

sul piano giuridico e disciplinare connesse all'uso o abuso delle sostanze psicotrope da parte del personale militare.

Nello specifico, è previsto che i Comandanti si adoperino per:

- rendere più incisiva l'attività di dissuasione e di contrasto in linea con il principio tolleranza zero di tutte le droghe, comprese quelle cosiddette leggere, in particolare nei Teatri Operativi;
- effettuare i controlli a campione drug test (5% mensile in Patria e 3% settimanale in T.O. – COMLOG SANITA' 2000), vigilando sulla corretta effettuazione e con l'effetto sorpresa;
- sviluppare una capillare informazione, a cura degli Ufficiali medici, su tutto il personale, a ogni livello, con particolare riguardo per i rischi sulla salute, ma anche sulle possibilità di recupero;
- organizzare conferenze-dibattiti di educazione alla salute e di prevenzione delle dipendenze in senso lato (anche sul fumo, farmacodipendenza, gioco d'azzardo), con la partecipazione, ove possibile, di operatori di comunità di recupero;
- costante attenzione e osservazione dei comportamenti del singolo al fine di cogliere eventuali indicatori (es. assenze ripetute, nervosismo e aggressività, isolamento, bisogno di denaro crescente, diminuzione efficienza sul lavoro)
- controllo delle caserme con unità cinofile delle F. di Polizia.
- ascolto attivo del personale, creando empatia e comprensione delle problematiche, rafforzando sani modi di pensare e agire improntati alla chiarezza, lealtà, correttezza e rispetto;
- campagne di sensibilizzazione del personale aventi la finalità di far prendere coscienza dei rischi sulla salute ma anche delle possibili gravi conseguenze e ripercussioni negative sul servizio, ad esempio sul rilascio/conferma del NOS, sulla patente di guida (sia militare che civile), su abilitazioni e brevetti, sull'idoneità a particolari mansioni, etc.

Inoltre, vi è una disposizione di F.A. che prevede che l'azione di sensibilizzazione sul fenomeno sia inserita nei programmi formativi degli Istituti di formazione e nei programmi addestrativi degli EDR (periodicità trimestrale), riportando su apposito registro le attività svolte.

Ogni abuso riscontrato viene comunicato tempestivamente (72 ore dall'evento) al vertice competente - III RIF/COE tramite una relazione riportante anche le attività preventive svolte nello specifico EDR, con eventuali precedenti relativi al personale coinvolto.

Per quanto attiene invece alle specifiche attività di prevenzione in materia di tossicodipendenze e di supporto psicologico di F.A. si rappresenta che tali attività sono affidate, nell'ambito delle strutture sanitarie dipendenti dal Comando Logistico dell'Esercito, agli operatori militari e civili dell'A.D. e al personale civile convenzionato dei Consulori Psicologici delle strutture stesse. Nell'ambito degli EDR tali attività sono a cura dei Dirigenti il Servizio Sanitario militare, degli Ufficiali medici e, ove presenti, degli Ufficiali psicologi, Ufficiali Consiglieri e dei Cappellani militari.

Nel periodo in esame i Consulori Psicologici operanti presso i Dipartimenti Militari di Medicina Legale (DMML) di Milano, Padova, Roma, Messina e Cagliari e presso il Policlinico Militare di Roma, hanno svolto attività di consulenza psicodiagnostica ai fini medico-legali in supporto alle Commissioni Mediche Ospedaliere e psico-educazionali, di informazione e consulenza a supporto dei DSS dei rispettivi bacini d'utenza. In alcune sedi sono stati realizzati programmi autonomi di prevenzione e organizzati incontri informativo-divulgativi anche a favore delle famiglie del personale militare, in base alle domande di intervento pervenute.

Inoltre sono stati effettuati controlli tramite drug test su campione di urina, in ottemperanza alla normativa vigente, riguardo al personale con incarico di conduttore, al

personale addetto alle mansioni a rischio, a quello in servizio in Patria, nella misura del campione mensile del 5% della forza effettiva dell'Ente di appartenenza.

A livello di EDR è in atto da tempo un programma di informazione/educazione sanitaria a favore del personale militare dipendente curato dai DSS /Ufficiali medici, esplicito con attività sugli aspetti sanitari e le relative implicazioni medico-legali e disciplinari derivanti dall'uso di stupefacenti e abuso di alcol e tabacco.

MARINA MILITARE

Le linee d'intervento intraprese, anche nel 2015, dall'Ispettorato di Sanità della Marina Militare hanno condotto azioni di prevenzione che si sono concretizzate come segue:

a. Prevenzione Primaria

— Il **drug testing program** è un programma che si configura come uno specifico strumento di prevenzione articolato in varie fasi, da quella informativa e di sensibilizzazione a quella identificativa e di diagnosi precoce: il controllo randomico obbligatorio di tutto il personale (fino al 10% della forza, per ogni trimestre), tramite la contestuale raccolta e analisi di un campione di urina, l'imprevedibilità di tale verifica, le implicite ricadute disciplinari e medico-legali connesse alla "positività", richiamano continuamente l'attenzione di tutto il personale, ed in particolare degli allievi e dei giovani militari, sulla necessità di non ignorare o banalizzare il rischio di comportamenti tossicofili, esercitando così un incisivo effetto dissuasivo verso il contatto con le sostanze stupefacenti.

Nonostante non espressamente parte del programma, il monitoraggio dell'assunzione di droghe viene costantemente effettuato durante tutti i concorsi della M.M., mediante l'effettuazione obbligatoria della ricerca urinaria dei cataboliti delle principali sostanze psicotrope (oppiacei, cannabinoidi, cocaina, amfetamine, metadone), quale prerequisite indispensabile per la definizione dell'idoneità e della relativa coefficientazione PS in seno alle visite psico-fisiche. Inoltre tutto il personale appartenente a determinate categorie/specialità/abilitazioni (fra cui gli autisti e i lavoratori in quota) viene annualmente valutato, durante le visite di idoneità al Servizio M.M., con la verifica urinaria dell'uso di sostanze stupefacenti e/o di sostanze psicotrope.

