

Donne e tossicodipendenza. Quando la patologia è di altro genere...

Anna Paola Lacatena*

SUMMARY

■ *The European Drug Report 2017: Trends and Developments, published by the Lisbon based European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) reports that only 20% of patients who undergo treatment for drug addiction are female (a male-female ratio of 4:1).*

According to the EMCDDA, the reasons for this are varied and could include issues of access and appropriateness of service provision.

Using data from two trials conducted within the Department of Pathological Addictions of the Local Health Service of Taranto, this article's intent is to highlight the necessity of specific focusing in terms of health, rehabilitation programmes, and access to services for women drug consumers and addicts.

Helping women addicts to become independent, making them aware of their own potential, offering them a real sense of self worth to value and defend, promoting the safeguarding of their own health; all these are essential elements of treatment and rehabilitation, for the prevention and limitation of any harm. ■

Keywords: *Women, Pathological addiction, Therapeutic community, Screening, Health.*

Parole chiave: *Donne, Dipendenza patologica, Comunità terapeutica, Screening, Salute.*

Introduzione

Il termine "genere" definisce le categorie uomo e donna, fondate su fattori biologici, ambientali, socioculturali ed economici. Tale concetto è parte della programmazione 2014-19 dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, da cui dovrebbero discendere le applicazioni delle varie nazioni.

Va precisato che la medicina di genere non è la medicina delle donne.

Risale, infatti, al 1991 la prima citazione di una medicina riferita anche alle donne.

La cardiologa Bernardine Healy, allora a capo dell'Istituto nazionale di salute pubblica, scrisse in merito sulla rivista *New England Journal of Medicine* della cosiddetta "Yentl Syndrome", soffermandosi sul comportamento discriminante subito dalle donne, nella sua specialità (1).

Dalla *Relazione annuale sull'evoluzione del fenomeno della droga nell'Unione europea*, pubblicata nel 2018 dall'OEDT (Agenzia europea sulle droghe di Lisbona) le donne rappresentano soltanto il 20% dei pazienti che si sottopongono a un trattamento della tossicodipendenza (con un rapporto uomo-donna di 4:1).

Secondo lo stesso Osservatorio, le ragioni sono diverse e possono includere problemi di accesso ai servizi specializzati e di adeguatezza degli stessi.

* Dirigente Sociologa presso Dipartimento Dipendenze Patologiche ASL Taranto.

Secondo le stime oltre 92 milioni di adulti (ossia poco più di un quarto della popolazione di età compresa fra 15 e 64 anni nell'Unione europea) hanno provato sostanze illecite nel corso della vita. Le esperienze con il consumo di droga sono più frequentemente segnalate dai maschi (56,0 milioni) che dalle femmine (36,3 milioni).

La sostanza stupefacente più provata è la cannabis (53,5 milioni di maschi e 34,3 milioni di femmine), mentre le stime sono decisamente inferiori per il consumo nell'arco della vita di cocaina (11,8 milioni di maschi e 5,2 milioni di femmine), MDMA (9,0 milioni di maschi e 4,5 milioni di femmine) e amfetamine (8,0 milioni di maschi e 4,0 milioni di femmine).

Vi sono infatti segnali – sottolinea l'OEDT nella sua Relazione europea sulla droga del 2016 – che «le donne in cura per problemi di tossicodipendenza possano avere esigenze più complesse, in particolare in termini di comorbidità e responsabilità nella cura dei figli, e abbiano pertanto bisogno di servizi più mirati e differenziati in base al genere».

Il problema non è nuovo, se si pensa che già nel 2006 l'allora direttore dell'OEDT Wolfgang Gotz affermava: «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 disponibilità a sottoporsi al trattamento e sui tipi di servizio che si riveleranno efficaci».

Donne e sostanze legali e illegali

I dati epidemiologici e la pratica clinica hanno evidenziato come le donne siano maggiormente esposte a possibili reazioni avverse ai farmaci.

Tutto ciò sarebbe attribuibile al diverso metabolismo e all'assimilazione del farmaco nella donna rispetto all'uomo da imputare a diversi fattori come differenze fisiologiche, anatomiche, ormonali, classe farmaceutica del medicinale, il tipo di effetto avverso, l'età, lo stato fisiologico della donna (2, 3, 4, 5, 6, 7).

Analogamente, l'abuso di farmaci o di sostanze illecite determina nelle donne la comparsa di effetti tossici superiori rispetto all'uomo.

In questo caso, esempi importanti sono costituiti dai farmaci antidepressivi, tra i quali gli inibitori del *re-uptake* della serotonina (*selective serotonin reuptake inhi inhibitors*, SSRI), ma anche dall'alcol, dal tabacco o dalle droghe di abuso (8).

Siamo ancora distanti nonostante le tante indicazioni a utilizzare un'ottica di genere, finalizzata a valutare in maniera continuativa le informazioni relative ai farmaci in commercio e al rapporto benefici/rischi degli stessi.

Nonostante siano trascorsi più di vent'anni (1996) dall'istituzione dell'Istituto Europeo della Salute delle Donne (European Institute of Women's Health), un organismo sanitario non governativo e considerato che l'OMS già nel 1998 avesse inserito la medicina di genere nell'Equity Act a conferma che il principio di equità dovesse essere applicato all'accesso e all'appropriatezza delle cure, considerando l'individuo nella sua specificità.

