

l'anonimato e permettono di parlare del problema con persone alla pari (Beccaria, Rolando, Taddeo 2014).

Le barriere che limitano l'accesso delle donne ai servizi specialistici si possono suddividere in intrinseche – quali ad esempio la negazione, il senso di vergogna e di colpa, l'essere coinvolte in una relazione con un partner che consuma, la mancata motivazione al cambiamento, una visione negativa del trattamento – ed estrinseche. Tra queste ultime quello più importante risulta essere il mancato riconoscimento del problema, che non riguarda solo l'utenza potenziale, ma anche i professionisti e gli operatori della salute, ed è amplificato dal sotto-utilizzo di strumenti di screening (Ait-Daoud&Bashir, 2011). Vi sono poi barriere di ordine logistico, in quanto le donne hanno spesso difficoltà di conciliare il proprio ruolo di care-giver, in primis nei confronti dei figli, con il loro bisogno di essere curate (Green, 2006).

Oltre alle barriere in entrata, esistono anche barriere genere-specifiche che influiscono sulla permanenza in trattamento. Anche lo studio italiano VEdeTTE sulla valutazione dell'efficacia dei trattamenti nel prevenire la mortalità acuta e nel favorire la ritenzione in trattamento conferma la maggiore difficoltà di genere (Vigna-Taglianti et al., 2014; Vigna-Taglianti et al., 2016). Tra le barriere che riguardano le donne stesse possiamo annoverare, tra le principali, la concomitanza di problemi psicologici e psichiatrici, l'aver subito violenza, la condizione di donna sposata e bassi livelli di istruzione e di reddito (Hogan et al., 2011; Speiglmán & Li, 2008; Vigna-Taglianti et al., 2014; Vigna-Taglianti et al., 2016). Tra le barriere estrinseche c'è soprattutto la mancata integrazione tra servizi diversi (dunque la possibilità di fornire risposte a problemi complessi) (Schmidt & McCarty, 2000). Le barriere incidono maggiormente su popolazioni particolari, quali le madri o le donne in gravidanza, le donne coinvolte in attività di prostituzione o in condizioni di marginalità sociale, le donne affette da HIV o che presentano una co-morbilità psichiatrica (Tuchman, 2010).

La complessità degli aspetti finora trattati rende evidente la necessità di implementare percorsi di trattamento attenti ai bisogni specifici dell'utenza femminile, mentre tradizionalmente i programmi sono stati pensati per un'utenza prevalentemente o esclusivamente maschile. Il riconoscimento di questa specificità di bisogni è sorta solo negli anni Settanta, con un focus sugli aspetti fisiologici e psicosociali e l'apertura di servizi dedicati a donne in stato di gravidanza o madri. Sempre rivolti a questo target di utenza, negli anni Ottanta si diffondono i servizi “ancillari” quali le comunità mamme-bambino e nascono i primi studi di efficacia sui trattamenti genere-specifici (Grella, 2008). Una vera e propria “sensibilità di genere” si diffonde solo a partire dagli anni Novanta, portando maggiore attenzione sul ruolo dei traumi e delle relazioni significative nell'evoluzione delle carriere di consumo delle donne (ivi).

Nonostante tutte le specificità di genere elencate, che impattano sull'insorgere e sullo sviluppo delle problematiche legate ai consumi di sostanze psicoattive, oltre che sull'emersione del problema, sulla richiesta di aiuto e sulla permanenza in trattamento, la letteratura non fornisce indicazioni univoche in merito all'efficacia dei trattamenti genere-specifici, né rispetto all'adesione, né alle ricadute, né agli esiti (Green, 2006). Ciò è dovuto anche ai numerosi limiti metodologici che sottostanno a questo

ambito di ricerca, tra i quali la mancanza di studi e strumenti randomizzati, i campioni numericamente limitati, follow-up scarsi (Claus et al., 2007). Fatta questa premessa, dagli studi esistenti si possono trarre alcune indicazioni, che valgono ancor di più per popolazioni specifiche (donne in gravidanza, neomamme e donne che hanno subito un trauma). Per garantire una migliore adesione delle donne, i programmi di trattamento – fin dall’anamnesi - dovrebbero porre una maggiore attenzione a tutti gli aspetti legati alla salute e all’immagine del corpo, offrire una consulenza specifica nei casi di violenza subita, offrire servizi a supporto della logistica (trasporti, baby sitting...) e garantire la continuità assistenziale (cioè i servizi di trattamento devono essere integrati alla rete dei servizi socio-sanitari territoriali generalisti e specifici) (Ashley, Marsden, Brady, 2003). Dallo studio italiano VEdeTTE emerge che, rispetto agli uomini, le donne hanno una maggiore propensione ad aderire ai trattamenti di sostegno-accompagnamento e di psicoterapia. Quest’ultima se associata all’utilizzo di dosaggi adeguati di metadone aumenta la ritenzione in trattamento (Vigna-Taglianti et al., 2014; Vigna-Taglianti et al., 2016).

Va inoltre considerato che il lavoro in gruppi omogenei per genere permette alle donne di affrontare più liberamente alcuni temi genere-specifici come il ruolo di cura, la relazione intima (VanDeMark, 2007) e l’immagine corporea (Lindsay & Velasquez, 2009). Questo tipo di trattamento è certamente più opportuno per le donne che hanno subito traumi o sono state vittime di violenza domestica (Greenfield et al., 2007). Nel caso di trattamento in gruppi misti bisogna porre attenzione agli stereotipi di genere e le relazioni con l’altro sesso, che devono essere oggetto di discussione e rielaborazione comune (Bright, Osborne & Greif, 2011).

Indagine sui bisogni espressi dalle donne afferenti ai servizi per le dipendenze

Nel 2012, il progetto DAWN ha promosso un’indagine sui bisogni delle donne che afferiscono ai Servizi per le Dipendenze (Zermiani et al., 2013). L’obiettivo era quello di valutare le opinioni delle donne rispetto alla fase dell’accoglienza e della presa in carico e di raccogliere il loro giudizio su una serie di aspetti come l’importanza del coinvolgimento dei genitori e del partner in presenza di particolari situazioni, e su quei fattori che favoriscono l’accesso al servizio promuovendo la relazione terapeutica, nonché le barriere all’accesso. Infine, l’indagine voleva indagare il parere delle donne sulla soddisfazione complessiva del loro servizio curante. Il campione era costituito da 274 donne, con età media di 34,5 anni. Le Unità Operative partecipanti erano 8 Dipartimenti per le Dipendenze, e 2 Comunità Terapeutiche in 6 sedi. La metodologia d’indagine si basava su un questionario auto-somministrato comprendente 16 items, su scala LikerT (1-7) preparato in due versioni, una per i servizi pubblici ed una per i servizi del privato sociale. Il questionario è stato messo a punto sulla base delle osservazioni emerse dai gruppi di lavoro di esperti sulle problematiche della tossicodipendenza femminile afferenti al progetto DAWN. I risultati dell’indagine hanno evidenziato un giudizio complessivamente soddisfacente da parte delle donne sui servizi che frequentano. Il rispetto della privacy, sia nella fase di accesso che durante il trattamento è l’elemento più importante sottolineato dalle pazienti, che si ricollega con la paura di essere individuate, nonché, nel caso di figli, con la paura di essere segnalate ai servizi sociali. Tale fattore influisce sia sull’accesso iniziale, sia su l’ritardo nell’accesso che sulla decisione di abbandonare il servizio. Essere accompagnate nella gravidanza da un ginecologo, possibilmente donna, è il secondo elemento più importante, così come un grande punto di forza è la presenza di un ginecologo al SerT.

Indagine sui Servizi per le Dipendenze

Nel 2015, il progetto DAWN ha promosso un'ulteriore indagine su un campione di servizi pubblici e del privato sociale, impegnati in attività di prevenzione, cura o reinserimento di persone con problemi di consumo e/o di dipendenza da sostanze i cui risultati sono esposti di seguito.

L'indagine è stata effettuata attraverso un questionario semi-strutturato composto da 19 domande, in prevalenza a risposta chiusa, che indagano le opinioni, gli atteggiamenti e i comportamenti dei servizi sull'importanza di adottare un'ottica di genere e l'adozione di quest'ultima nelle attività di prevenzione, trattamento e reinserimento sociale e lavorativo, a livello organizzativo e nell'ambito della formazione.

