

programmi di reinserimento sociale. I Ser.D si differenziano per una quota maggiore (22,5%) rispetto agli altri servizi di rispondenti che vedono la paura di perdere l'affidamento dei figli come un ostacolo per l'accesso al servizio.

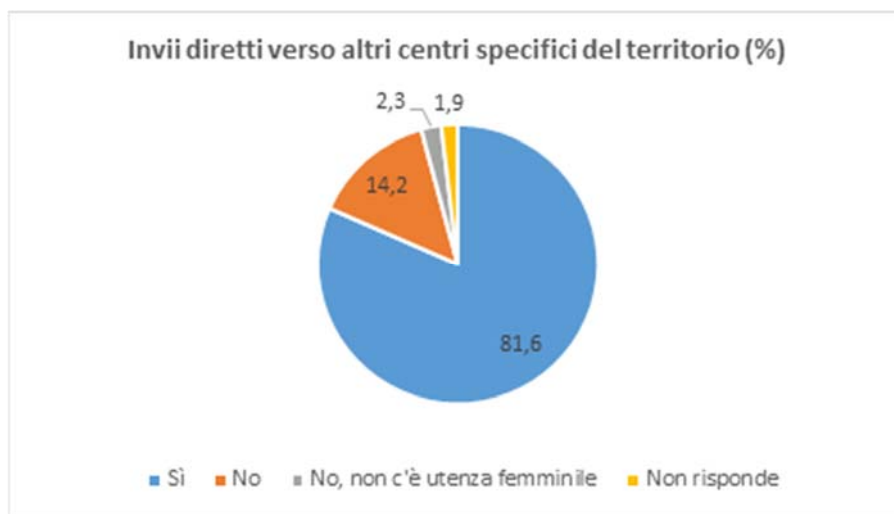


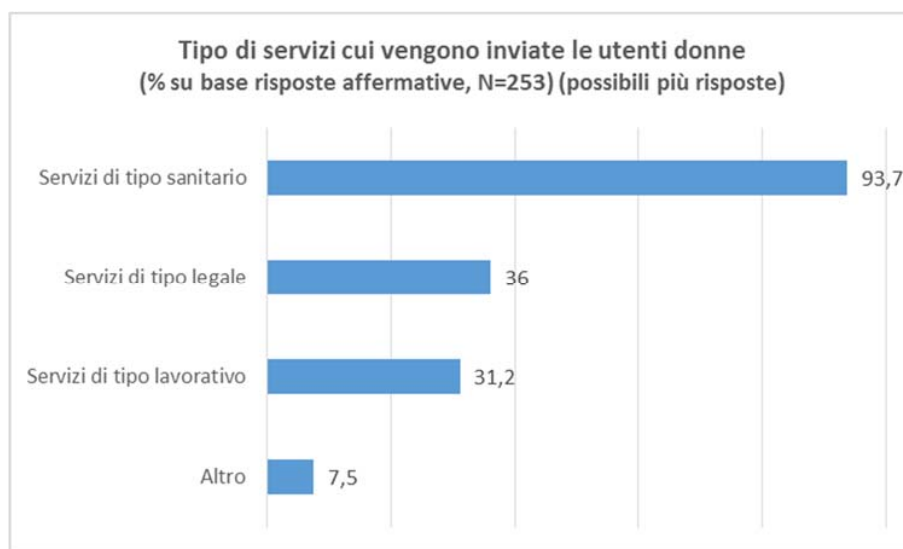
Struttura e organizzazione del servizio

Solo il 55,5% dei servizi che hanno risposto all'indagine sono organizzati complessivamente in modo da tener conto delle esigenze specifiche e peculiari dell'utenza femminile, o facendo attenzione a mettere a disposizione personale dello stesso sesso (31% del campione) o attraverso un'organizzazione del servizio maggiormente strutturata sugli specifici bisogni delle donne (ad es. liste di attesa, orari e spazi compatibili con lo stato di gravidanza e/o la presenza di figli minori) (24,5%). Tra le specifiche che sono state fornite risulta che alcuni servizi hanno spazi e orari dedicati alle donne. In altri casi invece la presa in carico è individualizzata e dunque gli appuntamenti e la terapia vengono concordati in base ai bisogni del singolo utente, al di là del genere. Molti servizi prevedono un accesso prioritario per le donne in gravidanza o quelle con figli piccoli, e, in alcuni casi, la possibilità di condurre immediatamente degli esami tossicologici. Un altro modo per facilitare l'adesione delle mamme ai percorsi terapeutici è quello di mettere a disposizione un educatore che intrattiene in attività ludiche i figli delle pazienti quando queste sono coinvolte in attività di trattamento. Infine alcuni hanno citato l'esistenza di specifiche procedure in collaborazione con altri servizi del territorio.

