

**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

Ricerca promossa dalla Regione Piemonte su iniziativa della Commissione Regionale Pari Opportunità della IX Legislatura.

COMMISSIONE REGIONALE PARI OPPORTUNITÀ DONNA-UOMO

Tel. 011.4324877, Via Magenta n. 12 – 10128 Torino, e-mail: crpo@regione.piemonte.it

Stampa: Centro Stampa della Regione Piemonte (2014)

Ente esecutore: Dipartimento Patologia delle Dipendenze “C. Olievenstein” – ASL TO2

Staff: V. Affronti, L. Camera, A. Consoli, P. Damiano, M. Frossi, A. Gallo, R. Gonella, E. Scaroina

Responsabile della ricerca: A. Consoli, Direttore DPD “C. Olievenstein”

Agenzia partner: ECLECTICA, Istituto di formazione e ricerca

Staff: F. Beccaria, M. Marchisio, S. Rolando, G. Taddeo

Per la stesura del rapporto di ricerca, si ringraziano:

Cap. 1: 1.1 N. Campo, S. Rolando

1.2 F. Scaroina

Cap. 2-3-5: V. Affronti, L. Camera, M. Frossi, R. Gonella, E. Scaroina

Cap. 4: 4.1 F. Beccaria, M. Marchisio, S. Rolando

4.2 F. Beccaria, S. Rolando, G. Taddeo

Cap. 6: F. Beccaria, A. Consoli, M. Frossi, S. Rolando, E. Scaroina

Si ringraziano tutti i soggetti istituzionali e tutte le persone che hanno collaborato alla realizzazione della presente ricerca e in particolar modo:

i Dipartimenti di Patologia delle Dipendenze della Regione Piemonte, l'Osservatorio Epidemiologico delle Dipendenze della Regione Piemonte (OED), gli Enti Accreditati riconosciuti con DGR 13-2345/2011 e s.m.i., il Coordinamento degli Enti Ausiliari della Regione Piemonte (CEAPI), i Centri di Salute Mentale dell'ASL TO2, dell'ASL BI e dell'ASL TO3, la Neuropsichiatria infantile dell'ASL TO1, i DEA delle Aziende ospedaliere S. Giovanni Bosco di Torino e Maggiore della Carità di Novara, il reparto di Malattie Infettive dell'Ospedale Amedeo di Savoia di Torino, il reparto Soccorso Violenza Sessuale dell'Ospedale Ostetrico Ginecologico S. Anna di Torino, i Consultori familiari di Casale Monferrato (AL) e dell'ASL TO2, l'URP dell'ASL TO2, il Consorzio per i servizi socio-assistenziali del Monregalese (Mondovì – CN), i Servizi sociali dell'ASL TO2, l'Ufficio Servizio Sociale della Procura Fasce Deboli di Torino, il Nucleo Operativo di Prossimità della Polizia Municipale di Torino, il Nucleo Operativo Tossicodipendenze (NOT) della Prefettura di Torino, la Casa Circondariale Lo Russo e Cotugno di Torino, il Comando provinciale dei Carabinieri di Cuneo, l'Associazione Club Alcolisti in Trattamento (ACAT) di Torino, l'Associazione Tampep Onlus di Torino, l'Associazione Casa delle donne di Torino, l'Associazione Demetra di Torino, l'Associazione Se non ora quando? di Torino.

Si ringraziano inoltre le persone che si sono rese disponibili ad essere intervistate (operatori della formazione professionale, esponenti di associazioni, gestori di locali, esponenti del mondo del lavoro) e infine coloro che, seppure inconsapevolmente, attraverso frasi o video sul web ci hanno raccontato le loro “storie”.

PRESENTAZIONE

La Commissione Regionale per la realizzazione delle Pari Opportunità del Piemonte ha il compito di promuovere politiche di parità e pari opportunità tra uomo e donna in campo economico, sociale e culturale, finalizzata a rimuovere gli ostacoli che di fatto costituiscono discriminazione diretta o indiretta nei confronti delle donne. Tra i diversi aspetti culturali e sociali e tra i molteplici comportamenti e stili di vita, si è rilevato che la diffusione del consumo di sostanze psicoattive o di comportamenti di dipendenza, ha assunto un rilievo quantitativo e delle caratteristiche non sufficientemente esplorate in termini di una loro caratterizzazione di genere.

A partire da questo rilievo la Commissione Regionale Pari Opportunità (CRPO) ha ritenuto necessario approfondire i principali aspetti del fenomeno, sia con sguardo ampio sui dati presenti a livello internazionale, sia con un'attenzione specifica al contesto del territorio regionale piemontese. Nella elaborazione dell'angolatura da dare a tale approfondimento la CRPO si è trovata davanti alla necessità di scegliere di privilegiare una ricerca quantitativa con un profilo di natura prevalentemente statistica ed epidemiologica o di orientarsi a una esplorazione del fenomeno che, senza trascurare di darne una descrizione quantitativa di base, consentisse maggiormente di cogliere qualitativamente punti di vista, problematiche, rappresentazioni, sensibilità e prassi già presenti. La scelta che è sembrata più utile e più in sintonia con la natura e le finalità della Commissione è andata sul progetto di indagine qualitativa. Da questo orientamento, attraverso gli adempimenti amministrativi del caso, è stato possibile attivare e realizzare questa ricerca. Anche se la discussione e la tematica ha coinvolto l'intera CRPO, è stato individuato un ristretto gruppo di lavoro che insieme ai ricercatori del Dipartimento "C. Olievenstein" ha costituito il Gruppo di Coordinamento della ricerca che ha monitorato il lavoro di progettazione e messa in opera delle sue diverse fasi.

Si è trattato di un lavoro appassionante e di notevole impegno, per la realizzazione del quale sono stati coinvolti molti soggetti, da singole persone ad associazioni e istituzioni varie, e diversi ricercatori. A ciascuno va il nostro ringraziamento, ritenendo che il risultato possa essere un utile contributo alla riflessione sia su un piano culturale e sociale più ampio che negli ambiti professionali e organizzativi dei servizi alla persona.

Patrizia Alessi
Componente CRPO nel gruppo
di coordinamento della ricerca

Carlotta Sartorio
Presidente CRPO

Torino - Luglio 2014

Sommario

PREMESSA	7
1. RIFLESSIONI INTRODUTTIVE	11
1.1 Il ruolo della donna nella società contemporanea	11
1.2 Perché una medicina di genere?	14
2. ASPETTI EPIDEMIOLOGICI	27
2.1 Consumi nella popolazione	27
2.2 Segnalazioni delle Forze dell'Ordine	36
2.3 Utenza dei servizi specialistici piemontesi	40
2.4 Utenza di un servizio metropolitano	44
3. ANALISI DELLA LETTERATURA SCIENTIFICA	69
3.1 Metodologia	70
3.2 Caratteristiche e diffusione	71
3.3 Fattori di protezione e di rischio	74
3.4 Implicazioni/Conseguenze	77
3.5 L'accesso ai servizi	82
3.6 Trattamenti ed esiti	88
3.7 Approfondimenti	96
3.7.1 Il gioco d'azzardo al femminile	96
3.7.2 La prevenzione	105
4. LE RAPPRESENTAZIONI DEL FENOMENO	109
4.1 Le rappresentazioni dei testimoni privilegiati	110
4.1.1 Le scelte metodologiche alla base della ricerca	110
4.1.2 Sostanze e comportamenti nei discorsi degli intervistati	114
4.1.3 Consumi e comportamenti al femminile: informazione, visibilità e percezione	118
4.1.4 Dalle percezioni alle opinioni	150
4.1.5 Quale prevenzione?	169
4.1.6 Sintesi dei risultati	181
4.2 Le rappresentazioni nel WEB 2.0	184
4.2.1 Disegno generale della ricerca	184
4.2.2 "Il social è il messaggio": i diversi volti mediali della dipendenza	190
4.2.3 Social network e dipendenze: il consumo è "pop"	192

4.2.4 Youtube: immagini e immaginari del bere femminili	199
4.2.5 Le “voci di dentro”: il Forum	233
5. UNO SGUARDO ALLA RETE DEI SERVIZI PIEMONTESI	265
5.1 Le voci dei professionisti e degli utenti	265
5.1.1 Gli intervistati.....	265
5.1.2 Metodologia.....	267
5.1.3 Caratteristiche del fenomeno.....	267
5.1.4 Fattori di rischio	271
5.1.5 L’accesso ai servizi	273
5.1.6 Il Trattamento.....	279
5.1.7 In sintesi	285
5.2 I progetti <i>gender oriented</i>	287
5.2.1 Obiettivi, metodo e risultati.....	287
5.2.2 In sintesi	302
6. RIFLESSIONI CONCLUSIVE	305
BIBLIOGRAFIA.....	315

PREMESSA

I dati sull'uso di droghe tra gli studenti europei rivelano, rispetto agli ultimi anni di osservazione, alcune inversioni di tendenza nel contesto socio-culturale continentale. In alcuni Stati membri, infatti, le ragazze hanno ormai raggiunto tassi quasi uguali a quelli dei ragazzi nel consumo una tantum di droghe e alcol, sollevando interrogativi sul probabile impatto dei livelli futuri di consumo di sostanze psicotrope. Anche in Italia il divario tra le percentuali di uomini e donne nel consumo di alcune sostanze, come la cannabis e la cocaina, si sta progressivamente assottigliando. Secondo le più recenti ricerche epidemiologiche¹ la percentuale di donne che hanno consumato almeno una sostanza illecita nella vita è passata dal 37,6% del totale dei consumatori nel 2000 al 41,3% nel 2010. La diminuzione delle differenze nei consumi di uomini e donne è ancora più evidente se si considerano i prodotti legali come il tabacco, gli psicofarmaci, per i quali le prevalenze di consumo delle donne sono addirittura superiori a quelle degli uomini, il gioco d'azzardo e l'alcol.

I soggetti maschi in giovane età sono più esposti, rispetto alle ragazze, all'uso di droga e allo sviluppo di problemi correlati. È però anche emerso che le donne che consumano sostanze psicotrope sviluppano più rapidamente degli uomini una dipendenza, e che questa può avere un impatto, per loro stesse e per i loro figli se sono madri, molto superiore sul piano della salute fisica, e del benessere psicologico, relazionale e sociale. Una crescente quantità di ricerche suggerisce che interventi adeguati ai bisogni dell'età evolutiva dei giovani di sesso maschile possono essere un'area promettente per lo sviluppo dei servizi di cura. Allo stesso tempo, calibrare interventi specifici per il genere femminile può consentire di evitare che i loro consumi tendano gradualmente a parificarsi per modalità e stili di assunzione a quelli maschili.

Malgrado queste considerazioni, l'attività di prevenzione legata alle specificità di genere risulta ancora poco seguita nell'UE. È indicativa, in questo ambito, la posizione del direttore dell'OEDT Wolfgang Götz, il quale affermava già alcuni fa: “[...] sono trascorsi più di vent'anni da quando i governi europei hanno chiesto di prestare attenzione alle problematiche legate al genere nel campo della droga. Oggi, un riconoscimento generale dell'importanza di questo problema deve ancora riflettersi in una prassi comune. Il messaggio è chiaro: i nuovi servizi devono rispondere al fatto che la differenza di genere incide sui tipi di problemi provati dai singoli, così come sulla loro di disponibilità a sottoporsi al trattamento e sui tipi di servizio che si riveleranno efficaci”.²

Se gli aspetti legati al consumo di sostanze, saltuario o periodico, nelle donne pongono la necessità di una più approfondita conoscenza e di un'elaborazione di strategie specifiche di prevenzione, la gestione dei problemi legati a stili di consumo con caratteristiche di elevata problematicità, o a una dipendenza conclamata, è di particolare importanza per le sue

¹ Relazione annuale al Parlamento 2011 sulle tossicodipendenze in Italia; DPA. Giugno 2011.

² Cfr nota 1.

diverse implicazioni. Tra queste una delle più rilevanti è l'aspetto della maternità, con la necessità di salvaguardia della salute della madre e del bambino. Esistono attualmente, in molti paesi, servizi specializzati che offrono alle tossicodipendenti in gravidanza un accesso preferenziale al trattamento, anche se questo supporto non sempre continua dopo la nascita del bambino.

Attualmente circa il 20% di coloro che accedono a servizi terapeutici in Europa sono donne. In Italia la percentuale è del 14% (in Piemonte circa del 20%) ed è rimasta stabile negli ultimi dieci anni nonostante la concomitante crescita del numero di donne con consumi di sostanze³. Alcuni studi hanno identificato le preoccupazioni riguardanti l'affidamento e la cura dei bambini come un fattore chiave che scoraggia le donne dal cercare aiuto: quasi un quarto delle donne che accedono a servizi di cura in regime ambulatoriale vive con i figli. La risoluzione dei problemi di cura dei figli può quindi essere un elemento centrale per lo sviluppo di servizi che agevolino l'accesso e la permanenza delle donne in trattamento.

Ulteriori elementi di attenzione riguardano le percentuali relativamente elevate di infezioni da HIV riscontrate tra le tossicodipendenti di sesso femminile che assumono droga per via parenterale. Queste ultime manifestano più frequentemente condotte sessuali promiscue e sono maggiormente vulnerabili alle infezioni da HIV. I dati presentati dall'OEDT hanno evidenziato che la prevalenza dell'HIV è in media pari al 13,6% tra i tossicodipendenti di sesso maschile e al 21,5% tra i tossicodipendenti di sesso femminile. L'OEDT avverte che, malgrado nel complesso vi siano più uomini ad assumere droghe per via parenterale e a morire per il loro uso, non si può ignorare il fatto che gli assuntori per via parenterale di sesso femminile possono essere a maggior rischio e più difficilmente raggiungibili.

Questi dati, rilevati complessivamente rispetto alla popolazione europea, riportano a un quadro variegato e complesso che si articola e differenzia ulteriormente nei territori nazionali e regionali. Il ruolo della donna è, infatti, fortemente influenzato da variabili sociali, culturali, economiche e istituzionali, che rendono ogni contesto peculiare rispetto ad altri. Probabilmente anche per questo motivo ci sono difficoltà a realizzare interventi genere-specifici efficaci in ambito preventivo e terapeutico, sebbene da tempo sia condivisa, anche al di fuori della comunità scientifica, tale necessità. Le conoscenze sono ancora parziali e le indicazioni operative rischiano di essere generiche, frammentate e poco adeguate ai rapidi mutamenti in corso. La definizione di interventi adeguati alle specificità di genere, rispetto al consumo di sostanze psicoattive, può quindi derivare dalla maggiore comprensione di un fenomeno che si articola in molteplici aspetti, tra cui: a) l'evoluzione nel tempo della diffusione dei consumi di sostanze psicotrope; b) i modelli, i contesti e le motivazioni che li qualificano; c) i fattori di rischio e di vulnerabilità; d) le conseguenze individuali, relazionali e sociali; e) le percezioni e le rappresentazioni della collettività; f) le difficoltà di accesso ai servizi; g) il grado di adesione ai percorsi di cura; h) i contenuti e gli esiti degli interventi di prevenzione e dei trattamenti.

³ Cfr. nota 3.

Obiettivi e metodologia della ricerca

È sulla base degli elementi e delle considerazioni sopra riportate che la CRPO ha formulato la necessità di realizzare un approfondimento su tali tematiche attraverso una ricerca di carattere qualitativo che potesse contribuire a sviluppare, attraverso un successivo intervento di disseminazione e condivisione, sia una maggiore e diffusa sensibilità sulla differenza di genere all'interno del contesto sociale, sia la valorizzazione di buone pratiche, già presenti o da progettare e realizzare all'interno della rete dei servizi sociali e sanitari.

Il progetto di lavoro, per la parte relativa alla ricerca, è stato messo a bando dalla Direzione regionale Istruzione, Formazione Professionale e Lavoro, su richiesta della CRPO, attraverso l'avviso pubblico approvato con determinazione n. 683 del 23.11.2011. Il Dipartimento "C. Olievenstein" ha partecipato a tale bando e ha ricevuto l'incarico di svolgimento della ricerca. Successivamente ha elaborato un'ipotesi di lavoro e sviluppato conseguentemente un progetto esecutivo che ha esplorato le diverse dimensioni del fenomeno, provando a realizzare una sintesi tra indicatori quantitativi e qualitativi, tra risultati di indagini già effettuate e risultati di indagini realizzate nell'ambito del progetto stesso, assumendo la finalità proposta dalla committenza che era quella di fornire alle istituzioni e ai professionisti interessati nuovi elementi conoscitivi, ma soprattutto quella di contribuire alla costruzione di indicazioni per la prevenzione e per il trattamento all'interno di una più complessiva sensibilità e attenzione di genere.

Le direttrici di ricerca si sono sviluppate a partire da una prospettiva allargata che ha incluso le conoscenze disponibili a livello internazionale, focalizzandosi quindi progressivamente sul contesto piemontese in modo da fornire un quadro relativamente dettagliato della realtà esistente e indicazioni operative direttamente utilizzabili dai servizi del territorio regionale. Tutte le aree di indagine hanno adottato uno sguardo il più possibile ampio nell'osservazione del fenomeno e delle sue numerose implicazioni, sebbene due temi siano stati deliberatamente trattati solo incidentalmente perché ritenuti eccessivamente estesi e riconducibili a troppi ambiti concettuali: quello dei consumi di tabacco e quello degli interventi di prevenzione orientati alla riduzione dei consumi giovanili.

Nel dettaglio la ricerca è costituita da quattro aree di indagine convergenti, precedute da alcune riflessioni introduttive di carattere generale (Cap. 1). Nella prima area di indagine (Cap. 2) la ricerca è stata orientata alla raccolta e all'elaborazione, basata sulle differenze di genere, dei dati epidemiologici disponibili a livello europeo, nazionale, regionale e locale, utili a quantificare la diffusione del fenomeno nelle sue varie manifestazioni e la capacità dei servizi socio-sanitari di rilevarlo e offrire risposte adeguate. La seconda area (Cap. 3) consiste in un'analisi degli studi e delle ricerche pubblicate negli ultimi dodici anni a livello internazionale, con la quale si è costituita una bibliografia tematica e un corpus di evidenze da cui trarre indicazioni teorico-operative. La terza area (Cap. 4) ha previsto una rilevazione delle rappresentazioni presenti nella popolazione circa i consumi di sostanze e le dipendenze femminili, sia effettuando interviste a specifici osservatori, sia analizzando alcuni dei principali social network e forum di discussione presenti sul web.

Nell'ultima parte (Cap. 5) la ricerca si è focalizzata sull'area dei servizi socio-sanitari e su altri tipi di azioni in ambito regionale, attraverso la rilevazione dei programmi di intervento genere-specifici realizzati sul territorio e intervistando diversi operatori dei servizi socio-sanitari sulle caratteristiche del fenomeno e sulle strategie più adeguate, sia in atto che potenziali, per fronteggiarlo.

I risultati delle quattro aree di indagine sono stati infine riportati con gradi diversi di rielaborazione nel presente report, i cui contenuti possono rappresentare una base sia per la programmazione di iniziative di formazione e sensibilizzazione, sia per un confronto attraverso il quale giungere alla definizione di proposte di lavoro e alla stesura di linee di indirizzo locali e regionali per gli interventi di prevenzione e trattamento.

Augusto Consoli
Coordinatore Gruppo di Ricerca

1. RIFLESSIONI INTRODUTTIVE

1.1 Il ruolo della donna nella società contemporanea

Per cercare di definire gli scenari nei quali si colloca l'universo femminile, si può partire dall'analisi del ruolo economico che la donna assume nel contesto sociale e le sue correlazioni con i livelli di studio e formazione e interazione nel mercato del lavoro.

È noto che il ruolo economico delle donne italiane stia mutando, con un crescente coinvolgimento – nel medio e lungo periodo – della componente femminile nel mercato del lavoro⁽¹⁾. L'argomento è di primaria importanza, non solo per ragioni etiche riguardanti i diritti umani, ma anche per ragioni economiche, infatti è stato dimostrato che esiste una correlazione negativa tra il divario (gap) di genere in un Paese e la sua competitività^(2; 3). Questo processo di cambiamento, che procede a ritmo diverso nei diversi paesi europei, nasconde però dei limiti e comporta anche dei rischi, che verranno brevemente a illustrati, facendo riferimento alla situazione nazionale e regionale.

Nell'ambito dell'istruzione e della formazione l'Italia sta mostrando risultati positivi. Il grado d'istruzione femminile è cresciuto fino a raggiungere, per i titoli di studio più alti, il capovolgimento dei rapporti di forza: il numero di donne laureate, infatti, ha superato quello di uomini laureati. I dati confermano questa tendenza sia a livello nazionale^(4; 5) che per quanto riguarda la situazione specifica del Piemonte⁽⁶⁾, dove nelle giovani generazioni il grado di istruzione femminile ha superato quello della componente maschile. Va tenuto conto che questo è un trend piuttosto recente, mentre nelle generazioni più anziane permane un divario di genere considerevole⁽⁶⁾. Il fatto di aver raggiunto (e superato) gli uomini per numero di laureati è un importante punto di partenza per poter perseguire una mobilità sociale femminile ascendente e gettare le basi per un rapporto paritario con il partner nella vita di coppia⁽⁶⁾. Il titolo di istruzione ha anche un duplice impatto sui comportamenti riproduttivi: più alto è il grado di istruzione di una donna meno questa sarà propensa ad avere figli, ma nel caso delle madri laureate, la maternità ha un impatto minore sulla continuità lavorativa⁽⁷⁾. Se dunque si è vicini all'annullamento definitivo del divario di genere nell'ambito dell'istruzione, va però sottolineato che l'accresciuto numero di laureate non ha rivoluzionato le performance della componente femminile nel mercato del lavoro: tra i laureati, la disoccupazione femminile resta maggiore, evidenziando il perdurare di una maggiore debolezza rispetto alla componente maschile⁽⁸⁾. Una delle cause può essere identificata con la cosiddetta "segregazione formativa"⁽⁹⁾. I dati per l'Italia sono noti: le donne prediligono gli studi pedagogici (94,9% di componente femminile), linguistici (88,5%) e psicologici (79,8%) mentre sono sottorappresentate in ambito scientifico (41,9%) e in ambito ingegneristico (18,1%)⁽⁴⁾. Questa divisione orizzontale può riflettere un'esclusione delle donne, o meglio una auto-esclusione, dalla competizione formativa nei campi considerati tradizionalmente maschili ed è all'origine di una segregazione orizzontale anche nel mondo del lavoro.

La parità di genere in campo lavorativo ed economico è, in effetti, una nota dolente per l'Italia. Il report annuale sul *Global Gender Gap* ⁽²⁾ evidenzia ancora grandi disparità: risulta particolarmente penalizzante il dato sull'equità di compenso per mansioni simili, per il quale l'Italia si colloca al 101° posto in una graduatoria di 135 Stati, oltre a mostrare un punteggio in discesa rispetto all'anno precedente ⁽²⁾. Anche i dati sul tasso di occupazione femminile non sono incoraggianti: l'obiettivo europeo fissato per il 2010 dalla strategia di Lisbona era del 60% ⁽¹⁰⁾, ma l'Italia è ancora al di sotto di questo traguardo con un tasso di occupazione femminile italiano (46,5%) al di sotto della media europea (58,5%) ⁽⁵⁾. Sulla scarsa inclusione delle donne nel mercato del lavoro pesa l'influenza negativa della crisi finanziaria internazionale che, a partire dal 2008, ha fatto precipitare in tutta Europa i livelli occupazionali sia degli uomini che delle donne; poiché la caduta dei primi è stata addirittura più veloce, in certi casi, come in Italia e in Piemonte, questo processo ha causato una diminuzione del divario occupazionale ^(6; 11). Questa riduzione dunque non è imputabile a un'integrazione del mainstreaming di genere nella pianificazione delle politiche, ma piuttosto al fenomeno della segregazione orizzontale del lavoro. Infatti i settori maggiormente colpiti dalla crisi (edilizia, settore finanziario, industria manifatturiera) sono caratterizzati da una forte prevalenza maschile, mentre quelli più tipicamente associati all'impiego femminile (pubblica amministrazione e servizi) sono stati finora meno toccati dalla crisi ⁽¹¹⁾. Questo livellamento è quindi da considerarsi un livellamento verso il basso, poiché corrisponde a un crescente tasso di disoccupazione tra le donne come tra gli uomini e non a un reale miglioramento della condizione femminile. Inoltre, anche se la segregazione occupazionale ha finora "protetto" l'occupazione femminile, potrebbe presto trasformarsi in un fattore di rischio qualora venissero adottate misure volte a ridurre il pubblico impiego ⁽¹¹⁾.

Oltre alla segregazione orizzontale, esiste il fenomeno della segregazione verticale – il cosiddetto "soffitto di cristallo" – altra espressione di una mancata equità di genere nel mercato del lavoro. Si tratta del fenomeno dell'esclusione delle donne dai lavori più remunerativi sotto il profilo economico e del prestigio sociale ⁽¹²⁾. Ad esempio, in Italia la disparità nel numero dei manager e dei professionisti è ancora ampia. Permangono, infatti, grossi ostacoli alla carriera lavorativa delle donne: esistono fattori culturali che influenzano gli stereotipi e quindi le scelte di carriera delle donne, soprattutto in relazione all'uso e alla disponibilità del tempo. A ciò si aggiunge, ed è stata registrata anche in Piemonte, quella che è stata definita "una certa omofilia" da parte di chi decide, o ha modo di favorire l'accesso a una carriera apicale ⁽⁶⁾.

La presenza femminile in politica può essere considerata una declinazione specifica della segregazione verticale e risulta essere un esempio esplicativo. In Italia, le donne in Parlamento sono appena il 22% del totale e quelle che occupano una posizione nel governo il 17%, mentre nessuna ha mai ricoperto la carica di Primo Ministro ⁽²⁾. Per fare un confronto, in Islanda – il più virtuoso degli Stati in quanto a pari opportunità – il 40% del Parlamento è formato da componenti di sesso femminile, il 50% delle posizioni di governo sono occupate da donne e per 19 degli ultimi 50 anni il governo è stato presieduto da un capo di stato donna (38% del tempo) ⁽²⁾. Il Piemonte non si discosta dalla tendenza

generale italiana, le donne elette alla carica di Sindaco nei comuni piemontesi tra il 2008 e il 2010 sono 142 e rappresentano appena il 14,21% del totale. Migliori invece sono i dati relativi all'Amministrazione Regionale del Piemonte, con il 24,14% di presenze femminili, e della Giunta Regionale (33%, pari a 4 assessori su 12)¹. Significative però sono le preferenze della popolazione, che ha eletto il 4,44% delle candidate donne a fronte del 6,16% dei candidati uomini, nonostante la componente femminile dell'elettorato piemontese sia leggermente superiore a quella maschile⁽⁶⁾. Questa discrepanza suggerisce che nella popolazione piemontese sia ancora forte lo stereotipo che vede l'uomo più adatto ai ruoli di comando e responsabilità.

Non è possibile affrontare l'argomento del coinvolgimento delle donne nel mercato del lavoro senza affrontare il tema del lavoro di cura familiare, il cui peso in Italia – coerentemente con gli assunti impliciti che stanno alla base della divisione del lavoro in base al genere – cade ancora in gran parte sulle spalle delle donne⁽¹³⁾. Il modello familiare prevalente adottato nella nostra nazione prevede ancora che sia l'uomo a procacciare il reddito e la donna a occuparsi delle mansioni di cura familiare. Neanche la progressiva affermazione del modello familiare a doppio reddito ha finora mutato l'immaginario collettivo che vede la donna come principale responsabile del lavoro familiare⁽¹³⁾. L'aumento della componente femminile attiva nel mercato del lavoro ha comportato quindi, per le donne italiane, un volume crescente di carico lavorativo complessivo (familiare e retribuito), che è anche superiore a quello degli uomini, con una conseguente diminuzione del tempo libero. Questa affermazione è vera per qualsiasi condizione familiare (figlia, single, in coppia, in coppia con figli)⁽⁸⁾. Esemplificativo il fatto che le donne in coppia, con o senza figli, dedicano più tempo al lavoro familiare rispetto alle donne single, mentre il carico di lavoro domestico degli uomini diminuisce quando passano dalla condizione di single a una condizione di coppia⁽⁸⁾. Questo ha una diretta conseguenza sui comportamenti riproduttivi: le difficoltà nel conciliare il tempo del lavoro e il tempo della famiglia portano le donne in carriera ad avere mediamente meno figli delle donne rimaste al di fuori del mercato del lavoro⁽⁷⁾. È vero che negli ultimi vent'anni qualcosa sta cambiando: si può infatti notare una lenta convergenza delle abitudini dei due generi nell'allocazione del proprio tempo, con una lieve crescita del tempo dedicato al lavoro domestico da parte degli uomini⁽⁸⁾. Dietro a questo mutamento quantitativo si è rilevato in Europa un cambiamento della figura maschile all'interno della famiglia: attualmente i padri dichiarano – più spesso delle madri, che evidentemente già vi sono abituate – delle difficoltà nel “far fronte alle proprie responsabilità familiari”⁽¹³⁾. Questo segnala, se non altro, che la percezione del ruolo maschile all'interno della famiglia, seppur in ritardo rispetto ad altri paesi europei, anche in Italia si stia evolvendo verso un rapporto più equo tra i generi.

In sintesi, si può affermare che nonostante il crescente coinvolgimento della donna nel mondo del lavoro e l'innalzamento del grado di istruzione femminile, il divario di genere nel nostro Paese e in Piemonte è ancora ampio.

¹ Dati relativi al 2010.

In particolare:

- l'alto livello di istruzione femminile è ancora limitato ad alcuni settori;
- nel mondo del lavoro persiste una disparità di salario oltre a evidenti fenomeni di segregazione verticale e orizzontale che precludono alle donne l'accesso a certi ruoli di prestigio sociale ed economico;
- è ancora molto diversa la distribuzione del carico di lavoro domestico e familiare che ricade per la maggior parte sulle donne, influenzandone le scelte formative e lavorative.

1.2 Perché una medicina di genere?

Ippocrate 2500 anni enunciava questo precetto: “*Se fossimo in grado di fornire a ciascuno la sua giusta dose di nutrimento ed esercizio fisico, né in difetto né in eccesso, avremmo trovato la strada per la salute*”. Era una intuizione difficile da interpretare e per molti secoli la si accettò come ovvietà e semplicemente per quel che esprimeva: solo oggi ci si rende conto della grande verità contenuta.

Sostenuta da decine di secoli di osservazioni empiriche e di dati via via più attendibili, gli studi di genere o *gender studies*, come vengono chiamati nel mondo anglosassone, rappresentano anche in Medicina un approccio multidisciplinare e interdisciplinare allo studio dei significati socio-culturali della sessualità e dell'identità di genere. E i ricercatori orientati alla strutturazione di una “Medicina di genere” stanno fornendo informazioni e principi che asseriscono che “gli uomini e le donne non sono biologicamente uguali”.

I *gender studies*, nati in Nord America a cavallo tra gli anni '70 e '80 nell'ambito di studi culturali, si sono rapidamente diffusi in Europa. Sviluppati a partire da un certo filone del pensiero femminista hanno trovato spunti fondamentali nel post strutturalismo e nel decostruzionismo francese (soprattutto di Michel Foucault e Jacques Derrida), e negli studi che uniscono psicologia e linguaggio (Jacques Lacan e, in una prospettiva post lacaniana, Julia Kristeva).

Di importanza specifica per gli studi di genere sono anche gli studi sull'omosessualità e il postmodernismo. Questi naturalmente non costituiscono un campo di sapere a sé stante, ma rappresentano innanzitutto una modalità di interpretazione. Sono il risultato di un incrocio di metodologie differenti che abbracciano diversi aspetti della vita umana, della produzione delle identità e del rapporto tra individuo e società, individuo e cultura. Per questo motivo una lettura *gender sensitive*, attenta agli aspetti di genere, è applicabile a pressoché qualunque branca delle scienze umane, sociali, psicologiche e letterarie, dalla sociologia alle scienze etnoantropologiche, alla letteratura, alla teologia, alla politica, alla demografia, alla medicina, infine. Al suo inizio l'obiettivo era caratterizzato da una impronta politica ed emancipativa e non si limitava a proporre teorie e applicarle alla analisi della cultura, ma mirava a realizzare cambiamenti della condizione femminile e di quella di soggetti minoritari sul piano delle rappresentazioni e del contesto socio-culturale.

Tradizionalmente gli individui vengono divisi in uomini e donne sulla base delle loro differenze biologiche. Nel sentire comune, infatti, il sesso e il genere costituiscono un tutt'uno. Gli studi di genere propongono invece una suddivisione, sul piano teorico-concettuale, tra questi due aspetti dell'identità:

- il sesso (*sex*) costituisce un corredo genetico, un insieme di caratteri biologici, fisici e anatomici che producono un binarismo maschio/femmina;
- il genere (*gender*) rappresenta una costruzione culturale, la rappresentazione, definizione e incentivazione di comportamenti che rivestono il corredo biologico e danno vita allo status di uomo/donna.

In sostanza, il genere è un carattere appreso e non innato. Maschi e femmine si nasce, uomini e donne si diventa. Comunque, “gli uomini e le donne non sono biologicamente uguali”. In termini legali questo concetto prende il nome di “brocardo”, cioè di una massima ovvia, concisa, chiara. Rispetto alla disegualianza biologica potremmo pensare che le differenze non siano proprio così evidenti, fatta eccezione per le connotazioni sessuali e la biologia nella procreazione. Tant'è che gli stessi studi di popolazione, sia in campo epidemiologico che clinico terapeutico, dal 1930 hanno continuato a pensare identici e indifferenziati i due sessi. Nessuno aveva ragionato sul fatto che l'organismo femminile è, dal punto di vista fisiologico, più complesso di quello maschile: basti pensare alla variabilità dell'assetto ormonale, al ciclo mestruale, alla gravidanza, alla menopausa, alla stessa struttura muscolo scheletrica e alla diversa distribuzione dell'adipe. Il corpo della donna è “diverso” ogni mese, e dunque è un modello di studio più problematico. Secondo i preconcetti dei ricercatori, che si desse un antibiotico, un ipotensivo, un'aspirina, uno psicofarmaco o un chemioterapico, nei maschi e nelle femmine, le risposte terapeutiche venivano considerate identiche. Non solo: oltre all'equiparazione nelle risposte ai farmaci, si sono anche valutati identici i rischi di patologie (salvo l'ovvia sfera sessuale), e non si sono notate grossolane differenze nella stessa struttura chimico-molecolare dei corpi.

Un altro precetto ippocratico ancora ricorda: “*Gli uomini e le donne differiscono molto e per la statura e per le forme, a cause delle grandi e frequenti mutazioni di tempo che hanno luogo nel corso dell'anno. Calori forti, inverni rigidi, piogge abbondanti, siccità ostinate, venti impetuosi, in una parola tutte le temperature vi regnano alternativamente e vi si rimpiazzano senza interruzione... Queste circostanze producono ora caratteri più energici e più disciplinati, ora meno*”. Quindi non solo differenze biologiche, ma reazioni diverse, secondo il proprio genere, agli influssi esterni.

Un altro scoglio duro da superare per la medicina è stato quello della resistenza secolare delle donne a farsi curare. Il perché lo interpretò bene la prima donna medico accreditata alla scuola universitaria di Salerno, intorno al 1100, tal Trotula de' Ruggiero. Nei *Trattamenti per le donne* e nella *Cosmetica delle donne*, ella sollecitava gli studenti ad allertarsi ogni qualvolta dovessero prendere in cura una femmina: “*Le donne non hanno un rapporto di confidenza con la figura del medico, per cui cercano di interpretare e risolvere da sole i loro problemi di salute. Oltre all'uso di mezzi empirici per la cura e la*

guarigione delle malattie, le donne fondano una propria dottrina medica, basata in parte sull'esperienza, in parte su opinioni comuni tramandate di generazione in generazione. Questa dottrina si oppone alla penetrazione, nel mondo femminile, delle conoscenze della scienza ippocratica formatasi soprattutto sul ragionamento logico”.

Il dato fondamentale: le donne, quando sono colte da malattia, esitano a rivolgersi subito al medico, in particolare per motivi di pudore e vergogna, e questo fa sì che prima di affidare i propri guai fisici esse usino rimedi propri e che non denunciino esattamente i sintomi e i risultati terapeutici. Da questa tradizione storica ne è dunque derivato il perché la ricerca biomedica abbia privilegiato la prospettiva maschile, assimilando la donna all'uomo, sempre fatte salve, ovviamente, alcune particolari specializzazioni. Molti ricercatori e medici in taluni capitoli della patologia umana non hanno tenuto adeguatamente in considerazione le differenze tra i sessi per quanto riguarda lo studio della sintomatologia, l'accertamento della diagnosi e l'efficacia dei trattamenti. L'accorgersi della mancata considerazione delle differenze sessuali ha scoperto altri difetti nella ricerca che tende alla generalizzazione dei fenomeni organici, non prestando sufficiente attenzione alle differenze, oltre che di sesso, anche di età, come i minori e gli anziani, o disabilità ed etnicità. Un risultato importante si è ottenuto con una clinica più “matura”, e una ricerca più attenta ha offerto negli ultimi anni esempi di maggiore equilibrio nella formulazione dei protocolli e i relativi “arruolamenti” dei soggetti. L'approccio “neutrale” della medicina, “in-differente” rispetto alla differenza sessuale, si è evidenziato a lungo nell'ambito della sperimentazione dei farmaci: di conseguenza se da un lato si rileva un aumento nel consumo dei farmaci da parte delle donne rispetto agli uomini, dall'altro lato risulta che gli effetti dei farmaci sulle donne sono meno studiati o non adeguatamente rispetto alla specificità femminile.

La *Food and Drug Administration* (FDA) ha attualmente un settore che si occupa specificamente della salute delle donne e della loro partecipazione ai trials clinici (i c.d. “*clinical trials gender oriented*”). Nel 2005 il Ministero della Salute italiano ha istituito il tavolo di lavoro sulla “Salute delle donne e farmaci per le donne”, con la partecipazione dell'Istituto Superiore di Sanità, dell'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA), dell'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali e della Società Italiana di Farmacologia. Nel 2008 l'AIFA ha introdotto l'equità uomo/donna tra i criteri della Commissione di valutazione degli Accordi di Programma per l'assegnazione di finanziamenti alle industrie che investono in Italia nell'ambito della ricerca farmacologica. Anche la Società italiana di farmacologia (SIF) ha attivato da alcuni anni un gruppo di lavoro con l'obiettivo di incentivare la ricerca farmacologica sulle differenze sessuali, mediante un'opera di informazione rivolta agli operatori sanitari allo scopo di stimolare la formazione di esperti nel settore e sensibilizzare le autorità sanitarie.

In Italia, dopo il 2000, oltre i numerosi studi su sperimentazioni cliniche per patologie femminili (il carcinoma mammario e il controllo dell'osteoporosi in post-menopausa), sono state attivate sperimentazioni specifiche sulle donne nell'area delle patologie cardiovascolari, soprattutto dopo la menopausa, grazie a studi sull'incidenza di queste

malattie condotti a livello nazionale, in cui i dati sono anche stratificati per sesso oltre che per età.

Vi sono infine aree in cui si rileva una carenza della sperimentazione farmacologica anche per le stesse patologie femminili: in particolare nell'ambito del trattamento sostitutivo ormonale estrogenico. Nell'ambito delle sperimentazioni di farmaci per patologie non specificamente e tradizionalmente femminili come le patologie neurologiche, psichiatriche, o nelle tossicodipendenze, ecc., la ricerca deve ancora muovere i primi passi. La medicina moderna sta quindi rimeditando i protocolli di studio e, per merito della Farmacocinetica e della Farmacogenomica, ha iniziato a costruire una branca importante di ricerca, la "farmacologia di genere", per superare un'importante differenza di conoscenze.

La Medicina di Genere emerge come branca moderna delle scienze biomediche con l'obiettivo di riconoscere e analizzare le differenze derivanti dal genere di appartenenza sotto molteplici aspetti: anatomico e fisiologico, biologico, funzionale, psicologico, sociale, culturale. È stato ormai dimostrato da molteplici studi che le differenze di genere, in primis quelle nella fisiologia umana, in caso d'insorgenza di malattia si riflettono significativamente sulla genesi, la prognosi e la compliance degli individui. La finalità è di arrivare a garantire a ciascuno, uomo o donna che sia, il miglior trattamento possibile sulla base delle evidenze scientifiche.

Alcol: che cosa sappiamo oggi?

Una delle prime esperienze sulla biologia di genere era iniziata negli anni '80. Stava emergendo la necessità di conoscere meglio il fenomeno del "bere" nelle donne: erano gli anni in cui la società si stava rendendo conto che comportamenti giudicati nel passato socialmente sconvenienti per il sesso femminile, come il bere o il fumare in pubblico, venivano ormai liberamente accettati e, probabilmente, adottati dalle donne quale forma di emancipazione e di manifestazione di adeguatezza del loro rinnovato ruolo nella società. La donna bevitrice non è solo più relegata alle storiche fasce di povertà, di disagio sociale, di emarginazione, di disperazione: è una donna qualunque, senza particolari problemi economici, che vuole essere alla pari.

Il primo dato emerso fu che dopo aver consumato quantità comparabili di etanolo, le donne mantengono una sua maggiore concentrazione nel sangue rispetto agli uomini, e pur tenendo conto delle differenze in termini di dimensioni, esse sono anche più suscettibili alla malattia epatica alcolica. La concentrazione di alcol nel sangue è determinata dalla quantità di alcol che viene assunta e che arriva al flusso sanguigno attraverso il tratto gastrointestinale. Tale concentrazione è determinata dal volume di distribuzione nel corpo, dal tasso di eliminazione, dalla quantità e qualità del cibo presente nello stomaco e dalla modalità di assunzione. A seconda della quantità di etanolo che raggiungerà gli organi, l'effetto ottenuto sarà diverso. Il processo per cui una sostanza è metabolizzata prima di entrare nel circolo generale è chiamata *first pass metabolism* (FPM) e, nel caso dell'etanolo, una quota significativa è subito metabolizzata nello stomaco da un'isoenzima dell'alcol-deidrogenasi (ADH gastrica). La quota di alcol che viene assorbita nel sistema

gastro-intestinale e che non viene metabolizzata dal FPM, entra in circolo, è metabolizzata prevalentemente nel fegato dall'ADH epatica ed è rapidamente distribuita nell'organismo diffondendosi nell'acqua corporea determinando la concentrazione ematica finale (*blood alcohol concentration*, BAC). Gli studi sulla farmacocinetica dell'alcol devono quindi tener conto dell'efficacia dell'attività enzimatica coinvolta nel FPM e della struttura corporea del soggetto, fattori che risultano particolarmente significativi negli studi di genere. Oltre alla via dell'alcol-deidrogenasi esiste una seconda via enzimatica per il metabolismo dell'alcol che è quella del *microsomal ethanol oxidizing system* (MEOS) che viene attivata in caso di abuso cronico quando la via dell'ADH non è più in grado di metabolizzare l'etanolo. La terza via metabolica, quella meno utilizzata, è quella della catalasi. L'evidenza sperimentale ha chiaramente dimostrato che assumendo pari dosi di alcol in eguali condizioni, le donne raggiungono un BAC più elevato rispetto agli uomini e ciò può essere dovuto a più di una causa: una di queste è il minor contenuto di acqua corporea nella donna. La donna ha proporzionalmente più grasso e meno acqua rispetto all'uomo e, dal momento che l'etanolo diffonde nell'acqua, ad assunzioni equivalenti di alcol il volume di distribuzione nella donna è minore e quindi il BAC risultante è più elevato. Ciò è confermato dal fatto che, normalizzando il valore di BAC in base al contenuto di acqua corporea, la differenza di genere si appiattisce e ad assunzioni alcoliche equivalenti corrispondono valori di BAC simili.

Perché preoccuparci? Perché il tasso di iniziazione all'alcol delle donne nelle fasce di età più giovani che, dagli studi epidemiologici, risulta accelerato tra gli anni '80-'90, potrebbe contribuire a un pericoloso restringimento della distanza di genere nella prevalenza, come invece era assodato per i maschi. Ciò, allora, è tanto più grave in quanto le evidenze cliniche dimostrano che nelle donne l'abuso di alcol ha un effetto più pesante sulla salute, che l'intossicazione acuta si raggiunge con quantità più basse di alcol, che le patologie hanno un decorso più rapido verso forme più gravi, e che il tasso di mortalità per problemi alcol-correlati risulta significativamente più alto. Inoltre, nella donna giovane e che fa uso di contraccettivi, il rischio relativo legato all'abuso di alcol è pericolosamente ancor più elevato per un tossico effetto sinergico alcol-estrogenico, sia sul fegato, che sul cancro al seno, che sul feto per effetto teratogeno. Da tutto ciò ne deriva che la rilevazione e l'intervento precoce nelle donne, pur essendo più difficile, è sempre più urgente.

Le donne, come aveva già ammonito Trotula, tendono a nascondere il loro problema per una serie di motivazioni tra cui vissuti di colpa e vergogna, e soprattutto per paura di perdere i propri figli e la propria famiglia. Di solito la persona con cui più facilmente vengono in contatto, magari dichiarando problemi diversi dall'abuso di alcol, ma sicuramente dovuti ad esso, è il medico di medicina generale. È quindi molto importante che il medico riesca a individuare le pazienti con problemi da alcol, diagnostichi eventuali danni già insorti e sappia indirizzare e convincere la propria paziente a sottoporsi al trattamento adeguato per il proprio problema.

Molti segnali ci suggeriscono che si stanno riducendo le distanze tra i generi nei livelli del bere: ciò avviene per problemi culturali, sociali e per il cambiamento profondo dei modelli e degli stili di vita negli ultimi anni. Ed è ragionevole aspettarci che il tasso di problemi da

alcol nelle donne superi quello degli uomini proprio per la maggiore sensibilità fisiologica nei confronti dell'alcol.

Donna e psicofarmaci

Esiste una stretta relazione tra effetti dell'alcol e psicofarmaci sulla risposta cinetica nel sesso femminile. Il volume di distribuzione dei farmaci è determinato da vari fattori, tra cui il peso corporeo, la percentuale di massa adiposa, il grado di perfusione regionale e il legame con le proteine: le donne, rispetto agli uomini, sono caratterizzate da un minor peso corporeo, da un ridotto volume ematico, ma da una maggiore quantità di massa grassa. Ciò significa che mentre le donne tenderebbero ad avere anche una maggiore concentrazione plasmatica dei farmaci, la maggior percentuale di massa grassa tende a sua volta a determinare l'effetto contrario, associandosi a un più ampio volume di distribuzione delle sostanze e quindi, almeno inizialmente, a una più bassa concentrazione plasmatica delle stesse. Ma alcuni farmaci, come le benzodiazepine e molti altri farmaci psicotropi, a loro volta sono caratterizzati da un'alta affinità per il tessuto adiposo nel quale tendono ad accumularsi con facilità il che provoca, alla fine, un aumento significativo della loro emivita. Dato che la massa grassa aumenta con l'avanzare dell'età, tali farmaci tendono ad accumularsi in misura maggiore negli anziani: in particolare nelle donne, che costituiscono il sottogruppo maggiormente a rischio per tale effetto. Inoltre, importanti sono gli effetti del ciclo mestruale, della gravidanza e delle terapie ormonali sulla cinetica dei farmaci. Non per niente i trials sperimentali sui farmaci (gli studi di fase 2, 3, 4) sono compiuti preferibilmente sugli uomini perché ritenuti più stabili dal punto di vista ormonale e fisiologico.

È importante rammentare l'uso etimologico classico per il termine farmaco: *“Un farmaco è una sostanza esogena, organica o inorganica, naturale o sintetica, capace di indurre modificazioni funzionali in un organismo vivente, positivamente o negativamente, attraverso un'azione fisica, chimica o fisico-chimica”*.

Durante il ciclo mestruale la donna subisce un incremento dei livelli plasmatici delle molecole assunte per maggior rapidità dello svuotamento gastrico e aumento della ritenzione idrica e del sodio. L'assunzione concomitante di contraccettivi e terapie ormonali aumentano il livello plasmatico degli altri prodotti per incremento dell'affinità di legame proteico e per inibizione del metabolismo epatico. È stato riportato un aumento dei livelli plasmatici degli antidepressivi triciclici durante l'ovulazione e una minore tollerabilità degli antidepressivi serotoninergici in fase premestruale (in coincidenza con il picco dei livelli circum-mensili della serotonina). Infine, è noto che in gravidanza i dosaggi dei farmaci antidepressivi, gli stabilizzanti dell'umore (litio, carbamazepina e acido valproico) devono essere aumentati in ragione dell'aumento del metabolismo e della loro *clearance*.

Gli ormoni gonadici sembrano aumentare i livelli plasmatici degli ansiolitici e degli antidepressivi triciclici, in parte giustificando una riportata maggiore prevalenza degli effetti collaterali sessuali sia in corso di trattamento con triciclici sia con antidepressivi serotoninergici. In generale, dunque, numerose evidenze di letteratura sembrano indicare

che le donne rispondono meno favorevolmente ai triciclici e mostrano una più lunga latenza dell'effetto antidepressivo. La larga diffusione dei farmaci antidepressivi serotoninergici sembra invece essere particolarmente vantaggiosa per le donne, dal momento che molteplici studi indicano una migliore risposta antidepressiva delle donne a tali composti. Queste differenze di distribuzione nella farmacocinetica degli psicofarmaci dovrebbero essere considerate attentamente perché potrebbero avere importanti implicazioni a livello clinico: purtroppo non sono ancora disponibili i risultati di studi sistematici e affidabili volti a valutare il ruolo potenziale del genere o dell'età o, ancora più importante, l'interazione tra genere ed età, sulle concentrazioni plasmatiche delle sostanze assunte.

È necessario un commento sulla classe degli SSRI (*Selective Serotonin Reuptake Inhibitors* – Inibitori Selettivi della Ricaptazione della Serotonina). Essi sono tra i farmaci più usati per la terapia della depressione, dei vari disturbi d'ansia, del disturbo ossessivo-compulsivo e di alcuni disturbi alimentari (in particolare la bulimia nervosa). Gli SSRI attualmente in commercio in Italia sono sei: fluoxetina, sertralina, fluvoxamina, paroxetina, citalopram, escitalopram. Sebbene ciascuna molecola appartenga a una famiglia chimica distinta, tutti possiedono una singola caratteristica farmacologica comune, ossia la capacità di indurre una inibizione potente e selettiva della ricaptazione della serotonina. Che cos'è la ricaptazione della serotonina?

La serotonina viene sintetizzata dai neuroni a partire dall'aminoacido triptofano e regola numerose funzioni fisiologiche, tra cui l'umore, l'appetito e il comportamento alimentare, il ritmo sonno-veglia, la temperatura corporea, il comportamento sessuale. I neuroni comunicano tra loro attraverso delle sostanze chiamate neurotrasmettitori che rilasciate da un neurone (neurone pre-sinaptico) vanno ad agire sui recettori presenti su un altro neurone (neurone post-sinaptico) con il quale è a contatto attraverso un piccolissimo spazio definito sinapsi. In natura, fisiologicamente, per evitare che il segnale del neurotrasmettitore si prolunghi eccessivamente, il neurone presinaptico possiede dei meccanismi capaci di ricaptare (*re-uptake*) il neurotrasmettitore in eccesso, impedendogli l'ulteriore azione sul neurone postsinaptico. Questo meccanismo di ricaptazione è costituito da una proteina che si trova nella membrana del neurone presinaptico e che funziona come una sorta di aspiratore in grado di richiamare a sé il neurotrasmettitore liberato. Su questi trasportatori è possibile agire farmacologicamente bloccandone l'azione di ricaptazione. L'equazione è semplice: bloccando con un farmaco la ricaptazione del neurotrasmettitore, si fa in modo di prolungare l'azione del neurotrasmettitore stesso sul neurone postsinaptico in quelle condizioni di patologia in cui bisogna forzare un effetto terapeutico. Il neurotrasmettitore è la serotonina, mentre i farmaci che ne bloccano il *re-uptake* sono gli SSRI. La loro funzione principale è dunque quella di impedire al neurone pre-sinaptico di ricaptare la serotonina, facendo in modo che la serotonina stessa possa agire in maggiori concentrazioni e per tempi più lunghi sul neurone postsinaptico.

Ovviamente il sistema non è così semplice e schematico e non bisogna credere che l'azione e l'efficacia degli SSRI si limiti solo all'aumento della disponibilità sinaptica della serotonina. Numerosi studi dimostrano la loro azione sia sui recettori (come la regolazione

della quantità di recettori presenti sul neurone) sia post-recettoriali (come la regolazione della produzione di fattori di crescita neuronale), o ancora modulando la funzione di altri neurotrasmettitori e sostanze ad azione regolatoria come i neurosteroidi. Gli stessi SSRI, inoltre, pur avendo come azione predominante quella di bloccare la ricaptazione della serotonina, possono agire, in modi e in misure diverse, anche su sistemi di neurotrasmettitori diversi (acetilcolina, dopamina, ecc.) modificando in parte il loro profilo di efficacia, e in parte condizionando il loro profilo di tollerabilità.

Uno degli aspetti ben noti ai farmacologi, e ancora oggi materia di discussione, è la prevalenza nelle donne degli effetti collaterali o avversi dei farmaci (FAD). E sono proprio le molecole su citate a dare molti grattacapi ai clinici. Perché? Classe di medicinali, tipo di effetto avverso, età, stato fisiologico della donna aumentano la sensibilità al rischio e, non ultimo, le donne risultano generalmente sottoposte a dosaggi di farmaci che sono stati stabiliti su risultati ottenuti in sperimentazioni effettuate prevalentemente su uomini.

Un ultimo aspetto che sta coinvolgendo i farmacologi e le industrie farmaceutiche proprio per interpretare le differenti risposte ai trattamenti antidepressivi tra maschi e femmine è quello dello studio del sistema enzimatico dei citocromi. Una quota sostanziale del metabolismo epatico dei farmaci psicotropi è affidata all'azione del sistema enzimatico del citocromo P450 (CYP), a sua volta composto da oltre 30 tipi di isoenzimi diversi. Gli isoenzimi CYP2D6, CYP3A4, CYP1A1/2 e CYP2C19 sono responsabili dei processi metabolici della maggior parte degli psicofarmaci e di molti altri farmaci usati comunemente, come i beta-bloccanti, gli analgesici oppiacei, gli anticonvulsivanti, gli antistaminici, i cortisonici e gli antibiotici macrolidi. L'isoenzima CYP2D6, in particolare, è responsabile del metabolismo di svariati composti: la sua inibizione determina quindi un incremento delle concentrazioni plasmatiche da cui deriva, ad esempio, la possibilità di avere una reazione tossica quando un SSRI viene somministrato contemporaneamente a un tricyclico o a un antiaritmico. Sebbene l'isoenzima CYP2D6 abbia acquisito una considerevole notorietà proprio per il suo ruolo nelle interazioni tra i farmaci, non sono state tuttavia descritte differenze di genere nella sua attività.

Differenze di genere sono invece riportate a carico dell'isoenzima CYP2C19: le donne infatti sembrano presentare una maggiore attività enzimatica rispetto agli uomini e questo è importante in quanto diversi antidepressivi (citalopram, clomipramina, imipramina) e ansiolitici (diazepam) vengono metabolizzati proprio da questo sistema, per cui le donne risultano avere un metabolismo molto più rapido e una concentrazione plasmatica delle stesse sostanze molto più bassa. La più importante differenza di genere riguarda però l'isoenzima CYP3A4 che costituisce più del 60% del sistema citocromo P450: questo isoenzima è, infatti, responsabile del metabolismo di molti psicofarmaci, degli analgesici, dei bloccanti i canali del calcio, degli steroidi. L'attività di tale isoenzima appare influenzata sia dal genere sia dall'età: le giovani donne hanno livelli di attività più elevate rispetto sia agli uomini sia alle donne in età post-menopausale.

Quindi ci si deve aspettare che nel genere femminile in età giovanile i livelli plasmatici, ad esempio, delle benzodiazepine siano più bassi rispetto alle donne più anziane o agli uomini

a parità di dose somministrata. Da questo potrebbe derivare una minor azione terapeutica di tali farmaci nelle giovani. Inoltre, l'elevata attività dell'isoenzima CYP3A4 potrebbe determinare un maggior rischio di astinenza alla sospensione delle BDZ e di sviluppo di dipendenza. Tali dati, anche se scarsi e preliminari, sembrerebbero dunque indicare la necessità di tenere sempre in considerazione la necessità di valutare il sesso e l'età ogniqualvolta venga somministrato un farmaco psicotropo e soprattutto un antidepressivo.

Donna e droghe

Un recente studio collaborativo europeo condotto dall'Istituto Superiore di Sanità ⁽¹⁴⁾ ha denunciato che una parte non trascurabile di donne usa sostanze psicotrope, in particolare cocaina, per combattere la depressione nonostante che, al cessare degli effetti della sostanza, si trovino spesso a dover gestire uno stato di depressione più profondo ancora. Di conseguenza, rispetto agli uomini, le donne tendono a incrementare significativamente l'uso di cocaina patendo, poi, maggiori effetti collaterali quali irritabilità, nervosismo, ansia, paura, depressione, insonnia, mal di testa, senso di soffocamento e di morte imminente, psicosi, paranoia.

L'abuso di cocaina, per lo più vissuto dalle donne all'interno delle mura domestiche, si accompagna a un elevato consumo di alcol, che rappresenta la sostanza in assoluto più frequentemente associata alla cocaina in entrambi i generi. Parallelamente all'incremento dei consumi, si rileva sempre nelle donne una progressiva e netta tendenza alla regressione dell'età mediana di inizio d'uso di cocaina (passata dai 30 ai 14 anni di età nell'arco dell'ultimo mezzo secolo), a una sua ampia diffusione in ambiti ricreativi, a un'associazione sempre più frequente con alcol. Questi tratti portano a delineare uno scenario in crescita del policonsumo, il quale peraltro risulta già evidente presso i Servizi pubblici e privati deputati al trattamento delle dipendenze, nonché della probabilità di sviluppare comorbidità psichiatrica anche in giovanissimi consumatori di sostanze "ricreazionali".

Inoltre, tra i consumatori di queste sostanze in carico ai Servizi è stata rilevata una consistente percentuale di soggetti con eventi psichiatrici, in proporzione con maggior incidenza nel genere femminile. Ciò rende questi casi più complessi da gestire e amplifica i rischi di danno per il soggetto stesso, ma anche per gli altri nel campo della salute, del contesto familiare e sociale e anche nell'ambito della sicurezza stradale. Insomma, il binomio donna-alcol/droghe rappresenta un problema di particolare complessità a causa delle motivazioni d'uso, gestione della dipendenza, effetti e ripercussioni.

Il policonsumo, infine, sta diventando l'abitudine più diffusa, generando problemi di dipendenze crociate, disturbi psichiatrici, difficoltà di diagnosi, diverse evoluzioni delle patologie, scarsa risposta al trattamento. Le dipendenze crociate hanno fatto emergere una stretta relazione tra disturbi psichiatrici e disturbi correlati al consumo di alcol e stupefacenti, come l'aggressività che è un altro aspetto emergente tra le donne. Questa caratteristica, storicamente considerata appartenere al genere maschile, sembra oggi crescere con l'abitudine al consumo di stimolanti anche nelle ragazze, e in relazione alle

differenze di genere, l'evidenza scientifica che indicava l'abuso di alcol come un predittore e acceleratore di comportamenti violenti nei maschi, nell'ambito delle femmine la combinazione sta portando a eguagliare la loro incidenza.

Differenze di genere si rilevano, infine, anche nella combinazione tra sostanze e comportamenti sessuali promiscui. È stato rilevato infatti che, tra i maschi, era l'uso/abuso di alcol il predittore di tali comportamenti, mentre tra le ragazze, più che l'alcol in sé, un comportamento promiscuo era finalizzato a sostenere l'uso/abuso di sostanze con e senza alcol. La dipendenza crociata tra alcol e psicofarmaci contraddistingue, dunque, nelle statistiche il genere femminile. Essa risponde alla stessa logica di "automedicazione" della depressione, stress, ansia, disturbi di personalità, per le quali le donne abusano di alcol e altre sostanze. L'abuso primario di psicofarmaci sembrerebbe associarsi, inoltre, più frequentemente che negli uomini, a rischi traumatici, soprattutto dopo assunzione di cocaina.

Considerazioni conclusive

La nascente "medicina di genere" sta dimostrando, conoscendo meglio il complesso sistema neuro modulare e recettoriale per gli oppioidi, la dopamina e tutti gli altri neuroormoni, che le donne sviluppano una dipendenza da sostanze psicoattive in minor tempo rispetto agli uomini, per gli stessi meccanismi che si è visto connessi con le maggiori complicazioni e i problemi derivanti dall'abuso di alcol e dalla differente metabolizzazione dell'etanolo.

Le differenze di genere si stanno dimostrando una realtà scientifica consolidata, e la medicina deve saperle valutare bene. Uomini e donne non possono essere assimilati: ciascun genere deve essere considerato nella sua specificità, non solo quando si tratta di valutare il modo in cui si sviluppa una patologia, ma anche nella ricerca e sperimentazione di nuove terapie farmacologiche.

Il genere, infine, condiziona anche il percorso dei farmaci all'interno dell'organismo, il loro meccanismo d'azione e il metabolismo dei prodotti finali. Si deve sempre porre attenzione ai farmaci che hanno una maggiore affinità per i lipidi (lipofili) e che hanno un volume di distribuzione più ampio nelle donne a causa della loro presenza maggiore di grassi, circa il 25% in più rispetto ai maschi. Va considerato il fattore peso: le donne pesano normalmente circa il 30% in meno degli uomini e quindi, a parità di dosaggio, la quantità di principio attivo che assumono in proporzione al peso è maggiore.

Le donne e gli uomini rispondono diversamente ad alcuni tipi di farmaci: nell'ambito del trattamento dell'ipertensione, i farmaci calcio-antagonisti sembrano più efficaci nelle donne nel ridurre la pressione arteriosa, mentre gli ACE-inibitori sembrano in grado di ridurre significativamente la mortalità tra gli uomini.

Infine, nella terapia della depressione, le donne sembrano rispondere meglio agli inibitori della ricaptazione della serotonina (SSRI), mentre gli uomini trarrebbero maggiori benefici con gli antidepressivi triciclici (TCA). Nonostante la differente risposta alle terapie

farmacologiche e sebbene le donne consumino circa il 40% di farmaci in più rispetto agli uomini, fino a un recente passato gran parte dei nuovi farmaci venivano testati solo sugli uomini e molti principi attivi non erano mai stati sperimentati sulla popolazione femminile. Come già espresso, molto spesso questa scelta era legata a un atteggiamento di “prudenza”: la ragione principale dell'esclusione delle donne dai trials clinici era infatti rappresentata dal timore che una molecola in sperimentazione potesse costituire un rischio per una donna in età fertile e per la fluttuazione dei livelli ormonali sospettati di influenzare i risultati della sperimentazione.

Ma la mancanza di studi specifici sulle donne, soprattutto nelle fasi precoci della ricerca, ha prodotto due importanti conseguenze: non ha consentito sino a oggi di misurare la reale efficacia dei farmaci rispetto ai diversi generi e ha limitato la scoperta di farmaci specifici per le donne. Oggi negli USA le donne sono obbligatoriamente inserite nei trials clinici e la *Food and Drug Administration* americana (FDA) ha istituito un ufficio che si occupa specificamente della salute delle donne e della loro partecipazione agli studi.

In Italia, secondo i dati dell'AIFA (Agenzia Italiana del Farmaco), la popolazione femminile è del tutto assente nelle sperimentazioni dei farmaci di Fase I, che servono a capire se le nuove molecole sono sicure e quale potrebbe essere il loro meccanismo d'azione, e quasi del tutto esclusa da quelle di Fase IV, cioè le analisi condotte sui pazienti dopo che il farmaco è stato messo in commercio. Ma qualcosa si sta muovendo anche in Italia: dopo l'insediamento nel 2007 presso il Ministero della Salute della Commissione Salute delle Donne, nel 2008 l'Istituto Superiore di Sanità ha dato avvio a un progetto strategico incentrato sull'impatto delle terapie a seconda del genere, al fine di arrivare a cure più appropriate e ottenere risparmi per il Servizio Sanitario Nazionale.

Questa nuova sensibilità sul “genere” è un modo tra i più promettenti per dare concretezza al concetto di centralità del paziente nella ricerca e messa a punto di trattamenti efficaci e innovativi per la tutela della salute. È importante che la medicina di genere approfondisca oggi i diversi modi in cui uomini e donne affrontano la malattia perché solo così saremo in grado di ottimizzare la diagnosi, le terapie e la consistenza d'uso, cioè il dato obiettivo di quanto il paziente aderisca al progetto terapeutico stabilito dal medico.

Lecture di approfondimento

American Heart Association (2001); Heart and Stroke Statistical Update. Dallas, Texas: AHA.

Centro Studi Nazionale su salute e Medicina di Genere. Padova. Az. Osp. e Univers. Padova. medicinadigenere@sanita.padova.it.

Ceccanti M, et. al. (2004); Alcol e donna: aspetti clinici. *Ann Ist Super Sanità*. 40(1):5-10.

Franconi F, Montilla S, Vella S (2010); *Farmacologia di genere*. Torino: SEEd Srl.

Frezza M, et al. (1990); High Blood Alcohol Levels in Women: The Role of Decreased Gastric Alcohol Dehydrogenase Activity and First-Pass Metabolism. NEJM.

Gerra G, Zaimovic A, Zambelli U, Delsignore R, Baroni MC, Laviola G, Macchia T, Brambilla F (2000); Neuroendocrine correlates of depression in abstinent heroin-dependent subjects. Psychiatry Res 20;96(3):221-34.

Invernizzi P (2009); I segreti del cromosoma X, Humanitas, 2: 14-15.

Levinson DF (2006); The Genetics of Depression: a Review. Biological Psychiatry, 60 (2):84-92.

National Institutes of Health, Women's Health Study (1991) in www.nhlbi.nih.gov.

Sloan DM, Kornstein SG (2003); Gender Differences in Depression and Response to Antidepressant Treatment. Psychiatric Clinical North America, 26:581-94.

Summit on Women and Depression: Proceedings and Recommendations (2002). The American Psychological Association, Wye River Conference Center.

Vaccarino V (1999); Sex-based Differences in Early Mortality after Myocardial Infarction. N Engl J Med.

<http://www.tantasalute.it/articolo/vaccini-piu-efficaci-sulle-donne/15885/>, metanalisi della letteratura scientifica sul tema (2010); Scuola di Sanità Pubblica dell'Università Johns Hopkins, USA: dati pubblicati su Lancet Infectious Disease 10 (5): 338-349.

2. ASPETTI EPIDEMIOLOGICI

In questa sezione viene presentata una sintesi di alcuni dati epidemiologici si ritengono utili per inquadrare da un punto di vista quantitativo il fenomeno oggetto dell'indagine. In tal senso, sono stati privilegiati i flussi informativi in grado di evidenziare le differenze di genere relative alla diffusione dei consumi di sostanze psicotrope, lecite e illecite, nella popolazione e l'accesso delle donne ai servizi di cura. Per farlo sono state utilizzate tre tipologie di fonti:

- survey realizzate nella popolazione generale e in quella giovanile;
- segnalazioni all'Autorità Giudiziaria per il possesso o il traffico di sostanze illecite;
- utenza in carico ai servizi specialistici per le dipendenze patologiche.

In tal modo, e con le limitazioni proprie di ogni strumento di rilevazione epidemiologica, si vogliono offrire degli elementi funzionali a stimare quanto questi consumi riguardino le donne, quanto possano configurarsi come consumi problematici o dipendenze e in che misura i servizi di cura siano in grado di intercettare questo specifico target. Rispetto a quest'ultimo punto sono state indagate due dimensioni territoriali: quella regionale e quella di competenza di uno specifico Dipartimento delle Dipendenze della città di Torino.

Ognuna delle fonti utilizzate adotta specifiche metodologie di indagine che non è qui possibile illustrare nel dettaglio, ma soprattutto si riferisce a contesti geografici differenti. Laddove disponibile viene fornito il maggior dettaglio possibile per quanto riguarda la Regione Piemonte, così come in alcuni casi vengono presentati i dati riferiti ad altri paesi europei per effettuare un confronto sovra-nazionale. Per uno sguardo più generale e d'insieme sull'estensione del fenomeno si rimanda invece alla specifica sezione del Capitolo 3 (Analisi della letteratura) in cui sono presentati i dati riferiti alla situazione internazionale e alla sua evoluzione nel tempo.

2.1 Consumi nella popolazione

Non ci risulta che siano state condotte, almeno nel recente passato, survey relative ai consumi di sostanze illecite nella popolazione piemontese, né che siano stati effettuati sovra-campionamenti regionali di indagini nazionali. L'unica eccezione è rappresentata dallo studio HBSC⁽¹⁵⁾, che però, avendo come oggetto di studio gli stili di vita giovanili in senso lato, rileva solo i consumi di alcol, tabacco e cannabinoidi nei ragazzi di 11, 13 e 15 anni. Alcuni risultati di questa indagine sono stati comparati con quelli dello studio ESPAD⁽¹⁶⁾, che indaga i consumi di tutte le sostanze psicotrope nella popolazione studentesca europea. Per quanto riguarda, invece, la popolazione generale i dati di seguito presentati sono ricavati dalle due principali indagini nazionali: GPS (*General Population Survey*) e IPSAD (*Italian Population Survey on Alcohol and other Drugs*) condotte rispettivamente dal DPA (Dipartimento Nazionale per le Politiche Antidroga) e dal CNR (Centro Nazionale Ricerche). Gli ultimi dati disponibili si riferiscono al 2012 per l'indagine GPS e al 2010/2011 per l'indagine IPSAD. Si anticipa fin d'ora che vi sono discrepanze significative, e non giustificabili unicamente dalla distanza temporale del

rilevamento, tra i dati prodotti da queste due indagini. Così come vi sono sensibili differenze tra i dati di queste indagini e quelli dell'indagine ESPAD per quanto riguarda le stime di prevalenza nella popolazione giovanile. Volendo però qui tracciare una cornice quantitativa ai successivi approfondimenti qualitativi, non saranno approfondite tali differenze, ma verranno forniti per molti indicatori dei *range* di prevalenza. Come detto, inoltre, i dati disponibili non hanno una rappresentatività statistica a livello regionale e le stime di seguito presentate sulla numerosità dei consumatori piemontesi non possono che avere una valenza puramente indicativa. Sono state infatti ottenute proiettando il dato nazionale, di solito mediamente inferiore ai valori registrati nell'area nord-occidentale del paese, sulla popolazione tra i 15 e i 64 anni di età, residente in Regione Piemonte al 1° gennaio 2011 (Fonte: ISTAT).

Consumi nella popolazione generale

Premessi tali limiti, è possibile stimare (*Tabella 1*) che circa 380.000 donne piemontesi abbiano consumato almeno una sostanza illecita nella vita, che 110.000 abbiano un consumo saltuario (almeno un volta nell'ultimo anno) e 45.000 un consumo recente (almeno una volta nell'ultimo mese).

Tabella 1 - Prevalenze di consumo di sostanze illecite almeno una volta nella vita (LTP), nell'ultimo anno (LYP) e nell'ultimo mese (LMP) nella popolazione tra 15 e 64 anni (2010/2011). Fonte: IPSAD

	Dato nazionale			Proiezione regionale			Δ M/F
	M (%)	F (%)	TOT (%)	M (n)	F (n)	TOT (n)	
LTP	33,2	26,8	29,6	475.769	383.499	859.269	24,1
LYP	10,9	7,8	9,2	156.201	111.616	267.817	39,9
LMP	5,3	3,2	4,1	75.951	45.791	121.742	65,9

Le stime di consumo di almeno una sostanza illecita sono in gran parte coincidenti con le stime di consumo dei derivati della cannabis, hashish e marijuana, che rappresentano la quota assolutamente maggioritaria dei consumi di sostanze illecite nella popolazione generale come in quella femminile. I cannabinoidi sono anche le sostanze illecite per le quali è minore la differenza tra i consumi maschili e quelli femminili. Per tutte le altre sostanze illecite il rapporto tra prevalenze di consumo maschili e femminili nella popolazione generale oscilla tra 2:1 e 4:1, con punte anche superiori, in funzione delle fasce d'età, della tipologia di consumo e della sostanza considerata.

È però interessante notare come le differenze percentuali tra uomini e donne (Δ M/F) aumentino sensibilmente passando dal consumo una tantum, a quello saltuario e a quello regolare, facendo ipotizzare che le differenze di genere siano più limitate, per quanto presenti, a livello di consumo 'sperimentale' e che crescano nel momento in cui tali consumi assumono una maggiore regolarità e, plausibilmente, una maggiore problematicità. La progressione di questo rapporto è comune per tutte le sostanze indagate,

alcol incluso, con un'unica eccezione: i consumi di eroina e oppiacei. Sia l'indagine GPS che l'indagine IPSAD rilevano come la differenza tra consumatori maschi e femmine di eroina e altri oppiacei sia sensibilmente inferiore per il consumo recente, assimilabile sul piano epidemiologico al consumo regolare, rispetto ai consumi saltuari e a quelli episodici (Tabella 2). Questo dato è coerente con le evidenze circa l'elevata potenzialità *addictiva*¹ degli oppiacei; a cui le donne, ancor più degli uomini, sembrerebbero esposte in maggior misura rispetto a quella di altre sostanze.

Tabella 2 - Prevalenze di consumo di eroina e altri oppiacei - % su pop. 15-64.

Fonte: GPS; IPSAD

	GPS - DPA (2012)				IPSAD - CNR (2010/2011)			
	M	F	TOT	Δ M/F	M	F	TOT	Δ M/F
LTP	1,38	0,77	1,05	79,5	2,30	1,30	1,70	77,2
LYP	0,20	0,09	0,14	122,5	0,50	0,30	0,40	66,9
LMP	0,09	0,06	0,08	50,2	0,30	0,20	0,20	50,2

In una prospettiva di salute pubblica si noti che, se i derivati dell'oppio risultano quelli per cui è più probabile il passaggio da un consumo episodico a uno regolare, tra le sostanze illecite, escludendo i già citati cannabinoidi, la cocaina risulta essere la sostanza più diffusa nella popolazione femminile come in quella maschile, sia per i consumi episodici che per quelli regolari (Tabella 3). Le consumatrici di cocaina nell'ultimo anno nella popolazione femminile piemontese sono stimate tra le 4.000 e le 12.000 unità, quelle di eroina tra le 1.000 e le 4.000 unità, quelle di anfetaminici e allucinogeni tra le 1.000 e le 2.800 unità. Si è già detto come tali proiezioni abbiano solo un valore indicativo, sia per l'elevata discrepanza tra i dati forniti dalle due indagini, sia per l'assenza di rappresentatività regionale, sia perché, in base ad altre fonti informative, come quelle sugli utenti dei SerT, quelle sui sequestri di sostanze, qui non riportate, e quelle sui consumi giovanili, è ipotizzabile che tali dati sottostimino un fenomeno comunque illegale e, quindi, sommerso.

Tabella 3 - Prevalenze di consumo di cocaina - % su pop.15-64. Fonte: GPS; IPSAD

	GPS - DPA (2012)				IPSAD - CNR (2010/2011)			
	M	F	TOT	Δ M/F	M	F	TOT	Δ M/F
LTP	5,69	2,63	4,03	116,7	7,40	4,70	5,90	57,7
LYP	1,10	0,30	0,67	267,2	1,90	0,90	1,30	111,4
LMP	0,50	0,11	0,29	355,2	0,60	0,30	0,40	100,3

Al di là delle incertezze sui valori assoluti, è interessante notare alcune differenze relative ai consumi recenti nelle diverse fasce d'età rilevati dall'indagine GPS. Per tutte le sostanze i tassi di consumo maschile nell'ultimo mese decrescono con l'avanzare dell'età. Nelle

¹ Neologismo utilizzato per indicare la possibile determinazione di una *addiction*, o dipendenza.

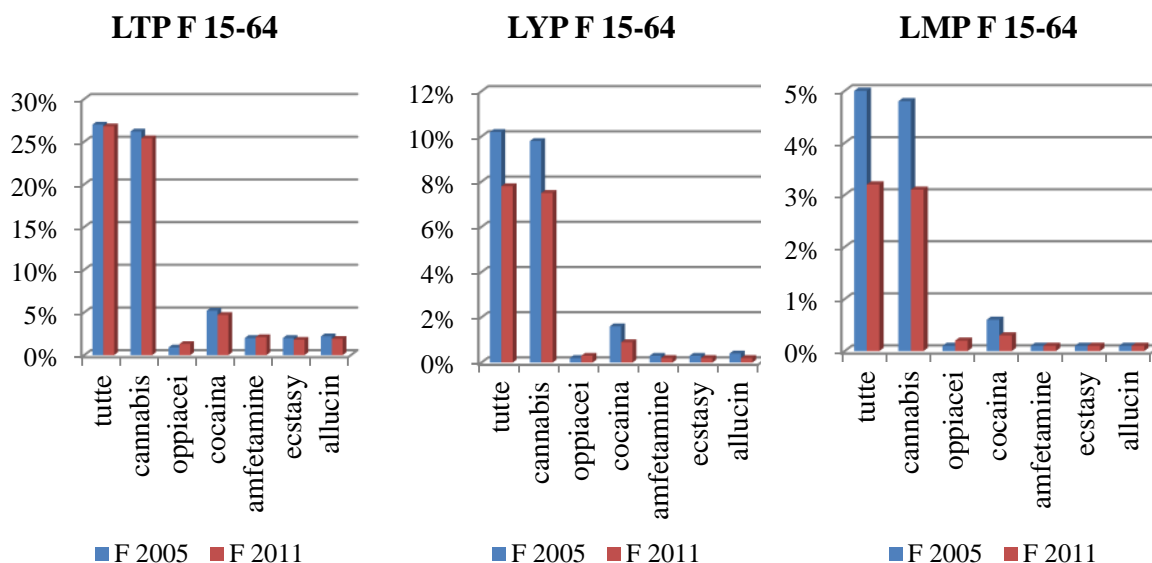
donne questa progressione non è invece rilevata per i consumi di eroina, per i quali si osserva un'analoga distribuzione percentuale nelle fasce 15-24, 25-34 e 35-64, né per quelli di cocaina, per i quali vi è una netta prevalenza nella fascia 15-34 (Tabella 4).

Tabella 4 - Prevalenze di consumo nell'ultimo mese per fasce d'età - % su pop. 15-64 (2012). Fonte: GPS

Eroina e altri oppiacei				
	M	F	TOT	Δ M/F
15-24	0,25	0,05	0,14	427,40
25-34	0,12	0,07	0,09	73,80
35-64	0,05	0,06	0,06	-17,70
Cocaina				
	M	F	TOT	Δ M/F
15-24	1,37	0,28	0,78	416,10
25-34	0,73	0,31	0,49	138,80
35-64	0,24	0,01	0,12	2.271,60
Cannabinoidi				
	M	F	TOT	Δ M/F
15-24	9,72	4,86	7,08	111,00
25-34	2,85	1,80	2,24	60,50
35-64	0,79	0,21	0,48	271,70
Anfetaminici				
	M	F	TOT	Δ M/F
15-24	0,47	0,08	0,26	549,60
25-34	0,00	0,00	0,00	1,40
35-64	0,01	0,01	0,01	-40,70
Allucinogeni				
	M	F	TOT	Δ M/F
15-24	0,30	0,15	0,22	111,00
25-34	0,15	0,04	0,09	280,20
35-64	0,01	0,00	0,01	-

Grafico 1 - Confronto prevalenze dei consumi femminili - % su pop. 15-64 (2005-2011).

Fonte: IPSAD



Dato uno sguardo d'insieme alle prevalenze dei consumi di sostanze illecite, è interessante notare come i rapporti tra consumi maschili e femminili cambino sensibilmente per quanto riguarda le sostanze lecite, con una forte riduzione della differenza per alcol e tabacco, e addirittura un'inversione del rapporto per i farmaci sedativi e i tranquillanti. (Tabella 5)

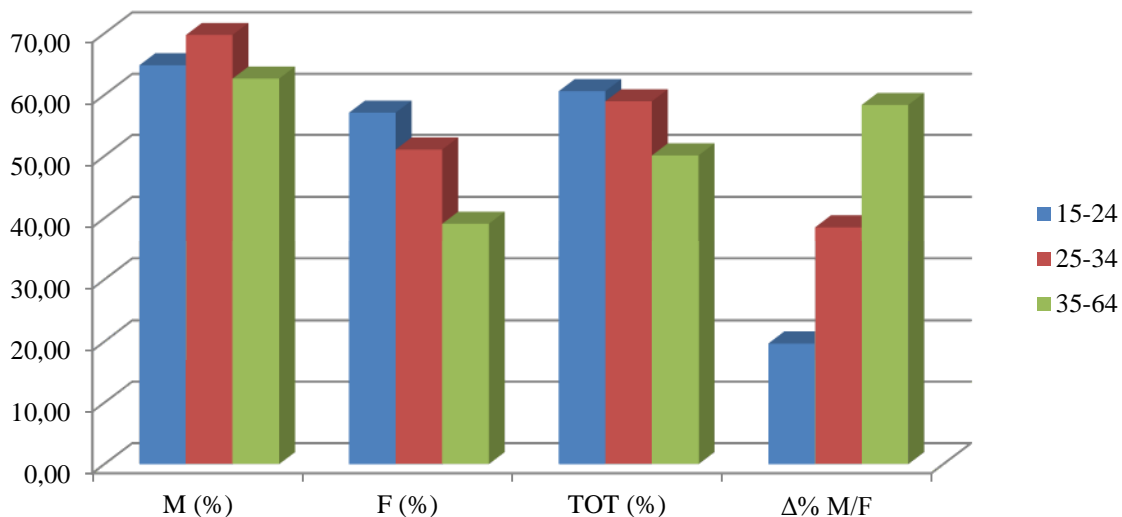
Tabella 5 - Prevalenze di consumo di alcol, tabacco e sedativi/tranquillanti - % su pop. 15-64 (2010-2011). Fonte: IPSAD

Alcol				
	M	F	TOT	Δ M/F
LTP	94,20	85,00	89,00	11,00
LYP	88,00	74,30	80,30	18,60
LMP	77,90	58,60	67,00	33,10
Tabacco				
	M	F	TOT	Δ M/F
LTP	65,70	61,80	63,50	6,50
LYP	31,80	31,00	31,40	2,70
LMP	27,20	26,20	26,60	4,00
Sedativi / Tranquillanti				
	M	F	TOT	Δ M/F
LTP	13,30	20,70	17,50	-35,70
LYP	6,10	9,40	7,90	-35,00
LMP	2,80	4,50	3,70	-37,70

Rispetto all'alcol i dati GPS forniscono tassi di consumo inferiori rispetto a quelli di IPSAD, ma l'analisi dei consumi recenti per fasce d'età (Grafico 2) mostra come per le

donne, molto più che per gli uomini, tali consumi tendano a diminuire con l'età, determinando una progressiva crescita della differenza tra i generi.

Grafico 2 - Consumi di alcol nell'ultimo mese - % su pop. 15-64 (2012). Fonte: GPS



Grazie all'indagine ISTAT è possibile effettuare un confronto sull'andamento decennale dei consumi di alcol (Tabella 6), dal quale si evince come dal 2001 al 2011 siano sensibilmente diminuite le donne che consumano quotidianamente alcolici, mentre rimangono stabili i consumi occasionali e crescono quelli fuori pasto, denotando una trasformazione, marcata in particolare tra le donne, nelle modalità di consumo.

Tabella 6 - Prevalenze di consumo di alcol - % su pop. >13 anni (2001-2011).
Fonte: ISTAT

	2001	2011	Δ 01/11
M			
Tutti i giorni	50,6	40,2	-20,6
Occasionalmente	34,7	41,3	19,0
Fuori pasto	37,7	39,9	5,8
F			
Tutti i giorni	20,3	14,2	-30,0
Occasionalmente	39,4	39,3	-0,3
Fuori pasto	13,1	16,5	26,0
Δ M/F			
Tutti i giorni	149,3	183,1	22,7
Occasionalmente	-11,9	5,1	-142,7
Fuori pasto	187,8	141,8	-24,5

L'analisi dei dati sull'alcol permette di proporre una breve riflessione sul policonsumo, ossia sull'uso contemporaneo di più sostanze. Per la combinazione più diffusa, ossia quella tra alcol, tabacco e cannabis, si osserva un sostanziale equilibrio tra i consumatori dei due generi, mentre le donne prevalgono nelle altre combinazioni, fino a tre sostanze d'uso (Tabella 7). Anche i dati relativi al policonsumo, al pari di quelli sui consumi recenti di eroina e quelli sui consumi giovanili presentati nel paragrafo successivo, sembrano confermare che per alcuni indici di potenziale problematicità il divario di genere non sia così marcato. E questo nonostante tutti i consumi di sostanze lecite e illecite, con la sola esclusione degli psicofarmaci, riguardino in modo predominante gli uomini.

Tabella 7 - Prevalenze di policonsumo - % su consumatori 15-64 (2012). Fonte: GPS

	M	F	TOT	Δ M/F
Alcol + Cannabis	12,29	9,92	11,44	24,10
Tabacco + Cannabis	7,20	7,63	7,36	-5,50
Alcol + Tabacco + Cannabis	62,29	64,12	62,94	-2,70
2 sostanze - Altro	3,39	3,82	3,54	-11,10
3 sostanze - Altro	4,24	5,35	4,64	-20,60
Più di 3 sostanze	10,59	9,16	10,08	15,80

Consumi nella popolazione giovanile

Rispetto ai consumi giovanili i dati ESPAD relativi a ragazzi di 15-16 anni (Tabella 8) evidenziano come, almeno per i consumi una tantum, i giovani italiani utilizzino sostanze illecite su livelli superiori a quelli della media europea, ma inferiori rispetto ai loro coetanei di paesi a noi simili sul piano demografico e strutturale (Francia, Spagna e Regno Unito). Questa differenza vale per entrambi i sessi anche se sembra particolarmente marcata per le ragazze, tanto che anche la differenza tra uomini e donne è più elevata nel nostro paese rispetto ai paesi di riferimento.

Tabella 8 - Prevalenze di consumo di almeno una sostanza illecita nella vita - % su pop. 15-16 anni (2011). Fonte: ESPAD

	M	F	M / F
Germania	26	16	1,6
Francia	39	40	1,0
Italia	26	19	1,4
Regno Unito	29	24	1,2
Spagna	28	26	1,1
Media EU	21	15	1,4

Rispetto a questa specifica fascia di popolazione giovanile l'andamento degli ultimi quindici anni (Tabella 9) dimostra come a partire dal 1999 si sia registrato un progressivo

calo dei consumi di sostanze illecite, sia nei ragazzi che nelle ragazze, con un rapporto tra i generi che si è mantenuto sostanzialmente invariato negli anni. Data la tipologia dell'indagine non è purtroppo possibile analizzare l'andamento delle singole sostanze, fatta eccezione per i derivati della cannabis.

Tabella 9 - Prevalenze di consumo di almeno una sostanza illecita nella vita - % su pop. 15-16 anni (2011). Fonte: ESPAD

	1995	1999	2003	2007	2011
M	24	29	33	29	26
F	17	24	24	23	19
M / F	1,4	1,2	1,4	1,3	1,4

Rispetto ai consumi di alcol tra gli studenti l'indagine EPSAD fornisce molti dati che permettono di approfondire, anche in un'ottica di genere, l'evoluzione del fenomeno. In *Tabella 10* si può osservare il dettaglio dei consumi negli ultimi 30 giorni suddivisi per tipologia di bevanda: birra, alcolpops, vino e superalcolici. Le ragazze italiane hanno tassi di consumo superiori alla media europea rispetto a tutte le tipologie di bevande, con l'eccezione del vino, pur avendo un divario rispetto ai ragazzi superiore a quello medio europeo.

Tabella 10 - Prevalenze di consumo di alcolici nell'ultimo mese - % su pop. 15-16 anni (2011). Fonte: ESPAD

	Birra		Alcolpops		Vino		Superalc.		M / F	M / F	M / F	M / F
	M	F	M	F	M	F	M	F				
Germania	71	51	53	58	36	48	46	38	1,4	0,9	0,8	1,2
Francia	56	44	30	24	52	49	51	50	1,3	1,3	1,1	1,0
Italia	66	48	58	51	46	31	48	38	1,4	1,1	1,5	1,3
Regno Unito	57	35	31	51	26	42	40	48	1,6	0,6	0,6	0,8
Media EU	55	38	30	33	36	38	40	36	1,4	0,9	0,9	1,1

Sempre dall'indagine EPSAD si ricava un dato allarmante circa un consumo, quello di sedativi e tranquillanti, che, come si è visto e vedrà anche successivamente, riguarda in modo particolare le donne. Dalla *Tabella 11* si evince come le ragazze italiane ricorrano a questi farmaci senza prescrizione medica molto più frequentemente di quanto facciano le loro coetanee europee, eccezion fatta per la Francia e altri paesi dell'Europa dell'Est. Anche l'onset, ossia il primo uso di tali farmaci, appare più precoce rispetto alla media europea (*Tabella 12*).

Tabella 11 - Prevalenze di consumo di sedativi e tranquillanti nella vita -
% su pop. 15-16 anni (2011). Fonte: ESPAD

	Su prescrizione			Senza prescrizione		
	M	F	M / F	M	F	M / F
Germania	4	3	1,3	3	2	1,5
Francia	9	15	0,6	8	15	0,5
Italia	6	8	0,8	8	12	0,7
Regno Unito	7	5	1,4	4	3	1,3
Spagna	--	--	--	7	7	1,0
Media EU	7	8	0,9	5	8	0,6

Tabella 12 - Primo uso di sedativi e tranquillanti a 13 anni o prima - % su pop. 15-16 anni
(2011). Fonte: ESPAD

	Cannabis		Amfetamine		Ecstasy		Tranq/Sedativi	
	M	F	M	F	M	F	M	F
Germania	5	3	1	2	0	1	0	0
Francia	9	7	2	0	1	0	3	4
Italia	5	3	1	0	1	0	3	4
Regno Unito	8	6	1	2	1	2	1	1
Spagna	5	4	0	0	0	0	2	3
Media EU	4	2	1	1	1	0	2	2

Un ultimo dato è quello relativo al gioco d'azzardo, al quale è stato dedicato uno specifico capitolo di approfondimento (Cap. 3). Lo studio SPS (*Student Population Survey*), effettuato dal DPA tra gli studenti italiani, evidenzia tassi di problematicità (rilevata attraverso il *Lie/Bet questionnaire*) tra il 5% e il 6% delle studentesse tra i 15 e i 19 anni. Queste però non mostrano la progressione delle prevalenze che si osserva tra i loro coetanei maschi con l'avanzare dell'età (*Tabella 13*). Ciò determina un incremento del rapporto tra i generi che passa, tra i 15 e i 19 anni, dal 1,3:1 al 2:1. Sarebbe però necessario raccogliere altri dati per comprendere quali sono le prevalenze di problematicità nella popolazione adulta e in quella anziana.

Tabella 13 - Prevalenze di positività al Lie/Bet Questionnaire - % su pop. 15-19 anni
(2012). Fonte: SPS

	15 aa	16 aa	17 aa	18 aa	19 aa	Totale
M	7,7	8,5	9,7	10,5	10,5	9,4
F	5,8	6,1	6,1	5,6	5,3	5,8
TOT	6,7	7,2	7,8	7,9	7,8	7,5
Δ M/F	32,8	39,3	59,0	87,5	98,1	62,1

2.2 Segnalazioni delle Forze dell'Ordine

Un'altra fonte informativa utilizzabile per studiare, con le opportune cautele metodologiche, l'andamento dei consumi femminili è quella relativa alle segnalazioni effettuate dalle Forze dell'Ordine all'Autorità Giudiziaria per l'infrazione di tre articoli del DPR 309/90 (e successive modifiche) in materia di stupefacenti:

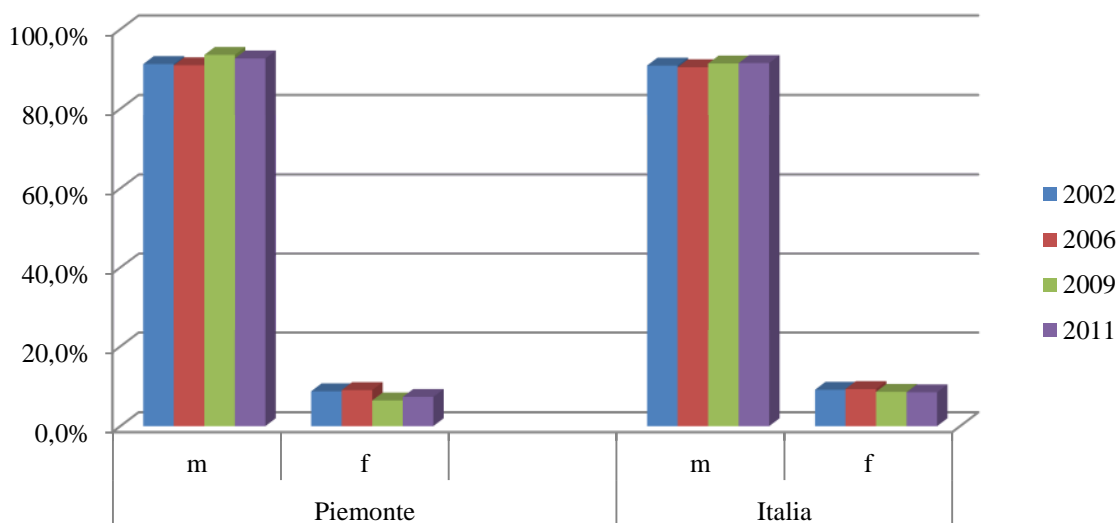
- Art. 73: Produzione e traffico illecito di sostanze stupefacenti o psicotrope;
- Art. 74: Associazione finalizzata al traffico illecito di sostanze stupefacenti o psicotrope;
- Art. 75: Sanzioni amministrative per possesso ai fini dell'uso personale di sostanze stupefacenti o psicotrope.

Mentre le segnalazioni ex artt. 73 e 74 contribuiscono a stimare, induttivamente, il numero di donne coinvolte in traffici illeciti di sostanze stupefacenti, quelle ex art. 75 rappresentano un indice più diretto, per quanto sempre parziale, della diffusione dei consumi nella popolazione femminile. Queste ultime segnalazioni indicano anche il numero di persone che intraprendono un percorso, co-gestito dalle Prefetture e dai Servizi per le Dipendenze, di prevenzione secondaria e sensibilizzazione rispetto ai rischi del consumo di sostanze illecite.

Nel 2011 le donne segnalate in Piemonte per traffici di sostanze illecite (artt. 73 e 74) sono state 144 contro 1.822 uomini. Questo rapporto di circa 12:1 è simile a quello registrato a livello nazionale (10:1) e, come si evince dal *Grafico 3*, si è mantenuto sostanzialmente costante negli ultimi nove anni, e anzi, soprattutto in Piemonte, il divario tra i generi è leggermente aumentato dal 2006 a oggi.

Grafico 3 - Segnalazioni all'A.G. ex artt. 73 e 74 – Rapporto % m/f (2002-2011).

Fonte: Ministero dell'Interno



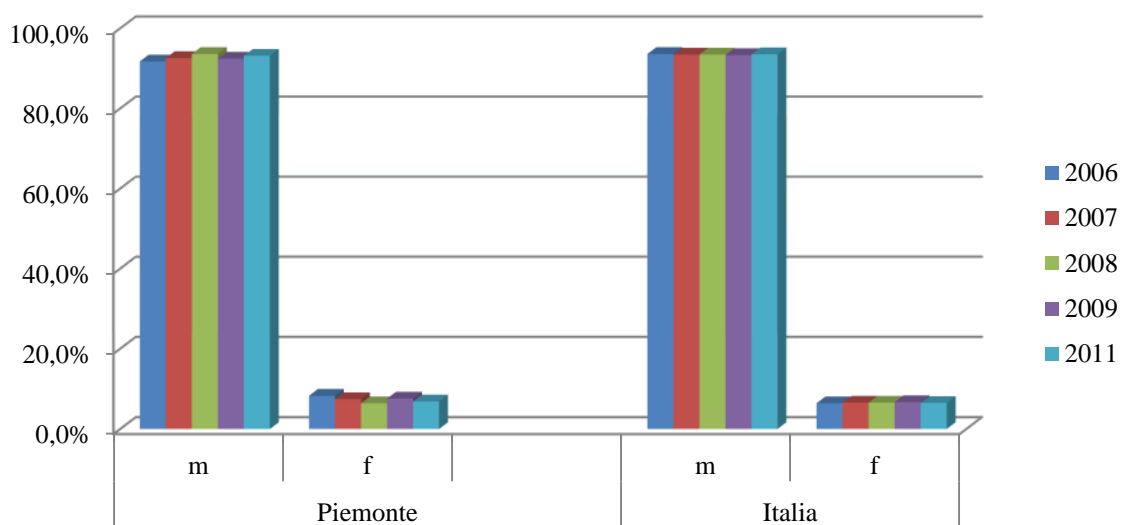
A livello nazionale (il dettaglio regionale non è disponibile) quasi il 40% delle segnalazioni che riguardano le donne sono dovute a traffici di cocaina, il 33% di cannabinoidi, il 25% di eroina e solo il 2% di sostanze anfetamino-simili. È però interessante notare che in rapporto alle segnalazioni riguardanti gli uomini, le donne sono proporzionalmente più coinvolte in traffici di eroina e anfetaminici, le stesse sostanze per cui non si sono registrati cali nei consumi delle donne negli ultimi anni.

Il fatto che le donne abbiano una minore propensione a delinquere e, più in generale, a infrangere le norme, è confermato anche dal rapporto (22:1) tra uomini e donne incarcerati nel nostro paese per reati connessi al traffico di stupefacenti. Delle donne presenti nelle carceri italiane al 31/12/2012 per questa tipologia di reati il 40% era di nazionalità straniera, rapporto analogo a quello registrato per gli uomini (42%). Sempre attraverso i dati forniti dal Ministero dell'Interno relativamente alla presenza di donne in carcere, in questo caso non necessariamente per reati droga-correlati, è possibile infine notare che se nel 2009, delle 70 detenute madri con figli presenti nelle carceri italiane, 11 (il 15,7%) erano recluse in strutture piemontesi, nel 2012 solo 1 donna con un figlio (meno del 2% rispetto alle 57 recluse in Italia) era presente nelle carceri del territorio regionale.

Passando invece all'analisi dei dati relativi alle segnalazioni all'A.G. ex art. 75 (possesso per uso personale) si può in primo luogo osservare come il rapporto tra uomini e donne abbia oscillato, tra il 2006 e il 2011 (ultimo dato disponibile) tra l'11:1 e il 14:1 sia a livello regionale che nazionale (*Grafico 4*). Il divario tra i generi è quindi analogo a quello delle segnalazioni di cui agli articoli precedenti, restando dalle tre alle quattro volte superiore al divario registrato per i tassi di consumo. In termini assoluti le donne segnalate in Piemonte nel 2011 sono state 184, di cui 16 minorenni (contro i 2.500 uomini), in calo rispetto alle 238, di cui 18 minorenni, di cinque anni prima.

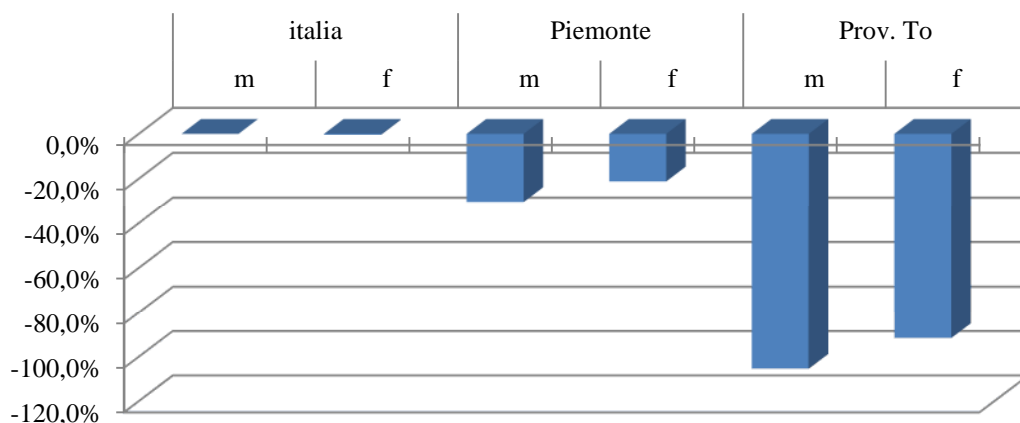
Grafico 4 - Segnalazioni all'A.G. ex art. 75 - Rapporto % m/f (2006-2011).

Fonte: Ministero dell'Interno



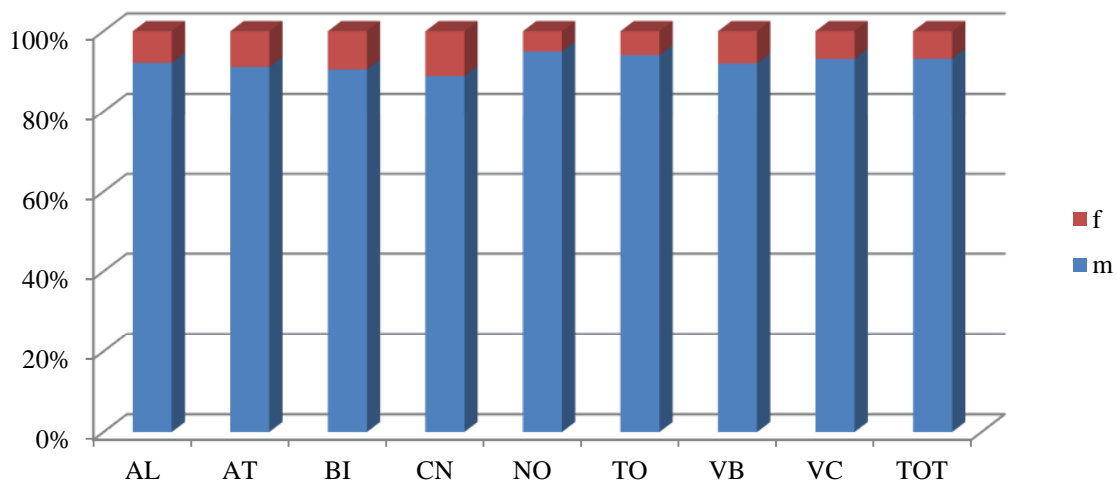
Osservando il trend dal 2008 al 2011 (*Grafico 5*) si può osservare la forte diminuzione di segnalazioni, sia maschili che femminili, registrata in Piemonte, e ancor più nella Provincia di Torino, in un intervallo temporale in cui in Italia il dato rimaneva sostanzialmente stabile. Sarebbe in questo caso interessante verificare l'esistenza di possibili variabili confondenti, legate per esempio a modifiche nelle strategie di contrasto, o se effettivamente tale dato possa indicare una riduzione dei consumi di sostanze illecite a livello regionale.

Grafico 5 - Segnalazioni all'A.G. ex art. 75 - Rapporto ($\Delta\%$) tra 2008 e 2011
Fonte: Ministero dell'Interno



Rispetto alle segnalazioni ex art. 75 effettuate nel 2011 in Regione Piemonte si osserva come i tassi delle segnalazioni che interessano le donne oscillino dal 5% di Novara all'11,2% di Cuneo (*Grafico 6*), con una media regionale del 6,9%. Appare rientrato un dato del 2009 che vedeva nella Provincia del Verbano-Cusio-Ossola un picco del 19% di segnalazioni riferite a donne.

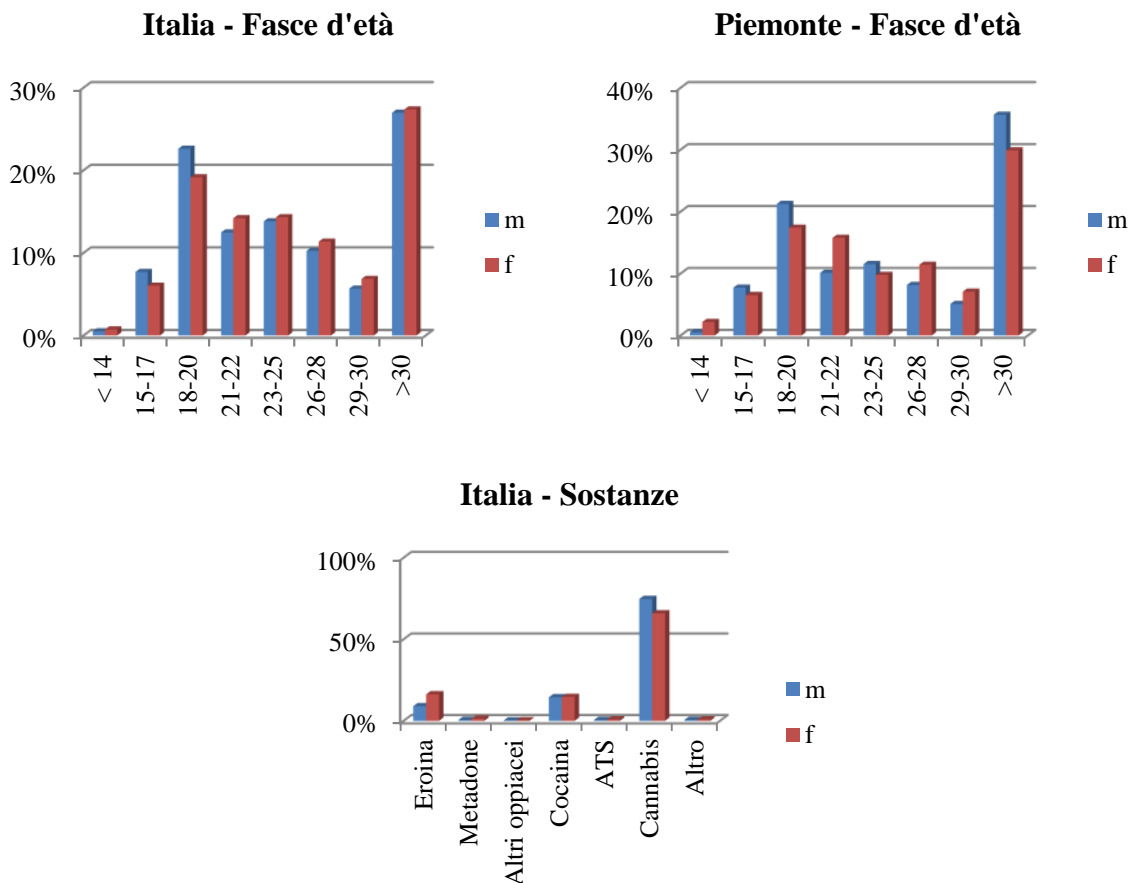
Grafico 6 - Segnalazioni all'A.G. ex art. 75 - Dettaglio provinciale rapporto % m/f (2011).
Fonte: Ministero dell'Interno



Osservando invece le distribuzioni per fasce d'età (*Grafico 7*) è possibile notare come, sia per le donne che per gli uomini, sia a livello nazionale che regionale, le età più rappresentate siano quelle dai 18 ai 20 anni e quelle oltre i 30 anni. Si può però anche notare come la distribuzione percentuale delle donne rispetto agli uomini sia più elevata nelle fasce d'età sotto i 14 anni e oltre i 23 anni, con l'eccezione della fascia oltre i 30 anni dove le donne sono meno rappresentate a livello regionale, mentre presentano un'analogia distribuzione a livello nazionale.

Per quanto riguarda invece le distribuzioni per sostanza rilevata (*Grafico 7*), dai dati, disponibili solo a livello nazionale, si evince che i derivati della cannabis sono quelli che motivano la maggior parte delle segnalazioni, sia maschili che femminili. Per quanto le differenze tra generi non siano eclatanti, si può notare come, ancora una volta, l'eroina sia la sostanza per la quale la distribuzione percentuale delle segnalazioni, sia superiore nelle donne che negli uomini.

Grafico 7 - Segnalazioni all'A.G. ex art. 75 per fasce d'età e sostanza - Rapporto % m/f (2011). Fonte: Ministero dell'Interno

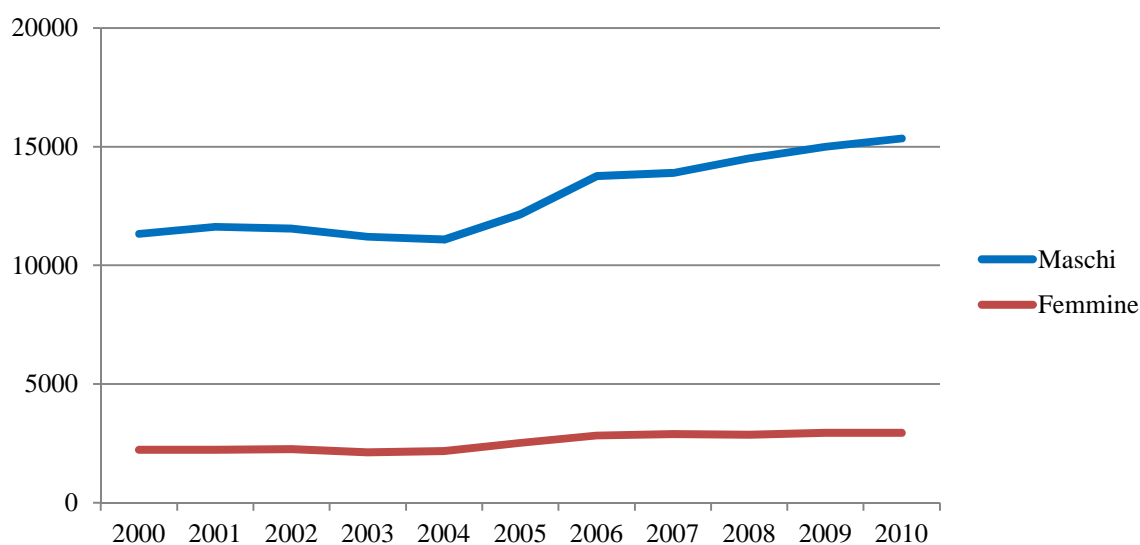


2.3 Utenza dei servizi specialistici piemontesi

L'Osservatorio Epidemiologico delle Dipendenze della Regione Piemonte (OED) produce con cadenza annuale i dati relativi agli utenti con problemi di alcol/tossicodipendenza in carico ai Dipartimenti per le Dipendenze Patologiche. Al momento della scrittura del presente Report (aprile 2013) non erano però ancora disponibili i dati 2012 mentre quelli del 2011 non sono utilizzabili, in quanto non consolidati, essendoci stato in quell'anno il passaggio a un nuovo sistema informatizzato di raccolta dati. Le stime qui presentate fanno quindi riferimento al 2010 e alle annualità precedenti e purtroppo non dispongono del dettaglio che sarebbe necessario per il focus dell'indagine.

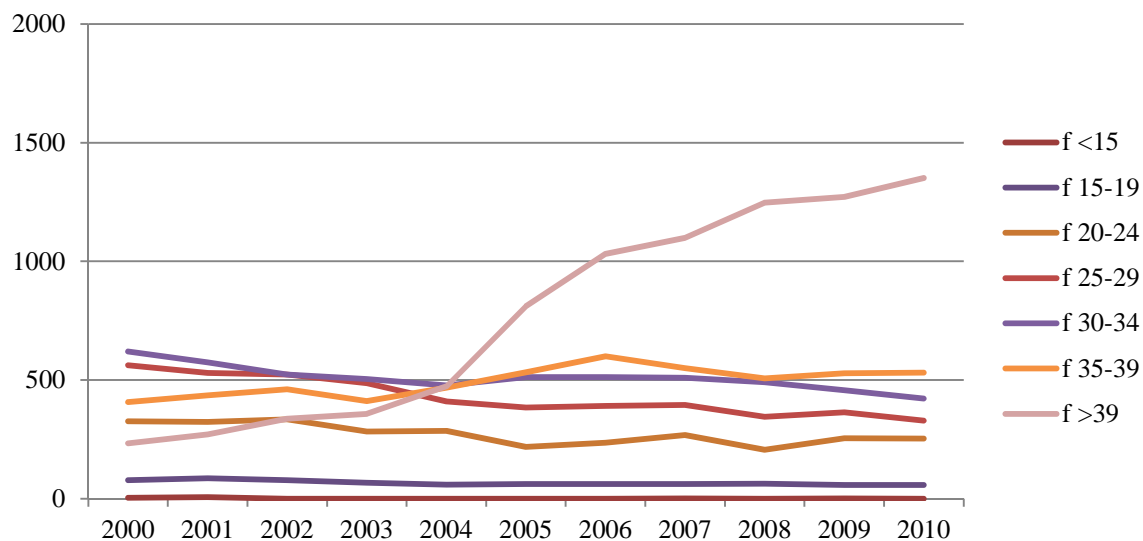
È comunque possibile trarre qualche indicazione come quella relativa al numero delle utenti in carico per problemi di tossicodipendenza (*Grafico 8*), passate dalle 2.233 del 2000 alle 2.948 del 2010, con una crescita del 32%, di fatto iniziata nel 2004 e leggermente inferiore a quella registrata per gli utenti maschi (+35%).

Grafico 8 - Utenti in carico per problemi di tossicodipendenza (2000-2010). Fonte: OED



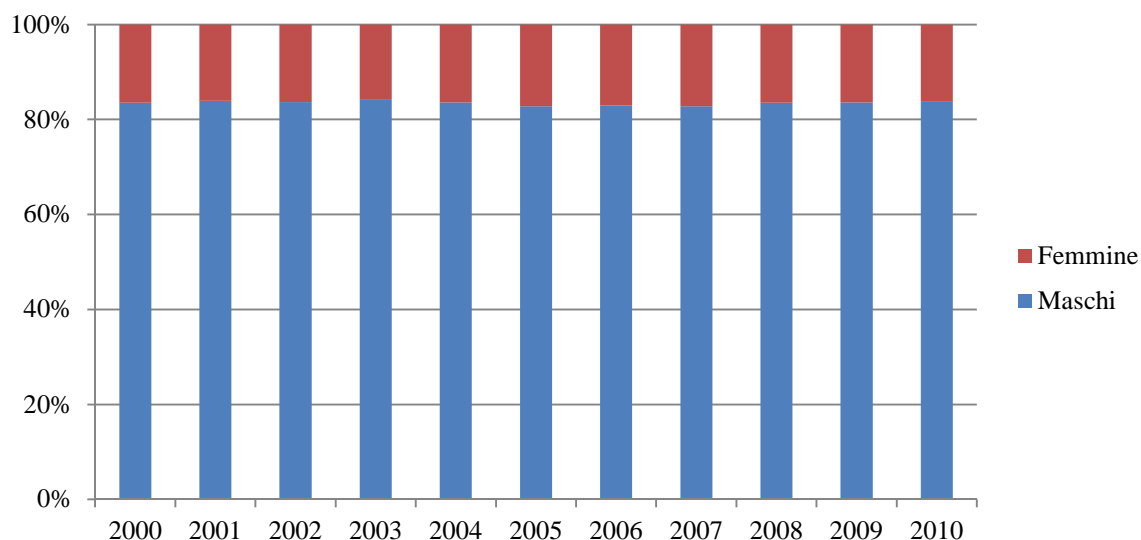
Osservando l'andamento del numero di utenti per fasce d'età (*Grafico 9*) si può notare come tale crescita sia dovuta all'aumento delle utenti con più di 35 anni, e in modo particolare all'aumento di quelle oltre i 39 anni. Il numero di utenti con meno di 35 anni registra invece un calo la cui intensità varia in base alle fasce considerate. Questo elemento, che rimanda all'invecchiamento della popolazione, maschile e femminile in carico ai servizi per le dipendenze, non riguarda solo la Regione Piemonte, ma già da diversi anni caratterizza tutto il panorama nazionale dei servizi di cura.

Grafico 9 - Utenti di genere femminile in carico per problemi di tossicodipendenza – Fasce d'età (2000-2010). Fonte: OED



Il dato che però appare più sorprendente è quello relativo all'immutabilità nel tempo del rapporto tra utenza maschile e femminile (*Grafico 10*). Negli undici anni considerati la percentuale di donne in carico ai servizi oscilla in un range molto ristretto: dal 15,9% del 2003 al 17,2% del 2007. È curioso che il rapporto di 5:1 tra utenti uomini e donne non sia scalfito dalle rilevanti trasformazioni avvenute nell'ultimo decennio per ciò che concerne gli stili di consumo e l'organizzazione dei servizi di prevenzione e cura.

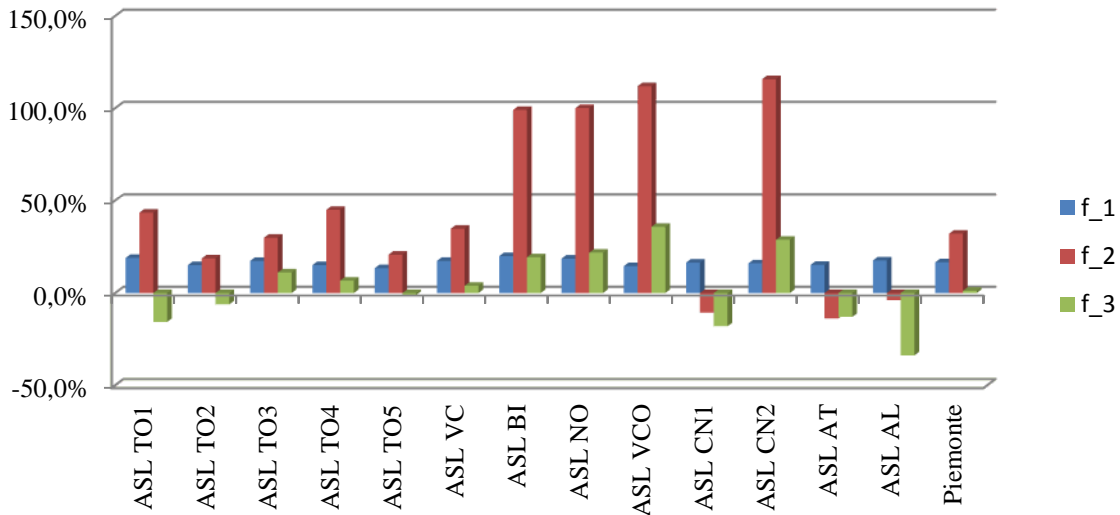
Grafico 10 - Utenti in carico per problemi di tossicodipendenza - Rapporto % m/f (2000-2010). Fonte: OED



Anche considerando il dettaglio per singola ASL piemontese (*Grafico 11*) non si rilevano differenze significative, con una percentuale media nel periodo di donne in carico (f_1) che oscilla dal 13,4% della ASL TO5 al 20% della ASL di Biella. E questo nonostante

andamenti molto differenti per quanto riguarda gli scostamenti, registrati tra il 2000 e il 2010, nella percentuale di donne in carico (f_2) e nella differenza tra utenti donne e uomini (f_3).

Grafico 11 - Utenti di genere femminile in carico per problemi di tossicodipendenza - Variazioni % (2000-2010). Fonte: OED



Le donne sono percentualmente più presenti nei servizi di alcologia (Grafico 12) con un rapporto tra utenti uomini e utenti donne intorno al 3:1. Anche in questo caso però si osserva una costanza nel tempo di tale rapporto, con percentuali di presenze femminili che oscillano tra il 23,2% del 2009 e il 25,5% del 2003. E ciò nonostante una crescita ancora più marcata dell'utenza, sia maschile che femminile (Grafico 13); crescita determinata, analogamente a quanto osservato per le utenti tossicodipendenti, dall'aumento delle utenti alcol dipendenti con più di 30 anni d'età (Grafico 14).

Grafico 12 - Utenti in carico per problemi di alcoldipendenza - Rapporto % m/f (2000-2009). Fonte: OED

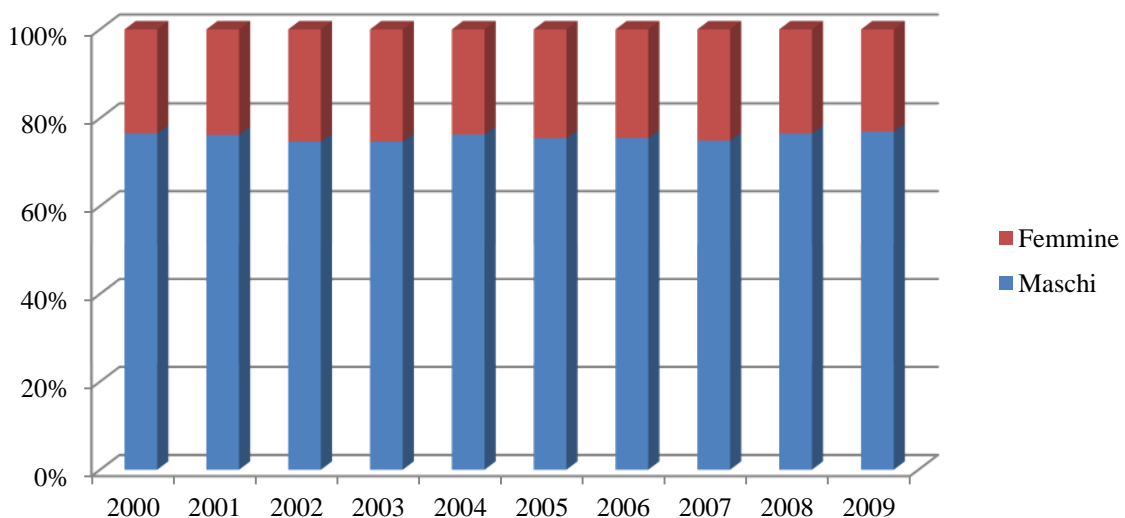


Grafico 13 - Utenti in carico per problemi di alcoldipendenza (2000-2009). Fonte: OED

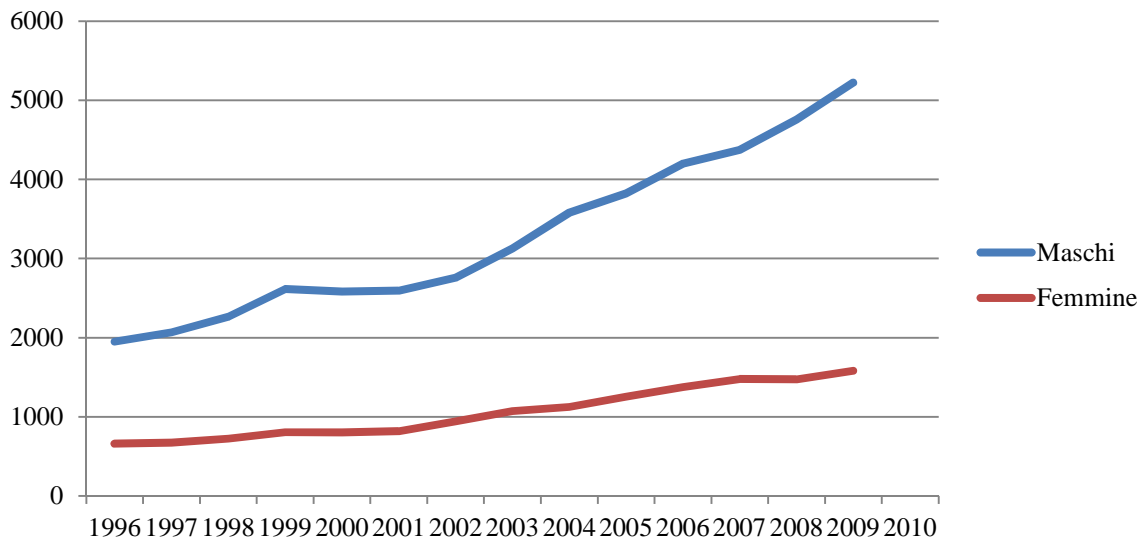
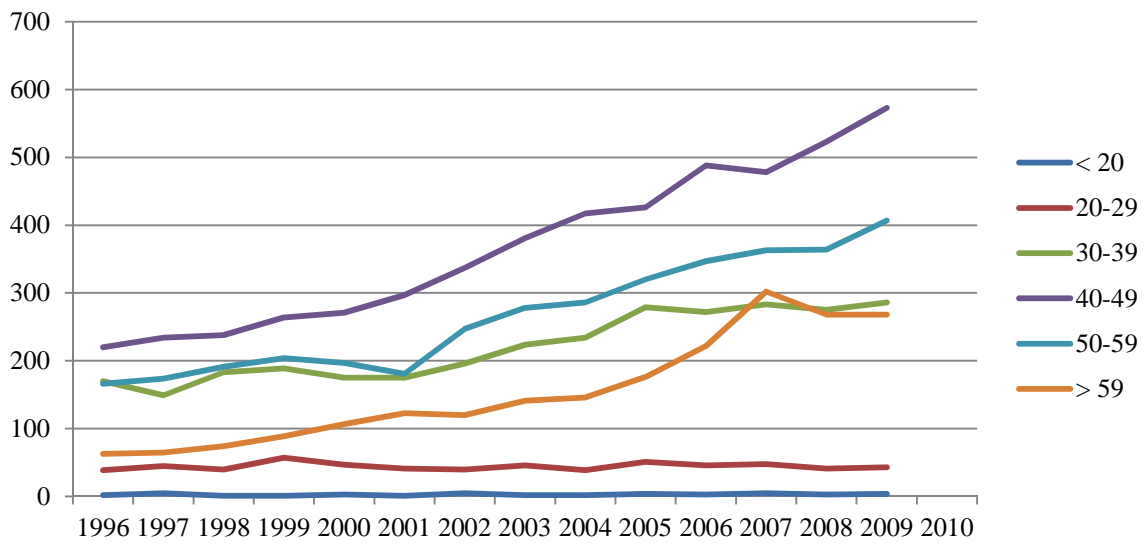


Grafico 14 - Utenti di genere femminile in carico per problemi di alcoldipendenza - Fasce d'età (2000-2010). Fonte: OED



2.4 Utenza di un servizio metropolitano

Come già accennato, gli aggiornamenti attualmente in corso del sistema regionale di gestione dei flussi informativi ancora non permettono di disporre di una base dati sufficientemente dettagliata per approfondire le caratteristiche dell'utenza femminile in carico ai servizi per le dipendenze del Piemonte e le tipologie di interventi loro destinati. Nell'ambito della presente ricerca si è quindi ritenuto utile ricorrere agli archivi informatici di uno specifico Dipartimento di Patologia delle Dipendenze per approfondire tali aspetti. Questo braccio della ricerca, basandosi su un campione di riferimento non rappresentativo della situazione regionale, mira esclusivamente a fornire un'esemplificazione degli indicatori disponibili e una base di confronto più dettagliata rispetto alle dimensioni citate.