Diversi Paesi tra cui l'Italia hanno ancora difficoltà a mettere in campo le raccomandazioni degli organi internazionali in materia di medicina e genere.

Ad oggi, lo *United Nations office on Drugs and Crime* con il termine "*gender-responsive*" ha definito programmi e servizi dedicati, mirati ai bisogni specifici e alle specificità delle donne tossicodipendenti.

Il piano d'azione dell'Unione Europea in materia di lotta alla droga 2009-2012 ha elaborato specifici percorsi per le donne.

Il 15 marzo 2012 la Commissione Stupefacenti ONU ha approvato la risoluzione (presentata dall'Italia e acquisita dall'Unione Europea) che invita gli Stati membri a programmi specifici sia per la prevenzione che per il trattamento, soprattutto rispetto a violenza sessuale, carcere, gravidanza e genitorialità.

Il problema che si deve, dunque, affrontare non sembrerebbe tanto quello di individuare il tipo di servizi di cui le donne necessitano quanto, piuttosto, come assicurare che questo tipo di cure specifiche diventi più facilmente accessibile e di maggiore e immediata disponibilità.

L'OEDT nel 2016 avverte che, malgrado nel complesso vi siano più uomini ad assumere droghe per via parenterale ed a morire per il loro uso, non si può ignorare il fatto che gli assuntori per via parenterale di sesso femminile possono essere sia a maggior rischio sia più difficilmente raggiungibili.

Inoltre, le donne tossicodipendenti subiscono una più forte stigmatizzazione sociale rispetto agli uomini, volendo rimarcare la condizione di incompatibilità della donna con quella della maternità. È indubbio come le donne tossicodipendenti abbiano il timore di essere etichettate come madri inadeguate ed essere conseguentemente allontanate dai propri figli.

Non si può non cogliere in questo aspetto un elemento fortemente condizionante nel rapporto donna dipendente patologica e Servizio per le Dipendenze.

Tra le caratteristiche più frequenti va evidenziato come le donne tossicomane commettono meno reati contro la proprietà rispetto agli uomini tossicodipendenti, ricorrendo alla prostituzione per procurarsi droga o denaro.

La prostituzione è una fonte di reddito per molte donne tossicodipendenti, in alcuni casi fino al 60% delle consumatrici di sostanze.

È innegabile come l'elevato rischio di trasmissione di malattie infettive per le donne tossicodipendenti che si prostituiscono costituisca un altro problema di drammatico rilievo.

Secondo lo specifico report del 2016 la sostanza di abuso prevalente è l'eroina, quella secondaria è la cocaina, con una maggiore frequenza negli uomini.

Le donne usano maggiormente tranquillanti, sedativi e stimolanti tipo amfetamine con un inizio più tardivo rispetto ai colleghi uomini.

La progressione della dipendenza è più rapida per le donne che però chiedono aiuto in una fase più precoce.

Le donne soffrono di sindromi ansioso-depressive, disturbi di personalità (istronico e borderline) e disturbi del comportamento alimentare, mentre gli uomini fanno registrare numeri più significativi per ciò che attiene alle diagnosi di disordini della condotta e disturbo di personalità antisociale e passivo-aggressivi.

Da quanto si desume, una più accurata attenzione alle specificità delle donne tossicodipendenti è stata consigliata a livello internazionale sin dal grande dilagare del consumo di eroina datato anni '80, sebbene la stessa sia caduta spesso nel nulla.

L'Organo Internazionale per il Controllo degli Stupefacenti (INCB - *International Narcotics Control Board*) realtà indipendente, con sede a Vienna, appartenente al Consiglio Economico e Sociale delle Nazioni Unite, ha rivolto la richiesta ai Governi degli Stati membri il 2 marzo 2017, con la pubblicazione della consueta Relazione annuale a fare di più per proteggere le donne dal consumo e dal traffico degli stupefacenti, perché le politiche sociali non le tutelano come dovrebbero.

La richiesta deriverebbe dall'aumento sproporzionato di casi di overdose tra le donne, di consumo di stupefacenti e coinvolgimento delle stesse nei traffici di narcotraffico e nelle reti criminali.

Per Francisco Thoumi, membro del Consiglio dell'INCB nell'ambito dell'accesso ai trattamenti di disintossicazione, riabilitazione e reinserimento sociale la proporzione a livello europeo è di 1 donna ogni 5 uomini.

Uno squilibrio che rivela la tendenza delle politiche sociali a favorire gli uomini rispetto alle donne. Quest'ultime, infatti, sembrano dover fare i conti con una serie di barriere sistemiche: strutturali, sociali, culturali e personali.