Il questionario è stato inviato via email dai responsabili delle dipendenze delle Regioni italiane ai responsabili dei Dipartimenti per le Dipendenze e ai soggetti del privato sociale che si occupano del tema. Le mail sono state inoltrate a un totale di 1523 contatti e sono stati fatti due recall. Le mail effettivamente consegnate al destinatario di posta elettronica sono in tutto 1290. Assumendo questo dato come universo di riferimento (destinatari raggiunti), la percentuale di risposta è stata del 25,5%. Se consideriamo il dato medio relativo a quante delle mail inviate nei tre invii sono state effettivamente aperte (in media 26,09%), possiamo stimare che il messaggio sia stato effettivamente letto da 337 destinatari, di cui ben il 97,6% ha compilato il questionario (N=329).

Controlli di qualità

Prima di approntare le analisi statistiche, il dataset è stato sottoposto a diversi controlli di qualità: di correttezza formale, per verificare se le variabili fossero state compilate secondo quanto previsto dal questionario, di completezza, per quantificare i valori mancanti, e di congruenza tra informazioni collegate tra loro per verificare la coerenza nelle risposte. Alcune delle risposte riportate nelle modalità 'altro' sono state ricondotte alle modalità predefinite in modo da costruire categorie di risposta più robuste da un punto di vista numerico, mentre altre risposte 'sporche' sono state "mandate a *missing*" cioè considerate come valori mancanti. Le domande a risposta multipla (domanda 4, 5, 6, 9, 12, 14 e 17) sono state ricodificate in numeri e ricondotte a tante variabili quante erano le modalità previste dai quesiti. Per questo set di domande, le risposte palesemente incongruenti tra loro collegate sono state "forzate" in modo da fornire una restituzione coerente. Ciò è accaduto perché il questionario è stato compilato anche da servizi che non hanno un'utenza femminile, per i quali dunque tutta una serie di domande non risultavano pertinenti. E' stata quindi inserita una risposta 'filtro' per alcune domande, con modalità di risposta 'No', 'Sì' e 'No, non c'è utenza femminile'. In questo modo, quando si è verificato che, almeno in una risposta a una delle domande multiple, il rispondente abbia dichiarato l'assenza di utenza femminile, si sono ricondotte alla stessa modalità anche le successive risposte, a meno che non fosse altrimenti specificato. In questo modo si è ottenuta una congruenza tra le diverse domande, evitando di male interpretare – e sovrastimare - le generiche risposte negative.

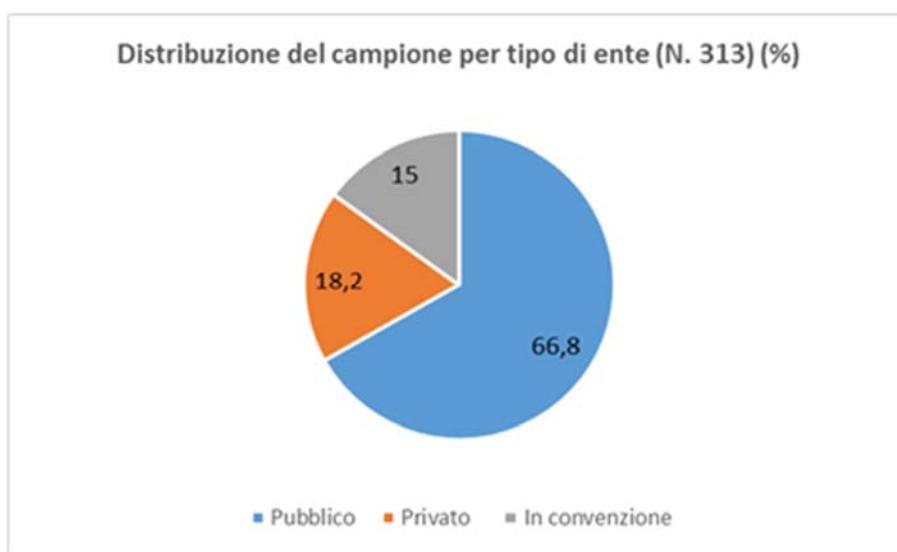
Analisi statistiche

Sono state realizzate tabelle di contingenza, con distribuzioni assolute (n.) e relative (%), incrociando il tipo di ente (pubblico, privato, in convenzione) e il tipo di servizio (servizi per le dipendenze, centri alcolologici, comunità terapeutiche e altri servizi) con le altre domande a risposta chiusa previste dal questionario. In questo modo è stato possibile verificare e render conto della variabilità dei tipi di ente e di servizio in relazione ai temi oggetto dell'analisi. Le risposte mancanti relative alle due variabili di incrocio non sono state riportate nei grafici e nelle tabelle per facilitare la lettura, mentre le 'non risposte' delle altre variabili di incrocio sono state inserite per quantificare il numero dei non rispondenti. Infine, sempre per le due variabili di incrocio selezionate, è stata fornita anche una restituzione delle diverse specificazioni della modalità 'altro', quando prevista.

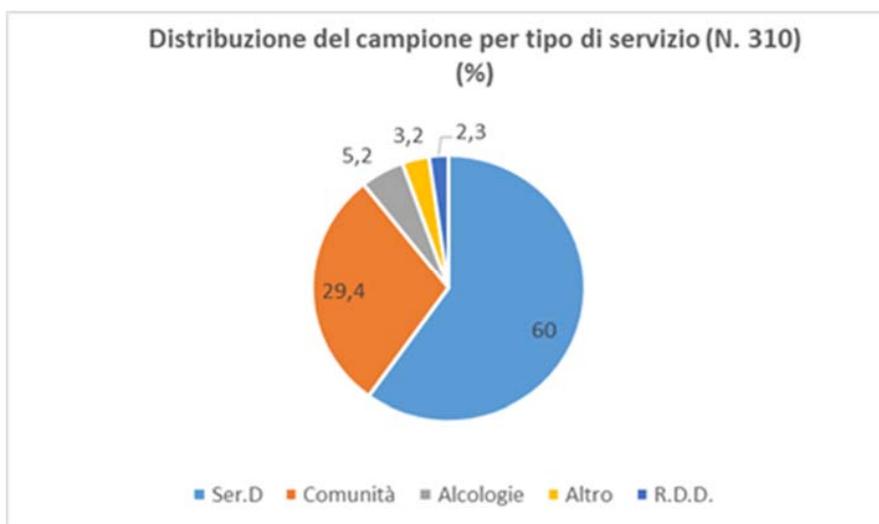
Laddove non viene specificato, le percentuali riportate si riferiscono all'intero campione.

Descrizione del campione

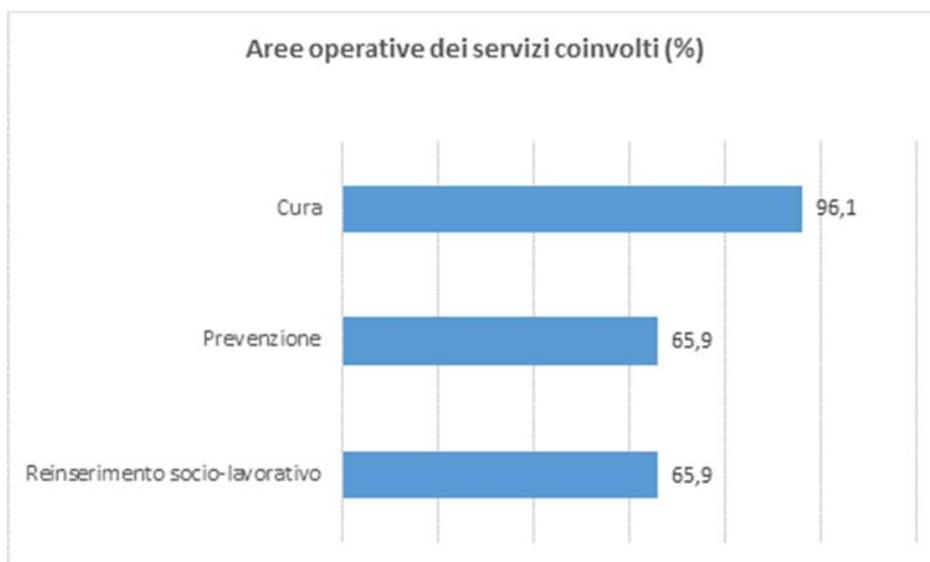
Dei 329 servizi che hanno partecipato all'indagine, 313 hanno specificato la natura del proprio ente di appartenenza (95%). Rispetto ai 313 che hanno specificato il tipo di ente di appartenenza, la stragrande maggioranza sono pubblici (66,8%), seguono i privati (18,2%) e quelli in convenzione (15%).