Come campione di riferimento sono stati considerati tutti gli utenti con programma attivo presso il Dipartimento "C. Olivenstein" dell'ASL TO2 nel periodo 01/01/2012 – 30/06/2013, rilevati attraverso l'applicativo regionale SPIDI. Complessivamente il campione è costituito da 1.737 pazienti trattati, di cui 376 donne (21,6%) e 1.361 uomini (78,4%). Il rapporto femmine/maschi è pari a 1/4,6, leggermente inferiore rispetto ai dati sui pazienti in carico presso i Servizi per le dipendenze piemontesi documentati dalle fonti statistiche ufficiali e che evidenziano una consistente inferiorità numerica delle pazienti di genere femminile rispetto a quelli di genere maschile.

Delle 376 donne prese in carico, il 37,2% (140) sono nuove pazienti, cioè sono state prese in carico nel periodo di riferimento, mentre il restante 62,8% (236) sono pazienti già in carico per le quali si è aperta una cartella clinica precedentemente al gennaio 2012. Il rapporto tra nuovi pazienti e pazienti già in carico per le donne (37,2% nuove pazienti e 62,8% pazienti già in carico) è in linea con quello degli uomini (35,7% nuovi pazienti e 64,3% pazienti già in carico) e, all'interno della categoria "nuovi pazienti", il rapporto tra femmine e maschi è in linea con quello generale. Infatti, tra i nuovi pazienti il 22,4% sono donne, così come nel totale del campione le pazienti donna sono il 21,6%. (Tabella 14)

Tabella 14 - Pazienti in carico per genere e tipologia di paziente.

			GENERE		Totale
			F	M	
Tipo paziente	Nuovi pazienti	N	140	486	626
		%	37,2%	35,7%	36,0%
Pazienti già in carico		N	236	875	1.111
		%	62,8%	64,3%	64,0%
Totale		N	376	1.361	1.737
		%	100,0%	100,0%	100,0%

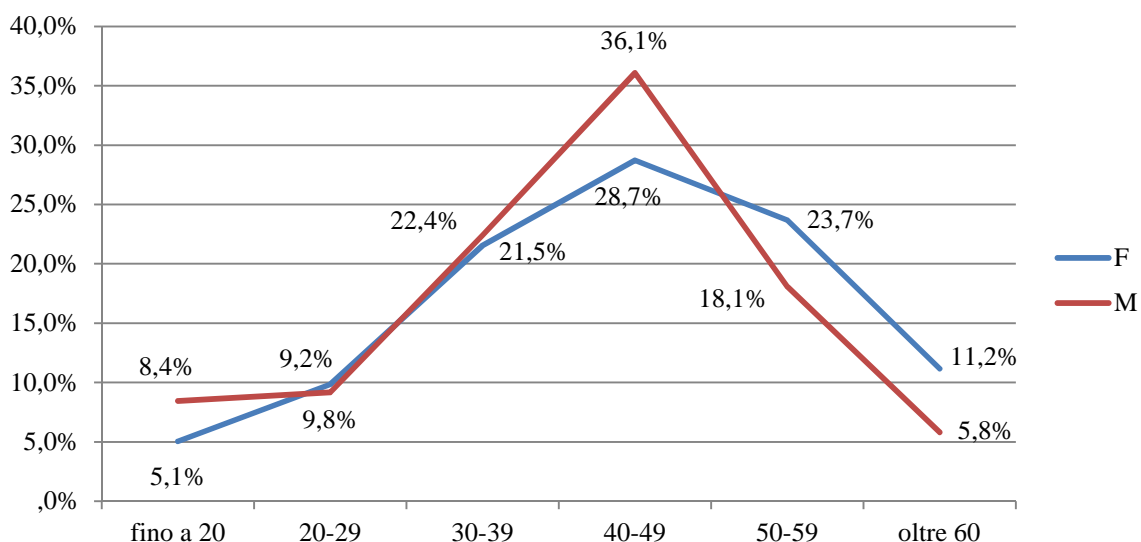
Per quanto riguarda la stratificazione per età, la percentuale di donne in carico sembra crescere al crescere dell'età, così come per gli uomini, per poi decrescere superata una

certa fascia (40-49). Per le donne l'età media è più alta rispetto agli uomini: 44 anni per le donne e 41 per gli uomini. Inoltre, più del 70% dei pazienti uomini e delle pazienti donne hanno tra i 30 e i 60 anni ma quasi il doppio delle donne, in percentuale, si colloca nell'ultima fascia oltre 60. (Tabella 15 e Grafico 15)

Tabella 15 - Pazienti in carico per genere e fascia di età.

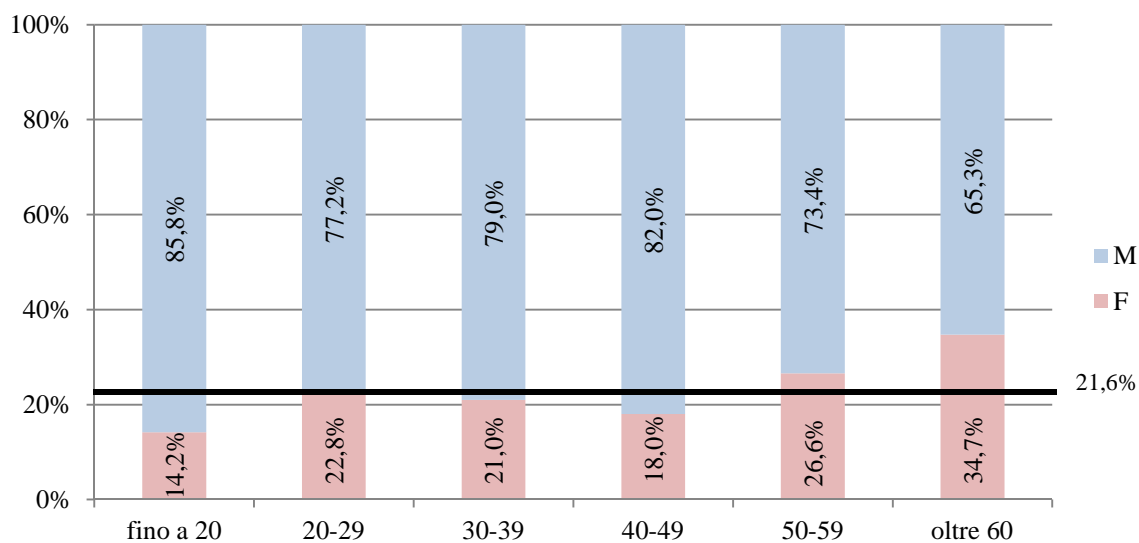
		N	GENERE		Totale
			F	M	
Fascia età	Fino a 20	N %	19 5,1%	115 8,4%	134 7,7%
	20-29	N %	37 9,8%	125 9,2%	162 9,3%
	30-39	N %	81 21,5%	305 22,4%	386 22,2%
	40-49	N %	108 28,7%	491 36,1%	599 34,5%
	50-59	N %	89 23,7%	246 18,1%	335 19,3%
	Oltre 60	N %	42 11,2%	79 5,8%	121 7,0%
Totale		N %	376 100,0%	1.361 100,0%	1.737 100,0%

Grafico15 - Distribuzione percentuale per fascia d'età e genere.



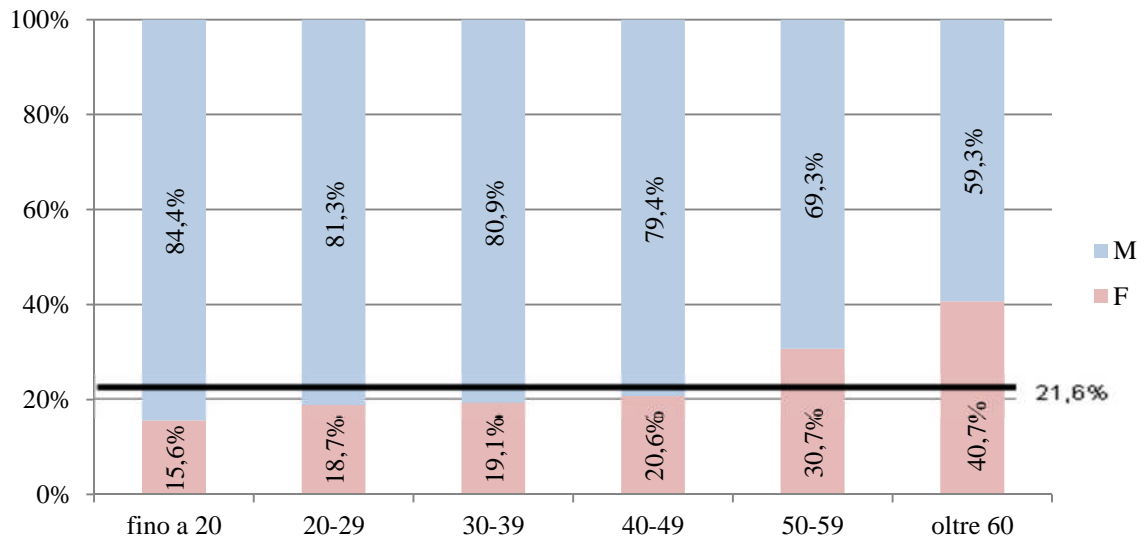
All'interno di ciascuna fascia d'età è interessante notare che il rapporto maschi/femmine è simile al rapporto generale maschi/femmine (1/4,6) tranne che nelle fasce estreme. Come già visto, infatti, le donne totali sono il 21,6% dei pazienti in carico e anche nelle fasce intermedie la numerosità femminile ruota intorno a quella percentuale (22,8% fascia 20-29, 21% fascia 30-39, 18% fascia 40-49). Invece, nella fascia "fino a 20" le donne sono sotto rappresentate (14,2%) mentre nelle fasce 50-59 e, soprattutto oltre 60, le donne risultano sovra rappresentate (26,6% e 34,7%) (*Grafico 16*). Attraverso la statistica del χ^2 si è potuto calcolare che, rispetto alle fasce d'età, c'è una significativa differenza di genere tra maschi e femmine ($p = 0,000$).

Grafico16 - Distribuzione percentuale per fascia d'età e genere (totale del campione).



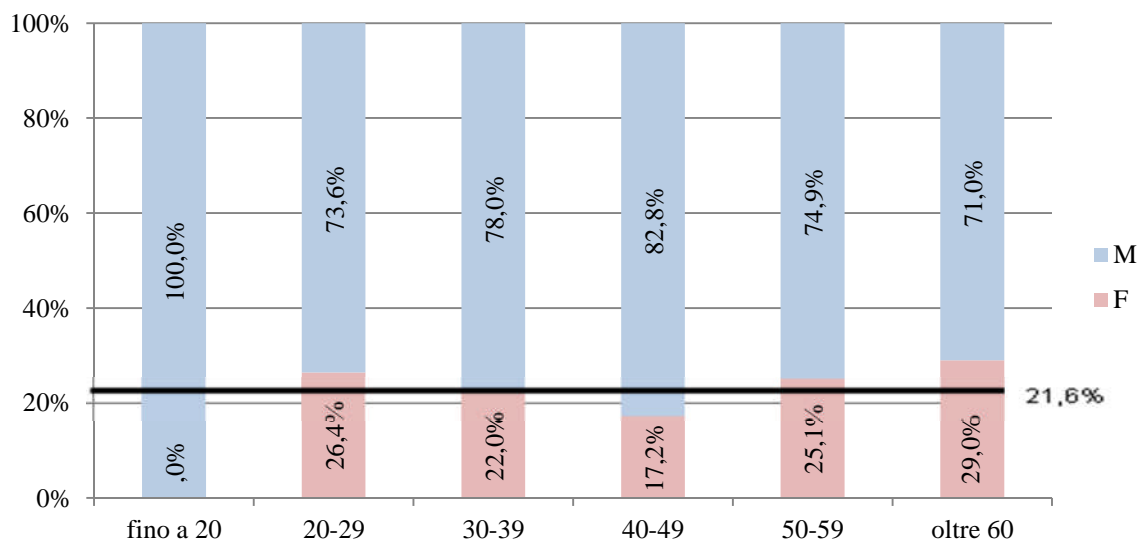
Andando a dividere il totale dei paziente in "nuovi pazienti" e "pazienti già in carico", le percentuali cambiano leggermente. Tenendo a mente la distribuzione percentuale per genere del campione totale (21,6% donne e 78,4%) nei nuovi pazienti si nota che le donne sono sottostimate in tutte le fasce d'età fino ai 49 anni, e invece aumentano percentualmente nelle ultime due fasce (50-59 e oltre 60). Addirittura, tra gli ultra sessantenni, c'è una differenza di soli 20 punti percentuali tra uomini e donne (59,3% uomini e 40,7% donne), dove in linea generale la differenza, sempre in punti percentuali, si aggira intorno ai 50. (*Grafico 17*) Anche in questo caso la differenza di genere è significativa ($p = 0,001$).

Grafico 17 - Distribuzione percentuale per fascia d'età e genere (Nuovi pazienti).



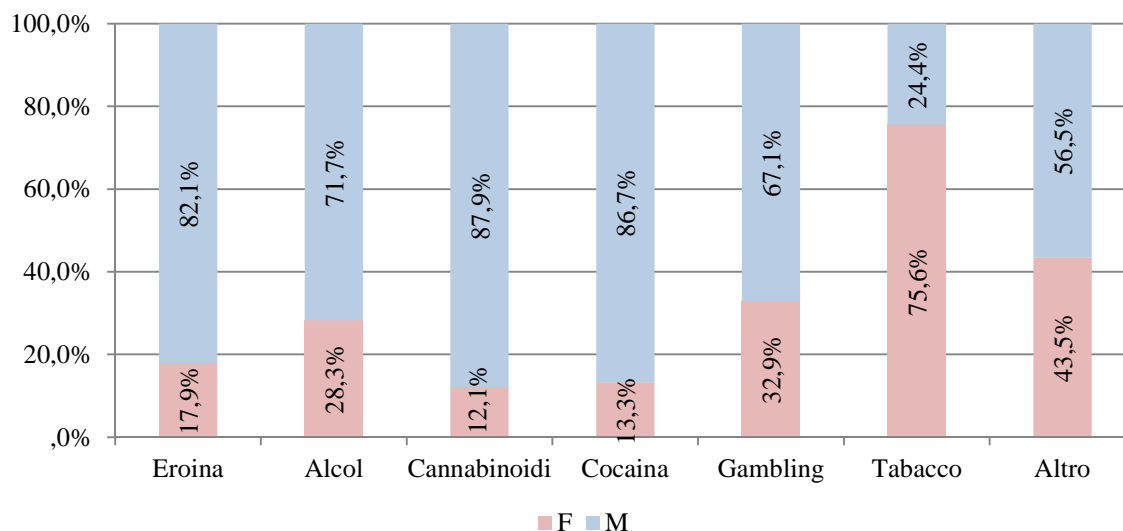
Nei pazienti “già in carico” le differenze percentuali risultano ancora diverse. Innanzitutto si nota che nella fascia “fino a 20” non sono presenti pazienti donna. Inoltre, nelle altre fasce, la distribuzione maschi/femmine è abbastanza omogenea e oscilla dal 17,2% nella fascia 40-49 al 29% nella fascia oltre 60. Le fasce più rappresentate sono quella 20-29 e quella oltre 60. Anche in questo caso la differenza tra generi è significativa ($p = 0,019$). (Grafico 18)

Grafico 18 - Distribuzione percentuale per fascia d'età e genere (in carico al 01/01/2012).



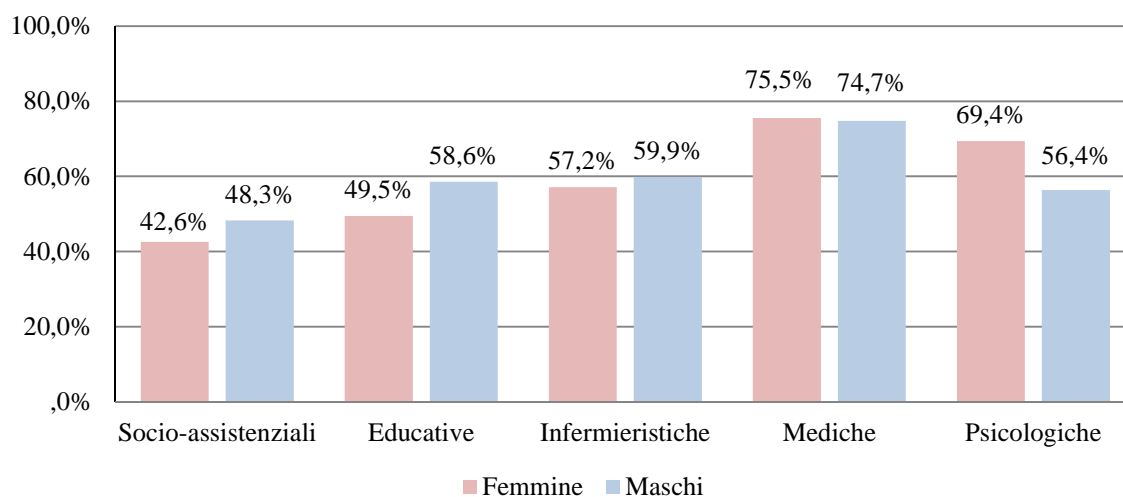
Per quanto riguarda la distribuzione per sostanza d'abuso le differenze di genere sembrano più marcate. Infatti, il 50,2% degli uomini ha come sostanza primaria d'abuso l'eroina. Il

Grafico 19 - Distribuzione percentuale per sostanza primaria d'abuso e genere.



Per quanto riguarda le prestazioni erogate nel periodo, come si può notare dal *Grafico 20*, non esistono differenze significative di genere nelle prestazioni socio-assistenziali, mediche e infermieristiche: uomini e donne ricevono, infatti, in percentuali molto simili queste diverse tipologie di prestazione. Le uniche differenze di genere significative si rilevano nelle prestazioni psicologiche ($p = 0,000$) e in quelle educative ($p = 0,002$).

Grafico 20 – Prestazioni ambulatoriali erogate per tipologia e genere (%).

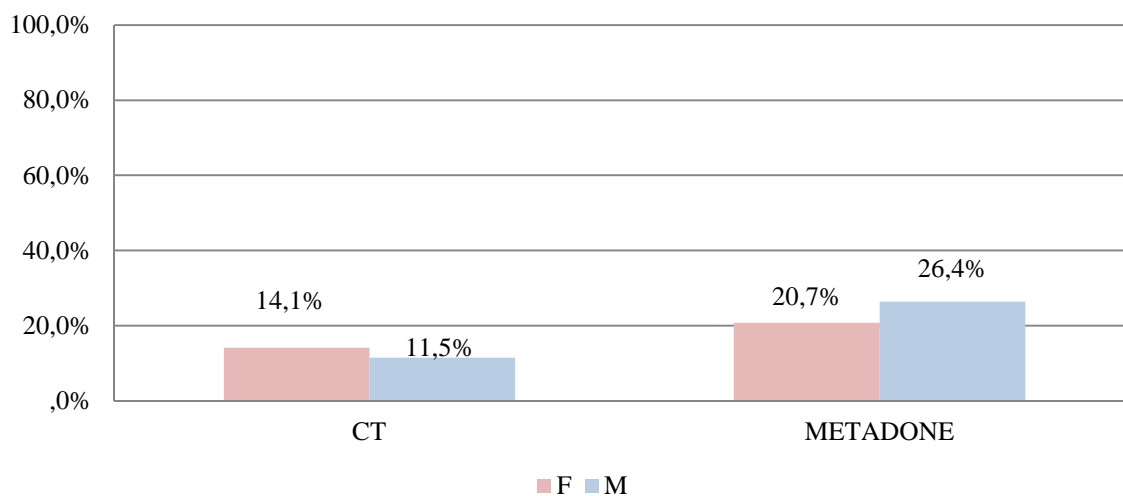


Per quanto riguarda gli inserimenti in comunità si può dire che, in generale, sono stati attivati percorsi comunitari per una percentuale bassa di pazienti e che non ci sono significative differenze di genere in tal senso (14,1% donne e 11,5% uomini). La bassa percentuale di inserimenti comunitari è dovuta al fatto che non per tutti i pazienti il trattamento residenziale rappresenta il percorso più adeguato di cura della dipendenza, ma rappresenta una opzione, la cui pianificazione oltretutto è vincolata anche dal rispetto del budget assegnato al Dipartimento per gli inserimenti residenziali. Allo stesso modo anche i

pazienti in terapia metadonica sono una percentuale bassa sul totale dei pazienti e anche qui non c'è una significativa differenza di genere. (*Grafico 21*)

Anche per il metadone vale il discorso sopra detto, ovvero che la terapia farmacologica è un'opzione terapeutica e viene proposta generalmente in primo luogo ai soggetti con sostanza d'abuso primaria eroina o con una diagnosi di policonsumo di oppiacei associati ad altre sostanze e poi, tra questi, a coloro per i quali tale trattamento risulta più consono.

Grafico 21 – Prestazioni residenziali e farmacologiche erogate e genere (%).



Per poter procedere con un'analisi più approfondita delle caratteristiche del campione e, soprattutto, per evidenziare la presenza (o assenza) di differenze di genere fra i pazienti, si è deciso di dividere i soggetti per sostanza d'abuso primaria. In particolare sono state prese in considerazione 3 sostanze primarie d'abuso in cui è minore il gap tra generi (eroina, alcol e gioco d'azzardo patologico). È stato escluso da questa analisi il tabacco, anche se come si è visto percentualmente è molto diffuso tra le pazienti (vedi *Grafico 19*), semplicemente perché numericamente le persone in carico per dipendenza da tabacco sono ancora poche (41 in tutto) e ciò non permette di fare dei ragionamenti rilevanti ai fini statistici.

La sostanza d'abuso primaria: Eroina

I pazienti per cui è stata registrata come sostanza primaria d'abuso l'eroina sono 832 e rappresentano il 47,9% dei pazienti totali. Le donne in carico per eroina sono il 39,6% delle pazienti donna totali, contro un 50,2% di uomini eroinomani sul totale dei pazienti uomo. L'eroina si conferma dunque la sostanza primaria d'abuso più diffusa tra i pazienti in carico al Dipartimento per le Dipendenze patologiche. (*Tabella 17*)

Tabella 17 – Distribuzione pazienti in carico per Eroina e genere.

			EROINA		Totale
			Sì	No	
GENERE	F	N	149	227	376
		%	39,6%	60,4%	100,0%
GENERE	M	N	683	678	1.361
		%	50,2%	49,8%	100,0%
Totale		N	832	905	1.737
		%	47,9%	52,1%	100,0%

Degli 832 pazienti in carico per eroina, 127 sono nuovi programmi, corrispondente al 15,3% del totale degli eroinomani. La differenza percentuale uomo/donna tra pazienti in carico e nuovi pazienti è rimasta costante, il che significa che non ci sono state variazioni negli ultimi 18 mesi rispetto all'affluenza delle donne al servizio per eroina.

Rispetto alla distribuzione per fascia d'età, esclusa la fascia "oltre 50" in cui donne e uomini hanno una distribuzione percentuale pressoché identica, si può notare che entrambe le categorie crescono numericamente al crescere dell'età ma gli uomini lo fanno in modo più marcato rispetto alle donne, che invece crescono numericamente in modo più graduale. In particolare, nelle fasce d'età centrali, quelle più rappresentate anche come valori assoluti, le donne sono percentualmente di più nella fascia 30-39 (30,9% donne e 24% uomini) mentre gli uomini di più nella fascia 40-49 (34,9% donne e 47,7% uomini). Nella fascia 20-29, addirittura le donne sono in percentuale doppia rispetto agli uomini, e questo indica che le donne eroinomani sono più giovani rispetto agli uomini. Si può infatti notare che più del 40% delle donne è sotto i 39 anni, mentre la percentuale di uomini sotto i 39 si abbassa a poco più del 30%. (Tabella 18)

Anche nel caso dei soli pazienti in carico per eroina le differenze di genere, nella distribuzione per fascia d'età, sono significative ($p = 0,006$).

Tabella 18 – Eroina: distribuzione per genere e fascia d'età.

			FASCIA ETÀ				Totale
			Fino a 29	30-39	40-49	Oltre 50	
GENERE	F	N	18	46	52	33	149
		%	12,1%	30,9%	34,9%	22,1%	100,0%
GENERE	M	N	43	164	326	150	683
		%	6,3%	24,0%	47,7%	22,0%	100,0%
Totale		N	61	210	378	183	832
		%	7,3%	25,2%	45,4%	22,0%	100,0%

Per quanto riguarda i nuovi pazienti le distribuzioni si modificano leggermente. Cresce la percentuale sia di uomini che di donne sotto i 39 anni (50% donne e 46,6% uomini), quindi si può dire che negli ultimi 18 mesi l'età delle persone in carico per eroina si è abbassata.

Mentre però si è anche alzata la percentuale di donne oltre i 50, per gli uomini la tendenza è opposta. I numeri assoluti tuttavia sono molto piccoli per poter dedurre, da queste considerazioni, che negli ultimi 18 mesi ci siano stati dei cambiamenti rilevanti, come un aumento delle pazienti in carico con età inferiore ai 29 anni o superiore ai 50. (Tabella 19) Nel caso dei nuovi pazienti, la differenza di genere per fascia d'età non risulta significativa.

Tabella 19 – Eroina: distribuzione per genere e fascia d'età (Nuovi pazienti).

			FASCIA ETÀ (NP)				Totale
			Fino a 29	30-39	40-49	Oltre 50	
GENERE	F	N	6	6	5	7	24
		%	25,0%	25,0%	20,8%	29,2%	100,0%
GENERE	M	N	16	32	38	17	103
		%	15,5%	31,1%	36,9%	16,5%	100,0%
Totale		N	22	38	43	24	127
		%	17,3%	29,9%	33,9%	18,9%	100,0%

Relativamente alla distribuzione per area geografica di nascita, risulta evidente che la maggior parte di questi pazienti sono di origine italiana (92,2%) e che anche nella distribuzione maschi/femmine italiani la proporzione sul totale non cambia (94% donne e 91,8% uomini). Non ci sono differenze significative tra uomini e donne per ciò che riguarda il paese d'origine se non per i pazienti nord africani: solo lo 0,7 delle eroinomani è nord africana (corrispondente ad una paziente tra l'altro) mentre gli uomini nord africani sono il 3,2% del totale degli eroinomani. (Tabella 20)

Non si registrano differenze sostanziali nei dati relativi ai nuovi pazienti, nel senso che anche per i nuovi ingressi la percentuale degli italiani è sempre alta, anche se in lieve decrescita (91,7% di donne e 85,4% di uomini).

Tabella 20 – Eroina: distribuzione per genere e paese d'origine.

			AREA GEOGRAFICA DI NASCITA					Totale
			Altro	Europa Est	Europa Ovest	Italia	Nord Africa	
GENERE	F	N	1	4	3	140	1	149
		%	0,7%	2,7%	2,0%	94,0%	0,7%	100,0%
GENERE	M	N	7	16	7	627	26	683
		%	1,0%	2,3%	1,0%	91,8%	3,8%	100,0%
TotaleTotale		N	8	20	10	767	27	832
		%	1,0%	2,4%	1,2%	92,2%	3,2%	100,0%

Nella distribuzione per stato civile c'è un primo dato che non si può trascurare relativo all'assenza di registrazione della condizione su un numero elevato di pazienti (il 24,9%

degli eroinomani). (Tabella 21) Per il restante 85,1%, sia per gli uomini che per le donne, la maggior parte dei pazienti risultano celibi e nubili anche se in misura percentuale diversa (44,3% delle donne e 60,6% degli uomini). Sono molto simili le percentuali di coniugati e conviventi (12,8% delle donne e 11,1% degli uomini) mentre è discretamente più alta la percentuale di donne separate o divorziate (10,1%) rispetto agli uomini (4,4%). (Tabella 21)

Tabella 21 – Eroina: distribuzione per genere e stato civile.

			STATO CIVILE					Totale
			Celibe Nubile	Coniugato convivente	Non rilevato	Separato Divorziato	Vedovo	
GENERE	F	N %	66 44,3%	19 12,8%	45 30,2%	15 10,1%	4 2,7%	149 100,0%
	M	N %	414 60,6%	76 11,1%	162 23,7%	30 4,4%	1 0,1%	683 100,0%
Totale		N %	480 57,7%	95 11,4%	207 24,9%	45 5,4%	5 0,6%	832 100,0%

Nei nuovi pazienti la percentuale di “non rilevati/sconosciuti” aumenta notevolmente rispetto al totale degli eroinomani (37,8%) pertanto è difficile fare delle considerazioni che abbiano consistenza con una tale presenza di *missing values*. (Tabella 22)

Tabella 22 – Eroina: distribuzione per genere e stato civile (Nuovi pazienti).

			STATO CIVILE (NP)				Totale
			Celibe Nubile	Coniugato Convivente	Non rilevato	Separato-Divorziato	
GENERE	F	N %	11 45,8%	2 8,3%	11 45,8%	0 0,0%	24 100,0%
	M	N %	49 47,6%	11 10,7%	37 35,9%	6 5,8%	103 100,0%
Totale		N %	60 47,2%	13 10,2%	48 37,8%	6 4,7%	127 100,0%

Stesso discorso può valere per la condizione lavorativa dei pazienti eroinomani. I *missing values* sono 31,6% del totale, perciò verrà fatta una descrizione dei dati rilevati senza alcuna considerazione generale. Una prima differenza rilevante di genere appare esserci nella categoria “occupato”, poiché le donne sono percentualmente di meno rispetto agli uomini (16,8% donne e 29,9% uomini). Nelle altre categorie la differenza è minima: percentualmente ci sono più disoccupati tra le donne (40,3%) che tra gli uomini (37,9%) e più studenti donna rispetto agli uomini, anche se in valore assoluto i numeri sono molto piccoli. (Tabella 23)

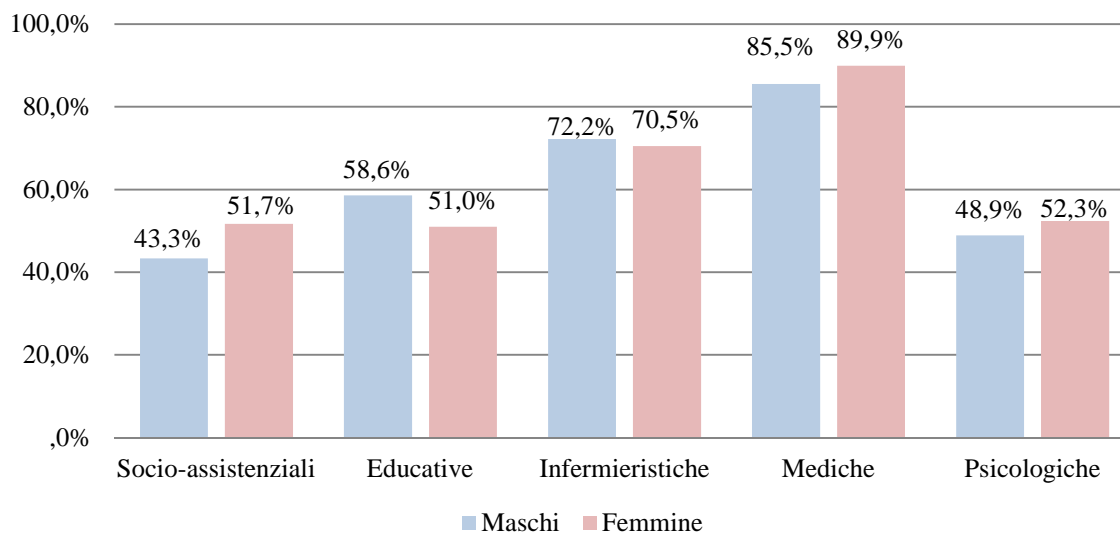
Tabella 23 - Eroina: distribuzione per genere e condizione lavorativa.

			CONDIZIONE LAVORATIVA					Tot.	
			Casalinga Altro	Disoccup.	Non Rilevato	Occupato	Pensionato		Studente
GENERE	F	N	2	60	54	25	3	5	149
		%	1,3%	40,3%	36,2%	16,8%	2,0%	3,4%	100,0%
M	N	3	259	209	204	5	3	683	
	%	0,4%	37,9%	30,6%	29,9%	0,7%	0,4%	100,0%	
Totale	N	5	319	263	229	8	8	832	
	%	0,6%	38,3%	31,6%	27,5%	1,0%	1,0%	100,0%	

Anche in questo caso, per i nuovi pazienti la percentuale di “non rilevati/sconosciuti” aumenta notevolmente (41,7% del totale) pertanto non verranno fatte considerazioni in merito.

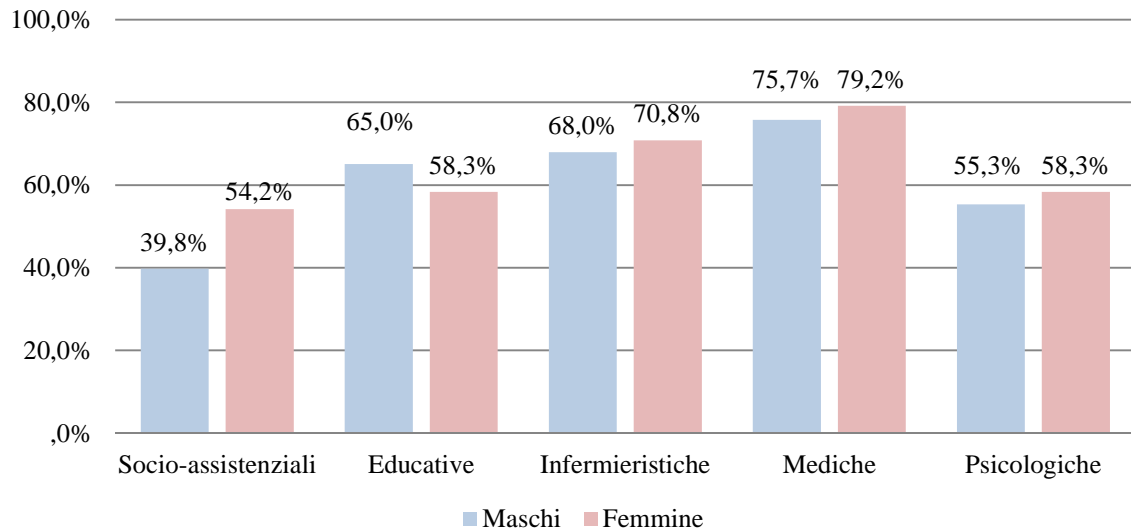
Per quanto riguarda le prestazioni erogate non sembrano esserci, per gli eroinomani, differenze significative tra uomo e donna, come si evince dal *Grafico 22*. Qualche differenza c'è nella percentuale di prestazioni erogate nei nuovi pazienti.

Grafico 22 - Eroina: distribuzione per genere e tipo di prestazioni erogate.



Come si può notare, negli ultimi 18 mesi è diminuita, anche se di poco, la percentuale di prestazioni mediche e infermieristiche erogate, a favore di quelle psicologiche ed educative. (*Grafico 23*)

Grafico 23 - Eroina: distribuzione per genere e tipo prestazioni erogate (Nuovi pazienti).



Anche per ciò che riguarda la somministrazione di farmaci sostitutivi (metadone) e per gli inserimenti in comunità terapeutica (CT) non ci sono apparenti differenze di genere rilevanti.

I pazienti in terapia sostitutiva sono 414, pari al 49,8% del totale degli eroinomani. Non ci sono significative differenze di genere tra chi prende metadone e chi non lo prende, come si evince dalla *Tabella 24*. Infatti, ad essere in terapia sostitutiva sono il 49% delle donne eroinomani e il 49,9% degli uomini eroinomani.

Tabella 24 - Eroina: distribuzione per genere e somministrazione di metadone.

			METADONE		Totale
			Sì	No	
GENERE	F	N	73	76	149
		%	49,0%	51,0%	100,0%
	M	N	341	342	683
		%	49,9%	50,1%	100,0%
Totale		N	414	418	832
		%	49,8%	50,2%	100,0%

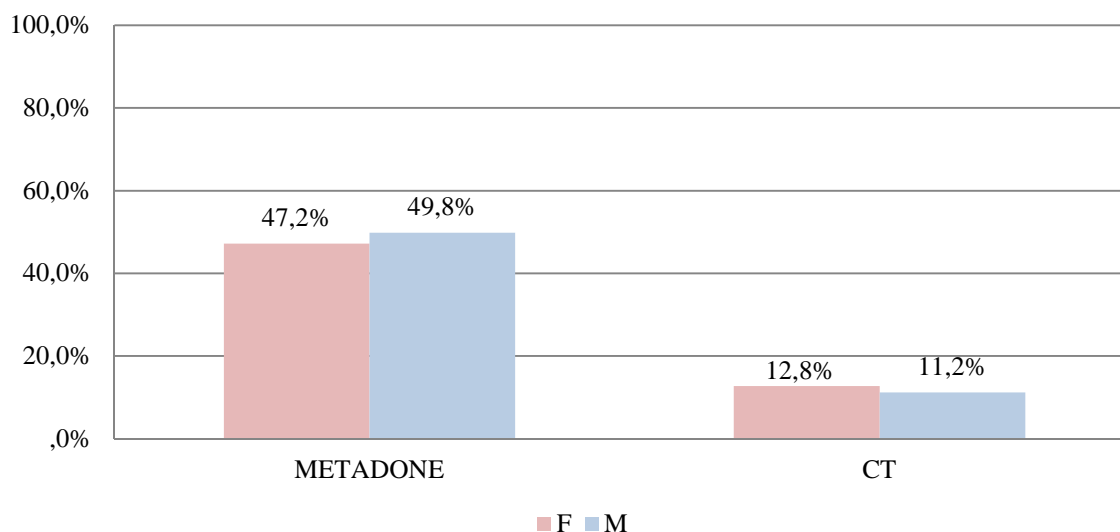
Allo stesso modo, i pazienti eroinomani che hanno intrapreso un percorso residenziali sono 88, pari al 10,6% del totale. Non ci sono significative differenze di genere tra chi entra in comunità e chi non lo fa, come si evince dalla *Tabella 25*. Infatti, sono stati in comunità, nei 18 mesi di riferimento, il 12,8% delle donne eroinomani e il 10,1% degli uomini eroinomani.

Tabella 25 - Eroina: distribuzione per genere e trattamento residenziale (CT).

GENERE		N	CT		Totale
			Sì	No	
F	N	19	130	149	
	%	12,8%	87,2%	100,0%	
M	N	69	614	683	
	%	10,1%	89,9%	100,0%	
Totale		N	88	744	832
		%	10,6%	89,4%	100,0%

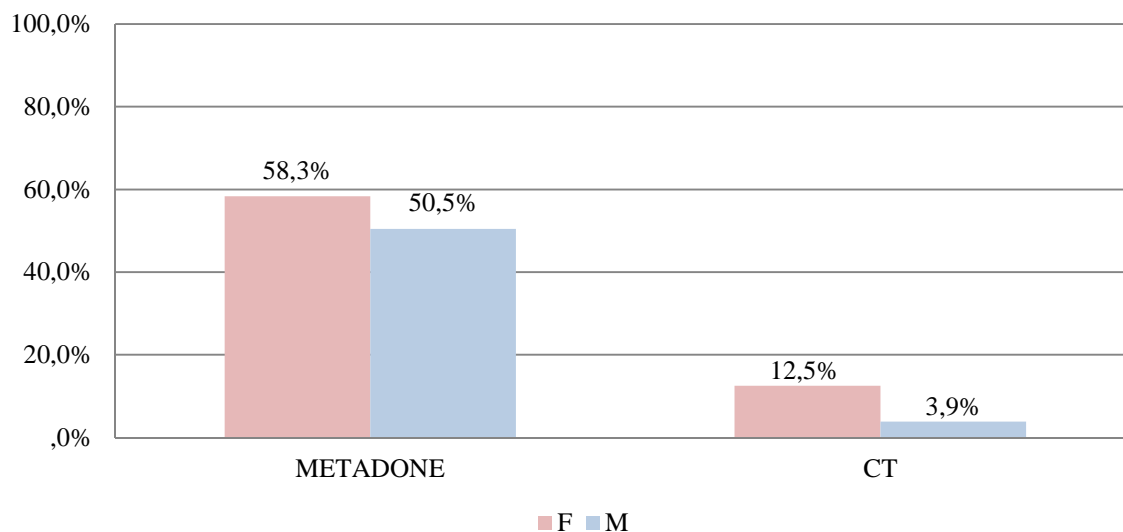
Facendo un confronto invece tra pazienti già in carico e nuovi pazienti, per analizzare il trend degli ultimi 18 mesi rispetto a chi aveva già una cartella aperta (e quindi si presume un trattamento già impostato negli anni precedenti al 2012) e chi l'ha invece aperta dopo il 01/01/2012, qualche differenza emerge. Infatti, per quanto riguarda i pazienti già in carico, ha assunto metadone nei 18 mesi di riferimento il 47,2% delle donne e il 49,8% degli uomini. (Grafico 24)

Grafico 24 - Eroina: prestazioni farmacologiche e residenziali erogate (%) per pazienti già in carico al 01/01/2012.



Invece c'è una parziale inversione di rotta nei dati relativi ai nuovi pazienti: infatti negli ultimi 18 mesi si sono alzate percentualmente le somministrazioni di metadone per le donne, mentre sono rimaste pressoché costanti quelle per gli uomini. Per quanto riguarda le prestazioni residenziali sono rimaste invariate quelle rivolte alle donne mentre sono calati notevolmente gli inserimenti in comunità per gli uomini. (Grafico 25)

Grafico 25 - Eroina: prestazioni farmacologiche e residenziali erogate (%) per nuovi pazienti.



Per quanto riguarda il dosaggio medio di metadone somministrato agli eroinomani in terapia sostitutiva, si può dire che una percentuale maggiore di donne rispetto agli uomini si colloca in una fascia bassa e medio-bassa (l'87,7% delle donne e il 75,1% degli uomini) e che invece il 25% degli eroinomani uomini in terapia sostitutiva si colloca nelle fasce medio-alta e alta (rispetto al 12,4% delle donne). (Tabella 26)

Tabella 26 - Distribuzione per dosaggio metadonico e genere.

		DOSAGGIO MEDIO METADONE				Totale	
		Fino a 40	41-80	81-120	Oltre 120		
GENERE	F	N	33	31	8	1	73
		%	45,2%	42,5%	11,0%	1,4%	100,0%
M	N	151	105	65	20	341	
	%	44,3%	30,8%	19,1%	5,9%	100,0%	
Totale		N	184	136	73	21	414
		%	44,4%	32,9%	17,6%	5,1%	100,0%

La sostanza d'abuso primaria: Alcol

I pazienti per cui è stata registrata come sostanza primaria d'abuso l'alcol sono 407 e rappresentano il 23,4% dei pazienti totali. Le donne in carico per alcol sono il 30,6% delle pazienti donna totali, contro un 21,5% di uomini alcolodipendenti sul totale dei pazienti uomo. L'alcol rappresenta quindi un motivo alla base della richiesta d'aiuto più frequente tra le donne che tra gli uomini e rappresenta la seconda sostanza primaria d'abuso più diffusa tra i pazienti in carico al Dipartimento di Patologia delle Dipendenze. (Tabella 27)

Tabella 27 - Distribuzione Alcol e genere.

			ALCOL		Totale
			Sì	No	
GENERE	F	N	115	261	376
		%	30,6%	69,4%	100,0%
GENERE	M	N	292	1.069	1.361
		%	21,5%	78,5%	100,0%
Totale		N	407	1.330	1.737
		%	23,4%	76,6%	100,0%

Dei 407 pazienti in carico per alcol, 174 sono nuovi programmi, corrispondente al 42,7% del totale dei soggetti con 'Alcol' come sostanza d'abuso primaria. La differenza percentuale uomo/donna tra pazienti in carico e nuovi pazienti è leggermente cresciuta, il che significa che, negli ultimi 18 mesi, sono diminuite le prese in carico delle donne e aumentate quelle degli uomini.

Rispetto alla distribuzione per fascia d'età, si può notare che entrambe le categorie crescono numericamente al crescere dell'età e che la fascia numericamente più rappresentata per entrambi i generi è quella 'oltre 50'. Più della metà delle pazienti si colloca in questa fascia (52,2%) e la differenza percentuale tra uomini e donne è di circa 8 punti percentuali. Non ci sono sostanziali differenze di genere in tutte le altre fasce d'età se non in quella 30-39 dove c'è una maggiore differenza percentuale fra uomini e donne (13% donne e 20,5% uomini). (Tabella 28)

Tabella 28 - Alcol: distribuzione per genere e fascia d'età.

			FASCIA ETÀ				Totale
			Fino a 29	30-39	40-49	Oltre 50	
GENERE	F	N	6	15	34	60	115
		%	5,2%	13,0%	29,6%	52,2%	100,0%
GENERE	M	N	12	60	91	129	292
		%	4,1%	20,5%	31,2%	44,2%	100,0%
Totale		N	18	75	125	189	407
		%	4,4%	18,4%	30,7%	46,4%	100,0%

Per quanto riguarda i nuovi pazienti le distribuzioni si modificano leggermente. Mentre per gli uomini rimane presente una distribuzione in crescita, per le donne, invece, le distribuzioni nelle varie fasce si modificano. Si può dire infatti che mediamente si è abbassata l'età delle alcoldipendenti prese in carico dopo il 01/01/2012. Aumentano, in percentuale, le donne nella fascia 'fino a 29', si distribuiscono in modo omogeneo tra le due fasce centrali, e diminuiscono nell'ultima fascia. I numeri assoluti tuttavia sono molto piccoli per poter dedurre, da queste considerazioni, che negli ultimi 18 mesi ci sono stati dei cambiamenti rilevanti, come un aumento delle pazienti in carico con età inferiore ai 29

anni. (Tabella. 29) Si precisa che nel caso dei pazienti in carico con sostanza d'abuso primaria "alcol" non c'è una differenza di genere significativa rispetto all'età.

Tabella 29 - Alcol: distribuzione per genere e fascia d'età (Nuovi pazienti).

			FASCIA ETÀ (NP)				Totale
			Fino a 29	30-39	40-49	Oltre 50	
GENERE	F	N	5	9	10	21	45
		%	11,1%	20,0%	22,2%	46,7%	100,0%
GENERE	M	N	6	35	39	49	129
		%	4,7%	27,1%	30,2%	38,0%	100,0%
Totale		N	11	44	49	70	174
		%	6,3%	25,3%	28,2%	40,2%	100,0%

Relativamente alla distribuzione per area geografica di nascita, risulta evidente, come per l'eroina, che la maggior parte di questi pazienti sono di origine italiana (77,7%), anche se risulta importante la percentuale di pazienti in carico provenienti dall'Europa dell'Est (11,1%). Questo dato è compatibile con la percezione ormai diffusa all'interno dei Servizi per le Dipendenze che gli immigrati di origine prevalentemente rumena hanno spesso problemi legati all'abuso di alcol. Non ci sono differenze significative tra uomini e donne per ciò che riguarda il paese d'origine. (Tabella 30)

Tabella 30 - Alcol: distribuzione per genere e paese d'origine.

			AREA GEOGRAFICA DI NASCITA					Totale
			Altro	Europa Est	Europa Ovest	Italia	Nord Africa	
GENERE	F	N	7	10	1	97	0	115
		%	6,1%	8,7%	,9%	84,3%	0,0%	100,0%
GENERE	M	N	15	35	7	219	16	292
		%	5,1%	12,0%	2,4%	75,0%	5,5%	100,0%
Totale		N	22	45	8	316	16	407
		%	5,4%	11,1%	2,0%	77,6%	3,9%	100,0%

Qualche differenze si registra nei dati relativi ai nuovi pazienti, quindi nella tendenza degli ultimi 18 mesi. Come si evince dalla Tabella 31, infatti, si è abbassata la percentuale totale di pazienti italiani in carico (70,1%) ed è aumentata quella di soggetti provenienti dall'Europa dell'Est (16,7%), andando quindi a rafforzare l'idea, già espressa qui sopra, relativamente alla popolazione immigrata rumena e al loro rapporto con l'alcol.

Tabella 31 - Alcol: distribuzione per genere e paese d'origine (Nuovi pazienti).

			AREA GEOGRAFICA DI NASCITA (NP)					Totale
			Altro	Europa Est	Europa Ovest	Italia	Nord Africa	
GENERE	F	N	3	8	0	34	0	45
		%	6,7%	17,8%	,0%	75,6%	0,0%	100,0%
GENERE	M	N	9	21	2	88	9	129
		%	7,0%	16,3%	1,6%	68,2%	7,0%	100,0%
Totale		N	12	29	2	122	9	174
		%	6,9%	16,7%	1,1%	70,1%	5,2%	100,0%

Nella distribuzione per stato civile innanzitutto si può osservare che la percentuale di pazienti a cui non è stato registrato lo stato su questa variabile è di molto inferiore rispetto a quello per i pazienti eroinomani (il 5,7% degli alcoldipendenti), per tanto si può pensare di fare qualche considerazione che abbia una maggiore consistenza. (Tabella 32) Mentre non ci sono sostanziali differenze di genere tra i coniugati o conviventi (33,9% donne e 31,8% uomini), risultano percentualmente inferiori le donne 'nubili' rispetto agli uomini 'celibi' mentre, sempre percentualmente, sono di più le donne 'separate-divorziate' (33,9%) rispetto agli uomini (26,4%). (Tabella 32) Anche in questo caso comunque le differenze non sono significative.

Tabella 32 - Alcol: distribuzione per genere e stato civile.

			STATO CIVILE					Totale
			Celibe Nubile	Coniugato convivente	Non rilevato	Separato Divorziato	Vedovo	
GENERE	F	N	30	39	4	39	3	115
		%	26,1%	33,9%	3,5%	33,9%	2,6%	100,0%
GENERE	M	N	97	93	19	77	6	292
		%	33,2%	31,8%	6,5%	26,4%	2,1%	100,0%
Totale		N	127	132	23	116	9	407
		%	31,2%	32,4%	5,7%	28,5%	2,2%	100,0%

Per i nuovi pazienti la percentuale di "non rilevati/sconosciuti" diminuisce ancora rispetto al totale degli alcoldipendenti (3,4%). In percentuale, inoltre, aumentano sia per le donne che per gli uomini le percentuali di coniugati o conviventi e diminuiscono, anche qui per entrambi i generi, quelle dei separati/divorziati. Rimangono sostanzialmente costanti i valori nelle altre categorie. Anche in questo caso però le differenze di genere non sono significative (Tabella 33).

Tabella 33 - Alcol: distribuzione per genere e stato civile (Nuovi pazienti).

			STATO CIVILE (NP)					Totale
			Celibe Nubile	Coniugato Convivente	Non rilevato	Separato Divorziato	Vedovo	
GENERE	F	N	11	20	2	11	1	45
		%	24,4%	44,4%	4,4%	24,4%	2,2%	100,0%
GENERE	M	N	40	56	4	26	3	129
		%	31,0%	43,4%	3,1%	20,2%	2,3%	100,0%
Totale		N	51	76	6	37	4	174
		%	29,3%	43,7%	3,4%	21,3%	2,3%	100,0%

Stesso discorso può valere per la condizione lavorativa dei pazienti alcolodipendenti. I *missing values* sono il 7,4% del totale. Innanzitutto bisogna dire che quasi l'80% dei pazienti con sostanza d'abuso primaria alcol si collocano nelle categorie 'occupato' e 'disoccupato' in percentuali molto simili (40,3% disoccupati e 39,3% occupati). Tuttavia, sempre in percentuale, sono di più le donne occupate rispetto alle disoccupate (40% e 35,7%), mentre, al contrario, sono di più gli uomini disoccupati rispetto a quelli occupati (42,3% e 38,7%). Nelle altre categorie la differenza è minima (Tabella 34).

Tabella 34 - Alcol: distribuzione per genere e condizione lavorativa.

			CONDIZIONE LAVORATIVA					Totale
			Casalinga Altro	Disoccupato	Non Rilevato	Occupato	Pensionato	
GENERE	F	N	4	41	6	46	18	115
		%	3,4%	35,7%	5,2%	40,0%	15,7%	100,0%
GENERE	M	N	2	123	24	113	29	292
		%	0,7%	42,1%	8,2%	38,7%	9,9%	100,0%
Totale		N	6	164	30	159	47	407
		%	1,7%	40,3%	7,4%	39,1%	11,5%	100,0%

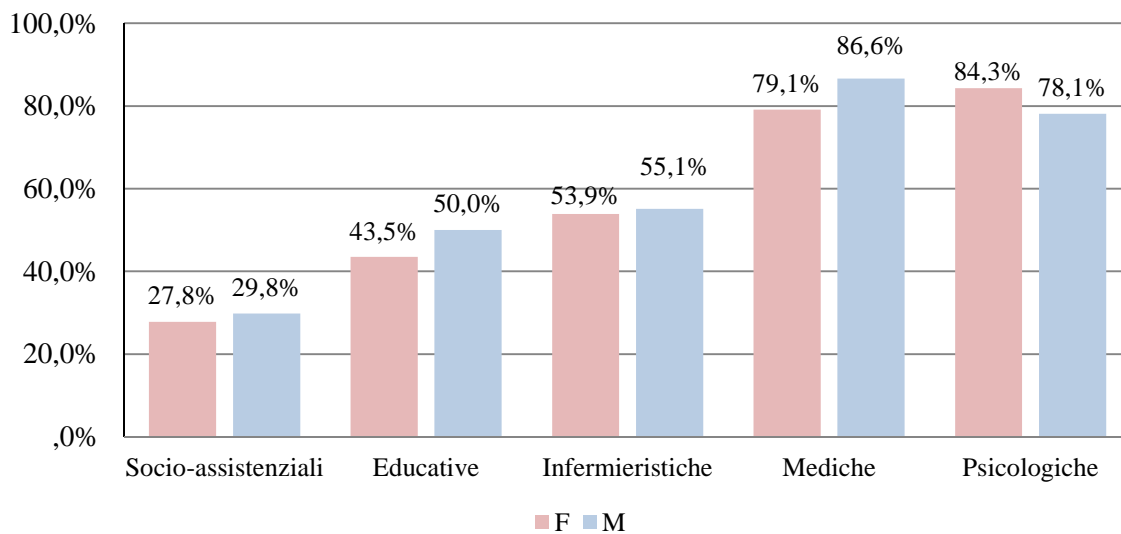
Per i nuovi pazienti la percentuale di "non rilevati/sconosciuti" diminuisce (4,6% del totale). Inoltre nella categoria 'disoccupato' diminuiscono le donne e aumentano gli uomini (29,8% donne e 49,6% uomini), mentre nella categoria 'occupato', c'è un aumento percentuale in entrambi i generi. (Tabella 35)

Tabella 35 - Alcol: distribuzione per genere e condizione lavorativa (Nuovi pazienti).

			CONDIZIONE LAVORATIVA (NP)					Totale
			Casalinga Altro	Disoccupato	Non rilevato	Occupato	Pensionato	
GENERE	F	N %	2 4,4%	13 28,9%	4 8,9%	21 46,7%	5 11,1%	45 100,0%
	M	N %	0 0,0%	64 49,6%	4 3,1%	52 40,3%	9 7,0%	129 100,0%
Totale		N %	2 1,1%	77 44,3%	8 4,6%	73 42,0%	14 8,0%	174 100,0%

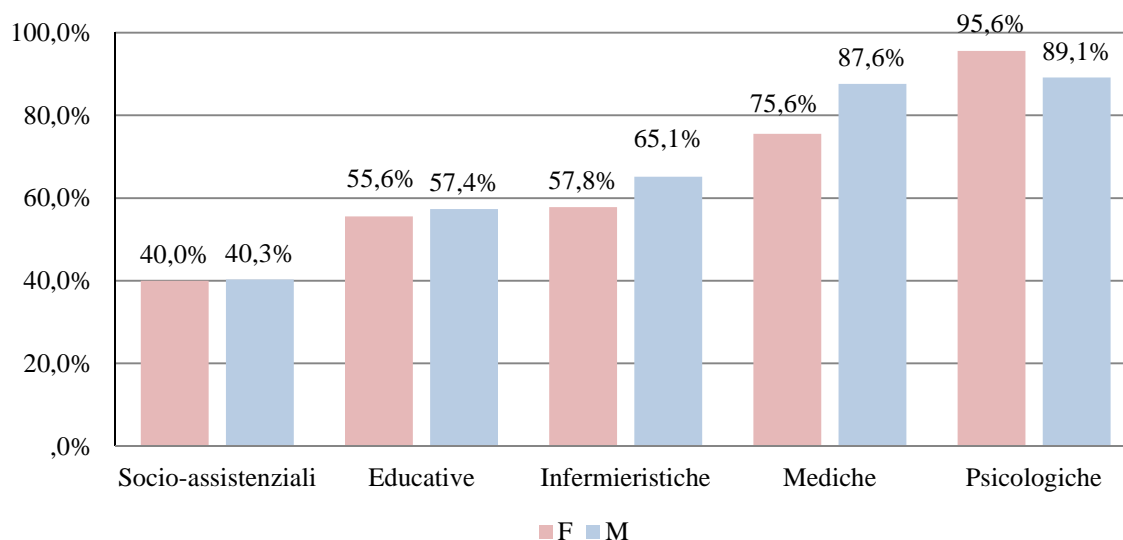
Per quanto riguarda le prestazioni erogate non sembrano esserci, per gli alcolisti, differenze significative tra uomo e donna, come si evince dal *Grafico 26*. In generale si può dire che più dell'78% dei pazienti uomini e donne ricevono sia prestazioni mediche che psicologiche e che tale tendenza va ad aumentare nei nuovi pazienti.

Grafico 26 - Alcol: distribuzione per genere e tipo di prestazioni erogate.



Infatti negli ultimi 18 mesi si può notare che sono state erogate prestazioni psicologiche a quasi tutti i pazienti (95,6% donne e 89,1% uomini) e che, in generale, tendenzialmente, è aumentata la percentuale di prestazioni erogate in tutte le tipologie. Non si registrano differenze di genere significative. (*Grafico 27*)

Grafico 27 - Alcol: distribuzione per genere e tipo di prestazioni erogate (Nuovi pazienti).



La sostanza d'abuso primaria: Gioco d'Azzardo Patologico (GAP)

I pazienti per cui è stata registrata come sostanza primaria d'abuso il Gioco d'Azzardo Patologico o gambling (GAP) sono 79 e rappresentano il 4,5% dei pazienti totali. Relativamente al campione totale è chiaro che il GAP non rappresenta uno dei principali comportamenti d'abuso, ma si è deciso di fare un focus su questo comportamento in quanto per le donne, in percentuale, si colloca al terzo posto nella distribuzione "sostanza d'abuso primaria". Le donne in carico per gambling infatti sono il 6,9% delle pazienti donna totali, contro il 3,9% di uomini giocatori sul totale dei pazienti uomo. Il Gioco d'azzardo patologico è inoltre, secondo anche le più recenti indagini epidemiologiche, un fenomeno in crescita e sembra già configurarsi come un emergente problema di salute pubblica, anche in relazione alle possibili, e peculiari, implicazioni e ricadute sociosanitarie. (Tabella 36)

Tabella 36 - Distribuzione gambling e genere.

			GAMBLING		Totale
			Sì	No	
GENERE	F	N	26	350	376
		%	6,9%	93,1%	100,0%
GENERE	M	N	53	1308	1.361
		%	3,9%	96,1%	100,0%
Totale		N	79	1.658	1.737
		%	4,5%	95,5%	100,0%

A riprova del fatto che sia un fenomeno in continua espansione, soprattutto negli ultimi anni, si sottolinea che dei 79 pazienti in carico per gambling, 56 sono nuovi programmi, corrispondente al 70,1% del totale dei soggetti con ‘Gioco d’azzardo patologico’ come sostanza/comportamento d’abuso primario. La differenza percentuale uomo/donna tra pazienti in carico e nuovi pazienti è costante, il che significa che, negli ultimi 18 mesi, non si sono registrate differenze significative di genere relativamente all’accesso al servizio per questa problematica.

Rispetto alla distribuzione per fascia d’età, si può notare, come si è rilevato nell’eroina e nell’alcol, che entrambe le categorie crescono numericamente al crescere dell’età e che la fascia numericamente più rappresentata per entrambi i generi è quella ‘oltre 50’. La crescita però, sia per i maschi che per le femmine, non è graduale ma c’è un picco nell’ultima fascia, soprattutto nelle donne. Mentre gli uomini, infatti, si distribuiscono in percentuali più simili nella fascia ‘40-49’ (30,2%) e nella fascia ‘oltre 50’ (41,5%), il 76,9% delle donne è nell’ultima fascia. Questo significa che le maggior parte delle donne in carico per gambling è sopra i 50 anni e che in media le donne “giocatrici” sono più vecchie degli uomini. Per la variabile fascia d’età la differenza di genere è significativa ($p = 0,027$). (Tabella 37)

Tabella 37 - Gambling: distribuzione per genere e fascia d’età.

			Fascia età				Totale
			fino a 29	30-39	40-49	oltre 50	
GENERE	F	N %	1 3,8%	1 3,8%	4 15,4%	20 76,9%	26 100,0%
	M	N %	5 9,4%	10 18,9%	16 30,2%	22 41,5%	53 100,0%
Totale		N %	6 7,6%	11 13,9%	20 25,3%	42 53,2%	79 100,0%

Per quanto riguarda i nuovi pazienti le distribuzioni non si modificano in modo sostanziale ma vanno a confermare la tendenza generale relativamente all’età elevata sia per le donne che per gli uomini. Per i nuovi pazienti però la differenza di genere non è significativa rispetto alla fascia d’età.

Relativamente alla distribuzione per area geografica di nascita, risulta evidente, come per le precedenti sostanze indagate, che la maggior parte dei giocatori sono di origine italiana (89,9%). Non ci sono differenze significative tra uomini e donne per ciò che riguarda il paese d’origine. (Tabella 38) né tra pazienti già in carico e nuovi pazienti.

Tabella 38 - Gambling: distribuzione per genere e paese d'origine.

			AREA GEOGRAFICA DI NASCITA					Totale
			Altro	Europa Est	Europa Ovest	Italia	Nord Africa	
GENERE	F	N	0	1	0	25	0	26
		%	0,0%	3,8%	0,0%	96,2%	0,0%	100,0%
GENERE	M	N	2	3	1	46	1	53
		%	3,8%	5,7%	1,9%	86,8%	1,9%	100,0%
Totale		N	2	4	1	71	1	79
		%	2,5%	5,1%	1,3%	89,9%	1,3%	100,0%

Nella distribuzione per stato civile innanzitutto si può osservare che la percentuale di pazienti a cui non è stato registrato lo stato su questa variabile è abbastanza alta (il 25,3% dei giocatori), per tanto anche qui vale il discorso fatto per gli eroinomani, cioè che da questi dati non si possono trarre delle conclusioni affidabili su tutto il campione ma si possono semplicemente descrivere, a livello qualitativo, i dati di cui si ha notizia. (Tabella 39)

L'unica categoria dove non ci sono differenze di genere è quella dei separati/divorziati (15,4% donne e 15,1% uomini). Mentre, invece, i celibi sono tre volte tanto le nubili (22,6% uomini e 7,7% donne), e anche i coniugati sono in percentuale maggiore rispetto alle coniugate (39,6% uomini e 30,8% donne). La categoria 'vedovo/a' è praticamente occupata solo da donne (anche se i numeri in termini assoluti sono talmente bassi da non poter fare deduzioni in merito). (Tabella 39)

Tabella 39 - Gambling: distribuzione per genere e stato civile.

			STATO CIVILE					Totale
			Celibe Nubile	Coniugato convivente	Non rilevato	Separato Divorziato	Vedovo	
GENERE	F	N	2	8	9	4	3	26
		%	7,7%	30,8%	34,6%	15,4%	11,5%	100,0%
GENERE	M	N	12	21	11	8	1	53
		%	22,6%	39,6%	20,8%	15,1%	1,9%	100,0%
Totale		N	14	29	20	12	4	79
		%	17,7%	36,7%	25,3%	15,2%	5,1%	100,0%

Per i nuovi pazienti la percentuale di "non rilevati/sconosciuti" si abbassa leggermente (23,2%) ma per il resto le distribuzioni non si modificano di molto.

Stesso discorso può valere per la condizione lavorativa dei pazienti con comportamento d'abuso primario il gioco d'azzardo. I *missing values* sono il 32,9% del totale, perciò verrà fatta una descrizione dei dati rilevati senza alcuna considerazione generale. Una prima differenza rilevante di genere appare esserci nella categoria "disoccupato", poiché le donne sono percentualmente di meno rispetto agli uomini, quasi un terzo (7,7% donne e 20,8%

uomini). Nelle altre categorie la differenza è minima: percentualmente ci sono più occupati tra gli uomini (37,7%) che tra le donne (34,6%) e più pensionati uomini (13,2%) rispetto alle donne (7,7%), anche se in valore assoluto i numeri sono molto piccoli. (Tabella 40)

Tabella 40 - Gambling: distribuzione per genere e condizione lavorativa.

			CONDIZIONE LAVORATIVA					Totale
			Casalinga Altro	Disoccupato	Non rilevato	Occupato	Pensionato	
GENERE	F	N %	1 3,8%	2 7,7%	12 46,2%	9 34,6%	2 7,7%	26 100,0%
	M	N %	1 1,9%	11 20,8%	14 26,4%	20 37,7%	7 13,2%	53 100,0%
Totale		N %	2 2,5%	13 16,5%	26 32,9%	29 36,7%	9 11,4%	79 100,0%

Per i nuovi pazienti la percentuale di “non rilevati/sconosciuti” diminuisce leggermente (30,4% del totale). Inoltre nella categoria ‘disoccupato’ cresce sia la percentuale di donne (11,1%) che di uomini (23,7%) mentre nella categoria ‘occupato’ c’è un aumento percentuale solo delle donne (38,9%) e un calo degli uomini (34,2%). (Tabella 41)

Tabella 41 - Gambling: distribuzione per genere e condizione lavorativa (Nuovi pazienti).

			CONDIZIONE LAVORATIVA (NP)				Totale
			Disoccupato	Non rilevato	Occupato	Pensionato	
GENERE	F	N %	2 11,1%	7 38,9%	7 38,9%	2 11,1%	18 100,0%
	M	N %	9 23,7%	10 26,3%	13 34,2%	6 15,8%	38 100,0%
Totale		N %	11 19,6%	17 30,4%	20 35,7%	8 14,3%	56 100,0%

Per quanto riguarda le prestazioni erogate non sembrano esserci, per i giocatori, differenze significative tra uomo e donna, se non nelle prestazioni di tipo educativo ($p = 0,013$): in generale in entrambi i generi più del 50% dei pazienti riceve prestazioni educative ma le donne ne ricevono, in percentuale, molto meno rispetto agli uomini (65,4% donne e 88,7% uomini). (Grafico 28) In generale, inoltre, si può dire che le prestazioni che vengono prevalentemente erogate sono quelle psicologiche e socio assistenziali, mentre sono pochissimi i pazienti che ricevono, per questa loro dipendenza, prestazioni mediche e men che meno infermieristiche. Questo dato è facilmente spiegabile con il fatto che spesso questo tipo di dipendenza non è associato anche ad una o più patologie organiche ma più a difficoltà di tipo psichico o psicologico/relazionale. (Grafico 28)

Anche nei nuovi pazienti rimane significativa la differenza tra uomini e donne per ciò che riguarda le prestazioni educative ($p = 0,003$) sebbene siano aumentate in entrambi i generi. In via generale, invece, per ciò che riguarda le altre prestazioni, negli ultimi 18 mesi, sono aumentate per le donne e diminuite per gli uomini le prestazioni socio-assistenziali (66,7% per le donne e 65,8% per gli uomini), sono rimaste costanti quelle psicologiche per entrambi i generi e sono sensibilmente diminuite sia quelle mediche, soprattutto per le donne, sia quelle infermieristiche. (Grafico 29)

Grafico 28 - Gambling: distribuzione percentuale per genere e tipo di prestazioni erogate.

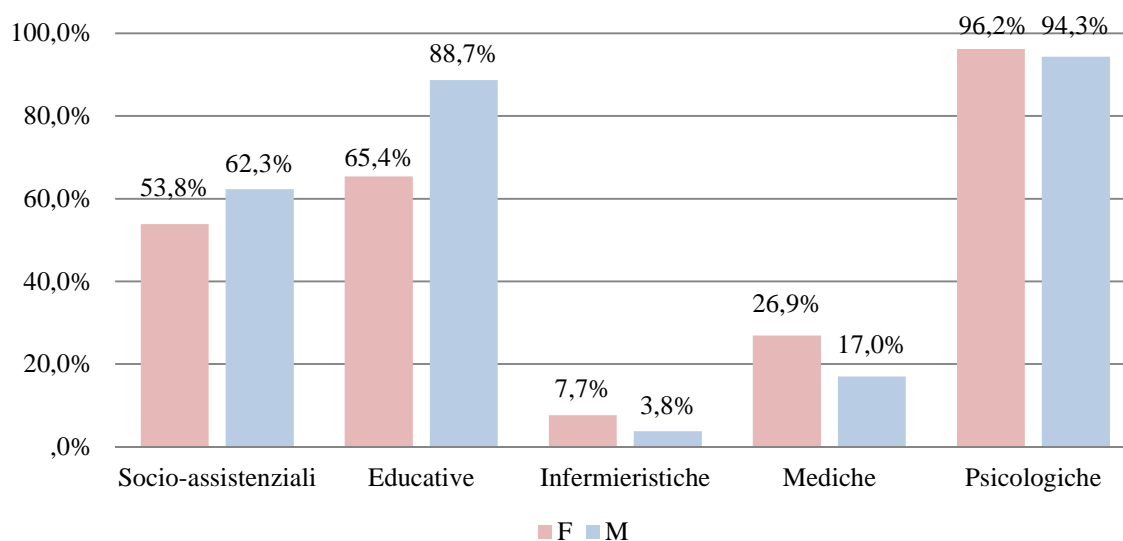
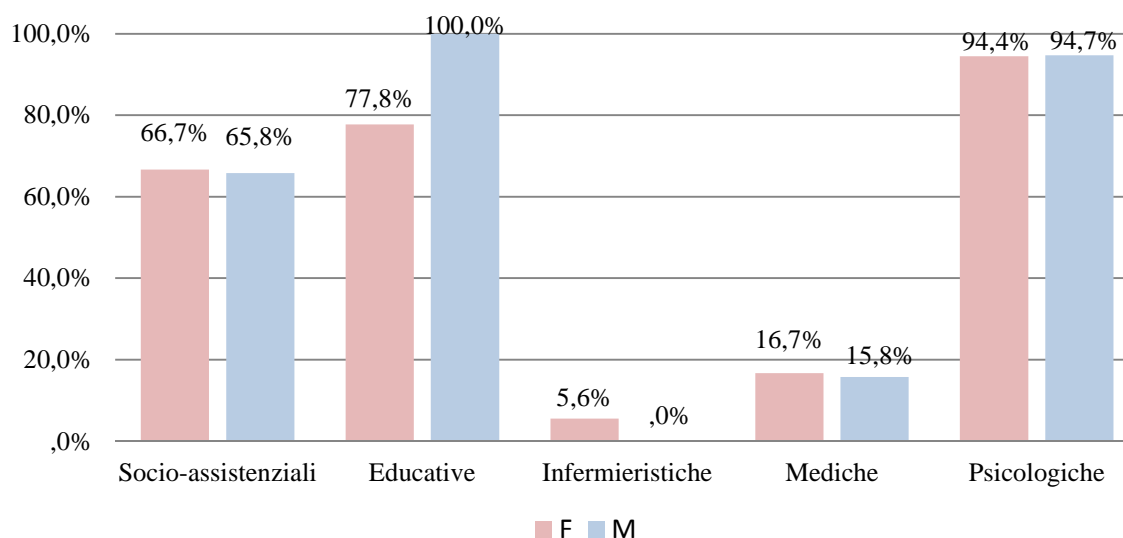


Grafico 29 - Gambling: distribuzione percentuale per genere e tipo di prestazioni erogate (Nuovi pazienti).



3. ANALISI DELLA LETTERATURA SCIENTIFICA

L'attenzione della comunità scientifica internazionale verso le specificità di genere nei consumi di sostanze psicotrope, e nelle dipendenze in senso lato, è progressivamente cresciuta negli ultimi anni. La diffusione di tali consumi e tali comportamenti tra le donne, le possibili cause e implicazioni, i fattori di protezione e di rischio, i problemi di accesso ai servizi e l'efficacia degli interventi designati, sono temi sempre più considerati dalla letteratura di settore. La ricerca condotta è quindi iniziata dall'analisi degli studi e delle evidenze finora prodotte a livello internazionale, che hanno anche fornito le basi concettuali su cui strutturare i contenuti e i focus delle successive aree di ricerca, contribuendo a costruire la premessa teorico-metodologica dell'intera indagine.

Nonostante la crescente attenzione a questo tema, il numero di studi relativi ai consumi di sostanze nelle donne rappresenta, però, ancora una piccola parte dell'intera produzione sull'*addiction*, così come sono ancora circoscritti gli studi sull'efficacia degli interventi di prevenzione e cura rivolti alle donne. I motivi di questa relativamente bassa attenzione verso le specificità di genere delle diverse manifestazioni dell'*addiction* sono indagati in alcune delle pubblicazioni selezionate e verranno qui brevemente discussi poiché forniscono indicazioni rilevanti sulle stesse implicazioni del fenomeno. Una delle ragioni è imputabile al fatto che generalmente si ritiene che le donne abbiano minori probabilità di consumare sostanze psicotrope e sviluppare forme di dipendenza rispetto agli uomini, ma, come vedremo, questa considerazione non è valida per tutte le fasce d'età, né per tutte le sostanze e i comportamenti compulsivi. Un altro motivo, solo in parte collegato al precedente, è che storicamente l'utenza dei servizi specialistici per le dipendenze è sempre stata costituita in gran parte da uomini, ma, anche in questo caso, verrà illustrato quanto la minore presenza di donne nei servizi di cura sia dovuta a un minor bisogno di supporto o a specifici ostacoli e difficoltà di accesso. Con ogni probabilità vi è infine una motivazione di tipo socio-culturale che ha determinato la ancora scarsa attenzione alle differenze di genere in questo e altri ambiti di ricerca. L'impegno profuso per raggiungere una fondamentale, quanto non ancora compiuta, parità tra uomini e donne in tema di diritti e di lavoro, ha probabilmente offuscato i tentativi di analisi delle differenze di genere, confondendo il concetto di uguaglianza con quello di omologazione. Questo processo, che interessa anche il tema delle differenze etniche, ha riguardato le alcol/tossicodipendenze, come la salute mentale e la medicina, finendo per arrecare un danno proprio a quelle donne che, in caso di necessità, si rivolgono a servizi e ricevono interventi di sostegno concepiti e implementati prevalentemente sulle caratteristiche dei consumatori di genere maschile.

Nell'affrontare l'analisi della bibliografia qui presentata bisogna considerare che la maggioranza degli articoli pubblicati è di autori statunitensi e, in minor misura, inglesi, mentre sono numericamente molto limitate le pubblicazioni di altri paesi europei e italiane. Ciò determina un problema di esportabilità di contenuti che sono solo in parte generalizzabili: i consumi di sostanze psicotrope e i disturbi a essi associati, così come le relative strategie di prevenzione e trattamento, sono infatti profondamente influenzate dai

contesti economici, istituzionali e socio-culturali. Per questo motivo è stata necessaria, ed è raccomandata, una particolare cautela nell'esplorare la mole consistente di considerazioni ed evidenze emerse dalla letteratura, soprattutto in ambiti territorialmente connotati come quelli dell'epidemiologia dei consumi o dell'organizzazione del welfare e dei servizi di cura. L'indagine qui presentata non poteva però prescindere da un'analisi degli studi finora condotti e delle conoscenze che ne sono derivate. Questa analisi della letteratura si configura, infatti, come un tentativo di portare la riflessione su questo tema all'attenzione della comunità scientifica, dei professionisti e dei decisori politici nazionali e regionali, cercando contestualmente di fornire indicazioni operative circa le buone prassi da adottare e gli ambiti di ricerca da approfondire.

Le differenze di genere nei consumi di sostanze psicotrope, e le peculiarità delle implicazioni per le donne di tali comportamenti, determinano ramificazioni teorico-operative molto ampie, interessando ambiti con differenti gradi di interconnessione reciproca: da quello della gravidanza, della maternità e della genitorialità, a quello della violenza e degli abusi di cui sono troppo spesso vittime le donne, dal tema della salute mentale e del disagio psichico, a quello della salute fisica e delle patologie infettive, dal tema del lavoro a quello dell'immigrazione, dal ruolo dei servizi specialistici e della rete dell'assistenza primaria, a quello del sistema giudiziario e carcerario. Esistono poi prospettive diverse da cui viene osservato il fenomeno. Si passa da una prospettiva biologica che indaga le possibili determinanti genetico-fisiologiche dei comportamenti in esame, a una prospettiva sociale che colloca gli stessi comportamenti in una cornice allargata di relazioni, atteggiamenti e rappresentazioni; da una prospettiva psicologica che studia le dinamiche intrapsichiche e interpersonali sottese o conseguenti al consumo, abuso o dipendenza da sostanze, a una prospettiva organizzativa che cerca di capire quali siano le migliori risposte in termini preventivi e terapeutici. Vi sono poi ulteriori dimensioni su cui muoversi per non trascurare elementi potenzialmente rilevanti del fenomeno. Una è quella legata all'età, che obbliga a distinguere, pur cercando punti di continuità evolutiva, tra i comportamenti delle ragazze, delle donne mature e di quelle anziane. Un'altra dimensione è quella relativa alle specifiche sostanze che, nonostante l'elevata prevalenza di policonsumi e polidipendenze, non permette di porre sullo stesso piano i consumi o le dipendenze da droghe illecite, da psicofarmaci, da alcol e da comportamenti come il gioco d'azzardo. Le risorse e il tempo disponibile non hanno permesso di approfondire in modo sistematico tutti i temi e le dimensioni possibili, molto più numerose di quelle ora citate a solo titolo esemplificativo. Data la natura esplorativa della ricerca si è voluto privilegiare l'ampiezza e l'eshaustività dell'analisi della letteratura all'approfondimento dei temi specifici emersi. È stata però costruita una bibliografia ragionata, divisa per aree tematiche, consultabile per indagare più in profondità i contenuti di proprio interesse.

3.1 Metodologia

Per l'analisi della letteratura è stata effettuata una ricerca delle pubblicazioni presenti nel database di PubMed e le versioni integrali degli articoli selezionati sono state raccolte

attraverso la Biblioteca Virtuale per la Salute della Regione Piemonte (BVS – www.bvspiemonte.it). Da questa piattaforma sono stati estratti gli articoli in lingua inglese, pubblicati dal 2000 all’agosto del 2012, che contenessero nel titolo le parole chiave “gender” o “women” associate con almeno uno dei seguenti termini: “addiction”, “substance”, “alcohol”, “heroin”, “cocaine”, “cannabis” e “gambling”, per un totale di 14 combinazioni, a cui sono stati successivamente aggiunti gli incroci tra il termine “gender” e i termini “drug prescription” e “drug abuse”. L’adozione di tali criteri rispondeva alla necessità di avere una visione più ampia possibile sulle specificità di genere nei consumi e nelle dipendenze, non avendo però la possibilità e la velleità di essere esaustivi rispetto alle infinite implicazioni del fenomeno. Da qui l’esclusione dei consumi di alcune sostanze abbondantemente trattate nella letteratura statunitense, dal tabacco, alle metamfetamine, al crack, ma anche la rinuncia a indagare nel dettaglio alcuni ambiti come, a titolo puramente esemplificativo, quelli che sarebbero potuti emergere aggiungendo alla ricerca una terza categoria di termini quali “pregnancy”, “HIV”, “inmates”, “violence”, “exploitation” e altri. In realtà, questi temi, questi ambiti e queste sostanze non sono del tutto assenti dalla nostra analisi poiché molti articoli, e soprattutto, le revisioni della letteratura prese in esame, ne contemplano spesso una trattazione sufficientemente approfondita. Si consideri inoltre che ciascun articolo e ciascuno studio riporta a sua volta una propria bibliografia, dalla quale è stato possibile ricavare indicazioni su alcuni sotto-temi non direttamente emersi attraverso i criteri di selezione adottati.

La ricerca così condotta ha prodotto un primo elenco di articoli da cui sono stati esclusi quelli relativi a sperimentazioni in laboratorio e studi su comunità ristrette etnicamente connotate e difficilmente assimilabili a comunità analoghe dell’Italia. Un’altra selezione si è resa necessaria per quanto riguarda gli articoli relativi all’alcol, il cui numero elevato non permetteva, nei tempi a disposizione, un analogo lavoro di raccolta e analisi. Rispetto al tema dell’alcol sono così state prese in considerazione tutte le revisioni della letteratura prodotte dal 2000 all’agosto 2012 e gli articoli prodotti dal 2007 all’agosto 2012 contenuti nel titolo il termine “alcohol” associato al termine “gender”, escludendo quindi quelli con il termine “women”. L’applicazione di questi filtri ha prodotto complessivamente un database di 779 articoli a cui va aggiunta la bibliografia delle pubblicazioni in lingua italiana e alcune monografie in lingua inglese. L’analisi di tutte queste pubblicazioni è stata condotta in modo analitico attraverso una categorizzazione dei contenuti che rispecchia la ripartizione del presente capitolo, in cui verranno sinteticamente riepilogate le evidenze e le riflessioni considerate più rilevanti e attinenti con l’oggetto di indagine.

3.2 Caratteristiche e diffusione

Il fatto che i consumi, gli abusi e le dipendenze da sostanze psicotrope e da comportamenti siano più diffusi negli uomini che nelle donne è una considerazione tanto veritiera quanto generica. Vi sono infatti fasce d’età, comportamenti e contesti in cui tale differenza è estremamente esigua o, addirittura, in cui il rapporto delle prevalenze si inverte. Considerando, poi, come verrà fatto in dettaglio nei prossimi capitoli, le maggiori

implicazioni e conseguenze che il consumo e l'abuso di sostanze psicotrope possono avere per le donne, le minori prevalenze non comportano un ridimensionamento del problema, anche perché, in termini di valori assoluti, la diffusione del fenomeno nel genere femminile è tutt'altro che trascurabile. Per quanto i dati epidemiologici ricavati dalla letteratura analizzata si riferiscano a territori, periodi e metodologie di studio differenti, e quindi siano poco comparabili oltre che non sempre recentissimi, si ritiene utile fornire, in aggiunta alla sezione sulla situazione italiana e piemontese, una panoramica del contesto internazionale che possa testimoniare come i consumi femminili di sostanze psicotrope siano tutt'altro che un fenomeno circoscritto o recente. Basti pensare che alla fine del XIX secolo i consumi di oppio e cocaina, allora inserite nella farmacopea ufficiale e legalmente prescritte, era molto più diffuso tra le donne che tra gli uomini e che nel 1919 negli USA un terzo dei pazienti trattati per dipendenza da droghe era di genere femminile. Arrivando ai giorni nostri, e partendo da un'analisi allargata a tutte le sostanze, una rilevazione effettuata negli Stati Uniti dal SAMHSA nel 2006 ⁽¹⁷⁾ evidenziava come l'abuso o la dipendenza da sostanze illecite fosse diagnosticabile per il 10,5% degli uomini e il 6,2% delle donne (pari circa a 10 milioni) e come tale differenza si riducesse per gli abusi di alcol (65,9% vs. 57,9%). Entrando nel dettaglio veniva inoltre evidenziato come per l'abuso di alcune sostanze 'minori' (ecstasy, metamfetamine, LSD, fenilciclidina, antidolorifici oppiacei e sedativi non prescritti) i tassi di prevalenza fossero praticamente identici per uomini e donne (tra lo 0,1% e lo 0,5%). Anche rilevazioni più recenti confermano che a circa il 6,1% della popolazione femminile statunitense sia diagnosticata una dipendenza o un abuso di droghe nell'ultimo anno ⁽¹⁸⁾ e ipotizzano che le prevalenze nei consumi di droga tra gli adolescenti siano addirittura superiori nelle ragazze rispetto ai ragazzi ⁽¹⁹⁾. Anche alcune rilevazioni effettuate nel Regno Unito mostrano come nel periodo 1998-2005 il divario tra uomini e donne si sia molto ridotto, con i consumi femminili che sono rimasti stabili in un periodo in cui quelli maschili calavano sensibilmente. In questo paese l'8% delle donne tra i 16 e i 59 anni riferiva un consumo di droghe nell'ultimo anno, mentre nella fascia 16-24 anni le percentuali salivano al 21% ⁽²⁰⁾. Rispetto alle fasce giovanili, negli USA circa il 20% delle ragazze tra i 12 e i 17 anni e il 33% di quelle tra i 18 e i 25 anni dichiarava un uso nell'ultimo anno di almeno una sostanza illecita, con percentuali della metà per il consumo nell'ultimo mese ⁽²¹⁾; mentre in Australia i tassi di consumo nell'ultimo anno salivano al 28% per le donne tra i 22 e i 27 anni ⁽²²⁾ e quelli delle ragazze tra i 14 e i 19 anni erano leggermente superiori a quelli dei loro coetanei maschi ⁽²³⁾. Alla preoccupazione circa la quantità di ragazze e donne che entra in contatto con sostanze illecite si aggiunge quella per la diffusione, ancora poco monitorata da un punto di vista epidemiologico, di psicofarmaci che vengono spesso assunti, dalle ragazze come dalle donne più adulte, senza prescrizione medica o oltre le dosi prescritte.

Anche per l'alcol i dati dei consumi femminili sono preoccupanti con tassi, registrati in USA, UK e Australia, di episodi di *binge drinking* riferiti all'ultimo anno dal 9% al 15,5% e di alcoldipendenza intorno al 2% della popolazione femminile ⁽²⁴⁾. Negli ultimi 30 anni nel Regno Unito i tassi di mortalità delle donne per patologie alcol-correlate sono quasi

raddoppiati, passando dal 4 al 7,6 per 100.000 abitanti e le morti per cirrosi epatica sono aumentate di otto volte⁽²⁵⁾.

Un altro elemento da considerare rispetto ai consumi di alcol e droghe nelle donne è la variabilità tra i differenti gruppi etnici: nel Regno Unito solo il 12% della popolazione femminile è astinente, ma questa percentuale sale al 18% tra le donne nere e caraibiche, al 41% tra quelle cinesi, al 64% tra le indiane e al 97% tra le pakistane⁽²⁶⁾. Il dato si conferma anche per le ragazze più giovani, con consumi recenti di alcol tra gli 11 e i 15 anni di età del 24% tra le ragazze bianche, dell'11% tra le ragazze di colore e del 6% tra le ragazze asiatiche⁽²⁷⁾. Per quanto riguarda i consumi di droghe le differenze tra gruppi etnici permangono, sebbene con scarti più contenuti, ma si aggiunge un'ulteriore variabile. In un campione di donne inglesi di età compresa tra i 16 e i 59 anni i consumi nell'ultimo anno di almeno una sostanza illecita erano riferibili al 9% delle donne bianche, al 7% delle donne di colore e al 5% delle donne asiatiche, ma ben al 23% delle donne con genitori di etnie differenti. Queste percentuali erano rispettivamente del 3%, 2%, 1% e 7% per le droghe e le differenze permanevano anche tra le ragazze più giovani^(27; 28). Differenze tra gruppi etnici sono state riscontrate anche in studi americani, con tassi di consumo nell'ultimo anno tra le adolescenti bianche del 23,4%, tra le ispaniche del 21,8% e tra le ragazze di colore del 18,2%⁽²¹⁾.

La maggior parte degli studi analizzati non riscontra significative differenze tra uomini e donne nell'età di primo contatto con le droghe^(29; 30; 31), mentre le donne mediamente iniziano a consumare alcol e a giocare d'azzardo in età più avanzata rispetto agli uomini^(32; 33; 34; 35; 36; 37). Inoltre le donne tendono a usare sostanze psicotrope, incluso l'alcol, per periodi più brevi rispetto agli uomini, per i quali è invece più frequente protrarre nel tempo forme di consumo anche moderate^(29; 31; 38; 39; 40; 41). I consumi e le dipendenze delle donne sono generalmente descritti come più integrati (*embedded*) e quindi meno visibili⁽⁴²⁾. Caratteristica in parte confermata dalle differenze nelle sostanze d'elezione, con i ragazzi che prediligono alcol, cannabinoidi, cocaina e steroidi, e le ragazze, ma anche le donne mature e anziane, che prediligono l'uso di sedativi e barbiturici^(43; 44; 45). Le donne hanno minori probabilità di avere DUS (Disturbi da uso di sostanze) associati a più sostanze e quindi sono meno esposte a forme di poliabuso e polidipendenze⁽²⁹⁾, anche se abbinano più frequentemente l'abuso di farmaci prescritti a quello di marijuana, cocaina e altre droghe^(33; 46; 47; 48; 49).

Alcune ricerche mostrano però che i pattern di consumo di uomini e donne stanno progressivamente diventando più simili, con una diminuzione delle differenze nel rapporto tra abuso e dipendenza, nel numero di sintomi associati, nella durata dei periodi di astinenza e nelle conseguenze dei propri consumi^(50; 51). In uno studio comparativo tra uomini e donne non sono state riscontrate differenze sul piano socio-demografico (età, istruzione, stato civile, residenza, classe sociale e dimensione del network di riferimento), ma solo su quello occupazionale, con un maggior numero di donne casalinghe che riflette le differenze riscontrabili nella popolazione generale⁽³¹⁾.

Uno studio su soggetti in trattamento per abuso di cocaina ha evidenziato come le donne, rispetto agli uomini, avessero maggiori problemi familiari ed economici, riferissero più frequentemente storie passate di abusi e violenze, presentassero tassi di PTSD tre volte superiori e di disturbi ansiosi due volte superiori⁽⁵²⁾. Nel complesso le donne presentavano maggiori livelli di gravità in tutte le aree indagate (medica, psichiatrica, sociale, lavorativa) e ciò rimanda alla necessità di offrire risposte più ampie che non si limitino al problema della dipendenza. Anche perché, sempre secondo questo studio, le donne mostrano una maggiore compliance e aspettative più positive rispetto ai trattamenti.

Vi sono anche molti studi sulle differenze di genere tra i consumatori di eroina che hanno analizzato la progressione dei consumi o il loro stato di salute e di funzionamento^(53; 54; 55; 56), secondo i quali le donne, anche in questo caso, riportano maggiori problemi di salute e una minore qualità di vita.

3.3 Fattori di protezione e di rischio

La minore diffusione dei consumi di sostanze psicotrope tra le donne e, in generale, la loro minore propensione verso i comportamenti a rischio (*risk-taking behaviors*), rimanda alla diversa rilevanza dei fattori protettivi tra i generi. Tali fattori sono legati a dimensioni biologico-evolutive e socio-ambientali profondamente interconnesse tra loro. Per quanto riguarda le prime, le differenze di genere si manifestano in modo particolarmente evidente in una fase, come quella adolescenziale e pre-adolescenziale, in cui soprattutto i ragazzi esperiscono delle trasformazioni neuro-fisiologiche molto rilevanti, e soprattutto molto più rapide, per cui la sperimentazione e la trasgressività diventano condizioni insite nel processo stesso di costruzione dell'identità. Per quanto riguarda le seconde, diverse componenti entrano in gioco nel determinare la minore esposizione delle ragazze ai comportamenti a rischio: la maggiore importanza attribuita ai legami familiari da parte delle donne, la loro minore influenzabilità da parte del gruppo dei pari, la loro maggiore condivisione delle norme sociali e il loro maggior timore rispetto alle possibili conseguenze di azioni illecite o comunque pericolose. Le stesse motivazioni che sottendono il consumo, l'abuso e la dipendenza da sostanze e da comportamenti, che verranno analizzate in dettaglio nelle sezioni successive, forniscono indicazioni sui possibili fattori di rischio e di protezione, considerando però che medesime variabili possono essere fattori di protezione o di rischio in funzione dell'età, dei livelli di consumo e della specificità dei comportamenti a cui si fa riferimento. Per esempio, il maggiore stigma sociale di cui sono vittima le donne che usano sostanze ha una funzione ambivalente, poiché si configura, da un lato, come fattore di rischio poiché favorisce l'occultamento, e quindi il probabile aggravamento, dei problemi droga-correlati, mentre, dall'altro, si configura come fattore di protezione per la sua funzione di deterrenza rispetto all'uso di sostanze da parte delle donne. La letteratura in proposito è vastissima e vanta imponenti studi longitudinali che hanno indagato la variabilità di genere rispetto alla propensione verso i comportamenti a rischio. I criteri da adottati per l'analisi della letteratura hanno, però, inevitabilmente portato a selezionare studi e revisioni che si

concentrano in modo specifico sui fattori di rischio a cui sono esposte le donne e che, rispetto ai fattori di protezione, rappresentano spesso il polo opposto di un medesimo continuum. Un chiaro esempio in tal senso è quello relativo all'importanza che le dinamiche familiari rivestono per le donne e per i loro comportamenti in termini di funzione protettiva, in caso di legami solidi, o predisponenti, in caso di dinamiche disfunzionali. Ciò ovviamente non significa che i contesti familiari, di origine e di appartenenza, non siano estremamente rilevanti anche per gli uomini, ma tutte le evidenze suggeriscono che questa influenza abbia gradienti differenti per i membri dei due generi.

Nell'insorgenza di consumi e dipendenze da sostanze psicotrope i fattori ambientali sembrano giocare un ruolo più rilevante nelle donne che negli uomini, sia come fattori di rischio, sia come fattori di protezione^(43; 57). Molti studi evidenziano quanto e come le dinamiche delle famiglie d'origine influenzino i successivi comportamenti più nelle donne che negli uomini. Le ragazze cresciute in famiglie disgregate o fortemente conflittuali hanno più probabilità di entrare in contatto con le sostanze rispetto ai ragazzi provenienti da ambienti analoghi^(58; 59). Le difficoltà delle famiglie d'origine e un insufficiente accudimento parentale implicano, soprattutto per le ragazze, un'eccessiva e precoce responsabilizzazione. L'accelerazione del percorso evolutivo, che può compromettere la costruzione di un'identità solida, si configura come rilevante fattore di rischio rispetto all'uso di sostanze psicotrope e al manifestarsi di una dipendenza^(60; 61; 62; 63).

In contesti familiari disgregati o conflittuali è anche frequente l'utilizzo di alcol e droghe da parte di uno o entrambi i genitori e molti studi^(46; 60; 64; 65; 66) sono concordi nel ritenere che, anche rispetto a questa variabile, le donne presentino una familiarità verso tali comportamenti significativamente superiore agli uomini. Le differenze di genere relative all'impatto dei due fattori di rischio finora considerati emergono con particolare chiarezza da un ampio studio su ragazzi in trattamento per uso di sostanze, dove si evidenzia come le femmine rispetto ai maschi abbiano più frequentemente alle spalle famiglie con consumi di sostanze (88% vs 79%) e siano cresciute in famiglie monoparentali (59% vs 49%)⁽⁵⁸⁾. La rilevanza della componente familiare nei consumi femminili è evidenziata anche da un altro studio su soggetti in trattamento⁽⁶⁷⁾ che riporta come siano maggiori le probabilità delle donne rispetto agli uomini di avere un fratello (56% vs 41%, $p < 0,0005$) o un nonno (39% vs 29%, $p < 0,01$) con abuso di sostanze.

Se vi sono forti evidenze circa il ruolo giocato dalla familiarità nei consumi femminili e nei comportamenti di *addiction*, più contraddittorie sono le considerazioni circa l'influenza esercitata dal contesto socio-culturale allargato. Secondo alcuni studi^(68; 69) i recenti e progressivi cambiamenti nel ruolo sociale delle donne (maggiore emancipazione e partecipazione al mondo del lavoro, crescita e diversificazione delle responsabilità, ecc.) possono aver determinato un aumento delle pressioni che le donne devono reggere e quindi della loro predisposizione verso i consumi di sostanze, mentre per altri⁽⁷⁰⁾ gli stessi fattori e la molteplicità dei ruoli che le donne assumono nelle società contemporanee rappresentano un fattore protettivo. Secondo quest'ultimo studio è piuttosto la perdita di un ruolo sociale (di madre, moglie, lavoratrice) nel corso della vita a configurarsi come potenziale fattore di rischio. In questo senso è importante considerare come la possibilità di

entrare in contatto con le sostanze o di accrescerne l'uso non è esclusivo delle fasce giovanili della popolazione femminile, ma interessa tutto l'arco di vita, come dimostra la crescita delle prevalenze di consumo di alcol e psicofarmaci nelle donne over 50. Gli stessi sintomi della menopausa (sbalzi di temperatura, stanchezza, perdita della libido, irregolarità mestruali e disturbi del sonno) hanno delle similarità con i sintomi dell'astinenza che possono facilitare un incremento dei consumi, una ricaduta nell'uso e l'adozione di comportamenti a rischio ⁽⁷¹⁾.

Per quanto riguarda, invece, il ruolo giocato dall'ereditarietà, allo stato attuale delle conoscenze non si rilevano differenze di genere analoghe a quelle riscontrate in termini di familiarità ⁽³²⁾. Gli studi condotti sui gemelli, la maggior parte dei quali riferiti ai consumi di alcol, evidenziano l'influenza dei fattori ereditari, ma giungono a conclusioni discordanti circa la loro rilevanza nei due generi. Sia per gli uomini che per le donne, l'incidenza della dipendenza e dell'abuso di alcol, così come la similarità dei modelli di consumo, sono più elevati tra i gemelli monozigoti rispetto che tra i gemelli dizigoti ⁽⁷²⁾. Alcuni studi, però, giungono a concludere che tale influenza sia minore nelle donne che negli uomini ^(73; 74; 75; 76), un altro studio rileva che tale influenza sia analoga nei due sessi ⁽⁷⁷⁾ e un altro ancora che sia maggiore nelle donne ⁽⁷⁸⁾. Per quanto gli studi che evidenziano una minore rilevanza dei fattori ereditari nelle donne siano numericamente superiori, non sembra esistano le condizioni per giungere con certezza a conclusioni univoche su questo aspetto. Si sottolinea, inoltre, che gli studi qui riportati, per quanto citati da una revisione relativamente recente ⁽⁷⁹⁾, sono tutti stati condotti negli anni '90 o prima. È molto probabile che nel frattempo siano emerse nuove evidenze in merito, non rilevate però nella letteratura analizzata.

Rispetto ai fattori di rischio che possono facilitare il contatto con le sostanze e l'insorgenza di una dipendenza, un ruolo estremamente rilevante e specifico per le donne è quello giocato dagli eventi traumatici, identificati da molti studi ^(60; 80; 81; 82) come elementi fortemente predisponenti i consumi. Tra gli eventi traumatici possono essere annoverati quelli appena discussi e conseguenti a contesti familiari conflittuali e deprivanti, ma anche lutti, abbandoni o malattie. In tal senso una riflessione a parte meritano gli episodi di violenza, fisica e sessuale, di cui possono essere vittime le donne. Non solo le donne adulte con problemi di dipendenza, ma anche le ragazze che consumano alcol o droghe presentano frequentemente storie di abusi o violenze, recenti o infantili ^(83; 84; 85; 86). Il ricorso all'uso di sostanze si configura spesso nelle donne come tentativo di cancellare la memoria del trauma o quantomeno di ridurre la sofferenza che ne deriva, ma al tempo stesso favorisce la loro esposizione a ulteriori episodi di violenza e abusi ⁽⁸⁷⁾, determinando un circolo vizioso le cui conseguenze rischiano di perpetuarsi tra generazioni ⁽²⁹⁾. Se poi si considera che il contesto domestico è quello dove più frequentemente si verificano episodi di violenza o abuso, fisico, sessuale o psicologico, non stupisce che le donne con problemi di dipendenza da sostanze abbiano più probabilità degli uomini di avere partner che consumano sostanze e che le stesse donne tendano a identificare i problemi relazionali come una delle cause del loro consumo ^(46; 47; 48; 49; 58; 60; 88). Le donne in trattamento hanno più probabilità di avere un coniuge o un compagno con abuso di sostanze rispetto agli

uomini (60% vs 24%, $p < 0,00001$)⁽⁶⁷⁾, così come una percentuale tra il 25% e il 57% di loro riporta una storia di violenze da parte del partner, mentre tale percentuale è tra l'1,5% e il 16% nelle donne senza consumi di sostanze⁽⁸⁹⁾.

Il fatto che soprattutto per le donne gli eventi traumatici, nelle loro diverse accezioni e intensità, abbiano effetti potenzialmente facilitanti il consumo di sostanze e il successivo instaurarsi di una dipendenza sembrerebbe confermato dall'elevata comorbidità che si registra nel genere femminile tra consumi di sostanze e Disturbo post-traumatico da stress (PTSD)^(87; 90; 91; 92; 93; 94; 95). Le condizioni psichiatriche che possono predisporre le donne a manifestare un disturbo da uso di sostanze (DUS) non si limitano al PTSD, essendo anche molto elevata l'associazione con i disturbi ansiosi, dell'umore, alimentari e borderline, mentre negli uomini prevalgono le associazioni con il disturbo antisociale, i disturbi della condotta e il disturbo da iperattività^(39; 67; 80; 96; 97). Il tema della comorbidità implica però la difficoltà di comprendere se e quando i DUS siano precedenti, successivi o concomitanti agli altri disturbi psichiatrici e quindi rimanda al dubbio se annoverare tali disturbi tra i fattori di rischio o tra le conseguenze del consumo. Dando per appurato che nelle storie di ciascun individuo il rapporto tra questi due ordini di disturbi abbia specifici rapporti di consequenzialità o contingenza e come generalmente questi tendano a rinforzarsi vicendevolmente, non è comunque possibile ignorare la funzione di potenziale autocura che l'assunzione di droghe e l'alcol assume in soggetti, sia maschi che femmine, che esperiscono una forte sofferenza psichica. Si tornerà successivamente sul tema della comorbidità analizzando in seguito le caratteristiche e le implicazioni che i consumi di sostanze e le dipendenze hanno per le donne, anticipando però fin d'ora che la depressione e i disturbi alimentari sembrano spesso configurarsi, soprattutto nelle donne, come elementi fortemente predisponenti il consumo di sostanze. Per esempio, la frequente attenzione delle donne verso il proprio peso corporeo e la connessa volontà di dimagrire sono uno dei motivi che può spingere le donne ad usare sostanze, in particolar modo stimolanti come la cocaina, le amfetamine e farmaci come l'Adderall™ o il Ritalin™^(98; 99; 100).

3.4 Implicazioni/Conseguenze

Incrociando le evidenze appena descritte con quanto emerge dalle indagini epidemiologiche si può quindi affermare che mediamente le donne consumano meno, per meno tempo e con meno probabilità di sviluppare una dipendenza o forme problematiche di consumo. Medie e prevalenze rischiano però di offuscare, oltre ad alcune specificità come la crescita dei consumi nelle ragazze giovani o quelle di farmaci nelle donne di tutte le età, le rilevanti criticità implicite nei consumi femminili di sostanze psicotrope. Una di queste è riferibile al cosiddetto fenomeno del *telescoping*, ossia quel processo, dovuto alle peculiarità del metabolismo femminile, per cui le donne manifestano una progressione più rapida da un consumo moderato a uno problematico e sviluppano più velocemente degli uomini forme di dipendenza^(31; 58; 101; 102; 103; 104; 105). Questo fenomeno, che è stato evidenziato per tutte le sostanze e in particolare per alcol e cocaina^(101; 102), riguarda anche

la maggiore velocità con cui le donne sviluppano problemi droga/alcol-correlati di natura medica, fisiologica, psicologica e sociale^(35; 103). Sul piano fisico le donne che abusano di sostanze sviluppano più rapidamente degli uomini patologie cardiovascolari, epatiche, gastrointestinali, neurologiche, problemi di ipertensione e anemia, oltre a problemi genere-specifici come infertilità, aborti spontanei, gravidanze premature e rischio di infezioni^(46; 47; 60; 88; 104). Le conseguenze fisiche dei consumi di sostanze nelle donne sono state indagate soprattutto per quanto concerne i consumi di alcol. Il corpo femminile ha in proporzione meno liquidi rispetto a quello degli uomini, per cui a parità di assunzione la concentrazione di alcol nel sangue può essere fino al 30% superiore nelle donne^(105; 106; 107). Tra l'altro i livelli ormonali nella donna variano con il ciclo mestruale e ciò può influenzare le concentrazioni di alcol nel sangue in questi periodi⁽¹⁰⁸⁾. L'assunzione di alcol abbatta i livelli di estrogeni nelle donne esponendole a varie conseguenze, tra cui i danni epatici dovuti all'azione delle endotossine e della perossidazione lipidica⁽¹⁰⁹⁾. I livelli di estrogeni in ragazze esposte per due settimane a moderate quantità di alcol calano sensibilmente, con possibili effetti negativi sul sistema riproduttivo⁽¹¹⁰⁾ e la maturazione ossea^(111; 112), oltre che sul sistema immunitario⁽¹¹³⁾. Un'altra variabile rilevante è quella legata all'attività enzimatica dell'alcol deidrogenasi (ADH), che essendo due volte inferiore nelle donne rispetto agli uomini rende meno semplice per l'organismo femminile la metabolizzazione dell'alcol⁽¹¹⁴⁾. Tale attività enzimatica dell'ADH diminuisce con l'età sia negli uomini che nelle donne, per cui le differenze nel processo metabolico dell'alcol sono più evidenti nelle ragazze giovani⁽¹¹⁵⁾. L'alcol ha inoltre un potere attivante del sistema degli oppio-recettori e può provocare nelle donne ritardi nello sviluppo puberale⁽¹¹⁶⁾. Disfunzioni riproduttive, come irregolarità del ciclo mestruale, cicli anovulatori e menopausa precoce, sono riportati in donne alcol-dipendenti in età fertile, ma anche nei casi in cui la quantità di alcol consumata non sia sufficiente a causare danni organici, questi effetti possono emergere indipendentemente dalle quantità assunte e causare infertilità transitoria dovuta agli effetti dell'alcol sull'equilibrio ormonale⁽¹¹⁶⁾. Diversi studi evidenziano che anche il Sistema Nervoso Centrale femminile è più suscettibile agli effetti dannosi dell'alcol^(117; 118; 119; 120; 121; 122; 123) e che le donne che consumano elevate quantità di alcol sono più esposte degli uomini a deficit cognitivi⁽¹²⁴⁾ e a processi neurodegenerativi dovuti sia alla già citata diminuzione del livello di estrogeni, sia al fatto che l'alcol stimola il sistema ipotalamo-ipofisi-surrene più intensamente nelle donne, portando ad un aumento di cortisolo e quindi al rischio di danni cerebrali dovuti a iper-cortisolemia⁽¹²⁵⁾. Alcuni autori individuano l'alcol anche come fattore predisponente la comparsa di patologie oncologiche, in particolare per il tumore al seno, ma nella letteratura analizzata le conclusioni in proposito appaiono discordanti^(126; 127; 128; 129; 130; 131; 132; 133).

Vista la maggiore incidenza di patologie alcol-correlate nelle donne è inevitabile che tra gli alcol-dipendenti la mortalità sia superiore nel genere femminile. Il tasso di mortalità nelle donne alcol-dipendenti è dal 50% al 100% superiore rispetto a quello degli alcol-dipendenti uomini e le più frequenti cause di morte sono i suicidi, gli incidenti, le patologie cardio-circolatorie e la cirrosi epatica^(58; 106; 114; 134; 135). Il rischio di mortalità per le donne con consumi elevati di alcol (oltre le 6 bevande al giorno) è del 160% in più rispetto a

quello delle donne che mediamente consumano meno di una bevanda al giorno, mentre il rischio per gli alcol-dipendenti uomini aumenta 'solo' del 40% ⁽¹³⁶⁾. Rispetto all'influenza dei consumi di alcol sulla salute si specifica solo brevemente come molti studi ^(128; 136; 137; 138; 139; 140) evidenzino che, sia negli uomini che nelle donne, i bevitori moderati hanno tassi di morbilità e mortalità minori non solo rispetto ai forti bevitori, ma anche rispetto agli astinenti, facendo immaginare una funzione potenzialmente protettiva dell'alcol se assunto in dosi moderate. Nella valutazione del ruolo dell'alcol nell'insorgenza di patologie anche letali è quindi assolutamente necessario considerare livelli e durata dei consumi. La complessità di questo specifico tema, dovuta anche alla quantità di patologie potenzialmente correlate all'abuso di alcol, richiede però approfondimenti e comparazioni che non è stato possibile effettuare nell'analisi della letteratura qui presentata.

Rispetto agli effetti degli abusi di sostanze, e dei comportamenti correlati, sulla salute delle donne alcune considerazioni specifiche vanno fatte per quanto riguarda il virus dell'HIV. Le donne sono più esposte al contagio dell'HIV rispetto agli uomini, perché ricorrono più spesso all'uso parenterale (iniettivo), usano sostanze con più partner, hanno frequentemente rapporti promiscui e possono ricorrere a prestazioni sessuali per ottenere la droga ^(141; 142). Rischio di contagio che permane anche nel periodo post-menopausa per le minori precauzioni adottate dalle donne consumatrici ⁽¹⁴³⁾. Vi sono inoltre differenze di genere nella progressione dell'HIV, che nelle donne degenera in AIDS con la metà del quantitativo di virus presente nel sangue rispetto a quello dell'uomo; progressione che può essere facilitata da alcol e droghe per i loro maggiori effetti sul sistema immunitario delle donne ^(144; 145; 146).

Oltre che sul piano fisico, l'abuso di alcol e droghe può avere conseguenze sulla salute psichica, come dimostrato dagli elevati tassi di co-occorrenza tra disturbi da uso di sostanze (DUS) e altri disturbi psichiatrici. È stato già accennato in precedenza come l'abuso di sostanze possa precedere, seguire o essere concorrente rispetto alla sintomatologia psichiatrica e come tale rapporto, spesso caratterizzato da un rinforzo reciproco tra disturbi, si possa comprendere solo sul piano clinico nella ricostruzione anamnestica-diagnostica dei singoli casi. Esistono però evidenze circa le specificità di genere rispetto ad alcune diagnosi psichiatriche che ricorrono con maggiore frequenza tra le donne che consumano alcol o droghe. Secondo uno studio multicentrico statunitense di qualche anno fa ⁽⁹⁶⁾ le donne con problemi alcol/droga-correlati hanno più probabilità degli uomini di presentare una comorbilità psichiatrica (72% vs 57%). Come è stato già detto le patologie più frequentemente associate a DUS nelle donne sono i disturbi ansiosi e dell'umore, il disturbo post-traumatico, i disturbi alimentari e il disturbo borderline, mentre negli uomini le associazioni prevalenti sono con il disturbo antisociale, i disturbi della condotta e il disturbo da iperattività e deficit d'attenzione (ADHD) ^(39; 67; 80; 87; 147; 148; 149; 150). Questa maggiore prevalenza di disturbi psichiatrici delle donne, rispetto agli uomini, che abusano di sostanze è stata evidenziata sul piano generale, ma anche per specifiche sostanze d'abuso. In uno studio su pazienti in trattamento per dipendenza da oppiacei le comorbilità psichiatriche erano oltre il doppio nelle donne rispetto agli uomini ⁽¹⁵¹⁾, mentre un altro studio rileva come le donne con abusi di cocaina avessero percentuali più alte di

depressione e disturbi ansiosi⁽¹⁵²⁾. Anche la comorbidità tra uso di cannabis e disturbi depressivi o ansiosi è più frequente nelle donne che negli uomini^(153; 154; 155; 156; 157; 158; 159), così come le donne con dipendenza da anfetaminici hanno tassi superiori di depressione e ideazioni suicidarie⁽¹⁶⁰⁾. Una maggiore correlazione tra disturbi affettivi, comunque più presenti nella popolazione generale femminile, e abuso di sostanze esiste anche per le donne con disturbi da uso di alcol (AUS), sebbene nelle donne questi disturbi vengono diagnosticati con più difficoltà^(96; 161; 162). È stato inoltre dimostrato che la comparsa di disturbi psichiatrici preceda la comparsa dell'uso di sostanze più frequentemente nelle donne che negli uomini^(161; 163; 164), evidenziando quindi come la sofferenza psichica si configuri per le donne più spesso come fattore predisponente e di rischio, piuttosto che come implicazione e conseguenza degli abusi di sostanze. Le donne con AUD riportano anche una frequenza di tentati suicidi fino a quattro volte superiore rispetto alle donne senza AUD⁽⁶⁸⁾. Secondo alcune recenti revisioni non è invece possibile confermare l'esistenza di differenze di genere nella correlazione tra abuso di alcol e ideazioni suicidarie^(165; 166). La comorbidità che si riscontra più frequentemente nelle donne con AUD è quella con i disturbi affettivi, in primo luogo depressione^(167; 168), che, come già detto, tende a precedere l'uso di sostanze, prefigurandosi come un tentativo di 'auto-cura', più frequentemente nelle donne rispetto agli uomini^(169; 170). I tassi maggiori di comorbidità tra uso di sostanze e depressione si registra tra le donne più povere, con meno educazione, assistite dai servizi socio-sanitari e disoccupate⁽⁶⁷⁾. Molti studi evidenziano anche come la sintomatologia depressiva accentui il *craving* da sostanze, in particolare eroina e cocaina, maggiormente nelle donne che negli uomini, aumentando quindi il rischio di ricadute e overdose e riducendo l'adesione ai trattamenti^(171; 172; 173; 174; 175; 176; 177; 178; 179). Un'altra associazione molto frequente è quella tra abuso di sostanze e Disturbo post traumatico da stress (PTSD), in cui il rapporto tra i due disturbi è bidirezionale poiché l'uso di sostanze aumenta l'esposizione a traumi e violenze, che a loro volta facilitano il rischio di sviluppare problemi droga e alcol-correlati anche in donne non consumatrici^(87; 90; 93; 94; 149; 180; 181). Infine diversi studi evidenziano il frequente rapporto tra disturbi del comportamento alimentare, prevalenti tra le giovani donne, e l'abuso di droghe e alcol^(182; 183). In uno studio su donne in trattamento per disturbi alimentari il 27% dei casi aveva un pregresso disturbo da uso di alcol, mentre il 10% di loro lo ha sviluppato durante i successivi otto anni di follow-up⁽¹⁸⁴⁾. I nessi tra i due disturbi sono molteplici e con varie implicazioni cliniche poiché, in alcuni casi, sostanze come gli psicostimolanti possono essere assunte dalle donne per togliere l'appetito e ridurre il peso corporeo mentre, in altri, il digiuno precede, amplificandone gli effetti, l'assunzione di sostanze, come nel fenomeno emerso recentemente della 'drunkoressia', in cui l'astensione dal cibo prepara episodi di abbuffate alcoliche.

Un'altra serie di conseguenze estremamente rilevanti dei consumi di sostanze nelle donne è quella legata agli effetti sulla salute dei figli. Molti studi evidenziano come l'esposizione del feto alle sostanze assunte dalla madre durante la gravidanza abbia conseguenze negative sulla salute psico-fisica del nascituro, e sui suoi comportamenti futuri, che vanno oltre agli effetti della sindrome astinenziale neonatale^(185; 186; 187; 188). Rispetto a questa

sindrome si evidenzia come il rischio di astinenza neonatale sia maggiore con gli oppiacei, ma che sia riscontrabile in neonati esposti durante la gravidanza ad alcol, cocaina e amfetamine. La sindrome da astinenza neonatale (NAS) dovuta all'assunzione di oppiacei da parte della madre durante la gravidanza riguarda dal 50% all'80% dei bambini esposti; solitamente si manifesta entro le 72 ore dopo la nascita e può continuare per diverse settimane. Questi neonati, oltre a manifestare i sintomi da astinenza, tendono ad essere maggiormente irritabili, ad avere problemi di sonno e nutrizionali e sono complessivamente più difficili da accudire degli altri bambini ⁽¹⁸⁹⁾. Vi sono poi forti evidenze che l'esposizione prenatale alle sostanze faciliti il successivo uso di sostanze, la comparsa di patologie psichiatriche e la presenza di deficit cognitivi ⁽¹⁹⁰⁾. Altri studi si concentrano sugli effetti di specifiche sostanze. I figli di donne che hanno abusato di cocaina durante la gravidanza nascono spesso prematuri e con misure corporee inferiori alla media, dimostrano una maggiore incidenza di anomalie nei movimenti, nel tono posturale e nelle funzioni cognitive, maggiore nervosismo e problemi di attenzione, oltre a mostrare minore soddisfazione e gioia durante i momenti di gioco con le loro madri ^(188; 191; 192). Anche l'abuso di amfetamine e metamfetamine durante la gravidanza può determinare nei nascituri problemi di crescita e una compromissione delle funzioni cognitive, in primo luogo di quelle mnestiche ^(193; 194). Conseguenze simili sono state riscontrate anche per l'uso di alcol in gravidanza, che determina conseguenze sullo sviluppo del nascituro come deficit di attenzione e iperattività, deficit di memoria, di apprendimento e problemi nello sviluppo socio-emozionale ⁽¹⁹⁵⁾. Tali disturbi, indotti da uso elevato di alcol, rientrano nello spettro delle sindromi alcolico fetali, ma sembra che possano essere causati anche da uso moderato. Infine è stato evidenziato come anche l'uso di cannabinoidi e nicotina in gravidanza possa determinare conseguenze nei figli sul piano comportamentale, anche se in questi casi i correlati neurologici non sono ben chiari ^(196; 197).

Negli studi sugli esiti dell'esposizione prenatale alle droghe, gli effetti a lungo termine nella prima infanzia possono però essere mediati da fattori confondenti. Per esempio, uno studio ha dimostrato che la somma di fattori ambientali di rischio, quali depressione, episodi di violenza, dinamiche familiari disfunzionali, mancanza di figure di riferimento significative, assenza di dimora stabile, incarcerazioni, eventi avversi, sintomatologia psichiatrica o uso di droghe, è più determinante per lo sviluppo del bambino di quanto lo sia la sua esposizione prenatale alle droghe ⁽¹⁹⁸⁾. Lo stesso studio ha dimostrato che nei primi 18 mesi di vita la somma dei fattori psicosociali di rischio a cui è esposta la coppia madre-bambino risulta meno influente sullo sviluppo dei figli di quanto avvenga nei mesi successivi e fino al quinto anno di età. Si è già visto e si vedrà come i fattori di rischio appena citati siano più frequenti nelle donne con consumi di alcol e droghe, in particolare nelle giovani donne ^(199; 200; 201), che possono veder compromesse le proprie capacità genitoriali ed esporre i figli a ritardi evolutivi e problemi comportamentali ^(202; 203; 204; 205; 206; 207; 208; 209; 210). Gli aspetti psicosociali che hanno un impatto negativo sulle capacità genitoriali, come i sentimenti di angoscia, l'infelicità, il senso di inadeguatezza e l'isolamento sociale, sono comuni tra le donne che abusano di sostanze ⁽²¹¹⁾. Queste donne manifestano un maggiore stress rispetto alle proprie funzioni genitoriali, sono spesso più

severe e punitive, quando non maltrattanti, e possono essere meno rispondenti ai bisogni dei propri figli^(34; 212; 213; 214; 215). Uno studio di 18 mesi post-gravidanza su donne con uso di sostanze, rilevato tramite esami tossicologici al momento del parto, ha evidenziato che nel periodo analizzato il 70% di loro ha manifestato sintomi depressivi, il 20% ha subito incarcerazioni, il 13% era senza dimora stabile, il 23% è stata vittima di violenza e solo il 13% aveva un partner stabile⁽¹⁸⁹⁾. Tra le implicazioni psicosociali dei consumi femminili vi è quella associata al maggiore stigma che colpisce le donne che consumano sostanze e che, in quanto considerate *caregiver* primari e fulcro della famiglia, vengono particolarmente colpevolizzate per ogni comportamento contrario alle norme sociali esplicite e implicite^(216; 217). Alle donne che consumano alcol e droghe viene anche attribuita una maggiore disponibilità e promiscuità sessuale, elemento questo che accresce i processi di stigmatizzazione. Ma, come già accennato, il maggiore stigma che colpisce le donne può configurarsi sia come fattore di protezione per la sua funzione deterrente rispetto alla possibilità di avvicinarsi alle sostanze psicotrope, sia come fattore di rischio perché la vergogna e il senso di colpa che ne derivano possono scoraggiare le donne dal far emergere il problema e dal richiedere aiuto^(47; 49; 60; 218).

Questa maggiore esposizione delle donne allo stigma e il loro maggiore rispetto verso consuetudini e norme, può essere uno dei motivi per cui il divario tra uomini e donne nelle prevalenze di consumo sia molto meno accentuato per le sostanze psicotrope lecite come l'alcol e gli psicofarmaci, che per quelle illecite come eroina e cocaina, ma anche cannabinoidi. Questi stessi fattori motivano probabilmente la minor frequenza con cui si riscontrano conseguenze legali e giudiziarie per le donne consumatrici che, sebbene possano ricorrere a prostituzione e piccoli furti per mantenere i propri consumi, hanno meno spesso degli uomini guai con la giustizia per spaccio e crimini contro il patrimonio o la persona^(31; 47; 219).

3.5 L'accesso ai servizi

La letteratura scientifica concorda nell'affermare che le donne sperimentano, con maggiori probabilità rispetto agli uomini, molteplici barriere di accesso ai trattamenti e inoltre che ricercano trattamenti con meno frequenza. Il tema dell'appropriatezza della cure rivolte alle donne inizia a interessare i ricercatori a partire dagli anni '70. La comprensione delle differenze di genere passa dall'analisi dell'accesso ai servizi, allo studio delle modalità di trattamento, infine all'outcome⁽²²⁰⁾.