Per questo, l'INCB ha invitato gli Stati membri a elaborare programmi di prevenzione mirati specificamente alle donne in carcere, alle donne in stato di gravidanza, alle lavoratrici del sesso e a quelle colpite dall'HIV/AIDS con una maggiore comprensione per le condizioni specifiche delle donne tossicodipendenti che conduca allo sviluppo di programmi di cura e riabilitazione. Per approfondire la questione del consumo e della dipendenza al femminile, il Dipartimento Dipendenze Patologiche della ASL di Taranto ha prodotto due ricerche che, senza la pretesa di essere esaustive, hanno inteso fissare l'attenzione sulle pazienti donne in carico. semplicemente per provare a capirne di più.

La ricerca 1

Dipartimento Dipendenze Patologiche ASL TA: Donne e Comunità Terapeutica

Piuttosto esigua è ad oggi la ricerca sul consumo di sostanze stupefacenti e donne.

Ancor più ridotta è letteratura per ciò che attiene alle cause e alle possibili risposte terapeutiche.

Non si può, ad ogni buon conto, prescindere dal forte legame tra violenza domestica e non, uso problematico e vera e propria dipendenza patologica (9).

Soprattutto il ricorso all'alcol è molto frequente in donne abusate dai mariti e la maggior parte tra di loro inizia a bere dopo l'esordio dell'abuso.

Negli Stati Uniti l'alcolismo è due volte più comune nelle donne vittime dei mariti rispetto alle altre (10).

Il ricorso in chiave post-traumatica all'abuso di alcol e di sostanze può essere interpretato come un tentativo della vittima di fronteggiare l'ansia (11).

Tale ipotesi è stata supportata nel tempo da alcune ricerche empiriche che hanno messo in relazione le due variabili.

Brainstein e coll. (12) hanno condotto uno studio finalizzato alla stima della prevalenza della violenza sessuale (in infanzia, adolescenza ed età adulta) in un campione di soggetti tossicodipendenti.

Gli studiosi appurarono che il 36% di soggetti con passate storie di abuso presentavano una maggiore frequenza di scambi di siringhe con individui sieropositivi, tentati suicidi, overdose, abusi di alcol e diagnosi psichiatriche passate.

Da una parte la crocerossina dall'altra la vittima ingenua o la donna alla ricerca di soluzione a esperienze traumatiche di abbandono, abuso, sopraffazione che finiscono solo per perpetuarsi. Comunque raramente la coppia di due tossicodipendenti vede i ruoli giocati alla pari.

Il tutto caratterizzato dal senso di colpa, dal desiderio-bisogno di dimostrare che il sentimento che li vede coinvolti è amore.

Tutto sfidando anche la morte.

Non sono rari i casi di figli nati dove uno dei partner è HIV+.

La madre tossicodipendente, soprattutto dipendente da eroina, si accorge tardi della sua gravidanza. Le alterazioni ormonali, i cicli saltati la mettono nella condizione di rendersi conto del proprio stato quando lo stesso è ormai avanzato.

L'incapacità di mentalizzare, di superare dei *bias* emozionali, di prepararsi a qualcosa che è altro da sé e di cui si è chiamati a prendersi cura al di là di una idealizzazione che finisce per investire il nascituro della responsabilità di farsi soluzione di ogni male, di non riproporre dinamiche familiari conflittuali note, rende l'acquisizione dello stato di gravidanza da parte della tossicodipendente piuttosto problematico.

Il binomio tossicodipendenza e donna evoca una serie di richiami ad altre forme di devianza femminile, di natura espressamente sessuale, come la mercificazione del corpo e la prostituzione. Per il mainstream generale la dipendenza da droghe viene considerata incompatibile con il ruolo di madre e *caregiver* della donna, dunque, proprio perché la tossicodipendente viene considerata come già incapace di badare a sé stessa e ai bisogni di chi le sta accanto.

La stessa è percepita attraverso la lente di sessualità promiscua, rischiosa, prodigale nel numero degli incontri occasionali e, dunque, a rischio.

Al controllo esercitato relativamente alle funzioni genitoriali materne da parte dei servizi sociosanitari e della magistratura

non corrisponde, però, un controllo parimenti puntuale in merito alle funzioni genitoriali del padre.

È un po' come se il controllo istituzionale venisse disposto in modo automatico qualora sia la madre o al più la coppia a presentare problematiche alcol-droga correlate.

La maternità e l'uso di droghe, in estrema sintesi, sono considerate una sorta di insanabile ossimoro, a prescindere da quanto i fatti possano dimostrare.

Al contrario rispetto alla figura del padre si preferisce un controllo che scatta solo in caso di situazioni di rischio da verificare.

Le narrazioni sociali attuali impongono ancora alla figura materna l'abnegazione, il sacrificio, l'istinto.

L'apparente negazione di tutto ciò, soprattutto a vantaggio di una categoria già di per sé vissuta come tabù ossia il piacere sembra davvero non riuscire a trovare soluzione lungo l'asse donna-droga.

Allo stato attuale, la scienza medica non ha ancora dimostrato, fuori da ogni dubbio, che la possibile compromissione cerebrale derivata dallo stato di tossicodipendenza può influire sulla capacità di una donna (o di un uomo) di prendersi cura dell'altro.

In alcuni casi, per contro, la maternità e il legame con il figlio non appaiono compromesse.