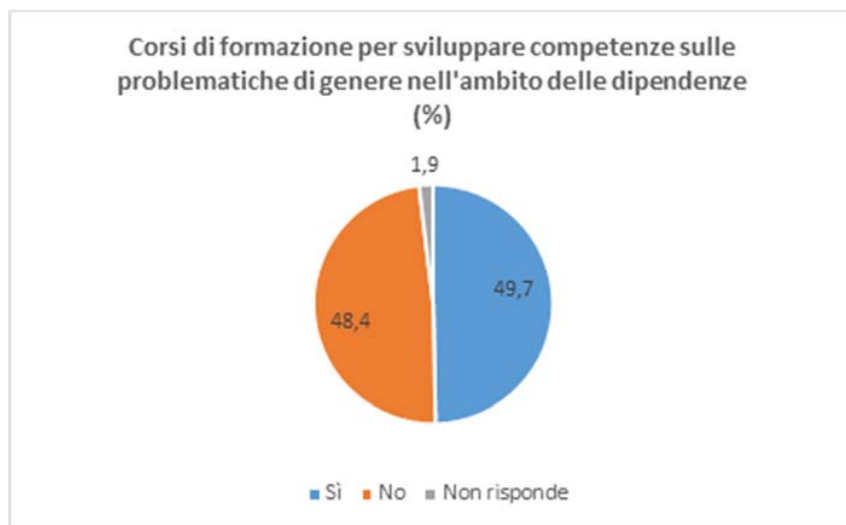


Le strutture dichiarano la loro capacità di indirizzare le utenti verso altri centri del territorio nell'81,6% dei casi, che salgono all'89,8% nel caso dei Ser.D e al 100% delle Alcologie, mostrando dunque un buon livello di collaborazione con gli altri servizi del territorio. Gli invii riguardano prevalentemente i servizi sanitari (93,7% di chi ha risposto affermativamente alla capacità di invio), in misura decisamente inferiore i servizi legali (36%) e quelli di tipo lavorativo (31,2%). Tra gli "altri" servizi indicati vi sono quelli già citati in precedenza, quali ad esempio i centri antiviolenza, i consultori familiari, i servizi sociali, le comunità terapeutiche, i servizi residenziali dedicati.





Le strutture in cui lavorano operatori che hanno frequentato corsi di formazione o aggiornamento volti a sviluppare competenze specifiche relative alle problematiche di genere nell'ambito dei servizi per le dipendenze rappresentano circa la metà del campione (49,7%).



Punti di forza dell'applicazione di un'ottica di genere

Al termine del questionario è stato chiesto ai rispondenti di lasciare un commento libero su punti di forza e criticità legate all'applicazione di un'ottica di genere nei servizi erogati. Hanno specificato i vantaggi 129 rispondenti, pari al 35,8% del campione. Le risposte sono state analizzate testualmente con l'ausilio di un software specifico per un'analisi qualitativa dei dati (Atlas.ti).

I vantaggi più citati derivanti dall'adozione di un approccio di genere (N. 72 risposte) riguardano, in generale, una **maggior appropriatezza ed efficacia del trattamento**.

Trattamenti maggiormente individualizzati e con maggiori probabilità di successo.

Questo esito è strettamente congiunto, nelle opinioni dei rispondenti, con la capacità di identificare e comprendere i **bisogni specifici** (12) e di fornire **risposte individualizzate** sulla base di questi

ultimi. In altri termini l'appropriatezza dei percorsi di trattamento, e dunque la loro efficacia, è quasi sempre associata alla capacità di fornire risposte personalizzate. Questo, come in molti specificano, avviene indipendentemente dal genere dell'utente. Secondo alcuni (9) dunque è l'approccio di genere è superfluo se un servizio garantisce l'individualizzazione dei percorsi.

Non vedo l'utilità di tale applicazione. Nel nostro servizio si risponde alle esigenze dell'utente in modo personalizzato, di qualsiasi genere sia. Le donne ricevono gli stessi trattamenti degli uomini, a meno che non si tratti di gravidanze, nel qual caso si cerca di accelerare i tempi dei trattamenti e degli invii in strutture specifiche.

Nella maggior parte dei casi si ritiene che adottare un approccio di genere, ancor prima del trattamento, **favorisce l'accesso** delle donne ai servizi (23), in particolare delle donne che hanno subito traumi o violenza, anche grazie a una **accresciuta consapevolezza** delle donne (8) e alla **riduzione dei pregiudizi e dello stigma** (7) che pesa sulle donne consumatrici di sostanze più che sugli uomini.

Favorire l'accesso dell'utenza di sesso femminile ai Servizi facendo emergere il sommerso, migliorare la ritenzione in trattamento, superare alcuni pregiudizi ancora esistenti nell'opinione comune.

Tra i vantaggi più citati dai rispondenti vi è anche l'aumento della *compliance* al trattamento e la conseguente diminuzione dei casi di drop-out (22).

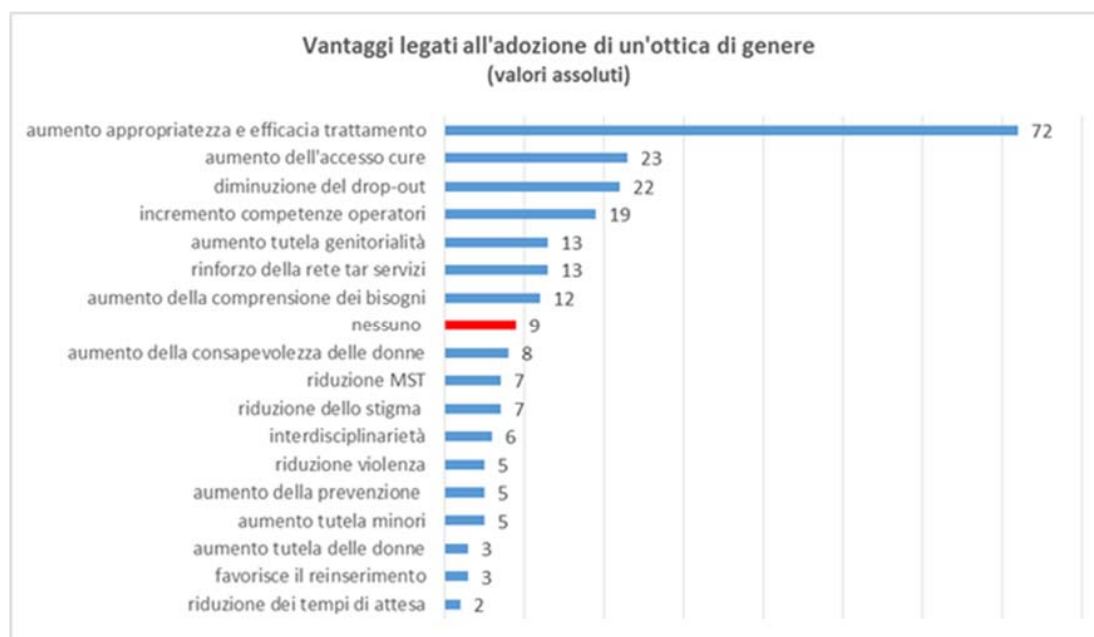
Maggiore compliance con i soggetti presi in carico e maggiori possibilità di successo educativo-terapeutico.