- Vengono effettuate periodiche **conferenze informative**, tenute da Ufficiali Medici e/o Psicologi, orientate a sensibilizzare tutto il personale militare alle tematiche dell'educazione alla salute, con particolare riguardo ai rischi connessi all'abuso di alcool, tabacco, droghe, e alle patologie che dall'uso/abuso voluttuario di tali sostanze potrebbero derivare (contagio da virus HIV, ecc.).

— Durante l'iter formativo schedato presso l'Accademia Navale di Livorno vengono svolti dei corsi di psicologia e medicina legale, con riferimenti agli specifici aspetti giuridici, medico legali e psicodinamici più aggiornati relativi alle tossicodipendenze; tale ciclo di lezioni è finalizzato a sviluppare negli Ufficiali del Corpo Sanitario una maggiore sensibilità per le problematiche legate al disagio psicologico spesso correlato all'abuso di alcol e droghe, affinando quella prerogativa, che dovrebbe essere propria del sanitario in genere e non soltanto del medico, di saper riconoscere e successivamente gestire con sicurezza e nel pieno rispetto della privacy, i casi pervenuti all'attenzione. Quanto sopra ai fini soprattutto di una corretta valutazione ed inquadramento di una problematica particolarmente cogente in F.A.

b. Prevenzione Secondaria

– Attraverso la rete di strutture psicologiche, istituite dallo Stato Maggiore della Marina il 1° Gennaio 1987 (Consultori Psicologici e Servizi di Psicologia), è stata posta in essere l'attività di diagnosi precoce e di supporto psicologico nei riguardi del personale. Tale organizzazione, la cui struttura ed i cui meccanismi sono stati affinati nel tempo, ha il compito di evidenziare situazioni personologiche, socio-culturali e ambientali a "rischio" per lo sviluppo di disturbi psichici o per la tossicofilia/tossicodipendenza ed ha contribuito, effettivamente, a limitare il fenomeno. Detta attività è coordinata, a livello Centrale, dalla Sezione di Medicina Legale e Contenzioso Sanitario del 2° Ufficio dell'Ispettorato di Sanità M.M.

– Gli accertamenti e provvedimenti medico-legali da adottarsi per i casi di tossicodipendenza, tossicofilia, assunzione occasionale di sostanze stupefacenti-psicotrope vengono svolti dal 2010 con l'introduzione, dall'allora Direzione Generale della Sanità Militare, del "Regolamento applicativo per le FF.AA. delle procedure per gli **accertamenti sanitari di assenza di tossicodipendenza o di assunzione di sostanze stupefacenti o psicotrope**". L'accertamento dell'uso abituale di sostanze stupefacenti o psicotrope si fonda su uno o più degli elementi valutativi di seguito indicati:

1. riscontro documentale di trattamenti socio-sanitari per le tossicodipendenze presso strutture pubbliche e private, di soccorsi ricevuti da strutture di pronto soccorso, di ricovero per trattamento di patologia correlata all'abuso di sostanze stupefacenti o psicotrope, di precedenti accertamenti medico-legali;
2. segni di assunzione abituale della sostanza stupefacente o psicotropa;
3. sintomi fisici o psichici di intossicazione in atto da sostanze stupefacenti o psicotrope;
4. sindrome da astinenza in atto;
5. presenza di sostanze stupefacenti e/o loro metaboliti nei liquidi biologici e nei tessuti.

Il personale militare, sospetto assuntore di sostanze stupefacenti, dovrà essere sottoposto ad accurati controlli di laboratorio e a valutazioni psicopatologiche presso i Servizi Sanitari competenti, i quali potranno avvalersi della Sezione di Psichiatria e Psicologia/Consultorio Psicologico per le opportune valutazioni cliniche.

Gli accertamenti, per il personale di F.A., sono effettuati da medici e analisti di laboratorio presso gli Enti Sanitari di F.A. in condizione di sicurezza clinica e con l'esclusione di metodiche invasive.

Le fasi procedurali da seguire sono così schematizzabili:

- raccolta del campione di urine in apposito contenitore a quattro provette (provetta da testare e provette di controllo) preventivamente etichettate con nominativo e firma dell'esaminando, data e ora del prelievo, nominativo e firma del responsabile della raccolta;
- qualora l'urina nella provetta da testare risulti positiva allo screening (metodo immunoenzimatico) per cataboliti delle sostanze psicotrope e/o stupefacenti, si eseguiranno le analisi di secondo livello (metodo gas-cromatografico). Il contenitore con il campione di urina, congelato, viene custodito per almeno un anno, essendo così disponibile per ulteriori verifiche in sede giudiziaria.

Personale in ferma prefissata

L'esito positivo degli accertamenti diagnostici per l'uso, anche saltuario od occasionale, di sostanze stupefacenti, nonché per l'utilizzo di sostanze psicotrope a scopo non terapeutico, comporta il proscioglimento ai sensi dell'art. 957 del Decreto Legislativo 66/2010.

Personale in S.P.E.

A cura del Comando di appartenenza dovrà essere sottoposto ad attività di sostegno e di rieducazione sanitaria presso i Consultori Psicologici militari. Detto personale verrà, inoltre, sottoposto ad accurata e approfondita valutazione clinica e psicodiagnostica finalizzata ad accertare la strutturazione personologica e/o psicopatologica di fondo e/o patologie organiche concomitanti, che sottendono l'abuso, onde accertare l'inidoneità al servizio militare per altra causa.

L'interessato deve dichiarare la propria disponibilità a sottoporsi ad un trattamento sociosanitario riabilitativo sottoscrivendo apposita dichiarazione di impegno. Egli potrà così beneficiare del periodo massimo di aspettativa (730 giorni, anche non consecutivi, nell'arco di cinque anni). I Servizi Sanitari M.M. territorialmente competenti provvederanno a monitorare l'evoluzione del caso, documentando il trattamento riabilitativo eseguito e i risultati ottenuti.