Non è ricorrendo alla teoria della deterrenza, dunque, per citare una delle teorie della devianza più conosciute in ambito sociologico, che si può confidare nella condizione *drug free*, al massimo si finisce per imporre alla donna, a capo chino, il Servizio/Comunità terapeutica dal quale allontanarsi il prima possibile.

Questa non è cura al massimo la si può leggere come pena, come punizione per qualcosa che viene ancora considerata una colpa e non una malattia.

La domanda non cospicua di assistenza non deve far pensare ad un fenomeno poco diffuso, al più può farci pensare a strutture inadeguate dall'investimento ridotto.

Attingendo dal *data base* relativo agli invii in Comunità Terapeutica del DDP ASL di Taranto è stata costruita una matrice – composta da 62 donne per 91 passaggi, collocati in un arco temporale compreso tra il 01 gennaio 2008 e il 31 dicembre 2017 – dalla quale sono state rielaborate le informazioni quantitative.

Sono stati analizzati complessivamente gli invii non considerando quelli già effettuati precedentemente e successivamente alla data di inizio e fine della ricerca.

L'ipotesi di ricerca elaborata dal DDP ASL di Taranto in proposito guarda alle Comunità terapeutiche come osservatorio privilegiato, non fosse altro che per il tempo di permanenza delle ospiti, atto a fornire suggerimenti importanti circa il processo di cura e riabilitazione delle donne consumatrici problematiche e dipendenti patologiche.

Risultati

Analizzando i dati raccolti si evince che la popolazione osservata dal 01 gennaio 2008 al 31 dicembre 2017 è composta da 62 donne per 91 passaggi in Comunità Terapeutica.

Al 31 dicembre 2017 la popolazione totale del DDP ASL TA (poco più di 3265 persone) vede una netta discrasia tra uomini e donne.

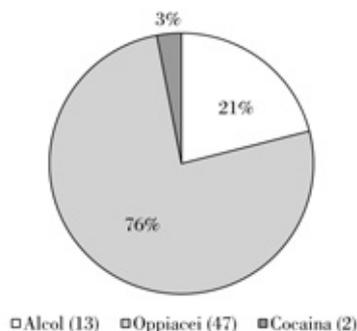
Per la tossicodipendenza da sostanze legali e illegali le donne rappresentano il 7,1% della popolazione generale (su 1987); mentre per l'alcolismo il 17% (su 174).

L'età media del campione è di 38 anni con una media età per gli invii di 31 anni.

La media di quante hanno abbandonato prima della conclusione del programma concordato è di 31 anni, quella di quante hanno portato a termine il programma concordato è di 33, quella relativa a quante continuano il percorso al 31 dicembre 2017 è di 30. Al momento della presa in carico della paziente, il 58% ha figli, il 41% no.

Gli invii in strutture Terapeutico-Riabilitative sono stati 34, presso strutture Pedagogico-Riabilitative 54, in doppia diagnosi 3.

Distribuzione del campione donne DDP ASL TA per sostanza (62 donne)



Esito percorso in C.T. dal 01/01/2008 al 31/12/2017 DDP ASL TA-donne (91 passaggi)

Abbandono	66
Arresto	-
Fine Programma	15
Trasferimento in altra C.T.	3
Espulsione	-
Continua	7
Totale	91

Delle 13 alcoliste il 38,4% ha raggiunto il "fine programma", delle 47 eroinomani il 19% ha raggiunto lo stesso obiettivo.

Delle due donne con cocaina come sostanza primaria, nessuna ha raggiunto la conclusione concordata del programma comunitario.

Delle 15 donne che hanno terminato il programma l'80% aveva figli.

Sei donne hanno terminato il programma dopo un altro percorso in C.T. mentre 8 erano al primo invio nel periodo di tempo osservato.

Solo una donna ha abbandonato dopo la fine di un precedente invio con esito "fine programma".

Tra il 2008 e il 2012 non si contano "fine programma", gli stessi si concentrano tra il 2012 e il 2016.

C'è da ricordare che l'invio di donne in Comunità terapeutica corrisponde ad appena il 4-5% di tutti gli invii effettuati negli stessi anni.

Alla data di chiusura della ricerca (31 dicembre 2017), c'è una condizione delle donne appartenenti al campione analizzato che non può non attirare l'attenzione, ossia le pazienti perse di vista con ben il 47%.

Probabilmente questo dato suggerisce un rapporto di non particolare fiducia nei confronti del Servizio.

Un po' come se lo stesso avesse un senso rispetto ad una richiesta specifica ma non come accompagnamento più articolato e durato nel tempo ad una condizione *drug-free*.

Se una buona parte delle pazienti Ser.D. proviene da ambienti socioculturali poco propensi alla fiducia nei confronti delle istituzioni, se non si può non considerare il timore, soprattutto in presenza di figli minori, nel rivolgersi ai Servizi ciò non sembra giustificare l'indubbia distanza tra domanda e offerta terapeutica.

L'assenza di fiducia, di prossimità, una percezione non proprio positiva rispetto alla possibilità di trovare accoglienza dovrebbero essere motivo di riflessione e di ripensamento nell'organizzazione e nelle modalità di approccio alla paziente donna da parte del Ser.D.

Il lavoro terapeutico con le donne tossicodipendenti, e in particolare con le eroinomani, impone una formazione complessa e multidisciplinare.

