93-1,23
ETA' AL PRIMO TRATTAMENTO SERT (n=10.069)						
10-21	3.103	2.556 (28,6)	547 (36,4)	+7,8	1,00	
22-24	2.462	2.159 (24,1)	303 (20,2)	-3,9	0,66	0,56-0,76
25-28	2.410	2.092 (23,4)	318 (21,2)	-2,2	0,71	0,61-0,83
29-65	2.094	1.820 (20,3)	274 (18,3)	-2,0	0,70	0,60-0,82
LUNGHEZZA DELLA TOSSICODIPENDENZA (n=10.364)						
0-7 anni	2.820	2.320 (26,1)	500 (33,5)	+7,4	1,00	
8-11 anni	2.649	2.306 (26,0)	343 (23,0)	-3,0	0,69	0,59-0,80
12-16 anni	2.592	2.251 (25,4)	341 (22,9)	-2,5	0,70	0,61-0,82
17-35 anni	2.303	1.996 (22,5)	307 (20,6)	-1,9	0,71	0,61-0,83

5.1.3 Consumo di sostanze

Le donne hanno maggior probabilità di usare ansiolitici, sedativi, amfetamine ed ecstasy rispetto agli uomini (tabella 3): il rischio di essere donna nelle categorie di utilizzatori di queste sostanze è del 74-80% maggiore rispetto ai non utilizzatori. I soggetti che fanno uso di eroina, cannabis e alcolici sono invece più frequentemente uomini; per l'uso di alcol la probabilità di essere donna tra i bevitori è del 35% inferiore rispetto a quella di essere uomo. Infine, le donne fumano con maggior probabilità degli uomini, anche se l'Odds Ratio non è statisticamente significativo.

Tabella 3. Consumo di sostanze

Caratteristica in esame	N totale	Maschi (%)	Femmine(%)	Differenza %	OR	I.C. 95%
USO DI COCAINA (n=10.377)						
no	8.281	7.088 (79,8)	1.193 (80,1)	+0,3	1,00	
si	2.096	1.799 (20,2)	297 (19,9)	-0,3	0,98	0,85-1,12
USO DI CANNABIS (n=10.382)						
no	7.016	5.970 (67,2)	1.046 (70,1)	+2,9	1,00	
si	3.366	2.919 (32,8)	447 (29,9)	-2,9	0,87	0,78-0,98
USO ANSIOLITICI/SEDATIVI (n=10.361)						
no	8.544	7.430 (83,8)	1.114 (74,8)	-9,0	1,00	
si	1.817	1.441 (16,2)	376 (25,2)	+9,0	1,74	1,53-1,98
USO AMFETAMINE/ECSTASY (n=10.367)						
no	10.171	8.726 (98,3)	1.445 (97,0)	-1,3	1,00	
si	196	151 (1,7)	45 (3,0)	+1,3	1,80	1,28-2,52
FUMO DI SIGARETTE (n=10.401)						
no	308	268 (3,0)	40 (2,7)	-0,3	1,00	
si	10.093	8.641 (97,0)	1.452 (97,3)	+0,3	1,13	0,80-1,58
USO DI ALCOLICI (n=10.440)						
no	4.898	4.057 (45,4)	841 (56,0)	+10,6	1,00	
si	5.542	4.882 (54,6)	660 (44,0)	-10,6	0,65	0,59-0,73

5.1.4 Sintomi e disturbi psichici precedenti l'uso di sostanze

Le differenze maschi/femmine nei sintomi e disturbi psichici prima di iniziare l'uso di sostanze sono statisticamente significative per tutte le variabili in analisi. La probabilità di riscontrare sintomi psichici, quali perdita di interessi, depressione, comportamenti autolesivi, tentativi di suicidio, comportamenti eteroaggressivi, alterazioni della percezione e del pensiero (deliri), e di aver avuto precedenti trattamenti o ricoveri psichiatrici è più elevata nelle donne.

Di particolare rilievo appaiono le differenze maschi/femmine per i tentativi di suicidio: il 20,9% delle donne riferisce di aver tentato il suicidio nel periodo precedente l'inizio di uso, contro il 4,3% degli uomini. Questo produce un OR pari a 5,89 (95% IC: 5,00-6,94): le donne hanno una probabilità quasi 6 volte superiore agli uomini di aver tentato il suicidio prima dell'inizio dell'uso di sostanze. Lo stesso dicasi per i comportamenti autolesivi, con un OR=3,11 (95% IC: 2,73-3,54). Anche i sintomi depressivi mostrano lo stesso andamento, con un OR=2,24 (95% IC: 1,99-2,51).

Tabella 4. Sintomi e disturbi psichici precedenti l'uso di eroina

Caratteristica in esame	N totale	Maschi (%)	Femmine(%)	Differenza %	OR	I.C. 95%
PERDITA DI INTERESSI E DEPRESSIONE (n=10.193)						
no	5.179	4.679 (53,6)	500 (34,1)	-19,5	1,00	
sì	5.014	4.047 (46,4)	967 (65,9)	+19,5	2,24	1,99-2,51
COMPORAMENTI AUTOLESIVI (n=10.091)						
no	8.666	7.639 (88,4)	1.027 (71,0)	-17,4	1,00	
sì	1.425	1.005 (11,6)	420 (29,0)	+17,4	3,11	2,73-3,54
TENTATIVI DI SUICIDIO (n=10.106)						
no	9.432	8.283 (95,7)	1.149 (79,1)	-16,6	1,00	
sì	674	371 (4,3)	303 (20,9)	+16,6	5,89	5,00-6,94
COMPORAMENTI ETERO-AGGRESSIVI (n=10.116)						
no	7.342	6.349 (73,3)	993 (68,2)	-5,1	1,00	
sì	2.774	2.310 (26,7)	464 (31,8)	+5,1	1,28	1,14-1,45
ALTERAZIONE PERCEZIONI/PENSIERO (n=10.110)						
no	9.582	8.243 (95,1)	1.339 (92,6)	-2,5	1,00	
sì	528	421 (4,9)	107 (7,4)	+2,5	1,56	1,26-1,95
TRATTAMENTI E RICOVERI PSICHIATRICI (n=10.153)						
no	9.620	8.317 (95,6)	1.303 (89,4)	-6,2	1,00	
sì	533	379 (4,4)	154 (10,6)	+6,2	2,59	2,13-3,16

5.1.5 Sintomi e disturbi psichici successivi all'uso di sostanze

Dopo aver iniziato l'uso di eroina, le differenze maschi/femmine per la presenza di sintomi e disturbi psichici si attenuano rispetto a quanto osservato prima dell'inizio dell'uso. La probabilità di essere donna resta comunque più elevata per tutti i sintomi psichici: perdita di interessi, depressione, comportamenti autolesivi, tentativi di suicidio, comportamenti eteroaggressivi, alterazioni della percezione e del pensiero (deliri), e per l'aver avuto precedenti trattamenti o ricoveri psichiatrici.

Le differenze maschi/femmine per i tentativi di suicidio restano elevate: il 21,1% delle donne riferisce di aver tentato il suicidio nel periodo successivo all'inizio dell'uso, contro il 11,3% degli uomini. Questo produce un OR pari a 2,09 (95% IC: 1,81-2,41).

Le differenze sono statisticamente significative per tutti i sintomi ed i disturbi psichici.

Tabella 5. Sintomi e disturbi psichici successivi all'uso di eroina

Caratteristica in esame	N totale	Maschi (%)	Femmine(%)	Differenza %	OR	I.C. 95%
PERDITA DI INTERESSI E DEPRESSIONE (n=10.185)						
no	1.403	1.256 (14,4)	147 (10,0)	-4,4	1,00	
sì	8.782	7.462 (85,6)	1.320 (90,0)	+4,4	1,51	1,26-1,81
COMPORAMENTI AUTOLESIVI (n=10.031)						
no	7.252	6.368 (74,2)	884 (60,8)	-13,4	1,00	
sì	2.779	2.210 (25,8)	569 (39,2)	+13,4	1,86	1,65-2,08
TENTATIVI DI SUICIDIO (n=9.998)						
no	8.726	7.591 (88,7)	1.135 (78,9)	-9,8	1,00	
sì	1.272	969 (11,3)	303 (21,1)	+9,8	2,09	1,81-2,41
COMPORAMENTI ETERO-AGGRESSIVI (n=10.034)						
no	6.119	5.312 (61,8)	807 (56,0)	-5,8	1,00	
sì	3.915	3.280 (38,2)	635 (44,0)	+5,8	1,27	1,14-1,43
ALTERAZIONE PERCEZIONI/PENSIERO (n=9.996)						
no	8.446	7.270 (85,0)	1.176 (81,5)	-3,5	1,00	
sì	1.550	1.283 (15,0)	267 (18,5)	+3,5	1,29	1,11-1,49
TRATTAMENTI E RICOVERI PSICHIATRICI (n=10.044)						
no	9.110	7.853 (91,4)	1.257 (86,6)	-4,8	1,00	
sì	934	739 (8,6)	195 (13,4)	+4,8	1,65	1,39-1,95

5.1.6 Comportamenti a rischio, salute fisica e mentale

Per quanto riguarda i comportamenti a rischio, le donne scambiano siringhe e strumenti più frequentemente rispetto agli uomini: 22,1% contro 17,2%, e la differenza è statisticamente significativa. Tuttavia, le donne hanno meno frequentemente rapporti occasionali non protetti, con un OR=0,61 (95% IC: 0,50-0,73).

Il 17,8% delle donne contro l'11% degli uomini della coorte VEdeTTE risulta essere sieropositivo per HIV o avere AIDS conclamato, con un OR=1,75 (95% IC: 1,47-2,08); l'Odds Ratio per la positività da HCV è pari a 1,21 (95% IC: 1,04-1,40). Per l'epatite B invece non c'è sostanziale differenza tra i sessi. Una maggior proporzione di donne ha avuto una diagnosi psichiatrica aggiuntiva (co-morbidità) a quella di disturbo da uso di sostanze, con OR=1,48 (95% IC: 1,27-1,72).

Le variabili HIV, HBV ed HCV avevano un elevato numero di valori missing (rispettivamente 32,4, 33,0 e 33,7%): per evitare la perdita di potenza statistica derivata dall'utilizzo di queste variabili così categorizzate, i valori missing sono stati ricategorizzati in valori negativi (assenza di malattia). E' quindi probabile una sottostima dei relativi ORs.

Tabella 6. Comportamenti a rischio, salute fisica e mentale

Caratteristica in esame	N totale	Maschi (%)	Femmine(%)	Differenza %	OR	I.C. 95%
SCAMBIO DI SIRINGHE/STRUMENTI (n=10.241)						
No	8.404	7.261 (82,8)	1.143 (77,9)	-4,9	1,00	
Si	1.837	1.512 (17,2)	325 (22,1)	+4,9	1,37	1,19-1,56
RAPPORTI SESSUALI NON PROTETTI (n=10.132)						
No	8.698	7.380 (85,1)	1.318 (90,4)	+5,3	1,00	
Si	1.434	1.294 (14,9)	140 (9,6)	-5,3	0,61	0,50-0,73
HIV/AIDS (n=7.066)						
No	6.214	5.327 (89,0)	887 (82,2)	-6,8	1,00	
Si	852	660 (11,0)	192 (17,8)	+6,8	1,75	1,47-2,08
EPATITE B (n=7.000)						
No	4.065	3.472 (58,2)	593 (57,5)	-0,7	1,00	
Si	2.935	2.497 (41,8)	438 (42,5)	+0,7	1,03	0,90-1,17
EPATITE C (n=7.242)						
No	2.120	1.838 (29,8)	282 (26,0)	-3,8	1,00	
Si	5.122	4.321 (70,2)	801 (74,0)	+3,8	1,21	1,04-1,40
COMORBIDITA' PSICHIATRICA (n=8.273)						
No	6.884	5.958 (84,1)	926 (78,1)	-6,0	1,00	
Si	1.389	1.129 (15,9)	260 (21,9)	+6,0	1,48	1,27-1,72

5.2 Differenze di genere alla presa in carico: risultati dell'analisi multivariata

5.2.1 Modello base

La tabella 7 mostra la probabilità di essere donna rispetto ad alcune variabili socio demografiche e di storia naturale della tossicodipendenza; viene sostanzialmente confermato quanto già osservato nell'analisi univariata.

Le donne sono più frequentemente soggetti che si presentano al SerT per la prima volta (utenti incidenti). La loro età di primo accesso al SerT è più bassa rispetto agli uomini così come tendenzialmente più breve è la durata della tossicodipendenza. Sono più frequentemente arruolate al Nord, e più frequentemente degli uomini sono o sono state sposate; in maggior proporzione rispetto agli uomini hanno vissuto l'esperienza della separazione o del divorzio e hanno subito la perdita del coniuge. Più frequentemente degli uomini vivono con il partner o i figli, e sono proporzionalmente più presenti nella categoria di coloro che non possiedono sistemazione stabile.

E' interessante notare un chiaro gradiente tra sesso e titolo di studio: più il titolo di studio è elevato, maggiore è la probabilità che il soggetto sia donna. Anche se non così chiaro, si rileva un gradiente rispetto alla condizione lavorativa, per cui a mano a mano che si passa da occupazioni stabili alla disoccupazione ed alle condizioni non professionali, la probabilità di essere donna aumenta.

Anche l'effetto protettivo del sesso femminile rispetto ai problemi giudiziari e del sesso maschile rispetto alla siero-positività per HIV o stato di AIDS conclamato sono confermati.

Tabella 7. Modello multivariato di base, n=9.777

Caratteristica in esame	N	OR aggiustati*	I.C. 95%	p
TIPOLOGIA UTENTE				
prevalenti	6.753	1,00		
reingressi	1.888	0,91	0,77-1,08	0,286
incidenti	1.136	1,22	1,02-1,48	0,033
LUOGO DI ARRUOLAMENTO				
nord	3.308	1,00		
centro	2.628	0,83	0,72-0,97	0,016
sud/isole	3.841	0,36	0,30-0,42	<0,0001
STATO CIVILE				
celibe/nubile	6.287	1,00		
coniugato/convivente	2.576	1,29	1,05-1,60	0,017
separato/divorziato/vedovo	914	3,05	2,49-3,72	<0,0001
SISTEMAZIONE ABITATIVA				
con famiglia di origine	5.380	1,00		
con partner e/o figli	2.665	3,41	2,77-4,20	<0,0001
con amici/da solo	1.033	1,68	1,37-2,06	<0,0001
in comunità terapeutica	544	0,80	0,59-1,07	0,136
nessuna sistemazione stabile	155	1,89	1,22-2,91	0,004
TITOLO DI STUDIO				
nessuno/licenza elementare	1.688	0,54	0,44-0,67	<0,0001
licenza media inferiore	5.800	1,00		
diploma corsi prof/media superiore	2.214	2,17	1,89-2,50	<0,0001
laurea	75	2,67	1,45-4,90	0,002
IMPIEGO LAVORATIVO				
stabile	3.300	1,00		
saltuario	2.581	1,97	1,65-2,35	<0,0001
studente	102	4,07	2,53-6,55	<0,0001
condizione non professionale	334	8,49	6,37-11,3	<0,0001
disoccupato	3.460	3,36	2,85-3,97	<0,0001
CARCERE/PROBLEMI LEGALI PREC 12 MESI				
no	6.765	1,00		
sì	3.012	0,63	0,55-0,73	<0,0001
HIV/AIDS				
no	8.975	1,00		
sì	802	1,71	1,38-2,11	<0,0001
ETA' AL PRIMO TRATTAMENTO SERT				
10-21	3.009	1,00		
22-24	2.403	0,63	0,52-0,72	<0,0001
25-28	2.334	0,61	0,53-0,75	<0,0001
29-65	2.031	0,64	0,40-0,58	<0,0001
LUNGHEZZA TOSSICODIPENDENZA				
0-7 anni	2.644	1,00		
8-11 anni	2.513	0,64	0,54-0,76	<0,0001
12-16 anni	2.445	0,55	0,46-0,66	<0,0001
17-35 anni	2.175	0,36	0,30-0,45	<0,0001

* Gli Odd Ratios sono aggiustati per tutte le variabili presenti nel modello

5.2.2 Modelli complessi

La tabella 8 presenta i risultati di un modello di analisi multivariata in cui la variabile indipendente è il sesso e le variabili dipendenti sono quelle citate in tabella 7 ed in tabella 8.

Si conferma la minore tendenza nel sesso femminile rispetto a quello maschile ad usare cannabis, alcol e ad avere rapporti sessuali non protetti, mentre essere donna è un fattore di rischio per l'uso di sedativi, ansiolitici, ecstasy ed amfetamine; le donne sono anche maggiormente esposte degli uomini a comportamenti di scambio di strumenti non sterili, e presentano più frequentemente una co-morbidità psichiatrica classificata secondo il DSM IV.

L'effetto di tutte le variabili citate è statisticamente significativo.

La tabella 9 utilizza nuovamente come variabili indipendenti quelle della tabella 7 e della tabella 9 stessa e mostra come, prima di far uso di eroina, le donne soffrissero più frequentemente degli uomini ed in modo statisticamente significativo di sintomi e disturbi psichici, quali perdita di interessi, depressione, comportamenti autolesivi, tentativo di suicidio. Essere donna appare invece protettivo rispetto allo sviluppo di comportamenti etero-aggressivi e di alterazioni della percezione e del pensiero.

Infine la tabella 10 utilizza come variabili indipendenti quelle citate in tabella 7 più quelle citate nella tabella 10 stessa, cioè i sintomi psichiatrici successivi all'uso di eroina. Il modello rivela come essere donna sia più frequente tra chi, in seguito all'inizio dell'uso di eroina, mette in atto comportamenti autolesivi e tentativi di suicidio; tali variabili sono le uniche a rimanere statisticamente significative rispetto a quanto osservato nell'analisi univariata.

Rispetto alle variabili analizzate singolarmente (analisi uni-variata), non risultano confermate le differenze maschi/femmine per i comportamenti eteroaggressivi, le alterazioni della percezione e del pensiero ed i ricoveri psichiatrici. Per questa variabile è probabile un effetto di confondimento nell'analisi uni-variata, corretto nel modello multivariato.

Tabella 8. Modello multivariato: variabili di uso e comportamenti a rischio, n=9.777

Caratteristica in esame	N	OR aggiustati*	I.C. 95%	P
USO DI CANNABIS				
no	6.594	1,00		
sì	3.183	0,78	0,67-0,90	0,001
USO ALCOL				
no	4.566	1,00		
sì	5.211	0,69	0,61-0,79	<0,0001
USO ANSIOLITICI/SEDATIVI				
no	8.066	1,00		
sì	1.711	1,51	1,30-1,77	<0,0001
USO AMFETAMINE/ECSTASY				
no	9.593	1,00		
sì	184	1,74	1,16-2,62	0,008
SCAMBIO DI SIRINGHE/STRUMENTI				
no	8.068	1,00		
sì	1.709	1,38	1,17-1,61	<0,0001
RAPPORTI SESSUALI NON PROTETTI				
no	8.428	1,00		
sì	1.349	0,61	0,49-0,75	<0,0001
COMORBIDITA' PSICHIATRICA				
no	8.459	1,00		
sì	1.318	1,22	1,03-1,45	0,024

* Gli Odd Ratios sono aggiustati per le variabili presenti in tabella e per le variabili del modello base (tipologia utente, luogo di arruolamento, stato civile, sistemazione abitativa, titolo di studio, impiego lavorativo, carcere e problemi legali nei 12 mesi precedenti l'arruolamento, età al primo trattamento al SerT, lunghezza della tossicodipendenza, siero-positività per HIV o stato di AIDS conclamato)

Tabella 9. Modello multivariato: sintomi psichici precedenti l'uso di eroina, n=9.777

Caratteristica in esame	N	OR aggiustati*	I.C. 95%	P
PERDITA DI INTERESSI E DEPRESSIONE				
no	5.060	1,00		
sì	4.717	1,55	1,35-1,77	<0,0001
COMPORAMENTI AUTOLESIVI				
no	8.441	1,00		
sì	1.336	1,73	1,44-2,06	<0,0001
TENTATIVI DI SUICIDIO				
no	9.141	1,00		
sì	636	3,50	2,81-4,35	<0,0001
COMPORAMENTI ETERO-AGGRESSIVI				
no	7.166	1,00		
sì	2.611	0,88	0,76-1,02	0,091
ALTERAZIONE PERCEZIONI/PENSIERO				
no	9.280	1,00		
sì	497	0,80	0,60-1,05	0,108
TRATTAMENTI E RICOVERI PSICHIATRICI				
no	9.276	1,00		
sì	501	1,20	0,93-1,55	0,152

* Odd Ratios sono aggiustati per le variabili presenti in tabella e per le variabili del modello base (tipologia utente, luogo di arruolamento, stato civile, sistemazione abitativa, titolo di studio, impiego lavorativo, carcere e problemi legali nei 12 mesi precedenti l'arruolamento, età al primo trattamento al SerT, lunghezza della tossicodipendenza, siero-positività per HIV o stato di AIDS conclamato)

Tabella 10. Modello multivariato: sintomi psichici successivi l'uso di eroina, n=9.777

Caratteristica in esame	N	OR aggiustati*	I.C. 95%	p
PERDITA DI INTERESSI E DEPRESSIONE				
no	1.522	1,00		
sì	8.255	1,18	0,97-1,43	0,096
COMPORAMENTI AUTOLESIVI				
no	7.162	1,00		
sì	2.615	1,50	1,29-1,75	<0,0001
TENTATIVI DI SUICIDIO				
no	8.589	1,00		
sì	1.188	1,55	1,29-1,87	<0,0001
COMPORAMENTI ETERO-AGGRESSIVI				
no	6.097	1,00		
sì	3.680	0,97	0,85-1,12	0,732
ALTERAZIONE PERCEZIONI/PENSIERO				
no	8.324	1,00		
sì	1.453	0,98	0,83-1,18	0,869
TRATTAMENTI E RICOVERI PSICHIATRICI				
no	8.912	1,00		
sì	865	1,13	0,92-1,39	0,256

* come tabella precedente

5.3 Percorsi terapeutici

5.3.1 Primi cicli di trattamento

La frequenza dei trattamenti effettuati come primo ciclo è riassunta nella tabella 11. Il numero totale di primi cicli effettuati dai soggetti durante i primi 18 mesi dello studio è di 8.682, di cui 7.437 effettuati da uomini e 1.245 effettuati da donne. Si evidenzia una differenza statisticamente significativa nella proporzione relativa di trattamenti tra donne e uomini per quanto riguarda la psicoterapia (più frequente tra le donne), il ricorso a trattamenti farmacologici non sostitutivi e il centro crisi (entrambi più frequenti tra gli uomini).