Sono 310 su 329 gli enti che hanno specificato il tipo di servizio di appartenenza (94%). Si tratta, nella stragrande maggioranza dei casi, di Dipartimenti per le Dipendenze, detti anche Ser. D o Ser. T, (60%), cui seguono le Comunità terapeutiche (29,4%). Il resto del campione si compone di unità di Alcologia (che fanno parte dei Ser. D ma costituiscono un'unità operativa autonoma) (5,2%) e di Servizi di riduzione del danno, servizi a bassa soglia e ambulatori (da ora in poi servizi di R.D.D.) (2,3%). E' presente poi una categoria residuale 'altro' (pari complessivamente al 3% del campione) che include 3 osservatori per le dipendenze, 1 centro diurno, 1 centro residenziale e 2 centri semiresidenziali, 1 centro terapeutico, 1 consorzio per i servizi alla persona e 1 non specificato. Vista la scarsa numerosità dei rispondenti per alcuni tipi di servizio, i confronti di questo tipo che vengono proposti nei paragrafi seguenti vanno presi con la dovuta cautela (in particolare quelli che riguardano le Alcologie e i servizi di R.D.D.).



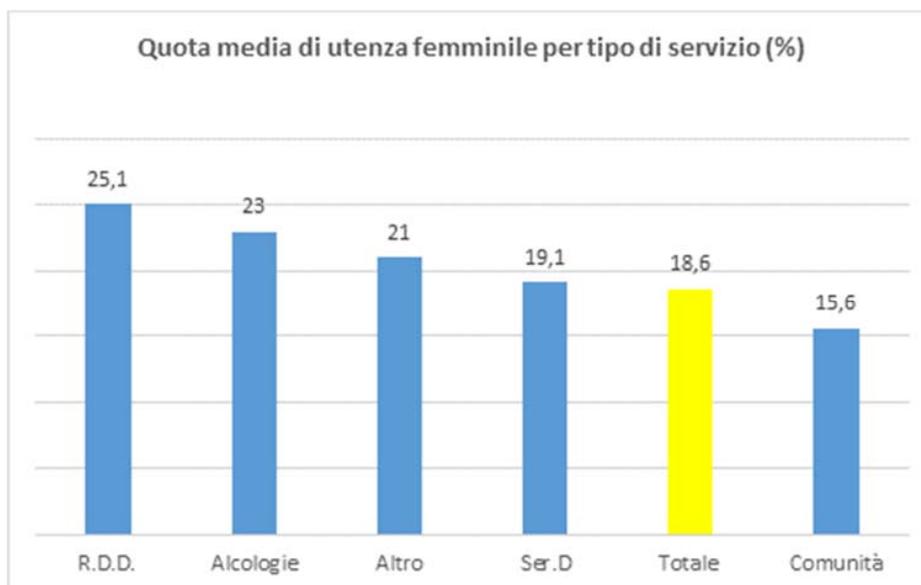
Complessivamente, la quasi totalità dei rispondenti (96,1%) offre un servizio di cura, mentre sono di meno (quasi due terzi) e si equivalgono quelli che si occupano di prevenzione e di reinserimento sociale e lavorativo (65,9%).



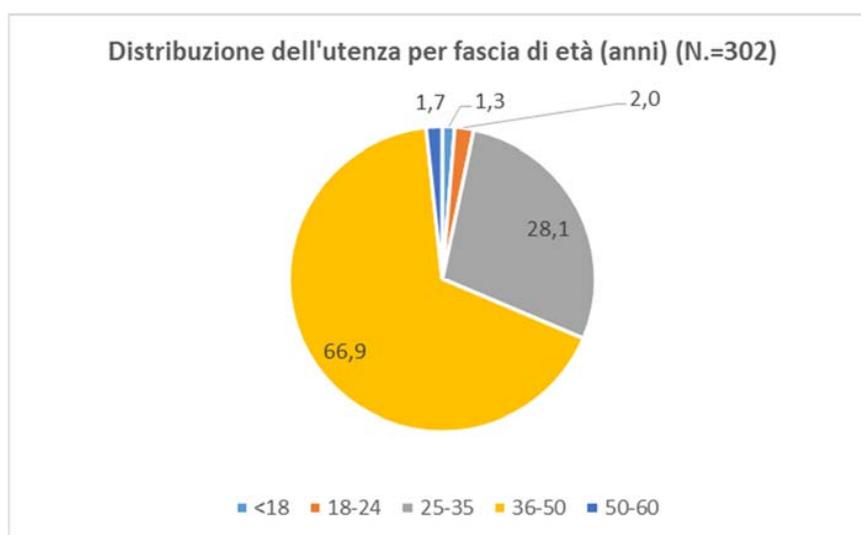
Coerentemente con la distribuzione per tipo di servizio e con i diversi mandati istituzionali, la metà dei servizi (50,8%) offre un mix di attività che comprende prevenzione, cura e reinserimento socio-lavorativo. Questo approccio più ampio è tipico dei servizi pubblici (la percentuale sale al 66% per i Servizi per le Dipendenze e al 69% per i centri di Alcologia). Seguono per numerosità i servizi che offrono solo servizi di cura (20,1%), tipicamente le Comunità terapeutiche e più generale servizi privati e in convenzione. Sono invece residuali i servizi che si occupano esclusivamente di prevenzione, di solo reinserimento lavorativo o di entrambe queste attività.

Gli enti coinvolti hanno un'utenza media pari a 528 utenti, con una grande variabilità per dimensione di ciascuna specifica realtà, che va da un minimo di 5 utenti a un massimo di 12.000. Gli enti pubblici mostrano una dimensione media più alta (712) mentre quelli in convenzione più bassa (97). Nello specifico, i servizi di riduzione del danno sono quelli che hanno in media un'utenza più numerosa (1.186) mentre le comunità meno numerosa (82).

Nel complesso, negli enti rispondenti, l'utenza maschile è decisamente prevalente, mentre le donne rappresentano in media solo il 18,6% dell'utenza totale, quota che scende al 15,6 nel caso delle Comunità terapeutiche mentre sale al 25,1% nei Servizi per la R.D.D. La quasi totalità dei servizi che fanno parte del campione ha dunque un'utenza femminile inferiore al 50%, mentre sono solo due i rispondenti che hanno una maggioranza di utenza femminile (si tratta di due comunità terapeutiche).



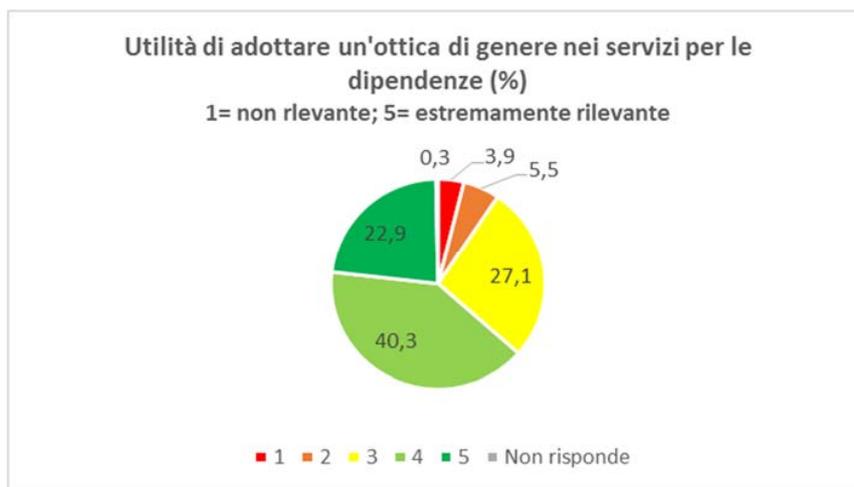
La fascia di età prevalente è nel complesso quella tra i 36 e i 50 anni (66,9%), seguita da quella 25-35 anni (28,1%). Risultano dunque residuali (inferiori al 2%) tutte le altre fasce di età: minorenni, giovani under 25 e adulti over 50. In particolare, minorenni e giovani under 25 risultano totalmente assenti nei Servizi di Alcologia e in quelli di R.D.D., mentre gli over 50 sono assenti nelle Comunità terapeutiche e nei Servizi di R.D.D.