Spesso viene specificato dai rispondenti che i vantaggi derivanti da un approccio di genere (accesso, raccolta dei bisogni, elaborazione di risposte più efficaci...) sono validi in modo particolare per target specifici di donne: tra questi i più citati sono le donne in gravidanza e le madri con minori a carico. Tra i vantaggi non c'è dunque solo **un'augmentata tutela della genitorialità** (8), ma anche una **maggiore tutela dei minori** (5).

Tra i vantaggi non strettamente legati alla presa in carico e al trattamento sono stati citati in generale un **aumento delle competenze e della sensibilità degli operatori** (19) e un **incremento delle collaborazioni con altri enti del territorio e della capacità di fare rete** (13). Secondo molti infatti l'approccio di genere implica necessariamente un approccio olistico ai problemi e dunque la collaborazione inter-istituzionale. Il lavoro di rete, in un'ottica di genere, è anche quello che aumenta le possibilità di **re-inserimento sociale e lavorativo** (3).

Maggiore apertura alla cittadinanza, migliore integrazione con gli altri servizi del territorio, migliore accoglienza di situazioni che altrimenti rimarrebbero senza risposte...

Infine, secondo alcuni dei rispondenti, l'adozione di un'ottica di genere nei servizi per le dipendenze svolgerebbe un'**azione preventiva** (5), sia rispetto alle dipendenze, che alla **violenza** (5) e alle **malattie sessualmente trasmissibili** (5).



Criticità relative all'applicazione di un'ottica di genere

Hanno lasciato un commento libero relativo alle criticità relative all'adozione di un'ottica di genere nei servizi 151 rispondenti, pari al 44,7% del campione. Secondo la maggior parte di questi, il principale ostacolo è la **carenza di risorse economiche, di personale e di spazi** (63). Sono molti infatti coloro che ritengono che un approccio di genere sia difficilmente applicabile in contesti organizzativi che già attualmente faticano a fare i conti con risorse e personale insufficienti. Anche gli spazi sono ritenuti inadeguati, laddove in diversi servizi viene segnalata la mancanza, addirittura, di servizi igienici separati.

Le difficoltà sono molteplici perché comportano una applicazione dell'ottica di genere e una formazione trasversale nel Sistema Nazionale Sanitario, quindi andremmo ad aggiungere complessità ad un sistema complicato dove prevale una politica di tagli delle spese e di tagli al personale alquanto indiscriminata, basata né su carichi di lavoro né su competenze, soprattutto nei Servizi Territoriali, anziché su sistemi di reporting, controllo budgettario e programmazione/valutazione sia economica che socio-sanitaria.

Oltre ad essere numericamente scarso, il **personale** risulta essere anche **insufficientemente formato** (37) per un approccio di genere. La mancanza di competenze specifiche sul tema tra gli operatori e la carenza di opportunità formative ad hoc sono infatti il secondo ostacolo più frequentemente citato dai rispondenti. Alcuni sottolineano inoltre che una formazione sulle differenze di genere implica l'acquisizione di competenze che esulano da quelle generalmente comprese nel curriculum formativo degli operatori delle dipendenze. Secondo alcuni gli operatori potrebbero anche opporre delle **resistenze**(7) ad adottare questo tipo di approccio (d'altra parte altri riconoscono che la sensibilità personale supplisce in molti casi le carenze formative attuali).

Difficoltà di garantire a tutti gli operatori interagenti con l'utenza una formazione ampia che sconfina anche al di fuori delle strette competenze dei Ser.D.

Necessità di una maggiore informazione e possibili "resistenze culturali" e di approccio da parte di alcuni operatori.

Più in generale l'adozione di un'ottica di genere richiederebbe una “de-sanitarizzazione delle dipendenze”, e dunque un salto culturale che necessiterebbe il rinforzo delle competenze sociali e psicologiche nell'ambito dei servizi.

La prima criticità che intravediamo è che questo lavoro implica la considerazione della dipendenza come fenomeno non solo medico-sanitario, ma anche sociale e psicologico: l'eccessiva sanitizzazione della dipendenza impedisce di cogliere tutti quegli aspetti della dipendenza che non sono medici ma che incidono fortemente sulle storie di vita: il genere è una categoria “sociale” ancora non contemplata dall'approccio dominante.