Gli studi degli anni '80 e '90 evidenziano, come barriera principale, lo scarso riconoscimento del problema, sia come difficoltà da parte delle donne, sia da parte degli operatori (medici e assistenti sociali) che si mostrano riluttanti a indagare quest'area problematica. Questa consapevolezza porta all'attivazione di percorsi formazione e supervisione degli operatori proprio al fine di migliorare il riconoscimento. Studi degli anni 2003 e 2004 mostrano l'efficacia degli interventi formativi e rilevano un miglioramento del riconoscimento⁽²²¹⁾.

La grande mole di ricerche ha sensibilizzato gli operatori portando in alcuni casi alla progettazione di trattamenti genere-specifici, in altri casi a trattamenti affiancati da una serie di servizi aggiuntivi fondamentali per il trattamento delle donne come, ad esempio, l'aiuto nella cura dei figli e i gruppi di sostegno genitoriale.

Una review pubblicata da Green ⁽³⁵⁾ presenta lo stato dell'arte delle ricerche fino al 2005 sul tema dell'accesso ai servizi in una prospettiva di genere. Le problematiche evidenziate sono sintetizzate come segue:

- le difficoltà per le donne iniziano già in fase di riconoscimento da parte dei clinici: sebbene la prevalenza di abuso di alcol sia superiore negli uomini, le donne hanno più probabilità di chiedere aiuto, ma meno probabilità che la patologia venga riconosciuta e diagnosticata (solo la metà dei casi è adeguatamente diagnosticata) ⁽²²²⁾. Le donne, inoltre, sono spesso poco aiutata dalla loro rete sociale in quanto costituita da persone che usano sostanze ^(223; 224);
- le donne incontrano barriere nel cercare o portare a termine un trattamento con più probabilità rispetto agli uomini ⁽²²⁵⁾;
- è più facile che le donne sperimentino barriere di tipo economico ⁽²²⁵⁾;
- è più probabile che le donne abbiano difficoltà a seguire regolari sessioni di trattamento a causa delle responsabilità familiari ^(225; 226);
- fornire servizi complessi/globali (casa, trasporti, educazione, reddito) riduce l'abuso di sostanze dopo il trattamento sia tra gli uomini sia tra le donne, ma un più alto numero di donne ha bisogno di servizi di questo tipo ⁽²²⁷⁾;
- le donne riportano con più probabilità sentimenti di vergogna o imbarazzo per essere in trattamento ⁽²²⁸⁾;
- i disturbi d'ansia o le sintomatologie depressive, più prevalenti e gravi nelle donne, possono costituire un ostacolo al cercare aiuto per problemi di abuso di sostanze ^(58; 190; 226).

Molti studi rimandano a barriere di tipo pratico ed economico riportando una sottoutilizzazione dei servizi da parte delle donne ^(99; 225), inoltre evidenziano come le donne che ricevono un trattamento tendenzialmente non lo ricevono specialistico ^(99; 229); emerge che le donne cercano supporto nella medicina generale ⁽²³⁰⁾ o nella salute mentale ^(58; 222). Rispetto al canale di accesso, Brienza e Stein ⁽²²²⁾ rilevano che gli uomini tendono a entrare in trattamento attraverso i servizi sociali (di più rispetto alle donne), tendenza disconfermata successivamente da altri studi ^(43; 58) in cui emerge che le donne accedono più frequentemente ai servizi attraverso i servizi sociali mentre gli uomini accedono passando attraverso il sistema giudiziario.

Per quanto riguarda la disponibilità di trattamenti e in particolare la disponibilità di trattamenti complessi (cura, riabilitazione e interventi diretti all'uso di sostanze, a problematiche di salute mentale, problemi relativi alla casa, al lavoro, problemi economici, problemi relativi ai trasporti e alla cura dei figli) una ricerca del 2009 ⁽²³¹⁾ rileva che solo un terzo dei pazienti che mostrano bisogni complessi dichiarano di ricevere servizi per questo tipo di bisogni. Da una ricerca del 2006 ⁽²³²⁾ all'interno del programma *Teencare* –

Medicaid Tennessee (programma di intervento sanitario per adolescenti), che ha coinvolto 8.473 adolescenti nell'anno 1998, emerge che etnia e genere sono buoni predittori dell'utilizzo dei servizi (gli adolescenti bianchi e i maschi usano i servizi per le tossicodipendenze il doppio rispetto agli adolescenti neri e alle femmine). Si rileva inoltre che in media le femmine ricevono un trattamento due mesi prima rispetto ai maschi (l'identificazione, quando avviene, è più precoce). Infine, gli adolescenti in affidamento e coloro che sono seguiti dai servizi di salute mentale hanno un migliore accesso ai servizi per le tossicodipendenze: questi aspetti segnalano da una parte maggiori bisogni, ma dall'altra, una migliore capacità di riconoscimento del problema da parte dell'adulto e buone reti tra operatori di servizi diversi. Lo studio conclude sottolineando la necessità per i clinici di linee guida che includano uno screening sull'uso di sostanze.

È possibile distinguere, in generale, barriere all'accesso ai servizi di tipo intrinseco e di tipo estrinseco. Per quanto riguarda le barriere intrinseche sono state rilevate:

- la negazione del problema da parte della donna e da parte del suo ambiente familiare⁽⁸⁶⁾;
- la presenza frequente di relazioni intime con partner che utilizzano sostanze^(35; 224);
- la mancanza di motivazione al cambiamento;
- la stigmatizzazione delle persone che utilizzano sostanze, più forte per le donne;
- la percezione stereotipica del trattamento che viene ritenuto per lo più costoso, disponibile solo in ambito privato e lungo⁽²³³⁾. Inoltre sono presenti preoccupazioni circa la pesantezza e la sostenibilità del trattamento, e circa i problemi che potrebbero nascere dal fatto di essere in cura con uomini⁽²³⁴⁾.

Di seguito un elenco di barriere estrinseche rilevate da diversi studi:

- le caratteristiche strutturali dei trattamenti e le difficoltà che possono creare (ad esempio, luoghi e persone a cui affidare temporaneamente i figli, i trasporti)^(58; 190);
- questioni socio-ambientali come le relazioni interpersonali, gli atteggiamenti e le rappresentazioni sociali nei confronti dell'uso di sostanze^(99; 235; 236; 237).

Uno strumento di rilevazione

Il BTI – *Barriers to Treatment Inventory*⁽²³⁸⁾ è uno strumento di rilevazione delle barriere di accesso al trattamento composto da 59 items che rileva sia dimensioni interne sia dimensioni esterne. Di seguito l'elenco delle dimensioni o fattori che possono essere rilevate dal BTI.

Dimensioni interne:

- assenza di problema;
- supporto sociale negativo;
- paura del trattamento;
- preoccupazioni per la privacy;
- stile di vita *committed* (uso di sostanze egosintonico).

Dimensioni esterne:

- conflitto di orari (impossibilità di conciliare orari del servizio con gli impegni del paziente);
- scarsa accessibilità ai trattamenti (luoghi distanti e di difficile accesso con i mezzi);
- difficoltà di ammissione in trattamento (lista d'attesa, iter lunghi e difficoltosi);
- problemi economici.

Gli studi di validazione dello strumento ^(238; 239) riportano un'invarianza dei fattori per genere, etnia e classi di età.

Barriere in popolazioni particolari

Difficoltà ancora più estreme vengono rilevate negli studi che si sono occupati di donne in gravidanza. L'abuso di sostanze in madri o donne in gravidanza è un problema di salute pubblica, è associato a complicazioni in gravidanza, basso peso alla nascita, alto rischio di mortalità infantile, sindrome neonatale astinenziale, pratiche parentali inefficaci, abusi, *neglect*, trasmissione dell'HIV. È associato inoltre a violenza domestica, povertà, *homelessness*, abusi sessuali, disturbi psichiatrici, scarsa cura della salute ⁽⁵⁸⁾. Numerosi studi hanno dimostrato che le donne madri e le donne in gravidanza con problemi di sostanze sono tra le popolazioni che accedono meno ai trattamenti. In una situazione ancora più svantaggiata si trovano le donne povere e appartenenti a minoranze. Le pressioni a nascondere il problema sono forti, si ha una tendenza a ritardare il contatto con i servizi o a evitarli deliberatamente (paura di perdere il figlio o di ricevere sanzioni), lo stigma è maggiore, si rilevano inoltre atteggiamenti negativi da parte dei *caregivers* (è maggiore l'identificazione con il feto che porta a giudicare la situazione della donna ^(58; 240)). Hecksher e Dahl ⁽²⁴¹⁾ sottolineano l'effetto paradossale che i sistemi di protezione dei bambini potrebbero avere. Marsh e Smith ⁽²⁴²⁾ evidenziano come l'utilizzo dei servizi e l'outcome migliora notevolmente quando i servizi per le tossicodipendenze e i servizi di tutela dei minori lavorano in modo integrato.

Una survey svolta negli USA ha raccolto informazioni sulla cura negli ospedali pubblici di donne madri o donne in gravidanza dipendenti da sostanze negli anni 1998-1999 ⁽²⁴³⁾. Si rileva che le donne in gravidanza o le madri che usano alcol o altre sostanze sono spesso escluse dall'accesso ai servizi a causa della mancanza di informazioni sui costi, sulle richieste dei servizi e sulle modalità del loro utilizzo. Lo studio sottolinea la necessità di contesti che coordinino la cura per le donne e i figli in un numero limitato di luoghi, servizi che possano rispondere a bisogni molteplici come i trasporti, l'educazione sulla cura dei figli e sulle MST.

Alcune donne che usano sostanze e che sono coinvolte in attività di prostituzione sono state intervistate allo scopo di individuare le barriere di accesso al trattamento ⁽²⁴⁴⁾. La ricerca evidenzia barriere di tipo psicologico, interpersonale e sociali:

- l'autostima bassa, lo scarso senso di valore di sé;

- la mancanza di fiducia nel trattamento (si ritiene fondamentale il primo contatto con la paziente);
- l'assenza di offerta di trattamenti complessi (che possano rispondere a diversi bisogni del paziente);
- il mancato riconoscimento, da parte degli operatori, di uso di sostanze con funzione di automedicazione;
- il gap temporale tra la richiesta di aiuto e la disponibilità del servizio;
- la mancanza di servizi per coppie dipendenti da eroina (spesso la donna si mantiene e acquista sostanze per sé e per il partner).

Una ricerca svolta in Sud Africa ⁽²⁴⁵⁾ rileva come le donne povere, affette da HIV e con comportamenti a rischio (sostanze e genere), quindi, donne appartenenti a popolazioni marginalizzate, non cercano aiuto nei servizi principalmente perché non ne sono a conoscenza o perché non comprendono l'iter di accesso. Riportano inoltre altre difficoltà come la negazione del problema, esperienze negative precedenti di contatto con i servizi, la mancanza di supporto sociale e problemi economici.

Una review su 45 studi ⁽²⁴⁶⁾ mette in evidenza come il SAVA (*Substance Abuse Violence Aids*) sia una delle più potenti barriere alla cura. Il SAVA è un termine coniato per definire la concomitanza e l'intreccio di problemi di salute, problemi sociali, abuso di sostanze, violenza e HIV/AIDS, tutte componenti in sé molto problematiche, ma la cui presenza e il modo sinergico con cui interagiscono tra loro (ad esempio, il partner abusante che introduce la donna alle sostanze) portano a un eccessivo carico di malattia e disagio su popolazione molto vulnerabili.

Un'altra revisione della letteratura del 2011 ⁽²⁴⁷⁾ si focalizza sui trattamenti effettuati in comunità per la cura delle dipendenze inserite in contesto carcerario. Le donne spesso sono riluttanti nell'iniziare un trattamento, ma una volta coinvolte, sollecitano un trattamento complesso e articolato. Al fine di ottimizzare l'efficacia dei trattamenti, lo studio raccomanda programmi genere-specifici che siano in grado di lavorare sulla riduzione dell'ambivalenza, la diminuzione della vergogna, sull'aumento della fiducia e su una cura individualizzata. La fiducia nasce dalla possibilità di vedere individui simili che sono stati in grado di superare gli ostacoli e modificare la loro vita migliorandola. Altri processi di gruppo attivano percorsi terapeutici come comprensione reciproche, i feedback sinceri, la possibilità di parlare, aiuto nell'introspezione, supporto reciproco. Questo tipo di trattamento è particolarmente adatto per le donne che imparano per la prima volta a instaurare relazioni sane, comunicazioni efficaci, comportamenti socialmente adeguati.

Sebbene molti studi rilevino differenze di genere nell'accesso ai servizi, un buon numero di ricerche non rileva invece alcuna differenza di genere come, ad esempio, lo studio di Ojeda e McGuire ⁽²⁴⁸⁾ sull'uso dei servizi da parte di persone depresse che non mostra differenze rispetto al genere ma piuttosto in base all'appartenenza etnica (latini e afroamericani che utilizzano, sono ostacolati da barriere economiche e sociali come lo stigma). Un interessante studio analizza ⁽²⁴⁹⁾ l'accesso al counselling nell'ambito delle Cure Primarie, nello specifico, counselling per uso problematico di sostanze (867 donne e 320

uomini con sintomatologia depressiva). Lo studio rileva un accesso al counselling che in generale sembra limitato (13,9% per problemi di alcol e 6,6% per problemi di droga) che vede l'accesso più probabile per gli uomini e identifica nello stigma la barriera principale per le donne che chiedono meno aiuto e per i medici che non indagano questo aspetto. Altri studi^(250; 251; 252) rilevano un basso livello di riconoscimento e di trattamento (il 19% delle donne con problemi di sostanze e il 26% di donne con problemi psichiatrici). Viene dimostrato che l'aggiunta di una semplice domanda riguardante l'ultimo episodio di assunzione di alcol in setting di Cure Primarie può migliorare in modo sostanziale il riconoscimento e il trattamento^(250; 252).

Altre barriere

Altro tipo di barriere genere-specifiche sono quelle non di accesso ai servizi ma di "uscita", vale a dire l'uscita dal sistema di assistenza sociale e quindi il percorso verso l'autonomia economica in persone dipendenti da sostanze. Una ricerca svolta in California⁽²⁵³⁾ mostra come l'accesso ai trasporti e l'età siano potenti predittori del raggiungimento dell'autonomia economica sia per gli uomini sia per le donne. Lo studio identifica inoltre barriere *gender-specific*: la barriera all'autonomia che differenzia maggiormente le donne dagli uomini è il livello di istruzione: avere un diploma di scuola superiore è associato in modo significativo all'ottenimento di un lavoro per le donne mentre per gli uomini è ininfluenza. L'impatto del livello di istruzione sull'accesso al lavoro potrebbe essere una conseguenza del tipo di impiego ricercato: in generale le persone che escono dal sistema della pubblica assistenza trovano lavori di basso livello, mentre le donne di solito lavorano nel settore delle vendite, della ristorazione, negli uffici, salute e questi lavori richiedono livelli di istruzione più elevati rispetto ai lavori abituali degli uomini. Un'altra barriera è costituita da esperienze recenti di violenza interpersonale: l'esperienza traumatica ostacola il processo di autonomia^(253; 254).

Un'ulteriore barriera all'accesso ai servizi, a livello di policy e di integrazione tra servizi, viene indagata nello studio di Schmidt e McCarty⁽²⁵⁵⁾ che conduce un'analisi dell'effetto delle riforme del welfare negli Stati Uniti. I ricercatori sottolineano il bisogno, per chi valuta i servizi di welfare, di avere una visione ampia che considera le specifiche condizioni delle donne povere e madri single vedendo così l'abuso di sostanze all'interno di una cornice complessa di fragilità e disabilità (spesso appartengono a minoranze etniche, hanno scarse capacità lavorative, il capitale sociale è basso, mentre sono significative le responsabilità genitoriali). Per lungo tempo i servizi di welfare negli USA si sono occupati poco dello screening sull'uso di sostanze nei loro assistiti, di conseguenza anche i collegamenti con i servizi per tossicodipendenze sono sempre stati scarsi: gli operatori del welfare hanno sempre considerato l'argomento fuori dalle loro porte. Lo studio rileva un cambiamento di atteggiamento proprio grazie alla riforma del welfare: gli operatori vedono ora i trattamenti per problemi di alcol e sostanze come una fondamentale risorsa per la conquista dell'indipendenza lavorativa e quindi per l'uscita dal sistema di welfare.

La necessità di migliorare la capacità di riconoscimento dell'uso di sostanze emerge anche per quanto riguarda i setting delle cure primarie e delle cure neonatali: si ritiene assolutamente necessaria una valutazione dell'uso di alcol e altre sostanze da parte delle donne ⁽¹⁹⁰⁾ ad esempio utilizzando strumenti come il CAGE o altri disponibili su siti specializzati (NIAAA). Nei casi in cui la disponibilità di tempo sia molto limitata, si consiglia l'uso della domanda singola (SAQS), "Quando è stata l'ultima volta in cui ha bevuto più di 4 drink in una giornata?". Nel setting delle cure prenatali si consiglia il questionario a 4 items T-ACE, basato sul CAGE. In ogni caso, è opportuno informarsi sulle abitudini della donna prima della gravidanza e sulle sue abitudini correnti. Allo stesso modo, una domanda generale sull'uso di sostanze nella vita può essere d'aiuto e orientare verso ulteriori domande di approfondimento. Per un'indagine più strutturata, si consiglia di utilizzare il NIDA - *Modified Alcohol, Smoking, and Substance Involvement Screening Test*.

3.6 Trattamenti ed esiti

Grella ⁽²⁵⁶⁾ ripercorre lo sviluppo storico e i cambiamenti dell'approccio di genere nei trattamenti identificando quattro principali fasi storiche.

La fase del "trattamento generico": negli anni '60 si impostano i primi trattamenti, rivolti solo a uomini, e non è presente alcun riconoscimento di bisogni specifici di genere. La fase delle "differenze di genere": a partire dagli anni '70, con i movimenti femministi, si pone attenzione ai bisogni specifici delle donne nel trattamento delle dipendenze. Il focus è su aspetti biologici e psicosociali: il momento di inizio, la progressione verso la dipendenza, gli effetti fisiologici, il ruolo genitoriale. Queste attenzioni portano all'ideazione di servizi dedicati a donne gravide o madri.

La fase della "specificità di genere": negli anni '80, anche a causa del diffondersi del consumo di cocaina e dell'attenzione pubblica rivolta a questa emergenza, vengono ideati diversi servizi "ad hoc, ancillari", le comunità mamma-bambino, trattamenti sempre rivolti a donne madri o gravide. Parallelamente ai cambiamenti nei servizi si sensibilizza anche l'ambito della ricerca: nascono i primi studi di efficacia dei trattamenti genere-specifici, inoltre è del 1994 la stesura delle linee guida per l'inclusione delle donne e delle minoranze nella ricerca clinica da parte del *National Institutes of Health Guidelines* ⁽²⁵⁷⁾ con l'obiettivo di esaminare le differenze di genere sia nel trattamento sia negli esiti ^(258; 259). Le ricerche hanno dimostrato l'alta prevalenza dei problemi di dipendenza nella popolazione femminile, il significativo impatto di disordini psichiatrici in comorbilità (disturbi dell'umore, ansia, DCA), l'alta prevalenza di esposizione a traumi, problemi di salute fisica, il ruolo centrale che le relazioni con i figli, con il partner e con gli altri significativi, giocano nel problema e nel suo trattamento ⁽²⁶⁰⁾.

L'ultima fase, della "sensibilità al genere", è degli anni '90-2000: maggior attenzione al ruolo dei traumi, teoria relazionale (riconoscimento del ruolo centrale per la donna delle relazioni significative e soprattutto della relazione intima).

L'entrata in trattamento

Da una review di Green del 2006 ⁽³⁵⁾ emerge che numerosi studi si sono occupati di indagare se esista una differenza di genere nella fase di ingresso in trattamento. Le conclusioni non sono univoche, infatti alcuni studi mostrano che il genere non ha effetti sull'iniziare una terapia ⁽²²⁵⁾, mentre altri studi riscontrano un effetto di genere nella direzione di una maggior probabilità delle donne di entrare in trattamento ^(261; 262; 263). A parità di ingresso, si registra per le donne un tempo più precoce di ingresso rispetto all'inizio del consumo ⁽¹⁹⁰⁾.

Un'area di ricerca affine ha approfondito le caratteristiche dei trattamenti che potrebbero essere più adatti alle donne e quindi facilitanti la loro entrata:

- la terapia familiare si rivela adatta poiché le donne che entrano in trattamento spesso manifestano un forte isolamento sociale e hanno maggiori probabilità di avere partner che utilizzano droghe o alcol ⁽²⁶⁴⁾;
- i gruppi di trattamento di sole donne vengono preferiti perché permettono di affrontare temi genere-specifici e superare ostacoli genere-specifici come il senso di inadeguatezza del proprio ruolo genitoriale ⁽²⁶⁵⁾. I motivi che sostengono i trattamenti genere-specifici sono molteplici: la preferenza del paziente, la maggior capacità di focalizzarsi su tematiche genere-specifiche, un setting terapeutico che consente accoglienza e supporto, la possibilità di offrire servizi aggiuntivi che possono costituire una vera chiave di successo terapeutico. Caratteristiche queste molto importanti soprattutto per le donne con una storia di trauma ⁽⁹⁹⁾. Non è chiaro ancora quale sia la percentuale di donne che preferiscono trattamenti *single-gender* o in quali casi questi trattamenti siano consigliabili. È chiaro tuttavia che le donne ricevono meno trattamenti nell'arco della vita rispetto agli uomini ⁽⁹⁹⁾. Lo stigma connesso all'uso di sostanze da parte delle donne che combina un'immagine negativa della sessualità femminile e l'inadeguatezza del ruolo materno accompagnato dall'ostracismo sociale e familiare sono ragioni spesso citate per spiegare il motivo per cui le donne non richiedono il trattamento. Inoltre, quando l'uso di sostanze è condiviso in una relazione intima, la ricerca di una cura può costituire un serio rischio per la relazione. È possibile che la creazione di servizi specifici aumenti l'accesso delle donne anche se molte altre variabili possono intervenire (età, etnia, cultura, religione, orientamento sessuale, traumi, storia psichiatrica, rete sociale) ⁽²⁶⁰⁾;
- le donne sembrano più propense a interventi ambulatoriali (dove si sentono più sicure) rispetto a interventi di prossimità ⁽²⁶⁶⁾;
- nel trattamento delle comorbidità (depressione e alcolismo) si deve tener conto che nelle donne la depressione è spesso primaria e negli uomini secondaria, per cui nelle donne i disturbi vanno curati in parallelo mentre negli uomini l'uscita dalla dipendenza facilita la remissione dei sintomi depressivi ⁽¹⁹⁰⁾.

La continuità del trattamento – adesione

Anche nell'area della permanenza in trattamento i risultati delle ricerche sono discordanti: alcuni studi non rilevano differenze^(225; 267) non si riscontrano differenze tra uomini e donne^(268; 269), mentre altri studi rilevano differenze di genere identificando singoli fattori che permettono o ostacolano l'adesione ai trattamenti (fattori relativi ai pazienti e fattori relativi ai trattamenti). Anche all'interno di questo gruppo di ricerche i risultati vanno nelle due direzioni: studi che mostrano una miglior adesione per le donne e quindi un tasso minore di *drop out*⁽²⁷⁰⁾ e studi che rilevano l'esatto contrario, vale a dire un maggior tasso di *drop out* per le donne e una minore partecipazione alle sessioni di trattamento^(271; 272).

Per le donne i fattori che favoriscono la permanenza in trattamento e che quindi riducono la probabilità di *drop out* sono:

- attenzione alla salute fisica⁽²⁷³⁾;
- consulenze su violenza domestica⁽²⁷³⁾;
- servizi e aiuti che possano migliorare la mobilità delle donne e quindi consentano di superare ostacoli di natura logistica^(190; 274; 275);
- servizi e risorse per la cura dei bambini sia nel trattamento ambulatoriale^(190; 265; 273) sia nel trattamento residenziale^(274; 275);
- sebbene alcuni sostengano che la presenza dei figli possa “distrarre” le madri dal loro percorso terapeutico, molti studi dimostrano che questa opportunità aumenta la ritenzione in trattamento residenziale^(276; 277; 278; 279; 280). Si rileva inoltre che questo tipo di servizi migliora il benessere psicologico (minore depressione e maggiore autostima) rispetto alle donne che devono affidare i figli alla cura di terzi^(278; 281);
- le donne dimostrano di preferire contesti terapeutici in cui sia garantita, a loro ed eventualmente ai loro figli, sicurezza, privacy e comfort^(282; 283);
- gruppi genere-specifici che consentono una maggior libertà di espressione e confronto, di contro ai gruppi misti nei quali si rileva una tendenza a subire, chiudendosi, le prevaricazioni e le interruzioni degli uomini⁽²⁸⁴⁾;
- i programmi per sole donne favoriscono la continuità di trattamento sia in fase residenziale sia in fase post residenziale⁽⁸⁴⁾;
- la necessità di programmi genere-specifici è fondamentale per le donne più vulnerabili, come quelle con trascorsi di violenza e abuso sessuale, le donne omosessuali e le prostitute^(80; 285; 286; 287);
- la disponibilità di servizi genere-specifici, il sostegno genitoriale e la formazione professionale^(274; 276);
- i trattamenti rivolti alle donne devono prevedere una continuità assistenziale tra servizi genere-specifici⁽²⁸⁸⁾;
- diversi studi evidenziano che l'approccio dell'intervista motivazionale è efficace in diversi programmi per donne (cessazione fumo, perdita di peso, prevenzione dell'HIV) e per questo si consiglia di utilizzarla in affiancamento ad altri trattamenti^(289; 290; 291; 292).

Le donne stesse riferiscono che le ragioni primarie per cui rimangono in trattamento sono i servizi di cura della salute, il counselling sulla violenza domestica, trasporti, cura dei figli, la relazione con l'operatore.

I fattori che invece sono correlati a un maggior rischio di interruzione precoce dei trattamenti si possono sintetizzare come segue:

- la presenza di uno o più fattori di rischio, come i problemi psicologici ⁽³⁵⁾, le difficoltà cognitive, le malattie croniche (HIV/AIDS) ^(293; 294);
- l'essere sposate favorisce l'interruzione precoce dei ricoveri ⁽²⁹⁵⁾;
- le donne di popolazioni particolari, come le donne afro-americane, le donne single con basso reddito, le donne disoccupate ⁽³⁵⁾. Green sottolinea il bisogno di ulteriori ricerche per identificare accuratamente le popolazioni a rischio al fine di individuare le caratteristiche del trattamento modificabili;
- trattamenti che non considerano in modo adeguato il ruolo del trauma e della violenza nella storia delle pazienti ⁽¹⁹⁰⁾;
- l'età: l'invecchiamento della popolazione alcol-tossicodipendente pone problemi di gestione dei consumi nelle donne di mezza e tarda età ⁽⁷¹⁾.

Uno studio sui *drop out* di un trattamento della dipendenza da cocaina ⁽²⁹⁶⁾ ha esaminato i fattori di rischio di interruzione: l'essere donna, l'essere separata, funzionamento sociale/familiare povero, minor livello di istruzione. Per contro le persone con un più alto livello di istruzione e quelle con un povero funzionamento psichico rimanevano più a lungo in trattamento. Questi risultati possono dare indicazioni ai clinici perché identifichino le persone più a rischio di *drop out*.

Il fallimento delle donne in trattamento è stato attribuito anche al fatto che i programmi tradizionali di trattamento sono stati inizialmente pensati per gli uomini: gli uomini, ad esempio, hanno la tendenza a negare il problema, per cui la parte iniziale del trattamento verte su un duro esame di realtà e non sull'esplorazione dei possibili fattori ambientali che possono aver contribuito all'abuso. Le donne invece più spesso provano sentimenti di colpa e vergogna nel riconoscere il loro problema di abuso; ne consegue che gli approcci confrontazionali che aumentano colpa e vergogna si sono dimostrati inefficaci ^(284; 297).

Gli esiti dei trattamenti – le ricadute

Anche l'analisi degli esiti a lungo termine (ricadute) porta a conclusioni opposte tra loro. La review di Green ⁽²⁶⁸⁾ evidenzia che le donne che completano un trattamento sono nove volte più astinenti rispetto alle donne che non lo completano, mentre invece quando un uomo completa un trattamento, è solo tre volte più astinente rispetto agli uomini che non completano. Una ricerca su 102 donne ⁽²⁹⁸⁾ ha rilevato che un elevato numero di donne ha continuato a presentare difficoltà psicosociali (stress e depressione) nei 5 anni successivi al ricovero e ciò implica la necessità di follow-up duraturi (counselling psicologico). Molti autori hanno identificato alcuni fattori più frequentemente connessi alle ricadute: il partner che usa sostanze e l'emergere di problemi personali ^(299; 300), la presenza di traumi nella

storia passata o presente⁽³⁰¹⁾. Altri fattori connessi alle ricadute in donne con problemi di dipendenza da alcol sono la depressione, le altre dipendenze, la violenza del partner⁽²²²⁾. Altri fattori che influenzano gli esiti (*rates* di astinenza, numero di giorni con uso di sostanze in un determinato periodo) in modo diverso in base al genere sono: reddito, livello istruzione, occupazione, tipo di sostanza utilizzata, sintomi e disordini psichiatrici, stato civile, auto efficacia, storia di abuso sessuale, figli^(237; 268; 302; 303; 304).

Alcuni autori rilevano inoltre come la lunghezza degli interventi possa essere un fattore discriminante: sembra che gli interventi brevi, presso servizi sia di primo che di secondo livello, siano due volte più efficaci per le donne rispetto agli uomini. Altri autori sottolineano invece l'importanza del lavoro riabilitativo sul versante psicosociale, vale a dire interventi di rinforzo delle reti sociali e di supporto ai ruoli genitoriale, lavorativo, di cittadinanza, aspetti del trattamento che possono aiutare a prevenire ricadute e comportamenti criminali⁽³⁰⁵⁾.

Da questi studi risulta evidente la necessità di porre attenzione ai bisogni di genere e quindi la creazione di percorsi di trattamento genere specifici soprattutto per quanto riguarda i servizi "ancillari", attenzione che può aiutare a migliorare sia il processo di trattamento sia gli esiti⁽²²⁵⁾.

Esiti in trattamenti genere-specifici

I trattamenti *single-gender* danno l'opportunità di trattare temi genere-specifici come il ruolo di cura, la relazione intima, le esperienze traumatiche, le ricadute, i disturbi psichiatrici concomitanti⁽³⁰⁶⁾. Le donne potrebbero beneficiare di approcci terapeutici meno rigidi e strutturati^(60; 284). Molti studi affermano che le differenze di genere negli stili relazionali e la tradizionale dominanza degli uomini nella società sono elementi che possono influenzare negativamente il trattamento delle donne in contesti misti. Uno studio sperimentale del 2012⁽¹⁸⁾ conclude che per aumentare l'efficacia e diminuire le ricadute, i trattamenti rivolti alle donne devono considerare gli aspetti legati al peso (che mediamente cresce con l'astinenza), all'immagine corporea e a eventuali problemi alimentari. L'HSF (*Healthy Step to Freedom*) si è dimostrato efficace dal momento che affronta temi quali salute, immagine corporea, auto-efficacia, attività fisica, nutrizione, comportamenti alimentari, ecc.^(18; 307; 308; 309).

Se le donne beneficino maggiormente di trattamenti genere-specifici oppure di trattamenti in gruppi misti è tema di dibattito perché i risultati non sono univoci^(222; 310; 311; 312). Una meta analisi⁽³¹⁰⁾ su studi *single gender* conclude per l'efficacia di questi trattamenti, con un grande impatto sulla qualità della gravidanza; altri indicatori come il benessere psicologico, atteggiamenti e credenze, riduzione rischio HIV mostrano un miglioramento anche se modesto, così come si rileva un modesto miglioramento dell'uso di sostanze e della riduzione delle attività criminali. Da sottolineare però che questa analisi comprende pochi studi di confronto tra trattamenti genere-specifici e trattamenti *mixed*. Dai pochi studi comparativi tra trattamenti per sole donne e trattamenti misti si rileva che alcuni studi non riscontrano differenti livelli di efficacia^(313; 314) mentre altri studi evidenziano una

maggiore efficacia (migliore ritenzione, esiti, soddisfazione) dei trattamenti per sole donne (306; 310; 315; 316). Orwin e colleghi (310) concludono per una maggiore efficacia dei trattamenti per sole donne, in primo luogo in termini di esito delle gravidanze, in secondo luogo per ciò che concerne il benessere psicologico, i comportamenti e le convinzioni; risultano invece meno efficaci sul piano psichiatrico e giudiziario.

Da una metanalisi di studi longitudinali (trattamenti residenziali, follow-up fino a 8 anni) emerge che il genere può essere una variabile di moderazione dell'efficacia del trattamento attraverso numerose interazioni con il trattamento, le questioni penali e la partecipazione a gruppi di auto aiuto. Le donne sembrano avere migliori esiti a lungo termine, esiti legati a una più lunga permanenza in trattamento e a una contemporanea partecipazione a gruppi di auto aiuto (256).

Su alcuni aspetti genere-specifici dei trattamenti c'è accordo:

- la necessità, per le donne in gravidanza e le donne con figli, di trattamenti ad hoc che possano accogliere non solo il problema della sostanza ma anche gli specifici bisogni pratici e psicologici delle donne (58);
- l'efficacia di servizi (*comprehensive case management*) che soddisfano specifici bisogni delle donne come servizi di supporto negli ambiti genitoriale, familiare, medico, di salute mentale, lavorativo ed economico (82).

12 considerazioni e quindi dimensioni a cui porre attenzione nel trattamento delle donne in gruppi misti (317):

1. Sviluppo. Le donne sono spesso in conflitto tra l'obiettivo di prendersi cura di sé e il bisogno di prendersi cura degli altri. In alcuni casi l'uso di sostanze è connesso a obiettivi di mantenere o costruire una relazione. Il gruppo terapeutico deve promuovere idee di salute, di aiuto reciproco e possibilità di superare questo conflitto.
2. Stile di interazione. Vista la tendenza degli uomini a dominare e a dominare la discussione anche in gruppo, questa dinamica va messa a tema, discussa e rielaborata in gruppo.
3. Sessismo e relazioni con l'altro genere. La pressione dei ruoli sociali è forte (ruoli di cura, parentali, lavorativi, ecc.), in gruppo si deve parlare di stereotipi di genere e aprire alla possibilità di ridiscutere e rinegoziare le richieste ambientali troppo rigide e opprimenti.
4. Stress e *coping*. Le differenti ragioni per cui uomini o donne arrivano all'uso e abuso di sostanze vanno rilevate e discusse.
5. Comorbilità. È necessario un accurato *assessment* e inoltre va tenuto conto che se il gruppo terapeutico si focalizza unicamente sulla riduzione dell'uso, si rischia di non tener conto di altri bisogni psichiatrici ed emotivi.
6. Trauma. Tener conto delle fragilità connesse a esperienze traumatiche, rispetto alla propria storia e anche rispetto alle storie che gli altri membri del gruppo raccontano.

- Analizzare sia i traumi passati sia i processi “traumatici” che possono essere riprodotti nella dinamica di gruppo (es. la tendenza dominante degli uomini).
7. Stigma. È importante affrontare il tema “stigma” all’interno del gruppo per capire se sia di ostacolo o meno alla possibilità di parlare del problema, sia dentro sia fuori il setting terapeutico.
 8. Razza, classe sociale, genere. Le donne in trattamento espongono numerose identità, molte delle quali associate a dimensioni come oppressione e marginalità. Focalizzarsi solo sul genere rischia di oscurare altri aspetti identitari importanti di cui occorre tener conto.
 9. Maternità. Riconoscere l’importanza del ruolo di madre e, se necessario, lavorare sui concreti step per migliorare la situazione di donne che hanno perso la custodia dei figli o che rischiano di perderla. Enfatizzare e sostenere le abilità di madre. In ambiti residenziali è possibile prevedere comunità mamma-bambino.
 10. Screening. Anche i percorsi con cui si è arrivati ai servizi, differenti per uomini e donne, vanno esplorati e rielaborati in gruppo.
 11. Ostacoli logistici all’ingresso in trattamento. Vanno discussi e se possibile risolti (custodia, figli, trasporti, problemi economici).
 12. Trattamenti *single-gender* o misti. Programmi *single-gender*, che forniscono supporto pratico alle donne, trattano traumi e comorbidità e si focalizzano su temi di genere sono certamente più adatti. Va tenuto conto però che le donne non sono un gruppo omogeneo, non tutte hanno un disturbo psichiatrico in comorbidità, non tutte hanno storie di vittimizzazione o trauma. Anche se le ricerche di efficacia forniscono risultati contrastanti, si può affermare che i trattamenti *single-gender* sono più adatti ed efficaci per le donne con PTSD o storie di abuso sessuale⁽³⁰⁷⁾.

Esiti di trattamenti genere-specifici in popolazioni particolari

Pare invece che i risultati siano più chiari, nella direzione di migliori esiti per trattamenti genere-specifici, nel caso di specifiche popolazioni di donne, come le donne con un problema di dipendenza e PTSD, le donne gravide, le neomamme^(307; 310). Per le donne, e in particolare per le madri, molti approcci tradizionali (per esempio quello molto direttivo delle comunità terapeutiche) non sono efficaci⁽³¹⁸⁾. Una meta-analisi sull’efficacia dei trattamenti⁽³¹⁰⁾ ha stabilito che i trattamenti per sole donne sono efficaci, in primo luogo in termini di esito delle gravidanze e di miglioramento delle capacità genitoriali⁽³¹⁹⁾; altri studi rilevano che il migliore esito è connesso ad aspetti come la residenzialità e la lunghezza del trattamento⁽³²⁰⁾. I trattamenti che prevedono servizi per i bambini, sostegno alla gravidanza e alla genitorialità, counselling per l’HIV e facilitazioni logistiche (ad esempio, i trasporti) hanno migliori esiti in termini di ritenzione in trattamento, riduzione dei consumi ed esito delle gravidanze (cfr. modello di riduzione del danno di Wright et al.⁽³²¹⁾). Le strutture, incluse quelle miste, che prevedono servizi genere specifici, si dimostrano più efficaci di quelle standard⁽³¹⁰⁾. Solo in alcuni casi gli interventi domiciliari con donne a rischio si sono dimostrati efficaci nel migliorare le capacità genitoriali e nel sostenere lo sviluppo dei bambini, riducendo gli episodi di abbandono, trascuratezza e

abuso. Un intervento domiciliare per donne consumatrici, (basato sul modello dell'*Infant Health and Development Program* – IHDP 1990 – finalizzato a migliorare la capacità materna di identificare e gestire le difficoltà e a sostenere la crescita dei loro figli) si è dimostrato efficace nel migliorare lo sviluppo mentale e motorio dei bambini (ma non quello linguistico), sebbene fattori come la persistenza del consumo di droghe e la violenza domestica possano limitare tali miglioramenti ^(322; 323; 324; 325; 326; 327; 328).

Fattori di efficacia nei trattamenti delle donne in gravidanza o con figli:

- modello di riduzione del danno che prevede la cura perinatale per figli di donne non astinenti ⁽³²¹⁾;
- trattamento residenziale: lavoro intensivo sul “qui e ora” focalizzato sulla relazione madre-bambino, dalla gravidanza in poi al fine di aumentare le capacità riflessive della madre e la possibilità di rappresentarsi mentalmente ed emotivamente il figlio e la relazione con lui (per una descrizione approfondita del percorso di trattamento vedi Pajulo ⁽³²⁹⁾);
- percorsi terapeutici che permettano lo sviluppo del senso di sé, lo sviluppo di una *personal agency*, la possibilità di dare e ricevere supporto sociale, il coinvolgimento nel programma, l’apertura e l’espressione di sé, il riconoscimento dei pattern di comportamento distruttivi, la definizione degli obiettivi;
- la presenza motivante del figlio nel periodo di ricovero.

In sintesi

In generale si può affermare che i trattamenti specialistici per donne con problemi di abuso di sostanze si caratterizzano per alcuni aspetti (cura dei bambini, cura prenatale, sostegno familiare, presenza di sole donne, focus su tematiche genere-specifiche, cura della salute mentale, servizi aggiuntivi) che risultano positivamente correlati con il completamento dei percorsi, la ritenzione in trattamento, il buon esito delle gravidanze, l’occupazione, lo stato di salute complessivo, la riduzione dei consumi, dei sintomi psichiatrici e del rischio di contrarre HIV ⁽⁸²⁾.

Claus e colleghi in una review del 2007 concludono che nonostante l’esistenza di numerose evidenze circa la maggiore efficacia dei programmi per sole donne, per quanto riguarda i motivi che sottostanno a tale evidenza non si va oltre le supposizioni. Sembra opportuno quindi porre attenzione all’impostazione delle ricerche che attualmente mostrano numerosi limiti metodologici: range limitato di indicatori di esito considerati, mancanza di studi sperimentali randomizzati, mancanza di strumenti standardizzati, mancanza di chiare definizioni di fattori di trattamento ed esiti, campioni molto piccoli, mancanza di chiare definizioni dei programmi di trattamento, analisi statistiche superficiali, *effect size* modesti, follow-up limitati. Alcuni autori affermano che la complessità dell’interdipendenza tra consumi di sostanze nelle donne ed efficacia dei trattamenti richiede apposite ricerche genere-specifiche ⁽²⁶⁸⁾; altri autori propongono che, data la dimensione 'sociale' dei consumi femminili, la valutazione dell’esito dei trattamenti dovrebbe basarsi su ruoli e cultura di genere, più che sul genere in sé ⁽³³⁰⁾. Inoltre bisogna

considerare che la popolazione delle donne è molto eterogenea per status socioeconomico, background culturale, tipo di sostanza usata, status familiare e genitoriale, disturbi in comorbidità quindi le valutazioni di efficacia vanno fatte per sottogruppi omogenei. Vanno esaminate anche le variabili di moderazione, mediazione come ad esempio la gravità dell'abuso, i disturbi psichiatrici in comorbidità, la rete sociale e le relazioni significative, situazione lavorativa, livello di istruzione.

In ultima analisi, bisogna tener conto del fatto che i trattamenti non sono mai isolati ma spesso inseriti in un complesso sistema di cure e supporto. L'organizzazione dell'offerta di trattamenti e le implicazioni del fornire un trattamento genere-specifico in diversi setting non sono ancora ben studiati e compresi, c'è bisogno di ulteriori ricerche⁽²⁶⁰⁾.

La ricerca in questo ambito è passata da un focus iniziale sulle differenze di genere nell'assunzione di sostanze e sul tipo di dipendenza, a una comprensione più profonda di come il genere influenza la progressione dell'uso e della dipendenza, dell'utilizzo dei trattamenti e della riabilitazione. Tuttavia per una maturazione di quest'area di ricerca, per poter proporre pratiche cliniche e stimoli alla policy, è importante sviluppare strumenti validati e condurre ricerche empiriche approfondite⁽²⁶⁰⁾.

3.7 Approfondimenti

3.7.1 Il gioco d'azzardo al femminile¹

Sebbene il gioco d'azzardo abbia a lungo costituito una attività prettamente maschile, anche a causa delle barriere sociali (nonché – perlomeno in alcune epoche e contesti culturali – normative), che contribuivano a limitare sensibilmente il coinvolgimento delle donne, nel corso degli ultimi decenni lo scenario sembra essersi andato via via modificando. Il progressivo sviluppo dell'industria e del mercato del gioco legalizzato si è infatti riflesso in un significativo ampliamento e in una maggiore differenziazione dell'offerta di opportunità di gioco, che ha probabilmente favorito una maggiore accessibilità, non solo in termini concreti (territoriali e finanziari), ma anche di rappresentazioni sociali e psicologiche⁽³³¹⁾, garantendo, di fatto, la possibilità di entrare in contatto con il gioco d'azzardo anche a fasce di popolazione, come quella femminile, tradizionalmente meno interessate da questo fenomeno, o comunque poco inclini a frequentare i luoghi formalmente dedicati al gioco².

¹ Nota metodologica: nel caso del Gioco d'azzardo patologico, considerato il numero relativamente esiguo degli studi rintracciati e l'interesse ad approfondire l'analisi del tema, anche al fine di far emergere eventuali peculiarità, la ricerca bibliografica è stata ampliata aggiungendo alcune combinazioni di keywords, quali "gambling + female" e "gambling + sex". Sono inoltre stati consultati gli indici online di alcune riviste specialistiche di settore: *Journal of Gambling Issues* e *Journal of Gambling Studies*.

² Risulta a tal proposito interessante osservare come anche i messaggi pubblicitari e promozionali proposti dalle industrie del gioco appaiano sempre più mirati a incidere su questo specifico target di consumatori.

Nel commentare tale mutamento di atteggiamento e abitudini delle donne, alcuni autori hanno parlato di una “femminilizzazione” del gioco d’azzardo, sottolineando come, analogamente a quanto già riscontrato per alcol e altre sostanze, la crescente diffusione dei comportamenti di gioco nell’ambito della popolazione femminile si sia riflessa in un graduale aumento di giocatrici patologiche e richieste specifiche di trattamento avanzate da donne ^(332; 333; 334).

Benché le stime di prevalenza segnalino tuttora, rispetto al gioco d’azzardo patologico, un rapporto uomo/donna che si attesta tra 2:1 e 3:1 ^(335; 336; 337; 338; 339), e gli studi in materia tendano a confermare un maggior rischio per gli uomini di sviluppare condotte problematiche ^(332; 340), quindi, il gioco d’azzardo patologico femminile sembrerebbe configurarsi come un emergente problema di salute pubblica, anche in relazione alle possibili, peculiari, implicazioni e ricadute sociosanitarie.

Un recente studio condotto sulla popolazione canadese ⁽³⁴¹⁾ ha a questo proposito evidenziato come il gioco d’azzardo patologico sembri essere associato, nelle donne, a condizioni di salute generale complessivamente peggiori e allo sviluppo di particolari sintomatologie somatiche stress correlate (bronchiti croniche, fibromialgie, emicranie), oltre che a più elevati livelli di malessere psicologico e disturbi psicopatologici (depressione, attacchi di panico, fobia sociale, dipendenza da alcol), a un maggior rischio di ideazioni e tentativi anticonservativi e a una più marcata tendenza a richiedere supporti professionali (specifici o aspecifici) e a rivolgersi a gruppi di auto mutuo aiuto ed *help-lines*. Simile agli uomini sarebbe invece, secondo quanto evidenziato da altre ricerche, la predisposizione a sviluppare difficoltà relazionali e interpersonali, mentre parrebbe minore l’incidenza di problematiche legate all’area finanziaria, lavorativa e legale ^(117; 342; 343; 344; 345; 346; 347; 348).

Tali considerazioni, così come molte delle altre proposte nella presente sezione, non possono del resto che essere considerate come parziali e provvisorie, sia in virtù delle caratteristiche stesse del fenomeno, come si è detto in rapida e costante evoluzione, sia a causa del relativamente esiguo numero di studi e lavori finora prodotti.

Nonostante alcuni studiosi abbiano suggerito, già a partire dagli anni ’90, la necessità di approfondire la conoscenza delle specificità di genere in materia di gioco d’azzardo, anche al fine di poter progettare forme di prevenzione, intervento e trattamento più efficaci ⁽³⁴⁹⁾, infatti, a oggi sembra possibile riscontrare una certa carenza di ricerche focalizzate sull’analisi delle peculiarità di genere o su comparazioni tra campioni maschili e femminili. È inoltre necessario tener presente il fatto che molti degli studi pubblicati sono stati condotti su popolazioni cliniche, ed è pertanto possibile che i dati e le riflessioni ivi proposti non siano immediatamente estendibili alla popolazione generale e applicabili anche a forme di gioco d’azzardo sociali e non problematiche.

Tuttavia, appare comunque interessante provare a ricostruire un primo quadro d’insieme, sulla base dei dati emergenti dalla letteratura di settore.

Caratteristiche sociodemografiche e di comorbidità psichiatrica

Sebbene il numero relativamente esiguo di ricerche focalizzate sull'individuazione delle specificità di genere non abbia per ora permesso di giungere a una descrizione accurata delle caratteristiche sociodemografiche delle giocatrici patologiche, risulta possibile individuare alcuni tratti ricorrenti.

Un recente studio condotto sulla popolazione generale canadese ⁽³⁴⁰⁾, ad esempio, ha evidenziato come i livelli più elevati di problematicità fossero associati, nelle donne, a fattori quali l'età media, un livello di istruzione pari o inferiore alla licenza superiore, l'appartenenza a fasce di reddito medio-basse e lo stato civile libero.

Altre ricerche, che si sono soffermate sull'analisi delle caratteristiche delle giocatrici afferenti ai servizi specialistici di trattamento, hanno invece messo in luce, attraverso una comparazione di genere, come le donne sembrino essere di età più elevata (la fascia maggiormente rappresentata sarebbe quella tra i 40 e i 50 anni ^(36; 347)), più frequentemente sposate o con una relazione sentimentale stabile, con figli minori o comunque dipendenti da loro, coabitanti con altre persone ^(117; 342; 343; 345; 346). Per quanto riguarda la condizione lavorativa poi, se alcuni studi sembrano suggerire l'esistenza di tassi di occupazione simili tra giocatrici e giocatori patologici ⁽³⁴³⁾, altri rilevano tassi di occupazione inferiori ^(117; 345; 346).

Da un punto di vista psichiatrico, pare possibile riscontrare nei giocatori problematici e patologici di entrambi i sessi livelli di comorbidità piuttosto elevati, specie in riferimento ai disturbi dell'umore e alle dipendenze da alcol e sostanze ^(226; 350; 351). Anche in questo caso, inoltre, sembrerebbero sussistere alcune specificità di genere. Più nello specifico, se tra gli uomini si rilevano maggiori tassi di prevalenza di patologie connesse all'abuso o dipendenza da alcol e di tratti antisociali o comportamenti a rischio, tra le donne prevarrebbero disturbi d'ansia e dell'umore, oltre che ideazioni e tentativi anticonservativi ^(332; 344; 347; 348; 352; 353).

Particolarmente significativa sembrerebbe essere, a questo proposito, l'associazione tra gioco d'azzardo problematico o patologico e disturbi dell'umore, sebbene la natura di tale interconnessione non sia ancora stata sufficientemente esplorata e compresa (il gioco potrebbe rappresentare, ad esempio, un tentativo di risposta o reazione a vissuti depressivi, così come questi ultimi potrebbero invece originarsi o essere alimentati dalla consapevolezza delle conseguenze pragmatiche e relazionali che il proprio comportamento di gioco ha comportato). Proprio per questa ragione, è stata talvolta suggerita l'opportunità di indagare il tema del rapporto con il gioco d'azzardo tra le donne che richiedono un supporto terapeutico per problematiche depressive, al fine di poter rilevare precocemente l'eventuale esistenza di difficoltà o comportamenti a rischio, anche se non francamente patologici ^(349; 354).

Alcuni autori hanno ipotizzato che le differenze di genere riscontrabili in termini di comorbidità tra i giocatori patologici, in realtà potrebbero semplicemente riflettere quanto è possibile osservare nella popolazione generale ⁽³⁵⁵⁾. Altri hanno però evidenziato come le giocatrici patologiche, se comparate con donne appartenenti alla popolazione generale,

sembrano mostrare tassi più elevati di disturbi depressivi e d'ansia e di ideazioni anticonservative, oltre che una maggiore tendenza a mettere in atto condotte di dipendenza o comportamenti a rischio (uso di alcol o sostanze, disturbi alimentari, shopping compulsivo, attività criminali)⁽³⁵⁶⁾.

Il gioco al femminile: motivazioni, stili, fattori di rischio e di vulnerabilità

Come già anticipato nella revisione generale della letteratura, l'avvicinamento al gioco sembra avvenire, per le donne, in età più avanzata rispetto a quanto riscontrato negli uomini (indicativamente intorno ai 35-40 anni, contro i 26-28 anni degli uomini)^(36; 347; 349; 352; 353).

Le possibili ragioni di questa differenza non sono ancora state del tutto chiarite.

Alcuni autori hanno ipotizzato che l'inizio dei comportamenti di gioco possa collocarsi intorno alla mezza età perché connesso al mutamento dei ruoli familiari conseguente alla crescita dei figli, e ai relativi vissuti di perdita, solitudine e isolamento sociale⁽³⁵⁷⁾. Altri si sono invece soffermati maggiormente sugli aspetti contestuali e culturali, sottolineando come l'avvicinamento tardivo al gioco d'azzardo potrebbe essere funzione anche del fatto che solo di recente esso è divenuto maggiormente accessibile ed è stato socialmente riconosciuto come un'attività praticabile dalle donne, ed evidenziando come i progressivi mutamenti del mercato del gioco, favorendo il coinvolgimento delle fasce più giovani della popolazione, potrebbero di fatto contribuire nel tempo a modificare questo dato⁽³⁵⁸⁾.

Per quanto riguarda invece la progressione dei comportamenti di gioco e, in particolare, la transizione da forme sociali a condotte problematiche o francamente patologiche, diversi autori sottolineano come nelle donne sembri verificarsi un'evoluzione significativamente più rapida^(36; 350; 352; 359; 360; 361). Anche nel caso del gioco d'azzardo, cioè, così come già osservato e descritto per l'alcol e gli oppiacei, sarebbe possibile riscontrare quello che viene definito come *telescopic effect*, e che si concretizza qui in un passaggio maggiormente repentino tra gioco sociale e gioco patologico, oltre che in una riduzione del tempo che intercorre tra l'esordio sintomatico e la decisione di richiedere un intervento specialistico.

Pare del resto interessante osservare, a questo proposito, come alcuni autori, pur non negando la rilevanza delle differenze di genere, invitino a prestare attenzione a possibili semplificazioni, e propongano, sulla base dei dati da loro raccolti, l'idea che l'unico fattore direttamente correlato al genere sia costituito dall'età di esordio, mentre gli altri aspetti (durata della fase di gioco sociale e di quella, successiva, che si colloca tra il manifestarsi dei comportamenti problematici e la domanda di trattamento) sarebbero direttamente correlati all'età di esordio e solo indirettamente al genere, configurandosi piuttosto come l'esito di interazioni complesse tra molteplici fattori psicosociali⁽³⁵⁰⁾.

In maniera analoga, non risulta ancora del tutto chiaro se vi siano preferenze rispetto alle tipologie e agli stili di gioco direttamente riconducibili alle specificità di genere. Alcuni ricercatori hanno infatti proposto l'idea che anche tali preferenze siano in realtà

maggiormente legate a caratteristiche sociodemografiche, economiche, familiari e di comorbilità⁽³⁶²⁾.

Altri autori, peraltro, hanno invece ipotizzato, sulla base degli studi da loro condotti, che le donne siano maggiormente propense ad appassionarsi ad alcune tipologie di gioco (in primis bingo, VLT, lotto e lotterie)^(352; 363; 364).

Tali preferenze, talvolta messe in relazione con le caratteristiche distintive dei locali in cui questi giochi vengono praticati (orari di apertura, facilità di accesso, limitato costo delle giocate, percezione di sicurezza)⁽³⁶⁰⁾, sono più spesso state interpretate come intimamente connesse alle principali motivazioni che spingerebbero le donne verso il gioco.

In particolare, è stato suggerito che la predilezione verso i cosiddetti *lucky games*, giochi dall'esito totalmente fortuito e casuale, che non richiedono alcuna abilità o tattica di azione, possa essere correlata alla marcata tendenza, riscontrata nelle donne, a utilizzare il gioco come strumento di fuga dalla realtà, dalla quotidianità e dalle aspettative connesse al ruolo di cura che la società pare ancora attribuire loro, oltre che come strategia di evitamento di fronte agli eventi stressanti o in risposta al manifestarsi di stati affettivi disforici^(337; 363; 365; 366; 367). Allo stesso modo, l'attitudine a privilegiare sessioni di gioco prolungate, piuttosto che più frequenti, risponderebbe all'esigenza di massimizzare la funzione di evasione⁽³⁶³⁾.

È stato del resto evidenziato come nelle giocatrici problematiche sia possibile riscontrare elevati livelli di stress e scarse capacità di *coping*^(341; 368).

Anche la dimensione del divertimento, dello svago e della ricerca di eccitazione sembra poter costituire motivo di avvicinamento al gioco da parte delle donne, che talvolta vi ricorrono al fine di contrastare sentimenti di vuoto e noia o, come emerso da una indagine qualitativa condotta sul territorio australiano, con l'obiettivo implicito di ottenere una sorta di premio o riconoscimento per gli sforzi compiuti e le energie spese nel prendersi cura degli altri nel corso della propria esistenza⁽³⁶⁹⁾.

Risulta interessante a questo proposito sottolineare come la percezione di sé stesse in riferimento ai ruoli relazionali di genere culturalmente attribuiti alle donne possa variamente intrecciarsi con la motivazione a giocare d'azzardo. Se infatti, in alcuni casi, l'adesione ai modelli tradizionali di femminilità e l'assunzione dei compiti di cura rappresentano importanti fonti di stress e malessere, in altre situazioni, come accennato, sembra piuttosto essere la perdita di questi compiti e la conseguente modificazione della propria posizione all'interno degli equilibri familiari a costituire un significativo fattore di rischio⁽³⁵⁷⁾. È il caso, ad esempio, di quelle donne che si avvicinano al gioco per far fronte al senso di smarrimento, vuoto e inutilità sperimentato nel momento in cui i figli, rendendosi autonomi, escono di casa oppure quando viene a mancare la persona (partner o genitore) al cui accudimento si erano a lungo dedicate.

Tornando brevemente al tema del risarcimento, è poi possibile osservare come, talvolta, i comportamenti di gioco possano costituire una modalità, più o meno consapevole e velata, di opporsi al partner e ribellarsi ai ruoli di potere⁽³⁷⁰⁾.

La frequentazione dei locali da gioco, infine, sembra rappresentare, per le donne, una opportunità di socializzazione, o, forse più propriamente, una occasione di ritrovarsi insieme ad altre persone, sperimentando un illusorio senso di appartenenza e vicinanza, anche in assenza di reali interazioni ⁽³⁶⁹⁾.

Pare del resto esservi accordo sul fatto che vi sia una correlazione significativa tra gioco femminile (inteso soprattutto nelle sue forme ed espressioni più problematiche) e vissuti di solitudine e isolamento sociale, sebbene non sia stato ancora adeguatamente chiarito se tali vissuti rappresentino una precondizione, un fattore di rischio, o, piuttosto, una conseguenza di un eccessivo coinvolgimento nel gioco d'azzardo ⁽³³⁴⁾.

Anche gli studi sull'eventuale impatto delle differenze di genere sui fattori di rischio individuali e ambientali appaiono del resto ancora limitati. Al momento, i principali spunti di riflessione su questo tema sembrano provenire dalle ricerche condotte sulle popolazioni giovanili.

Tali ricerche, come già brevemente anticipato, sembrano in linea generale evidenziare che vi sia una maggiore probabilità per i maschi di avvicinarsi al gioco d'azzardo e di sviluppare patologie a esso correlate, probabilmente in virtù di una diversa percezione del rapporto costi/benefici, contraddistinta da una minimizzazione dei rischi e da una parallela massimizzazione delle aspettative, e di sostanziali differenze nei ruoli socialmente attribuiti e nei percorsi di sviluppo, spesso caratterizzati da una certa valorizzazione delle manifestazioni di coraggio ed abilità e da un precoce incoraggiamento verso l'assunzione di rischi, oltre che in direzione di un maggior controllo degli stati affettivi ⁽³⁷¹⁾.

L'attitudine verso il rischio (*risk taking*), del resto, viene riconosciuta, insieme alla tendenza a ricercare emozioni forti (*sensation seeking*) e all'impulsività, come un tratto positivamente correlato con la propensione a sperimentare comportamenti di gioco d'azzardo, sia nel caso degli uomini che delle donne, come conferma il fatto che le ragazze con livelli di impulsività e *sensation seeking* analoghi a quelli dei coetanei di genere maschile mostrerebbero la loro stessa probabilità di avvicinarsi al gioco ⁽³⁷²⁾.

Per quanto riguarda in particolare le donne poi, oltre agli stati depressivi e alle condizioni di solitudine e isolamento sociale, a cui si è fatto precedentemente riferimento, è stato suggerito che, similmente a quanto riscontrato nel caso delle dipendenze da sostanza, un ruolo di cruciale importanza potrebbe essere svolto dall'ambiente familiare e socio-relazionale di appartenenza, inteso sia in termini di qualità delle interazioni, sia in termini di atteggiamento mostrato nei confronti del gioco d'azzardo ⁽³⁷³⁾.

Appare inoltre interessante osservare che le giocatrici patologiche sono state da alcuni autori descritte come prevalentemente provenienti da nuclei familiari multiproblematici o con elevata incidenza di patologie psichiatriche ⁽³⁵⁶⁾, e a loro volta inclini a instaurare rapporti sentimentali e coniugali con partner con disturbi psichiatrici o dipendenza da gioco o sostanze, oppure infedeli, assenti o maltrattanti ⁽³⁷⁴⁾.

Risulta utile a questo proposito ricordare che un ulteriore, rilevante, fattore di vulnerabilità sembra essere costituito dalla presenza, a livello anamnestico, di episodi di abuso infantile

(fisico o psicologico), sebbene non sia ancora stato del tutto chiarito se tale fattore possa o meno costituire una specificità di genere. Diversi autori hanno infatti evidenziato, nei loro lavori, la presenza di elevati tassi di storie di abuso tra le giocatrici patologiche^(344; 347; 348; 352; 353; 356), ma un recente studio ha mostrato come, a differenza di quanto emerso dalle ricerche condotte su pazienti in trattamento, nella popolazione più ampia non si riscontrano significative discrepanze tra giocatrici e giocatori patologici in riferimento all'esistenza di esperienze precoci di maltrattamento; esperienze che, comunque, si confermerebbero come importanti fattori di rischio sia per gli uomini che per le donne, e sarebbero direttamente correlate con l'intensità del coinvolgimento nel gioco e con il livello di gravità delle problematiche sviluppate⁽²⁹⁷⁾.

Un altro elemento su cui gli studiosi non sembrano ancora essere giunti a conclusioni univoche è costituito poi dall'ipotetica funzione operata dalle specificità di genere in relazione agli aspetti di vulnerabilità genetica al gioco d'azzardo. Il dibattito, anzi, pare in questo caso trovarsi a uno stadio ancora iniziale, ed essere animato da posizioni almeno parzialmente discordanti tra loro.

Alcuni autori, pur non sottovalutando l'eventualità che la componente biologica possa essere mediata o amplificata dall'interazione con familiari che presentano comportamenti di gioco d'azzardo patologico, sostengono che la vulnerabilità genetica svolga un ruolo di rilievo nell'eziologia delle condotte problematiche, e che non vi siano a riguardo significative differenze – quantitative o qualitative – tra uomini e donne⁽³⁷⁵⁾. Di conseguenza, le evidenze ricavate dagli studi condotti su campioni maschili potrebbero essere estese e generalizzate anche alla popolazione femminile.

A parziale conferma di questa tesi, un recente studio ha mostrato come anche nei giocatori patologici, così come nei tossicodipendenti, sia possibile riscontrare anomalie nei meccanismi di risposta dell'asse HPA, e che, sebbene nelle donne paiano riscontrarsi livelli di deficit lievemente più marcati, le differenze di genere non risultano in realtà statisticamente significative⁽³⁷⁶⁾.

Altri autori propongono invece l'idea che i fattori genetici costituiscano un elemento saliente solo nel caso degli uomini, dal momento che nelle donne la varianza dei comportamenti di gioco potrebbe essere spiegata facendo riferimento esclusivamente a componenti relative all'ambiente condiviso e non condiviso⁽³⁷⁷⁾.

Accesso ai servizi e trattamento

In linea generale, la tendenza a richiedere un trattamento specialistico per problematiche connesse al gioco d'azzardo appare piuttosto bassa, sia tra gli uomini che tra le donne. In particolare, è stato recentemente evidenziato come spesso giocatori e giocatrici si risolvano a cercare un supporto professionale solo in seguito al verificarsi di momenti di crisi (finanziaria o relazionale) particolarmente importanti o destabilizzanti⁽³⁷⁸⁾.

Nel caso specifico delle donne poi, è stato osservato come, sebbene solitamente siano più inclini e disponibili degli uomini a richiedere trattamenti per disturbi che ricadono

all'interno dell'area della salute mentale, mostrino una certa resistenza a cercare supporto per problematiche di gioco d'azzardo patologico e, più in generale, di *addiction* ⁽³⁴³⁾.

Risulta a questo proposito interessante rilevare che gran parte delle giocatrici patologiche, nel momento in cui si rivolge a strutture o servizi specialistici, è già stata in trattamento per disturbi psicologici o psichiatrici ⁽³⁴⁸⁾. Questo dato, che indubbiamente può essere messo in relazione con gli elevati livelli di comorbilità psichiatrica riscontrati, può forse essere compreso anche in riferimento alle specifiche difficoltà che le donne incontrano nell'accedere ai servizi per il trattamento delle dipendenze patologiche e nella conseguente tendenza a privilegiare altre opportunità di cura. Più in particolare, è stato notato come spesso il senso di vergogna (talvolta associato a vissuti di inadeguatezza, relativi alle aspettative proprie ed altrui, ma anche ai ruoli di genere culturalmente valorizzati) e il timore di essere giudicate e stigmatizzate, uniti alle difficoltà logistiche connesse alla necessità di conciliare gli spazi di trattamento con i propri impegni professionali e familiari, contribuiscano a dissuadere le donne dal richiedere aiuto per problematiche connesse alla dipendenza da gioco d'azzardo ^(357; 379; 380; 381).

Coerentemente con questa considerazione, è stato rilevato che le donne sembrano comunque prediligere interventi terapeutici non residenziali, che si svolgano in orari compatibili con le loro occupazioni e abbiano luogo in strutture facilmente raggiungibili, ma soprattutto poco connotate e riconoscibili ^(342; 379). Non a caso le modalità di supporto più accessibili e maggiormente tutelanti dal punto di vista dell'anonimato e del rischio di stigmatizzazione sociale (*help lines*, gruppi di auto-mutuo aiuto) vengono utilizzate dalle donne molto più che dagli uomini ^(380; 382).

Oltre alle difficoltà connesse all'accessibilità e ai vissuti di vergogna, sono stati poi individuati altri fattori che possono scoraggiare o limitare l'accesso delle donne ai servizi di cura ^(379; 381): la scarsa consapevolezza degli aspetti patologici del proprio rapporto con il gioco; la carenza di informazioni realistiche o accurate e la presenza di stereotipi relativi al trattamento; la scarsa fiducia nella possibilità di essere supportate e di essere in grado di attivare processi di cambiamento significativi; il sentirsi in dovere di dimostrare di poter affrontare autonomamente le proprie difficoltà (convinzione che, peraltro, contrasta apertamente con i dati sperimentali, da cui emerge che sono soprattutto gli uomini a riuscire a risolvere le problematiche connesse al gioco d'azzardo senza ricorrere a un supporto professionale ⁽³⁸²⁾).

Poco numerosi sono invece gli studi orientati a verificare l'efficacia degli interventi terapeutici specialistici per il trattamento del gioco d'azzardo patologico ponendo particolare attenzione al possibile impatto delle peculiarità di genere.

Le principali eccezioni sembrano essere costituite da alcune ricerche esplorative, condotte al fine di valutare le differenti risposte di uomini e donne a trattamenti di impostazione cognitivo-comportamentale (riconosciuti tra le *best practices* per il trattamento del gioco d'azzardo patologico).

Di queste, alcune evidenziano come tra le giocatrici aderenti ai programmi terapeutici siano stati riscontrati significativi cambiamenti, sia a livello comportamentale

(diminuzione della frequenza e durata delle sessioni di gioco, oltre che dell'entità delle singole scommesse e della spesa totale), sia a livello psicologico (attenuazione dei vissuti ansiosi e depressivi, incremento dei livelli di autostima), e sottolineano come tali modificazioni siano state confermate anche nel corso delle valutazioni di follow up ⁽³⁸³⁾. Sugeriscono inoltre che gli interventi individuali possano essere più funzionali di quelli di gruppo, specie al fine di favorire il verificarsi di cambiamenti a livello di funzioni psicologiche ⁽³⁸⁴⁾ e che l'efficacia dei trattamenti possa prescindere dall'obiettivo concordato (astinenza o gioco controllato) ⁽³⁸⁵⁾.

Un'altra ricerca, nell'ambito della quale sono stati messi a confronto uomini e donne partecipanti ad un medesimo programma terapeutico (sempre di impostazione cognitivo comportamentale), ha però offerto spunti di riflessione differenti. Nello specifico, è stato osservato che gli uomini hanno apparentemente raggiunto risultati più significativi in termini di riduzione della gravità dei problemi di gioco e/o del mantenimento dell'astinenza, e hanno fornito una valutazione maggiormente positiva dell'intervento. Le donne, al contrario, sembravano ritenere come poco utili sia le metodologie adottate (es. identificazione di situazioni a rischio e di credenze erronee) che gli obiettivi individuati, probabilmente poco sintonici rispetto ai principali bisogni ed esigenze da loro sperimentati ⁽³⁸⁶⁾. Nel commentare tali risultati, gli autori hanno suggerito la possibilità che per le donne si riveli più appropriata una modalità di intervento che riservi un'attenzione specifica anche alle componenti affettive e relazionali, e che eventualmente integri l'intervento psicoterapeutico con quello farmacologico (prevalentemente finalizzato al controllo della sintomatologia ansioso-depressiva).

L'elevato tasso di comorbidità psichiatrica riscontrato tra le donne giocatrici, del resto, conferma la probabile utilità di includere anche questo aspetto (così come l'eventuale presenza di esperienze di abuso o maltrattamento), sia nella valutazione diagnostica che nella progettazione degli interventi terapeutici.

È stato inoltre messo in evidenza come un altro degli elementi precedentemente definiti come prettamente femminili, la tendenza a ricorrere al gioco per sfuggire allo stress ed alle responsabilità, possa essere utilizzato anche come spunto di lavoro nell'ambito del trattamento. Più in particolare, alcuni autori hanno sottolineato l'importanza di riconoscere e legittimare i bisogni di evasione delle donne, supportandole però anche nella ricerca di forme più adeguate e funzionali di svago ⁽³⁸⁷⁾.

Per tentare di ovviare alle condizioni di isolamento sociale e ai vissuti di solitudine, invece, è stato suggerito di privilegiare interventi di gruppo genere-specifici, nel contesto dei quali le donne possano sentirsi accolte e sperimentare sentimenti di vicinanza, accettazione ed empatia, senza correre il rischio di riattivare vissuti traumatici connessi ad esperienze di abuso, maltrattamento o atti di violenza operati da figure maschili, né tantomeno quello di collocarsi nuovamente in posizioni interazionali passive ⁽³⁸¹⁾. Interventi che, peraltro, sembrano incontrare il gradimento delle donne, le quali valutano positivamente l'opportunità di poter usufruire di spazi di ascolto comprensivo e non giudicante e

sembrano trarre beneficio dal supporto di un gruppo di pari, anche in termini di raggiungimento e mantenimento dello stato di astinenza⁽³⁷⁹⁾.

3.7.2 La prevenzione

A partire dal database qui costruito, è stata effettuata una ricerca di articoli che contenessero la parola chiave “*prevention*” sia nel titolo, sia nell’abstract. Sono stati individuati 102 articoli in totale, 7 con la parola “*prevention*” nel titolo, 95 con la parola chiave nell’abstract. 17 articoli sono stati scartati perché parlavano di prevenzione in modo generico, per lo più suggerendone l’importanza, altri 7 articoli sono stati eliminati perché, riguardando la prevenzione delle ricadute, si trattava di articoli già analizzati nel capitolo “trattamento ed efficacia”.

Di seguito una breve trattazione di come viene articolato e sviluppato il concetto di prevenzione in letteratura.

La tutela della salute dei neonati

Un numero esiguo di articoli si focalizza sull’importanza di prevenire l’uso di sostanze da parte delle donne in gravidanza al fine di prevenire la sindrome fetale alcolica e altri problemi di salute del neonato⁽⁵⁰⁾. Alcuni autori denunciano le difficoltà nel portare avanti tali programmi di prevenzione e a diffonderli nella prassi clinica.

La prevenzione dell’HIV

Alcuni articoli sottolineano l’importanza di inserire la prevenzione dell’HIV e delle MST come intervento di prassi nel trattamento della dipendenza da sostanze. Per quando riguarda i contenuti della prevenzione, ne vengono descritti alcuni aspetti:

- il lavoro sulle capacità relazionali all’interno della coppia può contribuire a riequilibrare i rapporti di potere e in ultima analisi è utile per diminuire i rapporti sessuali non protetti⁽³⁸⁸⁾;
- il contesto di lavoro privilegiato dovrebbe essere la strada, i programmi di prevenzione *community-based*⁽³⁸⁹⁾;
- l’articolo di Amaro e colleghi⁽³⁹⁰⁾ descrive un programma di prevenzione (non specifico per le donne) chiamato *Spiritual Self-Schema*, programma che prevede 8 sessioni settimanali basate sull’approccio *mindfulness*. Il programma è manualizzato e ha l’obiettivo di lavorare sull’*addiction* e sui comportamenti a rischio per l’HIV. Il programma integra strategie dell’approccio cognitivo con i principi Buddisti e le credenze religioso/spirituali del paziente. Il programma si è dimostrato efficace per i pazienti in mantenimento metadonico, sia uomini sia donne.

Una ricerca intervento ha analizzato la condizione delle donne homeless in fase di transizione dall'adolescenza all'età adulta. Per la prevenzione dell'uso di sostanze, della violenza e dell'HIV, in questo tipo di popolazione è necessario impostare programmi che prevedano un'informazione sulle regole, *skills training* e un approccio non-confrontazionale⁽³⁹¹⁾.

Un articolo descrive un modello di predizione per l'identificazione dei soggetti a rischio⁽³⁹²⁾: la prevenzione selettiva (dei comportamenti sessuali a rischio) dovrebbe rivolgersi agli uomini che in passato hanno subito abusi sessuali e, per quando riguarda le donne, a coloro che hanno sofferto di depressione. 11 articoli presentano ricerche e dati sulla diffusione del fenomeno e riportano, nelle conclusioni, indicazioni su quali potrebbero essere gli specifici target di popolazione ai quali rivolgere interventi di prevenzione (selettiva), ad esempio, donne in gravidanza, afro-americane, donne dei paesi sub-sahariani, donne con partner violenti, sud africane, utilizzatrici di cocaina.

Prevenzione della depressione e del suicidio

Riconosciuto il ruolo dell'intossicazione acuta di alcol nelle condotte suicidarie (sia per gli uomini, sia per le donne), si suggerisce di focalizzarsi sui rischi dell'intossicazione come nodo centrale per la prevenzione dei suicidi tra giovani e adulti di mezz'età. Si sottolinea l'importanza di lavorare sulle giovani donne non solo per prevenire il suicidio ma in generale per prevenire i danni alla salute⁽³⁹³⁾. Alcuni autori portano la prevenzione della depressione e del suicidio come prioritaria nel trattamento della dipendenza da sostanze, a partire dalla considerazione che non è solo l'intossicazione a essere associata a sintomi depressivi e a comportamenti suicidari, ma in generale l'uso di sostanze^(171; 394).

Prevenzione della violenza

Altre indicazioni, più o meno generiche, riguardano la prevenzione della violenza alle donne, come condizione per ridurre l'uso di sostanze^(395; 396), in alcuni casi la prevenzione della violenza è vista come un intervento di riduzione del danno in situazioni molto complesse e compromesse⁽²⁴⁶⁾.

La prevenzione dell'uso di sostanze – indicazioni generiche

42 articoli (come per l'HIV) presentano ricerche e dati sulla diffusione del fenomeno e riportano, nelle conclusioni, indicazioni sulla prevenzione spesso con un generico riferimento alla necessità di tener conto delle differenze di genere. La maggior parte degli studi parla di prevenzione dell'uso di sostanze e di alcol. Solo in un caso⁽³⁹⁷⁾ si fa riferimento specifico alla necessità di prevenire l'abuso di farmaci (analgesici e tranquillanti) da parte della popolazione femminile. La più frequente delle indicazioni è relativa a specifici target di popolazione ai quali rivolgere interventi di prevenzione (selettiva), ad esempio, persone con traumi infantili; persone con disturbi della condotta in

infanzia o adolescenza; adolescenti ⁽³⁹⁸⁾. In molti casi il target consigliato è specificatamente femminile: donne afroamericane (vs europeo-americane); donne appartenenti a minoranze sessuali; donne con disturbi psicopatologici (un modo per prevenire l'uso di sostanze nelle donne è lavorare sulla cura dei disturbi psicopatologici); donne con una rete sociale (i pari) in cui prevalgono atteggiamenti favorevoli verso alcol e cannabinoidi ⁽³⁹⁹⁾; adolescenti femmine ⁽⁵⁰⁾.

Alcuni articoli presentano indicazioni sulle tempistiche della prevenzione: si suggeriscono interventi più precoci per le femmine che pare usino di più nelle prime fasi dell'adolescenza.

Altri articoli suggeriscono contesti di intervento: il contesto universitario ⁽⁴⁰⁰⁾, quello scolastico ⁽⁴⁰¹⁾. Alcuni autori sottolineano l'importanza di effettuare screening e identificazione precoce, nell'ambito della medicina generale ^(50; 402; 403) e dell'odontoiatria ⁽⁴⁰⁴⁾, delle donne a rischio di abuso di alcol e altre sostanze, in particolare si consiglia l'uso di strumenti self report, di progetti di formazione e sensibilizzazione destinati agli operatori al fine di ridurre lo stigma e l'atteggiamento pessimistico. Sulle modalità da adottare nei programmi di prevenzione sono stati individuati suggerimenti circa l'opportunità di considerare le dinamiche familiari e le specifiche di genere ⁽⁴⁰⁵⁾, oppure ci sono articoli in cui si presenta il lavoro sul trauma e sullo stress post traumatico come percorso terapeutico indispensabile per la prevenzione dell'uso di sostanze ⁽⁴⁰⁶⁾ e del GAP ⁽²⁹⁷⁾.

La prevenzione con gli adolescenti

EUDAP è un programma di prevenzione universale rivolto agli adolescenti basato sul modello dell'influenza sociale ⁽⁴⁰⁷⁾. È un programma validato in molti stati europei. Si tratta di un percorso standardizzato in 12 sessioni rivolto a classi scolastiche di ragazzi di 12-14 anni. Il programma non è genere specifico ma le differenze di genere in termini di esito sono allo studio: i primi dati mostrano risultati differenti per maschi e femmine, in base a fattori di sviluppo e di personalità. Nel momento del reclutamento le femmine riportano un consumo maggiore di sigarette, rispetto ai maschi (e uso minore di cannabinoidi e altre droghe illegali). Al follow-up si sono registrati miglioramenti per i maschi ma non per le femmine, su tutti gli indicatori comportamentali considerati.

Interventi genere-specifici di prevenzione dell'abuso di sostanze tra adolescenti femmine vengono descritti da Schinke e Schwinn ⁽⁴⁰⁸⁾. Nello studio si confronta l'efficacia di due interventi assegnati casualmente alle ragazze: a) intervento mediato da pc (GSI), "Ragazze e stress"; b) intervento tradizionale in classe "Keep a Clear Mind". Nel primo intervento, "Ragazze e stress" le ragazze consultano un CDrom che comprende 4 capitoli: "Cos'è lo stress?", "Sostanze e stress", "Affrontare lo stress" e "Tecniche di riduzione dello stress". Ogni capitolo è introdotto da video in cui alcune ragazze descrivono le loro esperienze stressanti e le loro strategie di coping più o meno funzionali. Un'autorevole voce narrante femminile identifica in ogni sessione gli aspetti fisici ed emotivi dello stress, descrive come le sostanze possono peggiorare le situazioni stressanti e fornisce modi di reagirvi

positivamente. Il CD è interattivo ed è possibile consultarlo partendo dalle situazioni che più interessano. Il secondo intervento invece, chiamato “*Keep a Clear Mind*” è costituito da una sessione di 40 minuti condotta in classe da un’insegnante che fornisce informazioni e conduce la discussione.

I risultati mostrano che il GSI funziona meglio perché le ragazze acquisiscono un più ampio e diversificato repertorio di strategie di riduzione dello stress; meno atteggiamenti positivi (approvazione) verso sigarette, alcol e droghe; una maggior capacità di identificare strategie di *coping* disfunzionali e rischiosi per la salute; riportano inoltre una minore probabilità di consumare di sigarette, alcol o droghe nel caso in cui queste sostanze venissero offerte dalla migliore amica.

La prevenzione con i giovani adulti

Alcune ricerche condotte tra studenti universitari hanno mostrato un’associazione negativa tra alcol e attività *substance-free*, associazione significativa per le donne⁽⁴⁰⁹⁾. Gli studenti, sia uomini sia donne, riportano inoltre numerosi vantaggi sociali connessi al bere smodato (è associato ad aumento di attività sessuale e altre attività coi pari)⁽⁴¹⁰⁾. Da queste ricerche risultano alcune indicazioni utili per costruire i programmi di prevenzione:

- il coinvolgimento in attività *substance-free*;
- l’aiuto e supporto nel compensare la potenziale perdita di rinforzo sociale associata alla riduzione del consumo di alcol.

Altre indicazioni riguardano la necessità di tener conto, nei programmi di prevenzione, del genere e della differente sintomatologia depressiva al fine di identificare con precisione i soggetti maggiormente a rischio: la depressione nei maschi pare sia associata al consumo quotidiano di alcol e a un più alto rischio di *binge drinking*; nelle femmine invece la depressione sembra associata al *binge drinking* ma non all’uso quotidiano⁽⁴¹¹⁾.

In alcuni casi gli interventi sono rivolti a studenti che hanno violato le norme sull'alcol e quindi inviati obbligatoriamente a un programma di prevenzione dell'abuso di alcol. Le valutazioni di efficacia riportano una riduzione dei problemi legati all'alcol, tuttavia sottolineano il limite connesso alla mancanza di una motivazione intrinseca. Differenze di genere emergono proprio in termini di motivazione al cambiamento che pare più alta nelle donne⁽⁴¹²⁾.

In letteratura è anche presente un intervento di prevenzione (o riduzione dell’uso di sostanze e di comportamenti sessuali a rischio) rivolto a giovani donne, americane messicane, di basso reddito. Le giovani donne sono state assegnate in modo casuale a uno dei due programmi di prevenzione oggetto di valutazione: a) un workshop sul rischio e la resilienza; b) un intervento per corrispondenza di promozione alla salute. L’efficacia, valutata in base a indicatori come le conoscenze, gli atteggiamenti, le intenzioni e i comportamenti, risulta identica nei due interventi⁽⁴¹³⁾.

4. LE RAPPRESENTAZIONI DEL FENOMENO

Come illustrato nel capitolo 3, la letteratura sui comportamenti *addictivi* e sull'uso di sostanze psicoattive in una prospettiva di genere è apparentemente vasta, ma piuttosto recente: tradizionalmente, infatti, le donne sono state sotto-rappresentate negli studi e anche per questo gli effetti del consumo sulle donne sono molto meno conosciuti di quelli sugli uomini⁽⁴⁵⁾.

Una comprensione profonda e complessa del fenomeno ha subito innanzitutto il limite comune agli studi su comportamenti devianti, che spesso si concentrano su campioni di soggetti in trattamento o comunque noti ai servizi, poco rappresentativi quindi dei consumi/comportamenti, più o meno problematici, diffusi nella popolazione generale. Gli studi sulla patologia sono necessari, ma lo sono altrettanto quelli in grado di fare luce su quali sono le condizioni sociali e i contesti culturali che favoriscono l'insorgere di consumi e comportamenti *addictivi*, tanto più in un'epoca che sembra favorire l'insorgenza di una molteplicità di forme di dipendenza⁽⁴¹⁴⁾ e in cui il consumo di sostanze psicotrope, anche illegali, ha subito un forte processo di normalizzazione⁽⁴¹⁵⁾, acquisendo dunque un diffuso livello di accettabilità sociale e uscendo decisamente sia dai confini della marginalità che da quelli della giovinezza^(416; 417).

L'altro limite principale è la predominanza della chiave di lettura della "convergenza" che interpreta l'aumento dei consumi di sostanze psicoattive tra le donne nell'ottica di un'emancipazione che persegue il modello maschile, riproducendo un "discorso binario" dove le azioni femminili traggono il proprio senso solo da quelle maschili⁽⁴¹⁸⁾ e trascurando il fatto che, attraverso gli atti di consumo, i ruoli di genere, o le loro rappresentazioni culturali, vengono costantemente e attivamente costruiti e decostruiti⁽⁴¹⁹⁾. A differenza degli studi quantitativi, di gran lunga prevalenti ma poco esplicativi di cosa si cela dietro al ridursi delle distanze tra i dati di consumo, gli studi qualitativi spesso evidenziano che le donne come gli uomini attraverso i loro consumi di droghe affermano aspetti di femminilità e mascolinità sia tradizionali che innovativi⁽⁴¹⁹⁾.

La ricerca illustrata in questo capitolo intende dunque contribuire a ridurre la carenza di studi sociologici sul tema, in Italia più che mai sentita⁽⁴²⁰⁾, secondo un approccio *mixed-method*⁽⁴²¹⁾ in grado di mostrare diversi aspetti dello stesso fenomeno alla ricerca di connessioni di senso. Se è evidente, infatti, che importanti cambiamenti riguardano attualmente sia le identità di genere sia i significati sociali attribuiti alle droghe⁽⁴²²⁾, è strategico esplorare quali cambiamenti stiano investendo anche le agenzie di socializzazione, tradizionali e nuove, che allo stesso tempo riflettono le rappresentazioni sociali⁽⁴²³⁾ e contribuiscono a crearle.

Il primo studio si pone dunque l'obiettivo di esplorare la percezione del fenomeno nel mondo del lavoro, della formazione e dell'associazionismo, attraverso una serie di interviste individuali rivolte a un campione di venti informatori privilegiati. Il secondo studio rientra nel filone dei *media studies*, che si concentra su come i mezzi di

comunicazione riflettono e contribuiscono a costruire la cultura popolare, ed esplora come consumi e dipendenze vengono trattati dalle donne nella rete, osservando tre ambienti particolari: Youtube, i social network e un forum femminile.

Nelle conclusioni i risultati della ricerca saranno discussi alla luce delle principali teorie sviluppate in ambito sociologico, e in particolare negli studi culturali, suggerendo alcune implicazioni operative.

4.1 Le rappresentazioni dei testimoni privilegiati

4.1.1 Le scelte metodologiche alla base della ricerca

Criteria di selezione e quadro generale degli intervistati

L'indagine qualitativa con testimoni privilegiati ha coinvolto:

- 3 operatori della formazione professionale;
- 3 esponenti di associazioni impegnate in attività di tipo socio-assistenziale o in azioni di accompagnamento al lavoro o, ancora, nella promozione di attività ed eventi culturali sul territorio;
- 4 gestori di locali, testimoni privilegiati di quanto accade nel tempo libero serale e notturno;
- 10 intervistati provenienti genericamente dal "mondo del lavoro".

In ossequio alla dimensione regionale del progetto, va segnalato che la provenienza geografica degli intervistati è stata utilizzata come criterio di differenziazione del campione. In particolare, a fronte di 12 intervistati provenienti dal contesto metropolitano torinese, ve ne sono 8 che provengono da altri contesti (2 dall'hinterland torinese e 6 da altre province della Regione).

Gli intervistati provenienti dal mondo del lavoro sono stati, inoltre, selezionati sia in base al settore di provenienza sia in base ai profili professionali. Per quanto riguarda gli ambiti di provenienza si è prestata particolare attenzione a quelli in cui la forza-lavoro è in prevalenza femminile. Figurano, quindi, nel campione:

- due esponenti del mondo della piccola impresa;
- quattro lavoratori del pubblico impiego: provenienti rispettivamente dalla scuola, dalla Pubblica Amministrazione (Università), dalla Sanità (Azienda ospedaliera); dai Servizi socio-assistenziali (Consorzio intercomunale);
- due lavoratori delle cooperative sociali (quadri);
- un lavoratore autonomo del settore terziario: visto il focus dell'indagine è stata scelta un'estetista, figura che, non di rado, assume per le proprie clienti anche il ruolo di confidente acquisendo dunque uno status di osservatore privilegiato del mondo femminile nella sua quotidianità;
- un lavoratore dipendente del settore privato: si è scelto in questo caso il settore tessile che è al tempo stesso caratterizzato da una forte presenza di manodopera

femminile e attraversato da una crisi di lunga durata e di natura strutturale, nell'ipotesi, che come vedremo trova conferma in alcune testimonianze, che anche le dinamiche economiche possano in qualche modo avere un impatto sui consumi in generale e sui consumi di sostanze psicotrope in particolare.

Con l'intento di evitare che lo sguardo dell'intervistato fosse limitato a una singola azienda si è scelto di coinvolgere nella ricerca un lavoratore impegnato in attività sindacale e quindi in contatto con diverse realtà aziendali.

A partire da questi ambiti, la ricerca degli interlocutori si è rivolta a figure di "testimone privilegiato" inteso non come addetto ai lavori o come osservatore del fenomeno oggetto di indagine, ma come "rilevatore" del fenomeno stesso nel proprio abituale contesto di vita e di lavoro.

Per essere osservatore e rilevatore del fenomeno nel proprio contesto di vita e di lavoro le competenze possono derivare: dagli strumenti culturali di cui si è in possesso (molti degli intervistati hanno un titolo di studio universitario), dalle competenze professionali che spesso si acquisiscono a partire dalle competenze culturali (molti degli intervistati svolgono professioni e attività in ambito sociale o educativo) o infine dalle attitudini e dalle sensibilità personali (è il caso sia dei gestori dei locali sia dei lavoratori del settore privato che hanno preso parte a questo lavoro). Un ruolo importante nella costruzione delle competenze necessarie per essere osservatore privilegiato dei consumi al femminile è giocato anche dalla variabile di genere: ben 12 delle 20 interviste sono state realizzate con donne; si avrà modo di vedere nel corso dell'analisi come in queste interviste – cosa che ovviamente non avviene con gli uomini – saranno presenti riflessioni e analisi che sembrano scaturire da meccanismi di identificazione.

Il campione di questa ricerca, dunque, non è costituito da addetti ai lavori e pertanto sono pochi gli intervistati che hanno affermato di conoscere direttamente donne coinvolte in consumi problematici o in comportamenti *addictivi*. Nella tabella che segue è riportato un quadro di sintesi in cui il dato è disaggregato per sostanza o per comportamento; nella seconda colonna viene indicato il numero di interviste nelle quali sono state raccontate storie direttamente conosciute di "consumi al femminile" o di comportamenti *addictivi*.

Sostanza/comportamento	Numero di interviste in cui vengono raccontati casi conosciuti
Alcol	5
Psicofarmaci	4
Droghe illegali	2
Gioco	2
Shopping compulsivo	3
Altro	1

Questo dato è un primo importante indicatore del fatto che i consumi di sostanze legali sono oggetto di maggiore visibilità e anche, in termini di riflessioni generali, di maggiore

attenzione da parte degli intervistati. Rispettivamente un quarto e un quinto degli intervistati hanno affermato di avere avuto contatti con consumatrici problematiche di alcol e psicofarmaci; molto meno presenti nelle testimonianze sono invece le consumatrici di droghe illegali (si parla soprattutto di droghe illegali pesanti), così come le donne dedite al gioco e allo shopping compulsivo (che in un caso riguardano la stessa persona). Va infine segnalato che la voce “altro” (1 caso), è relativa a una situazione di bulimia raccontata da un intervistato.

Lo strumento di indagine: contenuti e obiettivi

Coerentemente con gli obiettivi della ricerca, finalizzata alla rilevazione dei fenomeni di consumo e dei comportamenti *addictivi* in contesti di normalità e in situazioni di accettazione sociale, è stata predisposta una traccia di intervista semi-strutturata articolata in tre macro aree.

Obiettivo della prima parte dell'intervista era quello di sondare, in primo luogo, quali fossero le fonti maggiormente utilizzate dagli intervistati per acquisire informazioni sul consumo di sostanze psicotrope e sui comportamenti *addictivi* sia in termini generali sia in relazione allo specifico della popolazione femminile. All'identificazione delle fonti ha fatto seguito in genere una descrizione dell'immagine che attraverso queste fonti poteva essere ricostruita, sia del consumo di sostanze psicotrope in generale sia, in specifico, dell'universo femminile. L'immagine ricavata dalle abituali fonti informative ha infatti un'importante valenza sia in termini soggettivi (perché restituisce qualche informazione sulla percezione del tema “consumi al femminile”) sia in termini oggettivi (in quanto dice qualcosa sull'attenzione riservata dai media, e di riflesso dall'opinione pubblica, allo specifico femminile quando si parla di consumo di sostanze psicotrope e di comportamenti potenzialmente forieri di dipendenza). Entrambe queste dimensioni sono di indubbia rilevanza quando, come nel nostro caso, ci si pone l'obiettivo di indagare se e in che misura un fenomeno e la sua percezione, costruzione e rappresentazione siano influenzati da “meccanismi sociali”.

Alla dimensione della rappresentazione e dell'immagine è stata affiancata quella della conoscenza dei fenomeni che è stata posta al centro della seconda macro area della traccia di intervista. È bene precisare qui che avendo scelto di coinvolgere testimoni privilegiati che non fossero né “addetti ai lavori” né operatori dei servizi specifici, si è prestata attenzione, più che altro, alla dimensione percettiva e alle opinioni degli intervistati in tema di sostanze e comportamenti *addictivi* maggiormente diffusi, stili di consumo, motivazioni, contesti, modalità e, infine a proposito dei livelli percepiti di problematicità e dei fattori che possono incentivare o limitare il superamento della soglia di problematicità nei consumi e nei comportamenti.

Uno degli obiettivi perseguiti in quest'area dell'intervista era quello di far emergere, sia in tema di diffusione sia in tema di abitudini di consumo (o di messa in atto di un comportamento) le specificità di genere, quando possibile per differenza rispetto a quanto avviene nella popolazione maschile. Va detto che non sempre questa operazione può dirsi

compiutamente riuscita: talvolta la realizzazione dell'intervista ha rappresentato per l'intervistato stesso l'occasione per una nuova (cioè mai praticata in precedenza) osservazione dei fenomeni oggetto di indagine e di discussione. Situazioni di questo tipo, lo si segnala perché forse il dato non è casuale, si sono verificate più frequentemente con intervistati uomini.

Le due aree sopra descritte sono state utili per ricostruire una fotografia dei fenomeni oggetto di indagine, o meglio della loro rappresentazione (a partire dalle informazioni ricevute) e della loro percezione (a partire da quanto osservato in prima persona nei propri abituali contesti di vita e di lavoro).

Sulla base dagli elementi così raccolti è stato introdotto il tema della prevenzione, avendo cura, da un lato, di valorizzare le esperienze pregresse, cioè gli eventuali progetti di prevenzione a cui gli intervistati hanno detto di avere partecipato e le relative valutazioni; e, dall'altro, di raccogliere idee suggerimenti e proposte per futuri interventi di prevenzione, quali azioni realizzare, quali attori coinvolgere, quali contenuti, linguaggi e modalità comunicative privilegiare, quali risorse mobilitare, tema quest'ultimo particolarmente sentito in una fase storica in cui, come è stato detto da più di un intervistato, sulla prevenzione si investe molto meno che in passato, privilegiando la dimensione dell'intervento di emergenza.

In generale e in estrema sintesi questo lavoro di ricerca sembra indicare che lo specifico femminile in fatto di consumi di sostanze psicotrope e di comportamenti *addictivi*:

- non sembra essere molto conosciuto in quanto tale e come caratterizzato da particolari specificità;
- non sembra essere nemmeno osservato con un'attenzione particolare (e questo vale sia per le più comuni fonti di informazione sia per la popolazione);
- forse per alcuni consumi e in alcuni segmenti della popolazione non è neanche così nettamente distinto dall'universo maschile: si vedrà come questo elemento è stato sottolineato più volte soprattutto per quanto riguarda la popolazione più giovane e il consumo di alcol nei contesti del divertimento e del tempo libero serale e notturno.

Da un lato, quanto detto sopra avverte sulla cautela da tenere nella lettura dei risultati che saranno presentati nei capitoli che seguono, evitando generalizzazioni e semplificazioni. Dall'altro, proprio alcuni dei risultati che verranno esposti nelle pagine che seguono sembrano suggerire l'opportunità di ulteriori approfondimenti.

Proprio i principali risultati della ricerca rendono evidente la necessità di proseguire su questo cammino di ricerca, concentrandosi su alcuni focus specifici (ad esempio sulle "storie di consumo socialmente compatibile") che richiedono strumenti e approcci metodologici specifici (ad esempio, l'osservazione non partecipante in alcuni contesti di consumo).

Analisi dei dati

Le interviste sono state tutte integralmente trascritte dal ricercatore stesso e in seguito codificate con l'ausilio di un software specifico per l'analisi dei testi, Atlas.ti, che soprattutto in presenza di grandi quantità di dati:

- diminuisce il rischio di trascurarne o perderne alcuni;
- rende tracciabile il processo di codifica e quindi permette il confronto con altri ricercatori sulle modalità utilizzate;
- permette il continuo ricorso ai dati, in un'ottica di riflessività del ricercatore, che durante il processo di analisi e di scrittura può agilmente tornare ai dati originari per verificare ipotesi nate in itinere.

La codifica è avvenuta secondo un approccio che almeno in parte può essere rimandato alla *Grounded Theory*⁽⁴²⁴⁾. In particolare, di questa teoria si è utilizzato il principio di lasciare emergere i significati dai dati stessi, senza partire da ipotesi precostituite che avrebbero potuto condizionare la lettura, la selezione e l'interpretazione dei contributi raccolti.

4.1.2 Sostanze e comportamenti nei discorsi degli intervistati

Dati generali

La tabella che segue riporta alcuni dati quantitativi relativi alla presenza delle diverse sostanze e dei diversi comportamenti nell'insieme delle interviste: il dato inserito nella prima colonna è relativo alle enunciazioni di una determinata sostanza o di un determinato comportamento, cioè alle volte in cui essi sono stati citati, non necessariamente nell'ambito di una riflessione articolata, ma anche solo a titolo esemplificativo o nell'ambito di una enumerazione. Nella seconda colonna è invece indicato il numero di interviste (su un totale di 20 realizzate) in cui una sostanza (o un comportamento) è oggetto di analisi e riflessioni da parte dell'intervistato.

Sostanza/comportamento	N. ricorrenze	N. interviste
Alcol	453	20
Psicofarmaci	86	12
Cannabis/Marijuana	58	16
Cocaina	32	8
Eroina	17	7
Droghe sintetiche	8	7
Tabacco/sigaretta	13	7
Gioco	107	16
Sindrome da acquisto compulsivo	24	5

La tabella contiene valori indicativi ed è rappresentativa delle tendenze più rilevanti, pertanto richiede alcune precisazioni.

Individuazione delle sostanze e definizione dei consumi addictivi

Per quanto riguarda le sostanze va segnalata una criticità lessicale e terminologica, infatti non sempre gli intervistati hanno parlato delle sostanze psicoattive illegali identificandole con chiarezza: molto spesso, soprattutto nel ragionare su questioni quali le motivazioni di avvicinamento e la problematicità del consumo, sono state usate espressioni come «la droga»¹ o «le droghe» che non sono state considerate nella tabella. Diverso è il discorso che riguarda le droghe sintetiche che qui sono state conteggiate perché, anche se oggetto di un numero di riflessioni abbastanza limitato (contenute in otto interviste) rappresentano una sostanza chiaramente identificata ed esplicitamente associata ad alcuni gruppi di consumatori (prevalentemente giovani) e ad alcuni contesti (le discoteche e i locali del tempo libero serale e notturno).

Come si può vedere i comportamenti di consumo rispetto ai quali sono state raccolte più informazioni sono quelli relativi alle bevande alcoliche (unica sostanza di cui hanno parlato tutti gli intervistati) e a psicofarmaci, accomunati dal fatto di essere legali, facilmente accessibili (la necessità di prescrizione medica per gli psicofarmaci ne limita nei fatti l'accessibilità solo parzialmente) e soprattutto socialmente accettati. Al contrario, le «droghe pesanti» più conosciute, eroina e cocaina, sono state oggetto di riflessione in un numero limitato di interviste; consumi di questo tipo, in realtà, sono maggiormente visibili per gli operatori dei servizi specifici.

In posizione mediana tra le sostanze legalmente permesse e socialmente accettate e quelle illegali e “poco viste” si colloca la cannabis (argomento di riflessione in 16 interviste) sempre associata a determinati target e contesti di consumo (ancora una volta i giovani e il tempo libero serale e notturno) raramente connotata come sostanza il cui consumo rappresenta un problema: perché ciò avvenga è necessario il consumo costante e continuo di elevate quantità.

Questa iniziale disamina sembra confermare l'ipotesi di partenza: vi è un'area di consumo normale e socialmente accettato: le tre sostanze presenti in quest'area sono l'alcol, gli psicofarmaci e, con qualche distinguo, la cannabis. Alla percezione di queste sostanze e del loro consumo nella popolazione femminile piemontese sarà dedicata specifica attenzione nei prossimi capitoli.

Una notazione in tema di sostanze va fatta sul tabacco, sostanza che non rientra tra quelle oggetto della presente ricerca, ma che qualche intervistato ha citato sottolineando che si tratta di una sostanza poco percepita come problema. Addirittura, dice un'intervistata, il fumo non è visto come «dipendenza», ma come «abitudine» e addirittura un «alibi» che autogiustifica la sua stessa diffusione trans-generazionale.

Il fumo di sigaretta non è mai visto né percepito come dipendenza. Il genitore fumatore giustifica se stesso anche attraverso il fatto di permettere ai figli di fumare. Questa è una cosa che ho affrontato nei laboratori con i genitori nel

¹ Le virgolette caporali si riferiscono a termini o espressioni citate letteralmente dagli intervistati.

progetto Edu-care sulle politiche antidroga dove ci veniva chiesto di aiutare i genitori a considerare una dipendenza anche il fumo delle sigarette e invece soprattutto nei fumatori non si riusciva a superare questa cosa. Era il loro alibi per dire no, questa non è una dipendenza, è un'abitudine, ma non una dipendenza. [Intervista n. 2 – Docente, Formazione Professionale].

Eppure, come sostiene un altro intervistato, che segnala tutta la pericolosità del fumo anche in termini *addictivi*, è proprio nel mondo femminile e in particolare nella popolazione giovanile che questo tipo di dipendenza sta diventando oggi più visibile, quasi per ragioni “simboliche” che attengono al superamento della subalternità di genere:

Il fumo, che oggi non è considerato ovviamente una sostanza – anche se la dipendenza da nicotina mi sembra che sia oramai conclamata, forse di più che non la dipendenza da sostanze considerate tossicologicamente proibite. Anche quel fenomeno lì, secondo me, è molto di più al femminile che non al maschile. È un po' come darsi un tono, darsi una rivalsa, di ruolo, un caricarsi un po' per difendersi da un'immagine debole che fino all'altro ieri c'era del genere femminile. [Intervista n. 9 – Operatore, Consorzio Socio-Assistenziale]

Identificazione e definizione dei comportamenti addictivi più diffusi

Per quanto riguarda l'elenco dei comportamenti va invece detto che esso non è esaustivo di tutti i comportamenti e le azioni che gli intervistati hanno associato al concetto di dipendenza.

Gioco e shopping compulsivo sono chiaramente identificati e codificati come dipendenze e, al pari di quanto avviene tra le sostanze per alcol, psicofarmaci e cannabis, sono socialmente accettati. Relativamente al gioco, in più di un'intervista è stato sottolineato come criticità il fatto che il gioco (lotterie, slot machines e videopoker) sia al tempo stesso legale (addirittura fonte di entrata per lo Stato come hanno sottolineato in molti) e molto accessibile.

Contigue, invece, alle riflessioni sullo shopping compulsivo sono quelle di due intervistati che hanno identificato comportamenti degni di attenzione sempre nella sfera del possesso di beni, del loro acquisto e delle proprietà.

In un caso è stata segnalata maggiore propensione delle donne verso il credito al consumo;

Vedo una grande prevalenza della donna rispetto al maschio nel ricorrere alle società finanziarie. Nella generalità dei miei clienti la stragrande maggioranza delle pratiche di finanziamento che dobbiamo gestire noi perché c'è la trattenuta del quinto dello stipendio, oppure c'è il pignoramento, riguarda donne. Non soltanto donne che sono in una situazione familiare difficile, la donna sola con i figli, ma anche proprio di donne che vivono in un contesto familiare tutto sommato tranquillo. [Intervista n. 3 – Imprenditore]

Analogamente importante è dare conto qui di quella che un'intervistata ha chiamato «dipendenza dalle cose», facendo riferimento non tanto all'acquisto compulsivo, ma allo spasmodico desiderio di possedere determinati oggetti, in genere altamente tecnologici o comunque appartenenti alla categoria dei beni di moda o di lusso.

In casi come questi l'acquisto di un bene è da un lato legato al desiderio di ostentare il possesso, quasi come uno status symbol usato per affrancarsi da una condizione sociale umile, e dall'altro è letto come il segnale dell'incapacità di compiere scelte autonome che tengano in considerazione il proprio gusto e la propria oggettiva situazione, più che non i messaggi mediatici e le tendenze della moda:

Sempre pensando alle storie raccontate c'è un'altra dipendenza: è la dipendenza dalle cose. Mi affranco da una condizione sociale bassa con le cose: il telefonino fighissimo, la macchina di lusso, il vestito griffato. Ci sono tutta una serie di cose, proprio cose da cui c'è dipendenza, nel senso che non c'è la capacità di staccarsi da quella roba lì e dire ma io scelgo altro, proprio dipendere dal senso comune, dalla tendenza comune. [Intervista n. 16 – Quadro, Cooperazione sociale]

Vi sono poi altri comportamenti per i quali un'operazione di mero computo delle ricorrenze simile a quello realizzato nella tabella è impraticabile, perché troppi sono i nomi associati a quel comportamento. È innegabile però che il concetto di dipendenza possa andare ben oltre le sostanze e i comportamenti sopra elencati e possa abbracciare molti ambiti dell'agire individuale e sociale.

Vi è anzitutto il tema dell'uso delle nuove tecnologie, dai social network ai cellulari, che è così definita da un intervistato:

Per la mia concezione di sostanza che non è solo la sostanza ma anche l'uso del cellulare piuttosto che del computer, di Facebook [...]. Per me abuso è abuso di una qualsiasi di queste cose qui usate in maniera impropria [...] cioè un uso di Facebook che va oltre alle due-tre ore al giorno, secondo me, è una dipendenza [...]. [Intervista n. 9 – Operatore, Consorzio Socio-Assistenziale]

L'argomento è stato trattato in sei interviste, dunque le informazioni raccolte non sono molte in termini di volume/quantità. Gli intervistati che affrontano questo tema si limitano a fornirne una propria definizione o rappresentazione. Infine, su questo tema più che su tutti gli altri, l'analisi quasi mai è stata svolta "al femminile" in maniera esplicita, senza equivoci e con eventuali letture di analogie e differenze rispetto al mondo maschile, mentre è ricorrente il fattore generazionale che chiama in causa principalmente i giovani. Per tutte queste ragioni il tema non è oggetto specifico di questo rapporto di ricerca, pur nella consapevolezza che è di grande attualità e che meriterebbe approfondimenti specifici.

Infine, anche l'ambito relazionale può essere uno spazio occupato da comportamenti di tipo *addictivo* o comunque di compulsività. È questa l'origine della cosiddetta doppia dipendenza⁽⁴²⁹⁾, che vede sommarsi alla dipendenza da una sostanza quella dal partner, tema citato trasversalmente dagli intervistati ma non approfondito. La dipendenza affettiva

non riguarda solo le donne vittime di maltrattamenti, ma anche coloro che condizionano, ad esempio, le proprie scelte professionali alla volontà del partner, rischiando, e a volte subendo, gravi perdite dell'autostima e della capacità di essere protagoniste della propria vita:

C'è questo problema delle donne maltrattate che continuano a essere legate, in una sorta di dipendenza psicologica, una soggezione che hanno nei confronti dei partner. Continuano a mantenere in piedi una relazione nella quale subiscono maltrattamenti.

La forma del maltrattamento è quella che balza agli occhi immediatamente però c'è anche il tema delle scelte lavorative. Molte donne lavorano per tanto tempo in attività che sono del marito, del compagno e poi vengono lasciate e si ritrovano da sole, ma rimangono legate psicologicamente a quell'esperienza che ricordando come bella, colpevolizzandosi per non avere funzionato, per avere fatto scappare il partner, per non averlo meritato.

Poi ci sono quelle donne che scelgono di stare a casa dal lavoro perché il marito lo chiede, non potendo sopportare che la moglie continui a lavorare [...] poi con un reddito solo non ce la si può fare, ma lei continua a non cercare il lavoro. [Intervista n. 8 – Operatore, Associazione]

4.1.3 Consumi e comportamenti al femminile: informazione, visibilità e percezione

Fonti e livelli di informazione

Le fonti informative segnalate possono essere collocate in due grandi categorie: da una parte vi sono le fonti documentali, di cui la persona è fruitore passivo; dall'altra fonti informative che hanno una base di natura esperienziale, sono costruite, cioè, a partire dall'azione della persona e del suo interagire con altre persone, con la realtà delle storie di consumo, dipendenza e comportamento *addictivo* o con il contesto, cioè con altri punti di osservazione dello stesso fenomeno.

All'interno delle due tipologie si possono individuare fonti differenti, caratterizzate ciascuna da diversi livelli di approfondimento e di approccio al tema. Così tra le fonti di natura documentale trovano posto i mass media (soprattutto quotidiani, settimanali e siti web), ma anche alcune testate di settore che hanno un'attenzione consolidata ai temi del consumo e della dipendenza da sostanze psicotrope (sono state citate la testata *Fuoriluogo* e «i siti sulle politiche antidroga») o che trattano in particolar modo il tema delle professioni sociali e sanitarie (ad esempio *Animazione Sociale* e *Prospettive sociali e sanitarie*). Analogamente ascrivibili a questa categoria sono, infine, i «rapporti e le ricerche ufficiali che vengono prodotti sia a livello locale sia a livello nazionale» e gli «studi sulle donne» di cui si viene a conoscenza «frequentando le istituzioni di parità».

Nella categoria fonti esperienziali può rientrare, in primo luogo, l'osservazione diretta di quanto avviene su un territorio: «basta guardarsi attorno», come segnala un'intervistata,

per vedere che alcuni consumi (l'alcol) e determinati comportamenti (il gioco) «sono in forte aumento» in una zona fortemente segnata dalla crisi economica e da pesanti perdite occupazionali che hanno coinvolto soprattutto le donne. Anche il tempo libero serale e notturno può essere oggetto di osservazione diretta e anche da lì, come ci hanno raccontato i gestori dei locali, si acquisiscono informazioni interessanti osservando sia i clienti sia coloro che nei locali lavorano per la realizzazione di concerti e spettacoli (soprattutto tecnici e musicisti, in maggioranza uomini).

Anche un social network come Facebook, può rappresentare una fonte informativa, un contesto dalla cui osservazione è possibile vedere, sia pure in un ambiente virtuale, sempre più spesso foto di ragazze molto giovani e «molto ubriache, coricate per terra che non ce la fanno più».

Se alla dimensione esperienziale si aggiunge l'elemento relazionale (facendo qui riferimento al rapporto interpersonale non agito esclusivamente in maniera virtuale) si perviene all'identificazione di un'altra sotto-tipologia di fonte informativa che, in realtà, è anche quella che gli intervistati hanno citato con maggiore frequenza, affermando molto spesso che le informazioni delle quali sono in possesso in tema di consumi e comportamenti *addictivi* derivano da quanto viene detto da altri che possono essere persone che vivono e lavorano in luoghi da cui è possibile osservare, con un ruolo più o meno istituzionalizzato, un territorio e le dinamiche che in esso si sviluppano:

Le informazioni le recepisci anche dalla rete locale: le associazioni, la scuola, le parrocchie, i circoli culturali, le associazioni sportive e gli operatori di strada che sono delle figure meno istituzionali e che quindi possono anche più facilmente agganciare la realtà dei giovani quindi anche delle ragazze e delle donne del territorio. [Intervista n. 9 – Operatore, Consorzio Socio-Assistenziale]

Sul fronte “esperienziale” e “relazionale” vanno collocate anche le informazioni acquisite tramite:

- il contatto con gli operatori dei servizi specifici (molti intervistati hanno sottolineato l'importanza del «lavoro di rete»);
- il rapporto diretto con le persone che vivono in prima persona consumi o di comportamenti *addictivi*;
- il racconto di persone che non vivono in prima persona il consumo o il comportamento *addictivo*, ma lo percepiscono nel quotidiano di familiari e parenti: non sono state infrequenti, ad esempio, le testimonianze di operatori della formazione professionale o della cooperazione sociale che nella loro interazione quotidiana con ragazzi in età adolescenziale abbiano sentito raccontare del consumo di sostanze psicotrope o, meno frequentemente, di comportamenti *addictivi*. Sulla base delle testimonianze raccolte, questo racconto quando è riferito alle madri riguarda in particolare l'uso di psicofarmaci (soprattutto ansiolitici e antidepressivi), che, essendo associato, a una situazione patologica o di malessere, viene percepito come «normale».

Tornando alla categorizzazione delle fonti informative all'origine dello sviluppo di questa analisi, si ritiene importante sottolineare che le due categorie – documentale ed esperienziale – possono essere utilizzate talvolta in maniera complementare: ciò accade più frequentemente per coloro che svolgono professioni o attività afferenti al sociale.

Un po' di informazioni le ricaviamo da documenti, articoli che troviamo su riviste specializzate come possono essere quelle che incontriamo nei luoghi del nostro lavoro, oppure da altri operatori che si occupano più nello specifico di accompagnare persone che hanno avuto esperienze di dipendenza. Altre informazioni le maturiamo, a parte da quello che possono essere i giornali, però quelle su cui ci basiamo di più sono quelle che riscontriamo dai racconti delle persone che accompagniamo nei loro tragitti verso il lavoro o nel lavoro perché chi viene da noi per trovare il modo di agganciare opportunità lavorative porta con sé tutte le dimensioni del proprio vivere e quindi ci dà informazioni anche su quelle che sono le esperienze e le conseguenze che hanno a che vedere con le dipendenze. [Intervista n. 8 – Operatore, Associazione]

È interessante notare come altre riflessioni contenute in questa stessa intervista mettono in evidenza la superficialità delle informazioni divulgate dalle fonti documentali generaliste e quindi la loro poca utilità quando si tratta di intervenire sui fenomeni di consumo e sui comportamenti *addictivi*. In sostanza le informazioni provenienti dai mass media sono ritenute assolutamente insufficienti per la comprensione dei fenomeni e da usare in maniera complementare alle informazioni provenienti da fonti “specialistiche” e a quelle ricavate dall'esperienza quotidiana di lavoro:

Diciamo che dai giornali non troviamo molto, inchieste vere e proprie in questo momento non riesco nemmeno a ricordarmele. Di dati che possono essere utilizzabili in una professione come la nostra dai giornali non ne ricaviamo se non dati scandalistici, per attrarre l'attenzione del lettore ma dati elaborati, pensati, che non siano solo lo scoop sembra di no. Si parla di fenomeni come la cocaina trovata nelle acque del Po cose che danno un'idea, ma non è che ce ne facciamo poi molto. I giornali purtroppo usano così i dati e non sono questi i dati a cui possiamo fare molto riferimento. Possono servire per capire un fenomeno, un trend, le linee generali di un fenomeno che si evolve, che cambia nel tempo però non è sufficiente. [Intervista n. 8 – Operatore, Associazione]

Coloro che, invece, si percepiscono come distanti anagraficamente e socialmente dai luoghi e dai contesti percepiti come di consumo si fermano, solitamente a fonti documentali di tipo generalista:

Sui giornali, sentendo in giro, anche di recente, mi pare che si insista molto sulla diffusione sempre più ampia tra le ragazze dell'abuso di alcol. Non ne ho una grande sensazione, data l'età e la mia cultura. Io ho sempre frequentato

pochissimo discoteche e Murazzi e quindi non credo di avere il polso della situazione. [Intervista n. 3 – Imprenditore]

A meno che, come in un caso specifico che in qualche modo rappresenta un'eccezione, il ruolo genitoriale (non a caso il ruolo materno) renda particolarmente sensibile a fenomeni che si conoscono poco, ma che destano preoccupazione. È il caso di un'intervistata, madre di una ragazza adolescente che, anche attraverso fonti informative di natura specialistica cerca di acquisire informazioni non tanto sui fenomeni di consumo, in termini di diffusione e pericolosità quanto, da un lato, sul reale livello di pericolosità di alcune bevande «che girano alle feste del liceo» in cui l'alcol è mischiato a sostanze stimolanti e, dall'altro, «sui passaggi e sui meccanismi di quella fase di formazione della personalità», quasi percepiti come snodo-chiave che l'avvicinamento a certe sostanze potrebbe danneggiare in maniera grave.

In base al diverso utilizzo delle fonti informative è possibile disegnare, all'interno del nostro campione, alcune categorie:

- “Poco informati” (5 intervistati): sono coloro che si procurano le informazioni sul consumo di sostanze psicotrope e sui comportamenti *addictivi* soltanto da fonti informative documentali di carattere generale.
- “Attenti” (3 intervistati): chi pur senza arrivare a ottenere informazioni da esperienze dirette (di osservazione o di relazione) utilizza fonti documentali di natura specialistica.
- “Mediamente informati” (5 intervistati): coloro che affiancano a fonti documentali generaliste fonti esperienziali basate sull'osservazione diretta di alcuni contesti.
- “Esperti” (7 intervistati): coloro che sono in possesso di informazioni ricavate da fonti documentali specialistiche e da fonti esperienziali di natura relazionale.

La categoria di appartenenza influenza il patrimonio di informazioni di cui si è in possesso, la conoscenza specifica dei “consumi al femminile” e, per alcuni aspetti, la valutazione delle informazioni che si ricevono non per via esperienziale.

Ad esempio, coloro che prima sono stati definiti “poco informati”, riflettendo su ciò che ricordano di quanto hanno letto o sentito, fanno riferimento quasi esclusivamente a notizie che attengono al fenomeno in generale, come ad esempio la notizia relativa all'inquinamento da cocaina e da cannabinoidi ripresa dalle principali testate nazionali nel novembre 2012² o la “nuova moda dello sballo” che consiste nell'assunzione di alcol per via oculare³. Molto poche sono, in questa categoria, le informazioni relative allo specifico femminile, spesso frutto più della memorizzazione di stereotipi: «la casalinga che beve per

² Cfr. <http://www.lastampa.it/2012/11/17/cronaca/droga-anche-nell-aria-tra-le-grandi-citta-nessuna-e-come-torino-XQaEfUPtA2QdNxmmjNlhtK/pagina.html>.

³ Cfr. <http://www.lastampa.it/2011/01/20/scienza/benessere/lifestyle/vodka-negli-occhi-la-nuova-pericolosa-moda-alcolica-pk4y52UBkqaqLzSD2FB1PO/pagina.html>.

solitudine» o «la donna che quando è in depressione sfoga la sua voglia di coccolarsi andando a fare shopping e a comperare le cose più assurde».

Gli “attenti” mostrano, invece, una propensione a non soffermarsi tanto su notizie generali enfatizzate con toni scandalistici e da scoop, ma a cogliere lo stile comunicativo (esprimendo implicitamente una valutazione non positiva). È quanto accade nel caso di un’intervistata che dopo aver affermato l’inesistenza di una specifica attenzione ai consumi femminili sia da parte delle testate generaliste che da parte di quelle specialistiche sostiene:

Il fenomeno in generale viene presentato come grave colpa che porta a un danno sociale, come qualcosa che deve essere penalizzato fortemente e che ha come prevenzione la repressione. Una piaga sociale, viene chiamato così, il linguaggio è molto forte. [Intervista n. 7 – Operatrice, Associazione]

Per gli appartenenti a questa categoria, quando l’attenzione si sofferma su notizie o fatti specifici sembra indirizzarsi a fenomeni “di nicchia” e alla trattazione che di essi svolgono le fonti documentali specialistiche più che non quelle generaliste.

Così un’altra intervistata che conferma di non conoscere studi e informazioni, soprattutto relativi alla fascia di età delle ultra quarantacinquenni, ma ricorda lo spazio dedicato da alcune «riviste di settore» (qui il “settore” è quello delle professioni sociali e sanitarie) al fenomeno delle «*bad girls*»: gang femminili che, sotto l’effetto di alcol e/o altre sostanze psicoattive, mettono in atto comportamenti violenti nei confronti di persone che «passano normalmente per strada».

Decisamente più critica è la lettura delle informazioni ricavate dai mass media, operata sia dai “mediamente informati” sia dagli “esperti”.

I “mediamente informati” invitano, da un lato, a non semplificare un universo complesso e variegato come quello delle sostanze psicotrope e a «informare correttamente sui diversi effetti delle diverse sostanze», dall’altro, a non «enfaticizzare alcuni atteggiamenti condannandoli troppo quando non ce n’è la necessità». A titolo esemplificativo viene quindi ripresa nuovamente la pratica di assumere alcol per via oculare, la cui eccessiva enfaticizzazione con toni di condanna può innescare atteggiamenti di tipo emulativo.

Inoltre gli appartenenti a questa categoria di intervistati, (forse non è un caso che quattro su cinque siano gestori di locali) hanno chiara la percezione che le fonti informative documentali da loro abitualmente utilizzate non operino distinzioni di genere e non dedichino una specifica attenzione ai consumi delle donne; uno degli intervistati ascrive questo elemento alla «mentalità tipicamente italiana» per cui «una ragazza si nasconde di più quando beve o quando fuma rispetto a un ragazzo». Si vedrà nel paragrafo successivo, quando si affronterà il tema della visibilità dei consumi, che ad affermazioni di questo tipo arrivano anche intervistati che così definiti “esperti”, ma che questo non vale in maniera indifferenziata per tutti i contesti, tutti i gruppi di popolazione e per tutte le sostanze. Gli “esperti”, infine, sono i soli che sembrano avere spiccata consapevolezza del fatto che le fonti documentali non sono sufficienti a conoscere nello specifico i consumi femminili di sostanze psicoattive:

Le questioni legate al mondo femminile non hanno lo spazio che meriterebbero. Dai giornali non troviamo molto. Inchieste vere e proprie in questo momento non riesco nemmeno a ricordarmele. Di dati che possono essere utilizzabili in una professione come la nostra [inserimenti lavorativi ndr.] dai giornali non ne ricaviamo. Può darsi che sia una lettrice superficiale però non riesco a rilevare attenzione al genere. Le riviste di settore, invece trattano aspetti che hanno a che vedere con la professione degli operatori e con i servizi. L'informazione, chiamiamola di dettaglio, in questo senso, la troviamo più dai racconti delle persone. [Intervista n. 8 – Operatrice, Associazione]

La conoscenza diretta delle persone (sia attraverso l'osservazione sia attraverso la relazione) è dunque l'elemento che consente non soltanto di acquisire informazioni più dettagliate sul fenomeno, ma anche di individuare con maggiore chiarezza ed efficacia i vuoti delle fonti informative documentali, operazione che, per rimanere alla nostra categorizzazione, è stata compiuta in maniera netta e precisa sia dagli intervistati "mediamente informati" sia dagli "esperti".

Un'altra osservazione che può essere introdotta a questo punto dell'analisi attiene al fatto che non tutte le categorie viste sopra tematizzano la questione della poca attenzione dei media e delle fonti documentali verso lo specifico femminile nella stessa maniera e con lo stesso livello di problematicità percepita. La questione, infatti, non è per nulla tematizzata dai "poco informati"; ed è percepita come un dato di realtà quasi neutro sia da coloro che sono stati definiti "attenti", interessati per curiosità e attitudini personali ad alcuni aspetti del fenomeno su cui ci si informa utilizzando fonti specialistiche, sia dai "mediamente informati" per i quali l'osservazione diretta di alcuni luoghi compensa in parte le carenze e le facili generalizzazioni riscontrate a livello informativo.