L'indisponibilità a seguire il prescritto trattamento riabilitativo comporta il proscioglimento.

L'accertato insuccesso del trattamento riabilitativo comporta la permanente non idoneità M.M.

— Presso la 2^a Sez. ("Medicina Legale e Contenzioso Sanitario") del 2° Ufficio dell'Ispettorato di Sanità M.M., esiste una **banca dati dei casi di consumo di sostanze stupefacenti accertati in ambito M.M.**, finalizzata a monitorare alcuni aspetti del fenomeno ed indirizzare adeguatamente le strategie preventive.

Semestralmente la predetta sezione riceve la statistica relativa al numero dei Drug Testing Program effettuati e il numero di positività riscontrate.

AERONAUTICA MILITARE

L'attività di prevenzione e monitoraggio del fenomeno in parola è stata mantenuta in essere secondo quanto previsto dalla normativa nazionale e dalle successive direttive di Forza Armata.

Lo Stato Maggiore Aeronautica ai sensi della direttiva SMA154/S.01.05 del 26.5.2005 ha disposto **controlli "a campione"** nei confronti del personale militare per accertare l'eventuale uso o abuso di sostanze stupefacenti allo scopo di salvaguardare la sicurezza, la incolumità e la salute dei terzi e di tutelare, attraverso la cura diretta del singolo, l'interesse pubblico particolare dell'Aeronautica Militare e generale dell'intera collettività nazionale.

Le modalità di esecuzione dei relativi accertamenti diagnostici sono stati espletati secondo quanto previsto dalla direttiva di COMLOG 406 del 2006. Le operazioni di raccolta sono effettuate "a campione" su un numero di soggetti scelti casualmente tra tutti i militari che prestano servizio nell'Ente. Nell'arco di un anno, almeno il 5% del personale in F.E.O. viene sottoposto a controllo.

L'Accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome del 18/08/2008, ai sensi della Conferenza Unificata del 30 ottobre 2007 in materia di accertamenti di assenza di tossicodipendenza, stabilisce le mansioni e le attività che comportano rischi per la sicurezza, l'incolumità e la salute proprie e di terzi, anche in riferimento ad un'assunzione solo sporadica di sostanze stupefacenti. Per

tali mansioni e/o attività è obbligatoria la sorveglianza sanitaria, ai sensi dell'articolo 41, comma 4, del decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81.

L' Ispettorato Generale della Sanità Militare per le finalità del presente accordo e per rispondere agli obblighi previsti dal Dlgs. 81/2008 ha predisposto un regolamento sulle procedure per gli accertamenti di assenza di tossicodipendenza sul personale militare.

Lo Stato Maggiore Aeronautica, in data 4 maggio 2009 ha **prodotto un documento nel quale sono esplicitate le Categorie e Specialità che costituiscono l'equivalente militare delle mansioni civili previste dalla normativa nazionale.**

Negli ultimi anni, tenuto conto della complessità di tali norme, sono aumentati i controlli sanitari rivolti all'accertamento delle tossicodipendenze in F.A., non solo delle sostanze psicotrope ma anche dell'uso ed abuso di alcol, principalmente attraverso le attività di sorveglianza sanitaria espletata dal Medico Competente in stretta collaborazione con il Comandante dei singoli Enti, Reparti e Distaccamenti dell' A.M.

Massima cura ed attenzione, è stata rivolta all'attività formativa. Sono state organizzate conferenze, dibattiti, con ausilio di mezzi audiovisivi, pubblicazioni ed opuscoli relativamente ai temi in parola. Nel settembre 2015 il Servizio Sanitario AM, ha predisposto un opuscolo dedicato all'alcol, come strumento di promozione e salvaguardia della salute rivolto a sensibilizzare tutto il personale militare e civile nell'adozione di stili di vita sani nei luoghi di lavoro e nella società.

Attenzione elevata è stata data alle procedure di segnalazione e notifica dei casi riguardanti i casi di abuso, tutelando la privacy dei soggetti interessati. L'attività in parola viene svolta dagli psicologi convenzionati che operano presso i consultori ed i servizi aperti nei vari Enti di F. A.

Il riscontro di positività urinaria nel corso degli accertamenti effettuati presso le Infermerie di Corpo, assume soltanto connotazione d'orientamento diagnostico e comporta, a garanzia dell'interessato, l'invio dello stesso presso gli Organi Medico-Legali di F.A. (personale di volo) o presso i D.M.M.L. (personale non di volo) territorialmente competenti, per una valutazione definitiva del caso con l'ausilio di qualificati e più specialistici interventi diagnostici.

ARMA DEI CARABINIERI

Sono stati effettuati i **controlli tramite drug test**, in ottemperanza alla normativa vigente, sia durante la fase concorsuale sia sul personale in servizio.

Sono state altresì tenute **conferenze** sul tema di prevenzione delle tossicodipendenze, in cui sono stati trattati gli argomenti relativi alle idonee norme comportamentali da seguire durante l'espletamento del servizio, la normativa in materia di stupefacenti ed i relativi effetti psico-fisiologici sull'organismo, il supporto psicologico garantito da parte di un "tecnico" del settore, i comportamenti a rischio, i problemi sociali legati all'uso degli stupefacenti, le malattie infettive ed i rischi per la salute della tossicodipendenza, nonché cenni sull'alcolismo.

Principali prospettive emerse nello svolgimento delle attività nel 2015 e possibili soluzioni auspiccate.

I dati pervenuti all'Ispettorato Generale della Sanità Militare confermano una effettiva diminuzione del fenomeno nel personale delle Forze Armate e dei Carabinieri rispetto ai dati rilevati negli anni precedenti e nettamente inferiore ai dati relativi alla popolazione generale.