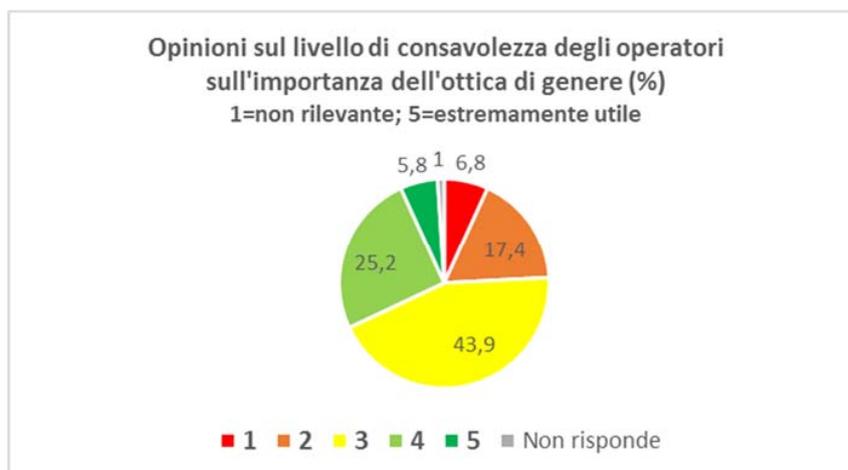
Risultati

Opinioni sull'ottica di genere

Includere l'ottica di genere nell'agenda di lavoro dei servizi per le dipendenze è ritenuto utile o estremamente utile da circa il 63% dei rispondenti, mentre una quota rilevante (27,1%) ha un'opinione incerta, e quasi il 10% lo ritiene poco o per nulla rilevante. Le risposte favorevoli all'ottica di genere sono meno frequenti (circa 53%) tra gli enti privati in generale e nelle Alcologie (43,8%). I Servizi di R.D.D. sono invece quelli che sembrano ritenere più importante l'adozione di un approccio di genere (85,8%).

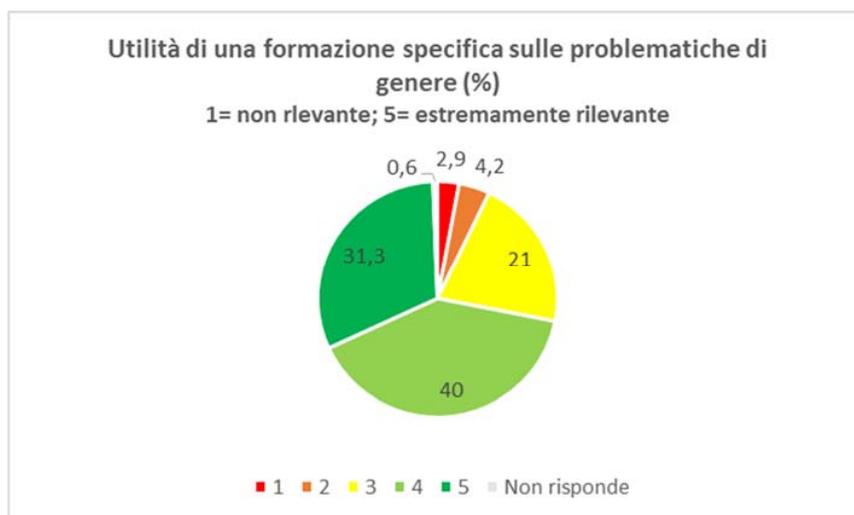


In merito al livello di consapevolezza raggiunto dagli operatori che lavorano nei servizi pubblici e privati dedicati alle dipendenze sull'importanza di includere la dimensione di genere nelle agende di lavoro, l'opinione della maggioranza si colloca su una posizione intermedia della scala proposta, mentre sono residuali le risposte negative. Il punteggio che ha ottenuto una maggioranza relativa di voti (43,9%) è 3, che nella scala proposta corrisponde alla posizione intermedia. In generale nei servizi pubblici e in convenzione si riscontrano opinioni più ottimiste sul livello di consapevolezza.



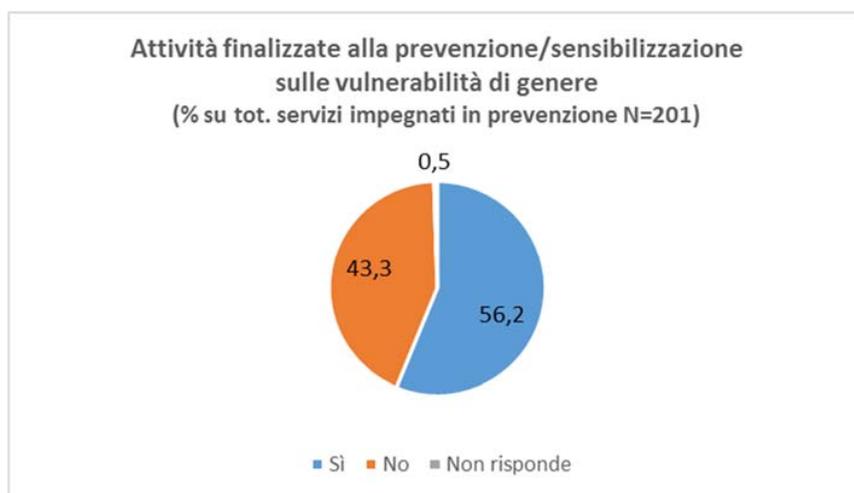
La maggioranza degli intervistati ritiene utile inserire il tema delle specificità di genere nella formazione degli operatori. Le opinioni sull'utilità di includere un curriculum volto a sviluppare competenze specifiche relative alle problematiche di genere nell'ambito delle dipendenze si collocano infatti sui due gradini più alti della scala per circa il 70% dei casi, con uno scarto tra pubblico e privato che indica una minore convinzione circa l'utilità di una formazione specifica da parte del privato (60% vs. 74%), mentre gli enti in convenzione si collocano in una posizione intermedia (70%). Un minor sostegno alla formazione sull'ottica di genere si rileva anche nei centri

di Alcologiari rispetto ai Ser.D, ai Servizi di riduzione del danno e alle Comunità (risposte positive: 50% vs. 75%, 72%, 66%).



Prevenzione

Tra gli enti che si occupano di prevenzione il 56,2% dichiara di svolgere attività finalizzate alla prevenzione delle vulnerabilità di genere nell'uso di sostanze legali e illegali (o attività di sensibilizzazione su questo tema). Osservando le differenze tra tipi diversi di ente si può notare che su questo fronte i servizi pubblici - coerentemente anche con il proprio mandato istituzionale - hanno risposto con più frequenza di quelli privati in maniera affermativa (54,4% vs. 43,8%). Tra questi le Comunità terapeutiche risultano i servizi più attivi su questo fronte (68,2%) mentre le unità di Alcologia sembrano essere quelli meno attivi (38,5%).

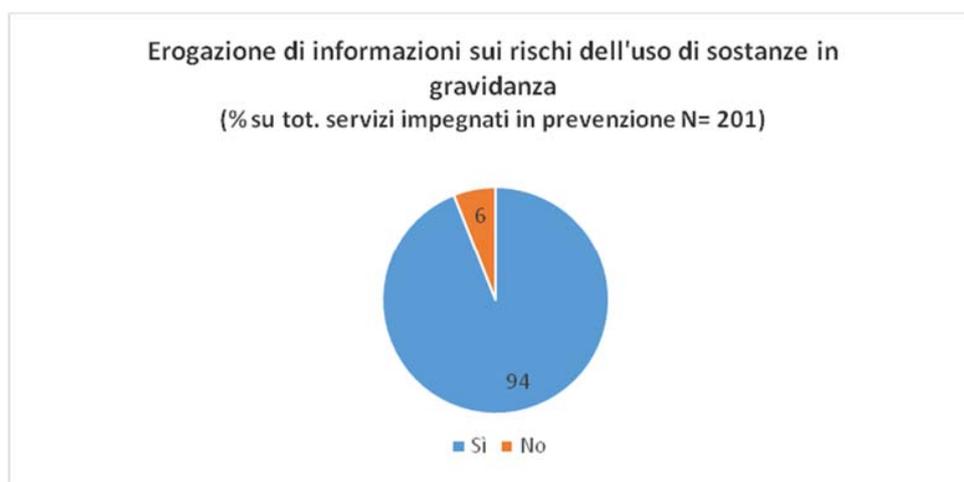


Gli enti che svolgono attività di questo tipo lo fanno prevalentemente attraverso gruppi peer to peer nelle scuole e in altri contesti per giovani (49,6% sul totale di chi ha risposto affermativamente) e per mezzo di incontri e colloqui con personale appositamente formato sulla vulnerabilità di genere (38,9% in media). Seguono la distribuzione di opuscoli e materiale informativo elaborati in un'ottica di genere (36,3%) e i programmi di prevenzione e formazione all'interno dei nuclei familiari (15,9%). Tra le altre modalità segnalate dai rispondenti (22,1%) ci sono i colloqui individuali svolti in maniera *gender-sensitive*, la formazione degli operatori, la costituzione di gruppi di incontro/laboratoriali