Solo gli "esperti" sembrano, in ultima analisi esplicitare con chiarezza, e forse anche con preoccupazione, il fatto che l'invisibilità di questi temi sulle fonti informative più accessibili possa rappresentare un problema per almeno due ordini di ragioni. In primo luogo proprio l'esperienza, l'interazione con la rete di servizi e del territorio, il contatto con le donne rendono evidente come questi fenomeni abbiano dimensioni e complessità che vanno ben oltre ciò che viene raccontato anche da fonti informative di tipo scientifico. D'altro canto, proprio la piena consapevolezza della discrepanza tra la realtà e la sua rappresentazione mediatica (l'aggettivo è da intendersi qui in senso ampio, includendo anche riviste di settore, siti specialistici, studi e ricerche) rimanda alla necessità di produrre maggiore informazione non soltanto in chiave conoscitivo-operativa (bisognerebbe informare di più e andare oltre gli stereotipi per intervenire in maniera più efficace), ma anche in chiave culturale. Se infatti di un fenomeno non si parla o si parla in maniera imprecisa e stereotipata, si finisce per alimentare quella cultura dell'occultamento che sembra essere un elemento ricorrente nei consumi e nei comportamenti delle donne, spesso non visti (come può accadere per l'alcol e, in certa misura per il gioco) o non percepiti come problematici in quanto contestualizzati in una generale maggiore propensione all'uso di sostanze chimiche per il superamento di situazioni di malessere.

Questo è quanto accade per gli psicofarmaci, il cui consumo da un lato è veramente poco conosciuto in quanto «non è connotato come dipendenza» e dall'altro rischia addirittura di essere incentivato dalla «cultura diffusa» di cui sono promotori quegli stessi media generalisti che ignorano le differenze di genere. Secondo tale cultura, di fronte a qualsiasi malessere è possibile «usare qualcosa per stare meglio», laddove, stare meglio non sempre significa intervenire sulla ragione profonda del malessere, ma semplicemente rimuovere il sintomo, mettendosi in grado di fronteggiare i molti compiti del quotidiano e di giocare i molti ruoli che oggi la società sembra chiedere alle donne di interpretare.

Oggi la società alle donne chiede tutto: passi dalla mamma alla colf, all'amante... ci sono questi modelli di donne multi-tasking che lasciano in realtà poi veramente poco spazio alle donne per prendersi cura veramente di sé, dei propri interessi, dei propri bisogni, del proprio corpo. Manca il tempo per la cura e c'è sempre la risposta facile, per cui invece di dire: guarda che se mangi bene, non fumi, hai una buona alimentazione forse di rughe non te ne vengono tre ma una, i media ti passano invece il messaggio che se prendi questo o quell'integratore sarai giovane sempre. [Intervista n. 17 – Quadro, Cooperazione sociale].

Nel caso degli psicofarmaci, e dei farmaci in genere, quindi, non si riscontra soltanto una profonda mancanza di informazione, ma ci sono questioni ben più complesse: questo tipo di consumo non si conosce, ma nemmeno si riconosce come conseguenza di un determinato approccio al mondo e alla vita. Si vedrà più avanti, quando si parlerà di prevenzione, in che misura questo tipo di consumo ponga sfide importanti in termini culturali che attengono principalmente alla ridefinizione dei concetti di salute e benessere.

Visibilità e accessibilità

Non disgiunte dal tema della rappresentazione dei fenomeni oggetto di indagine sulle principali fonti informative utilizzate dagli intervistati, sono le questioni legate alla loro concreta visibilità nel quotidiano e, più in generale, alla percezione dei fenomeni di consumo e dei comportamenti *addictivi* negli ordinari contesti di vita e di lavoro. È bene partire da una precisazione terminologica: è corretto parlare di osservazioni e riflessioni sulla visibilità di un fenomeno quando un intervistato lo descrive astenendosi da giudizi di valore su ciò che viene visto; è invece più corretto riferirsi al termine “percezione” quando la descrizione di un consumo o di un comportamento *addictivo* sottende un giudizio o una valutazione da parte dell'intervistato. Nel fluire delle interviste e delle riflessioni degli intervistati queste due dimensioni non sono sempre distinguibili in maniera netta e chiara.

Quasi tutti gli intervistati hanno sostenuto di avere osservato l'aumento della visibilità di alcuni consumi al femminile (il cambiamento più evidente in tal senso sembra riguardare l'alcol) e, al tempo stesso, hanno riflettuto su come la maggiore visibilità di certi consumi ne abbia cambiato la «comune percezione»: ad esempio, l'aumento di visibilità del gioco lo rende oggi, un comportamento «allarmante» o la maggiore «facilità» con cui si fa ricorso agli psicofarmaci rende tali sostanze un elemento di «normalità».

Sia il cambiamento di visibilità sia il cambiamento di percezione vengono citati al tempo stesso come ragione e conseguenza di quella situazione che un'intervistata ha definito di «consumo diffuso», circostanza che si sarebbe delineata «negli ultimi quindici anni» e che riguarderebbe «le sostanze più diverse e più disparate»: in tale situazione, prosegue l'intervistata, le scelte di consumo avvengono «in base alle preferenze individuali ed all'accessibilità». Diventa quindi rilevante il concetto di accessibilità che può essere applicato sia ai consumi, come si è visto sopra, sia ai comportamenti; anche per alcuni di essi infatti, l'accessibilità è aumentata per le ragioni che attengono al «contesto» a cui si è fatto riferimento poco sopra.

Il gioco ad esempio, diventa accessibile non soltanto per il proliferare delle lotterie oltre che per il diffondersi degli apparati elettronici che lo rendono possibile (videopoker e slot machines), ma anche per i molti messaggi promozionali di cui è oggetto, sia in quanto «fonte di introiti per lo Stato», sia in quanto «opportunità che consente al povero, giocando, di diventare il super-ricco di turno».

Anche lo shopping compulsivo può essere un comportamento oggi reso più accessibile sia dalla proliferazione di strumenti che lo rendono potenzialmente praticabile (dalle forme di credito al consumo, alle molte piattaforme di acquisti on-line), sia dalla divulgazione di «messaggi promozionali» veicolati in un contesto culturale nel quale «la società dei consumatori» sembra avere maggiore importanza rispetto alla «società dei cittadini». Se si accetta l'ipotesi del contesto di consumo diffuso, si può fare riferimento al concetto di accessibilità per interpretare le informazioni raccolte in tema di visibilità e di percezione sia per le sostanze sia per i comportamenti.

Secondo questa linea interpretativa, che sembra emergere con chiarezza dalle interviste, tanto maggiore è l'accessibilità di una sostanza (o la praticabilità di un comportamento) quanto più essa è visibile ed è a partire da questa maggiore visibilità che possono scaturire percezioni diverse, più o meno connotate da elementi valutativi soggettivi.

In tema di visibilità – che va qui riferita in particolare alla popolazione femminile – è opportuno operare un'importante distinzione tra consumi e comportamenti: per i consumi, è possibile che la visibilità abbia per oggetto sia l'azione stessa del consumo (ad esempio l'assunzione di bevande alcoliche da parte delle ragazze e delle donne) sia gli effetti che da questo scaturiscono (ad esempio i comportamenti successivi all'assunzione); per i comportamenti invece, l'unico elemento ascrivibile alla visibilità è il fatto di vedere persone che compiono l'azione che è alla base del comportamento *addictivo*: ad esempio, mentre, come vedremo, è facile fare affermazioni sulla visibilità del gioco basandosi su ciò che si vede nel proprio quotidiano, molto più difficile è operare questa valutazione a partire dagli effetti che questo provoca, che non possono essere conosciuti se non entrando in relazione con le persone che ne sono protagoniste.

Quindi, mentre si possono definire ad alta visibilità i consumi di quelle sostanze per le quali sono visibili sia il consumo, sia gli effetti (e di nuovo sono le sostanze caratterizzate da una maggiore accessibilità), perché un comportamento possa essere definito ad alta visibilità, è sufficiente constatarne la frequente messa in atto anche in diversi momenti

della giornata e in diversi contesti. Tenendo insieme le due dimensioni dell'accessibilità e della visibilità è possibile caratterizzare in maniera specifica ogni comportamento/sostanza oggetto di riflessione da parte degli intervistati.

Più è elevata la visibilità di un comportamento o di un consumo, più è frequente che gli intervistati abbiano fatto emergere nelle loro riflessioni non soltanto la dimensione descrittiva, ma anche qualche connotazione valutativa spostandosi quindi, secondo quanto si è detto all'inizio, dal versante della visibilità a quello della percezione.

1) I consumi alcolici al femminile: lo spartiacque generazionale

L'alcol ad esempio, è una sostanza caratterizzata da un elevato livello di accessibilità nei confronti della quale, per quanto riguarda la visibilità al femminile, si delinea in maniera abbastanza netta uno "spartiacque generazionale" che porta a evidenziare come più nascosto e solitario il consumo nelle donne più adulte:

Mentre, come dire, negli uomini l'ho percepito più come vissuto comunitario tra amici e comunque in un piccolo gruppo, per la donna è una cosa molto più solitaria e spesso, dalle esperienze che ho sentito, nascosta, vissuta nell'ambito di casa quando gli altri escono, quando ho un momento di difficoltà però, come dire, di nascosto, sapendo già che è una cosa che non va bene. Questa è la sensazione delle poche esperienze delle persone con cui ho avuto a che fare e che hanno avuto questo problema. [Intervista n. 14 – Dirigente Scolastica]

È decisamente più visibile sia come comportamento, sia nei suoi effetti, il consumo nelle ragazze più giovani, rispetto alle quali però, come si può leggere di seguito, l'aumentata visibilità del consumo viene messa in relazione con l'aumento delle quantità consumate, fino ad arrivare a un'affermazione secondo la quale «le ragazze bevono più dei ragazzi»:

Mio figlio ha un locale, una birreria, apre dalle sei del pomeriggio fino alle due di notte, Rimarca tutte le volte che ne parliamo che [...], le donne bevono molto di più, le ragazze giovani rispetto ai ragazzi. Questa è una cosa degli ultimi due anni; il locale c'è dal 2006 ma questa cosa si è notata molto di più negli ultimi due anni". [Intervista n. 19 – Lavoratrice dipendente, settore privato]

Il dato percettivo sopra riportato, può essere letto anche come un'interpretazione originale delle tendenze evidenziate dai dati statistico-quantitativi maggiormente diffusi e utilizzati secondo i quali negli ultimi anni si assiste a un avvicinamento dei modelli di consumo femminili e maschili, perlopiù interpretato dagli intervistati nel senso di una "mascolinizzazione" del bere delle donne. Non è vero cioè che le donne «bevono di più degli uomini» ma è vero che bevono in maniera più simile, ad esempio con un aumento dei consumi occasionali e fuori pasto (modalità che coincidono entrambe con il tempo libero serale e notturno che è il punto di osservazione da cui parte la testimonianza precedente), oppure con consumi che per le giovani donne di oggi (al di sotto dei quarant'anni), sono più forti rispetto a quanto avveniva per le generazioni precedenti (sempre limitatamente al

femminile) e in certi casi sembrano orientati ad un valore d'uso simile a quello che tradizionalmente è più comunemente associato al bere maschile: «il gusto di ubriacarsi» (426; 427).

Vedo sempre più ragazze che bevono e si ubriacano, il loro punto della serata non è quello di divertirsi e far festa - e può succedere anche di aver bevuto di più - ma il loro punto è proprio quello di bere il più possibile per ubriacarsi e il giorno dopo andare su Facebook a scrivere: 'Ah serata magnifica mi sono ubriacata, sono andata casa ho vomitato'. [Intervista n. 11 – Gestore di locale]

Al di là dei dati, c'è dunque un «presente» in cui il consumo alcolico delle donne è maggiore e più visibile anche nelle sue forme più eclatanti che, per altro, come vedremo tra breve, hanno ancora una connotazione fortemente negativa nella percezione comune.

Evidentemente, quando si parla di alcol, l'accessibilità della sostanza non è sufficiente a spiegare una maggiore visibilità dei consumi. È necessario chiamare in causa altri fattori che attengono ai cambiamenti intervenuti nella società in generale e che hanno avvicinato in molti ambiti di vita, anche nelle modalità e negli stili di consumo delle bevande alcoliche, il mondo femminile a quello maschile: alcune intervistate hanno parlato, osservando l'assottigliarsi delle differenze di genere soprattutto nel consumo di alcol (in particolare nel contesto del tempo libero serale e notturno), di «cultura malata della parità» rivendicando il fatto che «parità non significa omologazione ai comportamenti maschili». Secondo quanto ha raccontato un osservatore privilegiato di uno specifico contesto del divertimento serale e notturno, questo avvicinamento è avvenuto in alcuni spazi e in alcuni ambiti prima che in altri. Il mondo del *clubbing*, ad esempio, al quale lo stesso intervistato attribuisce una connotazione quasi di avanguardia, in quanto è stato il primo a superare le differenze di genere, anche nei consumi alcolici:

Una delle caratteristiche della club culture, della vita notturna, anche pensando a vent'anni fa, era proprio che sono uno di quei porti franchi in cui per la prima volta si sperimentava il fatto di essere davvero tutti uguali. Sembra banale, però non c'era tutta questa differenza di genere, vedevi le ragazze ubriache, quelli fusi. Adesso per alcune ragazzine poi è diventato un vanto quello di farsi la canna o di prendersi la sbronza ... Però proprio nello specifico, nel mondo del clubbing, di cose elevate, una delle cose belle di questo mondo era proprio che le persone facevano un po' quello che gli pareva, indipendentemente dal fatto che tu arrivi con un casco di banane in testa alla Carmen Miranda o sei vestito da Orso. [Intervista n. 20 – Locale notturno, Art director]

Da un lato gli intervistati percepiscono una maggiore visibilità dei consumi alcolici delle donne, e sostengono in qualche modo la teoria della convergenza di genere⁽⁴²⁸⁾:

Il consumo di alcol in realtà, tocca in maniera abbastanza generalizzata molte persone. Sarei quasi più portato a dire soprattutto per il consumo di sostanze alcoliche e superalcoliche, più ragazze che non ragazzi [...]. Ovviamente, è sviluppato molto di più di un po' di anni fa per esempio l'uso di alcol e di vino.

Non per niente le vinerie e i bistrot sono andati aumentando. Una volta c'erano le osterie, quasi tutti i giovani andavano in osteria. Era un fenomeno più al maschile, adesso è un fenomeno generalizzato al femminile e al maschile, non è più come anni fa che era rarissimo trovare delle donne in giro che sbevazzavano. Adesso, trovare delle donne piuttosto che degli uomini, non è assolutamente una cosa fuori dal mondo. Trent'anni fa, una donna che andava in un bar con una sua amica e ordinava due bianchetti, la prendevano per una ubriaca adesso è normale. [Intervista n 9 – Operatore, Consorzio Socio-Assistenziale]

D'altra parte, la maggiore visibilità di questo consumo non lo rende automaticamente socialmente accettato, soprattutto se, nell'ottica degli intervistati, assume le forme e le modalità del consumo maschile. La dissonanza tra quel modo di consumare alcolici e le responsabilità attribuite al «ruolo» della donna nella coppia è percepita negativamente:

Forse su una donna è peggio, nel senso che vedere una ragazza ubriaca è più brutto che magari vedere un ragazzo [...]. Una ragazza ubriaca mi dà un'immagine veramente brutta del mondo in cui viviamo, nel senso che la ragazza normalmente è la persona più forte della coppia che metterà al mondo dei figli, quindi è più brutto vedere che una ragazza che proprio non ce la fa più perché si è ubriacata, piuttosto che vedere un ragazzo. Forse su un ragazzo è un po' più tollerato, su una ragazza meno [...]. Fino a due anni fa, mi accorgevo meno di ragazze che bevevano e si volevano ubriacare. [Intervista n. 11 – Gestore di locale].

Permane quindi, almeno nei confronti delle giovani, un diverso metro di giudizio sul consumo femminile, connotato da giudizi morali, ben conosciuto in letteratura come “doppio standard”⁽⁴²⁹⁾. Da sempre infatti il bere femminile è soggetto a critiche e giudizi più pesanti rispetto a quello maschile, perché alla donna che beve si imputa una “doppia licenziosità”⁽⁴³⁰⁾, sia sessuale che come devianza dal ruolo atteso della donna nella società, quello di madre sessualmente controllata e controllore.

Magari la differenza è che le donne quando sono un pochino più allegre, sono un po' più disinibite dal punto di vista degli atteggiamenti diciamo dal punto di vista sessuale, cosa di cui per un uomo non c'è bisogno.[...] Gli uomini quando vedono una donna così ne approfittano, Penso che sia dalla notte dei tempi, lo vedi anche nei film che dicono che si fanno bere le ragazze perché diventano più facili. [Intervista n. 10 – Gestore di locale]

Il brano riportato esprime in maniera efficace lo stereotipo del rapporto tra alcol e sesso e della differenza di genere che spesso lo connota: le donne che bevono sono «disinibite» e facili, gli uomini «che non hanno bisogno di bere per essere disinibiti», posso trovarsi ad «approfittare» del fatto che una donna abbia bevuto troppo. È interessante notare che anche quando è una donna a commentare il tema del rapporto tra alcol e sesso il giudizio negativo è ancora una volta connotato moralmente:

Stando a quello che mi raccontano non hanno problemi di sorta: 'ah no, no ero sversa ... rapporti sessuali a gogò perché tanto ero così'. Me ne parlano in assoluta tranquillità 'io ieri sono andata a ballare e mi sono fatta tre cuba libre, non capivo niente, ero ciucca come una boccia poi ho incontrato un tizio e ci sono andata proprio perché ero così'. Questo rapporto bere/sexo fa un connubio al di fuori della norma. Una ragazzina o una donna che va in discoteca e beve, secondo me non ha niente di donna o di ragazza. Cosa può trovarci un uomo o un ragazzo in una donna ubriaca? Io non andrei mai con un uomo ubriaco, un uomo che va con una donna ubriaca dimmi che valori può avere, sia l'uno che l'altro. [Intervista n. 13 – Lavoratrice autonoma]

Se le riflessioni di una madre preoccupata per la figlia adolescente sono di altro tenore, il connubio tra consumi alcolici e comportamenti sessuali fuori dal proprio controllo è sempre lo stesso:

Per il momento, la percezione è filtrata da racconti di altri, non ho avuto ancora esperienze personali. Quello che posso immaginare, e che mi sembra di aver colto nei racconti, è che c'è un registro più maschile dell'avvicinamento all'alcol, un modo di farlo un po' più da gradasso, e un modo femminile che è più preoccupante perché va più verso una perdita di controllo. Questo mi fa paura. Mi viene riferito di queste feste dove ci sono ragazzine nei fumi dell'alcol in un totale non controllo di sé né del proprio corpo, è una cosa che tra l'altro mi spaventa di più perché uno il controllo di sé lo recupera, se però nel frattempo ha combinato chissà che cosa, i danni possono anche essere irreparabili. [Intervista n. 4 – Imprenditrice]

Spostando l'attenzione dalle generazioni più giovani a quelle più mature, lo scenario cambia completamente: il consumo non soltanto diventa nascosto e difficile da vedere ma è anche connotato in maniera diversa: è dunque il «pudore di genere» che spinge le donne a occultare sia il loro consumo, sia l'eventuale dipendenza perché mentre all'uomo è concessa la *défaillance*, la donna, quando è in luogo pubblico è portata a limitare il consumo visibile di alcol.

*Gli uomini non hanno il pudore di genere che le donne si portano appresso. Chi beve, perlomeno tra le persone un po' più grandi, chi beve, beve in casa. Le donne quando sono alcoliste, sono alcoliste prevalentemente in casa. Gli uomini possono permettersi anche la *défaillance* al bar. Al bar è difficile che una donna prenda da bere più di una volta, gli uomini possono permettersi di tutto, di più. [Intervista n 7 – Operatrice, Associazione]*

Un altro tema che emerge spesso nelle riflessioni dedicate ai consumi alcolici delle donne adulte è il legame tra il consumo problematico di alcol e il verificarsi di situazioni esistenziali faticose. Il verificarsi di eventi spiazzanti⁽⁴³¹⁾ (una separazione, la perdita del lavoro) sembra poter fare da catalizzatore di un fenomeno (e qui non si parla più di consumo ma esplicitamente di consumo problematico o di dipendenza) che si diffonde anche per l'accessibilità economica della sostanza, ma rimane nascosto.

Vedo che le donne soggette alle dipendenze sono molte, c'è una percentuale che sta aumentando nel tempo e che queste dipendenze sono di vario genere [...]. Una dipendenza che abbiamo riscontrato essere molto presente tra le donne e molto nascosta è quella dell'alcol.[...]. Si fa proprio molta fatica a farla emergere, anche quando ci sono dei comportamenti poco lineari che non capiamo nei nostri accompagnamenti che si prolungano nel tempo, andando a scavare viene sempre fuori che c'è questa problematica fra le donne disoccupate e quelle che hanno subito vicende faticose: dalla disoccupazione alla separazione. [Intervista n. 8 – Operatore, Associazione]

L'alcol, secondo me, è il componente più semplice e meno caro a cui si ricorre. Ci sono donne che bevono a seguito del momento che stanno vivendo o della depressione, della solitudine: perdono il lavoro, passano da una condizione favorevole a una condizione dove pensano di non avere più niente e sentono l'inizio di un calvario verso la depressione, che spesso non è riconosciuta da nessuno è ancora quel limbo che non si capisce bene. [Intervista n. 15 – Operatrice, Associazione]

Le ragioni per le quali il consumo problematico delle donne adulte resta occulto sono riconducibili a quello che è stato precedentemente definito «pudore di genere»: una donna non racconta del suo consumo problematico di alcol, neanche quando questo è reso evidente da «comportamenti poco lineari» e tende «a lasciarsi andare di meno», cioè a fare in modo che i segni esteriori di un eventuale consumo problematico di alcol siano meno visibili.

L'ipotesi di uno spartiacque generazionale, a proposito di visibilità dei consumi, sembra confermata anche da due testimonianze, relative al mondo del lavoro, che si riporta di seguito con l'obiettivo non tanto di attribuire loro valenza esaustiva o confermativa dell'interpretazione in senso assoluto, quanto perché ci pare significativo il fatto che due testimonianze “puntuali” ascrivibili a persone che hanno punti di osservazione differenti del mondo del lavoro lo ripropongano. Una sindacalista del settore tessile racconta delle difficoltà incontrate nell'utilizzo dello strumento della flessibilità, quando si è trattato di chiedere alle lavoratrici di alcune aziende (in gran parte giovani) di andare a lavorare al sabato mattina:

In questi anni noi abbiamo avuto dei problemi d'orario. Alcune aziende che hanno fatto la flessibilità, per cui bisognava andare a lavorare al sabato. Ci sono stati tre o quattro imprenditori che hanno detto, che c'erano problemi sui turni 6-14 o 6-12 del sabato, che alcune ragazze non sono in grado di lavorare, non rendono. In un caso si trattava di un rammendo e quindi ci voleva precisione, in un altro caso, era invece lavoro con i macchinari che può essere anche pericoloso. Non voglio generalizzare, però è un segnale, qualcuno si lamentava che comunque non si presentavano al lavoro. [Intervista n. 19 – Lavoratrice dipendente, settore privato]

Un imprenditore che si occupa di consulenza del lavoro, segnala invece l'assoluta inesistenza nella sua esperienza professionale di casi segnalati dalle aziende relativi a situazioni alcoldipendenza femminile:

Mentre tra la popolazione maschile l'uso di alcol è abbastanza frequente come mia esperienza di lavoro - non sono rari gli episodi, direi nei settori produttivi più diversi dal negozio dove hai il commesso che arriva ubriaco all'azienda che ha l'operaio che arriva già visibilmente ubriaco al mattino - nelle donne no, l'alcol tenderei quasi ad escluderlo. Nella mia esperienza lavorativa io non ho episodi di donne che abbiamo dovuto affrontare. [Intervista n. 3 – Imprenditore]

Anche se il tema della percezione dei consumi alcolici femminili nel mondo del lavoro potrebbe essere oggetto di un lavoro di ricerca ad hoc, è importante sottolineare in questa sede il «segnale» di cui parla la prima intervistata che rivela, se non altro, l'esistenza di due visioni differenti: laddove, come nel primo dei due brani riportati in precedenza, lo sguardo si concentra sul settore tessile e su lavoratrici più giovani (si parla esplicitamente di «ragazze» e si fa riferimento a profili professionali che non richiedono lunghi percorsi formativi) il consumo di alcol diventa visibile, in quanto può addirittura interferire con il rendimento sul posto di lavoro; quando, invece lo sguardo si apre e diventa esteso a tutti i settori, coinvolgendo presumibilmente una fascia più adulta di popolazione femminile, l'intervistato (che in genere è chiamato come “consulente” dalle aziende che devono affrontare casi di alcoldipendenza verificatisi tra il personale) afferma di non ricordare casi che avessero per protagoniste delle donne.

Probabilmente il consumo è meno visibile per un consulente del lavoro che vede, in quanto forza-lavoro, meno donne che uomini, stante la partecipazione femminile al mercato del lavoro che nella società italiana è bassa e inferiore a quella maschile. Tuttavia, è opportuno sottolineare che la minore visibilità dei consumi alla quale si assiste spostandosi sulla scala generazionale, può essere il frutto di un maggiore occultamento, soprattutto nei casi in cui il consumo di alcol assume i contorni della problematicità, ma può anche dipendere in parte da una effettiva riduzione del consumo, che a sua volta potrebbe essere determinata dal fatto che, come si può leggere nel brano che segue, una donna quando diventa adulta è chiamata ad assumere ruoli di maggiore responsabilità (in primis quello genitoriale).

Forse tra le donne adulte c'è una diffusione più bassa più che un nascondersi. Una donna quando è adulta dà meno sfogo sull'alcol rispetto a una ragazza giovane, mentre una ragazza giovane cerca di risolvere i suoi problemi ubriacandosi e facendosi vedere, una donna adulta cerca di fare diversamente perché comunque magari ha anche dei figli, una famiglia che deve cercare di tenere unita. [Intervista n. 11 – Gestore di locale]

Anche questa testimonianza, dunque, sembra confermare l'ipotesi dello spartiacque generazionale: la stessa donna, quando cambia posizione sulla scala generazionale e vede cambiare il proprio ruolo, modifica la dimensione e/o la visibilità dei propri consumi alcolici.

In sintesi, le testimonianze raccolte in tema di visibilità e percezione dei consumi alcolici al femminile consentono di affermare che:

- i due elementi dell'accessibilità della sostanza (l'alcol è da sempre sostanza legale e contemplata nel "paniere alimentare") e del progressivo affermarsi di modelli culturali improntati alla parità di genere hanno progressivamente reso più visibile il consumo di alcol da parte della popolazione femminile;
- tale visibilità riguarda sia il comportamento in sé (oggi è più «normale» rispetto a ieri il fatto di vedere donne che bevono alcolici anche in pubblico), sia gli effetti del consumo, che però, stando a quanto emerso nell'indagine, sono più visibili nelle giovani generazioni.

È emerso, inoltre, che malgrado l'accessibilità dell'alcol e le generali trasformazioni culturali abbiano prodotto negli anni significativi cambiamenti, sia in termini di visibilità sia in termini di percezione dei consumi alcolici delle donne, esistono ancora diversi livelli di visibilità e percezioni connotate in maniera differente, che variano soprattutto in base alla "caratteristiche" delle consumatrici.

In sintesi, in tema di visibilità e percezione, si propone una distinzione tra generazioni più giovani e generazioni più mature definita spartiacque generazionale. In particolare:

- il consumo delle giovani generazioni, che è più visibile rispetto al passato, è percepito in alcuni casi (soprattutto dalle donne) come aspetto deterioro della raggiunta parità e in altri (senza particolari distinzioni di genere) come elemento fortemente negativo e da stigmatizzare quale esempio di «assenza di valori»;
- il consumo occulto delle donne più mature (over 45) tende, invece, a diventare quantitativamente più contenuto e, soprattutto, invisibile, nascosto tra le pareti domestiche. Frequentemente è associato a una dimensione problematica o patologica che è difficile da far emergere e che viene spesso ricondotta a vicende esistenziali faticose;
- quasi paradossalmente sembra che nella percezione comune l'elemento maggiormente colto, e quindi anche quello che è maggiormente oggetto di attenzione o addirittura di allarme sociale, sia il consumo delle giovani generazioni.

Da questa osservazione discendono alcune considerazioni necessarie al fine di evitare i rischi connessi a una eventuale lettura troppo semplicistica dei dati. In primo luogo è importante riflettere sul concetto di spartiacque generazionale che emerge dalle interviste. Se da una parte esso ricalca la comune sequenza "giovani = allarme sociale = problema", è bene, dall'altra, utilizzarlo come chiave interpretativa, senza dimenticare che, se il consumo alcolico delle giovani donne è sicuramente più visibile ed evidente di un tempo, è tra le donne anziane che si annida il fenomeno della dipendenza, che forse meriterebbe maggiore attenzione.

In secondo luogo è bene evitare confusioni tra la visibilità e la diffusione di un fenomeno: spesso nella percezione degli intervistati la maggiore visibilità dei consumi al femminile si confonde con l'aumento delle quantità consumate o del numero delle consumatrici. Anche questo elemento suggerisce importanti piste di lavoro, soprattutto sul versante della

sensibilizzazione e della corretta informazione. Inoltre è opportuno evitare trasposizioni semantiche che non sono affatto scontate: si è visto come la maggiore visibilità degli episodi di ubriachezza che coinvolgono donne giovani desti maggiore “allarme sociale”, talvolta partendo da questa tendenza si arriva a confondere l’episodio di ubriachezza con lo sviluppo di una vera e propria dipendenza. Si mette in atto, in questi casi, un processo che de-contestualizza ciò che si è osservato e che assolutizza ciò che andrebbe in realtà relativizzato, ricordando, ad esempio, che il consumo alcolico agito in determinati contesti, situazioni e modalità non necessariamente è sintomo di un problema.

Infine, se si accetta il dato per cui il consumo occulto delle donne adulte è connotato frequentemente come dipendenza è importante non perdere di vista questa dimensione sommersa, sostenendone l’emersione con azioni di informazione, prevenzione e aggancio delle situazioni che restano occulte.

2) Gioco al femminile: molto visibile ma poco conosciuto

Il gioco ha, in termini di accessibilità, caratteristiche simili all’alcol. Anche il gioco, infatti è legale e, secondo gli intervistati è addirittura incentivato sia esplicitamente sia implicitamente. L’incentivazione esplicita avviene, ad esempio con i molti spot televisivi nei quali l’invito al gioco responsabile «lascia il tempo che trova». L’incentivazione implicita del gioco sembra invece essere inscritta nei sempre più diffusi modelli culturali che legano il successo individuale alla fortuna prima ancora che all’acquisizione di competenze e all’espressione di talenti.

C’è questa idea che è una questione di fortuna. Si insegue il successo con la fortuna, il che significa avere un’idea molto piccola di sé: è il colpo di scena che può cambiare la vita, far superare la solitudine, la disoccupazione.

[Intervista n. 8 – Operatore, Associazione]

Questi modelli culturali troverebbero terreno particolarmente fertile quando la situazione socio-economica è caratterizzata da grosse difficoltà e il «colpo di fortuna» sembra la sola strada praticabile per uscire dalle stesse:

Il primo motivo alla base della diffusione del gioco, è la solitudine delle persone che si trovano ad affrontare da soli problemi normali della vita come ad esempio le difficoltà economiche o la povertà. Più una persona è povera, più cerca di combattere la propria condizione con i colpi di scena.

[Intervista n. 8 – Operatore, Associazione]

Se questo è il modello culturale di riferimento ed è addirittura più radicato quando le condizioni socio-economiche diventano difficili, non stupisce che esso si diffonda oggi in presenza di una crisi che sembra davvero senza uscita, in particolare nei contesti metropolitani nei quali la mobilità sociale legata ai meriti e ai talenti sembra preclusa, come ad esempio i quartieri di edilizia residenziale pubblica, dove i luoghi nei quali è possibile praticare qualsiasi tipo di gioco continuano a proliferare:

A quello che vedo, c'è questo proliferare di lotterie. Ormai ce l'hanno tutti: i bar, le tabaccherie e poi stanno proliferando le sale giochi. Sono sulla strada, quindi è facile avvicinarle. Nelle zone che frequento sono state proprio istituite anche da poco. Sono quartieri di case popolari che sono anche problematici e sono stati oggetto di interventi di accompagnamento sociale e di riqualificazione urbana. Da due anni è stato aperto uno di questi locali per il gioco e c'è di tutto dentro. In un quartiere così, è assolutamente assurdo permettere che si aprano questi locali [...], sono luoghi in cui l'alcol dipendenza è molto alta tra giovani, adulti ed anziani, così come la tossicodipendenza. Ci mancava solo più il gioco. Nel quartiere, c'erano già tre bar che avevano i videopoker o le slot machines. Oltre ai tre bar, adesso avranno anche questa sala e così quasi in tutti i quartieri popolari in cui vado sto vedendo questo incremento. Sembra proprio anche un po' un'istigazione. [Intervista n. 8 – Operatore, Associazione]

Nella testimonianza di cui al paragrafo precedente, si parla tra l'altro di «istigazione», termine forse un po' forte ma efficace per esprimere un concetto sul quale riflettono anche altri intervistati: l'interesse dello Stato all'incremento delle giocate che sono fonte di entrata in maniera diretta (come accade per i “gratta e vinci”, le lotterie e i concorsi quali *Lotto* e *Superenalotto*) o indiretta, con una tassazione (come accade per videopoker e slot machines). In alcune interviste è emerso anche che, proprio in un momento in cui l'economia reale è in crisi (e quindi scendono gli introiti derivanti dalla produzione di beni e servizi), queste fonti di entrata diventano particolarmente rilevanti per lo Stato. Questo spiegherebbe (pur senza giustificarla!) la grande diffusione data alle più disparate forme di gioco e ai messaggi positivi ad esso collegati.

Da un intervistato si apprende che questa forma di tassazione è un'introduzione relativamente recente e che dalla sua entrata in vigore si sarebbero spenti i riflettori sulla presunta pericolosità di questi dispositivi:

Ci giocano in tanti e quello è un altro bel problema da quando lo Stato ci ha messo il naso dentro. Io il bar a Cavallermaggiore ce l'ho dal 2002, all'inizio non erano assolutamente tassati e di conseguenza non era difficile sentire delle battaglie incredibili sul fatto che i videogiochi rovinavano le famiglie. Da quando lo Stato ci guadagna il 12% per ogni moneta che qualcuno mette dentro non ho più sentito niente o comunque raramente senti qualcosa, un po' come il discorso del Lotto: c'è gente che si gioca le case e però nessuno dice nulla perché lo Stato ci guadagna. [Intervista n. 10 – Gestore di locale]

Se non è del tutto vero che «nessuno dice più niente», come dimostra l'impegno di un'associazione in una campagna di informazione a tutela dei minori, come si può leggere di seguito:

Come associazione [Genitori Democratici ndr] noi stiamo promuovendo proprio in questi giorni, una campagna sul gioco d'azzardo per sensibilizzare l'opinione pubblica rispetto all'ora in cui vanno in onda gli spot. C'è anche

una questione di tutela dei minori rispetto a quando gli viene portata l'immagine del gioco d'azzardo. [Intervista n 2 – Docente, Formazione Professionale]

È anche vero che quanto viene detto è spesso caratterizzato, per le ragioni viste sopra, da grande ambivalenza, percepita molto nettamente dagli intervistati. Una di essi, ad esempio, sottolinea quasi con disappunto la grande accessibilità a giochi come il “gratta e vinci”, oggi possibile anche grazie alla diffusione dei punti vendita (c'è ad esempio perplessità sul fatto che tra i punti vendita siano annoverabili oggi anche gli uffici postali) e alla sempre più frequente collocazione di dispositivi automatici per l'erogazione dei tagliandi in luoghi molto accessibili e molto frequentati (ad esempio i centri commerciali).

Questa situazione, oltre a esporre al rischio quote sempre più elevate di popolazione (particolarmente sentita è nel nostro campione la preoccupazione per i minori), è anche chiaramente percepita come il segnale di un «doppio canale» di attenzione da parte dello Stato: da un lato, si dice al pubblico di «fare attenzione perché con il gioco ci si può mangiare tutto», ma, al tempo stesso, si rende il gioco accessibile e praticabile in qualsiasi luogo: «dal bar all'ufficio postale».

Stando a quanto emerge dalle interviste, la dipendenza da gioco non sembra avere, a oggi, una connotazione specificamente femminile. È tuttavia indubbio che il dato percettivo sembra rafforzare nel quotidiano la sempre maggiore visibilità delle donne giocatrici, soprattutto nei luoghi della quotidianità:

Io fumo, al mattino prima di venire a lavorare, alle otto vado dal tabaccaio ed è pieno di signore che giocano alle macchinette, già al mattino alle otto. [Intervista n. 15 – Operatrice, Associazione]

Da cittadina che va al supermercato piuttosto che al bar a prenderti il caffè, nelle fasce orarie del mattino si trova un'alta percentuale di donne non giovanissime, dai 50 anni in su che giocano alle slot machines a diverse ore del mattino. Mi è capitato più di una volta di vedere la stessa persona al mattino e al pomeriggio. [Intervista n. 18 – Lavoratrice dipendente, Azienda ospedaliera]

A fronte di questo dato percettivo, però, da molte interviste emerge anche per il gioco il sospetto che ci sia una dimensione misconosciuta: il gioco praticato dalle donne è un fenomeno che si vede, ma rispetto al quale non si hanno informazioni precise e che non assume una forma precisa nei racconti delle persone. Ad esempio, in ambito scolastico educativo, sembra che certi atteggiamenti di resistenza alle regole messi in atto dai bambini e dai ragazzi, siano in qualche modo riconducibili alla presenza di ludopatie in famiglia ma, stando alle informazioni raccolte da studenti e insegnanti, esse riguardano specificatamente i padri, mentre se coinvolgono le madri tendono a restare un problema nascosto, agito in un tempo libero sia da attività lavorative, sia dal monitoraggio di altri componenti del nucleo familiare. Anche gli operatori che lavorano in associazioni del territorio possono faticare a vederlo. Nel brano di intervista che segue, emerge addirittura una riflessione in controtendenza sulla visibilità, ma anche sulla reale problematicità, del

gioco al femminile, e si pone l'accento sull'esperienza che le donne possono vivere di riflesso, essendo «compagne di giocatori»:

Io non ho mai incontrato dei comportamenti estremi, tipo l'azzardo. Ho incontrato attraverso i media questo problema del gioco e molto marginalmente attraverso l'esperienza diretta, più che altro di donne compagne di giocatori.

Il gioco che io conosco è sostanzialmente maschile, le persone che vedo giocare alle macchinette nei bar del quartiere e non, sono uomini, molto difficilmente donne o numericamente molto meno. [Intervista n. 7 – Operatrice, Associazione].

Non deve sfuggire però, che le parole dell'intervistata sono riferite a un luogo specifico, il bar, che, come si è visto sopra, non è l'unico luogo in cui è possibile giocare ed è anche tradizionalmente un luogo a elevata frequentazione maschile.

Dagli elementi raccolti finora, è dunque ipotizzabile che la differenza di genere relativamente al gioco si traduca in una differenza di luogo in cui il comportamento *addictivo* viene agito: le donne, sarebbero dunque più visibili nei luoghi della spesa e delle commissioni quotidiane, come ad esempio i bar dei centri commerciali dove si prende il caffè prima di fare la spesa, gli uffici postali, le tabaccherie in cui si entra anche per pagare utenze domestiche, ricariche telefoniche, bollo auto, multe. Gli uomini, invece, sarebbero decisamente più visibili nei tradizionali luoghi del tempo libero e dell'aggregazione "al maschile", come i bar dove ci si ritrova nelle pause o al termine della giornata lavorativa e nelle sale delle scommesse sportive. Una maggiore difficoltà per le donne ad ammettere la propria dipendenza da gioco, dovuta a una maggiore stigmatizzazione del comportamento al femminile, sembra confermata dall'esperienza diretta degli intervistati che operano nell'ambito del terzo settore.

Le donne tendono molto a nascondere la dipendenza da gioco perché si vergognano, perché forse il gioco è attribuito di più agli uomini e nella loro testa scatta qualcosa che ha a che vedere con la vergogna e quindi nascondono molto di più. [Intervista n. 8 – Operatrice, Associazione]

Il gioco è quello più mascherato, molto sottile. Lo rilevi dal fatto che quando si fa un ascolto al Centro d'ascolto, si chiede una serie di documenti e quindi dai documenti reddituali a volte riesci, a volte no. Io ho visto degli estratti conto con movimenti bancomat accreditati alla SISAL, magari ogni cinque minuti. Da lì puoi rilevare il problema, poi il discorso è cercare di portare la persona ad aprirsi e ad ammettere che ha questo problema. [Intervista n. 15 – Operatrice, Associazione]

Sintetizzando e concludendo, dunque, il gioco è, al pari dell'alcol, molto accessibile ed è percepito come in aumento tra la popolazione femminile. Tra le donne "over 40" il gioco in quanto azione è persino più visibile dei consumi alcolici (molto spesso le donne che si vedono alle slot machines, piuttosto che alle ricevitorie del Lotto hanno un'età compresa

tra i 50 e i 70 anni), ma si hanno meno conoscenze sulle conseguenze del gioco sulla vita del singolo; per arrivare a questo livello di conoscenza è necessario instaurare una relazione con la persona che agisce il comportamento ed anche quando questa relazione si instaura, non è detto che una donna faccia emergere con chiarezza il suo vissuto di giocatrice, probabilmente frenata dalla diffusa e generalizzata percezione negativa dell'analogo comportamento messo in atto dagli uomini.

3) Sindrome da acquisto compulsivo: accessibilità massima, visibilità minima

Restando nell'ambito dei comportamenti, si propone di seguito qualche riflessione relativa alla visibilità e alla percezione della sindrome da acquisto compulsivo (più sinteticamente shopping compulsivo). Come si ricorderà, il tema non è stato affrontato da molti intervistati (solo cinque), ma alcune caratteristiche di questo comportamento *addictivo* emergono in maniera abbastanza chiara. Analogamente al gioco ad esempio, lo shopping compulsivo è percepito come "espressione dei nostri tempi", una sorta di *addiction* moderna:

Lo shopping e il gioco d'azzardo, sono dipendenze che hanno più a che fare con i nostri tempi, cioè con questa vita molto compulsiva e consumistica, più legate alla sfera del denaro e del possesso che non alla sfera dell'essere, come accade per le sostanze. [Intervista n. 2 – Docente, Formazione Professionale]

Torna, in questa come in altre testimonianze, la connessione tra la diffusione del comportamento e il modello culturale di riferimento. Nel caso del gioco si era parlato della fortuna che, più della propria *agency*⁽⁴³²⁾ o capacità di autodeterminazione, è percepita come principale strumento per il miglioramento della propria condizione socio-economica.

Nel caso della sindrome da acquisto compulsivo invece, il modello culturale è chiamato in causa in quanto promotore della «cultura del possesso e del denaro», in forza della quale «il consumatore è più importante del cittadino». Altro elemento che caratterizza questo tipo di comportamento è il suo manifestarsi, almeno secondo quanto percepito dagli intervistati, quasi esclusivamente al femminile essendo quindi «molto meno diffuso tra gli uomini»: le donne inoltre, sono anche percepite come «mediamente più vulnerabili» perché «vanno a fare la spesa più degli uomini» e sono quindi più facile bersaglio dei messaggi che incentivano l'azione dell'acquisto. Va segnalato infine che, per lo shopping compulsivo, sembra mancare completamente la dimensione della stigmatizzazione. Addirittura, stando a quanto sostiene una docente della formazione professionale, la presenza di un caso di shopping compulsivo in famiglia, non solo non è un problema, ma nella percezione, è addirittura una fortuna:

Dello shopping compulsivo parlano soprattutto le ragazze rispetto alle madri, ma ne parlano come di un vantaggio personale: una mamma che soffre di shopping compulsivo e dilapida il capitale comperando qualunque cosa, è una risorsa eccezionale, una gran fortuna. Anche nelle ragazze c'è un aspetto di gioia nell'acquisto, nella cosa nuova e quindi in questo caso se ne parla, ma

non è vista come un problema bensì come una risorsa. [Intervista n. 2 – Docente, Formazione Professionale]

Senza arrivare a questi eccessi di “idealizzazione” che probabilmente riguardano situazioni e gruppi sociali decisamente circoscritti, è indubbio che rispetto alla sindrome da acquisto compulsivo non è emersa dalle interviste né una stigmatizzazione, né una percezione negativa. Ciò è dovuto probabilmente a due ordini di ragioni, riconducibili rispettivamente alla dimensione culturale più volte evocata ed alla riconoscibilità del comportamento *addictivo* in questione.

Facendo riferimento alla dimensione culturale, si intende qui sottolineare il fatto che, se è così forte la connessione tra questo tipo di comportamento e il modello culturale di riferimento che esso esprime, risulta evidente che una percezione negativa del comportamento porta con sé una percezione negativa del modello di riferimento. Tale percezione negativa in realtà, in alcune interviste è emersa: ad esempio quando si è parlato di «dipendenza dal possesso delle cose», che può essere letta come comportamento “attiguo” alla sindrome da acquisto compulsivo: si compra non per il gusto di comprare, ma per ostentare una condizione sociale diversa da quella reale. Si tratta però di riflessioni che si collocano sul piano della critica soggettiva, agita sul piano individuale da alcuni soggetti che potremmo definire maggiormente consapevoli e maggiormente critici nei confronti di una cultura prevalente. Date queste caratteristiche, tutto sommato minoritarie, tale critica soggettiva non evolve, almeno allo stato attuale, in vera e propria stigmatizzazione, intesa come processo sociale e socialmente condiviso che porta a etichettare negativamente coloro che presentano determinate caratteristiche e/o mettono in atto determinati comportamenti.

La sindrome da acquisto compulsivo, inoltre, è difficilmente oggetto di stigmatizzazione anche perché è difficilmente riconoscibile. Lo shopping compulsivo è, così come il gioco (e come l'alcol tra le sostanze), massimamente accessibile: non è infatti soggetto ad alcun vincolo di carattere legislativo ed è praticabile e praticato quasi indipendentemente dalla condizione economica e dal reddito:

La spesa compulsiva vuol dire, cito un caso non identificabile: una persona aveva pochissimi soldi, era controllata dal fratello che gestiva i suoi averi perché lei se aveva 1.000 euro spendeva 1.000 euro in cose assolutamente inutili, nel giro di pochi minuti [...]. Certo. La signora ricca comprerà le borse firmate e la signora povera comprerà le collanine al mercato, ma che io abbia 50 euro o che ne abbia 5.000 il meccanismo è lo stesso. [Intervista n. 7 – Operatrice, Associazione]

L'azione dell'acquisto in quanto tale poi, è facilmente visibile; meno riconoscibile è invece la compulsività degli acquisti, per la cui identificazione è necessaria la creazione di una relazione interpersonale. Il connubio tra accessibilità e difficile riconoscibilità del comportamento compulsivo sembra fare sì che non solo questo comportamento non sia stigmatizzato ma, più in generale, non sia oggetto di riflessioni e valutazioni che spostino l'attenzione dalla visibilità alla percezione dei fenomeni sociali. Se parlando del gioco

avevamo potuto distinguere nettamente la visibilità dell'azione che è alla base del comportamento dalla visibilità delle conseguenze, indicando nella relazione interpersonale la discriminante tra i due livelli, va detto che nel caso della sindrome da acquisto compulsivo questo discrimine si pone decisamente più a monte e la relazione interpersonale è elemento necessario (e a volte non sufficiente) per riconoscere l'*addictività* del comportamento.

Nei racconti riportati la sindrome da acquisto compulsivo è emersa in un caso nell'ambito di una relazione di lavoro, con «pesanti conseguenze umane ed economiche» sia per la persona coinvolta, sia per lo stesso datore di lavoro. In un altro caso si tratta invece della relazione tra due amiche che passano insieme parte del loro tempo libero:

Che si vada in un centro commerciale o anche solo a fare un giro a vedere le vetrine, questa mia amica, con qualcosa di acquistato deve tornare a casa, fosse pure una pinzetta per le sopracciglia, sembra proprio che questo spendere la faccia stare bene.[...]. Quando vado con lei, sembra 'Pretty Woman', io mi siedo e lei entra ed esce dal camerino, ad esempio con vestiti identici ma in colori diversi. Quando usciamo insieme, lei non può tornare a casa senza aver comprato niente. [Intervista n. 13 – Lavoratrice autonoma]

In entrambi i casi, si tratta di relazioni che, al di là del loro carattere più o meno formale, si alimentano nella condivisione di spazi di quotidianità ed è probabilmente da questa condivisione che nascono le condizioni in base alle quali il comportamento *addictivo* legato all'azione dell'acquisto viene letto con chiarezza, senza che da ciò scaturiscano giudizi di valore. Questa è probabilmente la caratteristica peculiare dello shopping compulsivo rispetto a tutti gli altri comportamenti e consumi emersi in questa ricerca: mentre tutte le altre manifestazioni *addictive* sono note, conosciute e riconoscibili (e per questa ragione vengono percepite e a volte giudicate a partire da stereotipi) non così accade per questa sindrome che si può riconoscere solo in persone che si frequentano assiduamente.

4) Il consumo di psicofarmaci: invisibile ma conosciuto

Rispetto alle sostanze e ai comportamenti analizzati fino a ora, gli psicofarmaci, di cui si è parlato in molte interviste, si caratterizzano da un lato, per un livello di accessibilità più basso in quanto, di norma, non potrebbero essere usati senza una prescrizione medica, e, dall'altro, per una grande diffusione, il cui fondamento è da ricercarsi nell'abitudine a ricorrere all'assunzione di una sostanza per eliminare i sintomi di un malessere.

Non farebbe grande differenza, secondo la maggior parte degli intervistati che hanno parlato dell'uso degli psicofarmaci, la connotazione fisica o psicologica del sintomo e del malessere: nel primo caso, la risposta si ricerca nei molti e sempre più diffusi «farmaci da banco», nel secondo caso nell'uso di psicofarmaci che gli stessi medici di base prescriverebbero con una certa facilità, secondo la letteratura ancor più se le pazienti sono donne^(433; 434).

Lavoriamo molto con i medici di base, spesso facciamo incontri con i servizi. Gli psicofarmaci credo che siano all'ordine del giorno, credo che sia abbastanza normale per ognuno di noi: se vai dal medico e dici che sei un po' depressa, la prima cosa che fanno è darti lo psicofarmaco. Mentre una volta alle persone si tendeva a dare più supporto psicologico, si cercava di intervenire sul contesto familiare, a oggi, rispetto ad una serie di disagi, si risponde molto facilmente con l'utilizzo degli psicofarmaci. Spesso ce lo raccontano i ragazzini parlando dei loro genitori: molte mamme prendono ansiolitici. [Intervista n. 17 – Quadro, Cooperazione sociale]

Il racconto dei familiari e dei ragazzi in particolare, diventa allora uno dei principali veicoli di visibilità di questo fenomeno:

Qualche volta, i ragazzi raccontano della mamma che usa sostanze psicotrope perché magari c'è una storia di depressione. Mi sono capitati casi di ragazzi che hanno mamme che si svegliano di notte in preda ad incubi e prendono gocce di Lexotan [...]. Questo sta in una situazione che loro raccontano più come sanitaria che non di dipendenze. [Intervista n. 2 – Docente, Formazione Professionale]

Anche il racconto delle persone stesse che usano gli psicofarmaci dà visibilità del fenomeno. Nei confronti di questa sostanza, infatti, non c'è quel senso di vergogna che sembra caratterizzare il consumo di altre sostanze:

Per gli psicofarmaci c'è il racconto, è proprio, come dire, l'indagare sulla base di qualche elemento di racconto. Però lì non nascondono tanto le persone, non si fa tanta fatica ad arrivarci. Non ne fanno mistero, non lo considerano vergognoso, è una necessità. [Intervista n. 8 – Operatrice, Associazione]

A conferma dei risultati delle numerose ricerche che si sono occupate di questo fenomeno ^(433; 435) gli intervistati ritengono gli psicofarmaci un consumo prevalentemente femminile; alle donne è infatti riconosciuta, da un lato, una maggiore propensione alla cura e alla medicazione e, dall'altro, un insieme di caratteristiche biologiche, in forza delle quali in alcuni momenti (le intervistate – e non a caso solo le donne – citano soprattutto la depressione post partum) le donne si trovano in una condizione di maggior bisogno di sostegno anche farmacologico. Gli psicofarmaci sono però considerati medicine che si prendono in caso di necessità, dunque spesso il loro consumo viene percepito come normale e diventa invisibile, non in quanto azione o abitudine da occultare, ma in quanto azione normale e quindi non meritevole di particolari attenzioni. Il consumo di psicofarmaci dunque può essere definito invisibile ma conosciuto. È invisibile in quanto nel quotidiano non capita di vedere persone che assumono psicofarmaci, ma questo vale in generale: l'assunzione di terapie farmacologiche è azione solitamente condotta nel privato dei propri spazi domestici. Anche la visibilità degli effetti legati all'assunzione degli psicofarmaci è in generale molto bassa (perché percepita e vissuta come normalità e non perché oggetto di occultamento) e soprattutto è di segno diverso rispetto alla visibilità degli

effetti conseguenti all'assunzione di altre sostanze psicotrope legali o illegali. Mentre l'assunzione di droghe illegali diventa visibile perché la persona che è stata protagonista del consumo viene percepita come alterata, ha cioè comportamenti e atteggiamenti percepiti come inconsueti e comunque diversi dal normale, quello che accade con gli psicofarmaci è invece di segno diverso:

Lo psicofarmaco ti fa stare meglio. Chi li prende in assunzione normale sta meglio e continua ad avere delle relazioni sociali che riescono a essere gratificanti. [Intervista n. 7 – Operatrice, Associazione]

L'uso degli psicofarmaci può derivare dal fatto che ho un problema perché faccio fatica a stare nel mondo che sta cambiando, mi sento strana, diversa, malata per cui in qualche modo ricorro all'aiuto di uno specialista o all'aiuto di farmaci per superare il momento di crisi. [Intervista n. 4 – Imprenditrice]

L'esito del consumo non è l'alterazione, ma il ritrovato equilibrio che consente di mantenere una vita sociale e un certo equilibrio relazionale.

Paradossalmente, nel caso degli psicofarmaci, può accadere che il non consumo, o la sospensione del consumo anche legata a scelte terapeutiche precise, risultino più visibili del consumo. Il consumo degli psicofarmaci però, è anche conosciuto dal momento che, come si è visto, le persone ne parlano con tranquillità ed è privo di connotazioni negative nella percezione comune. Una persona che usa psicofarmaci (anche in maniera problematica e fino ad arrivare alla dipendenza), ha un problema o vive un brutto periodo e, in quanto tale, è oggetto della "compassione sociale" più che della stigmatizzazione:

In un'azienda diventa un problema quando una persona ha qualche dipendenza, però viene tollerata meno quella che beve rispetto a quella che fa uso di psicofarmaci perché quella che fa uso di psicofarmaci viene considerata magari la poverina perché ha un problema suo mentale, o perché è in un brutto periodo. [Intervista n. 19 – Lavoratrice dipendente, settore privato]

Nelle ultime parole di questo brano di intervista, si trova un'interessante e sintetica descrizione della dinamica di diffusione dell'uso degli psicofarmaci: a situazioni "strutturalmente problematiche", si affiancano stati passeggeri di difficoltà. Ancora più interessante, in questa chiave, è il racconto di una ex-operatrice di un servizio psichiatrico che rievoca la propria sorpresa nello scoprire la grande diffusione di ansiolitici in occasione di una iniziativa (svolta in un quartiere caratterizzato da agio e benessere) finalizzata al superamento di pregiudizi e stereotipi nei riguardi della malattia mentale:

Prima del 2004 lavoravo in psichiatria: le donne e gli uomini psichiatrizzati utilizzano gli psicofarmaci perché altrimenti non campano. Per combattere il 'pregiudizio contro i matti', si creavano alcune occasioni di sensibilizzazione con la cittadinanza, come serate, incontri, dibattiti pubblici, andavamo a farle in posti 'bene' tipo la Crocetta. Mi ricorderò sempre di quando abbiamo scoperto che l'utilizzo del Lexotan piuttosto che di altre cose è diffusissimo,

sono tante le persone e le donne che utilizzano gli psicofarmaci. [Intervista n. 16 – cooperazione sociale]

La frase riportata sopra è indicativa del fatto che ormai da tempo gli psicofarmaci sono usciti dal ristretto ambito della psichiatria e della cura del disagio mentale e sono arrivati ai contesti della normalità e dell'agio, dove sempre di più sono percepiti (e prescritti) come normale aiuto per superare momenti di difficoltà.

In situazioni di questo tipo, a loro volta percepite come in forte e preoccupante aumento a causa dell'attuale e perdurante crisi socio-economica, non soltanto gli psicofarmaci si usano con facilità ma con la stessa facilità se ne parla anche: chi fa uso di ansiolitici, antidepressivi, ipnoinducenti o stabilizzatori dell'umore, può raccontarlo senza temere di diventare nella percezione altrui un "caso psichiatrico". In effetti, molte delle persone che sono state intervistate hanno raccontato di situazioni, da loro direttamente conosciute, nelle quali gli psicofarmaci sono usati da persone "normali" che hanno perso il lavoro, che hanno dovuto affrontare eventi spiazzanti ⁽⁴³¹⁾ in ambito familiare (una separazione, la malattia di un congiunto) o «che non riescono a tenere insieme i pezzi» in un mondo che cambia velocemente: magari si è costretti a ridefinire il proprio tenore di vita e, quando ci sono dei figli che si avvicinano all'età adulta, non si ha più la certezza di dare loro un futuro di agio e benessere.

Se quello appena descritto è il contesto di riferimento, è facile capire come la barriera dell'accessibilità che all'inizio del paragrafo era stata indicata nella necessità di una prescrizione medica, venga di fatto abbassata dalla sempre maggiore accettazione sociale di queste sostanze sia da parte della comunità scientifica e degli stessi medici di medicina generale, sia da parte della popolazione ⁽⁴³⁵⁾. Qualche intervistato ha parlato di «scorciatoia farmacologica» a causa della quale finiscono per passare in secondo piano altri interventi di supporto a situazioni di disagio temporaneo, mentre in altre interviste sono addirittura emerse situazioni nelle quali lo psicofarmaco (soprattutto gli ansiolitici più conosciuti) viene usato in regime di auto-medicazione in quanto «consigliato da un'amica» o, per le persone più giovani, «suggerito da un familiare» che ne fa utilizzo abituale, quello che Freidson ⁽⁴³⁶⁾ ha definito il «sistema di riferimento profano» che indirizza, sostiene o annulla la scelta di cura del malato.

In termini di accessibilità, visibilità e percezione, quindi, gli psicofarmaci che sono usati soprattutto dalle donne si connotano come:

- mediamente accessibili: sono legali, sono prescritti con facilità e in qualche caso sono anche oggetto di auto-somministrazione;
- invisibili ma conosciuti: non se ne vede né il consumo né l'effetto, ma non è infrequente sentire in strati sempre più ampi di popolazione racconti relativi all'uso delle più comuni tipologie di psicofarmaci;
- percepiti come «normalità» nelle sempre più frequenti e quotidiane situazioni di «spiazzamento» e di «fatica a tenere insieme i pezzi».

5) Droghe illegali: le sostanze che non si vedono

Cannabis, eroina, cocaina e droghe sintetiche sono, tra le sostanze psicotrope, quelle in assoluto meno accessibili soprattutto perché illegali. Proprio a causa di questa caratteristica, sono anche quelle per le quali il consumo in sé è meno visibile e quindi è meno visto nei contesti del quotidiano, anche se nella percezione comune è attribuito principalmente agli uomini:

In realtà le sostanze non si vedono. Diciamo che il tossico che si faceva in un portone è quasi scomparso, non vedi quello che si sta facendo, sta prendendo una pastiglia, però ti accorgi di quello che sta capitando dai comportamenti. La mia percezione è che l'uso delle sostanze sia più maschile. I problemi sono diversi: quando sono fatte anche le ragazze ti creano dei problemi, però sicuramente sono meno aggressive degli uomini. C'è più forse un problema di autolesionismo, il rischio di farsi male [...] i ragazzi magari diventano rissosi. Risse dovute all'abuso o all'utilizzo di sostanze da parte femminile non ne ricordo, ci può essere quella che dava di matto però proprio risse in quanto tali non ci sono mai state. [Intervista n. 6 – Gestore di locale]

Tale percezione trova conferma nelle differenze numeriche che si manifestano nei servizi, ad esempio per quello che riguarda i percorsi di reinserimento lavorativo rivolti a persone in uscita dalla tossicodipendenza:

Per l'esperienza che ho, parlando di numeri, sono molti di più gli uomini che le donne. Per dare un dato: stiamo lavorando ormai da anni con il Progetto Piani Locali che coinvolge i Sert dell'ASL TO1 e che consiste in un modulo di orientamento organizzato in nove incontri a cui segue un tirocinio di quattro mesi. I gruppi sono di 12 persone: abbiamo già fatto quattro gruppi, negli ultimi due [realizzati nel 2012 ndr] abbiamo avuto rispettivamente due o tre donne su un totale di 11 – 12 persone. [Intervista n. 16 – Quadro, Cooperazione sociale]

Il numero esiguo delle donne che arrivano a questo tipo di servizi viene correttamente riportato a una minore diffusione del consumo di sostanze psicotrope illegali tra le donne^(437; 438) come confermano del resto anche i dati statistici ed epidemiologici, mentre in generale vi è una minore consapevolezza che su questo dato incide anche l'offerta da parte dei servizi che tendenzialmente privilegia gli uomini in quanto solo raramente offre programmi che rispondano in maniera specifica ai bisogni femminili⁽⁴³⁷⁾.

In particolare, per quanto attiene ai servizi per il lavoro, c'è una maggiore propensione degli uomini a formulare richieste di aiuto come se, relativamente a questo ristretto gruppo di popolazione, la donna abbia ancora una percezione di sé, peraltro condivisa dal contesto sociale di riferimento, come «figura gregaria» rispetto all'uomo. Questa condizione gregaria sembra valere sia rispetto la dipendenza da sostanze (molto spesso, stando a quanto emerso nell'intervista citata sopra, queste donne raccontano di essere arrivate alle sostanze per amore del proprio compagno tossicodipendente), sia rispetto la dipendenza economica.

Va infine segnalato che le donne sembrano mantenere più degli uomini una condizione di dipendenza anche una volta che è stata risolta la dipendenza da eroina o da cocaina: gli psicofarmaci, ma anche la cannabis e l'alcol vengono allora utilizzati in chiave «compensativa» e con queste sostanze, percepite come «aiuto a conciliare i carichi familiari e il lavoro», si instaura un rapporto «che non è nemmeno riconosciuto» come problematico. Se si esce dalla specificità di alcuni servizi che, per mandato istituzionale intercettano donne che vengono da storie di tossicodipendenza, questo tipo di consumo sparisce completamente dall'orizzonte ed è difficile da far emergere, soprattutto tra le madri, consce, evidentemente, del fatto che sulla condizione di dipendente e madre pesa il più grave dei giudizi ⁽⁴³³⁾:

Le donne, soprattutto se nel ruolo di madri, non ammettono l'uso di sostanze stupefacenti. È difficilissimo che ne parlino. Ne parlano sempre come soggetto terzo rispetto alle paure nei confronti dei figli. Non si riesce quasi mai a venire a capire se anche loro ne hanno fatto o ne fanno uso, non si riesce ad avere una percezione chiara anche se poi le statistiche, gli studi dicono che ce n'è un uso. [Intervista n. 2 – Docente, Formazione Professionale]

In tutte le altre interviste (si ricorderà che del consumo di cocaina hanno parlato otto intervistati e del consumo di eroina sette) il tema è stato affrontato in maniera “generica”, esplicitando cioè opinioni personali (come nel caso di chi ha operato una distinzione tra le “droghe leggere” e tutte le altre droghe) o elementi percettivi riscontrati nella quotidianità.

Anche questo è un dato indicativo: il consumo e l'abuso delle sostanze psicoattive illegali, è in generale connotato al maschile più che al femminile, è noto ed è “visto” soltanto dagli intervistati che nella categorizzazione basata sulle fonti informative (cfr. par. *Fonti e livelli di informazione*) avevamo definito “esperti” e nemmeno da tutti gli appartenenti a questa categoria; stando a quanto emerso in questa indagine, per accettare di esprimersi e di riflettere su questo argomento è necessario “conoscerlo da vicino” e avere interagito con esso in termini professionali. Se questa dimensione manca (e per scelta metodologica manca quasi sempre in coloro che compongono il nostro campione), le riflessioni sono piuttosto generiche e basate su:

- informazioni acquisite da quelle che in precedenza avevamo definito fonti documentali (soprattutto letture, programmi di approfondimento giornalistico e siti web);
- posizioni maturate in base ad approfondimenti compiuti nell'ambito del proprio lavoro (ad esempio in occasione dei progetti di prevenzione realizzati da alcune cooperative sociali o negli istituti di formazione professionale);
- osservazione diretta dei fenomeni di consumo e delle relative conseguenze in alcune situazioni di tempo libero serale e notturno.

Quale che sia la base delle riflessioni, emerge con chiarezza una netta differenza di percezione tra la cannabis da una parte e le altre droghe dall'altra. La cannabis, anch'essa consumata prevalentemente dagli uomini, è percepita come la più diffusa, nonché quella per la quale il consumo è maggiormente visibile:

La cannabis, secondo me, è al momento la droga più comune tra i ragazzi giovani. Spesso e volentieri vedo tantissima gente che ne fa uso, davanti a tutti, mentre una volta era un pochino più un tabù, sai: meno lo fai davanti agli altri meglio è, invece adesso è una cosa che si può fare davanti agli altri come se fosse normalissimo. Questo negli ultimi anni l'ho notato di più. La gente non si fa problemi assolutamente. [Intervista n. 11 – Gestore di locale]

Legata alla visibilità del consumo è anche la «tolleranza» nei confronti del consumo stesso, dovuta a un processo di normalizzazione^(416; 417), di cui parla un altro intervistato, negando l'esistenza di una differenza di genere:

Mi sembra di avere la percezione che ci sia, rispetto a una volta, un atteggiamento più leggero nei confronti delle sostanze che quindi si consideri il fatto che farsi degli spinelli non sia una cosa fuori dal mondo insomma e che quindi questo atteggiamento qui non lo distinguerei tanto dal femminile al maschile e che sia abbastanza generalizzato. [Intervista n. 9 – Operatore, Consorzio Socio-Assistenziale]

La percezione di un processo di normalizzazione trova traccia anche nella testimonianza di alcuni gestori di locali che però, è bene chiarirlo, si riferiscono solo ed esclusivamente alla cannabis che è ritenuta meno pericolosa del ben più accessibile alcol, e più compatibile con la dimensione sociale:

La cannabis è una roba che ha una tossicità bassissima rispetto all'alcol... se fai una ricerca farmacologica la cannabis è una roba che fa ridere, sia dal punto di vista della dipendenza che dei danni fisici. [Intervista n. 20 – Locale notturno, Art director]

Quando abbiamo riaperto nel 1998, eravamo a maggio. Non avevamo valutato come utilizzare il giardino per cui non c'erano luci, era abbastanza buio, francamente io avevo l'impressione che si facessero tantissime canne nel giardino però questo non dava nessun problema di convivenza, di risse, di queste cose qua. Se invece la gente fosse andata lì a impasticcarsi o si fosse fatta pesantemente di alcol, i problemi sarebbero stati sicuramente molto maggiori. [Intervista n. 6 – Gestore di locale]

In conclusione, la cannabis sembra essere la sola sostanza per la quale si verificano simultaneamente queste tre caratteristiche:

- scarso livello di accessibilità: qualche intervistato ha sottolineato, però, che tra le droghe illegali è la più accessibile;
- aumento della visibilità del consumo: segnalato da più parti sia con riferimento all'azione, sia con riferimento agli effetti ai quali non è associata la dimensione della pericolosità;
- accettazione sociale del consumo: quest'ultima caratterizzazione è emersa dalle interviste con diversi livelli di intensità, dal più tenue atteggiamento di chi sostiene

che «farsi una canna alla settimana non è un problema», alle più forti posizioni antiproibizioniste di chi ritiene che le canne dovrebbero essere «lecite».

Per me le canne sono lecite. Mi sembra scandaloso che la cannabis non sia legalizzata, non solo, mi sembra che addirittura possa avere degli effetti terapeutici. Se ne potrebbe parlare a lungo, in generale è una sostanza che andrebbe permessa senza nessun problema, è anche molto meno dannosa dell'alcol. [Intervista n. 6 – Gestore di locale]

Le informazioni raccolte, infine, sulle altre droghe illegali sono davvero molto poche e non attengono quasi mai ai temi della visibilità e della percezione. Per l'eroina ad esempio, solo in un'intervista è stato segnalato un «aumento del consumo anche al femminile», tutte le altre riflessioni hanno riguardato indicazioni di massima sulla diffusione quantitativa o temi quali il vissuto delle persone consumatrici di eroina, o le priorità della prevenzione. In generale, si tratta di una sostanza il cui consumo tra le donne sembra essere veramente poco diffuso ma sempre e comunque percepito come un problema (manca cioè, quel discrimine di quantità che ad esempio è molto presente per sostanze come l'alcol, gli psicofarmaci o, per guardare alle sostanze illegali, la cannabis).

A proposito della cocaina, gli elementi che caratterizzano la percezione emersa delle interviste sono:

- un aumento dei consumi, segnalato da due intervistati e accompagnato da una difficoltà di aggancio da parte dei servizi;
- una scarsa diffusione tra la popolazione femminile;
- la problematicità del consumo in sé a prescindere dalle quantità.

Tutto quanto visto per eroina e cocaina vale anche per le droghe sintetiche sulle quali però, è necessaria un'ulteriore precisazione: più di un intervistato ha sottolineato come questo tipo di consumo non sia percepito come problematico da parte di chi lo mette in atto. In parte, tale percezione di non problematicità sarebbe legata, a quello stesso modello culturale che è stato evocato parlando di psicofarmaci:

La diffusione dei farmaci e l'utilizzo diffuso, forse l'abuso di farmaci aiuta molto le persone a comunque riferirsi sempre a qualche sostanza per la soluzione di un problema. Cominciano che sono bambini, appena hanno mal di gola gli si dà subito l'antibiotico, gli si fa subito credere 'stai male, allora vieni che ti do la medicina'. Questa roba qua da un punto di vista educativo lavora dentro ai bambini fin da quando sono piccoli. Secondo me le sostanze chimiche e le droghe di sintesi sono così diffuse oggi tra i giovani perché sono pasticche e loro sono abituati da quando sono piccoli ad ingurgitare pasticche. Io mi ricordo quando ero ragazza, farsi di eroina era molto difficile perché dovevi uscire, trovarla comprarti la siringa e bucarti. Devi avere veramente l'intenzione, devi superare tutta una serie di difficoltà, devi proprio voler fare quella roba lì. Ingurgitare una pasticca è semplice, semplice perché ci si è abituato da quando si è piccoli. Io ritengo che l'uso e il consumo di sostanze sia anche diventato così normale e così diffuso, mi dispiace dirlo, ma per

questa cultura diffusa dell'utilizzo di medicinali o di sostanze altre che ti aiutano a stare bene. [Intervista n. 17, cooperativa sociale]

Nel caso delle droghe sintetiche quindi, l'inaccessibilità che deriva dallo status illegale (si tratta di sostanze proibite) sembra coesistere con una sorta di accettabilità culturale che sembra essere favorita dalla modalità di somministrazione che per le «droghe da sballo» è orale, esattamente come per le molte medicine del cui consumo si è protagonisti sin dalla più tenera età o testimoni in ambito familiare. Anche questo consumo che sembra non avere una specificità di genere, è in generale percepito dagli intervistati come problema in sé ancora più allarmante e difficile da affrontare, sia a causa del fatto che chi lo mette in atto non lo percepisce come problematico, sia perché l'accettabilità culturale pone nuove sfide in termini di promozione e cultura della salute.

Nella tabella che segue, si propone una sintesi delle principali caratteristiche dei consumi e dei comportamenti *addictivi* al femminile in termini di accessibilità, visibilità e percezione:

Accessibilità	Sostanza / comportamento	Visibilità del consumo / azione	Visibilità effetti	Percezione	Femminile vs maschile
Elevata	Alcol	Sì	Sì	Spartiacque generazionale: è percepito problematicamente sia il forte consumo visibile delle generazioni più giovani sia il consumo occulto delle generazioni più mature.	Per gli uomini non emerge lo spartiacque generazionale ed emerge invece una maggiore accettazione del consumo e delle eventuali «défaillance» di cui si può essere protagonisti anche in luogo pubblico.
	Gioco	Sì	No	Forti critiche nei confronti dello status legale del gioco. È percepita una dimensione occulta probabilmente legata al timore di stigmatizzazione.	La differenza più rilevante riguarda i “luoghi” del gioco privilegiati, in termini di percezioni: uomini: bar e sale scommesse donne: centri commerciali, tabaccherie, uffici postali.
	Shopping compulsivo	No	No	Il comportamento in sé non è riconoscibile, quindi è poco percepito; per arrivare a riconoscerlo è necessario creare una relazione non asimmetrica con chi lo mette in atto.	Comportamento sostanzialmente non individuato nella popolazione maschile.

Accessibilità	Sostanza / comportamento	Visibilità del consumo / azione	Visibilità effetti	Percezione	Femminile vs maschile'
Media	Psicofarmaci	No	No	Consumo invisibile ma conosciuto, non occultato e percepito come “normale in caso di necessità” di fronte alle difficoltà del quotidiano.	Consumo tipicamente femminile: gli uomini non hanno l'abitudine di chiedere aiuto in caso di stati di malessere psicologico (non vanno quindi dal medico di base che può prescrivere farmaci) e si «aiutano» con altre sostanze.
Bassa	Droghe illegali				
	Cannabis	Sì	Sì	Socialmente «tollerata» anche se non legalmente permessa.	Per tutte le sostanze illegali il consumo è percepito come prevalentemente maschile.
	Eroina Cocaina	No	Sì	Consumo che, anche se non è percepito nei contesti quotidiani dei “non addetti ai lavori” è sempre visto come un problema.	Questa percezione diffusa e condivisa spiega anche il fatto che non siano praticamente emersi per queste sostanze elementi relativi a uno specifico universo femminile.
	Droghe sintetiche	No	Sì	Sempre problematico anche se non percepito come tale da chi lo mette in atto.	

4.1.4 Dalle percezioni alle opinioni

Con il presente paragrafo, viene abbandonato definitivamente il piano delle percezioni e si passa a quello delle opinioni: si passa cioè dal “come sono visti e percepiti” determinati fenomeni di consumo e determinati comportamenti *addictivi*, a ciò che si sa o si pensa (per questa ragione è stata usata la parola “opinioni”) rispetto ad alcuni aspetti di tali fenomeni quali:

- le situazioni e i contesti più frequenti di consumo;
- le ragioni che inducono una donna ad avvicinarsi a determinate sostanze o a mettere in atto certi comportamenti;
- il significato attribuito a tali sostanze e a tali comportamenti;
- l’esistenza di una soglia di problematicità nella messa in atto di consumi e comportamenti *addictivi*;
- i fattori di rischio e/o di protezione rispetto al superamento di tale soglia.

Contesti di consumo

Il primo dato che colpisce nell’analizzare il materiale raccolto in tema di contesti e situazioni di consumo, è l’attenuazione della presenza di uno “specifico femminile”: nella maggioranza dei casi, gli intervistati non hanno individuato contesti di consumo specificatamente femminili da giustapporre o da “contrapporre” a contesti tipicamente maschili.

Va poi sottolineato che le riflessioni in merito ai contesti e alle situazioni di consumo:

- riguardano soltanto alcune sostanze: cannabis, alcol, droghe sintetiche e psicofarmaci; nulla si dice in maniera esplicita a proposito di eroina e cocaina che sono anche le sostanze meno accessibili e meno visibili, oggetto di riflessione solo da parte degli intervistati che lavorano a stretto contatto con i servizi specifici;
- non riguardano quasi mai i comportamenti: ciò può dipendere in parte dalla loro scarsa riconoscibilità (è il caso ad esempio dello shopping compulsivo), oppure dalla difficoltà a circoscrivere gli spazi fisici o sociali nei quali tale comportamento viene agito.

Da questo punto di vista la situazione del gioco d’azzardo costituisce un’eccezione, in quanto sono stati indicati spazi più marcatamente maschili (cioè quelli più connotati, come bar e sale scommesse) e altri più frequentati dalle donne (quelli meno sospetti, come gli uffici postali, e le tabaccherie).

Tornando alle sostanze, è emersa una distinzione di fondo tra il consumo sociale e ricreativo, che riguarderebbe soprattutto l’alcol e alcune sostanze illegali (cannabis e droghe sintetiche), e il «consumo più individualizzato» che invece riguarderebbe gli psicofarmaci:

Per le donne, il consumo di cannabis e anche di alcol avviene in ambito aggregativo, ricreativo grupppale, [...]. La droga sintetica la vedrei solo ed

esclusivamente nell'accesso alle discoteche. L'alcol in quello che può essere la festa, l'aperitivo, la discoteca, il festeggiare il compleanno, però sei sempre nel discorso festa, la cannabis è anche quella un consumo collettivo, magari fuori perché in discoteca non si può fumare. Per i farmaci, sia l'uso sporadico, sia l'abuso sono individualizzati, personalizzati e legati a un problema, come il fatto di sentirsi ansiosa. [Intervista n. 18 – Lavoratrice dipendente, Azienda ospedaliera]

I consumi di gruppo possono avere luogo sia in spazi chiusi sia in spazi aperti: tra gli spazi chiusi vengono segnalate con una certa frequenza le discoteche (o più in generale i locali) e le feste private che si svolgono in casa e che riguarderebbero soprattutto le adolescenti nella fase critica della socializzazione all'alcol.

In questi contesti, il consumo è percepito dagli adulti investiti di ruolo genitoriale con viva preoccupazione, sia perché può portare alla «perdita del controllo» (ancora più preoccupante se capita alle ragazze), sia perché sostanze che sono “altro” rispetto all'alcol, contemplato dalla nostra cultura alimentare, vengono utilizzate con scopi diversi rispetto al «puro piacere» del consumo di un bicchiere di vino:

Alle prime feste a partire dal liceo inizia ad esserci una diffusione dell'alcol che non è il bicchiere di vino che noi in Italia siamo anche abituati per tradizione a consumare ai pasti senza nessun problema particolare, per puro piacere. Da quello che mi raccontano le mamme, c'è questo problema diffuso di utilizzo di bevande che hanno dentro dell'alcol un po' mascherato, degli stimolanti, della caffeina. Queste bevande vengono utilizzate per adeguarsi a quello che il gruppo decide di fare come divertimento. C'è una grande allerta delle mamme... i ragazzini iniziano a perdere il controllo molto facilmente perché non hanno ovviamente nessuna assuefazione, nessuna soglia, ed è una cosa che come madre di una ragazza di quattordici anni mi preoccupa di più. [Intervista n. 4 – Imprenditrice]

Per quanto riguarda l'identificazione dei locali quale contesto di consumo, è interessante osservare come accanto a interviste in cui le associazioni sono banali e forse anche esageratamente semplicistica (le discoteche quali luoghi di perdizione, i bar di periferia o notturni), ve ne sono altre caratterizzate da una lettura più attenta a cogliere specificità e sfumature, proprie di chi conosce da dentro il “mondo della notte”. Riemerge il tema della collocazione elitaria del *clubbing*: alcuni locali che si caratterizzano per il fatto di offrire spettacoli che hanno una certa connotazione di tipo culturale sarebbero dunque diversi, anche in quanto contesti di consumo di sostanze psicotrope, rispetto ai cosiddetti «frighi» in cui l'offerta culturale non esiste e le sostanze (in particolare l'alcol) sono vendute come il principale mezzo di socializzazione:

Noi siamo un po' diversi dai locali che ci sono adesso, quelli della movida di cui si parla ogni giorno sui giornali. Noi siamo sostanzialmente un posto che fa spettacoli. Noi abbiamo un pubblico che viene per lo spettacolo o per curiosità. La gente viene da noi per un consumo culturale. Queste persone

tendenzialmente hanno interesse, poi magari sono ugualmente utilizzatori di sostanze, però hanno interesse abbastanza spiccato per quello che vengono a vedere quindi tendenzialmente non sono così rovinati come quelli che vanno negli altri locali. Noi non siamo un bar dei Murazzi con una scarica di venticinquenni che il sabato sera si vanno a scassare, da noi magari uno viene a vedere il concerto, poga come un selvaggio, magari è un rapporto molto fisico con lo spettacolo, però comunque è ancora spettacolo. [Intervista n. 6 – Gestore di locale]

Quella tra sostanze e vita notturna, divertimento e musica, è un'equazione che va valutata nel senso che più si alza il valore artistico e culturale dell'offerta e più il consumo di sostanze è consapevole, gestito ... Ci sono luoghi che sono noti come baraonda di alcol, li chiamano frighi, in cui viene soltanto servito alcol, con della musicaccia, un'offerta culturale bassissima e lì vedi il peggio perché in realtà il contenitore è soltanto una scusa per gonfiarsi e non c'è nient'altro oltre a quello. Se invece c'è l'offerta culturale, come nei grandi festival europei, c'è un tipo di consumo diverso, c'è lo stesso, perché comunque l'equazione musica e sostanze ha sempre funzionato, soprattutto da quando è arrivata la musica elettronica, ma anche prima, il rock degli anni '60, però più l'offerta è bassa e più secondo me chi va in questi eventi consuma in maniera sbagliata, non consapevole e quindi va poi a trovarsi con problemi maggiori. [Intervista n. 20 – Locale notturno, Art director]

Non soltanto c'è dunque una corrispondenza tra livello “culturale” dell'offerta e approccio al consumo di sostanze ma esiste una correlazione abbastanza forte tra il tipo di offerta e il tipo di consumo: così, in occasione di concerti di musica elettronica, punk o metal, è più frequente che ci si trovi a gestire le conseguenze di consumi di MDMA e droghe di sintesi, ai concerti reggae è invece più frequente e probabile l'uso di cannabis, rispetto alla quale la gestione delle conseguenze del consumo è ritenuta «meno complicata». In nessuno dei due brani di intervista sopra riportati sembra esserci una particolare attenzione allo specifico femminile, forse perché, come si è più volte detto, nel “mondo della notte” le differenze di genere sembrano attenuarsi. Per questa ragione probabilmente gli intervistati che a quest'area fanno riferimento, non ritengono prioritaria una riflessione specifica per genere in un contesto in cui «le cose si stanno rimescolando» e anche consumi culturali nati per un pubblico prevalentemente maschile stanno acquisendo audience anche tra la popolazione femminile.

Se vale l'equazione musica = sostanze, sembra invece sempre meno valida l'equazione locali = alcol, in primo luogo per ragioni di natura economica:

In generale, si è assistito a una drastica riduzione del consumo di alcolici nei locali, tant'è vero che in moltissimi di essi si fanno delle offerte 'prendi 3 paghi 2'. Fino a un po' di tempo fa c'era la moda dei chupitos: bicchierini di superalcolici che costavano 1 o 2 euro molto piccoli da bere velocemente. In generale, mi sembra che ci sia un processo di irrobustimento dei consumi fuori

dal locale. In Spagna è diffusissimo questo fenomeno del botellón. [...]. In Italia non è ancora diffuso questo fenomeno però si arriva nel locale avendo già bevuto magari l'aperitivo, magari si è stati a casa di amici. I costi delle consumazioni nei locali cominciano ad essere notevoli. Bisogna già avere una disponibilità per ubriacarsi in un locale spesso occorre una disponibilità economica che sia almeno di 20 o 30 euro. [Intervista n. 6 – Gestore di locale]

L'abitudine di bere bevande alcoliche acquistate in negozi in spazi aperti o in case private prima dell'arrivo nei locali è una risposta al costo molto elevato applicato nei locali pubblici. Non si tratta del bere in strada solitamente associato a condizioni di marginalità o di devianza, situazioni queste che seppure minoritarie sono presenti, ma uno stile del bere caratterizzato da elementi di aggregazione sociale, che non escludono episodi di ubriachezza.

Le donne, o meglio le ragazze, visto che si parla ancora di una pratica particolarmente diffusa tra i giovani, sono coinvolte sia in quanto «acquirenti» delle bevande alcoliche nei supermercati, sia negli episodi di consumo. Con riferimento al primo dei due episodi citati di seguito, è interessante osservare che l'intervistato non sembra minimamente consapevole del fatto che ciò che racconta è avvenuto in piena violazione della legge, in quanto nel nostro Paese dal novembre 2012 è vietato vendere alcolici ai minori di 18 anni.

Ad esempio, una cosa che ha attirato la mia attenzione ultimamente in un supermercato, è stato quello di vedere la scena di tre ragazzine e due ragazzini, siamo ancora nella fascia minorenni ma prossima alla maggiore età e vedere come avessero due bottiglie di succo di frutta, ma c'erano tre bottiglie di alcolici. [Intervista n. 5 – Docente, Formazione Professionale]

Forse questo consumo in luoghi aperti e in gruppo, coinvolge anche le ragazze. L'episodio di sabato scorso erano tre ragazze con altri due ragazzi ed era una di queste che aveva la bottiglia di vodka nella borsa. Normalmente viene sempre fatto in gruppo, mai singolarmente, cioè non ho mai visto una ragazza che si porta una bottiglia solo per lei. È una cosa che si organizza. Un gruppo di 4 o 5 persone che anziché andare a spendere nei locali, vogliono risparmiare e si portano queste cose da casa. [Intervista n. 11 – Gestore di locale]

Gli intervistati hanno fatto riferimento ad altre modalità di consumo che avvengono in spazi aperti, evocando alcune aree identificate come:

- i luoghi della movida, associati a un consumo di alcol e, meno esplicitamente, di cannabis;
- “i luoghi dello spaccio”, associati soprattutto a consumi di sostanze psicotrope illegali pesanti (in particolare eroina e cocaina). Le donne, sembrano convenire gli intervistati, sono presenti e visibili nei luoghi della movida, molto meno in quelli dello spaccio.

Motivazioni dei consumi

Gli intervistati si sono espressi con maggiore frequenza sui consumi di sostanze, relegando le riflessioni sui comportamenti in secondo piano: solo il gioco d'azzardo è stato oggetto di qualche testimonianza incentrata soprattutto sul legame tra questo tipo di comportamento e la povertà economica: chi gioca (e non c'è differenza di genere da questo punto di vista), lo fa perché «il bilancio familiare non torna» o perché vive il gioco stesso come «forma di investimento» operato con la prospettiva dei «soldi facili». Relativamente alle motivazioni d'uso delle sostanze invece, gli intervistati hanno chiamato in causa la dimensione identitaria intesa o in senso relazionale (soprattutto l'alcol e le droghe sintetiche vengono individuate come “elemento importante” nella vita di relazione), o in senso individuale (soprattutto gli psicofarmaci, ma anche l'alcol, sono individuate come sostegno al superamento di difficoltà individuali).

1) Dimensione relazionale

Una delle motivazioni del consumo citate con maggiore frequenza, è la necessità di uniformarsi alle scelte operate dal gruppo in fatto di divertimento o, per usare un altro termine che ricorre spesso nelle interviste, di “emulare” i comportamenti di altri componenti del gruppo:

L'avvicinamento alla cannabis piuttosto che alle sostanze sintetiche, è dato dall'appartenenza al gruppo e a quello che loro chiamano il divertimento: più il gruppo fa così, più faccio così anch'io. Questo forse dura sulle donne fino ai 20-25 anni, diciamo che è legato al mondo del gruppo: il mio gruppo si diverte e io per divertirmi mi faccio la canna o mi prendo la pasticca. [Intervista n. 2 – Docente, Formazione Professionale]

Altri elementi afferenti alla dimensione relazionale, chiamati in causa degli intervistati, sono:

- l'ostentazione di consumi anche importanti, utilizzati come prova per l'affermazione della propria identità all'interno del gruppo;
- il superamento della timidezza e/o di difficoltà relazionali (soprattutto in ambiti aggregativi e ricreazionali);
- la solitudine e la “mancanza di reti”.

A bere, si comincia perché l'amico lo fa, per sentirsi furbo e più uomo, per sentirsi più grande. Con la droga si inizia nella stessa maniera, le motivazioni sono sempre quelle, cioè c'è in compagnia chi si droga, però secondo me è un discorso differente, ci vorrebbe un pochino più di prevenzione fatta in una maniera intelligente sul discorso della droga, perché è più semplice avere delle dipendenze dalla droga che siano leggere o pesanti. [Intervista n. 10 – Gestore di locale]

La citazione riportata, rappresenta di fatto la più classica delle concezioni dell'emulazione all'interno di un gruppo di pari: non c'è in queste parole una particolare attenzione alla dimensione di genere che invece compare nelle parole di un altro intervistato, dalle quali sembra trasparire anche una certa labilità del confine tra «emulazione» e «ostentazione» dei consumi come “prova” e affermazione della propria identità. Inoltre, nella testimonianza che segue, l'intervistato evoca nuovamente l'esistenza di una “soglia anagrafica” (situata intorno ai 20-25 anni) per il manifestarsi di comportamenti di questo tipo che addirittura, sarebbero più presenti nelle donne:

C'è un discorso di emulazione, forse nella ragazza che in genere è un po' più spavalda, un po' più aggressiva del maschio, può darsi che fino ai venti - venticinque anni ci sia anche proprio questa ostentazione di far vedere che tu ci sei. [Intervista n. 3 – Imprenditore]

Anche un'altra intervistata osserva questa commistione tra emulazione e ostentazione e ne segnala una particolare presenza nei comportamenti delle donne rievocando il concetto della non corretta interpretazione della parità e attribuendo in tal senso, qualche responsabilità alle generazioni più mature:

Secondo me, noi donne della mia generazione, volevamo la parità... erano gli uomini che giocavano, bevevano, e forse non siamo riuscite a tramandare alle figlie o ai figli il fatto che comunque non è che noi donne dobbiamo prendere il lato peggiore degli uomini, perché per me quello è il lato peggiore degli uomini. [Intervista n. 19 – Lavoratrice dipendente, settore privato]

Vale la pena infine segnalare qui una terza testimonianza che, sempre in tema di ostentazione, si discosta da quanto detto sopra. L'intervistato richiama infatti il «pudore di genere» affermando che gli atteggiamenti di natura ostentativa sarebbero una caratteristica tipicamente maschile:

Uomini e donne possono accedere a queste sostanze, quindi non so dirti se per vergogna, per senso di pudicizia e che la donna nasconde di più; l'uomo se ne fa un vanto più di una donna, ne va persino più fiero, sembra quasi che è meno colpevole l'uomo rispetto alla donna. Io credo che l'uomo senta anche la necessità di far vedere che lui regge, sopporta. [Intervista n. 1 – Docente, Formazione professionale]

Da sottolineare qui l'uso della parola “colpevole” che, ancora un volta, sembra richiamare alla mente l'associazione tra il forte consumo alcolico delle donne e la dimensione morale.

Tutte queste testimonianze, si richiamano in ultima analisi a un tema comune: la forza trainante del gruppo. Sarebbe questo, secondo un'altra intervistata, l'elemento che spiega l'evolvere dell'uso e dell'abuso di sostanze (si perdono qui le distinzioni tra sostanze) da manifestazione di un disagio a «moda». Questo elemento di novità, pone sfide nuove e allo stesso tempo complesse in cui il disagio è e resta tutto sommato presidiato, ma c'è sempre meno spazio per intercettare con interventi di prevenzione quei consumi che stanno sul confine tra la moda e il disagio, o quelle situazioni in cui «la moda nasconde un disagio».

Io credo che oggi l'uso e l'abuso delle sostanze vada imputato a due elementi fondamentali: alcune caratteristiche di disagio, alcune caratteristiche legate semplicemente alla moda. È diventato più normale utilizzare sostanze in generale. È di moda sconvolgersi il sabato sera per i giovani, così come è di moda per le donne uscire con le amiche, prendersi... [...]. Però mancano risorse e quindi non si riesce a presidiare, con interventi di prevenzione tutto quello che è il consumo per moda. Il disagio a un certo punto lo riconosci; se è moda, può rimanere moda tutta la vita. [Intervista n. 17 – Quadro, Cooperazione sociale]

Va infine segnalato che la dimensione emulativa è stata chiamata in causa per l'eroina anche in un altro senso, conosciuto dalla letteratura come “doppia dipendenza”, cioè dalla sostanza e dal partner (cfr. ad es. ⁽⁴²⁵⁾).

In genere non affrontiamo la riflessione sul percorso di dipendenza proprio per mettere al centro il percorso lavorativo, però se penso alle persone alle quali mi sono permessa di poter chiedere ‘come mai dall'eroina all'alcol?’, prevalentemente mi è stato detto che l'alcol era la sostanza più facile da ottenere, l'eroina era più per amore perché il fidanzato si fa, però la mia dipendenza è l'alcol. [Intervista n. 16 – Quadro, Cooperazione sociale]

La dimensione relazionale nelle motivazioni del consumo, compare non soltanto nella chiave emulativa e ostentativa appena illustrata, ma anche facendo riferimento al valore d'uso relazionale, tra quelli più comunemente riconosciuti all'alcol, soprattutto in contesto ricreativo e aggregativo:

C'è la percezione che c'è sempre stata, che con due bicchieri in più in corpo sei più predisposto a fare festa, questa è la motivazione che senti dire da tutti, ma già ai miei tempi ed è continuato, noi sono dodici anni che abbiamo il bar ed è sempre quella. [Intervista n. 10 – Gestore di locale]

Un altro intervistato, anch'egli gestore di un locale, riconosce alle altre sostanze la capacità di aumentare la godibilità della fruizione culturale, affermando che, soprattutto in quei contesti di divertimento che si connotano come luoghi nei quali è proposta anche un'«offerta culturale» (concerti, spettacoli, esibizioni di dj e vocalist), il consumo avviene anche «in funzione dello spettacolo che si vuole vedere e della serata che si vuole passare». L'utilizzo di sostanze per «essere più predisposti a fare festa» o perché «con le sostanze ci si diverte un sacco», non è esattamente analogo al loro utilizzo in chiave di sostegno alla relazionalità che, secondo un intervistato, può avvenire in contesti di vita quotidiana o anche in contesti ludici. In questo caso, la sostanza (ci si riferisce soprattutto ad alcol, cannabis e droghe di sintesi) non viene usata per “godersi al meglio la serata” ma quasi per “reggere” a un'interazione personale e diretta alla quale le nuove tecnologie ci stanno progressivamente «disabituando»:

Le nuove tecnologie ci hanno disabituato alla relazione ‘fisica’ che quindi è sempre più difficile da stabilire. Molte volte usi la sostanza per quando deve esserci questo contatto fisico: se io esco in compagnia, vado in discoteca, in

gruppo, a ballare, a una festa e sono abituato solo sempre a fare degli sms e mi ritrovo vis à vis con altre persone ho bisogno di un aiutino, ecco. Non vado a cercarmi qualcosa che mi irrobustisce dal punto di vista dei miei limiti, delle mie timidezze, delle mie riservatezze e delle mie non capacità a entrare in relazione, diciamo, fisico-visivo con qualcuno. Uso dei surrogati, quelli sono poi dei surrogati. [Intervista n. 9 – Operatore, Consorzio Socio-Assistenziale].

Non soltanto l'alcol e le droghe di sintesi sono un «aiutino» che spesso si associa al fatto di dover entrare in relazione, soprattutto in contesti ludici. Ancora di più, come dice un'altra intervistata, possono essere d'aiuto gli psicofarmaci, soprattutto in una situazione in cui non ci sono luoghi dove condividere il proprio malessere e in cui le reti sociali sono fragili. Per chi vive quelle situazioni di "fragilità relazionale" e di mancanza di spazi di condivisione del malessere (e secondo l'intervistata che si cita di seguito sono molte le donne, soprattutto non più giovanissime, che vivono situazioni di questo tipo), il problema non è tanto quello di "reggere" una relazione a cui non si è più abituati, ma proprio quello dell'assenza relazionale che può creare stati d'ansia anche molto gravi:

Le ragioni dell'uso degli psicofarmaci stanno nella mancanza di reti, la mancanza di luoghi nei quali raccontare il proprio malessere. Non ci sono più gli spazi, i luoghi, le relazioni che possano permettere alle persone di dare nome ai vissuti che hanno e quindi si ritrovano ad abusare di psicofarmaci per calmarsi, per contenere le ansie e anche le situazioni di esasperazione in cui si trovano spesso. [Intervista n. 8 – Operatrice, Associazione]

2) Dimensione individuale

La citazione conclusiva del paragrafo precedente dedicata agli psicofarmaci e al loro utilizzo in chiave di superamento della solitudine esistenziale, ci consente di completare il passaggio dalle motivazioni che in apertura avevamo definito di natura relazionale a quelle che invece afferiscono maggiormente alla sfera individuale. Alcuni intervistati hanno fatto riferimento alla sperimentazione, tipica soprattutto di un certo periodo della vita. I due brani di intervista riportati di seguito, sono riferiti in particolare alle droghe illegali il cui consumo può far parte del percorso di crescita di una persona. Tale percorso può essere più o meno lungo e può interrompersi o per ragioni fisiche oppure perché con l'avanzata dell'età cambia il modo di divertirsi e cambiano gli obiettivi di una serata di divertimento. Il cambiamento si verifica, stando a quanto si legge nel secondo brano di intervista, quando il percorso di sperimentazione è più lungo e quando all'interno di esso è possibile individuare una traiettoria sia in termini di quantità consumate, sia in termini di consapevolezza del consumo, che si modifica per l'intervento di eventi (*life events*)⁽⁴³¹⁾ come la nascita di un figlio, il matrimonio, un lavoro, ecc.

In entrambe le testimonianze riportate di seguito, si può leggere che le persone che più frequentemente intraprendono questo tipo di percorso sono le più «curiose», le più «inquiete», senza particolari differenze di genere:

Immagino che quasi tutti gli adolescenti e i giovani di un certo tipo facciano delle esperienze rispetto alla droga, penso a quelli che hanno bisogno di esplorare, che sono un po' più inquieti di altri, si trovano in situazioni di discoteca, di piazzetta, magari la canna, il tiro di cocaina o il tiro di eroina, trovo che possa far parte di un percorso: ci provo e mi allontano, soprattutto perché il fisico non regge. [Intervista n. 16 – Quadro, Cooperazione sociale]

Credo ci sia una fase di avvicinamento alle sostanze nell'adolescenza, dai quindici ai diciassette anni e poi c'è un uso più o meno consapevole che andrà avanti fino ai trenta quarant'anni, con una fase prima di crescita e poi di decrescita, e poi normalmente le persone smettono di uscire, hai altri obiettivi. [Intervista n. 20 – Locale notturno, Art director]

Un altro tema emerso, è quello dell'uso di alcune sostanze per il superamento di momenti episodici difficili sul piano personale.

Alcuni intervistati, ad esempio, hanno associato il consumo di alcol al superamento di «delusioni d'amore», o di momenti difficili a carattere episodico e puntuale:

Pensando alle ragioni che possono spingere una donna a bere mi potrebbe venire in mente, per esempio, una delusione. Potrebbe essere una delusione d'amore, potrebbe essere un qualcosa di negativo nel mondo del lavoro. Potrebbero esserci infiniti motivi [...] per gli uomini, soprattutto per i prossimi maggiorenni, ci può essere la motivazione dello sballo a tutti i costi. [Intervista n. 5 – Docente, Formazione Professionale]

Sicuramente una cosa che influisce molto, sono i problemi personali, soprattutto sui giovani può essere il non capirsi con i genitori o voler fare una cosa che i genitori dicono di non fare, oppure semplicemente le prime cotte e i primi problemi sentimentali, spesso qui nel locale mi capita di sentire le ragazze che dicono 'ho litigato con il mio fidanzato allora stasera mi voglio ubriacare'. Oppure il fatto che magari la scuola non va bene. Sono questi fattori che possono far sì che si passi a un uso frequente normale: uscire con degli amici e andare da qualche parte senza esagerare, al fatto di dover fare tutti i locali per potersi ubriacare [...] i ragazzi invece, magari lo fanno perché si sentono dire 'ah se non ti ubriachi almeno una volta nella vita'. [Intervista n. 11 – Gestore di locale].

Entrambe le testimonianze, sembrano far riferimento a situazioni episodiche e puntuali sia per quanto riguarda la difficoltà («una delusione d'amore»), sia per quanto riguarda il consumo di alcol. Si ritiene importante questa precisazione per sottolineare che in testimonianze come quelle di cui ai paragrafi precedenti, non si sta parlando di consumo problematico che può evolvere in dipendenza e che riguarda persone che si arrendono alle difficoltà della vita, ma di estemporanei e abbondanti consumi messi in atto per mettere tra parentesi, per una sera, una difficoltà momentanea.

La giustapposizione delle due testimonianze precedenti, consente di cogliere da un lato l'elemento della specificità di genere e dall'altro quello della trans-generazionalità. Stando infatti alle riflessioni dei due intervistati, il verificarsi di delusioni d'amore, difficoltà scolastiche o professionali e incomprensioni, sarebbero più per le donne che per gli uomini una ragione all'origine di un forte consumo di alcol, magari anche solo episodico; per gli uomini invece, varrebbero di più come motivazioni di partenza la ricerca dello stato alterato di coscienza («sballo») in sé, come ricerca di sensazione forte, a prescindere da vicissitudini personali; oppure l'emulazione di un costume sociale diffuso e condiviso al punto che chi ad esso non si uniforma può essere quasi «additato» per la propria diversità. Questa prospettiva ricalca la teoria che vede nel genere femminile una maggiore propensione a usare le sostanze come auto-medicazione rispetto a quello maschile⁽⁴²²⁾. Se l'alcol è associato a momenti difficili, episodici e puntuali, l'uso degli psicofarmaci è associato a situazioni di disagio più profondo sia per «solitudine e mancanza di reti», sia per questioni ben più complesse che hanno a che fare con la rapidità di certi cambiamenti, con la poca capacità di reggerli e, soprattutto per le donne con figli che sono alle soglie dell'età adulta, con la fatica nel «tenere insieme» i pezzi di una famiglia (onere ancora soprattutto femminile, nella società italiana) e con una sorta di «deficit» di speranza rispetto al futuro.

Per gli psicofarmaci, la motivazione può essere stata quella di avere superato momenti di difficoltà nel lavoro o nella vita, o di confrontarsi con un disagio nel vivere il proprio tempo adattandosi ai cambiamenti di stile di vita che ci vengono imposti. I pochi casi di cui sono a conoscenza, riguardano persone sui quarant'anni, madri di famiglia che si trovano in un momento molto difficile. [...]. I mariti arrivano a casa molto affaticati, molto provati dalle giornate di lavoro, anche loro in profonda crisi, sembra tutto insormontabile. Si tratta di una crisi piuttosto profonda e individuale di queste donne che si trovano a gestire i mariti che vanno giù di umore, che fanno fatica, che hanno una serie di problemi, i ragazzi ai quali si vuole dare speranza, si vuole sempre offrire tanto e non si può più offrire come prima e loro stesse che sono un po' schiacciate in questo mondo che sta intorno a loro e fanno un po' fatica a tenere tutti i pezzi insieme. [Intervista n 4 – Imprenditrice]

Questo lungo brano di intervista, riferito in particolare agli psicofarmaci, mette in evidenza una serie di elementi ripresi anche in altre interviste.

In primo luogo, c'è il riferimento al «superamento di un disagio»: questa è la ragione principale per cui vengono utilizzati gli psicofarmaci o l'alcol, secondo una scelta che può dipendere da preferenze personali (perché nel contesto di consumo diffuso in cui si vive «ognuno sceglie quello che gli assomiglia di più») oppure dalla casualità (perché alla fine è una «questione di incontri» e quindi si utilizza la sostanza che per prima viene scoperta come quella che aiuta a stare meglio). Va detto però che la scelta dell'alcol come sostanza che aiuta a superare un disagio sconta un effetto tolleranza di cui c'è consapevolezza e che non viene evocato per gli psicofarmaci.

In secondo luogo, vi è il tema dei problemi economici, che in parte attengono, più in generale e forse in maniera più destabilizzante, alla ridefinizione della propria identità e dei propri rapporti con il mondo circostante. Imprescindibile dalla stabilità economica, è la stabilità/continuità lavorativa. Anch'essa può avere un potenziale destabilizzante che viene sottolineato da un'altra intervistata, secondo la quale in una situazione come quella attuale la perdita del lavoro può creare una sorta di "effetto-valanga" che può avere un impatto pesante sulla salute fisica e psicologica delle donne:

Mi sono proprio resa conto che la perdita del lavoro scombussola tutto. Quando una è sfortunata già sul lavoro, il passaggio dopo è che la famiglia si sgretola oppure si va in depressione o si hanno altri problemi di salute. Alle donne succede. La donna si ritrova a casa, qualcuna ne approfitta per stare a casa quei due o tre anni, magari per guardarsi i figli; nelle coppie giovani non mi sembra che ci siano dei problemi, ma nelle donne dai quarant'anni in su sembra che scatti questa, non so, io dico sfortuna. Non è possibile una cosa del genere: perdi il lavoro, finché hai gli ammortizzatori sociali vai avanti, e poi non va bene con il marito, non va bene con i figli. Si sgretola tutto. Ho visto tanti casi, anche di persone vicine alla nostra organizzazione, donne che poi o hanno problemi in famiglia o non reggono psicologicamente o di colpo si ammalano di cose non belle. [Intervista n. 19 – Lavoratrice dipendente, settore privato]

Né la mancanza di reddito né la perdita del lavoro sono direttamente individuate come "motivazioni di utilizzo" di sostanze psicoattive da parte delle donne, ma entrambi questi elementi hanno un effetto spiazzante cui spesso si sente di poter rispondere soltanto con un aiuto farmacologico. In sintesi, ciò che emerge è che, al di là della funzione sperimentale attribuita ai consumi delle giovani, alle donne viene riconosciuto solo l'impiego farmacologico, mentre non compare quello legato al piacere.

La soglia della problematicità

L'individuazione di una soglia di problematicità nei consumi e nei comportamenti è stata per gli intervistati un'operazione piuttosto difficile in quanto chiama in causa non soltanto la dimensione percettiva, ma anche aspetti esperienziali e valoriali. Vi è in primo luogo una dimensione esperienziale: chi ha praticato o vede frequentemente alcuni consumi (alcol e sostanze illegali in particolare) ha una percezione diversa della soglia di problematicità rispetto a coloro che, ad esempio, conoscono i fenomeni di consumo per averne solo letto o sentito parlare, sia pure in maniera approfondita e con rigore scientifico

Vi è poi una dimensione valoriale che viene evocata da quegli intervistati che definiscono sempre e comunque problematico il consumo di tutte le sostanze illegali e operano invece alcuni distinguo quando si parla di sostanze legali. In questi casi, il superamento della soglia di problematicità può avvenire in termini di quantità consumate, di frequenza e di contesti del consumo. Come vedremo, non per tutti la distinzione è così netta: la cannabis è il classico e più comune esempio di sostanza non legale, ma il cui consumo non è sempre

percepito come problematico. Se quantità, frequenza e contesti possono essere individuati come indicatori della possibile problematicità del consumo, gli elementi chiamati in causa per indicare la problematicità dei comportamenti sono l'ossessività e la compulsività dell'azione, entrambi elementi difficili da osservare e quindi forse per questo poco presenti nelle riflessioni degli intervistati. Solo un'intervistata si è espressa su questa questione parlando del gioco:

Il gioco diventa un problema quando è un continuo, quando tu scendi dalla macchina per andare dal tabaccaio a comprare il gratta e vinci, un po' come le sigarette no? Secondo me, quella è una dipendenza quando hai comunque il pensiero, ti prefiggi un budget che poi senz'altro sfori perché magari c'è quella volta che vinci due euro e che ne so, ne giochi quattro. [Intervista n. 13 – Lavoratrice autonoma]

Nella collocazione della “soglia di problematicità del consumo”, il tema delle specificità di genere non sembra in effetti presente in maniera evidente, anche se è necessaria una distinzione tra sostanze. Quando parlano di alcol e di droghe illegali, gli intervistati attribuiscono alle donne minore resistenza fisica ma anche maggiore «saggezza» rispetto a quella posseduta dagli uomini; questo fa sì che la soglia della problematicità del consumo sia più bassa per le donne che non per gli uomini, ma anche che venga superata meno frequentemente. Le riflessioni sugli psicofarmaci invece, sono tutte “al femminile” dal momento che si tratta di un consumo che ha come protagoniste quasi esclusivamente le donne.

1) Dimensione esperienziale

Per un gruppo di “non addetti ai lavori”, l'individuazione di una soglia di problematicità è operazione decisamente complessa, come mette in evidenza un'intervistata che ha maturato una lunga esperienza e un lungo percorso di riflessione condivisa nell'ambito di progetti di prevenzione

L'opinione pubblica fa fatica a distinguere tra uso e abuso; il tecnico, l'esperto probabilmente distingue, l'opinione pubblica no. Se io sono una persona che non beve e non fuma per me naturalmente chiunque ne faccia uso lo vedo già come un abuso. La mia personale percezione è che comunque siano degli abusi. [...]. È una discussione che, nei progetti di prevenzione ai quali ho partecipato, abbiamo affrontato spesso senza trovare una risposta a questa domanda. La mia percezione è un po' così: chi non ha mai usato neanche una volta né psicofarmaci né sostanze stupefacenti non capisce la necessità di usarle e quindi ritiene che sia abuso qualunque quantità se ne assuma. Chi invece per qualche motivo ha dovuto o voluto provare a farne, uso distingue molto bene tra uso e abuso. [Intervista n. 2 – Docente, Formazione Professionale]

In effetti, le parole di questa intervistata trovano conferma in un'altra riflessione elaborata da una persona che ha affermato di avere avuto esperienze dirette di consumo di sostanze. Questo intervistato, che ha costantemente associato l'uso di sostanze in contesti ricreativi e aggregativi alla dimensioni della sperimentazione, della curiosità e del divertimento, afferma:

Beh, l'uso diventa problema nel momento in cui una persona non si diverte più, nel momento in cui non si sperimenta qualcosa di nuovo, ma l'uso diventa routine. Lo leggi in faccia alle persone che non si stanno divertendo. Se capita quello, cioè che non c'è più la dimensione del divertimento, la freschezza, la curiosità, significa che sei già passato alla fase un po' più problematica in cui confluiscono in quel consumo i problemi personali che hai. [Intervista n. 20 – Locale notturno, Art director]

A quel punto, quando non ci si diverte più, non è più una «questione di genere», prosegue l'intervistato, subentra un «problema psicologico di dipendenza della sostanza» il cui utilizzo, divenuto problematico e *addittivo*, comincia a segnare anche il fisico. Il superamento di questa soglia, conclude l'intervistato, è per le donne più evidente ma meno frequente rispetto a quanto avviene per gli uomini, aiutati a dissimulare l'impatto del consumo sul fisico da lineamenti meno delicati,.

Quando si tratta poi di cadere nell'abuso e nella dipendenza, non c'entra l'età né il genere spesso quello è un problema psicologico di dipendenza da una sostanza. Le donne sono più carine degli uomini come lineamenti e quindi si tende a notare un po' prima quando una donna va verso lo sfascio, rispetto a un uomo che magari ha i lineamenti un po' più marcati e la butta sul wild, con la barba non fatta e l'occhiaia [...], fa tipo e vai avanti ancora un paio d'anni però poi si va a finire lì, non è che si va da un'altra parte. Tra le donne sono fortunatamente pochi i casi, in genere le ragazze tendono a fermarsi prima di fare proprio schifo. [Intervista n. 20 – Locale notturno, Art director]

2) Dimensione valoriale

Non soltanto l'uso di sostanze diventa problema quando non ci si diverte più, ma anche, come sostiene un altro intervistato, rappresentante del mondo dei locali e del tempo libero serale e notturno, quando rende la persona incapace di mantenere il controllo su se stesso.

Io ho una tale avversione ideologica, che non riesco a pensare che sia possibile, ad esempio, sniffare cocaina ed essere normali. Per me è un marchio. Uno che sniffa lo sa che quella roba lì sono soldi diretti alla criminalità. Io non riuscirei mai a sniffare perché vedo un legame diretto tra il mio consumo e il fatto che i soldi alla fine fanno quel giro lì. Delle tre sostanze [alcol cannabis, droghe pesanti ndr] ne accetto due e una no, quelle che accetto le accetto però con regola cioè tu devi sempre essere in grado di avere il controllo su te stesso. A me è già capitato di avere qui ragazzi o ragazze

giovani a fine sera talmente sversi che non riescono più a tornare a casa e quello è un grosso problema. Si può anche bere o farsi qualche canna, secondo me non casca il mondo. Però non può esistere che questa roba ti faccia perdere il controllo su te stesso, per cui non puoi addormentarti ai Murazzi oppure essere in stato, tra virgolette, comatoso, su un divano di un locale.

[Intervista n. 6 – Gestore di locale]

Viene introdotta qui una distinzione importante tra le sostanze: da una parte vi sono le sostanze illegali pesanti il cui uso è percepito come «sempre problematico» non solo e non tanto per gli effetti che causa sul fisico o per l'instaurarsi di un rapporto di dipendenza, quanto perché oggetto di un commercio illegale che arricchisce la criminalità; dall'altra vi sono l'alcol e la cannabis che l'intervistato afferma di «ammettere», sempre sotto la condizione che l'uso non determini la perdita del controllo.

Analoga contrapposizione tra le sostanze il cui uso è sempre e comunque problematico e quelle per le quali la soglia di problematicità viene superata soltanto a certe condizioni, si trova nelle riflessioni di un altro intervistato che non osserva la questione in termini di status legale, quanto sul tipo di rapporto che le persone possono instaurare con le sostanze: chi instaura un rapporto problematico con l'alcol, arriva a farlo perché ci sono altri problemi, mentre con le droghe pesanti si parte dalla ricerca del piacere e si può arrivare all'assuefazione, da cui può dipendere un progressivo aumento delle quantità consumate. La cannabis, si trova in posizione intermedia, non avendo né il pesante "impatto fisico" dell'alcol, né le dinamiche di assuefazione che possono caratterizzare il rapporto con le droghe illegali pesanti. L'unico criterio da seguire (e vale anche per l'alcol) è, in questo caso, quello dell'«uso moderato» in termini di frequenza e quantità: fino a quando si rimane entro quella soglia il consumo non assume dimensioni problematiche:

Se fumi una canna alla settimana, io posso essere contrario, però dico anche che non ti crea dei problemi. È chiaro che se tu alla mattina la prima cosa che fai ti fumi un cannone e poi vai avanti e te ne fai cinque o sei al giorno allora quella è una dipendenza, che tra l'altro è anche difficile da sconfiggere.

[Intervista n. 10 – Gestore di locale]

Molto più rigida è infine la linea di confine tracciata da un'altra intervistata che ritiene non problematico l'alcol soltanto se si fa riferimento al suo valore d'uso alimentare, definendo realmente o potenzialmente problematico tutte le sostanze illegali:

L'alcol è un alimento e può andar bene, uno va a una cena e magari beve anche due o tre bicchieri di vino ma poi finisce lì. Per quanto riguarda le altre sostanze, ad esempio tutto il dibattito sull'uso della cannabis nella terapia del dolore, tutto deve essere normato. La liberalizzazione, da un lato bloccherebbe il mercato, la mafia e tutta una serie di cose. Però, oggi come oggi con la fragilità che c'è nelle persone, sarebbe veramente un rischio enorme. Ci sono persone che poi ne farebbero un abuso e non sono consapevoli neanche di farne un abuso. [Intervista n. 15 – Operatrice, Associazione]

Intersecando le distinzioni viste sino ad ora (dimensione esperienziale e dimensione valoriale e status legale delle sostanze), si arriva a una categorizzazione che distingue:

- le sostanze illegali e “inaccettabili”: eroina, cocaina e droghe sintetiche, rispetto alle quali è percepito problematicamente l’uso in sé (non vengono cioè operati “distinguo” relativi a contesti, quantità e frequenza di consumo);
- le sostanze illegali ma accettate: sostanzialmente la cannabis, rispetto alla quale gli elementi dirimenti nel definire la problematicità, sembrano essere la quantità e la frequenza di consumo;
- le sostanze legali: alcol e psicofarmaci, rispetto alle quali la problematicità del consumo si definisce in base a criteri di frequenza, quantità e contestualizzazione del consumo.

Per quanto riguarda quest’ultima categoria, è necessario introdurre un’ulteriore distinzione per gli psicofarmaci per i quali risulta più difficile da percepire la soglia di problematicità del consumo: in primo luogo, per la relativa «facilità» e «normalità» con cui i medici sono portati a prescrivere psicofarmaci in risposta a sintomi anche lievi (come si ricorderà qualcuno ha parlato di “scorciatoia farmacologica»); in secondo luogo per la grande «facilità di accesso ai farmaci» che a volte sono oggetto di «consiglio» o di «scambio» tra amiche. Per quanto riguarda l’alcol, la soglia di problematicità va collocata soprattutto nell’uso «decontestualizzato» cioè al di fuori dei momenti di aggregazione e di convivialità e nell’ubriachezza reiterata, non solo necessariamente legata al disagio ma anche solo al piacere, e soprattutto nella persistenza di questa abitudine in età adulta. Da questo punto di vista le donne, sono però ritenute più «sagge», forse anche a causa della loro «minore resistenza fisica».

Fattori di vulnerabilità e protezione

Collegate alle riflessioni sulla soglia della problematicità nei consumi e nei comportamenti, sono quelle relative ai fattori che possono rendere le persone più vulnerabili, facilitando di fatto il superamento di tale soglia o agli elementi che invece fungono da fattori di protezione. In generale gli intervistati affrontano la questione trattando tutte le sostanze in maniera indifferenziata anche se, indubbiamente, ve ne sono alcune che sono citate con maggiore frequenza rispetto ad altre; su questo dato, pesa probabilmente più che su altri lo status legale delle sostanze stesse. I riferimenti più frequenti infatti, espliciti o impliciti, riguardano l’alcol, c’è qualche riferimento agli psicofarmaci (in particolare in due interviste), mentre sono quasi del tutto assenti i riferimenti a tutte le droghe illegali.

Gli intervistati individuano tre tipi di fattori di vulnerabilità e protezione:

- biologici
- psicologici
- sociali.

Non vi è traccia di una percepita correlazione tra tipi di consumi/comportamenti e la maggiore o minore rilevanza di un gruppo di fattori rispetto a un altro, mentre è possibile

affermare che la categorizzazione appena delineata per i fattori di vulnerabilità e protezione si intersechi con qualche elemento di specificità di genere. In particolare, l'elemento biologico e l'elemento psicologico sembrano avere una capacità protettiva più rilevante per le donne che per gli uomini, rispetto all'insorgere di consumi o di comportamenti problematici.

Tornano quindi i temi che nel paragrafo precedente erano stati sintetizzati nelle espressioni "minore resistenza fisica" e "maggiore saggezza" delle donne. Si aggiunge, però qui un ulteriore elemento: non soltanto le donne sono più sagge e si fermano prima nei consumi in ragione di una minore resistenza fisica, ma hanno più risorse personali e caratteriali degli uomini per proteggersi dall'evoluzione in senso problematico di alcuni consumi. Emerge una certa ambivalenza che è indubbiamente una specificità di genere: le donne, da un lato sono più propense a cercare aiuto per la gestione del carico emotivo (soprattutto con sostanze psicotrope di carattere farmacologico) ma, relativamente ad altri consumi, sono invece più capaci degli uomini ad attivare risorse personali e caratteriali per arginare lo sconfinamento nel consumo problematico.

La dimensione sociale, legata al contesto culturale che definisce i ruoli di genere e si estrinseca in una diversa distribuzione dei carichi di responsabilità o in diversi livelli di giudizio morale nei confronti delle donne, non emerge con la stessa preponderanza, nonostante sia fattore influente, messo al primo posto dagli studi femministi⁽⁴³⁹⁾. L'appartenenza di genere infatti influisce sui consumi attraverso meccanismi biologici, ma i ruoli di genere possono amplificare le differenze biologiche e le differenze di genere nei consumi possono essere modificate da fattori macro sociali che a loro volta modificano le contrapposizioni di genere⁽⁴⁴⁰⁾.

1) Fattori biologici

La dimensione biologica può essere per le donne fattore di vulnerabilità rispetto ai consumi e al tempo stesso elemento di protezione (nel senso che la consapevolezza della minore resistenza fisica fa sì che ci si trattienga). Resistenza fisica e «sensibilità dei recettori di sostanze chimiche», sono gli elementi chiamati in causa dai quattro intervistati che hanno ricondotto alla dimensione fisica, o per meglio dire fisiologica, i fattori di protezione che fanno sì che le donne arrivino a consumi problematici con minore frequenza rispetto agli uomini.

Parlando di alcol, viene evocata soprattutto la resistenza fisica che, essendo più bassa nelle donne, induce a maggiore attenzione:

Secondo me, forse per una questione biologica, mi sembra che le donne siano un po' più deboli, bevono un po' meno e usano un po' meno sostanze degli uomini, però per la popolazione femminile c'è anche una questione in parte fisica e in parte anche psicologica. Avendo una forza fisica, in senso biologico, un po' minore le donne ci fanno un po' più di attenzione. [Intervista n. 6 – Gestore di locale]

Limitatamente all'alcol, tale resistenza aumenta, dice un altro intervistato, se supportata dall'«abitudine al bere». Secondo un'altra intervistata, che afferma di fare riferimento alla propria esperienza personale, ci sono per ogni organismo dei limiti biologici invalicabili, quindi può capitare che quando un gruppo di pari si trova nella fase della sperimentazione avvengano delle scissioni tra chi «si appassiona» alle sperimentazioni stesse e chi, invece, non riesce proprio a reggerle. Non è detto, prosegue, che a fermarsi siano soltanto le donne perché la vulnerabilità ai consumi anche problematici deriva da «fragilità molto simili»; forse, conclude, soprattutto rispetto a certe modalità di consumo (si parla qui in genere di persone in uscita dalla dipendenza), le donne tendono a essere più «gregarie» cioè a intraprendere consumi anche problematici, seguendo il proprio partner.

Infine, c'è chi fa riferimento a differenze di carattere fisico: viene chiamata in causa qui la «chimica dei recettori delle sostanze psicotrope», la cui variabilità però non dipende tanto dal genere quanto dalle predisposizioni individuali. Anche su questa questione, come già era avvenuto in tema di definizione della soglia di problematicità, l'esperienza di consumo sembra avere una qualche influenza:

Onestamente, non vedo una grande differenza di genere, c'è chi riesce a fermarsi o a gestirsi questa roba in maniera molto tranquilla e continua a divertirsi per anni e chi invece a un certo punto psicologicamente diventa dipendente da questa roba qua come potrebbe diventare dipendente da qualcos'altro. Chissà come mai: fragilità personale, oppure altro, non sono in grado di entrare nello specifico, però so che c'è una questione che ha a che fare con la nostra fisiologia, con i recettori del nostro cervello più o meno sensibili e disponibili a determinate sostanze. Io per esempio ho dei recettori sensibili all'alcol e agli oppiacei, motivo per cui mi tengo a distanza siderale da qualsiasi sostanza, a parte il fatto che non mi diverto, però c'è anche un motivo, come dire, fisiologico. [Intervista n. 20 – Art director]

2) Fattori psicologici

Qualcuno tra gli intervistati arriva a sostenere che oggi «siamo tutti borderline», posizione che sembra richiamare la teoria che vede nella società contemporanea una società *addictiva*, cioè che spinge ai consumi compulsivi⁽⁴¹⁴⁾. In questa prospettiva il fattore di protezione più importante è quello riconducibile alla dimensione caratteriale e alla capacità dell'individuo di mobilitare le proprie risorse per superare i momenti di difficoltà. Se queste risorse non ci sono, o se la persona non ha le capacità per percepirle e per mobilitarle, anche resistere a un contesto familiare problematico e carico di tensione può diventare insopportabile.