Tabella 11. Frequenza del primo ciclo di trattamento e χ^2 delle differenze (P value)

Tipologia primo ciclo di trattamento	UOMINI (%)	DONNE (%)	P value
BORSA LAVORO	35 (0,5)	5 (0,4)	0,739
CENTRO CRISI	23 (0,3)	9 (0,7)	0,026
CARCERE	15 (0,2)	1 (0,1)	0,355
COMUNITA' TERAPEUTICA	664 (8,9)	101 (8,1)	0,347
MANTENIMENTO METADONICO	3.754 (50,5)	658 (52,9)	0,121
METADONE A SCALARE	1.488 (20,0)	230 (18,5)	0,209
PSICOTERAPIA	204 (2,7)	56 (4,5)	0,001
SINTOMATICI/NALTREXONE/NON SOSTITUTIVI	398 (5,4)	40 (3,2)	0,001
SOSTEGNO/CONSULENZA/ACCOMPAGNAMENTO	856 (11,5)	145 (11,6)	0,889
Totale	7.437 (100)	1.245 (100)	

5.3.2 Percorsi terapeutici più frequenti

I percorsi terapeutici più frequenti in termini assoluti sono riportati nella tabella 12, 13 e 14. Nella tabella 12 l'analisi è limitata ai primi due cicli di trattamento, mentre nella tabella 13 e 14 è incluso anche il terzo ciclo.

Limitatamente ai primi due cicli (tabella 12), i primi due percorsi più frequenti non mostrano differenze tra i sessi: sia per le donne che per gli uomini la sequenza più frequente è costituita da un mantenimento metadonico il cui esito è stato concordato con l'operatore, seguito da un metadone a scalare, il cui esito è nuovamente stato concordato con l'operatore. Al secondo posto in termini di frequenza assoluta si pone invece la sequenza costituita da un metadone a scalare seguito da un altro metadone a scalare, l'esito di entrambi i quali è stato concordato con l'operatore.

Le sequenze successive mostrano invece delle differenze tra i sessi; gli uomini prediligono comunque il trattamento farmacologico sostitutivo, a scalare o a mantenimento, mentre le donne effettuano anche terapie di sostegno. E' interessante notare che in terza posizione per frequenza è presente per gli uomini un metadone a scalare seguito da un mantenimento, mentre per le donne l'esatto contrario (mantenimento seguito da scalare). L'esito non concordato del trattamento non preclude comunque il ritorno del soggetto allo stesso trattamento oppure ad uno differente.

Tabella 12. Percorsi terapeutici più frequenti (1° e 2° ciclo)

Uomini					Donne				
1° ciclo	esito 1° ciclo	2° ciclo	esito 2° ciclo	probabilità*	1° ciclo	esito 1° ciclo	2° ciclo	esito 2° ciclo	probabilità*
MM	conc	MS	conc	0,0893	MM	conc	MS	conc	0,1054
MS	conc	MS	conc	0,0350	MS	conc	MS	conc	0,0274
MS	conc	MM	non conc	0,0221	MM	conc	MS	in corso	0,0225
MM	non conc	MM	non conc	0,0201	MM	non conc	SSCO	in corso	0,0201
MM	conc	MS	In corso	0,0177	MM	non conc	MM	non conc	0,0185
MM	non conc	MM	In corso	0,0170	MM	conc	SSCO	in corso	0,0177

* Per "probabilità" si intende la probabilità condizionale (assoluta) di raggiungere l'esito citato per il secondo ciclo

conc = esito del trattamento concordato con l'operatore

non conc = esito del trattamento non concordato con l'operatore

SSCO = sostegno/accompagnamento/consulenza

MM = mantenimento metadonico

MS = metadone a scalare

Quando si esaminano i primi tre cicli di trattamento (tabella 13 e 14), non compaiono sostanziali differenze tra uomini e donne, a parte la comparsa del sostegno/accompagnamento come terzo ciclo nelle donne nella quarta posizione per frequenza.

Tabella 13. Percorsi terapeutici più frequenti (1°, 2° e 3° ciclo): uomini

1° ciclo	esito 1° ciclo	2° ciclo	esito 2° ciclo	3° ciclo	probabilità*
MM	conc	MS	conc	MM	0,0466
MS	conc	MS	conc	MS	0,0173
MM	non conc	MM	non conc	MM	0,0126
MM	conc	MS	conc	MS	0,0112
MS	non conc	MS	non conc	MS	0,0106
MM	conc	MS	conc	nulla	0,0104

* Per "probabilità" si intende la probabilità condizionale (assoluta) di raggiungere il terzo ciclo citato

conc = esito del trattamento concordato con l'operatore

non conc = esito del trattamento non concordato con l'operatore

Tabella 14. Percorsi terapeutici più frequenti (1°, 2° e 3° ciclo): donne

1° ciclo	esito 1° ciclo	2° ciclo	esito 2° ciclo	3° ciclo	probabilità*
MM	conc	MS	conc	MM	0,0652
MS	conc	MS	conc	MS	0,0185
MM	non conc	MM	non conc	MM	0,0137
MM	conc	MS	conc	SSCO	0,0113
MS	non conc	MS	non conc	MS	0,0105
MM	conc	MS	conc	MS	0,0104

* Per "probabilità" si intende la probabilità condizionale (assoluta) di raggiungere il terzo ciclo citato

conc = esito del trattamento concordato con l'operatore

non conc = esito del trattamento non concordato con l'operatore

MM = mantenimento metadonico

MS = metadone a scalare

SSCO = sostegno/accompagnamento/consulenza

5.3.3 Percorsi terapeutici, 1° ciclo: comunità terapeutica

Se il primo ciclo di trattamento (dall'inizio dello studio VEdeTTE) è stato la comunità terapeutica, sia per gli uomini che per le donne la più elevata probabilità osservata è di concordare l'esito del trattamento e di proseguire il percorso con una terapia di sostegno o accompagnamento o consulenza (tabella 15). Anche nel caso di primo trattamento comunitario, non si osservano differenze tra uomini e donne per quanto riguarda i due percorsi più frequenti. Interessante appare la sequenza in quinta posizione: per gli uomini compare un secondo trattamento di comunità, mentre per le donne la psicoterapia.

La comunità terapeutica è stata effettuata come primo ciclo da 664 uomini e 101 donne (rispettivamente l'8,9 e l'8,1% del totale dei primi cicli negli uomini e nelle donne, vedi figura 1).

Tabella 15. Percorsi terapeutici più frequenti, 1° ciclo = comunità terapeutica

Uomini				Donne			
esito 1° ciclo	2° ciclo	esito 2° ciclo	probabilità*	esito 1° ciclo	2° ciclo	esito 2° ciclo	probabilità*
conc	SSCO	in corso	0,093	conc	SSCO	in corso	0,149
non conc	SSCO	in corso	0,078	non conc	SSCO	in corso	0,099
conc	SSCO	conc	0,036	non conc	SSCO	conc	0,059
non conc	SSCO	non conc	0,026	conc	SSCO	conc	0,050
conc	CT	conc	0,018	conc	PSI	in corso	0,050

* Per "probabilità" si intende la probabilità condizionale di raggiungere l'esito citato per il secondo ciclo, avendo avuto come primo ciclo la comunità terapeutica

conc = esito del trattamento concordato con l'operatore

non conc = esito del trattamento non concordato con l'operatore

SSCO = sostegno/accompagnamento/consulenza

PSI = psicoterapia

CT = comunità terapeutica

5.3.4 Percorsi terapeutici, 1° ciclo: mantenimento metadonico

Se il primo ciclo di trattamento è stato il mantenimento metadonico, sia per gli uomini che per le donne la più elevata probabilità osservata è di concordare l'esito del trattamento e di proseguire con un metadone a scalare (tabella 16). Nel caso in cui non concordi l'esito del primo trattamento metadonico, l'uomo ripete il trattamento e nuovamente non ne concorda l'esito (seconda sequenza più frequente), lo stesso si osserva per la donna, ma la sequenza è meno frequente. Mentre gli uomini fanno seguire ad un trattamento metadonico un nuovo trattamento metadonico, a scalare o a mantenimento, le donne frequentemente effettuano come secondo trattamento un sostegno/accompagnamento o una consulenza.

Il mantenimento metadonico è stato effettuato come primo ciclo da 3.754 uomini e 658 donne (rispettivamente il 50 e il 52,9% del totale dei primi cicli negli uomini e nelle donne, vedi figura 2).

Tabella 16. Percorsi terapeutici più frequenti, 1° ciclo = mantenimento metadonico

Uomini				Donne			
esito 1° ciclo	2° ciclo	esito 2° ciclo	probabilità*	esito 1° ciclo	2° ciclo	esito 2° ciclo	probabilità*
conc	MS	conc	0,179	conc	MS	conc	0,199
non conc	MM	non conc	0,040	conc	MS	in corso	0,043
conc	MS	in corso	0,035	non conc	SSCO	in corso	0,038
non conc	MM	in corso	0,034	non conc	MM	non conc	0,035
conc	MS	non conc	0,030	conc	SSCO	in corso	0,033

* Per "probabilità" si intende la probabilità condizionale di raggiungere l'esito citato per il secondo ciclo, avendo avuto come primo ciclo il mantenimento metadonico

conc = esito del trattamento concordato con l'operatore

non conc = esito del trattamento non concordato con l'operatore

SSCO = sostegno/accompagnamento/consulenza

MM = mantenimento metadonico

MS = metadone a scalare

5.3.5 Percorsi terapeutici, 1° ciclo: metadone a scalare

Se il primo ciclo di trattamento è stato il metadone a scalare, sia per gli uomini che per le donne la più elevata probabilità osservata è di concordare l'esito del trattamento e di effettuare come secondo ciclo un nuovo scalare (tabella 17). Nel caso in cui non concordi l'esito del primo trattamento a scalare, la donna ripete il trattamento e nuovamente non ne concorda l'esito (seconda sequenza più frequente), a differenza di quanto sopra osservato per il mantenimento metadonico, in cui questa sequenza era più probabile per gli uomini. E' da notare che il sostegno/accompagnamento o consulenza compare come possibilità per gli uomini e non per le donne, che si mantengono invece in questo caso nell'ambito farmacologico.

Il metadone a scalare è stato effettuato come primo ciclo da 1.488 uomini e 230 donne (rispettivamente il 20 e il 18,5% del totale dei primi cicli negli uomini e nelle donne, vedi figura 3).

Tabella 17. Percorsi terapeutici più frequenti, 1° ciclo = metadone a scalare

Uomini				Donne			
esito 1° ciclo	2° ciclo	esito 2° ciclo	probabilità*	esito 1° ciclo	2° ciclo	esito 2° ciclo	probabilità*
Conc	MS	conc	0,175	conc	MS	conc	0,148
Conc	MM	conc	0,110	non conc	MS	non conc	0,087
non conc	MS	non conc	0,079	conc	MM	conc	0,083
Conc	SSCO	in corso	0,073	conc	MS	non conc	0,057
Conc	MM	in corso	0,065	conc	MM	in corso	0,056

* Per "probabilità" si intende la probabilità condizionale di raggiungere l'esito citato per il secondo ciclo, avendo avuto come primo ciclo il metadone a scalare

conc = esito del trattamento concordato con l'operatore

non conc = esito del trattamento non concordato con l'operatore

SSCO = sostegno/accompagnamento/consulenza

MM = mantenimento metadonico

MS = metadone a scalare

5.3.6 Percorsi terapeutici, 1° ciclo: psicoterapia

Se il primo ciclo di trattamento è stato una psicoterapia (utilizzando il database a priorità psicoterapia per l'analisi), essa è normalmente seguita da un mantenimento metadonico o da una terapia di sostegno/accompagnamento o consulenza, sia per gli uomini che per le donne (tabella 18). Non si evidenziano differenze uomini/donne nella prima sequenza più frequente. Nelle donne la psicoterapia appare seguita da metadone a mantenimento o da sostegno/accompagnamento con la stessa frequenza. La psicoterapia è stata effettuata come primo ciclo da 535 uomini e 134 donne (rispettivamente il 7,2 e il 10,7% del totale dei primi cicli negli uomini e nelle donne, secondo le proporzioni derivate utilizzando il database a priorità psicoterapia, vedi figura 4). Questa differenza appare significativa.

Tabella 18. Percorsi terapeutici più frequenti, 1° ciclo = psicoterapia

Uomini				Donne			
esito 1° ciclo	2° ciclo	esito 2° ciclo	probabilità*	esito 1° ciclo	2° ciclo	esito 2° ciclo	probabilità*
Conc	MM	In corso	0,060	conc	MM	In corso	0,059
non conc	MM	In corso	0,048	conc	SSCO	conc	0,059
Conc	SSCO	In corso	0,032	non conc	MM	conc	0,037

* Per "probabilità" si intende la probabilità condizionale di raggiungere l'esito citato per il secondo ciclo, avendo avuto come primo ciclo la psicoterapia

conc = esito del trattamento concordato con l'operatore

non conc = esito del trattamento non concordato con l'operatore

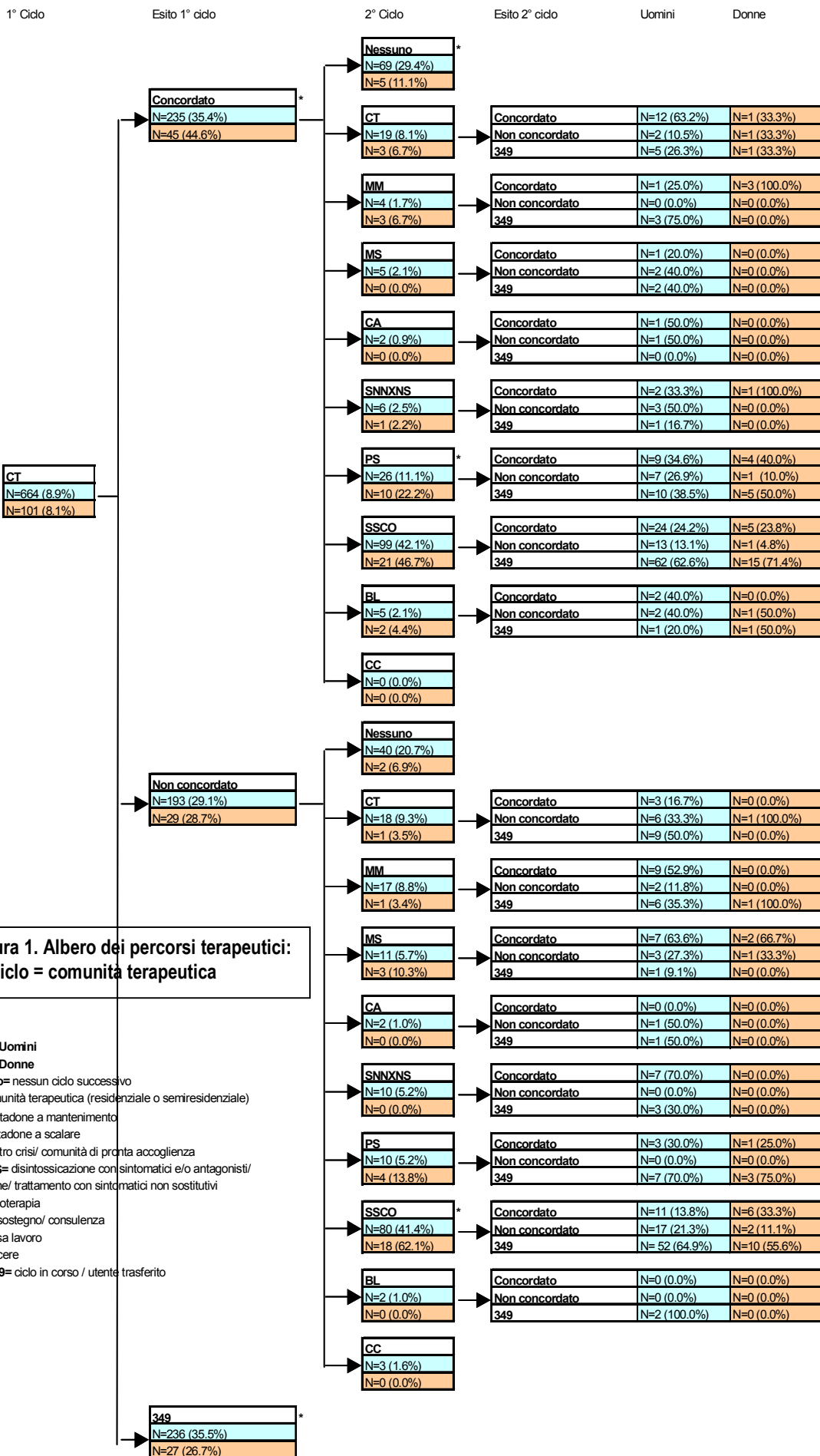
MM = mantenimento metadonico

SSCO = sostegno/accompagnamento/consulenza

5.3.7 Rappresentazione grafica dei percorsi terapeutici

Quanto sopra descritto è rappresentato graficamente dagli alberi delle sequenze terapeutiche: sono di seguito riportati gli alberi delle sequenze quando il primo ciclo sia stato una comunità terapeutica (figura 1), un mantenimento metadonico (figura 2), un metadone a scalare (figura 3) o una psicoterapia (figura 4). In generale si può notare che rispetto agli uomini le donne concordano di più l'esito del trattamento, ed effettuano più frequentemente sostegni, borse lavoro e psicoterapie; inoltre, sia che concordino oppure no l'esito del trattamento le donne rimangono comunque in contatto con il servizio, effettuando altri tipi di terapie. La psicoterapia appare in tutti gli alberi molto più frequente tra le donne.

Le differenze statisticamente significative nella proporzione uomini/donne sono contrassegnate dal segno asterisco (*).



**Figura 1. Albero dei percorsi terapeutici:
1° ciclo = comunità terapeutica**

= Uomini
 = Donne

Nessuno= nessun ciclo successivo
CT= comunità terapeutica (residenziale o semiresidenziale)
MM= metadone a mantenimento
MS= metadone a scalare
CA= centro crisi/ comunità di pronta accoglienza
SNNXNS= disintossicazione con sintomatici e/o antagonisti/ naltrexone/ trattamento con sintomatici non sostitutivi
PS= psicoterapia
SSCO= sostegno/ consulenza
BL= borsa lavoro
CC= carcere
Esito 349= ciclo in corso / utente trasferito