Chiede un approccio iniziale impostato sulla semplicità, sui bisogni minimi, sulla possibilità di un "aggancio caldo", senza eccessi normativi, fuori da prescrizioni rigide o freddamente istituzionali. Verrebbe quasi da dire che difficilmente si può intervenire senza aver prima stabilito un legame in qualche modo significativo.

L'operatore, soprattutto se donna, dovrebbe rinunciare alla sua distanza di sicurezza, al pensare di non avere nulla in comune con la paziente, provando a lavorare su di una complicità che solo in un secondo momento potrebbe portare a risultati visibili sul piano del consumo ma che sarebbe terapeutica da subito per ciò che attiene la difficile ma imprescindibile prerogativa del recupero della stima e del valore di sé.

Familiarizzare per tranquillizzare la paziente, mettere a disposizione un po' di più di sé senza per questo rinunciare al ruolo, avere la capacità di leggere una storia non solo come individuale ma anche e soprattutto sul piano socioculturale, sono solo alcuni degli aspetti utili, quando non necessari, a rendere i luoghi della cura della donna tossicodipendente più appetibili.

Alcune volte sono aspetti che gli operatori, e di diversa formazione, non si permettono a tutela del ruolo, altre volte è solo un trincerarsi dietro il ruolo per nascondere una formazione povera, carente, cristallizzata, cronicizzata almeno quanto il male di chi chiede aiuto, e spesso non lo chiede più.

La *compliance* di cui tanto si discute nei convegni non può prescindere da una alleanza terapeutica almeno quanto accogliente e lontana da moralismi e facili giudizi.

Nell'impossibilità umana, troppo umana, di eliminarli del tutto, da operatori del settore dovremmo almeno avere la voglia (nonché dovere etico) di lasciarli ad altri.

Le donne dipendenti sono ben più della loro diagnosi e ancor più del loro stigma.

Se la prima serve a creare categorie, favorendo la seconda, nessuna delle due può davvero suggerirci cosa fare e in che maniera evolverà la malattia stessa.

La prima cosa da comprendere, come ci suggerisce una delle voci più rappresentative della psichiatria mondiale, Benedetto Saraceno (13), è che esiste una differenza tra "categoriale" e "dimensionale", ossia tra gli approcci che stabiliscono la presenza o meno di una malattia e quelli per i quali la malattia è un *continuum* con la salute.

«Ecco perché è importante fare una diagnosi che sia *problem e setting oriented*.

Perché forse è più importante sapere quali sono i tuoi problemi piuttosto che cercare di far collimare i tuoi sintomi con una diagnosi» (14).

Avete mai provato ad abbracciare una donna tossicodipendente?

La ricerca 2

Dipartimento Dipendenze Patologiche ASL TA: La salute delle donne. Chi dice donna, dice (riduzione del) danno

Dai dati Passi 2015-2018 risulta che in Italia 8 donne su 10, in età fra 25 e 64 anni, si sottopongono a scopo preventivo allo screening cervicale (Pap-test o Hpv test) all'interno di programmi organizzati o per iniziativa personale, secondo quanto raccomandato dalle linee guida nazionali, che suggeriscono alle donne di 25-64 anni di sottoporsi allo screening ogni tre anni per la diagnosi precoce del tumore della cervice uterina.

La copertura dello screening cervicale non è uniforme sul territorio nazionale: c'è un chiaro gradiente Nord-Sud (che va dal 90% dell'Emilia-Romagna al 61% della Calabria) e nelle Regioni meridionali in media non più di 7 donne su 10 si sottopongono a Pap-test o Hpv test a scopo preventivo.

Nel tempo, fortunatamente, si registra un incremento statisticamente significativo della popolazione femminile che fa prevenzione in tutte le aree del Paese con una riduzione, sebbene lenta, del divario fra Nord e Sud del Paese.

Il 12% delle donne riferisce di non essersi mai sottoposta a screening cervicale e l'8% di averlo fatto, ma da oltre tre anni. La motivazione più frequentemente addotta dalle donne intervistate per la mancata esecuzione dello screening è l'idea di non averne bisogno.

Fortunatamente nel tempo si registra un incremento, statisticamente significativo, della popolazione femminile che fa prevenzione in tutto il Paese, e sembra iniziare a ridursi il gradiente geografico fra Nord e Sud Italia.

Non trascurabile la quota di 50-69enni che non si è mai sottoposta a una mammografia a scopo preventivo o lo ha fatto in modo non ottimale: 11 donne su 100 non hanno mai fatto prevenzione e altre 16 su 100 riferiscono di essersi sottoposte alla mammografia da oltre due anni.

Fra le donne che si sottopongono allo screening mammografico esiste anche una piccola quota di chi vi si sottopone con una cadenza più breve del biennio raccomandato dalle linee guida. Il ricorso all'esame è frequente anche prima dei 50 anni, tanto che l'età media della prima mammografia va riducendosi ed è intorno ai 44 anni (dal portale dell'epidemiologia per la sanità pubblica a cura del Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute www.epicentro.iss.it/passi/dati/ScreeningCervicale.asp, visionato il 17 giugno 2019).