Piuttosto frequenti sono anche i riferimenti alla **debolezza delle reti inter-istituzionali** (22). Da un lato l'ottica di genere necessita di un buon livello di integrazione tra servizi diversi che spesso non si è ancora raggiunto. Dall'altro lato l'integrazione e la collaborazione si ottengono solo dedicando risorse, che vengono percepite come sempre più scarse e dunque insufficienti per raggiungere questo obiettivo. Qualcuno segnala anche la scarsità di servizi specifici cui orientare le utenti per completare il percorso di trattamento con attività di re-inserimento sociale e lavorativo.

Consapevolezza della maggiore fragilità delle donne nell'ambito dei consumi delle sostanze negli operatori dovrebbe essere affiancata dalla accessibilità a strutture e risorse al femminile che sono deficitarie nei nostri contesti di cura soprattutto nel cosiddetto reinserimento.

Subire la debolezza dei Servizi di secondo livello, interagire con Reti indebolite e sofferenti.

Tra le difficoltà esterne ai servizi, vi è anche la **manca di una cultura di genere a livello più ampio** (13). Secondo alcuni infatti un reale approccio di genere implica il riconoscimento delle discriminazioni che persistono a livello sociale, lavorativo e politico e del ruolo che queste giocano anche nello sviluppo delle dipendenze.

Lo scarso coinvolgimento delle donne nei processi e la poca attenzione riservata al principio di uguaglianza di genere nelle stesse politiche di sviluppo, sono una costante per la maggior parte del territorio.

Costruire una cultura (civica e istituzionale) delle dipendenze come differenze di genere.

In ultimo la difficoltà di incidere sui modelli culturali prevalenti si traduce nella difficoltà di diminuire lo **stigma** (13) che ancora ostacola l'accesso delle donne ai servizi, e che di per sé rende difficile l'adozione di un approccio di genere. Lo stigma non riguarda solo le donne che consumano sostanze, ma, come sottolineano alcuni, anche i servizi per le dipendenze.

Il tema dello stigma è molto più forte nelle donne e la paura di perdere i figli, se ne hanno, enorme.

Tra le risposte esiste tuttavia anche un punto di vista più ottimista – o semplicistico – che **non vede ostacoli** (11) particolari all'adozione di un approccio di genere. Infine non è trascurabile la presenza di un **approccio critico** (17), che non vede l'utilità di un approccio di genere in quanto rappresenterebbe un riduzionismo rispetto all'approccio personalizzato già adottato dai servizi, con il rischio di non tenere conto della diversità che esistono anche tra le donne in trattamento per uso di sostanze e di aumentare, anziché diminuire, la discriminazione di genere.

L'ottica di genere è in realtà sempre applicata nell'approccio terapeutico personalizzato. Una ulteriore enfasi sulla differenza potrebbe generare una maggior marginalizzazione delle donne.

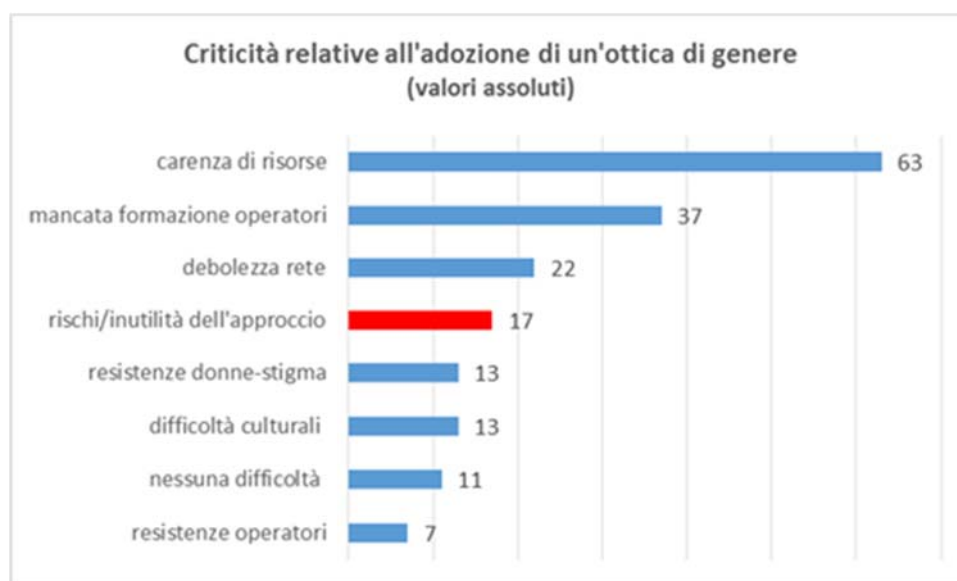
Ma non riusciamo a capire la vostra particolare attenzione a tale argomento come se servizi abituati a lavorare con una grande complessità di utenza quali i SerT possano operare nella

cura delle persone a prescindere dalle loro differenze. Sono persone con patologie da uso di sostanze /comportamenti e mai uguali tra loro.

Tra “i critici” alcuni si soffermano in modo particolare sull’opportunità di creare percorsi di trattamento misti, dove le donne, e in particolare quelle che hanno subito violenze, possono lavorare sull’interazione con l’altro sesso preparandosi più efficacemente alla fase di reinserimento sociale.