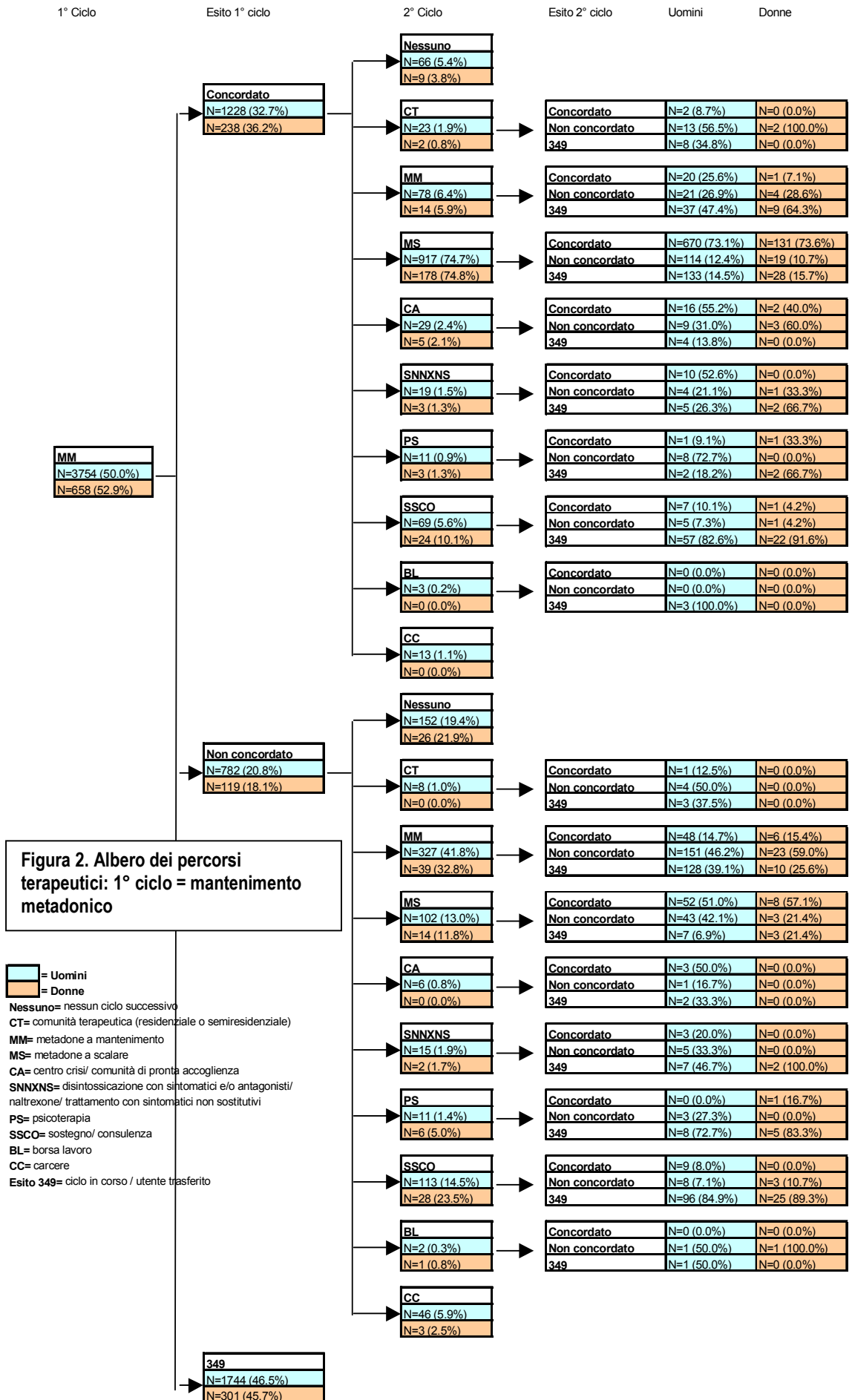
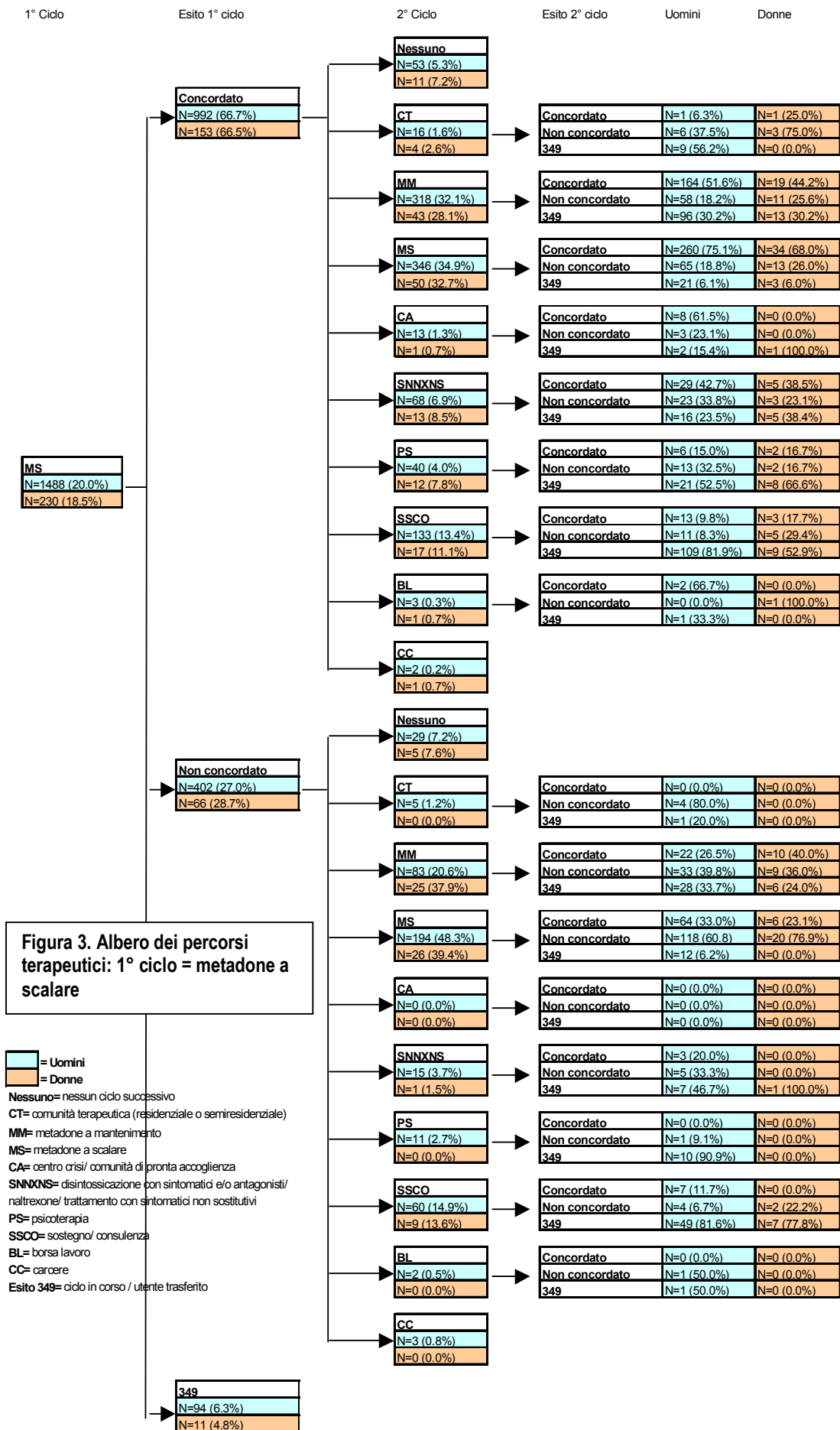


Figura 2. Albero dei percorsi terapeutici: 1° ciclo = mantenimento metadonico

= Uomini
 = Donne
Nessuno= nessun ciclo successivo
CT= comunità terapeutica (residenziale o semiresidenziale)
MM= metadone a mantenimento
MS= metadone a scalare
CA= centro crisi/ comunità di pronta accoglienza
SNNXNS= disintossicazione con sintomatici e/o antagonisti/ naltrexone/ trattamento con sintomatici non sostitutivi
PS= psicoterapia
SSCO= sostegno/ consulenza
BL= borsa lavoro
CC= carcere
Esito 349= ciclo in corso / utente trasferito



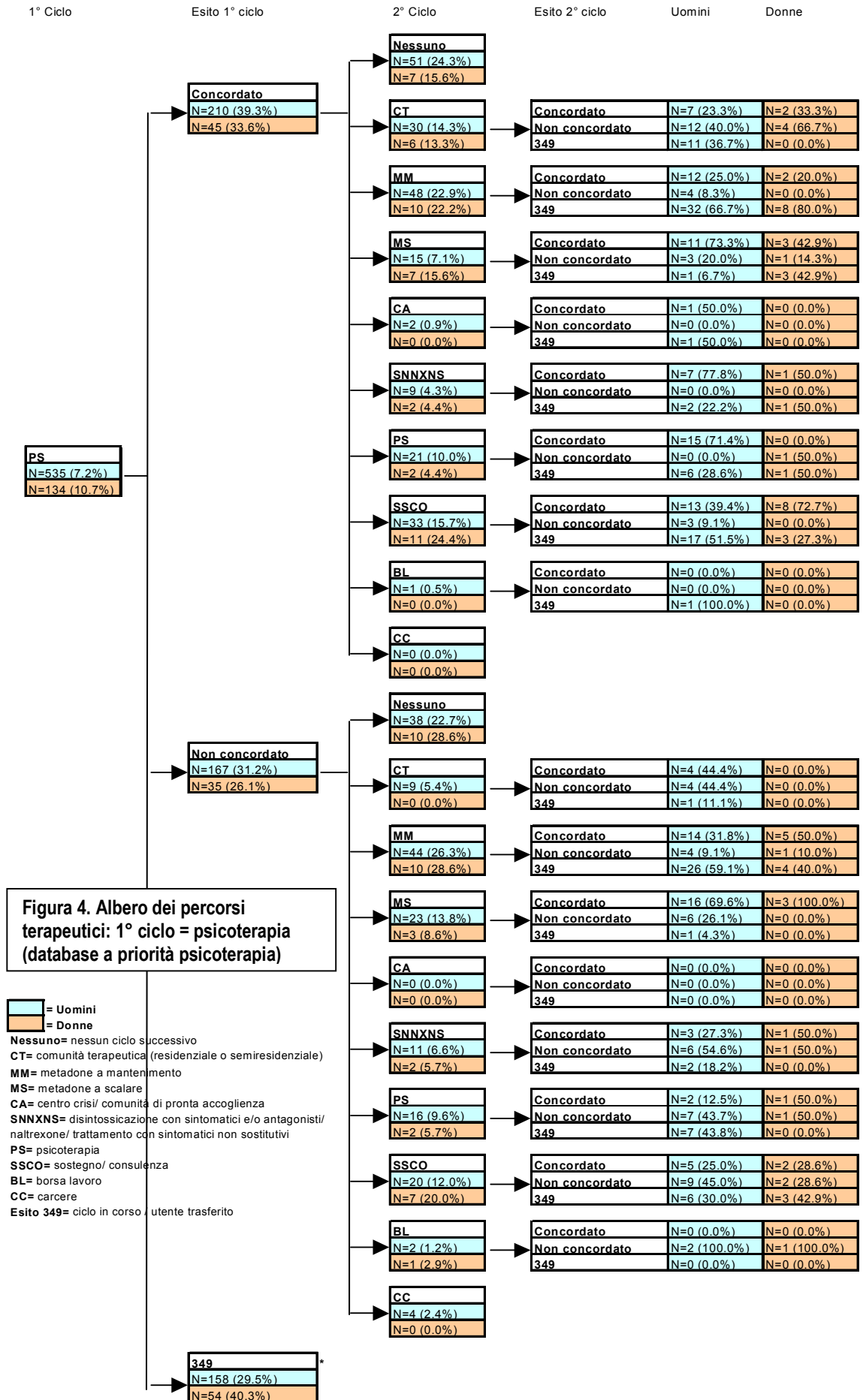


Figura 4. Albero dei percorsi terapeutici: 1° ciclo = psicoterapia (database a priorità psicoterapia)

= Uomini
 = Donne
Nessuno= nessun ciclo successivo
CT= comunità terapeutica (residenziale o semiresidenziale)
MM= metadone a mantenimento
MS= metadone a scalare
CA= centro crisi/ comunità di pronta accoglienza
SNNXNS= disintossicazione con sintomatici e/o antagonisti/naltrexone/ trattamento con sintomatici non sostitutivi
PS= psicoterapia
SSCO= sostegno/ consulenza
BL= borsa lavoro
CC= carcere
Esito 349= ciclo in corso / utente trasferito

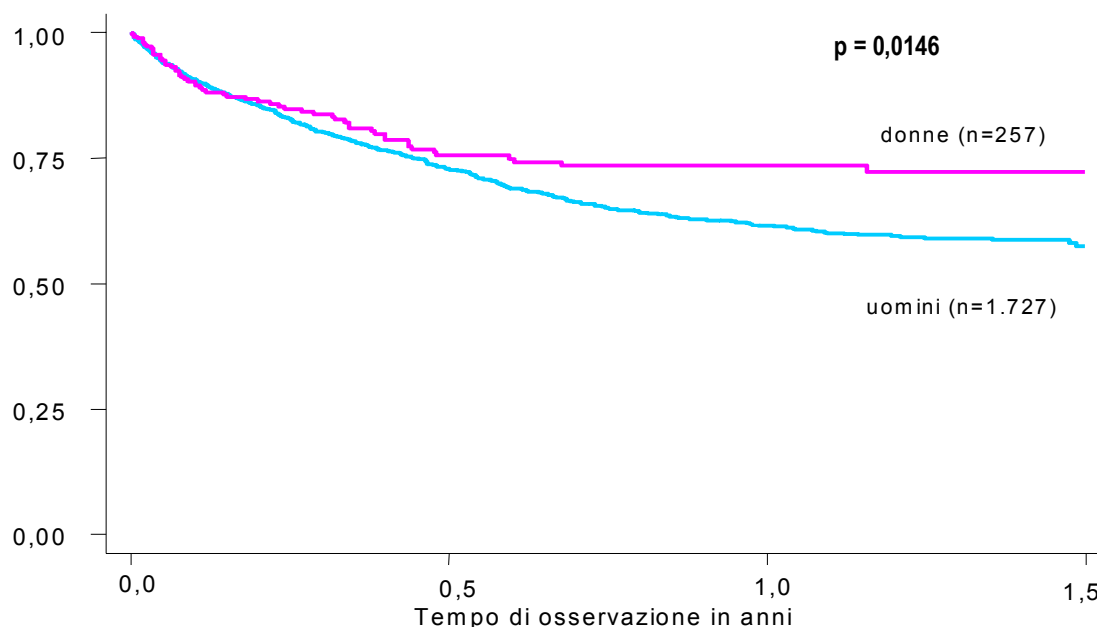
5.4 Differenze di genere nella ritenzione in trattamento

5.4.1 Mantenimento metadonico

Sono stati analizzati 1.984 cicli di trattamento metadonico a mantenimento (MM), 257 effettuati da donne e 1.727 effettuati da uomini; tale numero corrisponde ai primi cicli di tale trattamento cominciati nei 6 mesi iniziali dello studio.

Nel corso dei 18 mesi di osservazione, il 21,8% delle donne ha abbandonato il trattamento (n=56) contro il 28,3% degli uomini (n=488), pari ad un tasso di 520 abbandoni per mille anni persona negli uomini contro 346 abbandoni per mille anni persona nelle donne. La differenza appare statisticamente significativa, l'Hazard Ratio grezzo (donne verso uomini) è pari a 0,71, $p=0,015$. L'andamento degli abbandoni è graficamente rappresentato nella figura 5. Nelle figure successive è rappresentato l'andamento della ritenzione in trattamento nei due sessi in base ad alcune variabili di interesse.

Figura 5. Ritenzione in trattamento metadonico a mantenimento: curva di sopravvivenza di Kaplan – Meier per genere



La sistemazione abitativa precaria (figura 6 e 7) appare essere predittiva di abbandono del trattamento sia negli uomini ($p=0,0159$) che nelle donne ($p=0,0067$). Non avere una sistemazione stabile si distingue dalle altre categorie, tra le quali le differenze non sono molto evidenti. Se non si ha una sistemazione stabile, il tasso di abbandono del trattamento è del 41% negli uomini e del 40% nelle donne; chi vive con amici o da solo abbandona il trattamento nel 28% dei casi negli uomini e nel 22% dei casi nelle donne; chi vive con il partner e/o i figli abbandona il trattamento nel 28% dei casi negli uomini e nel 26% dei casi nelle donne. I soggetti che vivono con la famiglia di origine abbandonano il trattamento nel 28% dei casi negli uomini e nel 17% dei casi nelle donne.

Nelle figure 8 e 9 è rappresentata la ritenzione in trattamento di metadone a mantenimento in base all'aver avuto tentativi di suicidio prima e/o dopo l'inizio della dipendenza da eroina. Si nota che negli uomini (figura 8) l'aver avuto questo tipo di comportamento non influenza la ritenzione in trattamento ($p=0,609$): il 28,4% di quelli che hanno avuto questi comportamenti abbandona il primo trattamento di metadone a mantenimento contro il 28,2% di chi non li ha avuti. Nelle donne (figura 9) chi ha avuto tali comportamenti

pare avere una ritenzione lievemente migliore (abbandoni: 20,0% contro 23,3%), ma anche qui la differenza non è statisticamente significativa ($p=0,390$).

La dose di metadone assunta è predittiva di una migliore ritenzione, soprattutto negli uomini (figura 10) ($p=0,0003$); nelle donne (figura 11) l'andamento è simile ma la differenza tra le tre curve è solo debolmente significativa ($p=0,091$). Le dosi alte hanno un minor tasso di abbandono: negli uomini pari al 22% (verso 28% delle medie dosi e 31% delle basse dosi), nelle donne pari al 12% (verso 22% delle medie dosi e 26% delle basse dosi).

I trattamenti concomitanti appaiono essere ampiamente protettivi nei confronti dell'abbandono del trattamento metadonico, sia nell'uomo (figura 11, $p=0,0000$) che nella donna (figura 12, $p=0,0061$). Se al mantenimento metadonico si associa un altro trattamento il tasso di abbandono è negli uomini del 22% (contro il 35% nella categoria che assume solo metadone) e nelle donne del 19% (contro il 30% nella categoria che assume solo metadone); la differenza è ancora maggiore se al mantenimento si associa una psicoterapia (abbandono: 14% negli uomini e 11% nelle donne).

Figura 6. Ritenzione in trattamento metadonico a mantenimento: curva di sopravvivenza di Kaplan – Meier per sistemazione abitativa

Uomini

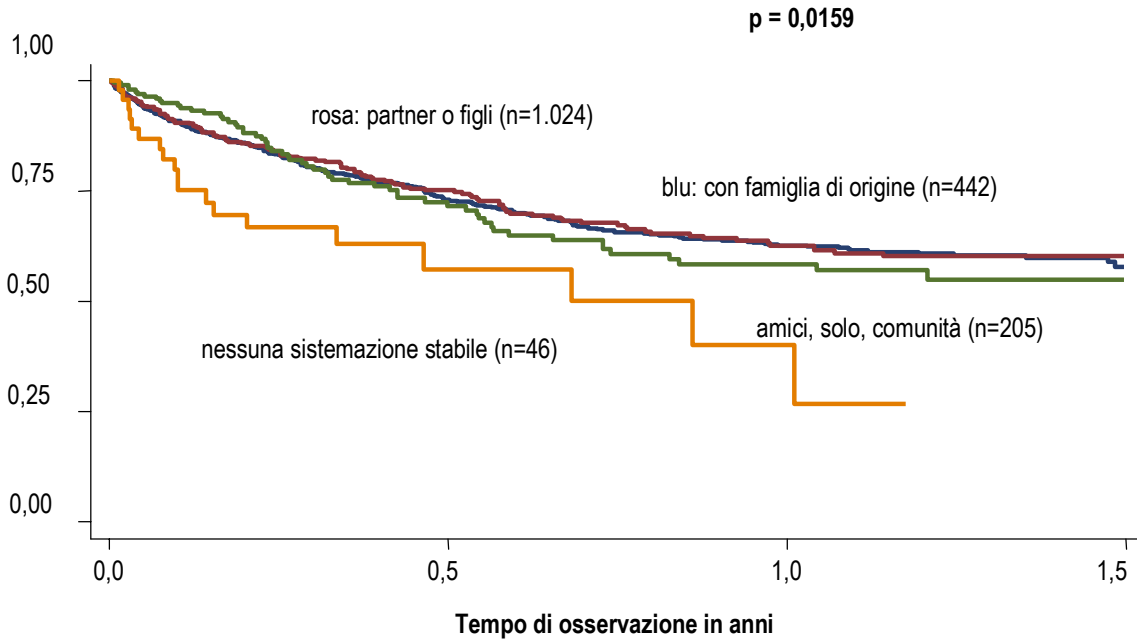


Figura 7. Ritenzione in trattamento metadonico a mantenimento: curva di sopravvivenza di Kaplan – Meier per sistemazione abitativa

Donne

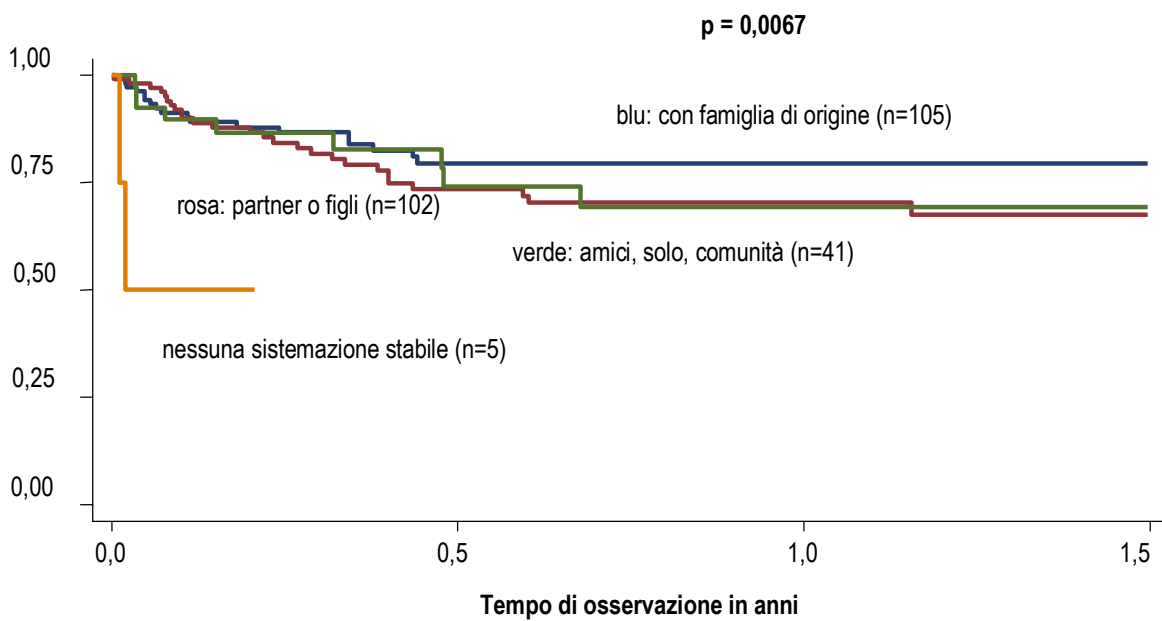


Figura 8. Ritenzione in trattamento metadonico a mantenimento: curva di sopravvivenza di Kaplan – Meier per aver avuto tentativi di suicidio prima o dopo l'inizio della dipendenza