In particolare, i Comandi Operativi di tutte le FFAA/CC, da sempre attenti e sensibili alla problematica anche per le ovvie ricadute in termini di operatività e di efficienza del personale, hanno continuato ad attuare con scrupolo e attenzione attività di prevenzione primaria, sottoponendo altresì tutto il proprio personale a controlli ravvicinati e percentualmente più che adeguati rispetto alla forza assegnata. Ciò ha comportato una notevole sensibilizzazione di tutto il personale nei riguardi dei

criteri che sottendono alla prevenzione primaria, inclusi gli effetti dissuasivi verso il primo contatto con le sostanze stupefacenti, come documentato dai dati statistici che evidenziano anche per l'anno in esame una ulteriore riduzione percentuale dei casi di positività.

Sebbene i riscontri statistici che hanno fatto seguito alle campagne informative e di prevenzione svolte dalle diverse articolazioni delle Forze Armate siano risultati confortanti, è comunque opportuno consolidare gli strumenti in dotazione e perpetuare le attività preventive poste in essere, dedicando inoltre sempre maggiori risorse alla formazione del personale sanitario, al fine dell'acquisizione delle abilità necessarie atte a riconoscere e gestire i comportamenti a rischio e le condotte tossicofile nel personale assistito.

Parimenti si evidenzia l'utilità dissuasiva degli accertamenti randomici nei confronti delle condotte tossicofile su tutto il personale, indipendentemente da quanto disciplinato dal predetto Regolamento in riferimento alle mansioni a rischio.

Infine, ulteriore obiettivo è quello di rafforzare ulteriormente le attività di sensibilizzazione e di sostegno per il benessere del personale, attraverso un'azione sinergica della componente sanitaria con la linea di comando che favorisca un clima psicologico e organizzativo tale da facilitare i rapporti interpersonali, fondamentali per evitare l'isolamento individuale, spesso indice di disagio psicologico, di comportamenti a rischio e di condotte tossicofile.

PARTE V

APPROFONDIMENTI

PAGINA BIANCA

1.1 UNICRI prospettiva di genere: Progetto DAWN

A cura di UNICRI - United Nations Interregional Crime and Justice Research Institute

Includere la prospettiva di genere nei programmi sanitari e sociali relativi ai disturbi da uso di sostanze e nella prevenzione dei fenomeni correlati inclusa la violenza e le patologie connesse

L'UNICRI (United Nations Interregional Crime and Justice Research Institute), è l'Istituto Interregionale delle Nazioni Unite per la Ricerca sul Crimine e la Giustizia. Fondato nel 1965, l'UNICRI sviluppa attività di ricerca applicata, formazione specialistica e cooperazione tecnica.

L'UNICRI promuove lo stato di diritto, i diritti umani e la cultura della legalità. Favorisce l'adozione di politiche innovative per la prevenzione della criminalità e lo sviluppo sociale, la riforma dei sistemi di giustizia e il rafforzamento delle istituzioni e della società civile.

L'Istituto collabora con le istituzioni governative e della società civile, il settore privato, l'università, le organizzazioni regionali e internazionali nel perseguimento dei suoi obiettivi. In particolare l'Istituto collabora con le diverse agenzie delle Nazioni Unite, quali l'Ufficio contro la Droga e il Crimine (UNODC) e l'OMS.

Il progetto DAWN

Dal 2010, l'UNICRI, in collaborazione con il Dipartimento Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri, ha implementato il progetto DAWN (Drugs and Alcohol Women Network - Rete per le Donne sulle Dipendenze da Droga e Alcol), volto a includere un approccio di genere nella prevenzione, trattamento e il recupero di persone con problemi di consumo e/o di dipendenza da sostanze.

L'obiettivo principale del Progetto DAWN è stato quello di sviluppare le capacità dei professionisti del settore e dei decisori politici nell'integrare un approccio di genere sia a livello politico che pratico, per meglio rispondere alle esigenze specifiche delle donne e dei gruppi vulnerabili in generale.

Il progetto ha facilitato lo sviluppo di strumenti, ad esempio, linee guida internazionali con l'UNODC e il WHO e manuali di buone pratiche, nonché moduli di formazione a distanza e l'adozione di iniziative di sensibilizzazione e di scambio di conoscenze, volte a facilitare lo scambio di informazioni e a promuovere la diffusione di buone pratiche. Inoltre, è stata istituita una rete professionale di esperti provenienti da diversi paesi, e che comprende altre agenzie delle Nazioni Unite e istituzioni internazionali, per sostenere l'adozione di politiche e prassi dirette a garantire un migliore accesso ai servizi socio-sanitari per le donne e le ragazze, in particolare nei paesi del bacino del Mediterraneo. Si è così voluto favorire il dialogo tra gli scienziati e gli esperti dei vari Stati

membri e di altri organismi internazionali, come il Gruppo Pompidou del Consiglio d'Europa, che è stato anche partner in questo programma.

Nell'ambito del progetto DAWN, l'UNICRI ha anche promosso studi per analizzare la percezione tra i pazienti di sesso femminile e quella degli operatori sanitari sul valore aggiunto che l'adozione di un approccio di genere può portare ai servizi di prevenzione, trattamento e recupero, nonché al grado di efficacia del trattamento.

Il Dipartimento Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri, ha sempre dimostrato sensibilità e attenzione alle tematiche di genere, tanto che nel 2012 ha lavorato insieme ad altri Stati Membri delle Nazioni Unite (Commissioni delle Nazioni Unite sugli stupefacenti) per l'approvazione di una specifica risoluzione sull'argomento. Più recentemente, nell'ambito dei lavori dell'UNGASS, il Dipartimento ha promosso un dibattito sulle differenze di genere nelle dipendenze e, in partnership con l'UNICRI, un dibattito sulle misure alternative al carcere per le persone affette da disturbi da uso di sostanze (SUD).