Di fronte a questa dimensione dell'insopportabile, si possono verificare dei veri e propri «crolli patologizzati», oppure degli «incontri» con sostanze che aiutano a stare meglio, almeno nella percezione soggettiva. Al verificarsi di una qualsiasi situazione insostenibile o di un qualsiasi crollo, il discrimine tra il crollo e la tenuta, tra la forza e la fragilità, tra l'uso, l'abuso e la dipendenza da sostanze, è rappresentato dalle risorse personali e

caratteriali che ciascuno ha o che è in grado di attivare. Questo sembra essere l'assunto condiviso da molti intervistati. Ad esempio, è il «carattere» che porta una persona a decidere di reiterare un consumo, una volta esaurita la fase della sperimentazione che può essere messa in atto anche per ragioni afferenti alla «pressione sociale», è la solidità della «struttura della personalità» che consente di entrare in relazione (per i giovani) e di assumere responsabilità (per gli adulti), senza sentire la necessità di ricorrere all'uso di sostanze psicoattive ed è, infine, l'attivazione delle risorse personali che può contrastare anche i fattori di vulnerabilità di origine ambientale e familiare e addirittura vissuti, di consumo problematico e di dipendenza. Sul piano delle risorse attivabili e disponibili, si gioca una forte specificità di genere ed entrano in gioco i fattori sociali, che però sono solo in minima parte oggetto di riflessione da parte degli intervistati. Le donne non solo sono portate a farsi più domande, ma hanno bisogno di più risorse perché hanno carichi maggiori rispetto agli uomini:

Gli uomini sono più leggeri: c'è meno carico sulla schiena dell'uomo, cioè meno oggetti di cui occuparsi e questo avviene anche nei nuclei più fragili. Anche se le donne non lavorano, hanno più cose di cui occuparsi: il nucleo costruito, la casa, le famiglie di provenienza, eventuali conflitti tra i nuclei differenti, generalmente agli uomini scivolano più addosso, invece le donne sono più il centro di queste relazioni. Le donne si fanno più domande e hanno più elementi di inquietudine rispetto agli uomini. [Intervista n. 16 – Quadro, Cooperazione sociale]

Proprio perché strutturalmente abituate a farsi più domande, le donne hanno anche più risorse per fronteggiare le situazioni di criticità, ma quando queste risorse finiscono, i «crolli» sono più netti e la ripresa sembra più difficile:

Una donna secondo me ha una risorsa in più, ha una capacità di adattamento e spesso di vedere comunque il lato positivo delle cose. Anche se vive in situazioni bruttissime, però cerca di reagire. Un uomo si abbruttisce, secondo me, molto di più su qualsiasi cosa. Ad esempio, la perdita del lavoro mentre l'uomo inizia a cercare lavoro, non lo trova e cade in depressione, la donna comunque cerca lavoro, si ingegna, le donne fanno il pane e lo vendono, fanno piccoli lavori di sartoria, guadagnano solo 5 euro ma va bene ... L'uomo molto di meno, la donna ha una marcia in più e a parità di disgrazie una donna cade dopo, però quando cade una donna è più difficile tirarla fuori. Le donne fanno delle scelte ben definite sia nelle cose positive che nelle cose negative. [Intervista n. 15 – Operatrice, Associazione]

3) Fattori sociali

La specificità di genere è meno marcata quando gli intervistati evocano quale fattore di vulnerabilità o protezione l'ambiente familiare e sociale. Quasi sempre le riflessioni che emergono su questo punto, afferiscono all'equazione classica che vede la solidità familiare come presupposto di sani principi e di «punti di riferimento stabili» capaci di prevenire

l'insorgenza di consumi problematici. Si trova ancora una volta l'immagine stereotipata della popolazione giovanile come maggiormente a rischio: se e fino a quando la famiglia c'è ed è solida, essa può giocare il ruolo di fattore di protezione, nel momento in cui non c'è o, anche solo per ragioni anagrafiche, non «controlla» più, la vulnerabilità aumenta.

Nell'individuazione della famiglia e del contesto quale fattore di protezione, alcuni intervistati hanno messo a fuoco immagini decisamente meno stereotipate. Lo ha fatto ad esempio chi ha parlato di «educazione» e di «rispetto di sé», sottolineando quindi che la famiglia protegge non tanto quando controlla, ma piuttosto quando «educa a rispettare se stessi» e «insegna a stare al mondo»; lo ha fatto anche chi ha attribuito alla famiglia funzioni non tanto di controllo quanto di gestione e sostegno nei confronti dei componenti che vivono le naturali fasi di sperimentazione o momenti di difficoltà.

Non sempre però la famiglia riesce a essere fattore di protezione e ciò può accadere perché il fenomeno *addictivo* non viene percepito con chiarezza. In questa prospettiva, le donne che nell'ambito dell'organizzazione familiare si occupano della gestione potrebbero addirittura essere più vulnerabili. Inoltre è difficile che avvenga uno scambio di ruoli e che qualcuno riesca a vedere la fragilità del «Don Chisciotte» della situazione, in genere la donna e riesca a farsene carico. Da ciò si origina anche, talvolta, la sottovalutazione della dipendenza femminile:

La donna è sempre vista come la persona che si fa carico di tutta una serie di problemi. Il fatto che questa specie di moschettiere, di Don Chisciotte, venga meno a questo ruolo perché anche lei è umana e ha le sue fragilità, non è così facilmente accettabile nella stragrande maggioranza dei casi. Anche in famiglia ci vogliono percorsi specifici perché questa situazione si registri e venga rilevata. Mentre è più facile per una donna vedere che l'uomo ha quel problema, per un uomo è molto più difficile capire che la compagna, la moglie, la figlia ha quel genere di dipendenza. Io mi sono trovata di fronte a una signora che si beveva qualcosa come 30 o 35 lattine di birra al giorno, e il marito non riusciva a prenderne coscienza. [Intervista n. 18 – Lavoratrice dipendente, Azienda ospedaliera]

Vi sono poi situazioni in cui la famiglia non solo non è fattore di protezione, ma è addirittura fattore di vulnerabilità, quale contesto foriero di conflitti.

Situazioni ancora differenti sono quelle in cui sulla normalità si abbattono eventi spiazzanti: una malattia, una separazione improvvisa, particolarmente pericolosa in quanto fattore di vulnerabilità se coinvolge donne delle fasce di età centrali e con figli, per la gestione dei quali non si può più fare affidamento sulla famiglia di origine. Infine, sono state evocate quali fattori di vulnerabilità quelle situazioni in cui accade qualcosa che altera equilibri precari di lungo periodo: non è detto che si arrivi alla rottura del legame di coppia, ma le conflittualità con il coniuge o con i figli possono diventare insostenibili ed è possibile che si arrivi a un punto in cui la messa in atto di un comportamento o l'assunzione di una sostanza, vengano visti come la sola via di uscita:

Il momento critico è quello in cui situazioni che sono già molto sul filo si aggravano ulteriormente. Ad esempio, quando una donna si ritrova ad avere problemi di rapporto con i figli adolescenti, problemi di coppia, di relazione affettiva, problemi di lavoro, finché riesce a tenere e a darsi un minimo di strumenti per far fronte, tiene e sembra che possa farcela ma se si crea una situazione più pesante, più drammaticamente inaffrontabile per lei, ecco che non trova poi molte possibilità di essere supportata e va alla ricerca di soluzioni altre come ad esempio il miglioramento della situazione economica con la fortuna, la gestione delle ansie derivanti dai rapporti interpersonali con i familiari con lo psicofarmaco. [Intervista n. 8 – Operatrice, Associazione]

La dimensione extra familiare è oggetto di scarsa riflessione. Un'intervistata ha individuato negli ambienti di lavoro particolarmente competitivi e prestazionali, caratterizzati di fatto dalla predominanza di un modello maschile al quale le donne sembrano in qualche modo costrette a uniformarsi, un fattore di rischio. In situazioni come queste, l'aiuto farmacologico diventa comprensibile anche per chi, pensando alla propria situazione personale, lo esclude in maniera categorica:

Probabilmente ci sono dei contesti in cui arrivi agli psicofarmaci quasi per necessità. Io sto vivendo in questo periodo, lo stress del lavoro, non userei mai dei farmaci, ma io sono in un contesto relativamente tranquillo come il pubblico impiego. Se penso al mondo privato, di alto livello, in cui lavori 13 o 14 ore al giorno e devi dare di più, produrre di più, raggiungere gli obiettivi, forse lì è più facile arrivarci più velocemente perché hai necessità di andare avanti. Nel privato probabilmente c'è ancora il fatto che per essere una donna competitiva con gli uomini, devi essere veramente di più. Siccome devi essere al livello degli uomini, pur avendo molte più incombenze nella sfera extra-lavorativa, posso immaginare che arrivi a dire 'va bene io domani mattina mi devo alzare e devo ricominciare, quindi mi aiuto, senza pensare alla droga, però al farmaco magari sì. [Intervista n. 12 – Funzionario, pubblico impiego]

4.1.5 Quale prevenzione?

Nel corso delle interviste, il tema della prevenzione è stato affrontato sia a partire dall'analisi delle esperienze alle quali gli intervistati hanno detto di avere partecipato, sia in termini di raccolta di suggerimenti sugli interventi che possono essere maggiormente efficaci, in particolare sulla popolazione femminile. Dalle riflessioni degli intervistati emergono, inoltre indicazioni interessanti sugli attori che prioritariamente dovrebbero essere investiti della responsabilità di implementare e sostenere le azioni di prevenzione, nonché delle criticità che tali azioni incontrano.

Una panoramica di progetti ed esperienze

Alcuni intervistati, provenienti soprattutto dal mondo della scuola, della formazione professionale e dei servizi socio-assistenziali hanno affrontato il tema della prevenzione facendo riferimenti ad attività svolte nel corso della quotidianità lavorativa. Ad esempio un formatore professionale racconta che alcuni temi, non soltanto i consumi e le dipendenze, diventano oggetti di riflessione in classe e di attività che coinvolgono i ragazzi rendendoli partecipi e protagonisti:

Il dialogo c'è, non è solo sulle materie scolastiche, altrimenti non formeremmo assolutamente nessuno. Direi che con le lezioni che tendiamo a fare vogliamo far sì che loro riflettano quindi realizziamo anche percorsi in cui parliamo della dipendenza oppure dell'AIDS. Sono i ragazzi che cercano le informazioni e poi le condividono. Abbiamo trattato il tema dell'omofobia con tutta la scuola. Le ragazze andavano a intervistare i compagni, un lavoro che li ha coinvolti e quindi li ha fatti riflettere, sono stati partecipi in prima persona e hanno lavorato su un tema che non è così evidente. [Intervista n. 1 – Docente, Formazione professionale]

Meno partecipata, più frontale e tradizionale è invece la formazione sul tema della sicurezza sul lavoro, trattata più in termini normativi e procedurali con non da un punto di vista del rischio:

Specialmente negli ultimi tempi sul discorso dell'alcoldipendenza insisto molto dicendo loro di fare attenzione. La maggior parte di questi apprendisti utilizza la macchina aziendale per servizio e io li informo del fatto che hanno l'obbligo della visita annuale. E delle analisi; se si riscontra che c'è problema di alcol dipendenza non viene rilasciata l'idoneità alla mansione. [Intervista n. 5 – Docente, Formazione Professionale]

È attività di prevenzione, pur senza essere parte di un progetto ad hoc anche l'azione svolta dagli operatori di un Consorzio socio-assistenziale che attivano servizi rivolti ai ragazzi delle scuole e gestiti da giovani (ad es. dopo scuola o estate ragazzi) che si sperimentano nella gestione di una relazione educativa. Servizi di questo genere, sostiene l'intervistato, rappresentano per tutti coloro che ne sono coinvolti l'opportunità di fare esperienza, di sviluppare competenze e di operare quel lavoro di consolidamento e strutturazione di una personalità, che rappresenta un fattore protettivo.

Non soltanto ai ragazzi ma anche agli adulti (famiglie) si rivolge, invece, il quotidiano operato di un'altra intervistata proveniente dal mondo della scuola. Si tratta di una dirigente scolastica che afferma di avere «partecipato a progetti di prevenzione al disagio in ambito educativo», nell'ambito, cioè, di quella che viene chiamata solitamente prevenzione universale ma racconta anche di essersi attivata per azioni di prevenzione selettiva o indicata, attivando, cioè la propria rete di relazioni con operatori di servizi specifici in seguito all'intercettazione di situazioni di problematicità presunta o conclamata. Per facilitare l'attivazione di questa rete, secondo l'intervistata, è utile mettere in atto (come lei stessa racconta di avere fatto) dispositivi come uno "sportello" di ascolto

presso il quale opera un esperto che può valutare l'invio ai servizi di quelle situazioni che gli si presentano e che denotano segni di problematicità. Anche la rappresentata di un'associazione che gestisce un Centro d'ascolto per persone in situazione di povertà e vulnerabilità sottolinea l'importanza dell'attivazione della rete nelle azioni di prevenzione secondaria:

Quest'anno abbiamo avuto più persone, quasi tutte donne, che sono arrivate qui con forti stati depressivi, persone molto fragili, con terapie farmacologiche anche pesanti. In quei casi dopo un primo filtro di ascolto e di accoglienza si fa un passaggio verso altri enti che si occupano della problematica, cercando di stare comunque all'interno della rete attorno al soggetto. Cerchiamo anche di parlare con i familiari e di fare da tramite con i servizi specifici. Il nostro è un lavoro di accompagnamento. [Intervista n. 15 – Operatrice, Associazione]

Si tratta di azioni alle quali si è chiamati con sempre maggiore frequenza: non si può prescindere dall'attivazione di una rete nella quale si mobilitano i contesti di provenienza delle persone stesse, i servizi non specifici e i servizi specifici; anche attraverso queste azioni quotidiane (che sono cosa diversa dai progetti ad hoc) si fa prevenzione intervenendo su situazioni già problematiche al fine di evitarne la degenerazione. Nell'attivazione di queste reti della prevenzione selettiva o indicata, sostiene la stessa intervistata anche i contesti di riferimento delle persone possono avere un ruolo importante. Sono, infatti, spesso gli amici e i vicini di casa a mobilitarsi per primi per segnalare situazioni problematiche che restano occulte: ai servizi resta l'imprescindibile compito di ascoltare queste segnalazioni e di attivarsi di conseguenza.

Un'ultima osservazione sull'attivazione delle reti è suggerita dalla riflessione di un'intervistata che ha potuto osservare da vicino molti dei processi di riqualificazione urbana realizzati a Torino: in quelle occasioni, osserva, si sono creati tavoli di progettazione partecipata e Agenzie per lo sviluppo che si sono rivelati strumenti importanti per intercettare le persone in difficoltà e le situazioni di consumo o di comportamento *addictivo*; spesso, però, a queste azioni di intercettazione non ha potuto fare seguito una vera e propria presa in carico che richiederebbe competenze specifiche in materia di salute:

In alcuni quartieri di periferia ci sono stati in questi anni vari interventi di accompagnamento, sono sorte delle realtà come le Agenzie di sviluppo locale, gli sportelli di orientamento. Tutti luoghi in cui ci sono degli operatori che si occupano d'altro, non si occupano di salute ma di lavoro, di casa, di politiche territoriali, attraverso queste attività incrociano le persone che hanno difficoltà, legate soprattutto all'uso di sostanze e in particolare di psicofarmaci, ma questi operatori non sono attrezzati per lavorare su quel fronte e sarebbe necessario realizzare azioni di prevenzione insieme a chi si occupa di sanità. [Intervista n. 8 – Operatrice, Associazione]

Diverse dalle azioni di prevenzione svolte nell'ambito dell'ordinaria attività istituzionale di un'organizzazione, sono, invece, le attività che vengono realizzate nell'ambito di progetti specifici.

Gli intervistati hanno citato e descritto:

- il progetto *Edu.care* realizzato dalla presidenza de Consiglio dei Ministri¹;
- alcune esperienze di gruppi di incontro informali tra donne, realizzati da una cooperativa operante sul territorio della provincia di Cuneo;
- alcune iniziative mirate quali «un progetto sul bere consapevole realizzato con i consorzi vitivinicoli» e due interventi di prevenzione realizzati con operatori sociali e animatori presenti all'interno e all'esterno delle discoteche;
- i Piani Locali di Prevenzione delle dipendenze realizzati dalle ASL torinesi in collaborazione con altre istituzioni e con diverse realtà del terzo settore.

Soltanto per i primi due progetti elencati sopra gli intervistati hanno fornito una descrizione approfondita mettendo in luce gli aspetti che ritenevano maggiormente positivi; tutte le altre esperienze sono state soltanto citate ed è quindi corretto enumerarle, pur nell'impossibilità di una descrizione più approfondita. L'intervistata che ha descritto il progetto *Edu.care* ha espresso il proprio apprezzamento sia per le modalità operative (rendendo disponibile la cena condivisa e la possibilità del babysitting si facilita la partecipazione delle donne) sia per le scelte metodologiche di fondo: il lavoro con le famiglie, la disponibilità delle competenze professionali, la durata del percorso.

Anche i gruppi di incontro organizzati da una cooperativa sociale nel territorio della provincia di Cuneo sono interventi di prevenzione primaria e anch'essi vengono descritti dettagliatamente da un'intervistata. Si tratta di esperienze che intercettano un bisogno relazionale forte e particolarmente sentito dalle donne: si sta insieme per fare altro (dal corso di cucito al corso di massaggio, dalla gara di cucina al confronto sull'incontro tra culture), ma mentre si sta insieme e si fa altro si creano spazi di relazionalità e di condivisione. L'esperienza viene portata avanti su base volontaria, partendo da attività che vengono realizzate nelle scuole e che consentono di aprire spazi di dialogo e di incontro dei quali c'è davvero molto bisogno:

Noi non abbiamo più progetti finanziati, le promuoviamo tutte con le mamme che incontriamo a scuola, piuttosto che con le donne straniere. In cooperativa abbiamo un paio di donne che hanno un po' di tempo e lo mettono a disposizione per queste attività a titolo di volontariato, perché ne sentiamo la necessità. Nelle scuole lavoriamo con i laboratori socio-affettivi o con i laboratori di educazione alla mondialità e lavori sui bambini, poi incontri le mamme e lì si apre un mondo; parlando del benessere del figlio, in realtà

¹ <http://www.politicheantidroga.it/progetti-e-ricerca/progetti-dpa/sezione-1---prevenzione/educare/presentazione-.aspx>.

parlano di se stesse e ti dicono che non sanno come affrontare un problema, allora proponi di vedersi una volta con le altre mamme e da lì nascono gli incontri. Io ho visto donne straniere lottare con le unghie e con i denti per venire a questi gruppi, rassicurando i mariti che non c'era nessun uomo, facendosi accompagnare e facendosi venire a prendere perché loro verificassero che non c'erano uomini. [Intervista n. 17 – Quadro, Cooperazione sociale]

Infine tre intervistati hanno parlato di prevenzione facendo riferimento ad ambiti specifici in particolare:

- alcol e guida
- alcol e lavoro

In tema di alcol e guida, è stata raccolta, in realtà, una sola riflessione, ma significativa in quanto proviene da un gestore di locale, che conferma quanto rilevato in ricerche qualitative che hanno evidenziato come negli ultimi anni ci sia una certa disponibilità da parte di questo target a collaborare a iniziative sul tema ⁽⁴⁴¹⁾. L'intervistato esprime apprezzamento per il lavoro che negli ultimi anni è stato fatto al fine di sensibilizzare soprattutto le giovani generazioni all'argomento, sia promuovendo l'utilizzo dell'etilometro, sia sensibilizzando alla diffusione della figura del "guidatore designato", cioè della persona che, in un gruppo, si astiene dal consumo alcolico per riportare a casa le altre persone:

Ultimamente soprattutto l'etilometro ha avuto un utilizzo intelligente, i ragazzi giovani crescono già con l'idea che non si mettono alla guida avendo bevuto. È stato fatto un ottimo lavoro sul discorso della guida. Secondo me, è tanto diminuito il discorso di guidare da ubriachi. Io ho una nipote che ha ventuno anni, nella loro compagnia è normale che uno non beva per riportare gli altri. [Intervista n. 10 – Gestore di locale]

Lo stesso intervistato racconta di un tentativo di attivazione di mezzi di trasporto che evitassero l'uso dell'auto da parte dei frequentatori dei locali della zona saluzzese: esperienza troppo costosa e forse troppo precoce per i tempi in cui è stata realizzata:

Noi l'unica cosa che avevamo fatto anni fa come locali saluzzesi, è stata che nel 2005-2006 avevamo messo noi, di nostra spontanea volontà, dei pullman che giravano. L'avevamo fatto prima ancora che se ne parlasse tanto. L'avevamo fatto noi con la collaborazione dell'azienda di trasporti di Saluzzo ma poi la cosa è finita perché probabilmente non era ancora il periodo. Eravamo i primi a farlo non c'era nessuno della cosa pubblica che ci desse una mano e comunque si parla di 50-60.000 euro all'anno per due pullman che girano. Abbiamo dovuto lasciar perdere. [Intervista n. 10 – Gestore di locale]

Sono, invece, due gli intervistati che hanno riflettuto sul tema alcol e lavoro: uno di essi è un formatore professionale che, oltre a svolgere questo lavoro è anche Responsabile del

Servizio di Prevenzione e Protezione (RSPP – figura prevista dal Decreto legge 81/2008). Ricorda di avere partecipato ad alcune attività specifiche nell’ambito del percorso formativo che lo ha portato ad assumere l’incarico di RSPP; l’altro è invece un consulente del lavoro che sottolinea come, in linea generale, la prevenzione non sia una priorità delle aziende, incentivate al rispetto delle norme (che lo stesso giudica un po’ farraginose) più dalla deterrenza delle sanzioni che non da una consolidata cultura della prevenzione e della sicurezza.

Suggerimenti e priorità in tema di prevenzione

1) Investimento economico

In alcune interviste il tema della prevenzione è stato, inevitabilmente, associato alla complessa questione dei tagli subiti dal welfare; soprattutto quando si è trattato di indicare quali strade perseguire per una prevenzione efficace, i riferimenti al fatto che «in prevenzione non si investe più» sono stati abbastanza inevitabili; particolarmente forti e argomentati quelli presenti in due interviste. La prevenzione è un investimento – sostiene l’intervistato facendo esempi relativi ai servizi per i minori – ma è fondamentale perseguirlo per non trovarsi costretti ad agire soltanto sull’area del disagio (dove per altro si è obbligati a intervenire) con costi che per la collettività sono molto più elevati:

É vero che noi abbiamo delle azioni d’obbligo, come l’allontanamento, l’inserimento in comunità però quello che io spendo a inserire cinque minori in comunità non lo spendo a fare servizi per nove, dieci mesi all’anno in 18 Comuni, 31 servizi differenziati per 900 ragazzi. L’investimento in prevenzione è inversamente proporzionale ai costi dell’intervento sull’area del disagio. É chiaro che devo fare un investimento, devo lavorare per entrare in relazione, fare delle proposte, organizzare delle cose, entrare nei contesti, stare nei contesti, provare ad ascoltare, provare a proporre. [Intervista n. 9 – Operatore, Consorzio Socio-Assistenziale]

Anche un’altra intervistata segue questa riflessione e distingue tra gli interventi dedicati all’area del disagio, tutto sommato presidiati, anche se la scarsità di risorse comincia a determinare situazioni per cui «sempre meno persone riescono a entrare nel circuito che si attiva quando c’è una situazione di disagio», mentre l’area della prevenzione primaria rimane del tutto scoperta e non si riescono ad intercettare, né a contrastare sul piano culturale, quei fenomeni di consumo legati alla «moda» e di cui spesso si sottovaluta la problematicità.

2) Prevenzione e normativa

Altro elemento da richiamare è il legame che alcuni intervistati hanno stabilito tra le azioni di prevenzione e la dimensione normativa. Ad esempio, il gestore di un locale ha inserito il tema della prevenzione in un più ampio discorso di «educazione alla responsabilità» (anche

in tema di salute) e di «attacco alle logiche del profitto della criminalità». In sostanza, secondo questo intervistato, prima ancora delle azioni di informazione e di sensibilizzazione, (che pure sono importanti) si fa prevenzione da un lato educando le persone alla responsabilità, dall'altro «agendo sul piano normativo, in modo da porre le sostanze in uno status tale che non siano più fonte di profitto per la criminalità», assumendo come presupposto il fatto che, come ha sostenuto un'altra intervistata, «i divieti non educano» e quindi le misure e le azioni di orientamento proibizionista non sono in grado di incidere né sulla domanda, né sul consumo di sostanze. Di segno diametralmente opposto e maggioritarie le posizioni di coloro che vedono nell'irrigidimento delle norme e nell'inasprimento delle sanzioni la strada maestra per una prevenzione efficace. Va in questa direzione, ad esempio, un formatore professionale che suggerisce di introdurre controlli ematici finalizzati alla rilevazione del consumo di alcol o altre sostanze per gli studenti che frequentano alcuni corsi di formazione professionale:

Secondo me ai ragazzi che frequentano determinati corsi bisognerebbe far fare quel controllo come viene fatto agli autisti dei pullman: tu vieni a scuola in un centro di formazione, il centro di formazione ti mette a disposizione delle macchine utensili per lavorare, se tu rientri al pomeriggio dopo aver mangiato, bevuto, magari hai fumato qualche cosa di non lecito sicuramente non sei nelle condizioni per poter lavorare, perché già solo il movimento rotatorio del mandrino del tornio il motore della fresatrice ti potrebbe portare ad un'amplificazione degli effetti e quindi potresti non essere nelle condizioni di svolgere un lavoro sicuro. [Intervista n. 5 – Docente, Formazione Professionale]

Va nella stessa direzione anche chi suggerisce un innalzamento dei limiti di età per la vendita e la somministrazione di alcolici ai minori (essendo, per altro, in possesso di un'informazione non aggiornata) e un inasprimento dei controlli e delle sanzioni:

Bisognerebbe aumentare l'età in cui si può bere. L'Italia è uno dei pochissimi Paesi al mondo in cui si può bere a 16 anni.[...]. Forse se alzassimo ovunque l'età in Italia avremmo anche meno abusi. Un altro discorso è quello delle vendite al supermercato, io non so effettivamente, quanto vengano controllati i documenti. Mi è successo a volte di entrare in supermercati vedere ragazzi che prendono bottiglie e passano alla cassa senza che vengano chiesti loro i documenti. A parte che poi per quello basta che ci siano degli amici più grandi che, ad esempio, sono gli stessi che vengono qui, stanno loro al bancone e prendono per tutti anche per chi non ha 16 anni e non potrebbe bere. [Intervista n. 11 – Gestore di locale]

Va segnalato che, nonostante l'intervistato sia il gestore di un locale, non è aggiornato sul fatto che anche secondo la legislazione italiana, così come per quella di molti Paesi europei, il limite al di sotto del quale non si possono vendere alcolici coincide con la maggiore età. D'altra parte la legge che fissa questo limite (Legge n. 189/2012) è stata pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale il 10 novembre 2012, appena pochi giorni prima della

realizzazione dell'intervista citata sopra. L'intervistato formula anche un invito all'assunzione di responsabilità per la sua categoria: anche «noi baristi», sostiene «dovremmo essere più rigorosi nel controllo dei documenti», dal momento che la valutazione dell'età basata sull'aspetto fisico è spesso ingannevole (e ancora di più lo è quando si tratta di ragazze che fanno di tutto per sembrare più grandi) e, conclude, «dovremmo comportarci tutti nello stesso modo».

Fa riferimento alla dimensione normativa, che è quella che conosce meglio, anche un consulente del lavoro che, da un lato, ribadisce il fatto che la prevenzione nel mondo aziendale si focalizza sulla deterrenza delle sanzioni, dall'altro sostiene che la normativa stessa dovrebbe fare in modo che sia possibile alleggerire gli adempimenti formali «che lasciano il tempo che trovano» ma consentono «di produrre pezzi di carta» e aumentare gli interventi ispettivi.

3) Informazione

L'informazione sembra essere, di gran lunga, la richiesta più forte e netta: gli intervistati chiedono soprattutto un'informazione scientifica e rigorosa che abbandoni le posizioni ideologiche e sia fondata su basi scientifiche: non si tratta di fare dell'informazione che terrorizzi ma di «spiegare esattamente che cosa succede al cervello quando vengono assunte le diverse sostanze». Sono abbastanza numerosi gli intervistati che formulano questa richiesta, motivandola in modo differente ma sempre riconducibile ai temi della scelta consapevole, del consumo informato e dell'indebolimento di quello che potremmo chiamare “fascino del proibito”:

Se riuscissimo a fare informazione scientifica in più contesti possibili ci porteremmo a casa più consapevolezza, più autonomia nella scelta. Se io so che quel Paese è il produttore, che la mafia guadagna perché la vende, che qualcuno chiede che il monopolio gestisca, se si mettono assieme tutti questi pezzi uno ha più strumenti per scegliere. [Intervista n. 1 – Docente, Formazione professionale]

Secondo me, la buona prevenzione va fatta a partire dai meccanismi di funzionamento di queste sostanze, cioè come agiscono, tu le prendi poi come agiscono sul tuo cervello, cosa altera cosa crea. Secondo me sarebbe interessante, tra l'altro lo sarebbe anche per me perché si ho letto ma non in modo approfondito. Trovare un medico che con un diagramma del cervello ti dice cosa succede nel momento in cui assumi sostanze, sarebbe molto interessante e molto utile. Quella dimensione lì in realtà è conosciuta in modo molto superficiale. [Intervista n. 4 – Imprenditrice]

Secondo me bisogna spiegare, non bisogna solo dire che la droga è il male. Spieghiamo che l'alcol è la droga più pericolosa in questo momento, è quella che fa più morti e più danni, spieghiamo che la cannabis ha vari effetti, spieghiamo l'MDMA, la cocaina, l'eroina e facciamo differenza tra queste

cose, se no i ragazzi non capiranno mai niente di cosa succede. Se si dice loro solo che la droga è il diavolo, poi magari capita che un adolescente si fa una canna, passa il pomeriggio più divertente della sua vita, insieme ai suoi amici, è chiaro che poi c'è curiosità, è normale che venga sulle altre sostanze ma il problema è sempre quello del consumo consapevole. [Intervista n. 20 – Locale notturno, Art director]

L'informazione, racconta un intervistato, può anche essere fatta "sul campo", come accade in alcuni Paesi stranieri in cui è possibile portare fuori dalle discoteche camper allestiti come laboratori di analisi (*pill testing*): certo, in Italia sarebbe visto molto male, ma, sostiene l'intervistato, anche così si realizzano azioni utili alla prevenzione:

Ho sentito parlare di certi interventi fatti all'estero, c'è questo bel camper fuori dalla grande discoteca e tu gli portavi la roba che stavi per prendere e loro ti dicevano cos'era, e quali effetti poteva fare, anche in relazione alle dosi. Posso immaginare che a certe persone qua da noi vengano i capelli dritti però quella è una roba che occorre fare, dando in maniera chiara un messaggio del tipo pigli questa roba ecco cosa ti succede. [Intervista n. 6 – Gestore di locale]

4) Capitale sociale

Il tema della relazione e della costruzione di contesti relazionali importanti per lo sviluppo di interventi di prevenzione efficaci è stato evocato in molteplici accezioni. C'è, in primo luogo una questione di fondo legata alla solitudine delle persone. Un'intervistata che ha dedicato gran parte delle sue riflessioni alla crescente diffusione degli psicofarmaci si dice convinta del fatto che tali consumi sarebbero meno diffusi se le persone non fossero lasciate e non si sentissero sole: questo è il primo compito di qualsiasi azione di prevenzione e non sono le istituzioni a doversene fare carico per prime. Certo, le competenze e le responsabilità istituzionali sono importanti ma bisogna partire da molto più lontano o, se si vuole, da molto più in basso:

Quello che va rimesso al centro è il tema della condivisione, prima ancora delle istituzioni che si occupano di prevenzione ci dovrebbe essere un contesto che sostiene le persone che si sentono in difficoltà, una rete fatta di conoscenza, di amicizia, di relazione che sostiene le persone e che fa sì che queste non debbano rivolgersi al medico. A volte i problemi possono essere risolti molto prima. Certo, se sei da sola non puoi fare altro che andare dal medico ma se invece la rete della società, del mondo che hai intorno è più sensibile, più attenta, fossimo tutti un po' meno individualisti secondo me di questi problemi ce ne sarebbero molti meno. [Intervista n. 4 – Imprenditrice]

Investire nella relazione vuol anche dire, come sostiene un'altra intervistata, rendere le persone consapevoli del fatto che si è legati gli uni agli altri, «che si sta al mondo soltanto stando in rapporto con gli altri» ed è nella relazione con gli altri (e con il contesto) che

ciascuno può mettere in gioco le proprie risorse e le proprie capacità ma, sostiene ancora l'intervistata, «oggi molte persone sembrano non essere più consapevoli del fatto di avere delle risorse e delle competenze; hanno, cioè «un'idea di sé veramente sminuente». Fare prevenzione significa, allora ripartire dalla valorizzazione delle competenze di ciascuno e quindi investire sui contesti in cui esse possono essere messe in gioco.

Per alcuni aspetti, nella popolazione femminile, l'investimento sulla relazione sembra addirittura più facile per una predisposizione naturale a declinare al femminile l'amicizia e la solidarietà:

Nel mondo femminile per esempio c'è un grosso vantaggio ed è l'amicizia, la solidarietà. Tra maschi è meno diffuso, magari si parla ma non ci si apre. Se uno ha dei problemi è più facile che la condivisione avvenga al femminile. Poi magari dipende dai contesti sociali, io so che ho due o tre amiche con cui veramente ci apriamo, ci raccontiamo qualsiasi cosa. [Intervista n. 12 – Funzionario, pubblico impiego]

Ed è forse proprio questa “più naturale predisposizione” che porta un'altra intervistata a sottolineare il fatto che le donne sentono questo bisogno di relazionalità più degli uomini:

Questo bisogno relazionale le donne lo sentono molto di più perché gli uomini hanno più spazi, sul lavoro, con il calcetto e forse ne hanno anche meno bisogno loro, lo esprimono di meno. [Intervista n. 17 – Quadro, Cooperazione sociale]

D'altra parte l'esperienza dei gruppi informali di incontro sembra tenere insieme e confermare entrambi i brani di intervista riportati qui in quanto:

- le donne sono più degli uomini aperte a esperienze di amicizia e di solidarietà, nell'ottica della profonda condivisione dell'esperienza di vita;
- nella società della precarietà, e delle solitudini, questo bisogno rimane sostanzialmente inevaso (e di questo si accorgono gli operatori sociali che lavorano su un territorio);
- non appena questi spazi vengono creati (proprio perché ci si accorge del bisogno) si riempiono di contenuti significativi e di momenti di condivisione.

5) I servizi

La prevenzione, però, non si gioca soltanto sul piano delle relazioni tra persone; altrettanto importante è la relazione tra la persona e i servizi; ecco perché, è importante che i servizi sappiano essere accoglienti e non ghetizzanti e, in termini di competenze e professionalità, orientati alla qualità e all'interdisciplinarietà:

Secondo me è necessario che ci siano dei servizi di accoglienza che non siano colpevolizzanti, cioè non solo i luoghi dove vanno i tossici o gli sfigati; è necessario creare dei luoghi di accoglienza, dove si dia un servizio il più possibile completo, accessibile con serenità.

Un'altra cosa importante è che questi servizi devono offrire percorsi non frammentati: le persone che vi accedono non devono avere la percezione di una scissione, di essere sbattuti da un posto all'altro; è necessaria un'offerta di terapia psicologica ma è anche necessaria un'offerta di tipo sanitario piuttosto che un'offerta di tipo legale, giuridico, per cui ci sono diversi settori e tutti devono essere luoghi di accoglienza dove le persone possano andare senza porsi un problema, senza che poi siano additate. [Intervista n. 7 – Operatrice, Associazione]

Gli intervistati riconoscono che la relazione con i servizi presenta per le donne qualche criticità in più a causa delle difficoltà logistiche legate alla gestione dei carichi familiari. Non citano invece lo stigma che rappresenta una tra le cause più importanti, se non quella principale, di questo scarto⁽⁴⁴²⁾.

Infine, per quelle donne che vengono da storie di dipendenza, e sono approdate a percorsi di inserimento lavorativo l'investimento relazionale forte in chiave preventiva va fatto nell'area del tempo libero che spesso è «tempo vuoto» particolarmente vulnerabile a momenti di ricaduta.

6) Comunicazione

Dalle interviste emergono indicazioni relative al linguaggio più idoneo, ai veicoli di diffusione più efficaci e ai contenuti che andrebbero veicolati in una ipotetica campagna di comunicazione su questi temi. Per mettere a fuoco linguaggi e strumenti di diffusione ci “viene in aiuto” un intervistato che afferma:

Per fare prevenzione bisogna fare delle campagne mirate e studiare bene i linguaggi; con le signore, secondo me, funziona un discorso continuo sulla prevenzione, veicolato attraverso i giornali femminili, oppure attraverso spot televisivi mandati in onda durante le trasmissioni di cucina molto seguite dalla popolazione femminile. Userei un linguaggio e delle immagini soft, magari pensando a registi come Lina Wertmüller o Gabriele Salvatores, sicuramente non penserei a un Dario Argento. [Intervista n. 5 – Docente, Formazione Professionale]

Per quanto riguarda i contenuti di questa ipotetica campagna di comunicazione, va segnalato che un'intervistata concentra la propria attenzione su contenuti di carattere puntuale, sostenendo che è importante «far sapere che ci sono dei servizi che ti possono aiutare». Altri intervistati, però, osservano che la conoscenza dell'esistenza di un servizio è condizione necessaria, ma non sempre sufficiente, perché le persone vi accedano serenamente; è dunque necessario spostarsi dal piano delle informazioni puntuali a quello dei contenuti culturali della comunicazione, in modo da veicolare il più ampiamente possibile una cultura in grado di contrastare lo stigma legato ai servizi per le dipendenze:

Sicuramente quello che deve essere diffuso è l'idea che se uno ha male a un piede va dall'ortopedico, se uno a male alla testa va dal neurologo o quello

che è, se uno ha un problema di altro genere tipo ansia o depressione deve andare dalla persona che si occupa di quello che è lo psicologo. Questa idea, secondo me non è molto diffusa. [Intervista n. 12 – Funzionario, pubblico impiego]

Proprio questo passaggio, questa abitudine a considerare il contatto con uno psicologo come azione normale in uno stato di malessere, eviterebbe o quanto meno limiterebbe, secondo un'altra intervistata, il frequente e massiccio uso di psicofarmaci perché la «scorciatoia farmacologica» sarebbe anticipata dall'instaurazione di una relazione con una persona competente che supporterebbe l'attivazione delle risorse personali.

Questo primo passaggio dal puntuale al culturale non è secondo alcuni sufficiente: gli interventi di prevenzione che puntano sulla realizzazione di attività e campagne di comunicazione devono fare lo sforzo di «proporre modelli culturali diversi»² e di «interrogarsi su che cos'è veramente la salute». La trasformazione dei modelli culturali contempla anche, secondo alcuni intervistati, almeno altri due passaggi importanti: c'è, in primo luogo la necessità di veicolare messaggi che da un lato non demonizzino troppo i consumi ricreativi giovanili, ma che al tempo stesso aiutino le persone a svincolare la dimensione del divertimento dall'assunzione di sostanze:

Bisognerebbe far capire dove è il problema e criminalizzare meno: se hai dai 18 anni in su se ogni tanto uno si vuole ubriacare è sbagliato ma, secondo me, non è un problema e poi bisognerebbe trovare la maniera di far capire ai giovani che si possono divertire anche senza l'uso della droga perché la droga ce la devi avere tu, tu nella testa. [Intervista n. 10 – Gestore di locale]

Su livelli ancora più “alti” si colloca, infine chi sostiene che la prevenzione non possa prescindere dalla veicolazione di messaggi che richiamano alla responsabilità, dei quali devono farsi interpreti soprattutto i personaggi che rappresentano dei modelli e dei punti di riferimento in particolare per le generazioni più giovani: «musicisti e calciatori».

I principali attori della prevenzione

A fronte di un panorama di proposte e di esperienze così ricco, gli attori individuati come principali responsabili delle attività di prevenzione appartengono solo a due categorie: la scuola e i servizi del territorio. La scuola è individuata come attore importante in quanto “luogo principale della formazione: è a scuola, ad esempio che si può cominciare a veicolare quell'informazione non ideologica e basata su elementi di scientificità che può rendere maggiormente consapevoli. La scuola, inoltre è per i ragazzi un interlocutore credibile, talvolta addirittura più credibile e ascoltato della famiglia stessa. La scuola, infine, può essere il soggetto che consente l'aggancio delle famiglie e in particolare delle madri che vivono situazioni di difficoltà.

² Cfr. Intervista n. 17 – Quadro cooperativa sociale.

Tra i servizi del territorio, gli intervistati menzionano:

- i medici di base: molti affermano che se venissero a sapere di conoscenti o amici alle prese con consumi di sostanze psicotrope li indirizzerebbero dal medico di base, visto quindi come primo “filtro” per orientare le persone verso azioni di prevenzione e di cura;
- i consultori a cui è assegnata più o meno la medesima funzione;
- i pediatri: sono gli intervistati con figli piccoli o giovani che citano questi soggetti come “attori della prevenzione”;
- il pronto soccorso, individuato, soprattutto da alcuni lavoratori dei servizi come possibile alleato per l’aggancio di situazioni critiche.

Non emergono dalle interviste citazioni esplicite dei Servizi per le Dipendenze.

4.1.6 Sintesi dei risultati

Nelle pagine che seguono trova spazio una sintesi dei principali risultati emersi dalla ricerca che offrono spunti utili per ulteriori approfondimenti di indagine e per l’elaborazione di indicazioni operative.

Sostanze e comportamenti oggetto di attenzione. Tra i consumi si trovano al primo posto l’alcol (di cui hanno parlato tutti gli intervistati) seguito dagli psicofarmaci (oggetto di riflessione per 12 intervistati); tra i comportamenti spicca invece il gioco (16 intervistati) seguito a distanza dalla sindrome da acquisto compulsivo (di cui hanno parlato solo 5 intervistati). È inoltre degno di attenzione il fatto che il tema delle droghe illegali sia decisamente poco presente, fatta salva una distinzione che ricorre spesso (anche in termini di pericolosità, problematicità e diffusione) tra la cannabis (di cui hanno parlato 16 intervistati) e tutte le altre droghe, in genere oggetto di riflessioni di carattere generale, elaborate da circa un terzo del campione, nella convinzione condivisa che si tratti di sostanze il cui consumo al femminile è poco diffuso. Infine vanno segnalati alcuni comportamenti che gli intervistati hanno individuato come potenzialmente patologici: il rapporto con le nuove tecnologie (associato in particolar modo alle generazioni più giovani), la dipendenza affettiva (legame patologico tra una donna e il proprio partner), e la «dipendenza dalle cose», intesa come spasmodico desiderio di possedere beni di lusso o di moda per ostentare il possesso, quasi come uno status symbol che affranca da umili condizioni di vita.

Scarsa conoscenza. Un primo indicatore della poca conoscenza dei fenomeni è ricavabile dal fatto che in pochissimi casi gli intervistati hanno raccontato di conoscere donne protagoniste di consumi o comportamenti *addictivi*: sono emersi 5 casi di consumo problematico di alcol, 4 storie di consumatrici di psicofarmaci e numeri ancora inferiori per tutte le altre sostanze o comportamenti. Inoltre gli intervistati percepiscono il tema del consumo al femminile come poco presente sui principali mezzi di informazione, sia con riferimento ai media generalisti (giornali e TV) sia guardando nella direzione dei media specialistici (riviste di settore, siti tematici). Va anche detto che è l’esperienza diretta di

questi fenomeni (intesa come osservazione diretta di alcuni contesti, contatto con le donne che vivono consumi o comportamenti *addictivi*, lavoro di rete svolto con le realtà del territorio) l'elemento che rende consapevoli delle carenze informative, dell'elevato rischio di stereotipizzazione e lettura semplicistica dei fenomeni e, infine, della necessità di approfondirne la conoscenza sia in chiave operativa, per realizzare interventi più efficaci, sia in chiave culturale, per fare emergere ciò che a oggi è sommerso superando le dinamiche di occultamento e di sottovalutazione spesso collegate ai consumi al femminile.

Percezione del fenomeno. L'analisi è stata condotta a partire dal presupposto che l'accessibilità delle sostanze condizioni la visibilità dei comportamenti. Le sostanze e i comportamenti a elevata accessibilità sono anche quelli più visibili, ma questa visibilità non implica necessariamente l'accettazione sociale. Emblematico da questo punto di vista è il caso dell'alcol, la più accessibile tra le sostanze psicoattive: il consumo delle giovani generazioni è visibile mentre il consumo delle generazioni più mature resta occulto tra le pareti domestiche (spartiacque generazionale). In termini di percezione, però mentre il forte consumo da parte delle ragazze sembra associato al concetto di "devianza" (intesa come condotta oggetto di riprovazione sociale rispetto alla quale vengono chiamati in causa anche la dimensione morale e il giudizio di valore), episodi analoghi che riguardino le generazioni più mature sono associati alla dimensione patologica. Se in questo caso non emergono particolari connotazioni di carattere morale o valoriale, le visioni tradiscono però scarsa consapevolezza dell'uso normalizzato e ricreativo di sostanze anche tra donne adulte e dei terminanti culturali e sociali del fenomeno. Anche il gioco presenta elevati livelli di visibilità: sono sempre più diffusi sul territorio i luoghi nei quali si può praticare il gioco e in questi luoghi le donne sono sempre più presenti e visibili. Dalla ricerca emerge una forte critica nei confronti dello status legale del gioco, della sua sempre maggiore accessibilità fisica e della continua diffusione di messaggi che veicolano la "cultura del vincere facile" per cui il gioco viene spesso visto come la via d'uscita da situazioni di difficoltà e precarietà economica, con tutte le conseguenze negative che ciò può avere. Emerge una differenziazione dei luoghi in base al genere: le giocatrici prediligono ricevitorie, tabaccherie, centri commerciali e pubblici esercizi, mentre evitano i luoghi considerati più maschili, come bar e sale scommesse. Seppur molto visibile lo shopping compulsivo, identificato come comportamento tipicamente femminile, risulta difficile da riconoscere in quanto tale. Su livelli di accessibilità media si collocano invece gli psicofarmaci per i quali è necessaria la prescrizione medica, rilasciata per altro in maniera abbastanza abituale. Quello degli psicofarmaci è riconosciuto come un consumo tipicamente femminile, conosciuto, nel senso che non viene occultato, ma invisibile perché di norma non agito pubblicamente. Si percepisce un uso diffuso di farmaci per rispondere a stati sintomatici di malessere che, insieme alla facilità con cui questi vengono prescritti, tende a normalizzare il fenomeno, e si riconosce la necessità di arginarlo. Decisamente bassa è l'accessibilità delle droghe illegali il cui consumo è, per gli intervistati che fanno parte di questo campione, sostanzialmente invisibile, soprattutto se al femminile. La cannabis rappresenta tuttavia un'eccezione per molti degli intervistati che condividono una visione più normalizzata del fenomeno anche tra le donne.

Contesti e motivazioni di consumo. Per quanto riguarda i contesti di consumo non emerge nelle opinioni degli intervistati tanto uno specifico femminile, se non per il gioco, quanto una differenziazione tra il consumo sociale e ricreativo (alcol, cannabis e alcune droghe sintetiche) e il consumo individuale (psicofarmaci). Tra le motivazioni di avvicinamento sono state individuate ragioni che afferiscono alla sfera relazionale (adesione alle scelte del gruppo, ostentazione di forti consumi per affermare la propria identità, superamento di timidezze e difficoltà relazionali, mancanza di reti all'interno delle quali condividere situazioni di disagio) e ragioni che afferiscono alla sfera individuale (sperimentazione, fronteggiamento di disagi psicologici, più o meno duraturi e profondi). Relativamente allo specifico femminile, l'ostentazione riferita soprattutto ai consumi alcolici è stata collegata a ragioni identitarie e discussa nei termini di una non corretta interpretazione della cultura della parità di genere (secondo l'ottica della convergenza). La mancanza di reti è stata invece individuata come una delle ragioni del talvolta frettoloso ricorso agli psicofarmaci.

Soglia di problematicità e fattori di vulnerabilità e protezione. Nella definizione della soglia di problematicità le opzioni valoriali e le eventuali esperienze di consumo degli intervistati sono fortemente condizionanti e pesano di più di qualsiasi specificità di genere, anche se va detto che è opinione diffusa quella secondo la quale le donne hanno minore resistenza fisica ai consumi ma anche maggiore controllo: la soglia di problematicità, dunque, è più bassa ma viene anche superata più raramente dalle donne che non dagli uomini. L'elemento biologico è quindi considerato un forte fattore di protezione. I fattori di protezione afferenti alla dimensione psicologica e quella sociale sono discussi in termini ambivalenti e interrelati. Se alle donne viene imputata una maggiore forza caratteriale, intesa come maggior capacità di autocontrollo, è anche vero che, secondo gli intervistati, le «donne multitasking» di oggi hanno bisogno di mobilitare molte più risorse rispetto agli uomini, così che quando le capacità di fare fronte a tutti i ruoli e le richieste sociali i «crolli» sono netti e spesso irreversibili. L'ambiente familiare e il contesto sociale possono essere fattori di protezione quando riescono a gestire consumi e comportamenti *addictivi* legati a fasi di sperimentazione o di difficoltà, ma anche nel momento in cui diventano il luogo di forti conflittualità, eventi spiazzanti o rottura di precari equilibri sostenuti a fatica per lungo tempo, le donne più degli uomini si trovano in situazione di vulnerabilità.

Priorità in tema di prevenzione. Su questo tema gli intervistati hanno fornito indicazioni di varia natura, a carattere più o meno operativo. Sono da collocarsi sul piano generale tutte quelle indicazioni che richiedono investimenti economici (finalizzati a ridurre l'estensione dell'area del disagio conclamato), azioni educative (in particolare sui temi della responsabilità e della promozione della salute) o interventi sulla normativa (sia nelle direzioni dell'inasprimento di sanzioni e controlli sia – ma si tratta di una posizione minoritaria – agendo sullo status legale delle sostanze sottraendo profitto alla criminalità). È auspicata inoltre un'informazione rigorosa, che abbandoni posizioni ideologiche e sia fondata su basi scientifiche, in vista di scelte consapevoli, consumi informati e con la prospettiva di contrastare il “fascino del proibito”. Soprattutto con riferimento alla “scorciatoia farmacologica”, secondo gli intervistati diventa importante investire nella relazione creando capitale sociale. Le donne d'altra parte hanno una naturale

predisposizione alla relazione interpersonale come luogo ideale di condivisione; è dunque importante creare luoghi e spazi per condividere esperienze e tempi di vita.

Anche i servizi sono oggetto di attenzione nelle riflessioni sulla prevenzione: emerge in primo luogo la necessità di trovare modi e forme che consentano di prestare attenzione alle esigenze logistiche e organizzative delle donne con carichi familiari. C'è poi la richiesta di una maggiore interdisciplinarietà e, in particolare, di una maggiore integrazione tra le competenze sociali di quegli operatori che possono intercettare situazioni di consumo problematico occupandosi di altri temi (casa e lavoro) e le competenze sanitarie degli operatori che sanno come gestire queste situazioni. Inoltre i servizi dovrebbero essere oggetto di un'azione comunicativa, perché è necessario non solo informare della loro esistenza, ma anche promuovere la "cultura dell'accesso al servizio", con l'obiettivo di contrastare lo stigma che investe sia i servizi che le persone che a questi si rivolgono. Infine viene suggerita la realizzazione di iniziative di comunicazione più ampie, mirate a veicolare nuovi modelli culturali e concetti di salute, attente a non demonizzazione i consumi ricreativi ma nello stesso capaci di promuovere un'idea di divertimento svincolata dall'uso delle sostanze.

4.2 Le rappresentazioni nel WEB 2.0

4.2.1 Disegno generale della ricerca

La ricerca si è concentrata su uno screening ad ampio raggio delle rappresentazioni e discorsivizzazioni del tema della dipendenza nei pubblici femminili, per come esso emerge all'interno dei principali social media.

L'analisi si propone come studio esplorativo, sia qualitativo che quantitativo (è stato effettuato un monitoraggio di scala ampia su molteplici piattaforme web 2.0), ad ampio raggio: l'ambito semantico della ricerca comprende sia la dipendenza in senso lato, sia l'esplorazione di eventuali consumi problematici di sostanze specifiche).

Da questa indagine esplorativa, si auspica di fornire un quadro conoscitivo di base rispetto a che spazio occupano i fenomeni oggetti di studio nella rete, utile a orientarsi in un mondo vasto, multiforme e dinamico quale quello dei discorsi e delle rappresentazioni sociali nel web 2.0, che oggi conta milioni di utenti giornalieri e che, come vedremo anche solo dai numeri di questa ricerca, prorompe e trascende le possibilità di indagini puramente qualitative.

L'obiettivo di questa prima indagine è stato quindi quello di "lanciare una sonda" all'interno dei contesti mediali oggi tra i protagonisti delle rappresentazioni e auto-rappresentazioni sociali, per isolare macro-temi, suggestioni e ipotesi di lavoro relative ai consumi problematici femminili, ipotesi e linee di interpretazione che andranno verificate negli anni a venire attraverso metodi compositi in grado di tener conto del fenomeno dal

punto di vista quantitativo (analizzando le migliaia di messaggi secondo campioni rappresentativi), ma anche qualitativo (provando a entrare nel merito dei messaggi).

Il disegno della ricerca ha quindi tenuto ampio il campo di indagine, per agevolare un percorso *bottom-up* di esplorazione, più che di individuazione e verifica, delle categorie interpretative più interessanti per il fenomeno.

Gli ambienti mediali analizzati sono stati:

- due ambienti social “*user-driven*”⁽⁴⁴³⁾, ovvero in cui la centralità comunicativa è affidata agli utenti e alla loro rappresentazione identitaria. I social media presi in considerazione sono stati: Facebook e Twitter;
- due ambienti “*content-driven*”⁽⁴⁴³⁾, ovvero in cui la centralità del processo comunicativo è legata prioritariamente ai contenuti, più che agli utenti (che si configurano, quindi, come istanze secondarie all’interno dei flussi simbolici). Gli ambienti in questione sono stati Youtube e il forum AI femminile.

Lo screening è avvenuto con metodologie diverse a seconda dell’ambiente comunicativo considerato, degli specifici *tool* a disposizione per il monitoraggio delle metriche e della quantità relativa di materiali presenti all’interno dei singoli contesti mediali sui diversi temi.

Il monitoraggio è avvenuto nel periodo ottobre-febbraio 2012.

Il campo della ricerca delimitato, quindi, secondo le metodologie descritte nel dettaglio per ogni singolo ambiente nei paragrafi seguenti, si è configurato attraverso:

- 718 items sui social media *user-driven* (Facebook e Twitter);
- 503 items sui forum (forum AI femminile);
- 142 (56 femminili + 86 maschili) items su Youtube.

Gli obiettivi che hanno guidato la ricerca erano sia indagare come il tema delle dipendenze è tematizzato negli ambienti *user generated online*, quindi al di fuori delle comunicazioni dei mass media e istituzionali, sia quali fossero le modalità, gli stili comunicativi, ma soprattutto gli approcci valoriali associati a queste pratiche, per come, ovviamente, essi sono rappresentati e auto-rappresentati nei social.

Partendo da queste domande macro, si è proceduto ad affinare il campo mano a mano che venivano raccolti i messaggi e alcune ipotesi interpretative si facevano avanti. Nei prossimi capitoli si descriveranno le principali evidenze empiriche e interpretazioni relative ai diversi ambienti *social* presi in esame.

Metodologia e base dati per gli ambienti user-driven (Facebook e Twitter)

Gli ambienti *social user-driven* sono stati monitorati attraverso un set di *tool* di *social media monitoring* (Social mention, Radian6, Whoistalking), che estraggono automaticamente, in base a parole chiave predefinite dal ricercatore, tutti gli items (messaggi, profili) che contengono tale parola chiave.

Le parole chiave sono state individuate attraverso un lavoro di brainstorming con il gruppo di ricerca e con i singoli esperti di dominio. Sono state così individuate:

- parole chiave relative alla dipendenza/consumo di sostanze psicoattive in senso lato (“dipendenza”, “drogata”, “presa bene”, “strafatta”, “ubriaca”, “sballo”);
- parole chiave relative a specifiche sostanze di consumo (in particolare: “droga”, “eroina”, “lsd”, “ketamina”, “cocaina”).

L'estrazione degli items ha preso come discriminante il quadro temporale: estraendo gli items nelle prime due settimane di ottobre 2012 sono stati raccolti 1.109 messaggi contenenti le parole chiave selezionate, questi sono stati poi filtrati per eliminare messaggi non pertinenti, oppure non riferiti effettivamente a soggetti femminili. La base dati utilizzata effettivamente per l'analisi di questi ambienti è dunque risultata di 718 items.

Si è proceduto quindi con un'interpretazione qualitativa delle tipologie di messaggi, tenendo in conto: stile del messaggio (ironico, problematico, descrittivo) destinatari e pubblici invisibili, approccio al consumo problematico.

Metodologia e base dati per gli ambienti content-driven (Youtube e forum)

Gli ambienti *content-driven* sono stati scandagliati attraverso una mappatura semi-automatica, che ha previsto l'estrazione automatica degli items e la loro categorizzazione manuale e qualitativa in base a griglie interpretative *bottom-up*, ovvero emergenti in maniera iterativa dai testi durante lo stesso percorso di lettura.

1) Forum

La mappatura dei forum è partita individuando, ad ampio raggio, le principali risorse in lingua italiana disponibili.

Attraverso specifici motori di ricerca (Boardtracker, Google gruppi, Zhift), è stato possibile rintracciare 7 forum principali, dedicati ai temi delle dipendenze. Questa la lista:

- RIZA FORUM (dipendenze): <http://forum.riza.it/>
- GIRL POWER COMMUNITY (statistiche generali su tutte le dipendenze): <http://community.girlpower.it/sos-droghe-e-alcool-vf34.html>
- GIRL POWER COMMUNITY, topic cocaina: <http://community.girlpower.it/topic-ufficialecocaina-vt142160.html>
- FORUM GTA (legato al gioco online): http://forum.gta-expert.it/topic/35581-droghe-leggere/page_st_140
- FORUM NIENTEANSIA: <http://www.nienteansia.it/forum/abusoedipendenza/37/?s=026eac1ee51978b863933c0163285a409881dd>
- FORUM AL FEMMINILE:

http://www.alfemminile.com/forum/show1_f480_1/salute/alcool-fumo-droghe-tossicodipendenza.html

- GOOGLE GROUPS (it.discussioni.droghe):

<https://groups.google.com/forum/?hl=it#!forum/it.discussioni.droghe>

La mole di materiali è sconfinata, considerando che sono stati conteggiati oltre 14.000 *thread* relativi ai diversi temi delle dipendenze nei 6 forum presi in questione, e 11.405 *thread* nei gruppi di discussione Google (punto 7). Tenuto conto che il *thread* è solo “l’avvio” di una nuova discussione, che può coinvolgere più utenti e generare catene anche molto lunghe di messaggi di risposta, si ottiene una prima, impressionante idea della dimensione discorsiva di questi ambienti e della loro portata, all’interno delle dinamiche comunicative attuali su questi temi.

Per questa indagine, quindi, si è scelto di isolare un solo forum, Al femminile, in quanto considerato il più rappresentativo per il tipo di target (rivolto specificatamente alle donne) e in grado di intercettare, rispetto al forum Girl power, anche un pubblico più adulto. Su questo forum è stata quindi effettuata una prima analisi descrittiva di 503 *thread* presenti nel topic “Alcol, fumo, droghe e tossicodipendenza” indicizzato nella sezione Salute (http://www.alfemminile.com/forum/show1_f480_1/salute/alcool-fumo-droghe-tossicodipendenza.html).

Bisogna quindi evidenziare che sono stati presi in considerazione solo i *thread* (ovvero i messaggi di avvio di una discussione), e non l’insieme di tutti i messaggi collegati a ciascun *thread*. In questo caso, solo per questo topic all’interno del forum Al femminile, l’ammontare complessivo di messaggi (tenuti in conto *thread* + messaggi abbinati a ciascun *thread* in risposta), sarebbe consistito di 19.546 items (alla data del 12 febbraio 2013).

Si sottolinea inoltre, per motivi di completezza, che in questo forum il tema degli psicofarmaci (nello specifico ansiolitici + antidepressivi), che pure rientra nel “paniere” dei consumi problematici considerati nella ricerca, era affrontato in un topic separato, a cui sono dedicati altri 14.324 messaggi, che non sono stati inclusi nel campione per ragioni di economia e perché i discorsi al femminile sui farmaci in ambiente forum sono già oggetto di una ricerca recente⁽⁴³⁵⁾. La base dati considerata per l’ambiente forum è quindi consistita in 503 items.

2) Youtube

Per analizzare il consumo di alcol e le sue rappresentazioni in Youtube, è stata per prima cosa condotta l’estrazione di tutti i video più significativi relativi a 6 parole chiave di riferimento, durante il periodo ottobre-dicembre 2012.

Sono stati salvati e archiviati non solo i contributi video, ma anche tutto il corredo testuale che serve per comprenderne il significato non come testo statico, definitivo e “blindato” dall’autore, ma come contenuto dinamico il cui significato è continuamente negoziato e rielaborato dalla comunità più ampia degli altri utenti. Per questo motivo, sono stati

scaricati i titoli, le didascalie a corredo del video, ma anche i commenti, il numero di “like” e “dislike” relativi a ciascun items, indicativi del sistema di relazioni e interpretazioni che ciascun video ha suscitato.

Si deve inoltre evidenziare che, a differenza dei testi mediali provenienti dai mass media, nei contesti 2.0 i contenuti mediali sono in continua, dinamica trasformazione, così come gli ambienti e i *tool* informatici messi a disposizione per valutarli, analizzarli, misurarli. Le stesse ricerche possono condurre, a breve distanza, a lievi differenze nei risultati⁽⁴⁴⁴⁾. Per esempio, durante il periodo stesso della ricerca, il motore interno di Youtube ha portato delle modifiche di interfaccia, che hanno sostanzialmente disattivato la funzione di Filtro per n. di visualizzazioni. Questo, quindi, ha comportato in fase di ricerca la necessità di modificare le procedure per l'estrazione e l'ordinamento degli items, affidandosi, in itinere, a un specifico *tool* dedicato all'estrazione degli items⁽⁴⁴⁵⁾.

Di seguito si descriveranno nel dettaglio le procedure usate per l'estrazione del campione dei video analizzati.

Campione di partenza per il tema donne e alcol: 880 video

Per l'estrazione dei video, sono state considerate le prime 10 pagine di risultato in Youtube in ordine di numero di visualizzazioni per le seguenti keyword: “ubriache” e “ubriaca”, “ciucca”, “sversa”, “collassata”, “cappottata”³. Non per tutte le parole chiave emergevano 10 pagine di risultati, come si nota nella tabella seguente.

Pagine analizzate per keyword:

- “ubriaca”: 10 (pagine) x 20 (risultati per pagina) = 200
- “ubriache”: 10 (pagine) x 20 (risultati per pagina) = 200
- “ciucca”: 10 (pagine) x 20 (risultati per pagina) = 200
- “sversa”: 4 (pagine) x 20 (risultati per pagina) = 80
- “collassata”: 4 (pagine) x 20 (risultati per pagina) = 80
- “cappottata”: 6 (pagine) x 20 (risultati per pagina) = 120

In totale i video inizialmente analizzati riguardanti il settore femminile sono stati 880. Un lavoro analogo, come vedremo, è stato svolto partendo dalle stesse parole chiave declinate al maschile, al fine di tenere conto anche della dimensione comparativa, e di ottenere degli strumenti interpretativi anche secondo una lettura di genere del fenomeno del bere.

Base dati selezionata: 56 video

Dagli 880 video iniziali, estratti secondo il metodo delle keyword e ordinati per n. di visualizzazioni, è stato estratto un sub-campione effettivo, in base ai seguenti criteri:

³ Il Thesaurus è stato costruito con il gruppo di lavoro del Dipartimento di Patologia delle Dipendenze “C. Olievenstein” – ASL TO2.

- scelti solo i contributi dove, nei titoli, o nella didascalia, compaiano i termini del thesaurus (eliminati quindi i contributi che contenevano i termini soltanto nei commenti);
- eliminati i contributi doppiati che comparivano con più parole chiave;
- eliminati dalla lista i contenuti dichiaratamente di sfondo erotico che non contengono i termini pre-elencati (video che emergono inspiegabilmente dalla ricerca per parole chiave ma che non paiono associati al bere femminile dal punto di vista lessicale, almeno nei titoli e didascalia);
- selezionati solo contenuti con autori femminili, o contenuti relativi a donne (oggetto del video);
- tenuti solo contenuti dove, anche se si parla di ragazze straniere, il pubblico e/o gli autori sono italiani (come si evince dal titolo, didascalia e/o commenti in italiano).

Campione di partenza per il tema uomini e alcol: 1.120 video

Per quanto riguarda la raccolta del campione di video relativi a uomini, sono state utilizzate le stesse keyword di partenza, declinate al maschile:

- “ubriaco”
- “ubriachi”
- “sverso”
- “cappottato”
- “ciucco”
- “collassato”.

Le parole chiave sono state utilizzate nel motore di ricerca di Youtube per estrarre i risultati, ordinati in base al n. di visualizzazioni.

Si è quindi dapprima proceduto con la pulizia della matrice dati analoga a quella fatta per il campione femminile, cioè sono stati:

- scelti solo i contributi dove, nei titoli, o nella didascalia, compaiano i termini del thesaurus (eliminati quindi i contributi che contenevano i termini soltanto nei commenti);
- eliminati i contributi doppiati che comparivano con più parole chiave;
- eliminati dalla lista i contenuti non pertinenti con le parole chiave (per esempio contenuti relativi a canzoni che hanno nel titolo le parole chiave, cappottamenti di auto, sversamenti di liquami o immondizia) o contenenti altro tipo di spamming;
- selezionati solo contenuti relativi a uomini;
- tenuti solo contenuti dove, anche se si parla di ragazzi stranieri, il pubblico e/o gli autori sono italiani (come si evince dal titolo, didascalia e/o commenti in italiano).

Pagine analizzate per keyword:

- “ubriaco”: 10 (pagine) x 20 (risultati per pagina) = 200
- “ubriachi”: 10 (pagine) x 20 (risultati per pagina) = 200

- “sverso”: 6 (pagine) x 20 (risultati per pagina) = 120
- “ciucco”: 10 (pagine) x 10 (risultati per pagina) = 200
- “collassato”: 10 (pagine) x 10 (risultati per pagina) = 200
- “cappottato”: 10 (pagine) x 10 (risultati per pagina) = 200

Base dati selezionata: 86 video

Il primo dato rilevante è che, utilizzando gli stessi parametri usati per le donne, ovvero l’analisi delle prime 10 pagine di risultati per ciascuna parola chiave, sono emersi molti più risultati pertinenti. Infatti, a differenza dei risultati sui video femminili, che contenevano molti risultati non pertinenti, di solito collegati a spamming su contenuti pornografici, questo tipo di problema non si è rilevato all’interno della ricerca in ambito maschile.

Le pagine con parole chiave “maschili”, in generale, presentano altri tipi di risultati non pertinenti: video, per esempio, relativi a canzoni famose di Fabri Fibra, Dogo, Bandabardò, Emis Killa, che fanno riferimento a situazioni di sballo, ubriachezza, ecc. Questo genere di video non è stato considerato pertinente per la ricerca, che si dedicava esclusivamente a contenuti *user generated*, ovvero provenienti da autori non istituzionali e non professionali. In ogni caso, presenta sicuramente un campo di indagine interessante che meriterebbe di essere trattato in una ricerca ad hoc.

È interessante notare come, per esempio, soprattutto attraverso alcuni video di un certo successo, come quelli del rapper Killa, emergano immaginari legati al bere maschile molto interessanti, che possono avere un certo appeal e influenza sugli stili di vita giovanili. In questo senso, è utile guardare, per esempio, il video musicale:

[MARRACASH FEAT EMIS KILLA - GIUSTO UN GIRO \(VIDEO UFFICIALE\).HD MP4 720p \(HD\) \[.mp4](#)

che racconta, senza indulgenza buonista, di un mondo giovanile incentrato sullo sballo, un atteggiamento strafottente e disilluso verso la vita, un approccio alle donne intriso di machismo e guapperia, dove droga e alcol costituiscono il fondale emotivo costante. L’impatto di un video del genere appare interessante, se si considera che, sommando le diverse versioni che del video sono presenti su Youtube, il pezzo ha ottenuto circa 2 milioni e mezzo di visualizzazioni (2.416.158).

4.2.2 “Il social è il messaggio”: i diversi volti mediali della dipendenza

Come prevedibile, in relazione alle principali teorie dei *media studies* di tipo funzionalista, una prima osservazione di tipo macro sui risultati emergenti dallo screening sui diversi ambienti online 2.0, mostra come i diversi media online, basati sugli *user generated content*, offrono rappresentazioni diverse della dipendenza, in base ai setting comunicativi specifici di ciascun ambiente comunicativo, e quindi alla funzione d’uso che gli utenti attribuiscono a ciascun ambiente e alle pratiche sociali e comunicative abilitate al loro interno⁽⁴⁴⁶⁾.

Si evidenzia, quindi, dai tipi di dati emergenti nella ricerca e trovando conferma anche negli approcci teorici degli *Usi e Gratificazioni* ⁽⁴⁴⁷⁾, che gli utenti utilizzano i diversi ambienti online a seconda dello scopo comunicativo da loro individuato nello specifico momento, e sono quindi in grado di “modellare” la comunicazione, gli stili comunicativi e le rappresentazioni identitarie in maniera diversa a seconda degli scopi, dei pubblici, reali o immaginati, di ciascun ambiente, e delle aspettative e framework comunicativi di ciascun setting.

Una distinzione fondante, all'interno del quadro emerso e dell'incidenza della variabile “media” all'interno della rappresentazione delle dipendenze, è la discriminante tra *social user driven* e *content driven*: pur trattandosi, nel contesto web 2.0, sempre di ambienti comunicativi basati sul flusso comunicativo “multi-a multi”, e nel quale i soggetti possono, attraverso gli scambi comunicativi, intessere relazioni tra loro. I *social user driven*, come Facebook, mettono al centro dell'atto comunicativo il soggetto: si segue un amico, e, quindi, si vedono messaggi e contenuti. Viceversa, nei *social content driven* si parte dai contenuti, che sono il punto focale di attenzione, e, se questi appaiono interessanti, si può decidere di “seguire” l'autore del contenuto, per esempio rispondendogli, commentandolo o inserendolo tra gli “amici” o preferiti.

Fatta questa grossolana premessa, si nota come nei *social user driven* le rappresentazioni delle dipendenze sono molto più contenute, controllate e conformiste, dal punto di vista sociale, mentre nei *social content driven* emergono spaccati molto più crudi e “anomici” del tema delle dipendenze. Questo è facilmente riportabile al tipo di pratiche sociali e scopi legati ai diversi media. Laddove al centro rimangono i soggetti, con identità chiare, e soprattutto i social sono usati come strumenti di rappresentazione del Sé, è decisamente più raro trovare persone che mostrino lati indesiderabili del proprio vissuto. Dove, invece, i soggetti sono “nascosti”, quindi un “derivato” dei contenuti (come nei forum), ed è in base ai contenuti che si intessono le relazioni comunicative, ecco che i temi emergono prepotentemente, senza filtri, come elementi centrali e privi di censure legate al possibile inficiamento dell'immagine dei loro autori.

Oltre alla centralità dei temi e dei messaggi, gli ambienti *content-driven* presentano un rapporto diverso anche con la privacy. I *social media user driven*, facendo riferimento in maniera stretta al network reale delle persone, e presentando gli autori con le loro identità reali, quasi sempre molto aderenti a quelle biografiche, conservano maggiore privacy e una maggiore reattività degli autori riguardo l'esposizione diretta ed esplicita su temi come la droga, il consumo di sostanze illecite, e in generale i comportamenti “anomici” e non desiderabili socialmente.

Le dipendenze, nei messaggi su Facebook e Twitter, sono, come vedremo nel paragrafo dedicato, “Pop”: si tratta di dipendenze rappresentate come “buone”, “leggere”, “cool”, utilizzate più per far emergere tratti identitari desiderabili del soggetto che per esprimere realmente un loro lato problematico.

Molto raramente si fa cenno allo “sballo”, o all'uso di droghe illegali; mai, nei 718 items selezionati, compaiono messaggi di outing, dove l'autore dichiara una difficoltà o peggio

descrive una situazione di degrado personale. In questi ambienti, meno raro è il riferimento all'alcol, a dimostrazione che, anche nei social network, risulta essere percepito come un consumo più "soft" e socialmente accettato. I social media *content driven*, a loro volta, puntano l'accento sui contenuti, quindi, sugli effettivi consumi, relazioni e rappresentazioni delle sostanze, preoccupandosi meno del rapporto tra queste narrazioni e la rete di visitatori "reali", appartenenti alla propria cerchia sociale, che li visualizzeranno. Tuttavia, anche in questo caso, non è possibile fermarsi alle generalizzazioni ed è necessario puntualizzare alcune, macroscopiche, differenze tra i diversi media.

Sui forum, come vedremo, lo scopo auto-rappresentativo degli autori dei messaggi è minimo: si è lì per parlare del tema, quasi sempre sotto nickname e quindi anonimi, si presume che nessuno dei lettori del *forum* riuscirà a risalire alla nostra reale identità e, quindi, è possibile parlare apertamente.

È sui forum, così, che è possibile rintracciare le rappresentazioni e discorsivizzazioni più intense del tema, laddove il problema delle dipendenze e dei consumi problematici può essere dichiarato, eviscerato e vissuto senza la paura che lo stigma sociale invada la propria vita reale. I forum, quindi, mantengono più netta la separazione tra fronti online e off line dell'identità, e, non mescolando le carte, permettono agli individui di utilizzare l'ambiente comunicativo digitale con maggiore sincerità.

Su Youtube, come vedremo, pur essendo stato definito un *medium content*-centrico, le identità biografiche sono letteralmente "visibili", riconoscibili, e riportabili ai soggetti reali. Tuttavia, i contenuti possono viaggiare sganciati dagli autori (non necessariamente devo legare un contenuto al mio profilo personale) e soprattutto dai soggetti ripresi: un video può essere girato e postato online senza che il soggetto ripreso ne sia consapevole. È quello che accade nella maggioranza dei casi analizzati. Esso quindi si pone come un ambiente a cavallo tra rappresentazione e auto-rappresentazione, dove, come vedremo nella sezione dedicata, più complesso e sfumato diviene il rapporto tra contenuti, identità, e macromodelli culturali e sociali di contesto.

Queste premesse, relative alle differenze medialità tra i diversi ambienti analizzati, mostrano che il campo di indagine è estremamente complesso dal punto di vista culturale, comunicativo, dei modelli relazionali, rappresentativi e sociali attivati.

La ricerca non ha, quindi, la pretesa di fornire un quadro esaustivo e rappresentativo di questi diversi universi, ma di iniziare a individuare alcune, macroscopiche, linee interpretative sull'utilizzo di questi media come ambienti simbolici dove le donne elaborano e socializzano il loro rapporto con comportamenti devianti, legati all'uso, problematico, di sostanze, e di fornire spunti e piste utili per più approfondite e sistematiche indagini future.

4.2.3 Social network e dipendenze: il consumo è "pop"

...dicono di me che sono una strega drogata e truccata... piena di sé... ecco perché nessuno sa...

In questo capitolo si descriverà l'analisi dei messaggi estratti nei due social *user-driven* presi in esame nella ricerca: ovvero Facebook e Twitter.

Come descritto precedentemente, l'analisi è avvenuta tramite estrazione automatica di tutti i messaggi rilevati da un set di *tool* di *social media monitoring*, nel periodo 2-25 ottobre 2012, contenenti le parole chiave: “dipendenza”, “drogata”, “strafatta”, “ubriaca”, “*addicted*”, “presa bene”, “sballo”, “droga”, “eroina”, “lsd”, “ketamina”, “cocaina”.

Dai 1.109 items estratti, è stata poi effettuata la pulizia dei dati, per arrivare a 718 items finali (560 items che contenevano le parole chiave nei messaggi + 158 items che contenevano le parole chiave direttamente nei profili degli utenti). È stata poi effettuata un'analisi qualitativa dei 718 messaggi estratti. È necessario puntualizzare ancora una volta la natura puramente esplorativa dell'indagine, sia per il numero e tipo di parole chiave utilizzate, sia per la finestra temporale presa in esame.

Per quanto riguarda le sostanze, sono state usate solo keyword generali, senza considerare a fondo l'universo gergale di riferimento, attraverso il quale, forse, si sarebbe potuto accedere a molti altri contenuti e di diverso genere. Andrebbe quindi effettuata una ricerca specifica per ogni singola sostanza, attraverso un thesaurus puntuale e variegato in grado, in tal modo, di rendere conto, anche attraverso sinonimi, derivati, ecc., dell'universo semantico di riferimento collegato alle pratiche di utilizzo delle diverse sostanze.

Fatte queste doverose premesse, si procede a individuare alcune ipotesi interpretative. Il primo dato rilevante, per quanto riguarda l'interpretazione dei dati, è relativo allo stile comunicativo dei messaggi: si tratta, nella quasi totalità dei casi, di messaggi di tipo scherzoso, ironico, dotati quasi sempre di un intento metacomunicativo mirato, prima che a esprimere un contenuto in sé, anche a mostrare un'immagine spiritosa dell'autore e uno stile di vita desiderabile. Comunicazioni, insomma, che antepongono la dimensione connotativa a quella puramente denotativa dei messaggi e che adeguano il tema della dipendenza allo stile dei social: leggero, auto-ironico, mirato a colpire e a “distinguersi”.

Emerge inoltre prepotentemente il peso dei filtri rappresentativi che i soggetti mettono davanti ai messaggi, sia per quanto riguarda il contenuto, il tipo di dipendenze, sia il modo con il quale se ne parla. Inoltre, come vedremo in seguito, le tematiche della dipendenza e del consumo problematico sono affrontate in maniera molto circoscritta e limitata: dipendenza coincide, in linea generale, con “l'essere fan” di qualcosa, offrire un sostegno illimitato, sostenere un consumo smodato e, in tal modo, appartenere a un certo stile di vita e a una certa “comunità immaginata”.

I risultati riflettono una tendenza alla “convenzionalizzazione” del concetto di dipendenza, già rilevata a livello mediatico⁽⁴⁴⁸⁾, secondo cui il termine, entrato a fare parte della cultura corrente, può assumere diversi significati mettendo in discussione in confini tra normalità e devianza.

1) Quali “dipendenze”?

Farmaci

Per quanto riguarda i tipi di dipendenza e di sostanze protagoniste dei discorsi nei social, sono praticamente assenti riferimenti espliciti all’uso concreto di droghe illegali, mentre, anche se in modo leggero, compaiono le dipendenze dai farmaci.

In questi casi, si tratta quasi sempre di messaggi scherzosi, che parlano in maniera iperbolica di uso di farmaci comuni, ma mai di dipendenza da farmaci socialmente più problematici, come antidepressivi, o ansiolitici, il cui consumo è particolarmente diffuso tra le donne⁽⁴³⁵⁾.

ýzzou | éýlnýðeýræu @mnozzi

Entrerò nel mio 25esimo anno di vita strafatta di vitamina c, paracetamolo, Lansox e Vicks Sinex. Invidiatemi.

Inoltre, l’accezione “dipendenza” o “drogata” è più legata a un consumo smodato, ma limitato nel tempo, rispetto che a un consumo continuativo e problematico. Potremmo parlare di dipendenza secondo un’accezione di *overuse*, più che di continuativa ed eccessiva frequentazione con la sostanza.

Inoltre, è rarissimo il riferimento a sostanze illecite, se non in maniera ironica ed evidentemente quindi fittizia.

2) Droghe “vere”

Pochissimi i casi di donne che, nei social, accennano al rapporto con sostanze illecite. In questi casi, il genere di messaggi è principalmente di due tipi. Messaggi “cronachistici”, che “congelano” in un post un istante di vita, descrivendolo senza molti filtri e preoccupazioni riguardo eventuali effetti o ricezioni indesiderate.

Esempi di questo genere:

♥ Swag ♥ @Spongina_Dol

*Sono appena tornata dai Garden ! Gasatissima e strafatta ! *W**

Lei ama il Rap ♡ @RapLover_____

Sono strafatta B-)

Chicca Lòu @chiccalou

ho fatto le 7 di mattina strafatta. e ho dormito quasi tutto il giorno. a 31 anni si accusano ste nottate.

#Weed~ @***

Dove andrai nel prossimo viaggio? — BO I VIAGGI PIU BELLI LI FACCIO QUANDO SONO STRAFATTA :D...<http://ask.fm/a/37dqn74ec5>

Woop. @BornToDie

Ieri sera ero ubriaca e uno mi stava riportando a casa. C'era Call me maybe. Ho iniziato a sporgermi facendo SO CALL ME MAYBE ai passanti. :')

fifteen. @tomlinsonsdoll

tipo che abbiamo bevuto un sacco, ero mezza ubriaca lol

In altri casi, invece, la dichiarazione del consumo di sostanze è accompagnata da un atteggiamento di ostentazione, quasi di sfida e ribellione. Comunicare la propria frequentazione con le sostanze significa, in qualche modo, connotarsi come “ribelle” e utilizzare quindi le sostanze come marca identitaria di un certo stile di vita.

Quel momento in cui sei strafatta e devi entrare in casa con tua mamma ancora sveglia..... Brutto, bruttissimo momento!!

www.facebook.com/profile.php?id=1276215095&v=wall&story_fbid=4773590899128

9 days ago - by Meghi Marra on facebook

Piera@trielina

Ok mi segue un avvocato: devo stare molto attenta alle mie esternazioni quando sarò strafatta di lsd.

In molti casi, questo atteggiamento di ostentazione legato al consumo di sostanze non è discorsivizzato nei post, in maniera occasionale, ma utilizzato come tratto distintivo, elemento permanente e caratterizzante dello stesso profilo dell'utente, come vedremo meglio successivamente.

Dile ♥ @diliprosper

@Jordiz86@Sander_88 io sono con la D = dolce, deliziosa , delicata , destata , drogata ,dannata....hahhahaha sto : delirando

3) Shopping e media

Se dipendenza, consumo e abuso di sostanze illecite vengono utilizzati in maniera sempre molto strumentale e circostanziata, più come argomenti di una rappresentazione del Sé, che come temi oggetto di problematizzazione, la natura “pop” delle dipendenze nei social è particolarmente evidente se si considera quali sono gli oggetti di dipendenza più citati, secondo un riscontro qualitativo delle co-occorrenze. Il mondo delle dipendenze femminili appare, così, molto adiacente a quello dei consumi. Le donne dichiarano di essere “drogate” dallo shopping.

Pandygirl @Pandolfo80

Drogata di Accessori... il termine ACCeSSori solo il termine ACCESSori m fa ASCI' pazz!...!

Wonderland

spendacciona, drogata di vestiti/cosmetici/scarpe/borse, spesso in viaggio (ma mai abbastanza), precariamente amante del suo lavoro. Età?: indefinita

e, molto, dal mondo mediale. Si è “dipendenti” e “drogate” di serie tv, canzoni, giornali e gossip.

La serie di prodotti cult, che paiono affollare i discorsi sulle dipendenze nei social, è vastissima.

Ehi Mela» «Ehi Jinki @JongSexamiTutta

Non smetterò mai di dirlo: IO AMO LA CANZONE “YOU KNOW ME” DEI TASTY. Crea dipendenza, cazzo. lol #SimplyKPop

*** ♪ @***

Ho una dipendenza da settimanali di Gossip! #LoAmmetto

cälifornia. @Malikispartofme

ieri mi sono drogata di Justin,ahaha ho ascoltato le sue canzoni 234567 volte

#TheSimsSocial !!! crea dipendenza!!! :S ahaha

twitter.com/CamillaTes/statuses/252842638254960640

Powerpuff Girl♥ @spalma_vanessa

Sono drogata della canzone "not myself tonight" c:

Inoltre, le dipendenze, ovvero i consumi eccessivi, sono spesso auto-referenziali: si dichiara la propria dipendenza da Twitter, o da Facebook, prima di tutto per sentirsi parte della community online, e ribadire la propria appartenenza a una serie di valori condivisi, quelli di una generazione geek, digitale, social.

ombrella. @chocokidrauhl

NON FUMO ,NON MI DROGO, LA MIA UNICA DIPENDENZA E' TWITTER. lol

Bullshit. @makesmehappy__

@_Sara_Gi

fino al mese scorso stavo solo su facebook, poi il 9 mi sono iscritta qui ora sembro una drogata (?) di twitter, AHAHAHAH.

D r e a m. @_likealondoner

All'inizio twitter mi sembrava inutile..ora ne sono drogata! #lool

4) Cibo

Anche il cibo occupa uno spazio privilegiato nei discorsi sulle “dipendenze” nei social.

Aiuto, sono gravemente irreversibilmente drogata delle cialde di Montecatini!

www.facebook.com/profile.php?id=1599662453&v=wall&story_fbid=43190149457

95

15 hours ago - by *** on facebook

Drogata di caffè' :S

www.facebook.com/profile.php?id=100001308087171&v=wall&story_fbid=413979465322319

18 hours ago - by *** on facebook

Ufficialmente drogata di tisana finocchio-melissa!!!!!!

www.facebook.com/profile.php?id=1514530183&v=wall&story_fbid=4739747461007

22 hours ago - by *** on facebook

Menager, Fuck you! @mumumumalik

ieri ero drogata di pollo...ora di formaggio, mi drogo di formaggiooooo

Anche se, come emerge da questi messaggi, tale rapporto col cibo viene descritto in maniera assolutamente bonaria e priva di qualsiasi ombra o inquietudine problematica.

Dipendenze e identità

Dei 718 messaggi selezionati riguardo il tema delle dipendenze sui social media, 158 non erano “semplici” post estemporanei, ma messaggi contenuti a descrizione del profilo dell’utente social, quindi permanenti, e dotati di una carica comunicativa e simbolica di maggiore rilievo, in quanto scelti a rappresentare la personalità, il carattere, il volto sociale dell’utente.

Quello che emerge, da questi messaggi, e che conferma ciò che in maniera meno evidente compare nei post singoli, è il valore identitario attribuito a certe dipendenze: usate per mostrare un lato di sé, come significanti di un certo stile di vita, e, mai, viste esclusivamente come mero rapporto con una sostanza.

Se si conferma, anche in questo caso, un’accezione “pop” delle dipendenze, intese come affezione e dichiarazione di appartenenza a un certo modello culturale, dall’altra, il richiamo a dipendenze più problematiche e profonde è, comunque, anche qui ammantato di valenze simboliche.

Dicono di me: che sono bastarda, bugiarda e lo fanno senza un perchè..

Dicono di me: che sono una strega drogata e truccata e piena di sè..

Molte utenti hanno scelto questo “slogan” a rappresentarle, tratto dalla canzone *Dicono di Me* di Cesare Cremonini, dove il termine “drogata”, abbinato a “strega”, delinea un

personaggio di donna forte, anticonformista, fundamentalmente inadatto a piegarsi ai vincoli e alle ipocrisie della società.

*** @***

Impiegata, stralunata, single e ubriaca (il più delle volte). Non arriverò a 50 anni, di sicuro

Evy @er_tapparella

Italia

Una parte di me è arrabbiata, l'altra è felice, il resto è solo ubriaca...o diversamente euforica. Nata con il broncio.

Se certamente non è possibile attribuire a questi messaggi il significato letterale di dichiarazioni di consumo di sostanze, e trarne quindi dati puntuali su un rapporto esplicito con esse, in qualche modo esse richiamano e suggeriscono un certo sistema di valori, un più ampio e lato immaginario condiviso, dove essere “drogate”, “ubriache” è parte dell’essere in maniera più ampia “fuori dal sistema” e dove totalmente assenti, però, sono le conseguenze pratiche, le controindicazioni e il vissuto quotidiano di queste pratiche.

*** @***

Italia

Cosplayer, futura stilista, drogata di film, musica e cibo. E come disse mio padre, nata ubriaca.

*** @Lhaasa

Avellino, Italy

troppo se stesso per potersi sopportare, con lo spirito a secco e la testa ubriaca, morì in attesa della vita e visse in attesa della morte.

In sintesi

È possibile concludere questo capitolo esplorativo sulle dimensioni semantiche della dipendenza nei discorsi femminili sui social network con alcune, caute, considerazioni.

Le utenti preservano un alto livello di reattività sui social network *user driven*, mantenendo quindi un certo riserbo nell’esporsi direttamente sui temi del consumo e dipendenza di sostanze. Questo riserbo è legato soprattutto alla funzione sociale di questi ambienti online, che presentano profili di identità reali, sono rivolti alla cerchia di persone conosciute e mirati a valorizzare, e non certo demolire, la propria identità sociale.

Qualora le utenti si espongano su temi di consumo di sostanze, il loro parlarne è, spesso, legato a un preciso gesto comunicativo di sfida o di dichiarazione valoriale: dichiararsi “fatte” è quindi un modo per distinguersi, sottolineare una natura ribelle e anticonformista, e mai per evidenziare un disagio, un problema o una “mancanza”. Droga e sostanze,

quindi, vengono discorsivizzate all'interno di un progetto identitario preciso e per questo si ammantano di valori positivi.

L'universo mainstream delle dipendenze, nei social, è tuttavia dominato dal mondo dei consumi: dal cibo, allo shopping, ai media e in particolare gli stessi ambienti internet. Consumare smodatamente, "dipendere" da una serie tv piuttosto che da un *tool* su I-Phone, diviene marca identitaria, segno di distinzione ⁽⁴⁴⁹⁾, vessillo di appartenenza a tribù, generazioni, gruppi sociali.

Emerge, quindi, la necessità di "scovare" le vere dipendenze, e soprattutto la loro dimensione problematica, attraverso altri set semantici, oppure, come evidenziato nel capitolo precedente, in altri ambienti online, dove la preoccupazione per il legame con la propria identità biografica è minore, e dove, quindi, più facile è la possibilità di esporsi, fare outing e dichiarare un disagio.

Il lavoro di indagine stimola, inoltre, nuove riflessioni e ipotesi metodologiche, mirate a verificare se l'emersione delle dipendenze e dei consumi nei social vada cercata con altri set di parole e altre semantiche, piuttosto che partendo da un diverso impianto metodologico, prescindendo da parole chiave specifiche e occorrenze puntuali ma individuando, longitudinalmente, profili problematici che, pur senza citare direttamente sostanze, o consumi, o set circoscritti di parole, "abitano" il tema trattandolo, giorno per giorno, in maniera semantica più sfumata e complessa.

4.2.4 Youtube: immagini e immaginari del bere femminili

Tipologie di video

Dopo avere estratto i 56 video del campione, si è proceduto a rivederli singolarmente e ad analizzarli dal punto di vista interpretativo, secondo una metodologia derivata dall'antropologia e dalla sociologia visuale, che fornisce diversi modelli per la scomposizione e l'analisi del materiale visivo ^(450; 451; 452; 453).

In particolare, seguendo il framework definito dell'"evento-componente" di Chalfen ⁽⁴⁵¹⁾, dedicato alle produzioni visuali "home made", è possibile analizzare i contenuti secondo due assi (componenti/eventi), ciascuno a sua volta diviso in 5 categorie. Per l'asse degli Eventi le categorie interpretative sono:

- *Planning* (pianificazione della ripresa);
- *Shooting on camera* (ogni azione che accade davanti alla videocamera e che influenza la ripresa);
- *Shooting behind camera* (ogni azione che accade fuori dal campo visivo della videocamera e che tuttavia influenza la ripresa);
- *Editing* (azioni di montaggio);
- *Exhibition* (azioni e condizioni di fruizione).

Per l'analisi delle Componenti visuali l'autore propone di scomporre le immagini secondo questi quadri interpretativi:

- *Participants* (partecipanti);
- *Topic* (tema);
- *Setting* (luogo);
- *Message Form* (formato fisico dell'immagine);
- *Code* (il formato estetico, secondo i codici estetici del linguaggio).

Partendo quindi da questo framework di analisi visuale, e adattandolo in base agli obiettivi e al focus della ricerca, una delle prime forme di analisi ha riguardato la categorizzazione dei tipi di video in base alle loro componenti (*Participants, Topic, Setting*), e in base al tipo di eventi rappresentati e alle modalità di rappresentazione (*Shooting on camera, Shooting behind camera, Exhibition*).

Sono state tralasciate, invece, alcune dimensioni che riguardavano più gli aspetti estetici e formali del video (*Code, Message Form*). Inoltre, trattandosi di contenuti spontanei e solitamente oggetto di poca rielaborazione da parte degli autori, è stata anche tralasciata la dimensione del *Planning*, ovvero la pianificazione del video (messa in scena, eventuale regia, ecc.), e quella dell'*Editing* e del lavoro di postproduzione.

La categorizzazione è avvenuta secondo una metodologia bottom-up che ha previsto l'emergere dei modelli interpretativi mano a mano che si procedeva con la visione dei filmati, l'individuazione di strutture di significato ricorrenti, il loro raggruppamento e infine l'elaborazione di specifici frame ed etichette interpretative in grado di comprendere ciascun item in una categoria in maniera mutuamente esclusiva.

Per quanto riguarda i *Topic* dei video, sono state così elaborate 5 categorie interpretative:

- Vita pubblica. Individua quei video che riguardano donne famose, appartenenti alla sfera pubblica e al mondo dello star system, in stato di ubriachezza. Si tratta di video che possono rientrare nella sfera del gossip e della cultura popolare, anche se, come vedremo in seguito, la ripresa di "star" in stato di ubriachezza comporta l'emergere di particolari atteggiamenti dei fan, mitopoiesi e modelli di rappresentazione di particolare interesse per capire l'atteggiamento e il ruolo che, secondo il pubblico di Youtube, gioca l'alcol oggi.
- Erotici. Si tratta di video che hanno come oggetto donne piacenti ubriache, filmate da, e per, un pubblico maschile. L'alcol diviene un mezzo, un escamotage narrativo, per fruire e "parlare di" sesso.
- Divertenti-canzonatori. Categoria che raggruppa quei video che descrivono situazioni di donne ubriache, in modo ironico e canzonatorio. Sia che si tratti di donne conosciute, o di più generiche "archetipi di ubriache", questi video spesso costituiscono delle vere e proprie "satire" in grado di cogliere, con tono affilato, i significati più latenti del bere oggi.
- Video di condanna, o di allerta e problematizzazione riguardo gli effetti dell'alcol. Si evidenzia che in questa ricerca sono stati privilegiati i cosiddetti UGC (*user generated content*), ovvero video prodotti da utenti comuni, mettendo in secondo piano video prodotti da istituzioni, aziende ed enti a vario modo appartenenti al contesto professionale; in ogni caso, come vedremo, in questa categoria minoritaria

rientrano quasi esclusivamente video amatoriali, di tipo divulgativo e popolare, mirati a suscitare orrore, emozione e pubblico dissenso riguardo gli effetti, individuali e sociali, dell'alcol, mentre paiono del tutto assenti video di carattere istituzionale o scientifico.

- Nell'ultima categoria rientrano video che potremmo definire descrittivi e di "grado zero" riguardo donne ubriache: tipicamente brevi riprese, di persone conosciute, che documentano un certo momento senza però esprimere attraverso il filmato opinioni di condanna, o di apprezzamento sessuale.

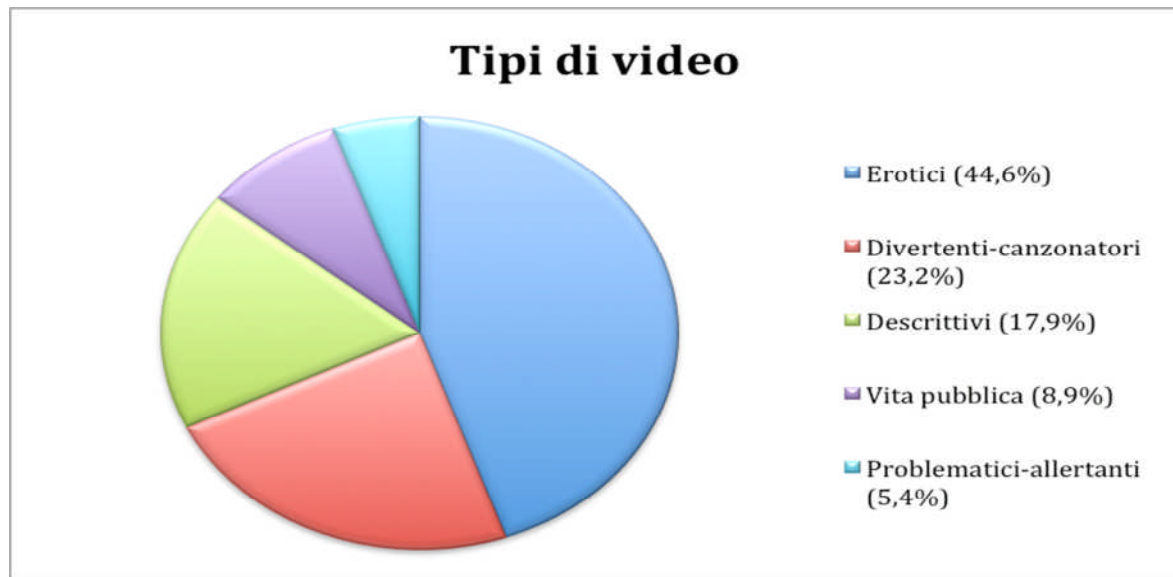
Come si vede dalle seguenti tabelle di frequenza, i video a sfondo erotico costituiscono la grande maggioranza dei materiali prodotti su Youtube: oltre il 44% dei video di donne ubriache, su Youtube, rientrava in questa categoria. Al secondo posto per numerosità si collocano i video ironici e canzonatori (23%), mentre, a seguire, si trovano i video descrittivi (18%) e quelli di personaggi famosi (9%), e infine quelli allertanti (5,4%).

A questo dato, di per sé già rilevante, si deve aggiungere la nota metodologica che ha riguardato l'iniziale "scrematura" del campione di video che, con le keyword selezionate, comparivano su Youtube: dagli 880 video di partenza, molti sono stati eliminati dal campione in quanto utilizzavano le parole "ubriaca", "ciucca", "sversa", ecc., come puro richiamo lessicale per condurre l'immaginario, in automatico, verso video di tipo pornografico che non avevano come contenuto reale temi legati al consumo di alcol. Quindi, il numero di video che abbinano il tema del bere femminile a quelli erotici sarebbe molto maggiore, se considerassimo soltanto il collegamento lessicale rilevato dal motore di ricerca di Youtube: nella ricerca si è deciso di optare per una stima per difetto dei video di tale categoria, considerando in questa categoria solo video che presentavano un collegamento visivo reale, oltre che lessicale, tra alcol e sesso.

Tabella 1 - Tipi di video su Youtube.

TIPI DI VIDEO SU YOUTUBE	Frequenza	Percentuale
Erotici	25	44,6%
Divertenti-canzonatori	13	23,2%
Descrittivi	10	17,9%
Vita pubblica	5	8,9%
Problematici-allertanti	3	5,4%
TOTALE	56	100%

Grafico 1



Ci concentreremo successivamente su un'interpretazione più qualitativa di ciascuna categoria tematica che caratterizza le rappresentazioni del bere su Youtube; in questa sede, ci preme sottolineare in prima battuta la “scala di valori” che gli utenti, almeno sul fronte della produzione di video, danno alle diverse categorie.

Secondo una ben nota tradizione^(430; 454; 455), anche nella produzione di video il bere al femminile è oggetto di interesse, nella produzione di video, soprattutto per la valenza erotica. La maggioranza dei video prodotti, infatti, è realizzata da⁴ e riguarda donne riprese in atteggiamenti discinti sotto l'evidente o presunto effetto dell'alcol. È quindi interessante evidenziare come l'alcol, e il bere, divengano nella cultura del web 2.0 dei comodi portali per accedere a uno dei settori più fiorenti dell'industria culturale contemporanea: il soft porno⁽⁴⁵⁶⁾.

Sarà ancora più importante anticipare quello che, in una lettura comparativa di genere, rilevano i dati (cfr. prossimo paragrafo): solo le donne che bevono diventano oggetto di produzione video soft porno, mentre, molto diversamente, gli uomini che bevono non paiono minimamente attrarre questo tipo di produzione su Youtube.

In seconda battuta, il bere femminile conduce alla produzione di video per la portata comica a esso abbinata: in questa tendenza si rintraccia un modello emergente della cultura pop contemporanea⁽⁴⁵⁷⁾ e, più recentemente, della viralità stessa dei contenuti web 2.0 che poggia sul grottesco, la burla, la schematizzazione comica e di semplice leggibilità⁽⁴⁵⁸⁾.

In terza posizione si trovano video “descrittivi”, che mostrano donne comuni, in situazioni familiari, sotto gli effetti dell'alcol: si tratta in questo caso solitamente di video rivolti alla sfera privata degli amici diretti, dove, in genere, sia chi riprende sia chi è ripreso

⁴ Il genere degli autori è dedotto dai loro nickname, per cui non ha potuto subire una codifica oggettiva, non avendo nessun riscontro anagrafico reale, ma basandosi sulle sole interpretazioni dei ricercatori.

condividono, attraverso il video, la semplice volontà di documentare un momento particolare della propria storia comune.

Successivamente, con largo distacco in termini quantitativi, si trovano video con temi riguardanti l'allarme, la preoccupazione e il disagio legato al fenomeno del bere, spesso costruiti senza alcun appoggio scientifico, né reale intento preventivo, ma piuttosto secondo schemi tipici del *feuilleton* popolare mirati ad esibire gli aspetti più cruenti, spettacolari o melodrammatici del fenomeno e ad attrarre una certa morbosa attenzione del pubblico.

Infine una minoranza di video è dedicata alle star riprese durante momenti di vera o presunta ubriachezza: si tratta, anche in questo caso, di video che riprendono uno schema narratologico consolidato, basato sul tema archetipico del "viale del tramonto"⁽⁴⁵⁹⁾: l'alcol diviene stratagemma narrativo per illustrare la parabola di chi, forse tramortito dal troppo avere, non è in grado di gestire i veri valori della vita.

Livello di gradimento e partecipazione sui diversi temi

Affiancando l'approccio dell'antropologia visuale a quello, di tipo più mediologico, degli *audience studies*, si è scelto di analizzare i video non solo dal punto di vista della produzione, ma anche della loro ricezione. Il contesto della ricezione e, nel mondo del web 2.0, soprattutto dell'interazione tra prodotti culturali e loro pubblici, è infatti considerato di centrale importanza per comprendere in maniera più completa significati e valori del prodotto culturale, inteso non come testo chiuso ma come frutto di una continua negoziazione di significati tra autori e loro, presunti o reali spettatori, *audiences*^(460; 461).

I 56 video selezionati sono stati quindi anche analizzati in relazione alle principali attuali metriche per il monitoraggio dell'interazione col pubblico⁽⁴⁶²⁾, ovvero: numero di visualizzazioni ricevute, numero di commenti, numero di *like* e *dislike* che ciascun video ha collezionato. Di seguito la tabella di statistiche descrittive riguardo ciascuna delle metriche di partecipazione del pubblico evidenziate.

Tabella 2 - Metriche di partecipazione ai video donne/alcol su Youtube.

STATISTICHE DESCRITTIVE	Media	Deviazione standard
n. di visualizzazioni	266.979,3	486.431,22
n. di commenti	295,79	896,989
n. di <i>like</i>	499,36	2.887,234
n. di <i>dislike</i>	65,95	251,443
VALIDI: 56		

Come emerge da questi dati, il numero di visualizzazioni presenta forti disomogeneità tra i diversi video (cfr. deviazione standard), con pochi video che superano i milioni di visualizzazioni a fronte di una maggioranza di video che si assesta sulle poche centinaia.

Questo pare essere in linea con la centrale teoria degli *Scale free network*⁽⁴⁶³⁾, che mostra come, nonostante la rete web possa, in linea ipotetica, configurarsi come una rete democratica, dove tutti i contenuti hanno la stessa centralità nel network, le reti di contenuti che si impongono nel web tendono invece ad assumere la forma di *scale free network*, reti dove pochi hub concentrano la maggior parte dei collegamenti, a fronte di una miriade omogenea di altri nodi minori. Per comprendere più a fondo, tuttavia, la natura del fenomeno e, soprattutto, le motivazioni legate a un maggiore o minore successo di pubblico di certi video, si è provveduto ad alcune codifiche delle variabili mirate a evidenziare quali tipologie di video avessero ottenuto maggiore visibilità e partecipazione.

Tabella 3 - Statistiche descrittive della distribuzione di visualizzazioni per i video.

DISTRIBUZIONE DELLE VISUALIZZAZIONI	N
Deviazione standard visualizzazioni	486.431,22
Primo percentile	444,50
Secondo percentile	75.377,00
Terzo percentile	289.090,50
VALIDI: 56	

Di seguito, è possibile visualizzare la tabella di contingenza che mette in relazione il tipo di video, in base alle 5 categorie prima esposte (vita pubblica, erotici, divertenti, allarmanti, descrittivi), con il livello di visualizzazioni da essi ottenuto. In “basse visualizzazioni” sono stati codificati tutti quei video che rientravano nei primi due percentili per quanto riguarda la distribuzione di frequenza delle visualizzazioni (fino a 75.377 visualizzazioni), mentre per “alte visualizzazioni” sono stati considerati tutti quei video che rientravano nel terzo e quarto percentile.

Tabella 4 - Rapporto fra tipo di video e numero di visualizzazioni in Youtube.

TIPI DI VIDEO SU YOUTUBE	BASSE VISUALIZZAZIONI	ALTE VISUALIZZAZIONI	TOTALE
Erotici	11 (39,3%)	14 (50%)	25 (44,6%)
Divertenti-canzonatori	6 (21,4%)	7 (25%)	13 (23,2%)
Descrittivi	10 (35,7%)	0 (0%)	10 (17,9%)
Vita pubblica	1 (3,6%)	4 (14,3%)	5 (8,9%)
Problematici-allertanti	0 (0%)	3 (10,7%)	3 (5,4%)
TOTALE	28 (100%)	28 (100%)	56 (100%)

Come emerge dalla tabella di contingenza, nella categoria dei video ad alta visualizzazione, la maggioranza è costituita dai video erotici, che costituiscono il 50% di questa categoria; a seguire vengono i video di tipo divertente-canzonatorio (25%), poi

quelli legati a personaggi pubblici (14,3%), infine quelli descrittivi, di cui nessuno pare superare una soglia alta di visualizzazioni.

Il dato, quindi, conferma che, non solo a livello di produzione, ma anche di visualizzazione, i video che riscuotono maggiore interesse, legati al consumo femminile di alcol, sono quelli legati al tema erotico e, in seconda battuta, a quello comico divertente.

Per quanto riguarda il numero di commenti legati a ciascun video, esso è indicatore ritenuto, da molti studiosi di social media ⁽⁴⁶⁴⁾, qualitativamente più interessante e discriminante del livello di partecipazione, rispetto alla semplice visualizzazione dei video. Su questo fronte, come emerge dalla distribuzione riportata di seguito, naturalmente i numeri sono molto inferiori, attestandosi su una media di 295 commenti e con un'alta varianza.

Tabella 5 - Statistiche descrittive relative ai commenti ottenuti dai diversi video.

DISTRIBUZIONE DEI COMMENTI	N
Media	295,79
Deviazione standard commenti	896,989
Primo percentile	0
Secondo percentile	26
Terzo percentile	170,5
VALIDI: 56	

Mettendo in relazione, anche in questo caso, la tipologia di video legati al bere femminile con il numero di commenti, si ottengono sostanzialmente risultati simili a quelli ricavati sul numero di visualizzazioni: i video erotici, seguiti dai video divertenti, oltre a essere i più visualizzati sono quelli che ottengono una maggiore interazione del pubblico, in termini di commenti postati a ciascun video.

Tabella 6 - Rapporto tra tipo di video e numero di commenti ricevuti in Youtube.

TIPI DI VIDEO SU YOUTUBE	POCHI COMMENTI	MOLTI COMMENTI	TOTALE
Erotici	12 (42,9%)	13 (46,4%)	25 (44,6%)
Divertenti-canzonatori	6 (21,4%)	7 (25%)	13 (23,2%)
Descrittivi	10 (35,7%)	0 (0%)	10 (17,9%)
Vita pubblica	0 (0%)	5 (17,9%)	5 (8,9%)
Problematici-allertanti	0 (0%)	3 (10,7%)	3 (5,4%)
TOTALE	28 (100%)	28 (100%)	56 (100%)

Setting: dove si beve

Come evidenziato nella parte metodologica, un'altra parte di codifica dei video ha riguardato il "setting dell'evento bere", ovvero i luoghi dove le donne vengono riprese mentre bevono e/o si ubriacano. Si è optato per una categorizzazione che non andasse tanto a individuare nello specifico i singoli contesti del bere (luoghi), quanto per un modello più interpretativo, basato sulla dicotomia di luoghi pubblici/privati.

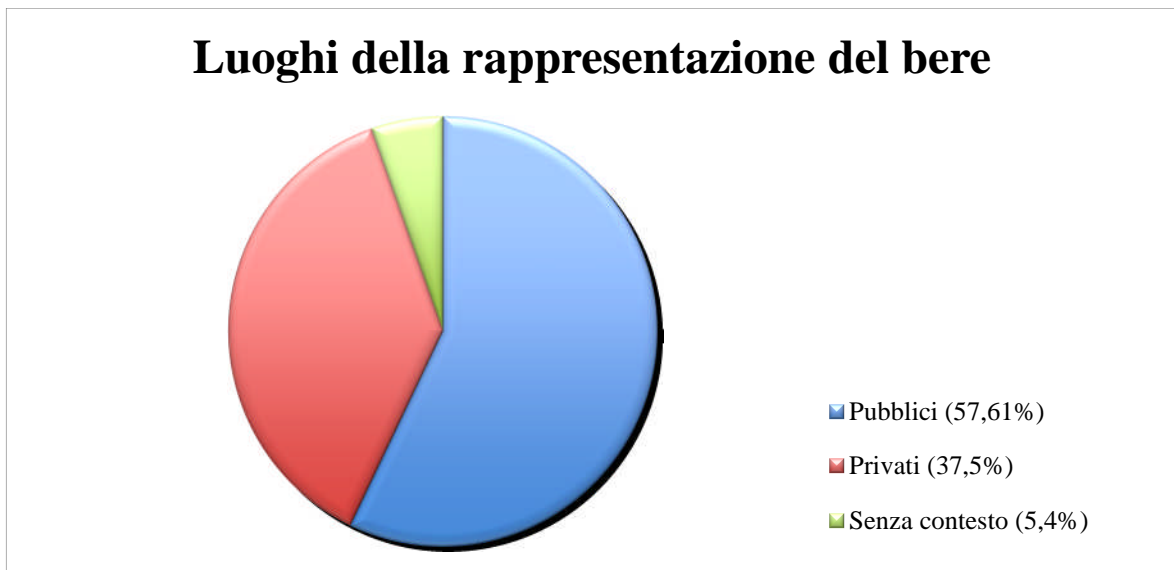
Insieme alle analisi mirate a individuare se le donne erano consapevoli o meno di essere riprese, e se erano riprese da conosciuti o sconosciuti, si è voluto esplorare in questo modo il rapporto tra le donne, il consumo di alcol, e la dimensione di rappresentazione e autorappresentazione che esse intrecciano con questa pratica. L'analisi attraverso la dicotomia spazi pubblici/privati, riprende, infatti, il framework goffmaniano di retroscena/ribalta⁽⁴⁶⁵⁾, andando a posizionarsi come indicatore dell'uso dell'alcol, da parte delle donne, come strumento per una, più o meno consapevole, forma di autorappresentazione rispetto al contesto sociale. Mostrarsi ubriache in contesti pubblici, per esempio, può venir letto come un indicatore del fatto che il bere è vissuto deliberatamente dalle donne come una rappresentazione "in ribalta" della propria identità: un lato da non nascondere ma bensì da esibire, in spazi pubblici, davanti a una platea di persone conosciute, ma anche sconosciute, che si amplifica ulteriormente nel momento in cui il comportamento ubriaco è ripreso da una videocamera o telefonino e mandato nel web. Viceversa, la prevalenza di rappresentazioni del bere in luoghi privati può indicare che, a oggi, bere e ubriacarsi per le donne è un fenomeno più legato al retroscena di ogni singola donna, comportamento da non esibire in contesti di autorappresentazione, ma relegato nella sfera del privato e, soltanto accidentalmente, divenuto oggetto di una rappresentazione pubblica attraverso il video su Youtube.

Insomma la lente interpretativa degli spazi pubblici e privati del bere può essere utilizzata come termometro per misurare, in maniera grezza, il livello di desiderabilità sociale che il bere ha, attualmente, per le donne, e la conseguente tendenza a utilizzare l'alcol, e l'ubriachezza, come strumenti per costruire una propria rappresentazione pubblica vincente, desiderabile, una performance in grado di accrescere e migliorare la propria rappresentazione identitaria. Osservando le frequenze sui contesti pubblici/privati dei video, si osserva una prevalenza abbastanza marcata per i video in contesti pubblici (57%), rispetto ai video che riprendono le donne ubriache in contesti privati (37,5%).

Tabella 7 e Grafico 2 - Luoghi della rappresentazione del bere femminile. Pubblici/privati.

LUOGHI DELLA RAPPRESENTAZIONE	FREQUENZA	PERCENTUALE
Pubblici	32	57,1%
Privati	21	37,5%
Senza contesto	3	5,4%
TOTALE	56	100%

Grafico 2



Inoltre, come emerge dalla tavola di contingenza sottostante, che mette in relazione i luoghi della ripresa (pubblici/privati), con la tipologia di video, emerge che la maggioranza di video in spazi pubblici, ovvero oltre il 65%, hanno carattere erotico: a evidenziare come sia il comportamento del bere, sia quello dell'esibizione provocante, trovano maggiore spazio espressivo in contesti di ribalta, dove è possibile pubblicamente utilizzarli come marche identitarie di una rappresentazione considerata desiderabile del Sé.

Diversamente, le riprese in spazi privati delle donne ubriache sono dedicate maggiormente ad aspetti di "retroscena" della loro personalità: la maggioranza, infatti, dei video in spazi privati, ha un tono "descrittivo" (43%), o divertente-canzonatorio (38%).

Le donne, quindi, esibiscono il loro bere prevalentemente in spazi pubblici, abbinandolo in maggioranza ad atteggiamenti interpretati come erotici, e paiono utilizzare l'alcol, in definitiva, come elemento che, abbinato alla rappresentazione erotizzata, supporta positivamente la loro immagine pubblica.

Tabella 8 - Luoghi pubblici e privati del bere, in relazione al tipo di video.

TIPI DI VIDEO SU YOUTUBE	LUOGHI PUBBLICI	LUOGHI PRIVATI	SENZA CONTESTO	TOTALE
Erotici	21 (65,6%)	4 (19%)	0 (0%)	25 (8,9%)
Divertenti-canzonatori	4 (12,5%)	8 (38,1%)	1 (33,3%)	13 (23,2%)
Descrittivi	1 (3,1%)	9 (66,7%)	0 (0%)	10 (17,9%)
Vita pubblica	5 (15,6%)	0 (0%)	0 (0%)	5 (8,9%)
Problematici-allertanti	1 (3,1%)	0 (0%)	2 (66,7%)	3 (5,4%)
TOTALE	32 (100%)	21 (100%)	3 (100%)	56 (100%)

A conferma di questo, i dati relativi “al successo” dei video pubblici/privati delle donne che bevono: come si evidenzia nella tavola sottostante, che mette in relazione la dimensione pubblica/privata del video con il livello alto o basso di visualizzazioni, emerge che i video ad alta visualizzazione hanno in maggioranza un contesto pubblico (75%), mentre solo il 14% dei video privati ottiene visualizzazioni che superano la mediana.

Tabella 9 - Luoghi pubblici e privati del bere, in relazione al “successo” del video.

VISUALIZZAZIONI	LUOGHI PUBBLICI	LUOGHI PRIVATI	SENZA CONTESTO	TOTALE
Basse	11 (39,3%)	17 (60,7%)	0 (0%)	28 (100%)
Alte	21 (75%)	4 (14,3%)	3 (10,7%)	28 (100%)
TOTALE	32 (57,1%)	21 (37,5%)	3 (5,4%)	56 (100%)

Dinamiche della rappresentazione

Infine, secondo l’approccio di antropologia visuale adottato e descritto precedentemente ⁽⁴⁵¹⁾, i video sono stati analizzati in base alla dimensione dell’*exhibition*, ovvero le condizioni in cui è avvenuta la rappresentazione. In particolare, si è scelto di analizzare i video tenendo conto di queste variabili:

- consapevolezza o meno delle donne di essere riprese;
- realizzazione delle riprese da parte di persone conosciute o meno.

Questi due elementi, collegati al luogo della rappresentazione (pubblico/privato), descritto precedentemente, ci forniscono alcune indicazioni utili per interpretare se, effettivamente, le donne riprese, in contesti pubblici, in atteggiamenti ubriachi e, spesso, erotici, sono parte attiva e consapevole della rappresentazione in corso, oppure sono oggetto passivo di uno sguardo da loro non cercato, non programmato, e quindi oggetto di una rappresentazione che le vede vittime, e non protagoniste, di certi modelli valoriali e culturali.

A questo scopo, si è cercato di analizzare i video scrutando, attraverso alcuni indicatori, il livello di consapevolezza e di autodeterminazione delle donne rappresentate nel costruire questa immagine di sé: gli indicatori sono stati, per la consapevolezza di essere riprese, la presenza o meno di sguardi in camera da parte delle donne riprese; per il grado di familiarità con colui che effettua le riprese, il tipo di interazioni (verbali, gestuali) che avvenivano fra la donna ripresa e la persona dietro la videocamera.

Come emerge dalle distribuzioni di frequenza, le donne del campione paiono consapevoli di essere oggetto di una ripresa: infatti, ben l'85,7% rivolge sguardi in camera durante le riprese, mostrando, quindi, di essere parte attiva della rappresentazione in atto. Esse, inoltre, mostrano una certa tolleranza ad essere riprese, in atteggiamenti ubriachi, anche da sconosciuti, se, come mostra la tabella seguente, una percentuale significativa di donne (42%) accetta di farsi riprendere anche da persone che pare non conoscere.

Infine, la categoria non applicabile, che raggruppa il 7% dei video, si riferisce a video costruiti come montaggi di diversi spezzoni, slide, e materiali multimediali provenienti da fonti diverse, dove quindi non è possibile individuare un contesto unico e omogeneo di riferimento.

Tabella 10 - Le donne riprese nei video: visualizzazione.

VISUALIZZAZIONI	LUOGHI PUBBLICI	LUOGHI PRIVATI	SENZA CONTESTO	TOTALE
Basse	11 (39,3%)	17 (60,7%)	0 (0%)	28 (100%)
Alte	21 (75%)	4 (14,3%)	3 (10,7%)	28 (100%)
TOTALE	32 (57,1%)	21 (37,5%)	3 (5,4%)	56 (100%)

Tabella 11 e Grafico 3 - Le donne riprese nei video: consapevolezza.

CONSAPEVOLI DI ESSERE RIPRESE	Frequenza	Percentuale
SI	48	85,7%
NO	4	7,1%
NON APPLICABILE	4	7,1%
TOTALE	56	100%

Grafico 3

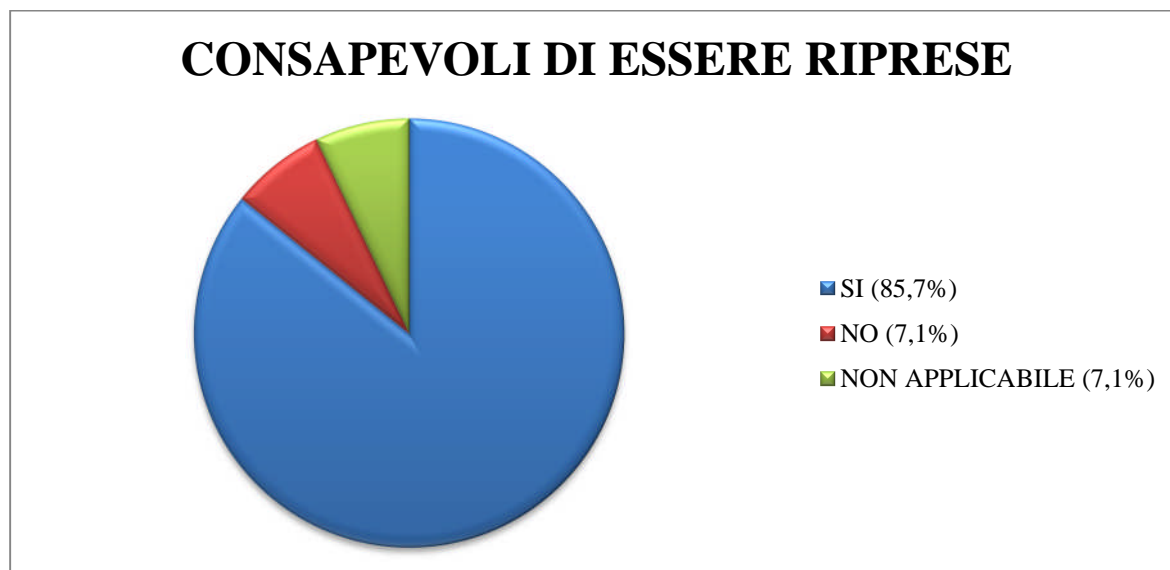
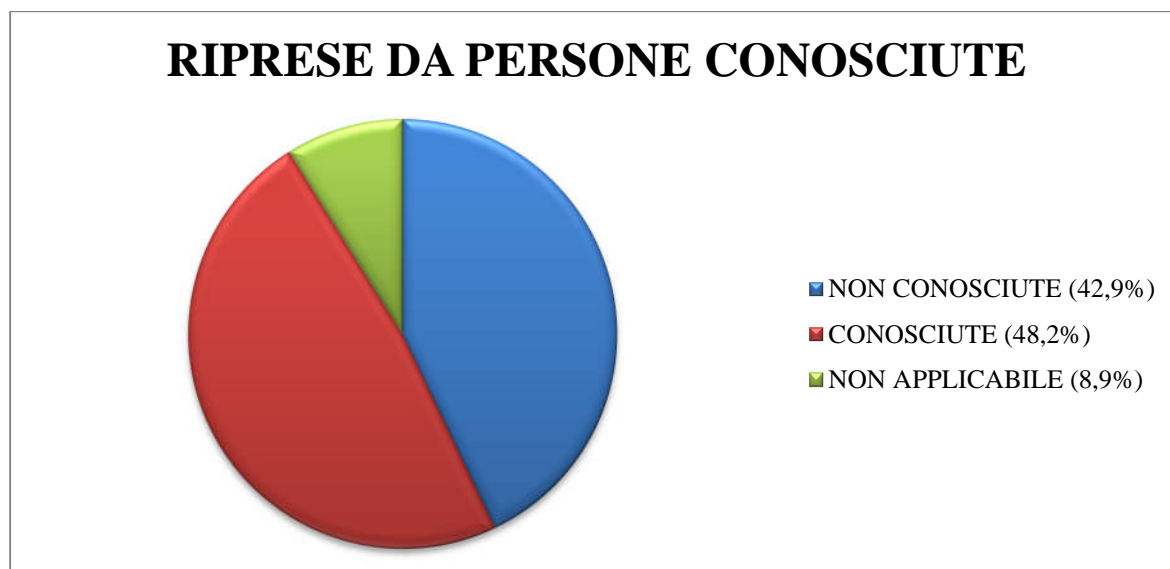


Tabella 12 e Grafico 4 - Le donne riprese nei video: attore della ripresa.