“Aver seguito programmi specifici per solo donne potrebbe rallentare processi di inclusione sociale e lavorative in contesti "di normalità" in cui la convivenza con figure maschile è necessaria. Molte delle donne con vissuti traumatici presentano quadri sintomatologici di gravi disturbi di personalità in cui la dimensione della sessualità è centrale e se non trattata rischia di restare una difficoltà contenuta e non affrontata.”

“Solo strutture di genere le trovo abbastanza limitanti perchè la persona ha bisogno di confrontarsi e relazionarsi anche con la diversità sia di problematiche che di sesso.”



Conclusioni

I risultati mostrano un quadro composito, che sembra riflettere la molteplicità delle visioni emergenti dalla letteratura (Green, 2006).

Da un lato infatti emerge un bisogno di incrementare l'ottica di genere nell'ambito dei servizi italiani dedicati alle dipendenze, dall'altro lato non tutti i professionisti sono convinti che ciò sia opportuno. A questo proposito ricordiamo che circa 27% del campione si è mostrato incerto sull'utilità di adottare un'ottica di genere, mentre circa il 10% lo ritiene poco o per nulla utile. Come si può desumere dai commenti liberi che sono stati analizzati in precedenza, la maggior parte degli scettici ritiene che un approccio personalizzato, basato sui bisogni individuali, renda inutile se non controproducente, un approccio di genere, che potrebbe finire per rappresentare un'ulteriore forma di discriminazione o potrebbe non preparare efficacemente le utenti donne al reinserimento sociale e lavorativo al termine del trattamento, in un ambiente dove le donne dovranno interagire con il sesso opposto. Posto che questa visione riguarda una minoranza di intervistati, le argomentazioni che la sostengono vanno tenute presenti nelle iniziative future per una sensibilizzazione sul tema destinate agli operatori delle dipendenze. Questa visione riflette in parte un trend, osservabile a livello generale nazionale e internazionale, che è stato definito "individualizzazione delle dipendenze" (Hellman, 2010). Questo approccio rischia di enfatizzare la sfera individuale nell'interpretare le origini del problema e nel cercare le soluzioni, riducendo dunque l'attenzione sulla natura principalmente sociale delle disuguaglianze di salute, tra cui quelle di genere (Costa et al., 2014).

Questa consapevolezza dovrebbe dunque essere rinforzata tra gli operatori dei servizi, poiché, se è vero che il loro compito è quello di aiutare i casi individuali, ciò li aiuterebbe a trasmettere alle vittime stesse delle discriminazioni una maggiore consapevolezza sulle origini non individuali delle problematiche che stanno vivendo.

Parte degli intervistati hanno dimostrato tuttavia di essere consci delle dinamiche sociali più ampie che stanno all'origine delle dipendenze femminili, e del fatto che uno degli ostacoli principali all'adozione di un'ottica di genere nell'ambito dei servizi per le dipendenze sia proprio la mancanza di una cultura di genere a livello più ampio, sia di cittadinanza sia di rete dei servizi.

Su questo aspetto la ricerca sembra evidenziare la necessità di rafforzare la formazione degli operatori, in una prospettiva, come ha suggerito uno degli intervistati, più ampia di quella sanitaria, che miri anche alla comprensione degli aspetti sociali e culturali che favoriscono l'insorgere dei problemi di dipendenza tra le donne e impattano sulla loro evoluzione. Questo sarebbe utile in particolare al fine di articolare degli interventi di prevenzione che, come raccomandato da tutti gli organismi internazionali (OMS, 2013), dovrebbero coinvolgere un ampio ventaglio di attori sociali ed economici, in primis i decisori politici. In questo senso degli operatori delle dipendenze più formati su aspetti che esulano dalle competenze specifiche legate al trattamento, li renderebbe attori più competenti e qualificati per concertare misure preventive e di contrasto al fenomeno integrate e multi-settoriali.

Infine, da una lettura complessiva dei dati, l'approccio di genere risulta applicato prevalentemente alle donne in gravidanza e alle madri. Se da un lato questo risponde a un bisogno rilevato dalla letteratura (Affronti et al., 2014), dall'altro lato cela il rischio di reiterare gli stereotipi culturali che identificano la donna con il suo ruolo di genitrice, sottovalutando i bisogni delle donne che invece non si trovano in questa condizione.

Fatta questa premessa, ci sembra di potere così riassumere, in maniera sintetica, i principali aspetti critici emersi dall'indagine.

- ❖ Presenza di opinioni scettiche o critiche sull'utilità di adottare un'ottica di genere che riguardano nel complesso più di un intervistato su tre (36,5%).
- ❖ Scarsità di iniziative finalizzate alla prevenzione delle vulnerabilità di genere nei servizi che si occupano di prevenzione (56,2%).
- ❖ Limitata adozione di percorsi di accesso o di presa in carico basati su un'ottica di genere (segnalati solo dal 32,3% dei rispondenti).
- ❖ Rilevanza dei problemi di genere connessi con soggetti di diversa nazionalità e religione, rilevati in modo particolare tra i nord africani di religione musulmana (33,2%).
- ❖ Limitata presenza di programmi congiunti tra servizi per le dipendenze e centri antiviolenza (35,8%).
- ❖ Percorsi specifici (prevenzione e trattamento) concentrati prevalentemente sulle donne in gravidanza o sugli screening.
- ❖ Permanenza di stereotipi e paure che ostacolano l'accesso ai servizi (paura di perdere l'affidamento dei figli (soprattutto nei Ser.D, dove si somma lo stigma del servizio).
- ❖ Diffuso sostegno alle donne con problemi di uso di sostanze e dipendenza sottoposte a procedimenti giudiziari o a sentenze esecutive, a fronte però di una scarsità di programmi in carcere (25,3%).
- ❖ Fondi per il reinserimento sociale prevalentemente legati a progetti e fondi non continuativi.
- ❖ Difficoltà diffusa ad adottare un'organizzazione basata su un'ottica di genere (che riguarda il 55,5% dei servizi) a fronte di carenze economiche, strutturali e di personale, oltre che di personale appositamente formato (presente in meno della metà dei servizi).
- ❖ Limitata capacità di estendere le reti di collaborazione inter-istituzionali a servizi di tipo non sanitario, che garantiscano opportunità di reinserimento sociale e lavorativo (queste ultime riguardano meno di un servizio di tre).