Lavorare all'interno di un Dipartimento Dipendenze Patologiche induce, o dovrebbe indurre, a chiedersi come le donne dipendenti si rapportano alla propria salute.

La presente ricerca ha provato a indagare questo aspetto con la finalità di pensare prima e provare a costruire conseguentemente percorsi più agevoli e favorevoli una più puntuale attenzione in merito.

Tenendo conto di uno specifico femminile nei processi di dipendenza, con un ingresso nel mondo della tossicodipendenza spesso mediato da rapporti sentimentali non del tutto sani e da elementi di svalutazione del proprio sé psichico e corporeo, in alcuni casi propedeutici all'ingresso nel mondo della prostituzione, si è pensato di indagare l'area della salute della donna all'interno del Ser.D.

La ricerca è stata eseguita, tramite questionario anonimo ed autocompilato (solo 8 domande per rendere il tutto più agevole e snello possibile), su un campione casuale di tossicodipenden-

ti femmine in cura presso il Dipartimento Dipendenze Patologiche - Ser.D. di Taranto, nel periodo compreso tra il 15 febbraio e il 15 marzo 2018.

Lo strumento conoscitivo e d'indagine è stato discusso ed elaborato in collaborazione con il personale infermieristico femminile del Ser.D. di Taranto e una dirigente sociologa del DDP ASL TA. Si è cercato di rendere lo stesso piuttosto snello e di facile compilazione anche al fine di non chiedere alle intervistate un dispendio di tempo eccessivo.

Le domande mirano a sondare lo stato di tossicodipendenza delle intervistate, in termini di tempi e modalità, l'essersi sottoposte a screening relativo a Pap-Test e mammografia, riservando la domanda relativa all'età soltanto per ultima al fine.

La fase della compilazione è stata preceduta da una spiegazione con la quale s'illustravano le finalità generali dell'iniziativa, rassicurando le intervistate circa l'anonimato dei dati eventualmente raccolti e restando a disposizione della paziente sino a conclusione dell'autosomministrazione per qualsiasi ulteriore chiarimento circa la compilazione del questionario.

Lo stesso richiuso dopo l'autosomministrazione veniva poi custodito dal personale infermieristico interessato alla partecipazione all'indagine (5 infermiere).

Su 41 donne tossicodipendenti che nel periodo interessato alla ricerca erano in trattamento ambulatoriale 35 hanno accettato di rispondere al questionario, con una percentuale pari a circa l'85%.

Risultati

Sono stati restituiti 35 questionari autocompilati e totalmente anonimi.

L'età media delle partecipanti è di 40,2 anni. In media hanno 1,5 figli e il 71,4% vive una relazione stabile al momento della ricerca.

Il 91,4% delle donne ha un trattamento farmacologico in atto (metadone, suboxone, alcolver).

Di queste solo il 40% lo integra con interventi di tipo psico-sociale.

Per il 62,8% delle rispondenti, la droga primaria è costituita dall'eroina; l'età media di prima assunzione è di 19,5 anni, la più giovane ha iniziato a 13 anni, la più anziana a 35 anni.

La percentuale sale all'80% se alla voce "eroina" si aggiunge "eroina e cocaina".

Per il 62% la modalità di somministrazione è quella endovenosa.

Il 37% del campione ha effettuato l'ultima visita ginecologica prima del 2014, il 28,5% nel 2017.

Entrando più nello specifico, il 25,7% non ha mai effettuato un Pap-test, la media d'età delle stesse è di 37 anni, con la più piccola nata nel 1995 e la più grande nata nel 1965.

Il 60% del campione, poi, risponde di non aver mai fatto una mammografia, di questo la media si attesta sui 39 anni, con le due più giovani nate nel 1995 e la più anziana nel 1962.

Considerata la soglia dei 50 anni prevista dai protocolli ufficiali in Italia, sono 5 le donne intorno a questa età (49-51 anni) a non essersi sottoposte all'esame.

Alla domanda "Se il Ser.D. le creasse l'opportunità di sottoporsi a visita ginecologica, Pap-test e mammografia, si sottoporrebbe agli stessi?", l'88,5% risponde favorevolmente.

Se il Ser.D. soprattutto attraverso la figura dell'infermiera, fissasse degli incontri di informazione e prevenzione oltre all'opportunità di sottoporsi a visita e test/analisi, il 77% si renderebbe disponibile.

Conclusioni

Abbiamo sempre visto la tossicodipendenza come una condizione criminogena, per ciò che riguarda la donna dovremmo pensarla come non meno vittimogena.

I Servizi che si occupano di queste problematiche, declinate al femminile, dovrebbero intanto provare a scongiurare lo stigma, individuando soluzioni logistiche differenti, rendersi facilmente accessibili e soprattutto accoglienti.

Non si può pensare di recuperare una persona e nello specifico una donna senza offrirle la possibilità di rendersi autonome e autosufficienti economicamente.

Troppo spesso, infatti, i programmi in Comunità Terapeutica trascurano gli aspetti più concreti del vivere consegnandosi paradossalmente alla discrasia tra il mandato di risocializzazione e la residenzialità, con l'evidente rischio di isolare dal contesto di appartenenza invece che favorirne il reinserimento.