RIPRESE DA PERSONE CONOSCIUTE	Frequenza	Percentuale
Non conosciute	24	42,9%
Conosciute	27	48,2%
Non applicabile	5	8,9%
TOTALE	56	100%

Grafico 4



Il confronto con le rappresentazioni maschili

Come emerso nel paragrafo sulla metodologia e il campione, l'analisi dei video di uomini che bevono è partita da una riconfigurazione e un aggiustamento delle stesse categorie interpretative utilizzate per analizzare i contenuti. Se, infatti, durante la visione dei video maschili, è emerso subito che la dimensione erotica era praticamente assente, è parso evidente che una nuova categoria doveva essere aggiunta, per rendere conto degli approcci culturali al tema: quella dei video a tema aggressivo. Infatti, diversi video trattavano il tema dell'ubriachezza maschile in relazione alla documentazione di scene di violenza, in contesti pubblici. Questa la distribuzione delle categorie di video, in base alle diverse modalità di rappresentazione scelte per categorizzarli.

Come si può notare, la maggioranza è costituita da video di tipo divertente-canzonatorio, (53,5%), seguono i video su temi di aggressività legata all'alcol (15%), poi video su personaggi pubblici ubriachi (o presi per tali) (14%), video di tipo problematizzante (9%), video di tipo neutro, puramente descrittivi di uomini che bevono (7%), mentre un solo video è considerevole erotico (anche se, dietro la scena di sesso con l'auto, c'è un intento evidentemente canzonatorio).

Tabella 13 - Tipologie di video su uomini ubriachi.

TIPI DI VIDEO SU YOUTUBE	Frequenza	Percentuale
Divertente canzonatorio	46	53,5%
Aggressivi	13	15%
Vita pubblica	12	14%
Problematici-allertanti	8	9,3%
Descrittivi	6	7%
Erotici	1	1,2%
TOTALE	56	100%

Osservando i dati relativi alla fruizione di questi video da parte del pubblico di Youtube, si può notare che, mediamente, i video femminili sono più visti, più commentati e più apprezzati rispetto ai video maschili. Vedremo, infatti, che i video femminili, in particolare quelli di tipo erotico, scatenano lunghe serie di commenti, spesso di tono osceno, mentre questa dimensione è praticamente inesistente per i video maschili.

Tabella 14 - Confronto tra metriche di partecipazione ai video di uomini ubriachi.

PARTECIPAZIONE VIDEO FEMMINILI	Media	Deviazione standard
n. di visualizzazioni	266.979,3	486.431,22
n. di commenti	295,79	896,989
n. di <i>like</i>	499,36	2.887,234
n. di <i>dislike</i>	65,95	251,443
VALIDI: 56		

Tabella 15 - Confronto tra metriche di partecipazione ai video di donne ubriache.

PARTECIPAZIONE VIDEO MASCHILI	Media	Deviazione standard
n. di visualizzazioni	55.860,17	241.523,813
n. di commenti	53,48	200,405
n. di <i>like</i>	49,33	167,015
n. di <i>dislike</i>	7,30	21,791
VALIDI: 83		

Osservando allora, per i video maschili, la relazione tra numero di visualizzazioni e tipologia di video, si nota che la maggioranza dei video ad alte visualizzazioni sono di tipo divertente-canzonatorio (46,5%), seguiti, a pari livello, dai video relativi a personaggi pubblici e dai video a tema aggressivo (18,6%).

Tabella 16 - Rapporto fra numero di visualizzazioni e tipo di video.

TIPI DI VIDEO SU YOUTUBE	BASSE VISUALIZZAZIONI	ALTE VISUALIZZAZIONI	TOTALE
Vita pubblica	4 (9,3%)	8 (18,6%)	12 (14%)
Erotici	1 (2,3%)	0 (0%)	1 (1,2%)
Divertenti-canzonatori	26 (60,5%)	20 (46,5%)	46 (53,5%)
Problematici-allarmanti	0 (0%)	8 (18,6%)	8 (9,3%)
Descrittivi	6 (14%)	0 (0%)	6 (7%)
Aggressivi	6 (14%)	7 (16,3%)	13 (15,1%)
TOTALE	43 (100%)	43 (100%)	86 (100%)

I luoghi della rappresentazione maschile

Riguardo alla dimensione dei luoghi della rappresentazione, prima di tutto si noti che la maggioranza dei video girati sono relativi a contesti pubblici: infatti ben il 73% dei contenuti sono relativi a situazioni di uomini ubriachi ripresi in contesti pubblici. Inoltre, la prevalenza dei video in contesti pubblici è relativa a situazioni di tipo comico: questo è il registro, quindi, della rappresentazione e della messa in scena pubblica del bere maschile.

Tabella 17 e Grafico 5 - Luoghi della rappresentazione del bere maschile su Youtube.

LUOGHI DELLA RAPPRESENTAZIONE	FREQUENZA	PERCENTUALE
Pubblici	63	73%
Privati	15	17,4%
Senza contesto	8	9,3%
TOTALE	86	100%

Grafico 5

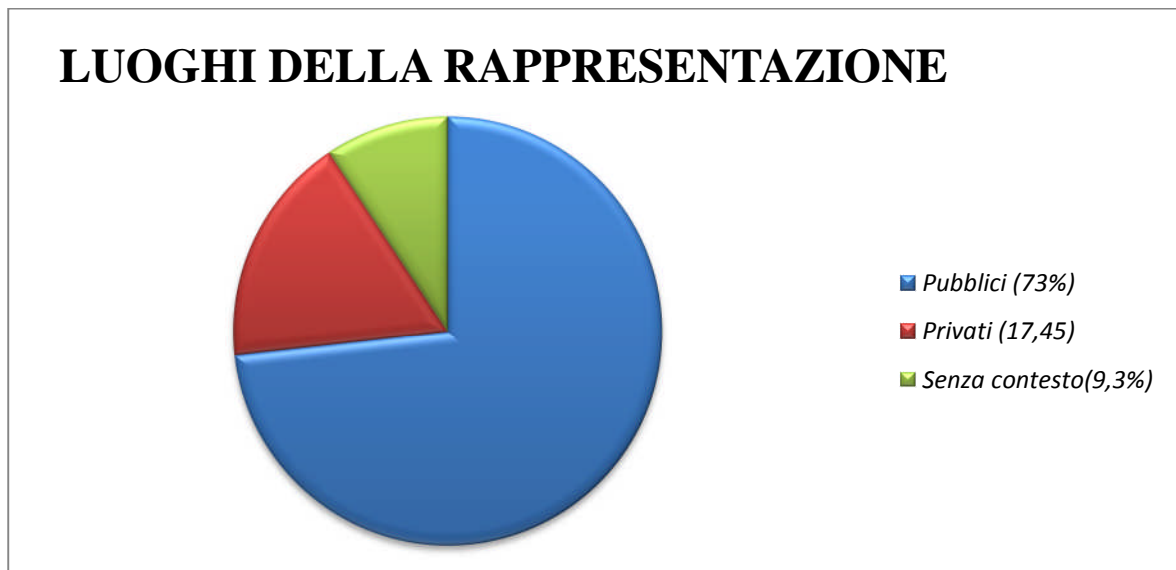


Tabella 18 - Tipi di video maschili girati in contesti pubblici e privati.

TIPI DI VIDEO SU YOUTUBE	LUOGHI PUBBLICI	LUOGHI PRIVATI	SENZA CONTESTO	TOTALE
Vita pubblica	11 (17,5%)	1 (6,7%)	0 (0%)	12 (14%)
Erotici	1 (1,6%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (1,2%)
Divertenti-canzonatori	29 (46%)	10 (66,7%)	7 (87,5%)	46 (53,5%)
Problematici-allarmanti	8 (12,7%)	0 (0%)	0 (0%)	8 (9,3%)
Descrittivi	3 (4,8%)	3 (20%)	0 (0%)	6 (7%)
Aggressivi	11 (15,6%)	1 (6,7%)	1 (12,5%)	13 (15,1%)
TOTALE	63 (100%)	15 (100%)	8 (100%)	86 (100%)

Il consumo di alcol nella società 2.0: una prospettiva di genere

È interessante, a questo punto, focalizzare alcuni elementi interpretativi relativi al confronto fra le rappresentazioni maschili e femminili del bere, che da sempre nella letteratura alcologica assume una certa rilevanza.

Innanzitutto occorre mettere in evidenza come il bere, dal punto di vista quantitativo, sia ancora rappresentato come una pratica prevalentemente maschile: gli uomini che bevono appaiono di più su Youtube, rispetto alle donne. Infatti il numero di video presenti relativi a casi maschili è molto maggiore (86 rispetto a 57), tenendo conto, ovviamente, delle parole chiave adottate e della scrematura dei casi non pertinenti. Inoltre, le donne che si ubriacano appaiono rappresentate secondo modelli nettamente diversi rispetto agli uomini: mentre negli uomini viene evidenziata principalmente la dimensione goliardica e canzonatoria del bere, anche in contesti pubblici (53,5%), le donne che bevono vengono rappresentate prevalentemente in chiave erotica e seduttiva (44,6%).

Emerge inoltre che, in entrambi i generi, non è presente in maniera significativa una dimensione di allerta o problematizzazione del fenomeno: i video di tipo allarmante-problematico sono un'esigua percentuale sia per quanto riguarda il target maschile (8,1%) che quello femminile (5,4%). Quindi, sia nel caso dei video di tipo goliardico, sia in quelli di tipo erotico-seduttivo, quella che emerge è un'immagine "che piace", e non stigmatizzante, degli uomini e delle donne che bevono, o almeno un'immagine costruita e prodotta dagli autori per piacere a un certo tipo di pubblico.

Preme evidenziare che la positività della rappresentazione è collegata agli intenti dell'autore, non del soggetto rappresentato: in particolare, le donne filmate in atteggiamenti erotici seduttivi mentre sono ubriache, sono chiaramente filmate per compiacere un certo immaginario, del quale, probabilmente, non sono particolarmente soddisfatte a posteriori.

Infatti, questi video sono quasi sempre oggetto di un numero elevato di commenti maschili, a sfondo osceno e spesso dichiaratamente offensivo, dove le donne divengono oggetto di una violenza verbale molto forte che le tratta come donne di facili costumi, ipocrite che utilizzano il bere come schermo liberatorio, se non vere e proprie prostitute. Alla donna che beve si applica quindi un diverso standard di giudizio perché il suo bere non risponde alle attese relative ai ruoli di genere⁽⁴³⁰⁾.

Per dare un'idea del tipo di commenti a cui si fa riferimento, vengono citati alcuni di questi, considerati rappresentativi, (e non necessariamente i più violenti), del genere di considerazioni che accompagnano questa categoria di video. Per esempio, si consideri il video dal titolo "mykonos 2008 cavo paradiso ubriaca si fa palpare da chiunque" che riprende una donna ubriaca mentre balla in un villaggio vacanze. Questo tipo di video, per esempio, ha totalizzato un discreto interesse, con 312.264 visualizzazioni, 155 *like* e 34 *dislike*, oltre che 199 commenti. I commenti, però, davvero poco lusinghieri per la donna protagonista del video, sono di questo tipo:

gionny8772 anni fa

poi dicono che gli uomini sono sporchi e malati, a mio parere le ragazze sono le più malate di tutte loro cercano di nascondere bene, ma quando poi si fanno scoprire si può capire bene che la loro voglia di fare sesso delle ragazze è di gran lunga superiore a quella dei maschi. cmq una ragazza che fa queste cose che si riempie di alcool, spinelli o droga non avrà di certo un futuro da signora, ma da puttana.ci sono modi e modi per divertirsi in villeggiatura, ma non in questo modo mha.

miticotrevisano2 anni fa

sono un branco di pirla che si divertono, certo la ragazza mi sembra un'attimimo zoccola e poco dignitosa!sono le classiche tipe addormentate che un bel giorno bevendo,si scoprono zoccole.

menabrea642 anni fa

questa è puttana anche da sana fidatevi.

emanuelev19872 anni fa

poi le violentano e piangiamo..

randello883 anni fa

e perche nn dovrete approfittarne???e poi una tipa anche se e ciucca sa riconoscere le persone e se nn vuole andarci con uno o farsi palpare nn c va!

KaiZenOfficial2 mesi fa

se ti prendi dell'MDMA devi sapere cosa ti aspetta, detto questo in una società normale nessuno desidererebbe uno stupro, staremmo tutti a scopare nudi dal mattino alla sera per strada, nei bar, nei supermercati, protetti ovviamente.

andycappuccino4 mesi fa

ma quanto siete bigotti! hanno fatto bene, ja messo la mano sur pacco...significa voleva caxxo e poi se faceva struscia' da tutti indice di gradimento, alto gradimento! avete fatto bene. Sai quante ce ne stanno che con la scusa dell'alcol...vabbe' lasciam perdere, ero partito con ben altri video.

Malfoio5 mesi fa

se però da ubriaca vai a far la zoccola seminuda in giro quel che ti succede son cazzi tuoi poi..

Malfoio5 mesi fa

tra l'altro se una si ubriaca saranno cazzi suoi... sta scusa del bere è proprio una cagata

La prevalenza dei commenti è quindi di tipo stigmatizzante, mirata a colpevolizzare la donna come un soggetto consapevole di quanto accadeva, e intenzionalmente interessata a utilizzare “la scusa” dell’alcol per esibire il proprio corpo, divertirsi sessualmente ed eccitare il pubblico dei presenti.

Solo pochi commenti, invece, hanno un tono diverso, che si pone a difesa della donna e accusa lo squallore e la violenza sia di quanto è accaduto in presenza, sia di quanto, ex post, è fuoriuscito dai commenti su Youtube. Come, per esempio, questo commento:

bruttazzo3 anni fa

Ma che banda di falliti... se era sobria non avevate nemmeno il coraggio di chiedergli il nome!

catyytac6 mesi fa

io non me la prendo con lei ma con quei 4 morti di figa che non sanno stare al loro posto.evidentemente gliela danno in poche.....e sono costretti a ricorrere alla "maniata" xD

salentino78xx3 anni fa

Chi approfitta di una donna ubriaca è un fallito. Credo che su questo ci siano pochi dubbi.

Tuttavia i commenti a difesa restano voci minoritarie, subito rintuzzate nel *thread* di Youtube da altri commentatori che aggrediscono il commentatore per il suo tentativo di difesa; insomma, un vero e proprio linciaggio mediatico, come per esempio quello di “mariozzo”:

mario mariozzo1 anno fa

ma ammazzati dovete accettar le conseguenze di cio ke fate invece di incompar gli uomini e poi lei era li per farsi scòpar da tutti.

In questo come in quasi tutti gli altri video della categoria “erotici”, nessuno, inoltre, attribuisce “sincerità” a quanto accaduto, ma la maggioranza dei commentatori crede che la donna utilizzi “l’alibi” dell’ubriacatura per dare libero sfogo alla sua reale natura. Gli effetti del bere sono considerati, quindi, del tutto secondari, addirittura strumentali: l’alcol non fa che ribadire l’antico detto popolare “*in vino veritas*”, e mostrare la vera natura delle donne.

È evidente, quindi, che la rappresentazione di queste donne piacenti ubriache racchiude un coacervo di sentimenti diversi e contraddittori: da una parte curiosità, morbosa attenzione, eccitazione, dall’altra un profondo disprezzo e un impulso aggressivo. Si tratta di una rappresentazione culturale che ha radici profonde, non prive di misoginia, nella cultura occidentale, che vede la donna che beve come donna liberata, dionisiaca, che suscita, al pari delle antiche menadi in era classica e delle streghe in era cristiana, un ambivalente e violento sentimento di “attrazione” e “repulsione”.

Ben diverso, invece, è “il clima” che circonda i video degli uomini ubriachi: se la maggioranza dei video è relativa a video comici e canzonatori (53,5%), quasi mai l’umorismo assume toni realmente cattivi e violenti.

Si tratta, principalmente di video generati in maniera bonaria, che mostrano situazioni buffe (cadute, balli sconclusionati, varie incapacità motorie), senza mai (o quasi) umiliare realmente la persona ubriaca. Solo in alcuni, minoritari, casi, accade che chi filma, o il pubblico dei presenti, “infierisca” sull’ubriaco calpestandolo, ad esempio, o esponendolo a situazioni di grave compromissione della sua immagine pubblica. Questo è vero in particolar modo per i video di persone conosciute. Si prenda, ad esempio, il video “ubriaco marcio”, che mostra un signore di una certa età intento, da ubriaco, a dare spettacolo di arti marziali. Anche in questo caso, si tratta di un video che ha suscitato abbastanza interesse, con 765.700 visualizzazioni, 724 *like*, 42 *dislike* e 570 commenti. In questo caso, i commenti appaiono moderatamente critici, mai feroci:

JOHN CARTER1 mese fa

o magari praticava arti marziali da giovane e gli è venuto un flash...comunque questo da giovane ti rompeva il cranio se si muove così vecchio e ubriaco com'è..non ce n'era per nessuno xD

elpipita9511 mese fa

pratico arti marziali, esiste lo stile dell'ubriaco ma niente a che fare con questo o.o è un pò andato, un bel pò

Marco R3 mesi fa

mossa finale ,RUTTO INFUOCATOOOOOO

Se quindi l'intenzione dell'autore del filmato non è quasi mai particolarmente feroce, nemmeno lo sono i commenti dei visitatori del sito, che tendono, principalmente, a esprimere apprezzamento per la situazione grottesca, divertimento e persino implicita approvazione.

Infatti, quasi mai appaiono commenti al video che evidenzino la natura degradante della situazione, sia per quanto riguarda il decadimento fisico, ma anche solo per l'immagine pubblica del soggetto filmato. Come questi, rari, minoritari, esempi:

***1 mese fa

mi metto nei panni del pubblico schifato che gli passa intorno

sortylife1 mese fa

ubriaco perso di prima mattina.... che tristezza

Quello che emerge, invece, potremmo definirlo un senso di complicità e cameratismo mediatico, la costruzione di una comunità immaginaria che esprime, intorno al video e al bere, in generale, più senso di appartenenza che di estraneità.

***1 mese fa

Drunk he may be but he still retains the expertise of a seasoned martial arts combatant.

alcool19752 mesi fa

*ahahahahahahahahahahahahahah non ce la faccio piu
ahahahahahahahahah.....-...ahahahahahaahha spettacolare
ahahahahahahahhahah*

***1 mese fa

e pensare che nel mondo c'è di peggio...e anche molto.....xò fa ridere

Se questo è quanto emerge dai video di tipo comico-canzonatorio, è però necessario evidenziare che, per la categoria maschile, c'è anche un'altra considerevole presenza di video, quelli che riguardano fatti di aggressività collegati all'alcol.

In questo settore, che rappresenta il 15% del totale ed è la seconda categoria di video, per quantità, si vedono video di uomini ubriachi che scatenano risse, incendi, che animano cori razzisti o performance blasfeme in pubblico.

La categoria potrebbe essere considerata un sottoinsieme dell'area dei video problematici-allertanti, nella quale, tuttavia, il focus del problema non sono tanto i danni individuali che l'uomo ubriaco provoca a se stesso o un generico "rischio del bere", quanto invece problemi di ordine pubblico che comportano aggressività, violenza e danni ad altri. Anche in questo caso, l'alcol pare essere causa ed effetto della liberazione della parte più primitiva del sé: per le donne questo coincide con una liberazione sessuale, per gli uomini, una liberazione di aggressività e violenza.

L'effetto liberatorio non è solo nei protagonisti, ma anche negli spettatori, sia dal vivo, sia virtuali attraverso Youtube. I video, quindi, pur contenendo un tono preoccupato, paiono essere girati più in quanto "spettacoli di violenza", che per la volontà di evidenziare il bere come elemento problematico. Come, ad esempio, nel video "Rissa, ubriaco", dove un uomo ubriaco, durante una manifestazione pubblica, provoca alcuni spettatori per finire malmenato e ferito.

Il video, anche in questo caso, è tra quelli che hanno ottenuto maggiore partecipazione con 356.982 visite, 293 commenti, 221 *like* e 22 *dislike*. Si tratta di un video girato in America, dove, tuttavia, l'autore è italiano (lo si deduce dal titolo e sottotitolo) e così anche i commentatori. In questo caso, la complicità dei commentatori nei confronti del protagonista cala rispetto ai video di tipo comico, si fanno avanti voci di dissenso, di condanna.

iblis781 anno fa

sono comunque scene che lasciano un po' amareggiati...

alieniautoerc10 mesi fa

L'ubriaco se le meritata (scusate gli errori)

devic231 anno fa

se fossi stato il ragazzo con la maglietta grigia, il tizio ubriaco già era morto atterra in 10 secondi...

Tuttavia, il clima è, rispetto a quello dedicato ai video erotici femminili, in ogni caso meno aggressivo e più indulgente nei confronti della persona ubriaca. Nel caso di questo video, per esempio, la maggioranza sono commenti di solidarietà nei confronti del ragazzo ubriaco e disistima nei riguardi dei "vigliacchi" che lo hanno aggredito.

DraconisDestroyer983 mesi fa

stima x l'ubriaco

rabbianel10 mesi fa

si pero cazzo era ubriaco,che cazzo gli meni

***9111 mesi fa

facile con un ubriaco, minka se ti vedo ti spacco la faccia

menomela1 anno fa

A chi dice che se le è cercate.. e no cari, l'ubriaco provoca solamente il ragazzo con la canottiera seduto di spalle, quindi la faccenda se la dovevano vedere tra loro due, non che ti arriva un terzo che non centra niente, e che per di più peggiora la situazione, avete fatto caso, la situazione precipita quando arriva il ragazzo col cappello verde. Se fosse rimasto seduto non ci sarebbe stata nessuna rissa perchè l'ubriaco si era già allontanato dal ragazzo con la canottiera, quindi.

L'esito finale non è certo di condanna nei confronti dell'ubriaco, né tantomeno delle situazioni violente che ha scatenato. Piuttosto, quasi di gratitudine per aver offerto uno spettacolo divertente, e dato la possibilità, in maniera subliminale, di rilasciare un po' di aggressività anche solo sotto forma di partecipazione indiretta e commenti.

In conclusione, si può evidenziare come l'ubriachezza assuma forme di rappresentazione diverse per gli uomini e le donne, nei contesti delle produzioni *video user generated*.

In comune c'è la sensazione che l'ubriachezza sia utilizzata come forma di spettacolarizzazione degli impulsi sociali repressi: modo per dare visibilità e spazio discorsivo alle pulsioni anomiche che caratterizzano la società e che non possono essere espresse nei contesti quotidiani: per la donna, ubriacarsi è rappresentato come un fuoriuscire da ruoli sessuali predefiniti, per l'uomo, ubriacarsi è spesso utilizzare la violenza come gioco, affermazione del sé, valvola di sfogo.

Queste pulsioni (sesso, gioco, violenza) sono quelle che, del resto, anche nella fiction contemporanea e nella produzione video mainstream (tv, cinema), catalizzano maggiore successo e attenzione del pubblico. La loro presenza in video *user generated*, tuttavia, ovvero video che non riguardano più situazioni di fiction ma mondi reali, persone e contesti concreti, mostra come, nella cosiddetta società dello spettacolo⁽⁴⁶⁶⁾, spesso anche le situazioni reali vengono vissute come spazi di finzione, dove il parametro di giudizio non è più quello reale (problemi, danni, umiliazione dell'alcol), quanto quello di un adeguamento del reale al sistema di valori culturali, etici ed estetici che i media offrono. Ecco quindi che le situazioni di ubriachezza vengono lette per la carica erotica, violenta o ludica che esprimono, mentre passa del tutto in secondo piano la problematicità quotidiana che il fenomeno comporta, a livello individuale e sociale.

Infine, una nota amara andrebbe, a conclusione di questo confronto di rappresentazioni di genere, sul giudizio sociale che viene espresso, dal pubblico, rispetto a queste forme "di liberazione" maschile e femminile: mentre "ubriacarsi per uscire dai ruoli" e dare spettacolo, attraverso la violenza, è considerato divertente e soprattutto approvabile quando si tratta di uomini, lo spettacolo della donna ubriaca, e soprattutto la sua uscita dai ruoli attraverso l'affermazione di un erotismo fuori controllo, è invece oggetto di condanna feroce, violenza sessista e stigma sociale. A conferma del persistere, anche in Italia, di

stereotipi e di diversi standard di giudizio che pesano sull'immagine della donna ubriaca⁽⁴³⁰⁾, immagine che riflette non solo la posizione dell'alcol, ma anche i ruoli di genere, nella nostra società⁽⁴⁶⁷⁾.

La rappresentazione del bere maschile e femminile su Youtube, quindi, ripercorre ed esalta, piuttosto che dissentire o scardinare, le rappresentazioni e diseguaglianze di genere rilevabili nel più ampio contesto sociale.

Alcuni video significativi

Procederemo ora ad analizzare più da vicino alcuni dei 56 video presi in esame per la categoria femminile, in particolare scegliendo un video per ciascuna categoria interpretativa utilizzata durante la fase di codifica.

Si tratterà, quindi, non di individuare il video “migliore” di ciascuna categoria, magari optando per il numero di visualizzazioni ottenuti, quanto piuttosto di affidarsi a un'interpretazione soggettiva e qualitativa del corpus di dati, andando a selezionare quei video che possono rappresentare gli “idealtipi” della categoria, di essa meglio rappresentativi.

Si analizzeranno, così, 5 video, ciascuno relativo a uno di questi temi:

vita pubblica: AMY WINEHOUSE ubriaca e drogata al Concerto di Belgrado (Serbia)

erotici: Oktober Fest 2006 (1° parte)

divertenti-canzonatori: Finte Ubriacature

problematici-allarmanti: incidenti stradali, nn bere prima di guidare, shock italia

descrittivi: la mia prima e ultima ciucca

1) Video sulla vita pubblica: l'alcol e la “caduta degli dei”

AMY WINEHOUSE ubriaca e drogata al Concerto di Belgrado (Serbia)

Questo video, caricato il 24 luglio 2011, è relativo a uno degli ultimi concerti della star musicale Amy Winehouse, prima della sua tragica scomparsa, sola in una camera d'albergo sotto gli effetti di un mix di droga e alcol letali. Il video documenta del concerto di Belgrado, in Serbia, dove la cantante appare in pubblico stremata e scempiata dall'alcol e dalle droghe, non in grado di reggersi in piedi né tantomeno di sostenere il palco, oppressa da un visibile stato di malessere fisico e psichico. Si tratta di un video particolarmente toccante dal punto di vista umano, che mostra una donna fragile, indifesa rispetto allo star business, nauseata da se stessa e dal suo ruolo, sola pur circondata da un mondo di fan. Un video che, anche in relazione all'epilogo drammatico di questa giovane donna, morta a 27 anni all'apice della sua carriera, si propone come esemplificativo di una parabola molto interessante e soprattutto di una relazione complessa tra le donne, in questo caso quelle di successo, e il consumo di sostanze.

Il video ha ottenuto 75.963 visualizzazioni, 15 *like* e 44 *dislike*, 57 commenti.

Dei 57 commenti, quelli che hanno ottenuto maggiore risonanza e approvazione, secondo le metriche di Youtube, sono questi due, che hanno a loro volta ricevuto rispettivamente 39 e 27 like:

WiseChannel Wise1 anno fa

questo dimostra che i soldi non fanno la felicità..

filippo170619781 anno fa

Che sia d'insegnamento a tutti che fine si fa con le droghe.....ecco.....

Credo che, nell'insieme dei commenti ricevuti, essi siano effettivamente rappresentativi del "mood" che ha circondato l'evento, e, in generale, il rapporto dei fan con la star, in relazione al suo uso di droghe e alcol. Il video mostra il pubblico prima sostenerla, poi fischiarla, in ogni caso, almeno dai commenti di Youtube, schierarsi secondo un atteggiamento ambivalente e diviso.

Da una parte una serie di utenti paiono compatire la cantante, evidenziandone le fragilità e il fatto che non sia stata aiutata, da familiari, amici, fan, a uscire in tempo da questo tunnel.

fhgh751 anno fa

non è morta di droga o alcol, piccolina.. è morta di depressione questa è la verità.. nessuno che riesce a capire cosa significa davvero? @xxpsichexx: troppo superficiale dire che è questione di forza di volontà: non è sufficiente quando certe malattie giungono a stadi gravi! una vita infelice come purtroppo molte altre.. ciao Amy!

Dall'altra, altri utenti la attaccano perché, proprio in relazione al successo, al talento, alla fortuna che aveva, non ha saputo sfruttarli ma anzi, ha ritorto tutto ciò a suo sfavore. L'alcol, la droga, divengono così emblemi di un atteggiamento autodistruttivo, che, in questo caso, non riguarda persone svantaggiate, ma, viceversa, persone "troppo" avvantaggiate che non riescono più a mantenere un rapporto equilibrato con la realtà.

Vincent Vegal1 anno fa

...fanculo, lei e la stravaccata che era! E state pure a preoccuparvi di questa debosciata perchè è morta? Certo, adesso è "poverina" perchè è morta...la morte ci rende tutti uguali ma da morti. Da viva questa era una stravaccata debosciata senza cervello. E non venitemi a parlare di problemi, di aiuti ecc...: chi non ne ha? E chi non ha bisogno di aiuto? Era una fortunata perchè la natura l'aveva dotata di un grande talento ma lei ha buttato tutto nel cesso ed ha tirato lo sciacquone...fanculo!

Si tratta di un uso discorsivo del tema dell'alcol e delle droghe molto popolare per tematizzare il rapporto tra gli esseri umani, la genialità e il concetto di limite.

Le sostanze psicotrope da tempo nella società occidentale sono collegate al mito del "genio sregolato": si pensi al rapporto di Rimbaud, Baudelaire e gli artisti del Novecento con le droghe, e poi, successivamente, al mondo della cultura musicale rock e pop dagli anni

Sessanta in poi. Da una parte, quindi, l'alcol e le sostanze appaiono metafore di una capacità, e di una possibilità, di vivere il reale fuori dagli schemi e dalle regole ordinarie, accedendo quindi al regno dello straordinario, del geniale, dell'"oltre", rispetto ai piatti orizzonti quotidiani. La pratica del bere, del drogarsi, si associa così al mito romantico di una vita vissuta oltre i limiti, appannaggio di una minoranza "speciale" che, in cambio del rischio dell'autodistruzione, è disposta a vendere l'anima al diavolo e, in tal modo, accedere a poteri speciali (successo, genio). Del resto, lo slogan "sesso, droga e rock and roll" è stato, per decenni, il passpartout se non quasi un imperativo di marketing, per una qualsiasi star che volesse aspirare a una biografia "cult".

Dall'altra parte, tuttavia, alcol e droga hanno segnato anche le parabole discendenti, spesso tragiche, di molti artisti, geni e "pop star".

Laddove le persone paiono più forti, fortunate, vincenti, esse invece sono sole, fragili, e l'alcol e la droga diventano l'emblema di una corsa, degradante, all'autodistruzione. Ecco che, attraverso la parabola della "caduta degli dei", si riscoprono consolatoriamente i vantaggi delle vite "normali", di coloro che stanno dentro i confini, coloro che stanno a guardare: si direbbe quasi che queste drammatiche rappresentazioni siano funzionali, socialmente, a mantenere e ribadire questo ordine ed equilibrio sociale. Questo è un cliché mediale sempre funzionante, che si ritrova, praticamente invariato, anche in queste rappresentazioni su Youtube.

È interessante notare, inoltre, che i video relativi a personaggi pubblici sono gli unici a mostrare gli effetti di dipendenza dell'alcol, la deriva fisica e mentale al quale conducono, mentre non ne sono stati rilevati tra quelli che riguardano persone comuni. Proprio perché questa dimensione rappresentativa, fortemente indesiderata, viene nascosta dai più e ritenuta assolutamente improponibile in un contesto di auto-rappresentazione, paradossalmente, sono proprio i personaggi pubblici, ormai inseriti all'interno di un meccanismo di spettacolarizzazione che prende in ostaggio la loro privacy e vita privata, che diventano, loro malgrado, oggetto di questa rappresentazione e sono costretti a mettere a nudo questo aspetto privato della loro esistenza. Come negli internet tabloid, la dipendenza diventa anzi un elemento centrale per descrivere l'identità delle donne celebri, e viene messa in stretta relazione con la dimensione del corpo e dei ruoli di genere⁽⁴⁶⁸⁾.

Le rappresentazioni delle star travolte dall'alcol o dalle droghe, nell'immaginario mediale, nell'industria musicale da Hollywood a Youtube, non fanno altro, così, che utilizzare alcol e droga come strumenti per attualizzare l'eterno archetipo narrativo di Adamo ed Eva, coloro che avevano tutto e hanno voluto oltrepassare il limite, decretando la fine del Paradiso. Così si può concludere l'analisi del video con un commento in questo senso:

***1 anno fa

Peccato, era un angelo....

2) Video erotici: alcol e libido

Oktober Fest 2006 (1° parte)

Questo video, che ha ottenuto 153.493 visualizzazioni, 28 *like*, 16 *dislike* e 36 commenti, pare abbastanza rappresentativo della categoria delle rappresentazioni erotiche, su Youtube, del bere femminile. Si tratta delle riprese, fatte da un italiano, di due amiche tedesche, che ballano in atteggiamenti provocanti durante l'Oktober Fest del 2006, accerchiate da un "branco" di ragazzi italiani, a dir poco compiaciuti. Guardando il video, si nota che la ragazza è perfettamente a suo agio nella situazione, capisce di essere oggetto di un video, pare gioiosamente prendere parte a questo momento di ebbrezza collettiva, dove, sotto boccali di birra, ognuno molla un po' le redini. Così, si offre ammiccante allo sguardo e alle toccate maliziose dei partecipanti.

Si tratta, in questo caso, di una rappresentazione dell'ubriachezza femminile come di una scelta consapevole, deliberata, dove la ragazza è pienamente in grado di gestire la situazione, utilizza l'alcol come disinibitorio, non ne è minimamente danneggiata dal punto di vista fisico (effetti della sbornia, collassi, nausea, ecc.) ma anzi, ne è "potenziata", sprigionando una carica vitale ed erotica inusuale.

Dall'altra parte, questa "visione" della donna ubriaca pare piacere anche agli spettatori della performance, che si mostrano chiaramente eccitati dalla situazione, come dichiarano, fuori da giri di parole, i commenti, in primo luogo quello dell'autore, che ha descritto il video così:

Perchè pagare per una spogliarellista quando la si può avere gratis e per 2 ore di seguito?

Poi quelli degli utenti, che, partiti con un certo contegno:

Jakelamotta6 anni fa

un po esibizionista la sporchetta...

MisterZicky5 anni fa

piu' che sporchetta.. io la chiamerei porchetta.. :))

...sono andati rapidamente a degenerare nella violenza e nel turpiloquio:

Blurissimo5 anni fa

Quella aveva una gran voglia di cazzo....e comunque devo ritornarci, all'Oktoberfest...

giacomino215 anni fa

spero proprio ke sto trojone se l e scopato qualcuno poi!!!!lo spero proprio x voi!!!ma meno male ke esistono ste pischelle!!!

Come evidenziato nel capitolo precedente, l'abbinamento tra alcol e rappresentazione erotica femminile costituisce una fetta predominante dei video su Youtube: inoltre, come appare dalle statistiche relative alle modalità di rappresentazione (luogo pubblico,

consapevolezza di essere riprese, riprese da sconosciuti), questa rappresentazione non pare frutto esclusivo e monolaterale di un punto di vista maschile (sono maschi, nel 100% dei casi, gli autori di questo tipo di video), ma sembra avere l'approvazione e il consenso anche della donna partecipante, in questo video come nella maggior parte dei casi.

Si tratta così, almeno per quanto riguarda il momento della ripresa, di un momento di totale autodeterminazione, dove non pare plausibile vedere nessuna forma di forzatura da parte dei partecipanti nei confronti della donna ubriaca.

Un momento tra adulti, perfettamente consenzienti e, nei limiti dell'alcol, consapevoli di quanto accadeva.

Tuttavia, quello che caratterizza questo genere di rappresentazioni, è la sua natura "mediata" e "permanente"⁽⁴⁶⁹⁾: mentre la memoria di una "serata da ubriache" rimane solo nella testa dei partecipanti, ha confini spaziali e temporali precisi, tende a sfumare col tempo, in sostanza lascia tracce evanescenti e negoziabili, i nuovi media 2.0 permettono di riprendere qualsiasi evento e di realizzare, a partire da un momento fugace, un oggetto mediale permanente che può pesare anche molto sull'immagine pubblica della protagonista.

In questo senso, pare che la consapevolezza delle donne riprese sia molto meno forte: esse sono consapevoli, in quel momento, di giocare un ruolo trasgressivo con un certo pubblico (quello dei presenti), in un certo, circoscritto, luogo e tempo. Probabilmente non sono altrettanto consapevoli della "interazione quasi-mediata"⁽⁴⁷⁰⁾ che stanno avendo con un pubblico invisibile molto più ampio, quello dei visitatori del sito, e del fatto che questa immagine, e questa interazione mediata, sarà difficilmente rimovibile e reversibile e continuerà nel tempo.

Si tratta di un tema molto ampio, relativo al rapporto tra vita reale, media e social network, e dimensione della privacy, che oggi risulta essere nell'agenda degli studiosi di media sotto diversi aspetti⁽⁴⁷¹⁾.

Il mondo dei media 2.0 appare, in questo senso, come un sistema che amplifica la portata, quantitativa e qualitativa, di quella che, un tempo, poteva essere considerata una "semplice notte brava": le conclusioni sono che sebbene le donne si mostrino disponibili a offrire in pubblico una certa loro rappresentazione, probabilmente non sono ancora consapevoli degli effetti, della risonanza e del potere amplificatorio che tale rappresentazione può avere, oggi, sul web, e del fatto che tali rappresentazioni possono, nel giro di pochi minuti, generare una serie di interazioni indesiderate con un pubblico invisibile, divenire permanentemente di dominio pubblico e stravolgere così la loro identità e immagine.

3) *Video divertenti-canzonatori: alcol e "finto alcol"*

Finte Ubriacature



Si è scelto di analizzare questo video, non perché sia, effettivamente, esemplare della categoria – nella tipologia di video comici-canzonatori, solitamente, vengono riprese ragazze in atteggiamento brillo, che sproloquiano, ridacchiano, deambulano. Piuttosto perché presenta una simpatica satira di un atteggiamento pare molto diffuso tra le donne, in particolare le giovanissime: la “finta ubriacatura”. Il fatto che questo sia un atteggiamento popolare, e socialmente diffuso, un fenomeno culturale quindi riconosciuto, pare rilevato anche dal dato che questo video si attesta tra i più popolari su Youtube nel settore, con le sue oltre 1.756.211 visualizzazioni, 21.577 *like*, 359 *dislike* e 5.789 commenti.

Si tratta del video realizzato da “Willwoosh”, un ragazzo romano che ha acquisito una certa popolarità in rete grazie alle sue satire online. Il video in questione descrive le avventure di una tipica “finta ubriaca”: ragazzina del sabato sera che, per l’appunto, finge di essere ubriaca per concedersi quello che, normalmente, non ammetterebbe di volere. È interessante notare, quindi, che il video si pone in ideale dialogo con quelli erotici precedenti, laddove presuppone che ci sia una larga fetta di ragazze che utilizzano l’alcol come passpartout e alibi per “uscire dai ruoli” e fare cose che non sarebbero altrimenti consone alla loro immagine sociale. In particolare, viene evidenziato l’uso dell’alcol per “accaparrarsi” una preda maschile, tirando fuori una disinibizione e volitività altrimenti socialmente precluse.

Interessante è anche come viene rappresentato il rapporto con i genitori: la ragazzina “finto-ubriaca” viene sottoposta a un minuzioso interrogatorio telefonico da parte della madre, al quale risponde con surreale puntualità. Insomma, il video pare confermare una rappresentazione dell’alcol come facile “schermo”, piuttosto che come vero problema, dietro il quale, soprattutto le teenager, possono attivare meccanismi di disinibizione e superamento dei confini altrimenti inaccessibili.

Infine, anche in questo caso, il video è interessante soprattutto perché in grado di discorsivizzare un tema pare molto “caldo” nella comunità degli utenti online: gli oltre 5.000 commenti stanno a dimostrare quanto esso abbia rintracciato e dato spazio a sentimenti e umori collettivi.

Inoltre, è interessante notare come, in questo caso, a differenza dei video di tipo erotico, il riconoscimento e l’approvazione non provengano solo dal pubblico maschile, come per esempio il commento di “Davide Peg”, rappresentativo del genere:

Davide Pag3 mesi fa

willwoosh.. nn ti preoccupare, non solo le regazzine stupide... ma anche le 30 enni stupide si ubriaco per finta, e devono far vedere che non ci capiscono più una mazza. non conta l'eta', ma la stupidità

Rispondi 46

ma anche da molte ragazze:

Paolacasc4 mesi fa

Giurooo che adoro questo.. tutto quello che avrei voluto dire io, se avessi avuto le tue capacità! TI amo!

Giulietta04123 mesi fa

1:12... La perfetta descrizione delle mie SUPERtruzze compagne di scuola D: Ringrazio il cielo per non avermi fatta come loro

ale alessandra5 mesi fa

hahahhahahahaha io ti amooooo per questo videooo! e amo soprattutto le 'finte ubriache'... quanto posso prenderle per il cuuulo!

I commenti, inoltre, fuoriescono dall’ambito specifico della “satira di costume” per andare a trattare il tema dell’alcol anche sotto altri punti di vista.

Dal nascosto e infido contributo calorico celato nell’alcol:

Ellina1997abc2 mesi fa

lo sapevi che l'alcool ha più calorie della cioccolata? X'D ok mi sento sapiente su una cosa che ho sentito da uno di quei programmi idioti in tv ..e questo mi fa apparire idiota..bene

al problema dei danni indiretti che può causare agli altri.

onlymeandyouforever4 mesi fa

io odio chi beve perchè non si può essere così irresponsabili ed egoisti e stupidi da pensare solo a se stessi e al proprio "divertimento" per poi fare del male o cambiare irremediabilmente la vita delle altre persone!!!

Fino a mostrare che, in questo caso, persino il messaggio finale del video, l’invito a non bere e a non guidare ubriachi, può essere accolto e approvato dal pubblico giovanile,

perché inserito in un contesto non paternalistico, proposto secondo un linguaggio in sintonia con il proprio pubblico, e proveniente, soprattutto, da un “insider” considerato carismatico del gruppo di appartenenza.

ileniaful5 mesi fa

sei di una sensibilità unica. il tuo discorso a fine video mi ha colpito.

pawaprincessveggy996 mesi fa

Bravo Gu, fai bellissimi e divertentissimi video che alla fine contengono una saggia lezione di vita.

Miticablair8 mesi fa

evitiamo di ucciderci no?!...grande willwosh sei un mito =D

4) Video allarmanti/problematici: la prevenzione è splatter

incidenti stradali, nn bere prima di guidare, shock italia



Il video, che ha totalizzato 646.039 visite, 242 *like*, 44 *dislike* e 346 commenti, parla della “storia vera” di Jacqueline Saburido, rimandando, nella didascalia, alla sua biografia su Wikipedia, che recita:

Jacqueline Saburido (Caracas, 20 dicembre 1978) è un'attivista venezuelana, nota per essere sopravvissuta a un gravissimo incidente d'auto verificatosi nel settembre 1999. La macchina sulla quale viaggiava è stata infatti investita da un ubriaco, che ha ucciso le due amiche di Jacqueline e sfigurato lei a causa delle fiamme provocate dall'incidente stesso. Da quel momento si è battuta per sensibilizzare i giovani a non consumare bevande alcoliche prima di mettersi alla guida. Ha così permesso, tra l'altro, ai vari media di mostrare le drammatiche fotografie scattate nel periodo successivo l'incidente in cui è stata coinvolta [1].

Il video ha una forte impronta drammatica ed emozionale, ed è costruito secondo un tipico schema narrativo che mostra la ragazza prima dell'incidente, felice, spensierata, "normale", poi le immagini dell'incidente, attraverso le foto di auto dilaniate, e poi, una lunga, tragica e raccapricciante sequenza di immagini del volto sfigurato della ragazza, delle operazioni subite, dei tentativi di ristabilire un contatto con la vita normale. Per concludere con il monito e la condanna a chi guida ubriaco. A queste immagini, si intrecciano alcune foto di marchi di birra, seguiti da scritte in lingua straniera (non identificata).

L'approccio, quindi, è quello di una comunicazione che parla "alla pancia", prima che alla testa, che tenta di scuotere, dal punto di vista emotivo, il pubblico, utilizzando l'emozione, il riferimento a vite reali, quotidiane, vicine, e il raccapriccio, come strumenti di un'azione educativa e preventiva di largo impatto. È anche da notare come, su Internet e in particolare nel mondo degli UGC, la verifica e l'attendibilità delle fonti sia spesso un problema minoritario, se, come mostrano le scritte in sovrapposizione nel video, la ragazza è nata nel 1998, contrariamente a quanto citato nel riferimento Wikipedia.

Poco importa se si tratta di una storia vera, o "come se fosse vera", nessuno pare preoccuparsi dell'impianto fortemente narrativo del tutto, e della sensazione che possa appartenere a quelle famigerate "catene di Sant'Antonio" che inondano la rete con allarmi, *fake*, informazioni false, appelli. Ciò che conta è che la storia sia verosimile, evochi scenari condivisi quotidianamente, e allo stesso tempo li estremizzi, drammatizzi, in modo che questo quotidiano superi, finalmente, la soglia di attenzione e il muro di indifferenza nel quale generalmente è seppellito.

Il tipo di commenti suscitati, infatti, è sicuramente testimonianza di un effetto forte sul pubblico, che, sebbene solo nella sfera dei "buoni propositi", muove unanimemente verso il rifiuto e la condanna dell'alcol, in particolare alla guida.

*** 3 anni fa

ubriachi maledetti ma che vi dice il cervello!!!????? ma è possibile che nel 2009 si senta ancora parlare di incidenti stradali ed alcool? fanculo l'alcool mi fa anche cagare!!

ciompli792 anni fa

c'è il modo per evitare queste cose. ad esempio andare a ballare e fare una bevuta sola, ma per essere figo in discoteca devi fare 5 o 6 bevute e poi succedono queste cose . Bisognerebbe avere avere + cervello e cercare di divertirsi con giudizio. CMQ UN VIDEO CHE DOVREBBE FAR RIFLETTERE

Quello che preme evidenziare, è il tono drammatico e popolare di questo video, come di quasi tutti i video della categoria "problematici-allarmanti", su Youtube: adattandosi a un medium *bottom-up*, sul quale, come emerso anche in altri contesti, vincono i tratti forti, le schematizzazioni e le emozioni primarie, paiono del tutto assenti richiami e rappresentazioni moderate, sfumature, problematizzazioni al tema, e invece vengono fuori solo i racconti più splatter e spettacolari del fenomeno.

Da notare, infine, che, la problematizzazione non riguarda quasi mai, in questi video, il “bevitore comune”, mostrando gli effetti dell’alcol sulla salute e/o sulla sua vita sociale, le piaghe della dipendenza, ma si concentra quasi sempre sulle vittime indirette del bere: vittime di pirati della strada ubriachi e scellerati, rappresentati come “mostri”, che poco hanno a che fare con la gente e la vita “normale”. Certamente, questo è un dato interessante e problematico, che meriterebbe tuttavia ulteriore indagine, a partire da un ampliamento del thesaurus di parole chiave utilizzate, in fase di campionamento, per la selezione dei video.

5) Video descrittivi: il bere “senza pubblico”

La mia prima e ultima ciucca

Questa categoria di video raccoglie le esperienze e le pratiche più comuni del bere femminile: in contesti quotidiani, familiari, nei quali le donne sono autentiche, serenamente banali, e non stanno attuando strategie “performative” di rappresentazione identitaria. Si tratta, così, quasi sempre di video senza pretese di successo, fatti non per accaparrare “il minuto di celebrità” e portare il contenuto e l’autore alle vette della visibilità mediale, ma, fondamentalmente, per quell’impulso alla mediatizzazione dell’esperienza che porta a “comunicare per ricordare” e a “ricordare per comunicare”⁽⁴⁷²⁾ anche i momenti più semplici della giornata.

Video senza pubblico, a differenza dei video della categoria erotica e di quelli comici-canzonatori che, viceversa, sono pensati e implicitamente costruiti per compiacere un certo immaginario e pubblico mediale. Lo dimostrano non solo le modalità di produzione, ma anche le statistiche di partecipazione: le più basse in termini di visualizzazioni, commenti, like.

Video girati come un gioco tra amici, dove la ripresa non è il fine, ma solo un mezzo per dare spazio e stimolare un’interazione spontanea e divertente tra i partecipanti: spesso colui che riprende e le persone riprese si parlano durante il video, vengono fatte delle richieste, la ripresa si costruisce come uno sketch in tempo reale.

Quello che emerge, in questi video, sono donne ubriache prive degli stereotipi e degli stigmi sociali presenti nella categoria dei video erotici: il loro bere è deriso bonariamente, la volgarità è assente, nessuna manipolazione e allusione viene perpetrata ai loro danni. Si tratta, infatti, di video dove la dimensione del privato prevale sul pubblico, che non tentano di scimmiettare la televisione ma rimangono autenticamente home made, e dove, quindi, meno incisive si fanno le pressioni e gli stereotipi culturali legati ai media mainstream e più forti i legami biografici con il contesto e le vite reali. Pur nella loro autenticità, quotidianità e assenza di intenti spettacolari, tuttavia, anche questi video mostrano solo i lati “presentabili” del bere femminile: il divertimento, la convivialità, la rilassatezza, mai la dipendenza, il malessere, la “sbornia”.



Le donne che bevono sono, quindi, inquadrare secondo un punto di visto attento alla loro dimensione pubblica e rappresentativa: non un commento o una descrizione che alluda a una condizione di disagio di lungo periodo, di malessere preoccupante, di dipendenza o perdita di controllo. E tantomeno mai, trattandosi di donne conosciute, esse vengono associate a quell'immagine di "donna ubriaca seducente" che desta nel pubblico di Youtube, come è stato visto, quel misto di attrazione erotica e repulsione morale. Non di rado, addirittura, commenti di amici, o fidanzati, chiedono di rimuovere il video, in quanto giudicato, in ogni caso, compromettente della buona immagine della protagonista.

hwoarang19855 anni fa

amo ma perchè non lo togli sto video

Insomma, anche in questo caso, prevale sul contenuto la dimensione rappresentativa e auto-rappresentativa del mezzo, (il cui *claim*, non a caso, è BroadcastYourself), e, quindi, nell'intento sempre e comunque di far emergere un'immagine positiva della persona, anche gli episodi del bere e dell'ubriachezza a lei associati vengono epurati da qualsiasi ombra o problematizzazione di lungo termine che possa, in qualche modo, appannare o guastarne l'immagine.

Il bere fra trasgressione e reificazione

In questa sezione, si analizzeranno più nel dettaglio alcune dimensioni che sono emerse dai dati e dall'analisi qualitativa dei video, e che riguardano, nello specifico, i contenuti simbolici e i costrutti culturali del bere in relazione al più ampio sistema mediale e culturale. In particolare, si vuole porre l'attenzione sul significato del bere, per come è emerso dalle analisi, come strumento per la liberazione di una carica trasgressiva e

anomica, e come artificio discorsivo e spettacolare in grado di potenziare la funzione rappresentativa degli individui.

In questo senso, Youtube, medium per eccellenza dell'“autocomunicazione di massa”⁽⁴⁷³⁾, diviene allo stesso tempo contenitore e modellatore di nuovi atteggiamenti rappresentativi del bere. In particolare, si è visto come, nel mondo di Youtube, le pratiche del bere appaiano soprattutto sotto forma di spettacolo: lo spettacolo delle donne è legato all'erotismo e all'esibizione del loro corpo da ubriache, quello degli uomini, alla comicità, alla rottura degli schemi e, in alcuni casi, all'esibizione della forza e della violenza.

Si tratta, quindi, di un mondo rappresentativo fortemente marcato sessualmente, quasi primordiale, in cui l'alcol pare giocare il ruolo di riportare donne e uomini all'antico gioco delle parti, ricondurli, in una società prevalentemente de-sessuata perché anestetizzata dal troppo sesso, e che dunque ha perso la dimensione emotiva^(456; 474; 475), a impadronirsi di una loro identità preculturale. Esso, inoltre, si prefigura come moratorium, spazio e tempo, al pari degli antichi carnevali, in cui dismettere, temporaneamente, le vesti della civiltà⁽⁴⁷⁶⁾.

D'altro canto si è visto come queste rappresentazioni liberatorie non siano esenti da controspinte e tendenze normative: le donne ubriache, in particolare, sono oggetto di stigma e violenza verbale. Lo spettacolo dei loro corpi discinti e ubriachi è, anzi, oggetto e pretesto di una ulteriore liberazione sessuale, che si riversa online, attraverso i commenti, le illazioni, il turpiloquio e lo stupro verbale. Non si può, tuttavia, parlare di una violenza o di un sopruso di genere se, come sembra, le donne ubriache protagoniste sembrano perfettamente consapevoli del ruolo rappresentativo giocato, e lo giocano fino in fondo senza inibizioni. Questa, anzi, dell'alcol come pretesto, è la principale accusa degli uomini che le guardano, e le aggrediscono.

I dati di analisi dei video mostrano, del resto, delle donne che, consapevolmente, si fanno riprendere in atteggiamenti erotici, e, spesso, dedicano questo spettacolo a una massa anonima di spettatori.

Potremmo, invece, dedurre che la violenza su di loro è stata forse più subdola e profonda, ed è consistita nell'averle convinte, attraverso i media e decenni di rappresentazioni di genere, che questa rappresentazione, erotizzata e reificata, come oggetti sessuali e oggetti visuali, sia quella più vincente e socialmente desiderabile. Di averle convinte, inoltre, che questa rappresentazione sia trasgressiva, quando invece, viceversa, essa aderisce e perpetua pienamente il conformismo di genere alimentato da certa industria mediale.

Bere diviene quindi strumento rappresentativo per spogliarsi, ballare come in uno show televisivo, offrirsi come oggetto erotico e, finalmente, piacere. La trasgressione, paradossalmente, consiste nel potersi abbandonare pacificamente a questo cliché da siparietto tv e abbracciarne, senza conseguenze permanenti, il conformismo mortificante.

Si può parlare, così, riprendendo le accese tesi della studiosa Laura Mulvey nel rivoluzionario e discusso saggio *Visual Pleasure and Narrative cinema*⁽⁴⁷⁷⁾, di una violenza di genere che si esercita attraverso uno sguardo mediale maschio-centrico, dove, dal cinema hollywoodiano ad arrivare alla televisione di oggi, ogni scena e persino ogni

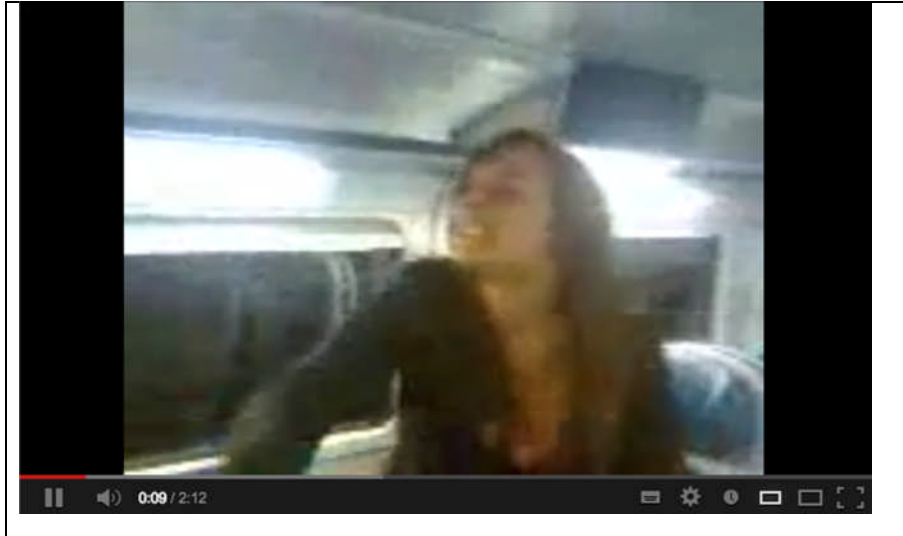
inquadratura è pensata visivamente per suscitare l'identificazione maschile, mentre la donna è sempre oggetto, e quasi mai soggetto di questo sguardo. Una costruzione visiva ferrea che conduce persino le donne a identificarsi con questo sguardo maschile, e vedere le altre donne, sullo schermo, come oggetto visuale e, in seconda battuta, sessuale.

Nel contesto del web 2.0 e di Youtube, media del "Broadcast Yourself", ecco che le donne utilizzano il bere come spazio in cui non più soltanto vedere, ma incarnare, in una condizione di tranche e de-individuazione provocata dall'alcol, questo oggetto visuale e sessuale protagonista prepotente dell'immaginario collettivo. Youtube, in questo contesto, diviene uno spazio rappresentativo in continuità con l'immaginario mediale, dove le donne, da "pubblico passivo", diventano, semplicemente (e tragicamente) "protagoniste attive" di questa reificazione.

Potrà apparire una tesi forte, sicuramente provocatoria, ma che, amaramente, parte dalla constatazione di aver trovato un solo video che presentava una ragazza, ubriaca, che trasgrediva le norme sociali non in una chiave erotica.



Nel campione, c'è un solo video che mostra una donna trasgredire, attraverso l'alcol, le convenzioni sociali non in chiave erotica: questa ragazza che arringa candidamente il treno con discorsi "scomodi" sui diritti dei deboli e la necessità della tolleranza. (Ubriaca sul treno delle ferrovie nord).



Proprio guardando questo video, appare, lampante, la serie inespressa degli altri mondi possibili di trasgressione, sociale, civile, anche di genere, che le donne avrebbero potuto perpetuare con gli effetti e “la scusa” dell’alcol e che, semplicemente, in questo mondo e contesto rappresentativo non ci sono. Diviene quindi importante, nell’ottica di una consapevolezza sempre maggiore delle dinamiche latenti che si innescano in questi mondi rappresentativi, lavorare, a livello di comunicazione sociale e anche di conversazioni e ambienti 2.0, in un’ottica di sempre maggiore consapevolezza, riflessività e persino protezione da questa violenza comunicativa.

Comunicare e discutere con le donne, come oggi avviene nelle emergenti campagne nazionali e internazionali contro il cosiddetto “sexting”, della violenza mediatica che l’esibizione di certi loro comportamenti, dal bere all’erotismo, possono suscitare, e degli effetti e dei costi di questi comportamenti, effetti che spesso possono trascendere i loro stessi intenti o per lo meno trascinare i confini temporali e spaziali da loro previsti. Evidenziare e tematizzare questo nuovo rischio e “costo di immagine” del bere, legato agli effetti, duraturi e incontrollati, di una rappresentazione online che trascende il controllo individuale e può travolgere l’identità e la reputazione delle persone.

Evidenziare, infine, come questi effetti possano trascendere il semplice livello della rappresentazione, e intaccare, a fondo, il loro stesso sistema identitario e valoriale, portandole a utilizzare l’alcol come l’ultimo passaporto per il maledetto indispensabile “minuto di celebrità”.

Una prospettiva di media education sempre più urgente soprattutto in un contesto, quale quello giovanile, in cui le pratiche e le rappresentazioni del bere diventano un tutt’uno.

4.2.5 Le “voci di dentro”: il Forum

Metodo e campione

L’indagine sui forum ha permesso di indagare un fronte più intimo e diretto di discorsivizzazione delle dipendenze, in quanto attraverso questo canale, le utenti hanno la possibilità di parlare liberamente di temi socialmente delicati per la loro identità sociale,

mantenendo un relativo anonimato e non ponendosi in contatto visibile con le reti reali, fisiche, della loro vita quotidiana (come invece avviene nei social network come Facebook). L'analisi ha previsto, come descritto all'inizio del presente capitolo, prima l'individuazione di una serie di forum femminili pertinenti sul tema delle dipendenze, poi la scelta del forum considerato più rappresentativo, scelto in base a due fattori: la popolazione quasi esclusivamente femminile e una coorte di età abbastanza ampia e non solo giovanile.

Il forum scelto è stato, quindi, Al femminile: uno dei più seguiti in Italia, in quanto parte anche di un portale editoriale verticale, ovvero comprendente diverse testate e servizi, che ospita diversi contenuti online per le donne. Il Forum Al femminile comprende al suo interno centinaia di sotto-forum tematici, ciascuno dedicato a un tema diverso. Il monitoraggio si è concentrato sul forum tematico "Alcol, fumo, droghe e tossicodipendenze", che rappresenta a pieno l'insieme dei temi affrontati nella ricerca e quindi raccoglie la community di utenti che su questi argomenti sono interessate e dibattono.

L'indagine su questo forum tematico ha previsto l'estrazione e l'analisi di 503 messaggi, scelti secondo ordine temporale a ritroso: dall'1 gennaio 2013 al 19 marzo 2012. All'interno del forum, sono stati estratti solo i *thread*, quindi quei messaggi che aprono una nuova discussione nel forum: questi messaggi, che spesso generano a loro volta molteplici risposte, sono infatti considerabili "l'ossatura discorsiva" dell'intero ambiente.

Su questi messaggi è stata effettuata prima un'analisi quantitativa, mirata a esplorare diversi fattori:

- il tipo di dipendenze: sostanze o comportamenti che generano dipendenza;
- l'atteggiamento nei confronti della dipendenza, distinguendo secondo uno spettro di attitudini che va dalla condanna, all'ostentazione del rapporto di dipendenza, passando per la richiesta di aiuto e per la descrizione "cronachistica" della propria relazione con la sostanza;
- il soggetto che vive la dipendenza, analizzando se i messaggi delle donne erano relativi a un problema vissuto in prima persona, o a persone a loro vicine;
- il numero di risposte che i singoli messaggi hanno ottenuto.

In seguito a questa prima analisi quantitativa, si è proceduto a isolare e analizzare alcuni messaggi significativi delle diverse tendenze e categorie interpretative emerse, raccogliendo, in questi casi, l'intera conversazione scaturita dal *thread* e quindi anche la serie di messaggi in risposta al primo.

Nei prossimi paragrafi si analizzerà quindi, prima da un punto di vista quantitativo, le principali evidenze emerse dai dati, per poi focalizzarci su alcuni elementi e messaggi chiave che rappresentano meglio l'universo discorsivo e valoriale che ruota intorno alle dipendenze nei forum femminili.

Di quali sostanze e dipendenze si parla nei forum

Il primo dato interessante riguarda la distribuzione del tipo di dipendenze di cui si parla nel forum. Come emerge dalla tabella 19, esistono dei macro-filoni discorsivi, legati a sostanze e dipendenze di netto spicco.

La prima categoria (22,9%) è legata all'utilizzo, congiunto, di diverse droghe: la categoria "droghe multiple", infatti, raccoglie quei messaggi che descrivono storie di ingresso nel mondo della droga, iniziate con alcune sostanze, e poi proseguite verso forme più pesanti, quasi sempre coinvolgendo l'eroina. Il percorso descritto, spesso, parte da modelli di consumo considerati dagli interessati meno compromettenti, come il fumare eroina, per poi giungere a stadi percepiti come gravi e avanzati di dipendenza, legati, per l'appunto, all'uso in vena. In altri casi, i messaggi parlano di rapporti vari con droghe diverse, utilizzate secondo un approccio percepito come di "gerarchia di pericolosità", per esempio, oscillando tra MDMA e cocaina, o anche, spesso, alcol e cocaina, dove l'utilizzo di alcol è visto come momento palliativo e di "disintossicazione" dalla più pericolosa cocaina.

A seguire, risulta emergere il tema dell'alcol (22,5%), anche se, come vedremo in seguito, molto spesso non è riferito personalmente all'autrice del messaggio, ma a persone a lei care (il compagno, i familiari).

Il fumo occupa, tra le dipendenze, il terzo posto, interessando 78 messaggi (15,9%). In questo caso, tuttavia, bisogna evidenziare la grande numerosità di messaggi relativi alla novità della sigaretta elettronica, che probabilmente ha causato una sovraesposizione del tema rispetto ad altre fasi temporali del forum.

Segue il tema dell'uso della cocaina (12,9%), riferito sia a uso personale, sia, anche qui in maggioranza, a persone vicine. La cocaina, quindi, risulta essere la sostanza stupefacente maggiormente utilizzata in maniera esclusiva, laddove, come visto, quasi sempre l'uso di eroina viene invece affiancato, prima o durante, da quello di altre sostanze.

Donne che fanno riferimento all'eroina come unica protagonista della dipendenza, loro o dei loro cari, sono, infatti, solo il 10,3%.

Alcol, eroina, cocaina si affermano, quindi, come le sostanze protagoniste dei discorsi femminili sulle dipendenze nel forum: a queste sostanze fanno seguito l'uso di marijuana e hashish, (7,4%) e poi, con molto margine di distanza, molti altri consumi più o meno legati a droghe sintetiche.

Oltre alle sostanze, vengono segnalate anche alcune dipendenze di tipo psicologico e/o comportamentale: prima tra tutte la dipendenza da gioco, che è rintracciata in 9 messaggi (1,8%), la dipendenza affettiva (1,6%), intesa come ossessione e incapacità di "staccarsi" psicologicamente da un compagno. La dipendenza da comportamenti autolesionisti, che, quasi, sempre, includono la dipendenza sentimentale ma estendono il problema a una più ampia gamma di atteggiamenti dannosi, come il prediligere le scelte "sbagliate", oppure deliberatamente scegliere e cercare di soffrire.

Tabella 19 - Tipi di sostanze e comportamenti che creano dipendenza.

TIPO DI SOSTANZA O COMPORAMENTO	Frequenza	Percentuale
Droghe multiple	115	22,9%
Alcol	113	22,5%
Fumo	80	15,9%
Cocaina	65	12,9%
Eroina	52	10,3%
Marijuana e Hashish	37	7,4%
Gioco d'azzardo	9	1,8%
Affetto	8	1,6%
LSD	5	1,0%
MDMA ed ecstasy	4	0,8%
Autolesionismo	3	0,6%
Cibo	2	0,4%
Caffè	1	0,2%
Speed (amfetamine)	1	0,2%
Drum (tabacco)	1	0,2%
Nutella	1	0,2%
Anabolizzanti	1	0,2%
Crack	1	0,2%
Snus (tabacco per uso orale)	1	0,2%
Farmaci	1	0,2%
Subutex (buprenorfina)	1	0,2%
Assenzio	1	0,2%
TOTALE	503	100%

L'uso discorsivo dei forum in tema di consumi e dipendenze al femminile

Un secondo fronte di analisi dei messaggi, ha riguardato che uso fanno del forum le donne e che tipo di atteggiamento emerge nei confronti di sostanze e dipendenze nei loro interventi: per investigare questo aspetto, si è proceduto con la lettura e interpretazione *bottom-up* dei diversi tipi di messaggio, andando progressivamente a delineare e consolidare macro categorie di interpretazione in grado di comprendere lo spettro complessivo degli atteggiamenti delle donne verso le diverse sostanze e dipendenze.

Un primo obiettivo era indagare, in assoluto, la funzione comunicativa del forum all'interno delle biografie delle donne: usano questo strumento per cercare aiuto? Per esibire comportamenti, ritenuti altrove "sgraditi", in un ambiente solidale e anonimo? Oppure per cercare istruzioni per affacciarsi a nuove droghe e sostanze, o ancora per sviare controlli e punizioni sociali? Il forum, da questo punto di vista, rappresenta un ambiente neutro, relativamente privo di sovrastrutture simboliche legate allo stigma o alla desiderabilità sociale: essendo anonimo, permette alle donne di raccontarsi senza filtri, e per questo, al ricercatore, di osservare stili e storie di vita raccontate nella loro naturalità

Di seguito, quindi, si possono osservare le distribuzioni di frequenza relative al tipo di atteggiamento delle donne verso le dipendenze, in base ai messaggi del forum. Come si evidenzia, la principale tematizzazione delle dipendenze è relativa a richiesta di aiuto (70,2%), seguita da messaggi definiti “*how to use*”, ovvero di richiesta di informazioni e istruzioni sull’uso di sostanze (14,5%), la terza categoria comprende messaggi “descrittivi” (6,2%), quindi con valenze più diaristiche e auto-espressive, a seguire i messaggi di condanna (5,8%); in minore parte, infine, messaggi di ostentazione (2,4%), e di prevenzione o occultata pubblicità commerciale (1%).

Nei paragrafi successivi procederemo ad analizzare i singoli atteggiamenti, da un punto di vista più qualitativo.

Tabella 20 - Utilizzo del forum in tema di consumi e dipendenze al femminile.

UTILIZZO DEL FORUM IN TEMA DI CONSUMI E DIPENDENZE AL FEMMINILE	Frequenza	Percentuale
Richiesta di aiuto	353	70%
How to use	73	14,5%
Descrizione	31	6,2%
Condanna	29	5,8%
Ostentazione	12	2,4%
Pubblicità di prodotti o servizi di cura	5	1%
TOTALE	503	100%

1) Richiesta di aiuto

Fatta questa prima analisi generale, si osservino più nel dettaglio i singoli atteggiamenti raccolti nel forum. Dalla Tabella 2 emerge, come detto, che il forum raccoglie, soprattutto, richieste di aiuto (70,2%).

Le donne utilizzano questo ambiente per lanciare, nella community, una qualche forma di “messaggio in bottiglia”, rivolgendosi a una comunità immaginata di donne come loro, che, a differenza del “mondo fuori”, conosce e capisce empaticamente le loro sofferenze, non le giudica, vive gli stessi drammi e, anche solo per questo, è percepita come comunità amica e solidale.

Il tipo di aiuto richiesto può essere anche molto diversificato.

Spesso le utenti si appellano alle altre donne solo per ricevere uno sguardo di compassione, privo di giudizio, e per chiedere risposta a problemi che loro stesse vedono senza soluzione ma che, attraverso la scrittura, riescono a lenire, condividere, socializzare, per un momento allentando la morsa della solitudine e dell’angoscia.

Utente: punyani

Carissime Non so come ringraziarvi, le vostre risp mi hanno riempito il cuore di gioia!!! Mai mi sarei aspettata tante risposte (possono sembrare poche ma

io non me ne aspettavo nemmeno una!!!) e poi così dolci e solidali, al contrario, pensavo di aver fatto una cazzata a scrivere e che mi avreste mandato male, perché ad un tossico che chiede aiuto e dice di soffrire nessuno gli crede o anzi quasi ci si compiace pensando "eh ma l'ha voluto lui nessuno gli ha puntato la pistola alla testa, e poi sono solo belle parole ma alla fine nn vogliono smettere ". Certi giorni mi sento di esplodere a tenermi tutto dentro, non ho praticamente più amici (amiche zero!) e come vi ho detto il mio ragazzo non sa nulla. Vi racconto la nostra storia; un anno fa ci conosciamo ci innamoriamo e ci mettiamo insieme Io gli racconto la mia storia: frequentavo rave ho provato praticamente tutto, vivevo a Londra e ora mi sono calmata e fumo solo canne. Lui pure fuma solo e non ha mai provato praticamente nient'altro, ho avuto paura a dirgli dell'eroina manco che l'avevo mai provata che avrebbe pensato? Che avrebbe fatto? Poi sono passate le settimane e i mesi e ora un anno, dopo un anno come faccio a dirgli: "sai mi sono scordata di dirti che sono una tossicodipendente da cinque anni!!!!" e adesso sto nella merda perché mi sento malissimo, vorrei poter (e dovrei) condividere con lui i miei dolori e le mie paure, lui mi vede triste ogni giorno e mi chiede perché, e io soffro bel non potergli dire cosa VERAMENTE mi passa per la testa. Lo voglio preservare da questo dolore e dalla merda che comporta questo schifoso mondo in cui mi sono cacciata, e poi dopo un anno, diventa anche un problema di integrità morale perché ovviamente uno che scopre che per tanto tempo gli hai mentito su una cosa così grave perde la fiducia che ha in te perché a quel punto si aspetta che saresti in grado di fare di peggio.... Ragazze vi prego ditemi cosa ne pensate, datemi un consiglio perché non potete immaginare quanto è importante per una come me. Vorrei anche raccontarvi ancora di più della mia vita, delle mie giornate di merda, e perché no anche sentire di voi e magari spronarmi a prendere esempio. Scusate se mi dilungo, sono logorroica cercherò di essere più breve.

Utente: da:sah35

Ho 14 anni, faccio uso di droga e alcool. Ho bisogno di essere ascoltata 😊

Chiedo scusa in anticipo se quello che scrivo sarà un po' lungo, ho davvero bisogno di chiarire alcuni miei dubbi e sarei veramente grata se leggerete tutto e mi risponderete. Nella mia storia non centrano cose come 'bevo perché lo fanno gli altri' 'lo faccio per essere accettata' no quelle sono tutte cazzate. Ho iniziato 7 mesi fa, fino a tre giorni fa quello che facevo non lo vedevo come un qualcosa di brutto. Ogni occasione era buona per sbronzarsi, mi divertivo, stavamo tutti insieme. Ogni occasione era buona per fumare. Il punto è che a me piace bere, mi piace l'effetto che mi fa, mi diverte, Io e le mie amiche beviamo e fumiamo quasi ogni giorno quando siamo insieme, cioè sempre. Da poco mi sono accorta che tutto questo può portarmi a seri problemi di salute e a una dipendenza, che mi fa davvero paura. Dipendenza? ma io bevo perché

mi piace, mi diverte, ho 14 anni ,le faccio le stronzate, davvero c'è il rischio che io diventa dipendente?

Utente: ***

Pensieri che svaniscono con l'aiuto di sostanze.

La mia è una storia molto lunga. Ho quasi 18 anni e sento che la mia vita va uno schifo. -In famiglia tutto va male, continue discussioni con mio padre che durano da quando ho 14 anni. I miei sono arrivati al punto di separarsi dato che mio padre incolpa mia madre di ogni cosa sbagliata in me e del perché le cose in casa non vanno quando la colpa alla fin dei conti è sua. A scuola anche va male... non riesco a studiare, a prepararmi per le interrogazioni, a stare attenta in classe. Ho solo bisogno di uscire e fare cavolate altrimenti la mattinata non passa! Per questo ho perso anche un anno di scuola. Per i soldi non ho mai avuto problemi ma da un paio di anni in famiglia stiamo sentendo molti disagi dato che mia madre ha perso il lavoro da un po' ed a 50 anni non ti prende più nessuno..- Amicizie? Si ho molti amici, sono conosciuta nella mia città! Però di amici veri alla fine non ce ne sono.. Ho perso la mia migliore amica nei peggiori dei modi e mi ha fatto soffrire per troppo tempo.. migliori amiche da 4 anni ed adesso lei ha una bambina (ma questa è un'altra storia).- Amore.. Mi sto vedendo con questo ragazzo da un paio di mesi. Bello, simpatico, divertente.. mi piace veramente! Il problema è zero intesa sessuale e odio i suoi modi di fare! Quindi avrete capito che la mia vita è un po' uno schifo, ma non mi sono mai data per sconfitta! Soffro di attacchi di panico e mi sento veramente veramente stressata! Ho iniziato a fumare sigarette a 14 anni. A 15 anni iniziavo con le canne per scollegare un po' il cervello. Sono arrivata adesso a 18 anni che fumo quasi due pacchetti di marlboro rosse e 5-6 canne al giorno. Il sabato sera se esco arrivo anche a 20! Ho provato anche la coca e ne faccio uso da qualche mese. L'alcol non mi piace molto tranne qualche cocktail con gli amici o quando si va a ballare. Adesso però voglio provare a smettere con tutto ma sento che la mia vita senza le droghe non è niente.. Ho bisogno del loro sostegno perché solo l'unica cosa che mi reggono qui.. non ho niente per cui vivere! Quindi alla fine perché smettere? Grazie per lo sfogo 😞

In alcuni messaggi, emerge una richiesta di aiuto che trascende il singolo problema, o uso di sostanza, ma si allarga su uno spaccato più ampio di con-cause e situazioni problematiche.

Utente: nonsochisono9 (con foto)

Sono anoressica e sono una drogata. Soffro di anoressia da quasi sei anni alternata da periodi bulimici, ma non è questa la storia che volevo raccontarvi. il mio ex ragazzo fumava parecchio e dopo diverse "proposte" di provare, ci sono finita dentro anche io. All'inizio ne era solo una di prova, la

*seconda era d'obbligo perché la prima non mi aveva fatto granché, con la terza volevo rivivere quella sensazione e quei viaggi che mi ero fatta, la quarta era l'ultima, la quinta pure fino ad arrivare a farne uso tutti i giorni e non solo una, ma parecchie, soprattutto in solitudine chiusa nella mia stanza. Mi ero allontanata dai miei amici, familiari, dalla scuola perché ero avvolta in quella magia.. un "bel" giorno, più precisamente capodanno, nessuno della compagnia aveva comprato l'alcol, io ero rimasta senza erba e non mi fidavo a fumare la m*rda che avevano i miei "amici" allora un ragazzo mi propose se volevo provare la coca, tanto per una tirata cosa vuoi che sia, non fa mica male. Lì iniziai a farne uso in modo sporadico, una volta al mese fino a quando la distanza da un uso e l'altro si accorciò a tutti i week end che duravano dal giovedì alla domenica o lunedì. Tutti iniziarono a farmi notare il mio dimagrimento, ma io lo percepivo solo a livello interno, come mancanza di sostanze nutritive importanti poiché iniziai ad accorgermi che ogni qualvolta in cui fumavo, indifferentemente se poco o tanto, collassavo. Al che, al posto di dirmi "Basta, ora esco da tutto" mi buttai a capofitto nella coca. Da tre mesetti a questa parte ho iniziato a farne uso tutti i giorni, ora voglio uscirne perché sono arrivata a un punto in cui mi faccio schifo sia per quello che sono diventata che per il modo in cui la procuro. Non è tantissimo che la uso quotidianamente, lo so, ma già da prima ne sentivo un po' il bisogno.. ora sono quattro giorni che non la uso, ma sto veramente male, soprattutto psicologicamente.. cosa potrei fare per migliorare almeno di un minimo la situazione? Mia mamma ha il sospetto di tutto questo, ma non gliel'ho mai confermato e solo un paio di miei amici sanno la mia storia. Grazie mille in anticipo e scusate del disturbo in caso avessi sbagliato sezione*

Se, come visto negli esempi precedenti, l'aiuto cercato è il più delle volte simbolico e psicologico e non è mirato a obiettivi puntuali di disintossicazione, non mancano casi, più rari, in cui le utenti utilizzano il forum come supporto per provare a uscire concretamente dalla dipendenza, chiedendo sostegno, morale ma anche informativo, sulla loro situazione.

Utente: elledriver89

ciao a tuttiun mese fa ho smesso di usare cocaina, e ho iniziato ad avere ansia e dei dolori, sudo freddo caldo, il battito accelerato, e fitte al cuore sensazioni bruttissime come se stessi per morire, mi scoppia la testa.....non riesco a star tranquilla....ho parlato con 2 medici e tutti e 2 mi han detto che deriva tutto dal fatto che ho smesso con la cocaina....cosa devo fare per star meglio?? non posso prendere nessuna medicina contro l'ansia, perché già prendo subutex, che è un sostitutivo per l'eroina, ed è sconsigliato prenderlo con medicine per ansia, depressione ecc....qualcuno ha mai avuto di questi problemi?? dopo quanto passeranno?'


Utente: lennox43


sono 2 anni che tiro cocaina tutti i giorni,non esco più di casa e il mio cerchio di vita è ristretto al letto e pc.non ho problemi economici ,sono moglie di un manager marito fantasma.chiedo scusa a chi non arriva a fine mese ,sono nata in una fam. povera ma sicuramente ero più felice!ho perso volutamente tutti gli amici,non avevo mai usato nè droghe nè alcool,ora ho paura.....ho paura di me.mi manca la coca,sono pochi giorni che ho smesso e sto da cani.....mi sembra di impazzire.....non ho domande ,ma tanta paura!!!!

Infine, molto spesso, come vedremo meglio nei successivi paragrafi, l'aiuto che le donne chiedono non riguarda la loro situazione personale, ma un sostegno nell'affrontare la dipendenza e il tracollo di una persona cara: spesso il compagno, ma anche i familiari.

Utente: emagu

Ciao ragazzi. Sono in panne, non so come fare, allora con acrobatico

volteggio  espongo a voi il fatto, in cerca di spunti.

Mio marito sta muto! Sono almeno 2 gg che non parla se non per lo stretto indispensabile o comunicazioni "di servizio"...per il resto si limita a "vegetare" nel mutismo più ostinato e impenetrabile. Mangia poco o niente, si corica vestito e "si tratta male", più del solito! Credo di sapere il perchè (almeno una componente del perchè) di questo atteggiamento di rifiuto quasi totale del vivere civile. Gli succede di auto punirsi, abbruttendo i suoi comportamenti, quando non sopporta più se stesso. È come se si volesse infliggere un castigo per quello che è diventato, per quello che non riesce più ad essere. Se ci sono altri ingredienti in questa crisi non lo posso sapere perchè appena provo delicatamente a sondare mi viene risposto con una gentilezza e un rispetto squisiti "c@xxi miei"!  In realtà non è successo nulla che non sia già successo altre migliaia di volte in questi anni di vita alcolica e co-alcolica, le altre volte però mi era più facile lasciar correre e aspettare che passasse.Non sono mai stata la moglie "della settimana enigmistica"...quelle che ti aspettano con il mattarello dietro la porta o che ti fanno il terzo grado per un nonnulla. Non fa proprio parte di me assillare, insistere e fagocitare gli stati d'animo altrui, ho il rifiuto fisiologico di comportamenti simili. Ma confesso che questa volta gli ho chiesto un paio di volte "cosa c'è che non va...ne vuoi parlare...perchè sei così arrabbiato??"Non per paura di chissà che ma proprio all'espresso scopo di smuovere le acque e vedere se finalmente fosse il momento buono per dargli la spinta necessaria a toccare (o almeno avvicinarsi un po') al suo fondo.Niente da fare... muto come un pesce e incaxx@to sempre di piu'.Adesso non so come muovermi e mi rendo conto che chiedere consiglio è abbastanza inutile, nel senso che solo chi vive le situazioni può sapere (o sentire) come muoversi al loro interno, ma forse mi sarebbe utile almeno sapere se qualcuno si è mai trovato in un frangente simile e come s'è comportato.Incomincia starmi stretto questo antipatico ruolo di coinquilina di

mio marito. Se non posso nemmeno più, non dico pretendere, ma almeno meritare le confidenze di mio marito quando soffre o lotta contro qualcosa, a cosa serve ancora essere sposati? Speravo che almeno la stima, tra noi, non fosse ancora evaporata con i fumi dell'alcol. Grazie e un saluto affettuoso a tutti. Emagu

In altri casi ancora, le donne hanno sospetti su compagni e parenti, e cercano nella community informazioni tecniche su come sciogliere i dubbi, ad esempio su come e dove acquistare dei *tester* per verificare la presenza di sostanze psicoattive nell'organismo e la loro affidabilità tecnica.

Utente: Teresa 1026

Vorrei vedere se mio marito fa ancora uso di coca poichè ha di nuovo contratto dei debiti ed ho trovato di nuovo delle bottiglie vuote di liquore nel mobile. Vorrei sapere gentilmente da voi se esistono vari kit e qual'è il più affidabile a come si chiama precisamente per evitare di dire tante cose inutili al farmacista. In una vetrina ne ho visto uno che costa 60 euro è un prezzo giusto? È vero che con quest'analisi si vede se una persona si droga fino ad un anno prima? È facile da usare?

Molto spesso, al di là delle risposte più o meno utili e pertinenti che ricevono, le utenti trovano sostegno prima di tutto ed essenzialmente in queste relazioni invisibili e continuative che, in maniera diretta e priva delle complicazioni dei rapporti “reali”, forniscono sollievo alla solitudine, all'insicurezza e alla sensazione di inadeguatezza.

Utente: bettina 415

ciao ciao a tutte spero meglio , ogniuno per il suo cammino... 😊 stasera sono contenta.....la terapeuta mi vede benissimo e anche lo psichiatra, ancora ce un po di strada e la prova finale sara quando lo incontrero, spero per caso...a.a.a.a.a 😊 mi e rimasta un poco di malinconia per il sogno che ora non è dato cogliere, ma ho ritrovato la mia serenita, la mia donna, la mia autostima... mio figlio e piu sereno e la gioia ora e nella casa respirare senza ansia, aspettare, preoccuparsi, essere maltrattate e prese ingiro in piu inconsapevolmente da parte dell'uomo che dice di amardi? mai piu.....ho capito che e vero che deve essere una loro scelta profonda e motivata se no, non ce storia.nel mio cuore ho un bene dell'anima per lui, e spero che anche senza di me lui trovi la sua via.....io la mia , ce l'ho!!!!!! 👍 😊 donne, uomini e ragazze..... non e facile vedere il vuoto e uscirne , per ogniuno di noi il suo.....un bacio donne , vi voglio bene e sul serio siete importanti per la mia rinascita.....grazie , grazie, grazie.....aspettando la prova finale, vi abbraccio tutti..... 😊😊😊😊😊😊😊😊

2) Istruzioni per l'uso

Il secondo tipo di messaggi, in ordine di numerosità, riguarda, invece, uno spettro valoriale completamente opposto: si tratta delle donne che scrivono sul forum per cercare istruzioni su come utilizzare una certa sostanza, sugli effetti, su come “nascondere” il consumo e la dipendenza sul luogo di lavoro, ai familiari o ai servizi sociali. Quindi soggetti che vivono il rapporto con le sostanze in maniera positiva e non problematica, e che anzi qui, meglio che altrove, possono rafforzare le loro attitudini incontrando un mondo nascosto di altre consumatrici.

All'interno dei messaggi etichettati “*how to use*”, quindi, rientrano donne che vivono il rapporto con alcol e droghe in maniera non problematica, e cercano nel forum un appoggio pratico per praticare e/o affacciarsi, spesso, a nuove esperienze e sostanze.

In alcuni casi, la community è interpellata per capire come “sviare” ed evitare le sanzioni del “mondo fuori”. Come, per esempio, il messaggio di Bambolida:

Utente: bambolida

ciao.. c'è mia mamma che mi vuole fare l'esame del capello per vedere se assumo droghe o meno.ma da quanto ne so questo tipo d'esame in italia lo posso fare solo se ti ritirano la patente in stato di ubriachezza o sotto effetti di stupefacenti e ti fanno questo esame per vedere se risulti idoneo a riavere la patente. Quindi io come libero cittadino posso andare dal mio medico curante e richiedere l'esame del capello?e se si il mio capello ha una memoria che trattiene informazioni su uso di droghe o menoqualcuno di voi l'ha già fatta?aiuto sono in paranoia

In altri casi, si tratta di utenti alle prime armi che cercano consigli sull'uso e assicurazioni sugli effetti, e si affacciano alla community perché la considerano, quasi, un luogo di iniziazione. Come nel caso di questa ragazza di 20 anni.

Utente: amoremio93

Ho 20 anni e fino ad ora ho fumato sempre e solo canne, fumo tutti i giorni quasi, prima di andare a letto.. non mi piace fumare in giro perchè per me è solo un relax prima di andare a dormire, o quando sono a casa con il mio ragazzo o con gli amici o da solaHo sempre detto che non sarei mai voluta andare oltre a questo, ma ultimamente mi sento curiosa.. vi spiego meglio.Dell'md si sentono sempre le solite cose, ovvero che si prova una forte empatia verso gli altri e che sia la droga dell'amore.A me piace da morire fumare con il mio ragazzo, mi incuriosiscono gli effetti dell'md, e un po' mi piacerebbe provarla in casa con lui, però da un lato mi fa paura.Ho sentito di ragazzi che sono morti alla prima assunzione..ma erano casi particolari? Voglio dire, avevano problemi fisici\cardiaci?Io non ho grossi problemi, solo che mi affatico con poco e anche per uno sforzo minimo mi batte il cuore come se stessi correndo.. quando fumo le canne ogni tanto il cuore mi va più forte, le prime volte mi spaventava, ma adesso riesco a controllarlo e lo vivo

serenamente. L'nd da questo effetto, fa aumentare molto il ritmo cardiaco? Qualcuno mi racconta la sua esperienza? PS: SO CHE LE DROGHE PESANTI FANNO MALE, NE SONO MOOOLTO CONSAPEVOLE, MA VORREI RISPOSTE COSTRUTTIVE E NON I SOLITI MORALISMI!

In altri casi ancora, le utenti chiedono istruzioni su effetti e modalità di uso di droghe meno comuni, come MDMA, LSD, o assenzio, come nel messaggio di Trust 87.

Utente: trust 87

essendomi iscritta solo ora questa è la mia prima domanda. come si prende l'emmedi in polvere? mi hanno consigliato di farci un bel beverone, ma di cosa? U_Uavremo sicuramente tempo di presentarci meglio, visto ke dovrei uscire tra mezzora se qualcuno riuscisse a rispondermi mi farebbe davver un favorooone

Emerge in questo genere di messaggi una tipologia di utenti che vede, nella community del forum, un mondo solidale e aperto, dove è possibile parlare liberamente di comportamenti illegali, pericolosi, socialmente devianti.

E, in effetti, guardando alle risposte, il forum non delude questo genere di aspettative. Non mancano le utenti che, rispondendo puntualmente alla domanda, forniscono sostegno pratico e valoriale alla scelta presa.

Come la risposta di questa utente, che a Trust 87 fornisce impressioni e istruzioni dirette.

Utente: kikka416

se non conosci la sostanza non fare il beverone il sapore potrà anche non piacerti comunque la sostanza è una buona sostanza ma se la conosci!!

A queste richieste, le risposte sono di vario tipo: a dimostrazione che all'interno della community convivono anime diverse, e anche in contraddizione, e mostrando come essa si configura come uno spazio discorsivo, e relazionale, estremamente complesso e ricco di sfumature umane e valoriali.

Allo stesso messaggio di Trust 87, infatti, non manca la risposta accorata di un'altra utente, che la invita a dissuadersi e a “non farsi fuori”, e deplora coloro che, avendole dato risposte pratiche, implicitamente avallano e incitano l'uso della sostanza.

Utente: picciolettina

Ti piace giocare con la tua vita cercando di farti fuori? E c'è pure chi risponde...Lascia stare tutto, se non sai come prendere una cosa, significa che ti stai salvando la vita.

3) Cronache

La terza categoria di messaggi è stata etichettata come “descrittiva”, nel senso che si tratta di messaggi che non sembrano avere uno scopo preciso, né essere indirizzati a un pubblico specifico. Messaggi che sembrano delle semplici cronache, giornalieri, di una vita parallela, vissuta in compagnia delle sostanze.

Utente: elecooki

2 anni di disintossicazione:impressioni,paure.e vita di tutti i giorni

Eccoci qui proprio oggi a due anni dall'ultima volta che ho usato ,e da li cambio tutto,smisi di perder tempo e presi in mano la mia vita,ero gia iscritta al sert da 3mesi,ma la prendevo alla leggera diciamo che era il mio palliativo tra un uso e l'altro,il primo giorno che non usai piu non mi cambio nulla,si il pensiero c'era ma ero coperta dal metadone..e nella mia mente dicevo..se è cosi facile,sara una passeggiata..sti cavoli altro che passeggiata ,anzi scalata del monte everest..i primi mesi li passai a dormire..ero piena di metadone(secondo il mio dottore era la soluzione migliore)ma con i mesi mi accorsi che non volevo essere un'ameba e che bisognava tirare fuori le palle e iniziare a scalare,i primi scalaggi non furono stati pesanti perchè il dosaggio era molto alto,ma è col passare dei mesi che iniziai a sentirlo...finche scendi scendi le successive scalate..erano delle mazzate,dolori notti insonni,anzi dormire oramai sta diventando un miraggio,e nervoso.,,tantissimo,ora mi trovo qui dopo 2anni senza mai aver sgarrato,ma con tanta paura,e mi brucia ammetterlo,paura che scala scala staro sempre peggio,che questa sensazione che ho sempre di stanchezza e di dolori ovunque vada peggiorando..ho paura perche all'idea che tra un paio di mesi mi tocca ancora..rimanderei..ma non posso prendere la pensione al sert a vita,..devo per l'ennesima volta tirare fuori le palle e stringere i denti,,perche come dico io ci saranno prima o poi momenti migliori..ma io mi chiedo e vi chiedo..è normale durante la disintossicazione man mano che si scende avere sempre questa sensazione di nervoso stanchezza,a volte anche se faccio qualcosa di poco stancante mi sembra di aver rivoltato il mondo e mi partono delle fitte alla schiena,manco mi stessero accoltellando..e io in genere reggo il dolore..e la paura di scalare..è normale?certo che il metadone a conti fatti è una bella gatta da pelare..e anche piu subdolo della roba(eroina intendo)..mi mangerei le mani,col seno di poi non mi sarei mai avvicinata alle storie..dovevo fermarmi alo primo tiro che feci,,che mi faceva schifissimo,se non avessi fatto il secondo(che ovviamente mi è piaciuto se no non sarei qui)bhe se mi fossi fermata li sicuramente sarebbe stato meglio...quanti sensi di colpa,tanti,e soprattutto quando vieni giudicato per il passato o peggio ancora escluso..ma non possiamo pretendere che gli altri dicano e pensino cio che vogliamo noi..possiamo solo tirare un gran respirone e andare oltre..un domani tutte queste b@stardate incassate ci renderanno piu forti,,magari vi ho annoiato con questo lungo post ma volevo condividere con voi questo giorno..almeno rispetto a due anni fa ora sono qui a fare qualcosa di produttivo e non giu di faccia in qualche parcheggio pensando solo a come svoltare la giornata seguente...un salutone a tutti kissSSsss

Scrivere nel forum diventa, a volte, un momento per ritrovare la propria interiorità spezzata, ricongiungendosi con le proprie emozioni e quasi utilizzando la scrittura come

strumento, terapeutico e apotropaico, per liberarsi dal male. Come nel caso di Kikka 856, che nel forum più volte descrive il suo rapporto con l'eroina.

Kikka 856

Oggi sto proprio male. Vorrei fare come i bambini piccoli, pestare i piedi per terra, piangere fino a stare male.. Vorrei dire che non è giusto, che rivoglio ci che avevo.. che non voglio stare sola.. che ho paura e una vita così mi fa schifo. Che non voglio ricominciare, che voglio solo stare con la persona che amo.. Che mi fa schifo tutto.. e che se non posso avere quel che voglio, allora non voglio più nulla. Oggi sto proprio male.

4) Condanna e prevenzione

Questo genere di messaggi proviene da due diversi tipi di utenti del forum: da una parte, le utenti "insider", ovvero donne che si percepiscono e vogliono essere percepite e accolte non come "puritane che hanno fatto una vita da sogno", ma come parte integrante e vissuta di questa comunità fatta di persone difficili, con vite drammatiche, spesso piene di errori. Queste utenti lanciano appelli accorati per invitare a non iniziare, oppure a smettere di usare sostanze, e sottolineano fortemente la loro legittimazione a parlare in quanto membri di una stessa comunità e appartenenza valoriale.

Utente: arihope

No ragazze, no!

Ogni tanto apro questo forum e rimango veramente basita di quante storie tristi si leggono. Quelle che mi fanno più inc.re sono quelle di giovani che vengono martoriati e fanno una vita oscena per colpa di genitori alcoolizzati o del genere. Cos'hanno fatto di male questi ragazzi? Sono di parte, una cara amica ha avuto questa esperienza e ti lascia degli strascichi non indifferenti. Ormai avrete notato come le cose peggiorano sempre di più...ho 25 anni e quando ne avevo 14/15 ho iniziato a fumare sigarette per sentirmi grande. Le droghe già pullulavano nelle scuole e nei bar, ma ora a 14 anni hanno già provato qualsiasi droga inventata!! È tristissimo.....fino ai 20 (anni in cui il mio papà si è ammalato e poi mi ha lasciata) ero una ragazza molto festaiola...pazza, ma responsabile...mi sono presa ciucche da coma etilico ma della droga pensante ho sempre avuto timore. Ho visto troppe persone diventare lo spettro di se stessi. Ma soprattutto...quante ragazze giovani e bellissime...ridotte così?? L'occasione e la tentazione ci sono state miliardi di volte ma...il mio cervello diceva..e se poi ti piace e non ne vieni più fuori? Sborsare soldi e soldi per qualcosa di chimico che fa malissimo e ci fa felici per qualche ora obbligandoci ad assumerne sempre di più??? A che pro? e guardate che non parlo da puritana che ha fatto una vita da sogno....anzi..ne ho passate di cotte e di crude. Ci può stare, ma droga o non droga, la vita fa

schifo ugualmente. vi prego. .chi è tentato, lasci perdere,, ,chi c'è dentro, vi prego tutta la forza che avete x uscire dalla schiavitù.

Dall'altra, il forum non manca di messaggi provenienti da utenti "esterni": psicologi e consulenti che offrono il loro sostegno, comunità terapeutiche, o ricercatori che lanciano domande.

Utente: docgiancarlo

*Lasciati aiutare. Un tuo familiare è affetto da tossicodipendenza? Gioco dazzardo?Alcoolismo? Adotta condotte violente? Sei stanca/o di tutto ciò ma non sai come fare?Ti invitiamo al nostro gruppo a sostegno di chi si trova come te, nella tua solitudine!La partecipazione è assolutamente gratuita ed a garanzia della tua privacySede: OPERA DON GUANELLA . Via Don Guanella 20 Napolicontattaci:****-mattinagiancarlo-*****

In alcuni casi, è uno spazio di sperimentazione anche bizzarra, dove utenti "outsider", fuori dai circuiti classici del sostegno socio-sanitario, si propongono alla community, come questi tre ragazzi milanesi.

Utente: acenaconilgiovanepsicologo

Consigli sui vostri figli? 3 loro coetanei a vostra disposizione

Siamo 2 studenti universitari di 21 e 23 anni entrambi quasi laureati, giovani, colti, con vite molto varie e pronti a raccontarci. A noi si aggiunge una ragazza con le stesse caratteristiche, studentessa all'ultimo anno di psicologia, anche lei 21 anni. Tutti e 3 nati e vissuti a Milano. Questa è la nostra idea, che non si distacca molto da quella di un consulente o di uno psicologo, ma ci teniamo a sottolineare di essere semplici studenti intraprendenti, e di studiare in facoltà universitarie riguardanti il tema sociale-psicologico. Potrete chiedermi\ci semplici racconti sulle nostre vite, dei confronti in compagnia ma anche consigli veri sulle vostre vicende, sui rapporti con i vostri figli, o sul benessere familiare...siamo conoscitori di medicina, psicologia, economia (le 3 branche in cui studiamo), ma tutti e tre conosciamo per passione parti di psicanalisi, psicologia, metodi di training autogeno ma soprattutto e forse di maggiore importanza ed interesse, possiamo definirci, peccando di modestia, dispensatori di vitalità giovanile ed esperienze di vita davvero di ogni tipo, dal ludico al drammatico, enormemente distaccate da quello che ci si potrebbe aspettare da un medio ventenne. Siamo immersi nella vita mondana milanese, ma allo stesso tempo attivi e coscienti dei suoi rischi e pericoliOgni metodo ha il suo razionale, i suoi aspetti negativi e positivi. Non diciamo che rivolgersi a noi sia meglio che rivolgersi ad un esperto del settore, magari uno psicologo di 50 anni che da 20 si occupa dei problemi adolescenziali. Crediamo, però, che provare a sentire le cose raccontate da un punto di vista davvero parallelo dei vostri figli, nostri coetanei, può in modo forse meno scientifico ma più diretto, aiutarvi a capire meglio alcune dinamiche che volete risolvere o

semplicemente capire per assicurarvi. Chiamami\chiamateci e chiedeteci un consulto privato o anche meno formale, ad un aperitivo\cena... Contattaci via mail a accompagnatorepsicologia@yahoo .it per un contatto telefonico.

Persino attori commerciali, come fornitori farmaceutici e case di produzione di sigarette elettroniche. In alcuni casi l'intento è dichiaratamente promozionale, in altri, il tentativo di "camuffarsi da utente vera" è facilmente avvertibile come un falso.

Utente: frafra20111

ciao a tutti mi chiamo marina e ho deciso, devo assolutamente smettere di fumare, ed ho trovato un valido aiuto su www.smettere.net, se anche voi avete lo stesso problema/desiderio provate ad unirvi a noi "dipendenti" che magari possiamo aiutarci e consigliarci tra noi!! a prestooooooooooooowww.smettere.net

Tutti questi messaggi cadono, inesorabilmente, nel vuoto, non ricevono alcuna risposta, mostrando come il mondo del forum racchiuda in fondo una comunità invisibile, ma unita, dalla quale è escluso il mondo "normale" e nella quale parole di "condanna" e "prevenzione" possono provenire e penetrare solo da coloro che vivono questi problemi sulla loro pelle.

5) Ostentazione

L'ultimo tipo di messaggi, in ordine di rappresentatività nel campione, sono quelli di tipo "ostentativo", che inneggiano a un piacere vissuto pienamente nell'uso, e persino nella percepita dipendenza, da una sostanza. Su questo fronte, i messaggi ostentativi riguardano prima di tutto il fumo, poi l'alcol, e infine le droghe pesanti.

Utente: sappho91

Ciao!! Allora, per iniziare, gradirei che nessuno mi dicesse no perché fa male ecc... lo so che fa male, ma non mi interessa... Ho provato la mia prima sigaretta appena compiuti i 20 anni (5 mesi fa) e ho deciso di diventare una fumatrice. Mi ha sempre fatto schifo l'idea di fumare... poi ho provato per gioco e ho scoperto che lo voglio fare assolutamente ma non so bene da dove cominciare... quale marca mi consigliate? 😊

Utente: rebyloverap



la gente qui parla solo degli effetti negativi a lungo termine della droga, ma io vorrei sapere qualche esperienza che avete vissuto piacevole con la droga.. Con piu dettagli possibili. Dai raccontatemi un po! 🍷

Utente: ioio19766

Ahh come mi piace bere. La sera dopo lavoro non vedo l'ora di arrivare a casa e scolarmi le mie due solite lattine da mezzo (l'una) di birra (doppio

malto) e fumarci sopra il mio solito mezzo pacchetto di sigarette. Ah.. quanto mi piace bere !!! E devo bere veloce, prima che arrivi a casa lui sia mai che mi veda bere !!! lui non sa e poi lavare i denti, mangiare un pezzo di pane e al suo arrivo far finta di esser tranquilla proporgli una birretta (così arrivo a berne 2 e mezza) per aver la scusa (con lui) di essere un po' allegra eh ho bevuto la mezza birretta sai che non reggo tanto Come mi sento bene!!! Ma poi crollare a letto, dormire malissimo, svegliarsi al mattino e non ricordare NULLA di quello che ho detto e fatto dopo l'ultimo goccio di birra cercare di ricordare ma niente.. e lì mi assale l'ansia, la paura, il terrore.. di aver detto o fatto qualcosa per cui lui si può essere accorto che ero ubriaca. La tosse e l'alito pesante di quel maledetto mezzo pacchetto .. arrivare al lavoro e capire poco o poco niente Poi passa un'oretta e mi riprendo a quel punto iniziano i buoni propositi per la serata stasera niente birre. Stasera niente sigarette. a la giornata è ancora lunga e tutto questo è un film già visto. MALEDETTA ME !

Intorno a questo tipo di messaggi, di solito le utenti non mancano di “fare quadrato” e cercare di portare “l’ostentatrice” su posizioni meno provocatorie. In questo caso, il messaggio innesca un piccolo dibattito che, tra botta e risposta della stessa ioio19766, è ben rappresentativo di uno spettro valoriale articolato e, in ogni caso, probabilmente, molto più pieno di sfumature, incertezze e ambiguità valoriali del “senso comune” che emergerebbe “nel mondo fuori”.

Si veda, ad esempio, il dibattito scaturito dal messaggio di ioio.

Utente: ilari1987

Mi dispiace. dirtelo ma non posso farne a meno, io è 26 anni della mia vita che vivo con un alcolizzato e non è la quantità del quanto bevi ma è il non poterne fare a meno di bere e il farlo di nascosto il grave problema! Non ti voglio accusare di nulla perchè anche il fatto che riesci a parlarne va a tuo vantaggio, però fidati che se sei ubriaca ogni giorno ti si sente e si vede lontano un miglio e ora non so se tu hai figli o vorrai mai averne ma ti consiglio vivamente di farti passare questo schifosissimo vizio. Io ogni giorno della mia vita ho voglia di picchiare a sangue a mio padre mi da fastidio anche solo che respiri e mi fa schifo il suo odore per non parlare che grazie alle sue bevute è da 6 anni disoccupato e adesso la famiglia vive alle mie spalle! Questo è solo un piccolo quadro di quello che succede a chi ha il vizio del bere non diventarne indipendente meglio se ti annoi vai in palestra o esci con delle amiche 🙄👉

Utente: unaviola

La noia. Il problema è che ti sembra tutto noioso se non bevi.. e probabilmente lo è: allora forse è meglio chiedersi cosa non va nella tua vita e provare a pensare che puoi cambiarlo.. un abbraccio 😊

Utente: annisettana70s

Non hai mai pensato che magari anche lui fa la stessa cosa a tua insaputa? ..finisce di lavorare, si fuma un pacchetto di sigarette, beve 4 ceres al bar - poi nel rientro a casa, lungo il viale alberato, incontra una provocante igienista dentale in stile Minetti e alla fine rientra a casa...

Utente: ioio19766

non ci avevo pensato... stasera lo aspetto all'inizio del vialetto vediamo che mi combina 😏😞

Utente: remediossss

mi dispiace molto per la tua situazione, ma già il fatto che ti nascondi quando bevi significa che tu stessa sai che non va bene e quindi è già qualcosa. perché lo fai? il tuo compagno non ti mette sufficientemente a tuo agio? che motivo c'è di interagire con lui da non-lucida, te lo sei mai chiesto? il problema è che non è che bevi in compagnia e oops, ci scappa la sbornia (succede a tutti) ma che bevi di nascosto e per un motivo ben preciso: alterarti! è questo il vero problema. da lucida, cosa c'è che non va?

Utente: ioio19766

Me lo sono chiesta e non ho trovato un motivo .. il solo MI PIACE BERE non è abbastanza? 😊 ... mi rilassa e mi mette a mio agio... non è così facile da spiegare,,,

Utente: trishhaa

secondo me dove sbagli di più e nel farlo di nascosto, così che ti senti in colpa verso di lui e verso te stessa..perchè non cerchi di "incanalare" il tuo modo di bere, cioè magari una volta alla settimana, uscite e ti bevi le tue birre insieme a lui... poi nella settimana cerca di stare sobria in attesa del prossimo weekend..è solo un'idea, se vuoi parliamone...un saluto!

Utente: ioio19766

è quello che mi ripropongo ogni lunedì mattina... ma poi il lunedì sera tornare a casa e non bere... mi sembra così noioso...che faccio finchè lo aspetto? con tutta la giornata alle spalle... almeno mi rallegro un pochino.. no ?! 😏

Utente: trishhaa

Se la pensi così allora fai bene a bere. in fin dei conti da quanto hai detto non bevi un'esagerazione (io nei momenti migliori arrivavo a un bottiglia di vodka in una sera, però non con la regolarità che hai tu). però non è bello che lo fai di nascosto.. magari prova una volta a ubriacarti davanti a lui e vedi qual'è la sua reazione...

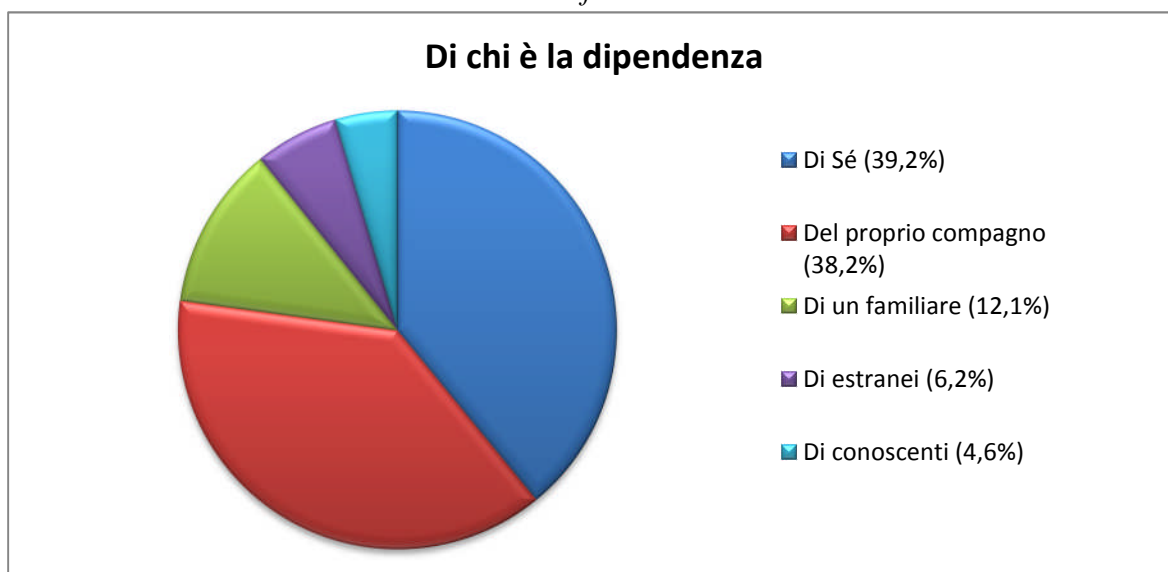
Come si nota dal dibattito, il problema maggiore percepito dal gruppo è la necessità dell'autrice di nascondersi e nascondere il proprio bere al fidanzato: poco o nulla è detto in relazione alla pericolosità in sé del bere, quanto, invece, viene portata l'attenzione sulla scarsa indipendenza psicologica della ragazza, e sul senso di colpa legato a un tale comportamento. L'idea e il consiglio che emerge è quindi quello di non bere di nascosto, sia per non trasformare questo comportamento in un qualcosa di "sporco", colpevolizzante, e viverne la parte gioiosa in compagnia, sia, probabilmente, per permettere a chi le è vicino (in questo caso il fidanzato) di comprendere e rendersi conto del fenomeno, per poterlo in tal modo affrontare e risolvere prima che si aggravi.

Dal punto di vista della letteratura scientifica non sono stati rilevati elementi per affermare se questa tipologia di intervento possa avere una qualche efficacia nell'interrompere un rapporto chiaramente problematico con la sostanza, ma quello che però è possibile qui sottolineare è il ruolo del forum, in questo caso, come strumento prezioso per capire quali sono le dinamiche argomentative più sentite e le strategie di aiuto emergenti che, più o meno autorevolmente, il gruppo di pari mette in atto per avviare un miglioramento di situazioni problematiche. Proposte e strategie forse non sempre "scontate" e la cui conoscenza è utile, al mondo dei servizi, per intercettare leve motivazionali e valoriali spesso impenetrabili.

Il dolore invisibile: la co-dipendenza

Un elemento molto interessante emerso dall'analisi dei messaggi delle donne, è la forte presenza di contenuti e richieste di aiuto relative non a loro stesse, ma al loro mondo affettivo e relazionale. Come emerge dalla tabella e dal grafico sottostante, quasi con le stesse percentuali, i messaggi hanno come oggetto le donne stesse (39,2%) e i loro compagni (38%); una percentuale anche molto alta (12,1%) è relativa ai familiari (sia genitori, sia figli), mentre una minoranza di messaggi si occupa di conoscenti estranei alla cerchia familiare (4,6%) e di discorsi generali, relativi a estranei (6,2%).

Grafico 6

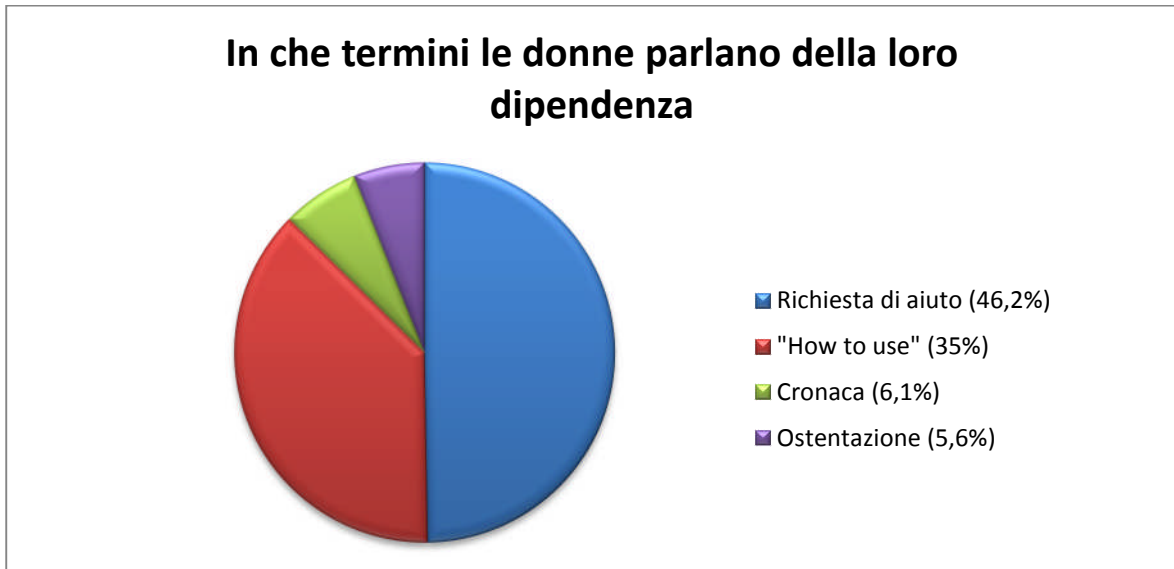


Il dato quindi evidenzia come il forum sia utilizzato non in maniera esclusiva come risorsa per un aiuto personale: solo una quota minoritaria di utenti, anzi, che sono coinvolte in situazioni dirette di dipendenza, fanno ricorso a questo strumento. Questo dato conferma che anche nell'epoca del 2.0 e di riduzione del divario di genere, le donne mantengono un forte ruolo di controllo e di cura del coniuge e più in generale dell'altro. Il forum serve dunque non solo a supporto di comportamenti più "innovativi" in quanto specchio di una maggiore autodeterminazione della donna anche se in negativo (ben 197 donne che, nell'arco di 8 mesi, hanno fatto uso di questo forum per parlare della loro dipendenza e, forse, esternarla prima e di più che nei loro ambienti familiari e sociali) ma anche a sostenerne i ruoli più tradizionali.

La varietà di situazioni e vissuti delle dipendenze ci ha portato ad approfondire le diverse storie e cercare di interpretarne le caratteristiche, anche in relazione alla diversa percezione che ne hanno le donne che la vivono in prima persona, dal di dentro, rispetto a quelle che la vivono sui loro cari.

Come si nota nel grafico di seguito, le donne che parlano di una loro dipendenza personale, ne parlano nel 46,2% dei casi nei termini di una richiesta di aiuto; ma non mancano utenti che utilizzano il forum per alimentare il loro uso di sostanze, attraverso richiesta di istruzioni e supporto (categoria "how to use", 35%), che scrivono per descrivere il loro stato e la loro esperienza con le sostanze (categoria descrizione 6,1%) e anche addirittura per valorizzare e rafforzare a livello valoriale il loro consumo (categoria ostentazione 5,6%). Nelle donne, invece, che parlano di una dipendenza altrui, si vede una netta predominanza della richiesta di aiuto, mentre decisamente minoritari o assenti sono atteggiamenti di ostentazione o di legittimazione anche implicita di questi consumi.

Grafico 7



La problematicità delle dipendenze è, quindi, percepita maggiormente dalle utenti che la vivono “dal di fuori”, in relazione a compagni o familiari, mentre le donne coinvolte direttamente nei consumi appaiono manifestare atteggiamenti più frastagliati e ambigui dal punto di vista valoriale.

Il vissuto drammatico di queste situazioni, è percepito soprattutto dalle donne coinvolte in relazioni sentimentali con uomini con problemi di dipendenza (ben 175 messaggi di questo tipo), ma anche, in grande quantità, da madri, e soprattutto figlie e sorelle, di persone con queste difficoltà (56 messaggi). Da questo dato, forse non è azzardato parlare di una categoria latente di dipendenza, sottostante a una grande quantità di utenti e messaggi del forum: la co-dipendenza, ovvero l’incapacità o impossibilità di staccarsi psicologicamente e materialmente da relazioni complesse e autodistruttive, dove una serie intricata di fattori (l’amore e l’affetto, la voglia di aiutare, il senso di colpa, la frequentazione degli stessi ambienti e situazioni, l’incapacità pratica di trovare alternative di vita) portano le donne a vivere in maniera ossessiva e distruttiva una relazione, e, con essa, un rapporto insano e lesivo della loro quotidianità.

A questo punto, è utile forse affacciarsi a questi spaccati di vita, per comprendere come, in maniera non esagerata, essi possano essere definiti delle dipendenze, e degli effetti secondari, non meno problematici del consumo e della diffusione di sostanze nella società.

Il primo tipo di co-dipendenza è relativo a donne con compagni che hanno problemi di alcol, o di droga: le principali fonti di preoccupazione, e disagio, sono in relazione agli alcolisti e ai cocainomani.

Ci sono donne come Disperatamente, che esprimono con una certa razionalità il problema, occupandosi dei problemi pratici e della gestione, quasi amministrazione quotidiana, del dolore. In questo caso, per esempio, la donna cerca informazioni sul tipo di comunità in cui è ospitato il marito, ma tra le righe, pur sforzandosi di concentrarsi su aspetti pratici,

descrive un vissuto di paura, violenza, dolore, dal quale prova a sopravvivere solo, per l'appunto, attraverso il tentativo di controllo e di focalizzazione del dolore su aspetti specifici, e circoscritti, del problema.

Utente: disperatamente

Sicuramente qualcuno di voi ha letto il mio post (Lettera a mio marito cocainomane)...Avevo lasciato mio marito dopo anni, perché non ne potevo più dei suoi problemi, che puntualmente diventavano miei, dei tradimenti, delle bugie, delle offese gratuite...insomma, per me era finita. Da quando l'ho mollato, la situazione è molto peggiorata; è arrivato a farsi cinque grammi al giorno di cocaina in vena, riducendo se stesso, ad un morto che cammina. Ormai pesa 58 kg, ha delle occhiaie spaventose, un odore sgradevolissimo....dall'uomo bello, pulito e curato che era, si è trasformato in uno di quei tossici che si vedono alla stazione. La scorsa settimana mi ha chiesto se poteva venire a casa per farsi una doccia e prendersi degli abiti puliti e gliel'ho permesso. Quando sono arrivata a casa, l'ho trovato a bucarsi nel mio bagno e l'ho cacciato via, dicendogli che fa schifo, che mi vergognavo di lui e che se si fosse avvicinato nuovamente a me ed il figlio, avrei chiamato la polizia. Lui è andato via piangendo, e dopo poco mi manda un messaggio, dove diceva che era desolato per avermi fatto assistere ad una scena del genere (quella di bucarsi), che anche lui si faceva schifo, che mi amava, ma che non ce la faceva a farne a meno, che ormai era senza speranze. Due giorni dopo, mi chiamano da una comunità, per chiedermi se potevo mandare degli abiti e dei documenti di mio marito. Sono quindi venuta a sapere che era entrato in comunità, e a differenza della altre volte, in cui ero io a rinchiuderlo nelle cliniche psichiatriche, per poi vederlo scappare dopo due giorni, questa volta è entrato di sua spontanea volontà. Ovviamente sono felicissima per la decisione presa, anche perché, se avesse continuato così, lo avrei trovato morto da qualche parte, nel giro di poco tempo. Il giorno dopo ho cercato informazioni su internet su questa comunità, e la felicità iniziale, si è trasformata in un'ulteriore preoccupazione. Mio marito si trova alla comunità Narconon Astore e dopo varie ricerche, è venuto fuori che quest'ultima è collegata alla chiesa di Scientology, nonostante loro neghino tale collegamento. Ulteriori ricerche, evidenziano fatti gravissimi, successi negli anni all'interno di queste strutture, denunce, accuse pesanti. Inoltre, il loro programma non mi convince molto; come si fa a risolvere 30 anni di tossicodipendenza in soli sei mesi? Una persona si può definire libera solo quando non ha dipendenze di alcun genere, e non facendo il lavaggio del cervello, cercando di indirizzarlo verso una "religione" da cui poi dipendere. Non mi sogno neanche di tirare fuori mio marito da lì, anche perché sarebbe come condannarlo a morte, ma sono seriamente preoccupata per il tipo di programma che sta seguendo. Qualcuno conosce questa comunità? Vi prego, aiutatemi a capire...

In altri casi, le donne usano il forum come “diario di bordo”, per descrivere, e rafforzare, il loro percorso di sostegno e speranza a fianco del loro uomo che cerca di disintossicarsi.

Utente:

speriamo continui così!!! ieri sera me l'ho ha fatto notare pure lui...è tutto il week-end che sta con noi!...è un pò fiacco, ma lucido! ieri credevo che uscisse e invece è rimasto a casa...si è immerso nei film, giocare con la bimba o andare su facebook...non sarà un granchè xkè sono solo 2 gg ma io vedo un barlume di speranza dato che non è così perso...l'unica delusione che posso avere (come un mesetto fà che credevo che avesse fatto il bravo x 2settimane)è trovargli il metadone da qualche parte nascosto...io gli sto vicino e lo aiuto sperando che capisca! non canto vittoria perchè non sono bastati 3 anni per fargli dimenticare la roba figuriamoci due giorni.. ma in questo caso la speranza è l'ultima a morire!

Quello che sembrano cercare, sono parole scaramantiche, di fiducia, di altre donne che possano raccontare di avercela fatta, esserci riuscite. Il forum diviene quindi uno strumento terapeutico, che sostiene queste donne laddove, forse, non hanno il coraggio di chiedere aiuto altrove.

In altri casi, soprattutto legati al consumo di eroina, la preoccupazione per la situazione del compagno è inscindibile dalla propria, in quanto la donna è immersa in un rapporto simbiotico in cui dipendenza dalle sostanze e dipendenza affettiva paiono interrelate e l'una in grado di rafforzare e peggiorare l'altra. Descrive bene questo tipo di situazioni il messaggio di Darkdawn.