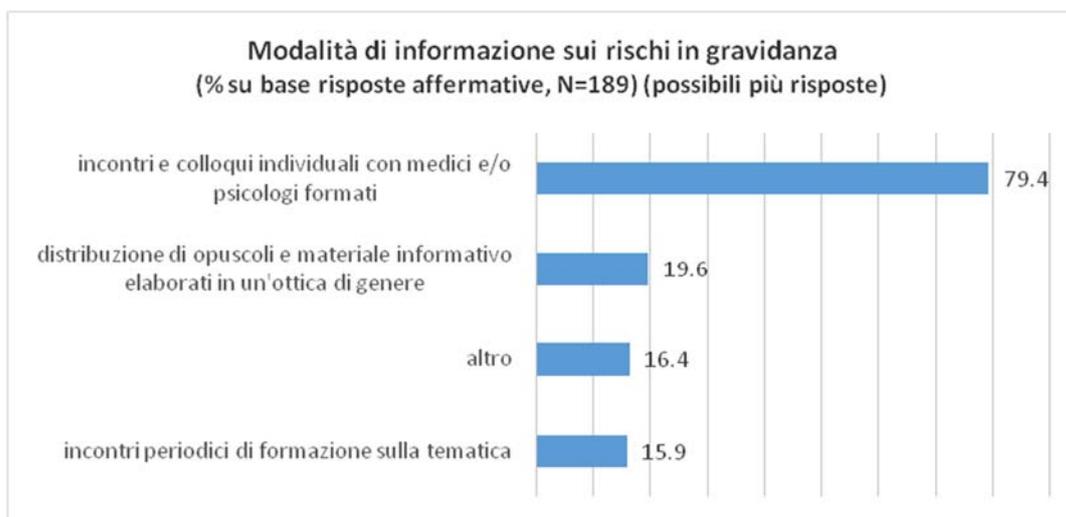
genere specifici, l'organizzazione di incontri informativi rivolti a questo target specifico (ad es. sulle malattie sessualmente trasmissibili), i progetti specifici per donne in gravidanza, svolti anche in collaborazione con reparti ospedalieri (ginecologia e pediatria).



Circa il 94% dei rispondenti dichiara che la propria struttura informa l'utenza sui rischi legati all'uso di sostanze legali e illegali durante la gravidanza, con quote ancora più ampie nei Ser.De nei Servizi di R.D.D.

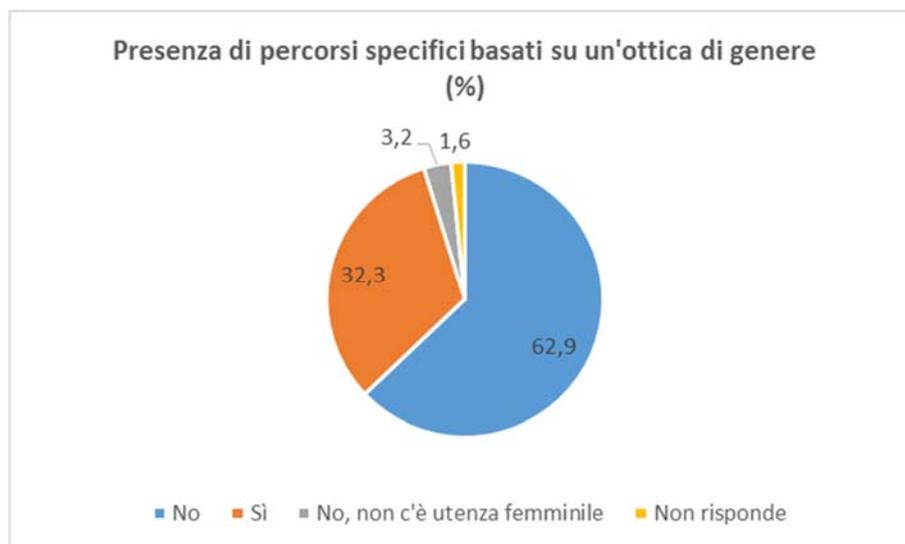


Tra le modalità più utilizzate per informare l'utenza sui rischi derivanti da un uso di sostanze in gravidanza, al primo posto ci sono gli incontri e colloqui con medici e psicologi specializzati al tema (79,4%), seguono la distribuzione di opuscoli e materiale informativo elaborati in un'ottica di genere (19,6%) e gli incontri periodici di formazione sulla tematica (15,9% in media, 52,6% nel caso delle Comunità). Vi sono poi "altre" modalità (16,4%) che includono prevalentemente i colloqui individuali (con personale non formato specificatamente) e, in misura segnatamente minore, la collaborazione con/l'invio ai Consultori familiari (anche attraverso specifici protocolli), il confronto di gruppo, la formazione specifica del personale. I Servizi di R.D.D. sono quelli che più di tutti hanno indicato questa modalità di risposta (57,1%), riferendosi in particolare ai colloqui con personale non appositamente formato.

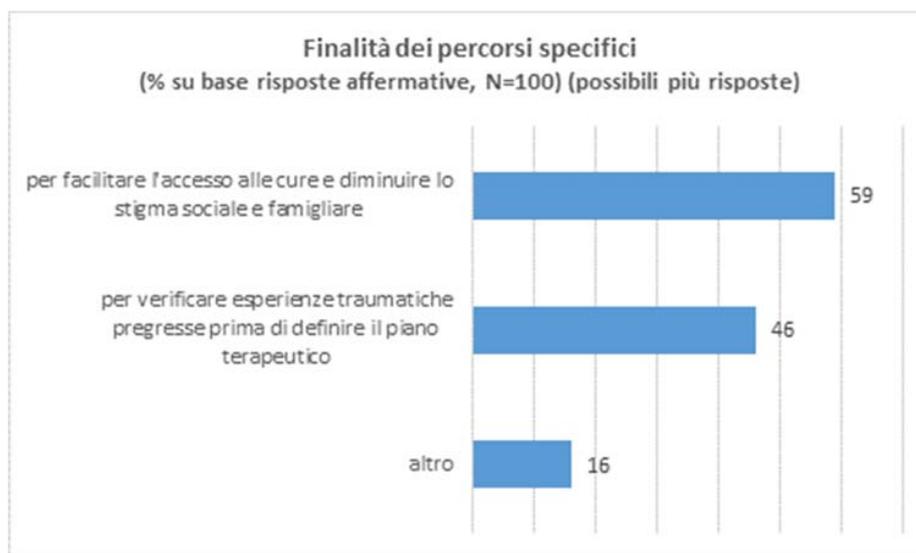


Presenza in carico e trattamento

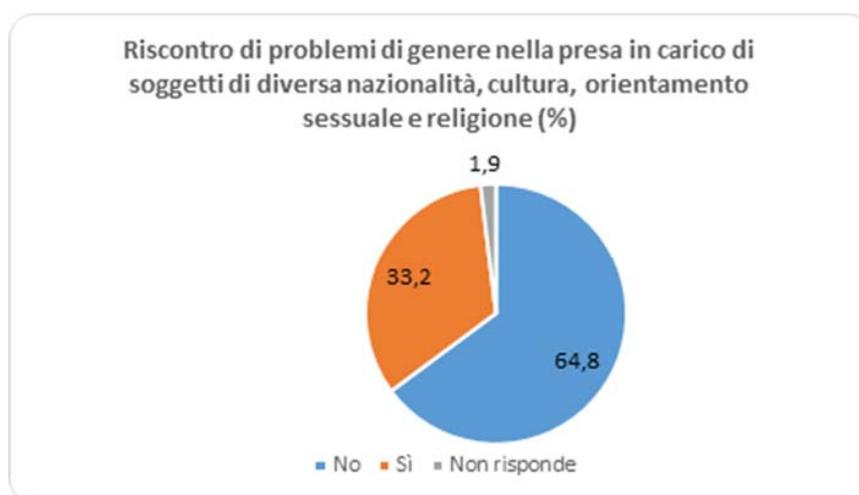
Circa i due terzi del campione (62,9%) non offre all'utenza percorsi basati su un'ottica di genere. I più organizzati in tal senso risultano i servizi in convenzione e i Servizi di riduzione del danno, dove la percentuale di risposte negative scende (rispettivamente al 36,2% e 42,9%).