La risoluzione 55/5 del 2012 "Promuovere strategie e misure per affrontare le necessità specifiche delle donne nel contesto di programmi e strategie di riduzione della domanda di droga completi ed integrati", approvata all'unanimità da tutti gli Stati Membri della Commissione, è stata la prima di questo genere e ha costituito un punto di svolta, chiedendo agli Stati Membri di prendere in considerazione le questioni di genere al momento di pianificare le politiche di controllo delle droghe e gli interventi mirati a donne e ragazze, ed ha aperto la strada ad una serie di iniziative internazionali. Il progetto DAWN, che già anticipava il dettato della risoluzione, si inserisce in questo ambito internazionale di supporto all'Italia per l'implementazione della Risoluzione. Grazie al suo specifico mandato e la sua lunga esperienza sia nelle problematiche delle dipendenze che di genere, l'UNICRI ha affiancato il governo italiano sia nell'implementazione del progetto DAWN sia nella traduzione della risoluzione 55/5 in azioni concrete, promuovendo iniziative di sensibilizzazione sulle problematiche di genere e di formazione dei decisori pubblici e degli esperti e professionisti di settore.

Il valore aggiunto dell'UNICRI deriva dal guardare le differenze di genere attraverso la lente della giustizia sociale e dei diritti umani. Con questo progetto, l'UNICRI ha promosso l'inserimento dell'ottica di genere nell'agenda di lavoro degli esperti e dei tecnici, e la ricerca e la diffusione della conoscenza e delle buone pratiche messe in atto a livello nazionale e internazionale.

Come parte della famiglia delle Nazioni Unite, l'UNICRI ha sancito il programma DAWN all'interno della più ampia visione dell'Agenda per lo sviluppo sostenibile 2030, che vede tutto il sistema delle Nazioni Unite nel suo complesso impegnato nel raggiungimento dei 17 Obiettivi di sviluppo, in particolare il programma DAWN ricade entro gli Obiettivi 3 e 5, relativi all'equità di accesso alla salute e all'equità di genere. Nell'ambito dell'Obiettivo 3, "salute per tutti", il quinto target chiede agli Stati Membri di rafforzare la prevenzione ed il trattamento dell'abuso di sostanze, incluso

l'abuso di narcotici e l'uso nocivo di alcol. Il progetto DAWN si colloca nell'area di lavoro dell'UNICRI dedicata alla tutela delle popolazioni vulnerabili, così come indicato nel Programma di lavoro dell'UNICRI al Consiglio Economico e Sociale delle Nazioni Unite (E/CN.15/2016/8), nell'ambito della quale l'Istituto conduce non solo progetti dedicati alla promozione dell'approccio di genere nell'ambito del settore sanitario e sociale, ma anche progetti per la prevenzione della violenza di genere e il contrasto alla tratta di persone.

Va ricordato brevemente come l'agenda di genere sia stata rilanciata lo scorso anno in occasione dell'anniversario della Dichiarazione di Pechino e della Piattaforma di Azione adottata alla 4^a Conferenza Mondiale sulle donne tenutasi nel 1995. Nella riunione dei leader mondiali sull'uguaglianza di genere tenutasi in occasione dell'adozione dell'Agenda per lo Sviluppo Sostenibile a Settembre del 2016 al Palazzo di Vetro, gli Stati membri hanno reiterato il loro impegno a sostenere lo sforzo di raggiungere entro il 2030, soprattutto nei paesi in via di sviluppo, l'avanzamento dell'agenda sull'equità di genere.

Infine, sia nell'ambito delle ultime Sessioni della Commissione sui Narcotici che nell'ambito della recente Sessione Speciale dell'Assemblea Generale, sono state discusse e approvate specifiche Risoluzioni⁷¹, anche sostenute dall'Italia, sulla necessità di includere la prospettiva di genere nelle strategie e nei programmi di riduzione della domanda e dell'offerta di droga. In particolare, gli Stati Membri hanno preso l'impegno di:

- **aumentare l'accesso ai trattamenti basati sulle evidenze scientifiche** dei disturbi da uso di sostanze che tengano conto di una prospettiva di salute pubblica e che siano sensibili ai bisogni delle donne e dei gruppi vulnerabili e di aumentarne la copertura attraverso tali servizi, nonché di **assicurare la formazione e la supervisione per tutti i professionisti sanitari e sociali** che lavorano nell'ambito della dipendenza, incluso gli operatori nelle carceri;
- **rimuovere le barriere che ostacolano l'accesso alle cure e ai servizi sociali** di donne e gruppi vulnerabili, inclusa la povertà e lo stigma e riconoscendo che la dipendenza da sostanze rende il genere femminile più vulnerabile alle malattie sessualmente trasmissibili, alla violenza e al crimine correlato alla droga;
- **Incoraggiare lo scambio di buone pratiche** sulle strategie adottate per aumentare l'accesso del genere femminile alle cure e al reinserimento sociale;

⁷¹ resolution 52/1, entitled "Promoting international cooperation in addressing the involvement of women and girls in drug trafficking, especially as couriers", resolution 55/5, entitled "Promoting strategies and

measures addressing specific needs of women in the context of comprehensive and integrated drug demand reduction programmes and strategies", resolution 58/5, entitled "Supporting the collaboration of public

health and justice authorities in pursuing alternative measures to conviction or punishment for appropriate drug-related offences of a minor nature", resolution A/S-30/L.1 Our Joint commitment to effectively addressing and countering the world drug problem"

- **Raccogliere e diffondere dati quantitativi e qualitativi, disaggregati per età e sesso** relativi alle dipendenze da sostanze anche in vista degli obblighi di preparazione della Relazione annuale sulle dipendenze, nonché i dati alla Commissione sui Narcotici, nell'ambito degli impegni assunti come firmatari delle tre convenzioni internazionali, nonché di **promuovere ricerche ed analisi sui vari aspetti del problema** della dipendenza da sostanze con l'obiettivo di colmare il bisogno di conoscenza sulle donne e l'uso di sostanze.