Uomini

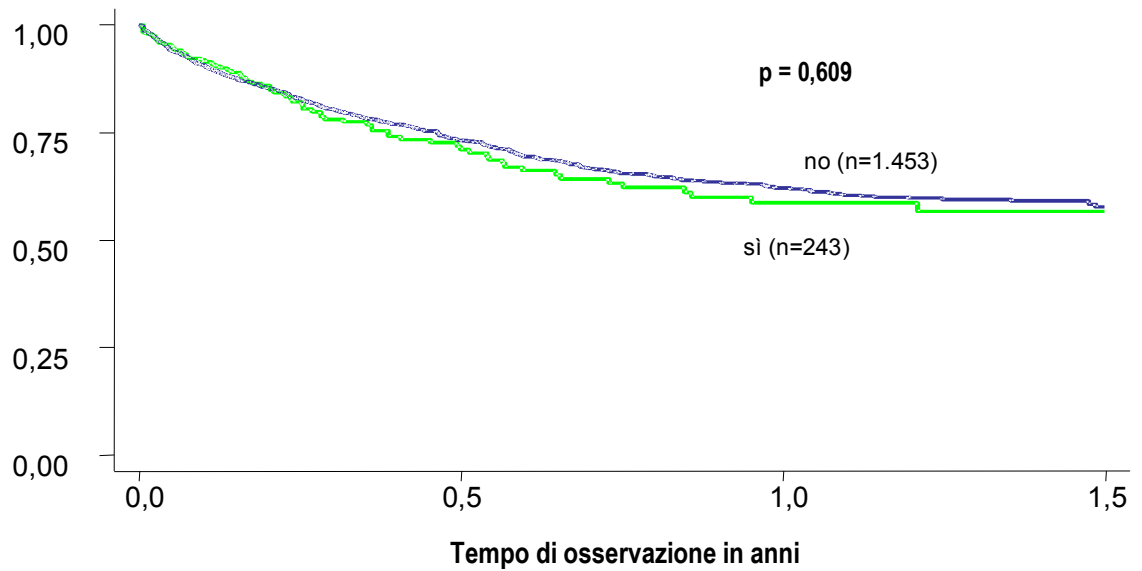


Figura 9. Ritenzione in trattamento metadonico a mantenimento: curva di sopravvivenza di Kaplan – Meier per aver avuto tentativi di suicidio prima o dopo l'inizio della dipendenza

Donne

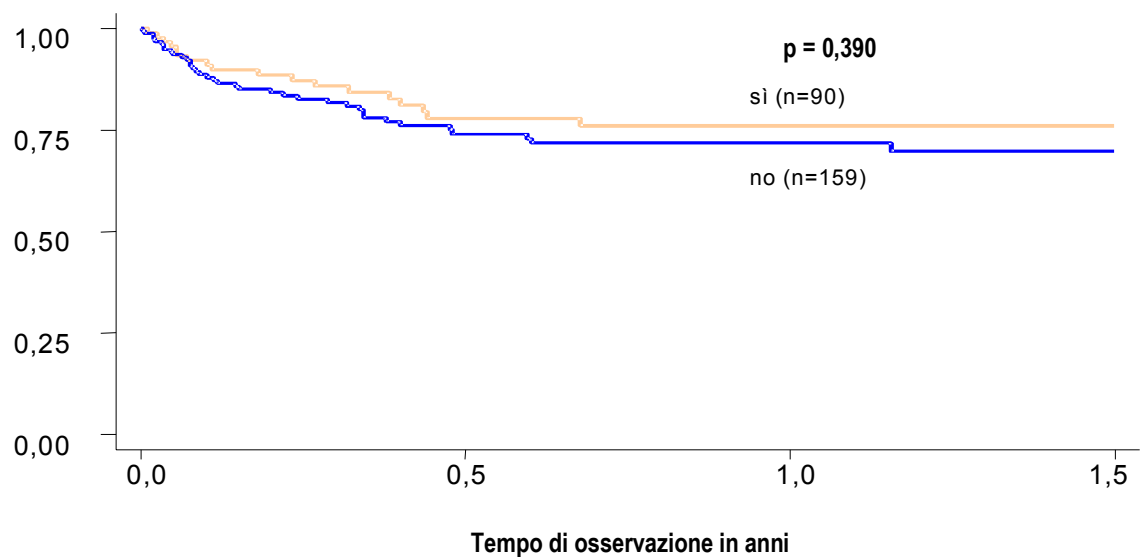


Figura 10. Ritenzione in trattamento metadonico a mantenimento: curva di sopravvivenza di Kaplan – Meier per dose di metadone

Uomini

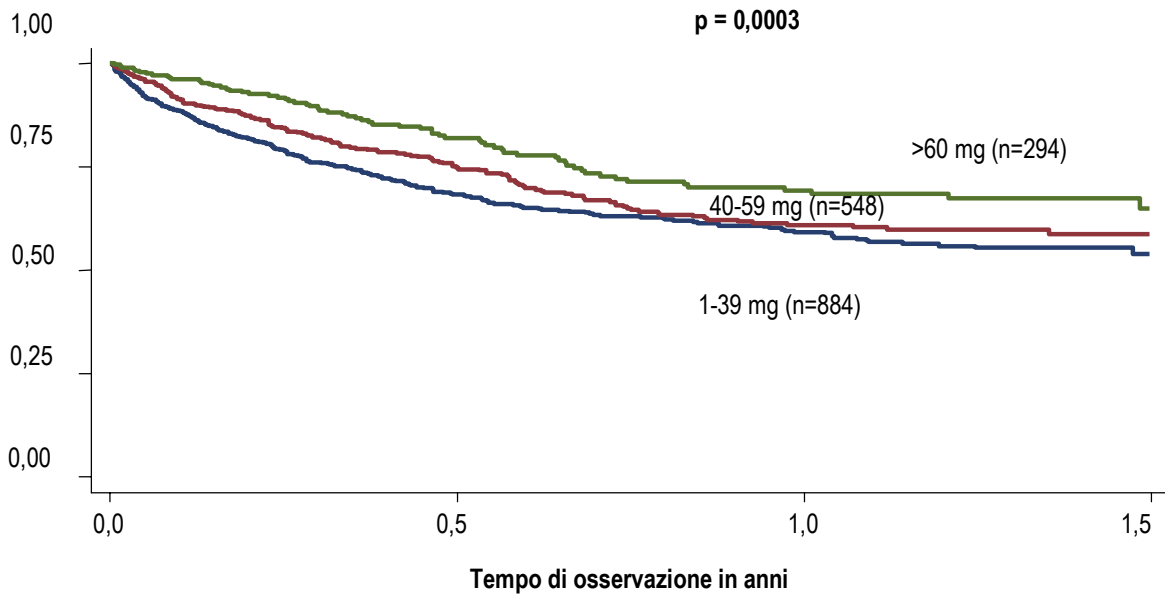


Figura 11. Ritenzione in trattamento metadonico a mantenimento: curva di sopravvivenza di Kaplan – Meier per dose di metadone

Donne

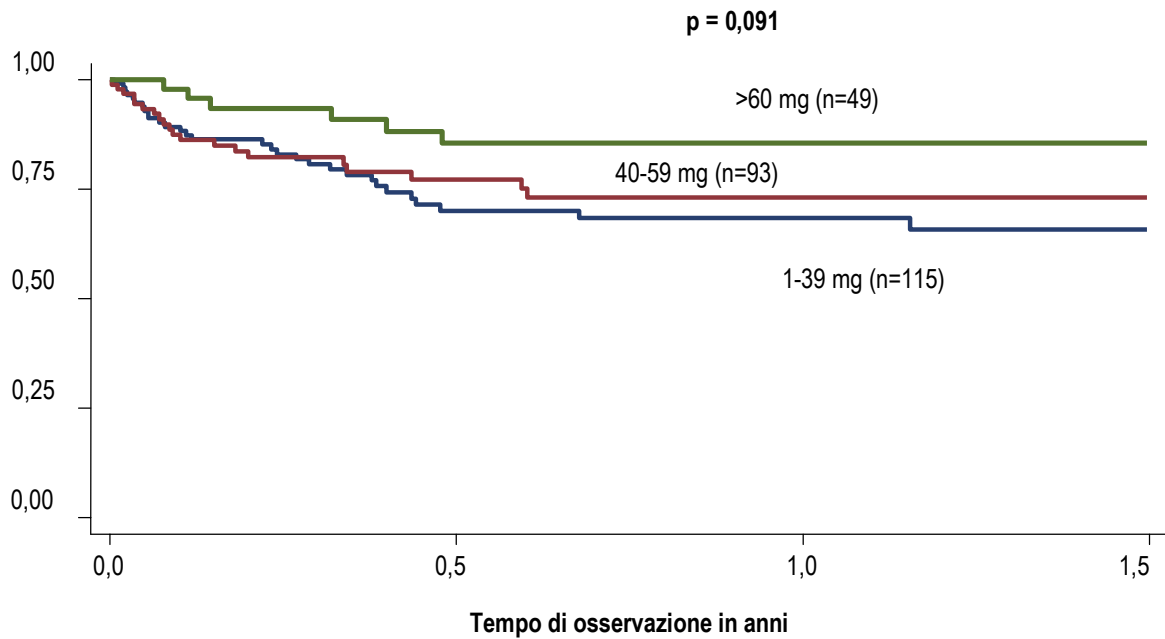


Figura 12. Ritenzione in trattamento metadonico a mantenimento: curva di sopravvivenza di Kaplan – Meier per trattamenti concomitanti al metadone

Uomini

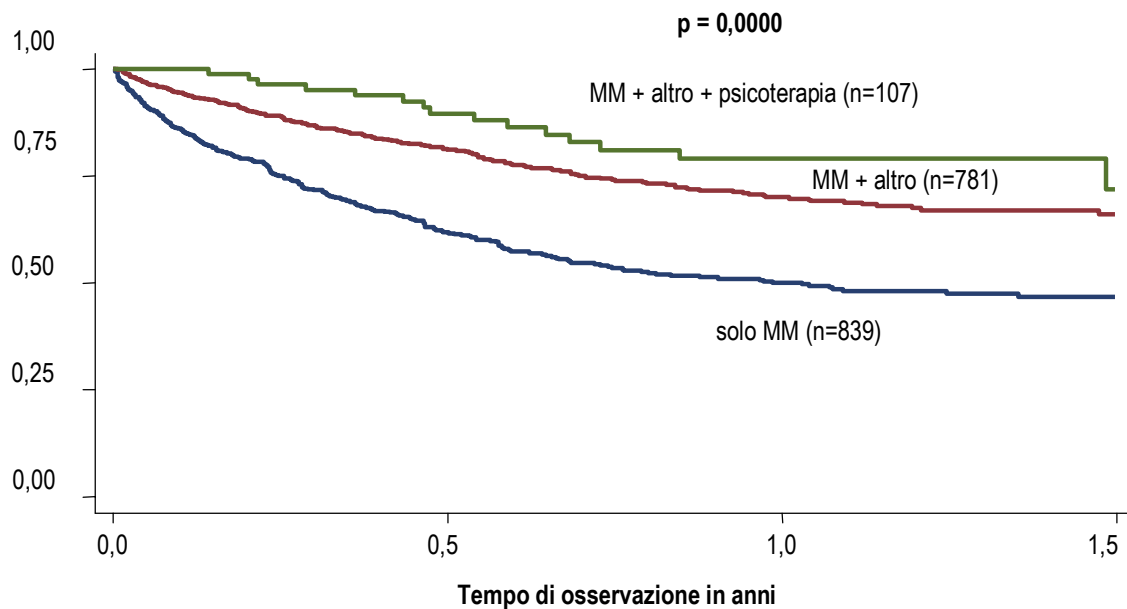
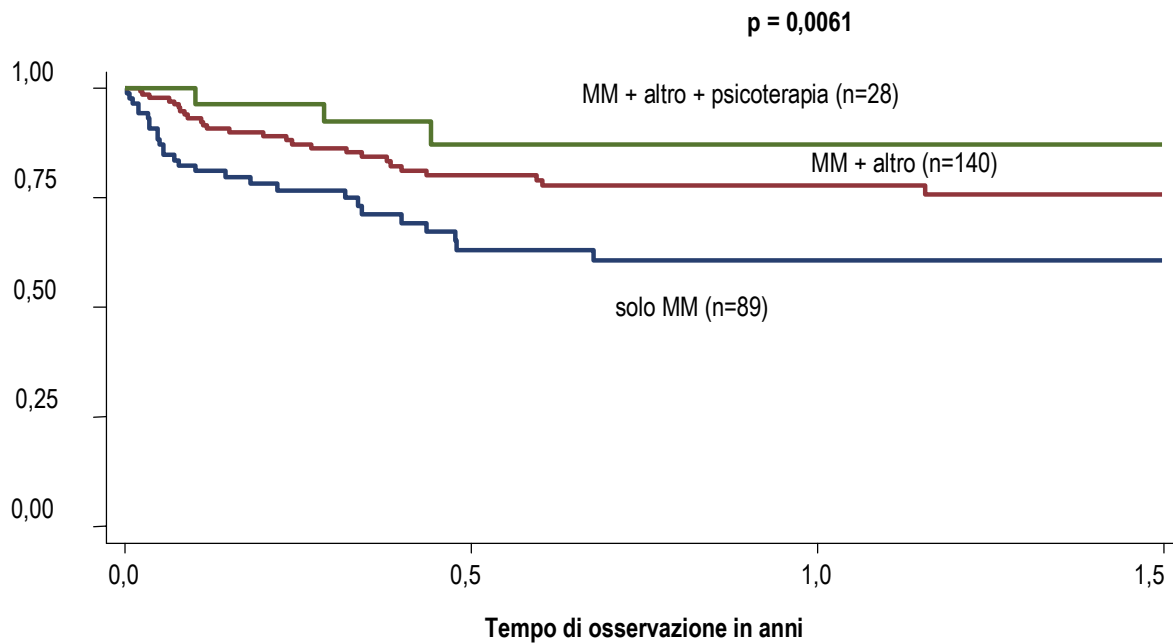


Figura 13. Ritenzione in trattamento metadonico a mantenimento: curva di sopravvivenza di Kaplan – Meier per trattamenti concomitanti al metadone

Donne



Per verificare quali fattori abbiano realmente un effetto sull'abbandono del trattamento metadonico, si è costruito un modello di Cox multivariato. Nella tabella 19 sono descritti i risultati di tale analisi, negli uomini e nelle donne.

I fattori legati ad una maggiore gravità della tossicodipendenza (uso di eroina al momento dell'intervista e comportamenti a rischio quali scambio di siringhe e strumenti) mostrano pari tendenza ma nelle donne hanno un effetto maggiore: sono associati con un maggior rischio di abbandono del trattamento. Lo stesso dicasi per i fattori socio-demografici quali lavoro, titolo di studio e sistemazione abitativa.

Per quanto riguarda le caratteristiche del trattamento, sono confermati i dati già descritti nell'analisi grezza. I trattamenti associati hanno un effetto protettivo nei confronti dell'abbandono in entrambi i sessi, senza particolari differenze, mentre le dosi elevate di metadone hanno un effetto protettivo di entità decisamente più importante nelle donne (HR=0,32 contro 0,62 negli uomini).

E' infine da notare l'effetto opposto della lunghezza della tossicodipendenza in uomini e donne: negli uomini una tossicodipendenza recente è significativamente associata con un aumento del rischio di abbandono, mentre nella donna sembra svolgere un effetto protettivo, anche se l'HR non è statisticamente significativo.

L'aver avuto problemi legali o esperienza carceraria negli ultimi 12 mesi è predittivo dell'abbandono in entrambi i sessi, ma l'effetto è maggiore negli uomini.

Tabella 19. Fattori di rischio per l'abbandono del MM: modello di Cox multivariato*

Caratteristica in esame	UOMINI (n=1634)			DONNE (n=246)		
	HR aggiustati	I.C. 95%	p	HR aggiustati	I.C. 95%	p
LUNGHEZZA TOSSICODIPENDENZA						
>= 6 anni	1			1		
<= 5 anni	1,40	1,10-1,76	0,005	0,85	0,44-1,64	0,637
TITOLO DI STUDIO						
diploma/laurea	1			1		
media inferiore/elementare/nessuno	1,04	0,82-1,31	0,739	1,49	0,80-2,78	0,203
SISTEMAZIONE ABITATIVA						
con famiglia di origine	1			1		
con partner e/o figli	1,05	0,84-1,31	0,677	1,45	0,74-2,82	0,278
con amici/da solo/comunità	1,23	0,91-1,66	0,174	1,27	0,54-2,98	0,587
nessuna sistemazione stabile	1,93	1,18-3,17	0,009	11,0	2,11-57,4	0,004
CONDIZIONE LAVORATIVA						
stabile	1			1		
instabile	1,38	1,10-1,72	0,004	2,03	0,89-4,63	0,090
SCAMBIO SIRINGHE/STRUMENTI						
no	1			1		
sì	1,13	0,90-1,42	0,296	2,22	1,24-3,95	0,007
USO HEROINA**						
no	1			1		
sì	1,62	1,30-2,02	<0,0001	1,80	0,94-3,43	0,075
CARCERE PREC 12 MESI						
no	1			1		
sì	1,53	1,26-1,86	<0,0001	1,39	0,77-2,52	0,273
DOSE METADONE						
1-39 mg/die	1			1		
40-59 mg/die	0,78	0,64-0,97	0,023	0,64	0,34-1,23	0,182
> 60 mg/die	0,62	0,46-0,82	0,001	0,32	0,13-0,81	0,017
TRATTAMENTI CONCOMITANTI						
nessuno	1			1		
MM + altro	0,47	0,39-0,57	<0,0001	0,55	0,30-0,99	0,047
MM + altro + psicoterapia	0,30	0,18-0,50	<0,0001	0,33	0,10-1,11	0,073

* Gli Hazard Ratios sono aggiustati per tutte le variabili presenti nel modello

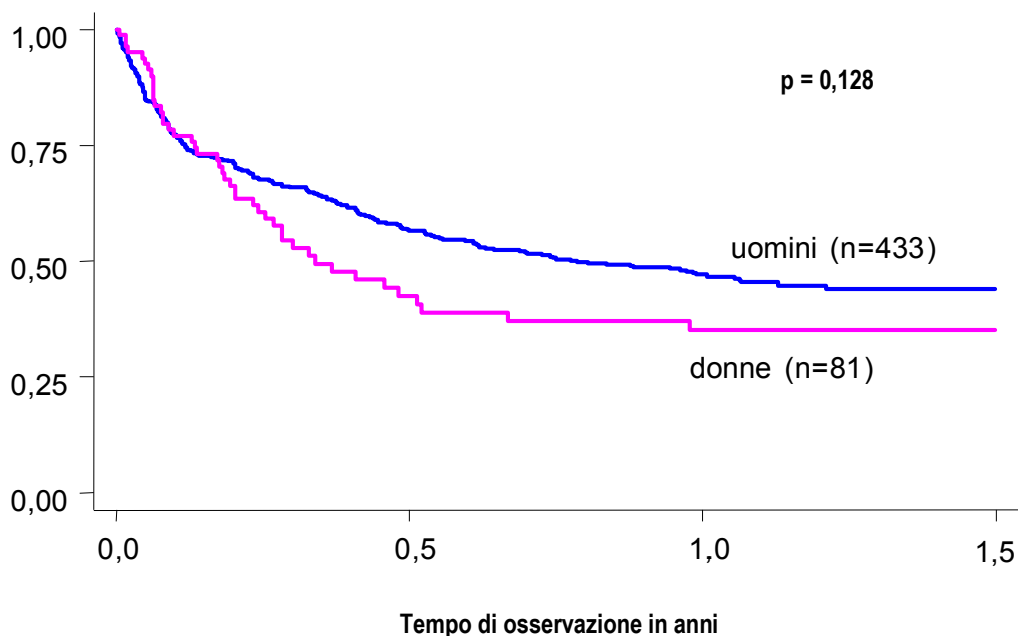
** al momento dell'intervista

5.4.2 Comunità terapeutica

Sono stati analizzati 514 cicli di comunità terapeutica (CT), 81 effettuati da donne e 433 effettuati da uomini; analogamente a quanto fatto per il mantenimento metadonico, tale numero corrisponde ai primi cicli di comunità terapeutica cominciati nei 6 mesi iniziali dello studio.

Nel corso dei 18 mesi di osservazione, il 55,6% delle donne ha abbandonato il trattamento (n=45) contro il 51,0% degli uomini (n=221), pari ad un tasso di 818 abbandoni per mille anni persona negli uomini contro 1.253 abbandoni per mille anni persona nelle donne. La differenza non è statisticamente significativa, tuttavia, a contrario di quanto succede per il mantenimento metadonico, le donne sembrano abbandonare il trattamento residenziale più degli uomini, e soprattutto nei primi 6 mesi di trattamento, con un Hazard Ratio grezzo (donne verso uomini) pari a 1,28, $p=0,128$. L'andamento degli abbandoni è graficamente rappresentato nella figura 14. Nelle figure successive è rappresentato l'andamento della ritenzione in trattamento nei due sessi in base ad alcune variabili di interesse.

Figura 14. Ritenzione in trattamento di comunità terapeutica: curva di sopravvivenza di Kaplan – Meier per genere



Il titolo di studio (figura 15 e 16) appare essere predittivo di abbandono del trattamento sia negli uomini (debolmente significativo, $p=0,063$) che nelle donne ($p=0,038$). Gli uomini con titolo di studio basso abbandonano il trattamento di comunità residenziale nel 52,8% dei casi, contro il 43,6% di quelli con titolo di studio elevato (diploma di scuola superiore o laurea); tra le donne, questa differenza è ancora più evidente: le donne con basso titolo di studio abbandonano il trattamento nel 65,4% dei casi contro il 39,3% di quelle con titolo di studio elevato. Ad un anno, solo il 25% delle donne con titolo di studio basso (ed il 45% circa degli uomini) è ancora in comunità, contro il 50% di quelle diplomate e laureate. Le donne con titolo di studio basso hanno una ritenzione molto inferiore anche agli uomini della stessa categoria (25% vs 45%).

Nelle figure 17 e 18 è rappresentata la ritenzione in comunità terapeutica in base all'aver avuto tentativi di suicidio prima e/o dopo l'inizio della dipendenza da eroina. In entrambi i sessi l'aver avuto questo tipo di comportamento non influenza la ritenzione in trattamento ($p=0,727$ per gli uomini e $p=0,211$ per le donne). Tuttavia, nelle donne questa sembra avere un certo effetto sull'abbandono precoce del trattamento (figura 18): gli abbandoni sono il 61,5% in chi ha compiuto tentativi di suicidio contro il 51,9% di chi non li ha compiuti.