Tra chi risponde in modo affermativo, la maggioranza assoluta, pari al 59%, lo fa per facilitare l'accesso alle cure e diminuire atteggiamenti stigmatizzanti, senza consistenti differenze per tipo di ente né di servizio. Tuttavia per i centri di Alcologia, le Comunità terapeutiche e gli "Altri" servizi, la motivazione che ha raccolto più risposte è il bisogno di verificare esperienze traumatiche pregresse prima di definire la terapia.

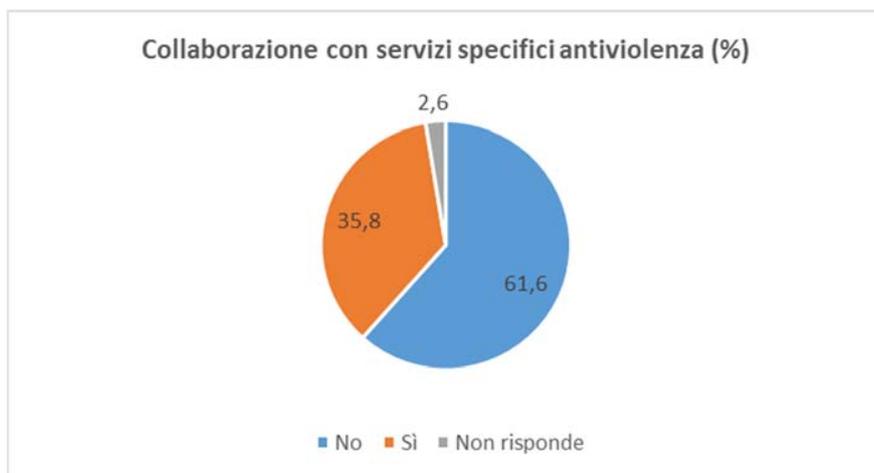


Un terzo dei rispondenti (33,2%) rileva dei problemi connessi alla dimensione di genere nella presa in carico di soggetti di diversa nazionalità, cultura, orientamento sessuale o religione. Questo tipo di problema è riscontrato soprattutto nei Servizi di riduzione del danno, tra i quali questa percentuale sale al 57,1%, e di più nelle unità di Alcologia che nei Ser.D (37,5% vs. 30,6%). Le difficoltà segnalate riguardano non solo la lingua, ma anche i pregiudizi culturali, e riguardano in particolare le persone arabe e di religione musulmana, anche se qualcuno evidenzia che esistono problemi anche con cittadini rumeni e albanesi. La difficoltà più frequentemente citata è la resistenza ad interagire con operatori del sesso opposto (le donne preferiscono essere trattate da operatrici femmine), ma qualcuno evidenzia anche il problema opposto, in particolare la sfiducia, da parte soprattutto dei maschi stranieri e rom, nei confronti dei medici e del personale femminile, a cui non viene riconosciuto il giusto grado di autorevolezza. Inoltre vi sono maggiori difficoltà di interazione con persone che hanno subito traumi e/o violenze.

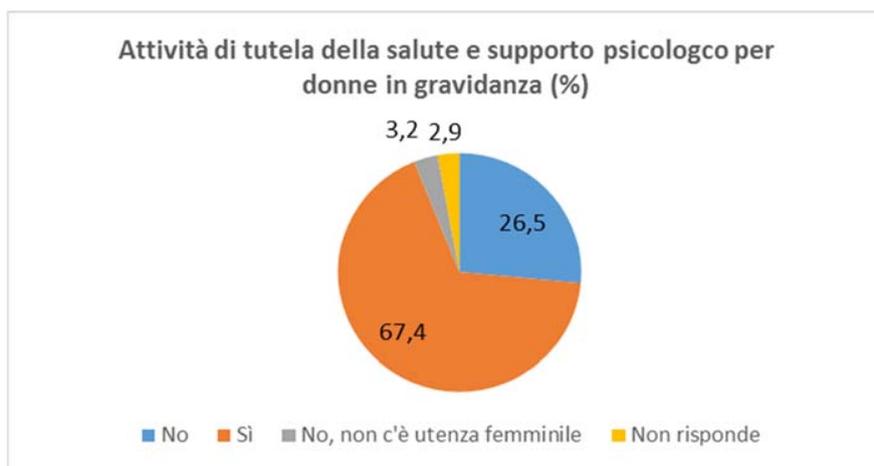


Solo il 35,8% dei rispondenti ha avviato programmi di affiancamento con servizi specifici antiviolenza per la presa in carico dei casi in cui il problema include questa dimensione, quota che sale al 41,1% per gli enti pubblici mentre è limitata al 28,1% dei casi tra gli enti privati. Rispetto a questa variabile si rileva però una forte variabilità tra servizi: si passa dal 71,4% di risposte affermative da parte dei Servizi di riduzione del danno fino al 18,7% di quelle delle Comunità, mentre

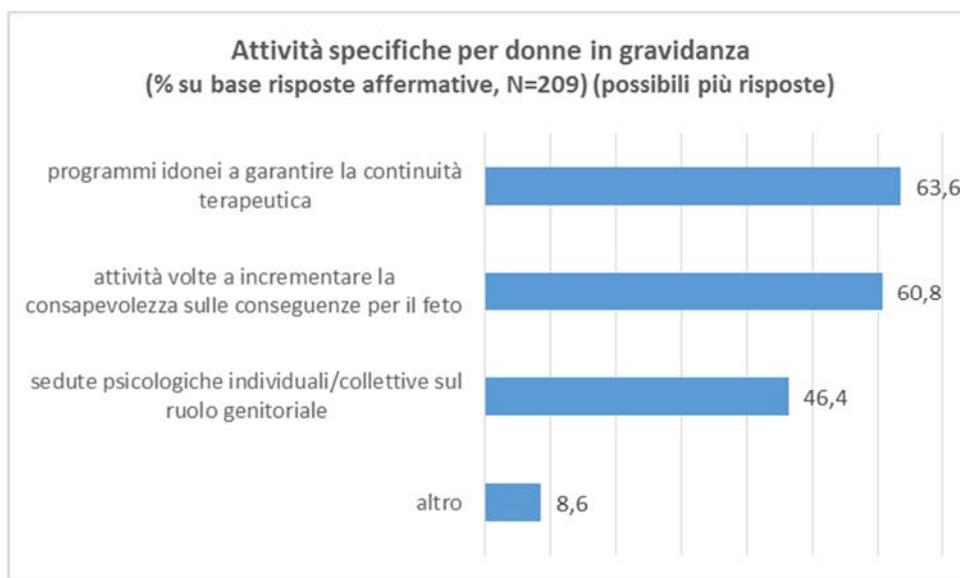
i centri di Alcologia e i Ser.D, con rispettivamente il 50% e il 40,9% di risposte affermative, si collocano in una posizione intermedia. La collaborazione con i centri specifici anti violenza o avviene a livello di servizio oppure, secondo quanto hanno specificato parecchi rispondenti, fa parte di accordi più o meno formalizzati inter-istituzionali che possono includere: i consultori familiari, le Asl, i servizi sociali, i servizi di pronto soccorso, le questure, le forze dell'ordine. E' stata citata la presenza di reti ad hoc costituite a livello comunale, provinciale o di Asl.