Nell'ambito della giustizia penale, Il documento finale dell'UNGASS incoraggia gli Stati membri a tenere in considerazione **i bisogni specifici e le circostanze delle donne soggette ad arresto, detenzione, sotto accusa o processate o che stiano scontando una pena per reati legati alla droga**, nello sviluppo di misure specifiche come parte integrante delle loro politiche di prevenzione del crimine e della giustizia penale, comprese misure adeguate per portare in giudizio i responsabili di abusi su donne in custodia o in carcere per reati legati alla droga, ispirandosi, a seconda dei casi, alle Regole delle Nazioni Unite per il trattamento delle donne detenute, alle Misure non detentive per le donne che hanno commesso reati (Regole di Bangkok), alle Regole minime delle Nazioni Unite per le misure non detentive (Regole di Tokyo) e alle Regole minime standard delle Nazioni Unite per il trattamento dei detenuti (Regole Nelson Mandela).

Il documento finale sottolinea che, fatto salvo il principio di uguaglianza di tutti di fronte alla legge, quando si emette una condanna o si rinvia a giudizio una donna in gravidanza o una donna che sia unica o principale custode di un bambino, dovrebbero essere preferite misure alternative alla detenzione ove possibile ed opportuno, con misure detentive da considerarsi solo nei casi di reati gravi o di natura violenta e a tal riguardo il documento invita gli Stati membri a tenere in considerazione le linee guida per l'identificazione e la gestione dell'uso di sostanze e dei disturbi da uso di sostanze in gravidanza dell'OMS, ove appropriato e in conformità con la legislazione nazionale.

Il documento infine invita gli Stati membri, attraverso la collaborazione tra servizi sanitari e sociali, le autorità di polizia e giudiziarie a tener conto delle specifiche esigenze e circostanze delle donne, anche attraverso l'adozione di misure per fornire ambienti sicuri per le donne, e di utilizzare una vasta gamma di misure alternative alla detenzione o alla punizione, per reati legati alla droga di natura minore, in conformità con le legislazioni nazionali, al fine di migliorare la salute pubblica e la sicurezza degli individui, delle famiglie e della società.

L'importanza del mainstreaming di genere nella prevenzione e trattamento delle dipendenze

L'inclusione della prospettiva di genere nella formulazione delle politiche e nella pratica professionale è ormai riconosciuta come uno strumento essenziale, alla base dello sforzo messo in atto dai Paesi nell'Agenda 2030 dello Sviluppo Sostenibile. In tale contesto, il raggiungimento della parità di genere è considerato nell'ambito di un approccio globale ed è applicato in ogni settore dello sviluppo politico e sociale. Il "gender mainstreaming" è divenuto così fondamentale, che oggi

la Comunità Internazionale riconosce che non può esistere sviluppo sostenibile finché esisteranno discriminazioni di genere/sessuali.

Nel campo sanitario, l'inclusione della prospettiva di genere è quanto mai necessaria soprattutto in virtù del fatto che le ineguaglianze minano il pieno godimento del diritto alla salute da parte, soprattutto, delle donne e dei gruppi vulnerabili, inclusi minori, le persone LGBTI e i detenuti. Le ricerche condotte nell'ambito del progetto DAWN si sono concentrate nello studio di tre fattori **l'accessibilità, l'affordabilità e l'accettabilità delle cure** e il loro impatto al fine di garantire l'equità nell'erogazione dei servizi sanitari e sociali sia nei paesi sviluppati che nei paesi in via di sviluppo. Gli studi svolti nell'ambito del progetto, anche attraverso indagini sia tra le donne clienti dei servizi di cura delle dipendenze, che tra gli operatori, hanno permesso di verificare che, se da un lato esiste un certo parallelismo tra le aspettative e le necessità delle utenti dei servizi e l'offerta erogata, dall'altro risulta molto urgente la necessità di aumentare le capacità di comprensione del mainstreaming di genere da parte degli operatori delle dipendenze. La necessità di non "appiattare" la cura della dipendenza su un'entità individuale indifferenziata, ma di considerare le differenze biologiche, sessuali, nonché i fattori ambientali e culturali che definiscono l'appartenenza ad un genere, permettono di tener conto anche di quei determinanti sociali che influiscono sull'insorgenza ma anche sull'outcome della dipendenza e possono aiutare ad offrire servizi sanitari e sociali più efficaci in termini di costo/beneficio ed un rilancio positivo delle competenze e delle funzioni dei servizi per le dipendenze, che hanno subito, anche in Italia, un lento processo di perdita di identità e di ruolo sociale, per confluire sempre più nei servizi di salute mentale.

Riportando l'attenzione sulla dipendenza da sostanze come questione sociale e non soltanto come problema sanitario, è rilevante anche ai fini di contribuire al dibattito tuttora in corso in Italia e a livello globale sulla legalizzazione delle sostanze.

Studi scientifici ormai consolidati mostrano come qualsiasi sia il modello prescelto dagli Stati membri per regolamentare le sostanze sotto controllo internazionale, esso dovrà sempre essere accompagnato da solide e strutturate politiche di investimento nell'informazione, nell'educazione e nella prevenzione dell'uso di sostanze, così come nella formazione continua dei professionisti, per aumentare l'accesso ai servizi sanitari e sociali e diminuire le possibili conseguenze negative soprattutto sulle fasce più vulnerabili di popolazione. Tali politiche non possono non tenere conto delle peculiarità che nascono dalle differenze di genere, di etnia, di cultura e di religione. La conoscenza approfondita di questi aspetti si rivela il migliore strumento per difendere la salute, il benessere e i diritti umani dei cittadini e per favorire l'inclusione sociale dei gruppi più vulnerabili, migliorando il livello di vita delle generazioni future e la sicurezza e la pace globale.