Utente: Darkdawn

volevo come prima cosa salutare Emagu,Ann e tutti coloro che tempo fa mi hanno dato innumerevoli consigli.....vi aggiorno.....dall'ultima volta le cose sono peggiorate: il mio ragazzo (sempre lui, non lo cambio con nessuno 😞) il 14giugno scorso è stato chiamato dal tribunale per tornare in carcere.....aveva 2 pene sospese per una somma di 4anni e 2mesi risalenti al 2007.....ci è rimasto 4 mesi in carcere, ora è fuori ma deve seguire delle restrizioni. tornare a casa alle 21 e non poter uscire fuori paese(14.000 abitanti 🇮🇹). ...questi 4 mesi sono stati un inferno, chi conosce la mia storia sa che lui è la mia unica fonte di vita, è tutto per me, perci mi sn ritrovata dinuovo sola a dover affrontare qualcosa che è diventato più grande di me!sn 5 anni che fumiamo eroina, dal 2008 iscritti al sert e prima del fattaccio fumavamo solo nei wekk end, la nostra vita era migliorata, non fumavamo più tutti i giorni e naturalmente non commettevamo più gli "errori" che conseguono dal far uso tutti i giorni....ma la cosa più grave che in questi mesi in cui lui nn c'è stato, io invece di farmi forza sn caduta ancora più in basso: ho iniziato a farmi in vena, eroina e cocaina....lui è uscito gli ho raccontato tutto, naturalmente nn l'ha presa bene e ora mi sento in colpa: lui non si farà

mai questo lo so, ma in carcere si era tolto il metadone, era completamente ripulito, ma ora ha iniziato a fumare di nuovo tutti i giorni, inizialmente solo il fine settimana, poi non avendo il metadone a coprirlo ha iniziato a fumare più spesso e ora è di nuovo a ruota! non so più che fare, come comportarmi, ogni giorno fa sempre più male, premetto che da quando è uscito io ho smesso di farmi tutti i giorni, lui mi dà il permesso di farlo ogni tanto, ora è un mese che non lo faccio, ma il pensiero è fisso, è una tortura, ma cerco di non darlo a vedere perché so che lui ci soffre tantissimo.....per nel frattempo fumiamo tutti i giorni e non poco! ho così tanta paura....tutti i nostri sogni, i nostri progetti sono andati a farsi ... da quel maledetto 14 giugno...spesso vorrei chiudere gli occhi e non risvegliarmi più, ma poi il mio amore per lui, il nostro amore, mi fa riprendere un po' le forze....ne abbiamo passate e superate tante e questo mi dà il coraggio di andare avanti.....e soprattutto di credere ancora a un futuro migliore....non ho bisogno di paternali o di falsi moralismi....sono qui solo per sfogarmi e magari ricevere qualche parola dalle mie vecchie amiche....ciao

Infine, alcune donne, come Marmotta28, o Bettina 415, possono usare il forum come strumento per inviare dei messaggi di positività al resto della comunità: o perché, come nel caso di Bettina 415, sono riuscite a liberarsi dalla co-dipendenza e a riprendersi una propria vita staccandosi dall'uomo amato, oppure, come nel caso di Marmotta, perché attraverso la loro ostinazione sono riuscite a vincere la loro battaglia e, attraverso vite piene di sconfitte e nuovi tentativi, a trasformare una relazione di co-dipendenza nello strumento che, invece di distruggere entrambi, conduce la coppia a superare il problema con le sostanze e a trovare un nuovo equilibrio.

Utente: Bettina 415

si sempre di piùormai posso dire di essere una ex.co-dipendenza.mi sento libera dalla preoccupazione di come sta lui.... chi se ne frega sua scelta.....certo non smetterò di volerti bene ma il mio bene ora non lo avrà se non lo sa rispettare e meritare, anche da amica, basta prendersi bastonate gratis.....non cerco più informazioni e non mi va neanche di sentirlo.....forse un giorno capirà la sofferenza che ha creato a me e mio figlio.....ma ora ho scelto di continuare a far finta di essere sano.... e non ho neanche più voglia di mandare informazioni sulla sua malattia di dipendenza.chiuso basta.....per ora non mi cerca e va bene così.....forza ragazze si esce e si torna a vivere.... con calma e pazienza e amore per se stessi.....baci a tutte e grazie per il vostro sostegno.

Utente: Marmotta28

ERO MOGLIE DI UN ALCOLISTA Sposo per convinzione il ragazzo che avevo da 5 anni.(...)quella prima sera mio marito si presenta ubriaco dopo la serata al bar dell'albergo con altri occasionali avventori...uguale la successiva e l'altra ancora.Perché non " vedo " l'alcol durante il fidanzamento? Semplice come bere un bicchiere di acqua: l'alcolista sa essere molto furbo, soprattutto

nel mio caso dove riesce, già prima del matrimonio, ad esercitare un certo controllo su di me, anche se molto delicato. Al rientro dal viaggio di nozze scopro con raccapriccio, che neppure le serate in casa sono di suo gradimento e con l'arrivo del primo figlio non migliora di certo.(...) Si lavora insieme - purtroppo dico oggi - e il suo piccolissimo lavoro, unito alle mie capacità creative, possono dare ottimi risultati come è stato all'inizio. Arriva un altro figlio, ma la situazione peggiora a dismisura. Le serate sono vuoti buchi neri, le feste solo per me e i bambini; il marito, il padre, dove sono? chiaramente tutte le scuse sono buone per andare altrove. Il lavoro procede bene, ma l'alcol è democratico e a tutti presenta il conto: arriva anche il nostro momento Apparire e non essere, in quest' arte l'alcolista è un attore nato. Il suo lavoro si riduce ormai a vagare tra qualche impegno di lavoro, con fermate obbligatorie tra bar e supermercati per scorte di vino o birra. Metterlo davanti alla realtà serve solo ad incattivirlo : Dott Jekyll e Ms Hyde rendono bene l'idea.(...) Con i figli piccoli, il lavoro e il dolore di codesta situazione, mi riesce, per una prima volta, di mandarlo dallo psicologo; il primo di una lunga serie e sempre con sedute che oltre alle dita di una mano non vanno. Un giorno il mio alcolista mi si inginocchia davanti piangente, chiedendomi aiuto, ma oltre al nominativo di un altro psicologo non posso fare. Dura al massimo 10 sedute (anche se non vedo ricevute e non certo per colpa del medico). (...) ORA DICO BASTA e sono passati ben 36 anni dove la mia tensione nervosa è stata alle stelle con tutti i danni ad essa correlata. (...) Sto per lasciare questo marito, ho toccato il mio fondo, sono arrabbiata e lo ucciderei, ma mi ricordo del gruppo "Al anon" . Cosa è Al Anon ? un gruppo di auto aiuto che opera parallelamente a quello di Alcolisti Anonimi in aiuto alle famiglie di alcolisti a recuperarsi dagli effetti procurati dal problema dell'alcolismo di un familiare o di un amico. Mi reco alla prima riunione e scopro un mondo nuovo: l'alcolismo è una malattia del carattere e della personalità che fa ammalare anche i familiari che vivono al fianco dell'alcolista(...) Ad oggi , con all'attivo oltre 4 anni di frequenza in Al anon, posso capire il mio vivere che, visto a mente serena , era un vero inferno.(...) La forza centrifuga, attraverso il messaggio di Al Anon, mi proietta verso l'esterno, improvvisamente mi si aprono gli occhi e VEDO : ho vissuto per anni nel buio silenzio ovattato della cecità / sordità.. ORA LA LUCE si manifesta ai miei occhi: ho vissuto e reagito in funzione della malattia dell'alcolista, quindi ecco perchè della malattia del co-alcolismo che ha coinvolto tutta la mia famiglia.(...) Perchè il co-alcolismo è malattia? ma è normale farsi trattare da zerbino, mettendo sempre in secondo piano la nostra persona? È giusto essere violentati psicologicamente? (...) SE IO HO PERMESSO QUESTO è perchè la malattia dell'alcolismo mi ha portata alla mancanza totale ed assoluta di autostima, portandomi ad essere servile all'ennesima potenza. Oggi il mio percorso di recupero mi ha regalato un nuovo meraviglioso uomo fidato, saggio, solido, che mi dà certezze, affetto, amicizia. Ho anche SCOPERTO che significa

amare con passione vivendo la mia vita da protagonista. (...) Il mio più grande desiderio sarebbe quello di vedere il mio alcolista vivere sereno: so che se frequenta il gruppo Alcolisti Anonimi ed il programma, ce la può fare ad avviarsi, nonostante l'età avanzata, in un percorso sereno di vita e perchè no... anche con un'altra compagna. Sembra assurdo dirlo ma "ho amato l'alcolista, tanto quanto ho odiato la sua malattia" Per sopravvivere e imparare a farlo nel rispetto di me stessa, ho dovuto allontanarmi da lui.

Si può concludere dicendo che, sebbene questi messaggi positivi e “a lieto fine” siano decisamente una minoranza all’interno del forum, le utenti protagoniste, come Marmotta, sono tra le più attive sul forum e sono molto seguite, e spesso creano relazioni anche personali all’interno della community (tramite messaggi privati, ma anche incontri diretti, come si deduce da alcuni loro messaggi). Questo suggerisce come, più che usare questo ambiente online soltanto per sfogarsi e parlare, molte utenti vi cercano un supporto e una speranza, che, oltre le quotidiane azioni farmaceutiche e psicologiche, passi attraverso l’esempio e l’esperienza positiva di loro pari.

Alcol e droga in famiglia: l'inferno delle giovani care-giver

Infine, un ultimo dato di particolare rilevanza all’interno di questo monitoraggio, è stato la grande rilevanza di messaggi provenienti da ragazze, spesso giovanissime, che vivono con drammatica partecipazione e intensità la dipendenza da sostanze dei familiari: prima di tutto le madri, poi i padri, e i fratelli.

Dalle testimonianze di utenti, spesso adolescenti, emerge un quadro preoccupante di alcolismo diffuso, tra donne di mezza età (all’interno del campione di messaggi, 11 erano riferiti a problemi con madri alcolizzate), e, soprattutto, un carico psicologico e di sofferenza enorme, da parte delle loro figlie, spesso sole e fragili nell’affrontare la situazione familiare, che invade e distrugge anche le loro vite. Emerge chiaramente come ancora oggi le storie di alcolismo femminile si consumino all’interno delle pareti domestiche con grande difficoltà ad uscire allo scoperto. Il forum rappresenta dunque potenzialmente un primo mezzo per rompere il muro del silenzio.

Si lascino parlare i messaggi.

Utente: Nomoda

*Sono la figlia di un'alcolista. Mia madre beve e non so dire da quando esattamente. Si perchè, per anni, ho chiuso gli occhi, bendato le orecchie, pietrificato il mio dolore. E così son passati degli anni, anni e anni in cui una parte di me non voleva notare e soprattutto affrontare il problema. Ovviamente, anche se con **INCONCEPIBILE, IMPERDONABILE ED INCREDIBILE** ritardo, arrivata ad un certo punto, ho dovuto guardare in faccia la realtà. Mia madre beveva e beve ancora oggi. Dio solo sa quanto ho pianto, quanto dolore e quanta rabbia ho portato dentro nel tempo. Eppure nulla è cambiato perchè ancora oggi la vedo in balia di questo vizio, di questa condanna, di questa*

merd@ di dipendenza. Bottiglie nascoste ovunque. Occhi lucidi. Pianti e grida. Bugie. Indifferenza. Autocommiserazione. Rabbia ingiustificata. NON CE LA FACCIO PIU'.IO VIVO SOLA CON LEI DA SEMPREE NON CE LA FACCIO PIU'.Chiedo consigli e sostegni in lungo e in largo. Ma purtroppo, senza la sua volontà, non posso fare niente di concretamente utile e costruttivo. Non posso portarla in un centro per AA senza il suo fottuto consenso, non posso fare il cane da guardia a vita per controllare che non beva troppo. Non posso continuare così.....perchèDio come mi sento stupida e inutile davanti a tutto questo mare di schifezza e di ingiustizia.E allora mi chiedo.....che fare? Cosa mi resta da fare?Come porre fine a questa situazione??La amo più di ogni altra cosa. scusate lo sfogo

Utente: qwerty1992

ho 18 anni e mia madre è alcolista. È da un anno che prova a farci credere che ne vuole uscire ma ci ricasca sempre e ormai non ho più fiducia in lei. Ho 2 sorelle e un fratello, mia sorella maggiore se ne è andata di casa per farsi la sua vita e con gli altri fratelli non parlo mai di questo problema, sembra un argomento tabù. Mio padre lavora tanto per mantenerci ma non è facile, abbiamo tantissimi debiti, anche per colpa di mia madre che ha iniziato un'attività che è fallita. Non ho mai raccontato a nessuno di tutto questo anche se nei paesi piccoli le voci girano in fretta, e a scuola nessuno sa nulla. Se tutti sapessero, la mia vita verrebbe stravolta. Mia madre ora non lavora e non vuole, l'ultima volta si è ubriacata il primo giorno di lavoro ed è stata anche notata, e ho ricevuto una chiamata molto umiliante dalla datrice. Fino a oggi ho finto di avere un vita normale e ci sono riuscita: ho delle amiche, sono la più brava della classe e vado bene anche nello sport. Ma è solo una maschera che non posso reggere a lungo. Ora mi diploma e il mio sogno è laurearmi e lottare per il mio futuro, ma i soldi per andare all'università non ci sono. Non so se cercarmi un lavoro part-time e cercare di pagarmi tutto o rinunciare, cercare un lavoro vero e diventare indipendente economicamente. Tutti si aspettano che vada all'università, i miei lo vogliono ma mi ficcano in testa false illusioni, io lo so che non possono permettersi di spendere neanche un centesimo, e presto ci porteranno via la casa. ma se rinuncio ho paura di pentirmene e di diventare come mia madre. .ho bisogno di qualche consiglio..

Utente: elliiss

Ciao a tutte 😊 io ho un problema con mia mamma e non ne ho mai parlato con nessuno quindi scriverlo sul forum mi fa sentire un pò male perchè è come se la tradissi, come se tradissi il suo segreto.io ho 15 anni e per la mia età sento di essere matura e molto forte perchè questo segreto mi flagella la testa e anche il cuore perchè è dalla fine delle elementari che lo sopporto e lo tengo dentro di me ma l'ho accettato da poco come problema serio da affrontare e tutto esclusivamente per il suo di bene.. mia mamma ha avuto un'adolescenza

difficile poichè mio nonno lavorava in Africa e mia nonna ha dovuto fare sia da madre che da padre per i suoi tre figli chiudendosi in se stessa dando poco affetto, e mia mamma, essendo l'unica figlia ha subito tutte le conseguenze. A 15 anni ha iniziato a fumare (questo non importa perchè lo faccio anche io ma lei fuma 2 pacchetti al giorno ed è questo che mi turba), fino ai 16 anni pesava 90 kg e tutti la umiliavano, successivamente dopo 2 anni è arrivata a pesare 45 kg e ad assumere psicofarmaci non mi ha spiegato bene il perchè ma penso per la depressione,, per dimagrire in questo modo, è diventata bulimica, oggi lo è ancora e questo mi fa stare male veramente ma la cosa che detesto di più è quando beve,, c'è stato un periodo di 6 anni finito 2 anni fa che praticamente era ubriaca tutti i giorni.. oggi beve ancora ma lo fa in maniera pesante solo quando usciamo con i parenti o gli amici a cena e quando c'è da affrontare un problema.. mio papà non credo che sia andato oltre le parole, non ha mai fatto niente di concreto per lei!! Ho un fratello di 10 anni, è dislessico ma qualche anno fa si pensava fosse autistico e questo ha peggiorato notevolmente la situazione con l'alcool e la depressione, non voglio che passi quello che ho passato io.. una sera mentre era ubriaca e io piangevo (sono davvero sensibile e non riesco a non esplodere) mi ha PROMESSO che avremmo trovato una soluzione a un problema per volta, per esempio andare da una psicologa, questo una settimana fa.. non ha ancora chiamato nessuno e io sono stanca di fare l'adulta.. deve prendersi le sue responsabilità!! Un'altra cosa che odio è che tutti pensano che siamo una bella famiglia da prendere come esempio e che non c'è alcun problema dentro casa nostra e non so se sono io a esagerare pensando che sia una cosa orribile o se è effettivamente come le vedo io.. uno schifo di famiglia che si sta distruggendo perchè mio papà è troppo debole per prendere in mano la situazione! Scusatemi per il mio sfogo ma non ne ho mai parlato con nessuno e magari mi fa sentire meglio.. in realtà una sera ero un po' bevuta e ho detto tutto alla mia migliore amica e lei si è messa a piangere per me.. ho bisogno di qualcuno che mi dica cosa devo fare perchè ho 15 anni..

Queste testimonianze sembrano confermare l'opportunità di approfondire, nello studio delle tossicodipendenze al femminile, il ruolo delle donne non solo come madri, ma anche come figlie ⁽⁴⁸⁰⁾. Sebbene la maggioranza dei messaggi di questo tipo riguardi il rapporto fra madri e figlie, non mancano adolescenti che si trovano a cercare, nel forum, un sostegno per affrontare la dipendenza da sostanze dei fratelli, trovandosi indirettamente coinvolte in situazioni, responsabilità e angosce più grandi di loro.

Utente: anche

Salve a tutti. non so nemmeno come iniziare questo messaggio, non so cosa vi sto chiedendo o cosa penso di trovare, ma, qualcosa mi spinge, obbligatoriamente, a condividere questo inferno surreale con VOI. In breve: sono una ragazza di 22 anni studio filosofia all'università e lavoro. Non ho mai avuto niente a che fare con la droga, e con ottime probabilità, mai ci avrò a che fare. Il destino ha voluto che alla droga mi ci avvicinassi ugualmente, e

con inaudita violenza per giunta.SONO LA SORELLA MAGGIORE DI UNA RAGAZZINA POCO PIÙ CHE 18ENNE, CHE DA POCO PIÙ DI UN ANNO FA USO D EROINA. La fuma, al buco non c'è ancora arrivata. L'anno scorso dopo una faticosa opera di convincimento è riuscita a persuadersi ed è entrata in comunità; il programma prevedeva 2 anni di terapia, dopo 6 mesi è uscita, ed tornata alla vita di sempre: case occupate, elemosina, cani e gente infossata da anni in quello schifo. PRENDE IL METADONE DA UN ANNETTO, E ORA HA DECISO DI TOGLIERSELO, DA SOLA!Per quanto non creda che possa farcela da sola, data la sua estrema fragilità e debolezza, provo comunque a darle fiducia. Domani partirà con dei suoi amici (anche loro tossici o ex tossici) per questa presunta 'vacanza' risanatoria. Attendo un qualsiasi vostro commento che possa essermi utile qualche modo!

Utente: lindus

ciao a tutti, vengo da un altro forum e solo oggi ho scoperto dell'esistenza di questo. Ho assolutamente bisogno del vs aiuto. non per me maper mio fratello.I miei genitori sono disperati e non hanno più vita da quando hanno scoperto che mio fratello fuma eroina. Hanno provato in tutti i modi a farlo rinsavire.. a cercare di aiutarlo ma a niente sono valsi i loro sforzi.. tanti soldi che sparivano.. lui se n'è andato da casa facendo sparire le tacce per una settimana. .scatti di nervi.. tutto contornato da bugie e da "ho smesso ecc.I miei si sono rivolti ad 1 psico, anche mio fratello ha fatto un primo colloquio ma ora non ne vuole più sapere.la psico ha consigliato che vada a farsi le analisi.DOMANDA 1: sono sangue o urina? come fare affinché lui non le boicotti?Poi eventualmente sconsigliava la comunità e preferiva il SERT. Scusate ma io sono totalmente ignorante su questo campo. C'è qualcuno che si offre volontario a dare una risposta alle domande sopra e alle mille che ho in testa?Come cavolo fare per aiutare una persona che non vuole essere aiutata?Cosa consigliereste ai miei per aiutarlo?Come si fa a tornare ad avere una vita normale "vera" senza dover ricorrere agli "aiutini"?Scusate la lunghezza ma spero veramente che qlcn mi possa aiutaregrazie

Quello che emerge da questi messaggi, è l'estrema solitudine di queste ragazze, che si trovano quasi a sostenere il ruolo di uniche care givers dei loro familiari, sia rispetto a delle figure genitoriali poco incisive e spesso fragili, sia in relazione al sistema esterno di possibili supporti.

Un sovraccarico di responsabilizzazione, unito a un senso di impotenza, che porta a interrogarsi sull'efficacia e sull'importanza del sostegno che servizi territoriali e sociali possono fornire nelle situazioni di dipendenza, considerandole come "sistemi complessi di relazioni", dove le donne, spesso e ancora oggi, si trovano a giocare il ruolo intricato di co-dipendenti e allo stesso tempo care givers.

Si tratta di relazioni molto fragili, che mostrano come, in alcuni casi, la co-dipendenza femminile, basata su legami affettivi e viscerali, ma anche culturali e sociali, si possa

progressivamente trasformare in dipendenza, portando a una sorta di ereditarietà del problema e di “attrazione fatale” delle donne verso lo stesso genere di problemi e difficoltà incorsi nei loro genitori e da loro vissuti senza la possibilità di un reale distacco e differenziazione.

Come nel caso di Francydered, che, dopo una dolorosa infanzia accanto a un padre alcolizzato, realizza, a trent’anni, di aver scelto un compagno che beve.

Utente: francydered

Ho detestato per tutta la vita i suoi passi felpati che cercavano di non far rumore e sgattaiolavano nel suo studio dove nascondeva il vino...Questo giochetto durava poco papà, perchè la porta scricchiolava e tutti in famiglia "sentivamo" cosa stavi per fare...ho odiato e odio te, il vino e l'inconfondibile rumore di quella stramaledettissima porta...Non è bastato per crescere da "brava ragazza", laurearmi con il massimo dei voti e diventare con tanta passione, sacrificio e umiltà un bravo avvocato...Non è bastato vergognarmi di te e il terrore che ogni volta che portavo amici a casa potessimo trovarti in delirio...Non è bastato l'amore nei confronti di una madre che nonostante tutto ti ha accudito e ti accudisce come un bambino...Non è bastato il pensiero vergognoso di una figlia che desiderava che tu morissi...Ho e abbiamo sopportato di tutto...ma non è bastato...E cosa accade ora?Accade che ho un uomo al fianco meraviglioso ma durante feste, matrimoni e scampagnate tra amici ama il buon vino...e ritornano i ricordi, il mostro da combattere, l'odio e lo schifo...Ieri dopo la gita del 1 maggio tra amici, ho passato la serata a tenergli la testa nella tazza del gabinetto...quando si è sentito meglio, gli ho dato un leggero bacio sulla fronte e senza una parola, me ne sono andata...e non voglio più tornare...Non voglio più essere riconosciuta tra amici "la fidanzata di quello che beve...ma è tanto simpatico! ahahah che ridere!"Scusate lo sfogo ma da troppi anni nascondo questa croce, ho 30 anni, voglio essere viva, voglio essere felice, voglio ridere e fare una scampagnata tra amici senza finire la serata a preparare un "canarino"...chiedo troppo ?

Grazie

O, peggio, come Elliss che, a quindici anni, di fronte al dolore di una madre alcolizzata, si scopre, in preda alla disperazione, all’amore per la madre e alla solitudine, “un po’ bevuta” (cit. Elliss) anche lei... Di fronte a queste storie drammatiche, è importante sottolineare e concludere con tre, brevi, spunti di riflessione:

- il ruolo dei forum, e in generale degli spazi espressivi online, anonimi e orizzontali, come luoghi in cui, attraverso la scrittura, le donne trovano, prima che compagnia o supporto, sollievo dalla dipendenza, dalla co-dipendenza e da loro stesse, riuscendo, per un momento, a oggettivare il pensiero e il dolore fuori da loro, a esteriorizzarlo nelle parole e, in tal modo, lasciarlo andare;
- l’opportunità del “mondo vero”, della società civile, di entrare in questi spazi espressivi per raccogliere questo dolore, spesso altrove trattenuto, e avvicinarvisi:

forse proprio in questo modo è possibile dare una risposta concreta e un sostegno in grado di agire su vite, spesso, altrimenti impenetrabili;

- l'opportunità per operatori e professionisti delle dipendenze di pensare a nuove modalità di prevenzione e/o di aggancio dei pazienti che sfruttino le potenzialità del web, in particolare dei forum, che si sono dimostrati un luogo privilegiato sia perché permette di conoscere il fenomeno dei consumi e delle dipendenze nella sua complessità ed eterogeneità, sia perché facilita l'emersione della domanda di aiuto.

5. UNO SGUARDO ALLA RETE DEI SERVIZI PIEMONTESI

Al fine di provare a offrire una lettura articolata e multidimensionale, che lasciasse emergere e restituisse almeno in parte la complessità del fenomeno, si è scelto, nell'ambito del progetto di studio a cui questo report si riferisce, di seguire un percorso conoscitivo caratterizzato dall'alternarsi di prospettive, approcci e focus differenti e reciprocamente complementari. Più in particolare, l'obiettivo è stato quello di provare a integrare dati epidemiologici ed evidenze sperimentali riportati dalla letteratura scientifica di settore con suggestioni ricavabili dall'analisi del contesto nazionale e regionale, osservato attraverso le lenti e i punti di vista di diversi attori sociali.

In questo senso, il presente capitolo costituisce l'esito di una preliminare esplorazione della rete dei Servizi Territoriali piemontesi, condotta prendendo in esame sia le percezioni e le rappresentazioni di soggetti che a vario titolo possono entrare in contatto con donne che presentano problematiche relative all'uso, abuso o dipendenza da sostanze o comportamenti, sia le risposte operative che le strutture specialistiche per il trattamento delle patologie da dipendenza hanno fino a questo momento progettato e attuato.

Alla sintesi commentata dei principali contenuti emersi dalla somministrazione di interviste semistrutturate a responsabili, operatori e utenti di servizi specialistici pubblici e privati, oltre che a figure professionali istituzionali non appartenenti al settore sanitario, seguirà quindi una panoramica sulle principali azioni *gender oriented* realizzate sul territorio regionale in ambito preventivo e terapeutico-riabilitativo.

5.1 Le voci dei professionisti e degli utenti

L'indagine sul campo della presente ricerca si propone di cogliere l'ottica di genere nelle rappresentazioni del consumo, del consumo problematico e della dipendenza da sostanze e da comportamenti. Il lavoro di indagine e di ricostruzione delle rappresentazioni è stato svolto a partire dalle narrazioni di specialisti del settore (operatori dei Dipartimenti di Patologia delle Dipendenze e degli Enti Accreditati), di operatori di altre strutture specialistiche sanitarie e non sanitarie che possono intercettare il fenomeno dei consumi e delle dipendenze, infine, di utenti dei SerT.

In altri termini, si è inteso esplorare le rappresentazioni, la rilevanza, l'impatto e le implicazioni che le differenze di genere hanno sugli operatori specialistici, non specialistici e sugli utenti per avere un quadro del fenomeno più articolato possibile.

5.1.1 Gli intervistati

Sono state realizzate in totale 62 interviste così distribuite:

- 20 interviste a operatori di servizi specialistici (DPD e Enti Accreditati)
- 32 interviste a operatori di altri servizi specialistici e non specialistici
- 10 interviste a utenti

Per quanto riguarda i primi due gruppi di intervistati (44 donne e 8 uomini) sono state coinvolte tutte le figure professionali (medici, psicologi, infermieri, educatori professionali, assistenti sociali) con funzioni organizzative diverse (operatori, direttori di dipartimento, responsabili di struttura semplice, responsabili di associazioni). Al fine di cogliere ed evidenziare eventuali variabilità delle rappresentazioni in base al contesto territoriale di appartenenza, il gruppo di intervistati è stato individuato ponendo attenzione alla collocazione territoriale dei servizi, nello specifico, l'appartenenza a centri urbani di grandi, medie e piccole dimensioni all'interno della Regione Piemonte. Nella tabella che segue sono indicati i servizi coinvolti e la relativa collocazione sul territorio regionale.

Tipologia servizio	Quantità	Comune di appartenenza
<i>Servizi specialistici per le Dipendenze</i>		
Dipartimenti Dipendenze Patologiche	5	Torino, Cuneo, Ivrea, Ciriè
Enti Accreditati	5	Torino, Murisengo, Grugliasco, Alba, Ogliasco
Drop-in, Servizi di Bassa Soglia	3	Torino
Associazioni club alcolisti in trattamento (ACAT)	1	Torino
<i>Altri servizi specialistici e non specialistici</i>		
Centri di salute mentale (CSM)	3	Torino, Biella, Pinerolo
Neuropsichiatria Infantile	1	Torino
DEA	2	Torino, Novara
Reparti ospedalieri	2	Torino
- Malattie infettive		
- Soccorso Violenza Sessuale		
Consultori	2	Torino
Ufficio Relazioni con il Pubblico	1	Torino
Servizi sociali	3	Torino, Mondovì
Associazioni per donne	4	Torino
Ufficio Servizio sociale Procura Fasce Deboli	1	Torino
Nucleo operativo di prossimità della Polizia	1	Torino
Nucleo Operativo Tossicodipendenze (NOT) –	1	Torino
Comando provinciale dei Carabinieri	1	Cuneo
Casa Circondariale	1	Torino

Il terzo gruppo di intervistati, quello degli utenti, è costituito da 8 donne e 2 uomini di età compresa tra i 25 e i 60 anni.

Sono molteplici i servizi e le realtà che possono intercettare le domande dei soggetti in questione prima che queste arrivino all'attenzione dei servizi specialistici ed esistono evidenti diversificazioni in funzione delle fasce d'età, dei contesti sociali e degli ambiti territoriali. Nella presente ricerca, che ha un carattere qualitativo, non si sono posti degli obiettivi di valutazione statistica di tali caratteristiche ma si è comunque determinato

un complesso lavoro, effettuato anche attraverso una fase preliminare di pre-test, di sistemazione dei contenuti dell'intervista e di individuazione dei soggetti da contattare.

5.1.2 Metodologia

Lo strumento utilizzato nella nostra indagine è un'intervista individuale in profondità utile a cogliere ricche configurazioni individuali di opinioni, atteggiamenti e conoscenze. La tecnica utilizzata è un'intervista semi-strutturata *vis a vis* che è stata effettuata dal ricercatore sulla base di uno schema di domande flessibile e non standardizzato.

Gli aspetti indagati nel corso dell'intervista possono essere suddivisi in tre macroaree:

- la rappresentazione delle caratteristiche, dei contesti, delle implicazioni dei consumi e delle dipendenze (al femminile) da sostanze e da comportamenti e i fattori di protezione e rischio. Le rappresentazioni vengono distinte per tipologia di consumo: dall'uso ricreativo all'uso problematico, dalle donne che non si rivolgono ai servizi specialistici a quelle che hanno intrapreso un percorso di cura;
- le caratteristiche e le eventuali criticità dell'accesso ai servizi delle donne a partire dai loro bisogni oltre che le strategie per migliorare l'eventuale fruibilità dei servizi rivolti alle donne;
- l'offerta dei servizi di cura *gender oriented*, la presenza o meno di una sensibilità di genere, le caratteristiche e le criticità dei percorsi di cura nelle donne, le strategie per aumentare l'efficacia dei trattamenti, le reti tra servizi.

Le interviste sono state trascritte e ricodificate seguendo la stessa traccia utilizzata nell'analisi della letteratura, nello specifico, il testo è stato in una prima fase diviso in tre macro categorie di contenuto:

- descrizione del fenomeno;
- accesso ai servizi;
- trattamento.

Le interviste sono state successivamente sottoposte all'analisi del contenuto, quindi alla scomposizione in elementi costitutivi più semplici fino ad arrivare alla costituzione delle categorie per la classificazione delle unità d'analisi.

5.1.3 Caratteristiche del fenomeno

Dalle interviste non emerge la percezione di un significativo cambiamento nella condizione sociale della donna che continua a essere considerata in posizione di maggiore subalternità rispetto all'uomo:

Nell'uomo c'è sempre un atteggiamento di giustificazione da parte della società, il ruolo dell'uomo è sempre riconosciuto, la donna deve fare un passo in più per dimostrare che è nel mondo, la donna infatti si affaccia al mondo e chiede posso? (Educatore professionale Associazione, Torino)

Dalle rappresentazioni che gli operatori specialistici e non specialistici hanno delle giovani donne (adolescenti e giovani adulte) emerge un tipo di consumo prevalentemente ricreativo, in contesti classici del divertimento (dai Murazzi, alle discoteche, agli eventi musicali). Altri contesti di consumo (citati per lo più da operatori di strutture non specialistiche) sono la scuola, l'università, la casa degli amici. Secondo alcuni intervistati l'uso ricreazionale di cannabis prepara all'uso di altre sostanze. In alcuni casi si descrive un uso di alcol e ketamina e il contesto, in questo caso, è la strada. L'uso di cocaina viene rilevato, in donne e uomini, come un uso del tutto compatibile a uno stile di vita "normale", quindi si tratta di un fenomeno difficilmente intercettato dai servizi. Esiste anche un uso più "evidente" di cocaina, uso collocato nei contesti della marginalità e della prostituzione.

Se nelle rappresentazioni degli operatori specialistici e non le donne adulte che afferiscono ai servizi usano prevalentemente in casa o in strada, nelle parole degli utenti, i contesti d'uso sono molto più vari e probabilmente più realistici: si usa dove capita, senza distinzioni. Gli utenti citano i luoghi già descritti finora (locali, discoteche, strada, stazioni, casa) ai quali sia aggiungono, per esempio, anche i luoghi di lavoro.

Altra diffusa problematica, rilevata soprattutto dagli operatori dei servizi specialistici, è rappresentata dal gioco d'azzardo: le donne adulte o anziane prediligono il "gratta e vinci" mentre gli uomini con maggior facilità diventano dipendenti dai videopoker. Oltre al gioco compulsivo si rileva un uso problematico di psicofarmaci e tutto lo spettro dei disturbi alimentari.

Un uso maggiore di tranquillanti e sedativi con modalità compulsive nelle donne e in mamme con difficoltà emotive e relazionali è ravvisabile sia nella rappresentazione degli operatori specialistici sia in quella degli operatori non specialistici.

Altra dipendenza in aumento è quella da videogiochi e da internet, anche da parte di donne mature:

Le donne trovano rifugio nel mondo virtuale dei mezzi informatici e tendono alla costruzione di un personaggio diverso dalla realtà della loro vita e famiglia. (Assistente sociale Procura fasce deboli, Torino)

Molte utenti prediligono la dimensione digitale a quella reale come se vi fosse la difficoltà di confrontarsi sul piano fisico e quindi emotiva nella relazione. (Medico NPI, Torino)

Una parte di intervistati non riferisce differenze significative tra uomini e donne nell'uso di sostanze. Altri invece sottolineano l'emergenza di un aumento del consumo da parte delle donne, soprattutto relativamente all'alcol, e soprattutto da parte di donne adulte tra i 40 e i 70 anni:

Sono in aumento le donne che bevono al mattino o al pomeriggio, donne devastate che bevono, ossia "fantasmi umani". (Assistente sociale Servizi sociali, Torino)

C'è una tendenza per le donne a diventare dipendenti dall'alcol, mentre l'uomo è più schiavo di sostanze come l'eroina. (Psicologo SerT, Torino)

Anche nelle parole degli operatori di strutture non specialistiche la sostanza più utilizzata dalle donne è l'alcol, consumato spesso in solitudine:

L'uomo ritorna a casa ubriaco, la donna si ubriaca a casa da sola perché la donna ha un modello più casalingo di tenere il proprio disagio, perché più frequentemente sta in casa, perché non lavora sia nel caso della dipendenza da alcol sia nel caso della dipendenza da internet. (Medico associazione, Torino)

Alcuni sottolineano, in linea con le ricerche epidemiologiche, che il divario tra uomini e donne nel consumo di sostanze stia diminuendo.

Una delle ragioni che spiega l'aumento di consumo da parte delle donne e una maggior somiglianza tra stili di consumo di uomini e donne, risiede nella maggior disponibilità e la maggior facilità di reperimento delle sostanze, così come la maggior accessibilità di luoghi in cui giocare d'azzardo (contesti sia notturni, sia diurni). Parallelamente a questi aspetti, gli intervistati sottolineano anche una progressiva riduzione dei fattori stigmatizzanti:

C'è, infatti, una maggiore accettazione sociale per il bere al femminile soprattutto nelle fasce giovanili. Le ragazze quando escono sembrano avere l'obiettivo di farsi male. Non sembrano esserci differenze di genere nei giovani. (Educatore professionali SerT, Torino)

Se si mette a tema il passaggio dall'uso saltuario a quello problematico, la maggior parte degli operatori specialistici non rileva differenze di genere, solo per alcuni le tappe che portano all'uso problematico nelle donne sono più veloci (in letteratura si parla di *telescoping effect*). Ciò che cambia tra i due generi è il modo di manifestare l'uso problematico:

Le donne spesso usano alcol quotidianamente in modo moderato, ma nei momenti critici si può verificare un consumo eccezionale (abuso) con conseguenti incidenti, problemi salute, tentativi di suicidio. Le donne poi mostrano, rispetto agli uomini, maggiori tendenze autodistruttive. (Medico SerT, Provincia di Torino)

Nelle rappresentazioni degli operatori delle strutture non specialistiche è presente l'idea che nelle donne l'uso problematico si inneschi più tardi rispetto agli uomini.

I motivi del passaggio dall'uso saltuario a quello problematico, per alcuni intervistati, sono da ricercare nella maggior accettabilità sociale di alcuni consumi (cocaina, anfetamine e alcol) e all'aumento di occasioni d'uso (specialmente nei maschi). Altri intervistati sottolineano la presenza sul mercato di sostanze che portano più velocemente alla dipendenza.

Sia gli operatori sia gli utenti evidenziano come ci sia poca consapevolezza di questo passaggio da parte delle persone che usano:

È normale per loro bere, consumare droghe per cui ci si rende conto forse del passaggio dall'uso saltuario a quello problematico quando accade qualcosa, un incidente, ecc. (Assistente sociale Servizi sociali, Torino)

Dal bere per piacere al bere per assuefazione al bere per necessità, dalle pastiglie alla cocaina. (Utente uomo, Alcolisti anonimi)

Le utenti donne riportano alcuni elementi che differenziano gli usi, problematici o meno:

Perché comunque sei costretto e l'uso diventa problematico quando si cerca sempre di più. (Utente donna, Comunità)

Quando inizi a conoscere la sostanza al minimo problema sai come tappare i buchi. (Utente donna, Comunità)

Nell'uso saltuario si usa solo il sabato sera con gli amici. Nell'uso problematico per stare bene le persone hanno bisogno di usare perché sono depressi e devono colmare in qualche modo un vuoto, con eroina, cocaina, macchinette, shopping compulsivo, ecc. senza differenze di genere. (Utente donna, SerT)

In generale, sul tema del passaggio dall'uso saltuario all'uso problematico i "Non saprei" degli intervistati sono numerosi e rilevano una scarsa conoscenza del fenomeno oppure una cautela a formulare generalizzazioni oppure ancora una cornice di lettura nuova e non sperimentata: l'ottica di genere.

Per quanto riguarda gli stili di consumo, gli operatori specialistici parlano di stile "nascosto" per le donne adulte e di stile "esibito, arrogante" per le consumatrici più giovani. Dalle interviste agli operatori delle strutture non specialistiche si evince che le donne tendono a usare sostanze psicotrope soprattutto quando si accompagnano a un uomo che usa. Gli stili sono svariati, da un uso "tutto e subito con modalità frenetiche" (*binge*) ad un uso più nascosto. Gli intervistati sottolineano una tendenza per le donne adulte ad usare sostanze in solitudine, mentre le giovani tendono ad usare in compagnia di altri.

Durante il weekend insieme al compagno e in generale tutte si accompagnano a uomini tossicodipendenti dove si sfruttano per comprare le sostanze. (Educatore professionale Comunità, Provincia di Cuneo)

Anche nelle narrazioni degli utenti l'uso avviene più spesso in compagnia, con una funzione di protezione reciproca:

Si evita di farlo da soli così l'uno può salvare la vita all'altro nel caso di overdose. (Utente donna, Comunità)

Le donne che afferiscono ai servizi si possono distinguere in due grandi categorie:

Una fetta è di donne adulte in situazione di marginalità, donne con un vecchio stile di eroinomane e una famiglia multiproblematica, donne con i partner che spesso sono i nostri utenti. A volte nella coppia c'è una dipendenza affettiva e un'aderenza agli stili proposti dalla coppia. Un'altra fetta è di giovani

consumatrici in post-adolescenza o piena adolescenza che hanno uno stile di consumo (di varie sostanze) più ricreativo, consumo che poi diventa problematico. Chiedono aiuto quando saltano i paletti di integrazione sociale, quando la scuola va male, quando i genitori cominciano a sospettare, si tratta di persone inserite in un contesto di vita “normale”, scuola o lavoro, quindi con una cultura non deviante, con famiglie ricomposte che implicano meno contenimento. (Educatore professionale e Psicologo Comunità, Torino)

Altre caratteristiche delle donne che afferiscono ai servizi:

Una grande percentuale ha stili molto accorti nell'uso delle sostanze; una piccola percentuale ha una comorbilità psichiatrica e mostra comportamenti devianti in ambito sessuale, spesso sono sieropositive che presentano infezioni e che tendono a non prendere nessuna precauzione, a non difendersi, con rischio per sé e per gli altri. (Psichiatra SerT, Torino)

Nei servizi sono presenti un certo numero di pazienti donne, seppur in percentuale inferiore rispetto ai pazienti uomini. Per quanto riguarda le più giovani invece, si rileva nelle interviste una comorbilità psichiatrica più gravosa rispetto alle pazienti più anziane:

L'esposizione all'uso in età precoce, il poliabuso e il tipo di sostanza rendono più evidenti una sintomatologia caratteriale per cui i ragazzini e le ragazzine sono più problematici dei vecchi cinquantenni eroinomani. (Assistente sociale SerT, Torino)

Le donne che si rivolgono ai servizi sono in situazioni di maggior disagio e di maggior compromissione rispetto alle condizioni degli uomini:

Le dipendenze nella donna sono più gravi rispetto all'uomo, la dipendenza nella donna ha caratteristiche più accentuate e la marginalizzazione è più pesante nelle donne. (Psicologo SerT, Torino)

5.1.4 Fattori di rischio

La maggior parte degli specialisti intervistati attribuisce la causa del consumo problematico da sostanze o dei comportamenti additivi nelle donne al succedersi di abusi di vario genere, nonché a maltrattamenti familiari e sessuali o a forti carenze di accudimento a livello familiare.

Secondo le rappresentazioni degli operatori dei servizi per le dipendenze si può rilevare inoltre nella popolazione femminile, rispetto a quella maschile, una maggiore predisposizione a problematiche psichiatriche, un livello più alto di degrado, fragilità e vulnerabilità verso il consumo problematico.

Possono essere presenti problemi di autostima, senso di frustrazione e di inadeguatezza fino a una depressione latente che può portare al consumo di sostanze donne più fragili e predisposte. (Psichiatra SerT, Torino)

Anche per gli operatori di strutture specialistiche, al pari di quelle non specialistiche, la solitudine, sia logistica sia affettiva, è fattore determinante nel consumo da parte delle donne:

Il carico di una donna è più grande rispetto a quello di un uomo e il peso di dover sostenere vari ruoli può facilitare il consumo. (Assistente sociale Procura fasce deboli, Torino)

A questo si aggiungono, da una parte, la perdita di ruoli, quale, per esempio, l'accudimento dei figli, o la perdita del lavoro, e dall'altra la maggiore offerta di sostanze contestualmente alle minori opportunità di incontro. Gli operatori specialistici invece rilevano la presenza di traumi nella vita dei loro utenti, senza differenze di genere:

Nelle donne che afferiscono ai servizi episodi traumatici sono presenti sia nelle femmine che nei maschi nel 70-80% dei casi. (Psicologo Comunità, Provincia di Torino)

Si ritiene che la donna sia portata spesso a un percorso di dipendenza da parte di un familiare a sua volta già dipendente. Un elemento riconosciuto da specialisti, non specialisti e da utenti è la provenienza da ambienti degradati o devianti che per le donne, a livello sociale, può essere determinante nell'uso di sostanze:

Mio papà era in carcere ed io da giovane ero affascinata dal mondo delle sostanze mi faceva sentire invincibile mi ha dato delle sicurezze. (Utente donna, Comunità)

Eravamo in quattro fratelli in famiglia e avevamo quattro padri diversi, mia madre si prostituiva e ci raccontava le sue esperienze come ad un adulto, il papà di mia sorella era uno spacciatore. (Utente donna, SerT)

Allo stesso modo, secondo gli utenti intervistati, anche gli eventi traumatici, lutti e perdite affettive possono incidere rispetto allo sviluppo di forme di dipendenza patologica:

Nella mia esperienza io avevo fratelli che si drogavano, sono stata adottata da una famiglia, entrambi i miei genitori naturali sono morti, mi sono buttata là ho provato l'eroina e non ne sono più venuta fuori. (Utente donna, SerT)

Gli operatori specialistici citano anche tra i possibili fattori predisponenti la co-occorrenza tra disturbi del comportamento alimentare e storie di violenza vissuta o assistita.

Sono molteplici le motivazioni all'uso citate dagli intervistati e differiscono per tipologia di soggetti. Nelle donne mature afferenti ai servizi la ricerca dell'alcol può essere legata a situazioni depressive e al conseguente tentativo di stare meglio, come se diventasse una sostanza di cura e di sostegno; così come nel caso delle donne migranti il bere può rappresentare un aiuto per tollerare meglio la lontananza dal proprio paese d'origine e i disagi legati alle difficoltà di integrazione.

Le sostanze possono inoltre aiutare a fornire performances più adeguate e a sostenere i carichi di stress elevati connessi alle molteplici richieste esplicite o implicite rivolte alle donne, sia in ambito familiare, sia lavorativo.

Le sostanze fanno sentire le donne più adeguate rispetto a quello che gli altri si aspettano da loro, in un gioco perverso di specchi. (Medico SerT, Provincia di Torino)

Talvolta le donne usano sostanze per pensare di meno, per abbandonare le preoccupazioni, per stordirsi, per non pensare e “ricaricarsi” per la settimana. In particolare il gioco d’azzardo compulsivo rappresenta spesso una strategia per fuggire dalle difficoltà quotidiane rifugiandosi nell’illusione di poter rivoluzionare la propria esistenza.

Rincorrere aspettative magiche di cambiare la propria vita. (Educatore professionale CSM, Biella)

Negli operatori non specialistici e negli utenti emerge l’uso di sostanze psicotrope anche a fini anoressizzanti:

In me c'era la mania di essere magra, ad un peso al di sotto dei 40 chili, e mi sono avvicinata alla cocaina per la delusione di un rapporto con un uomo, i miei colleghi di lavoro me la offrono e iniziando ad usarla mi accorsi che mi scompariva il senso di fame, usavo in casa per nascondermi da tutti, per rinchiudermi in un mio mondo. (Utente donna, SerT)

5.1.5 L’accesso ai servizi

Dalle interviste si evince che le donne hanno più difficoltà in generale ad accedere ai vari servizi di cura e supporto presenti nel territorio, inclusi quelli dedicati alle dipendenze patologiche. In particolare l’accesso a questi ultimi appare ancora più difficoltoso per una questione di stigma e vergogna.

Le donne fanno fatica ad ammettere con se stesse di avere un problema perché è difficile affrontarlo e perché i loro interlocutori sanitari possono essere in difficoltà a fare un invio specialistico a causa del freno dello stigma sociale. (Medico SerT, Torino)

Secondo l’opinione degli operatori dei servizi per le tossicodipendenze intervistati, ma anche secondo le stesse utenti, la donna chiede più facilmente aiuto a un servizio generico (pronto soccorso, servizio sociale, consultorio) anziché a uno specialistico (SerT, drop-in, unità di strada) e anche nei confronti del medico di base c’è una certa inibizione. Quando il problema raggiunge un livello di ingestibilità e inizia a interferire con la vita familiare e sociale, impedendo di gestire la quotidianità in serenità e consapevolezza, allora può essere fatto il passo successivo di rivolgersi a operatori più specializzati.

Le donne che bevono vengono perché accadono situazioni esterne, "mio marito mi ha lasciato, mi tolgono i figli, non ho più la casa", la potenzialità autodistruttiva delle donne è più profonda perché decidano di smettere occorre un po' e devono esserci motivi esterni. (Medico SerT, Provincia di Torino)

Anche le stesse utenti intervistate confermano l’opinione degli operatori, sostenendo che le donne fanno molta più difficoltà rispetto agli uomini a chiedere aiuto, un po’ per

insufficienza di informazioni in loro possesso, un po' per vergogna. Spesso è anche la condizione di non indipendenza o subordinazione, ossia di legame stretto con il partner o il marito, che vincola la scelta individuale di chiedere aiuto o meno.

Le donne non hanno difficoltà ad accedere ai servizi: se non arriva al servizio la donna è bloccata dalla famiglia perché lo si vive con vergogna. Ricordo in un gruppo si parlò di un marito che preferiva prendere e portare il bottiglione di vino a casa alla moglie che portarla al gruppo o a familiari che preferiscono avere la persona ubriaca perché così possono averla sotto controllo, per paura che riacquisti la sua vita e indipendenza, casi di persone recuperate e di familiari scontente di questo recupero, perché vivevano sotto il loro controllo. (Utente uomo, Comunità)

Quando però decidono di chiedere un supporto lo fanno in modo più convinto e motivato.

Le difficoltà di accesso servizi nelle donne penso che ci siano per vergogna, la vergogna ferma tanto. Io invece ero talmente stanca che della vergogna non mi interessava più. (Utente donna, Comunità)

C'è di fondo, inoltre, l'incertezza che i servizi a cui ci si rivolge siano effettivamente in grado di gestire il problema, senza mettere a rischio tutto ciò che si è costruito.

Fa da padrona la vergogna e anche quando si prende coscienza che esiste un problema se ci si rivolge ai servizi vengono in mente le conseguenze non solo per sé, ma per la famiglia, i figli e tutto ciò che si ha di più caro. (Educatore professionale Drop-in, Torino)

Nelle voci degli operatori sia delle dipendenze sia degli altri servizi sanitari intercettati si evince che l'invio delle donne ai SerT viene gestito su più fronti e da diversi attori come la Prefettura o la Procura. Ma l'accesso ai servizi può avvenire anche spontaneamente grazie a internet o per passaparola, o grazie all'intervento di un familiare.

A me ha portato mio fratello al Sert con la scusa di un colloquio. (Utente donna, comunità)

Ultimamente si assiste anche a un incremento di invii di donne da parte del Tribunale per i minorenni o addirittura dalle scuole dei figli, sebbene le segnalazioni dei papà da parte delle reti informali siano maggiori rispetto a quelle delle mamme, presumibilmente per la volontà dei servizi di salvaguardare la diade madre-bambino:

Se l'allontanamento del papà è accettabile permane l'idea presso i servizi che il bambino debba stare con la mamma. (Educatore professionale Servizi sociali, Provincia di Cuneo)

L'invio di uomini resta comunque sempre maggiore rispetto alle donne. Secondo gli intervistati non appartenenti all'ambiente delle dipendenze patologiche l'accompagnamento al SerT avviene prevalentemente da parte dei familiari, del medico di base o delle autorità.

Date tali difficoltà di accesso, molti servizi specialistici hanno iniziato a ipotizzare percorsi specifici di accoglienza e supporto per le donne che possano ovviare alle loro difficoltà e resistenze.

Ci sono progetti specifici per donne nei servizi perché sono di grande prossimità, di bassa-soglia, teatro di situazioni particolari per le donne; i dormitori sono organizzati in modo tale che è difficile che una donna passi una notte fuori se chiede asilo notturno. (Educatore professionale Drop-in, Torino)

Giocano un ruolo determinante nella difficoltà di accesso ai servizi le minori occasioni di uscita delle donne, che rischiano un isolamento ancora maggiore nel caso abbiano figli piccoli.

Secondo gli operatori specialistici per le donne vi sono alcune difficoltà di accesso riferibili ad una bassa cultura dell'accoglienza, poca disponibilità per crearla, la tendenza a curare le donne e gli uomini non nella loro interezza, ma "come fettine da tagliare". A queste difficoltà se ne aggiungono altre di carattere organizzativo e logistico, quali gli orari dei servizi, il problema dove lasciare i figli durante i colloqui ai servizi, la mancanza di un mediatore culturale per le donne straniere.

Per gli operatori delle strutture pubbliche e private la difficoltà più rilevante è legata alla non sempre buona competenza degli operatori dei Sert, Csm e dei servizi in generale:

C'è una distorsione nel personale sanitario come nella popolazione secondo cui la violenza domestica presente insieme alla dipendenza è solo un problema familiare, mentre in realtà è un problema sanitario, sociale ed è un reato specialmente nelle donne. (Medico Associazione, Torino)

Vi è poi il problema della non sufficiente comunicazione tra i vari servizi, che rivela una certa fragilità nella rete assistenziale, aggravata dalla progressiva diminuzione delle risorse disponibili.

Di contro qualche intervistato ha osservato invece che non c'è tanta difficoltà di accesso da parte delle donne, le quali, oltretutto, sono portatrici di richieste più complesse della semplice terapia farmacologica. Le donne chiedono più spesso di essere accompagnate nella gestione di tutte le sfere della loro vita, quella familiare, genitoriale, affettiva e lavorativa.

Difficilmente le donne che arrivano dicono di avere bisogno solo del metadone come gli uomini, che sono più ritirati; la donna porta anche il bisogno di essere ascoltata, sono a conoscenza dei servizi più le donne che gli uomini. Le ragazze utilizzano più i servizi degli uomini, perché sono più abili, non c'è molto sommerso laddove non vi sia malessere, disagio e patologia, le donne sono più in grado di accedere ai servizi perché hanno tendenza all'accudimento e a manifestare i propri bisogni, le difficoltà accesso servizi possono presentarsi se il trattamento non sarà integrato. (Medico SerT, Torino)

Qualche altro intervistato invece pensa che nonostante le donne siano maggiormente informate rispetto agli uomini su quali servizi esistono sul territorio, sono comunque restie ad accedervi per non subire lo stigma, per evitare che venga violata l'intimità della propria famiglia e che si metta in luce un fragilità che a tutti i costi si vuole e spesso si deve tenere nascosta.

Le difficoltà di accesso sono alte: finché le donne gestiscono una cornice di normalità andare ai servizi significa violare la privacy, quelle in gravidanza cercano ospedali che non facciano segnalazioni al Sert o al Tribunale minori, temendo di incorrere in sanzioni. Per incrementare accesso il Sert dovrebbe essere inserito in un una struttura dove c'è il consultorio, il medico, rispetto a un Sert isolato da strutture o servizi di salute e di benessere. (Operatrice Comunità, Provincia di Torino)

Molte donne, in presenza di figli, fanno fatica a rivolgersi a operatori sociali per il timore di perderne la custodia o di inserirsi in percorsi di controllo sulla genitorialità. In caso di gravidanze invece hanno paura che le si induca a un'interruzione, pertanto si presentano ai Servizi già con la pancia bene evidente, quasi a termine. Molti degli intervistati appartenenti alle Forze dell'Ordine e agli uffici territoriali a cui si accede perché si è commessa un'infrazione o un reato (ad esempio il Nucleo Operativo Tossicodipendenze della Prefettura o il servizio sociale della Procura Fasce Deboli) notano proprio questo timore che spesso accompagna le donne relativamente alla possibilità che se dichiarano il proprio problema a un servizio specialistico questo interverrà e valuterà le loro capacità genitoriali, attuando anche provvedimenti gravi come la revoca della custodia dei figli.

È difficile per loro ammettere di avere un problema per paura che vengano tolti i figli; ti vergogni, quindi la situazione esplose quando ormai è già tardi. Il ruolo di donna passa ancora attraverso la genitorialità e quindi ti fa resistere andare a un servizio e questo aspetto è più evidente nella donna che nell'uomo. (Assistente sociale NOT, Torino)

Anche la maggior parte degli utenti intervistati sembra confermare l'ipotesi che le donne usufruiscano dei servizi meno degli uomini. Giocano un ruolo determinante nella difficoltà di accesso ai servizi le scarse occasioni di uscita per le donne, e in particolar modo per le madri di figli piccoli.

Gli utenti ritengono inoltre che le difficoltà delle donne nell'accesso ai servizi siano legate prevalentemente alle caratteristiche del problema e in minima parte all'organizzazione e capacità di risposta dei servizi stessi. Nelle parole di un utente si riesce a evidenziare bene la fatica per una donna di pensare di collocarsi in un posto "maschile".

Io credo che la difficoltà nell'accesso che può avere la donna è di farsi vedere in un posto come può essere una clinica, un ospedale piuttosto che una comunità, dire caspita sono una ragazza vado a finire in mezzo ai maschi come faccio a spiegare che ho problemi di tossicodipendenza? C'è questo stupido stereotipo che può portarle a pensare al giudizio negativo delle persone mentre secondo me siamo tutti sulla stessa barca [...]. Per aumentare l'utilizzo

dei servizi bisognerebbe cercare di inculcare che se hai un problema non importa se sei uomo o donna devi risolverlo non importa se ti metti la gonna o i pantaloni il problema va risolto e l'ignoranza va lasciata agli ignoranti.
(Utente uomo, Comunità)

Nel caso dei gruppi di auto-mutuo aiuto invece si riscontra una tendenza inversa, ossia l'aumento di donne partecipanti ai gruppi e, a volte, di gruppi in cui il numero di maschi e femmine è pari.

Risulta quindi essenziale aumentare le possibilità di conoscenza e accesso delle donne ai servizi. Nelle interviste si legge quanto sia efficace promuovere continuamente il messaggio che non si corrono dei rischi a chiedere aiuto e che, anzi, farsi sostenere durante un percorso di presa di coscienza del problema è il primo passo per risolverlo.

Per aumentare la fruibilità, fare più attenzione all'aspetto divulgativo e informativo, trattare il tema della dipendenza nelle donne in modo più scientifico e meno moralistico, favorire l'aspetto della formazione degli operatori sul tema perché una migliore accoglienza della donna può essere il primo input per una buona pubblicità del servizio. (Medico SerT, Torino)

Tale messaggio va esposto in tanti ambienti diversi, anche nelle farmacie o nelle scuole stesse. È necessario anche introdurre all'interno delle strutture dei percorsi dedicati alla popolazione migrante e nello specifico alle donne: istituire, ad esempio, la presenza di un mediatore culturale che le informi sull'esistenza e l'opportunità dei servizi incrementando i percorsi di rete con i medici di base, le scuole, le moschee o altri luoghi di culto.

Alcuni intervistati inoltre aggiungono che per fare in modo che l'offerta di servizi disponibili sia maggiormente visibile bisognerebbe che gli stessi operatori dei SerT uscissero dal loro ambito di intervento ed entrassero, a vari livelli, nei luoghi di cura e sostegno territoriali.

Per migliorare l'accessibilità gli operatori del Sert dovrebbero creare più collegamenti con l'esterno, per essere più conosciuti all'esterno e per creare situazioni di maggior vicinanza con il territorio. Maggior presenza degli operatori ai tavoli di lavoro di realtà non solo in ambito sanitario. (Educatore professionale SerT, Torino)

Qualcuno sostiene che andrebbe migliorato anche il tipo di approccio che si mette in atto nell'accogliere una domanda di aiuto, specialmente se proviene da una donna, che si porta dietro tanti timori e pregiudizi.

Per aumentare la fruibilità curare di più l'accoglienza della domanda e la qualità del rapporto. (Educatore professionale SerT, Torino)

Per aumentare l'accessibilità ai servizi dell'utenza di Can-go si può pensare a uno spazio di ascolto dove l'intervento sia mirato a far provare esperienze di successo, di modo che le donne trovino una forma di realizzazione, guadagno e sostegno diversa dalla strada. (Operatrice Unità di strada, Torino)

Per aumentare l'accessibilità bisognerebbe stare di più nei loro contesti, lavorare di più con il privato sociale e pensare ad offerte centrate più sulla normalità che possano poi traghettare le situazioni più gravi verso i servizi di cura. (Psicologa SerT, Torino)

E anche per aumentare l'accesso ai servizi di strada, cosiddetti di bassa soglia, si dovrebbe lavorare nella direzione di creare dei percorsi che indichino una soluzione per le donne per uscire dallo stato di difficoltà o di dipendenza, se presente. Qualche intervistato propone anche una strategia di prossimità, ad esempio, creando uno sportello unico dove le donne possano chiedere aiuto senza necessariamente avere un problema specifico e dove possano essere inviate ai servizi specialistici.

Un osservatorio parallelo a quello degli operatori dei servizi è composto da coloro che lavorano in altri servizi sanitari e non (come i centri antiviolenza, il pronto soccorso, la neuropsichiatria infantile, ecc.) e che vengono a contatto anche con un'utenza femminile spesso portatrice di problematiche legate all'uso di sostanze. Anche da queste interviste emerge la necessità e utilità di aumentare la visibilità dei servizi dedicati, a fianco all'enunciazione di strategie per rendere questa valutazione reale. Oltre a suggerire la maggiore integrazione territoriale tra i diversi servizi, qualche intervistato suggerisce di predisporre percorsi formativi e attività di sensibilizzazione sul tema delle dipendenze rivolti a operatori non specialistici e di valutare l'opportunità di percorsi di accompagnamento della persona, andando oltre all'invio tout-court.

Per aumentare l'accessibilità, formazione negli ospedali di medici che ascoltino le persone senza pregiudizi; "come hai fatto ad esserti fidata di quella persona?" fa crollare tutta la relazione con la paziente. (Ginecologo SVS, Torino)

Sembra essere altrettanto importante organizzare e strutturare i servizi anche sulle esigenze delle pazienti, le quali a volte non riescono ad accedervi per questioni puramente logistiche, come l'orario di apertura e chiusura del servizio o perché telefonicamente non riescono ad avere l'informazione che cercano. Questo succede spesso con le giovanissime che richiedono una maggiore flessibilità di approccio.

Per migliorare l'accessibilità dei servizi bisogna valorizzare la fase di accoglienza, proporre un accompagnamento non giudicante basato su interventi concreti che risolvano guai anche piccoli, non essere rigidi su orari e prenotazioni, non giudicare quando una prescrizione o un programma non vengono rispettati, tenere le porte aperte, orari ampi, spazi liberi per le giovani, avere operatori competenti ed empatici. (Ginecologo Consultorio, Torino)

Dalle interviste emerge anche l'importanza che l'interlocutore per una donna in difficoltà sia una donna stessa, che agli occhi delle utenti può dimostrare maggior empatia, comprensione, conoscenza delle problematiche legate a dimensioni di genere come fertilità, maternità e genitorialità.

Per potere lavorare con le donne ti devono piacere le donne, capire come donna le cose della donna, dal ciclo al non voler rimanere incinta[...]. Le donne vengono alla Casa delle donne perché sanno che è un luogo solo femminile. (Psicoterapeuta Associazione Donne, Torino)

Gli intervistati hanno suggerito altre strategie per aumentare le fruibilità dei servizi per le donne:

- promuovere interventi di informazione pubblica, anche attraverso internet e comunque mantenendo un approccio non moralistico, sui percorsi di cura della dipendenze nelle donne, sui servizi e sui luoghi dove rivolgersi, su aspetti legati alla privacy, divulgando informazioni anche nei luoghi dove accedono tutte le categorie sociali come farmacie, scuola e contesti informali femminili;
- curare i percorsi di prevenzione scolastica rivolti alla popolazione giovanile, programmando dibattiti nelle classi tra i docenti e i ragazzi sull'uso delle sostanze, sui comportamenti a rischio e sui canali a cui eventualmente rivolgersi;
- accesso mediato da ex-utenti: organizzare incontri di gruppo con persone che hanno vissuto l'esperienza della dipendenza e che presentino in concreto che cosa rappresenta un percorso di cura.

5.1.6 Il Trattamento

I trattamenti rivolti alle donne con comportamenti da consumo di sostanze stupefacenti o con problematiche a esso connesse, intesi come le strategie di risposta che un servizio mette in atto di fronte a una richiesta d'aiuto, sono molteplici e vanno dal percorso socio-educativo, al supporto psicologico, alle terapie farmacologiche e a cure che si sviluppano trasversalmente a tutte queste sfere di intervento.

Ciò che emerge dalle interviste è che i percorsi proposti non si differenziano a livello formale per genere: tendenzialmente il percorso è individualizzato e si tende a cogliere le problematiche dell'individuo al di là del sesso. Quindi i protocolli nella fase di accoglienza del paziente non sono diversi tra uomini e donne, ma c'è innanzitutto un diverso avvicinamento dal punto di vista terapeutico, che è principalmente frutto della sensibilità e della preparazione individuale degli operatori. La percezione che non ci siano apparentemente percorsi distinti tra uomini e donne è riscontrabile anche nella voce degli utenti intervistati.

Nel territorio non c'è una rete di interventi dedicata alle donne. (Utente donna, Comunità)

Nel momento in cui si prende in carico una donna però si fa molta attenzione all'assegnazione dell'operatore di riferimento, si valuta soprattutto l'opportunità di scegliere un operatore di sesso femminile e si fa attenzione a tenere insieme la complessità della situazione della donna in carico cercando di lavorare, fin dall'inizio, in rete con tutti i servizi che normalmente interagiscono con il SerT, come i consultori, i servizi sociali e la

neuropsichiatria infantile per affrontare tutti gli aspetti legati alla sessualità, alla gravidanza e alla genitorialità.

Per donne gravide c'è una procedura più veloce nella presa in carico, ci si integra con altri servizi, non vi sono dei protocolli che facilitano l'ingresso delle donne, la loro presa in carico, non vi sono percorsi diversi per genere ma forse c'è più attenzione soggettiva, c'è più un'attenzione rispetto alla donna sola, e al muovere delle risorse esterne in minor tempo e più forse una sorta di responsabilità dell'operatore di fronte ad una situazione a rischio. (Psicologo SerT, Torino)

La sensibilità verso gli aspetti genere è molto legata all'operatore e si rileva, ad esempio, durante le riunioni di équipe dove si fa sempre particolare attenzione alla presa in carico di donne: le pazienti generalmente vengono prese in carico da un'équipe multi professionale mentre a volte gli uomini vengono presi in carico o da un educatore o da un assistente sociale.

Quando arriva una donna c'è una sensibilità diversa nei suoi confronti, maggiore cautela specialmente se è una mamma con bambini. La coccoli di più di un uomo. Anche nel caso di donne straniere, andiamo incontro a lei le chiediamo se ha bisogni o richieste particolari. (Educatore professionale Unità di Strada, Torino)

L'attenzione agli aspetti di genere si rileva altresì nella presenza di numerose operatrici-donna presso i servizi:

L'essere in tante donne permette un rispecchiamento facilitato del femminile, una maggiore cassa di risonanza del bisogno. (Assistente sociale SerT, Torino)

Secondo gli operatori non specialistici la sensibilità di genere talvolta può diventare ostacolante nei confronti dei loro partners o degli uomini in generale:

L'implicazione è il rischio di un'alleanza con le donne contro gli uomini. (Assistente sociale Consultorio, Torino)

Dalle interviste dunque emerge che la vera distinzione con gli uomini risiede proprio nel tipo o nei tipi di richiesta che nella maggior parte dei casi vengono rivolti dalle donne una volta che accedono ad un servizio.

Io avevo bisogno di essere capita e di colmare il vuoto che avevo dentro, il mio compagno era come se non ci fosse, oggi ho la necessità di trovare un lavoro, e di andare a vivere insieme con il mio compagno. (Utente donna, Comunità)

Gli uomini spesso non accennano al loro ruolo di padri e alla genitorialità.

I bisogni che portano le donne sono spesso legati alla genitorialità e alla gravidanza. (Medico SerT, Torino)

Le donne esprimono il bisogno, non sempre esplicitato agli operatori specialistici, di essere accompagnate in situazioni concrete durante le visite, gli esami presso i servizi o in generale nelle incombenze della vita quotidiana:

Le donne chiedono di essere più accompagnate rispetto a certe situazioni nella loro vita rispetto agli uomini. (Educatore professionale SerT, Torino)

Le richieste delle donne sono concrete e riguardano la casa, l'aiuto nella gestione dei figli o dei genitori. Appare inoltre più forte nelle donne, rispetto agli uomini, il desiderio di riservatezza del proprio mondo:

Le donne portano la richiesta di tutelare figli, l'immagine, la privacy. (Medico SerT, Provincia di Torino)

Le richieste delle donne, quando desiderano lavorare sulla coppia, appaiono molto diverse da quelle degli uomini, focalizzate su difficoltà di prestazione in ambito sessuologico:

I bisogni sono di lavorare sulle coppie, sugli aspetti relazionali del legame di coppia, di lavorare su di sé e il compagno, anche in una fase in cui è già stato fatto un lavoro su di sé. (Picologo SerT, Torino)

E appaiono altresì forti per gli operatori non specialistici le pressioni della società sul ruolo che la donna deve avere:

Le aspettative delle donne sono la fotografia di quello che la società richiede loro, di guarire il più presto possibile, di trovare una soluzione perché loro hanno delle responsabilità verso la famiglia. (Educatore professionale CSM, Biella)

Difficoltà incontrate

Quando le richieste delle donne arrivano all'attenzione dei servizi c'è la difficoltà ad affidarsi pienamente agli operatori: alcune di loro si sentono giudicate, hanno paura di una possibile rivalsa sui figli se ci sono, hanno diversi pregiudizi rispetto al trattamento. Inoltre, dal momento che al servizio le operatrici sono prevalentemente donne, pur sentendosi da loro accolte, il confronto le porta a percepire un senso di fallimento e inferiorità. Può quindi emergere una sorta di competizione che non agevola la costruzione di un'alleanza terapeutica. D'altra parte, con gli operatori uomini, a volte, possono mettersi in moto meccanismi seduttivi o difensivi, che allo stesso modo pongono dei problemi di aggancio. Se poi le pazienti sono anche mamme con figli, per loro non è facile accettare la prospettiva di un percorso comunitario di lunga durata.

Le donne sono sempre più sofferenti degli uomini però se vengono agganciate con una adeguata terapia farmacologica e un sostegno psicologico mirato aderiscono meglio, hanno un desiderio di sostegno e accompagnamento più alto degli uomini. (Medico SerT, Torino)

Le donne con diagnosi di dipendenza prevalente sono molto “complianti”, quelle con altre patologie correlate della sfera psichica possono presentare una certa discontinuità. Le donne che arrivano sono più compromesse degli uomini quindi hanno esiti peggiori rispetto agli uomini. (Medico SerT, Torino)

Altri problemi insorgono nel momento in cui entrambi i membri della coppia manifestano una dipendenza.

Le coppie di tossicodipendenti sono miscele esplosive, tantissimi rapporti finti sul bisogno dell’“io ti salverò”, “tu mi salverai”, “siamo follemente innamorati” in cui è difficile diventare oggetto d'amore reciprocamente per cui bisogna operare la separazione. (Psicologo SerT, Torino)

Per molti operatori è più difficile riuscire a trovare la distanza relazionale adatta ad entrare in sintonia ed è più difficile costruire un rapporto di fiducia, sebbene quando l’aggancio riesce il rapporto che si instaura è molto forte ed è più probabile che la donna aderisca al trattamento meglio degli uomini.

La percezione degli operatori è che le donne sono più difficili. In generale le donne sono più “complianti” ma sono più gravi. Ci sono donne che quando decidono di uscire dalla dipendenza da sostanza o da alcol perdono tutto, il partner, la casa, il lavoro... Le donne a quel punto hanno bisogno di tutto, quindi hanno bisogno di maggiore supporto sociale. (Medico SerT, Provincia di Torino)

È più difficile da instaurare l'alleanza terapeutica nelle donne e i tempi sono più lunghi, nell'uomo la richiesta di aiuto è più lineare, nella donna è più complessa mai lineare, perché c'è tutta una parte nascosta della richiesta nelle donne per la struttura della dipendenza al femminile. (Psicologo Comunità, Provincia di Torino)

Con le donne bisogna trovare la giusta dimensione relazionale, un'eccessiva vicinanza le spaventa, un distacco emotivo non permette di agganciarle, anche perché essendo state ragazze spesso esposte ad abusi e maltrattamenti è molto difficile costruire una relazione di fiducia con loro, una relazione reale, sono abituate a non fidarsi e a non lasciarsi accompagnare. (Assistente sociale SerT, Torino)

Miglior efficacia con le donne

Ciò che risulta evidente dalle interviste, in un’ottica di differenza di genere, è il modo in cui le donne reagiscono al trattamento, vi si adattano e lo sfruttano al fine di risolvere il problema o i problemi che accompagnano le loro vite.

Le donne funzionano meglio e sono più capaci di stare in un percorso di cura, hanno ricadute meno devastanti, hanno maggiore autostima, sembrano più fredde, il lavoro psicologico è nel gruppo-donne sull'emersione dell'autostima,

riconoscimento di sé, il vedersi non con gli occhi degli altri ma con i propri occhi. (Medico SerT, Provincia di Torino)

Le donne hanno una compliance maggiore al trattamento comunitario e al trattamento ambulatoriale così come una maggiore tendenza a trarne beneficio. Se si offre uno spazio di ascolto, accompagnamento territoriale, educativo le donne sono più “complianti”. (Medico SerT, Torino)

Le donne sono più determinate nel percorso di cura rispetto agli uomini:

Le donne se scelgono un percorso terapeutico con maggior frequenza lo portano a termine. Le maggiori difficoltà di cura sono legate alla gestione dei tempi del trattamento con i tempi della vita quotidiana. (Medico SerT, Cuneo)

Percorsi più efficaci

Gli interventi di gruppo sono molto adatti a questa tipologia di utenza perché il gruppo dà la possibilità di identificarsi nell'altro: nel momento in cui ci si identifica nell'altro e si capisce che anche l'altro è nella medesima situazione, la persona si sente meno sola, meno isolata. Le donne, in particolare, hanno bisogno di condivisione, non di gruppi strettamente terapeutici ma di gruppi di socializzazione, gruppi di vicinanza, offerte che attraverso la condivisione aprano la strada verso una possibile risoluzione del problema.

I percorsi più efficaci per le donne sono i gruppi dove è possibile la dimensione dello scambio, condivisione e rassicurazione reciproca. Per aumentare l'efficacia dobbiamo fornire risorse per attivare percorsi specifici di genere e favorire percorsi di rete tra i vari settori ed enti che si occupano di donne per interventi congiunti e potenziati tra di loro. (Medico SerT, Torino)

I percorsi più efficaci per le donne sono i gruppi di auto-mutuo aiuto organizzati dai servizi del territorio su alcol, violenza, cibo, gruppi costanti nel tempo non troppo ampi. (Educatore professionale Comunità, Provincia di Cuneo)

Gli operatori dei servizi raccomandano alle donne di seguire dei percorsi in cui condividere in gruppo la cura del proprio corpo e la ricostruzione dell'immagine di sé, da realizzare anche in collaborazione con enti esterni.

Tra i trattamenti più efficaci per le donne gli intervistati segnalano anche i percorsi di psicoterapia, perché le donne hanno una capacità di insight maggiore rispetto agli uomini. Tuttavia anche gli interventi di tipo educativo e sociale possono aiutarle a uscire dall'isolamento.

I percorsi più efficaci per le donne sono il sostegno psicologico insieme alla terapia farmacologica e accompagnamento nel fare i passi per sciogliere nodi che mantengono la dipendenza, tenendo tutti gli ambiti coinvolti nella complessità della persona. (Medico SerT, Provincia di Torino)

I trattamenti più efficaci nelle donne risultano in particolare i trattamenti integrati di terapia farmacologica e di sostegno psicologico *gender oriented*, da collegarsi anche a percorsi di valorizzazione e sostegno alla genitorialità.

Per aumentare l'efficacia dei percorsi di cura bisogna considerare il fattore protettivo di accrescimento positivo della salute graduato a seconda delle capacità della paziente, insieme a un lavoro sociale e di valutazione della dipendenza, della gestione della maternità, di aiuto alle donne nel loro percorso di crescita del femminile a partire dal lavoro sui traumi e sulla psicopatologia. (Medico SerT, Torino)

Gli intervistati inoltre sostengono che per molte donne è più efficace inserirsi in comunità prettamente femminili, dove possano essere tenute al riparo da situazioni di coinvolgimento sentimentale che potrebbero creare deviazioni durante il percorso di cura, come spesso avviene nelle comunità miste:

Nelle comunità miste nascono storie devianti e dopo due giorni ti innamori e vai a cercare la droga. (Utente donna, SerT)

Per tal motivo emerge la necessità di creare più comunità mamma-bambini e comunità femminili:

Gli uomini hanno più opportunità delle donne anche rispetto alle situazioni di crisi; occuparsi di una donna è difficile, trovare un posto che l'accolga specialmente se è tossicodipendenza è una grossa difficoltà nei percorsi di cura. (Educatore professionale Drop-in, Torino)

Altri percorsi significativi citati nelle interviste sono, ad esempio:

- gli interventi sui sistemi familiari delle pazienti che coinvolgono madri, padri, fratelli, compagni, con un approccio integrato che conceda più tempo alla fase di comprensione delle singole storie di vita;
- gli interventi di *peer education* con operatori giovani e con modalità alternative capaci di fare passare più efficacemente i messaggi di prevenzione, anche sfruttando la peculiare collocazione delle ragazze all'interno dei gruppi.

Per migliorare l'efficacia dei trattamenti secondo gli intervistati sarebbe utile adottare dei protocolli integrati con gli altri servizi del territorio, perché lavorare sulla tossicodipendenza della donna ha ricadute su tanti versanti, specialmente su quello della genitorialità. Curare una donna significa dare anche la possibilità ai suoi figli di crescere sani.

Nell'area del trattamento è più importante per le donne l'offerta di sostegno su aspetti relazionali e psicologici, molto viene speso nella direzione di aiutare le donne a trovare sostegno rispetto alla cura dei propri figli e anche un avvio alla conoscenza delle risorse del territorio adatte. (Educatore professionale SerT, Torino)

La comunità, un luogo sicuro in cui ritrovarsi e fermarsi, è un percorso efficace per le donne, specialmente nel caso di donne sole senza rete intorno.
(Psicologo SerT, Torino)

Tra le strategie per aumentare l'efficacia dei trattamenti, gli intervistati hanno evidenziato:

- sensibilizzazione di tutte quelle istituzioni che a vari livelli incontrano le donne, come i medici di base e gli operatori dei pronto soccorso;
- sensibilizzazione degli operatori ospedalieri, soprattutto uomini, alla tematica della violenza e del maltrattamento, spesso collegati alla tossicodipendenza al femminile.

5.1.7 In sintesi

Questa area di indagine si è posta l'obiettivo di rilevare le rappresentazioni che gli operatori dei servizi e gli utenti hanno di un fenomeno ancora poco esplorato come il consumo problematico di sostanze e la dipendenza nelle donne. L'intento è stato quello di iniziare ad esplorare, da un lato alcune caratteristiche delle donne consumatrici e dipendenti, dall'altro i loro bisogni, le loro resistenze nell'accedere ai servizi, oltre a comprendere anche le più frequenti difficoltà di cura e di trattamento.

Secondo le percezioni più diffuse, rispetto al passato l'uso di sostanze psicotrope tende a essere normalizzato e le modalità di passaggio dal consumo saltuario a quello problematico non presentano più grosse differenze tra uomini e donne, a causa dell'assunzione da parte delle donne di stili di vita sempre più simili agli uomini.

Le donne che si rivolgono ai servizi possono essere suddivise in due macro-categorie. La prima comprende donne mature che hanno uno stile di consumo nascosto, preferibilmente in casa e all'oscuro da familiari, motivato dalla volontà di colmare i vuoti, affrontare la solitudine, gestire lo stress dettato dall'essere madre, moglie e lavoratrice, o dal non esserlo più. La seconda categoria comprende le giovani donne che tendono a fare uso di sostanze psicotrope e alcoliche in contesti pubblici o privati, in compagnia dei loro partner o in gruppo, con modalità simili a quelle maschili, per volontà di conformarsi a un contesto o per uniformarsi alle condotte del partner. Considerando che spesso le donne sono state avviate al consumo da un partner, da un fratello, o da un genitore, mentre per gli uomini non si evidenzia tale aspetto. Con un'estrema schematizzazione si potrebbe dire che le donne mature consumano per rilassarsi o curarsi, mentre quelle giovani lo fanno per socializzare o per perdere il controllo.

Quasi tutte le donne dipendenti hanno subito o continuano a subire maltrattamenti o abusi, e manifestano spesso un disturbo post traumatico da stress. La frequente tendenza di queste donne a sviluppare dipendenza dai figli, dai partner e in generale dagli uomini, può rafforzare un circolo vizioso che riduce la loro possibilità di uscire da percorsi auto-distruttivi.

Le implicazioni più forti della tossicodipendenza femminile si ripercuotono sulla maternità e sulla genitorialità, nonché sulla salute stessa delle donne, rispetto alla quale si evidenzia

una particolare vulnerabilità dovuta alla maggiore difficoltà a metabolizzare alcol, droghe e farmaci.

Gli operatori riconoscono alle donne dipendenti la capacità di prendersi cura dell'altro e di essere altruiste, perché si fanno carico del percorso di cura del loro partner; al contempo hanno di loro un'impressione più negativa rispetto a quella che hanno degli uomini, probabilmente per la maggiore compromissione a livello sociale e psichiatrico. Gli operatori quando descrivono le donne in cura presso i servizi le definiscono più sofferenti degli uomini e parlano di una sofferenza al femminile insieme a una più profonda tendenza alla distruzione di sé. Gli utenti, uomini e donne, hanno una visione di sé ugualmente negativa, ma commuove ascoltare, specialmente nelle parole delle donne, la bellezza del passaggio da persone orribili, quando usavano sostanze, a persone belle, fiere e orgogliose una volta superate le difficoltà e completato il trattamento.

Per operatori e utenti, la donna ha maggiore difficoltà a rivolgersi ai servizi, nonostante le donne siano più capaci dell'uomo a esprimere i propri bisogni. Le donne accedono ai servizi solo a condizione che accada un evento esterno significativamente importante: se toccano il fondo, se hanno una gravidanza o se sono in una situazione economica e familiare critica. Persiste ancora oggi da parte degli operatori un vizio di valutazione, influenzato da uno stigma sociale che culturalmente inchioda la donna all'idea di avere meno diritti degli uomini e di dover avere un comportamento socialmente accettabile. Tale aspetto culturale ostacola la possibilità delle donne di accedere ai servizi, poiché l'immagine di sé è influenzata dalla cultura di appartenenza. Inoltre, molte donne, in presenza di figli, fanno fatica a rivolgersi a operatori sociali per il timore di perderne la custodia o di inserirsi in percorsi di controllo sulla genitorialità.

Tra le strategie per aumentare la fruibilità dei servizi per le donne, gli operatori e gli utenti ne suggeriscono alcune di carattere logistico, come l'aumento degli spazi e del numero di operatori, la creazione di un maggior numero di centri di aggregazione culturale, la migliore organizzazione dei servizi. Gli operatori inoltre suggeriscono che sarebbe utile strutturare uno sportello unico dove le donne possano chiedere aiuto senza necessariamente avere un problema specifico e dove possano essere inviate ai servizi specialistici. In altre parole immaginare offerte di sostegno centrate più sulla normalità che sulla patologia, servizi non connotanti e dalle sfumature diverse che possano poi traghettare i casi più gravi verso i servizi specialistici. Per migliorare l'accessibilità ai servizi alcuni intervistati, inoltre, suggeriscono anche di predisporre delle formazioni specifiche rivolte ai medici delle strutture sanitarie che non si occupano in modo sistematico di dipendenze patologiche affinché sviluppino strategie di ascolto non viziate da pregiudizi. Ulteriore strategia proposta dagli intervistati è l'implementazione dei servizi di bassa soglia e delle unità di strada, con il coinvolgimento non solo degli operatori ma anche di persone con un percorso di tossicodipendenza alle spalle che fungano da mediatori e accompagnatori rispetto a chi decide di chiedere aiuto. Altre possibilità di intervento potrebbero essere orientate all'avvicinamento ai luoghi frequentati dalle donne, quali scuole, consultori, parrocchie senza aspettare che siano loro a presentarsi per prime spontaneamente, dal momento che l'accesso volontario è più agevole per coloro che hanno già fatto un percorso riabilitativo.

Risulta anche necessaria maggiore informazione e pubblicizzazione dei servizi già esistenti presso i luoghi frequentati dalle donne (farmacie, scuole, supermercati, ecc.).

In merito ai trattamenti, emerge una presa in carico focalizzata non sul genere bensì sulla persona con i bisogni e la sua storia di vita. La sensibilità di genere, intesa come cultura e attenzione agli aspetti di genere, è essenzialmente legata alle caratteristiche dell'operatore, sia nei servizi specialistici sia in quelli non specialistici.

I bisogni che le donne portano ai servizi sono diversi da quelli degli uomini: dalla domanda di ascolto alla richiesta di aiuto, dalla gestione pratica e relazionale dei figli alla salvaguardia del proprio mondo, personale e familiare. Le donne sono più difficili da agganciare, più complesse, istrioniche, caparbie rispetto agli uomini, i quali si fanno gestire e traghettare attraverso il canale affettivo. La buona riuscita di un trattamento con la donna dipende molto dalla qualità dei primi contatti con gli operatori: si potrebbe dire che tutto si gioca nei primi incontri, a differenza degli uomini che danno una possibilità in più di dialogo e di intervento. Tuttavia, se la donna riesce a entrare in relazione sincera, si affida agli operatori pienamente, sviluppa maggiore compliance e ha più probabilità di portare a termine il percorso terapeutico.

I percorsi più efficaci secondo gli operatori e le utenti donne sono i gruppi di vicinanza, di socializzazione per sole donne, insieme alla psicoterapia, congeniale per le loro capacità di insight, oltre che i gruppi focalizzati sulla cura del corpo.

I trattamenti integrati di terapia farmacologica e di sostegno psicologico *gender oriented*, collegati anche alla maternità, sono i trattamenti elettivi. Le comunità per sole donne sono di gran lunga preferite a quelle miste, così come le comunità mamme-bambino. Tra le strategie per aumentare l'efficacia dei trattamenti, risulta importante, oltre che l'integrazione di percorsi tra servizi specialistici e non specialistici, anche una maggiore sensibilizzazione sulle tematiche di genere presso tutti i presidi sanitari territoriali (pronto soccorso, medici di base, associazioni femminili, ecc.).

5.2 I progetti *gender oriented*

5.2.1 Obiettivi, metodo e risultati

Come anticipato, lo studio del contesto locale ha previsto, fra le altre azioni, una esplorazione delle risorse presenti sul territorio, finalizzata prevalentemente a individuare esperienze e progetti di lavoro primariamente dedicati alle donne, o comunque caratterizzati da una particolare attenzione nei confronti delle peculiarità di genere. L'obiettivo prioritario è stato, in questo caso, quello di provare a delineare una mappa degli interventi di prevenzione e cura *gender oriented* attuati nell'ambito della rete dei Servizi

piemontesi per le dipendenze patologiche¹, analizzandone poi le caratteristiche principali, anche allo scopo di evidenziare le eventuali buone prassi esistenti e trarne indicazioni operative utili per la programmazione e la gestione degli interventi stessi.

Al fine di ottenere un quadro sufficientemente articolato e dettagliato, si è scelto di prendere in considerazione anche attività recentemente concluse, qualora ritenute significative, o non ancora del tutto realizzate, sebbene in fase avanzata di progettazione.

Sono stati quindi avviati contatti con tutti i Dipartimenti e le Strutture di Patologia delle Dipendenze, oltre che con gli Enti Accreditati riconosciuti dal DGR 13-2345/2011 e successive modifiche, e con il Coordinamento Enti Ausiliari della Regione Piemonte (CEAPI).

Tramite una comunicazione preliminare indirizzata ai rispettivi Direttori e Responsabili, è stata fornita una sintetica descrizione del progetto di ricerca, accompagnata dall'invito a collaborare attraverso la segnalazione di attività rilevanti rispetto agli obiettivi della mappatura. Tale comunicazione, seguita a distanza di qualche settimana da un *recall*, è stata inviata sia in formato cartaceo che elettronico, al fine di favorire le operazioni di ricevimento e risposta.

Per quanto riguarda i Dipartimenti e le Strutture di Patologia delle Dipendenze, sono giunti riscontri da 11 ASL su 13. Di queste, la quasi totalità (10/11), ha dato notizia dell'esistenza di specifici progetti, procedure o protocolli. Nel caso degli Enti Accreditati, invece, è stato osservato un tasso di risposta meno elevato, pari a 20 su 38² (corrispondenti a 44 delle 74 strutture specialistiche, ambulatoriali, residenziali o semiresidenziali attive sul territorio piemontese). Delle 20 risposte ricevute, 9 contenevano segnalazioni di una o più iniziative dedicate alle donne.

Non vi è stata la possibilità, per ragioni essenzialmente legate alla limitatezza di tempi e risorse, di effettuare in maniera sistematica un ulteriore tentativo di *recall*, contattando telefonicamente quegli Enti e Strutture da cui non è pervenuto alcun riscontro. Di conseguenza, dati e riflessioni successivamente presentati non potranno avere alcuna pretesa di esaustività, configurandosi piuttosto come l'esito di un primo, curioso, sguardo rivolto verso la realtà regionale dei Servizi per il trattamento delle dipendenze da sostanze e comportamenti.

Realtà nell'ambito della quale sembrerebbe andarsi via via sviluppando un significativo interesse verso approcci e metodologie di lavoro fondate su un'attenzione specifica verso

¹ Non sono invece stati inclusi nell'indagine quei soggetti ed enti appartenenti alla rete dei Servizi Socio-sanitari che, pur non occupandosi in maniera diretta e privilegiata di dipendenze patologiche, possono comunque entrare in contatto con il fenomeno, come ad esempio ospedali o consultori.

² Dei 38 Enti inizialmente inclusi nell'indagine, uno ha in realtà chiuso l'unica struttura gestita sul territorio regionale proprio nel periodo immediatamente successivo all'invio della comunicazione preliminare.

le peculiarità di genere, come testimonia il fatto che, nonostante il modesto tasso di risposta, sia stato possibile individuare 54 differenti esperienze di lavoro³.

Tabella 1 - Esperienze di lavoro segnalate.

ENTE SEGNALANTE	DENOMINAZIONE PROGETTO	TIPOLOGIA	AREA PRINCIPALE DI INTERVENTO⁴
ASL AL	GRUPPO BEN-ESSERE	Progetto	Clinica
ASL AT	IL CERCHIO DELLA VITA	Progetto	Clinica
ASL AT	RI-NASCITA DONNE – CASCINA GRAZIELLA	Progetto	Clinica
ASL AT	DIPENDENZA E GENITORIALITÀ – TAVOLO DI LAVORO PROGETTUALE SULLA PRESA IN CARICO DI DONNE E GENITORI CON PATOLOGIE DA DIPENDENZA	Progetto	Clinica
ASL BI	PROTOCOLLO DI INTERVENTO INTEGRATO PER L'ASSISTENZA ALLE TOSSICODIPENDENTI GRAVIDE ED AI LORO BAMBINI	Protocollo	Clinica
ASL BI	COUNSELLING INFERMIERISTICO DI CONTRASTO ALLE MST E GRAVIDANZE TOSSICODIPENDENTI	Altro	Clinica
ASL BI	GRUPPO PSICOTERAPEUTICO PER ADOLESCENTI DONNE	Progetto	Clinica
ASL BI	SPORTELLO ANTIVIOLENZA	Progetto	Clinica

³ Nel computo si è tenuto conto dei casi in cui la medesima iniziativa o protocollo è stato segnalato da più enti, conteggiandolo una sola volta.

⁴ Sono state individuate tre macroaree, corrispondenti agli ambiti prevalenti di intervento: ricerca; prevenzione (all'interno della quale sono stati inclusi anche i progetti con finalità di sensibilizzazione o formazione); clinica (all'interno della quale hanno trovato collocazione non solo le attività che prevedono un contatto diretto con l'utenza, ma anche quelle che hanno importanti ricadute sulle prassi di presa in carico e trattamento, come la definizione di procedure e protocolli).

ENTE SEGNALANTE	DENOMINAZIONE PROGETTO	TIPOLOGIA	AREA PRINCIPALE DI INTERVENTO
ASL CN 1	PROTOCOLLO DI INTERVENTO INTEGRATO PER L'ASSISTENZA ALLE "GRAVIDANZE FRAGILI"	Protocollo	Clinica
ASL CN1	GRUPPO PSICOEDUCATIVO PER DONNE ALCOLDIPENDENTI	Programma	Clinica
ASL CN1	GRUPPO DI LAVORO AZIENDALE "VIOLENZA"	Progetto	Clinica
ASL CN1	ALCOL E GRAVIDANZA, FUMO E GRAVIDANZA	Progetto	Prevenzione
ASL CN2	LABORATORIO AUTOBIOGRAFICO AL FEMMINILE	Progetto	Clinica
ASL CN2	LABORATORIO DI PREVENZIONE VIOLENZA DI GENERE	Progetto	Prevenzione
ASL NO	ASSISTENZA ALLE DONNE DIPENDENTI DA OPPIACEI IN GRAVIDANZA	Procedura	Clinica
ASL TO1 EST	DAD.NET	Progetto	Prevenzione
ASL TO1 OVEST	GRUPPO PSICOTERAPEUTICO PER DONNE TOSSICODIPENDENTI	Progetto	Clinica
ASL TO1 OVEST	PROTOCOLLO DI INTERVENTO INTEGRATO PER L'ASSISTENZA ALLE TOSSICODIPENDENTI GRAVIDE ED AI LORO BAMBINI	Protocollo	Clinica
ASL TO2 – DIP. "C. OLIEVENSTEIN"	PROTOCOLLO DI INTERVENTO INTEGRATO PER L'ASSISTENZA ALLE TOSSICODIPENDENTI GRAVIDE ED AI LORO BAMBINI	Protocollo	Clinica
ASL TO2 – DIP. "C. OLIEVENSTEIN"	GRUPPO DONNE	Progetto	Clinica

ENTE SEGNALANTE	DENOMINAZIONE PROGETTO	TIPOLOGIA	AREA PRINCIPALE DI INTERVENTO
ASL TO2 - DIP.1	ORIENTADONNA	Altro (ex progetto, ora servizio integr. del DPD)	Clinica
ASL TO3 – DORA RIPARIA	AGEVOLAZIONI RISPETTO AGLI INSERIMENTI IN COMUNITÁ TERAPEUTICHE (NON CONTINGENTAMENTO DEGLI INGRESSI FEMMINILI)	Protocollo	Clinica
ASL TO3 - PINEROLO	SVOLTA DONNA	Progetto	Clinica
ASL TO3 - PINEROLO	AFFIDIAMOCI ALLA RETE	Progetto	Prevenzione
ASL TO3 - PINEROLO	PRIORITÁ DI GENERE NEGLI INSERIMENTI IN COMUNITA' TERAPEUTICHE	Protocollo	Clinica
ASL TO3 - PINEROLO	ALCOL/DONNE/COMPORTAMENTI A RISCHIO E GRAVIDANZE	Progetto	Clinica
ASL TO4 - CHIVASSO	GRUPPO MULTIDISCIPLINARE CONTRO IL MALTRATTAMENTO E LA VIOLENZA SESSUALE AI DANNI DELLE DONNE	Procedura	Clinica
ASL TO4 - CIRIÉ	GRUPPO DONNE	Progetto	Clinica
ASL TO4 – IVREA	LABORATORIO MONILI	Progetto	Clinica
ASS. ALISEO ONLUS	AUTOBIOGRAFIA E AUTOANALISI	Progetto	Clinica
ASS. ALISEO ONLUS	GRUPPO DONNE	Progetto	Clinica
ASS. ALISEO ONLUS	LA CASA DELLA LUNA	Progetto	Clinica
ASS. ALISEO ONLUS	LA LUNA NEL BICCHIERE	Ricerca	Ricerca

ENTE SEGNALANTE	DENOMINAZIONE PROGETTO	TIPOLOGIA	AREA PRINCIPALE DI INTERVENTO
ASS. GRUPPO ABELE ONLUS	GRUPPO DONNE	Procedura	Clinica
ASS. GRUPPO ABELE ONLUS	ORIENTAMENTO, ACCOMPAGNAMENTO ALLA GRAVIDANZA, PARTO E GENITORIALITÀ	Procedura	Clinica
ASS. GRUPPO ABELE ONLUS	GRUPPO DONNE	Procedura	Clinica
ASS. GRUPPO ABELE ONLUS	ORIENTADONNA	Altro (ex progetto, ora servizio integr. del DPD 1 – ASL TO2)	Clinica
ASS. IL PUNTO ONLUS	GRUPPO DONNE	Progetto	Clinica
ASS. IL PUNTO ONLUS	GRUPPO SESSUALITÀ	Progetto	Clinica
ASS. IL PUNTO ONLUS	IL SIGNIFICATO DEL MIO ESSERE DONNA IN UN MONDO TOSSICO TRA AMORE, VALORE, VERITÀ, LIBERTÀ, CONTROLLO	Progetto	Clinica
ASS. IL PUNTO ONLUS	GRUPPO DONNE	Progetto	Clinica
COOP. SOC. ALICE ONLUS	COMUNITÀ RIABILITATIVA "ALICE MAMMA E BIMBI"	Programma	Clinica
COOP. SOC. P.G. FRASSATI S.C.S. ONLUS	INTERVENTI FOCALIZZATI SULLE DONNE E I LORO FIGLI	Procedura	Clinica
CUFRAD	SPERIMENTAZIONE COMUNITÀ ALLOGGIO	Progetto	Clinica
FERMATA D'AUTOBUS ASS. ONLUS	COMUNITA' TERAPEUTICA FEMMINILE PER DOPPIA DIAGNOSI	Progetto	Clinica

ENTE SEGNALANTE	DENOMINAZIONE PROGETTO	TIPOLOGIA	AREA PRINCIPALE DI INTERVENTO
FERMATA D'AUTOBUS ASS. ONLUS	PROTOCOLLO GENITORIALITÀ	Protocollo	Clinica
FERMATA D'AUTOBUS ASS. ONLUS	GRUPPO DONNE	Procedura	Clinica
FERMATA D'AUTOBUS ASS. ONLUS	ABUSI. TESTIMONIANZE DA UNA COMUNITÀ TERAPEUTICA	Pubblicazione	Prevenzione
FERMATA D'AUTOBUS ASS. ONLUS	GRUPPO DIPENDENZE AFFETTIVE	Progetto	Clinica
GINEPRODUE COOP. SOC. DI SOLIDARIETÀ	UNIVERSO DONNA. PERCORSI DI IDENTITÀ, IMMAGINI DI SÈ	Progetto	Clinica
GINEPRODUE COOP. SOC. DI SOLIDARIETÀ	VICINANZA/DISTANZA CON LE DONNE E FRA LE DONNE	Progetto	Clinica
GINEPRODUE COOP. SOC. DI SOLIDARIETÀ	DONNE, VIOLENZA, DROGA	Progetto	Prevenzione
GRUPPO ARCO S.C.S.	GRUPPI DI SUPPORTO A MATERNITÀ/GENITORIALITÀ	Procedura	Clinica
GRUPPO ARCO S.C.S.	GRUPPO TEMATICO DONNE SU LAVORO, FAMIGLIA, IDENTITÀ DI GENERE	Procedura	Clinica
GRUPPO ARCO S.C.S.	GRUPPO DI CONFRONTO CON UTENTI UOMINI	Procedura	Clinica
S.C.S TERRA MIA	COMUNITÀ RESIDENZIALE MAMMA/BAMBINO	Programma	Clinica

Le caratteristiche principali di tali esperienze (in termini di aspetti organizzativi, area di intervento, obiettivi, ambito di applicazione ed estensione, collocazione temporale e valutazione dell'efficacia) sono successivamente state indagate tramite il contatto diretto

con i rispettivi referenti, ai quali è stato richiesto di compilare una sintetica scheda descrittiva.

Come si può rilevare dalla tabella sopra riportata, la netta maggioranza delle attività segnalate è costituita da “progetti”, solo raramente consolidatisi e convertitisi in procedure e prassi di intervento o esitati nella formulazione, approvazione e attuazione di protocolli condivisi.

D'altra parte, non si può sottovalutare il fatto che la quasi totalità delle esperienze ha origine e carattere relativamente recente, essendo stata attivata nel corso degli ultimi dieci anni. L'unica eccezione in questo senso sembra essere rappresentata da quei programmi residenziali e protocolli focalizzati sulla tutela della salute fisica e psicologica delle donne tossicodipendenti madri o in stato di gravidanza (oltre che dei loro figli), avviati a titolo sperimentale già a partire dalla fine degli anni Settanta. Quasi come se, in un primo momento, l'opportunità e l'utilità di tener conto delle peculiarità femminili nella progettazione degli interventi terapeutici fossero state riconosciute esclusivamente in relazione al tema della maternità, e solo successivamente si fosse andata gradualmente affermando una visione più complessa e articolata, fondata su maggiore sensibilità, consapevolezza ed attenzione verso le specificità e le differenze – biologiche, psicologiche e socioculturali – legate al genere. Visione che, unitamente alle crescenti perplessità mostrate dagli operatori di settore rispetto all'adeguatezza di un'applicazione generalizzata di programmi e trattamenti *gender blind* (quando non decisamente tarati sull'utenza maschile), ha probabilmente contribuito ad indirizzare i Servizi verso un certo ampliamento, un arricchimento e, soprattutto, una maggior differenziazione dell'offerta.

Risulta a questo proposito interessante osservare come, stando ai dati emersi dalla mappatura delle risorse regionali, l'approccio di genere sembra aver finora trovato applicazione soprattutto nell'ambito clinico. Dei progetti segnalati, infatti, la maggior parte si propone, quale obiettivo generale, il miglioramento della qualità dei trattamenti erogati, oltre che la costruzione di percorsi di cura più appropriati e coerenti con i bisogni – espressi o inespressi – delle donne. Minor spazio viene invece riservato alle iniziative di sensibilizzazione e prevenzione, e alla realizzazione di studi e ricerche specifici sul tema.

Almeno parzialmente trasversali rispetto a queste aree di intervento sembrano essere le esperienze che identificano il loro target di riferimento in tutti quei soggetti – istituzionali o extraistituzionali – che, pur non occupandosi in maniera specifica e privilegiata di consumi e dipendenze da sostanze e comportamenti, possono comunque intercettare il fenomeno nelle sue diverse manifestazioni. È il caso, ad esempio, del tavolo di lavoro segnalato dal Dipartimento Patologia delle Dipendenze dell'ASL AT o del progetto “Affidiamoci alla rete”, cui partecipa la Struttura Complessa Pinerolo dell'ASL TO3. Iniziative che, al di là delle specifiche tematiche affrontate (rispettivamente genitorialità e abuso di alcol), si caratterizzano per la peculiare attenzione posta nei confronti della rete dei servizi sociosanitari pubblici e privati. Azioni di informazione e sensibilizzazione, e momenti di incontro e confronto delle esperienze vengono in altre parole promossi anche al fine di favorire la reciproca conoscenza e la strutturazione di modalità di lavoro condivise e

processi di integrazione più efficaci e funzionali, garantendo una continuità che vada oltre le sinergie necessariamente messe in atto per la gestione delle singole situazioni.

Individuare linee guida che orientino la collaborazione tra soggetti e professionisti, nel rispetto delle diverse aree di competenza, del resto, costituisce anche uno degli obiettivi della definizione e redazione dei protocolli di intervento. Dalla nostra rilevazione è emerso come, attualmente, tali protocolli facciano riferimento in maniera quasi esclusiva all'area della gravidanza e della maternità. Ambiti di azione in cui, probabilmente, l'opportunità di un adeguato coordinamento tra i diversi attori e interventi si trasforma in un'irrinunciabile necessità. L'esperienza storicamente più solida è costituita, in questo ambito, dal "Protocollo di intervento integrato per l'assistenza alle tossicodipendenti gravide ed ai loro bambini" ⁽⁴⁸¹⁾, attivo dal 1978 e di cui è al momento in corso la quarta revisione⁵. Tale protocollo operativo, formulato attraverso un procedimento di consenso e analisi critica della letteratura scientifica, ha tra le sue finalità principali la tutela, pre e post-natale, delle donne tossicodipendenti in gravidanza e dei loro figli. Tutela che non può prescindere da una precoce presa in carico globale e complessiva, che tenga adeguatamente conto degli aspetti sanitari, psicologici e sociali, e che consenta di superare il rischio di una eccessiva frammentazione degli interventi, favorendo piuttosto un'efficace integrazione degli obiettivi di cura, valutazione e controllo.

Un altro ambito rispetto al quale è stata data notizia dell'esistenza di specifici protocolli legati alla dimensione del genere è poi quello relativo agli inserimenti in Comunità Terapeutica. Due delle Strutture Operative dell'ASL TO3 (Dora Riparia e Pinerolo), infatti, hanno segnalato di aver recentemente definito e adottato criteri di selezione che mirano a favorire l'accesso delle donne ai programmi residenziali. Piuttosto numerosi sono infine i progetti che prevedono l'attivazione di partnership, testimoniando ulteriormente l'importanza di realizzare interventi a carattere complesso e multidisciplinare, che chiamino in causa risorse di natura differente, e coinvolgano anche attori del mondo politico, sociale e culturale, soprattutto di fronte alla necessità di affrontare tematiche trasversali, quale è, ad esempio, la violenza di genere.

Sembra a questo punto utile e interessante provare a entrare maggiormente nel merito dei contenuti delle esperienze riferite e delle loro caratteristiche principali, specie in relazione agli obiettivi individuati, ai destinatari, e agli strumenti adottati.

Come anticipato, le iniziative si possono a grandi linee suddividere, sulla base delle rispettive aree di azione prevalenti, in tre ampie categorie, che fanno rispettivamente riferimento all'ambito della ricerca, a quello della prevenzione/sensibilizzazione e a quello clinico.

Per quanto riguarda la prima area, l'unica indagine segnalata risulta essere "La luna nel bicchiere", ricerca-azione condotta nell'anno 2006 dall'Associazione Aliseo Onlus in partnership con l'Assessorato Pari Opportunità del Comune di Torino. Focalizzato sul tema

⁵ La precedente revisione risale al 2003.

dell'alcoldipendenza, il progetto si proponeva principalmente l'obiettivo di analizzare la rete dei servizi dedicati alle donne situati a Torino e provincia, tentando di comprendere, in particolare, quale percezione gli operatori di associazioni ed enti non specializzati nel trattamento delle dipendenze avessero rispetto alla incidenza e diffusione delle problematiche alcol correlate nella popolazione femminile, e quali fossero le strategie, più o meno strutturate, messe in atto in presenza di tali problematiche, anche al fine di individuare punti di forza e debolezza dell'integrazione tra soggetti istituzionali ed extraistituzionali, e far emergere eventuali bisogni formativi. I dati rilevati sono poi stati sintetizzati in un report, redatto in collaborazione con il Centro Studi, Documentazioni e Ricerca del Gruppo Abele⁶. È inoltre stato pubblicato un opuscolo informativo destinato alle donne con difficoltà legate all'abuso o alla dipendenza da alcol.

Per quanto riguarda invece l'area della prevenzione, l'ASL CN2 ha segnalato la recente realizzazione di un "Laboratorio per la prevenzione della violenza di genere", proposto, in partnership con il Comune di Alba (CN), la Commissione Pari Opportunità e il Consorzio Socio Assistenziale Alba, Langhe e Roero, agli allievi delle classi quarte di un liceo locale. L'obiettivo era, in questo caso, quello di stimolare una riflessione sugli stereotipi di genere (rispetto ai quali i ragazzi mostravano scarsa consapevolezza) e sull'impatto che questi possono avere sulle relazioni di coppia, oltre che di fornire informazioni e suscitare domande sulla violenza – fisica e psicologica – di genere. La violenza di genere costituisce il focus anche dell'iniziativa "Donne, Violenza, Droga", promossa dalla Cooperativa Sociale di Solidarietà Gineprodue in collaborazione con la biblioteca civica "C. Pavese" di Torino, e del progetto multisettoriale "Svoltadonna" (ASL TO3 – Pinerolo)⁷ che, oltre a fornire consulenza e supporto alle donne tramite il centro di ascolto telefonico, promuove azioni di informazione e sensibilizzazione.

Diverse Aziende Sanitarie Locali (BI, CN1, TO4), inoltre, hanno segnalato l'esistenza, al loro interno, di gruppi di lavoro multidisciplinari nati con l'obiettivo di favorire la prevenzione di questo fenomeno e la messa in atto di interventi integrati di tutela, orientamento e presa in carico delle vittime, anche attraverso la definizione di specifiche linee di indirizzo e il potenziamento delle reti territoriali.

La pubblicazione "Abusi. Testimonianze da una comunità terapeutica", realizzato a cura dell'Associazione Fermata d'Autobus Onlus, rappresenta invece l'esito di un percorso di riflessione e rielaborazione costruito intorno al tema dell'abuso sessuale⁸. Evento che, come già evidenziato da un precedente studio di coorte condotto sull'utenza dei SerT italiani⁽⁴³⁷⁾, e più in generale confermato dalla letteratura specialistica di settore, risulta spesso essere correlato alla dipendenza patologica da sostanze o comportamenti, rispetto alla quale può configurarsi sia come fattore di rischio che come implicazione e

⁶ Report consultabile all'indirizzo web <http://associazionealiseo.org/wp-content/uploads/2013/02/Progetto-laluna-nel-bicchiere.pdf>.

⁷ <http://www.svoltadonna.it/>.

⁸ Poster consultabile all'indirizzo web http://www.fermatadautobus.net/images/6-PDF/FdA_Abusi.pdf.

conseguenza. E che, secondo l'esperienza degli operatori dell'Associazione, compare con elevata frequenza nelle anamnesi individuali e familiari delle donne ospiti delle loro comunità terapeutiche per pazienti in doppia diagnosi. Il manifesto, prodotto al termine di un lavoro di narrazione e rivisitazione della propria storia compiuto da alcune utenti con il supporto di professionisti dell'area clinica e del settore artistico-culturale, si propone appunto l'obiettivo di evidenziare la rilevanza e le possibili ricadute psicopatologiche dei traumi da abuso sessuale, sollecitando una maggiore attenzione verso questo tema, sia da parte degli operatori della cura, sia da parte della popolazione generale.

Fra le azioni effettuate con finalità di sensibilizzazione possono annoverarsi anche quelle iniziative formative sulle problematiche connesse alla dipendenza da sostanze e comportamenti rivolte a soggetti attivi nell'ambito dei servizi alla persona, ma che non si occupano espressamente e direttamente di questi aspetti. Ne sono esempi i corsi proposti al personale dell'ASL CN1 all'interno del progetto "Alcol e gravidanza, fumo e gravidanza" e alcuni degli interventi indirizzati agli operatori coinvolti nel già citato progetto "Affidiamoci alla rete" (ASL TO3 – Pinerolo). La rilevanza di questo genere di interventi può facilmente essere compresa se si considera il fatto che, come emerge sia dalla letteratura che dalle testimonianze degli operatori intervistati nel corso della ricerca (cap. 5.1), le donne che presentano problematiche correlate ad abuso o dipendenza da sostanze o comportamenti tendono a rivolgersi con maggiore facilità a servizi sociali e sanitari più generici, percepiti come maggiormente accessibili e meno connotanti e stigmatizzanti rispetto alle strutture specialistiche. Servizi che, di conseguenza, devono essere preparati a cogliere la complessità delle situazioni e delle richieste rivolte dalle donne, oltre che a fornire loro indicazioni adeguate. A questo proposito, alcuni autori italiani ^(482; 483) hanno recentemente segnalato come, tra il personale sanitario, opinioni e comportamenti relativi ad alcune tematiche specifiche, quale, ad esempio, l'utilizzo di sostanze legali in gravidanza, tendano talvolta a essere contraddistinti da un certo grado di ambivalenza, e le informazioni alle pazienti vengano spesso veicolate in maniera disomogenea e distorta.

Piuttosto interessante, soprattutto per l'ampiezza dell'area di azione individuata e per la rilevanza degli attori coinvolti, appare infine il progetto DAD.NET (Droga, Alcol, Donna – Network internazionale sulle differenze di genere nelle dipendenze)⁹, pensato e realizzato dal Dipartimento Politiche Antidroga in collaborazione con l'Istituto delle Nazioni Unite per la Ricerca sul Crimine e la Giustizia (UNICRI), a cui a livello locale partecipa, in qualità di esperto, la dr.ssa Paola Burroni, Direttore del Dipartimento di Patologia delle Dipendenze dell'ASL TO1 Est. L'iniziativa, nata con il duplice fine di promuovere programmi di prevenzione e trattamento che tengano conto delle differenze di genere, e di favorire l'adeguamento dei servizi assistenziali alle specifiche esigenze delle donne tossicodipendenti, si propone l'obiettivo di agire simultaneamente su target differenti (ragazze e donne a rischio; ragazze e donne che fanno uso occasionale di sostanze; ragazze e donne che hanno già sviluppato problematiche connesse alla dipendenza). Tra i principali interventi in fase di progettazione o attuazione vi sono la redazione di linee guida recepibili

⁹ <http://www.dadnet.it/>.

a livello nazionale ed europeo sulla prevenzione e identificazione dell'uso precoce e sulla tutela della gravidanza e della maternità, oltre che l'individuazione e creazione di spazi – reali o virtuali – di scambio e confronto, aperti alla popolazione generale e/o agli operatori di settore (sito web, corsi, eventi formativi o ricreativi), la sperimentazione di una “linea rosa” di supporto alle giovani donne e la promozione di interventi di Procreazione Assistita Sicura (PAS).

Tornando alla panoramica dei progetti rilevati nell'ambito della nostra mappatura, e rivolgendo lo sguardo alle esperienze prettamente cliniche, si può poi osservare come alcune facciano riferimento a strutture destinate ad accogliere un'utenza esclusivamente femminile, mentre altre siano state immaginate e sviluppate in servizi ad utenza mista.

Per quanto riguarda le prime, l'attuale scenario sembra in procinto di subire significative trasformazioni. Alle due comunità terapeutiche per madri e figli (nate con l'obiettivo di sostenere le donne non solo rispetto alla risoluzione delle proprie problematiche di dipendenza, ma anche nell'acquisizione o rielaborazione di un adeguato ruolo genitoriale, e gestite dalle Cooperative Sociali Terra Mia Onlus e Alice Onlus), che al momento costituiscono le sole strutture femminili attive sul territorio piemontese, dovrebbero infatti affiancarsi a breve altre tre strutture residenziali. Tali strutture, per ora in fase di progettazione, originano da premesse diverse, e si propongono di perseguire obiettivi almeno parzialmente differenti, ma sembrano tutte configurarsi come tentativi di colmare quelle che vengono percepite come lacune esistenti nell'offerta trattamentale, offrendo spazi e strumenti più adeguati a rispondere ai particolari bisogni – psicologici, relazionali e sociali – delle donne con dipendenza da sostanze o comportamenti additivi.

La comunità alloggio immaginata da Cufrad, ad esempio, mira a sperimentare un intervento caratterizzato da bassa intensità terapeutica e maggiore attenzione alla dimensione riabilitativa e socializzante, finalizzato prevalentemente a promuovere lo sviluppo delle risorse e delle abilità relazionali delle utenti (donne maggiorenni autosufficienti ma in difficoltà nel maturare, recuperare o mantenere la propria autonomia), sostenendole nella (ri)conquista di un sufficiente livello di indipendenza e di modalità di integrazione sociale maggiormente funzionali.

La comunità terapeutica femminile per doppia diagnosi dell'Associazione Fermata d'Autobus Onlus è stata invece pensata come una modalità per proporre alle utenti (donne con dipendenza patologica associata a disturbo psichico) interventi di tipo assistenziale, riabilitativo, pedagogico e psicoterapeutico che abbiano come oggetto la dimensione femminile nei suoi aspetti corporei, affettivi, relazionali e sociali, offrendo, nel contempo, uno spazio protetto in cui poter affrontare in maniera più adeguata aspetti psicopatologici connessi ad esperienze di abuso precoce, evitando il ricorso difensivo ad agiti sessuali (frequentemente osservati nelle comunità miste) e contenendo il rischio di *drop out*.

Simile è anche il target di utenza individuato da “Cascina Graziella”, struttura destinata ad accogliere donne con patologia da dipendenze correlata a vissuti di violenza psicologica, fisica o sessuale. L'attivazione della comunità costituisce, in questo caso, parte di un più ampio ed articolato progetto, di natura non solo clinica ma anche culturale, nato dalla

collaborazione tra l'Associazione Rinascita, il Dipartimento Interaziendale Dipendenze Patologiche del quadrante Piemonte Sud e l'Assessorato ai Servizi Sociali del Comune di Asti, e successivamente sostenuto attivamente da numerose altre forze sociali, tra cui il Dipartimento di Ricerca Sociale dell'Università del Piemonte Orientale, la Prefettura e la Provincia di Asti, i Comuni di Asti, Moncalvo e Casale Monferrato, e il Gruppo Abele¹⁰. Tale progetto, caratterizzato proprio dal suo essere esito di una pianificazione altamente partecipata, condotta attraverso tavoli di lavoro interistituzionali e interprofessionali, e dall'attenzione posta nei confronti della definizione e condivisione di obiettivi e responsabilità, prevede, a livello clinico e trattamentale, la proposta di un programma terapeutico riabilitativo residenziale (alla cui costruzione collaboreranno professionalità ed enti differenti) specificatamente pensato per le donne e orientato anche a rafforzare il senso di identità di genere.

Al momento, tuttavia, come già brevemente anticipato, i programmi residenziali femminili risultano essere pressoché assenti dal panorama regionale. Molto più frequenti sembrano invece quelle situazioni in cui, nell'ambito degli interventi proposti da comunità a utenza mista, sono stati individuati, in maniera sperimentale, o talora maggiormente strutturata, spazi e tempi dedicati alle donne.

È il caso, ad esempio, dei numerosi gruppi di autoaiuto, sostegno, psico-educazione o psicoterapia. Tali gruppi, talvolta centrati su tematiche specifiche come la genitorialità, talvolta utilizzati come momento di approfondimento su particolari argomenti, come la sessualità, i cui aspetti salienti ed implicazioni vengono discussi ed affrontati anche a fini informativi e preventivi, vengono più spesso concepiti soprattutto come opportunità di confronto e riflessione su problematiche legate all'universo femminile, quali i vissuti legati al rapporto con il proprio corpo e alla sessualità, le difficoltà alimentari, le relazioni affettive e i ruoli familiari, il rapporto con il maschile e, più in generale, il proprio senso di identità di genere (Gruppi tematici, di supporto e di confronto del Gruppo Arco S.C.S.; Gruppo Donne – Associazione Aliseo Onlus; Gruppo Donne – Associazione Fermata d'Autobus Onlus; Gruppi Donne e Gruppo Sessualità – Associazione Il Punto Onlus; Universo Donna – Cooperativa Sociale di Solidarietà Gineprodue).

Diversi operatori notano a questo proposito come la condivisione di pensieri, opinioni, convinzioni ed esperienze di vita sortisca anche l'effetto secondario di accrescere la vicinanza e la solidarietà tra le utenti, migliorando significativamente il clima emotivo generale della struttura. La dimensione gruppale consente inoltre la creazione di un contesto di ascolto e contenimento intimo e protetto, percepito come accogliente e non giudicante, nell'ambito del quale diviene possibile rievocare e narrare anche eventuali esperienze pregresse di maltrattamento, abuso o violenza sessuale. Senza sottovalutare poi il fatto che le funzioni di risonanza e rispecchiamento attivate dal gruppo possono favorire

¹⁰ Il progetto complessivo prevede quattro moduli di sviluppo, così sintetizzabili: attivazione di una comunità terapeutica per donne tossico e alcol-dipendenti, collocata all'interno di un immobile confiscato alla mafia; creazione di un centro studi e formazione per la promozione della cultura della legalità; sostegno allo sviluppo di attività lavorative, agricole e commerciali; costituzione di una cooperativa sociale.

la presa di coscienza delle proprie (spesso inconsapevoli) modalità di interazione, agevolando l'attivazione di processi globali di cambiamento, che investano anche le competenze affettive e relazionali.

In un caso (La casa della luna, progetto promosso dall'Associazione Aliseo Onlus in partnership con il Dipartimento di Patologia delle Dipendenze dell'ASL TO1 Ovest¹¹), infine, il gruppo è stato utilizzato anche al di fuori del contesto residenziale, come luogo – fisico e mentale – di arricchimento psicologico e culturale, e riscoperta delle proprie risorse personali, oltre che come mezzo per sostenere le donne (in questo caso donne ultraquarantenni, alcoliste in remissione di sostanza) nella ricostruzione e creazione di una soddisfacente rete di rapporti interpersonali.

Risulta poi interessante osservare come anche nell'ambito delle esperienze “al femminile” proposte dai Servizi Pubblici, il gruppo tenda a configurarsi come setting e modalità di intervento privilegiato. Il target di utenza è qui individuato, a seconda delle situazioni, in donne con patologia da dipendenza da sostanze o alcol (attiva, stabilizzata o pregressa), o in mogli e compagne di pazienti tossicodipendenti, e le finalità principali sono in parte sovrapponibili a quelle appena citate, e in parte specifiche (es. miglioramento dell'“aggancio” terapeutico o aumento della compliance e della ritenzione in trattamento).

L'obiettivo comune e generale sembra comunque essere quello di promuovere l'acquisizione di un più elevato livello di benessere fisico e psicologico, che passi attraverso la conquista di una maggiore consapevolezza e accettazione di sé, delle proprie risorse e fragilità, e delle peculiari modalità relazionali, oltre che tramite una riscoperta e una ristrutturazione della propria identità di genere e del ruolo femminile (così come definito culturalmente e socialmente, ma anche dalle soggettive esperienze individuali e familiari), che sostenga il riconoscimento e la gestione dei propri bisogni vitali (Gruppo Donne, ASL TO4).

È curioso osservare come, a livello metodologico, i gruppi per donne (sia in contesto pubblico che privato) prevedano spesso il ricorso sperimentale a linguaggi e attività non strettamente propri dei contesti di cura, e l'integrazione tra strumenti terapeutici e artistico-creativi, verbali e non verbali, quasi come per poter offrire alle partecipanti la possibilità di utilizzare un più ampio ventaglio di modalità di espressione e conoscenza di sé (Laboratorio Monili, ASL TO4; La casa della Luna e Autobiografia e Autoanalisi, Associazione Aliseo Onlus; Universo Donna, Gineprodue Cooperativa Sociale di Solidarietà; Gruppo Donne, Associazione Il Punto Onlus). In alcuni casi, addirittura, l'esperienza di trattamento è nata a posteriori, come esito di percorsi formativi personali intrapresi dagli operatori, e delle conseguenti riflessioni sulla possibilità di servirsi delle tecniche apprese per rispondere a specifiche esigenze mostrate dalle pazienti (Laboratorio autobiografico al femminile, ASL CN2).

¹¹ Report finale consultabile all'indirizzo web <http://associazionealiseo.org/wp-content/uploads/2012/09/Casa-della-luna-progetto.pdf>.

Significative appaiono anche quelle esperienze di gruppi terapeutici in cui metodologie centrate sull'elaborazione psichica e relazionale sono state affiancate da esercizi fisici, massaggi e tecniche corporee di rilassamento, respirazione, meditazione e gestione dello stress, al fine di migliorare, nelle pazienti, la percezione e l'ascolto del proprio corpo e delle proprie emozioni, anche attraverso il contatto reciproco, e di favorire l'acquisizione di adeguate competenze relative alla cura di sé, globalmente intesa (Gruppo Ben-Essere, ASL AL; Gruppo Donne, ASL TO2 DPD "C. Olievenstein").

Sostenere la capacità di prendersi cura di Sé e di quel corpo spesso svalutato, trascurato e sconosciuto nei suoi aspetti di femminilità, del resto, non può che costituire un obiettivo di cruciale importanza nell'ambito di un percorso di ricostruzione che valorizzi e potenzi gli aspetti di autonomia, rispetto e responsabilità verso se stesse. Obiettivo che, talvolta, può essere perseguito anche sollecitando una maggiore attenzione verso la propria salute psicofisica o incoraggiando l'abbandono di comportamenti e stili di vita fortemente a rischio ed il rispetto delle basilari norme di igiene quotidiana, così come evidenziato dagli operatori dei servizi "a bassa soglia" (Orientadonna, ASL TO2 DPD 1; Vicinanza/distanza con le donne e fra le donne, Gineprodue Cooperativa Sociale di Solidarietà). E che sembra assumere un valore del tutto particolare nel lavoro terapeutico con pazienti vittime di violenze e abusi sessuali. Situazioni in cui rientrare in contatto con il proprio corpo e i suoi bisogni può favorire il miglioramento del rapporto con il proprio sé maltrattato e la rielaborazione dei vissuti di sofferenza e dissociazione connessi al trauma, contribuendo, in ultima analisi, allo sviluppo di efficaci abilità di resilienza (Gruppo Psicoterapeutico per Donne Tossicodipendenti, ASL TO1 Ovest; Gruppo Donne, ASL TO2, DPD "C. Olievenstein").