Ringraziamenti

Per l'indagine sul livello di inclusione dell'agenda di genere tra i servizi per le dipendenze, L'UNICRI ringrazia il dott. Davide dal Farra per il contributo alla raccolta dei dati e la prof.ssa Franca Beccaria e dott.ssa Sara Rolando (Eclectica) per il contributo all'analisi dei dati.

L'UNICRI ringrazia altresì tutte le esperte e gli esperti della rete DAWN/Dad.Net che hanno contribuito allo sviluppo concettuale del progetto e in particolare le dott.sse Marica Ferri e Linda Montanari (EMCDDA) per il contributo all'inquadramento delle problematiche di genere in ambito europeo, la prof.ssa Marilyn Clark (Università di Malta) per lo studio sull'incidenza tra le donne dell'uso non medico dei farmaci sotto prescrizione medica, la prof.ssa Minerva Melpomeni Malliori (Università di Atene) per il contributo sugli aspetti psichiatrici e psichici delle dipendenze nel genere femminile.

Riferimenti bibliografici

Affronti V., Camera L., Frossi M., Gonella R., Scaroina E. (2014). Analisi della letteratura scientifica. In AAVV., *Consumo e comportamenti di dipendenza con e senza uso di sostanze nel genere femminile: progetto per un percorso conoscitivo nella Regione Piemonte*. Rapporto di ricerca. Pp. 69-108.

Ait-Daoud N., Bashir M. (2011). Women and Substance Abuse: Health Considerations and Recommendations. *CNS Spectrums*, 16: 37-47.

Ashley O.S., Marsden M.E., Brady T.M. (2003). Abuse, Effectiveness of substance abuse treatment programming for women: a review. *American Journal of Drug and Alcohol*, 29:19-53.

Beccaria F., Rolando S., Taddeo G. (2014). *Le “voci di dentro”: il Forum*. In *Consumo e comportamenti di dipendenza con e senza uso di sostanze nel genere femminile: progetto per un percorso conoscitivo nella Regione Piemonte*. Pp. 233-264.

Bogren A. (2011). Gender and alcohol: the Swedish press debate. *Journal of Gender Studies*, 20:2, 155-169

Brady K.T., Killeen T.K., Brewerton T., Lucerini S. (2000); Comorbidity of psychiatric disorders and post-traumatic stress disorder, *Journal of Clinical Psychiatry*, 61 (suppl);7(4):22–32

Bright C.L., Osborne V.A., Greif G.L. (2011). One dozen considerations when working with women in substance abuse groups. *Journal of Psychoactive Drugs*, 43(1):64-68.

Claus R.E., Orwin R.G., Kissin W., Krupski A., Campbell K., Stark K. (2007). Does gender-specific substance abuse treatment for women promote continuity of care? *Journal of Substance Abuse Treatment*, 32: 27-39.

Commission on Narcotic Drugs (2012). *Resolution 55/5. Promoting strategies and measures addressing specific needs of women in the context of comprehensive and integrated drug demand reduction programmes and strategies.*

El-Bassel N., Gilbert L., Shilling R., Wada T. (2000). Drug abuse and partner violence among women in methadone treatment. *Journal of Family Violence*. 15:209–28.

Costa G. , Bassi M, Gensini G.F., Marra M., Nicelli A. L., Zengarini N. (a cura di) (2014). *L'equità nella salute in Italia*. Milano: Franco Angeli.

Demofonti S., Fraboni R., Sabbadini L.L. (a cura di) (2015). *Come cambia la vita delle donne 2004-2014*. Monografia ISTAT. Roma: Presidenza del Consiglio dei Ministri Ministero per le Pari Opportunità.

Erickson PG, Murray GF (1989); Sex differences in cocaine use and experiences: a double standard revived? *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 15(2):135-152.

Galesi D. (2013). Il consumo femminile di psicofarmaci come de-politicizzazione delle disuguaglianze. In Cipolla C. (a cura di) (2013). *Droghe al femminile*. Franco Angeli, Milano.

Green C.A. (2006). Gender and Use of Substance Abuse Treatment Services. *Alcohol Research & Health*, 29(1):55-62

Greenfield S.F., Trucco E.M., McHugh R.K. et al. (2007). Dependence, The Women's Recovery Group Study: a stage I trial of women-focused group therapy for substance use disorders versus mixed-gender group drug counseling. *Drug and Alcohol*, 90 (1): 39–47.

Grella C.E. (2008). From generic to gender-responsive treatment: changes in social policies, treatment services, and outcomes of women in substance abuse treatment. *Journal of Psychoactive Drugs*, 5 (suppl): 327–43.