Aver avuto un trattamento di psicoterapia o una precedente comunità terapeutica negli ultimi 12 mesi è predittivo di abbandono del trattamento tra gli uomini ma non tra le donne, anche se in queste ultime la mancanza di significatività statistica potrebbe essere dovuta alla scarsa numerosità campionaria. Tra gli uomini il 58,7% di quelli che hanno effettuato una psicoterapia nell'anno precedente abbandonano il trattamento contro il 49,3% di quelli che non l'hanno effettuata; tra le donne il 56% vs il 53,3%. Per quanto riguarda la comunità terapeutica, il 59,7% di quelli che hanno avuto questo tipo di trattamento nell'anno precedente abbandona il nuovo episodio contro il 49,2% di quelli che non l'hanno avuto; tra le donne il 69,6% vs il 50%.

Figura 15. Ritenzione in trattamento di comunità terapeutica: curva di sopravvivenza di Kaplan – Meier per titolo di studio

Uomini

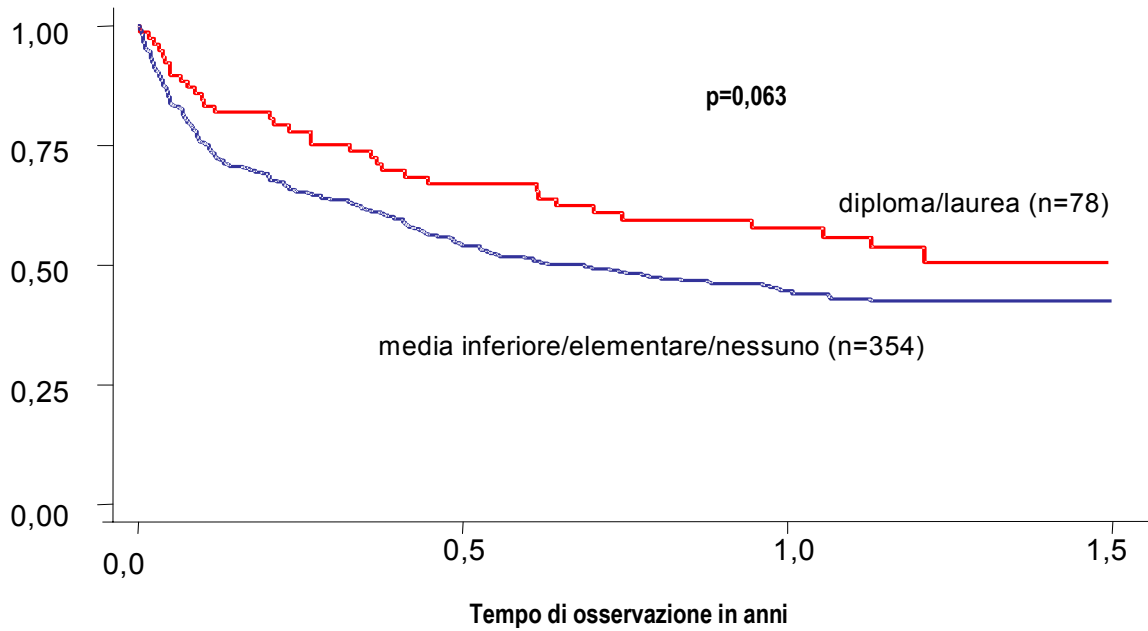


Figura 16. Ritenzione in trattamento di comunità terapeutica: curva di sopravvivenza di Kaplan – Meier per titolo di studio

Donne

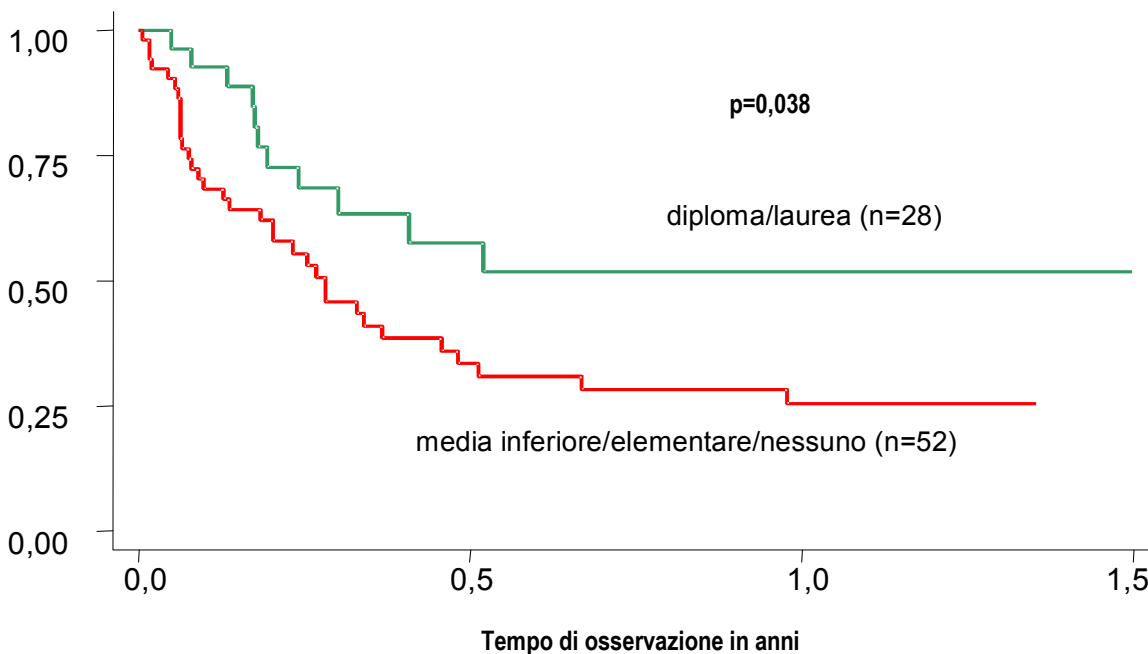


Figura 17. Ritenzione in trattamento di comunità terapeutica: curva di sopravvivenza di Kaplan – Meier per aver avuto tentativi di suicidio prima o dopo l’inizio della dipendenza

Uomini

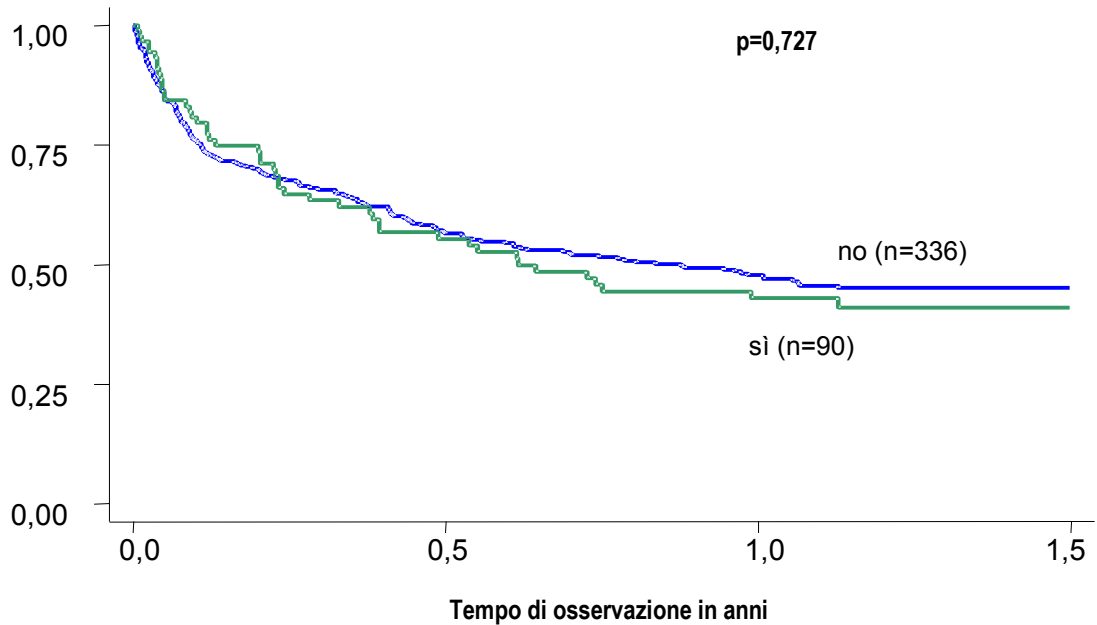


Figura 18. Ritenzione in trattamento di comunità terapeutica: curva di sopravvivenza di Kaplan – Meier per aver avuto tentativi di suicidio prima o dopo l’inizio della dipendenza

Donne

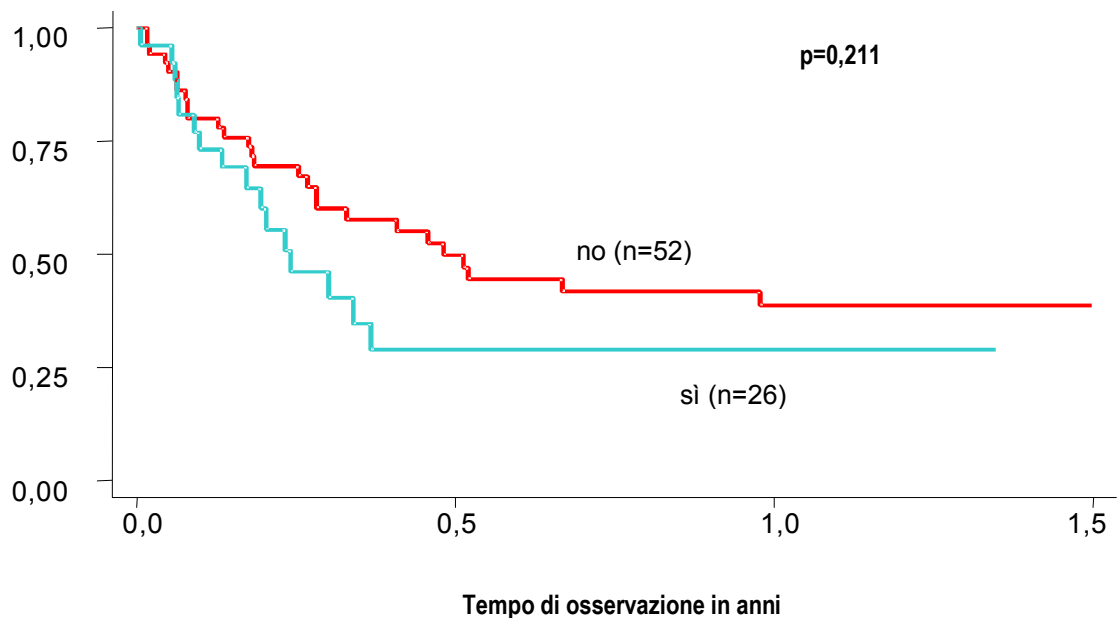


Figura 19. Ritenzione in trattamento di comunità terapeutica: curva di sopravvivenza di Kaplan – Meier per aver avuto un trattamento di psicoterapia negli ultimi 12 mesi

Uomini

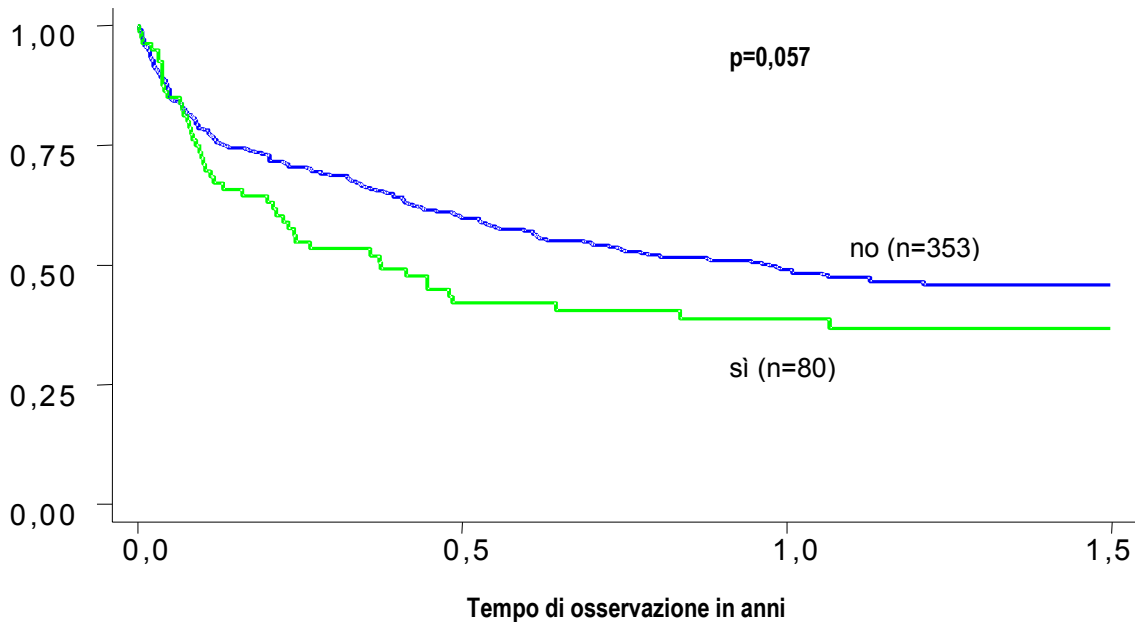


Figura 20. Ritenzione in trattamento di comunità terapeutica: curva di sopravvivenza di Kaplan – Meier per aver avuto un trattamento di psicoterapia negli ultimi 12 mesi

Donne

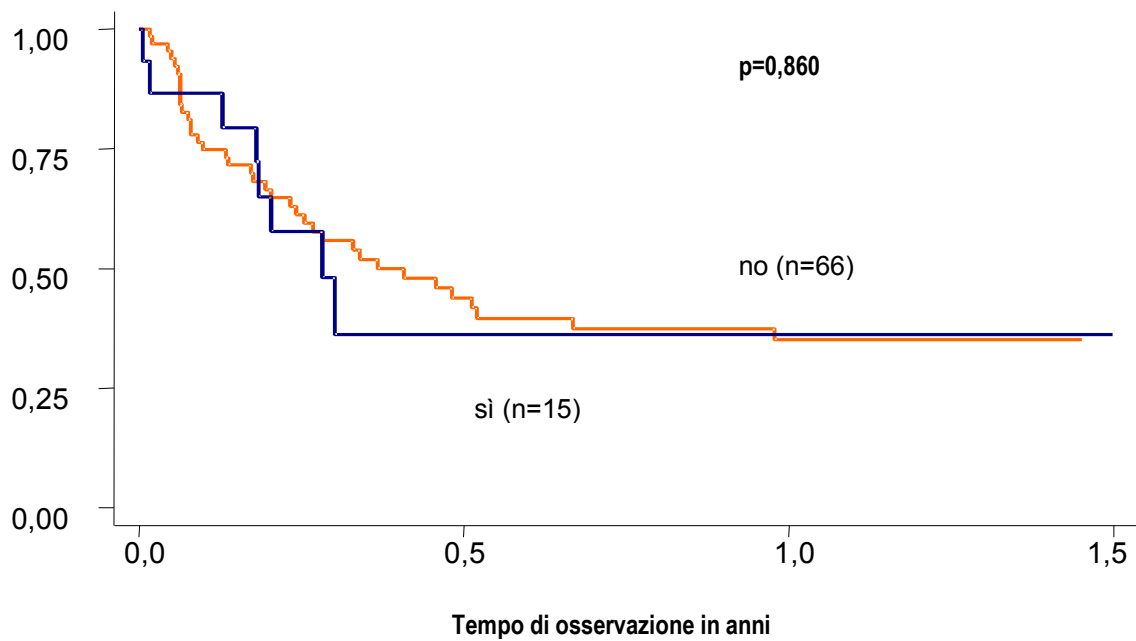


Figura 21. Ritenzione in trattamento di comunità terapeutica: curva di sopravvivenza di Kaplan – Meier per aver avuto un precedente trattamento di comunità residenziale negli ultimi 12 mesi

Uomini

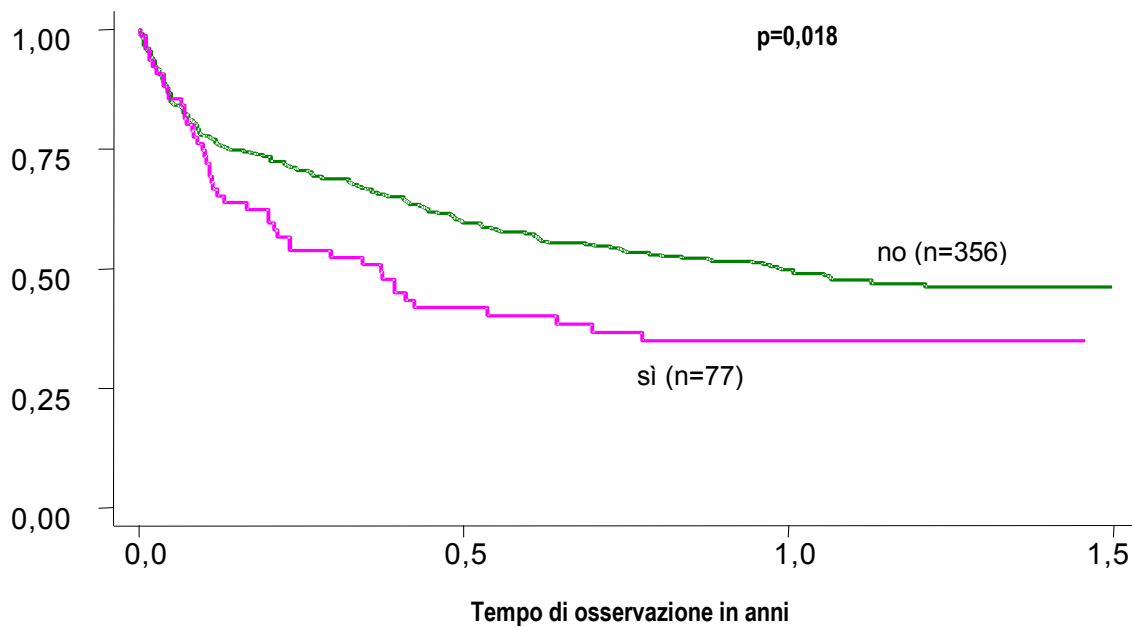
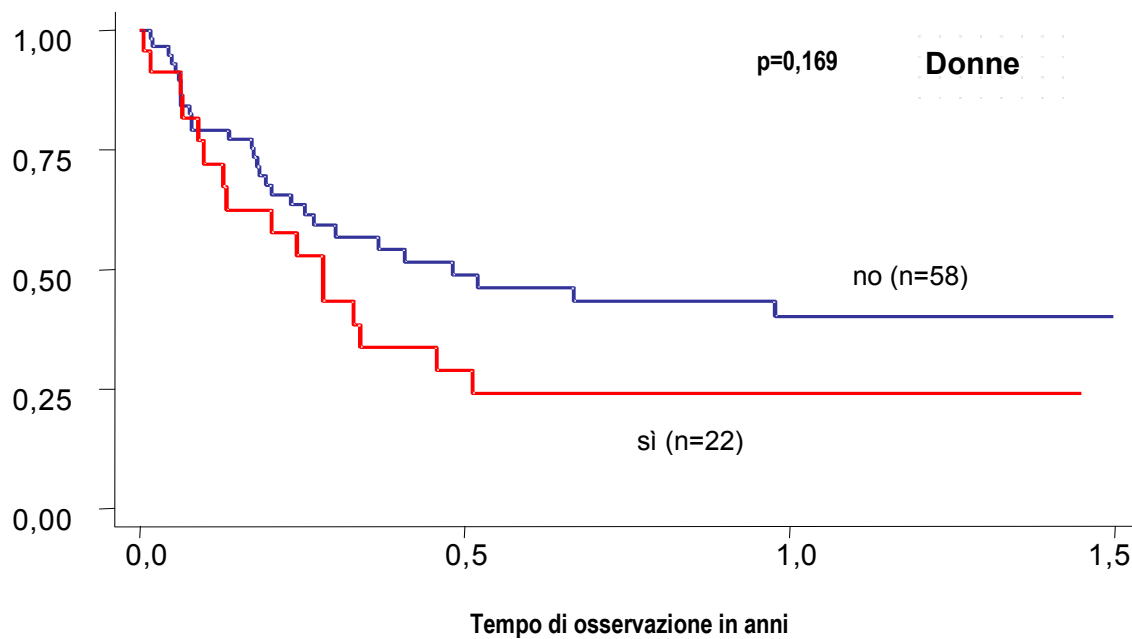


Figura 22. Ritenzione in trattamento di comunità terapeutica: curva di sopravvivenza di Kaplan – Meier per aver avuto un precedente trattamento di comunità residenziale negli ultimi 12 mesi

Donne



Analogamente a quanto fatto per il mantenimento metadonico, anche nel caso della comunità residenziale si è costruito un modello di Cox multivariato per verificare quali fattori siano predittivi dell'abbandono del trattamento. Nella tabella 20 sono descritti i risultati di tale analisi, negli uomini e nelle donne. Nel modello di Cox sono state inserite soltanto le variabili statisticamente significative almeno in uno dei due sessi.

Anche per la comunità residenziale, i comportamenti a rischio quali scambio di siringhe e strumenti si confermano essere predittivi dell'abbandono del trattamento, sia negli uomini che nelle donne, ed in maggior misura in queste ultime.

Un titolo di studio basso (media inferiore ed elementare o nessuno) è un fattore di rischio per l'abbandono del trattamento nelle donne, mentre negli uomini il rischio segue questa tendenza ma è soltanto debolmente significativo. Al contrario, la giovane età è un fattore di rischio per l'abbandono del trattamento tra gli uomini e la stessa tendenza si osserva tra le donne, ma gli Hazard Ratios non sono statisticamente significativi.