Inoltre, l'imposizione di regolamenti rigidi in alcuni casi finisce per ignorare l'individualità della persona e di lavorare contro gli obiettivi di individuazione e autonomizzazione.

Non meno paradossale è il rischio che la comunità terapeutica si sostituisca al sistema familiare in un rapporto di dipendenza che si spinge ben oltre il trattamento terapeutico concordato.

Sia per ciò che attiene al Ser.D. sia per ciò che concerne le Comunità terapeutiche, sfidare l'invisibilità di queste pazienti significa riuscire in prima istanza a far arrivare loro il messaggio che esistono, sono viste, possono contare su spazi di accoglienza e di intervento specifico e complesso.

Il lavoro sulla donna dipendente patologica, infatti, richiede interventi multidisciplinari e su più piani.

In estrema sintesi sembrerebbe necessario creare degli spazi-gruppi specifici orientati su:

- apprendimento di competenze;
- supporto motivazionale;
- applicazione del concetto della *recovery*;
- trattamento multimodale;
- gestione del controllo;
- apertura al cambiamento e al confronto;
- sviluppo dell'*empowerment*;
- riappropriazione del potere su di sé;
- scoperta del "si può dire di no";
- nuova declinazione dei diritti e dei doveri;
- narrazione e condivisione della propria storia di vita.

Sembra essere davvero il tempo di avviare una discussione e una formazione conseguente sul tema della dipendenza patologica e specificatamente di quella al femminile, fuori da moralismi, facili giudizi, finte conoscenze.

Quanto emerso dalla ricerca 2 condotta all'interno del DDP-Ser.D. di Taranto non è confortante.

Non sembra esserci una grande attenzione da parte delle donne dipendenti che afferiscono al Servizio alla propria salute e a quelle che vengono considerate ormai a molti livelli esami di routine finalizzate al benessere della donna.

Se si vuol fare prevenzione rispetto alla salute della donna appare utile quando non del tutto necessario fornire informazioni e orientamento ai servizi ASL che svolgono attività consultoriale orientata alla sessualità, alla maternità, ai sistemi contraccettivi ecc. ma tutto ciò non sembra bastare.

Una particolare cura dovrebbe essere spesa a supporto dello screening (visita ginecologica, Pap-test, mammografia, ecc.) con un'azione di supporto psicologico e di accompagnamento della paziente alle scadenze fissate dai protocolli internazionalmente condivisi.

Questo tipo di azione, però, non può prescindere dalla possibilità di far emergere elementi di svalutazione sociale e di autosvalutazione, di rivisitare i vissuti del proprio corpo, mirando a ridisegnare o disegnare, spesso per la prima volta, pattern comportamentali di valorizzazione e cura di sé.

Aiutare la donna dipendente a rivedere i modelli femminili, a ripensare il proprio approccio all'altro, ai ruoli culturalmente assegnati, al partner maschile sono passaggi imprescindibili per non lasciare la prevenzione nell'alveo dell'occasionalità e del subito più che dell'agito consapevole.

La consapevolezza cui l'intervento dell'operatore Ser.D. dovrebbe tendere dovrebbe essere giocata sull'*empowerment*, su di una fiducia nelle proprie possibilità tutta da costruire, sulla costruzione di un concetto di salute letta in chiave più sistemica.

Il benessere non è solo il *drug free*, così come la salute non può essere solo fare i controlli a fronte di stili di vita che non si modificano, con o senza sostanza.

Autonomizzare la donna dipendente, renderla consapevole del proprio potenziale, offrirle l'idea di un valore di sé reale e da difendere, accompagnarla, favorendone concretamente il contatto a metodi utili alla tutela della propria salute, come possono non essere considerati elementi imprescindibili della cura e della riabilitazione, della prevenzione e della riduzione del danno.

Per quanto riguarda gli aspetti più strettamente operativi da parte del Ser.D., obiettivo precipuo dovrebbe essere quello di accrescere le conoscenze possedute finalizzate a orientare cambiamenti negli stili di vita delle pazienti.

Affinché tutto ciò possa avvenire, però, sarebbe opportuno non pensare alle tossicodipendenti semplicemente come "soggetti a rischio" pericolose per sé e per gli altri, ma guardare alle stesse potenziando ed implementando la loro stessa capacità di "prendersi cura di sé".

A tal proposito non appare sufficiente un lavoro occasionale di distribuzione di volantini informativi.

È necessario un coinvolgimento e un lavoro sulla persona costante, condiviso e partecipato dalle protagoniste per responsabilizzarle in prima persona ma anche, e forse soprattutto, per fare arrivare loro il messaggio che "esistono", che sono viste non come pazienti dipendenti patologiche ma come donne in tutta la loro completezza.

Non significa generare ansia o, peggio ancora, elementi operanti sulla sfera della colpevolizzazione ma su quella del benessere e dell'attenzione alla salute in una chiave più sistemica.

Non messaggi terroristici generatori di ulteriore distanza o fastidio rispetto al Servizio ma attività di consapevolizzazione e crescita personale per vivere meglio e con più tranquillità la sessualità e ciò che dalla stessa può scaturire.