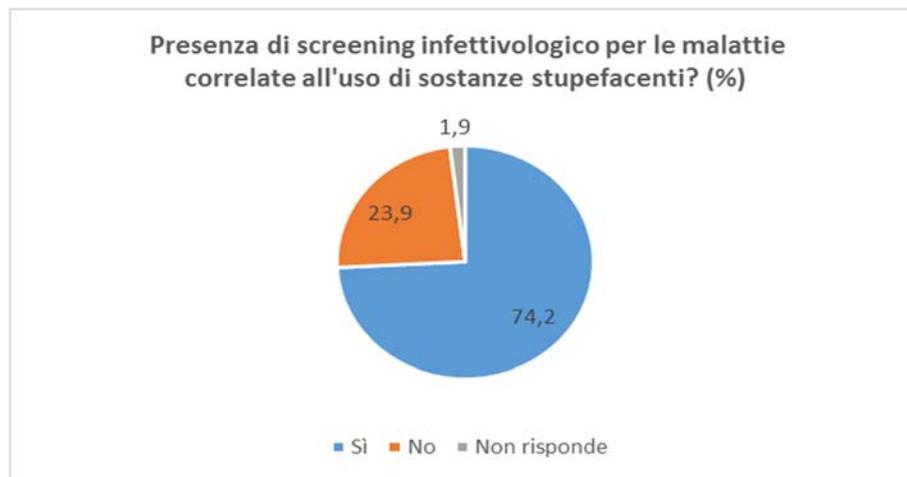
Circa due terzi dei servizi che hanno risposto all'indagine (67,4%) prevede attività di tutela della salute e di supporto psicologico rivolte alle donne in gravidanza. Ciò avviene di più nel settore pubblico (80,4%) che in quello privato, in particolare nei Ser.D (83,9%) e nelle Alcologie (75%).



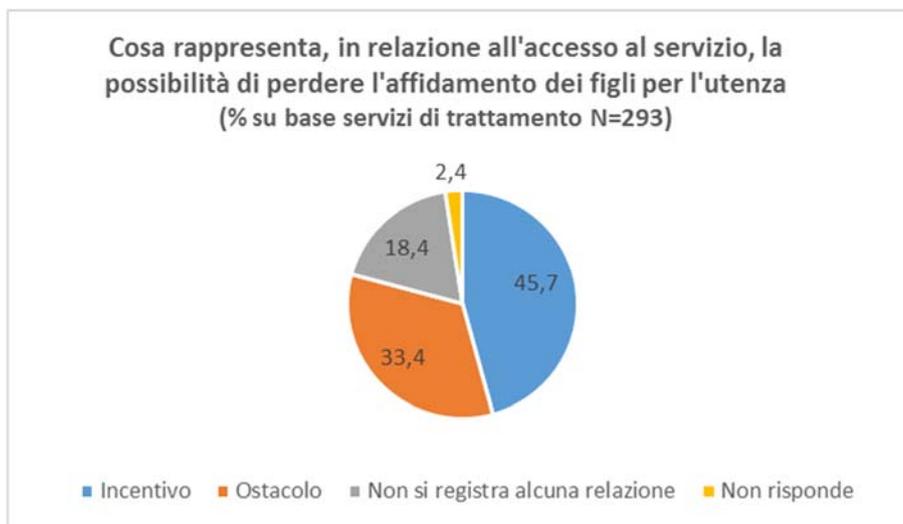
Tra chi propone questo tipo di attività, le modalità più praticate sono programmi specifici atti a garantire la continuità terapeutica nel percorso di gravidanza (63,6%) e le attività di informazione e sensibilizzazione delle donne sulle conseguenze negative per il feto dell'uso di sostanze (60,8%). Il tema è affrontato anche nell'ambito dei colloqui individuali in quasi la metà dei casi (46,4%). Vi sono anche altri tipi di intervento specificati dai rispondenti, che riguardano in generale l'attivazione di reti e collaborazioni con altri servizi specifici del territorio, tra i quali i Consultori sono quelli più frequentemente citati. In alcuni territori si sono costituite delle équipes inter-istituzionali e multi-professionali che coinvolgono operatori sociali e sanitari dell'Asl e del Comune. Altri servizi coinvolti in questi protocolli operativi allargati possono essere i reparti ospedalieri di neonatologia, ostetricia e ginecologia.



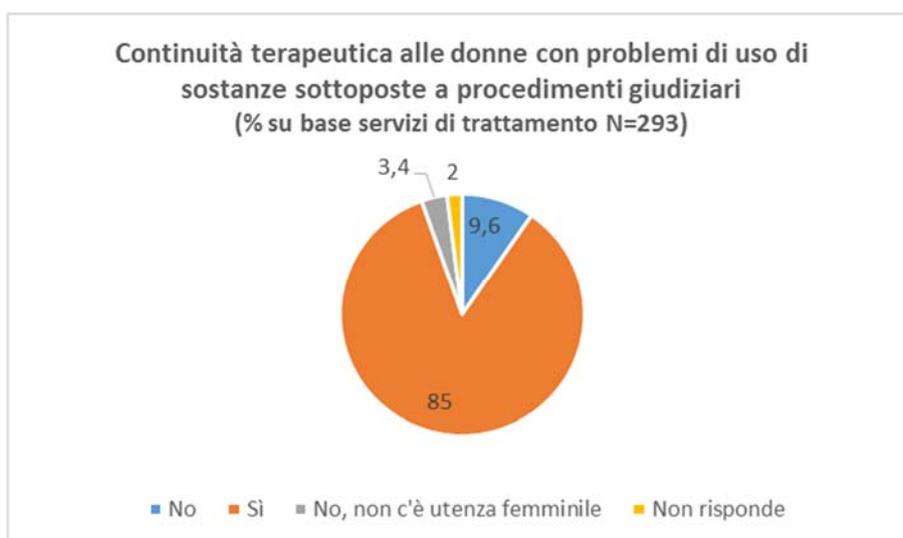
La maggioranza dei servizi rispondenti (74,2%) effettua lo screening infettivologico per rilevare l'eventuale presenza di malattie correlate all'uso di sostanze stupefacenti. Questa pratica riguarda però soprattutto i Ser.D (87,6%) e i centri Alcologici (81,3%) e meno le Comunità (53,8%) e i Servizi di R.D.D. (28,6%).

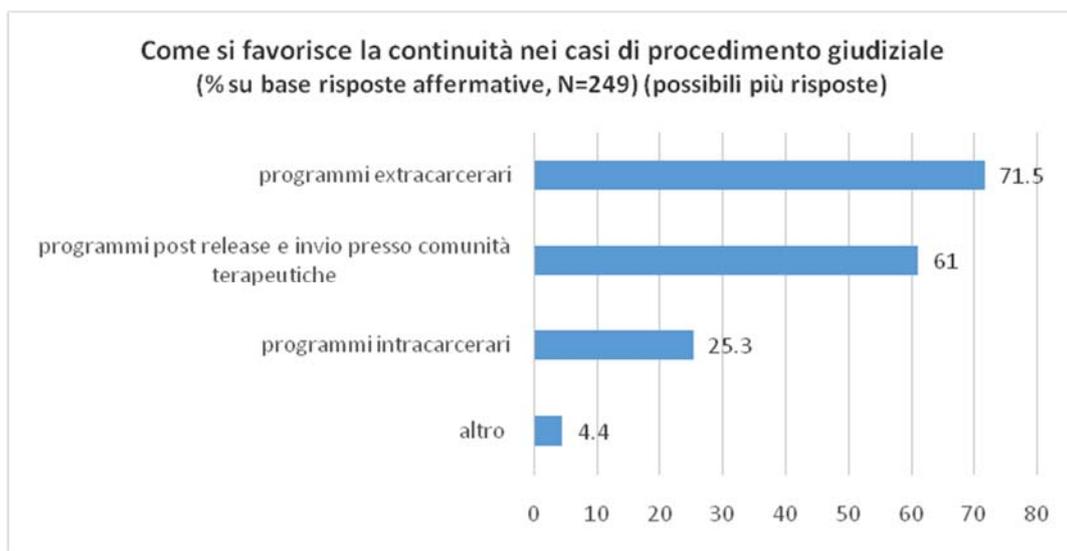


Secondo una maggioranza relativa dei rispondenti dei servizi che si occupano di trattamento (45,7%) la possibilità di perdere l'affidamento dei figli non rappresenta un ostacolo in relazione all'accesso ai servizi, ma un incentivo, in quanto l'adesione a un programma terapeutico implica un percorso di responsabilizzazione che può essere valutato positivamente ai fini dell'affidamento. Sono di questo parere soprattutto le Comunità, dove la percentuale di risposte che vanno in questa direzione sale al 58%, mentre nei Ser.D. le risposte che indicano questo fattore come ostacolo superano, seppure di poco, quelle che lo ritengono un incentivo. Nei centri di Alcologia le due modalità di risposta coprono quote equivalenti. Per circa per il 18,4% degli intervistati non esiste invece nessun nesso tra i due fenomeni, mentre nei servizi di R.D.D., l'opzione "incentivo" non è stata considerata.