Hellman M. (2010). *Construing and Defining the out of Control. Addiction in the Media 1968-2008*. Helsinki: University Press

Hibell B., Guttormsson U, Ahlstrom S., et al. (2012). *The 2011 Espad Report Substance Use Among Students in 36 European Countries*. Stockholm: The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN).

Hicks B.M., Blonigen D.M., Kramer M.D., et al. (2007). Gender differences and developmental change in externalizing disorders from late adolescence to early adulthood: a longitudinal twin study. *Journal of Abnormal Psychology*, 116:433–47.

Hogan S.R., Unick G.J., Speigman R., Crim D., Norris J.C. (2011). Gender-Specific Barriers to Self-Sufficiency among Former Supplemental Security Income Drug Addiction and Alcoholism Beneficiaries: Implications for Welfare-To-Work Programs and Services. *Journal of Social Service Research*, 37(3): 320–37.

Kessler R.C., Crum R.M., Warner L.A., Nelson C.B., Schulenberg J., Anthony J.C. (1997). Lifetime co-occurrence of DSM-III-R alcohol abuse and dependence with other psychiatric disorders in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 54(4):313-21.

Lindsay A.R. & Velasquez S.C. (2009). Healthy Steps to Freedom: A health and body image curriculum for use in substance abuse programs for women.

<https://www.unce.unr.edu/publications/files/cy/2009/cm0902OrderForm.pdf>

McPherson M., Casswell S., Pledger M. (2004). Gender convergence in alcohol consumption and related problems: Issues and outcomes from comparisons of New Zealand's survey data. *Addiction*, 99:738-748.

Merikangas K.R., Stevens D.E. (1998). Substance abuse among women: familiar factors and comorbidity. *Drug Addiction Research and the Health of Women*. NIH Publication No. 98-4290. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse: 245–269.

OMS (2013). *Health 2020: a European policy framework supporting action across government and society for health and well-being*. Malta, WHO Regional Office for Europe.

Reynolds M., Mezey G., Chapman M. et al. (2005). Co-morbid posttraumatic stress disorder in a substance misusing clinical population. *Drug & Alcohol Dependence*, 77: 251-8.

Rolando S., Taddeo G., Beccaria F. (2015). New media and old stereotypes. Images and discourses about drunk women and men on YouTube. *Journal of Gender Studies*, DOI: 10.1080/09589236.2015.1041462

Rolando S., Beccaria F. (2010). Femminilizzazione dei consumi. In Beccaria F. (a cura di), *Alcol e Generazioni. Cambiamenti di stile e stili in cambiamento in Italia e in Finlandia*. Milano: Carocci. pp. 175-177.

Schmidt L.A., McCarty D. (2000). Welfare Reform and the Changing Landscape of Substance Abuse Services for Low-Income Women. *Alcoholism: clinical and experimental research*. 24(8):1298-311

Speigman R., Li Y. (2008). *Barriers to work: CalWORKs parents timed-out or sanctioned in five countries*. Sacramento, CA: The Child & Family Policy Institute of California

Tuchman E (2010). Women and addiction: the importance of gender issues in substance abuse research. *Journal of Addiction Disorders*, 29(2): 127-38

UNICRI “Promoting a gender responsive approach to addiction” Pub. N.104, 2013

Van De Mark N.R. (2007). Policy on reintegration of women with histories of substance abuse: A mixed-methods study of predictors of relapse and facilitators of recovery. *Substance Abuse Treatment, Prevention and Policy*, 2:28.

Vigna-Taglianti, F. D., Burroni, P., Mathis, F., Versino, E., Beccaria, F., Rotelli, M., ... & Bargagli, A. M. (2016). Gender Differences in Heroin Addiction and Treatment: Results from the VEdeTTE Cohort. *Substance use & misuse*, 51(3), 295-309.

Vigna-Taglianti F., Burroni P., Mathis F., Rotelli M., Garneri M., Beccaria F., Picciolini A., Versino E., Bargagli A.M., e il Gruppo di Studio VedeTTE (2014), “Differenze di genere: evidenze dallo studio VEdeTTE”. *Medicina delle Dipendenze*, 16: 65-78.

Wetherington C.L. & Roman A.B. (eds.) (1998). *Drug addiction research and the health of women*. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services, National Institute of Health, National Institute on Drug Abuse.

Zermiani, M., Gomma, M., Simeoni E., Serpelloni G. “Evaluation of care services provided to female patients by Drug Addiction Departments: a national explorative survey” *Journal of Applied Medical Sciences*, vol. 2, no. 1, 2013, 11-23