Non basta, però, fornire solo informazioni.

Importantissimo, infatti, appare la significatività del rapporto tra operatore e donna.

La cura delle dipendenze, infatti, non può prescindere da quello specifico femminile che segna i percorsi tossicomani in termini di svalutazione del proprio corpo e del proprio sé che, spesso, per le donne tossicodipendenti significa l'ingresso nel mondo della prostituzione, con tutto il carico di rischio aggiuntivo che ciò può determinare e su vari fronti.

Significa anche su questo versante, da parte degli operatori eventualmente designati ad aiutare la donna far emergere eventuali elementi di squalifica e autosvalutazione, ridefinendo il proprio vissuto, la traumaticità dello stesso in ordine al corpo ma anche alla psiche, rintracciando modelli femminili più rispondenti ad un'idea di benessere e salute generale più attenti nonché una capacità di relazione con i partners più sani.

L'abbandono di un'idea svalutante del proprio essere donna, di ideali fiabeschi in tema di coppia, di deresponsabilizzazione in termini di salute e benessere dovrebbero essere gli obiettivi a cui lavorare, passando da una maggiore attenzione a quei passaggi che segnano la vita di una donna che la stessa faccia o non faccia uso di sostanze.

Agli operatori demandati, dunque, l'onere/opportunità di favorire scelte personali più adeguate, offrendo opportunità di sensibilizzazione, informazione, prevenzione, lavoro sulla persona.

Le donne che hanno compilato il questionario sembrano ben disposte, soprattutto se all'informazione segue una sorta di orientamento/accompagnamento iniziale.

Non è poco ma sembra imprescindibile, pena il continuare (in chiave provocatoria ma non troppo) ad avvallare la dipendenza comportamentale più diffusa all'interno dell'universo femminile ossia il rischio *giocato* sul e a spese del proprio corpo.

Avete mai abbracciato una donna tossicodipendente?

È piccola.

Rischiare di perderla in quell'abbraccio o terapeuticamente di conquistarla davvero.

Bibliografia

- (1) Healy B. (1991). The Yentl syndrome. *N Engl J Med*, 325: 274-6.
- (2) Clayton J.A., Collins F.S. (2014). Policy: NIH to balance sex in cell and animal studies. *Nature*, 509: 282-3.
- (3) Farkas R.H., Unger E.F., Temple R. (2013). Zolpidem and driving impairment-identifying persons at risk. *N Engl J Med*, 369: 689-91.
- (4) Franconi F., Brunelleschi S., Steardo L., Cuomo V. (2007). Gender differences in drug responses. *Pharmacol Res*, 55: 81-95.
- (5) Franconi F., Campesi I. (2014). Sex and gender influences on pharmacological response: an overview. *Expert Rev Clin Pharmacol*, 7: 469-85.
- (6) Franconi F., Campesi I. (2018). *Farmacologia di genere*. Milano: Il Pensiero Scientifico.
- (7) Graziani M., Nencini P., Nistico R. (2014). Genders and the concurrent use of cocaine and alcohol: Pharmacological aspects. *Pharmacol Res*, 87: 60-70.
- (8) Quaderni del Ministero della Salute, n. 26 aprile 2016 - *Il genere come determinante di salute. Lo sviluppo della medicina di genere per garantire equità e appropriatezza della cura*, p. 74.
- (9) Fischbach R.L., Herbert B. (1997). Domestic violence and mental health: correlates and conundrums within and across cultures. *Social Sciences Medicine*, 45(8): 1161-1176.
- (10) Stark E., Flitcraft A. (1991). Spouse abuse. In: Rosenberg M., Fenley M. (eds.), *Violence in America: A Public Health Approach*. New York: Oxford University Press.
- (11) Kilpatrick D.G., Saunders B., Veronen L.J., Best C.L., Von J. (1987). Criminal victimization: lifetime prevalence, reporting to police, and psychological impact. *Crime and Delinquency*, 33: 479-489.
- (12) Braitstein P., Li K., Tyndall M., Spittal P., O'Shaughnessy M.V., Schilder A., Clerici M. (1993), *Tossicodipendenza e psicopatologia*. Milano: FrancoAngeli.
- (13) Saraceno B. (2017). Navigare nei mari della salute mentale. In: *Animazione sociale*, fasc. 314, n. 9. Torino: Edizioni Gruppo Abele pp. 3-14.
- (14) Saraceno B., *op. cit.*, p. 7.

NOTIZIE IN BREVE

Si segnalano due documenti che FeDerSerD ha recentemente prodotto in relazione alla pandemia da SARS-CoV-2. Testi scientifici inviati con newsletter a tutti gli operatori dei servizi italiani. Inoltre inviati a tutte le istituzioni, dalle Regioni, alle ASL ai Ministeri.

Indicazioni operative per i Servizi delle Dipendenze alla luce della pandemia COVID-19.

Aggiornamento al 27-04-2020.

Strumenti terapeutici innovativi nei Ser.D. per la cura dei tossicodipendenti e per contrastare la diffusione del SARS-CoV-2 (20-04-2020).

Per il contenuto consultate e scaricate dal sito www.federserd.it