Aver avuto un trattamento di psicoterapia o essere stato in comunità residenziale negli ultimi 12 mesi si conferma essere un fattore predittivo dell'abbandono negli uomini ma non nelle donne.

Tabella 20. Fattori di rischio per l'abbandono della comunità terapeutica: modello di Cox multivariato*

Caratteristica in esame	UOMINI (n=422)			DONNE (n=79)		
	HR aggiustati	I.C. 95%	p	HR aggiustati	I.C. 95%	p
ETA'						
≥30 anni	1			1		
25-29 anni	1,21	0,89-1,63	0,219	0,99	0,49-2,02	0,984
≤24 anni	1,42	1,00-2,03	0,050	1,07	0,480-2,37	0,869
TITOLO DI STUDIO						
diploma/laurea	1			1		
media inferiore/elementare/nessuno	1,43	0,98-2,08	0,062	1,98	0,98-3,99	0,055
CONDIZIONE LAVORATIVA						
occupato	1			1		
disoccupato	1,10	0,83-1,45	0,500	1,12	0,58-2,18	0,736
SCAMBIO SIRINGHE/STRUMENTI						
no	1			1		
si	1,44	1,08-1,91	0,012	1,90	1,00-3,59	0,049
PSICOTERAPIA ULTIMI 12 MESI						
no	1			1		
si	1,39	1,00-1,94	0,049	1,01	0,46-2,21	0,970
COMUNITA' ULTIMI 12 MESI						
no	1			1		
si	1,46	1,05-2,03	0,023	1,20	0,60-2,41	0,598

* Gli Hazard Ratios sono aggiustati per tutte le variabili presenti nel modello

5.5 Differenze di genere nella mortalità

Al follow-up del 31 marzo 2001 risultavano deceduti 190 soggetti, su un totale di 10.454 soggetti in studio validi per l'analisi, e corrispondenti dunque all'1,8% della popolazione in studio. I persi al follow-up erano 397 (3,8%). Dei 190 soggetti deceduti, 153 erano uomini e 37 erano donne, rispettivamente l'1,7% ed il 2,5% della popolazione maschile e femminile arruolata per il follow-up.

La distribuzione dei decessi secondo la causa è descritta nella tabella 21. Si osservano alcune differenze nelle proporzioni di decessi per causa tra uomini e donne. Le morti per malattie infettive, AIDS ed overdose sono proporzionalmente maggiori nelle donne, e lo stesso si osserva per le malattie dell'apparato respiratorio e le cause violente. Le morti per malattie del sistema circolatorio e dell'apparato digerente sono invece più frequenti negli uomini. Sia per gli uomini che per le donne la causa di morte più frequente è l'overdose, la seconda è l'AIDS, e la terza è costituita dalle cause violente.

Tabella 21. Deceduti per genere e causa di morte

Causa di morte	uomini		donne		totale	
	n	%	n	%	N	%
Malattie infettive	6	3,9	2	5,4	8	4,2
Tutti i tumori	4	2,6	1	2,7	5	2,6
AIDS	30	19,6	8	21,6	38	20,0
Overdose	56	36,6	14	37,8	70	36,8
Malattie del sistema nervoso	1	0,7	0	0,0	1	0,5
Malattie del sistema circolatorio	6	3,9	1	2,7	7	3,7
Malattie dell'apparato respiratorio	0	0,0	1	2,7	1	0,5
Malattie dell'apparato digerente	9	5,9	0	0,0	9	4,7
Cause violente	23	15,0	7	18,9	30	15,8
Non specificata	18	11,8	3	8,1	21	11,1
totale	153	100	37	100	190	100

Nella tabella 22 sono presentati i tassi standardizzati di mortalità per AIDS ed overdose, stratificati per genere. La popolazione elegibile per l'analisi è costituita da 10.057 soggetti di cui sono state reperite informazioni sullo stato in vita al 31 marzo 2001, e che contribuiscono all'analisi con un totale di 21.612 anni persona a rischio. Il tasso di mortalità per overdose è maggiore nelle donne rispetto agli uomini: 4,0 vs 2,6/1.000 anni persona, mentre quello per AIDS è maggiore negli uomini: 2,6 vs 1,8/1.000 anni persona. La mortalità per tutte le cause è maggiore negli uomini: 12,7 vs 8,4/1.000 anni persona.

Tabella 22. Tassi standardizzati di mortalità/1.000 anni persona

Causa di morte	Uomini			Donne			Totale		
	n	Tasso	IC 95%	n	Tasso	IC 95%	n	Tasso	IC 95%
AIDS	30	2,6	0,6-4,6	8	1,8	0,4-3,1	38	2,5	0,7-4,2
Overdose	56	2,6	0,8-4,5	14	4,0	0,9-7,2	70	2,8	1,1-4,5
Altre cause*	49	6,7	0,0-14,0	12	2,3	0,9-3,6	61	6,0	0,0-12,1
Tutte le cause	153	12,7	4,9-20,5	37	8,4	4,7-12,2	190	12,0	5,4-18,6

* per 18 uomini e 3 donne le cause di morte non sono state rintracciate

6 DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

Obiettivo di questa monografia era descrivere le differenze di genere nella coorte VEdeTTE in relazione a caratteristiche individuali e di trattamento, discutendo i fattori di protezione e di rischio per lo sviluppo della dipendenza da eroina e la prognosi.

Rispetto all'obiettivo generale occorre prima di tutto discutere alcuni aspetti di metodo, in particolare in relazione alla generalizzabilità delle caratteristiche della coorte VEdeTTE alla coorte utenti SerT.

La coorte VEdeTTE nel suo complesso non presenta differenze statisticamente significative rispetto a quella degli utenti SerT (Versino 2005); se invece si distinguono i due tipi di utente (incidenti e prevalenti), tra i soggetti incidenti le donne sono nella coorte VEdeTTE leggermente sovra-rappresentate rispetto alla loro proporzione negli utenti SerT.

Benché dunque questa monografia abbia un obiettivo puramente descrittivo, si può affermare che i risultati sono generalizzabili alla popolazione dei tossicodipendenti italiani che accedono al SerT, anche se con maggior cautela per quanto riguarda i soggetti che per la prima volta si presentano al Servizio: le riflessioni che verranno di seguito esposte possono quindi costituire la base per alcune indicazioni utili per la pratica dei servizi per le tossicodipendenze. I risultati ottenuti rivestono inoltre una particolare importanza, data l'ampia numerosità del campione analizzato: ricordiamo infatti che la coorte VEdeTTE costituisce una delle maggiori coorti di tossicodipendenti studiate a livello internazionale.

6.1 Differenze di genere alla presa in carico

Lo studio VEdeTTE ha come obiettivo principale la valutazione dell'efficacia dei trattamenti per la tossicodipendenza da eroina sulla mortalità e sulla ritenzione in trattamento. Rispetto alle differenze di genere, lo studio consente di valutare solo alcuni aspetti relativi ai fattori di protezione e di rischio, esplorati approfonditamente in altri ambiti della letteratura scientifica e sociologica.

I risultati non consentono dunque di discutere il ruolo di determinanti genetici e di discutere solo in parte quello dei determinanti ambientali e legati all'individuo; tuttavia alcune peculiarità di genere possono essere messe in evidenza e discusse.

Le analisi condotte sulla coorte VEdeTTE confermano quanto riportato dalla letteratura internazionale:

1. le donne mostrano alla presa in carico una **scolarizzazione più alta** rispetto agli uomini, ma più frequentemente sono **disoccupate**, riproducendo un pattern già evidenziato, non solo a livello europeo (Stocco 2000, Hser 1987b, Grella 1999, Wechsberg 1998, Chatham 1999, Schottenfeld 1998, Petry 2000, Riehm 2003, Freeman 1994, Brady 1993, Marsh 1985, Marsh 1986, Green 2002, Callaghan 2002, Hser 2004, Winhusen 2003, Acharyya 2003);
2. rispetto agli uomini più frequentemente **hanno figli e vivono con essi** (Hser 1987b, Grella 1999, Wechsberg 1998, Chatham 1999, Freeman 1994, Green 2002, Hser 2003, Stewart 2003);
3. più frequentemente degli uomini sono **separate, divorziate o vedove** (Marsh 1985, Acharyya 2003);
4. l'età di inizio dell'uso di eroina sembra essere simile nell'uomo e nella donna della coorte VEdeTTE. Tuttavia, le donne **accedono ai servizi in età più precoce** e hanno una **storia di tossicodipendenza più breve** rispetto agli uomini (Haseltine 2000, Hser 1987a,b, Avila 1996, Rosenbaum 1981, Wechsberg 1998, Chatham 1999, Grella 1999, El-Guebaly 1995, Marsh 1986, Green 2002, Hser 2004);
5. per quanto riguarda l'uso di sostanze in associazione all'eroina, le donne VEdeTTE usano **meno alcol e più sedativi e ansiolitici**, come osservato anche in letteratura (Chambers 1970, Hser 1987b, Darke 1994, Wechsberg 1998, Bretteville-Jensen 1999, Freeman 1994, Marsh 1985);
6. alla presa in carico le donne presentano **sintomi e disturbi psichici** molto più frequentemente degli uomini; prima di iniziare l'uso di eroina, solo 4 uomini su 100 avevano **tentato il suicidio**, mentre ben 20 donne su 100 avevano fatto lo stesso tentativo. Questa differenza si attenua se si valuta il periodo successivo all'inizio dell'uso e precedente la presa in carico (10 uomini su 100 vs 20 donne su 100). Anche questi dati sono in linea con quanto descritto in letteratura (Petry 2000, Wechsberg 1998, El-

Guebaly 1995, Chatham 1999, Grella 1999, Brady 1993, Green 2002, Stewart 2003, Rowan-Szal 2000, Zilberman 2003, Luthar 1996, Haseltine 2000, Wechsberg 1998);

7. anche le donne VEdeTTE **scambiano siringhe o strumenti non più sterili** più frequentemente rispetto agli uomini, come già evidenziato in letteratura (Bennett 2000, Chatham 1999, Sherman 2001, Evans 2003);
8. per quanto riguarda infine le conseguenze del consumo di stupefacenti, anche nella coorte VEdeTTE gli uomini sono più dediti a comportamenti criminali, mentre le donne **compiono meno reati**. Questo dato conferma dunque quanto già riportato in letteratura (Hser 1987a, Anglin 1987a, Grella 1999, Wechsberg 1998, Chatham 1999, Marsh 1985, Marsh 1986, Powis 1996, Hser 2003).

A proposito della maggior frequenza e gravità dei disturbi psichici osservata nella donna, purtroppo in questa sede non è possibile testare le ipotesi citate in letteratura relativamente ai tentativi di auto-medicazione (Chambers 1970, Hser 1987b, Darke 1994, Wechsberg 1998, Bretteville-Jensen 1999, Freeman 1994, Marsh 1985). Tuttavia questo dato, unito a quello della co-morbidità psichiatrica alla presa in carico, deve far riflettere sulle modalità di presa in carico. Una recente revisione di letteratura (Zilberman 2003) evidenzia come la valutazione psico-patologica sia una fase cruciale della presa in carico ma anche un aspetto da tenere in considerazione nell'approccio terapeutico; quest'ultimo richiede infatti l'uso di trattamenti specifici per prevenire la ricorrenza di disturbi psichici che possono facilmente condurre ad una recidiva nell'uso di sostanze.

6.2 Percorsi terapeutici

Le terapie sostitutive seguite da disintossicazione sono le più frequentemente utilizzate in entrambi i generi, ma le donne mostrano maggior propensione ad effettuare terapie di sostegno e/o psicoterapie e paiono avere una maggior capacità di concordare il trattamento rispetto agli uomini.

Solo in parte si può dunque concordare con i risultati di letteratura relativi alle profonde differenze di trattamento tra i due generi (NIDA 1994, Stevens 1989); la riflessione che si dovrebbe invece fare è sulla particolarità dei bisogni psicologici e sociali della donna tossicodipendente, che, spesso non compresi (Stevens 1989), sembrano non aver ancora sufficientemente promosso la creazione di contesti di cura *gender-oriented*.

Per quanto riguarda nello specifico la ritenzione in trattamento, le donne nella coorte VEdeTTE abbandonano il mantenimento metadonico meno frequentemente degli uomini, anche se elementi di gravità della tossicodipendenza, come la presenza di comportamenti a rischio e la gravità della situazione sociale sembrano avere un ruolo più incisivo nel sesso femminile. In entrambi i generi, un dosaggio di metadone più elevato e l'associazione con trattamenti psicosociali favoriscono la ritenzione dei soggetti in trattamento, coerentemente con le raccomandazioni di letteratura (Faggiano 2003).

Nel caso della comunità residenziale, le donne abbandonano questo tipo di trattamento più degli uomini, soprattutto nei primi mesi. Predittivi dell'abbandono sono il titolo di studio basso e i comportamenti a rischio. Per gli uomini, la giovane età è un fattore predittivo dell'abbandono. Questi dati sono coerenti con quanto osservato in letteratura (Green 2002).

Lo studio VEdeTTE conferma la discordanza esistente in letteratura circa la compliance al trattamento tra maschi e femmine, con alcuni dati a sfavore delle donne (NIDA 1994, Petry 2000, Mino 1998) ed altri decisamente a favore (Schottenfeld 1998) e si evidenzia nuovamente come le specificità di genere debbano essere tenute in conto, se si vuole che il trattamento sia non solo efficace, ma anche *appropriato*. Questo è confermato anche da alcuni studi di letteratura in cui l'approccio specifico di genere è risultato un determinante della ritenzione in comunità per le donne (Knight 2001, Messina 2000).

6.3 Mortalità

I dati relativi al follow-up di mortalità della coorte VEdeTTE evidenziano differenze tra uomini e donne. I dati sono coerenti con quanto rilevato in letteratura, in quanto nella nostra coorte il tasso di mortalità è più alto negli uomini rispetto alle donne, come già osservato in altri studi (Hall 1999, Gossop 2002, Buster 2002, Bartu 2004, Brugal 2005).

I tassi standardizzati di mortalità per overdose sono maggiori nelle donne. Questo dato conferma la necessità di orientare i servizi ad un'assistenza specifica per le donne, che venga loro incontro nella gestione del problema della dipendenza da eroina e nel prevenire l'abbandono del trattamento e la mortalità per overdose.

6.4 Conclusioni

I dati sopra riportati suggeriscono che debba essere promosso un approccio *gender-oriented* al trattamento.

In particolare, seguendo la traccia delineata dal nostro studio, possiamo proporre alcune indicazioni per la presa in carico clinica delle donne tossicodipendenti da eroina:

- porre particolare attenzione nell'anamnesi alla comorbidità psichiatrica e ai tentativi anticonservativi;
- porre attenzione alla comorbidità infettiva;
- approfondire l'anamnesi personale e gli eventi della vita (abbandoni, abusi, maltrattamenti) che la letteratura indica come determinanti della dipendenza (SPTD);
- nel trattamento porre attenzione alla cura specifica del trauma e dei correlati psichici;
- tener conto del fatto che le donne hanno maggior propensione ad aderire ai trattamenti di sostegno-accompagnamento e psicoterapia rispetto agli uomini;
- nel trattamento delle donne tener conto del fatto che si ottiene una prolungata stabilizzazione utilizzando dosaggi di metadone adeguati
- e che la psicoterapia associata al mantenimento metadonico aumenta la ritenzione in trattamento e non incide sulla maggiore propensione all'abbandono della comunità terapeutica.

E' inoltre necessario tenere debitamente in conto delle caratteristiche specifiche e differenziate dello sviluppo psicologico e sociale femminile, sia rispetto alle singole pazienti che alla nostra cultura scientifica, che non è altro che una rappresentazione sociale collettiva caratterizzata da una "...unilateralità ipertrofica maschile patriarcale..." (E. Neumann: "La psicologia femminile", 1953).

Si pone la questione della creazione di contesti di cura maggiormente attenti alla specificità femminile e non *gender-blind*.

7 BIBLIOGRAFIA

- 1 Acharyya S, Zhang H. Assessing sex differences on treatment effectiveness from the Drug Abuse Treatment Outcome Study (DATOS). *Am J Drug Alcohol Abuse* 2003; 29(2): 415-444
- 2 Almog YJ, Anglin MD, Fisher DG. Alcohol and heroin use patterns of narcotics addicts: gender and ethnic differences. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1993; 19(2): 219-38
- 3 Alterman AL, Randall M, McLellan AT. Comparison of outcomes by gender and for fee-for-service versus managed care: a study of nine community programs. *J Subst Abuse Treat* 2000; 19: 127-134
- 4 Anglin MD, Hser YI, McGlothlin WH. Sex differences in addict careers. 2. Becoming addicted. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1987a; 13(1-2): 59-71
- 5 Anglin MD, Hser YI, Booth MW. Sex differences in addict careers. 4. Treatment. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1987b; 13(3): 253-80
- 6 Avila JJ, et al. Analisis descriptivo de una muestra de mujeres alcoholicas atendidas durante un periodo de 10 anos. *Addiciones* 1996; 8(4): 429-40
- 7 Bargagli AM, Piras G, Cuomo L, Faggiano F, Versino E. Studio VEdeTTE - Monografia N° 1 – Protocollo e stato dell'arte – Ottobre 2000. Novembre 2000
- 8 Barnard M. Needle sharing in context. patterns of sharing among men and women injectors and HIV risk. *Addiction* 1993; 88: 837-40
- 9 Bartu A, Freeman NC, Gawthorne GS, Codde JP, Holman CD. Mortality in a cohort of opiate and amphetamine users in Perth, Western Australia. *Addiction* 2004; 99: 53-60
- 10 Bennett GA, Velleman RD, Barter G, Bradbury C. Gender differences in sharing injecting equipment by drug users in England. *AIDS Care* 2000; 12(1): 77-87
- 11 Bignamini E, Burrioni P e il Gruppo piemontese per l'elaborazione di linee-guida di trattamento della dipendenze patologiche. Per una ridefinizione del concetto di tossicodipendenza. *Dal Fare al Dire* 2001, 1: III-VIII
- 12 Bird CE, Freemont AM. Gender, time use and health. *J Health Soc Behav* 1991; 32: 114
- 13 Blume SB. Women and addictive disorders. *Am Soc Addict Med* 1994; 1-16
- 14 Brady KT, Grice DE, Dustan L, Randall C. Gender differences in substance use disorders. *Am J Psychiatry* 1993; 150(11): 1707-11
- 15 Bretteville-Jensen AL. Gender, heroin consumption and economic behaviour. *Health Econ* 1999; 8(5): 379-89
- 16 Brugal MT, Domingo-Salvany A, Puig R, Barrio G, Garcia de Olalla P, de la Fuente L. Evaluating the impact of methadone maintenance programmes on mortality due to overdose and aids in a cohort of heroin users in Spain. *Addiction* 2005; 100: 981-989
- 17 Buiatti E, Longo G. La salute delle italiane. In: Geddes M. *La Salute Degli Italiani - Rapporto 1991*. La Nuova Italia Scientifica, Roma 1991
- 18 Buster MCA, van Brussel GHA, van den Brink W. An increase in overdose mortality during the first 2 weeks after entering or re-entering methadone treatment in Amsterdam. *Addiction* 2002; 97: 993-1001
- 19 Callaghan RC, Cunningham JA. Gender differences in detoxification: predictors of completion and re-admission. *J Subst Abuse Treat* 2002; 23(4): 399-407

- 20 Cancrini MG. La coppia e la genitorialità in situazioni di tossicomania. In AA.VV. Genitori tossicodipendenti. CeIS 1996
- 21 Carito A. Dispensa prodotta nell'ambito del progetto di aggiornamento professionale degli psicologi dei SerT torinesi. Torino, 23 ottobre 1997
- 22 Chambers C, Hinesley RK, Moldestad M. Narcotic addiction in females: a race comparison. *Int J Addict* 1970; 5: 257-78
- 23 Chatham LR, Hiller ML, Rowan-Szal GA, Joe GW, Simpson DD. Gender differences at admission and follow-up in a sample of methadone maintenance clients. *Subst Use Misuse* 1999; 34(8): 1137-65
- 24 Ciminale M, Lemma P, Faggiano F. Differenze di genere negli esiti della tossicodipendenza a Torino. *Epidemiol Prev* 1996; 20: 267-268
- 25 Colton ME. Heroin addiction among women. In: McGuigan DG, Eds. *Women's Lives: New Theory, Research and Policy*. Center for Continuing Education, University of Michigan - Ann Arbor, Michigan 1980
- 26 Darke S. Benzodiazepine use among injecting drug users: problems and implications. *Addiction* 1994; 89(4): 379-382
- 27 Downey L, Rosengren DB, Donovan DM. Gender, waitlists, and outcomes for public-sector drug treatment. *J Subst Abuse Treat* 2003; 25(1): 19-28
- 28 El-Guebaly N. Alcohol and polysubstance abuse among women. *Can J Psychiatry* 1995; 40(2): 73-9
- 29 Ellinwood EH, Smith WG, Vaillant GE. Narcotic addictions in males and females: a comparison. *Int J Addict* 1966; 1: 33-45
- 30 European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). Differences in patterns of drug use between women and men. *European Drug Situation; Technical Data Sheet*. Lisbon 2005
- 31 Evans JL, Hahn JA, Page-Shafer K et al. Gender differences in sexual and injection risk behavior among active young injection drug users in San Francisco (the UFO Study). *J Urban Health* 2003; 80(1): 137-46
- 32 Faggiano F, Vigna-Taglianti F, Versino E, Lemma P. Methadone maintenance at different dosages for opioid dependence. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2003, Issue 3
- 33 Fornari F. *Genitalità e cultura*. Feltrinelli, Milano 1979
- 34 Freeman RC, Rodriguez GM, French JF. A comparison of male and female intravenous drug users' risk behaviors for HIV infection. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1994; 20(2): 129-57
- 35 Freud S. *Scritti sulla sessualità femminile, 1924-1932*. Bollati Boringhieri, Torino 1976
- 36 Gallino L. *La sociologia. Concetti fondamentali*. UTET 1989
- 37 Gerstein DR, Johnson RA. Characteristics, services, and outcomes of treatment for women. *J Psychopathol Behav Assess* 2000; 22: 325-338
- 38 Gossop M, Stewart D, Treacy S, Marsden J. A prospective study of mortality among drug misusers during a 4-year period after seeking treatment. *Addiction* 2002; 97: 39-47
- 39 Gove WR, Hughes M. Possible causes of the apparent sex differences in physical health: an empirical investigation. *Am Soc Rev* 1979; 44: 126