Un altro tema che, come anticipato, ha sollecitato i Servizi Pubblici e Privati ad interrogarsi sulle differenze di genere e sulla necessità di rispondere in modo adeguato alle necessità specifiche delle donne è costituito dalla maternità. Consapevoli delle possibili implicazioni e complicazioni, e dei rischi sanitari e psicologici connessi alla gravidanza, gli operatori hanno progressivamente avviato sperimentazioni, progetti e tavoli di lavoro che, nel tempo, sono divenuti premessa per la definizione di procedure e protocolli strutturati e formalizzati (oltre al già citato "protocollo di intervento integrato per l'assistenza alle tossicodipendenti gravide ad ai loro bambini", sono stati segnalati il "percorso per l'assistenza delle gravidanze fragili" dell'ASL CN1, la "procedura di assistenza alle donne dipendenti da oppiacei in gravidanza" dell'ASL NO, il "Protocollo Genitorialità" adottato dall'Associazione Fermata d'Autobus Onlus e le procedure di "accompagnamento alla nascita, parto e comunità" attivate all'interno della comunità per coppie del Gruppo Abele). L'obiettivo comune, in questo caso, è stato quello di creare le condizioni necessarie a garantire un adeguato monitoraggio sanitario, psicologico e socioassistenziale della gravidanza e a sostenere le donne nell'affrontare le difficoltà e i vissuti di ambivalenza connessi all'assunzione del ruolo genitoriale e di accudimento, sempre tenendo presente il diritto dei minori di crescere in un ambiente di vita idoneo a soddisfare le loro esigenze di cura e protezione. Obiettivo che, come si è detto, non può prescindere dalla realizzazione di una efficace integrazione tra Servizi e Istituzioni di natura differente.

Esemplificativo risulta, a questo proposito, “Il Cerchio della Vita”, progetto promosso dalla ASL AT che si rivolge a donne e coppie di genitori tossicodipendenti e prevede, laddove possibile, una presa in carico precoce dell’intero nucleo familiare (anche allo scopo di ridurre i costi sociali, sanitari ed umani), e la proposta di programmi terapeutici multidisciplinari a breve, medio e lungo termine, che prevedono, oltre all’attuazione di interventi individuali di sostegno psicologico e socioeducativo, l’attivazione di molteplici risorse territoriali (reparti ospedalieri, consultori, servizi di neuropsichiatria infantile e assistenza domiciliare, asili nido e scuole, comunità terapeutiche, centri di pronta accoglienza, gruppi di animazione e volontariato, contributi economici e progetti di inserimento lavorativo) e la periodica verifica dell’andamento tramite il confronto diretto tra i soggetti coinvolti.

5.2.2 In sintesi

Nel complesso, l’analisi delle risorse presenti sul territorio regionale pare lasciar emergere la presenza di una diffusa sensibilità verso le differenze di genere. Sensibilità che, pur non avendo ancora trovato espressione in una reale diversificazione dei percorsi terapeutici, ha comunque stimolato la progettazione di attività ed iniziative sperimentali, spesso nate proprio a partire da intuizioni ed interessi dei professionisti che, dovendo far fronte alle esigenze manifeste o latenti dell’utenza, sono stati sollecitati ad individuare nuove soluzioni operative.

Rispetto all’efficacia di tali esperienze, non sembrano essere al momento disponibili molte evidenze. Sebbene si rilevi la presenza di una certa attenzione verso la qualità delle prestazioni erogate, e la tendenza a curare scrupolosamente sia la formazione degli operatori coinvolti che lo stesso processo di progettazione degli interventi (spesso sottoposto a valutazioni *in itinere*), manca sovente una verifica finale, sistematica e strutturata, degli esiti. Talvolta viene preso in esame, in maniera più o meno formalizzata, l’ipotetico impatto avuto dall’iniziativa sul più ampio progetto di trattamento o sulla qualità della vita. Molto più spesso, però, ci si limita a raccogliere le impressioni dei partecipanti (operatori e utenti) e a valutarne il grado di soddisfazione.

In riferimento a questo aspetto, sembrano emergere, in particolare, giudizi fortemente positivi sull’intervento di gruppo e sulle sue potenzialità. Giudizi che appaiono condivisi sia dai professionisti, che riferiscono una maggior compliance delle donne tossicodipendenti ai trattamenti gruppali piuttosto che a quelli individuali e sottolineano le positive ricadute del confronto e della condivisione di esperienze ed emozioni tra pari, sia dalle utenti, che mostrano di apprezzare significativamente la possibilità di accedere a spazi protetti e momenti dedicati alla riflessione di genere, oltre che il fatto di essere supportate nell’elaborazione dei vissuti emersi. Non mancano peraltro anche le riflessioni sulle possibili criticità, individuate, nello specifico, nella difficoltà di assicurare una certa continuità alle esperienze, per cause ritenute in parte “fisiologiche” e riconducibili alla natura stessa del lavoro di gruppo e della patologia da dipendenza (dinamiche relazionali, attriti, momenti di ricaduta), in parte riferibili alle donne (presenza di difficoltà logistiche o

familiari, resistenze e agiti di allontanamento e fuga messi in atto di fronte all'emergere di ricordi traumatici ed emozioni dolorose), e in parte ascrivibili a difficoltà organizzative e di carenza di risorse umane ed economiche.

Queste ultime, in particolare, sembrano essere percepite come un ostacolo difficilmente superabile dagli operatori, che vi fanno ripetutamente riferimento nelle loro analisi, ed evidenziano come possano determinare anche significativi ritardi nella realizzazione delle esperienze pianificate.

Viene infine evidenziato come l'attivazione di interventi attenti alle peculiarità di genere, comportando la gestione di un elevato grado di complessità (legato anche al significativo grado di compromissione psicologica, sanitaria e sociale, che spesso caratterizza l'utenza afferente ai servizi), richieda alti livelli di professionalità, che possono essere raggiunti e mantenuti solo attraverso una formazione specifica. Formazione che, del resto, pare costituire irrinunciabile preconditione anche rispetto ad un più ampio ripensamento dei servizi in un'ottica di genere, che preveda l'adozione ed applicazione di approcci diversificati fin dal momento del primo contatto.

6. RIFLESSIONI CONCLUSIVE

La consistente mole di dati, pubblicazioni scientifiche e opinioni raccolte nel corso dell'indagine rende complesso un tentativo di sintesi che, in ogni caso, è da ritenersi ancora parziale e interlocutorio. Vista tale quantità di elementi emersi e il carattere specifico delle diverse parti della ricerca, si rimanda, per le specifiche considerazioni conclusive e per le diverse indicazioni emerse, ai singoli capitoli. Di seguito si cercherà invece di sintetizzare, in uno sguardo di insieme, alcuni elementi generali e trasversali ai vari settori di indagine sviluppati nella ricerca.

Questo report può rappresentare uno strumento su cui basare un confronto con le realtà e i professionisti che operano nel campo della salute, della politica, della scuola e del lavoro. Confronto che potrà sostenere la condivisione di punti di vista e chiavi di lettura utili per programmare, realizzare e valutare interventi di prevenzione e cura, il cui orientamento sui bisogni delle donne può avere ricadute positive su tutta la collettività.

In tal senso le prime riflessioni possono utilmente orientarsi alla più generale comprensione dei motivi per cui le differenze di genere sono state finora così poco considerate nella ricerca scientifica, così come nell'organizzazione e nella prassi operativa dei servizi socio-sanitari. Con l'eccezione di alcuni ambiti della sociologia, la maggior parte delle scienze bio-mediche e psico-sociali solo di recente sembra aver colto appieno la rilevanza delle differenze di genere tipo biologico-morfologico e socio-culturale. Entrambe queste due dimensioni non sono state finora considerate in modo adeguatamente approfondito come possibili discriminanti nei fenomeni complessi come quello dell'abuso di sostanze psicotrope e delle dipendenze in senso lato. In diversi passaggi del report sono state analizzate le possibili ragioni di tale insufficiente considerazione.

Nonostante il relativamente basso interesse finora emerso a livello scientifico e istituzionale rispetto alle differenze di genere in questo ambito, dalle interviste effettuate con gli operatori dei servizi, specialistici e non, emerge invece una marcata sensibilità verso le peculiarità dei consumi femminili e una specifica attenzione alle implicazioni che tali peculiarità hanno sulla salute delle persone e sull'organizzazione dei servizi. Anche la maggior parte delle progettazioni e dei programmi attivati negli ultimi anni, a livello regionale, nasce 'dal basso', come frutto di riflessioni e proposte avanzate da singoli gruppi di operatori in specifici servizi. E' anche per questo che le iniziative realizzate, pur molto interessanti e potenzialmente incisive, hanno stentato a ottenere quella visibilità e quei riconoscimenti che avrebbero permesso di trasformarle in protocolli di intervento stabili, condivisi e valutabili.

L'unica eccezione è probabilmente rappresentata dai protocolli e dalle collaborazioni attivate tra servizi per le dipendenze, servizi sociali, reparti di ostetricia e ginecologia e Tribunale per i minorenni, per il sostegno alle donne in gravidanza con problemi di abuso o dipendenza da sostanze. La presenza quasi esclusiva di tali protocolli, sicuramente rilevanti per la tutela della salute delle donne e dei loro figli, sembra però, ancora una volta, confermare quanto l'immagine della donna e dei suoi bisogni stenti a includere elementi differenti da quelli della madre genitrice.

Appare quindi urgente che le evidenze convergenti provenienti dalla letteratura scientifica e dall'esperienza clinica assumano centralità nel dibattito scientifico e nella programmazione di servizi di cura che, sul piano strutturale e organizzativo, hanno progressivamente differenziato i propri interventi per tipologia di dipendenza (servizi di alcologia, per il cocainismo, per il gioco d'azzardo, ecc.), per fasce d'età (adolescenti, adulti, pazienti anziani) e per fasi operative (prevenzione, acuzie, cronicità, riduzione dei rischi, trattamento, reinserimento), ma che ancora non presentano significative differenziazioni rispetto alla dimensione di genere. Tale processo ri-organizzativo, che non avallerebbe soltanto le sempre più numerose evidenze scientifiche, ma accompagnerebbe e stimolerebbe un processo culturale in atto, potrà essere collegato a modifiche all'interno dei Dipartimenti per le dipendenze e, come argomentato in diversi passaggi del report, a programmi di collaborazione con i Servizi sociali, i Consultori, la Medicina di base, la Salute mentale, diversi reparti ospedalieri e molti altri ambiti istituzionali.

I trend di diffusione del fenomeno e gli aspetti sanitari

Si è già evidenziato come, sul piano epidemiologico, le donne siano complessivamente meno esposte al consumo di sostanze psicotrope e alle dipendenze tradizionali, così come manifestino meno frequentemente degli uomini, già dall'adolescenza, comportamenti a rischio (*risk-taking situation*) indotti dalla ricerca di emozioni forti (*sensation seeking*).

Questa constatazione generale nasconde significativi elementi di complessità e problematicità. In primo luogo perché i mercati, legali e non, di prodotti e servizi potenzialmente *addictivi* cercano costantemente di diversificare i loro target, coinvolgendo fasce di popolazione, tra cui quella delle donne, mostratesi finora meno permeabili. In secondo luogo per le trasformazioni sociali e culturali in corso, per cui la sempre maggiore partecipazione delle donne alla vita sociale e lavorativa è ancora scarsamente accompagnata da un bilanciamento dei diversi ruoli familiari, determinando dei frequente non una redistribuzione, ma un accumulo sulle donne di responsabilità, impegni e, presumibilmente, fattori stressanti. Altri elementi di complessità sono riferibili a specifiche vulnerabilità delle donne, i cui comportamenti di *addiction*, per quanto apparentemente meno frequenti, possono avere conseguenze più gravi, sia per loro stesse, sia per il loro sistema di riferimento ristretto sia per un ambito più ampio della collettività.

Rispetto al piano della diffusione del fenomeno vanno fatte delle precisazioni, alcune di metodo, altre di merito. Le rilevazioni del fenomeno possono risentire di variabili confondenti che, nello specifico del nostro oggetto di indagine, vanno dalla già citata tendenza delle donne a non esternalizzare le proprie difficoltà e i propri problemi, allo scarso rilevamento della sintomatologia femminile da parte dei servizi di cura, dal timore delle madri di sanzioni che possano riguardare loro e i loro figli, al minore coinvolgimento delle donne in attività illecite. Per queste e altre ragioni le fonti solitamente utilizzate per quantificare la diffusione dei consumi di sostanze potrebbero non essere adeguate, soprattutto per le donne e soprattutto se la definizione del fenomeno rimane confinata alle dipendenze tradizionali e si limita a considerare la popolazione generale come un

campione indistinto. Anche assumendo che il consumo di sostanze illecite coinvolga percentualmente più gli uomini, molti studi testimoniano come tale gap si stia progressivamente riducendo, soprattutto per quanto riguarda le fasce giovanili e alcune manifestazioni di abuso caratterizzate, per esempio, da ‘abbuffate’ contemporanee di più sostanze. Le differenze tra i generi si riducono ulteriormente se si considerano il consumo di sostanze legali e i comportamenti non sanzionati dalla legge, come quelli riguardanti l’alcol, il gioco d’azzardo e gli psicofarmaci. Per esempio, rispetto a questi ultimi, e in particolare alle categorie dei sedativi, degli ansiolitici e degli antidepressivi, nelle donne si rilevano tassi di consumo superiori agli uomini ed è stato evidenziato come i consumi giovanili e quelli senza prescrizione medica, o con dosaggi superiori a quelli prescritti, nel nostro paese siano superiori a quelli registrati mediamente in Europa. Se poi in futuro, così come sta avvenendo a livello internazionale e come confermato dai contenuti dell’Agenda che ha accompagnato l’elaborazione del DSM-5, si allargherà lo spettro dei comportamenti che possono configurarsi come dipendenza (cibo, acquisti, social network, ecc.), è probabile che la presunta maggiore immunità delle donne dovrà essere profondamente ridiscussa.

È possibile che la perdurante sottovalutazione delle specificità di genere da parte della comunità scientifica, intrecciandosi con specifici fattori socio-culturali, abbia contribuito a costruire una rappresentazione collettiva in cui, rispetto ai consumi e alle dipendenze, le peculiarità dei comportamenti femminili sono ignorate o ridotte a stereotipi. Questo vale per i consumi di alcol, storicamente più indagati sia sul piano quantitativo, sia su quello qualitativo, ma anche per i consumi di sostanze illecite, dove i *cliché* sulle droghe, sommandosi a quelli sulle donne, generano evidenti semplificazioni. Dalle interviste realizzate nella popolazione generale è emersa in primo luogo la persistenza dell’associazione tra assunzione di sostanze psicotrope da parte delle donne e promiscuità sessuale, con l’affermazione, anche tra le stesse donne, di un preminente giudizio morale che non considera possibili usi ricreativi o normalizzati delle sostanze. Un’altra associazione costantemente presente nell’immaginario collettivo è quella tra le donne e la loro funzione di *caregiver*: mogli e madri cui viene attribuito, in via principale, il carico e la responsabilità per qualsiasi problema, consumi di alcol e droghe inclusi, che riguardi un qualsiasi membro della famiglia.

Il confronto tra rappresentazioni ed evidenze era un obiettivo del lavoro di ricerca qui presentato, insieme a quello di fornire indicazioni mirate per adeguare gli interventi preventivi e terapeutici, e i propedeutici criteri diagnostici, alle caratteristiche, alle manifestazioni e ai bisogni genere-specifici. Se è più frequente riscontrare nelle donne una serie di fattori di protezione che le tutelano maggiormente rispetto all’adozione di comportamenti a rischio, o comunque dalla possibilità di sviluppare una dipendenza, quando questi fattori vengono meno gli effetti rischiano di essere più deflagranti rispetto a quanto non avvenga per gli uomini. Tutti gli studi evidenziano, ad esempio, il cosiddetto fenomeno del *telescoping*, per cui il passaggio da forme di consumo sperimentali o saltuarie a forme problematiche, o a dipendenze vere e proprie, per quanto statisticamente meno probabile rispetto agli uomini, avviene nelle donne in tempi molto più ristretti. Le

stesse patologie associate, siano esse acute o croniche, si sviluppano più rapidamente nelle donne per diverse ragioni. L'organismo femminile ha più difficoltà a metabolizzare sostanze come l'alcol, le droghe e i farmaci, potendosi determinare concentrazioni di sostanza anche molto superiori a quelle degli uomini, a parità di dosi assunte. Lo stesso assetto ormonale determina nelle donne variazioni mensili nelle capacità di metabolizzazione delle sostanze rendendone gli effetti meno prevedibili e quindi potenzialmente più pericolosi. Oltre alla maggiore probabilità di intossicazioni acute, con le relative possibili conseguenze, anche sul medio-lungo periodo gli effetti sulla salute delle donne possono essere più gravi rispetto a quanto accade per gli uomini. Ciò è confermato dai dati epidemiologici sulla maggiore mortalità e morbilità (patologie cardiache, epatiche, gastrointestinali, neurologiche, problemi di ipertensione e anemia, oltre a problemi genere-specifici come infertilità, aborti spontanei, gravidanze premature e rischio di infezioni) tra le donne con consumi prolungati di sostanze. Questi elementi sono indubbiamente da considerare nella progettazione e realizzazione di interventi preventivi, universali o selettivi, com'è da considerare, nella definizione della loro collocazione cronologica, la precoce maturazione psico-fisica delle ragazze rispetto ai loro coetanei maschi.

Le rappresentazioni sociali: dai testimoni privilegiati al web

I due studi sociologici tracciano un'immagine del rapporto tra donne e sostanze/comportamenti additivi per come viene percepito e rappresentato al di fuori dei di carattere sanitario o assistenziali, sia da un punto di vista esterno al fenomeno (osservatori privilegiati) che interno (soggetti consumatori e fruitori della rete). Il confronto tra questi due punti di osservazione mette in evidenza delle differenze che meritano particolare attenzione, così come l'emergere di alcuni paradossi.

Innanzitutto gli intervistati hanno reso evidente come, rispetto al consumo di sostanze, domini dal punto di vista esterno un discorso di genere binario⁽⁴¹⁸⁾, secondo cui la donna, acquisendo nuovi ruoli sociali, fa proprio il modello maschile. Prevale dunque una lettura semplicistica del fenomeno, che interpreta la convergenza tra i consumi di genere come una malintesa emancipazione, guardando al femminile solo in confronto al maschile e non riconoscendo alle donne un ruolo di soggetto attivo.

Alcune ricerche qualitative sull'alcol hanno invece recentemente evidenziato che la progressiva riduzione delle differenze di consumo rilevata come dato quantitativo, cela cambiamenti più complessi che vedono le donne quale soggetto attivo nell'attribuire significati e funzioni specifici ai propri consumi⁽⁴⁸⁴⁾, se non addirittura assumere il ruolo di *trend setter*, fornendo lo spunto per ipotizzare provocatoriamente una "femminilizzazione dei consumi" a fronte dell'avvicinarsi dei consumi maschili a motivazioni e modalità tradizionalmente considerati femminili⁽⁴⁸⁵⁾.

Le due ricerche sulla rappresentazione sociale pervengono agli stessi risultati già rilevati nei Paesi nordici, pur così distanti dalla nostra cultura e più paritari in termini di *gender gap*. Mentre i consumi alcolici sono cambiati, in Italia come in Europa, mostrando una

riduzione della distanza tra i due generi, l'associazione tra bere femminile e dissolutezza sessuale persiste^{(430) (418) (486)}. Dalle interviste ai testimoni privilegiati come dallo studio su Youtube, risulta infatti evidente che l'ubriachezza femminile, almeno tra gli adulti, è ancora soggetta a un doppio standard di giudizio⁽⁴²⁹⁾ che chiama in causa la dimensione morale, e non solo da parte degli uomini, ma anche delle stesse donne. Questo aspetto è indicativo di quanto sia ancora lontana una reale parità di genere in grado di attribuire alla donna un ruolo diverso da quello stereotipato di buona madre che non può permettersi di perdere il controllo, ma anzi, ha il dovere di controllare i consumi del partner⁽⁴³⁰⁾. Questa immagine, rafforzata dai mass media tradizionali⁽⁴⁸⁷⁾ e dal marketing⁽⁴⁴²⁾ appartiene dunque anche agli utenti del web e viene veicolata attraverso i nuovi media. Cadendo in un paradosso già evidenziato in un'altra ricerca su web e focalizzata sulle donne consumatrici di sostanze illegali⁽⁴⁸⁸⁾, le protagoniste consenzienti dei video pubblicati su Youtube da un lato sembrano voler associare la propria immagine di consumatrice alla costruzione di un'identità trasgressiva capace di sfidare le aspettative sociali, dall'altra, proponendosi come oggetto sessuale, si adeguano a un cliché tutt'altro che innovativo in termini di ruoli di genere. Tra i testimoni privilegiati un doppio standard di giudizio è emerso anche rispetto al dato generazionale, laddove i consumi delle giovani, molto visibili e sovrastimati, diventano oggetto di riprovazione da parte degli adulti, mentre quelli delle donne adulte - decisamente meno visibili e, anche alla luce dei risultati dell'indagine sul forum, probabilmente sottostimati - vengono associati quasi esclusivamente a condizioni di disagio o sofferenza.

Questo discorso è ancora più evidente per le droghe illegali, rispetto alle quali le visioni degli intervistati tradiscono una scarsa conoscenza dell'uso normalizzato e ricreativo delle sostanze, legato al piacere, anche tra le donne adulte^{(488) (489) (490)}. A questo proposito il forum si è rilevato un'importante fonte di informazione, evidenziando sia una significativa domanda di aiuto che cerca nel web la comprensione e il sostegno che altrove evidentemente non trova o non sa trovare, sia l'esistenza di donne che non vivono il rapporto con le droghe in maniera problematica e cercano in rete consigli di vario tipo (come consumare nuove sostanze, come nascondere il consumo sul luogo del lavoro,...). Se è vero che c'è una maggiore consapevolezza rispetto alla diffusione dei consumi di cannabis, l'interpretazione dominante che la lega a un uso esclusivamente ricreativo e rilassante sottende molto probabilmente una sottovalutazione dell'uso variegato e flessibile di questa droga⁽⁴¹⁷⁾ che può rispondere addirittura all'esigenza di migliorare le proprie prestazioni di casalinga e di madre⁽⁴¹⁹⁾. Il forum ha anche evidenziato il persistere del tradizionale ruolo forte delle donne come *caregiver*: sia come figlie sia come mogli le donne prendono in carico la dipendenza, anche quando non è la loro.

Se i consumi di alcol e di droghe illegali femminili sono inferiori a quelli maschili ma più facilmente oggetto di allarme e riprovazione sociale, questo non accade per i consumi di farmaci soggetti a prescrizione, ben più elevati di quelli maschili⁽⁴²⁹⁾. È quanto emerge anche dagli intervistati, consapevoli di un consumo diffuso e non sempre giustificato di psicofarmaci (in particolare ansiolitici), imputato tra l'altro alla facilità di ottenere una prescrizione medica, fenomeno ben noto alla letteratura⁽⁴³³⁾. Viene ipotizzata anche una

propensione maggiore al consumo di farmaci intrinseca al genere e collegata a fattori di ordine biologico (ed es. modificazioni ormonali legate ai cicli biologici) e psicologico (maggiore orientamento alla cura di sé), mentre la consapevolezza dell'influenza dei fattori socio-culturali è inferiore. Il rischio è di sottostimare gli interessi che stanno dietro a una "farmacologizzazione delle disuguaglianze di genere", non solo quelli dell'industria farmaceutica, che ha introdotto elementi comunicativi spesso orientati alla patologizzazione di normali caratteristiche della psiche e dell'emotività femminili, ma anche del sistema politico, che attraverso i farmaci «può contenere un crescente disagio, senza mettere in discussione una serie di asimmetrie socio-culturali la cui riduzione richiederebbe ben più alti costi politici, organizzativi, gestionali, nonché economici»⁽⁴³⁵⁾.

Gli interessi politici sono invece ben evidenti, e oggetto di diffuso sconcerto e disapprovazione, rispetto al gioco d'azzardo. Preoccupa infatti il moltiplicarsi di messaggi di marketing, di lotterie e di spazi in cui è possibile coltivare questa dipendenza, che sembra mietere sempre più vittime anche tra le donne adulte e in tempi più veloci rispetto agli uomini⁽⁴⁹¹⁾. È questo un tema su cui, soprattutto in Italia, la ricerca è ancora limitata e prevalgono i discorsi retorici, e che dunque meriterebbe maggiore riflessione, soprattutto in un periodo di crisi economica che può avere sul fenomeno una forte influenza specifica⁽⁴⁵⁶⁾.

Bisognerebbe poi interrogarsi su quale effetto avrà il processo di "convenzionalizzazione" del concetto di dipendenza nella cultura corrente, accelerato dai mass media⁽⁴⁴⁸⁾ e, come ha dimostrato questa ricerca, anche dai social network, dove in versione "pop" viene esibito come tratto identitario e quindi con una valenza di desiderabilità sociale. Questo processo sta mettendo in discussione i confini tra normalità e devianza, mentre quelli che distinguono i ruoli di genere alla luce di questa indagine appaiono difficili da superare, se le donne per prime non contribuiranno a decostruire in particolare due immagini, quella della donna come oggetto sessuale e quella della donna come caregiver, che impattano anche sul consumo di sostanze e sullo sviluppo di dipendenze.

Consumo femminile, norme sociali e stigma

Un ulteriore elemento che deve essere considerato nella programmazione di interventi preventivi, oltre che nell'organizzazione dei servizi di cura, è quello relativo alla maggiore sensibilità delle donne nei confronti delle norme socio-culturali e di quelle derivate dalle leggi vigenti, che molto più raramente vengono da loro infrante. Questo elemento può rappresentare un importante fattore di protezione genere-specifico, spesso utilizzato nei programmi di promozione della salute, anche per gli effetti emulativi che può indurre nel gruppo dei pari. Può però, per contro, anche rappresentare un forte ostacolo all'emersione di problemi connessi all'uso di sostanze psicotrope e un limite alla possibilità per le donne di rivolgersi a degli specialisti per un aiuto. Molto utili a tal proposito si sono dimostrate alcune azioni di sensibilizzazione, condivise da Servizi per le dipendenze, medici di base, Servizi sociali e Tribunali per i minorenni, orientate a ridurre i timori delle donne verso le componenti sanzionatorie associabili all'avvio di un percorso terapeutico. Paradossalmente

sembra però più semplice agire sulle implicazioni delle componenti legali che su quelle delle componenti socio-culturali. Dal rapporto tra comportamenti di assunzione e tali rappresentazioni culturali può prodursi lo stigma che rappresenta probabilmente la risposta più evidente e più carica di conseguenze che colpisce le donne con problemi di consumo o dipendenza, tanto più se appartengono a minoranze o manifestano altri comportamenti considerati ‘devianti’. Lo stigma, inoltre, innesca un processo introiettivo da parte delle donne, con il conseguente instaurarsi di vissuti di colpa, che, analogamente a quanto accade per le vittime di abusi e violenze, rende difficile la manifestazione della sofferenza esperita e l'emersione di una richiesta di aiuto per fronteggiarla.

Se a ciò si aggiunge che molti studi evidenziano come un atteggiamento stigmatizzante, o almeno di tipo giudicante, caratterizzi talvolta l'atteggiamento degli stessi operatori dei servizi di cura verso le donne che consumano sostanze, appare necessario sviluppare azioni finalizzate a riconsiderare e affrontare tali rappresentazioni. Percorsi formativi sulle caratteristiche dei consumi femminili e sulle loro implicazioni si sono rilevati utili, sia a livello di servizi primari, sia di servizi specialistici, per facilitare l'approccio al fenomeno da parte degli operatori e per migliorare la riconoscibilità dei sintomi e dei bisogni espressi dalle donne. Bisogni che richiedono una particolare sensibilità, ma anche un'offerta concreta di servizi in grado di incidere contemporaneamente su più dimensioni: da quella individuale per potenziare motivazione, autostima e capacità introspettiva, a quella grupppale per favorire processi di confronto e condivisione, da quella familiare per ridurre i fattori esogeni di rischio, a quella sociale per agevolare l'autonomia e l'affrancamento da condizioni di frequente subordinazione. In tutto questo è utile sottolineare, per quanto sia un elemento ampiamente condiviso, come il sostegno delle funzioni genitoriali, sia nelle loro componenti psicologiche, sia in quelle più concrete, rappresenti una variabile determinante nel favorire l'accesso e l'adesione delle donne ai percorsi terapeutico-riabilitativi.

Sia a livello preventivo, sia clinico, è importante considerare oltre agli aspetti soggettivi il diverso ruolo svolto dai fattori ambientali nella genesi e nell'adozione di condotte a rischio. In primo luogo i ragazzi sono maggiormente influenzati dal gruppo dei pari, mentre le ragazze lo sono maggiormente dal contesto familiare. Se questo è caratterizzato da dinamiche fluide e vi sono modelli parentali positivi, ciò rappresenta per loro un importante fattore di protezione, ma se vi sono conflittualità, o se vi sono episodi, o comunque vissuti, di sopruso, negligenza e abbandono, le ragazze sembrano risentirne molto più di quanto accada per i ragazzi. Si parla ovviamente di gradienti di rischio, poiché una famiglia problematica rappresenta per entrambi i generi un fattore predisponente per il manifestarsi di condotte rischiose, ma tutti gli studi rilevati evidenziano la presenza di più frequente familiarità con uso di sostanze per le ragazze rispetto all'abuso di sostanze psicotrope.

Questo elemento è rilevante non solo rispetto all'influenza della famiglia d'origine, ma anche per quanto riguarda la dimensione della famiglia attuale: nelle donne che consumano sostanze psicotrope è molto più frequentemente riscontrabile la presenza di partner con consumi o dipendenze da sostanze, rispetto al quale il consumo femminile è di solito

secondario. Il significato e il ruolo dei legami con i membri della famiglia, sia d'origine sia attuale, dovrebbe quindi assumere un particolare rilievo nella ricostruzione anamnestica e nel trattamento delle donne che accedono ai servizi di cura. Così come il tema, profondamente interconnesso al precedente, degli abusi e delle violenze subite dalle donne, che rappresentano un fattore fortemente predisponente rilevato in moltissimi studi. Non è quindi un caso che il disturbo post-traumatico da stress (PTSD) sia uno dei disturbi che nelle donne più spesso si associa a una diagnosi di abuso o dipendenza, insieme ai disturbi dello spettro depressivo e di quello ansioso. La particolarità consiste nel fatto che nelle donne, più spesso che negli uomini, la comparsa di tali disturbi precede il consumo di sostanze psicotrope, che in questi casi si configura come tentativo di autocura rispetto a condizioni di profonda sofferenza psichica. Tra le comorbilità da considerare sul piano clinico, un particolare rilievo assume per le donne anche l'associazione tra uso di sostanze e disturbi alimentari. In particolare l'*overeating*, sia legato a stili alimentari sia a quadri di compulsività, che da alcuni autori viene inserito nel medesimo spettro comportamentale e psicopatologico del consumo di sostanze psicoattive, rappresenta una delle possibili motivazioni per l'assunzione di quelle sostanze, come la cocaina e gli anfetaminici, che hanno un potenziale anoressizzante.

Servizi specialistici e protocolli di intervento

Sia dall'analisi della letteratura sia dalle interviste con gli operatori emerge l'importanza che i trattamenti rivolti alle donne, siano essi di prossimità ambulatoriali o residenziali, riescano a garantire sicurezza e privacy, pur dovendosi orientare verso approcci meno rigidi e strutturati rispetto a quelli concepiti per gli uomini. Relativamente alla scelta tra programmi a utenza mista e programmi per sole donne, per quanto le evidenze non siano univoche, sembra che i secondi siano più efficaci per svariate ragioni: per l'opportunità di condividere e confrontarsi con prospettive e sensibilità comuni, per la possibilità di esprimersi più liberamente su argomenti delicati come quelli riferibili a problemi di salute, cura dei figli o violenze subite, ma soprattutto perché gli interventi possono essere tarati sulle necessità, i bisogni e le dinamiche psico-relazionali delle donne che, come si è visto, hanno una propria forte peculiarità.

È già stato rilevato come gli unici protocolli inter-servizi relativi al consumo di sostanze, che assumano una prospettiva genere-specifica e che abbiano raggiunto un buon grado di diffusione e consolidamento, siano quelli destinati alle donne in gravidanza. Tali interventi, orientati in prima istanza a ridurre il rischio di patologie e sindromi fetali per il nascituro, dovrebbero sempre rappresentare il primo passo di programmi di più lunga durata. I protocolli regionali qui analizzati si conformano a questa indicazione e alle evidenze emerse dall'analisi della letteratura.

Molti studi, infatti, dimostrano come diversi fattori spesso associati alla dipendenza (depressione, episodi di violenza, dinamiche familiari disfunzionali, mancanza di figure di riferimento significative, assenza di dimora stabile, incarcerazioni, eventi avversi, sintomatologia psichiatrica, ecc.) appaiano molto più determinanti per il progressivo

sviluppo del bambino di quanto lo sia la sua esposizione prenatale alle droghe. Per questo la presenza o l'attesa di figli deve essere sempre considerata non solo come un fattore di rischio con evidenti implicazioni assistenziali e legali, ma anche come una condizione che inneschi un percorso di osservazione e interventi di supporto di carattere multimodale e multiprofessionale prolungati in un ampio arco temporale.

Vi sono ulteriori eventi critici, o la rilevazione delle situazioni che li possono precedere, che rappresentano quindi per entrambi i generi, ma con implicazioni specifiche per le donne, dei momenti chiave per un intervento che, in un'ottica preventiva e terapeutica, deve necessariamente basarsi sulla collaborazione tra più servizi. Tra questi è possibile citare, a titolo riepilogativo, la manifestazione di quadri psicopatologici, in particolare di tipo depressivo o disturbi della condotta alimentare, i ricoveri per intossicazioni acute o patologie e incidenti alcol o droga-correlati, l'emersione di episodi, recenti o passati, di violenza fisica o di eventi traumatici, tra cui la perdita di ruoli sociali o lavorativi, la manifestazione di ideazioni o tentativi anticonservativi, il rilevamento di condotte sessuali a rischio o la diagnosi di malattie sessualmente trasmissibili, che tra l'altro nelle donne hanno decorsi più rapidi e prognosi più avverse.

Allo stesso modo vi sono condizioni e contesti generali che, essendo facilitanti rispetto alla possibilità di sviluppare una dipendenza, dovrebbero stimolare la collaborazione con quelle specifiche agenzie e istituzioni che di tali aspetti si occupano. Tra queste condizioni ancora a titolo esemplificativo, è utile considerare la provenienza da famiglie multiproblematiche, la presenza di familiari o partner con uso pregresso o attuale di sostanze psicotrope, l'appartenenza a minoranze etniche, la condizione di disoccupazione o comunque di marginalità sociale e il coinvolgimento in attività di prostituzione.

Dall'indagine realizzata appare quindi evidente che se molte sono le analogie tra uomini e donne nelle manifestazioni e nelle implicazioni dei consumi e delle dipendenze da sostanze e da comportamenti, vi siano d'altra parte numerose e significative differenze. Molti aspetti non sono stati volutamente considerati o sono involontariamente sfuggiti al lavoro di ricerca effettuato, mentre altri non sono stati particolarmente approfonditi.

Nonostante questo le conclusioni delle diverse aree di indagine vanno in una direzione univoca secondo la quale il tema delle differenze di genere dovrà assumere una nuova centralità negli studi e nelle riflessioni sui consumi di sostanze e sulle dipendenze nella popolazione, così come in quelle sull'organizzazione delle risposte che il contesto sociale potrà offrire a livello ambientale, culturale e sanitario. In tal senso è confortante che a livello nazionale arrivino segnali di attenzione verso questo tema: dal protocollo dell'Agenzia Italiana per il Farmaco per l'inclusione delle donne nelle sperimentazioni di nuovi farmaci, al progetto Dad.net, con il quale il Dipartimento Nazionale per le Politiche Antidroga intende promuovere interventi preventivi genere-specifici, alla recente revisione del protocollo piemontese per la tutela del nascituro e della donna.

Infine, nell'ambito della Regione Piemonte, vi è il già espresso auspicio che questa indagine sul consumo di sostanze nel genere femminile costituisca una base su cui impostare percorsi di sensibilizzazione e di formazione, oltre a poter rappresentare uno

strumento per la costruzione di linee di indirizzo tematiche utili nell'organizzazione locale dei servizi socio-sanitari.

BIBLIOGRAFIA

1. Istat (2012); *Usa del tempo e ruoli di genere. Tra lavoro e famiglia nel ciclo di vita*, Roma.
2. Hausmann R, Tyson LD, Zahidi S (2012); *The Global Gender Gap Report 2012*, http://www3.weforum.org/docs/WEF_GenderGap_Report_2012.pdf.
3. European Commission (2012); *Report on equality between woman and men in 2011*, Publications Office of the European Union, Luxembourg, <http://ec.europa.eu/justice/gender-equality/files/>.
4. Istat (2012); *Annuario statistico italiano 2012*, Roma.
5. Istat (2012); *Rapporto annuale 2012. La situazione del Paese*, Roma.
6. Andriolo M, Murtas E, Mazzoccoli A (2011); *Donne. Terzo rapporto sulla condizione femminile in Piemonte*, <http://www.irespiemonte.it/rapportocondizionefemminile/>.
7. Rosina A, Saraceno C (2008); *Interferenze asimmetriche. Uno studio di discontinuità lavorativa femminile*, *Economia e Lavoro*, 2/2008.
8. Istat (2008); *Conciliare lavoro e famiglia. Una sfida quotidiana*, Roma.
9. Sartori F (2009); *Differenze e disuguaglianza di genere*, Bologna, il Mulino.
10. Consiglio Europeo (2000); *Conclusioni della Presidenza*, http://www.europarl.europa.eu/summits/lis1_it.htm.
11. Bettio F, Corsi M, D'Ippoliti C, Lyberaki A, Lodovici MS, Verashchagina A (2012); *The impact of the economic crisis on the situation of women and men and on gender equality policies*, <http://ec.europa.eu/justice/genderequality/files/documents/enege>.
12. Rosti L (2006); *La segregazione occupazionale in Italia*, in Simonazzi A (a cura di), *Questioni di genere, questioni di politica. Trasformazioni economiche e sociali in una prospettiva di genere*, Carocci, Milano.
13. Naldini M, Saraceno C (2011); *Conciliare famiglia e lavoro. Vecchi e nuovi patti tra sessi e generazioni*, Bologna, il Mulino.
14. Gerra G, Zaimovic A, Zambelli U, Delsignore R, Baroni MC, Laviola G, Macchia T, Brambilla F (2000); *Neuroendocrine correlates of depression in abstinent heroin-dependent subjects*. *Psychiatry Res* 96(3):221-34.
15. <http://www.hbsc.unito.it/>, *Health Behaviour in School-aged Children*.
16. <http://www.espad.org/>, *European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*.
17. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. *Results from the 2006 National Survey on Drug Use and Health: national findings*. Rockville, MD: Office of Applied Studies; 2007. NSDUH Series H-32, DHHS Publication, No. SMA 07-4293.
18. Lindsay AR, Velasquez SC (2009); *Healthy Steps to Freedom: A health and body image curriculum for use in substance abuse programs for women*. Retrieved from. <http://www.unce.unr.edu/publications/files/cy/2009/cm0902OrderForm.pdf>.
19. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2010); *Results from the 2009 National Survey on Drug Use and Health: Volume I. Summary of National Findings* (HHS Publication No. SMA 10-4586); Rockville, MD: U.S. Government Printing Office.

20. Roe S (2005); Drug misuse declared: findings from the 2004/2005 British crime survey e England and Wales. London: Home Office.
21. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2004); Results from the 2003 National Survey on Drug Use and Health: national findings. Rockville, MD: SAMHSA.
22. Turner C, Russell A, Brown W (2003); Prevalence of illicit drug use in young Australian women: patterns of use and associated risk factors. *Addiction*, 98:1419e26.
23. Australian Institute of Health and Welfare (2004); Statistics on drug use in Australia. Canberra.
24. Crome IB, Kumar MT (2007); Epidemiology of drug and alcohol use in young women; *Semin Fetal Neonatal Med* [1744-165X];12(2): 98-105.
25. Lewis G (2004); Why mothers die 2000e2002: confidential enquiry into maternal and child health (CEMACH) e the sixth report. London: CEMACH.
26. Erens B, Primatesta P, Prior G (2001); Health survey of England: the health of minority groups 1999. London: The Stationery Office.
27. Fuller E (2004); Smoking, drinking and drug use among young people in England in 2004. Leeds: Health and Social Care Information Centre.
28. Kershaw C, Chivite-Matthews N, Thomas G, Aust R (2001); The 2001 British crime survey. London: Office for National Statistics.
29. Holdcraft LC, Iacono WG (2004); Cross-generational effects on gender differences in psychoactive drug abuse and dependence; *Drug Alcohol Depend* [0376-8716]; 10;74(2): 147-58.
30. Iacono WG, Carlson SR, Taylor J, Elkins IJ, McGue M (1999); Behavioral disinhibition and the development of substance-use disorders: findings from the Minnesota Twin Family Study. *Dev. Psychopathol.* 11: 869–900.
31. Westermeyer J, Boedicker AE (2000); Course, severity, and treatment of substance abuse among women versus men; *Am J Drug Alcohol Abuse* [0095-2990];26(4): 523-35.
32. Brienza RS, Stein MD (2002); Alcohol use disorders in primary care: do gender-specific differences exist?; *J Gen Intern Med* [0884-8734];17(5): 387-97.
33. Lex B (1991); Gender differences and substance abuse. *Adv Subst Abuse*; 4:225–96.
34. Miller WR, Cervantes EA (1997); Gender and patterns of alcohol problems: pretreatment responses of women and men to the comprehensive drinker profile; *J Clin Psychol.*53(3):263-77.
35. Green CA (2006); Gender and Use of Substance Abuse Treatment Services *Alcohol Research & Health*, Vol. 29, No. 1.
36. Tavares H, Zilberman ML, Beites FJ, Gentil V (2001); Gender differences in gambling progression; *J Gambl Stud* [1050-5350];17(2): 151-9.
37. Miller WR, Cervantes EA (1997); Gender and patterns of alcohol problems: pretreatment responses of women and men to the comprehensive drinker profile; *J Clin Psychol.*53(3):263-77.
38. Brown AI, Alterman AI, Rutherford MJ, Cacciola JS, Zaballero AR (1993); Addiction severity index scores of four racial/ethnic and gender groups of methadone maintenance patients. *J. Subst. Abuse* 5: 269–79.

39. Denier CA, Thevos AK, Latham PK, Randall CL (1991); Psychosocial and psychopathology differences in hospitalized male and female cocaine abusers: a retrospective chart review. *Addict. Behav.* 16: 489–96.
40. Griffin ML, Weiss RD, Mirin SM, Lange U (1989); A comparison of male and female cocaine abusers. *Arch. Gen. Psychiatry* 46:122–6.
41. Hser YM, Anglin MD, Booth MW (1987); Sex differences in addict careers: addiction. *Am. J. Drug Alcohol Abuse* 13: 231–51.
42. Kearney MH (1998); Truthful self-nurturing: A grounded formal theory of women's addiction recovery. *Qualitative Health Research*, 8: 495 –512.
43. Kloos A, Weller RA, Chan R, Weller EB (2009); Gender differences in adolescent substance abuse; *Curr Psychiatry Rep* [1535-1645];11(2): 120-6.
44. Kashdan TB, Vetter CJ, Collins RL (2005); Substance use in young adults: associations with personality and gender. *Addict Behav* , 30:259–69.
45. Wetherington CL, Roman AB (1998); Drug addiction research and the health of women. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse: 236-244. NIH Publication, No. 98–4290.
46. US Department of Health and Human Services (2003); Treatment Methods for Women. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Institute on Drug Abuse.
47. Kauffman SE, Silver P, Poulin J (1997); Gender differences in attitudes toward alcohol, tobacco, and other drugs. *Soc. Work*; 42:231-41.
48. Bloom B, Covington S (1998); Gender-specific programming for female offenders: what is it and why is it important? Washington, DC: American Society of Criminology.
49. Manhal-Baugus M (1998); The self-in-relation theory and women for sobriety: female-specific theory and mutual help group for chemically dependent women. *J Addict Offender Counseling*; 18:78–85.
50. Greenfield SF, Manwani SG, Nargiso JE (2003); Epidemiology of substance use disorders in women. *Obstetrics & Gynecology Clinics of North America* 30:413–46. PMID: 14664320.
51. McPherson M, Casswell S, Pledger M (2004); Gender convergence in alcohol consumption and related problems: Issues and outcomes from comparisons of New Zealand survey data. *Addiction*, 99:738–48. PMID: 15139872.
52. Najavits LM, Lester KM (2008); Gender differences in cocaine dependence; *Drug Alcohol Depend* [0376-8716]. 1;97(1-2): 190-4.
53. Deering DE, Frampton CMA, Horn J, Sellman JD, Adamson SJ, Potiki TL (2004); Health status of clients receiving methadone maintenance treatment using the SF-36 health survey questionnaire *Drug and Alcohol Review*, 23(3): 273–280.
54. Puigdollers E, Domingo-Salvany A, Brugal MT, Torrens M, Alvarós J, Castillo C et al. (2004); Characteristics of heroin addicts entering methadone maintenance treatment: Quality of life and gender, *Substance Use & Misuse*, 39(9):1353–68.

55. Domingo-Salvany A, Brugal MT, Barrio G, González-Saiz F, Bravo MJ, de la Fuente L et al. (2010); Gender differences in health related quality of life of young heroin users. *Health and Quality of Life Outcomes*, 1 (8):145.
56. Williamson A, Darke S, Ross J, Teesson M (2009); Changes and predictors of change in the physical health status of heroin users over 24 months. *Addiction*, 104(3): 465–70.
57. Hicks BM, Blonigen DM, Kramer MD, et al. (2007); Gender differences and developmental change in externalizing disorders from late adolescence to early adulthood: a longitudinal twin study. *J Abnorm Psychol*, 116:433–47.
58. Tuchman E (2010); Women and addiction: the importance of gender issues in substance abuse research; *J Addict Dis* [1545-0848];29(2): 127-38.
59. Dakof GA (2000); Understanding gender differences in adolescent drug abuse: issues of comorbidity and family functioning. *J Psychoactive Drugs* , 32:25–32.
60. Nelson-Zlupko L, Kauffman E, Dore MM (1995); Gender differences in drug addiction and treatment: implications for social work intervention with substance-abusing women. *Soc Work*, 40:45–54.
61. Chatham LR, Hiller ML, Rowan-Szal GA, Joe GW, Simpson DD (1999); Gender differences at admission and follow-up in a sample of methadone maintenance clients. *Subst Use Misuse*; 34:1137–65.
62. Sheridan MJ (1995); A proposed intergenerational model of substance abuse, family functioning, and abuse/neglect. *Child Abuse Neglect*; 19:519–30.
63. Davis SK (1990); Chemical dependency in women: a description of its effects and outcome on adequate parenting. *J Subst Abuse Treat*;7:225–32.
64. Ramlow BE, White AL, Watson DD, Leukefeld CG (1997); Needs of women with substance use problems: an expanded vision for treatment. *Subst Use Misuse*;32:1395–404.
65. Stein MD, Cyr MG (1997); Women and substance abuse. *Med Clin N Am*; 81:979–98.
66. Chermack ST, Stoltenberg SF, Fuller BE, Blow FC (2000); Gender differences in the development of substance-related problems: the impact of family history of alcoholism, family history of violence and childhood conduct problems. *J. Stud Alcohol*, 61:845–852.
67. Westermeyer J, Kopka S, Nugent S (1996); Course and severity of substance abuse among patients with comorbid major depression. *Am J Addict*;6:284–92.
68. Gomberg ESL (1989); Suicide risk among women with alcohol problems. *Addict Nurs Network*;1:3–7.
69. Johnson RA, Gerstein DR (1998); Initiation of use of alcohol, cigarettes, marijuana, cocaine, and other substances in US birth cohorts since 1919. *Am. J. Public Health* 88, 27–33.
70. Wilsnack SC, Wilsnack RW (1991); Epidemiology of women's drinking. *J. Subst. Abuse* 3: 133–57.
71. Tuchman E (2003); Methadone and menopause: midlife women in drug treatment. *J Soc Work Pract Addict*;3:43–56.

72. Prescott CA, Aggen SH, Kendler KS (1999); Sex differences in the sources of genetic liability to alcohol abuse and dependence in a population based sample of U.S. twins. *Alcohol Clin Exp Res*, 23: 1136-44.
73. Caldwell CB, Gottesman II (1991); Sex differences in the risk for alcoholism: A twin study. *Behavior Genetics*, 21, 563.
74. McGue M (1999); The behavioral genetics of alcoholism. *Curr Dir Psychol Sci*, 8: 109–15.
75. McGue M, Pickens RW, Svikis DS (1992); Sex and age effects on the inheritance of alcohol problems: A twin study. *J Abnorm Psychol*, 101: 3-17.
76. Pickens RW, Svikis DS, McGue M et al. (1991); Heterogeneity in the inheritance of alcoholism: A study of male and female twins. *Arc Gen Psychiatry*, 48: 19–28.
77. Heath AC, Bucholz KK, Madden PAF (1997); Genetic and environmental contributions to alcohol dependence risk in a national twin sample: Consistency of findings in women and men. *Psychol Med*, 27: 1381–96.
78. Prescott CA, Kendler KS (1999); Genetic and environmental contributions to alcohol abuse and dependence in a population-based sample of male twins. *Am J Psychiatry*, 156: 34–40.
79. Altintoprak E, Annette Akgür S, Yüncü Z, Sertöz OO, Cokunol H (2008); Alcohol use-related problems in women; *Turk Psikiyatri Derg [1300-2163]*;19(2): 197-208.
80. Grella CE (1997); Services for perinatal women with substance abuse and mental health disorders: the unmet need. *J Psychoact Drugs*;29:67–78.
81. Institute of Medicine (1990); *Broadening the Base of Treatment for Alcohol Problems*. Washington, DC: National Academy Press.
82. Ashley OS, Marsden ME, Brady TM (2003); Abuse, Effectiveness of substance abuse treatment programming for women: a review. *American Journal of Drug and Alcohol*;29:19–53.
83. Hawke JM, Jainchill N, De Leon G (2003); Post-treatment victimization and violence among adolescents following residential drug treatment. *Child Maltreat*; 8:58–71.
84. Claus RE, Orwin RG, Kissin W, Krupski A, Campbell K, Stark K (2007); Does gender-specific substance abuse treatment for women promote continuity of care? *Journal of Subst Abuse Treatment*, 32, 27– 39.
85. Comfort M, Kaltenbach KA (2000); Predictors of treatment outcomes for substance-abusing women: A retrospective study. *Substance Abuse*, 21: 33 –45.
86. Finkelstein N (1994); Treatment issues for alcohol- and drug-dependent pregnant and parenting women. *Health & Social Work*, 19: 7 –15.
87. Najavitz LM, Weiss RD, Shaw SR (1997); The link between substance abuse and posttraumatic stress disorder in women: a research review. *Am J Addict. e* 6(4):273-83.
88. Lex BW (1992); Alcohol problems in special populations, in *Medical Diagnoses and Treatment of Alcoholism* (J. H. Mendelson and N. K. Mello, Eds.); McGraw-Hill, St. Louis, Missouri, pp. 71–154.
89. El-Bassel N, Gilbert L, Shilling R, Wada T (2000); Drug abuse and partner violence among women in methadone treatment. *J Fam Violence*. 15:209–28.

90. Brady KT, Killeen TK, Brewerton T, Lucerini S (2000); Comorbidity of psychiatric disorders and posttraumatic stress disorder. *J Clin Psychiatry*, 61 (suppl);7(4):22–32.,
91. Cottler LB, Compton W, Mager D, Spitznagel EL, Janca A (1992); Posttraumatic stress disorder among substance abusers from the general population. *Am J Psychiatry*; 149:664–70.
92. Brady KT, Dansky BS, Sonne SC, Saladin ME (1998); Posttraumatic stress disorder and cocaine dependence. Order of onset. *Am J Addict* , 7:128–135.
93. Reynolds M, Mezey G, Chapman M et al. (2005); Co-morbid posttraumatic stress disorder in a substance misusing clinical population. *Drug Alcohol Depend*, 77: 251-8.
94. Stewart SH, Pihl RO, Conrod PJ et al.(1998); Functional associations among trauma, PTSD, and substance-related disorders. *Addictive Behav*,23: 797–812.
95. Saxe G, Wolfe J (1999); Gender and posttraumatic stress disorder. In: Saigh PA, Bremner JD, eds. *Posttraumatic Stress Disorder: A Comprehensive Text*. Boston: Allyn and Bacon, 160–182.
96. Kessler RC, Crum RM, Warner LA, Nelson CB, Schulenberg J, Anthony JC (1997); Lifetime co-occurrence of DSM-III-R alcohol abuse and dependence with other psychiatric disorders in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*. 54(4):313-21.
97. Merikangas KR, Stevens DE (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.
98. Brecht ML, O'Brien A, von Mayrhauser C, Anglin MD (2004); Methamphetamine use behaviors and gender differences. *Addictive Behaviors*, 29, 89–106, doi:10.1016/S0306-4603(03)00082-0.
99. Greenfield SF, Brooks AJ, Gordon SM, Green CA, Kropp F, McHugh MK, Lincoln M, Hien D, Miele GM (2007); Substance abuse treatment entry, retention, and outcome in women: A review of the literature. *Drug and Alcohol Dependence*. 86:1–21.
100. Office of National Drug Control Policy (2008); State of Nevada: Profile of drug indicators. Retrieved from <http://www.ondcp.gov/statelocal/nv/nv.pdf>.
101. Piazza NJ, Vrbka JL, Yeager RD (1989); Telescoping of alcoholism in women alcoholics, *Int. J. Addict*. 24:19–28 .
102. Lucas LR, Angulo JA, Le Moal M, McEwen BS, Piazza PV (1998); Neurochemical characterization of individual vulnerability to addictive drugs in rats. *Eur J Neurosci*; 10:3153–63.
103. Randall CL, Roberts JS, Del Boca FK et al. (1999); Telescoping of landmark events associated with drinking: A gender comparison. *Journal of Studies on Alcohol* 60:252–60. PMID: 10091964.
104. Szabo G (2007); Moderate Drinking, Inflammation, and Liver Disease. *Ann Epidemiol*, 17(Supp 1): 49-54.
105. Ely M, Hardy R, Longford NT, Wadsworth ME (1999); Gender e differences in the relationship between alcohol consumption and drink problems are largely accounted for by body water. *Alcohol and Alcoholism*, 34: 894-902.
106. Urbano-Márquez A, Estruch R, Fernández-Solá J et al. (1995); The greater risk of alcoholic cardiomyopathy and myopathy in women compared with men. *JAMA*. e 274(2):149-54.

107. Mumenthaler MS, Taylor JL, O'Hara R, Yesavage JA (1999); Gender differences in moderate drinking effects. *Alcohol Res Health*; 23:55–64.
108. Devaud LL, Risinger FO, Selvage D (2006); Impact of the hormonal milieu on the neurobiology of alcohol dependence and withdrawal. *J. Gen Psychol*, 133: 337-56.
109. Hall PM (1995); Factors influencing individual susceptibility to alcoholic liver disease. In: Hall PM, ed. *Alcoholic Liver Disease: Pathology and Pathogenesis*. Vol 2nd. London: Edward Arnold , pp.299-316.
110. Block GD, Yamamoto ME, Mallick A (1993); Effects on pubertal hormones by ethanol abuse in adolescents. *Alcohol Clin Exp Res*, 17: 505-6.
111. Diaz NM, O'Neill TW, Silman AJ (1997); The influence of alcohol consumption on the risk of vertebral deformity. European vertebral osteoporosis study group. *Int. Osteoporos Int e* 7(1):65-71.
112. Sampson HW (2002); Alcohol and other factors affecting osteoporosis risk in women. *Alcohol Res Health*. 26(4):292-8.
113. Kovacs EJ, Messingham KA (2002); Influence of alcohol and gender on immune response. *Alcohol Res Health*. e 26(4):257-63.
114. Frezza M, DiPadova C, Pozzato G (1990); High blood alcohol levels in women: the role of decreased gastric alcohol dehydrogenase activity and first-pass metabolism. *New Engl J Med*, 322: 95–9.
115. Seitz HK, Poschl G (1997); The role of gastrointestinal factors in alcohol metabolism. *Alcohol and Alcoholism*, 32: 543-9.
116. Emanuele NV, LaPaglia N, Steiner J (2001); Effect of chronic ethanol exposure on female rat reproductive cyclicality and hormone secretion. *Alcohol Clin Exp Res*, 25: 1025–9.
117. Jacobson R (1986); The contributions of sex and drinking history to the CT brain scan changes in alcoholics. *Psychological Med*, 16: 547-59.
118. Mann K, Batra A, Gunthner A et al. (1992); Do women develop alcoholic brain damage more readily than men? *Alcohol Clin Exp Res*, 16: 1052–6.
119. Hommer D, Momenan R, Kaiser E et al. (2001); Evidence for a gender-related effect of alcoholism on brain volumes. *Am J Psychiatry*, 158: 198-204.
120. Pfefferbaum A, Rosenbloom M, Deshmukh A et al. (2001); Sex differences in the effects of alcohol on brain structure. *Am J Psychiatry*, 158: 188–97.
121. Ammendola A, Gemini D, Iannaccone S et al. (2000); Gender and peripheral neuropathy in chronic alcoholism: A clinical-electroneurographic study. *Alcohol and Alcoholism*, 35: 368-71.
122. Schweinsburg BC, Alhassoon OM, Taylor MJ et al. (2003); Effects of alcoholism and gender on brain metabolism. *Am J Psychiatry*, 160:1180-3.
123. Hommer DW (2003); Male and female sensitivity to alcohol-induced brain damage. *Alcohol Res Health*, 27: 181-5.
124. Nixon SI (1994); Cognitive deficits in alcoholic women. *Research World. Alcohol & Health World e* 18(3):228-32.

125. Walter H, Gutierrez K, Ramskogler K et al. (2003); Gender-specific differences in alcoholism: Implications for treatment. *Arch Womens Ment Health*, 6: 253-8.
126. Hiatt RA, Bawol RD (1984); Alcoholic beverage consumption and breast cancer incidence. *Am J Epidemiol*, 120: 676-83.
127. Willett WC, Stampfer MJ, Colditz GA et al. (1987); Moderate alcohol consumption and the risk of breast cancer. *N Engl J Med*, 316: 1174- 80.
128. Fuchs CS, Stampfer MJ, Colditz GA (1995); Alcohol consumption and mortality among women. *N Engl J Med*, 332: 1245-50.
129. Longnecker M (1999); Invited commentary: the Framingham results on alcohol and breast cancer. *Am J Epidemiol*, 149: 102–3.
130. Singletary KW, Gapstur SM (2001); Alcohol and breast cancer: review of epidemiologic and experimental evidence and potential mechanisms. *JAMA*, 286: 2143-51.
131. Dumitrescu RG, Cotarla I (2005); Understanding breast cancer risk-where do we stand in 2005? *J Cell Mol Med*, 9: 208-21.
132. Ellison RC, Zhang Y, McLennan CE, Rothman KJ (2001); Exploring the relation of alcohol consumption to risk of breast cancer. *Am J Epidemiol*. e 154(8):740-7.
133. Colditz GA, Rosner B (2000); Cumulative risk of breast cancer to age 70 years according to risk factor status. *Am J Epidemiol*. e 152(10):950-64.
134. Wilsnack SC, Bechman LJ (1984); Alcohol problems in women: antecedents, consequences, and intervention. New York: Guilford Press.
135. Hanna E, Dufour MC, Elliott S ve ark. (1992); Dying to be equal: women, alcohol, and cardiovascular disease. *Br J Addict*, 87: 1593-97.
136. Klatsky AL, Armstrong MA, Friedman GD (1992); Alcohol and mortality. *Ann Intern Med*, 117: 646-54.
137. Poikolainen K (1995); Alcohol and mortality - a review, *Journal of clinical epidemiology*, 48(4):455-65.
138. Serdula MK et al. (1995); Alcohol intake and subsequent mortality - findings from the nhanes-i follow-up-study, *Journal of studies on alcohol*, 56(2): 233-239.
139. Stampfer MJ, Colditz GA, Willett WC, Speizer FE, Hennekens CH (1988); A prospective study of moderate alcohol consumption and the risk of coronary disease and stroke in women; *N Engl J Med*. 4;319(5):267-73.
140. Garg R, Wagener DK, Madans JH (1993); Alcohol consumption and risk of ischemic heart disease in women. *Archive of Internal Medicine*, 153:1211-6.
141. Stevens SJ, Tortu S, Coyle SL (1998); Women drug users and HIV prevention: overview of findings and research needs. In: Stevens SJ, Tortu S, Coyle SL, eds. e *Women, Drug Use, and HIV Prevention*. Binghamton, NY: The Hawthorne Medical Press, pp.19–47.
142. Weeks MR, Singer M, Himmelgreen DA, Richmond P, Grier M, Radda K (1998); Drug use patterns in substance abusing women: gender and ethnic differences in an AIDS prevention program. In: Stevens SJ, Wexler HK, eds. *Women and substance abuse*. Binghamton, NY: The Hawthorne Medical Press, pp. 35–61.

143. Levy JA, Ory MG, Crystal S (2003); HIV/AIDS interventions for midlife and older adults: current status and challenges. *JAIDS* e 33(2):S59–S67.
144. Strathdee SA, Galai N, Safaiean M et al. (2001); Sex differences in risk factors for hiv seroconversion among injection drug users: a 10-year perspective. *Arch Med. Intern Med* e 161(10):1281-8.
145. Farzadegan H, Hoover DR, Astemborski J, et al. (1998); Sex differences in HIV-1 viral load and progression to AIDS. *Lancet e Lancet*. 352(9139):1510-4.
146. Gender Differences in Drug Abuse Risks and Treatment. Available at: http://archives.drugabuse.gov/NIDA_Notes/NNVol15N4/tearoff.html. Accessed September 3, 2010.
147. Fornari VM, Kent J, Kabo L, Goodman B (1994); Anorexia nervosa: “thirty something” *J Subst Abuse Treat*.
148. Merikangas KR, Stevens DE, Fenton B, Stolar MS, O’Malley S, Woods SW, Risch N (1998); Co-morbidity and familial aggregation of alcoholism and anxiety disorders. *Psychol Med* e 28:773–88.
149. Sonne SC, Back SE, Zuniga CD, Randall CL, Brady KT (2003); Gender differences in individuals with comorbid alcohol dependence and posttraumatic stress disorder. *Am J Addict* e 12:412–3.
150. Rounsaville BJ, Kranzler HR, Ball S, et al. (1998); Personality disorders in substance abusers: relation to substance use. *JNerv Ment Dis*, 186:87–95.
151. Brooner RK, King VL, Kidorf M, Schmidt CW Jr, Bigelow GE (1997); Psychiatric and substance comorbidity among treatment-seeking opioid abusers. *Arch Gen Psychiatry*; 54:71–80.
152. Rounsaville BJ, Anton SF, Carroll K, Budde D, Prusoff BA, Gawin F (1991); Psychiatric diagnoses of treatmentseeking cocaine abusers. *Arch Gen Psychiatry* e 48:43–51.
153. Buckner JD, Mallott MA, Schmidt NB, Taylor J (2006); Peer influence and gender differences in problematic cannabis use among individuals with social anxiety. *J. Anxiety Disord.*, Epub ahead of print.
154. Copeland J (2006); Cannabis use, depression and public health. *Addiction* 101, 1380.
155. Degenhardt L, Hall W, Lynskey M (2003); Exploring the association between cannabis use and depression. *Addiction* 98, 1493–1504.
156. Harder VS, Morral AR, Arkes J (2006); Marijuana use and depression among adults: testing for causal associations. *Addiction* 101, 1463–72.
157. Poulin C, Hand D, Boudreau B, Santor D (2005); Gender differences in the association between substance use and elevated depressive symptoms in a general adolescent population. *Addiction* 100, 525–35.
158. Stinson FS, Ruan WJ, Pickering R, Grant BF (2006); Cannabis use disorders in the USA: prevalence, correlates and co-morbidity. *Psychol. Med.* 36, 1447–1460.
159. Grant BF, Stinson FS, Dawson DA, Chou SP, Dufour MC, Compton W, Pickering RP, Kaplan K (2004); Prevalence and co-occurrence of substance use disorders and independent mood and

- anxiety disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Arch. Gen. Psychiat.* 61: 807–16.
160. Kalechstein AD, Newton TF, Longshore D, Anglin MD, van Gorp WG, Gawin FH (2000); Psychiatric comorbidity of methamphetamine dependence in a forensic sample. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 12:480–4.
161. Cornelius JR, Jarrett PJ, Thase ME, et al. (1995); Gender effects on the clinical presentation of alcoholics at a psychiatric hospital. *Compr Psychiatry*. 36:435–40.
162. Schuckit MA, Tipp JE, Bergman M, Reich W, Hesselbrock VM, Smith TL (1997); Comparison of induced and independent major depressive disorders in 2,945 alcoholics. *Am J Psychiatry*. 154:948–56.
163. Kessler RC, Nelson CB, McGonagle KA, Edlund MJ, Frank RG, Leaf PJ (1996); The epidemiology of co-occurring addictive and mental disorders: implications for prevention and service utilization. *Am J Orthopsychiatry*. 66:17–31.
164. Dunne FJ, Galatapoulos C, Schipperheijn JM (1993); Gender differences in psychiatric morbidity among alcohol misusers. *Compr Psychiatry*. 34:95–101.
165. Conner KR, Hesselbrock VM, Meldrum SC, et al. (2007); Transitions to, and correlates of, suicidal ideation, plans, and unplanned and planned suicide attempts among 3,729 men and women with alcohol dependence. *J Stud Alcohol Drugs*; 68:654–662.
166. Preuss UW, Schuckit MA, Smith TL, et al. (2003); Predictors and correlates of suicide attempts over 5 years in 1,237 alcohol-dependent men and women. *Am J Psychiatry*; 160:56–63.
167. Peindl KS, Wisner KL, Hanusa BH (1998); Alcohol dependency and affective illness among women of childbearing age. *Arch Womens Ment Health*, 1: 117–23.
168. Rudolf H, Priebe S (2002); Subjective quality of life and depressive symptoms in women with alcoholism during detoxification treatment. *Drug Alcohol Depend*, 66: 71–6.
169. Limosin F (2002); Clinical and biological specificities of female alcoholism. *Encephale*, 28: 503–9.
170. Weiss SR, Kung HC, Pearson JL (2003); Emerging issues in gender and ethnic differences in substance abuse and treatment. *Curr Womens Health Rep*. 3(3):245–253.
171. Sordo L, Chahua M, Bravo MJ, Barrio G, Brugal MT, Domingo-Salvany A, Molist G, De la Fuente L (2012); Depression among regular heroin users: the influence of gender; *Addict Behav* [1873-6327];37(1): 148–52.
172. Elman I, Karlsgodt KH, Gastfriend DR (2001); Gender differences in cocaine craving among non-treatment-seeking individuals with cocaine dependence. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 27, 193–202.
173. Elman I, Karlsgodt KH, Gastfriend DR, Chabris CF, Breiter HC (2002); Cocaine-primed craving and its relationship to depressive symptomatology in individuals with cocaine dependence. *Journal of Psychopharmacology*, 16, 163–7.
174. Cook JA, Grey DD, Burke-Miller JK, Cohen MH, Vlahov D, Kapadia F et al. (2007); Illicit drug use, depression and their association with highly active antiretroviral therapy in HIV-positive women. *Drug and Alcohol Dependence*, 89, 74–81.

175. Tobin KE, Latkin CA (2003); The relationship between depressive symptoms and non-fatal overdose. *Journal of Urban Health*, 80, 220–9.
176. Darke S, Mills K, Teesson M, Ross J, Williamson A, Havard A (2009); Patterns of major depression and drug-related problems amongst heroin users across 36 months. *Psychiatry Research*, 166, 7–14.
177. Havard A, Teesson M, Darke S, Ross J (2006); Depression among heroin users: 12-Month outcomes from the Australian Treatment Outcome Study (ATOS); *Journal of Substance Abuse Treatment*, 30, 355–62.
178. Hasin D, Liu X, Nunes E, McCloud S, Samet S, Endicott J (2002); Effects of major depression on remission and relapse of substance dependence. *Archives of General Psychiatry*, 59, 375–80.
179. Rodriguez-Llera MC, Domingo-Salvany A, Brugal MT, Silva TC, Sanchez-Niubo A, Torrens M (2006); Psychiatric comorbidity in young heroin users. *Drug and Alcohol Dependence*, 84, 48–55.
180. Hurley M, Parker H, Wells DL (2006); The epidemiology of drug-facilitated sexual assault. *J Clin Forensic Med*, 13: 181-5.
181. Stevens SJ, Murphy BS, McKnight K (2003); Traumatic stress and gender differences in relationship to substance abuse, mental health, physical health, and HIV risk behavior in a sample of adolescents enrolled in drug treatment. *Child Maltreat*; 8:46–57.
182. Redgrave GW, Coughlin JW, Heinberg LJ et al. (2007); First-degree relative history of alcoholism in eating disorder inpatients: relationship to eating and substance use psychopathology. *Eat Behav*, 8: 15-22.
183. Conason AH, Sher L (2006); Alcohol use in adolescents with eating disorders. *Int J Adolesc Med Health*, 18: 31-6.
184. Franko DL, Dorer DJ, Keel PK (2005); How do eating disorders and alcohol use disorder influence each other? *Int J Eat Disord*, 38: 200-7.
185. Wagner CL, Katikaneni LD, Cox TH, Ryan RM (1998); The impact of prenatal drug exposure on the neonate. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, 25, 169–94.
186. Chasnoff IJ (1988); Newborn infants with drug withdrawal symptoms. *Pediatrics in Review*, 9: 273–7.
187. Finnegan LP (1985); Effects of maternal opiate abuse on the newborn. *Federation Proceedings*, 44, 2314–7.
188. Singer LT, Arendt R, Minnes S, Farkas K, Salvator A (2000); Neurobehavioral outcomes of cocaine-exposed infants. *Neurotoxicology & Teratology*, 22, 653–66.
189. Naira P, Schullera ME, Blacka MM, Kettingera L, Harrington D (2003); Cumulative environmental risk in substance-abusing women: early intervention, parenting stress, child abuse potential and child development. *Child Abuse & Neglect*, 27: 997–1017.
190. AitDaoud N, Bashir M (2011); Women and Substance Abuse: Health Considerations and Recommendations. *CNS Spectrums*, 16: 37-47.

191. Bendersky L, Lewis M (1998); Arousal modulation in cocaine-exposed infants. *Developmental Psychology*, 34: 554-64.
192. Singer LT, Arendt R, Minnes S et al. (2002); Cognitive and motor outcomes of cocaine exposed infants. *JAMA*. 287(15):1952-60.
193. Smith LM, LaGasse LL, Derauf C, et al. (2006); The infant development, environment, and lifestyle study: effects of prenatal methamphetamine exposure, polydrug exposure, and poverty on intrauterine growth. *Pediatrics*. 118(3):1149-59.
194. Broening HW, Morford LL, Inman-Wood SL, Fukumura M, Vorhees CV (2001); 3, 4-methylenedioxymethamphetamine (ecstasy)-induced learning and memory impairments depend on the age of exposure during early development. *Neurosci. J* 21(9):3228-35.
195. Jacobson JL, Jacobson SW (2002); Effects of prenatal alcohol exposure on child development. *Alcohol Res Health*. 26(4):282-6.
196. Fried PA, Smith AM (2001); A literature review of the consequences of prenatal marijuana exposure: An emerging theme of a deficiency in aspects of executive function. *Neurotoxicol Teratol*. 23(1):1-11.
197. Liang K, Poytress BS, Weinberger NM, Metherate R (2008); Nicotinic modulation of tone evoked responses in auditory cortex reflects the strength of prior auditory learning. *Neurobiol Learn Mem*. 90(1):138-46.
198. Carta JJ, Atwater JB, Greenwood CR, McConnell SR, McEvoy MA, Williams R (2001); Effects of cumulative prenatal drug exposure and environmental risks on children's developmental trajectories. *Journal of Clinical Child Psychology*; 30: 327-37.
199. Botting B, Rosato M, Wood R (1998); Teenage mothers and health of their children. *Popular Trends*, 93:19-28.
200. Sommer KS, Whitman TL, Borkowski JD, Gondoli DM, Burke J, Maxwell SE, Weed K (2000); Prenatal maternal predictors of cognitive and emotional delays in children of adolescent mothers. *Adolescence*, 35: 87-112.
201. Wellings K, Wadsworth J, Johnson A, Field J, Macdowall W (1999); Teenage fertility and life chances. *Reviews Reproduction*, 4: 184-90.
202. Caliso JA, Milner JS (1992); Childhood history of abuse and child abuse screening. *Child Abuse & Neglect*, 16: 647-59.
203. Hans SL, Bernstein VJ, Henson LG (1999); The role of psychopathology in the parenting of drug dependent women. *Developmental Psychopathology*, 11: 957-77.
204. Jaudes PK, Ekwo E, Van Voorhis J (1995); Association of drug abuse and child abuse. *Child Abuse & Neglect*, 19: 1065-75.
205. Johnson JL, Leff M (1999); Children of substance abusers: Overview of research findings. *Pediatrics*, 103: 1085-99.
206. Johnson HL, Nusbaum BJ, Bejarano A, Rosen TS (1999); An ecological approach to development in children with prenatal drug exposure. *American Journal of Orthopsychiatry*, 69: 448-56.

207. Kelley SJ (1992); Parenting stress and child maltreatment in drug-exposed children. *Child Abuse & Neglect*, 16: 317–28.
208. Millar GM, Stermac L (2000); Substance abuse and childhood maltreatment: Conceptualizing the recovery process. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 19: 175–82.
209. Wasserman DR, Leventhal JM (1993); Maltreatment of children born to cocaine-dependent mothers. *American Journal of Diseases in Children*, 147: 1324–8.
210. Wolock I, Magura S (1996); Parental substance abuse as a predictor of child maltreatment re-reports. *Child Abuse & Neglect*, 20, 1183–93.
211. Barnet B, Duggan AK, Wilson MD, Joffe A (1995); Association between postpartum substance use and depressive symptoms, stress, and social support in adolescent mothers. *Pediatrics*, 96: 659–66.
212. Arellano CM (1996); Child maltreatment and substance use: A review of the literature. *Substance Use & Misuse*, 31: 927–35.
213. Kelley SJ (1998); Stress and coping behaviors of substance-abusing mothers. *Journal of the Society of Pediatric Nurses*, 3: 103–10.
214. Schuler ME, Nair P (2001); Witnessing violence among inner-city children of substance abusing nonsubstance abusing women. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 155, 342–6.
215. Young NK (1997); Effects of alcohol and other drugs on children. *Journal of Psychoactive Drugs*, 29: 23–42.
216. Zeese KB, Lewin PM (1999); Reduce Drug Abuse and Use Among Women, The Effective National Drug Control Strategy , Common Sense for Drug Policy Falls Church, VA.
217. Lex BW (1997); Alcohol and other psychoactive substance dependence in women and men. In: Seeman, M.V. (Ed.); *Gender and Psychopathology*. American Psychiatric Press, Washington, DC, pp. 311–58.
218. Davis KC, Norris J, George WH (2006); Men’s likelihood of sexual aggression: The influence of alcohol, sexual arousal, and violent pornography. *Aggress Behav*, 32: 581–9.
219. Peters RH, Strozier AL, Murrin MR, Kearns WD (1997); Treatment of substance-abusing jail inmates: examination of gender differences. *J Subst Abuse Treat*. 14:339–49.
220. Schmidt L, Weisner C (1995); The emergence of problem-drinking women as a special population in need of treatment. In: Galanter, M, ed. *Recent Developments in Alcoholism*, Vol. 12: *Alcoholism and Women*. New York: Plenum Press, pp. 309–34.
221. Hecksher D, Hesse M (2009); Women and Substance Use Disorders. *Mens Sana Monogr*. 7(1): 50-62.
222. Brienza RS, Stein MD (2002); Alcohol use disorders in primary care. Do gender-specific differences exist? *JGIM*, 17: 387-97.
223. Bendstein P, Dahlstrom M, Bjurulf P (2002); Sociodemographic gender differences in patients attending a community-based alcohol treatment centre. *Addiction Behavior* 27:21–33.
224. Grella CE, Joshi V (1999); Gender differences in drug treatment careers among clients in the National Drug Abuse Treatment Outcome Study. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*. 25:385–406.

225. Brady TM, Ashley OS (2005); Women in Substance Abuse Treatment: Results From the Alcohol and Drug Services Study (ADSS); DHHS Pub. No. SMA 04-3968, Analytic Series A-26. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Office of Applied Studies Eds.
226. Brady KT, Randall CL (1999); Gender differences in substance use disorders. *Psych Clin North AM*, 22(2): 241-52.
227. Marsh JC, Cao D, D'Aunno T (2004); Gender differences in the impact of comprehensive services in substance abuse treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment* 27:289-300. PMID: 15610830.
228. Thom B (1987); Sex differences in help-seeking for alcohol problems—2. Entry into treatment. *British Journal of Addiction* 82:989-97. PMID: 3479184.
229. Beckman LJ, Amaro H (1984); Patterns of women's use of alcohol treatment agencies. In: Beckman L. J., editor. *Alcohol Problems in Women. Antecedents, Consequences and Intervention*. New York: The Guilford press, pp. 319-48.
230. Weisner C, Schmidt L (1992); Gender disparities in treatment for alcohol problems. *JAMA*. 268:1872-6.
231. Marsh JC, Cao D, Shin HC (2009); Closing the Need-Service Gap: Gender Differences in Matching Services to Client Needs in Comprehensive Substance Abuse Treatment. *Soc Work Res*. 33(3): 183-92.
232. Heflinger CA, Chatman J, Saunders RC (2006); Racial and Gender Differences in Utilization of Medicaid Substance Abuse Services Among Adolescents Psychiatric Services. 57(4): 504 – 11.
233. Copeland J (1997); A qualitative study of barriers to formal treatment among women who self-managed change in addictive behaviours. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 14:183-90.
234. Kline A (1996); Pathways into drug user treatment: the influence of gender and racial/ethnic identity. *Substance Use & Misuse*. 31:323-42.
235. Jessup MA, Humphreys JC, Brindis CD, Lee KA (2003); Extrinsic barriers to substance abuse treatment among pregnant drug dependent women. *Journal of Drug Issues*. 2:285-304.
236. Greenfield SF, Sugarman DE (2001); Management of psychiatric disorders in pregnancy. Vol. London: Arnold. The treatment and consequences of alcohol abuse and dependence during pregnancy; pp. 213-27.
237. Paltrow LM (1998); Punishing women for their behaviour during pregnancy: An approach that undermines the health of women and children. In: Roman A. B., editor. *Drug addiction research and the health of women*. Vol. Rockville: U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, NIDA. pp. 467-501.
238. Xu J, Wang J, Rapp RC, Carlson RG (2007); The Multidimensional Structure of Internal Barriers to Substance Abuse Treatment and Its Invariance Across Gender, Ethnicity, and Age. *J Drug Issues*; 37(2):321-40.
239. Xu J, Rapp RC, Wang J, Carlson RG (2008); The multidimensional structure of external barriers to substance abuse treatment and its invariance across gender, ethnicity, and age *Subst Abus* [0889-7077]; 29(1): 43-54.

240. Raeside L (2003); Attitudes of staff towards mothers affected by substance abuse. *British Journal of Nursing*. 12:13–26.
241. Hecksher D, Dahl HV (2009); Pregnant drug users experienced barriers to treatment. *Substance Use and Misuse*. (in press).
242. Marsh JC, Smith BD (2011); Integrated Substance Abuse and Child Welfare Services for Women: A Progress Review, *Child Youth Serv Rev*. 33(3): 466–72.
243. Andrulis D, Hopkins S (2001); Public Hospitals and Substance Abuse Services for Pregnant Women and Mothers: Implications for Managed-Care Programs and Medicaid *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*;78(1).
244. Smith FM, Marshall LA (2007); Barriers to effective drug addiction treatment for women involved in street-level prostitution: a qualitative investigation *Criminal Behaviour and Mental Health* 17: 163–70.
245. Luseno WK, Wechsberg WM, Kline TL, Middlesteadt Ellerson R (2010); Aids patient care and Stds Health Services Utilization Among South African Women Living with HIV and Reporting Sexual and Substance-Use Risk Behaviors; 24(4).
246. Meyer JP, Springer SA, Altice FL (2011); Substance Abuse, Violence, and HIV in Women: A Literature Review of the Syndemic, *JOURNAL OF WOMEN'S HEALTH*; 20(7).
247. Finfgeld-Connett D, Johnson ED (2011); Substance Abuse Treatment for Women who are Under Correctional Supervision in the Community: A Systematic Review of Qualitative Findings, *Issues Ment Health Nurs*, 32(10): 640–8.
248. Ojeda VD, McGuire TG (2006); Gender and Racial/Ethnic Differences in Use of Outpatient Mental Health and Substance Use Services by Depressed Adults. *Psychiatr Q*. 77:211–22.
249. Roeloffs CA, Fink A, Unützer J, Tang L, Wells KB (2001); Problematic Substance Use, Depressive Symptoms, and Gender in Primary Care. *PSYCHIATRIC SERVICES*. 52(9)
250. Chang G (1997); Primary care: detection of women with alcohol use disorders. *Harv Rev Psychiatry*. 4:334-7.
251. Kelly RH, Zatzick DF, Anders TF (2001); The detection and treatment of psychiatric disorders and substance use among pregnant women cared for in obstetrics. *Am J Psychiatry*. 158:213-9.
252. Seale JP, Boltri JM, Shellenberger S (2006); Primary care validation of a single screening question for drinkers. *J Stud Alcohol*. 67:778-84.
253. Hogan SR, Unick GJ, Speiglmán R, Crim D, Norris JC (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 *J Soc Serv. Res.*; 37(3): 320–37.
254. Speiglmán R, Li Y (2008); Barriers to work: CalWORKs parents timed-out or sanctioned in five counties. Sacramento, CA: The Child & Family Policy Institute of California.
255. Schmidt LA, McCarty D (2000); Welfare Reform and the Changing Landscape of Substance Abuse Services for Low-Income Women Alcoholism: clinical and experimental research.24(8).

256. Grella CE (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.
257. NIH, National Institute on Drug Abuse (1996); National Pregnancy Health Survey. Rockville MD.
258. NIDA (1999); Treatment Methods for Women. National Institute on Drug Abuse; Bethesda www.nida.nih.gov/info_facts/treatwomen.html.
259. Mertens JR, Weisner CM (2000); Predictors of substance abuse treatment retention among women and men in an HMO. *Alcohol Clin Exp Res* 24:1525–33.
260. Greenfield SF, Grella CE (2009); What Is “Women-Focused” Treatment for Substance Use Disorders? *Psychiatric Services*, 60(7):880-82.
261. Weisner C, Mertens, J, Tam, T, Moore C (2001); Factors affecting the initiation of substance abuse treatment in managed care. *Addiction* 96:705–16.
262. Green CA, Polen MR, Dickens DM et al. (2002); Gender differences in predictors of initiation, retention, and completion in an HMO-based substance abuse treatment program. *Journal of Substance Abuse Treatment* 23:285–95. PMID: 12495790.
263. Timko C, Moos RH, Finney JW, Connell EG (2002); Gender differences in help-utilization and the 8-year course of alcohol abuse. *Addiction* 97:877–89.
264. McComish JF, Greenberg R, Ager J, Essenmacher L, Orgain LS, Bacik WJ (2003); Family-focused substance abuse treatment: A program evaluation. *Journal of Psychoactive Drugs*, 35: 321–31.
265. Nelson-Zlupko L, Dore MM, Kauffman E, Kaltenbach K (1996); Women in recovery: their perceptions of treatment effectiveness. *J Subst Abuse Treat*, 13:51–9.
266. Trotter RT, Bowen AM, Baldwin JA, Price LJ (1996); Efficacy of network-based HIV/AIDS risk reduction programs in midsized towns in the United States. *Journal of Drug Issues*. 26(3):591-605.
267. Kosten TA, Gawin FH, Kosten TR, Rounsaville BJ (1993); Gender differences in cocaine use and treatment response. *J Subst Abuse Treat*; 10:63–6.
268. Green CA, Polen MR, Lynch FL et al. (2004); Gender differences in outcomes in an HMO-based substance abuse treatment program. *Journal of Addictive Diseases* 23:47–70. PMID: 15132342.
269. Veach LJ, Remley TP, Kippers SM, Sorg JD (2000); Retention predictors related to intensive outpatient programs for substance use disorders. *Am J Drug Alc Abuse* e 26:417–28.
270. Chou CP, Hser YI, Anglin MD (1998); Interaction effects of client and treatment program characteristics on retention: an exploratory analysis using hierarchical linear models. *Subst Use Misuse* e 33:2281–301.
271. Arfken CL, Klein C, Di Menza S, Shuster CR (2001); Gender differences in problem severity at assessment and treatment retention. *J Subst Abuse Treat*; 20:53–7.
272. McCaul ME, Svikis DS, Moore RD (2001); Predictors of outpatient treatment retention: patient versus substance use characteristics. *J Subst Abuse*, 62:255-70.

273. Strauss SM, Falkin GP (2000); The relationship between the quality of drug user treatment and program completion: understanding the perceptions of women in a prison-based program. *Subst Use Misuse*; 35:2127–59.
274. Howell EM, Heiser N, Harrington M (1999); A review of recent findings on substance abuse treatment for pregnant women. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 16: 195–219.
275. Metsch L, Wolfe H, Fewell R, McCoy C, Elwood W, Wohler-Torres B et al. (2001); Treating substance-using women and their children in public housing: Preliminary evaluation findings. *Child Welfare*, 80, 199– 220.
276. Chen X, Burgdorf K, Dowell K, Roberts T, Porowski A, Herrell JM (2004); Factors associated with retention of drug-abusing women in long-term residential treatment. *Evaluation and Program Planning*, 27, 205–12.
277. Coletti SD, Hughes PH, Landress HJ, Neri RL, Sicilian DM, Williams KM et al. (1992); PAR village. Specialized intervention for cocaine abusing women and their children. *Journal of Florida Medical Association*, 79, 701–5.
278. Hughes PH, Coletti SD, Neri RL, Urmann CF, Stahl S, Sicilian DM, Anthony JC (1995); Retaining cocaine-abusing women in a therapeutic community: the effect of a child live-in program. *Am J Public Health* e 85:1149–1152.56, 62.
279. Ashley OS, Sverdlov L, Brady TM (2004); Length of stay among female clients in substance abuse treatment. In C. L. Council (Ed.); *Health service utilization by individuals with substance abuse and mental disorders* (pp. 107–32); Rockville, MD7 Substance Abuse and Mental Health Services, Administration Office of Applied Studies (DHHS Publication No. SMA 04-3949, Analytic Series A-25).
280. Grella CE (1999); Women in residential drug treatment: Differences by program type and pregnancy. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*: 10: 216–29.
281. Wobie K, Eyler FD, Conlon M, Clarke L, Behnke M (1997); Women and children in residential treatment: outcomes for mothers and their infants. *J Drug Issues*; 27:585–606.
282. Lewis LM (2004); Culturally appropriate substance abuse treatment for parenting African American women. *Issues in Mental Health Nursing*, 25: 451–72.
283. Grosenick JK, Hatmaker CM (2000); Perceptions of the importance of physical setting in substance abuse treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*; 18: 29–39.
284. Hodgins DC, Ed-Guebaly N, Addington J (1997); Treatment of substance abusers: single or mixed gender programs? *Addiction*; 92:805–12.
285. Fullilove MT, Lown EA, Fullilove RE (1992); Crack ‘Hos and skeezers: traumatic experiences of women crack users. *J Sex Res*; 29:275–87.
286. Pottieger AE, Inciardi JA, Tressell PA (1996); Barriers to treatment entry for women crack users. Paper presented at the 91st Annual Meeting of the American Sociological Association, New York.
287. Copeland J, Hall W (1992); A comparison of women seeking drug and alcohol treatment in a specialist women’s and two traditional mixed-sex treatment services. *Br J Addict*; 87:1293–1302.
288. McKay JR, Gutman M, McLellan AT, Lynch KG, Ketterlinus R (2003); Treatment services received in the CASAWORKS for Families program. *Evaluation Review*; 27: 629–55.

289. Cassin SE, von Ranson KM, Heng K, Brar J, Wojtowicz AE (2008); Adapted motivational interviewing for women with binge eating disorder: a randomized controlled trial. *Psychol Addict Behav.* 22(3):417-25.
290. West DS, DiLillo V, Bursac Z, Gore SA, Greene PG (2007); Motivational interviewing improves weight loss in women with type 2 diabetes. *Diabetes Care.* 30(5):1081-7.
291. Mullins SM, Suarez M, Ondersma SJ, Page MC (2004); The impact of motivational interviewing on substance abuse treatment retention: A randomized control trial of women involved with child welfare. *J Subst Abuse Treat.* 27(1):51-8.
292. Outlaw AY, Naar-King S, Parsons JT et al. (2010); Using motivational interviewing in HIV field outreach with young african american men who have sex with men: a randomized clinical trial. *Am J Public Health.* 100 (suppl. 1):S146-S151.
293. Brown VB, Huba GJ, Melchior LA (1995); Level of Burden: Women with More Than One Co-Occurring Disorder. 4 (27): 339-46.
294. Brown V, Melchior L, Huba GJ (1999); Level of Burden Among Women Diagnosed with Severe Mental Illness and Substance Abuse. *Journal of Psychoactive Drugs;* 31(1): 31-40.
295. Schneider KM, Kviz FJ, Isola ML, Filstead WJ (1995); Evaluating multiple outcomes and gender differences in alcoholism treatment. *Addictive Behaviors* 20: 1–21.
296. Sayre SL, Schmitz JM, Stotts AL, Averill PM, Rhoades HM, Grabowski JJ (2002); Determining predictors of attrition in an outpatient substance abuse program. *AmJ Drug Alcohol Abuse;* 28:55–72.
297. Hodgins DC, Schopflocher DP, el-Guebaly N, Casey DM, Smith GJ, Williams RJ, Wood RT (2010); The association between childhood maltreatment and gambling problems in a community sample of adult men and women. *Psychol Addict Behav;* 24(3):548-54.
298. Weaver GD, Turner NH, O'Dell KJ (2000); Depressive symptoms, stress, and coping among women recovering from addiction. *Journal of Substance Abuse Treatment;* 18: 161–7.
299. Rubin A, Stout RL, Longhbaugh R (1996); Gender differences in relapse situations. *Addiction* 91(Suppl.):S111–S120.
300. McKay JR, Rutherford MJ, Cacciola JS et al. (1996); Gender differences in the relapse experiences of cocaine patients. *Journal of Nervous and Mental Disease* 184:616–22.
301. Heffner JL, Blom TJ, Anthenelli RM (2011); Gender Differences in Trauma History and Symptoms as Predictors of Relapse to Alcohol and Drug Use. *American Journal of Addiction,* 20(4): 307–11.
302. Greenfield SF, Sugarman DE, Muenz LR et al. (2003); The relationship between educational attainment and relapse among alcohol-dependent men and women: A prospective study. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 27:1278–85. PMID: 12966322.
303. Greenfield SF, Hufford MR, Vagge LM, et al. (2000); The relationship of self-efficacy expectancies to relapse among alcohol-dependent men and women: A prospective study. *Journal of Studies on Alcohol* 61:345–51. PMID: 10757147.
304. Greenfield SF, Weiss RD, Muenz LR et al. (1998); The effect of depression on return to drinking: A prospective study. *Archives of General Psychiatry* 55:259–65. PMID: 9510220.

305. Greenfield SF, Kolodziej ME, Sugarmen DE et al. (2002); History of abuse and drinking outcomes following inpatient alcohol treatment: A prospective study. *Drug and Alcohol Dependence* 67:227–234. PMID: 12127193.
306. VanDeMark NR (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.
307. Greenfield SF, Trucco EM, McHugh RK 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 Dependence* 90 (1): 39–47.
308. Hien DA, Cohen LR, Miele GM, Litt LC, Capstick C (2004); Promising treatments for women with comorbid PTSD and substance use disorders. *American Journal of Psychiatry*, 161: 1426–32.
309. UCLA Integrated Substance Abuse Programs. Special populations—Women and meth. Retrieved from www.methamphetamine.org/html/special-pops-women.html.
310. Orwin RG, Francisco L, Bernichon T (2001); Effectiveness of Women's Substance Abuse Treatment Programs: A Meta-Analysis. (NEDS Contract No. 270–97–7016); Arlington, VA: Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA); Center for Substance Abuse Treatment.
311. Smith WB, Weisner C (2000); Women and alcohol problems: A critical analysis of the literature and unanswered questions. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 24:1320–1.
312. Kaskutas LA, Zhang L, French MT, Witbrodt J (2005); Women's programs versus mixed-gender day treatment: Results from a randomized study. *Addiction* 100:60–9. PMID: 15598193.
313. Copeland J, Hall W, Didcott P, Biggs V (1993); A comparison of a specialist women's alcohol and other drug treatment service with two traditional mixed-sex services: client characteristics and treatment outcome. *Drug Alcohol Dependence* 2:81–92.
314. Dodge K, Potocky-Tripodi M (2001); The effectiveness of three inpatient intervention strategies for chemically dependent women. *Res Soc Work Practice* 11:24–39.
315. Dalhgren L, Willander A (1989); Are special treatment facilities for female alcoholics needed? A controlled twoyear follow-up study from a specialized female unit (EWA) versus amixed male/female treatment facility. *Alcohol Clin Exp Res.*13:499–504.
316. Orwin RG, Kissin WB, Dugan MK (2003); Specialized versus standard chemical dependency treatment for women with children. Preliminary findings from a retrospective multisite quasi experiment. Presentation at the annual meeting of the American Evaluation Association, Reno, NV.
317. Bright CL, Osborne VA, Greif GL (2011); One dozen considerations when working with women in substance abuse groups. *J Psychoactive Drugs*;43(1): 64-8.
318. Kauffman E, Dore MM, Nelson-Zlupko L (1995); The role of women's therapy groups in the treatment of chemical dependence. *American Journal of Orthopsychiatry*, 65: 355–63.
319. Sword W, Jack S, Niccols A, Milligan K, Henderson J, Thabane L (2009); Integrated programs for women with substance use issues and their children: a qualitative meta-synthesis of processes and outcomes. *Harm Reduction Journal*, 6:32.

320. HW Clark (2001); Residential substance abuse treatment for pregnant and postpartum women and their children: Treatment and policy implications. *Child Welfare*, 80: 179–98.
321. Wright TE, Schuetter R, Fombonne E, Stephenson J, Haning III WF (2012); Implementation and evaluation of a harm-reduction model for clinical care of substance using pregnant women, *Harm Reduction Journal*, 9(5): 1-10.
322. Butz AM, Pulsifer M, Marano N, Belcher H, Lears MK, Royall R (2001); Effectiveness of a home intervention for perceived child behavioral problems and parenting stress in children within utero drug exposure. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 15.
323. Catalano RF, Gaaney RR, Fleming CB, Haggerty KP, Johnson NO (1999); An experimental intervention with families of substance abusers: One-year follow-up of the focus on families project. *Addiction*, 94: 241–54.
324. Fraser JA, Armstrong KL, Morris JP, Dadds MR (2000); Home visiting intervention for vulnerable families with newborns: Follow-up results of a randomized controlled trial. *Child Abuse & Neglect*, 24:1399–1429.
325. Gruber KJ, Fleetwood TW, Herring MW (2001); In-home continuing care services for substance-affected families: The bridges program. *Social Work*, 46: 267–77.
326. Navaie-Waliser M, Martin SL, Tessaro I, Campbell MK, Cross AW (2000); Social support and psychological functioning among high-risk mothers: The impact of the Baby Love Maternal Outreach Worker Program. *Public Health Nursing*, 17: 280–291.
327. Schuler ME, Nair P, Black M (2002); Ongoing maternal drug use, parenting attitudes, and a home intervention: Effects on mother-child interaction at 18months. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 23: 87–94.
328. Schuler ME, Nair P, Black MM, Kettinger L (2000); Mother-infant interaction: Effects of a home intervention and ongoing maternal drug use. *Journal of Clinical Child Psychology*, 29: 424–431.
329. Pajulo M, Suchmen N, Kalland M, Mayes L (2006); Enhancing the effectiveness of residential treatment for substance abusing pregnant parenting women: focus on maternal reflective functioning and mother-child relationship. *Infant Ment Health J.*; 27(5): 448.
330. Hodgson R, John B (2004); Gender, gender role and brief alcohol interventions. *Addiction*, 99: 3–4.
331. Moore SM, Thomas AC, Kyrios M, Bates G, Meredyth D (2011); Gambling accessibility: a scale to measure gambler preferences. *J Gambl Stud* 27(1):129-43.
332. Martins SS, Lobo DS, Tavares H, Gentil (2002); Pathological gambling in women: a review. *Rev Hosp Clin Fac Med*, 57(5): 235-42.
333. Volberg RA (2003); Has there been a "feminization" of gambling and problem gambling in the United States? *J Gambl Iss*, 8.
334. Holdsworth L, Hing N, Breen H (2012); Exploring women's problem gambling: a review of the literature. *Int Gambl Stud*; 12(2): 199-213.
335. Ladouceur R (1991); Prevalence estimates of pathological gambling in Quebec. *Can J Psychiatry*;36: 732-4.

336. Bland RC, Newman SC, Orn H, Stebelsky G (1993); Epidemiology of pathological gambling in Edmonton. *Can J Psychiatry*, 38: 108-12.
337. Coman GJ, Burrows GD, Evans BJ (1997); Stress and anxiety as factors in the onset of problem gambling: implications for treatment. *Stress Medicine*, 13: 235-44.
338. Sommers J (1988); Pathological gambling: estimating prevalence and group characteristics *Int J Addictions*, 23: 477-90.
339. Shaffer HJ, Hall MN, Vander Bilt J (1999); Estimating the prevalence of disorderes gamblinh behavior in the United States and Canada: a research synthesis. *Am J Pub Health*, Vol. 89, p. 1369-76.
340. Afifi TO, Cox BJ, Martens PJ, Sareen J, Enns MW (2010); Demographic and social variables associated with problem gambling among men and women in Canada. *Psychiatry Res*, 30, 178(2): 395-400.
341. Afifi TO, Cox BJ, Martens PJ, Sareen J, Enns MW (2010); The relationship between problem gambling and mental and physical health correlates among a nationally representative sample of Canadian Women. *Can J Public Health*; 101(2): 171-5.
342. Crisp BR, Thomas SA, Jackson AC, Smith S, Borrell J, Ho W, Holt TA, Thomason N (2004); Not the same: a comparison of female and male clients seeking treatment from problem gambling counselling services. *J Gambl Stud*, 20(3): 283-99.
343. Crisp BR, Thomas SA, Jackson AC, Thomason N, Smith S, Borrell J, Ho W, Holt TA (2000); Sex differences in the treatment needs and outcomes of problem gamblers. *Research on Social Work Practice*, 10: 229-42.
344. Grant JE, Kim SW (2002); Gender differences in pathological gamblers seeking medication treatment. *Comprehensive Psychiatry*, 43: 56-62.
345. Jackson AC, Thomas SA, Ross L, Kearney E (2001); Analysis of clients presenting to problem counseling services, July 1999 to June 2000: Client and service analysis report no.6. Melbourne: Vic: Victorian Department of Human Services.
346. Jackson AC, Thomas SA, Thomason N, Holt TA, McCormack J (2000); Analysis of clients presenting to problem gambling counseling services, July 1997 to June 1998. Melbourne: Victorian Department of Human Services.
347. Ladd GT, Petry NM (2002); Gender differences among pathological gamblers seeking treatment. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 10: 302-9.
348. Potenza MN, Steinberg MA, McLaughlin SD, Wu R, Rounsaville BJ, O'Malley SS (2001); Gender related differences in the characteristics of problem gamblers using a gambling helpline. *Am J Psychiatry*, 158(99): 150-5.
349. Mark ME, Lesieur HR (1992); A feminist critique of problem gambling research. *Br J Addiction*, 87: 549-65.
350. Black DW, Moyer T (1998); Clinical features and psychiatric comorbidity of subjects with pathological gambling behaviour., *Psych Serv*, 49(11): 1434-9.
351. Becoña E, Lorenzo MDC, Fuentes MJ (1996); Pathological gambling and depression. *Psychol Rep*, 78: 635-40.

352. Ibáñez A, Blanco C, Moreryra P, Sáiz-Ruiz J (2003); Gender differences in pathological gambling. *J Clin Psychiatry*, 64(3): 295-301.
353. Blanco C, Hasin DS, Petry N, Stinson FS, Grant BF (2006); Sex differences in subclinical and DSM-IV pathological gambling: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Psychological Medicine*, 36(7): 943-53.
354. Desai RA, Potenza MN (2008); Gender differences in the associations between past-year gambling problems and psychiatric disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43(3): 173-83.
355. Nelson SE, Laplante DA, Labrie RA, Shaffer HJ (2006); The proxy effect: gender and gambling problem trajectories of Iowa Gambling Treatment program participants. *J Gambl Stud*, 22(2): 221-40.
356. Boughton R, Falenchuck O (2007); Vulnerability and comorbidity factors of female problem gambling. *J Gambl Stud*, 23(3).
357. McMillen J, Marshall D, Murphy L, Lorenzen S, Waugh B (2004); Help seeking by problem gamblers, friends and families: a focus on gender and cultural groups. s.l.: Acton: Gambling and Racing Commission.
358. Grant JE, Potenza MN (2008); *Pathological gambling: a clinical guide to treatment*. s.l.: American Psychiatric Pub, 2008.
359. Rosenthal RJ (1992); Pathological gambling. *Psychiatric Ann*, 22: 72-8.
360. Volberg R (1994); The prevalence and demographics of pathological gamblers: implication for public health. *Am J Pub Health*, 84: 237-41.
361. Grant JE, Odlaug BL, Mooney ME (2012); Telescoping phenomenon in pathological gambling: association with gender and comorbidities. *Journal of nervous and mental disease*, 200(11): 996-8.
362. LaPlante DA, Nelson SE, LaBrie RA, Shaffer HJ (2006); Men & women playing games: gender and the gambling preferences of Iowa Gambling Treatment program participants. *J Gambl Stud*, 22(1): 65-80.
363. Hing N, Breen N (2001); Profiling lady luck: an empirical study of gambling and problem gambling amongst female club members. *J Gambl Stud*, 17(1): 47-69.
364. Wiebe J, Mun P, Kauffman N. (2006); *Gambling and problem gambling in Ontario - 2005*. Responsible Gambling Council. Toronto: s.n.
365. Nower L, Blaszczynski A (2006); Characteristics and gender differences in casino self-excluders: Missouri data. *J Gambl Stud*, 22: 82-99.
366. Thomas A, Moore S (2003); The interactive effects of avoidance coping and dysphoric mood on problem gambling for female and male gamblers. *J Gambl Iss*, 8.
367. Schull S (2002); *Escape mechanism: women, caretaking, and compulsive machine gambling*. Centre for working families, Department of Anthropology, University of California.
368. Tschibelu E, Elman I (2011); Gender differences in psychosocial stress and in its relationship to gambling urges in individuals with pathological gambling. *Addict Dis*, 30(1): 81-7.

369. Thomas S (1995); *More Than A Flutter- Women and Problem Gambling*. Freemantle (Australia). Conference Proceedings from the 1995 National Conference of the National Association for Gambling Studies. 89-94.
370. Collins VF, Brown SB (1997); *Couples and money*. s.l.: Gabriel Publications.
371. Wong G, Zane N, Saw A, Chan AK (2012); Examining gender differences for gambling engagement and gambling problems among emerging adults. *J Gambl Stud*, 15.
372. Nower L, Derevensky J, Gupta R (2004); The relationship of impulsivity, sensation seeking, coping & substance use in youth gamblers. *Psychology of Addictive Behavior*, 18(1): 49-55.
373. Chalmers H, Willoughby T (2006); Do predictors of gambling involvement differ across male and female adolescents? *J Gambl Stud*, 22(4): 373-92.
374. Lesieur HR, Blume SB (1991); *When lady luck loses: women and compulsive gambling*, in Van der Burgh N, *Feminist perspectives on treating addictions*. New York: Springer.
375. Slutske WS, Zhu G, Meier MH, Martin NG (2010); Genetic and environmental influences on disordered gambling in men and women. *Arch Gen Psychiatri*, 67(6): 624-30.
376. Paris JJ, Franco C, Sodano R, Frye CA, Wulfert E (2010); Gambling pathology is associated with dampened cortisol response among men and women. *Physiol behav*, 9 (99): 230-3.
377. Beaver KM, Hoffman T, Shields RT, Vaughn MG, DeLisi M, Wright JP (2010), Gender differences in genetic and environmental influences on gambling: results from a sample of twins from the National Longitudinal Study of Adolescent Health. *Addiction*, 105(3): 536-42.
378. Productivity Commission (2010); *Gambling*. Australian Federal Government. Canberra .
379. Piquette-Tomei N, Norman E, Corbin Dwyer S, McCaslin E (2008); Group therapy for women problem gamblers: a space of their own. *J Gambl Iss*, 22: 275-96.
380. Heater J, Patton D (2006); Gender differences in problem gambling behaviour from help-line callers. *J Gambl Iss*, 16.
381. Boughton R, Brewster JM (2002); *Voices of women who gamble in Ontario: a survey of women's gambling, barriers to treatment & treatment service needs*. Ontario.
382. Slutske WS, Blaszczyński A, Martin NG (2009); Sex differences in the rates of recovery, treatment seeking, and natural recovery in pathological gambling: results from an Australian community-based twin survey. *Twin research and human genetics*, 12(5): 425-32.
383. Dowling N, Smith D, Trang T (2006); Treatment of female pathological gambling: the efficacy of a cognitive-behavioural approach. *J Gambl Stud*, 22: 355-72.
384. Dowling N, Smith D, Thomas T (2007); A comparison of individual and group cognitive-behavioral treatment for female pathological gambling. *Behaviour Research and Therapy*, 45(9): 2192-202.
385. Dowling N, Smith D, Thomas T (2009); A preliminary investigation of abstinence and controlled gambling as self-selected goals of treatment for female pathological gambling. *J Gambl Stud*, 25: 201-14.
386. Toneatto T, Wang J (2009); Community treatment for problem gambling: sex differences in outcome and process. *Community Mental Health Journal*, 45: 468-475.

387. Boughton R (2003); A feminist slant on counselling the female gambler: key issues and tasks. *The Electronic Journal of Gambling Issues*.
388. Campbell AN, Tross S, Dworkin SL, Hu MC, Manuel J, Pavlicova M, Nunes EV (2009); Relationship power and sexual risk among women in community-based substance abuse treatment. *J Urban Health* 86(6): 951-64 [1468-2869].
389. Shannon K, Bright V, Allinott S, Alexson D, Gibson K, Tyndall MW (2007); Community-based HIV prevention research among substance-using women in survival sex work: the Maka Project Partnership. *Harm Reduct J* 4:20[1477-7517].
390. Amaro H, Magno-Gatmaytan C, Meléndez M, Cortés DE, Arevalo S, Margolin A (2010); Addiction treatment intervention: an uncontrolled prospective pilot study of Spiritual Self-Schema therapy with Latina women. *Subst Abus*, 31(2): 117-25. [1547-0164].
391. D'Amico EJ, Barnes D, Gilbert ML, Ryan G, Wenzel SL (2009); Developing a tripartite prevention program for impoverished young women transitioning to young adulthood: addressing substance use, HIV risk, and victimization by intimate partners. *J Prev Interv Community* 37(2): 12-28.[1540-7330].
392. Morrill AC, Kasten L, Urato M, Larson MJ (2001); Abuse, addiction, and depression as pathways to sexual risk in women and men with a history of substance abuse. *J Subst Abuse* 13(1-2):169-84.
393. Kaplan MS, McFarland BH, Huguet N, Conner K, Caetano R, Giesbrecht N, Nolte KB (2012); Acute alcohol intoxication and suicide: a gender-stratified analysis of the National Violent Death Reporting System. *Inj Prev* , 24. [1475-5785].
394. Sundin M, Spak F, Spak L, Sundh V, Waern M (2011); Substance use/abuse and suicidal behavior in young adult women: a population-based study. *Subst Use Misuse* 46(13): 1690-9.[1532-2491].
395. Chermack ST, Murray RL, Winters JJ, Walton MA, Booth BM, Blow FC (2009); Treatment needs of men and women with violence problems in substance use disorder treatment. *Subst Use Misuse*, 44(9-10); 1236-62. [1532-2491].
396. Tucker JS, Wenzel SL, Straus JB, Ryan GW, Golinelli D (2005); Experiencing interpersonal violence: perspectives of sexually active, substance-using women living in shelters and low-income housing. *Violence Against Women*, 11(10): 1319-40. [1077-8012].
397. Simoni-Wastila L, Ritter G, Strickler G (2004); Gender and other factors associated with the nonmedical use of abusable prescription drugs. *Subst Use Misuse*, 39(1): 1-23. [1082-6084].
398. Becker DF, Grilo CM (2006); Prediction of drug and alcohol abuse in hospitalized adolescents: comparisons by gender and substance type. *Behav Res Ther* 44(10): 1431-40.[0005-7967].
399. Bloor R (2006); The influence of age and gender on drug use in the United Kingdom-a review. *Am J Addict* 15(3): 201-7.[1055-0496].
400. Randolph ME, Torres H, Gore-Felton C, Lloyd B, McGarvey EL (2009); Alcohol use and sexual risk behavior among college students: understanding gender and ethnic differences. *Am J Drug Alcohol Abuse* 35(2): 80-4. [1097-9891].

401. Turner RJ, Gil AG (2002); Psychiatric and substance use disorders in South Florida: racial/ethnic and gender contrasts in a young adult cohort.
402. Svikis DS, Reid-Quiñones K (2003); Screening and prevention of alcohol and drug use disorders in women. *Obstet Gynecol Clin North Am*, 30(3); 447-68. [0889-8545].
403. Dawson DA, Goldstein RB, Moss HB, Li TK, Grant BF (2010); Gender differences in the relationship of internalizing and externalizing psychopathology to alcohol dependence: likelihood, expression and course. *Drug Alcohol Depend*, 112(1-2): 9-17. [1879-0046].
404. Madden TE (2008); Coming from all directions: protecting girls and women from the impact of substance use. *J Calif Dent Assoc* 36(2): 119-25. [1043-2256].
405. Kelly AB, Toumbourou JW, O'Flaherty M, Patton GC, Homel R, Connor JP, Williams J (2011); Family relationship quality and early alcohol use: evidence for gender-specific risk processes. *J Stud Alcohol Drugs* 72(3): 399-407.[1938-4114].
406. Sullivan TP, Cavanaugh CE, Buckner JD, Edmondson D (2009); Testing posttraumatic stress as a mediator of physical, sexual, and psychological intimate partner violence and substance problems among women. *J Trauma Stress* 22(6):575-84 [1573-6598].
407. Vigna-Taglianti F, Vadrucchi S, Faggiano F, Burkhart G, Siliquini R, Galanti MR (2009); Is universal prevention against youths' substance misuse really universal? Gender-specific effects in the EU-Dap school-based prevention trial. *J Epidemiol Community Health*, 63(9): 722-8 [1470-2738].
408. Schinke S, Schwinn T (2005); Gender-specific computer-based intervention for preventing drug abuse among girls. *Am J Drug Alcohol Abuse*, 31(4): 609-16. [0095-2990].
409. Murphy JG, Barnett NP, Goldstein AL, Colby SM (2007); Gender moderates the relationship between substance-free activity enjoyment and alcohol use. *Psychol Addict Behav*, 21(2): 261-5 [0893-164X].
410. Skidmore JR, Murphy JG (2010); Relations between heavy drinking, gender, and substance-free reinforcement. *Exp Clin Psychopharmacol*, 18(2): 158-66. [1936-2293].
411. Pedrelli P, Farabaugh AH, Zisook S, Tucker D, Rooney K, Katz J, Clain AJ, Petersen TJ, Fava M (2011); Gender, depressive symptoms and patterns of alcohol use among college students. *Psychopathology*, 44(1): 27-33. [1423-033X].
412. Carey KB, DeMartini KS (2010); The motivational context for mandated alcohol interventions for college students by gender and family history. *Addict Behav*, 35(3): 218-23. [1873-6327]
413. Lindenberg CS, Solorzano RM, Bear D, Strickland O, Galvis C, Pittman K (2002); Reducing substance use and risky sexual behavior among young, low-income, Mexican-American women: comparison of two interventions. *Appl Nurs Res*, 15(3): 137-48. [0897-1897].
414. Derrida J (2003); Rhetorics of drugs. In: Alexander A, Roberts MS, High Culture. Reflections on addiction and modernity, 19-44. Albany, State University of New York Press.
415. Parker H, Aldridge J (1998); *Illegal Leisure. The Normalization of Adolescent Recreational Drug Use*. Routledge, London.
416. Bertolazzi A (2008); *Sociologia della droga. Un'introduzione*. Franco Angeli, Milano.

417. Cipolla C (a cura di) (2008); *La normalità di una droga. Hashish e marijuana nelle società occidentali*. Franco Angeli, Milano.
418. Bogren A (2011); *Gender and alcohol: the Swedish press debate*. *Journal of Gender Studies*, 20(2): 155-169.
419. Measham F (2002); *Doing gender, doing drugs: Conceptualizing the gendering of drugs cultures*. *Contemporary Drug Problems*, 29(2): 335-373.
420. Cipolla C (a cura di) (2013); *Droghe al femminile*. Franco Angeli, Milano.
421. De Lillo A (a cura di) (2010); *Il mondo della ricerca qualitativa*. UTET, Torino.
422. Bertolazzi A, Bonomi A, Pezzali V (2013); *Bad girls: uso di droghe e comportamenti sessuali a rischio tra le giovani*. In: Cipolla C (a cura di) (2013); *Droghe al femminile*. Franco Angeli, Milano.
423. Moscovici S (2005); *Le rappresentazioni sociali*. Il Mulino, Bologna.
424. Glaser BG, Strauss AL (1967); *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*, Chicago,-New York, Aldine Publishing Company.
425. Malagoli Togliatti M, Mazzoni S (a cura di) (1993); *Maternità e tossicodipendenza*. Giuffrè, Milano.
426. *L'uso e l'abuso di alcol in Italia. Anno 2011*. *Statistiche Report*. Roma. <http://www.istat.it/it/archivio/59033>, ISTAT (2012).
427. Beccaria F (2010); *Stili del bere delle giovani generazioni: vent'anni di ricerche*. *Salute e società*, IX (3):62-82.
428. Bloomfield K, Gmel G, Neve R, Mustonen H (2001); *Investigating gender convergence in alcohol consumption in Finland, Germany, The Netherlands, and Switzerland: A repeated survey analysis*. *Substance Abuse*, 22:39-53.
429. 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.
430. Bogren A (2008); *Women's intoxication as 'dual licentiousness': An exploration of gendered images of drinking and intoxication in Sweden*. *Addiction Research and Theory*, 16 (1):95-106.
431. Meo A (2000); *Vite in bilico*. *Sociologia della reazione a eventi spiazzanti*. Liguori, Napoli.
432. Welzel C, Inglehart R (2010); *Agency, values and well-being: a human development model*. *Social Indicators Research*, 97(1): 43-63.
433. Kandall SR (2010); *Women and drug addiction: a historical perspective*. *Journal of Addicted Diseases*, 29(2):117-26.
434. Simoni-Wastila L, Ritter G, Strickler G (2004); *Gender and other factors associated with the nonmedical use of abusable prescription drugs*. *Subst Use Misuse*, 39(1): 1-23. [1082-6084].
435. 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.
436. Freidson E (2002); *La dominanza medica. Le basi sociali della malattia e delle istituzioni sanitarie*. Milano: Franco Angeli.

437. Burroni P, Vigna-Taglianti F, Versino E, Beccaria F, Garneri M, Mathis F, Picciolini A, Rotelli M, Bargagli AM (2007); *Differenze di genere nello studio VEdeTTE*, Monografia n. 7. Studio nazionale per la valutazione dei trattamenti per la tossicodipendenza da eroina, Regione Piemonte.
438. Dipartimento delle Politiche Anti Droga (2012); *Relazione annuale al parlamento sull'uso di sostanze stupefacenti e sulle tossicodipendenze in Italia*.
439. Bepko C (a cura di) (1991); *Feminism and Addiction*. The Haworth Press, New York.
440. Wilsnack RW, Vogeltanz ND, Wilsnack SC, Harris TR et al. (2000); *Gender differences in alcohol consumption and adverse drinking consequences: cross-cultural patterns*. *Addiction*, 95(2):251-65.
441. AAVV (2012); *Misure per la promozione della salute e della sicurezza nei contesti del divertimento notturno. Manuale per operatori*. Regione Piemonte, Torino.
442. White W, Kilbourne J (2006); *American women and addiction: A cultural double bind*. *Counselor*, 7(3), 46-51.
443. Boyd DM, Ellison NB (2007); *Social Network Sites: Definition, History, and Scholarship*. *Journal of Computer-Mediated Communication*, 13 (1).
444. Vis F, van Zoonen L, Mihelj S (2011); *Women responding to the anti-Islam film Fitna: voices and acts of citizenship on YouTube*. *Feminist Review*, 97(1):110-29.
445. Thelwall M, Sud P (2012); *Webometric research with the Bing Search API 2.0*. *Journal of Informetrics*, 6 (1): 44-52.
446. Papacharissi Z (2009); *The virtual geographies of social networks: a comparative analysis of Facebook, LinkedIn and Small World*. *New Media & Society*, 11 (1/2), 199-220.
447. Capecchi S (2007); *L'audience attiva*. Carocci, Milano.
448. Hellman M (2009); *Designation practices and perceptions of addiction – a diachronic analysis of Finnish press material from 1968-2006*. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 29(4): 355-72.
449. Bordieu P (1983); *La distinzione. Critica sociale del gusto*. Il Mulino, Bologna.
450. Chalfen R (1981); *Redundant Imagery: Some Observations on the Use of Snapshots in American Culture*. *Journal of American Culture*, 4(1):106-13.
451. Chalfen R (1987); *Home Movies in a World of Reports: An Anthropological Appreciation*. *Journal of the University Film and Video Association*, 38 (3-4):102-10.
452. Slater D (1995); *Domestic photography and digital culture*. In M. Lister (ed), *The photographic image in digital culture* (pp. 178-95); Routledge, London.
453. Adami E (2009); *Exploring sign-making in video-interaction*. *Visual Communication*, 8 (4): 379-99.
454. Room R (1996); *Gender roles and interactions in drinking and drug use*. *Journal of Substance Abuse*, 8:227–39.
455. Leigh B (1995); *A thing so fallen and so vile: Images of drinking and sexuality in women*. *Contemporary Drug Problems*, 22:415–34.

456. Ortoleva P (2012); *Dal Sesso al gioco. Un'ossessione per il XXI secolo?* Espress Edizioni, Torino.
457. Holland P (1997); "Sweet it is to scan...": Personal photographs and popular potography, in Wells L. (ed), *Photography: a critical introduction* (pp. 103-150), Routledge, London.
458. Shifman L (2012); An anatomy of a Youtube meme. *New media & Society*, 14 (2): 187-203.
459. Ferraro G (2001); *Il Linguaggio del mito*. Meltemi, Roma.
460. De Certeau M (2002); *L'invenzione del quotidiano* (ed. orig. 1984); Edizioni Lavoro, Roma.
461. Livingstone S (2005); *Audiences and publics: when cultural engagement matters for the public sphere*. Intellect Press, Bristol.
462. Cosenza V (2012); *Social Media ROI*, Apogeo, Milano.
463. Barabasi L (2012); *Linked: The New Science of Networks* (ed orig. 2002); Perseus Books Group:NY.
464. Di Fraia G (2011); *Social Media Marketing. Manuale di Comunicazione Aziendale 2.0*, Hoepli, Milano.
465. Goffman E (1969); *La vita quotidiana come rappresentazione* (ed. orig. 1959); Il Mulino, Bologna.
466. Debord G (2003); *La società dello spettacolo* (ed. orig. 1973); Baldini Castoldi Dalai, Milano.
467. Törrönen J, Juslin I (2011); From Genius of the Home to Party Princess. *Feminist Media Studies*, DOI:10.1080/14680777.2011.632898.
468. Hellman M, Rantala V (2012); Codependence, Madness and Glamour: Narratives of Women Celebrity Addicts in Internet Tabloids. In: Lee, J. *Cultures of Addiction*. Cambria Press, p. 175-206.
469. Boyd D, Marwick A (2009); The Conundrum of Visibility. *Journal of Children and Media*, 3 (4):410-4.
470. Thompson JB (1998); *Media e Modernità*, (ed. orig. 1995); Il Mulino: Bologna.
471. Fuchs C (2010); New Media, web 2.0 and Surveillance. *Sociology Compass*, 5:134-47.
472. Van Dijk J (2007); *Mediated Memories in the Digital Age*. Stanford University Press, Stanford.
473. Castells M (2010); *Comunicazione e potere*. Edizioni Bocconi, Milano.
474. Dalla Zuanna G, Barbagli M, Garelli F (2010); *La sessualità degli italiani*. Il Mulino, Bologna.
475. Turkle S (2012); *Insieme ma soli. Perché ci aspettiamo sempre più dalla tecnologia e sempre meno dagli altri*. Codice edizione, Milano.
476. Bachtin M (1979); *L'opera di Rabelais e la cultura popolare. Riso, carnevale e festa nella tradizione medievale e rinascimentale* (ed. orig. 1965); Einaudi, Torino.
477. Mulvey L (1975); *Visual pleasure and narrative cinema*.
<http://www.jahsonic.com/VPNC.html>.
478. Turkle S (1996); *La vita sullo schermo*. Apogeo, Milano.

479. Di Fraia G (2004); *Storie con-fuse. Pensiero narrativo, sociologia e media*. Franco Angeli. Milano.
480. Manca A (2013); *Madri, figlie, stupefacenti*. In Cipolla (a cura di); *Droghe al femminile*. Franco Angeli. Milano.
481. AAVV (2004); *Protocollo di intervento integrato per l'assistenza alle tossicodipendenti gravide ed ai loro bambini*. Dal Fare al Dire, 1: I-X.
482. Bazzo S et al. (2011); *Il consumo di alcol in gravidanza e allattamento: opinioni ed esperienze dei professionisti sanitari dell'Azienda ULSS n.9 di Treviso*. *Alcologia: rivista quadrimestrale pubblicata con il patrocinio della Soc. Italiana di Alcologia* 8: 8-12.
483. Caruso JP et al. (2010); *Indagine descrittiva sul consumo di tabacco e bevande alcoliche in gravidanza*. *Alcologia: rivista quadrimestrale pubblicata con il patrocinio della Società Italiana di Alcologia*, 8: 8-12.
484. Guarino F (2013); *Tra sesso e genere: il consumo di alcolici delle studentesse universitarie*. In Cipolla C (a cura di); *Droghe al femminile*. Franco Angeli. Milano.
485. Beccaria F (2010) (a cura di); *Alcol e generazioni. Cambiamenti di stile e stili in cambiamento*. Carocci. Roma.
486. Törrönen J, Juslin I (2011); *From Genius of the Home to Party Princess*. *Feminist Media Studies*, DOI:10.1080/14680777.2011.632898.
487. Day K, Gough B & Mcfadden M (2004); *Warning. Alcohol can seriously damage feminine health - A discourse analysis of recent British newspaper coverage of women and drinking*. *Feminist Media Studies*, 4(2):165–183.
488. Strizzolo N (2013); *Internet, droghe, donne (2013)*. In Cipolla C (a cura di); *Droghe al femminile*. Franco Angeli, Milano.
489. Di Cesare MA. (2013); *Cannabis al femminile: esperienze di giovani donne a confronto*. In Cipolla C (a cura di), *Droghe al femminile*. Franco Angeli. Milano.
490. Romagnoli C (2013); *“Feste in” e cocaina*. Di Cesare MA (2013); In Cipolla C (a cura di), *Droghe al femminile*. Franco Angeli. Milano.
491. Guerreschi C (2008); *L'azzardo si veste di rosa. Storie di donne, storie di gioco, storie di rinascita*. Franco Angeli, Milano.