Le problematiche e le sfide tuttora aperte nel mainstreaming di genere nell'ambito delle dipendenze

All'interno di una popolazione afflitta da problematiche legate all'uso di sostanze, è necessario distinguere alcuni sottogruppi di persone che necessitano di interventi mirati, dovuti non solo alla maggiore vulnerabilità che li caratterizza, ma anche alle diverse esigenze e ai bisogni specifici che essi presentano. Tali sottogruppi includono gli adolescenti, le donne, le persone con comorbidità mediche e psichiatriche, le persone appartenenti a minoranze etniche, le persone LGBT, così come quelle socialmente emarginate e detenute.

Nell'area Europea, l'OEDT afferma che un quarto delle persone che hanno sviluppato gravi problemi legati all'uso di sostanze sono donne e che un decesso su cinque, direttamente correlato al consumo di droghe, riguarda il genere femminile (<http://www.emcdda.europa.eu/topics/women>).

La difficoltà di tracciare un quadro completo sulle differenze di genere nel consumo di sostanze e i comportamenti di consumo a rischio è dovuta in gran parte al fatto che la ricerca scientifica in materia, così come la pratica clinica, è stata maggiormente incentrata su approcci orientati al genere maschile e gli studi sulle dipendenze che adottano una prospettiva di genere sono relativamente recenti e risentono di diverse debolezze metodologiche. Essendo il consumo di sostanze un fenomeno che ha da sempre afflitto l'uomo in proporzioni maggiori rispetto alla donna, molti servizi e programmi di trattamento sono stati sviluppati per affrontare le problematiche di uomini adulti. Tuttavia, negli ultimi decenni gli studi epidemiologici hanno dimostrato che il divario tra la percentuale di uomini e donne che fanno uso di sostanze si stia progressivamente riducendo, così come si stanno delineando specifiche differenze inerenti agli stili di consumo e alle diverse tipologie di sostanze utilizzate. Tali aspetti aumentano la necessità di arricchire, attraverso evidenze di natura scientifica, una specifica area della medicina di genere e delle scienze psico-sociali all'interno della quale venga affrontata la dipendenza patologica attraverso una prospettiva di genere, costituendo una solida base per lo sviluppo di interventi *gender-oriented*.

Secondo una recente revisione della letteratura scientifica (Affronti et al., 2014), la scarsa attenzione per una prospettiva di genere nell'ambito delle dipendenze, è imputabile in primis a una diffusa convinzione che le donne siano meno a rischio, rispetto agli uomini, di consumare sostanze psicotrope e sviluppare dei problemi di dipendenza. Questa convinzione si basa sul fatto che le donne presentano in generale una minore propensione al rischio e ai comportamenti illegali (Wetherington & Roman, 1998). Tuttavia si tratta di una convinzione solo parzialmente giustificata dai dati epidemiologici, perché l'esposizione al rischio cambia in base al comportamento osservato e alla fascia di età, ma anche all'area geografica e all'appartenenza etnica. Ad esempio, se le donne sono meno propense all'uso di sostanze illegali, sembrano però più portate all'abuso di sostanze legali, quali ad esempio gli psicofarmaci (ansiolitici e antidepressivi) (Galesi, 2013). Inoltre nelle fasce di età giovanili i comportamenti di consumo potenzialmente additivi mostrano uno scarto di genere decisamente più ridotto rispetto a quello rinvenibile nella popolazione adulta e anziana (Hibell et al., 2012).

Così come è stato notato per i cambiamenti negli stili del bere italiani (Rolando & Beccaria, 2010), dove i consumi femminili possono assumere un ruolo indipendente nella modificazione degli stili di consumo, assumendo addirittura il ruolo di "trend setter", si può immaginare che anche in Italia, come accade nei paesi nordici e anglosassoni, le differenze negli stili di consumo - e dunque nei problemi correlati - sono destinate ad assottigliarsi.

In linea generale, gli studi condotti nell'ambito della biologia, così come quelli svolti nel campo della prevenzione e del trattamento, hanno evidenziato significative differenze tra i sessi di natura biologica, che si riflettono non solo sulle motivazioni che possono indurre uomini e donne al

consumo di sostanze, ma anche sulle diverse conseguenze che tale consumo può determinare nonché sulle esigenze che contraddistinguono uomini e donne in fase di trattamento. A fronte di una minore propensione all'uso, nelle donne si è notata una più veloce progressione dal consumo a forme problematiche di consumo e di dipendenza, secondo il meccanismo cosiddetto “telescoping”, anche legato alle caratteristiche specifiche del metabolismo femminile (Affronti et al., 2014). Questo fenomeno è stato verificato per tutte le sostanze, è particolarmente pronunciato nel caso dei consumi alcolici (Randall et al., 1999; Szabo, 2007). Inoltre le donne che adottano un consumo eccessivo di sostanze sviluppano più velocemente degli uomini patologie organiche (epatiche, cardiovascolari...), ma anche problemi di tipo psicologico e sociale. A questi rischi si somma quello di sviluppare problematiche genere-specifiche, come infertilità, aborti spontanei e gravidanze premature (Affronti et al., 2014).

Accanto alle differenze biologiche, che l'approccio epidemiologico e quello clinico hanno permesso di identificare, non va sottovalutata l'importanza dei determinanti sociali della salute che influiscono sull'individuo, determinando non solo una maggiore o minore suscettibilità all'uso di sostanze ma anche influenzando l'outcome dei trattamenti e dei processi di riabilitazione. I fattori culturali e sociali possono costituire dei potenti fattori di stress che sottopongono le donne a usare le sostanze psicotrope come autocura. Basti pensare, più in generale, alle iniquità che ancora permangono nel mercato del lavoro in termini di segregazione orizzontale e verticale e nella ripartizione del lavoro domestico e di cura (Demofonti, Fraboni, Sabbadini, 2015).