- 40 Graeven DB, Schaef RD. Family life and levels of involvement in an adolescent heroin epidemic. *Int J Addict* 1978; 13: 747-71
- 41 Green CA, Polen MR, Dickinson DM, Lynch FL, Bennett MD. Gender differences in predictors of initiation, retention, and completion in an HMO-based substance abuse treatment program. *J Subst Abuse Treat* 2002; 23(4): 285-95
- 42 Grella CE, Joshi V. Gender differences in drug treatment careers among clients in the national Drug Abuse Treatment Outcome Study. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1999; 25(3): 385-406
- 43 Grella CE, Joshi V, Hser YI. Program variation in treatment outcomes among women in residential drug treatment. *Evaluation Rev* 2000; 24(4): 364-383
- 44 Guggenbuhl-Craig A. *La parte nascosta*. Collana: Amore e Psiche. Edizioni Moretti e Vitali 2002
- 45 Hagan TA, et al. Impediments to comprehensive treatment models for substance-dependent women: treatment and research questions. *J Psychoactive Drugs* 1994; 26(2): 163-71
- 46 Hall WD, Degenhardt LJ, Lynskey MT. Opiate overdose mortality in Australia 1964-97: birth cohort trends. *Medical J Australia* 1999; 171: 34-37
- 47 Hammoud EI. Studies in fetal and infant mortality. *Am J Public Health* 1965; 55: 1152-63
- 48 Haseltine FP. Gender differences in addiction and recovery. *J Women Health Gen Based Med* 2000; 9(6): 579-83
- 49 Herdan G. Causes of excess male mortality in man. *Acta Gen* 1952; 3(4): 351-75
- 50 Hillman J. *Il suicidio e l'anima*. Astrolabio Ubaldini Editore, Roma 1972
- 51 Hillman J. *Trame perdute, parte III. Mitopatologie. La Madre cattiva (The bad Mother. An archetyped approach)*, Spring Publications 1983). Edizioni Cortina 1985, pp. 231-254
- 52 Hser YI, Anglin MD, McGlothlin W. Sex differences in addict careers. 1. Initiation of use. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1987a; 13(1-2): 33-57
- 53 Hser YI, Anglin MD, Booth MW. Sex differences in addict careers. 3. Addiction. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1987b; 13(3): 231-51
- 54 Hser YI, Huang D, Teruya C, Douglas Anglin M. Gender comparisons of drug abuse treatment outcomes and predictors. *Drug Alcohol Depend* 2003; 72(3): 255-64
- 55 Hser YI, Huang YC, Teruya C, Anglin MD. Gender differences in treatment outcomes over a three-year period: a path model analysis. *J Drug Issues* 2004; 34(2): 419-440
- 56 Joe GW, Simpson DD. HIV risks, gender, and cocaine use among opiate users. *Drug Alcohol Depend* 1995; 37(1): 23-8
- 57 Jung CG. Gli aspetti psicologici dell'archetipo della madre (1938-1954). In "Opere" vol. IX
- 58 Knight DK, Logan S, Simpson DD. Predictors of program completion for women in residential substance abuse treatment. *Am J Drug Alcohol Abuse* 2001; 27(1): 1-18
- 59 Leonard LS. *La donna ferita*. Astrolabio Ubaldini Editore, Roma 1985a
- 60 Leonard LS. *Testimoni del fuoco*. Astrolabio Ubaldini Editore, Roma 1985b
- 61 Leshner AI. Drug abuse and addiction treatment research: the next generation. *Arch Gen Psychiatry* 1997; 54(8): 691-4
- 62 Lopez AD. Sex differentials in mortality. *WHO Chron* 1984; 38(5): 217-24

- 63 Luthar SS, Cushing G, Rounsaville BJ. Gender differences among opioid abusers: pathways to disorder and profiles of psychopathology. *Drug Alcohol Depend* 1996; 43(3): 179-89
- 64 Madigan E. Are sex differentials biologically caused? *Milbank Mem Fund Q* 1957; 35: 202-23
- 65 Malagoli Togliatti M, Mazzoni S. *Maternità e tossicodipendenza*. Giuffrè Editore. Milano 1993
- 66 Marsh JC, Miller NA. Female clients in substance abuse treatment. *Int J Addict* 1985; 20(6-7): 995-1019
- 67 Marsh KL, Simpson DD. Sex differences in opioid addiction careers. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1986; 12(4): 309-29
- 68 McComish JF, Greenberg R, Ager J, Chruscial H, Laken M. Survival analysis of three treatment modalities in a residential substance abuse program for women and their children. *Outcomes Manag Nurs Pract* 2000; 4(2): 71-7
- 69 McMillen MM. Differential mortality by sex in fetal and neonatal deaths. *Science* 1979; 204: 88-91
- 70 Messina N, Wish E, Nemes S. Predictors of treatment outcomes in men and women admitted to a therapeutic community. *Am J Drug Alcohol Abuse* 2000; 26(2): 207-227
- 71 Ministero della Salute. *Relazione sullo stato sanitario del Paese 2001-2002*.
- 72 Ministero della Salute. *Rilevazione attività nel settore tossicodipendenze - Anno 2001*. Direzione Generale della Prevenzione. Roma, Ottobre 2002
- 73 Mino A, Page D, Dumont P, Broers B. Treatment failure and methadone dose in a public methadone maintenance treatment programme in Geneva. *Drug Alcohol Depend* 1998; 50(3): 233-9
- 74 Moise R, Reed BG, Ryan V. Issues in the treatment of heroin addicted women: a comparison of men and women entering two types of drug abuse programs. *Int J Addict* 1982; 17: 109-39
- 75 National Center for Health Statistics. *Health United States, 1995*. Hyattsville, US Public Service 1996
- 76 Neumann E. *La psicologia del femminile (1953)*. Astrolabio Ubaldini Editore, Roma 1975
- 77 Neumann E. *La Grande Madre. Fenomenologia delle configurazioni femminili dell'inconscio (1956)*. Parte I, cap. I, II e III. Astrolabio Ubaldini Editore, Roma 1981
- 78 NIDA - National Institute on Drug Abuse. *Women and drug abuse*. The Institute. Pub. N. 94-3732. Rockville 1994
- 79 NIDA - National Institute on Drug Abuse. *National pregnancy and health survey*. Deèpartment of Health and Human Services, Public Health Service. Washington 1996
- 80 Office of Research on Women's Health. *Report of the National Institutes of health: opportunities for Research on Women's Health*. National Institute of Health. NIH Pub. N. 92-3457. Bethesda, 1992
- 81 Parsec. *Valutazione dei programmi di assistenza rivolti alle donne tossicodipendenti e ai loro figli*. Ricerca finanziata dal Ministero della Salute (Dipartimento della prevenzione e della comunicazione, Direzione generale della prevenzione sanitaria), luglio 2004
- 82 Petry NM, Bickel WK. Gender differences in hostility of opioid-dependent outpatients: role in early treatment termination. *Drug Alcohol Depend* 2000; 58(1-2): 27-33
- 83 Potts DM. Which is the weaker sex? *J Biosoc Sci* 1970; Suppl 2: 147-57
- 84 Powis B, Griffiths P, Gossop M, Strang J. The differences between male and female drug users: community samples of heroin and cocaine users compared. *Subst Use Misuse* 1996; 31(5): 529-43

- 85 Recalcati M. Clinica del vuoto. Anoressie, dipendenze, psicosi. Franco Angeli Editore 2004
- 86 Riehmman KS, Iguchi MY, Zeller M, Morral AR. The influence of partner drug use and relationship power on treatment engagement. *Drug Alcohol Depend* 2003; 70(1): 1-10
- 87 Rosenbaum M. Sex roles among deviants; the woman addict. *Int J Addict* 1981; 16(5): 859-77
- 88 Rowan-Szal GA, Chatham LR, Joe GW, Simpson DD. Services provided during methadone treatment. A gender comparison- *J Subs Abuse Treat* 2000; 19: 7-14
- 89 Sayer GP, Britt H. Sex differences in morbidity: a case of discrimination in general practice. *Soc Sci Med* 1996; 42(2): 257-64
- 90 Scabini E. Psicologia sociale della famiglia. Bollati Boringhieri 1995
- 91 Schottenfeld RS, Pakes JR, Kosten TR. Prognostic factors in Buprenorphine- versus methadone-maintained patients. *J Nerv Ment Dis* 1998; 186(1): 35-43
- 92 Seiden AM. Psychological issues affecting women throughout the life cycle. *Psych Clin North Am* 1989; 12(1): 1-24
- 93 Sherman SG, Latkin CA, Gielen AC. Social factors related to syringe sharing among injecting partners: a focus on gender. *Subst Use Misuse* 2001; 36(14): 2113-36
- 94 Stevens S, Arbiter N, Glider P. Women residents: expanding their role to increase treatment effectiveness in substance abuse programs. *Int J Addict* 1989; 24(5): 425-34
- 95 Stewart D, Gossop M, Marsden J, Kidd T, Treacy S. Similarities in outcomes for men and women after drug misuse treatment: results from the National Treatment Outcome Research Study (NTORS). *Drug Alcohol Rev* 2003; 22(1): 35-41
- 96 Stocco P, Llopis Llacer JJ, de Fazio L, Calafat A, Mendes F. Women drug abuse in Europe: gender identity. IREFREA 2000
- 97 Stocco P, Llopis Llacer JJ, de Fazio L, Facy F, Mariani E, Legl T, de Carvalho Lourenco M, Castello A, Rebollida M. Women and opiate addiction: a European Perspective. IREFREA 2002
- 98 Substance Abuse and Mental Health Service Administration, Office of applied studies. Preliminary estimates from the 1995 National Household Survey on drug abuse. Rockville, MD - The Administration 1996
- 99 Suffet F. Female drug use: some observations. *Int J Addict* 1976; 11(1): 19-33
- 100 Taylor A. Women drug users. An ethnography of a female injecting community. Oxford, Clarendon Press 1993
- 101 Taylor A. Why do female drug injectors seek treatment and what difficulties do they encounter. Reports from conference "Women and substance misuse". Brighton 1995: 12-13
- 102 Versino E, Bargagli AM, Salamina G, Amato L, Mathis F, Piras G, Cuomo L, Schifano P, Faggiano F, Davoli M. Studio VEdeTTE - Monografia N° 4 – Analisi descrittiva della coorte arruolata nei primi 18 mesi dello studio. AGAT editrice, Maggio 2005
- 103 Vigna-Taglianti F, Bargagli AM, Mathis F, Schifano P, Diecidue R, Amato L, Salamina G, Piras G, Cuomo L, Davoli M, Faggiano F, Belleudi V. Studio VEdeTTE - Monografia N° 5 – Analisi dei trattamenti dei primi 18 mesi dello studio. Maggio 2005
- 104 Waldron I. What do we know about causes of sex differences in mortality? A review of the literature. *Popul Bull UN* 1985; 18: 59-76

- 105** Wechsberg WM, Craddock SG, Hubbard RL. How are women who enter substance abuse treatment different than men? A gender comparison from the drug abuse treatment outcome study. *Drugs Society*. 1998; 13(1-2): 97-115
- 106** Wingard LD. The sex differential in morbidity, mortality and lifestyle. *Ann Rev Public Health* 1984; 5: 433-58
- 107** Winhusen TM, Kropp F. Psychosocial treatments for women with substance use disorders. *Obstet Gynecol Clin N Am* 2003; 30: 483-499
- 108** Winnicot DW. *Sviluppo affettivo e ambiente*. Armando Editore, Roma 1983
- 109** Zilberman ML, Tavares H, Blume SB, el-Guebaly N. Substance use disorders: sex differences and psychiatric comorbidities. *Can J Psychiatry* 2003; 48(1): 5-13
- 110** Zoja L. *Nascere non basta. Iniziazione e tossicodipendenza*. Edizioni Cortina, Milano 1985
- 111** Zoja L. *Il Gesto di Ettore. Preistoria, storia, attualità e scomparsa del padre*. Bollati Boringhieri editore. Torino 2000

Hanno collaborato alla realizzazione dello studio:**Coordinamento Nazionale****Responsabili scientifici**

Anna Maria Bargagli	Dipartimento di Epidemiologia ASL RME
Fabrizio Faggiano	Dipartimento di Scienze Mediche – Università del Piemonte Orientale “A. Avogadro”

Comitato Scientifico

Carlo A. Perucci	Dipartimento di Epidemiologia ASL RME
Marina Davoli	Dipartimento di Epidemiologia ASL RME
Giovanni Nicoletti	Dipartimento per la Prevenzione - Ministero della Salute
Giovanni Renga	Dipartimento di Sanità Pubblica Università di Torino
Paola Burroni	SerT ASL 1 Torino

Gruppo di Coordinamento Nazionale

Laura Amato, Clara Baldassarre, Anna Maria Bargagli, Valeria Belleudi, Roberto Boccalon, Lucia Carlomagno, Alessandra Carobene, Piero Casella, Francesco Cipriani, Rosa Conforti, Luca Cuomo, Marina Davoli, Salvatore Della Bona, Roberto Diecidue, Fabrizio Faggiano, Gabriella Filippazzo, Bernardo Grande, Gian Paolo Guelfi, Raffaele Lovaste, Claudio Martini, Federica Mathis, Laura Montana, Pier Paolo Pani, Raimondo Maria Pavarin, Giovanna Piras, Giuseppe Salamina, Roberto Sbrana, Patrizia Schifano, Patrizia Sgarzini, Cristina Sorio, Maria Triassi, Elisabetta Versino, Federica Vigna-Taglianti, Giovanni Villani.

Comitato Etico (Regione Piemonte)

Paolo Jarre, Emanuele Bignamini, Pier Maria Furlan, Leopoldo Grosso, Vito Mitola, Maria Teresa Ninni, Maria Renata Ranieri, Maurizio Ruschena, Paolo Vineis.

Collaboratori alla progettazione dello studio ed alla stesura del protocollo:

Gruppo di coordinamento Regione Piemonte: Paola Burroni, Luca Cuomo, Roberto Diecidue, Fabrizio Faggiano, Egle Fergonzi, Silvio Geninatti, Sabrina Giglio, Antonio Iannaccone, Fabio Lampis, Paolo Jarre, Pier Paola Manassero, Claudio Martini, Federica Mathis, Giuseppe Salamina, Antonio Scarmozzino, Elisabetta Versino.

Gruppo di Coordinamento Regione Lazio: Laura Amato, Anna Maria Bargagli, Valeria Belleudi Marina Davoli, Giovanna Piras, Patrizia Schifano.

Gruppi di Conduzione degli Studi Pilota: Daniela Antonelli, Clara Baladassarre, Stefano Berti, Lucia Carlomagno, Piero Casella, Francesco Cipriani, Rosa Conforti, Salvatore Della Bona, Egle Fergonzi, Gabriella Filippazzo (coordinatrice Fattibilità), Sabrina Giglio, Gian Paolo Guelfi, Raffaele Lovaste, Maria Maisto, Pier Paola Manassero, Claudio Martini (coordinatore Validazione Scheda Trattamenti), Laura Montana, Pier Paolo Pani (coordinatore Riproducibilità Questionario di Ingresso), Raimondo Pavarin, Rosolino Vico Ricci, Corrado Risino, Paola Sanna, Patrizia Sgarzini, Cristina Sorio, Maria Triassi, Giovanni Villani.

I partecipanti al Master di Epidemiologia delle Tossicodipendenze, coorte 1996-1998.

Coordinamenti Regionali

Regione Piemonte

Referenti regionali

Antonio Iannaccone, Fabio Lampis

Borsisti

Stefano Bartoli, Paola Bertolini, Maria Grazia Bresciano, Gianluca Cerutti, Daniela Calcagno, Tiziana Campagna, Elena Comba, Raffaella Dalmasso, Simona D'Andrea, Barbara Ghignone, Luca Giordanengo, Federica Sementini, Nicola Marongiu, Mara Romaniello, Brunella Ruffa, Nicoletta Serraino, Barbara Simonelli, Valentina Surgo, Stefano Verona.

SerT e Operatori

■ SerT Via Bertola

Paola Burroni, Ruggero Gatti, Anna Bertin, Gabriella Bianco, Luisella Boggio, Gianbattista Bosco, Antonella Bruatto, Silveria Cali, Luciano Cittadino, Barbara De Stefani, Giulio Di Francia, Alessandra Francescato, Anna Maria Gagliano, Grazia Gallo, Simonetta Novarino, Carla Giubbolini, Valeria Grasso, Antonio Pistonina, Silvia Romanisio Mara Rotelli, Paola Russo, Marta Saponaro, Paola Savio.

■ SerT Via Lombroso

Antonio Iannaccone, Stefania Boglio, Maria Cedrola, Raffaella Dalmasso, Daniela Dutto, Marina Garneri, Aldo Gentile, Daniele Giuliadori, Antonio La Valle, Sonia Lio, Maria Grazia Minetti, Roberto Pezzano, Giuseppe Pugliese, Michelangelo Rainone, Marina Siddi, Ornella Testa.

■ SerT Via Montevideo.

Egle Fergonzi, Antonio Amodio, Nadia Biancotti, Cinzia Bordoni, Chiara Bottino, Valerio Ceolato Caliaro, Monica Chirieleison, Francesco Gallo, Cecilia Iacomuzzi, Francesca Imbraguglio, Maria Lucia Maielli, Bernardina Odennino, Romeo Specchia.

■ SerT Via Nergaville

Marina Podio, Pierluigi Allosio, Natalina Brussino, Fiorenza Camilli Meletani, Vanda Casali, Gloria Castagno, Guido Gavioli, Nadia Gennari, Anna Giuliano, Antonella Griffa, Fulvia Ivaldi, Alessandra Mazzoleni, Sabrina Orlandella, Chiara Revelli, Vittorio Nicola.

■ SerT Via Nomis di Cossilla

Antonino Matarozzo, Felicia Vero, Lucia Alessi, Paola Abbate, Maria Grazia Barbaro, Stefania Barsanti, Antonella Detta, Guido Fulcheri, Patrizia Gaido, M. Rosalia Lipera, Paolo Marasà, Dorella Marini, Paola Meloni, Raffaella Mezzani, Alessandro Rossi, Paolo Semeraro, Mariella Trifolò, Cristina Zerbini.

■ SerT Via Monte Ortigara

Concetta Amore, Jeanine Bottero, Tiziana Campagna, Claudia Carnino, Tiziana Casalicchio, Roberto Diecidue, Tina Ferraro, Angelina Fioretti, Enrica Galvani, Rossella Lai, Piero Lavarino, Sandra Levi, Maria Rosaria Lipera, Jolanda Nazzari, Enrica Palladino, Anna Pasquinio, Luisella Pianarosa, Anna Romano, Maria Russo, Monica Stara, Filomena Taffuri, Sergio Tedesco, Lucia Triolo, Eva Vignolo.

■ SerT Via Pacchiotti

Emanuele Bignamini, Paolo Barchi, Anna Maria Bornacin, Domenica Corradino, Vittorio Cutraro, Nicoletta Fubini, Clara Garesio, Paolo Guerci, Caterina Mammoliti, Maria Minniti, Armando Monaco, Daniela Ostano, Bruno Scutteri, Bruno Tortia, Rocco Silipigni, Mascia Vezio.

■ SerT Corso Lombardia

Luigi Arceri, Alberico Bennardo, Paola Bogliaccino, Giovanna Bonadonna, Eleonora Buganè, Carolina Cappa, Domenico Cardea, Barbara Carli, Giorgio Cerrato, Marina Cortese, Paola Coscio, Michela Damiani, Enrico De Vivo, Manuela Dorella, Luciana Gaudino, Luca Giordanengo, Michela Gnavi, Maria Girdinazzo, Elena Giuliano, Rosanna Giulio, Alice Martinelli, Claudio Martini, Paola Meloni, Valeria Moschese, Giorgio Nespoli, Antonio Notarbartolo, Valter Pellegrini, Pelloni Luciana, Franca Pisarra, Caterina Plateroti, Maria Rina Porta, Margherita Ricciuti, Emanuela Rivela, Maria Rosa Scafidi, Angelo Scano, Cristina Tebaldi, Maria Grazia Terzi, Enrico Teta, Sara Zazza.

■ SerT Via Ghedini

Silvio Geninatti, Francesca Amore, Marcellina Bianco, Gabriella Brachet Sergent, Antonietta Bruatto, Antonella D'amico, Paola D'Amore, Daniela De Rossi, Emanuela Destino, Daniela Fenoglio, Siria Fuggetta, Angelina Fusco, Michela Giannuzzi, Angelo Giglio, Franca Mangatia, Tania Palmatè, Paolo Perretti, Paolo Pesce, Fabrizio Piuma, Nicoletta Ponasso, Lucia Portis, Nicoletta Robotti, Gabriella Rocca, Andrea Rossi, Cinzia Rubbioli, Margherita Scarafiotti, Maria Senatore, Carmen Silvan, Silvana Sinopoli, Daniela Toaldo, Elena Vigna.