1.2 Incidentalità stradale

a cura del Ministero della Salute, Direzione Centrale Prevenzione

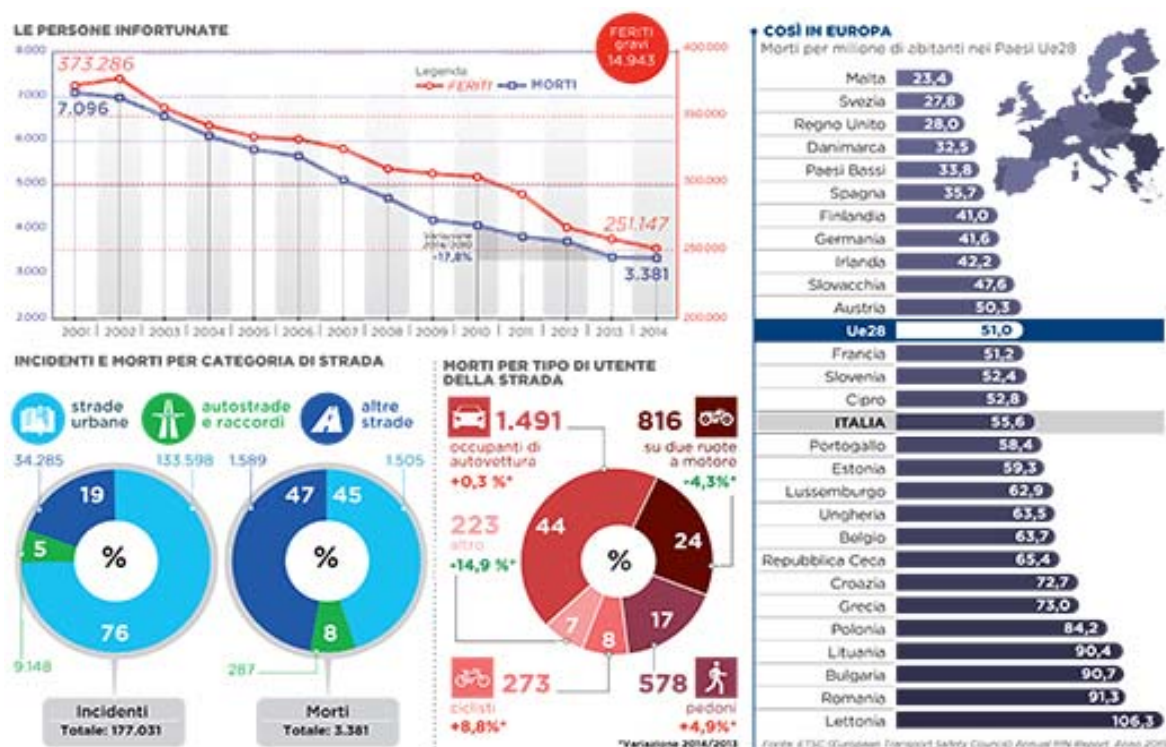
Gli incidenti stradali sono una seria emergenza sanitaria in tutti i paesi europei risultando essere la prima causa di morte per le fasce d'età comprese tra i 15 ed i 35 anni.

Tale emergenza, sanitaria, economica e sociale necessita di un approccio multisettoriale e multidisciplinare con interventi di tipo strutturale, normativo ed educativo.

I dati ufficiali sull'incidentalità stradale sono raccolti dall'ISTAT (Istituto Italiano di Statistica) e pubblicati annualmente.

L'ISTAT raccoglie le informazioni sull'incidentalità mediante una rilevazione a cadenza mensile di tutti i sinistri stradali verificatisi sull'intero territorio nazionale che hanno causato lesioni alle persone (morti o feriti). A tale indagine collabora attivamente l'ACI.

Le rilevazioni effettuate costituiscono il frutto di un'azione congiunta e complessa tra una molteplicità di ulteriori soggetti istituzionali, tra i quali il Ministero dell'interno, la Polizia stradale, i Carabinieri, la Polizia municipale, la Polizia Provinciale, gli uffici di statistica dei comuni capoluogo di provincia e gli uffici di statistica di alcune province, che hanno sottoscritto una convenzione con l'ISTAT finalizzata alla raccolta, al controllo, alla registrazione su supporto informatico e al successivo invio all'Istituto dei dati informatizzati.



Nel 2014, in Italia si sono verificati 177.031 incidenti stradali con lesioni a persone, che hanno provocato la morte di 3.381 persone (entro il 30° giorno) e il ferimento di altre 251.147. Rispetto al 2013, il numero di incidenti scende del 2,5%, quello dei feriti del 2,7% mentre per il numero dei morti la flessione è molto contenuta, -0,6%.

Sulla base dei dati di dimissione ospedaliera, i feriti gravi a seguito di incidente stradale sono stati circa 15 mila, contro i 13 mila del 2013 (+16%).

La classe di età in cui si registra il maggior numero di decessi è compresa tra 20-24 anni per entrambi i sessi. Valori molto elevati si riscontrano per gli uomini anche nelle fasce di età 25-29 e 35-39.

Per le donne i picchi maggiori si registrano anche per le fasce di età più avanzata (75-79 e 80-84) nelle quali le donne risultano coinvolte come pedoni.

L'ACI per il 2010 ha effettuato una stima dei costi per incidente stradali (valori in milioni di euro)

	2010	1.220.675	costo morto
		24.833	costo ferito
<i>Mancata Produzione presente e futura</i>		71.702	costo incidente
delle persone decedute	2.745		
- per inabilità permanente	3.042		
degli infortunati			
- per inabilità temporanea	2.120		
<i>Valutazioni delle voci di danno alla persona</i>			
danno morale ai superstiti delle persone decedute	2.244		
- per invalidità gravi	845		
danno biologico			
- per invalidità lievi	902		
<i>Costi sanitari ed assimilabili</i>			
Spese ospedaliere e di pronto soccorso per persone infortunate	609		
Spese ospedaliere e di ambulanza per persone decedute	3		
<i>Danni materiali</i>	10.067		
<i>Costi amministrativi</i>			
Spese per assicurazione R.C.A.	3.149		
Spese per rilievo incidenti stradali			
della Polizia Stradale	593		
dei Carabinieri	593		
della Polizia Municipale	581		
dei Vigili del Fuoco	82		
<i>Costi giudiziari</i>	92		
TOTALE	27.668		