Molte sono le evidenze che mostrano come esperienze avverse nell'infanzia determinino una maggiore propensione e suscettibilità all'uso di sostanze, così come condizioni sociali disagiate espongano ad un maggiore possibilità di cadere vittima di uso di sostanze, violenza e abusi sessuali (Benoit, Jauffret-Roustide, 2015). Le conseguenze di eventi traumatici più facilmente colpiscono le donne, primo fra tutti la violenza domestica: è noto infatti che le donne che consumano sostanze psicotrope hanno più probabilità degli uomini di avere alle spalle una storia di violenza (El-Bassel et al., 2000). Ciò si collega a una più frequente comorbidità tra consumo di sostanze e disturbo post-traumatico da stress (Brady et al., 2000; Reynolds et al., 2005), così come è elevata l'associazione tra i disturbi da uso di sostanze con ansia, disturbi dell'umore e disturbi alimentari (Kessler et al., 1997; Merikangas & Stevens, 1998).

Stili di vita legati a contesti socio-familiari problematici sono riconosciuti quali fattori di rischio che possono indurre la donna ad avvicinarsi al mondo della droga e/o ad ambienti di cui la violenza e lo sfruttamento rappresentano spesso il comune denominatore. La donna con problemi correlati all'uso di sostanze, a causa della propria condizione e dello stato di vulnerabilità in cui versa, risulta inoltre più esposta a subire reati, specificatamente di natura sessuale (Hicks et al., 2007; Tuchman, 2010).

Un ulteriore aspetto riguarda la percentuale di donne tossicodipendenti che si prostituisce per procurarsi la droga. La prostituzione, infatti, diventa una fonte di reddito per molte donne con problemi di dipendenza. Di conseguenza, l'elevato rischio di trasmissione di malattie infettive costituisce, in determinati contesti, un problema di grande rilievo.

Nelle donne è stata riscontrata una maggiore comorbidità tra dipendenza e problemi psichici, condizione in cui il decorso della dipendenza tende a peggiorare, determinando spesso un ulteriore atteggiamento di condanna nei confronti della donna non solo da parte della società ma anche della famiglia. La maggiore prevalenza di disturbi psichiatrici tra le donne che abusano di sostanze rispetto agli uomini è stata verificata in generale e per sostanze specifiche.

In molti contesti socio-culturali, le donne con problemi legati al consumo di sostanze difficilmente si avvicinano ai servizi a causa della forte stigmatizzazione che le caratterizza. L'uso di droga viene considerato come condizione incompatibile con il ruolo della donna, soprattutto in quanto associato al suo potenziale ruolo di madre e soprattutto nella cultura mediterranea il ruolo della donna viene ancora oggi messo strettamente in relazione, sia in ambito professionale che familiare, alla cura degli altri. Essendo la donna vista come allevatrice, educatrice, insegnante, madre e moglie si tenderà a patologizzare i comportamenti non conformi, come quelli connessi all'uso di droghe, che mettono in discussione la sua capacità di ricoprire tali ruoli. Questo rappresenta talvolta un ulteriore ostacolo allo sviluppo di un eventuale processo di maturazione che consente alla donna di riconoscere sia la presenza di un problema sia la necessità di un supporto specifico. Per le donne che convivono con un partner o con membri della famiglia che presentano la stessa problematica, ottenere sostegno affinché sia intrapreso un percorso di cura risulta ancora più complicato.

Considerando quanto fino ad ora affermato, non è difficile immaginare come i servizi possano rappresentare una importante risorsa per le donne che usano sostanze, un ambiente protetto, un luogo di cura e sostegno in cui diventa possibile formulare e raggiungere obiettivi. Per questo motivo è essenziale offrire loro la possibilità di iniziare, o continuare, un percorso specifico di cura e riabilitazione che sia quanto più *gender-sensitive*.

Nasce pertanto l'esigenza di includere i bisogni specifici delle donne e dei gruppi vulnerabili come le ragazze e le persone LGBTI, nei programmi di prevenzione, trattamento e riabilitazione della dipendenza patologica. Attraverso il lavoro in rete e il contributo di tutti gli attori del processo, è possibile ampliare la base di conoscenze su questo argomento e rispondere all'esigenza di rafforzare le competenze dei professionisti che operano nel settore delle dipendenze patologiche e sensibilizzare i decisori politici circa il valore aggiunto che specifici programmi di trattamento orientati al genere femminile possono offrire, ancor più se condivisi ed integrati in maniera sinergica con i programmi offerti da altri servizi rivolti alla donna.

Genere femminile e trattamento delle dipendenze

La letteratura di genere in tema di dipendenze ha il limite di essere relativamente recente, poiché tradizionalmente le donne sono state sotto-rappresentate negli studi (Wetherington & Roman, 1998). Ciò è comprensibile dal momento che la maggior parte degli studi è basata su soggetti in trattamento - altro limite per una reale comprensione del fenomeno - che sono stati sempre in prevalenza uomini (Affronti et al., 2014).

Per questo numerosi studi si sono concentrati sulle barriere che ostacolano l'utilizzo dei servizi specialistici da parte delle donne, in primis lo stigma. E' noto che nei confronti delle donne che consumano sostanze psicoattive si applica un "doppio standard" di giudizio (Erickson & Murray, 1989) che implica un severo giudizio morale e comporta una maggiore riprovazione sociale rispetto a quella riservata agli uomini. Il doppio standard è legato all'identificazione della donna con il suo ruolo di progenitrice e di *care giver*: la donna che si "abbandona" al consumo di sostanze contravviene dunque alle implicite norme sociali che le richiedono non solo di limitare i propri consumi, ma anche di controllare quelli degli altri, figli e partner. Come è stato dimostrato anche i mass media, tradizionali e nuovi, contribuiscono a rinforzare questi stereotipi (Rolando, Taddeo, Beccaria, 2015), con il probabile effetto di aumentare nelle donne che sperimentano problemi legati all'uso di sostanze il senso di colpa, e dunque di diminuire l'emersione del problema. La domanda di aiuto resta così inespressa, o trova sfogo in luoghi, come i forum sul web, che garantiscono