■ SerT Corso Vercelli

Augusto Consoli, Nunzia Adduci, Franco Aimone, Lucia Alessi, Caterina Ambrogio, Daniele Bagni, Antonella Baietto, Paolo Massimo Baruchello, Maria Bellante, Paolo Bracco, Cristina Dalena, Paola Damiano, A. Maria De Chiara, Maura De Macchi, Paola Faraon, Maria Foti, Antonia Maria Gaita, Pierangela Gallo, Rita Gonella, Elsa Marcaccini, Teresio Minetti, Nicoletta Paccò, Raffaella Pellegrino, Filomena Spagnuolo, Elisabetta Todisco, Marzia Villata, Fabrizio Zucca.

■ SerT Collegno

Paolo Jarre, Maria Elena Aimò, Silvana Aliberti, Bruna Audino, Susan Bicheler, Fabio Cerone, Paola Dughera, Elvira Garrone, Elvira Giorcelli, Galdino Le Foche, Giovanna Marletta, Vezio Mascia, Donatella Mondino, Simonetta Momo, Sergio Neirotti, Clara Pansa, Erica Policardi, Silvia Rosina, Antonella Scarpinato, Marzia Spagnolo, Sabrina Zamparini, Claudia Zuffellato.

■ SerT Rivoli

Rocco Mercuri, Maria Paola Abbate, Cristiana Avalor, Vilma Buttolo, Bruno De Fazio, Paola Dughera, Marina Fiorido, Nino Flesia, Simona Frantone, Cristina Garriga, Elvira Garrone, Ornella Guido, Luciana Lagotto, Maria Marangon, Rita Meotto, Marina Pitasi, Rosa Recchia, Samantha Siviero, Massimo Sorce, Sebastiano M. Spicuglia, Sabrina Zamparini.

■ SerT Orbassano

Pino Faro, Sabrina Anzillotti, Angela Bono, Carmen Cavalleri, Ernestina Cigala, Barbara Corbella, Cristina Ceruti, Katia Chianello, Sergio De Rienzi, Stefano Garbolino, Giorgia Goria, Beatrice Irico, Daniela Lapio, Giuseppe Laurato, Carla Lombardini, Maria Marangon, Paola Monaci, Daniele Pini, Marilena Ruiu, Mariangela Santoro, Angelo Vaccaro.

■ SerT Avigliana

Sergio Neirotti, Raffaella Collesei, Tiziana Cuomo, Francesco Greco, Simona Fassone, Marina Ielasi, Mauro Martinasso, Laura Moiso, Antonia Nico, Alessandra Novelli, Ivo Peroglia, Silvana Pitrolo, Francesca Santisi, Maurizio Spicuglia, Rosanna Taberna.

■ SerT Giaveno

Andrea Bugnone, Barbara Battistini, Rosanna Bosio, Barbara Corbella, Massimo Gozzelino, Silvia Mismetti, Nadia Mola.

■ ASL 15

Alberto Arnaudo, Tiziana Alessandria, Guido Armando, Pierpaolo Bellino, Valeria Bellone, Mariella Bonello, Franca Campio, Gabriella Caselli, Deanna Castelletti, Laura Chiappello, Michele Consoli, Carlo Contaldi, Francesca Deidda, Linda Dutto, Sabrina Giglio, Luisa Giorda, Brunella Giordanengo, Laura Leinardi, Maria Lovera, Pierpaola Manassero, Carlo Mandrile, Vilma Massucco, Giuseppe Moschella, Mirella Perasso, Luigia Pollani, Silvia Re, Ottaviano Ruberto, Michele Sirchia, Vanessa Viale, Cristina Vignotto.

Regione Friuli Venezia Giulia

Referenti regionali

Maria Maisto, Laura Montana, Anna Peris

Borsisti regionali

Maria Arca

SerT e Operatori

■ SerT Udine

Claudio Bello, Katia Bombasaro, Nicoletta Coduti, Giovanni Justulin, Hamid Kashanpour, Enrico Moratti, Nicola Romano, Ginevra Sarcinelli, Roberto Urizzi.

Collaboratori

Marina Barbo, Barbara Cantarelli, Elisabetta Cescutti, Ivana Gaeta, Gaetano Gigliotti, Donatella Malacarne,
Lucia Miniussi, Lilia Peresani, Danilo Pigat, Mascia Renzulli, Caterina Roia, Ariella Valent

Provincia Autonoma di Trento

Referenti regionali

Laura Castegnaro, Raffaele Lovaste

Borsisti regionali

Stefano Vettorazzi

SerT e Operatori

■ SerT Trento

Antonella Accordini, Donata Barella, Mariangela Brunet, Stefania Calmasini, Silvana Chiasera, Cristina Contu, Marco Cova, Stefano Del Dot, Barbara Fava, Roberta Ferrucci, Pietro Gianfranceschi, Federica Guarda, Chiara Guella, Raffaele Lovaste, Maria Luisa Lunz, Domenico Marcolini, Paola Masciadri, Pasquale Naim, Paolo Pajer, Mario Pezzano, Daniela Slomp, Claudia Toninelli, Martina Trentin, Iva Vedovelli

Regione Emilia Romagna (Provincia Ferrara)

Referenti regionali

Franca Baraldi, Cristina Sorio

Borsisti regionali

Simona Massaro

SerT e Operatori

■ SerT Ferrara

Cristiano Capisani, Grazia Gamberini, Cristina Guadagnino, Enrico Frozzi, Stefano Gambetti, Ermanno Margutti

■ SerT Copparo

Gloria Cattani, Manuela Fabbri

■ SerT Portomaggiore

Patrizia Mazzocchi, Donata Soffritti

■ SerT Codigoro

Giuseppe Cavalieri, Gloria Evangelisti

■ SerT Cento

Maria Rosa Fariselli, Giovanna Laghi

Regione Emilia Romagna (Provincia Bologna)**Referenti**

Franca Baraldi, Raimondo Maria Pavarin

Borsisti regionali

Francesco Moccia

SerT e Operatori

- SerT distretto di Savena

Catia Leoni

- SerT Borgo Reno

Maria Grigoli

- SerT Porto

Cristina Albertazzi

- SerT Navile

Innamorati

- SerT S. Donato – S. Vitale

Mauro Covilli

Regione Liguria**Referenti regionali**

Alessandra Carobene, Roberto Sbrana, Sergio Schiaffino, Anna Testa

SerT e Operatori

- SerT Genova

Paola Amuzzo, Claudia Buscaglia, Francesco Casu, Rosalia Cataldo, Elisabetta Crosa, Lorenza Farina, Violetta Lorenzini, Maria Luisa Guelfi, Fabrizio Marcolongo, Giuseppe Marino, Rita Sciorato, Franca Venturini

- SerT La Spezia e Sarzana

Maurizio Fontana, Luigi Bardellini, Neide Borghini, Alfredo Casini, Franco Fusco, Stefania Gozzani, Adriana Marciano, Nadia Ortu, Alessandra Puciarelli, Silvano Raffaella, Luca Bassano

Regione Toscana**Referenti regionali**

Giuseppina Cabras, Lucia Carlomagno, Francesco Cipriani

Borsisti regionali

Marcella Conte

SerT e Operatori

- SerT Grosseto

Alessandro Bazzani, Roberta Bertoni, Santa Cucchi, Luigi Di Tommaso, Fabio Falorni, Sonia Medei, Paolo Pani, Antonella Petrucci, Maria Grazia Petruzzello, Giuseppe Raito, Claudia Sarcoli, Anna Teresa Solito, Roberto Turillazzi

- SerT Prato

Roberto Alessi, Marco Bensetti, Luciano Bossa, Chiara Giovannini, Antonella Manfredi, Roberto Matteoni, Giovanni Mattiolo, Stefano Paoletti, Francesco Piliero, Donatella Rizzi, Domenica Vaiana

■ SerT Firenze

Lucia Ciuffi, Francesca Nardi, Donella Posarelli, Elena Pierozzi, Laura Ulivieri

■ SerT Empoli

Daniela Cervigni, Francesco La Manna, Sofia Malandrini, Paola Mariani, Daniela Parri, Maura Tedici, Laura Poggi, Stefano Scuotto, Maurizio Ticci, Tiziana Vico

■ SerT Fucecchio

Paolo Barnini, Lucia Carlomagno, Cira Cuomo, Simona Erbi

■ SerT Arezzo

Carla Biagianti, Fabrizia Giusti, Anne Marioli, Fiorenzo Ranieri

Regione Marche

Referenti regionali

Nicola Scola, Patrizia Sgarzini

Borsisti regionali

Lazzari Giandomenico

SerT e Operatori

■ SerT Ancona

Abu Asi Zaher

■ SerT Macerata

Francesca Cipriani

■ SerT Civitanova Marche

Nina Orsini, Patrizia Ercoli

■ SerT Porto S. Elpidio

Biancarosa Tosoni

■ SerT Pesaro

Chiara Simoncelli

Regione Lazio

Referenti regionali

Simonetta Fratini, Giovanna Piras

SerT e Operatori

■ SerT Roma P.zza 5 Giornate

Laura Amato, Claudio Baldelli, Stefania Ballesi, Piero Casella, Marilena Calleri, Patrizia Carocci, Alba Rosa, Roberto Sorani

■ SerT Roma Via Val Cannuta

Daniela Castiglia, Maria Grazia Niutta

■ SerT Roma Via Casilina, 397

Siviero Albani, Adriana Bartoli, Anna Brillì, Paola De Scalzi, Luisella Ferraris, Daniele Navarra, M. Grazia Scaglione

■ SerT Roma Via Dei Sestili

Rosanna Casacca, Ottavia Cardinali, Susanna Collodi, Clara Raffaelli, Antonella Vasta

■ SerT Roma S.M. Della Pietà

Germana Carlotti, Antonietta Ciancio, Maria Luisa Di Pinto, Antonella Giannella, Rita Liberati, Luisa Lucentini, Massimo Musca, Goffredo Maurizi, Marina Santoli, Marco Sedda, Elena Sperduti, Federico Tomassini, Stefano Tauro

- SerT Roma Via Appia Antica
Claudia Chiarolanza, Claudio Leonardi
- SerT Terracina
Rosanna Manca, Marco Masci, Marina Realacci
- SerT Formia
Mario Chiaviello, Immacolata Coccoluto, Vottorio Santi
- SerT Rieti
Anna De Santis, Nadia Eleuteri, Anna Rita Mareri, Stefano Margheritelli, Anna Vicentin
- SerT Velletri
Luana Ascì, Maria Luisa Erculei, Eleonora Di Leva, Emanuela Falconi, Paola Lanciotti, Giovanna Marafini, Simonetta Mattioli, Luigi Passeri, Corrado Risino, Angelina Salimbeni
- SerT Genzano
Aniello Izzo, Giancarlo Vaccarella
- SerT Riano
Giuseppe Barletta, Sandra Gualandi, Loretta Piarulli, Elisa Pizzo, Lorena Splendori
Collaboratori: Monica De Sica, Isabella Palmieri
- SerT Monterotondo
Maria Grazia Caputo, Alessandra Paciucci, Francesca Piccolo
- SerT Civitavecchia
Anna Maria Bernetti, Iole Calvigioni, Rosa Caporuscio, Cinzia Di Camillo, Carlo Massari, Anna Rita Mattera, Antonella Rollo, Salvatore Scarlata, Rosaria Verdina
- SerT Colferro
Filomena Barrea, Conti Alessandra, Antonella Renzi, Cristiana Sarno
- SerT Ciampino
Serena Battisti, Lucia De Conteris, Marina Del Monte, Simonetta Della Scala
- SerT Bracciano
Cynthia Cocilovo, M. Grazia De Paola, Federica Fais, Silvia Gatto, Cinzia Polverini, Ornella Sciamanna
- SerT Tarquinia
Enrico Capotorti, Massimo Ginanneschi
- SerT Subiaco
Paolo Colaïori, Anna Palmieri

Regione Campania

Referenti regionali

Maria Triassi, Clara Baldassarre, Margherita De Florio, Rosanna Romano, Carlo Petrella

Borsisti regionali

Giovanni Grasso

SerT e Operatori

- SerT di Caserta
Rossana Aglione, Antonio Borriello, Maria Pia Caporini, Maria Teresa Corvino, Pasquale D'Aniello, Nadia Esposito, Carmelina Gabriele, Carmela Gagliardi, Palma Vera Geremia, Olga Grani, Filomena Maciariello, Anna Mazzitelli, Giuseppina Palumbo, Pasquale Pianese, Anna Pizzirusso, Pasqualina Riccardi, Maria Rosaria Rossi, Zuzana Simonova, Carmelo Siragusa
- SerT di Castellamare di Stabia
Bruno Aiello, Carla Di Maio, Giovanna Grieco, Roberta Longobardi

■ SerT Napoli Via Scherillo

Mario Amatiello, Annalisa Catalano, Chiara Cicala, M. Francesca D'Ambra, Luigi De Matteis, Sergio De Rienzi, Maria Di Santo, Claudio Fasulo, Giuseppe Malgieri, Giovanna Mastantuoni, Fernando Morra, Stefano Vecchio, Laura Villani, Alfonso Ciaramella, Antonietta Antiacido, Giuseppe Mauriello

■ SerT Nola

Francesco Ambrosino, Paolo Scala, Giambattista Sorrentino

■ SerT Aversa

Luigi Andreozzi, Emilia Ascoli, Michele Campanile, Antonio D'Amore, Anna Falcone, Roberto Mariniello, Sebastiano Ottaviano, Pasquale Pisano

■ SerT Napoli Via Terracina

Clara Baldassarre, Maria Vittoria De Nigris, Franco Teodora, Pasquale Pianese, Laura Sibilla, Carolina Zirpolo

■ SerT Benevento

Vincenzo Severino Biancolilli, Ernesto Margherini, Giovanni Molinari

■ SerT Napoli Via Bartolo Longo

Luigia Cappuccio, Teresa Centro, Paola Fusaro, Maria Cira Grimaldi, Anna Longobardo, Valerio Mastrilli, Matteo Nespoli, Anita Rubino, Lucia Vitiello

■ SerT Capua

Paola Carratù, Pia Cesaro, Marina Rivellini, Rosario Spalice

■ SerT Pozzuoli

Biagio De Stasio, Maria Del Gaudio, Pasquale Iannuzzi, Gennaro Marcone, Enzo Schiano, Patrizia Tipaldi, Fiorenzo Minerva, Giovanni Salerno

■ SerT Vallo Della Lucania

Gerardina Di Gregorio, Teresa Galzerano, Rosanna Schiavo, Antonio Mondelli

■ SerT Teano

Domenico Marino, Giuseppina Marra, Giovanni Scialdone, Franca Serino, Franco Napolano, Giovanni Caparco

■ SerT Avellino

Lidia Scaglione, Virginia Tirelli, Anna Gabriella Pugliese, Filomena Romano

■ SerT Marcianise

Raffaele Scirocco

Regione Puglia

Referenti regionali

Salvatore Della Bona, Antonella Marra, Giovanni Villani, Giuseppe Martinelli

SerT e Operatori

■ SerT S. Giovanni Rotondo

Giovanni Barone, Antonio Calderisi, Filomena Cappucci, Maria Rosaria Clemente, Francesca De Biase, Pierina Del Conte, Maria D'Errico, Maria Dionisio, Giuseppe D'Orio, Mattia Falcone, Maddalena Longo, Teodora Lorusso, Pio Martino, Michela Nardella, Anna Rita Simone, Angela Soccio, Giovanni Villani

■ SerT Foggia

Amalia D'Agnessa, Maria Antonietta Giordano, Miriam Impedovo, Massimo Lattanzio, Vincenzo Manna, Giuseppe Mescia, Marina Sammartino, Luigina Valvano

■ SerT Maglie

Vincenzo Ampolo, Vincenza Cavalera, Salvatore Della Bona, Anna Della Giorgia, Maria Teresa Maglio, Giorgina Toma Zollino, Luigi Mannella, M. Antonia Leucci

■ SerT Bari Via Calefati

Domenico Cafagna, Daniela D'Ambrosio, Teresa Della Valle, Vittoria Fiore, Paolo Giannini, Anna Rita Muscella, Maria Laura Pennacchio, Anna Maria Persano, Alberto Santa Maria, Anna Sigismondi, Giulia Tedesco, Lucia Virgilio, Maria Zupo

■ SerT Brindisi

Francesco Catalucci, Filomena Martino, Laura Muraglia, Cosima Poli, Concetta Sabatelli, Francesca Valzano

■ SerT Lecce

Francesco Abate, Simonetta Gentile, Alessandra Guidato, Liliana Macri, Cristina Rollo, Rosangela Vaglio

Regione Calabria**Referenti regionali**

Rosa Conforti, Bernardo Grande

Borsisti regionali

Alessandra Magro, Luca Romeo

SerT e Operatori**■ SerT Catanzaro**

Audino Maria, Battaglia Rosalba, Campanelli Marsilia, Corea Carmen, Faragò Paola, Lo Prete Teresa, Maria Mancuso, Marina Reda, Gionelda Panella, Cinzia Ranieri, Rita Rossi, Maria Rita Venuto

■ SerT Cosenza

Concetta Donnici, Antonietta Fiorita, Mariella Falbo

Collaboratori esterni: Isabella Iacino, Patrizia Intini

■ SerT Castrovillari

Roberto Calabria, Giovanni Cortese, Carolina Lauria, Anna Manzo, Raffaella Minervini, Rosanna Ragone

■ SerT Crotone

Marco Paolucci

Regione Sicilia**Referenti regionali**

Sergio Canfarotta, Monica Di Giorgi, Gabriella Filippazzo, Salvatore Scondotto

Borsisti regionali

Sebastiano Pollina Addario, Anna Proclamà

SerT e Operatori**■ SerT Palermo Via Filiciuzza**

Maria Ciraso, Gaetana Cammara, Rosa Canepa, Patrizia Capri, Eleonora Cutaia, Armando Di Filippo, Caterina Mangia, Concetta Noto, Carmela Ridulfo, Pier Francesco Sannasardo, Elio Tirrito, Caterina Vela

■ SerT Cefalù

Maria Rosa Zito

■ SerT Palermo Via Antonello da Messina

Alessandro Bidona, Patrizia Bongiardina, Maria Grazia Falzone, Alessandro Lipari, Tiziana Magaddino, Valeria Muzzo, Silvana Scardina, Itala Stancampiano, Giuseppina Tocco, Maria Rosaria Vitagliano

■ SerT Palermo Via Roccazzo

Marco Berardi, Carlo Cangemi, Daniela D'Amico, Patrizia Gioè, Elio Montone, Francesca Neglia, Maria Pia Pepe, Rosa Brigida, Giuseppina Ricco, Laura Stancampiano, Filippo Triolo, Maria Troia, Elena Vattiatto

■ SerT Montelepre

Eufemia Russo

■ SerT Termini Imerese

Alberto Stimolo

■ SerT Augusta

Roberto Castro, Enza D'Antoni, M. Grazia Di Fazio, Concetta Florio, Francesco Illiano, Adriana Landieri, Giuseppina Leonardi, Carmela Solarino, Giuseppina Tusa

■ SerT Lentini

Olivia Bartolotta, M. Assunta Ficili, Letterio La Corte, M. Concetta Lo Castro, Alfia Pulvirenti, Carmela Saraceno, Antonella Vinci

■ SerT Alcamo

Angela Bongiorno, Guido Faillace

■ SerT Catania Via Turrisi Colonna

Alessandra Astorina, Alessandra Biondo, Agata Bonomo, Paolo Castorina, Albina Caudullo, Chiara Coscarelli, Barbara Di Stefano, Elisabetta Leonardi, Annalisa Mancuso, Valeria Milioni, Valentina Moncada, Rossana Muratore, Patrizia Re, Luisa Rosso, M. Teresa Ribauda, Annamaria Sapienza, Roberto Schembri, Antonina Squillaci, Angela Zaffora

■ SerT Enna

Pasqualino Ancona, Stefano Dell'Aera, Laura Fiamingo, Rita Micciché

■ SerT Nicosia

Rossella Cucci, Loredana Licata, Michele Parisi

■ SerT Piazza Armerina

Tania Bucceri, Patrizia Roccella, Maria Luisa Consoli

■ SerT Messina V.le Europa

Francesco Barbieri, Lidia Salvà, Maria Truglio

■ SerT Patti

Ada Giuttari

■ SerT Canicatti

Francesco Alongi, Maria Marchese Ragona

■ SerT Agrigento

Renato Andriani, Franca Musso

■ SerT Ribera

Anna Garuana, Angela Zambito

■ SerT Licata

Marina Giardinelli, Angela Pendolino, Carmelo Piparo

■ SerT Gela

Angela Caruso, Concetta Maganuco

■ SerT Adrano

Roberto Pagano, Rosanna Viglianti

■ SerT Bronte

Nunzio Lanza

■ SerT Camporotondo

Giovanni Angemi, Salvatore Privitera

■ SerT Catania Via S. Agostino

Sergio Amico, Donatella Bisconti, Marco Cappuccio, Gabriella Iacono, Salvatore Scardilli, Elisa Teramo

■ SerT Giarre

Carmela Lidia Costa, Angelo Paolo Melita, Carmela Musumeci, Nelli Pruiti, Emilia Rienzi

■ SerT Palermo Via Pindemonte

Anna di Cristina, Patrizia Giglio, Margherita Mistretta, Daniela Palumbo, Emma Perricone, Maria Restivo, Giovanna Ripoli, Patrizia Russo, Giampaolo Spinnato

Regione Sardegna

Referenti regionali

Ilario Carta, Pier Paolo Pani, Giuseppina Seddone

Borsisti regionali

Marco Zaccheddu

SerT e Operatori

■ SerT Oristano

Stefania Frigato, Marina Lasi

■ SerT Olbia

Rosalba Cicalò, Adriano Floris, Ida Flora Manca

■ SerT Sassari

Giovanni Carpentras, Danila Grazzini

■ SerT Nuoro

Nina Paola Giaccu, Carmina Lovicu

■ SerT Guspini

Renzo Atzei, Giuseppa Rosa Lai

■ SerT Macomer

Giovanni Cau

■ SerT Cagliari

Francesca Biancu