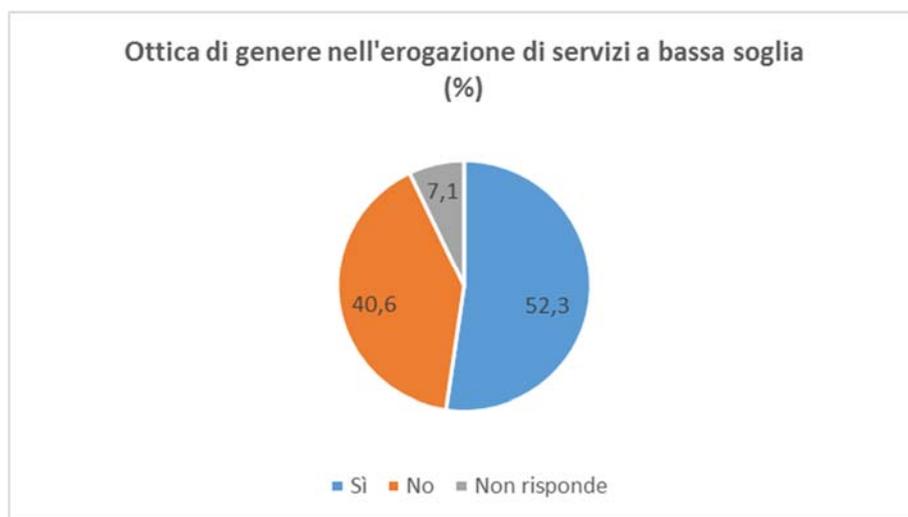


La stragrande maggioranza dei servizi che si occupano di trattamento (85%) favorisce in qualche modo la continuità terapeutica e/o di sostegno psicologico alle donne con problemi di uso di sostanze e dipendenza sottoposte a procedimenti giudiziari o a sentenze esecutive. Questo avviene nella totalità dei centri Alcologici e in misura maggiore nei Ser.D (96,7%), mentre avviene in misura minore, seppur consistente, nelle Comunità terapeutiche (58%). La continuità viene perseguita principalmente attraverso programmi extracarcerari (71,5%) e post release con invio a comunità terapeutiche (61%). I programmi in carcere sono complessivamente poco segnalati (25,3%), anche se risultano più diffusi nelle Alcologie (43,8%). Alcuni servizi hanno segnalato di includere nei propri programmi anche donne in affidamento U.E.P.E. (Ufficio Esecuzione Esterna Penale) e in arresto domiciliare.



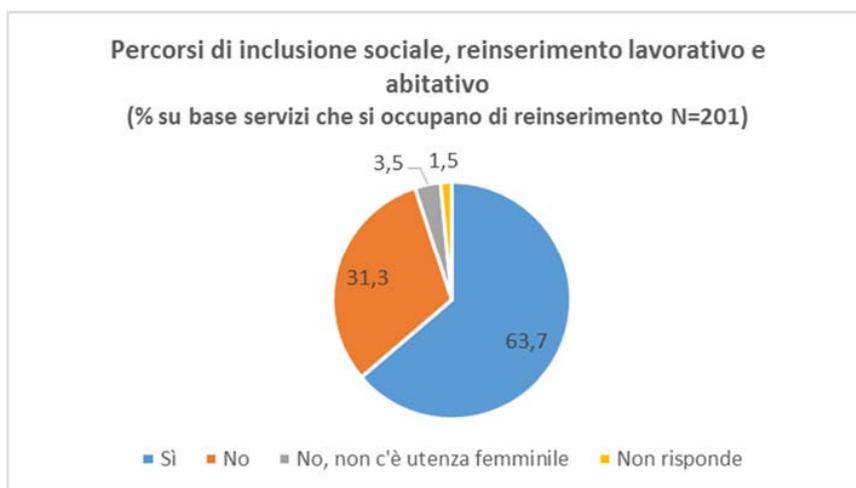


Nell'erogazione dei servizi a bassa soglia, più della metà dei rispondenti dichiara che il proprio ente tiene conto delle esigenze specifiche dell'utenza femminile (52,3%), con quote minori tra le Comunità (42,9%) e maggiori tra i Servizi di R.D.D. (che, secondo la nostra suddivisione del campione, includono anche gli specifici servizi a bassa soglia) (57,1%).



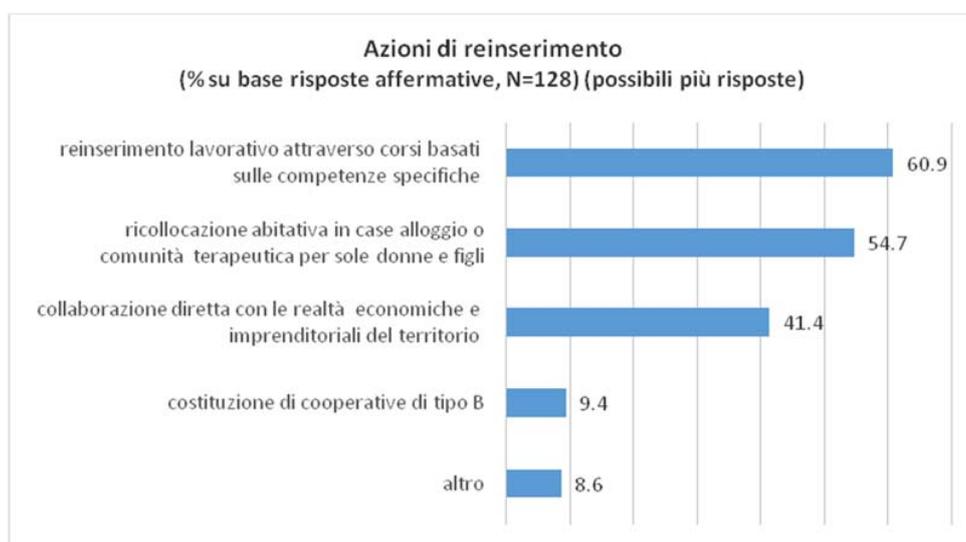
Reinserimento

Il 63,7% dei servizi che si occupano di reinserimento offre alla propria utenza opportunità di inclusione sociale e di reinserimento abitativo e/o professionale declinati in un'ottica di genere.



Le attività più praticate dai servizi che si occupano di reinserimento in un'ottica di genere sono i progetti di reinserimento lavorativo attraverso corsi costruiti sulla base delle specifiche competenze degli utenti (60,9%) (quota che sale 78,8% nel caso delle Comunità terapeutiche) e la ricollocazione abitativa in case alloggio o in comunità terapeutiche per sole donne e figli (54,7%) (quota che sale al 100% nel caso delle Alcologie). Sono meno frequenti i percorsi di reinserimento costruiti in collaborazione diretta con le realtà economiche e imprenditoriali del territorio (41,4%), modalità di azione attivata comunque da più della metà delle Comunità. La costituzione di cooperative sociali di tipo B, imprese che possono svolgere qualunque attività produttiva e commerciale ma devono garantire tra i propri soci-lavoratori la presenza di persone "svantaggiate" è la modalità di reinserimento meno diffusa tra i servizi che coinvolge meno del 10% dei servizi.

"Altre" attività volte a favorire il reinserimento sociale delle utenti sono le borse lavoro, i tirocini e la valutazione delle abilità. In alcuni casi i servizi che trattano l'uso di sostanze e le dipendenze non si occupano direttamente del reinserimento, ma orientano la propria utenza verso servizi del territorio specifici (servizi sociali, cooperative...). Qualcuno specifica che le attività di reinserimento sono attivate solo in presenza di fondi specifici legati a progetti in corso, e dunque non sono continuative.



Secondo più della metà dei rispondenti che si occupano di reinserimento (59,2%), la possibilità di perdere l'affidamento dei figli rappresenta per le utenti un possibile incentivo all'accesso ai